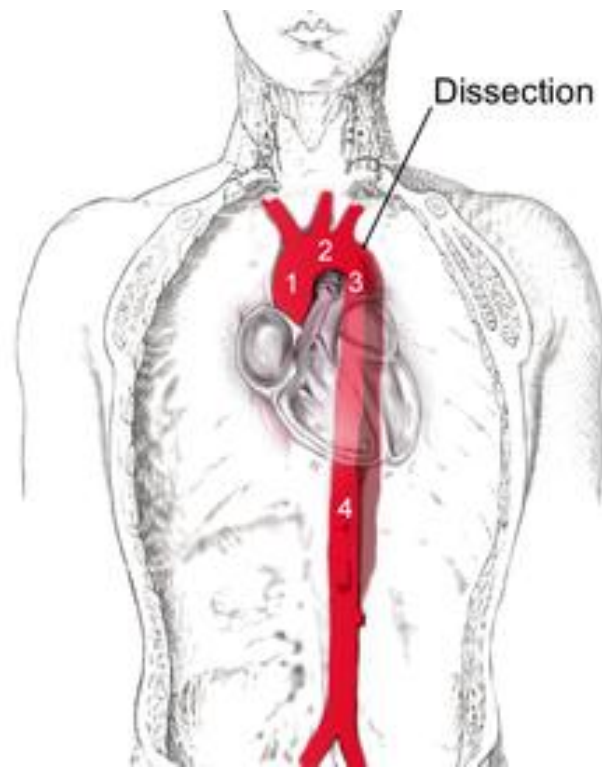


Dissection Aortique

Madjid Si Hocine-Département de
Médecine Interne-Hôpital St Camille
(Bry sur Marne)

msihocine@yahoo.fr



Définition:

- Urgence médico-chirurgicale, rare mais à mortalité élevée
- Importance de l'analyse initiale pour évoquer le diagnostic d'autant que la forme classique n'est pas toujours la règle!

Définition (2)

- Fissuration longitudinale de la paroi aortique à partir d'une brèche: la porte d'entrée,
- Création d'un faux chenal=néo lumière de la media,circulant ou thrombosé,
- Séparation du vrai chenal par le flap intimal
- Propagation antérograde ou rétrograde, le + souvent en spirale

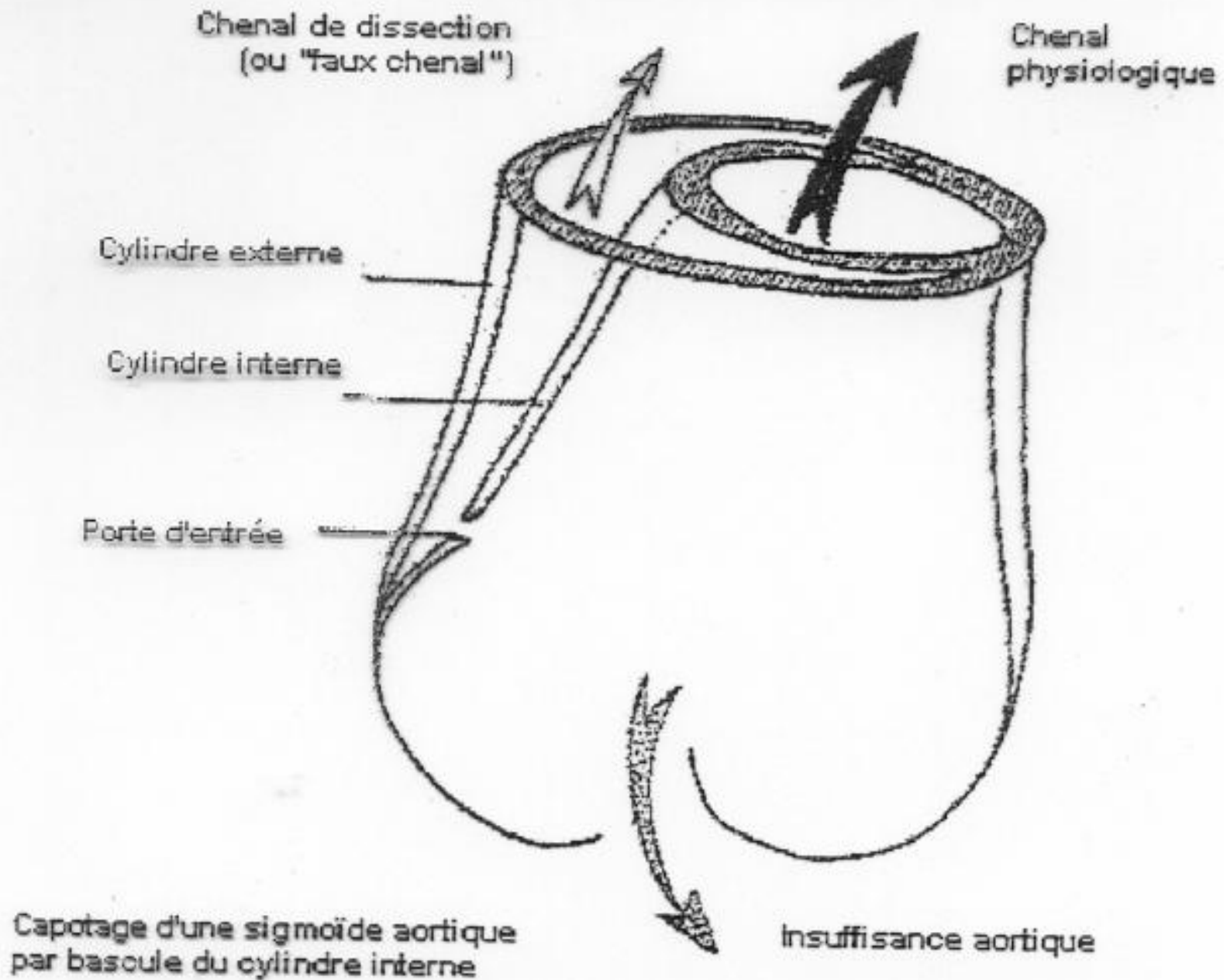
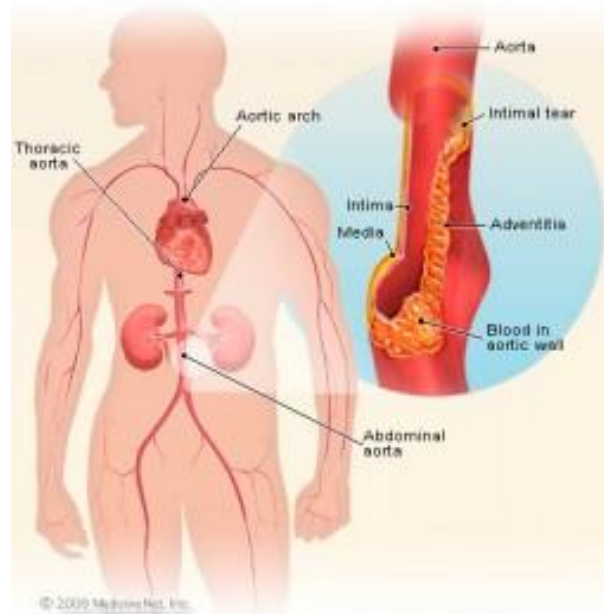
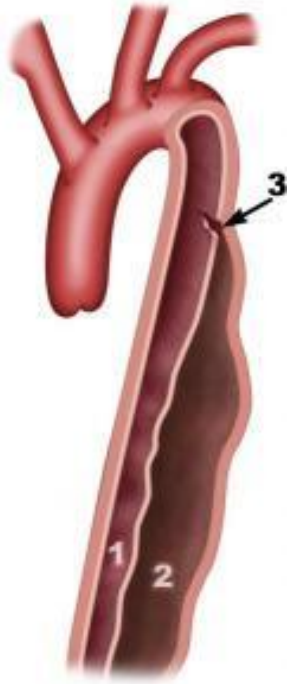


Fig.1 : Mécanisme de la DAA, et ses conséquences.

Aortic Dissection





Contexte clinique:

- 2 types en fonction du mécanisme originel
 - Le type hypertensif: survient chez les + âgés, avec une HTA sévère, touchant plus l'aorte descendante, dilatation modérée
 - Le type Marfanoïde :, dilatation majeure avec ou sans HTA, sujets plus jeunes, atteinte plutôt de l'aorte ascendante
 - Autres: cocaïne, grossesse (T3), lésions traumatiques

Pathogénie des symptômes

- Douleur: due au clivage de la media et à la mise en tension des éléments de la paroi,
- La dilatation de segments de l'aorte peut par la compression des organes médiastinaux être à l'origine de certains symptômes,
- Manifestations ischémiques (coronaires, cérébrales, médullaires, rénales, membres inf) par arrêt de perfusion

Forme clinique typique

- Douleur thoracique, d'apparition brutale antérieure à irradiation postérieure (90%), intense et progressivement croissante (vs l'IDM), déchirure, coup de poignard
- Progression vers la mâchoire (crosse), l'abdomen et les membres inférieurs
- Risque d'orientation fausse vers IDM

La Dissection



Forme clinique type (2)

- Asymétrie tensionnelle et disparition du pouls
 - Signe classique mais présent dans 40% des cas
 - Due au faux chenal
- HTA: 75% des cas,
 - facteur causal ou conséquence de la dissection
 - parfois améliorée par le traitement antalgique
- Signes vagues: sueurs, pâleurs, syncope initiale

Un train peut en cacher un autre



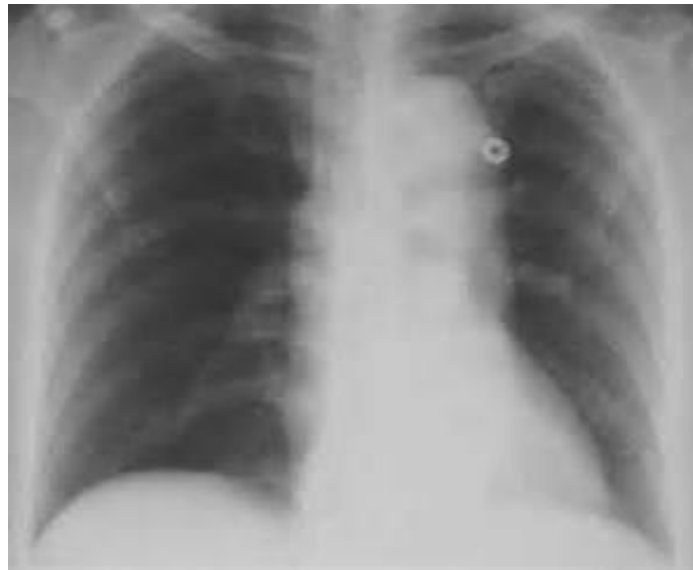
Formes trompeuses

- État de choc hypovolémique
- Tamponnade (type A)
- Insuffisance cardiaque congestive
- Signes ischémiques isolés des membres <
- Douleur abdominale pseudo chirurgicale
- Coma , hémiparésie simulant un AVC
- Compression médiastinale: dyspnée, EP, syndrome cave supérieur

Diagnostic paraclinique

- Ne doit pas retarder la chirurgie (1% de mort/heure de retard à la chirurgie)
 - Radio pulmonaire:
 - élargissement du médiastin
 - double contour du bouton aortique et du bord droit du cœur
 - cardiomégalie
- Mais peut être normale

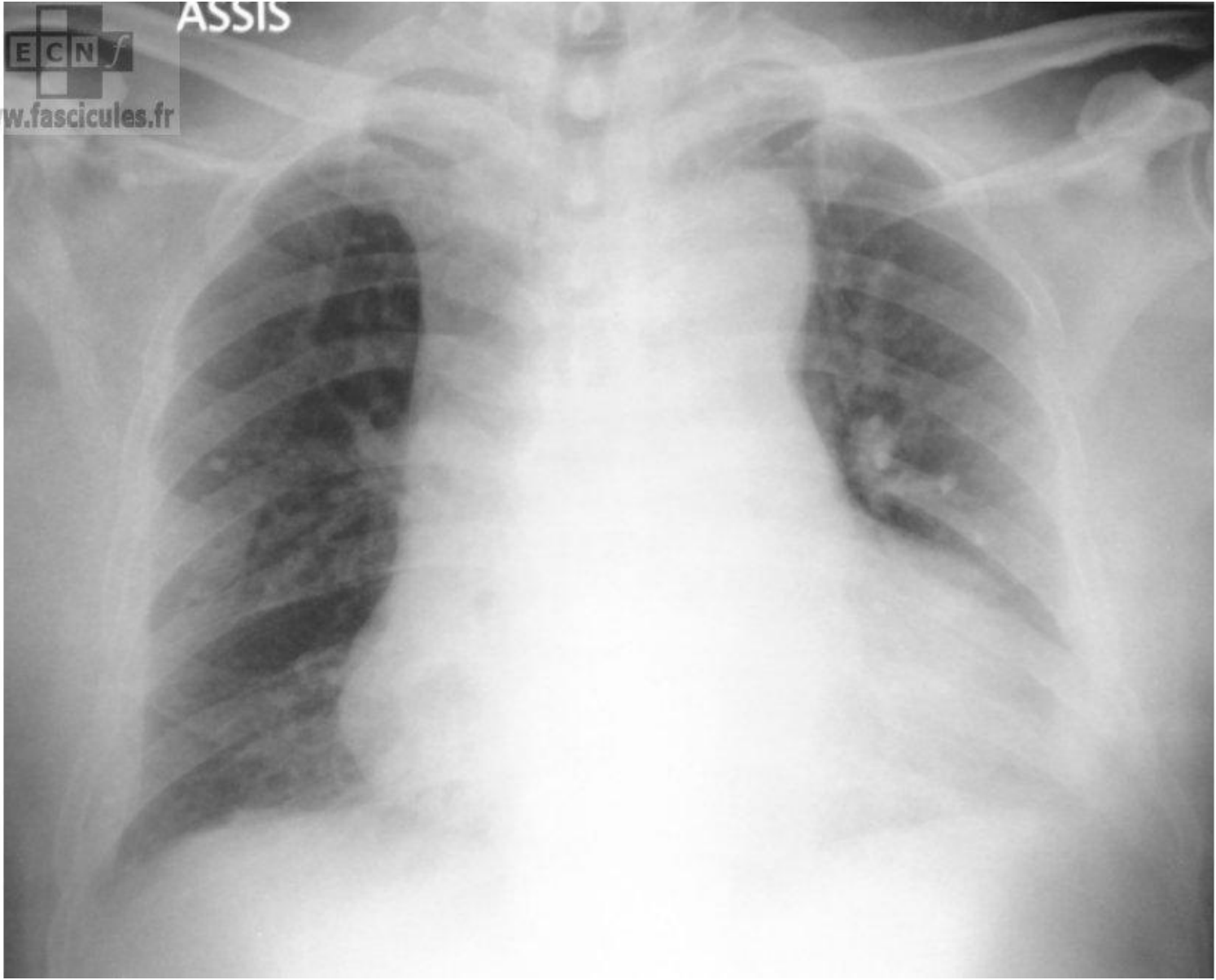
Radio de thorax





ASSIS

www.fascicules.fr



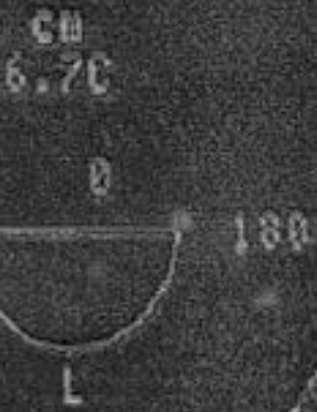
Échocardiographie trans thoracique

- Dédoubllement de la paroi aortique, flap intimal
- Insuffisance aortique?
- Épanchement péricardique ?

Echocardiographie trans oesophagienne

- Flap intimal
- Porte d'entrée, faux chenal
- Fonction cardiaque

00 = 4.0
00
00
55
4



CHU ST ANTOINE
95/02/28
08:57:51
AC
HICMED
Image: 95

Vrai chenal

Flap intimal

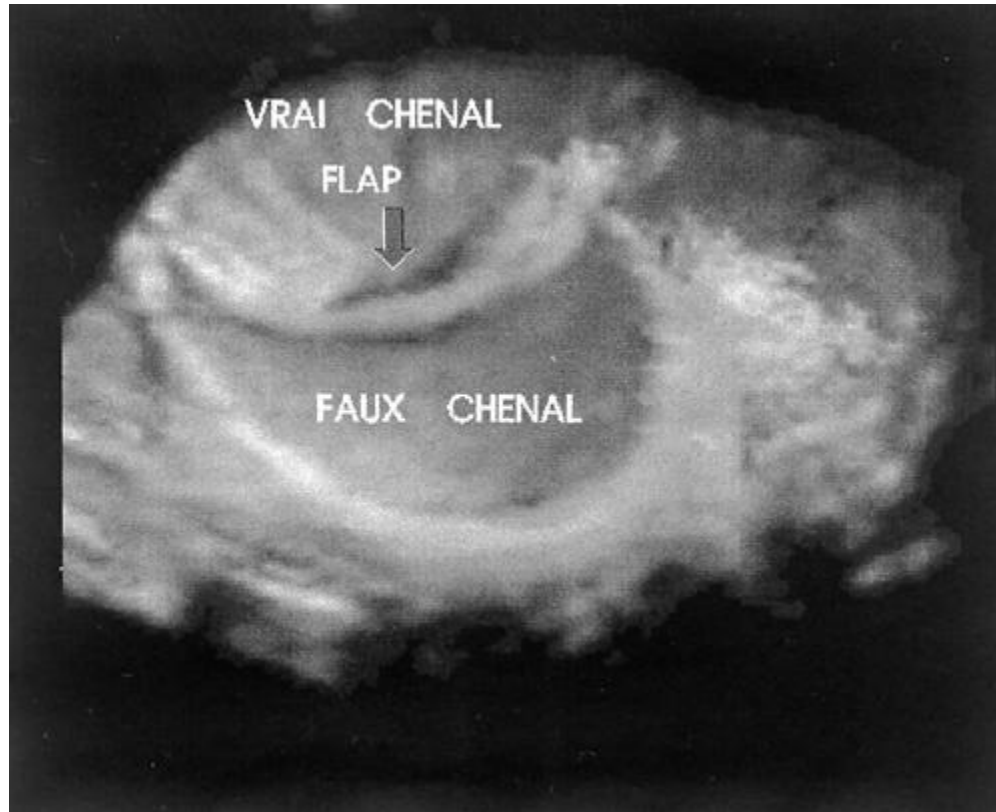
Faux chenal

FC 100

122



ETO

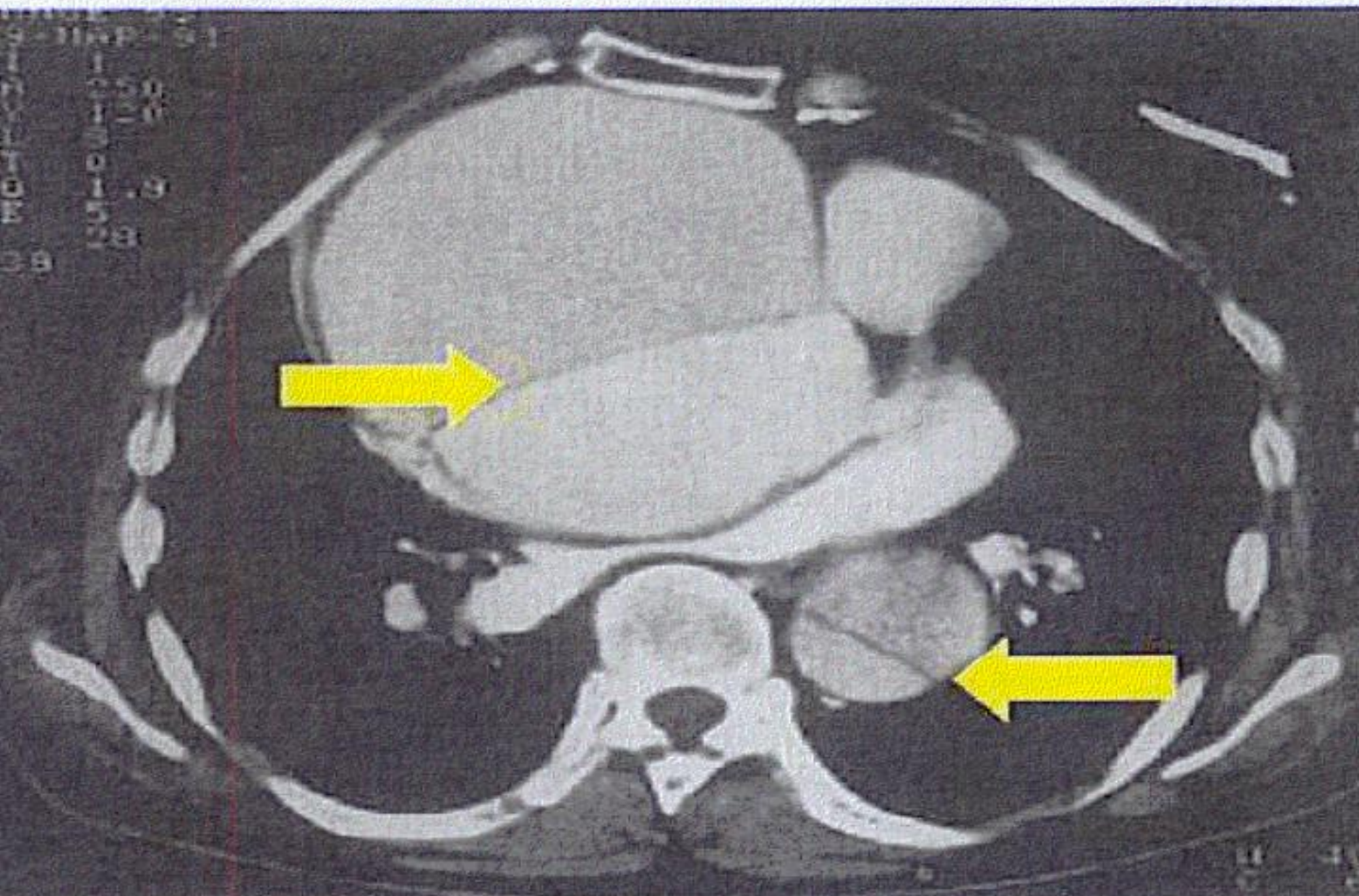


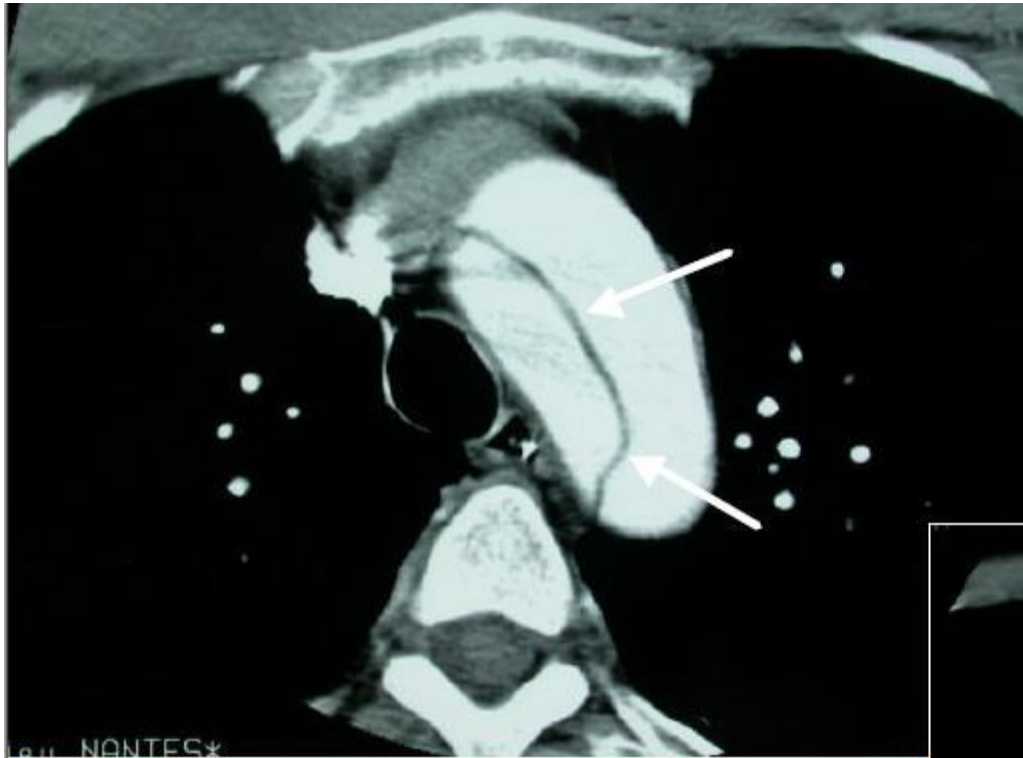
Angio TDM

- Visualise la dilatation et le double chenal
- Etudie l'extension de la dissection
- Ne visualise pas toujours la porte d'entrée
- Plus performante si il existe un hématome disséquant
- Aucune évaluation de la fonction cardiaque et de l'insuffisance aortique
- Néphrotoxicité de l'iode

Scanner : Dissection aortique

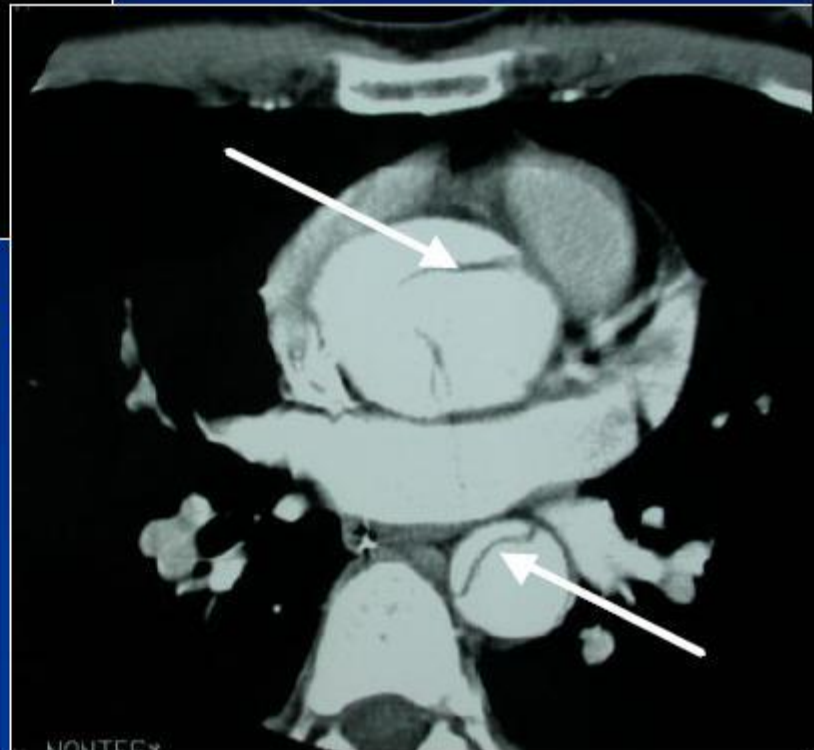
Remarquer. le flap séparant le vrai du faux chenal.



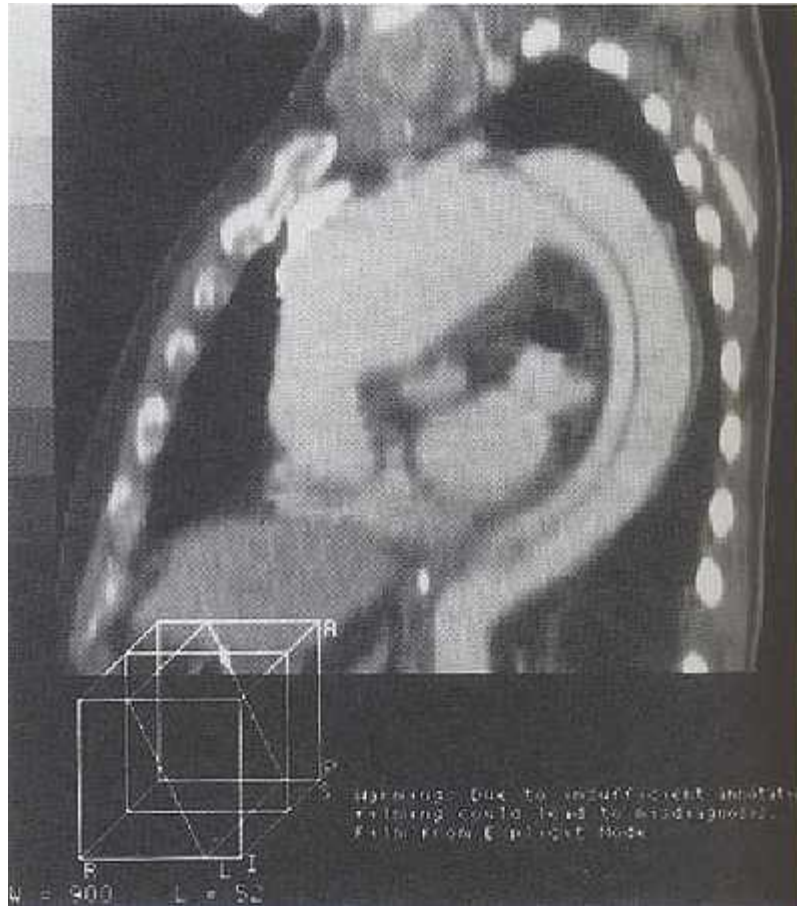


dissection de l'aorte thoracique

- la ligne noire intra-luminale correspond à la déchirure de la paroi aortique : l'intima est décollée de la média, avec création d'un faux chenal circulant
- la dissection s'étend sur toute l'aorte thoracique (ascendante et descendante)



Angio TDM



Angio IRM

- Plus performante que la TDM
- Montre porte d'entrée et extension
- Non disponible en urgence
- Utilisée pour la surveillance au long cours

Angio IRM



Angiographie

- Technique ancienne
- Invasive
- Moins sensible que la TDM ou l'IRM
- Risque d'aggravation potentielle des lésions

Localisations

- Toute l'aorte thoracique (40% des cas)
- Aorte ascendante (10-15 % des cas)
- Aorte descendante (20-30% des cas)

Classifications

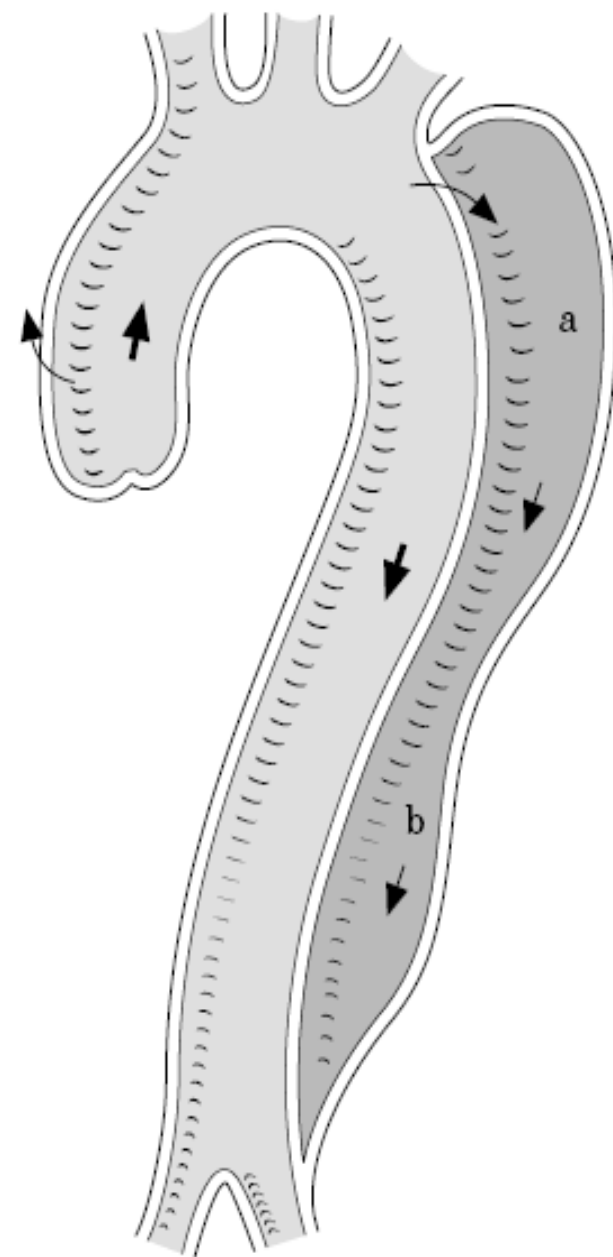
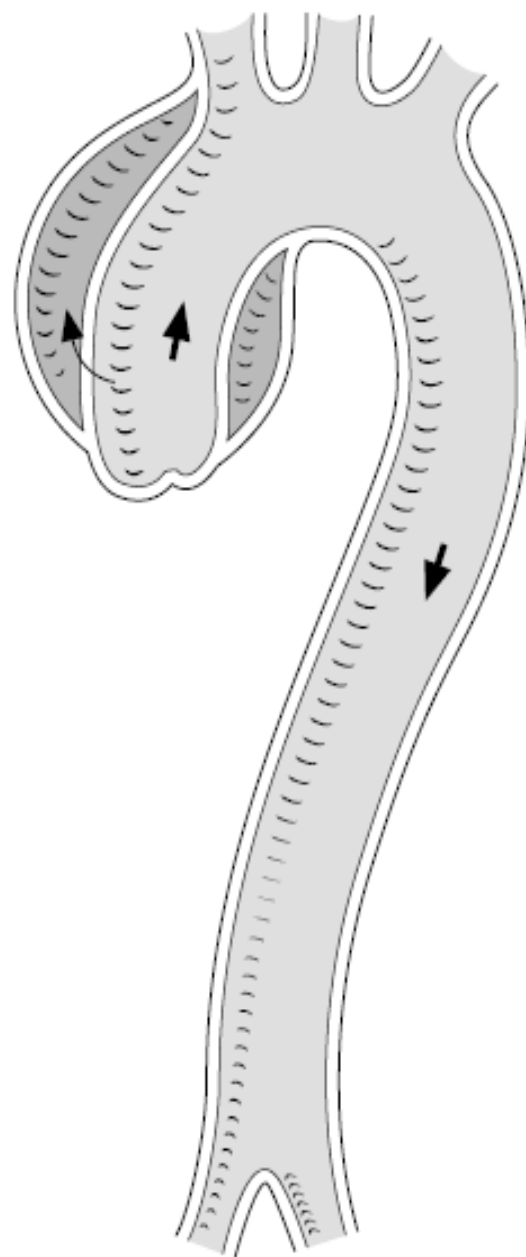
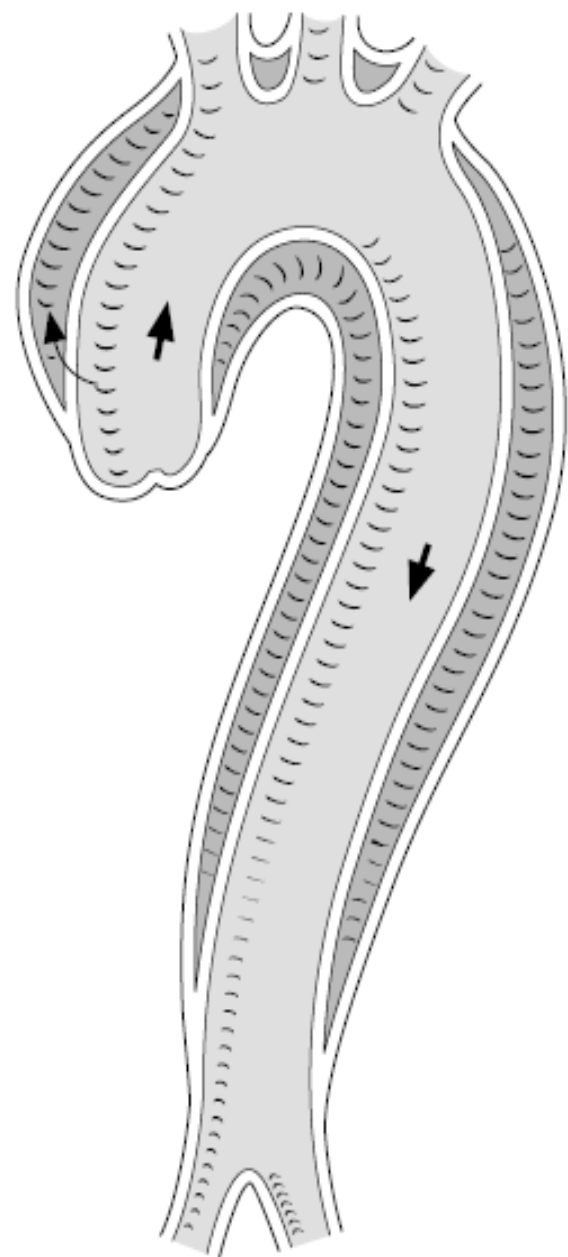
- De Bakey: repose sur la localisation anatomique du faux chenal, 3 types
 - I ensemble de l'aorte thoracique,
 - II aorte ascendante
 - III aorte descendante
- Stanford: la plus utilisée, 2 types
 - A : crosse aortique et aorte ascendante
 - B : reste de l'aorte

De Bakey
Stanford

I
A

II
A

III
B



Traitement médical

Urgence++++

-O2,

-intubation seulement la main forcée

-antalgiques: morphine, aide au contrôle
tensionnel

-anxiolytiques

-contre indiqués: anticoagulants et anti
agrégants

Traitement médical (2)

-contrôle de la PA: B Bloquants en 1^{ère} intention
type esmolol (Brévilbloc):500 mcg/kg en une
minute ; dose d'entretien : 50-200 mcg/kg/h
IVSE (↓FEVG et contrainte pariétale)

Alternative Nicardipine(Loxen) :1 mg IVD/3min
jusqu'à obtention de la pression désirée puis
relai IVSE à 2 mg/h à augmenter par palier de
1 mg/h toute les 15 min en fonction de la
tolérance hémodynamique

Traitement chirurgical

- Type A :trt chirurgical
- Type B :trt médical sauf si propagation rétrograde , résultats identiques. Possibilité de trt chirurgical 2ndaire si échec.
- Type A: intervention sous circulation extra-corporelle et sternotomie médiane procède à *la résection de l'aorte ascendante et de son orifice d'entrée, et à son remplacement par une prothèse en dacron*

Traitement chirurgical (2)

- Corriger une insuffisance aortique
- Réimplanter des TSA
- Réinsérer des coronaires

Résultats:

90 % de mortalité à un an en l'absence de chirurgie et 25% si chirurgie

66 % de survie à 5 ans

Endoprothèse aortique

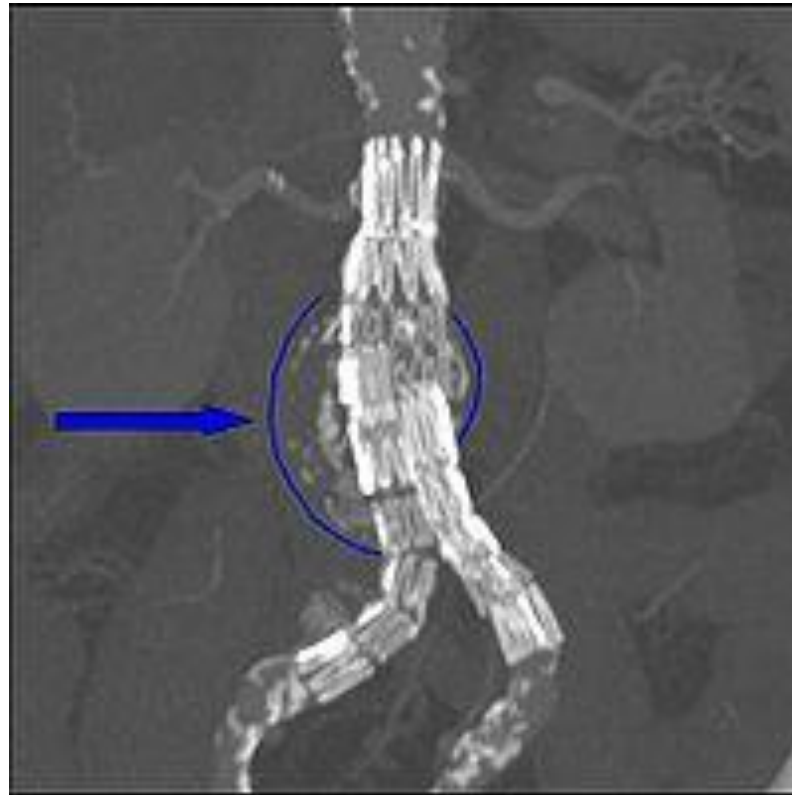


Figure 1

Endoprothèse aortique



Endoprothèse aortique



Réimplantation des coronaires



Place de la radiologie interventionnelle

- Indications limitées:
 - contre indication à la chirurgie conventionnelle
 - dissection localisée,
 - hématome disséquant

Principe obturation par un stent de la porte d'entrée monté par cathétérisme fémoral et fenestration pour reperméabilisation d'un vrai chenal

Conclusion

- Urgence diagnostique médicale (type A+B)
chirurgicale pour le type A
- Mortalité encore élevée
- Progrès diagnostique grâce à la TDM et à l'écho
trans œsophagienne

Je vous remercie

