

# Les valvulopathies au cours des maladies systémiques : signes cliniques ou association ?



A.Rahou

Service de médecine interne EHU Oran

[dr.rahouamine@gmail.com](mailto:dr.rahouamine@gmail.com)

## Introduction :

L'atteinte cardiaque est souvent présente au cours des maladies systémiques, elle est considérée dans certaines situations comme un critère diagnostique et dans d'autres comme un marqueur pronostique.

Toutes les tuniques peuvent être touchées mais la péricardite est de loin l'atteinte la plus fréquente et on cite le lupus systémique comme exemple. L'atteinte valvulaire pose un problème nosologique au cours des connectivites et l'imputabilité à une connectivite demeure difficile devant la grande fréquence de l'origine rhumatismale surtout dans notre pays.

Nous rapportant le cas de 3 patientes ayant une connectivite et chez qui une valvulopathie a été découverte en cours des investigations.

## Matériel et méthode :

Étude descriptive de trois patientes suivies dans notre service pour connectivite, chez qui une évaluation cardiaque a été demandée devant la clinique :

**Cas 1 :** Patiente de 42 ans, suivie pour polyarthrite rhumatoïde, présentant des signes clinico-biologiques (rash, photosensibilité, FAN positifs, anticoagulant circulant) faisant retenir un syndrome de chevauchement (Lupus et SAPL).

**Cas 2 :** Patiente de 68 ans, présentant une dermatopolymyosite (déficit des ceintures, érythro-œdème). L'examen cardiovasculaire initial était normal, motivant un bilan d'extension systématique.

**Cas 3 :** Patiente de 20 ans, suivie pour un lupus compliqué d'une vascularite à ANCA (anti-MPO) avec hémorragie alvéolaire. L'auscultation cardiaque a mis en évidence un souffle systolique aortique rude (2/6), motivant un bilan de retentissement.

## Résultats :

L'échographie cardiaque transthoracique a mis en évidence une atteinte valvulaire chez les trois patientes. Sur le plan fonctionnel, les deux premières patientes présentaient une symptomatologie non spécifique (dyspnée d'effort NYHA II). Les explorations ont objectivé :

**Cas 1 :** Un rétrécissement aortique (RA) minime avec une vitesse maximale (Vmax) mesurée à 1,5 m/s.

**Cas 2 :** Une insuffisance mitrale (IM) de grade I, découverte de façon fortuite.

**Cas 3 :** Un rétrécissement aortique calcifié.

## Discussion :

La discussion nosologique des valvulopathies au cours des connectivites repose sur un défi clinique complexe : distinguer une authentique atteinte auto-immune systémique des lésions dégénératives ou des séquelles post-infectieuses. L'endocardite aseptique de Libman-Sacks, redoutée lors des chevauchements associant un lupus à un SAPL, a été fortement suspectée dans notre premier cas. Toutefois, l'absence de végétations verruqueuses typiques illustre la difficulté d'affirmer formellement ce diagnostic sur la seule échographie transthoracique standard, dont la sensibilité reste limitée pour les lésions non mutilantes.

À l'inverse, l'atteinte valvulaire primaire au cours des dermatopolymyosites demeure exceptionnelle.

Le deuxième cas (une insuffisance mitrale chez une patiente de 68 ans) illustre parfaitement le piège des associations fortuites.

Cette valvulopathie est très logiquement rattachée à un remaniement fibro-dégénératif lié au vieillissement, sans lien direct avec la maladie de système.

Enfin, le troisième cas souligne un défi propre à notre contexte épidémiologique. Chez une jeune lupique de 20 ans, un rétrécissement aortique calcifié exclut d'emblée une maladie dégénérative sénile. Bien qu'une fibrose calcifiée puisse représenter le stade cicatriciel d'une valvulite lupique, la forte prévalence locale du rhumatisme articulaire aigu (RAA) et la possibilité d'une bicuspidie congénitale constituent des facteurs confondants diagnostiques de premier plan.

## Conclusion :

Toute valvulopathie découverte lors d'une connectivite exige un bilan rigoureux, sans signer systématiquement une atteinte spécifique. La collaboration interniste-cardiologue reste essentielle pour établir la causalité, écarter l'étiologie rhumatismale et optimiser la prise en charge.

**Mots clés :** Valvulopathie ; Connectivite ; Endocardite de Libman-Sacks ; Rhumatisme articulaire aigu ; Lupus érythémateux systémique

## Références bibliographiques:

1/ Roldan CA. Valvular disease associated with systemic illness. *Cardiol Clin*. 2013;31(2):231-250.

2 / Zuily S, Regnault V, Selton-Suty C, et al. Increased risk for heart valve disease associated with antiphospholipid antibodies in patients with systemic lupus erythematosus: meta-analysis of echocardiographic studies. *Circulation*. 2011;124(2):215-224.