

**UNE DOULEUR « RETROSTERNALE »
PARTICULIERE :****LA DISSECTION
AORTIQUE**

La dissection aortique non traitée est associée avec une mortalité élevée (1% par heure durant les 48 premières heures, 90% à 3 mois).

Elle a la particularité de pouvoir se présenter sous plusieurs facettes ce qui ne participe pas à en faciliter le diagnostic :

- Douleurs thoraciques (~90%)
- Complication neuro (AVC 10-15% / médullaires 2-5%)
- Syncope, « malaise »
- Dyspnée, décompensation cardiaque
- Infarctus
- Occlusions artérielles périphériques

Bien que peu fréquente (env 3 :100'000 dont 65% sont des hommes, d'un âge moyen de 63 ans) elle doit être systématiquement évoquée devant une douleur thoracique suraiguë, classiquement décrite comme « déchirante », transfixiante, d'emblée maximale (alors que dans l'angor/infarctus, les douleurs sont croissantes).



PATHOPHYSIOLOGIE : il s'agit d'une déchirure puis d'une séparation entre deux couches qui composent la paroi de l'aorte (l'intima formant la paroi interne comprenant l'endothélium et la média musculaire). Une dégénération ou une nécrose focale de la média constitue généralement une précondition au développement de la lésion initiale.

Une proportion plus ou moins importante du flux sanguin passe par une petite déchirure intimale creusant ensuite une fausse lumière.

Progressivement le flux sanguin « sépare » les deux couches les deux couches.



Très fréquemment, la dissection débute au point d'impact du flux sanguin issu du cœur, là où celui-ci doit négocier la courbe de la crosse aortique.

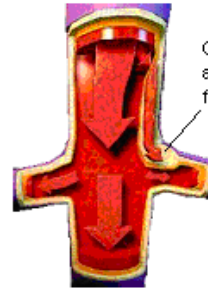
Comme une voiture qui « sortirait de la route », le flux percute la paroi et peut s'y insinuer.

De fait, les complications sont secondaires à trois mécanismes :

- La rupture de l'aorte...
- L'ischémie par obstruction d'une branche artérielle, secondaire à la progression de la dissection
- La dysfonction cardiaque

ISCHEMIE

Le décollement interne se poursuit dans le sens du flux. A un moment, inévitablement ce décollement va rencontrer le départ d'une branche artérielle. A ce niveau, le flap, poussé par le flux dans la « fausse lumière » va venir obstruer le départ de l'artère secondaire, entraînant une ischémie d'aval.



Oblitération de la branche artérielle secondaire, par le flap = ischémie d'aval!

Selon la localisation de l'occlusion, les symptômes ischémiques seront variables : Infarctus lorsque ce sont les départs des artères coronaires qui sont occlus, AVC lors de l'obstruction d'une carotide ; ischémie d'un membre, ischémie de la moelle épinière (dont la vascularisation est dépendante de collatérales issues de l'aorte), ischémie rénale et/ou digestive.

DYSFONCTION CARDIAQUE :

La dissection peut également progresser *a retro*, c'est à dire en direction du cœur plutôt que de la périphérie. L'obstruction du flux coronarien peut compliquer la dissection d'une ischémie myocardique (1-2%) avec ses propres conséquences hémodynamiques. La progression de la dissection pouvant entraîner une insuffisance de la valve aortique, voire une tamponnade péricardique. L'un comme l'autre entraînant une dysfonction hémodynamique.

Insuffisance aortique aigüe :

Brutale, elle signifie généralement un collapsus d'origine cardiogène, le ventricule gauche ne pouvant générer dans ces conditions une pression satisfaisante. Cliniquement, outre le choc évident, l'auscultation révèle un souffle diastolique important.

Tamponnade péricardique :

Le flux sanguin envahit le sac péricardique fibreux, inextensible et empêche le bon fonctionnement cardiaque, résultant, là encore en un choc cardiogène brutal. Cliniquement on observera : tachycardie, diminution des bruits cardiaques, hypotension, et turgescence jugulaire.

PORTRAIT DU DISSEQUEUR / FACTEURS DE RISQUES

- Hypertension artérielle (70-90%)
- Artériosclérose (30%)
- Ces facteurs de risque sont moins importants chez des patients jeunes (seulement 34 et 1% chez les < de 40 ans)
- Pré-existence d'un anévrisme aortique
- Diverses maladies inflammatoires vasculaires
- Troubles du collagène (un des composants de la paroi artérielle) : Syndrome de Marfan (présent chez 50% des moins de 40 ans), d'Ehlers-Danlos.
- Grossesse (50% des femmes de moins de 40 ans qui dissèquent, sont enceintes !)
- Valve aortique bicuspide (2 parties au lieu de 3)
- Antécédent de remplacement valvulaire aortique
- Dissection accidentelle au cours d'un cathétérisme
- Trauma (rarement à l'origine d'une véritable dissection, plus souvent d'une rupture fatale)

CLINIQUE DE LA DISSECTION

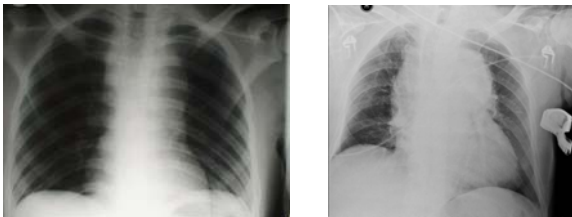
Les présentations peuvent varier selon l'existence d'une complication telle l'ischémie, la dysfonction cardiaque. Mais, de façon générale, on notera que le patient est :

- « moche », il n'a vraiment pas l'air bien
 - Moite, froid, clampé en périphérie
 - Hypertendu (d'autant plus si la dissection englobe les artères rénales, par réflexe hormonal)
 - Hypotendu lors de dissection aortique « cardiaque »
- Des déficits sensitifs et de perfusion (pouls distaux) doivent être recherchés

DIAGNOSTIC :

Près de 96% des dissections aortiques peuvent être suspectées en se basant sur la combinaison des trois caractéristiques suivantes :

- Douleur thoracique de description évocatrice : brutale, très intense, transfixiante (antéro-postérieure), de caractère déchirant. Une localisation antérieure évoquerait plutôt une dissection proximale (l'aorte proximale est antérieure dans le médiastin) alors qu'une irradiation postérieure, une douleur migrante vers le bas du dos serait suggestive d'une dissection de l'aorte descendante (en position para-vertébrale gauche à ce niveau).
L'absence de douleur est retrouvée dans 7% des cas et est associée avec un taux très élevé de mortalité !
- Asymétrie des pouls (absence, généralement unilatérale, d'un pouls carotidien ou distal) cette asymétrie est présente dans plus de 50% des cas ! Il faut évidemment que la dissection englobe le départ de l'une ou l'autre de ces artères pour que la propagation de l'onde de pouls soit affectée. Si le point de départ est situé en aval, on n'aura pas d'asymétrie.
Concrètement on doit considérer la dissection comme 1^{er} diagnostic différentiel si la différence des TAS entre les deux bras est de 20mmHg ou plus.
- Un élargissement du médiastin à la radio de thorax, évidemment non disponible en extra-hospitalier



Ce dernier point nécessite une remarque : les deux clichés ci-dessus présentent un élargissement médiastinal ! Quelle est alors la mesure au-delà de laquelle on va parler de médiastin élargi ? Il n'y a pas !

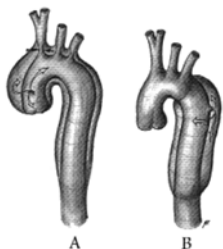
Il faut considérer que l'on recherche la présence d'un hématome (encore retenu par la partie externe de l'aorte). Il se présentera donc comme une ombre recouvrant voire faisant disparaître le bouton aortique. De par sa tension, il va refouler = abaisser la bronche souche gauche et refouler l'œsophage vers la droite (ce qui est d'autant plus facile à observer lorsqu'il y a une sonde nasogastrique en place).

Dans une situation moins spectaculaire, on peut voir le contour du bouton aortique élargi par la dissection, s'écarter des calcifications classiquement visible.

CLASSIFICATION / TRAITEMENT / PRONOSTIC

La confirmation du diagnostic avec détermination de l'extension se fait par imagerie (CT thoraco-abdominal le plus souvent, car immédiatement disponible, mais également selon les centres, par échographie trans-oesophagienne)

La classification la plus utilisée aujourd'hui est celle de Stanford. Elle a le mérite de sa simplicité :



Type A = dissection aortique d'origine proximale (quelle que soit son extension) = chirurgicale

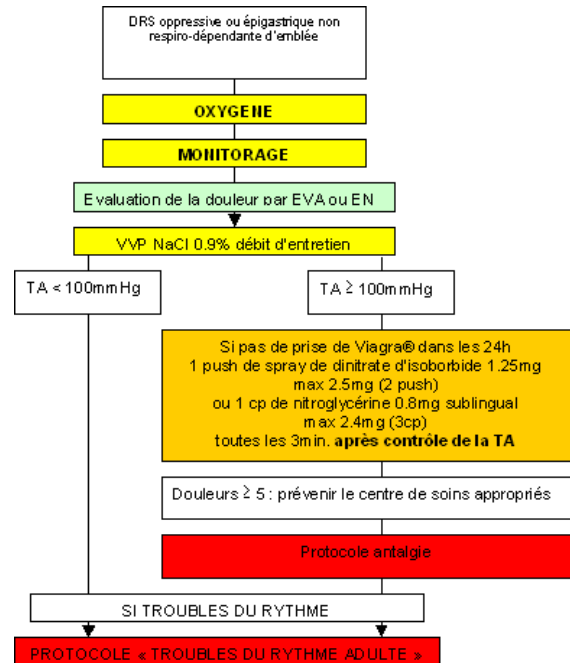
Type B = dissection aortique d'origine distale (en aval du départ de l'a. sous-clavière gauche) = médicale

Non traitée, la dissection de type A présente une survie à 30jours, de 10-20%. Opérée, cette survie, toujours appréciée à un mois, est de 80-90%.

Le type B, non traité, présente une survie à 30jours de 60%. Sous traitement médical, cette survie, toujours appréciée à un mois, est également de 80-90%.

PRISE EN CHARGE

Avant tout, on doit se souvenir que la dissection aortique n'est pas un diagnostic pré-hospitalier. Tout au plus elle est suspectée. Le protocole d'enseignement N°3 (DRS) des ambulanciers est celui qui s'approche le plus d'une situation évocatrice.



A l'évidence, dans ce protocole, sans mentionner spécifiquement la dissection comme diagnostic différentiel d'une douleur épigastrique, si les auteurs ont pris la précaution d'éviter l'administration de l'aspirine pourtant unanimement indiquée dans la DRS, c'est vraisemblablement pour éviter l'administration d'un anti-agrégant dans une situation hémorragique. Les mesures préconisées dans le protocole, qu'elle s'adressent à une DRS d'origine myocardique ou à une dissection auront un effet bénéfique.

La survie des patients avec dissection aiguë de l'aorte dépend avant tout de la rapidité avec laquelle le diagnostic est évoqué, respectivement de la rapidité d'instauration du traitement définitif.

Une fois la dissection suspectée, le traitement va consister à en limiter l'aggravation, laquelle est essentiellement secondaire à la poursuite de la dissection, elle-même consécutive aux « coups de boutoir » répétés de l'onde de pouls.

Ce contrôle de va s'effectuer par le biais de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque :

- Viser TAS 100-120mmHg, voire plus bas si tolérée
 - Viser FC < 60/min pour autant que hémodynamiquement tolérée
- Pour ce faire, on utilisera essentiellement les bêta-bloquants associés à un vaso-dilatateur, voire idéalement un alpha + bêta-bloquant tel que le labétalol (Trandate®)

L'antalgie est ici encore essentielle ; non pas simplement pour le confort du patient, mais en raison de la suppression des effets hémodynamiques négatifs de la douleur (TA et FC élevées).

La survenue d'une chute de tension pose, en extra-hospitalier tout au moins, un réel challenge diagnostic ; s'agit-il de la rupture « finale » de l'aorte, de l'apparition d'un choc cardiogène par insuffisance de la valve aortique, d'une tamponnade..... ou d'une autre pathologie ?

Certaines de ces questions ne seront à vrai-dire réglées qu'après des investigations hospitalières poussées, permettant l'introduction de traitements spécifiquement adaptés.

Si l'intervenant extra-hospitalier doit connaître cette pathologie particulière, il doit surtout garder en tête que tant son diagnostic que son traitement définitif ne se feront qu'en milieu hospitalier.

Y penser devant une douleur évocatrice impose avant tout de se dépêcher !
