

# Tissu mitral accessoire responsable d'une gêne à l'éjection du ventricule gauche

A propos de 7 cas

E. Arnaud-Crozat, R. Nottin, P. Chambran, A. Serraf, J.F. Verrier, M. Detroux, F. Lacour-Gayet, C. Planche, J. Langlois et J.P. Binet\*

Les auteurs rapportent l'expérience médico-chirurgicale de l'hôpital Marie-Lannelongue, sur une pathologie rare : l'existence de tissu mitral accessoire. Ce tissu, observé chez 7 patients de 2 à 28 ans (moyenne : 8,7 ans) provoque un obstacle à l'éjection du ventricule gauche.

Le diagnostic est rarement évoqué cliniquement, mais repose sur la conjonction de données échographiques et angiographiques. L'obstacle accessoire était

associé à une autre malformation intracardiaque 6 fois sur 7.

Le traitement chirurgical a comporté l'ablation du tissu mitral accessoire, par voie aortique ou voie combinée aorto-atriale gauche et la cure de la malformation intracardiaque associée.

Le résultat postopératoire est excellent avec disparition des gradients ventriculo-aortiques et intégrité physiologique de la valve mitrale.

*Arch Mal Cœur* 1990 ; 83 : 1579-82.

**MOTS CLÉS :** tissu mitral accessoire, obstacle éjectionnel.

Les obstacles sous-valvulaires aortiques ont des causes multiples [1].

L'existence d'un tissu pseudo-valvulaire surnuméraire implanté sur la grande valve mitrale est une cause rare et souvent méconnue d'obstacle. Ce tissu mitral accessoire fait office de parachute et freine l'éjection systolique du ventricule gauche vers l'aorte.

Une récente revue de la littérature [2] fait mention de 21 cas mondiaux. Sept patients présentant ce type d'anomalie ont été opérés au Centre chirurgical Marie-Lannelongue, et il nous est apparu intéressant d'en rapporter notre expérience chirurgicale.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le diagnostic préopératoire a été posé dans tous les cas par la conjonction des données échographiques et angiographiques.

(\*) Chaire de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, centre chirurgical Marie-Lannelongue, 133, avenue de la Résistance, 92350 Le Plessis-Robinson.

(Tirés à part : Dr E. Arnaud-Crozat - centre de chirurgie cardiaque, clinique Belledonne, 83, avenue Gabriel-Péri, 38400 Saint-Martin-d'Hères).

Article reçu en août 1989 et accepté en janvier 1990.

L'aspect échographique et angiographique a été identique chez tous nos patients.

Six femmes et un homme, âgés de 2 à 28 ans (moyenne : 8,7 ans) ont été opérés de cette anomalie au Centre chirurgical Marie-Lannelongue. Le diagnostic a été fait 6 fois sur 7 de manière fortuite : c'est au décours de l'exploration de malformations intracardiaques que le diagnostic du tissu mitral accessoire a été évoqué (tableau I).

Tableau I

MALFORMATIONS INTRACARDIAQUES  
ASSOCIÉES AU TISSU MITRAL ACCESSOIRE

Rétrécissement aortique valvulaire	n = 1
Rétrécissement aortique sous-valvulaire (bourrelet sous-aortique)	n = 2
Communication interventriculaire (CIV)	n = 1
Communication interauriculaire (CIA)	n = 1
Insuffisance aortique minime, insuffisance mitrale- <i>situs inversus</i>	n = 1

Dans un seul cas, le seul signe d'appel était l'existence d'un souffle systolique chez un enfant de 3 ans, totalement asymptomatique, sans autre cardiopathie.

