

DISSECTION DE L'AORTE THORACIQUE

INTRODUCTION

- Définition: rupture de la partie interne de la média aortique
- Aiguë : si inférieure à 14 jours

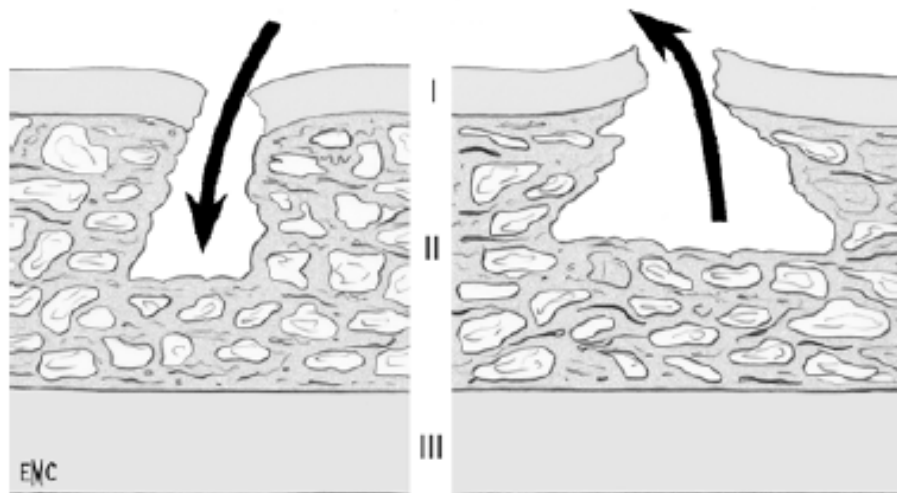


Figure 1 *Mécanismes possibles de la déchirure intimale initiale.*

EPIDEMIOLOGIE

- Age moyen de survenue :
 - 55 ans pour l'aorte ascendante
 - 63 ans pour l'aorte descendante
- Sex ratio H/F : 3/1
- Dissections aiguës : 600/an soit 1/100 000 habitants
et seulement la moitié seront opérées (le reste = TT médical)
- Dissection opérées : 300-350/an

ETIOLOGIES

- Affections congénitales ou héréditaires
 - Syndrome de Marfan
 - Syndrome d'Ehlers-Danlos
 - Ectasie annuloaortique et dissection familiale
 - Anomalies valvulaires congénitales
 - Coarctation de l'aorte
- Affections acquises
 - HTA et athérome plutôt lié à des FDR
+ diabète, dyslipidémie, stress, sédentarité...
 - Atteintes inflammatoire takayashu, horton....
 - Dissection iatrogène

PHYSIOPATHOLOGIE

il y a souvent UNE grande porte d'entrée et plusieurs petites portes de sortie

- Création d'une porte d'entrée, d'un faux-chenal et d'une porte de sortie
- Risque d'hémorragie aiguë par rupture de la totalité de la paroi aortique 90% de décès en cas de rupture
car le faux chenal est plus étroit, fragile, et risque de se rompre
- Risque d'extension de la dissection aux branches de l'aorte et à la valve aortique
sous clavière droite, carotides, ou autres collatérales... => symptômes différentes selon la hauteur de la dissection
- A distance: évolution vers un anévrisme disséquant => donc aussi risque de rupture d'anévrisme

Donc la DISSECTION peut donner des anévrismes car le flux artériel passant dans le faux chenal va refouler la paroi, la pousser, l'étirer

CLASSIFICATION DE De Bakey

classification historique mais ancienne et presque plus utilisée

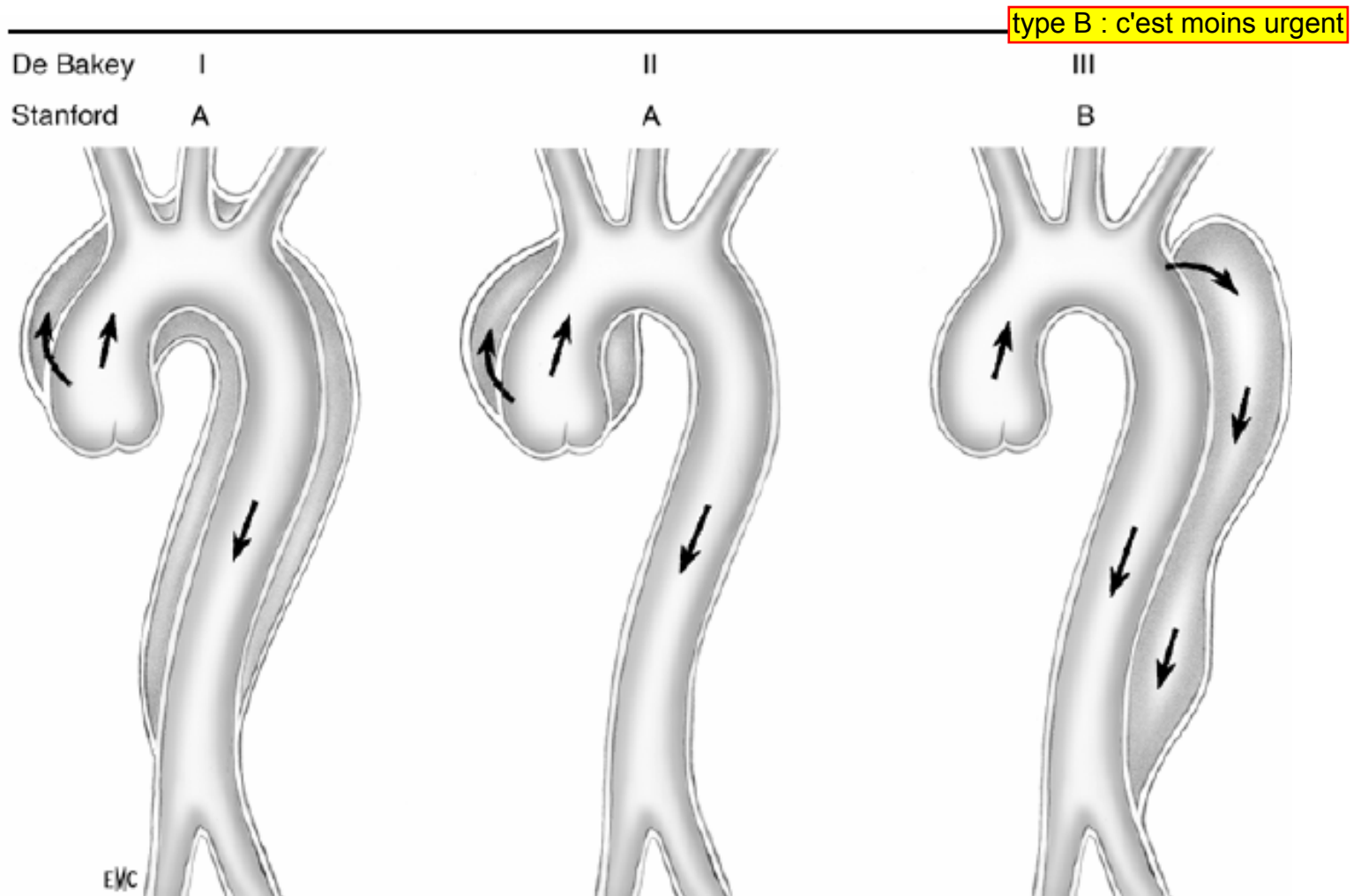
- **Type I** : dissections dont la porte d'entrée est située sur l'aorte ascendante et qui s'étendent au-delà de l'aorte descendante.
=> TT Chir !
- **Type II** : dissections dont la porte d'entrée est située sur l'aorte ascendante et qui ne s'étendent pas au-delà de ce segment.
- **Type III** : dissections dont la porte d'entrée est située en aval de l'artère sous-clavière gauche

cad que l'aorte n'est pas atteinte => donc TT médical suffit au début !!

CLASSIFICATION DE STANFORD

- **Type A : dissection intéressant l'aorte ascendante quel que soit le siège de la porte d'entrée** => CHIR !! (qq soit la porte d'entrée)
- **Type B : dissection n'intéressant pas l'aorte ascendante** Si l'aorte descendante n'est pas touchée => TT MED

CLASSIFICATION



si dissection provoque arrivée de sang dans le péricarde (touche la racine de l'aorte) = rupture dans le péricarde => tamponnade => mort très rapide

DIAGNOSTIC CLINIQUE

La dissection provoque TOUJOURS une DOULEUR vive !! Signe super important

- Importance du terrain
- Douleur thoracique ^{si dissection aorte thoracique} transfixiante et migratrice, non modifiée par l'effort
- Asymétrie des pouls ^{Ne pas confondre ASYMETRIE et ABOLITION : la sensation de pulsation peut n'être que DIMINUEE}
- Asymétrie tensionnelle

Donc toujours prendre la tension et les pouls des 2 côtés !

+ TOUS LES SIGNES d'une dissection d'une artère partant de l'aorte => il faut donc un examen clinique complet pour donner l'étendu de la dissection

COMPLICATIONS

- RUPTURE

- Tamponnade, hémothorax gauche, hémomédiastin
- Etat de choc

car grosse perte de sang

car les vaisseaux naissant du côté de la dissection sont moins bien vascularisés

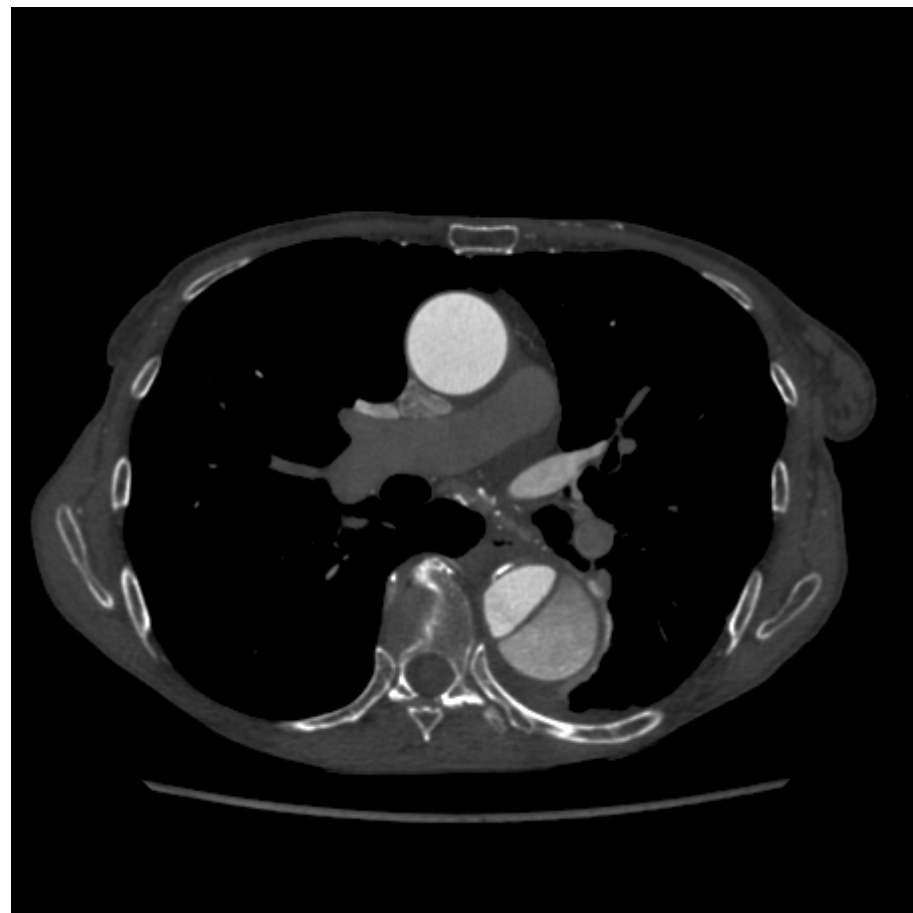
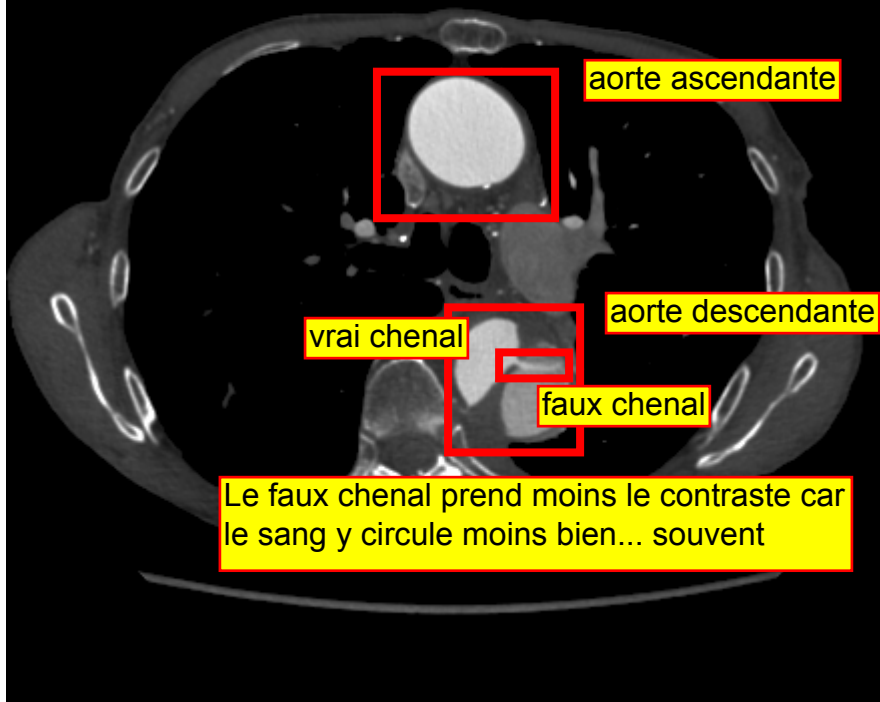
- MALPERFUSION / EXTENSION

- Ischémie: IDM, signes neurologiques déficitaires, ischémie digestive ou des membres inférieurs
- Insuffisance aortique aiguë

IMAGERIE

- Echocardiographie transthoracique ou transoesophagienne mais très opérateur dépendant: donc pas toujours très fiable !
- **Angioscanner** injecté ! ou angio-IRM thoraco-abdomino-pelvien L'angio scanner est l'examen préféré
- Objectif:
 - **En urgence**
 - Confirmation diagnostique
 - Diagnostic du type de dissection
 - État de la valve aortique et de la fonction myocardique

Le vrai chenal est souvent le plus PETIT, parce que le faux se laisse plus facilement DILATER



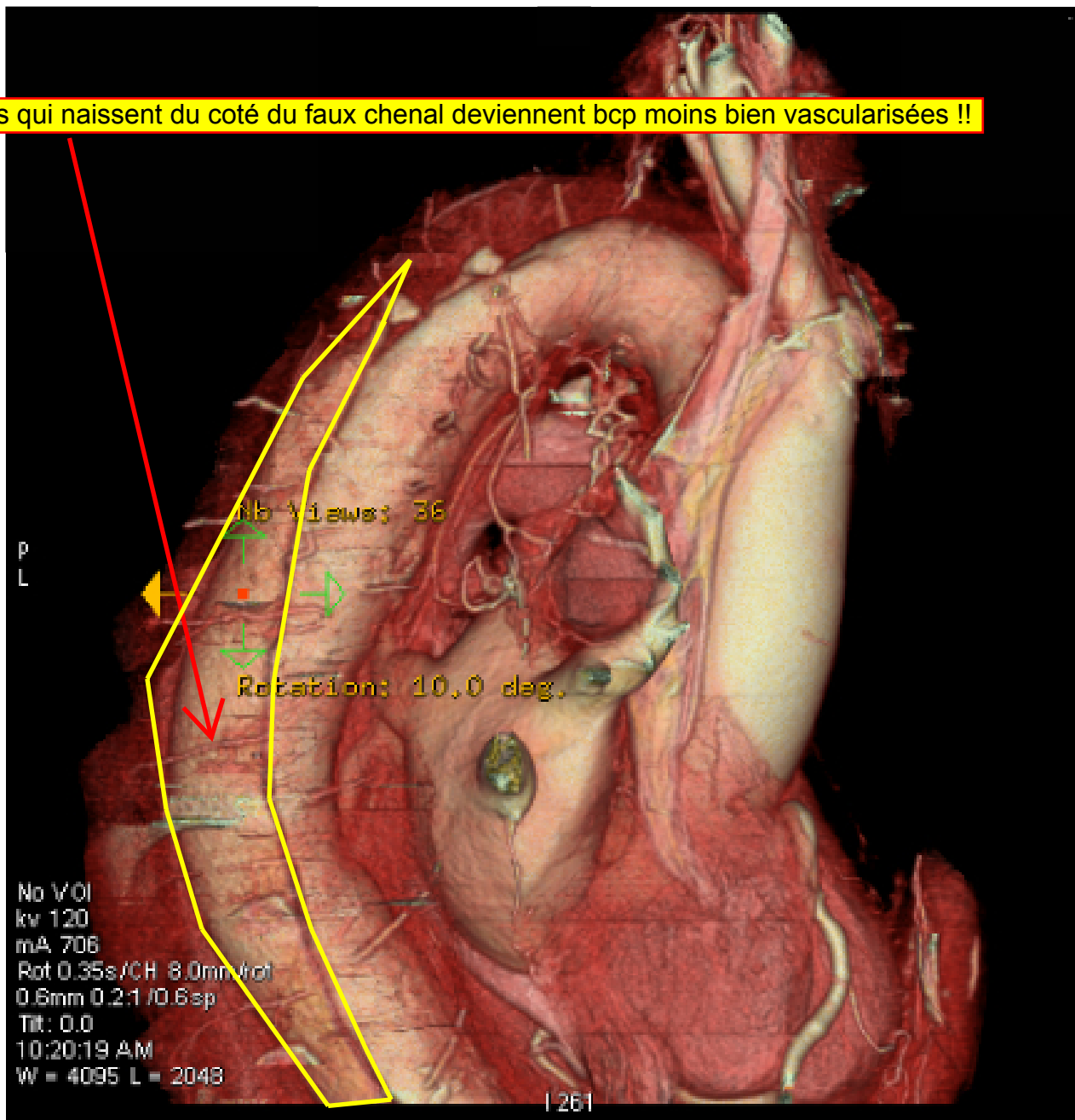
Examen pour tt le patient : ARTERIOGRAPHIE de l'AORTE, faite pour TT le patient, et PAS pour le diag car c'est INVASIF !



meme patiente que l'image précédent au TDM

aorte en dessous est normale

les artères qui naissent du coté du faux chenal deviennent bcp moins bien vascularisées !!



BILAN COMPLEMENTAIRE

- ECG
- Enzymes cardiaques
- Biologie pré-opératoire

TRAITEMENT

ne retenir que le principe du TT chir: on REMPLACE la partie de l'aorte malade et des vaisseaux touchés

- Dissection aiguë de type A:
- Traitement **chirurgical** car risque vital à cours terme:
 - Remplacement de l'aorte ascendante
car souvent cette partie est TROP malade
 - Geste associé sur la valve aortique et/ou sur les coronaires et/ou sur les TSA

TRAITEMENT

- Dissection aigue de type B: **Traitement médical** car **risque opératoire** > risque vital à cours terme :

Il faut limiter chez eux la TA : on leur donne des anti HTA

- **Contrôle tensionnel** (TAS < 120 mmHg) **THE TT !! +++++**

car on essaie plutôt de thromboser le faux chenal

- Pas d'anti-coagulants

car les patients ont trop de risque de saigner: à éviter absolument

mais Chirurgie en urgence en cas de complication hémorragique ou ischémique

- Chirurgie à froid en cas d'anévrisme disséquant ou persistance douleur



toujours la meme patiente: on cherche à thromboser le faux chenal
On arrête les anti coag, on maitrise la TA (moins de 14), et on surveille. car parfois, ca peut ne jamais se compliquer en anévrisme (on ne sait pas pourquoi). Si ca reste stable, on surveille avec un scanner de temps à autre.
Sinon, si la dissection progresse, on propose un TT chir comme la PAUSE d'une ENDOPROTHESE, en cherchant surtout à recouvrir la PORTE D'ENTREE (et ca provoque la fermeture des portes de sorties). Cette prothèse est posée DANS L'aorte, PAS autour !