



Cas clinique

Traitement de la dissection aortique type B dans un pays en développement : description d'un cas et revue de la littérature

Treatment of aortic dissection type B in a developing country: case description and review of the literature

A Sidibe¹, N Diani¹, S Togo², MAC Cisse¹, AI Drame¹, N Ouologuem³, A A Maiga², B Coulibaly¹, K Timbine¹, MA Ouattara², S Yena²

Résumé

Nous rapportons un cas de dissection aortique de type B de Stanford et décrivons la prise en charge thérapeutique dans un pays à ressources limitées. Il s'agit d'une dame de 51 ans, hypertendue, admise pour douleur retro sternale irradiante, rebelle. L'examen notait un indice de masse corporelle à 31,25 kg/m², très anxieuse, une hypertension systolo-diastolique avec un souffle cardiaque et une polypnée. La Troponine I et T étaient normales. Les D-dimères étaient élevées. L'angiomodensitométrie thoraco-abdominale avait confirmé le diagnostic. Le traitement fut médical. L'évolution a été marquée à J12 et à 6 mois par une thrombose du faux chenal et sa disparition complète. Mots-clés : Dissection Aortique – Traitement médical-Mali.

Abstract

We report a case of Stanford type B aortic dissection and describe the management of therapy in a resource-limited country. It is a 51-year-old woman, hypertensive, admitted for radiating retro-sternal pain, rebellious. The examination noted a body mass index at 31.25 kg / m², very anxious,

systolic-diastolic hypertension with a heart murmur and a polypnea. Troponin I and T were normal. D-dimers were high. The thoracoabdominal angio-CT scan confirmed the diagnosis. The treatment was medical. The evolution was marked on D12 and at 6 months by a thrombosis of the false channel and its complete disappearance.

Keywords: Aortic Dissection – Medical treatment-Mali.

Introduction

La dissection aortique correspond à un clivage de la media par un afflux de sang provenant de la lumière aortique à travers une déchirure intimale : la porte d'entrée [1]. La dissection aortique rapidement fatale, est la plus connue des catastrophes de l'aorte [2, 3]. Selon la classification de Stanford, on distingue les dissections de type A qui touchent l'aorte ascendante quelles que soient l'extension distale et les dissections de type B (un tiers des cas) qui ne touchent pas l'aorte ascendante. Cette classification simple, présente un intérêt thérapeutique [1, 4]. Typiquement, la dissection aiguë de type B survient chez l'homme hypertendu de 60 à plus de 70 ans

[1, 2]. Dans sa forme typique, la dissection aiguë de type B se traduit par une douleur thoracique postérieure d'apparition brutale présente dans 85 à 90 % des cas [1, 2,5]. Non traité la mortalité horaire du type B est rapportée à 11%. Cette mortalité peut être de plus de 71% pour les groupes à risque élevé [2, 3]. La dissection du type B, est d'abord une urgence médicale [2, 5]. Nous rapportons un cas de dissection aortique du type B pris en charge avec succès dans un pays à ressources limitées et à revenu faible avec une revue de la littérature.

Cas clinique

Il s'agissait d'une dame d'origine malienne de 51 ans, hypertendue sous traitement depuis 3 ans, insuffisante surrénalienne sous hydrocortisone comprimé de 10 mg depuis 1 an. Elle utilisait les dermocorticoïdes depuis plus de 15 ans. Elle a été admise pour douleur retro-sternale inaugurale transfixante avec odeur de chair frais à irradiation thoraco-dorsale et rebelle aux antalgiques. A l'admission, l'examen physique retrouvait : une température à 36,9 °C, un indice de masse corporel à : 31,25 kg/m², consciente, très anxieuse, sans pâleur ni d'ictère, abdomen légèrement sensible sans masse palpable avec des vergetures de dépigmentation. A l'examen cardiovasculaire : la fréquence cardiaque était de 66 battements/ minute, la pression artérielle non invasive était de 170/ 100 mm Hg, les pouls périphériques étaient perçus, avec un souffle cardiaque. On notait une absence de signes d'ischémie des membres inférieurs. L'examen pleuro-pulmonaire retrouvait une polypnée à 29 cycles / minute, sans râle ni souffle pulmonaire. Elle était du groupe B rhésus positif avec une hyponatrémie à 130 mmol/l. La numération formule sanguine, la créatinémie, la glycémie, l'urée sanguine, la Troponine I et T étaient sans particularités. Les D-dimères étaient à 08 µg/ml (Norme < 0,5µg/ml). L'angio-tomodensitométrie thoraco-abdominale confirmait la dissection de l'aorte thoracique

descendante stade B de Stanford (Figure 1). L'échographie trans-thoracique (ETT) montrait une insuffisance aortique modérée. Le traitement a été : un apport hydro électrolytique, un inhibiteur calcique à la seringue électrique, un β bloquant (Atenolol comprimé de 50 mg), les antalgiques, un anxiolytique (Hydroxyzine dichlorhydrate comprimé 50 mg puis Amitriptyline goutte), la prévention de l'ulcère de stress. L'évolution a été marquée par la persistance de la douleur (EVA : 50-80 mm) et une instabilité tensionnelle entre 130 et 170 mm Hg de systolique et 53 à 101 mmHg de diastolique dans les premières 24 heures. La douleur a été atténuée (EVA : 20-40 mm) avec une stabilité tensionnelle entre 100 et 131 mm Hg de systolique et 52 à 79 mmHg de diastolique. A J12, le contrôle de l'angio-TDM thoraco-abdominale a montré une thrombose du faux chenal sans lésion artérielle hépatique, splénique et rénales (Figure 2). Une fièvre à 40 °C à J 13, les cultures ont isolé un *Staphylococcus aureus* sensible. Le traitement a été conduit par la ciprofloxacine 500 mg/ 12 heures et l'érythromycine 500 mg/08 heures. Devant une apyrexie, une stabilité de la pression artérielle et une absence de douleur, elle a été transférée en cardiologie à J 26. Elle est sortie de l'hôpital à J 30. L'évolution a été marquée à 3 mois et à 6 mois par la disparition complète du faux chenal (Figure 3 A et 3 B, 4). A 25 mois l'échographie cardiaque trans-thoracique de contrôle réalisée a objectivé : une artère pulmonaire normale non dilatée, une absence d'hypertension artérielle pulmonaire, un ventricule droit non dilaté, une oreillette gauche non dilatée, une hypertrophie ventriculaire gauche avec une fraction d'éjection du ventricule gauche à 67%, une absence de rétrécissement aortique et d'insuffisance aortique et un péricarde sec.

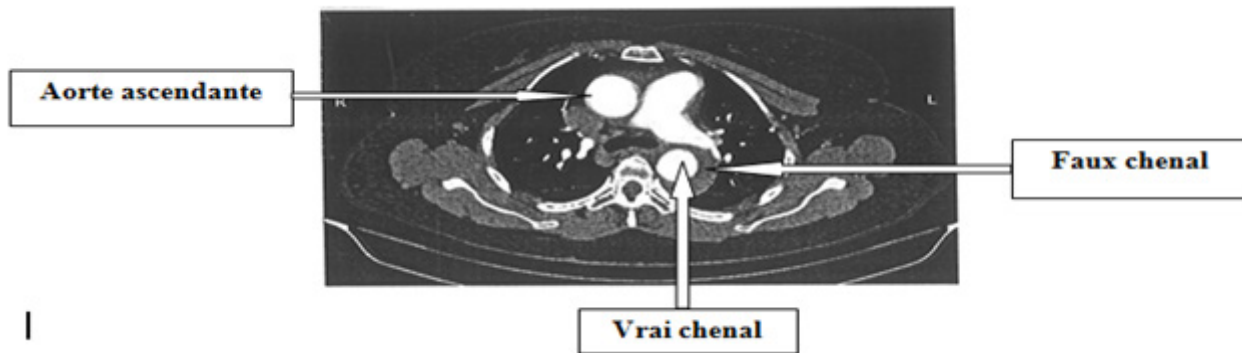


Figure 1 : Dissection aortique type B de Stanford à l'Angio-tomodensitométrie (Angio-TDM) thoracique.

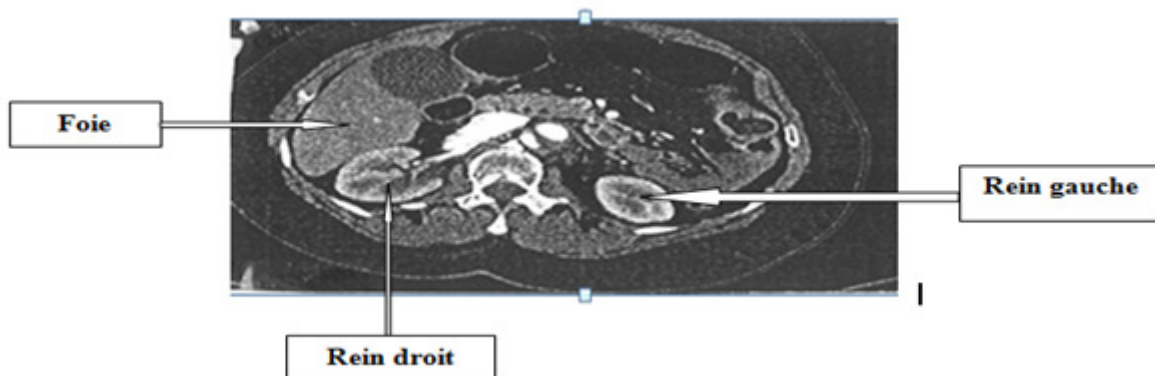


Figure 2 : Angio-TDM thoraco-abdominale de contrôle à J12 : Thrombose du faux chenal sans lésions artérielles hépatique, splénique et rénale

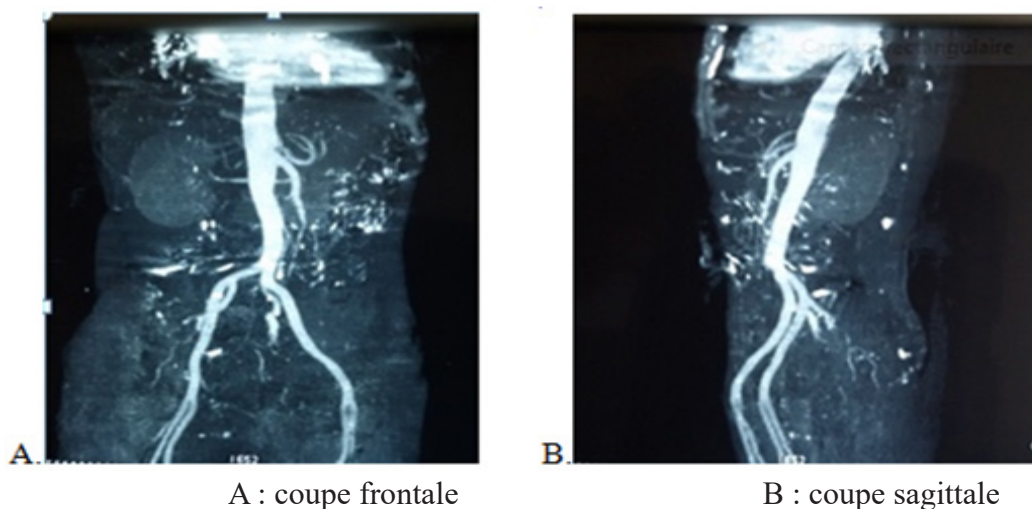


Figure 3 : Angio-TDM de contrôle à 3 mois avec absence du faux chenal.

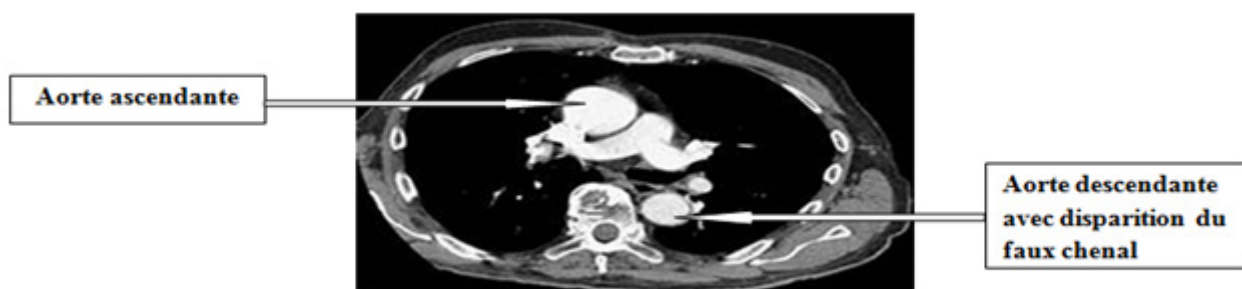


Figure 4 : Angio-TDM thoracique de contrôle à 6 mois montrant la disparition complète du faux chenal.

Discussion

Les facteurs de risques sont : le sexe masculin, l'âge, anomalies tissulaires, antécédent d'hypertension ou atherosclerosis, de chirurgie de la valve aortique, antécédent de syndrome de Marfan [2, 6]. Dans notre observation, le facteur de risque était l'hypertension artérielle. Les classifications proposées sont : la classification de Stanford, la classification de De Bakey, la classification de Guilmet et Roux et la classification de la Société Européenne de Cardiologie [7]. La classification de Stanford est simple et présente un intérêt thérapeutique [4]. On distingue : les dissections de type A et les dissections de type B. En effet, l'aorte ascendante est située en cavité péricardique libre. Inversement, l'aorte thoracique descendante est recouverte par le feuillet pariétal de la plèvre. De ce fait, les dissections de type A constituent une urgence chirurgicale compte tenu du risque élevé de décès. Les dissections de type B sont le plus souvent prises en charge médicalement [1]. Typiquement, la dissection aiguë de type B survient chez l'homme hypertendu de 60 à 70 ans [1, 2, 5]. Dans notre cas, il s'agissait d'une dame de 51 ans. Dans le type B, la douleur est retrouvée dans 85 à 90 % [1,2]. Le caractère migrateur de la douleur peut traduire une extension de la dissection. L'hypotension est rare [1]. La douleur est dorsale ou abdominale irradiant dans le dos. L'examen clinique pourrait retrouver : une anxiété, choc ou une bradycardie, un souffle diastolique ou un signe de focalisation neurologique [2]. Les complications ischémiques sont rarement isolées [1, 2]. L'abolition d'un pouls n'est notée que dans 20 % des cas [1]. Dans notre cas, la douleur était retro sternale inaugurale à irradiation thoraco-dorsale. Une anxiété, un pouls périphérique perçu avec souffle cardiaque, une polypnée sans râle ni souffle pulmonaire, une absence des signes ischémiques des membres inférieurs ont été observées. Dans la littérature, le dosage rapide de la chaîne lourde du muscle lisse aortique est spécifique

à 98% et sensibilité à 90,9%. L'élastine a une sensibilité de 88,9% et une spécificité de 99,8%. Le D-dimère, est un marqueur diagnostique avec une sensibilité à 100%. La dissection aortique est exclue à une valeur de : 0.1 µg/ml [1]. Dans notre cas, les D-dimères étaient élevées à 08 µg/ml. L'imagerie tient une place prépondérante dans le diagnostic. L'angio-TDM demeure l'examen radiologique clef [2]. Dans notre cas, l'angio-TDM thoracique et abdominal a confirmé le diagnostic. L'échographie trans thoracique a montré une insuffisance aortique modérée. Dans une étude en Algérie [3], une insuffisance aortique à l'échographie trans thoracique a été observée dans 69,4%. Le traitement de la dissection aiguë de type B non compliquée est avant tout médical [1, 4, 5,8, 9]. Le traitement de la douleur est fait par une analgésie appropriée en particulier les morphiniques [1, 2]. Dans notre cas, les morphiniques ont été utilisées. Dans la littérature, l'utilisation de bêtabloquants intraveineux en première intention du fait de leur action hypotensive et de leur effet bénéfique sur la diminution de la force de contraction ventriculaire gauche afin de diminuer le risque d'extension et de rupture de la dissection aortique était recommandée [1, 10]. Selon les mêmes recommandations, l'utilisation d'antagonistes calciques est une alternative en cas de contre-indication aux bêta- bloquants. Lorsque les bêtabloquants sont insuffisants, on peut associer des vasodilatateurs. Son utilisation seul est déconseillée du fait du risque d'augmentation de la force d'éjection ventriculaire gauche [1,10]. Dans notre cas, le traitement a été fait par : un apport hydro électrolytique, un inhibiteur calcique à la seringue électrique, un β bloquant per os, les antalgiques, un anxiolytique, la prévention de l'ulcère de stress. Le traitement chirurgical des dissections de type B est plus nuancé [4, 6]. Il est indiqué si : sujet jeune, douleur persistante ou récurrente en dépit d'un traitement adéquat, expansion du faux chenal, hématome périartique ou médiastinal (rupture), syndrome de mal perfusion viscéral, rénal ou

splénique [2, 5, 6]. Dans la littérature, le pronostic à court terme pourrait être l'apparition d'une complication à type de malperfusion viscérale aiguë ou de menace de rupture du faux chenal et à long terme par un anévrisme abdominal [1, 10]. Une thrombose complète du faux chenal après un suivi de 3 à 28 mois, était un critère de bon pronostic pour l'avenir [1]. Dans notre cas, l'évolution a été marquée par : une thrombose du faux chenal sans lésions viscérales à J 12. À J13, une fièvre à 40° C, les cultures ont isolé un *Staphylococcus aureus* sensible. Elle est sortie de l'hôpital à J 30. L'évolution a été marquée à 3 mois et à 6 mois par une disparition complète du faux chenal. En général, dans la dissection aortique de type B de Stanford, on observe une thrombose du faux chenal après traitement médical mais dans notre cas à 6 mois, il y a eu une disparition complète du faux chenal. Dans la littérature africaine à notre connaissance, aucune étude n'a décrit une disparition complète du faux chenal après traitement médical dans la dissection aortique type B de Stanford. Ce type d'amélioration après traitement médical est rare et exceptionnel.

Conclusion

La dissection aortique est rapidement fatale. La disponibilité de l'imagerie tomodensitométrique et ultrasonique a largement contribué à la qualité de la prise en charge thérapeutique par des centres spécialisés. La classification de Stanford demeure une aide à la décision, simple, accessible à tous les praticiens. Le traitement du type B de Stanford est médical dans la majorité des formes non compliquées. La disparition complète du faux chenal après traitement médical demeure une entité rare et mérite une exploration approfondie.

*Correspondance :

Amadou Sidibé
beidysi7@yahoo.fr

Disponible en ligne: 04 Mars 2020

1 Service d'Anesthésie de Réanimation et de Médecine d'Urgence Hôpital du Mali (Bamako- Mali).

2 Service de la Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire Hôpital du Mali (Bamako- Mali).

3 Service de Cardiologie Hôpital du Mali (Bamako- Mali).

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

[1] Pascal Leprince, Nicolas Bonnet, Alain Pavie, Iradj Gandjbakhch : Dissections aortiques de type B Urgences vasculaire. *Sang Thrombose Vaisseaux* 2005 ; 17 (9): 541-6.

[2] T. Paul Tran, Ali Khoynzhad, Sir William Osler: Current management of type B aortic dissection. *Vascular Health and Risk Management* 2009;5 53–63.

[3] Redhouane Boukerroucha, Soumia Bendjaballah, NadjetMessikh et al.: Dissection aortique: résultats à propos de 62 patients. *Journal.sfctcv.org* 2016; 7 (6):1-3.

[4] Jean-Philippe Verhoye, IssamAbouliatim, Antoine Larralde, Xavier Beneux, Jean François Heautot : Chirurgie de la dissection aortique : Pour quel patient ? Elsevier 2011 ; 40 : 72-80.

[5] John A. Elefteriades, Constantinos J. Lovoulos, Michael A. Coady, George Tellides, Gary S. Kopf, and John A. Rizzo : Management of Descending Aortic Dissection. *AnnThoracSurg*, 1999 ; 67:2002–5.

[6] Jaffe, Richard A.; Samuels, Stanley I.; Schmiesing, Clifford A.; Golianu, Brenda: Anesthesiologist'sManual of SurgicalProcedures. 2009, 4th Edition; p: 403-408.

[7] Emmanuel Lansac, Isabelle Di Centa: Dissection aortique de type A. *Urgences vasculaires. Sang Thrombose Vaisseaux* 2005; 17 (10): 603- 608.

[8] DeBakey ME, Beall AC Jr., Cooley DA, et al.: Dissecting aneurysms of the aorta. *Surg Clin North Am.* 1966; 46:1045–55.

[9] Wheat MW Jr., Palmer RF, Bartley TD, et al.: Treatment

of dissecting aneurysms of the aorta without surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1965; 50:364–73.

[10] Pascal Delsart, Gonzague Claisse, Nadia Bouabdallaoui , Marco Midulla, Stephan Haulon, Claire Mounier-Vehier : Syndromes aortiques aigus : organiser la prise en charge médicale à la phase aiguë et au long cours. Elsevier 2011 ; 40 (1P1) : 34-42.

Pour citer cet article

A Sidibe, N Diani, S Togo, MAC Cisse, AI Drame, N Ouologuem et al. Traitement de la dissection aortique type B dans un pays en développement : description d'un cas et revue de la littérature. *Jaccr Africa 2020; 4(1): 326-331*