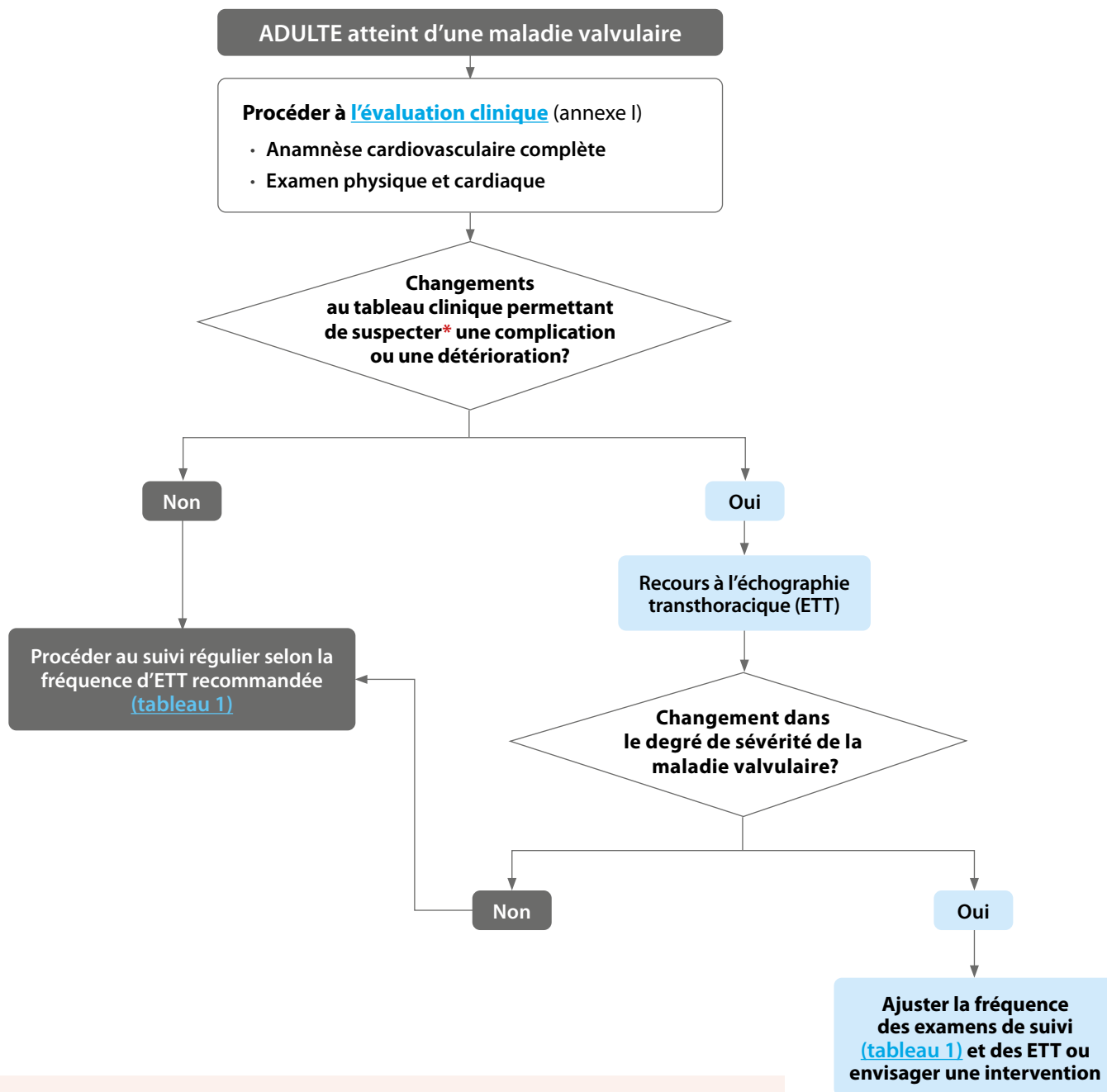


Le présent outil d'aide à la décision s'adresse aux cliniciens de première ligne. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace aucunement le jugement du clinicien. Ce document a été conçu à partir des indications élaborées par l'INESSS à l'aide d'une démarche systématique s'appuyant sur la littérature scientifique ainsi que sur le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour obtenir plus de détails, consulter la section [Publications](#) du site inesss.qc.ca.

INDICATIONS



Les personnes atteintes d'une maladie valvulaire **doivent être informées de signaler tout changement de leur état et l'apparition ou l'aggravation de symptômes.**

* La suspicion d'une complication ou d'une détérioration du degré de sévérité de la maladie est établie à la suite de l'évaluation clinique. Malgré la présence de changements au tableau clinique, le jugement clinique permet de déterminer si une complication ou un changement du degré de sévérité de la maladie doivent être suspectés.

RECOURS À L'ÉCHOCARDIOGRAPHIE

SUIVI DES MALADIES VALVULAIRES NATIVES ET CONDITIONS À RISQUE

- ➔ Un suivi échocardiographique périodique est indiqué pour les personnes asymptomatiques :
 - qui ne présentent aucun changement au tableau clinique ou à l'examen physique ;
 - à des intervalles variables selon le stade de la maladie ([tableau 1](#)) pour évaluer sa progression ainsi que la taille des ventricules et leur fonction.
- ➔ Un changement du tableau clinique est une indication pour réaliser un examen échocardiographique.
- ➔ En cas de changements au tableau clinique, la requête de l'examen échocardiographique devrait indiquer :
 - les signes ou symptômes justifiant le recours à l'échocardiographie ;
 - l'étiologie de la maladie valvulaire.

L'échocardiographie transthoracique (ETT) est la technique de choix à employer en première intention pour :

- établir les références pour les investigations futures;
- évaluer la progression de la maladie;
- évaluer les conséquences hémodynamiques ainsi que la taille et la fonction des ventricules;
- revoir le pronostic;
- évaluer l'échéancier d'une potentielle intervention.

❗ Le recours à l'échocardiographie ne doit pas avoir pour objectifs :

- de rassurer la personne ou de répondre à sa demande;
- de détecter des complications s'il n'y a pas de signes cliniques ou de symptômes.

PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE



Lorsqu'une échocardiographie est indiquée, la décision d'y recourir devrait être prise à la suite d'une discussion entre l'équipe de soins et la personne concernée et ses proches. Le niveau de soins requis, les préférences de la personne et les options thérapeutiques disponibles (ainsi que les avantages et les risques qui y sont associés) sont tous des éléments dont il est important de tenir compte lors de cette discussion pour une prise de décision partagée.

ORIENTATION VERS UN SPÉCIALISTE ET INVESTIGATIONS ADDITIONNELLES

- ➔ L'orientation vers un médecin spécialiste ou une requête pour une **évaluation en spécialité** peut :
 - être indiquée lorsque la suspicion d'une maladie valvulaire cardiaque persiste **après une ETT dont le résultat est négatif, équivoque ou sous-optimal pour, entre autres, envisager l'utilisation de l'échocardiographie transœsophagienne (ETO)***;
 - être envisagée lors de l'apparition de signes et symptômes laissant soupçonner une détérioration chez une personne atteinte d'une maladie valvulaire sévère;
 - être envisagée pour le suivi de personnes qui ont une condition congénitale (p. ex. sténose et régurgitation pulmonaire);
 - être envisagée chez les femmes enceintes qui ont une maladie valvulaire connue et chez qui une ETT est indiquée avant et pendant la grossesse si elles présentent un stade de maladie de modéré à sévère;
 - dépendre de la **disponibilité des ressources et du contexte de pratique** du clinicien de première ligne.

* L'ETO peut être utilisée en deuxième intention, p.ex. : en cas de résultats équivoques ou d'images de mauvaise qualité à l'ETT; pour évaluation de complications particulières comme l'endocardite infectieuse et la thrombose, la bactériémie à staphylocoques de source inconnue ou extracardiaque; ou pour une évaluation plus détaillée de la valvulopathie afin de déterminer la nécessité d'une intervention.

TABLEAU 1. INDICATIONS ET FRÉQUENCE DES EXAMENS ÉCHOCARDIOGRAPHIQUES DE SUIVI POUR LES ADULTES AVEC CONDITIONS À RISQUE OU ATTEINTS DE MALADIES VALVULAIRES

ASYMPTOMATIQUES OU SANS CHANGEMENT AU TABLEAU CLINIQUE

Maladie valvulaire ¹	Degré de sévérité	Caractéristiques	Indication et fréquence des examens d'ETT
Sclérose aortique		<ul style="list-style-type: none"> • Sans calcification importante ou changements dans les symptômes • Sans sténose ou régurgitation hémodynamiquement significatives 	✗
Valve aortique bicuspidé		• Sans aortopathie et sans sténose ou régurgitation hémodynamiquement significatives	✓ 3 à 5 ans
		• Dilatation de l'aorte (diamètre > 4 cm) ET un taux de dilatation rapide ou une histoire familiale de dissection aortique OU une dilatation de plus de 4,5 cm	✓ 1 an
Sténose aortique	• Légère	• Surface valvulaire > 1,5 cm ²	✓ 3 à 5 ans
	• Modérée	• Surface valvulaire 1,0 – 1,5 cm ²	✓ 1 à 2 ans
	• Sévère	• Surface valvulaire < 1,0 cm ²	✓ 6 à 12 mois
Sténose mitrale	• Non significative (légère ou modérée)	• Surface valvulaire > 1,5 cm ²	✓ 3 à 5 ans
	• Sévère	• Surface valvulaire < 1,5 cm ²	✓ 1 à 2 ans
Sténose pulmonaire²	• Légère	• Vmax < 3 m/s	⚠ 3 à 5 ans
	• Modérée		⚠ 2 ans
	• Sévère		⚠ 1 an
Régurgitation aortique	• Légère		✓ 3 à 5 ans
	• Modérée		✓ 1 à 2 ans
	• Sévère	• Ventricule gauche de taille et fonction normales	✓ 6 à 12 mois
Régurgitation mitrale primaire	• Légère		⚠ 5 ans
	• Modérée	• Fonction du ventricule gauche préservée	✓ 1 à 2 ans
	• Sévère	• Fonction ventriculaire normale	✓ 6 à 12 mois
Régurgitation tricuspидienne	• Légère	• Valve et ventricule droit normaux	✗
	• Modérée		⚠ Suivi prudent
	• Sévère		⚠ 1 an

ETT : échocardiographie transthoracique; Vmax : vitesse maximale

1. La **sténose tricuspидienne** et la **régurgitation pulmonaire** ne sont pas présentées, car ce sont des conditions rares qui sont généralement suivies en spécialité et pour lesquelles la littérature ne suggère pas de fréquence de suivi spécifique par ETT.

2. **Sténose pulmonaire** : condition congénitale rare suivie en spécialité.

✓ Indiqué

⚠ Peut être indiqué ou raisonnable

✗ Non indiqué

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

D'Arcy JL, Coffey S, Loudon MA, et al. Large-scale community echocardiographic screening reveals a major burden of undiagnosed valvular heart disease in older people: The OxVALVE Population Cohort Study. *Eur Heart J* 2016;37(47):3515-22.

Dulgheru R, Pibarot P, Sengupta PP, et al. Multimodality imaging strategies for the assessment of aortic stenosis: Viewpoint of the Heart Valve Clinic International Database (HAVEC) group. *Circ Cardiovasc Imaging* 2016;9(2):e004352.

Enriquez-Sarano M, Akins CW, Vahanian A. Mitral regurgitation. *Lancet* 2009;373(9672):1382-94.

Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(22):e57-185.



Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, et al. Burden of valvular heart diseases: A population-based study. *Lancet* 2006;368(9540):1005-11.

Pour consulter toutes les références : voir le [rapport en soutien](#) de l'INESSS.

ANNEXE I

ÉVALUATION CLINIQUE DE L'ADULTE PRÉSENTANT UNE CONDITION À RISQUE
OU UNE MALADIE VALVULAIRE DIAGNOSTIQUÉE

Signes et symptômes auxquels porter une attention particulière lors de l'évaluation clinique*

 <p>Anamnèse, historique détaillé de l'apparition, de la présentation, de la progression de la maladie et antécédents pertinents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédent de fièvre rhumatismale • Antécédent/historique familial de valve bicuspide et dilation de l'aorte • Exposition médicamenteuse significative (p. ex. fenfluramine/phentermine) • Grossesse • Nouveau symptôme ou aggravation d'un symptôme compatible avec une problématique valvulaire cardiaque <ul style="list-style-type: none"> - Dyspnée au repos ou à l'effort - Syncope ou présyncope - Douleur thoracique/angine (de poitrine) - Lipothymie - Palpitations/fibrillation auriculaire <i>de novo</i> • Signes d'insuffisance cardiaque <ul style="list-style-type: none"> - Œdème des membres inférieurs - Crépitations pulmonaires/œdème pulmonaire - Veines jugulaires distendues • Accident vasculaire cérébral/ischémie cérébrale transitoire • Endocardite infectieuse • Maladie systémique significative (p. ex. amyloïdose, carcinoïde, lupus) • Dilatation de la racine aortique et de l'aorte ascendante
 <p>Examen physique et cardiaque et présence de signes et symptômes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau souffle • Souffle changeant • Signes d'infection (endocardite infectieuse) • Dysfonctionnement du ventricule gauche • Fibrillation auriculaire • Tachycardie • Pouls en coup de bélier • Pression pulsatoire élevée • Pulsation capillaire

* Les signes et symptômes présentés dans cette section ne sont pas exhaustifs. Ils présentent un résumé de certains signes auxquels une attention devrait être observée à l'évaluation clinique. Certaines autres manifestations valvulaires sont susceptibles d'être présentes.