

# Dissection Aortique Aiguë

Dr P. Deleuze, Dr C. Benvenuti



## 1 Le degré d'urgence

- La rupture imprévisible intra-péricardique justifie l'hospitalisation en urgence de toute dissection aortique aiguë suspectée.
- Transport médicalisé par le SAMU vers une unité de soins intensifs (USI) avec équipe cardio-chirurgicale disponible :
  - nécessité de contrôler rapidement une éventuelle hypertension artérielle (HTA),
  - possibilité de survenue brutale d'un état de choc.
- La présence d'une complication doit précipiter l'acte chirurgical (tamponnade, oligo-anurie, ischémie aiguë de membre, paraplégie).



## 2 Les messages

- Se méfier des diagnostics différentiels (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire). En effet, la mise en route d'un traitement héparinique ou thrombolytique à domicile aurait des conséquences dramatiques sur l'évolution d'une dissection aortique aiguë.
- Le risque de rupture : 50 % à la 48<sup>e</sup> heure, 80 % au premier mois.
- Garder à l'esprit que la dissection aortique est la cause de 1 à 5 % des morts subites.
- La dissection aortique chronique est une entité différente où la décision thérapeutique s'effectue en dehors d'un contexte d'urgence. Elle se rapproche plus des anévrismes de l'aorte thoracique.
- L'acte chirurgical ne vise qu'à prévenir la rupture intra-péricardique fatale, et n'a pas la prétention de guérir la maladie.
- En effet, il existe le plus souvent plusieurs portes d'entrée intimes et la cure chirurgicale ne concerne que la principale, située sur l'aorte ascendante ou la crosse aortique.
- Un seul examen complémentaire (l'imagerie qui est la mieux maîtrisée dans la structure d'accueil du patient) doit suffire au diagnostic et à la décision chirurgicale.



## 3 Les médicaments, le matériel

- Antihypertenseurs per os d'action rapide : **Catapressan** (cp à 0,15 mg), **Adalate** (capsule à 10 mg), **Loxen** (cp à 20 mg).
- Antihypertenseurs par voie IV (hôpital, SMUR uniquement) : **Risordan** (amp inj IV à 10 mg), ou **Loxen** (amp inj IV à 10 mg).
- En état de choc (SAMU) : matériel de perfusion et solutés de remplissage, matériel d'intubation/ventilation, inotropes (**Adrénaline** amp inj IV à 1 mg, **Dobutrex** flacon inj IV à 250 mg).



## 4 La confirmation clinique du diagnostic

- Douleur thoracique inaugurale, violente, rétrosternale, migratrice, descendante (95 % des cas).
- De façon plus inconstante :
  - une ischémie de membre : rechercher une asymétrie des pouls, voire leur disparition, une asymétrie tensionnelle de plus de 30 mmHg entre les bras,

- une insuffisance aortique (IA) : rechercher un souffle diastolique au foyer aortique qui n'existait pas avant,
- un frottement péricardique,
- un accident neurologique : interrogatoire de l'entourage et examen neurologique,
- une HTA ancienne ou une poussée aiguë d'HTA,
- un aspect marfanoïde.
- Les signes de gravité :
  - un état de choc, une anurie, une tamponnade ou un hémithorax gauche.
- Les éléments de mauvais pronostic :
  - âge > 70 ans,
  - insuffisance rénale chronique,
  - dysfonction VG préalable (ischémique ou autre).
- Trois facteurs étiologiques évocateurs : l'HTA, le syndrome de Marfan, la grossesse.



5

## Le protocole de traitement

### Prise en charge à domicile par le médecin généraliste

- Contrôle de l'HTA : maintenir systolique < 110.
- **Loxen 20** : 1 cp en une prise *per os*.
- **Catapressan** 1 cp per os (effet retardé mais plus durable).

### Prise en charge à domicile par le SMUR

- Baisse plus rapide de la TA par traitement IV (éviter la baisse brutale).
- **Risordan IV** : 0,5 à 2 mg/h.
- **Loxen IV** : 1 à 4 mg/h.

### Prise en charge de la douleur

- **Morphine** en titration.

### Contrôle d'un état de choc par le SMUR

- Intubation/ventilation assistée, perfusion de soluté macro-moléculaire.
- **Dobutrex**, à dose croissante associé à la **Noradrénaline**, ou à l'**Adrénaline**.

### Pour information

En unité de soins intensifs, discussion d'un traitement chirurgical :

- En urgence, s'il s'agit d'un type I ou II de De Bakey ou A de Stanford (Tableaux 1 et 2), avec remplacement de l'aorte ascendante par tube prothétique, éventuellement remplacement valvulaire aortique ± réimplantation des ostia-coronaires (opération de Bentall).
- Abstention, le plus souvent, s'il s'agit d'un type III de De Bakey ou B de Stanford, avec surveillance régulière des lésions par imagerie. Le risque reste celui d'une rupture intra-thoracique de l'aorte descendante, mais il est nettement moins important que celui d'un remplacement de cette aorte descendante en urgence par un tube prothétique (lourde mortalité, risque majeur de paraplégie). Le passage à la chronicité permettra alors de rediscuter à froid un éventuel traitement chirurgical (danger quand la dilatation de l'aorte descendante dépasse 60 mm).

Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de place pour les stents couverts dans le traitement des dissections aortiques intéressant l'aorte ascendante et la crosse ; la discussion reste plus ouverte pour les dissections de type III...



6

## Les premiers examens paracliniques

- ECG : normal le plus souvent, élimine un infarctus du myocarde en voie de constitution, microvoltage si épanchement péricardique.
- Radio de thorax : montre parfois un élargissement de la crosse aortique, voire un hémithorax gauche.

- L'échographie cardiaque transthoracique (ETT) : recherche un élargissement de l'aorte ascendante, un « flap » intimal intra-aortique, un épanchement péricardique, signe de gravité. Le doppler recherche une IA, un flux anormal dans le « faux chenal ». C'est un examen non invasif mais nécessitant une grande expérience.
- L'échographie cardiaque transœsophagienne (ETO) avec doppler couleur : elle devient l'examen de référence, par un examinateur expérimenté, afin d'éviter les « fausses images ». Elle permet de visualiser les « réentrées » intimes de l'aorte ascendante à l'aorte abdominale. Elle objective le faux-chenal et sa perméabilité et précise le mécanisme de l'IA. Elle peut être effectuée sans risque sur un malade instable et ne nécessite pas son déplacement.
- L'angiographie numérisée ou conventionnelle, si l'état du malade l'autorise, par voie artérielle, reste un excellent examen. Elle montre : un double contour de la paroi aortique, le « faux chenal », le ou les points d'entrée, l'état des troncs supra-aortiques, des artères rénales. Elle permet de préciser le type de dissection I, II ou III (selon De Bakey), ou A, B (selon Stanford). Elle permet d'effectuer une coronarographie dans le même temps lorsque le patient présente des facteurs de risque de maladie coronaire.
- L'examen tomodensitométrique (TDM) multibarrettes du thorax avec injection de produit de contraste donne le même type de renseignement et précise l'existence d'un épanchement péricardique ou pleural.
- L'IRM n'apporte pas plus de renseignement que le scanner multibarrettes avec reconstruction tridimensionnelle. Elle est de plus quasiment impossible à obtenir en urgence.

**Tableau 1 – Classification de De Bakey**

	<i>Porte d'entrée</i>	<i>Extension</i>
<i>Type I</i>	<i>Aorte ascendante</i>	<i>Au-delà de la crosse aortique</i>
<i>Type II</i>	<i>Aorte ascendante</i>	<i>Limitée à l'aorte ascendante</i>
<i>Type III</i>	<i>Au-delà de la sous-clavière gauche</i>	<i>Descendante</i>

**Tableau 2 – Classification de Stanford (ne tient pas compte de la porte d'entrée)**

<i>Type A</i>	<i>La dissection intéresse l'aorte ascendante</i>
<i>Type B</i>	<i>La dissection n'intéresse pas l'aorte ascendante</i>



7

**Les trucs du métier, les pièges qu'il faut éviter**

**Les trucs**

- Lorsque le malade est stable et la tension bien contrôlée, on a le temps de « se retourner » pour réfléchir à la meilleure attitude thérapeutique.
- En présence de signes de gravité, prendre le temps de faire une échographie cardiaque, même transthoracique, qui peut permettre à elle seule de porter l'indication opératoire et d'éviter de grossières erreurs diagnostiques.
- L'examen complémentaire de choix dépendra en fait de la structure d'accueil du malade : prescrire celui que le radiologue de garde maîtrise le mieux !
- Il n'est pas raisonnable de tenter une intervention chirurgicale sur un patient présentant un infarctus mésentérique.

**Les pièges**

- Le TDM peut donner des « faux négatifs », d'où la nécessité de réaliser une angiographie ou mieux, une ETO.
- Le piège de l'ECG d'IDM par dissection concomitante d'une coronaire.
- Interdire l'Héparine, le thrombolytique, si on suspecte une dissection chez un patient avec une intense douleur thoracique.