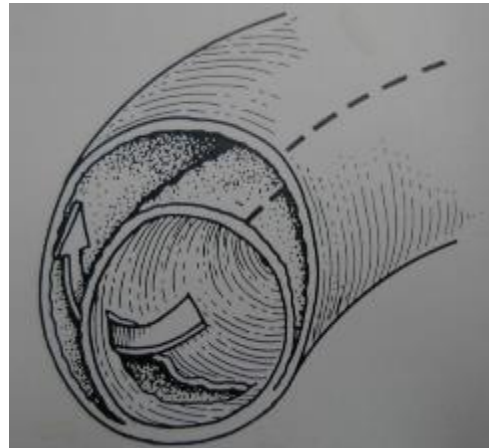




Dissection aortique

Introduction

- ➔ La dissection aortique est due à une fissure intimale avec propagation d'un « faux chenal » dans la media.
- ➔ En fonction du siège et de l'extension de la fissure, il peut y avoir une douleur thoracique, dorsale ou abdominale, ou état de choc cardiogénique par rupture d'anévrisme aortique ou hypoperfusion (ischémie transitoire ou persistante de n'importe quel organe secondaire à une occlusion artérielle).



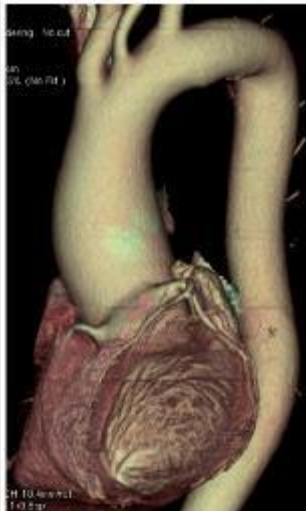

Physiopathologie

- ➔ L'anévrisme est une maladie chronique, la dissection aortique aiguë est un événement aiguë qui suppose:
- un terrain favorable : la médianécrose;
 - une fracture pariétale : l'orifice d'entrée;
 - un élément moteur : la pression artérielle.

Epidémiologie

- ➔ L'incidence de la dissection aortique est estimée à 6/100 000 patients par an.
- ➔ Le pronostic est plus sombre chez les femmes, en raison d'une présentation atypique et d'un diagnostic retardé.
- ➔ Le facteur de risque le plus courant associé à la maladie aortique est l'hypertension, observée chez 65 à 75% des individus, pour la plupart mal contrôlés.
- ➔ Les autres facteurs de risque comprennent les maladies préexistantes de l'aorte ou de la valve aortique, les antécédents familiaux de maladies aortiques, les antécédents de chirurgie cardiaque, le tabac, les traumatismes thoraciques directs et l'utilisation de drogues intraveineuses (par exemple cocaïne et amphétamines).

Etiologie

| | Anévrismes de la racine de l'aorte | Anévrismes aortiques supra-avalvulaires |
|------------|---|--|
| Site | Partie initiale de l'aorte ascendante qui comprend les sinus de Valsalva | L'aorte ascendante au-dessus du sinus de Valsalva jusqu'au tronc brachio-céphalique |
| |  |  |
| Sexe | 1/1 | 3 hommes/1 femme |
| Age moyen | 30-50 ans | 59-69 ans |
| Prévalence | Plus fréquents | Moins fréquents |
| Etiologie | Anévrismes de la racine aortique (maladies aortiques annulo-ectasiantes) peuvent être idiopathiques ou associés aux maladies du tissu conjonctif comme le syndrome de Marfan, le syndrome d'Ehler-Danlos ou les bicuspidies valvulaires | Dégénérative |

Classification (1)

Classification
de Stanford

Type A ou proximale
Aorte ascendante disséquée



Type I

Type II

Type B ou distale
Aorte ascendante non disséquée

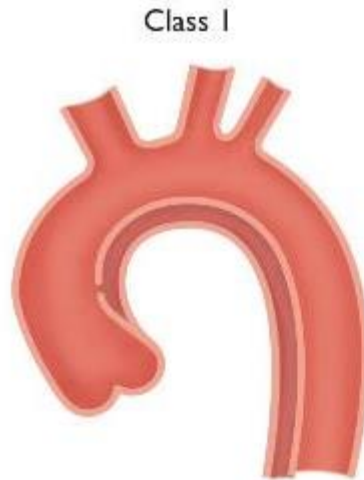


Type III

Classification
de De Bakey

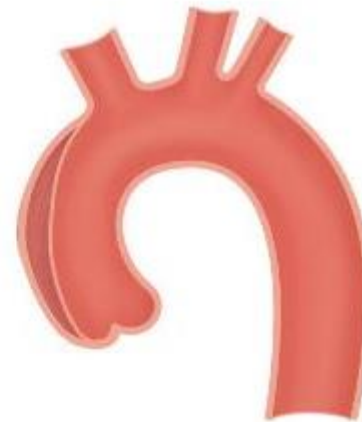
Classification (2)

Dissection classique, avec une membrane intimale séparant le vrai et le faux chenal



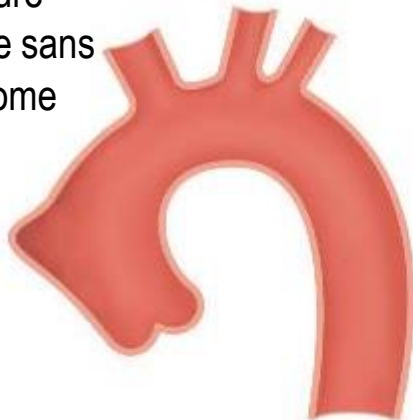
Class 2

Rupture de la média, avec formation d'un hématome intramural



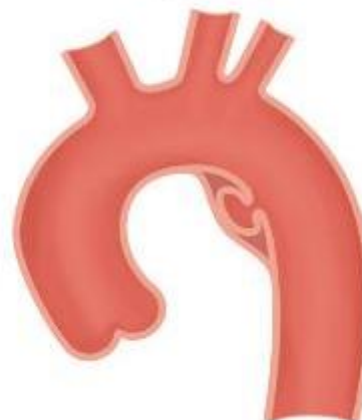
Déchirure intimale sans hématome

Class 3



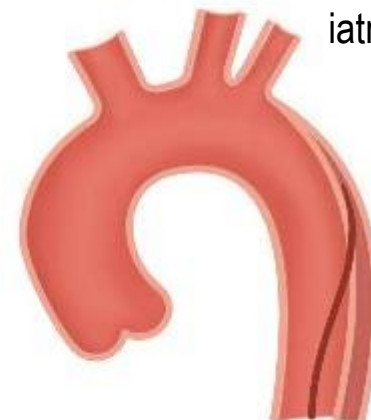
Rupture de plaque conduisant à un ulcère athéromateux pénétrant

Class 4



Class 5

Dissection traumatique ou iatrogénique.



Signes cliniques

- ➔ Douleur thoracique ou dorsale d'installation brutale, et intolérable, est la caractéristique la plus fréquente.
- ➔ La douleur peut être aiguë, déchirante, en coup de poignard et typiquement différente des autres causes de douleur thoracique.
- ➔ L'installation brutale est la caractéristique la plus spécifique.
- ➔ La douleur thoracique antérieure est la localisation la plus fréquente (80%), tandis que des douleurs dorsales et abdominales sont observées chez 40% et 25% des patients.
- ➔ Abolition d'un pouls périphérique: 30% chez les patients atteints de dissection de type A et 15% chez ceux de type B,

Mode d'installation

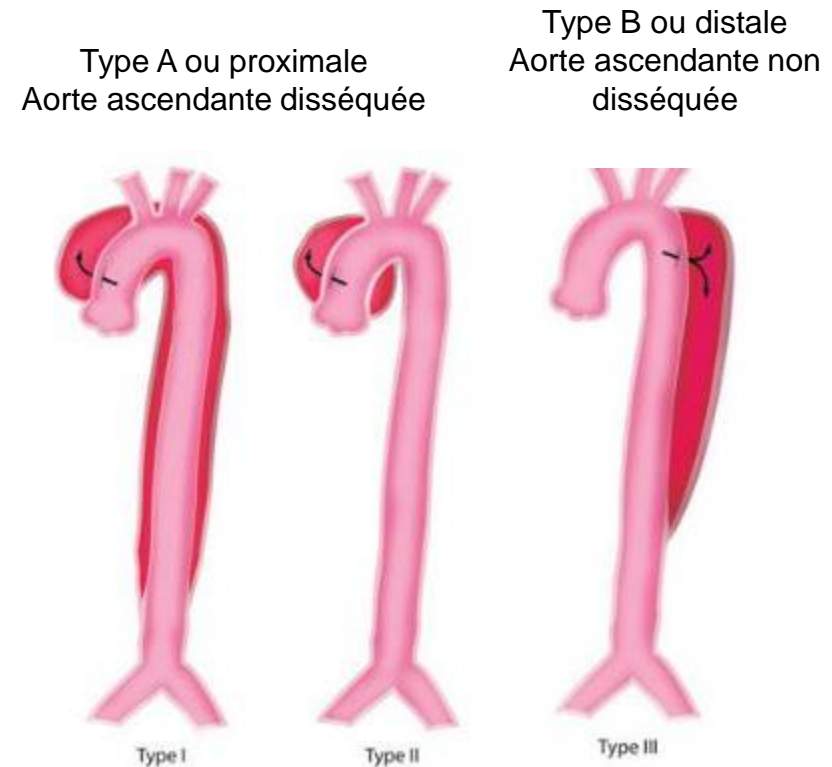
- ➔ Douleur aiguë (85 % des cas), intense (90 % des cas), thoracique antérieure (44 -71 % des cas) ou thoracique postérieure (33 – 41 % des cas) ou dorsale (47 – 64 % des cas) ou abdominale (22 – 43 % des cas)
- ➔ Absence de douleur (2 – 6 % des cas)

Signes associés

- ➔ La douleur peut rester isolée ou associée à une symptomatologie liée à une complication ou à l'atteinte des branches de l'aorte :
- syncope ou collapsus (tamponnade cardiaque),
 - ou au contraire hypertension,
 - insuffisance ventriculaire gauche (liée à l'insuffisance aortique) ,
 - infarctus, inférieur surtout (coronaire, droite ++),
 - ischémie d'un membre supérieur (sous clavière),
 - tableau d'accident vasculaire cérébral (troncs cérébraux),
 - paraplégie (intercostales),
 - ischémie mésentérique (artères à destinée digestive),
 - anurie (artères rénales),
 - ischémie d'un membre inférieur (iliaques).

Principales présentations cliniques et complications

| | Type A | Type B |
|--|-----------------|-----------------|
| Douleur thoracique | 80% | 70% |
| Douleur dorsale | 40% | 70% |
| Apparition brutale de la douleur | 85% | 85% |
| Douleur migrante | <15% | 20% |
| Régurgitation aortique | 40-75% | N/A |
| Tamponnade cardiaque | < 20% | N/A |
| Ischémie myocardique ou infarctus | 10-15% | 10% |
| Insuffisance cardiaque | <10% | <5% |
| Epanchement pleural | 15% | <5% |
| Syncope | 15% | < 55% |
| Lésion de la moelle épinière | <1% | NR |
| Déficit neurologique (coma/AVC) | <10% | <5% |
| Ischémie mésentérique | <5% | NR |
| Insuffisance rénale aiguë | < 20% | 10% |
| Ischémie des membres inférieurs | <10% | <10% |



Score de probabilité de dissection aortique (I-B)

1 point par item

0 ou 1 = probabilité basse

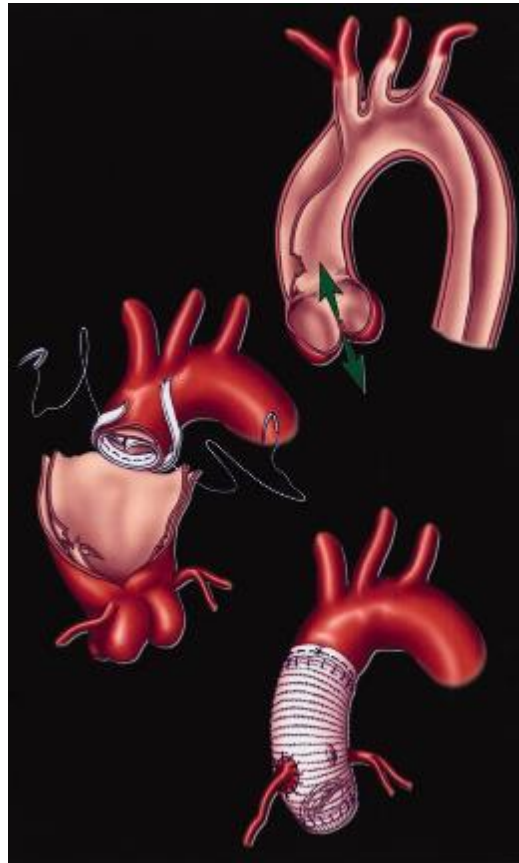
2 ou 3 = probabilité haute

- ➔ Contexte de haut risque = syndrome de Marfan, histoire familiale, valvulopathie aortique, anévrisme connu, geste sur l'aorte.
- ➔ Douleurs de haut risque = douleur au niveau de la poitrine, du dos ou de l'abdomen avec un début brutal, une intensité élevée ou un aspect de déchirure.
- ➔ Signes de haut risque = déficit de perfusion quelconque, souffle aortique nouveau ou hypotension artérielle.

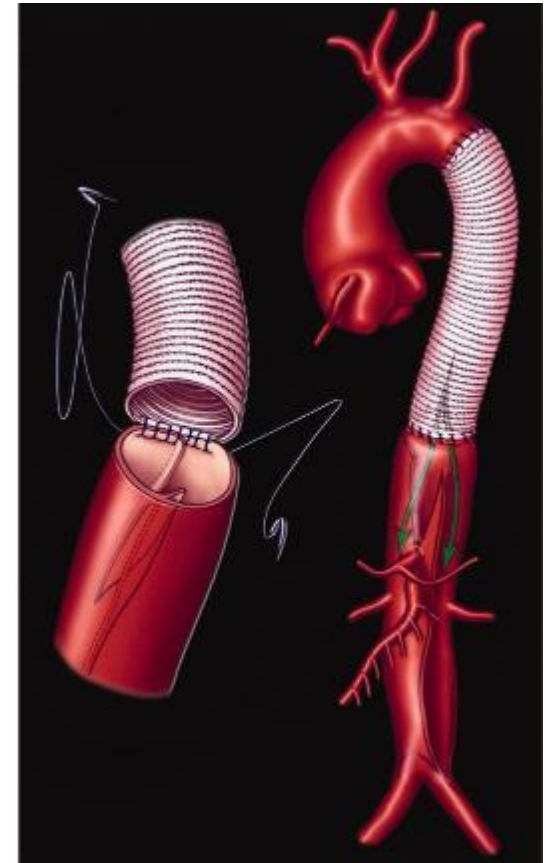
Traitement



Endoprothèse aortique



Remplacement aorte par prothèse



Cas clinique

Un patient âgé de 79 ans vous consulte pour une douleur thoracique oppressante. En sortant d'un bain de mer il y a 20 minutes apparition brutale d'une douleur rétrosternale violente coupant la respiration. Le patient a perdu connaissance. Il est accompagné de son épouse, sa douleur est toujours présente. Pas d'irradiation de la douleur.

Fond douloureux thoracique,
TA 140/80 mmHg aux 2 bras
Fréquence cardiaque : 47/min
EN à 7
Bruits du cœur réguliers normaux.
Auscultation pulmonaire sans particularité.
Abdomen normal.
Pouls fémoraux bilatéraux présents.
Aucun signe neurologique.
ECG normal.

Antécédent

- Gastrite
- Hypertension artérielle
- Pancréatite aiguë
- Accident vasculaire cérébral ischémique en 2002 avec angioplastie artère vertébral
- Hémorragie digestive sous aspirine

Traitement

PLAVIX
FLECAINE



Quelle orientation envisagez-vous pour ce patient compte tenu des ses antécédents et de la sémiologie présentée ?

- 1 - Vous adressez le patient votre cardiologue correspondant.
- 2 - Vous demandez au patient de se rendre aux urgences par ses propres moyens.
- 3 - Vous appeler le centre 15 pour un transport médicalisé.
- 4 - Vous appeler le centre 15 pour un transport non médicalisé.

Quelle orientation envisagez-vous pour ce patient compte tenu des ses antécédents et de la sémiologie présentée ?

1 - Vous adressez le patient votre cardiologue correspondant.



2 - Vous demandez au patient de se rendre aux urgences par ses propres moyens.



3 - Vous appeler le centre 15 pour un transport médicalisé.



4 - Vous appeler le centre 15 pour un transport non médicalisé.



Quelles sont le ou les hypothèses diagnostiques à évoquer en priorité ?



- 1 - Syndrome coronaire aigu ST+
- 2 - Embolie pulmonaire.
- 3 - Syndrome coronaire aigu non ST+
- 4 - Dissection aortique

Quelles sont le ou les hypothèses diagnostiques à évoquer en priorité ?

1 - Syndrome coronaire aigu ST+

0

2 - Embolie pulmonaire.

0

3 - Syndrome coronaire aigu non ST+

0

4 - Dissection aortique

0