

# L'IMAGE DU MOIS

## Désinsertion d'anneau mitral prothétique dans les suites d'une plastie mitrale

E. NELLESSEN (1), P. LANCELLOTTI (2), T. YANS (1), M.A. RADERMECKER (3), L.A. PIÉRARD (4)

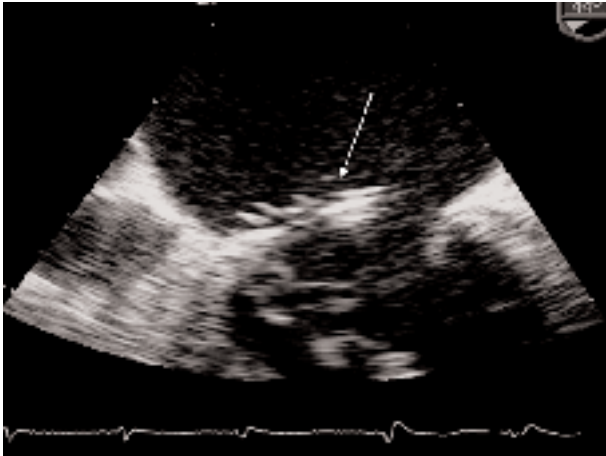


Fig. 1. Désinsertion d'anneau mitral (flèche blanche).

La désinsertion de prothèse est une complication grave de la chirurgie valvulaire, surtout si son origine est septique. La présentation clinique est généralement dramatique dans un tableau de décompensation cardiaque aiguë. L'échocardiographie représente l'examen de choix pour le diagnostic, montrant le matériel en position inadéquate et la fuite valvulaire souvent massive. Une réintervention chirurgicale précoce est la règle.

Nous présentons le cas d'une désinsertion de matériel de plastie mitrale diagnostiquée par échographie cardiaque transthoracique et précisée par voie transoesophagienne.

La figure 1 montre l'aspect échocardiographique d'une désinsertion de matériel prothétique de plastie mitrale survenue 6 semaines après chirurgie dans un contexte septique. La désinsertion concerne la partie postérieure de l'anneau qui apparaît clairement, libre dans l'oreillette gauche sous la forme d'une structure hyperéchogène immobile. Aucune image évoquant la présence d'un abcès annulaire ou de végétations n'est observée.

La figure 2 démontre par le doppler couleur la fuite mitrale et sa sévérité. Elle apparaît sous forme excentrique, épousant la paroi latérale de l'oreillette gauche. Elle est d'emblée sévère.

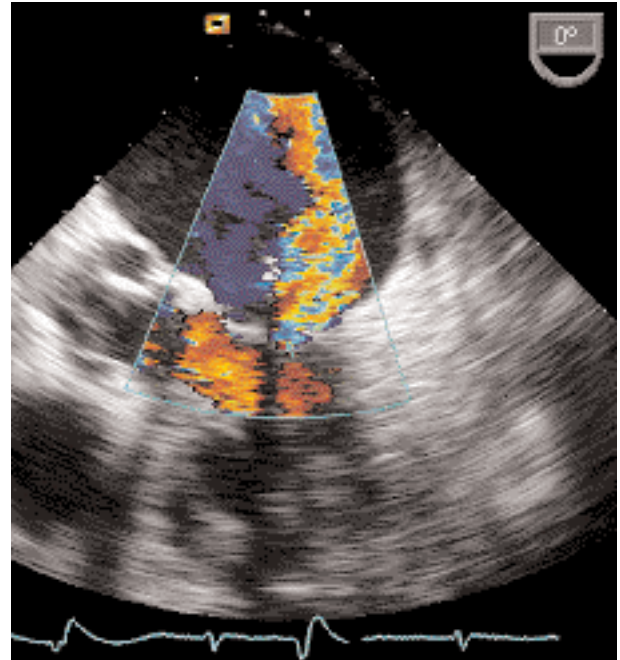


Fig. 2. Jet couleur de la régurgitation mitrale

### DISCUSSION

Une des complications de la plastie ou du remplacement valvulaire mitral est la désinsertion du matériel prothétique.

On distingue les désinsertions précoces (moins de 4 mois après chirurgie) des formes tardives, celles secondaires à une endocardite infectieuse (généralement dues aux staphylocoques en période périopératoire, streptocoques d'origine buccale ou digestive en phase tardive) des formes aseptiques (rencontrées après des interventions rendues périlleuses par un anneau fragile ou calcifié) (1).

La forme la plus grave (50 % de mortalité) est la désinsertion précoce sur endocardite en raison de la virulence des germes en cause et des difficultés de réintervenir précocement sur un terrain fragilisé. La désinsertion de matériel prothétique sur endocardite tardive présente une mortalité de 20 à 30 % (1).

La probabilité de désinsertion prothétique varie de 2 à 17 % à 11 ans selon le type de matériel implanté (prothèse mécanique ou biologique) et la localisation (mitrale ou aortique). Il s'agit de la cinquième complication la plus importante après insertion de matériel valvulaire

(1) Assistant, (2) Résident Spécialiste, (4) Chargé de Cours, Chef de Service Associé, Service de Cardiologie, CHU Sart Tilman, Liège.  
(3) Agrégé, Professeur de Clinique, Service de Chirurgie cardiovasculaire, CHU Sart Tilman, Liège.

prothétique, l'hémorragie étant la plus fréquente, suivie des accidents thrombo-emboliques, des défaillances structurelles pour les prothèses biologiques, de l'endocardite infectieuse, de la désinsertion et de la thrombose de prothèse (2).

La désinsertion d'une prothèse valvulaire entraîne généralement une régurgitation massive avec un tableau de décompensation cardiaque, hémolyse intravasculaire et anémie parfois sévère (3).

Le diagnostic, évoqué sur base de la clinique et des antécédents de chirurgie récente, est aisément confirmé par l'échographie cardiaque transthoracique qui permet de visualiser directement le matériel en position inadéquate. Le doppler couleur permet d'estimer l'importance de la régurgitation valvulaire. L'échographie transoesophagienne précise le degré de désinsertion et permet de détecter d'éventuelles végétations associées ou un abcès de l'anneau.

Ce diagnostic impose en général une réintervention chirurgicale précoce, consistant en l'ablation du matériel désinséré et la réimplantation d'une nouvelle prothèse.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Delahaye F, Antchouey AM, De Gevigney G.— Endocardite infectieuse. *Rev Prat*, 2000, **50**, 1665-1671.
2. Hammermeister KE, Sethi GK, Henderson WG, et al.— A comparison of outcomes in men 11 years after heart-valve replacement with mechanical valve or bioprosthesis. *N Engl J Med*, 1993, **328**, 1289-1296.
3. Enriquez-Sarano M, Schaff H, Orszulak T, et al.— Congestive heart failure after surgical correction of mitral regurgitation. A long-term study. *Circulation*, 1995, **92**, 2496-2503.
4. Malergue MC, Abergel E, Bernard Y, et al.— Recommandations de la Société Française de Cardiologie concernant les indications de l'échocardiographie-doppler. *Arch Mal Cœur*, 1999, **92**, 1347-1379.
5. Hanania G.— Prothèses valvulaires et leur surveillance. *Rev Prat*, 2000, **50**, 1684-1688.