

DISSECTION AORTIQUE

Introduction

Maladie relativement rare, très grave associée à une mortalité très élevée.

I. Définition

C'est un clivage de la **média** à porte d'entrée intima autorisant le passage du sang entre ces 2 couches créant un chenal anormal appelé "faux chenal" à côté du vrai chenal (voie normale).

On distingue 2 types de faux chenaux :

- Circulant : autorise le passage du sang
- Thrombosé

Une dissection aortique est dite "aiguë" quand elle est diagnostiquée avant 15 jours, après 15 jours elle est considérée comme étant chronique.

II. Étiopathogénie

La dissection aortique est la conséquence d'un déséquilibre entre la **force appliquée sur la paroi aortique** (force de cisaillement) et l'**élasticité de la paroi**.

Une déchirure de la paroi aortique est donc liée soit à l'**augmentation de la force appliquée sur la paroi aortique** ou à sa **fragilisation**.

Devant une dissection aortique il faudra systématiquement rechercher une HTA ou un syndrome de Marfan.

Etiologies :

→ Augmentation de la force appliquée :

- ◆ HTA
- ◆ Rétrécissement aortique par augmentation du flux de jet
- ◆ Coarctation de l'aorte (congénitale) : C'est une sténose au niveau de l'isthme aortique (entre l'aorte ascendante et l'aorte descendante) qui entraîne une hyperpression au niveau de l'obstacle responsable d'une augmentation de la force appliquée sur la paroi.

→ Fragilisation de la paroi aortique :

- ◆ Maladie du tissu élastique : Marfan, Ehler Danlos
- ◆ Maladies inflammatoires : lupus, maladie de Takayasu, syphilis
- ◆ Traumatisme
- ◆ Pathologies congénitales : bicuspidie (RAo congénitale) qui est une maladie de la valve et de la paroi aortique caractérisée par une dilatation post-sténotique de l'aorte → anévrisme.

IV. Classifications des dissections aortiques

1. Classification de DEBAKEY

Permet de classer la dissection en 3 types suivant la localisation de l'atteinte aortique.

- **Type I** : dissection de l'aorte ascendante qui s'étend au delà du tronc brachiocéphalique (aorte horizontale voir la totalité de l'aorte descendante thoracique et abdominale)
- **Type II** : Dissection isolé de l'aorte ascendante
- **Type III** : Dissection de l'aorte descendante
 - **III a** : sans dépasser le niveau diaphragmatique (thoracique)
 - **III b** : s'étend au-delà du niveau diaphragmatique

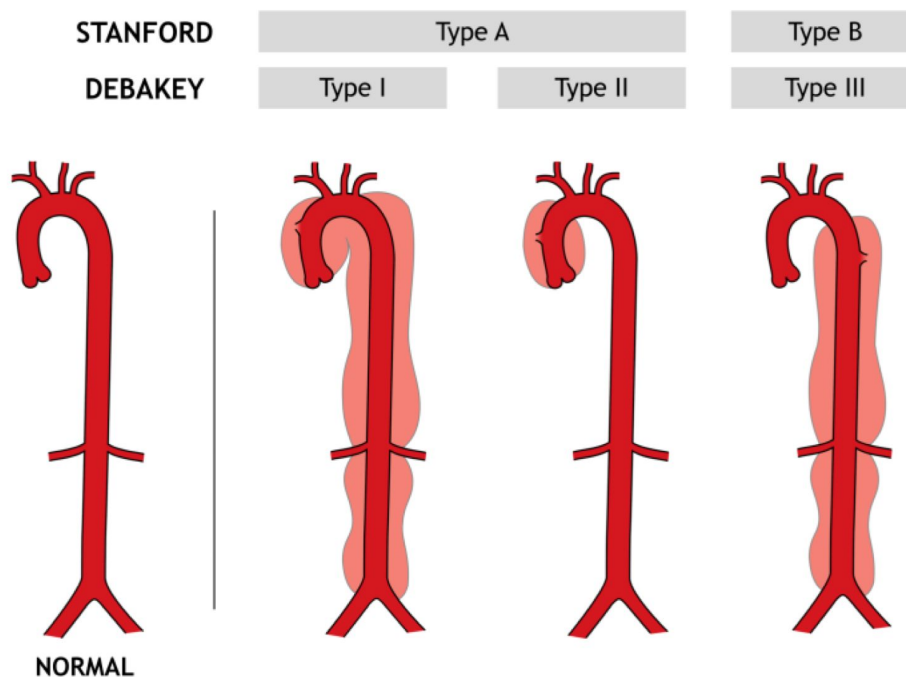
Une atteinte exclusive de l'aorte horizontale ou associé à l'aorte descendante est catégorisée dans le type III.

CETTE CLASSIFICATION PERMET LA PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE (dépend de l'atteinte ou non de l'aorte descendante) : Type I et II sont de très mauvais pronostic nécessitant la chirurgie en urgence.

2. Classification de STANFORD

Type A : atteinte de l'aorte ascendante.

Type B : sans atteinte de l'aorte ascendante.



V. Diagnostic positif

A. Clinique

1/ Contexte de survenue

2/ Examen clinique

Signes fonctionnels (interrogatoire) :

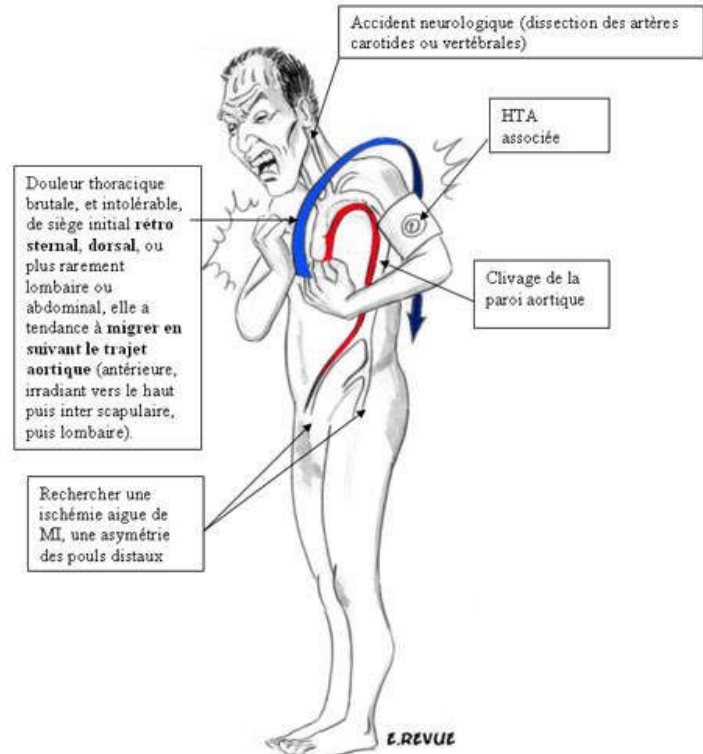
Le principal signe est la douleur thoracique : douleur thoracique viscérale ayant les caractéristiques suivantes :

- Douleur pseudo angineuse : étendue, profonde, rétrosternal
- Très intense
- Prolongée
- Sans position antalgique
- Migratrice
- Pas de période d'accalmies

Parfois, elle peut se manifester par une syncope.

3/ Examen physique

- ★ L'extension vers la valve aortique (Type A) entraîne une insuffisance aortique aiguë avec **souffle de régurgitation aortique** : protodiastolique
- ★ Une **anisotension** (asymétrie tensionnelle) \Rightarrow PAS > 120 mmHg (140 mmHg) : la formation du faux chenal divise le débit cardiaque en 2 au-delà du au-delà du tronc artériel brachio-céphalique avec diminution de la surface du vrai chenal et augmentation de la force de résistance \Rightarrow diminution de l'énergie cinétique entre le membre droit et gauche.
- ★ Une **anisosphymie** (asymétrie des pouls)
- ★ **Signes en faveur de l'atteinte des branches de l'aorte** : AVC, Ischémie aiguë d'un membre, ischémie mésentérique, infarctus rénal....
- ★ Une **paraplégie** : défaut d'irrigation d'une artère spinale (Artère radiculaire antérieure d'Adamkiewicz)



B. Examens complémentaires

1. ECG

- Le plus souvent normal
- Permet de faire le diagnostic différentiel et éliminer un syndrome coronaire : un IDM inférieur + symptomatologie de dissection aortique → extension de la dissection vers l'artère coronaire droite. C'est une association rare (contre-indication absolue aux anticoagulants).
- Rechercher une éventuelle extension vers les coronaires.

2. Radiographie thoracique

- Élargissement médiastinal
- Épanchement pleural gauche

Ces 2 examens doivent être réalisés systématiquement.

Afin de confirmer le diagnostic, d'autres examens sont réalisés :

Angio- scanner : pose le diagnostic et recherche une éventuelle atteinte des branches de l'aorte et évoque la porte d'entrée

Angio-IRM : pose le diagnostic + atteinte des branches + porte d'entrée

Échographie trans-thoracique (ETT) : permet la recherche d'une :

- Dissection aortique proximal de l'aorte ascendante (Flap intimal qui sépare le vrai du faux chenal)
- Une insuffisance aortique
- Complications : péricardite.....

Échocardiographie trans -oesophagiennes : pose le diagnostic, permet une meilleure visualisation de l'aorte dans son ensemble.

VI. Complications

La dissection de type A est responsable à une mortalité précoce à 90% des cas en l'absence du traitement chirurgical et dans 10% des cas avec traitement chirurgical.

Ceci est le résultat d'une rupture de la paroi aortique soit dans le péricarde (hémopéricarde + tamponnade) soit dans le médiastin ou la plèvre où il existe 2 types de ruptures :

- Rupture importante : épanchement pleural abondant et rapide
- Rupture par petite fissuration de la paroi : passage du sang dans la plèvre puis un **épanchement pleural progressive gauche** (signe en faveur d'une dissection aortique).

La dissection de type B est responsable d'une mortalité moins importante et qui est conditionnée par les complications suivantes :

- ❖ Atteinte des branches de l'aorte surtout descendante : AVC, infarctus rénal, mésentérique, ischémie aiguë d'un membre, paraplégie.
- ❖ Stase (thrombose) au niveau du faux chenal : syndrome inflammatoire (fièvre et altération de l'état général) ainsi que la perturbation du bilan biologique

VII. Traitement

A. Médical

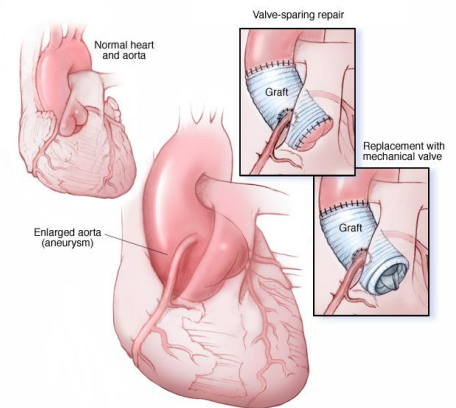
- ✓ **Traitement antalgique** pour calmer la douleur et pour faire baisser la tension artérielle : dérivés morphiniques
- ✓ **Hypotenseur** : abaisser la pression artérielle systolique (100-120 mmHg) : **béta-bloquants** (par voie IV afin d'abaisser rapidement la TA) ou **inhibiteurs calciques**.

La thrombolyse et les anticoagulants sont absolument contre-indiqués en cas de dissection aortique.

B. Chirurgical

Pour une dissection aortique de type A, l'intervention chirurgicale repose sur la procédure de BENTALL qui est la technique de référence dont le principe est le suivant :

- le remplacement de la totalité de l'aorte ascendante par un tube en DACRON
- associé à un remplacement de la valve aortique
- ainsi qu'une réimplantation des coronaires.



Pour une dissection aortique de type B :

L'évolution naturelle se fait vers la fermeture et la dilatation importante de l'aorte et l'apparition d'un syndrome inflammatoire du fait de la thrombose du faux chenal.

Le traitement par **endoprothèse couverte** doit être proposé de façon systématique lorsque l'anatomie de l'aorte est adéquate et que l'espérance de vie du patient est satisfaisante

