



Evolution favorable d'une dissection aortique de type A non opérée. A propos d'un cas.

Recovery for a non-operated type A aortic dissection. A case report.

L E RASOAMMPIANINA ^{(1)*}, A T RAFANOMEZANTSOA ⁽²⁾, F A RAKOTOMAVO ⁽³⁾, A M RIEL ⁽⁴⁾, N E RAVELOSON ⁽³⁾

⁽¹⁾ Service de Réanimation Médicale et Toxicologie Clinique, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Service d'Anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire de Gynécologie-Obstétrique, Befelatanana, 101 Antananarivo Madagascar

⁽³⁾ Service Accueil-Triage-Urgences et Réanimation Médicale, Centre Hospitalier Universitaire Joseph Raseta, Befelatanana, 101 Antananarivo Madagascar

⁽⁴⁾ Service Bloc Opératoire et Réanimation, Centre Hospitalier Universitaire Antanambao, 601 Toliara Madagascar

Accepté le 16 octobre 2015
Disponible en ligne le 06 juillet 2016

RESUME

La dissection aortique est l'un des graves maladies vasculaires qui met en jeu le pronostic vital. Elle peut être l'origine d'une complication cardiaque, d'une hémorragie interne et d'une ischémie aiguë de tous les organes irrigués à partir de l'aorte. Un diagnostic rapide, précis et une prise en charge chirurgicale immédiate en milieu hospitalier sont utiles pour éviter ces complications mortelles. Nous rapportons l'histoire d'une patiente présentant une dissection aortique stade A traité médicalement avec un bon pronostic en absence de prise en charge chirurgicale.

Mots clés : Dissection aortique - Chirurgie.

ABSTRACT

Aortic dissection is a serious vascular disease which is life-threatening. It can be the cause of a heart complication of internal bleeding and acute ischemia of all organs irrigated from the aorta. Rapid diagnosis, accurate and immediate surgical care in hospitals is useful to avoid these deadly trends. We report a case of a patient with aortic dissection stage A medically treated with a positive result without any surgical treatment.

Keywords: Aortic dissection - Surgery.

INTRODUCTION

La dissection aortique (DA) fait partie des urgences les plus fréquentes des pathologies aortiques. Elle est secondaire à une fissuration longitudinale de la paroi aortique à partir d'une brèche intimale. Il se crée ainsi un faux chenal circulant ou thrombosé séparé du vrai chenal. Les progrès thérapeutiques médicaux et chirurgicaux améliorent la survie mais l'évolution reste fatale en absence de traitement [1]

Nous rapportons l'histoire d'une patiente présentant une dissection aortique stade A traité médicalement avec un bon pronostic en absence de prise en charge chirurgicale.

OBSERVATION

Une femme au foyer de 50 ans était admise pour un trouble de la conscience dans le service de Réanimation Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona Ampefiloha (CHU-JRA), Antananarivo Madagascar. Elle se plaignait d'une asthénie et d'une dyspnée la veille. Une consultation chez un médecin privé lui avait prescrit du dinitrate d'isosorbide, de l'acide acetylsalicylique 300mg par jour et un diurétique de l'anse mais sans amélioration apparente.

La patiente ne présentait aucun antécédent particulier autre que l'hypertension artérielle grade III traité irrégulièrement.

A l'admission la patiente était stable avec une pression artérielle chiffrée à 180/80mmHg, une glycémie à 1,10 g/l, normopnée à 22 cycles/min et une fréquence cardiaque de 68 bpm. L'examen cardiovasculaire mettait en évidence une abolition des pouls au niveau des membres, un signe d'insuffisance aortique (IA) et mitral (IM) (souffle holodiastolique majoré au foyer aortique et holosystolique au foyer mitral), un signe de Harzer positif, le choc de pointe était dévié à gauche avec une discrète cyanose de l'extrémité. L'examen de l'appareil respiratoire rapportait un syndrome de condensation alvéolaire diffus des deux bases pulmonaires (des râles crépitants). L'état neurologique évaluait un score de Glasgow à 11/15, les motricités et tonus musculaires étaient conservés, les pupilles étaient en semi mydriase réflexives, les différents réflexes étaient présentes, la nuque était raide, et absence de signe de focalisation. L'ECG montrait une hypertrophie ventriculaire gauche (Indice de Sokolow-

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, et de l'Université d'Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant :

Dr. RASOAMMPIANINA Lalaina Elianah

Adresse : Service de Réanimation Médicale et Toxicologie
Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy
Andrianavalona

BP 4150 Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 34 03 732 01

E-mail : lainamampianina@gmail.com

Lyon : 93,1mm), et une hypertrophie bi-auriculaire.

La biologie montrait une hypokaliémie et une hyponatrémie corrigées après deux jours de traitement. Les bilans rénaux, les enzymes cardiaques et l'hémo-gramme étaient normaux.

La radiographie thoracique révélait une cardioméga- lie avec une surcharge hilare bilatérale et des opacités hétérogènes des deux champs pulmonaires. L'échogra- phie cardiaque objectivait une dissection aortique éten- due dont le début thoracique n'a pas pu être précisé, se terminant au niveau de la portion distale de l'aorte juste en avant des bifurcations iliaques, un anévrisme à la base de l'aorte ascendante, une FEVG chiffrée à 47%, une insuffisance mitrale et une insuffisance aor- tique modérée. Le scanner thoraco abdominal confir- mait la dissection aortique étendue type A de Stan- ford avec thrombose partielle du faux chenal et atteinte du tronc cœliaque (*cf.* Figure 1).

L'évolution de la patiente au 3^{ème} jour d'hospitalisa- tion était stable tant sur le plan clinique que paracli- nique. Un transfert dans un service spécialisé en chir- urgie cardio-vasculaire a été accordé après une réu- nion multidisciplinaire pour la suite de prise en charge. Après 15 jours d'hospitalisation sans décision de prise en charge chirurgicale, la pression artérielle était labile allant de 180/100 à 120/90 mmHg. La patiente présen- tait spontanément une hémorragie digestive à type de méléna et des hématomes au niveau des sites d'injec- tions. Les bilans d'hémostase étaient perturbés avec un taux de prothrombine à 40%, un temps de céphaline activé allongé à 1,56 fois le témoin. Le fibrinogène était à 7g/l, les D-dimères étaient à 900ng/ml et les produits de dégradation de la fibrine à 17mg/l témoi- gnant une coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) biologique. L'hémogramme retrouvait une thrombopénie à 90 Giga/l, une anémie avec 7g/l d'hé- moglobine et une leucopénie chiffré à 3000/mm³. La fibroscopie digestive haute n'a pas été faite.

Des surveillances des constantes hémodynamiques et des traitements médicaux symptomatiques étaient éta- blies : des antalgiques, des antihypertenseurs (bêta- bloquant), un inhibiteur de la pompe à pro- tons (pantoprazole), des transfusions sanguines (iso- groupe iso-rhésus), héparinothérapie jusqu'à la stabili- sation de l'état hémodynamique en service de Réani- mation Chirurgicale CHU-JRA. Après deux mois d'hospitalisation l'état hémodynamique était stabilisé sans plaintes fonctionnelles particulières justifiant sa sortie.

DISCUSSION

Le premier traitement chirurgical de la DA ascen- dante a été effectué en 1955 par DeBakey ME et al, les décès des patients survenaient 8 jours en post opéra- toire [2]. Les prises en charge de cette pathologie se sont améliorées ces vingt dernières années. Le pronostic reste réservé si, toutefois, elle est associée à une atteinte de l'aorte ascendante nécessitant une interven- tion chirurgicale en urgence en première intention dès

sa confirmation [3]. Notre patiente présentait une dis- section aortique de type A avec une insuffisance aor- tique (IA). Dans la littérature, l'IA en préopératoire constituait un des facteurs de risque de réintervention et une geste initiale radicale doit être préconisée [4].

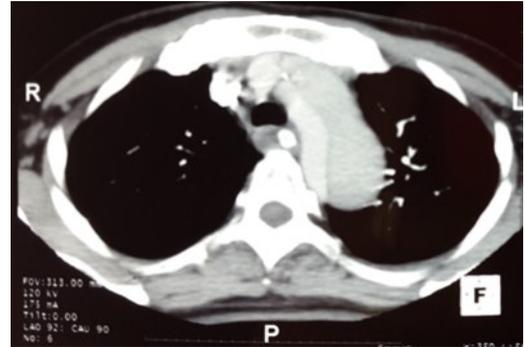


Figure 1 : Dissection aortique étendue de type A.

La perte de connaissance initiale de la patiente peut être expliquée par un accident ischémique aiguë transi- toire associé à la dissection aortique par atteinte du ter- ritoire carotidien droit, d'évolution non douloureuse [5]. Les infarctus cérébraux sont fréquents chez les patients porteurs de dissection artérielle par des méca- nismes thromboemboliques dont le traitement anti- thrombotique est nécessaire pour les formes non hém- orragiques [6]. Les anticoagulants dont l'héparine non fractionnée par voie intraveineuse et l'héparine à bas poids moléculaire (HBPM) aux doses anticoagu- lantes restent les traitements des dissections artérielles extra crâniennes les plus utilisés. Le relais est pris par les anticoagulants oraux dès la stabilisation du patient [7]. Les nouveaux anticoagulants par voies orales (NACO) ont des indications restreintes pour le mo- ment. Ils rentrent dans le cadre de la prévention des maladies thromboemboliques veineuses en orthopédie et dans les fibrillations aortiques [8] et n'ont pas leur place dans notre cas.

L'hémorragie digestive présentée par la patiente est en rapport avec une CIVD si on se réfère aux signes cliniques et biologiques rapportés. Les DA se compli- quent d'une CIVD chronique dans 25% des cas selon les données de la littérature qui se fait en fonction de l'étendue de la dissection [9]. La dissection et les ané- vrysmes aortiques font partis des causes exception- nelles de CIVD [10]. L'exposition des facteurs tissui- laires à la circulation sanguine génère une formation non contrôlée de thrombine. Cette formation entraîne une conversion du fibrinogène en fibrine qui favorise la stimulation et la fabrication endothéliale de l'acti- vateur tissulaire du plasminogène (t-PA). Ce dernier par- ticipe au déclenchement de la fibrinolyse qui empêche la fibrinof ormation et facilite l'apparition des produits de dégradation de la fibrine détectable dans le sang [11]. La CIVD est stabilisée dans certains cas après un traitement chirurgical de la DA [12].

La particularité de ce cas repose sur le fait que la patiente a survécu sans séquelle après les traitements symptomatiques mis en place. A noter qu'une DA

associée à une IA demande une prise en charge chirurgicale immédiate en urgence et une surveillance rigoureuse à part les moyens médicaux entrepris à court ou à long terme.

CONCLUSION

Les moyens comme le maintien de la pression artérielle, la prise de bêtabloquant, associé à une hygiène de vie préalable à son état de santé et une auto surveillance a permis à la patiente de survivre à cette maladie grave vu l'absence de plateau technique adapté pour ce genre de pathologie à Madagascar.

Le fait rarissime de ce cas est la force de cette observation, mais un seul cas ne peut pas définir une étude ; ce qui fait le biais de notre recherche.

REFERENCES

1. Fisher ER, Stern EJ, Godwin JD 2nd, Otto CM, Johnson JA. Acute aortic dissection: typical and atypical imaging features. *Radiographics* 1994;14(6):1263-71.
2. De Bakey ME, Cooley DA, Creech O. Surgical considerations of dissecting aneurysm of the aorta. *Ann Surg* 1955;142(4):586-610.
3. Limet R. La dissection aiguë de l'aorte : la grande simulatrice. *Rev Med Liège* 2002;57(5):258-62.
4. Kirsch M, Soustelle C, Houël R, Hillion ML, Thébert D, Alimoussa B, et al. Résultats à long terme du traitement chirurgical des dissections aortiques aiguës de type A. *Arch Mal Cœur Vaisseaux* 2001;94(12):1373-80.
5. Folgoas E, Toulgoat F, Sévin M, Boutoleau-Brettonnière C, Guillon B. Ischemic stroke related to pauci-symptomatic acute aortic dissection: Risks of intravenous thrombolysis. *Rev Neurol* 2012;168(4):357-62.
6. Schievink WI. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries. *N Engl J Med* 2001;344:899-906.
7. Dittrich R, Nassenstein I, Bachmann R, Maintz D, Nabavi DG, Heindel W, et al. Polyarterial clustered recurrence of cervical artery dissection seems to be the rule. *Neurology* 2007;69(2):180-6.
8. Lassen MR, Raskob GE, Gallus A, Pineo G, Chen D, Hornick P, et al. Apixaban versus enoxaparin for thromboprophylaxis after knee replacement (ADVANCE-2): a randomised double-blind trial. *Lancet* 2010;375(9717):807-15.
9. Nakajima T, Kin H, Minagawa Y, Komoda K, Izumoto H, Kawazoe K. Coagulopathy associated with residual dissection after surgical treatment of type A aortic dissection. *J Vasc Surg* 1997;26(4):609-15.
10. Azzabi S, Barhoumi A, Cherif E, Ben Hassine L, Kooli C, Rajhi H, et al. Coagulation intravasculaire disséminée révélant une dissection de l'aorte. *La Tunisie Médicale* 2009;87(1):93-6.
11. De Moerloose P, Reber G, Pugin J. Activation et inhibition de la coagulation : que se passe-t-il en cas de coagulopathie intravasculaire disséminée ? *Réanimation* 2002;11:584-90.
12. Fernandez Bustamante A, Jimeno A. Disseminated intravascular coagulopathy in aortic aneurysms. *Eur J Intern Med* 2005;16(8):551-60.