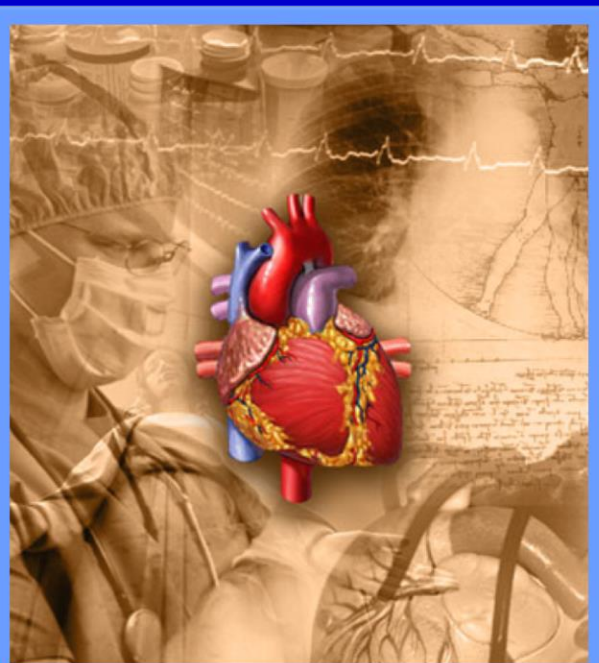


VALVULOPATIILE AORTALE



ALEXANDRA GREJDIERU
CONFERENȚIAR UNIVERSITAR

- ✖ Bolile valvulare reprezintă o problemă importantă de sănătate publică**
- ✖ Mortalitatea bolilor valvulare în SUA este de aproximativ 20.000 de oameni anual sau 7 la 100.000 de populație**

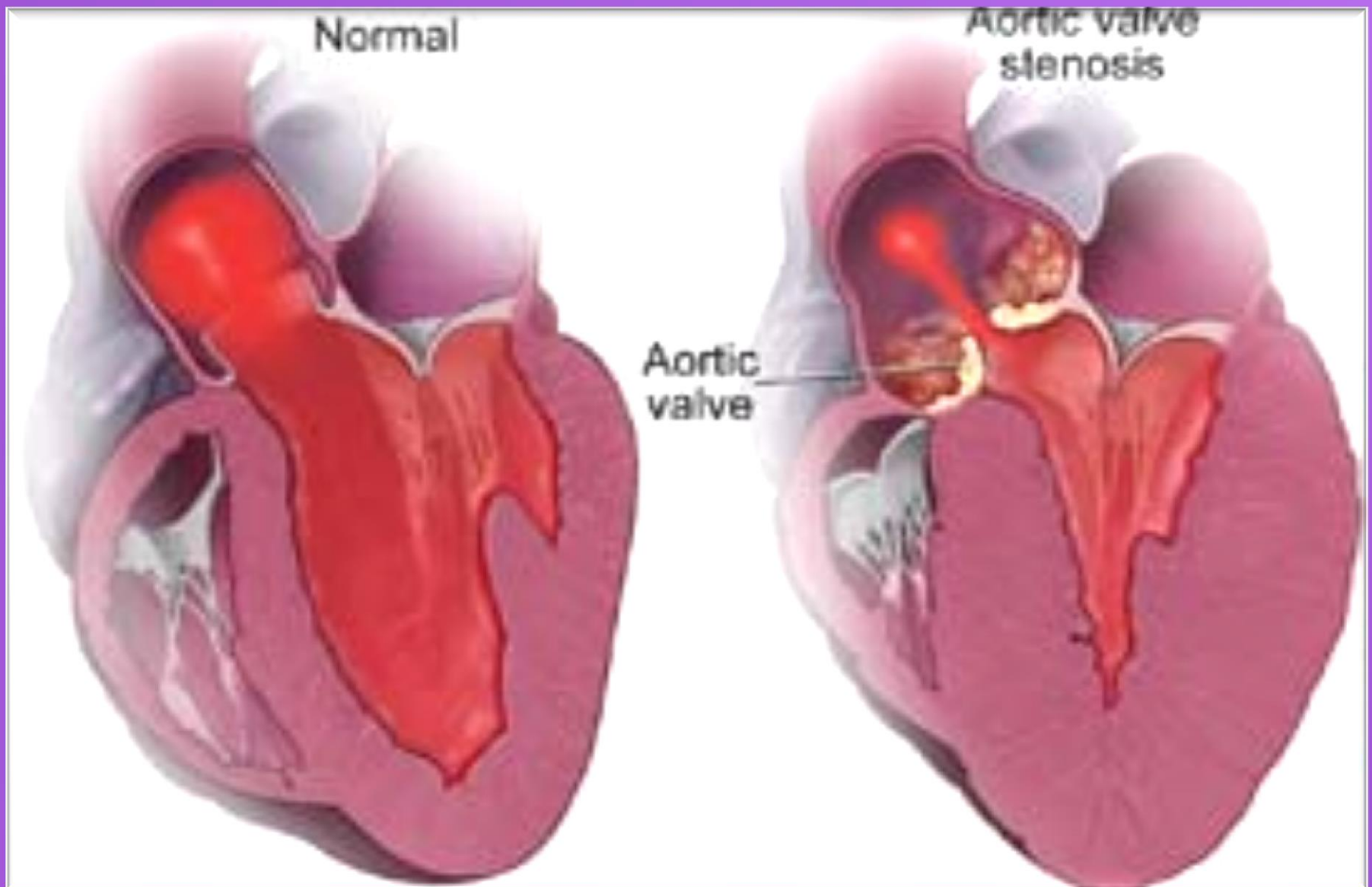
Prevalența bolilor valvulare - 2,5%

- la pacienții cu vârstă de 18-44 ani - 0,7%
- la subiecții peste 75 de ani - 13,3%.

✕ Valvulopatiile native izolate ale cordului stâng:

- stenoza aortică - 43,1%
 - regurgitarea mitrală - 12,1%
 - valvulopatiile cordului drept - 1,2%
- Afectarea valvulară multiplă - 20%**

STENOZA AORTICĂ



- × **Stenoza Aortică(SA)** reprezintă leziunea valvulară caracterizată prin formarea unui obstacol la golirea ventriculului stâng, produs prin afectarea cuspelor aortice, cu limitarea deschiderii lor în sistolă.
- × În țările occidentale este valvulopatia cea mai frecventă (25% din valvulopatiile adultului), a treia boală cardiovasculară după hipertensiunea arterială și boala cardiacă ischemică, în creștere constantă, legată de creșterea speranței de viață, deoarece înlocuirea chirurgicală a valvei aortice este adeseori posibilă, chiar și la o vârstă înaintată.

ETIOLOGIE

Îngustarea aortică
cu valve calcificate
(degenerativă,
boala Monckeberg)
este cauza
predominantă de
stenoză aortică
după 70 de ani.

Este o leziune
idiopatică a valvelor
aortice care devin
fibroase și
calcificate;



La adult

**-Stenoza aortică
reumaticală**
(asociind retrakția
valvulară și fuziunea
comisurilor)
devine din ce în ce
mai puțin frecvent
(10% la adult) și mai
frecvent responsabil
de o boală aortică.

ETIOLOGIE

-**valvulară**, pe
valva aortică:

-unicuspidă

- bicuspidă,
risc crescut
de
endocardită
infecțioasă;

La copii, stenozele aortice sunt
congenitale și rare, clasificate în
funcție de topografia obstacolului:

- **supravalvulară**,
foarte rară.

- **subvalvulară**,
asociind
adeseori un
sindrom
polimalformativ

FIZIOPATOLOGIE

Suprafața aortică normală este de 2,5 - 3 cm².

➤ O stenoză este:

➤ - moderată,
când suprafața
este de la 1,5 la
1,0 cm²,

➤ - mediu strânsă,
la o suprafață de
0,75 la 1 cm²,

➤ - strânsă la
valori inferioare
cele de 0,75 cm².

Mult mai riguros, suprafața aortică poate fi indexată la suprafața corporală și o stenoză sub 0,6 cm²/m² este strânsă, oricare ar fi starea fiziologică a pacientului.

А. Гистологическая картина клапана, демонстрирующая прогрессирование заболевания

Иницирующие факторы:
 Двухстворчатый клапан
 Генетические факторы
 Напряжение сдвига

Прогрессирующие факторы:
 Возраст и пол
 Увеличение концентрации липидов в крови
 Повышение артериального давления
 Сахарный диабет и метаболический синдром
 Курение

Конечная стадия заболевания



Б. Анатомия аортального клапана



В. Допплеровская скорость аортального потока



- ✖ în amonte, o supraîncărcare barometrică și o creștere a presiunii sistolice a VS, care creează o hipertrofie concentrică a VS pentru compensarea acestei munci în plus, poate provoca în același timp o diminuare a complianței VS,



➤ Stenoza aortică constituie un **obstacol sistolic la ejecția sângelui din VS în aortă** determinând:

- ✖ - în aval, reducerea debitului cardiac este compensată în repaus prin creșterea timpului de ejecție și a vitezei de ejecție a sângelui. Dar la efort, debitul crește insuficient, explicând simptomatologia de efort (dispnee, angor, sincopă) a acestor pacienți.

DIAGNOSTIC

Anamnestic

- ✗ Descoperită adesea în urma unui examen sistematic, SA este frecvent asimptomatică (faza de latență atâta timp cât suprafața este peste 1 cm²).

Simptomele sunt legate de efort:

- ✗ Dispnee datorată creșterii presiunii în VS, AS și venele pulmonare;
- ✗ Angină pectorală produsă prin:
 - ischemia miocardică relativă
 - debit coronarian neadecvat la efort;
- ✗ Sincopă realizată prin
 - tulburări de ritm tranzitorii
 - vasodilatare periferică bruscă
 - Insuficiență ventriculară stângă tranzitorie;

EXAMENUL FIZIC

A. La palpare

- ✖ Șocul apexian este deplasat în jos și la stânga.
- ✖ Freamătul sistolic la baza cordului

AUSCULTAȚIA

- ✗ **zgomotul 2** diminuat sau abolit în focarul aortic dovedește gradul de calcificare și de rigiditate al valvelor și gradul stenozei
- ✗ **suflul mezosistolic**, debutând după zgomotul 1 și se termină înainte de zgomotul 2;
amplituda maximă a suflului apare, în aceeași măsură, mult mai **tardiv**, cu cât SA este mai **strânsă**.
suflul este **tipic**:
 - intens, aspru rugos;
 - maxim în spațiul II intercostal drept;

iradiază

- spre vasele gâtului
- pe marginea stângă a sternului;

se aude mai bine în:

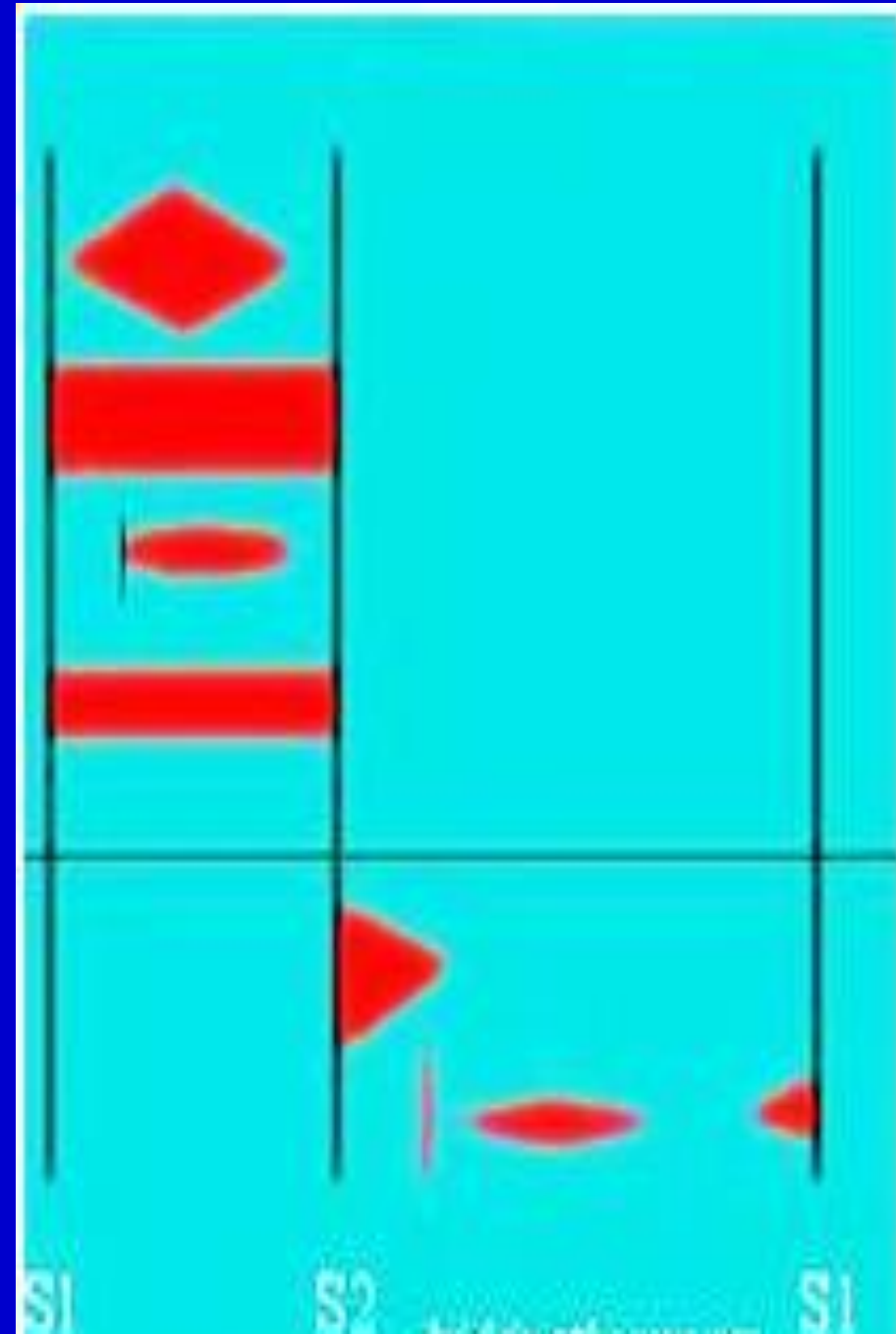
- poziția așezat
- la sfârșitul expirului
- aplecat cu toracele înainte.

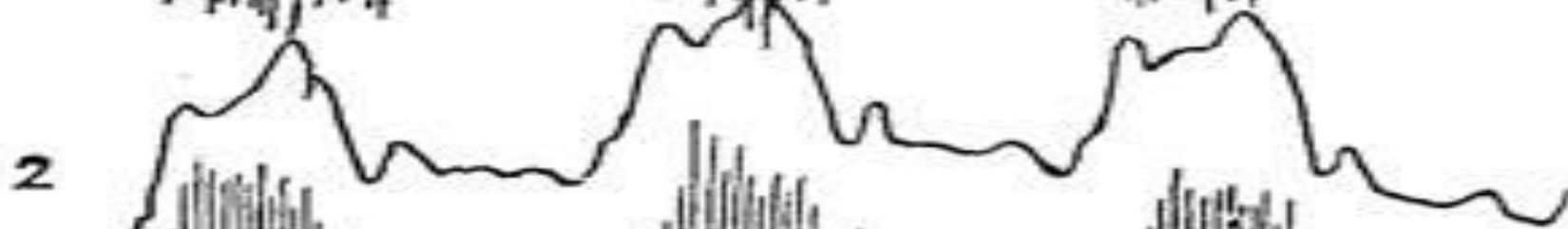
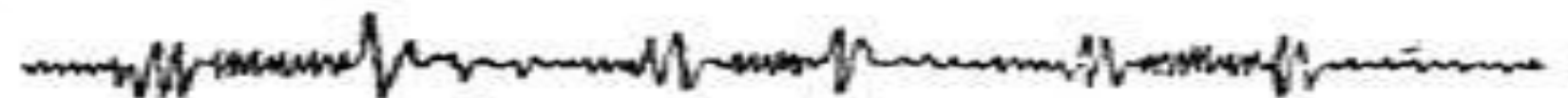
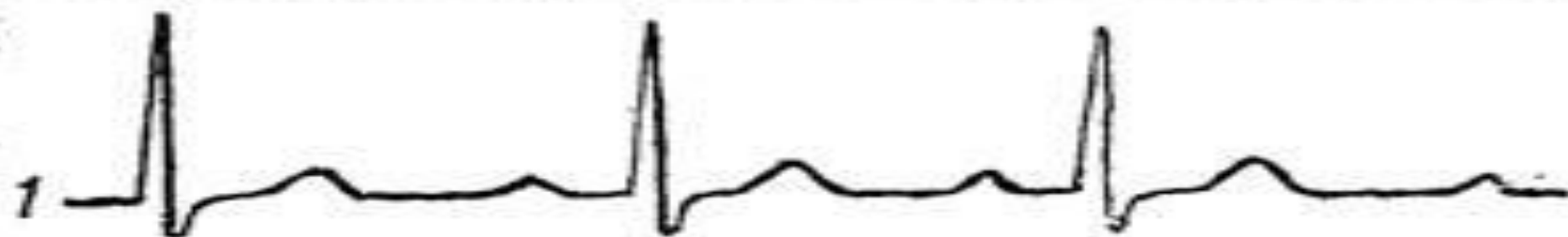
Sufluri sistolice

- **Stenoza aortică** →
- Insuficiența mitrală
- Prolaps de valvă mitrală
- Insuficiența tricuspidiană

Sufluri diastolice:

- Insuficiență aortică
- Stenoză mitrală





C. SEMNE PERIFERICE:

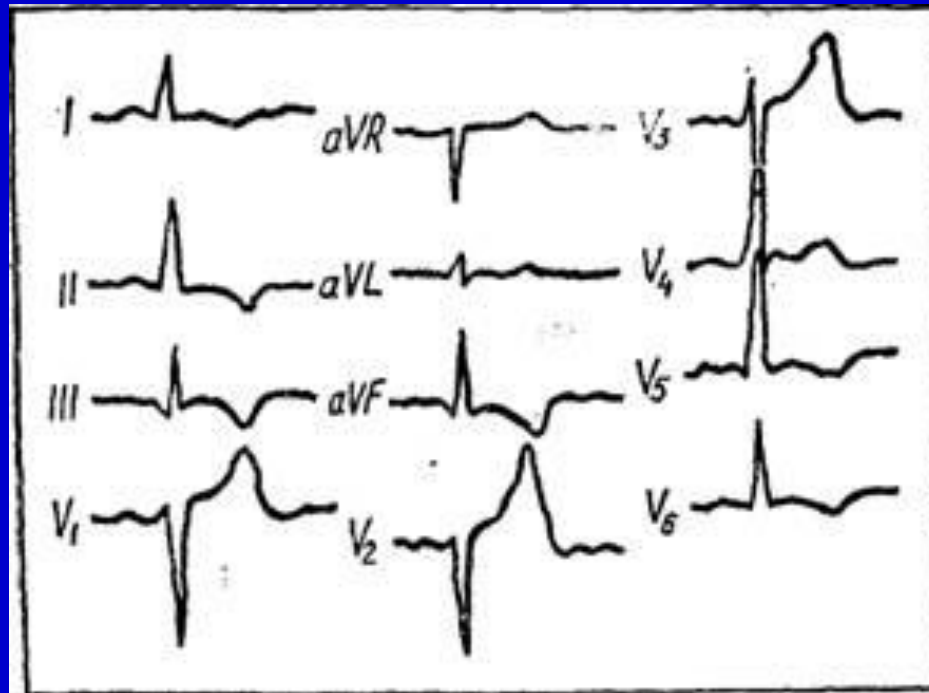
- ✖ **tensiunea arterială:**
 - mai frecvent scăzută
 - cu reducerea diferențialei;
- ✖ **pulsul**
 - diminuat
 - întârziat în raport cu șocul apexian.

EXAMENE PARACLINICE.

Electrocardiograma

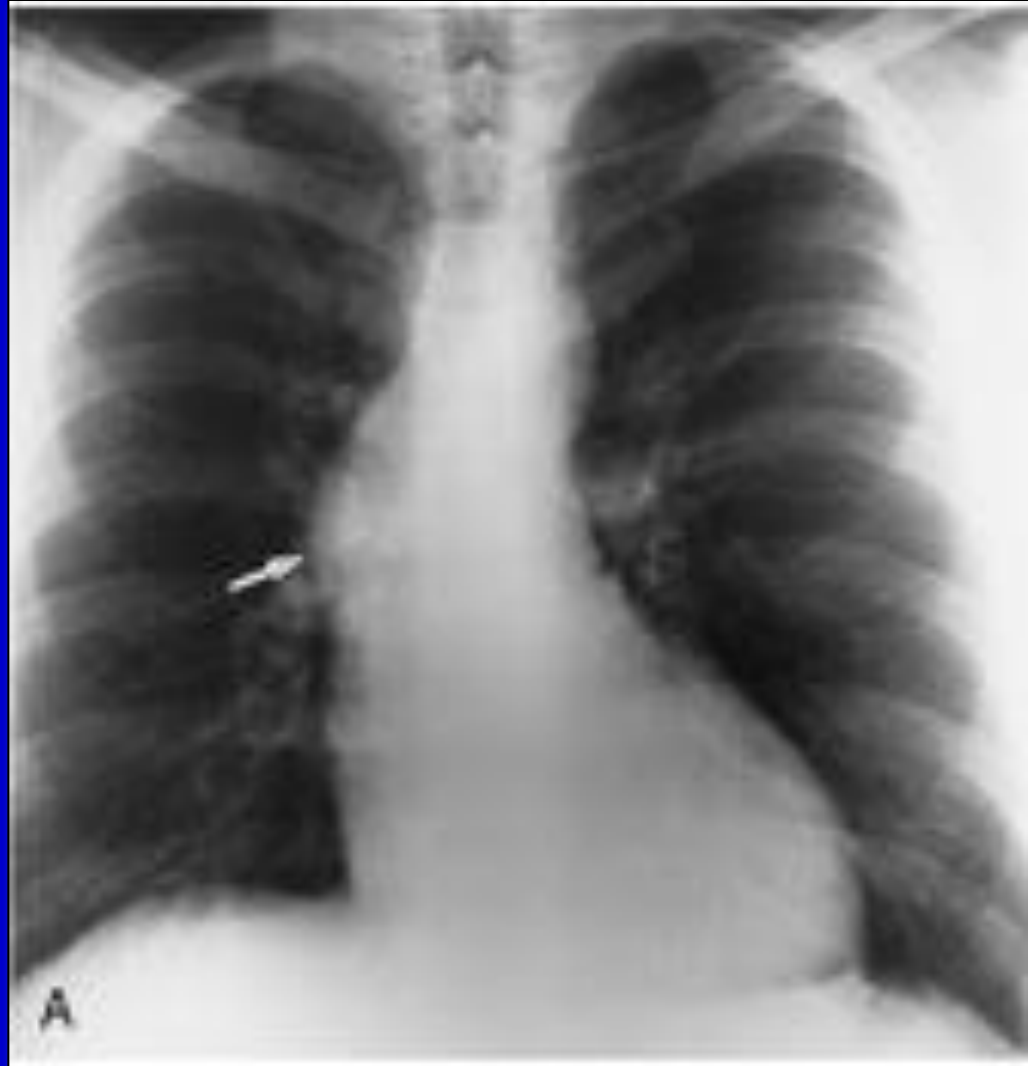
în caz de SA strânsă, ECG evidențiază următoarele:

- ✗ Ritmul sinusal la peste 80% dintre pacienți
- ✗ în 85% din cazuri prezența hipertrofiei ventriculare stîngi
- ✗ foarte rar, tulburări de conducere: BRS, BAV.



RADIOGRAFIA TORACICĂ

- o dilatare a aortei ascendente (leziune de jet);
- un aspect globulos al arcului inferior stâng cu vârful supradiafragmatic (HVS);
- o supraîncărcare pulmonară alveolară (IVS în formele avansate).
- calcificarea orificiului aortic (clișeele standard, amplificarea strălucirii: cinetica verticală, vizibilă în incidență oblică anterioară dreaptă)



ECOCARDIOGRAFIE

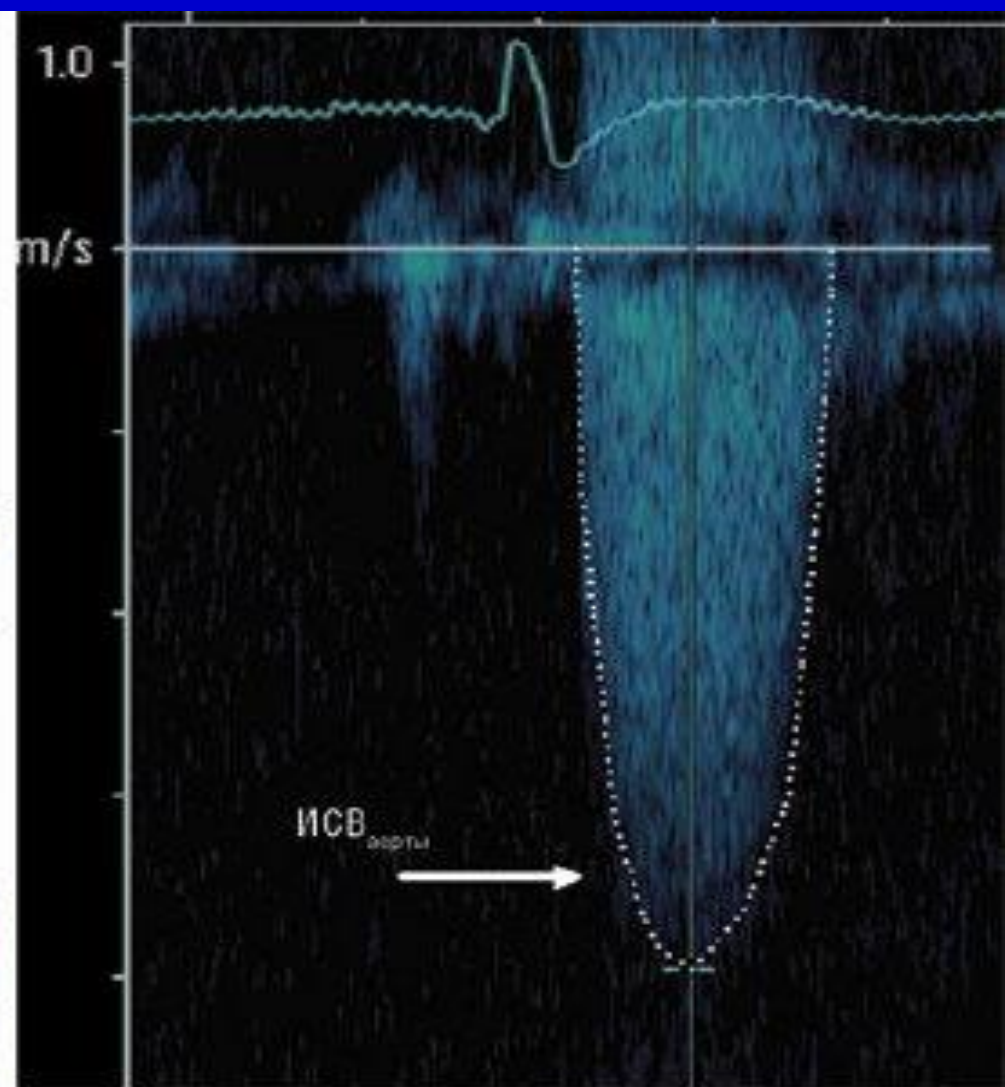
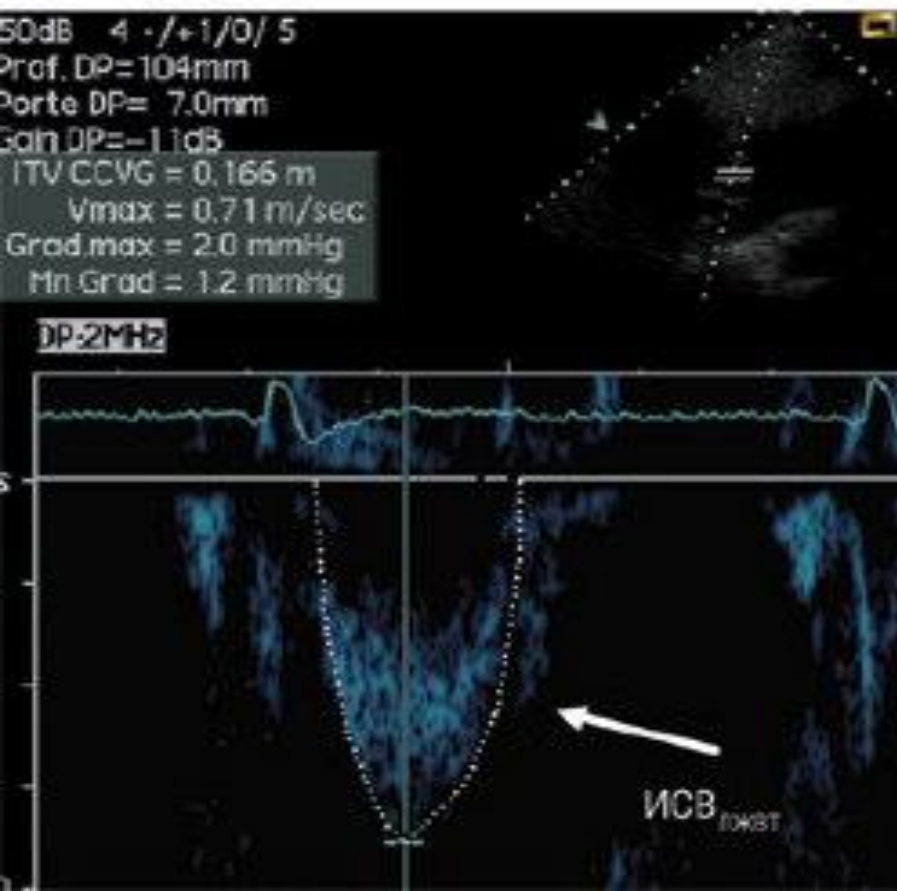
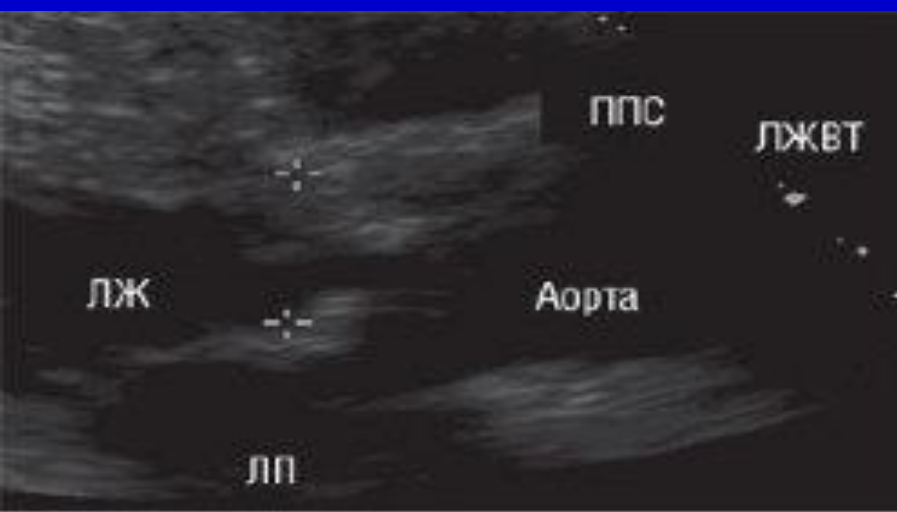
- este un examen cheie:
- permite stabilirea diagnosticului pozitiv;
- evaluează severitatea SA și răsunetul acesteia asupra cavitațiilor cardiace.

În modul M sau B se observă:

- sigmoidele calcificate cu deschiderea valvulară diminuată;
- hipertrofia ventriculară concentrică a VS (cu creșterea masei miocardice);
- diametrul inelului aortic (dificultate chirurgicală sub 19 mm);
- funcția VS;
- o eventuală valvulopatie asociată.

În mod pulsatil și continuu se observă:

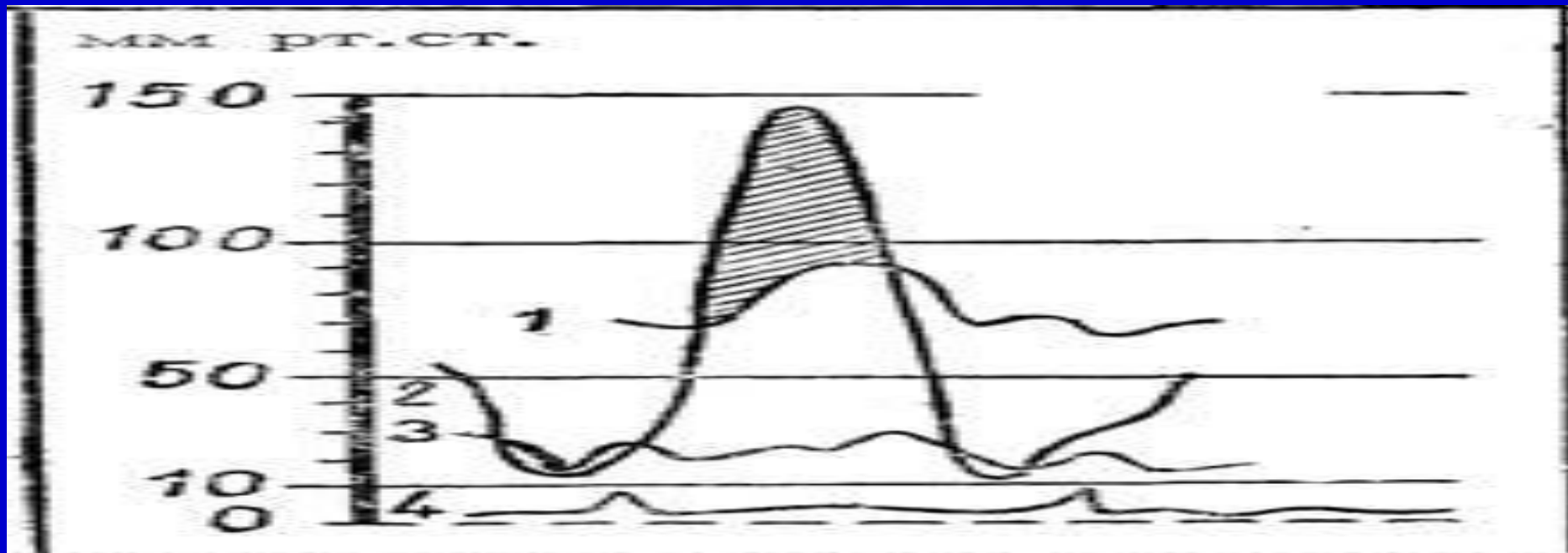
- tulburarea complianței VS;
- "culegerea" fluxului aortic de accelerație sistolică, care permite calcularea vitezei maxime a fluxului și a gradientului transvalvular cu ajutorul presiunii sistolice;
- calculul suprafeței anatomice a orificiului aortic (ecuația de continuitate).



$$\text{ПАК} = (\text{ИСВ}_{\text{ЛЖВТ}} \times \text{ппс}_{\text{ЛЖВТ}}) \cup \text{ИСВ}_{\text{аорты}}$$

CATETERISM CARDIAC ȘI ANGIOGRAFIE

- ✖ Explorarea hemodinamică este realizată pe cale arterială retrogradă, doar în cazul discordanței dintre examenul clinic și ecografie, din cauza complicațiilor posibile
- ✖ Situația SA (non sistematică) permite:
 - obiectivarea gradientului de presiune între VS și aortă (gradientul pic cu pic);
 - măsurarea gradientului mediu (planimetrie);
 - calcularea suprafeței aortice funcționale (formula lui Gorlin).



ALTE INVESTIGAȚII

- × Testul ECG de efort
- × Tomografia computerizată
- × Imagistica prin rezonanță magnetică

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL.

- **cardiomiopatia obstructivă** (antecedente familiale, conservarea zgomotului 2, fără calcificări pe radiografia toracică, undă Q de pseudo-necroză pe ECG, la ecocardiografie: hipertrofie septală asimetrică, mișcare sistolică anterioară a mitralei (SAM);
- **suflu sistolic** banal în eșarfă (zgomot 2 în focarul aortic, ecografie dacă este necesar);
- foarte rar, alte sufluri sistolice (IM, stenoză pulmonară, comunicarea interatrială).

În caz de dubiu, **ecocardiografia** este cea care stabilește diagnosticul în toate cazurile.

TERAPIA MEDICAMENTOSĂ

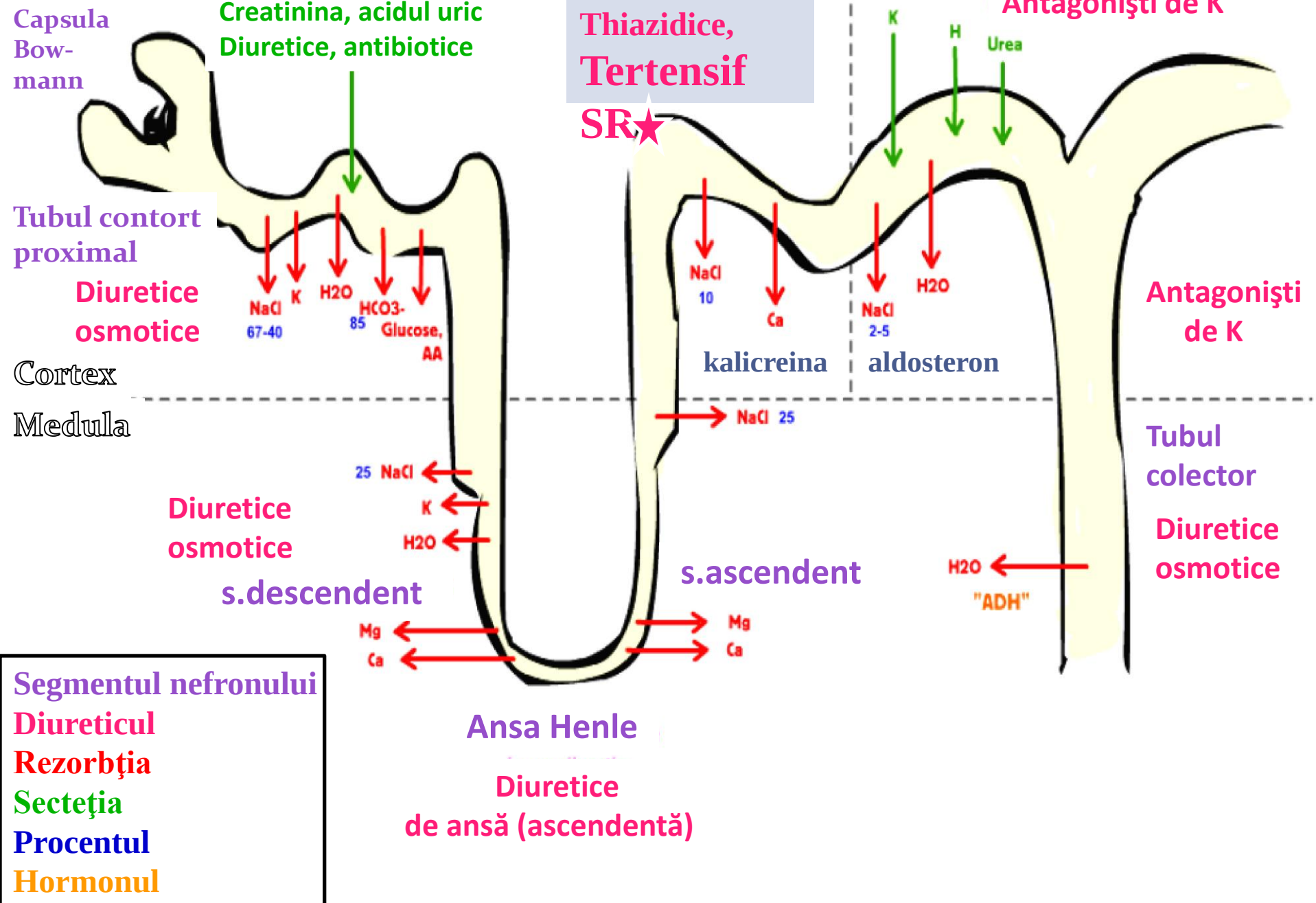
- ✖ Progresia SA degenerative este un proces activ care are trăsături comune cu ateroscleroza. Este necesară modificarea factorilor de risc ateroscle-rotic conform recomandărilor ghidurilor de prevenție secundară a aterosclerozei.
- ✖ Pacienții simptomatici necesită protezare valvulară rapidă, atâta vreme cât nici o terapie actuală nu poate întârzia intervenția chirurgicală.

PACIENȚII INELIGIBILI PENTRU CHIRURGIE

pot fi tratați cu:

- **Diuretice**
- **IECA**
- **Blocanți ai receptorilor de angiotensinogen,**
dacă au manifestări de insuficiență cardiacă
- **trebui evitate betablocantele**
la pacienți cu edem pulmonar, se folosește
nitroprusiatul de natriu cu strictă
monitorizare
hemodinamică.

Sediul diureticelor



- ✖ Hipertensiunea arterială coexistentă trebuie tratată, dar cu grijă pentru a evita hipotensiunea, iar pacienții trebuie evaluați mult mai des.
- ✖ Menținerea ritmului sinusal este importantă.
- ✖ Profilaxia endocarditei infecțioase este indicată la toți pacienții cu SA

CHIRURGIA VALVULARĂ

- ✖ Protezarea valvulară este recomandată tuturor pacienților simptomatici cu SA atrînsă, indiferent de severitatea simptomatologiei.

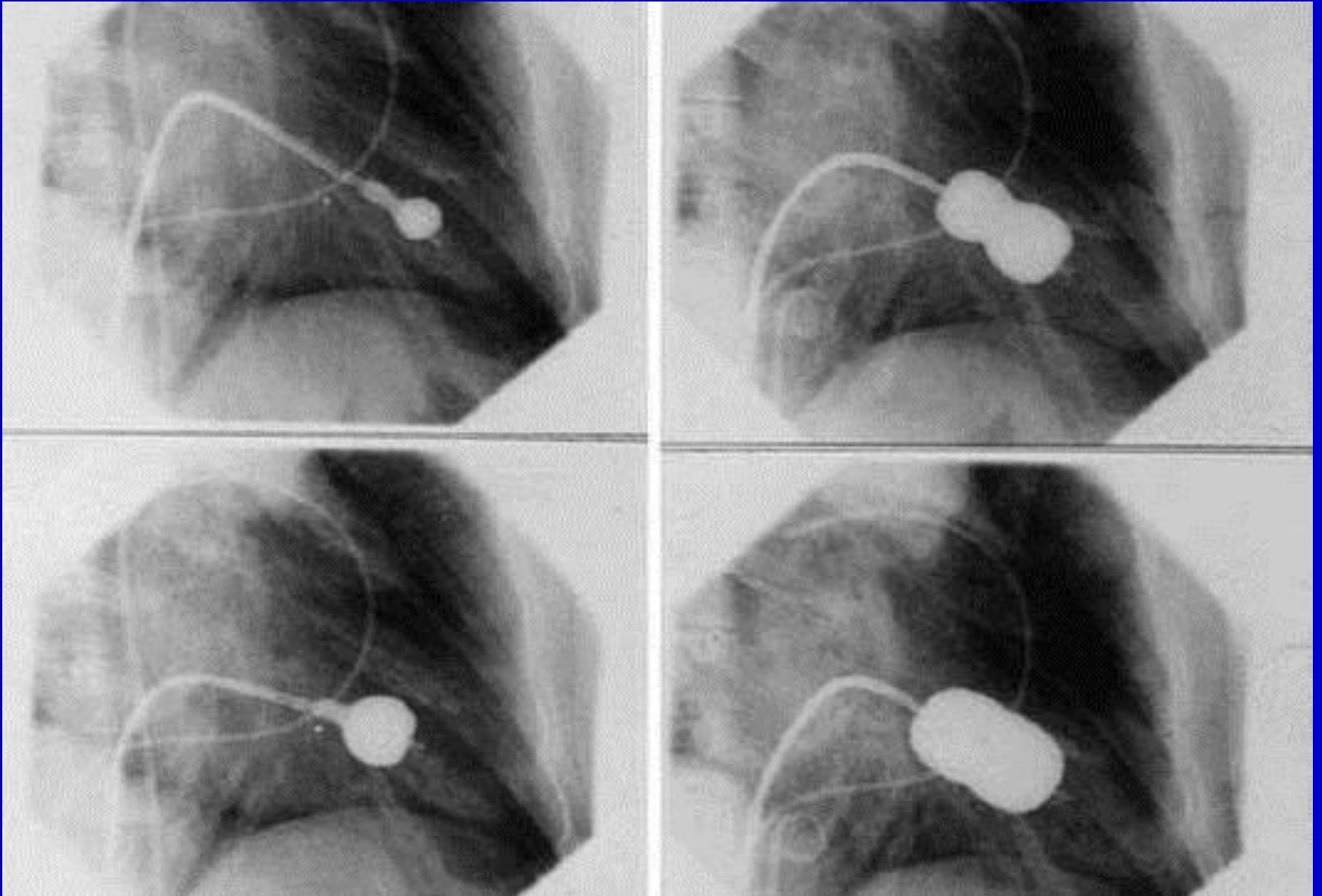
pacientul asimptomatic ce necesită intervenție chirurgicală:

- ✖ pacienții cu disfuncție sistolică de ventricul stîng (fracție de ejeție sub 50%) care nu este datorată altei cauze
- ✖ pacienții cu valve aortice intens calcificate
- ✖ pacienții cu rezultate anormale la testul ECG de efort

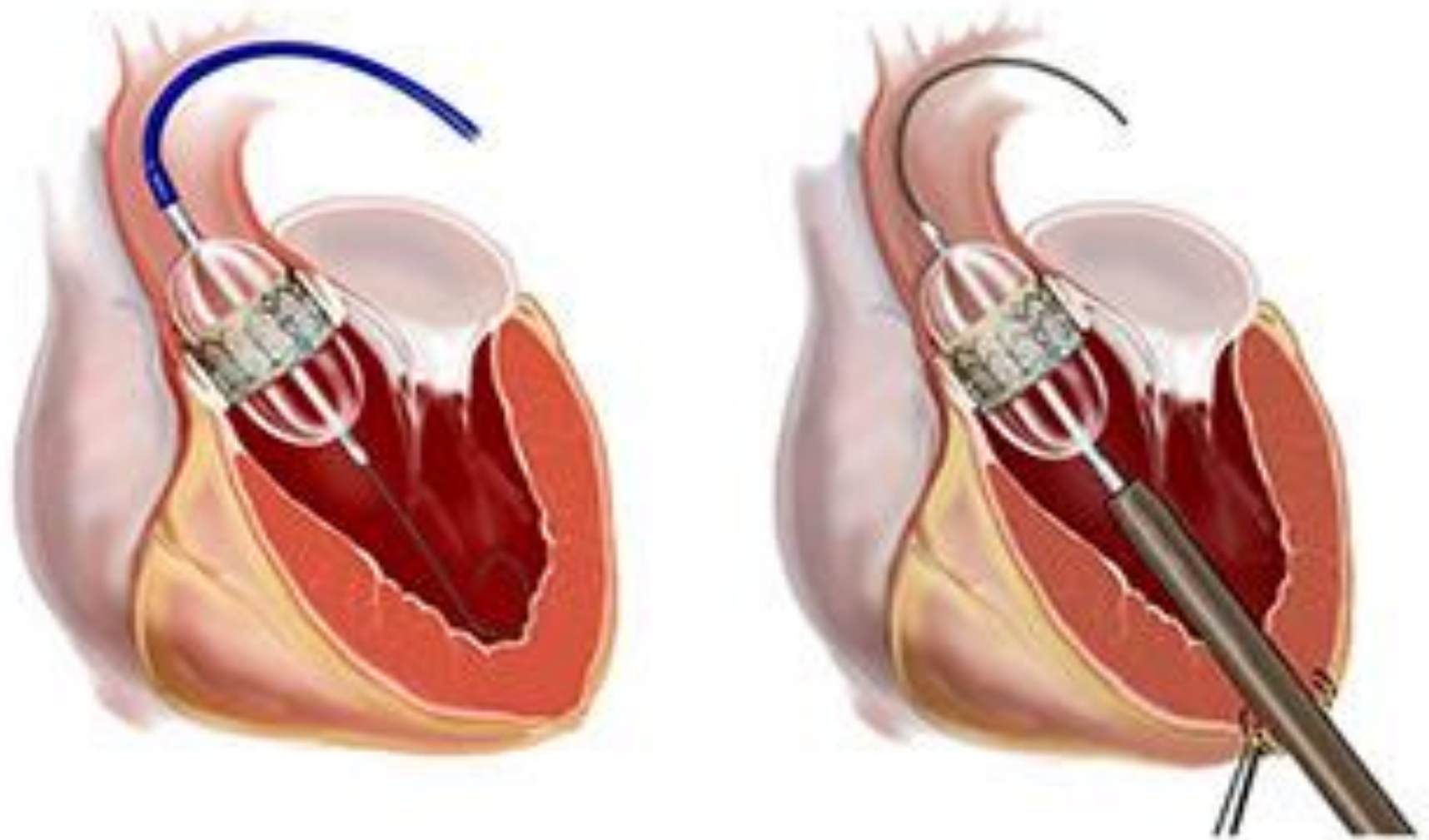
METODE CHIRURGICALE

- ✖ **Valvuloplastia cu balon percutană**
- ✖ **Implantarea transcateter a valvei aortice**
 - **proteză mecanică**
 - **bioproteza (heterogrefă de porc sau de bou, homogrefă)**

Valvuloplastia cu balon percutană



Inplantare percutană a VAo



ARTNER. New England Journal of Medicine. 2010;363:1597-607

PROGNOSTIC.

- × este condiționat de **severitatea stenozei**
- × În caz de **SA puțin strânsă**, prognosticul este bun, totuși este necesar un control anual prin eco Doppler cardiac și profilaxia anti-osleriană obișnuită.
- × **Apariția unui semn funcțional** marchează o **evoluție surprinzătoare** în privința speranței de viață:
 - 5 ani după o sincopă de efort;
 - 4 ani după un angor;
 - 2 ani după primele semne de IVS;
 - mai puțin de 6 luni după un puseu de insuficiență cardiacă globală.

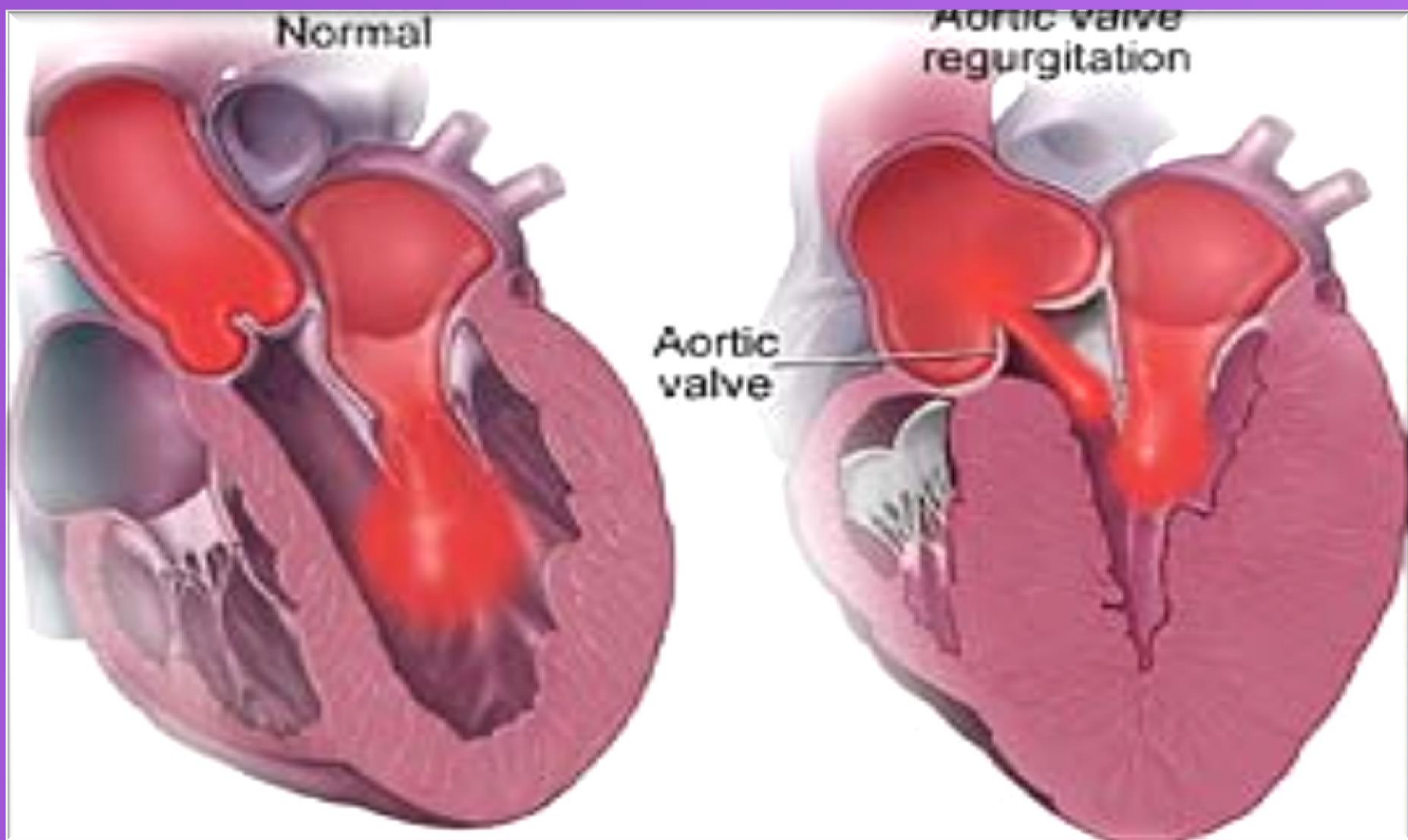
PRONOSTIC

Adeseori există o lungă perioadă asimptomatică. Apariția semnelor funcționale marchează o evoluție surprinzătoare cu un risc de moarte subită și trebuie luată în considerare indicația chirurgicală

Anumite complicații pot surveni sau releva valvulopatia:

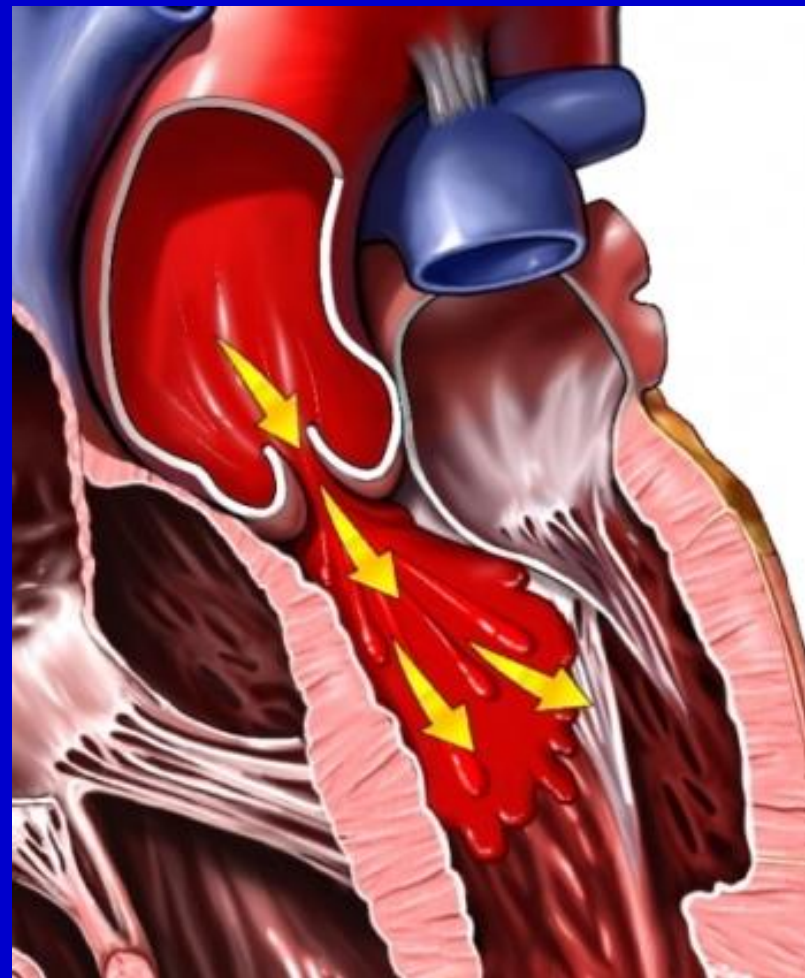
- embolie calcară sistemică;
- BAV ("alunecări" calcare pe căile de conducere);
- IC;
- grefă osleriană;
- tulburări de ritm (AC/FA cu pierderea sistolei atriale).

INSUFICIENȚA AORTICĂ



DEFINIȚIE

- ✖ **I.A.** se definește printr-un reflux al sângelui din aortă în ventriculul stâng în timpul diastolei, printr-un defect de închidere a valvulelor sigmoide aortice.



ETIOLOGIA

- ✖ *IA degenerativă*
- ✖ *Anomaliile congenitale ale valvei aortice, cel mai frecvent bicuspidia aortică*
- ✖ *Endocardita infecțioasă* prima cauză de **IA acută**
- ✖ *Febra reumatică*
- ✖ cauzele mai rare: traumatisme toracice, boli inflamatorii sau de țesut conjunctiv, sindrom antifosfolipidic

ANATOMIE PATOLOGICĂ.

1. Afectarea valvelor este eventualitatea cea mai frecventă: pot prezenta

- o diminuare a suprafeței țesutului valvular prin retracție sau scleroză

- o mutilare a valvelor prin:

- ☐ rupere
- ☐ fenestrare
- ☐ un defect de fixare

2. Dilatarea aortei antrenează o I.A. funcțională țesutul valvular devine insuficient pentru dimensiunea orificiului aortic.

3. Distorsiunea inelului aortic poate provoca un defect al aparatului valvular aortic, în timp ce țesutul valvular propriu-zis rămâne normal.

FIZIOPATOLOGIE

Cantitatea de sânge regurgitat depinde de 2 **parametrii**

- × de **gravitatea leziunilor anatomice** care condiționează gradul incontinenței sigmoidelor,
- × de **gradientul de presiune între aortă și ventriculul stâng, în timpul diastolei, și de durata diastolei în funcție de frecvența cardiacă.**
- × compensarea hemodinamică se obține prin:
 - creșterea volumului telediastolic al ventriculului stâng (folosirea rezervei de presarcină)
 - prin hipertrofia pereților ventriculului stâng (în scopul scăderii tensiunii parietale)

IA ACUTA

- ✖ VS nu are timp de adaptare la noile condiții hemodinamice, prin dilatarea cavităților și creșterea complianței.
- ✖ Presiunea diastolică a VS crește foarte mult
- ✖ Tahicardia are un efect benefic prin diminuarea timpului de regurgitare.
- ✖ Foarte rapid, cresc presiunile în mica circulație.

I.A. CRONICĂ.

- × **A.** Principalul mecanism de adaptare este **dilatarea V.S. cu creșterea volumului telediastolic.**
- În timpul diastolei, ventriculul trebuie să primească volumul diastolic normal, și volumul regurgitat care vine din aortă.
- Pentru compensarea regurgitării aortice are loc **creșterea volumului sistolic de ejeție pentru menținerea debitului cardiac sistemic.**
- Creșterea debitului VS este permisă prin dilatarea cavităților și prin hipertrofia peretelui VS.
- - În timp, miocardul se epuizează: dilatarea VS se accentuează, scade contractilitatea ventricutară și debitul cardiac

I.A. CRONICĂ.

- × **B. Creșterea debitului**, la nivelul aortei, antrenează **dilatarea difuză a aortei** ascendente și orizontale.
- × **C. Tahicardia sinusală**, de obicei prezentă, permite diminuarea timpilor diastolici de revoluție cardiacă, în cursul regurgitării.
- × **D.** În fine, poate apare o **insuficiență coronariană** de natură **funcțională**, debitul coronarian fiind diminuat de **prăbușirea presiunii aortice** în timpul diastolei, fază a ciclului cardiac prin care se realizează cea mai mare parte a debitului coronarian. **Acest fenomen este agravat de necesarul de oxigen, în creștere, al miocardului hipertrofiat.**

1. SEMNE FUNCȚIONALE

IA este mult timp bine tolerată, fără vreun semn funcțional, boala fiind descoperită întâmplător la un examen sistematic, prin existența **sufllului diastolic**.

Intr-un stadiu evolutiv mai avansat apar semne funcționale ca:

- **semne de IVS** cu: **dispnee de efort, dispnee paroxistică și dispnee de decubit**, traducând deja un stadiu tardiv cu un răsunet miocardic pronunțat;
- **crizele de angină pectorală** frecvent spontane;
- în plus, foarte rar, **lipotimii sau sincope**.

2. SEMNE FIZICE

Palparea:

poate fi normală
sau apexul poate
apare deviat în
exterior și mai
ales în jos

➤ **cardiomegalie**
prin dilatarea VS

șocul apexian

➤ este particular datorită faptului
că se palpează pe o arie întinsă
și totodată este puternic

➤ este în mod excepțional asociat cu
freamăt diastolic,

2. SEMNE FIZICE

- ✖ **Ascultația este un element esențial.**

suflu diastolic

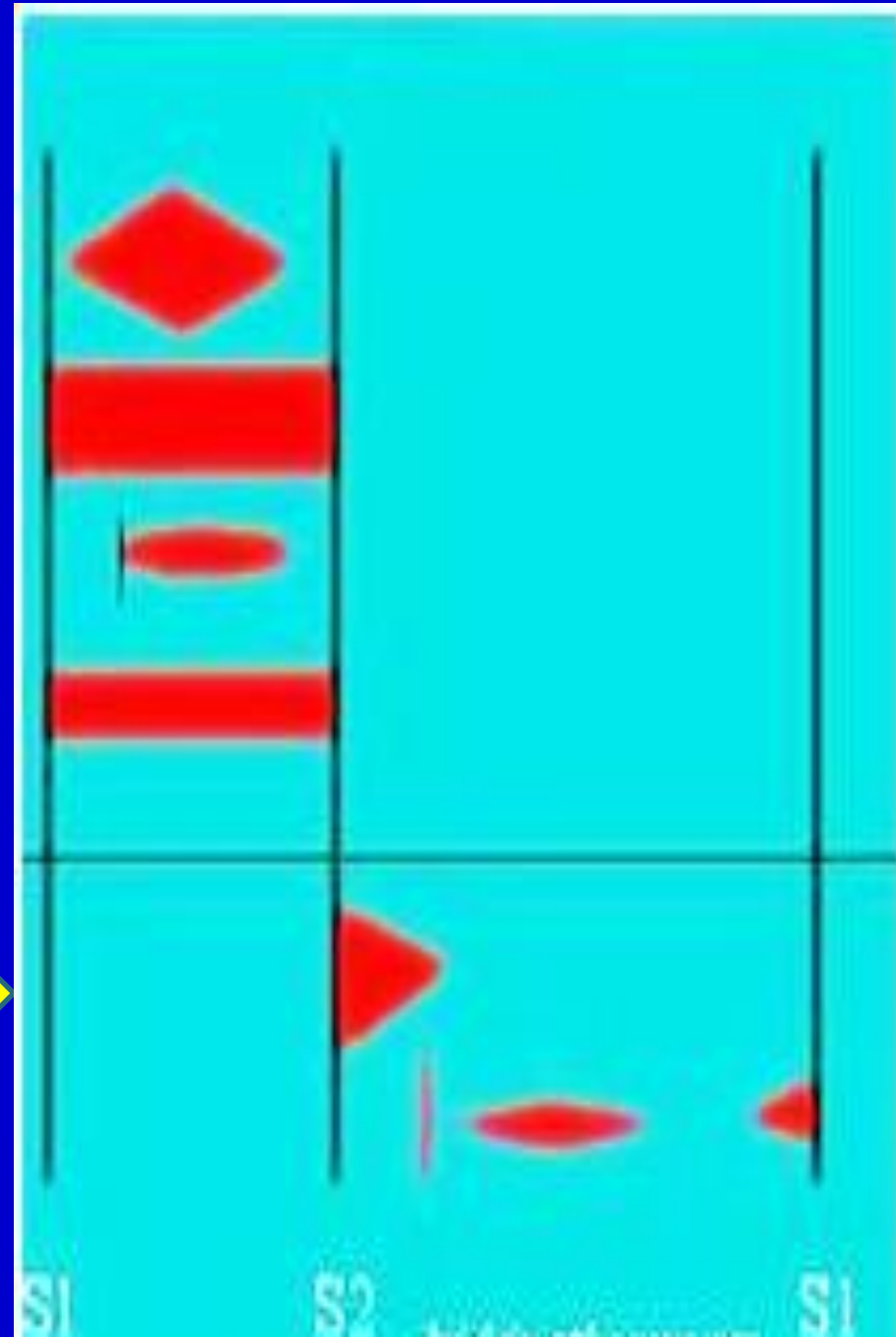
- ✖ Sediul clasic este în focarul aortic și în partea internă a spațiului II intercostal drept, iradiind spre xifoid și apex.
- ✖ Predomină adeseori de-a lungul marginii stângi a sternului sau a apexului.
- ✖ Intensitatea este variabilă de la un caz la altul și este per ansamblu mai puțin intens decât suflurile sistolice.

Sufluri sistolice

- Stenoza aortică
- Insuficiența mitrală
- Prolaps de valvă mitrală
- Insuficiența tricuspidiană

Sufluri diastolice:

- **Insuficiență aortică** →
- Stenoză mitrală



ALTE SEMNE LA ASCULTAȚIE

- ✖ o atenuare sau dispariția zgomotului I,
- ✖ o diminuare a zgomotului II aortic în IA cu alterarea importantă a valvelor.
- ✖ un suflu sistolic de eiecție de însoțire, de intensitate moderată, cu iradiere în eșarfă de la bază la apex și iradiere spre vasele gâtului; (regurgitare mitrală)
- ✖ un clic de eiecție protosistolic;
- ✖ o uruitură apexiană, în absența patologiei mitrale (uruitura Austin Flint), în toate regurgitățile voluminoase;

SEMNELE ARTERIALE PERIFERICE

- ✖ Tensiunea diastolică scăzută, corelează cu severitatea IAO
 - ✖ Tensiunea sistolică poate fi mărită
 - ✖ Tensiunea pulsativă este mare
 - ✖ Tensiunea pe artera poplitea este mai mare decât pe artera radială – s. Hill
 - ✖ Pulsul este amplu și rapid depresibil dând senzația unui puls săltăreț
(pulsus celer, altus, magnus et frequens)
- Pe artere pot apărea tonuri din cauza presiunii pulsatile
- Apare ”tonul palmar”

SEMNELE ARTERIALE PERIFERICE

- ✖ **Pulsația arterelor carotide ("dansul carotidelor")**
 - pulsul Korrigan
- ✖ **pulsarea în regiunea arterelor mari (brahiale, radiale, temporale, femorale)**
- ✖ **Simptomul Alfred de Mussi (mișcarea capului sincron cu sistola)**
- ✖ **Simptomul Landolfi – pulsația pupilelor**
- ✖ **Simptomul Miuler – pulsația palatinului**
- ✖ **Simptomul Quincke – pulsația lojei unghiale – puls capilar**
- ✖ **Simptomul Vinogradov – Duroziez (suflu sistolic și diastolic pe a. femurală)**
- ✖ **Tonul Traube – pe a. femurală ton dublu la ausc.**

3. SEMNE ELECTROCARDIOGRAFICE

- ✖ Traseul **ECG** evidențiază o hipertrofie de VS caracterizată prin **mărirea amplitudinii complexului QRS** cu o undă R mare în derivațiile stângi DI, V5, V6. HVS poate fi de tip diastolic cu o undă T pozitivă, simetrică și amplă și o undă Q adâncă și fină, dar cel mai des este de tip sistolic cu **inversarea undei T**, asimetrică, mai ales în leziunile avansate.



I



II



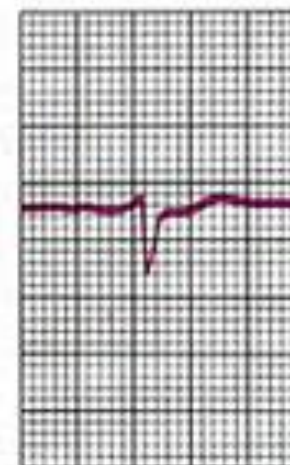
III



VR



VL



VF



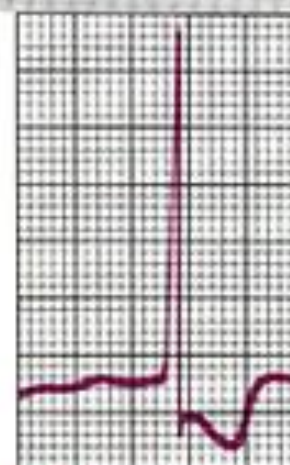
V₁



V₂



V₃



V₄



V₅



V₆

4. SEMNE RADIOLOGICE

- ✖ Silueta cardiacă este moderat mărită de volum (**global**)
- ✖ Mărirea volumului are loc în special de la **nivelul VS și a aortei**, chiar dacă arcul mijlociu stâng rămâne concav și nu există depășirea conturului în dreapta.
- ✖ - Există o alungire și o proeminență a arcului inferior stâng care plonjează pe diafragm.
- ✖ Plămânii sunt în general clari, fără semne de supraîncărcare vasculară, cu excepția stadiilor evaluate și tardive.

4. SEMNE RADIOLOGICE



4. SEMNE RADIOLOGICE



5. SEMNE ECOCARDIOGRAFICE

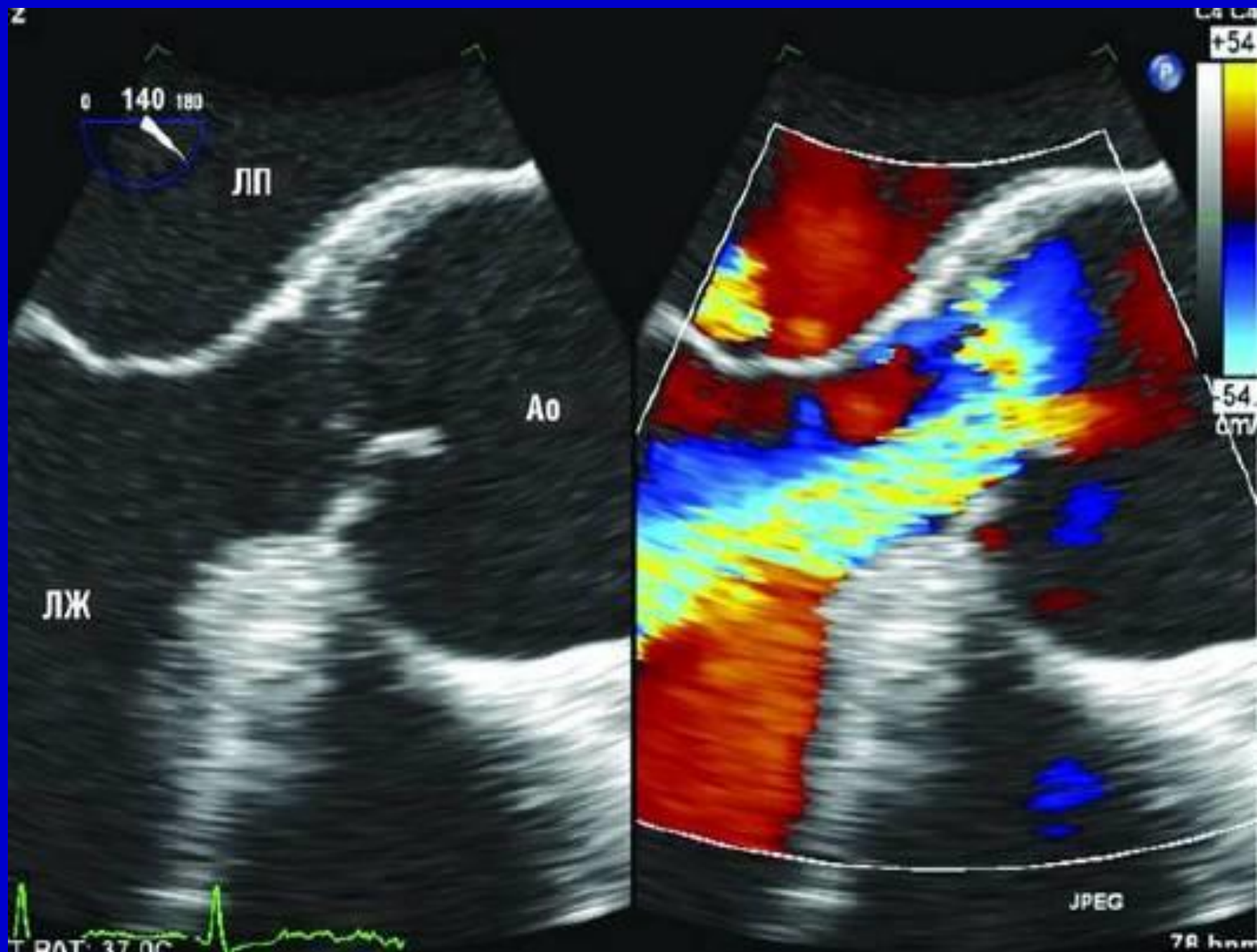
- ✗ arată **semnele indirecte de IA**: "fluttering-ul" diastolic al valvei mari și uneori al valvei mici și a septului interventricular.
- ✗ Ecocardiograma permite aprecierea **răsunetului** regurgitării **asupra VS**, evaluând **gradul dilatării** sale (diametrele telediastolic și telesistolic) și eventual **reducerea contractilității** sale (fracția de ejeție) Dă informații de asemenea despre diametrul aortei ascendente care este mai mult sau mai puțin dilatată sau ectazică.
- ✗ Ecocardiograma, realizată pe cale esofagiană, permite determinarea mecanismului de regurgitare și **precizarea cea mai bună a aspectului valvelor** (bicuspid, vegetații).

DOPPLER COLOR

**fluxul
subsigmoidian
anormal de
regurgitare care
se produce în
diastolă**

permite evaluarea
importanței
regurgitării.



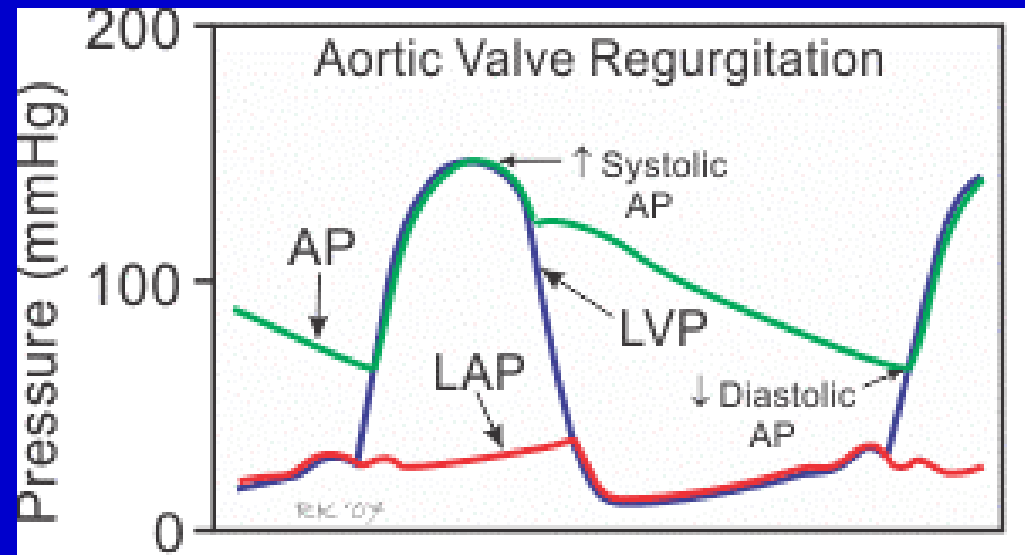


6. SEMNE HEMODINAMICE

✖ **Cateterism cardiac**

pune în evidență o scădere a presiunii diastolice aortice cu mărirea presiunii arteriale diferențiale sistemice.

✖ Presiunea telediaslolică a VS este mult timp normală și crește într-un stadiu avansat. În ultimul stadiu are loc creșterea presiunilor arteriale pulmonare și scăderea debitului cardiac.



- ✘ Răsunetul asupra funcției VS este apreciat prin angiografia VS, care poate pune în evidență gradul de dilatare al cavității ventriculare și o creștere importantă a volumului telediastolic (peste 100 ml/m²) și o diminuare a contractilității ventriculare traduse prin scăderea FE.
- ✘ Angiografia suprasigmoidiană confirmă regurgitarea aortică și permite măsurarea, în funcție de volumul regurgitat, a contrastului în VS (minim, moderat, important, sever).
- ✘ Explorarea este completată de o coronarografie pentru confirmarea absenței unei coronaropatii asociate.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- ✖ Dificultatea poate apărea în prezența unui suflu diastolic foarte slab. **Pacientul trebuie neapărat ascultat când este cu toracele aplecat înainte și în expir forțat.**
- ✖ Dacă suflul diastolic este cert, singurul diagnostic diferential se face cu **insuficiența pulmonară.**

TRATAMENT

- În insuficiența aortică cronică există un interval de latență între instalarea regurgitării și manifestările clinice.
- În această perioadă, pacienții beneficiază de măsuri care interferează cu factorii de declanșare a insuficienței cardiace și a grefei bacteriene.
- Pacienții neoperați, cu insuficiență cardiacă, au indicație de terapie medicamentoasă:
 - digitală,
 - diuretice
 - vasodilatatoare (inhibitorii ai enzimei de conversie). Nitroglicerina și nitrații cu acțiune prelungită au efecte reduse în insuficiența aortică, deși sunt utilizați în cazurile cu angină pectorală.

TRATAMENT

- Tratatamentul chirurgical este indicat la pacienții simptomatici sau în cazurile cu insuficiență aortică severă.
- Manifestările clinice de insuficiență cardiacă (dispneea, ortopneea) și durerile anginoase se însoțesc de prognostic nefavorabil.
- În insuficiența aortică reumatică severă, soluția terapeutică eficientă este înlocuirea valvelor aortice. Cazurile cu insuficiență aortică de altă etiologie pot beneficia de intervenție reparatorie.
- În insuficiența aortică acută tratamentul chirurgical se efectuează de urgență, precedat de instituirea măsurilor de tratament a insuficienței ventriculare stângi (digitală, vasodilatatoare, diuretice) și antibiotice în cazul endocarditei infecțioase.

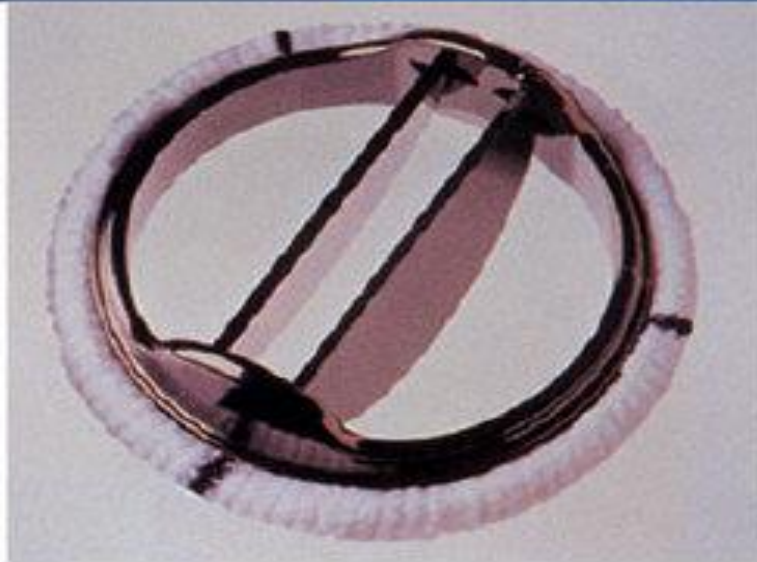
Proteze aortale



A

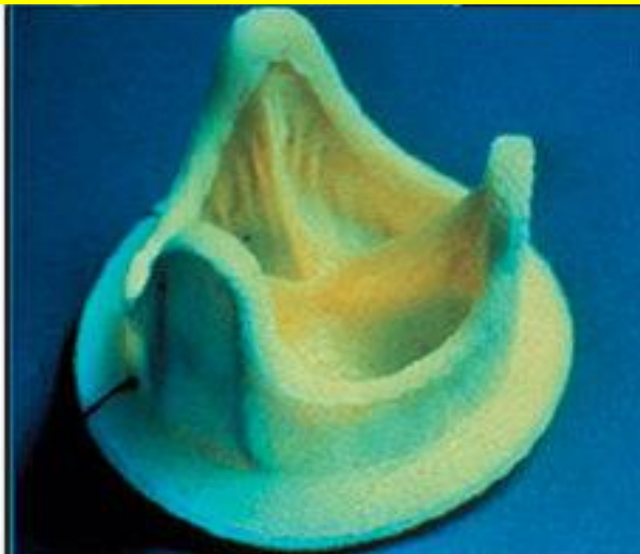


Б



В

Proteze aortale



A



Б

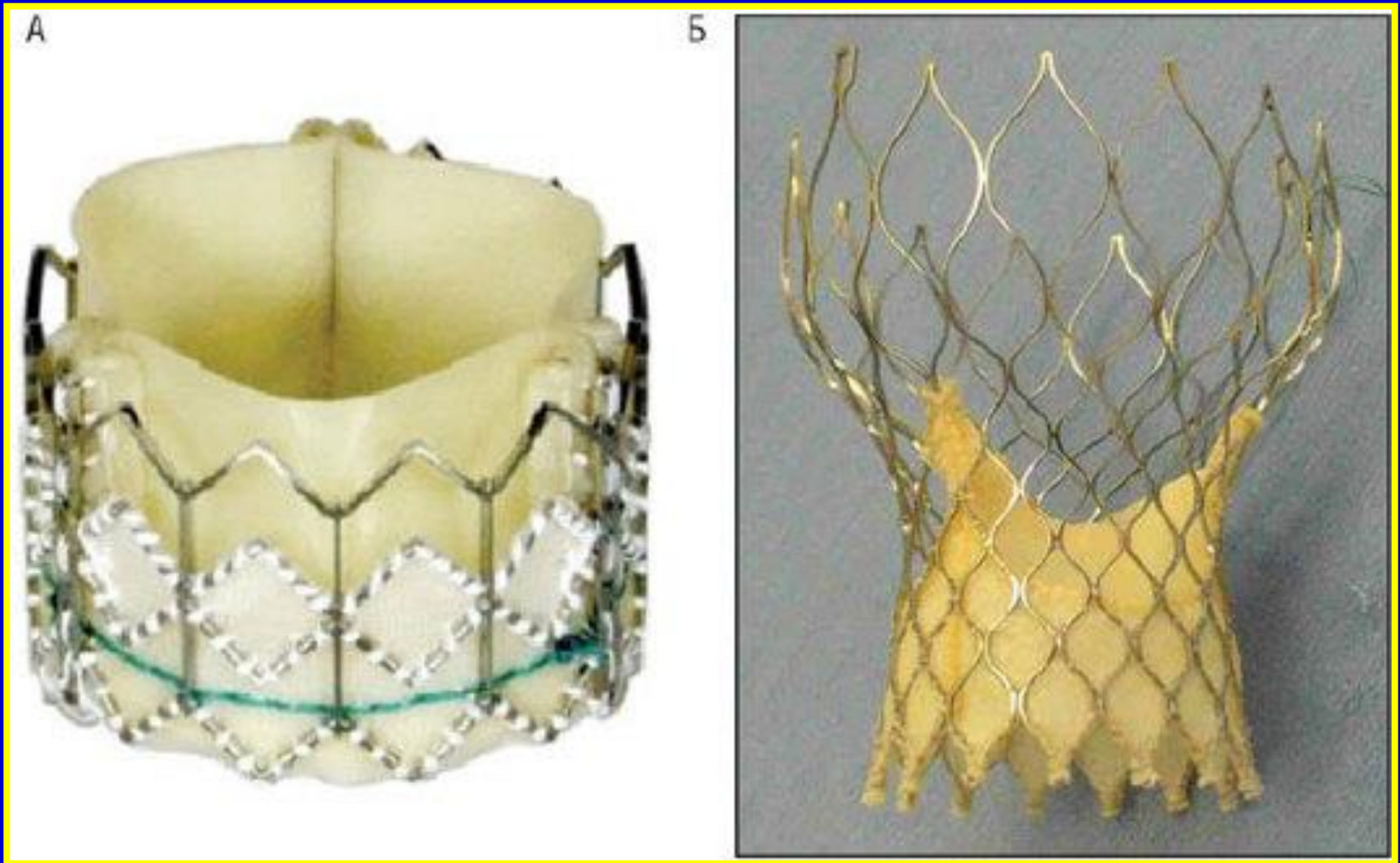


В



Г

Proteze aortale cu stend - Edwards Sapien



EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC

IA CRONICĂ

- × este mult timp **bine tolerată**, datorită **dilatării VS și HVS**.
- × În absența tratamentului, regurgitarea semnificativă va duce la constituirea unei **dilatații foarte mari a VS**, apoi la o **diminuare progresivă a contractilității sale**; acest stadiu al bolii trebuie evitat, deoarece este tardiv și adeseori ireversibil, în ciuda corecției chirurgicale.
- × În formele **asimptomatice sau paucisimptomatice**, prognosticul este condiționat de **regurgitarea VS**. Apariția progresivă a unei cardiomegalii, mărirea progresivă a diametrului VS la ecografii succesive și **alterarea funcției sistolice a VS (scăderea FE)** trebuie să fie semne de alarmă și reprezintă indicații chirurgicale.

EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC

IA ACUTĂ

- ✖ Evoluția **IA** acute, depinzând de volumul regurgitării și de caracterul său acut , nu permite VS de a se adapta la noile condiții hemodinamice.
- ✖ Reprezintă o **indicație operatorie de urgență**, deoarece în absența intervenției, decesul survine în majoritatea cazurilor în lunile sau anul care urmează primelor semne de decompensare.



**Inima ca o mamă bună,
întâi alimentează tot corpul,
apoi mănâncă singură**

L. Testemițanu

