

Ehs maouche mohand amokran
service reanimation anesthesie

TD des externe
Annee 2023/2024
Dr.STITI NESRINE

Dissections aortiques

PLAN

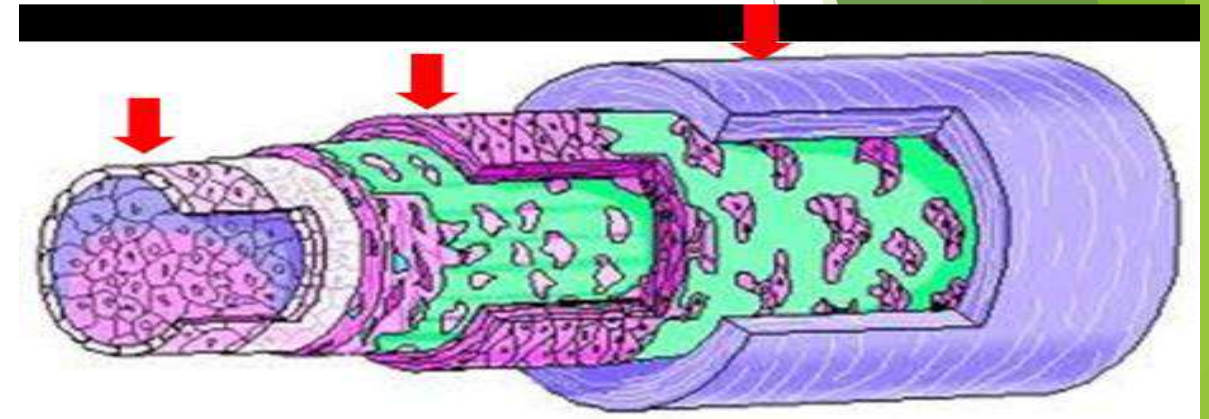
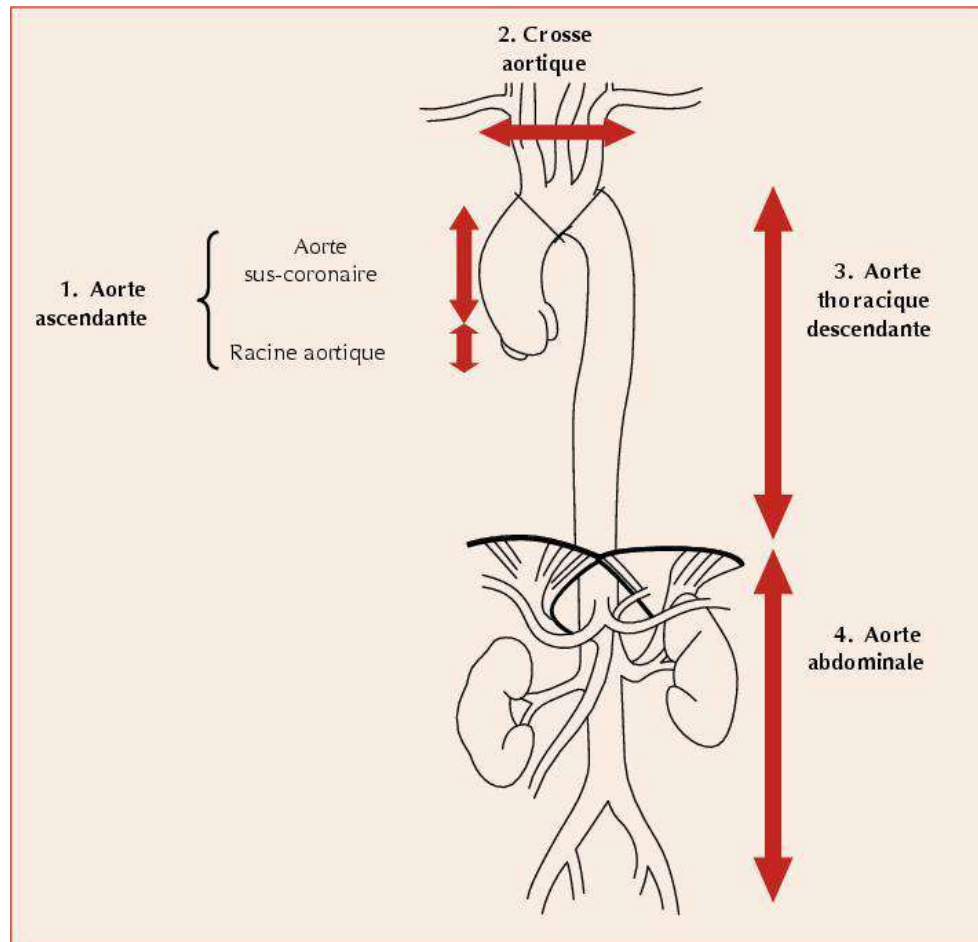
- ❖ Introduction/Définition
- ❖ Rappel anatomique
- ❖ Classifications
- ❖ Épidémiologie
- ❖ Conséquences
- ❖ Étiologies
- ❖ Clinique:
- ❖ Symptômes
- ❖ Examens complémentaires
- ❖ Traitement
- ❖ Surveillance post traitement
- ❖ Conclusions

Introduction / Définition

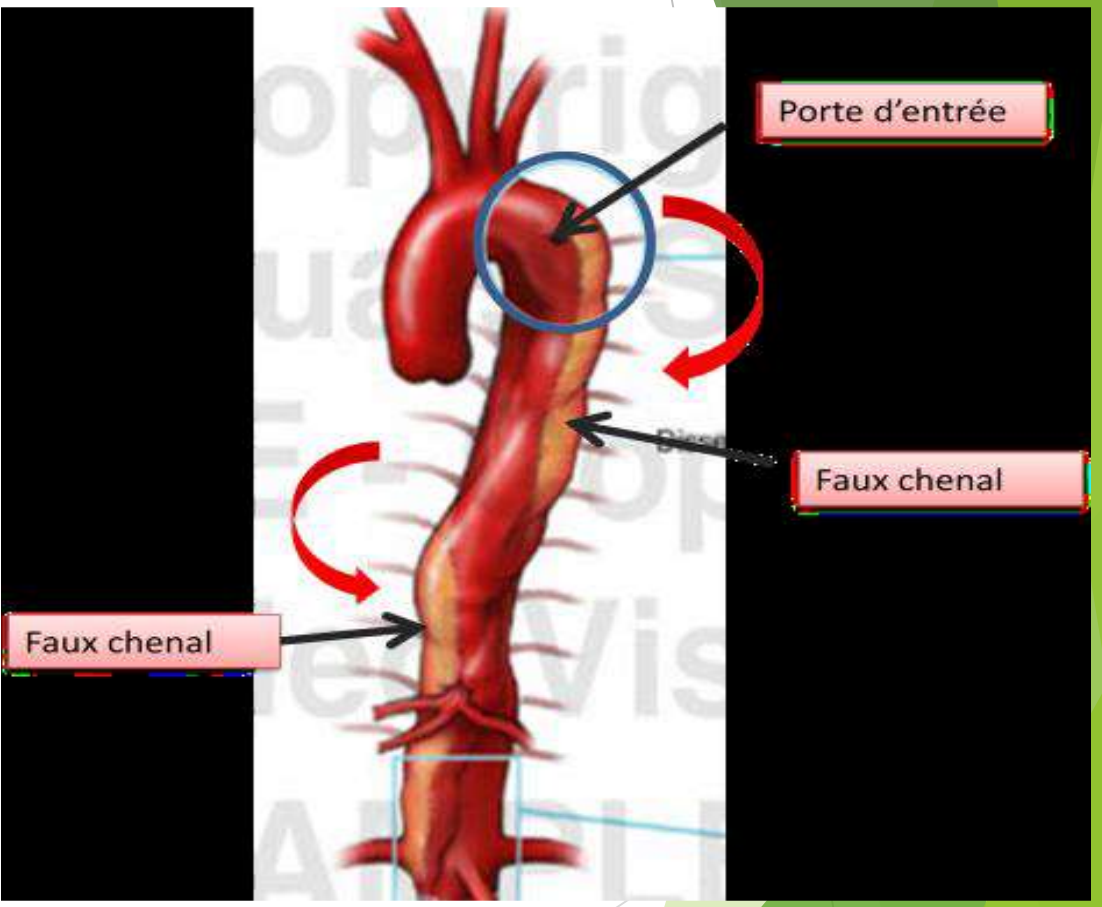
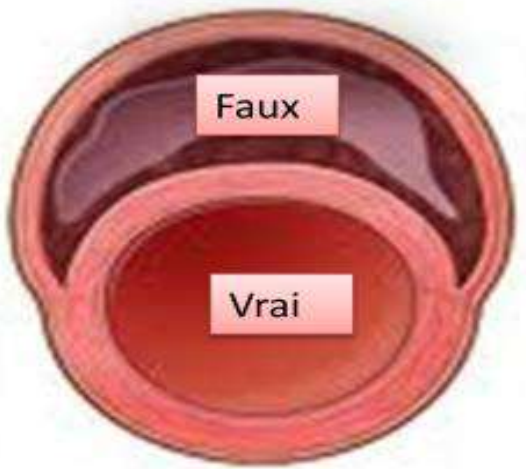
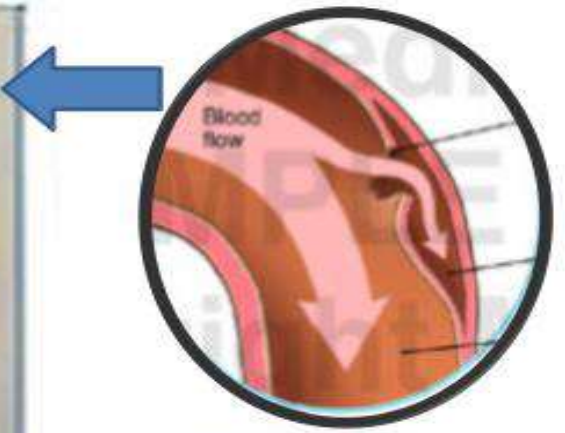
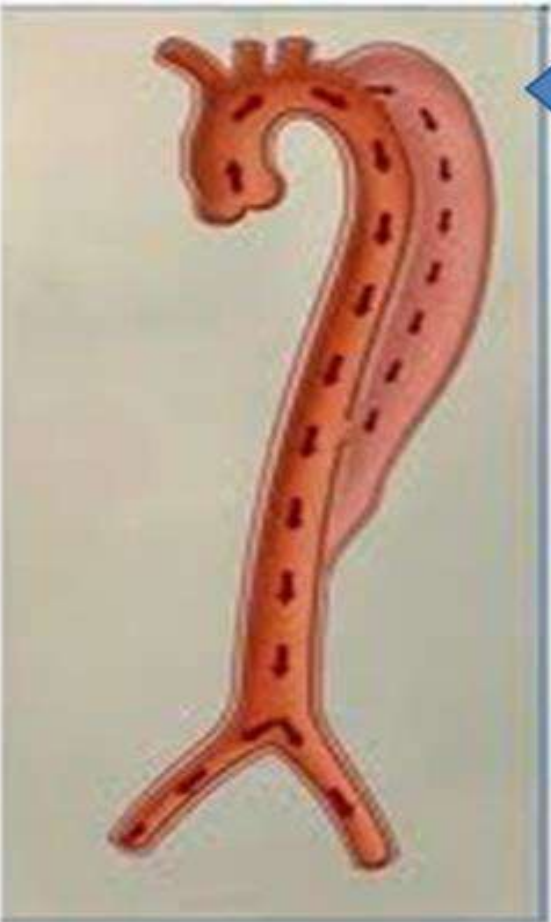
- ▶ Urgence médico-chirurgicale
- ▶ Dg facilité par angioscanner spiralé voire IRM
- ▶ Le pronostic reste grave surtout si aorte ascendante est concernée

- ▶ La dissection aortique est une conséquence d'une déchirure de l'intima aortique (= porte d'entrée) qui est suivie d'une pénétration du flux sanguin dans l'épaisseur même de la paroi aortique (entre les 2/3 internes et le 1/3 externe de la média) c'est le « faux chenal »
- ▶ Le faux chenal : c'est par cette lumière que s'écoule une partie du flux sanguin, il peut communiquer avec le vrai chenal.
- ▶ Le vrai chenal : c'est la lumière physiologique artérielle
- ▶ Le flap intimal : sépare le vrai du faux chenal

Rappel anatomique



Paroi artérielle :
Intima
Média
Adventice



Classifications

- ▶ **La classification de De Bakey:**

- ▶ **Type I :**

- ▶ [?] La porte d'entrée est située au niveau de l'aorte ascendante
- ▶ [?] La dissection concerne la totalité de l'aorte

- ▶ **Type II :**

- ▶ [?] La porte d'entrée est située au niveau de l'aorte ascendante
- ▶ [?] Seule l'aorte ascendante est concernée, la dissection s'arrête au pied du TABC.

- ▶ **Type III :**

- ▶ [?] La porte d'entrée est le plus souvent immédiatement après l'artère sous-clavière gauche
- ▶ ➤ **IIIa** : le faux chenal s'étendant à l'aorte thoracique descendante seule
- ▶ ➤ **IIIb** : le faux chenal s'étendant à l'aorte thoracique descendante et à l'aorte abdominale

Classifications

- ▶ **La classification de Stanford** : intérêt pronostic
- ▶ [?] **Type A** : correspond aux dissections intéressant l'aorte ascendante quelque soit son étendue. C'est une urgence chirurgicale
- ▶ [?] **Type B** : L'aorte ascendante est indemne, la dissection débute en aval de l'artère sous-clavière gauche.
- ▶ ***Dissection aortique type A :***
- ▶ [?] 20% des patients meurent avant d'arriver à l'hôpital
- ▶ [?] 50 % sont décédés à 48 h (1% par heure)

Épidémiologie/ Conséquences

- ▶ Épidémiologie :
- ▶ Pic incidence: 6ème et 7ème décade
- ▶ M/F: 2/1
- ▶ Conséquences des dissections aortiques :
- ▶ Dilatation anévrismale = anévrisme disséquant
- ▶ Rupture:
- ▶ Péricarde
- ▶ médiastin
- ▶ plèvre
- ▶ péritoine

Étiologies

Facteurs d'altération de la résistance de la paroi aortique

Âge

Maladie du tissu élastique (syndrome de Marfan, etc.)

Bicuspidie aortique

Grossesse

Facteurs d'augmentation du stress pariétal

HTA

Dilatation de l'aorte avec amincissement pariétal

Coarctation de l'aorte

Hypoplasie de l'arche aortique

Iatrogène : chirurgie cardiaque (prothèse valvulaire aortique) ;
cathétérisme ; contre-pulsion intra-aortique....

Traumatisme

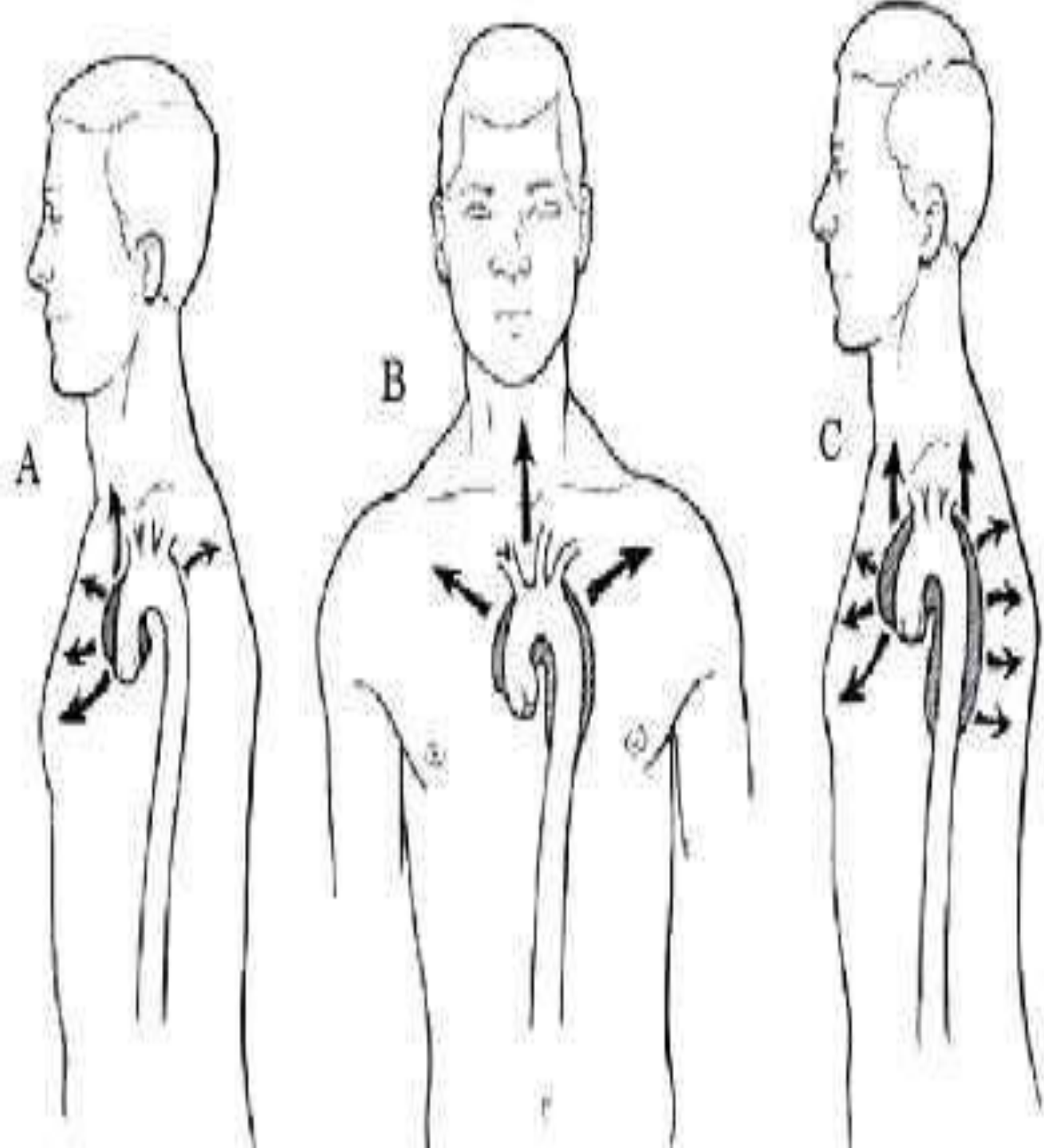
- ▶ **Il y a une étiologie dominante pour chaque topographie :**
- ▶ Aorte ascendante : atteinte dystrophique avec insuffisance aortique fréquemment associée
- ▶ Aorte horizontale : post trauma thoracique
- ▶ Aorte descendante : athérome
- ▶ Aorte thoraco abdominale : athérome

Clinique

- ▶ Symptômes :
- ▶ Douleur thoracique :
- ▶ Aigue comme un coup de couteau
- ▶ Sévère parfois syncopale
- ▶ Migratrice

D'autant plus évocatrice qu'elle est associée à d'autres signes:

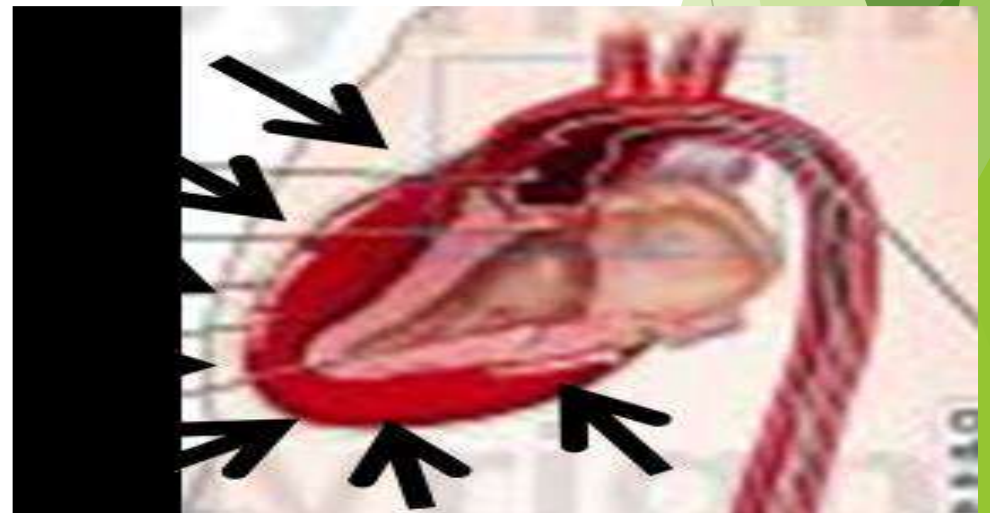
- Asymétrie des pouls / TA
- Ischémie de membre(s) aigue ou subaigüe
- Déficit neurologique: AIT ou AVC (carotide), paraplégie (artère d'Adamkiewitz)
- Oligoanurie (AR)
- Douleurs abdominales (AMS)



Peut être associée à :

- Collapsus
- Tamponnade

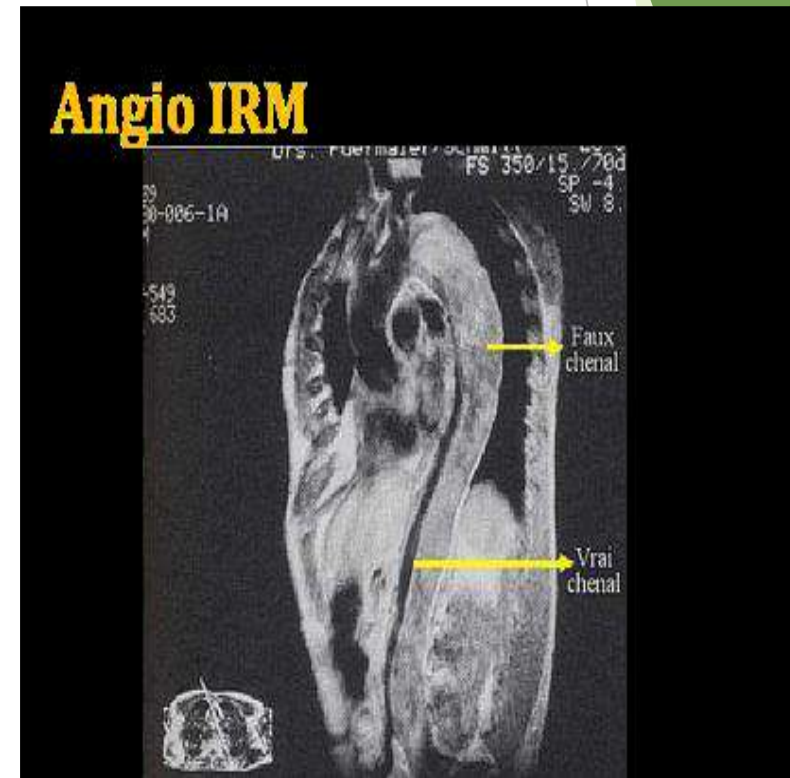
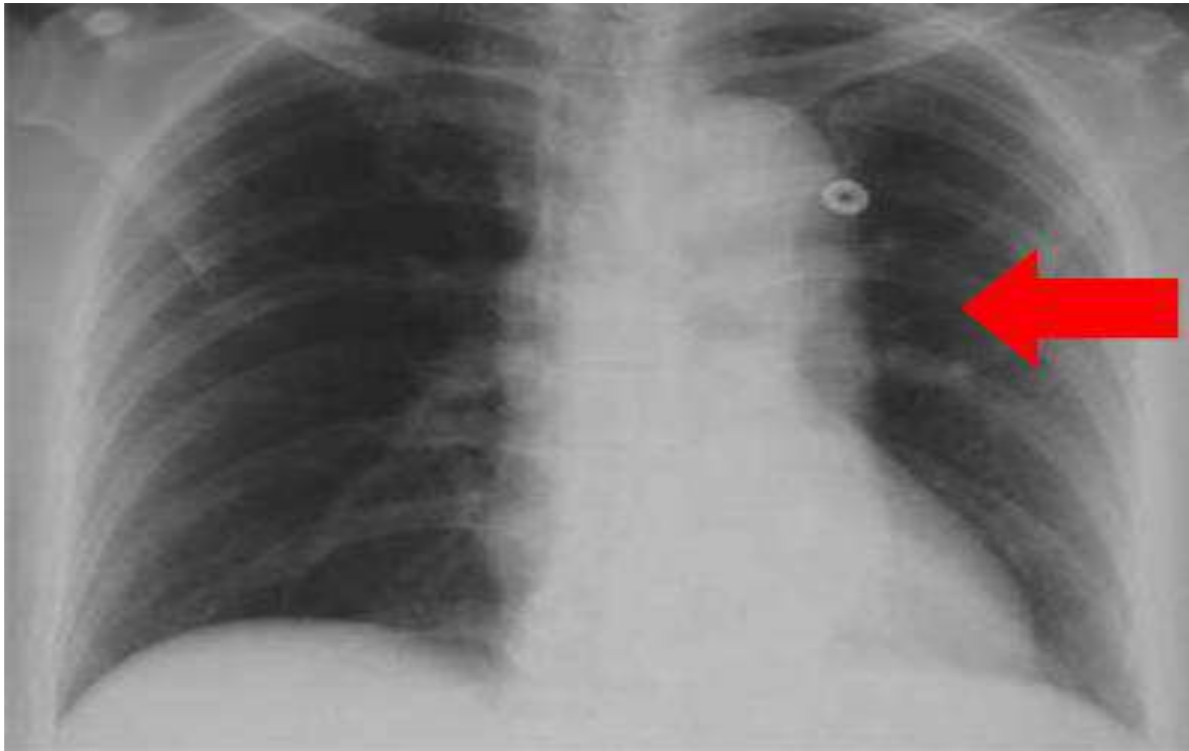
Souffle diastolique IAO



Examens complémentaires

- ▶ ECG : est en règle normal sauf si un ostium coronarien est concerné
- ▶ Radiographie de thorax : élargissement du médiastin
- ▶ Echographie transoesophagienne : 98% sensibilité (sauf crosse aortique)
- ▶ Angioscanner :
 - ▶ Diagnostic de certitude
 - ▶ Visualise la porte d'entrée et de réentrée
 - ▶ Le vrai et faux chenal
- ▶ Angio IRM : si contre indication au produit iodé
- ▶ Aortographie :
 - ▶ □ Dans un but thérapeutique
 - ▶ □ Pour un traitement endovasculaire

Imageries



Prise en charge medicale

- ▶ Traitement :
- ▶ USI
- ▶ Antalgiques
- ▶ Réduire et surveiller la TA :
- ▶ Niveau 10 et 12 pour la systolique
- ▶ Beta bloquants ou si contre indication nicardipine en perfusion

Traitement chirurgical

- ▶ Indications :
- ▶ Dissection type A :
- ▶ chirurgie en urgence
- ▶ risque de rupture intra-péricardique
- ▶ Il meurt dans ces cas 1 % des patients par heure pendant 48 H.
- ▶ Au bout de 10 Jours, 85 % des patients sont décédés, cela sans traitement chirurgical.

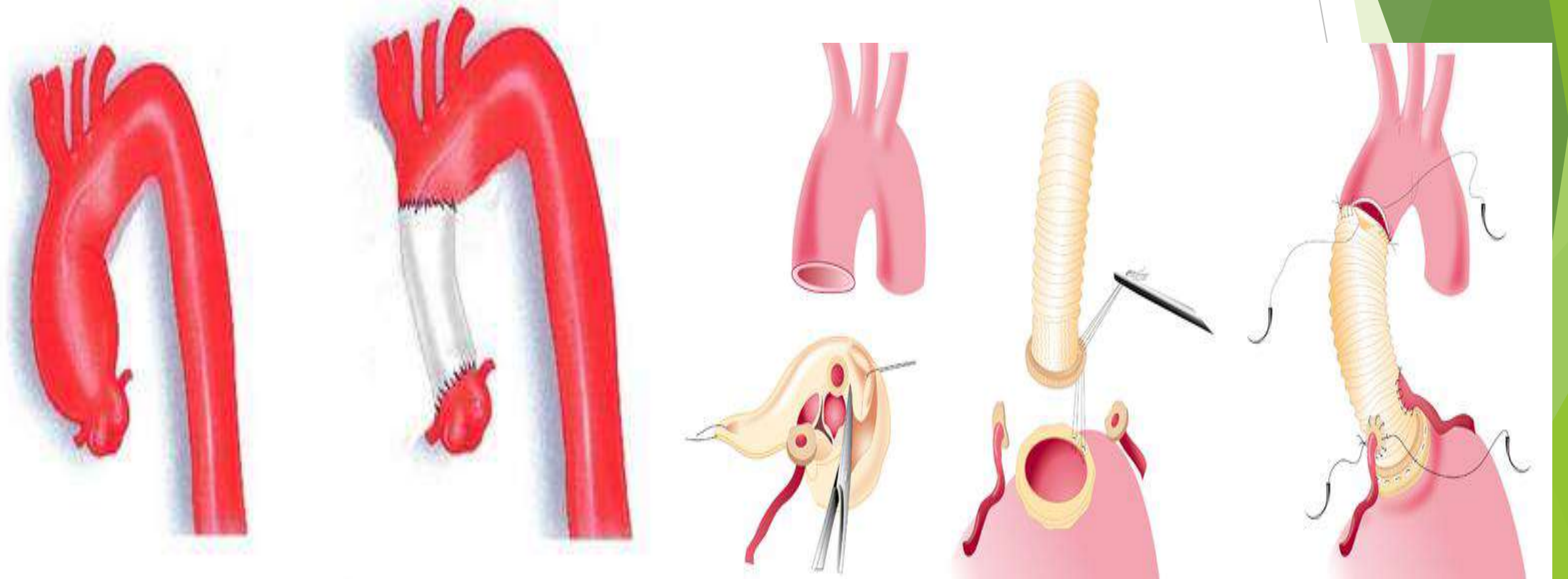
Prise en charge

- ▶ Dissection type B :
 - ▶ □ Forme non compliquée : traitement médical
 - ▶ □ Forme compliquée : chirurgie ou endovasculaire +++
 - ▶ □ Traitement d'urgence indiqué si :
 - ▶ o Douleur intense
 - ▶ o HTA non contrôlée par le traitement médical
 - ▶ o Ischémie viscérale
 - ▶ o Ischémie des membres inférieurs
 - ▶ o Hémithorax gauche

Principes

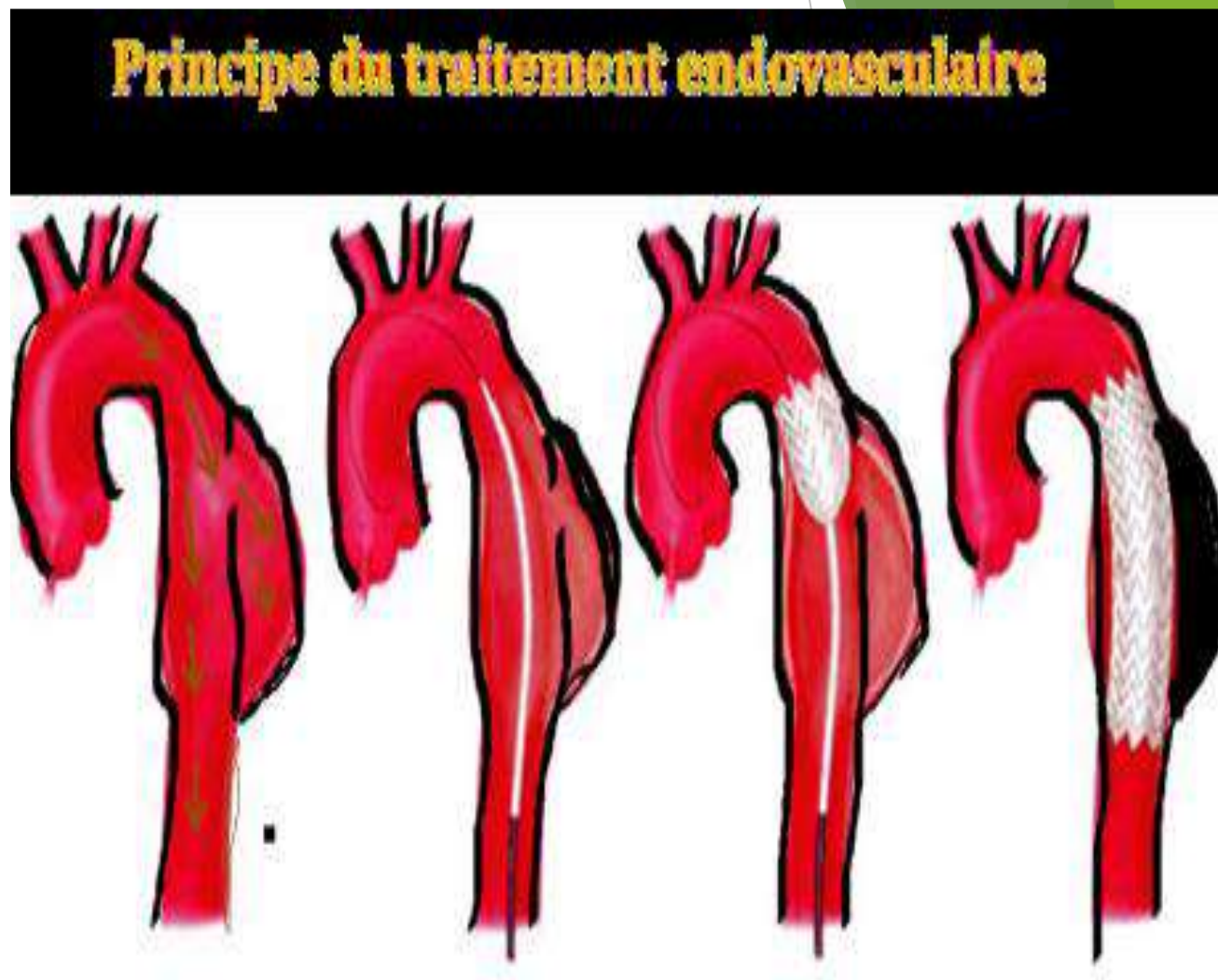
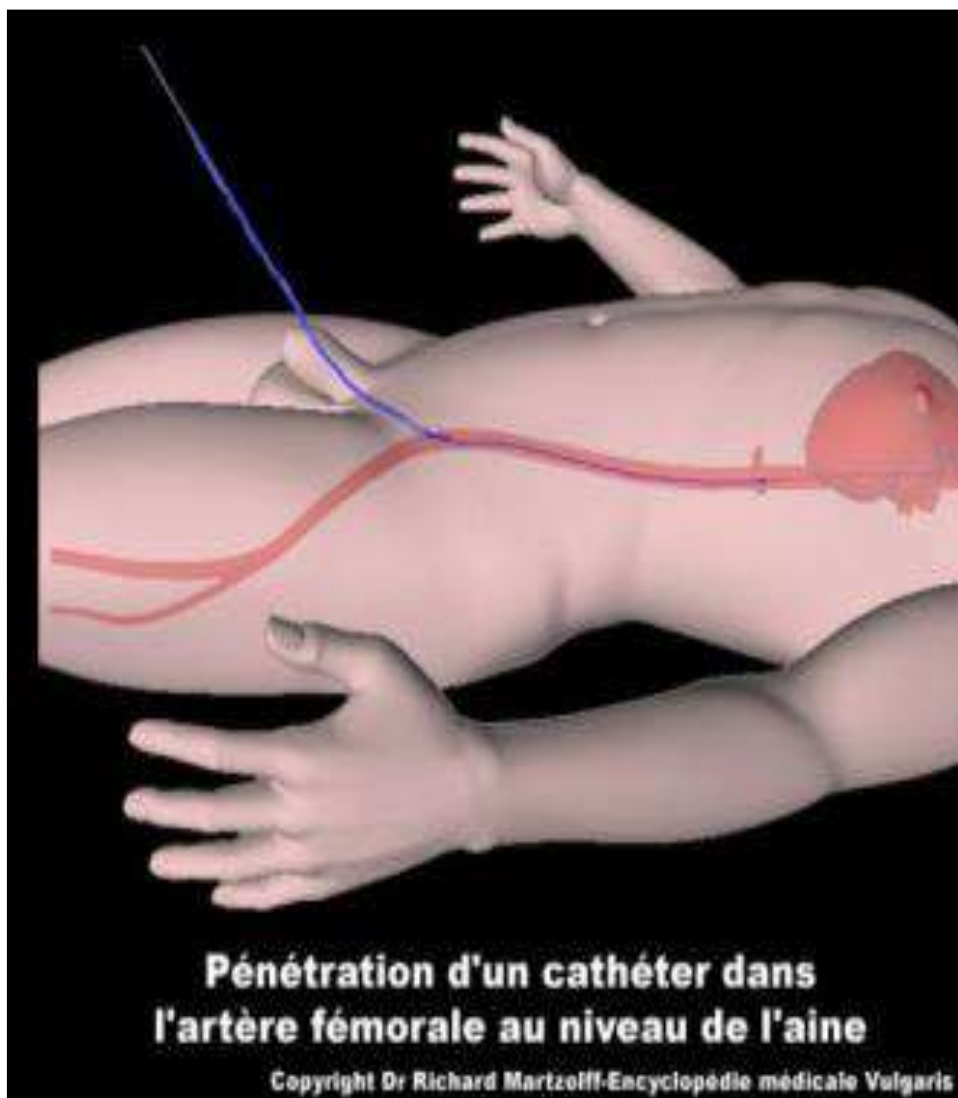
- ▶ Dissection type A :
- ▶ Consiste à remplacer la zone où l'intima est déchirée par un tube synthétique en le suturant à l'aorte disséquée de façon à solidariser les 2 hémiparois.
- ▶ Si ectasie de l'aorte ascendante + fuite valvulaire importante : BENTALL
- ▶ L'intervention se déroule sous hypothermie profonde de façon à éviter de mettre des clamps sur des parois aortiques très fragiles qui risquent de ce fait d'être déchirées.

Intervention de BENTALL



Dissection type B

- ▶ Mise en place d'une endoprothèse en regard de la porte d'entrée/
- ▶ exclusion du faux chenal permet :
 - restaurer le flux sanguin dans la vraie lumière.
 - la thrombose secondaire du faux chenal et prévient ainsi son évolution anévrysmale et la rupture.



surveillance

- ▶ Surveillance post traitement :
- ▶ La pression artérielle doit être soigneusement maintenue < 135 / 80 mmHg
- ▶ Eviction des efforts physiques
- ▶ La surveillance est nécessaire quel que soit le traitement appliqué car la pathologie continue à évoluer

Conclusion

- ▶ La dissection aortique reste un drame vasculaire
- ▶ Son pronostic a nettement été amélioré
- ▶ Sur le plan diagnostique précoce grâce au développement de l'imagerie
- ▶ Sur le plan thérapeutique grâce à l'avènement du traitement endovasculaire
- ▶ Une surveillance au long court est obligatoire car les lésions peuvent progresser