

Recommandations de pratique clinique de
l'ESC/EACTS pour la

**prise en charge des
valvulopathies :**
**Ce que les patients
doivent savoir**



Que sont les Recommandations de pratique clinique ?

Les Recommandations de pratique clinique sont des documents élaborés par des professionnels de santé, des scientifiques et des patients. Elles s'adressent principalement aux professionnels de santé, et formulent des recommandations fondées sur les meilleures données disponibles. Les recommandations permettent de garantir une prise en charge optimale des patients.

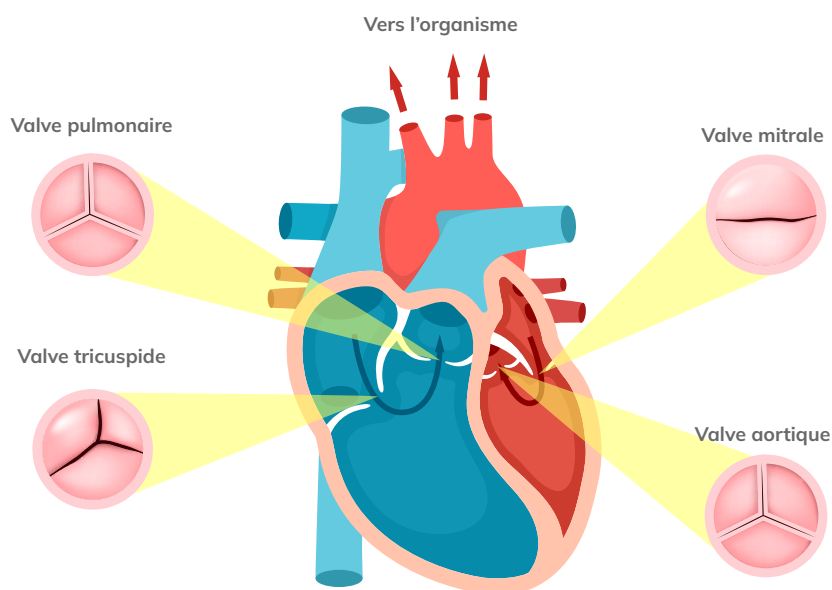
En quoi ce document peut-il m'aider ?

Ce document s'appuie sur les [Recommandations de la Société Européenne de Cardiologie \(ESC\) et de l'Association Européenne de Chirurgie Cardio-Thoracique \(EACTS\) relatives à la prise en charge des valvulopathies](#). Il s'adresse aux patients et à leurs familles.

Ce guide présente de manière claire les principales recommandations relatives au diagnostic et au traitement des formes les plus fréquentes de valvulopathies. Il vise à vous donner l'assurance nécessaire pour travailler main dans la main avec votre équipe soignante et prendre des décisions éclairées.

Valvulopathie : de quoi s'agit-il ?

Le cœur possède quatre valves, situées entre ses quatre cavités. Lorsqu'elles fonctionnent normalement, les valves permettent au sang de circuler dans le bon sens.



Lorsque l'une ou plusieurs de ces valves ne s'ouvrent pas ou ne se ferment pas correctement, on parle alors de maladie des valves cardiaques ou de valvulopathie.

Symptômes et causes

Les symptômes d'une valvulopathie peuvent varier selon la valve atteinte et l'importance de la lésion. Ils ne sont pas toujours faciles à reconnaître, même lorsque la maladie est sévère. Parmi les symptômes les plus fréquents, on retrouve :



Fatigue accrue
(plus importante que d'habitude)



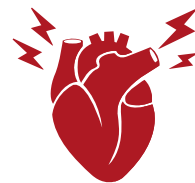
Essoufflement



**Sensation de
malaise ou vertiges**



**Gonflement
des jambes**



**Rythme cardiaque rapide
ou irrégulier
appelé « palpitations »**

Certaines personnes naissent avec une anomalie des valves cardiaques (valvulopathie congénitale). Mais le plus souvent, les valvulopathies sont dues à l'usure liée au vieillissement. Par ailleurs, d'autres cardiopathies, comme un antécédent d'infarctus du myocarde, peuvent entraîner une atteinte valvulaire. La fièvre rhumatismale peut, elle aussi, endommager progressivement les valves cardiaques. Certaines infections aiguës, notamment l'endocardite, peuvent provoquer des lésions plus rapides. Certains traitements contre le cancer (comme la radiothérapie du thorax et certains types de chimiothérapie) sont également associés à un risque accru de valvulopathie, parfois plusieurs années après le traitement.

Les lésions des valves cardiaques modifient la vitesse et la direction du flux sanguin qui les traverse. Une valvulopathie cardiaque est souvent suspectée pour la première fois lors d'un examen médical de routine, lorsque le médecin écoute le cœur à l'aide d'un stéthoscope. Si un souffle cardiaque est détecté, le(la) patient(e) pourra être orienté(e) vers des examens complémentaires.

Diagnostic et prise en charge générale

Dans l'idéal, toute personne atteinte d'une valvulopathie doit être suivie par des professionnels de santé disposant de connaissances spécialisées.

Si une valvulopathie est suspectée, vous pourrez être orienté(e) vers un **centre spécialisé dans les valvulopathies**. Ces structures disposent de procédures standardisées visant à assurer un diagnostic rapide, un traitement adapté et un suivi régulier de votre état de santé dans la durée.

Examen clinique

En cas de suspicion de valvulopathie, un professionnel de santé spécialisé réalisera un examen clinique complet. Cet examen consistera à écouter les bruits du cœur et des poumons à l'aide d'un stéthoscope. Le médecin recherchera également des signes tels que l'essoufflement, la fatigue ou des gonflements, et évaluera votre capacité à réaliser vos activités quotidiennes habituelles.

Des analyses sanguines peuvent également être prescrites pour évaluer l'état de votre cœur. Des taux élevés de certains marqueurs, comme le peptide natriurétique de type B (BNP) ou la troponine, peuvent évoquer une atteinte cardiaque.

Les autres problèmes cardiaques ainsi que les autres maladies dont vous souffrez seront également pris en compte, afin que les spécialistes disposent d'une vision globale de votre état de santé.

Imagerie cardiaque

L'examen d'imagerie le plus fréquemment utilisé est l'**échocardiographie** (souvent appelée « écho »). Cet examen utilise des ultrasons pour obtenir des images des différentes parties du cœur, notamment des valves et des cavités cardiaques. Le plus souvent, on réalise une échocardiographie transthoracique (ETT). Cet examen consiste à poser une sonde à ultrasons sur la peau et à la déplacer sur la poitrine afin d'observer le cœur.

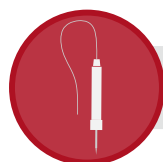
Si l'ETT ne permet pas d'obtenir des images suffisamment précises, une échocardiographie transœsophagienne (ETO) peut être nécessaire. Cet examen permet d'obtenir des images depuis l'intérieur du corps. La sonde d'échographie est introduite avec précaution par la gorge jusqu'à l'œsophage afin d'obtenir des images plus détaillées du cœur. Le(la) patient(e) peut être placé(e) sous sédation pour cet examen.

D'autres examens d'imagerie peuvent également être nécessaires pour apporter des informations complémentaires, notamment afin de rechercher un rétrécissement des artères du cœur (maladie coronarienne) ou d'autres anomalies cardiaques. Par exemple, la **tomodensitométrie cardiaque**, (TDM cardiaque) permet d'obtenir des images en 3D du cœur et des vaisseaux sanguins qui l'entourent. L'**imagerie par résonance magnétique cardiaque** (IRM cardiaque) fournit des images très détaillées de la structure du cœur et permet d'en évaluer le fonctionnement.



Échocardiographie transthoracique (ETT)

- Couramment utilisée pour visualiser les valves et les cavités du cœur
- Permet d'évaluer le fonctionnement du cœur et l'importance des lésions
- Utilisée pour le diagnostic et la surveillance



Échocardiographie transœsophagienne (ETO)

- Fournit des informations plus détaillées lorsque l'ETT ne permet pas d'obtenir des images suffisantes
- Généralement réalisée avant une intervention sur une valve cardiaque



Tomodensitométrie cardiaque (TDM cardiaque)

- Permet d'obtenir des images détaillées du cœur et des vaisseaux sanguins



Imagerie par résonance magnétique cardiaque (IRM cardiaque)

- Permet d'évaluer la structure du cœur et son fonctionnement

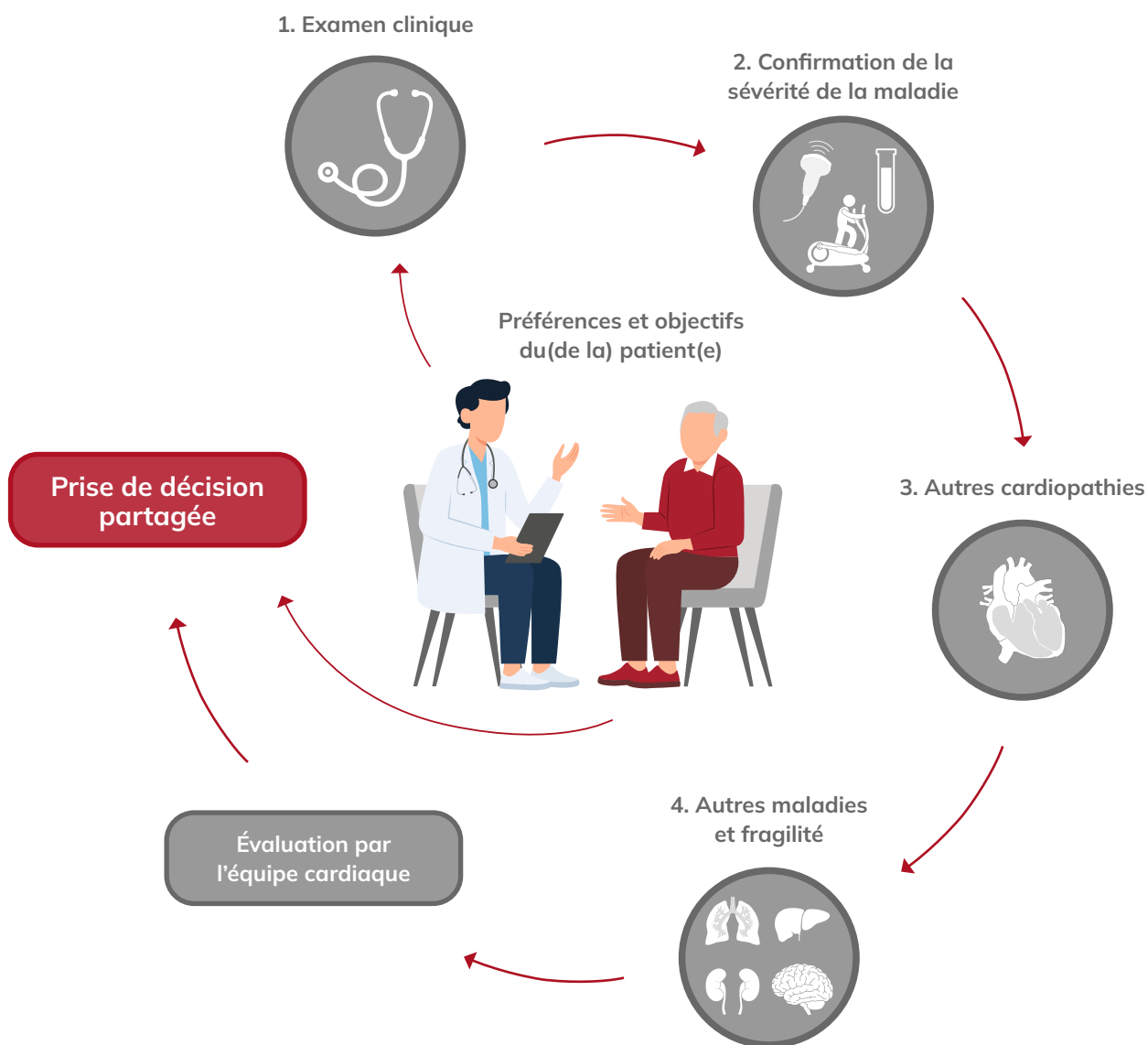
L'imagerie joue un rôle essentiel dans le diagnostic des valvulopathies. Elle aide les professionnels de santé à évaluer la sévérité de l'atteinte des valves et à déterminer le suivi nécessaire ou l'éventuelle indication d'un traitement invasif.

En complément des examens d'imagerie, un cathétérisme cardiaque peut parfois être réalisé afin de mesurer les pressions dans les cavités du cœur et dans les poumons. Cet examen consiste à introduire un fin tube dans une veine, puis à le guider jusqu'au côté droit du cœur.

L'équipe cardiaque

Si une valvulopathie est confirmée, vous serez pris(e) en charge par une équipe de spécialistes. Cette équipe, appelée « **équipe cardiaque** », réunit généralement des cardiologues interventionnels, des chirurgiens cardiaques, des cardiologues spécialisés en imagerie, ainsi que des infirmiers et infirmières spécialisés en soins cardiovasculaires. D'autres professionnels de santé peuvent également intervenir si nécessaire.

Ensemble, ces spécialistes évaluent avec vous les bénéfices et les risques des différentes options thérapeutiques. Avec leur aide, vous pourrez choisir ensemble le traitement qui vous convient le mieux.



Prise en charge des valvulopathies centrée sur le(la) patient(e)

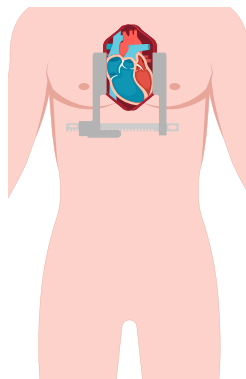
Options thérapeutiques

Selon le type de valvulopathie et sa sévérité, certains patients n'ont pas besoin d'un traitement immédiat, mais d'un suivi régulier.

D'autres peuvent avoir besoin d'une intervention pour réparer ou remplacer une valve cardiaque. Votre équipe soignante discutera avec vous de l'approche la plus adaptée à votre situation, qu'il s'agisse d'une intervention chirurgicale ou d'une procédure par cathéter, en tenant compte notamment de votre âge et de votre état de santé.

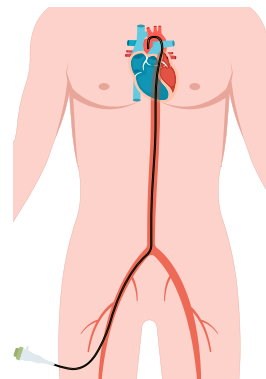
L'**intervention chirurgicale** peut être une « chirurgie à cœur ouvert » ou, dans certains cas, une « chirurgie mini-invasive » nécessitant une incision plus petite.

Lors d'une **intervention par cathéter**, un tube fin (appelé cathéter) est introduit dans un vaisseau sanguin, généralement au niveau de l'aîne, puis guidé jusqu'à la valve cardiaque.



Intervention chirurgicale

- Approche plus invasive
- Nécessite une circulation extracorporelle
- Implique un séjour hospitalier plus long
- Peut offrir un résultat plus durable



Approche par cathéter

- Approche moins invasive
- Ne nécessite pas de circulation extracorporelle
- Permet une convalescence plus rapide
- Peut être moins durable ou moins efficace que l'intervention chirurgicale

La **réparation valvulaire** consiste à restaurer le bon fonctionnement de la valve malade. Elle nécessite le plus souvent une intervention chirurgicale, même si, dans certains cas, des techniques par cathéter peuvent également être utilisées. Lorsque cela est possible, la réparation chirurgicale est souvent préférée au remplacement de la valve. En revanche, lorsque la valve est rétrécie ou très calcifiée, son remplacement constitue généralement la seule option envisagée.

Le **remplacement valvulaire** consiste à mettre en place une nouvelle valve (appelée valve prothétique). Il existe deux grands types de prothèses : les valves mécaniques et les valves biologiques.

Les **valves mécaniques** sont fabriquées à partir de carbone ou de métal. Elles sont durables, mais nécessitent la prise d'un traitement anticoagulant à vie afin de prévenir la formation de caillots sur la valve (thrombose valvulaire).

Les **valves biologiques** sont fabriquées à partir de tissus animaux ou, plus rarement, humains. Elles ne nécessitent généralement pas de traitement anticoagulant. En revanche, leur durée de vie est plus limitée que celle des valves mécaniques, ce qui peut conduire à un nouveau remplacement plus tard dans la vie. Les valves biologiques peuvent être particulièrement adaptées aux personnes qui ne peuvent pas prendre d'anticoagulants, par exemple en raison d'un risque élevé de saignement lié à une fragilité ou à d'autres maladies, ainsi qu'aux femmes ayant un projet de grossesse.

Le remplacement d'une valve cardiaque peut être réalisé soit par chirurgie, soit par une intervention par cathéter. Les interventions par cathéter sont particulièrement adaptées aux patients âgés ou lorsque le risque lié à l'intervention chirurgicale est trop élevé.

Les avantages et les limites de chaque option doivent être discutés avec vous en détail. Cela comprend notamment les chances de succès, la durée de convalescence, les complications possibles et les conséquences éventuelles pour de futures interventions. Par exemple, même si le remplacement par cathéter permet souvent une hospitalisation plus courte et une convalescence plus rapide que l'intervention chirurgicale, la valve implantée peut avoir une durée de vie plus limitée, ce qui peut la rendre moins adaptée chez les patients plus jeunes.

Les données révèlent que les meilleurs résultats sont obtenus lorsque la réparation ou le remplacement valvulaire est réalisé dans des centres spécialisés dans les valvulopathies, disposant d'équipes expérimentées et habituées à pratiquer ces interventions.

Les **médicaments** seuls ne permettent pas de guérir une valvulopathie. En revanche, ils peuvent être utiles pour soulager certains symptômes et prendre en charge d'autres facteurs de risque cardiovasculaire.

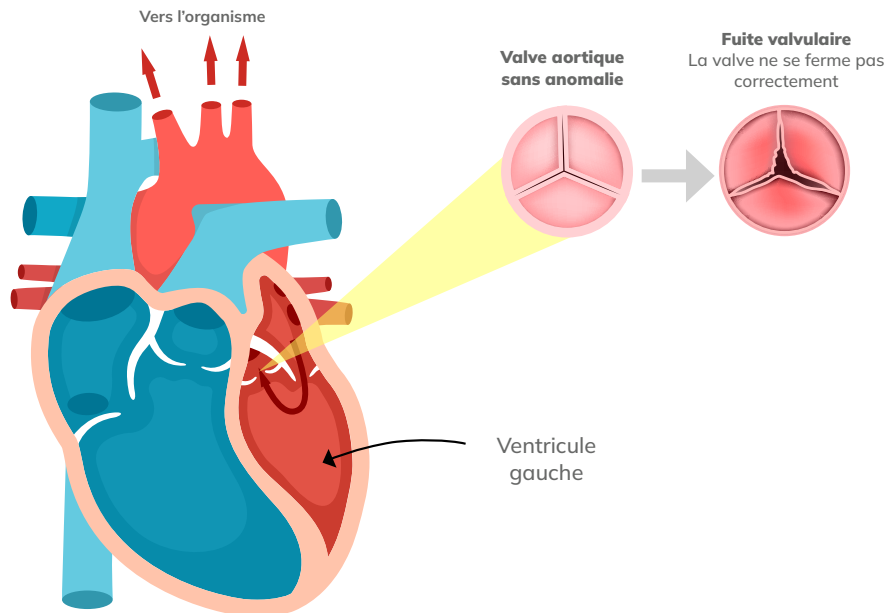
Certaines **habitudes de vie** peuvent également contribuer à améliorer votre état de santé général et à réduire la charge de travail du cœur. Il s'agit notamment de maintenir un poids santé, d'arrêter de fumer et de pratiquer une activité physique modérée, comme la marche.

Votre équipe soignante discutera avec vous des options thérapeutiques les plus adaptées à votre situation, ainsi que des habitudes de vie pouvant être bénéfiques. N'hésitez pas à lui faire part de vos préférences et des questions que vous vous posez.

Les rubriques suivantes présentent les types de valvulopathies les plus fréquents ainsi que les options thérapeutiques.

Insuffisance aortique

Lors du fonctionnement normal du cœur, le ventricule gauche éjecte le sang vers l'ensemble de l'organisme à travers la valve aortique. On parle d' **insuffisance aortique** lorsque cette valve ne se ferme pas correctement, ce qui provoque un reflux de sang vers le ventricule gauche. Cela réduit la capacité du cœur à envoyer le sang vers l'organisme. Avec le temps, il peut entraîner une hypertrophie puis un affaiblissement du ventricule gauche.

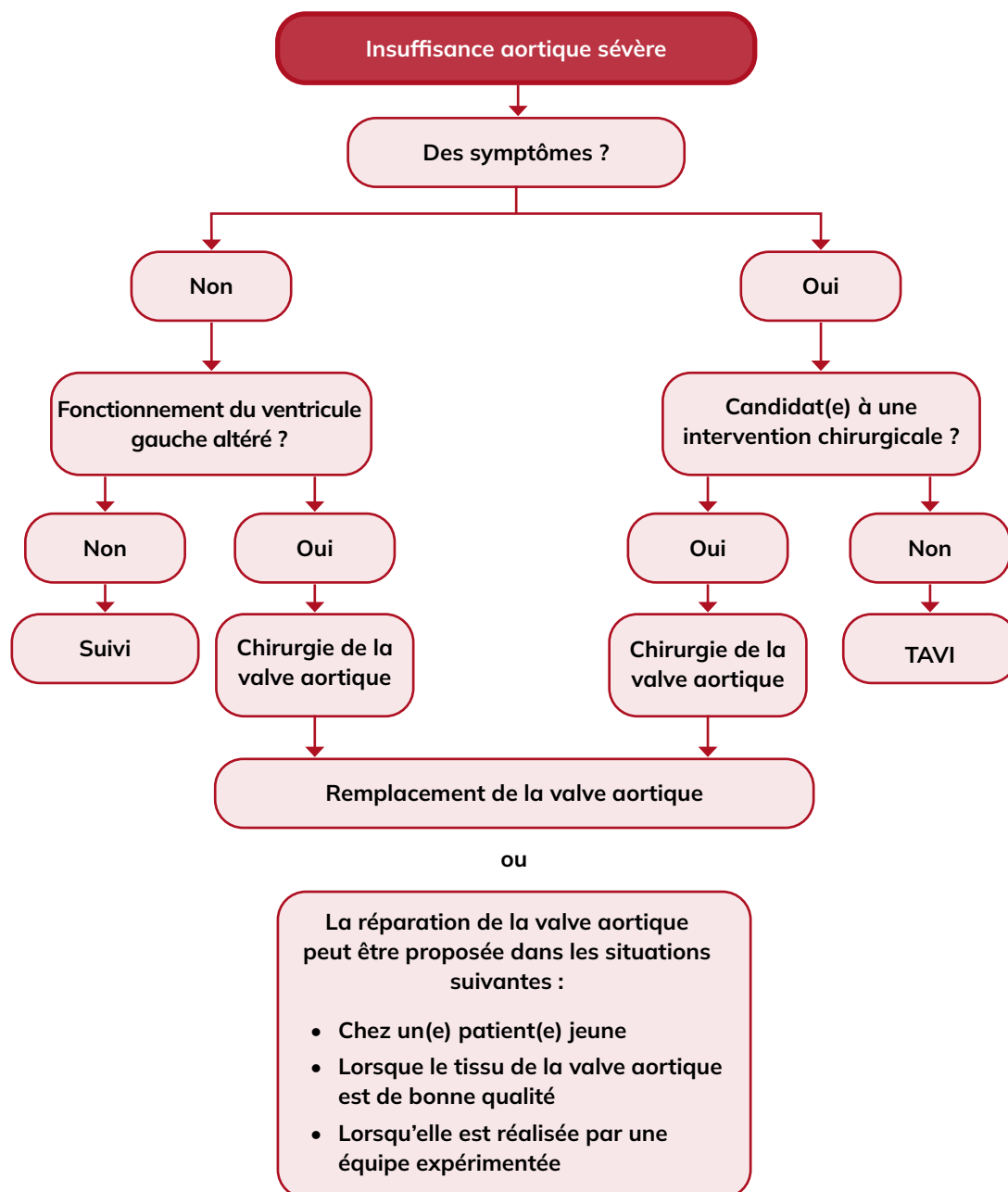


L'échocardiographie est l'examen d'imagerie de première intention permettant d'évaluer la cause et la sévérité d'une insuffisance aortique, ainsi que ses conséquences éventuelles sur le ventricule gauche. Une TDM ou une IRM cardiaque peuvent également être utiles pour mieux préciser la cause de l'insuffisance aortique et rechercher d'éventuelles anomalies du ventricule gauche.

De nombreuses personnes atteintes d'insuffisance aortique ne présentent pas de symptômes. Dans ce cas, un suivi régulier dans un centre spécialisé dans les valvulopathies est proposé. Les patients doivent signaler à leur professionnel de santé tout symptôme lors de ces consultations.

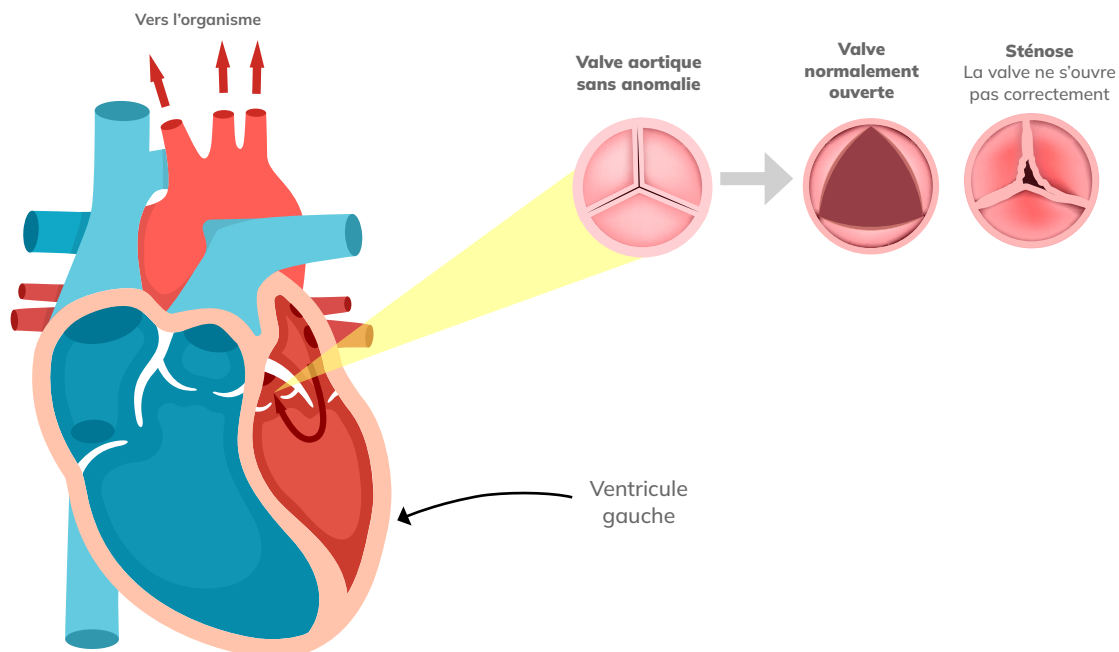
Une intervention chirurgicale est recommandée chez les patients présentant des symptômes et une insuffisance aortique sévère, à condition que le risque opératoire ne soit pas trop élevé. Une intervention chirurgicale peut également être recommandée chez les patients qui ne présentent pas de symptômes, lorsque le ventricule gauche augmente progressivement de volume. Le remplacement chirurgical de la valve est l'intervention la plus souvent réalisée. Cependant, chez les patients les plus jeunes, une réparation valvulaire peut être envisagée dans des centres spécialisés. Lorsque l'intervention chirurgicale n'est pas possible, une implantation de valve aortique par cathéter (TAVI) peut être recommandée.

La figure ci-dessous illustre un exemple de prise en charge chez les patients présentant une insuffisance aortique sévère. Toutefois, les décisions sont toujours prises au cas par cas, en tenant compte de la situation de chaque patient, de différents facteurs médicaux, ainsi que de ses besoins et de ses préférences.



Sténose aortique

Dans la **sténose aortique**, la valve aortique se rétrécit et ne s'ouvre plus correctement. Le ventricule gauche a alors plus de difficulté à envoyer le sang vers le reste de l'organisme. La cause la plus fréquente de la sténose aortique est l'accumulation progressive de dépôts calcaires sur la valve, un phénomène qui survient le plus souvent avec l'âge.



L'échocardiographie est l'examen de référence pour confirmer le diagnostic et mesurer l'importance du rétrécissement de la valve aortique. Une TDM complémentaire peut être réalisée pour mesurer la quantité de calcium accumulée.

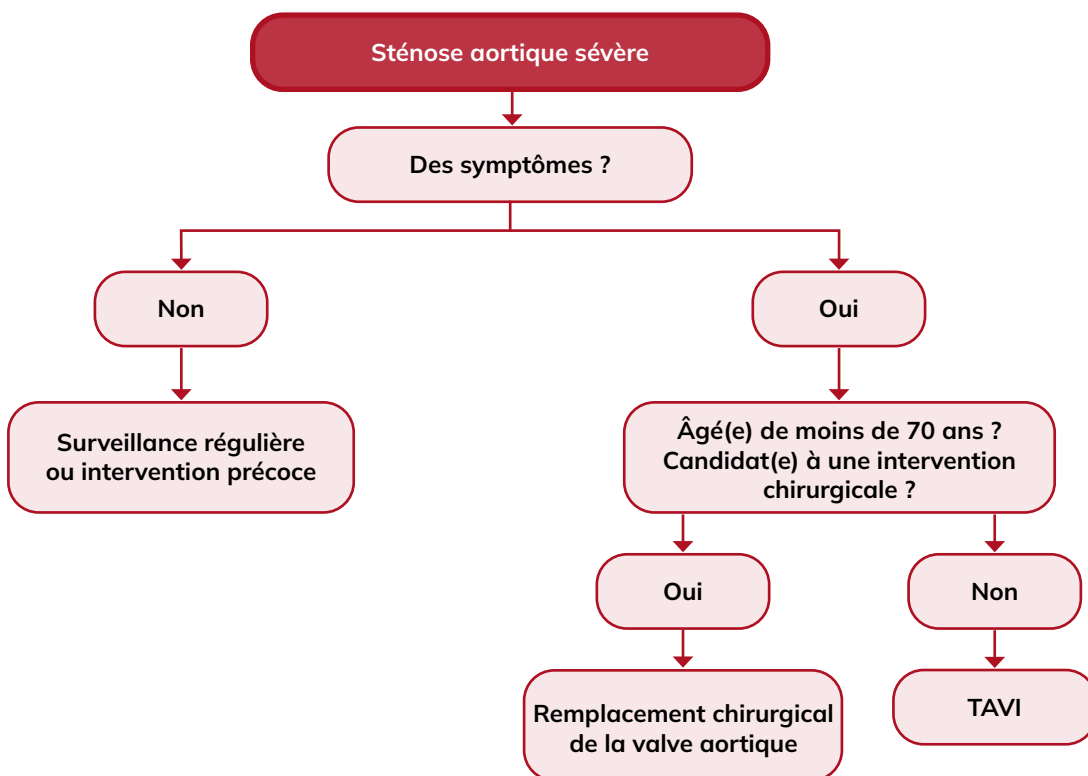
Une sténose aortique légère ne provoque souvent aucun symptôme et ne nécessite pas de traitement immédiat.

Si vous présentez une sténose aortique sévère sans symptômes, votre médecin vous expliquera les bénéfices et les risques éventuels d'un traitement précoce. En fonction du risque lié à l'intervention et de vos préférences, vous pourrez décider ensemble soit de remplacer la valve, soit de mettre en place une « surveillance attentive » avec des examens réguliers. Pendant cette période de surveillance attentive, un examen sera réalisé au moins tous les 6 mois afin de repérer rapidement tout symptôme précoce ou signe d'aggravation. Pendant cette période, il est important de signaler à votre professionnel de santé tout nouveau symptôme.

Chez les patients présentant une sténose aortique sévère avec symptômes, un remplacement valvulaire est recommandé. Le choix entre une intervention chirurgicale et une intervention par cathéter (TAVI) dépend de plusieurs facteurs, en particulier de l'âge. Chez les patients plus âgés, le risque de complications chirurgicales est généralement plus élevé, et le TAVI est souvent particulièrement adapté à partir de 70 ans. À l'inverse, la chirurgie peut être préférable chez les patients plus jeunes ou chez ceux dont l'espérance de vie est plus longue, car la valve implantée par TAVI peut devoir être remplacée ultérieurement.

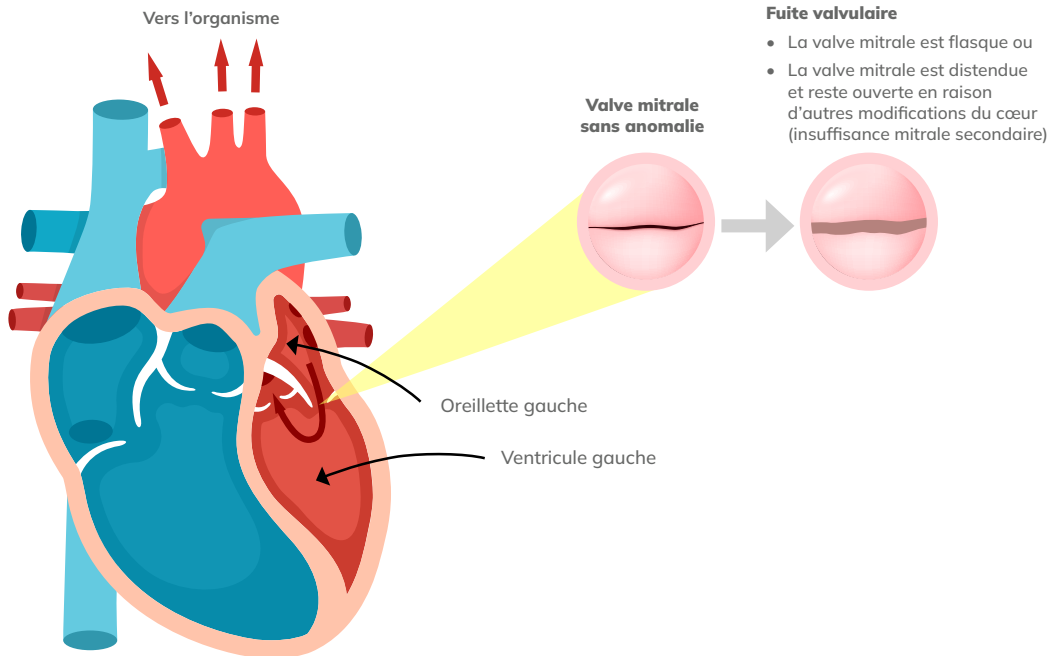
D'autres éléments sont également pris en compte dans la décision, notamment la forme et la taille de la valve, l'importance de la calcification et l'existence d'autres maladies. L'équipe cardiaque évaluera les bénéfices et les risques de chaque option, puis discutera avec vous des traitements possibles.

| Situations dans lesquelles un remplacement valvulaire CHIRURGICAL peut être privilégié | Situations dans lesquelles un remplacement valvulaire PAR CATHÉTER (TAVI) peut être privilégié |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Âge inférieur à 70 ans • Autres maladies cardiaques nécessitant un traitement • Maladie coronarienne complexe • Certaines caractéristiques de la valve (par exemple, calcification importante ou valve bicuspide [c'est-à-dire valve qui comporte deux feuillets au lieu de trois]) | <ul style="list-style-type: none"> • Âge supérieur ou égal à 70 ans • Antécédents de chirurgie cardiaque • Maladie cardiaque ou autre problème de santé augmentant le risque chirurgical • Fragilité • Artère au niveau de la jambe permettant d'accéder au cœur |



Insuffisance mitrale

La valve mitrale permet au sang de passer de l'oreillette gauche vers le ventricule gauche. On parle d'**insuffisance mitrale** lorsque cette valve ne se ferme pas correctement. Une partie du sang reflue alors vers l'oreillette gauche. Avec le temps, ce reflux peut entraîner une dilatation de l'oreillette gauche et un affaiblissement progressif du ventricule gauche.



Lorsque la valve mitrale est endommagée ou présente une anomalie, on parle d'**insuffisance mitrale primaire**. Une cause fréquente est la dégénérescence liée à l'âge, qui peut entraîner un relâchement de la valve (« prolapsus mitral »), et l'empêcher de se fermer complètement. Dans d'autres cas, la valve peut avoir été endommagée par une infection, comme une endocardite, ou comporter une anomalie présente dès la naissance.

Chez d'autres patients, la valve mitrale est normale, mais le cœur gauche a changé de forme ou de taille, ce qui empêche les feuillets de la valve de se rejoindre correctement. On parle alors d'**insuffisance mitrale secondaire (ou fonctionnelle)**. Elle peut survenir après un infarctus du myocarde, ou chez des patients atteints d'insuffisance cardiaque ou de fibrillation auriculaire chronique.

L'échocardiographie est l'examen de référence pour évaluer la sévérité de l'insuffisance mitrale et en rechercher la cause. Elle permet de déterminer s'il s'agit d'une forme primaire ou secondaire, ce qui aide à choisir le traitement le mieux adapté.

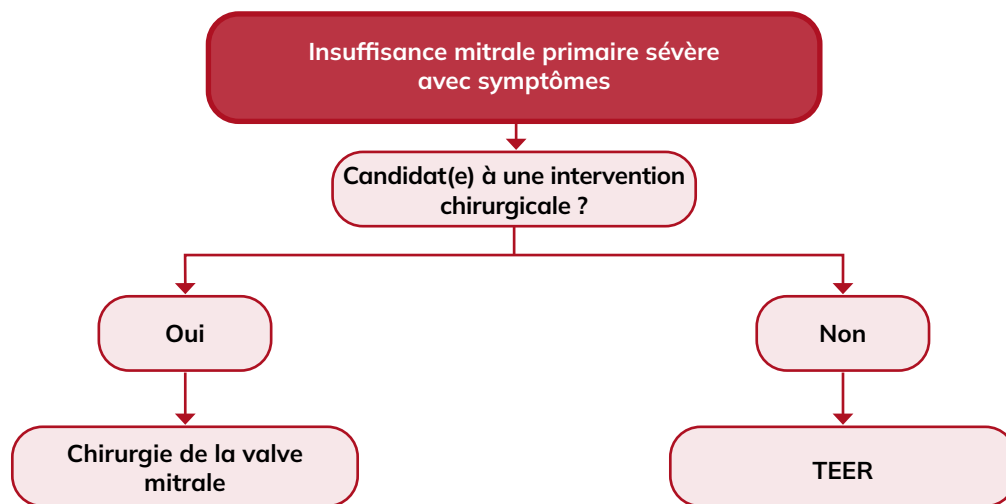
Insuffisance mitrale primaire

Chez les patients présentant une insuffisance mitrale primaire sévère, sans symptômes ni atteinte importante du ventricule gauche ou du rythme cardiaque, un suivi tous les six mois est généralement recommandé, de préférence dans un centre spécialisé dans les valvulopathies. Cette stratégie est appelée « surveillance attentive ». Une augmentation de la taille des cavités gauches du cœur, une diminution de la fonction de pompage du cœur ou une élévation de la pression dans les vaisseaux pulmonaires peuvent conduire à proposer une intervention chirurgicale.

Chez les patients qui présentent une insuffisance mitrale sévère avec symptômes, une chirurgie de la valve mitrale est recommandée, en privilégiant si possible une réparation mitrale.

Lorsque l'intervention chirurgicale est jugée trop risquée, une réparation par cathéter bord à bord (TEER) peut être envisagée. Cette intervention ne nécessite pas d'ouverture du thorax. On accède à la valve cardiaque en introduisant un cathéter et une pince dans un vaisseau sanguin au niveau de l'aîne. La pince est insérée dans la valve mitrale et aide à maintenir les feuillets rapprochés afin de diminuer la fuite lors de sa fermeture.

Toutes les valves mitrales ne peuvent pas être traitées par TEER. Votre professionnel de santé pourra discuter avec vous d'autres techniques par cathéter ou d'un traitement médicamenteux visant surtout à soulager les symptômes.



Insuffisance mitrale secondaire

Le traitement de l'insuffisance mitrale secondaire consiste d'abord à prendre en charge le problème cardiaque qui est à l'origine de la fuite de la valve mitrale. Cela implique le plus souvent d'optimiser le traitement de l'insuffisance cardiaque et de traiter les troubles du rythme cardiaque lorsqu'ils sont présents.

Si la fuite persiste malgré ces traitements, l'équipe cardiaque discutera avec vous d'une intervention sur la valve mitrale. Selon la cause de la fuite et la structure de votre valve, cette intervention peut être réalisée soit par TEER, soit par chirurgie. En règle générale, la TEER est plus souvent envisagée lorsque le muscle cardiaque est affaibli, tandis que la chirurgie peut être privilégiée lorsque la fuite est surtout liée à une dilatation de l'oreillette gauche.

Sténose mitrale

La sténose mitrale survient lorsque la valve mitrale ne s'ouvre pas correctement, ce qui réduit la quantité de sang qui passe vers le ventricule gauche.

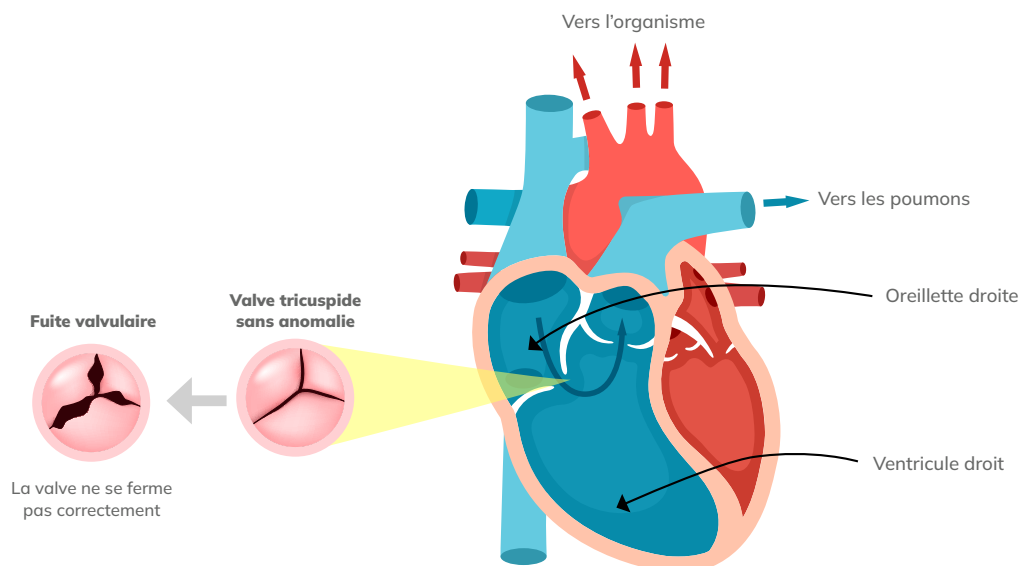
L'une des principales causes de la sténose mitrale est la fièvre rhumatismale. Celle-ci est aujourd'hui devenue peu fréquente dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire. Une dégénérescence liée à l'âge peut également être en cause, avec une accumulation progressive de calcium au niveau de la valve mitrale.

La plupart des personnes atteintes de sténose mitrale n'ont pas besoin de traitement, mais doivent bénéficier d'un suivi régulier.

Lorsque des symptômes sont présents, des médicaments peuvent être prescrits. Si les symptômes persistent, l'équipe cardiaque peut envisager une intervention chirurgicale ou une intervention par cathéter, appelée « commissurotomie mitrale percutanée ». Lors de cette procédure, un ballonnet est gonflé à l'intérieur de la valve afin d'en améliorer l'ouverture. Lorsque l'atteinte ne concerne pas seulement les feuillets de la valve, mais l'ensemble de l'appareil valvulaire, l'intervention chirurgicale est généralement privilégiée. Chez certains patients, un remplacement de la valve mitrale par cathéter peut également être envisagé.

Insuffisance tricuspidienn

La valve tricuspide permet au sang de passer de l'oreillette droite vers le ventricule droit, qui l'envoie ensuite vers les poumons pour qu'il soit oxygéné. On parle d'**insuffisance tricuspidienn** lorsque la valve tricuspide ne se ferme pas correctement. Une partie du sang reflue alors vers l'oreillette droite.

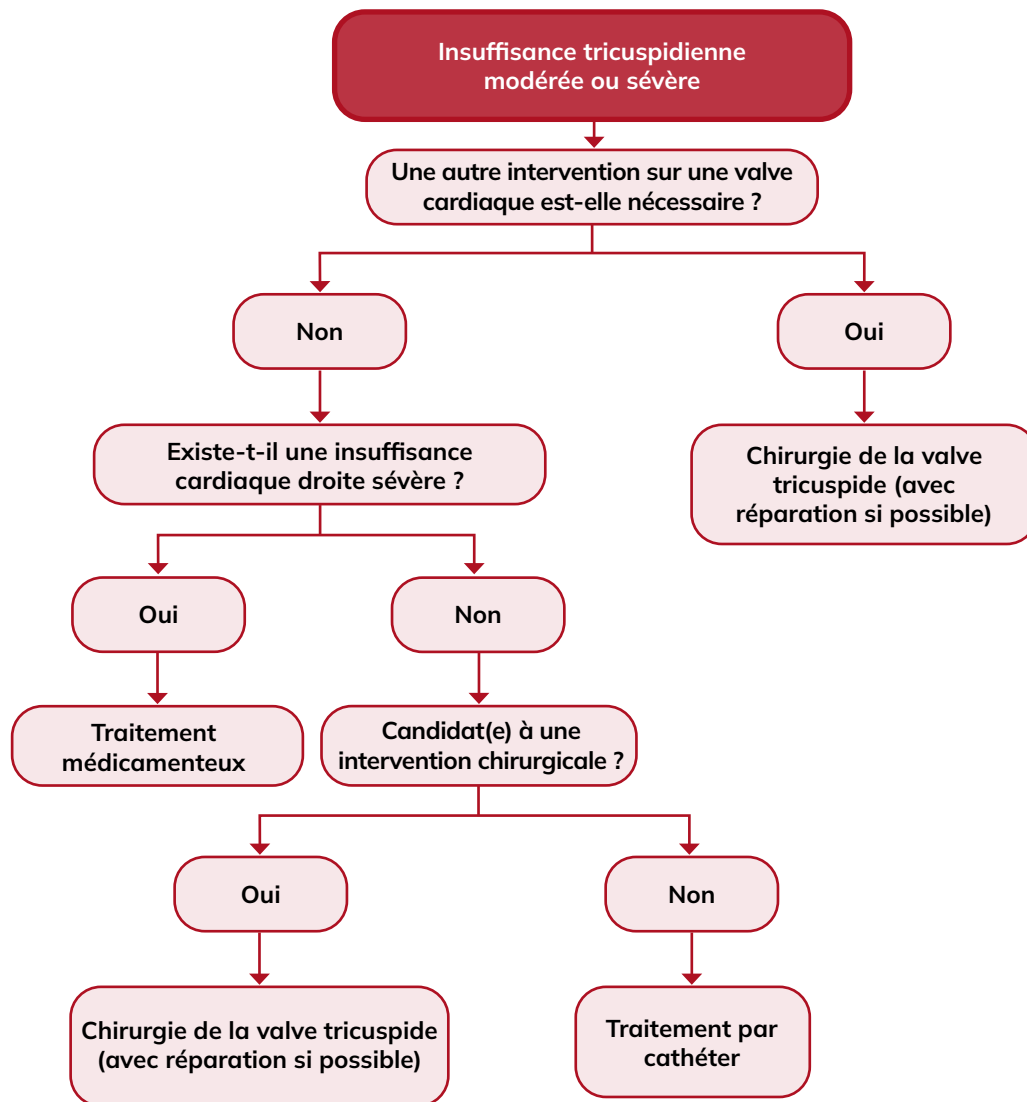


Une insuffisance tricuspidienn légère isolée est très fréquente et ne nécessite généralement aucun traitement. Une insuffisance tricuspidienn modérée est également fréquente et souvent liée à des modifications associées à l'âge. L'insuffisance tricuspidienn sévère est le plus souvent due à une dilatation de l'oreillette droite ou du ventricule droit, qui entraîne un étirement de la valve tricuspide et l'empêche de se fermer correctement.

L'échocardiographie permet d'évaluer la sévérité de l'insuffisance tricuspidienn et d'en rechercher la cause. Si nécessaire, un cathétérisme cardiaque droit peut être réalisé. Cet examen consiste à introduire un tube dans un vaisseau sanguin afin de mesurer la pression dans les vaisseaux pulmonaires et dans la partie droite du cœur.

Les patients atteints d'insuffisance tricuspidienn reçoivent des médicaments destinés à traiter la cause sous-jacente. Il peut s'agir de médicaments contre l'insuffisance cardiaque, de traitements de l'hypertension pulmonaire ou de médicaments destinés à contrôler les troubles du rythme cardiaque.

À l'heure actuelle, une intervention isolée sur la valve tricuspide reste peu fréquente. Le plus souvent, la valve tricuspide est réparée au cours d'une intervention réalisée sur une autre valve cardiaque. Des interventions par cathéter sont de plus en plus proposées à certains patients présentant une insuffisance tricuspidienn sévère et ne pouvant pas bénéficier d'une chirurgie.



La sténose tricuspide, qui se caractérise par une ouverture incorrecte de la valve, est relativement rare. Un remplacement chirurgical de la valve tricuspide peut être envisagé lorsque les médicaments ne suffisent pas à soulager les symptômes.

Suivi des patients après une intervention chirurgicale ou une procédure interventionnelle sur une valve cardiaque

Après une réparation valvulaire, des examens de contrôle sont généralement recommandés tous les 2 à 3 ans.

Après un remplacement valvulaire, un suivi annuel est recommandé. Avec le temps, les valves de remplacement, qu'elles aient été posées par chirurgie ou par intervention par cathéter, peuvent s'altérer. Cette évolution est plus fréquente avec les valves biologiques qu'avec les valves mécaniques. Le suivi permet de vérifier que la valve fonctionne toujours correctement.

Il est important de signaler à votre professionnel de santé tout nouveau symptôme apparaissant entre deux consultations de contrôle.

Les personnes porteuses d'une valve cardiaque mécanique doivent prendre un traitement anticoagulant à vie afin de diminuer le risque de formation d'un caillot sur la nouvelle valve (thrombose valvulaire). L'efficacité de ce traitement sera contrôlée régulièrement grâce à une prise de sang mesurant l'INR (indice international normalisé). Il est recommandé aux patients de surveiller eux-mêmes leur taux d'INR. Les patients doivent être informés de l'importance du suivi de l'INR et d'un traitement anticoagulant bien équilibré pour protéger leur santé cardiaque.

Le risque de formation de caillots est plus faible avec les valves biologiques. Toutefois, certains patients peuvent avoir besoin d'un traitement anticoagulant pour d'autres raisons, ou se voir prescrire de l'aspirine pendant 3 mois ou plus.

La prise d'antibiotiques est recommandée chez les patients ayant bénéficié d'une réparation ou d'un remplacement valvulaire lorsqu'ils doivent subir une extraction dentaire, une chirurgie buccale ou une autre intervention invasive. Cette mesure vise à prévenir l'endocardite (infection de la valve réparée ou remplacée).

Réadaptation cardiaque

Un programme personnalisé d'exercices, d'information et de soutien, appelé réadaptation cardiaque, peut vous être proposé. Selon les cas, ce programme peut se dérouler en présentiel ou à distance. Il a pour objectif de favoriser votre bien-être physique et mental. La réadaptation cardiaque peut vous aider à :

- Récupérer après une intervention sur une valve cardiaque
- Réduire le risque de nouveaux problèmes cardiaques
- Mieux comprendre votre maladie et les traitements qui vous sont prescrits
- Adopter des habitudes de vie bénéfiques pour votre cœur, par exemple en mangeant plus sainement, en arrêtant de fumer et en réduisant votre consommation d'alcool
- Améliorer votre bien-être mental grâce à des échanges et des ressources adaptées

N'oubliez pas que votre équipe soignante est là pour vous accompagner. N'hésitez pas à lui poser vos questions ou à lui faire part de vos inquiétudes concernant vos soins ou votre état de santé.

Consultez immédiatement un médecin si vous présentez :

- **Un essoufflement sévère et soudain**
- **Une perte de connaissance**
- **Une douleur dans la poitrine**
- **Une aggravation rapide de vos symptômes**

Ce guide destiné aux patients est une version simplifiée des [Recommandations 2025 de l'ESC/EACTS pour la prise en charge des valvulopathies](#).

Auteurs

Fabien Praz, Service de cardiologie, Inselspital, Hôpital universitaire de Berne, Université de Berne, Berne, Suisse

Michael A. Borger, Clinique universitaire de chirurgie cardiaque, Centre cardiaque de Leipzig, Leipzig, Allemagne

Benoit Mores, (Belgique), Forum des patients de l'ESC, Sophia Antipolis, France

Jonas Lanz, Service de cardiologie, Hôpital universitaire de Berne, Berne, Suisse

Mateo Marín-Cuarteras, Service universitaire de chirurgie cardiaque, Centre cardiaque de Leipzig, Leipzig, Allemagne

Ruggero De Paulis, Service de chirurgie cardiaque, Hôpital européen, Rome, Italie ; Université Unicamillus, Rome, Italie

Wojtek Wojakowski, Division de cardiologie et des maladies cardiaques structurelles, Université de médecine de Silésie, Katowice, Pologne

Clause de non-responsabilité

Ce document a été adapté à partir des Recommandations de l'ESC/EACTS pour la prise en charge des valvulopathies (European Heart Journal 2025 — doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf194) publiées le 29 août 2025.

Copyright © European Society of Cardiology 2026 — Tous droits réservés.

Le présent document a été publié à des fins personnelles et éducatives uniquement. Aucune utilisation commerciale n'est autorisée. Aucune partie du présent document ne peut être traduite ou reproduite sous quelque forme que ce soit sans l'autorisation écrite de l'ESC. L'autorisation peut être obtenue sur demande écrite adressée à l'ESC, Service des Recommandations des pratiques cliniques, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903 Sophia Antipolis Cedex - France. E-mail : guidelines@escardio.org

Le présent document a été adapté à partir des Recommandations de l'ESC/EACTS afin d'aider les patients et les aidants. Il représente le point de vue de l'ESC et a été rédigé après un examen minutieux des connaissances scientifiques et médicales, ainsi que des preuves disponibles au moment de sa publication. L'ESC n'est pas responsable en cas de contradiction, de divergence et/ou d'ambiguïté entre les Recommandations de l'ESC/EACTS et toute autre recommandation ou directive officielle émise par les autorités de santé publique compétentes, notamment en ce qui concerne la bonne utilisation des soins de santé ou des stratégies thérapeutiques. Veuillez vous référer au préambule des recommandations originales pour plus de détails sur le rôle des Recommandations de pratique clinique et sur la responsabilité individuelle des professionnels de santé dans la prise de décisions concernant la prise en charge des patients.