

DISSECTION DE L' AORTE THORACIQUE

Dr Bouaguel Ilyes

Maitre de conférence B

HMRUC

- **Urgence cardiovasculaire** avec présentation clinique souvent dramatique
- Pour dissection touchant l'aorte ascendante, 1% de mortalité par heure en l'absence de chirurgie pendant les 24 premières heures, 70% de mortalité à 1 mois
- Urgence **diagnostique et thérapeutique**

I- Définition

Clivage longitudinal de la média par un hématome disséquant consécutif ou non à une déchirure intimo-médiale (porte d'entrée).

- Plan de clivage entre couches interne et externe de la média qui se propage plus ou moins.

- Le plus souvent, existence d'un orifice de sortie (ou réentrée).

- Parfois, insuffisance aortique par dilatation de l'anneau ou décrochage d'une sigmoïde aortique.

II- Classification anatomique

1°) Classification de De Bakey

Type I : aorte ascendante + crosse + aorte descendante

Type II : aorte ascendante ± crosse

Type III : aorte descendante

2°) Classification de Stanford+++

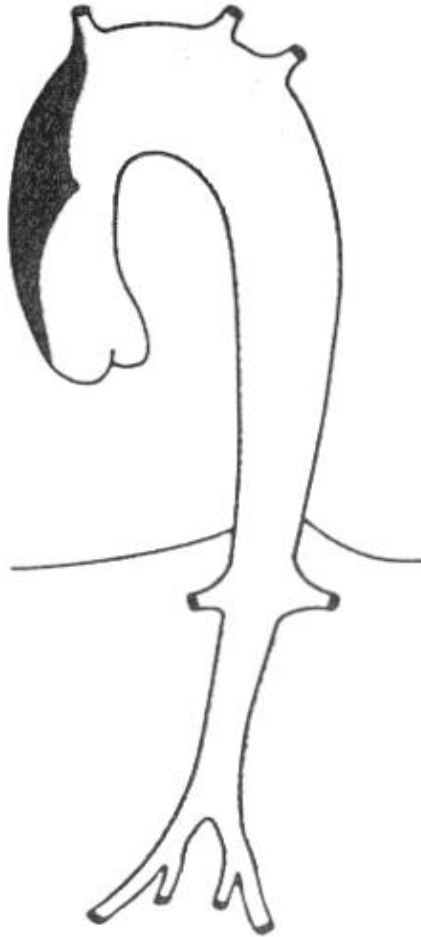
Type A : aorte ascendante

Type B : ne touche pas aorte ascendante

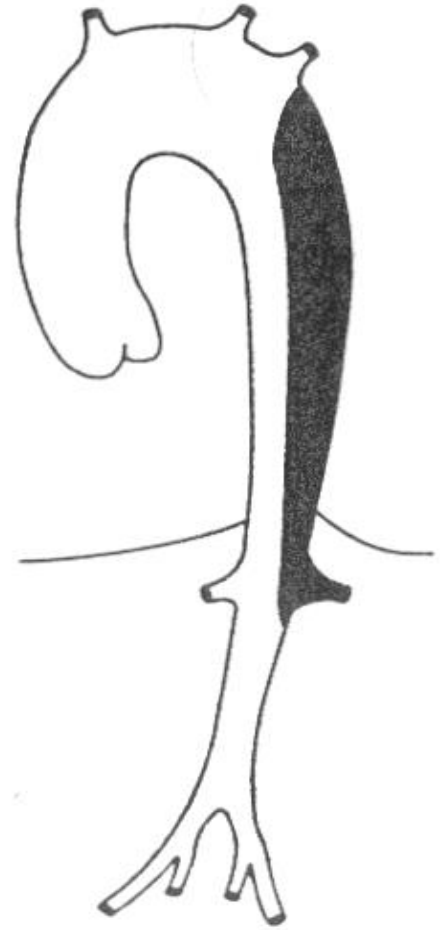
Dissections classiques



De Bakey I



De Bakey II



De Bakey III

Stanford A

Stanford B

III- Physiopathologie

- Rupture intimale → dissection

- Rupture vasa-vasorum → hématome disséquant → brèche intimale

On distingue les dissections aiguës (moins de 2 semaines) et les dissections chroniques.

IV- Etiologies 4 hommes pour 1 femme

2 grandes étiologies très différentes

- Anomalie du tissu élastique aortique : médianécrose kystique

- Maladie de Marfan, maladie d'Elher Danlhos

- Maladie annulo-ectasiante, bicuspidie aortique, coarctation aortique

Habituellement, dissection touchant l'aorte ascendante

- HTA - Athérome: 70% des cas
 - la dissection survient dans un contexte d'HTA sévère
 - patient athéromateux relativement âgé, avec d'autres localisations de la maladie athéroscléreuse
 - forme localisée à l'aorte descendante ici plus fréquente

- Autres étiologies

- Traumatisme thoracique

- Iatrogène (cathétérisme...)

- Grossesse = facteur favorisant en présence d'une aorte pathologique (maladie de Marfan)

V- Diagnostic positif

A/ Tableau clinique

1°) Forme typique

- Douleur thoracique brutale, intense, classiquement initialement médiothoracique, volontiers postérieure, inter-scapulo-vertébrale, migratrice (cou, abdomen, bras)
- Eventuellement associées à un état de choc ou à une augmentation de la TA

Cette douleur thoracique , en particulier dans un contexte de maladie de Marfan ou chez un hypertendu , doit faire rechercher :

- une asymétrie des pouls: diminution ou abolition d'un ou des 2 pouls des membres inférieurs ou des membres supérieurs (10 à 20% des cas), parfois souffle artériel
- un souffle d'insuffisance aortique
- des signes neurologiques (10 % environ des cas)

2°) Formes trompeuses

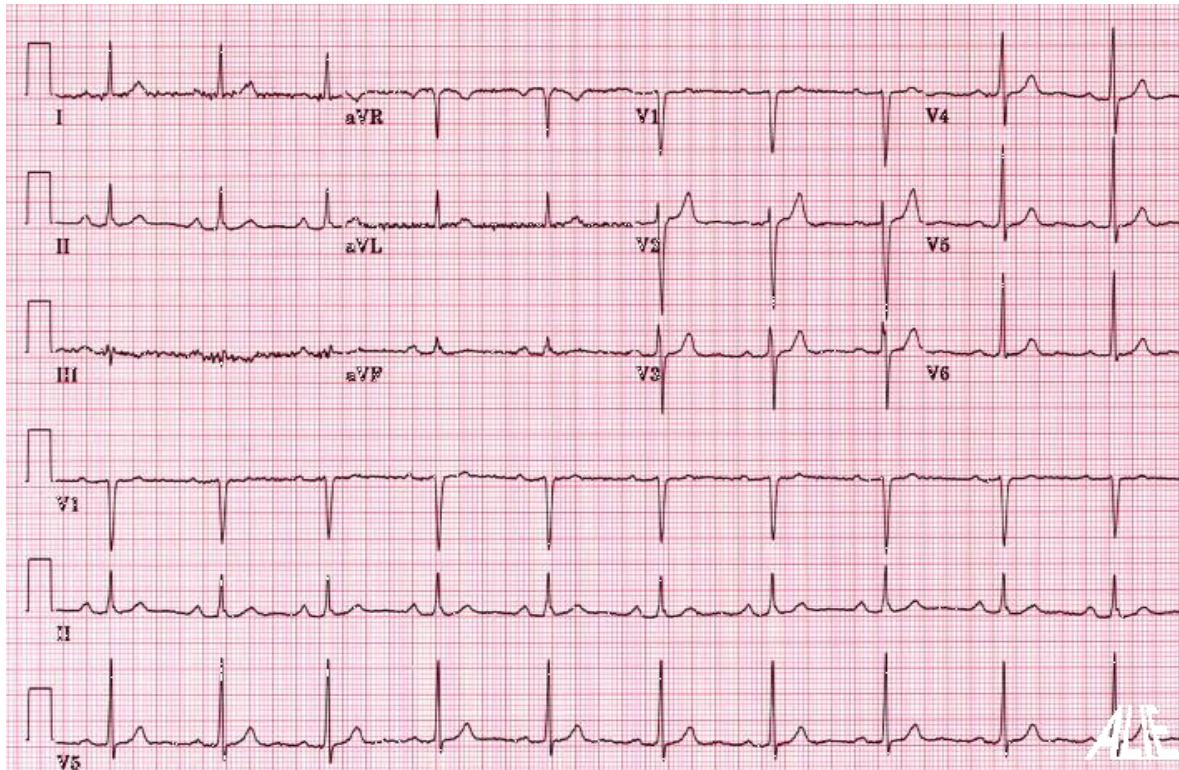
- non douloureuses (15% des cas)
- douleurs extra-thoraciques: tableau abdominal pseudo-chirurgical, douleur type colique néphétique...
- collapsus secondaire à un hémothorax, un hémopéricarde, un hémomédiastin, voire à un hémopéritoine
- forme neurologique, secondaire à la propagation de la dissection au tronc vasculaire supra-aortique ou aux artères intercostales (monoplégie, paraplégie ou hémiplégie)
- perte de connaissance, troubles de la conscience, voire coma

B) Examens complémentaires

1°) ECG, thorax

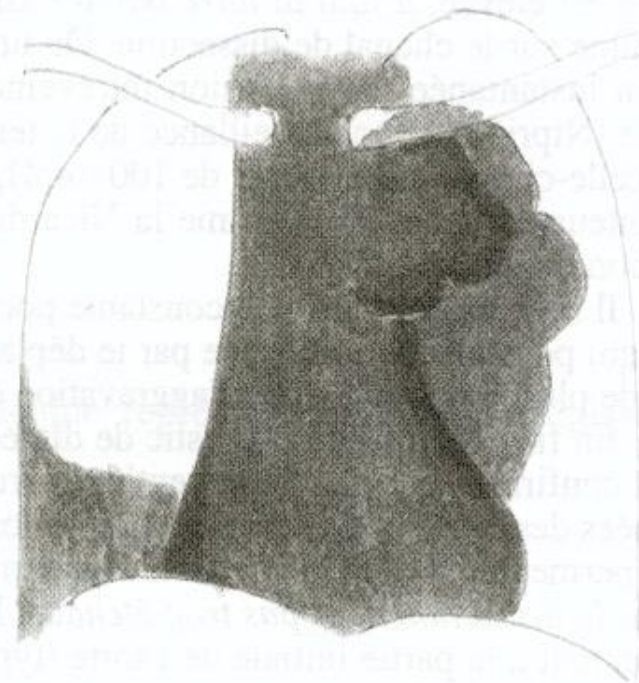
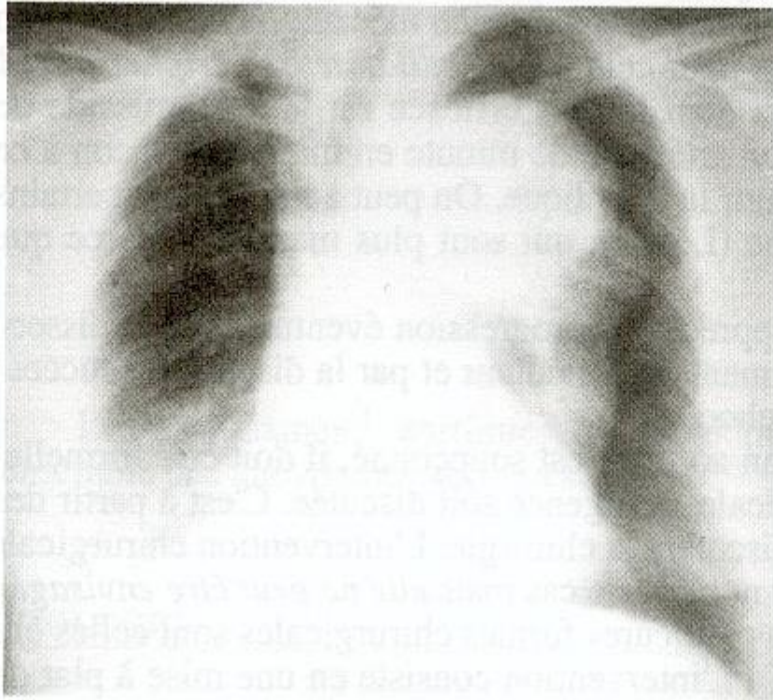
- **ECG** : pas de signe d'IDM

(attention à dissection touchant les artères coronaires)



- **Thorax :**

- Elargissement du médiastin +++++
- Epanchement pleural (hémithorax)



2°) Examens à visée diagnostique

Suspicion de dissection aortique → réaliser en urgence un des examens complémentaires suivants :

a Echo transthoracique et transoesophagienne

- Effectuées au lit du malade, en première intention, sous sédation et contrôle tensionnel
- Donne certitude diagnostic (**ETO ++++**) dans plus de 90% des cas : mise en évidence du voile intimal séparant vrai et faux chenal
- Précise topographie et extension de dissection, la ou les porte(s) d'entrée
- Recherche IAo

b- L'angioscanner thoracique +++

Visualise les 2 chenaux avec le voile intimal et précise l'extension de la dissection

c- L'angiographie aortique

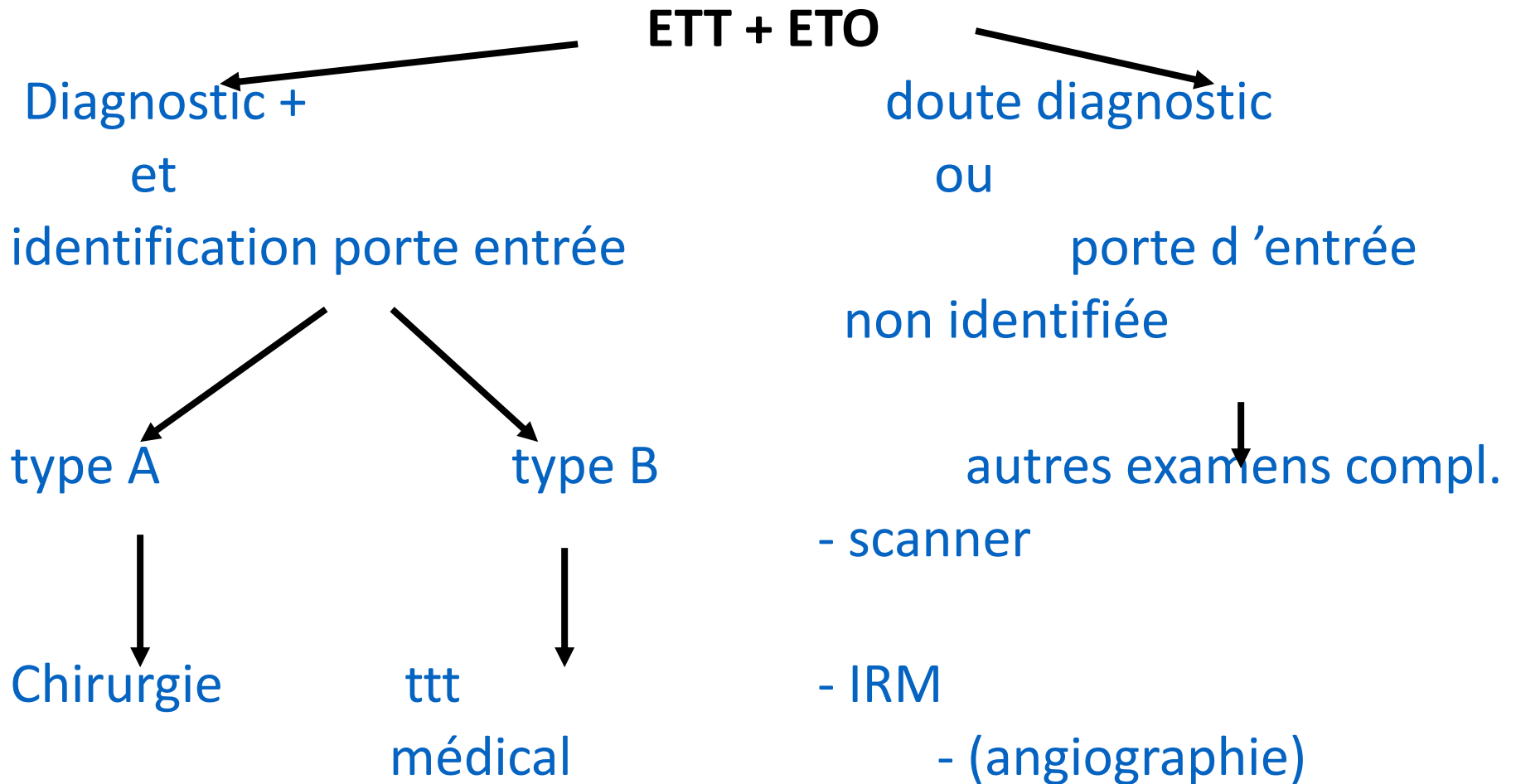
- Diagnostic de la dissection et de l'insuffisance aortique.
- Plus actuellement un examen de première intention à la phase aiguë en raison des risques de complications iatrogènes graves
- Si doute à l'ETO, au scanner ou à l'IRM

d- IRM (difficile à effectuer en urgence)

Intérêt actuellement +++ dans les dissections chroniques en raison des conditions de l'examen (malade isolé) et des difficultés d'obtention en urgence

C- Stratégie diagnostique

suspicion dissection aiguë



VI- Diagnostic différentiel

- **IDM (ECG)**
- Embolie pulmonaire, péricardite
- Pathologie thoracique : pneumothorax, pleurésie
- Tamponnade peut compliquer dissection

VII- Complications

1°) Phase aiguë

- Rupture → décès
 - . Péricardique
 - . Médiastin
 - . Plèvre

- Insuffisance aortique → défaillance cardiaque gauche
- Occlusion collatérales de l'aorte (rénale, carotides, membres inf...)
- (Occlusion aortique aiguë exceptionnelle)

2°) Chronique

- Dilatation de l'aorte → anévrisme (rupture, thrombose)
- Reprise dissection
- Dissection dans un autre territoire

La dissection aortique

- *maladie de la vie*
- *nécessite une surveillance*
(*scanner+++*, *IRM+++*, *ETO+*)

VIII- Conduite thérapeutique

- *Toute suspicion de dissection aortique aiguë conduit à une hospitalisation en USI et à la réalisation en urgence d'un ou plusieurs examens complémentaires.*
- *Devant toute dissection proximale (A), le traitement chirurgical est envisagé en extrême urgence en raison du risque de décès.*

1°) Traitement médical initial

- pas d'anticoagulant +++

- repos +++

- calmer la douleur par antalgique (morphinique)

- diminuer la tension artérielle

– bêtabloquants associés si nécessaire à inhibiteurs calciques IV

– but : maintenir PA systolique ≤ 100 mmHg

2°) Traitement chirurgical

- Type A : chirurgie en urgence

le plus souvent remplacement de l'aorte ascendante par une prothèse sous CEC associée si nécessaire à un remplacement valvulaire aortique

- Type B : habituellement surveillance médicale

chirurgie en urgence indiquée dans les formes compliquées - ischémie mésentérique, des membres inf... - syndrome de fissuration

3°) Traitement médical au long cours

La dissection est une *maladie de toute la vie*.

- Surveillance régulière (IRM ou scanner)
- Traitement médical par bêtabloquant si maladie de Marfan même si patient normotendu, même après chirurgie

4°) Traitement préventif

- Traitement de toute HTA

- En cas de maladie du tissu élastique touchant l'aorte ascendante : bêtabloquant et chirurgie de remplacement de l'aorte ascendante prophylactique en présence d'une dilatation anévrysmale de l'Ao ascendante.

IX- Points forts

- Urgences diagnostique et thérapeutique quand la dissection touche l'aorte ascendante
- Intérêt +++ ETO et scanner pour le diagnostic à la phase aiguë (IRM plutôt pour surveillance)