



Cas clinique

Difficultés de la prise en charge d'une dissection aortique associée à la grossesse dans un pays à ressources limitées : A propos d'un cas

Difficulties in management of aortic dissection associated with pregnancy in a low resource setting country : A case report

Mamour Guèye*, Mame Diarra Ndiaye*, Pape Malick Ngom****, Adama Kane**, Khadidiatou Dia/Sy***, Fatou Niassé/Dia*, Maboury Diao**, Serigne Abdou Ba**.

Résumé

La dissection aortique est une pathologie rare avec une incidence de 2,95/100 000 cas par année. Quand elle survient chez la jeune femme, elle est associée à la grossesse dans un cas sur deux. La survenue d'une telle association dans les pays en développement pose le problème de sa prise en charge. Nous rapportons un cas de dissection aortique chronique de type A de Stanford sur une grossesse de 28 semaines qui s'est compliqué d'un d'œdème aigu du poumon. Après repos et traitement antihypertenseur et diurétique au cours d'une première hospitalisation, l'évolution était favorable. Elle s'est secondairement aggravée et a nécessité une extraction fœtale en urgence. La dissection était stationnaire sans retentissement sur l'hémodynamique et la douleur était maîtrisée. Une cure chirurgicale de sa dissection aortique est prévue dans les mois à venir.

Mots-clés : Dissection aortique, grossesse, pays en développement, Afrique Occidentale

Abstract

Aortic dissection is a rare disease with an incidence of 2.95 / 100,000 cases per year. When it occurs in young women, it is associated with pregnancy in 50 % of cases. The occurrence of such an association in developing countries is difficult to manage. We report a case of chronic aortic dissection Stanford type A on a 28-week pregnancy that was complicated by an acute pulmonary edema.

After rest and antihypertensive and diuretic treatment during a first hospitalization, the evolution was favorable. It was secondarily aggravated and required an emergency fetal extraction. The aortic dissection was stationary without any repercussions on the hemodynamics and the pain was controlled. A surgical cure of his aortic dissection is planned in the months to come.

Keywords: aortic dissection, pregnancy, developing country, west Africa

Introduction

La dissection aortique (DA) est définie comme le clivage longitudinal de la média aortique entre ses deux tiers internes et son tiers externe, sur plus d'un centimètre. C'est une pathologie rare avec une incidence de 2,95/100 000 cas par année [1]. Quand elle survient chez la femme jeune, elle est associée dans 50% des cas à la grossesse, particulièrement au troisième trimestre [1-2]. L'association dissection aortique et grossesse expose le couple mère-enfant à une morbi-mortalité élevée. Dans nos pays en développement, une telle association pose le problème de sa prise en charge. Nous rapportons un cas de dissection aortique chronique compliquant une grossesse de 28 semaines.

Cas clinique

Madame D., quatrième geste troisième par de 41 ans, vivant sous le régime polygame avec un niveau socio-économique très bas, a consulté au service de cardiologie pour dyspnée stade IV, orthopnée, toux avec expectorations mousseuses et douleurs thoraciques sur aménorrhée de 28 semaines.

Elle est non fumeuse et n'a pas d'antécédents cardio-vasculaires familiaux connus. A l'admission, la tension artérielle était de 180/40 mm Hg au bras droit et 170/50 mm Hg au bras gauche. La fréquence cardiaque était de 110 battements par minute. A l'examen cardio-vasculaire, nous avons perçu un souffle diastolique 2 à 3/6 au foyer aortique irradiant le long du rebord gauche du sternum. Nous n'avions pas noté la présence de pouls ample et bondissant. Les autres foyers d'auscultation étaient sans particularités. L'examen pleuro-pulmonaire notait de fins râles crépitants au niveau des 2 bases pulmonaires remontant jusqu'à mi-champ. Les échocardiographies transthoracique

puis trans-oesophagienne (ETO) ont mis en évidence une dissection aortique Type I de De Backey et A de Stanford avec une insuffisance aortique importante (figures 1 et 2). Le diamètre de l'aorte ascendante était mesuré à 45 mm (normale < 40). L'examen obstétrical mettait en évidence une grossesse évolutive de 28 semaines d'aménorrhée (SA). Après hospitalisation, repos et traitement antihypertenseur et diurétique, l'évolution était favorable avec disparition de la dyspnée et l'exéat de Mme D. a été réalisé après 2 semaines d'hospitalisation. Soixante jours après l'exéat, Mme D. a été revue pour sa consultation prénatale. L'échographie obstétricale réalisée le même jour retrouvait une grossesse intra-utérine monofoetale évolutive de 29 semaines + 6 jours, une estimation pondérale à 1292g, un oligoamnios et une perturbation de l'index de résistance de l'artère ombilicale. La tension artérielle était de 170/90 mm Hg, la fréquence cardiaque de 88 battements par minute. Une corticothérapie anténatale était administrée (Béthamétasone 12mg en injection intramusculaire renouvelée 24 heures plus tard) ainsi qu'une trithérapie antihypertensive (Amlodipine : 10 mg par jour, Atenolol : 100 mg par jour et Moxonidine 0,4 mg par jour) et un traitement antalgique à base de Tramadol (50 mg, trois fois par jour). Une semaine plus tard, Mme D. était revenue dans un tableau d'œdème aigu du poumon. Du furosemide a été administré ainsi qu'un patch de trinitrine. L'échographie obstétricale retrouvait un index diastolique de l'artère ombilicale nul. Une extraction en urgence du fœtus a été proposée. La césarienne réalisée 24 heures plus tard a permis d'extraire un mort-né frais pesant 1300 g. La ligature-section des trompes utérines a été réalisée en per opératoire. Mme D. a été ensuite hospitalisée aux services de Réanimation et de Cardiologie. Son exéat fut réalisé 3 semaines plus tard après amélioration du tableau clinique.

La dissection était stationnaire sans retentissement sur l'hémodynamique et la douleur était maîtrisée. Une cure chirurgicale de sa dissection aortique est prévue dans les mois à venir.

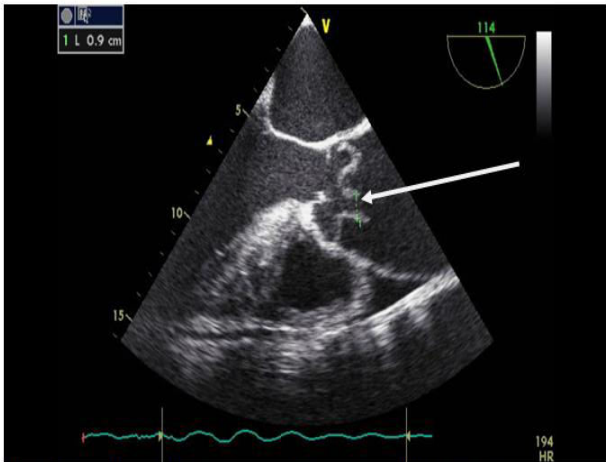


Figure 1 : Image d'échocardiographie transoesophagienne montrant la dissection aortique : type I de De Bakey et type A de Stanford. Flap intimal avec porte d'entrée (flèche) dans sa portion de l'aorte ascendante

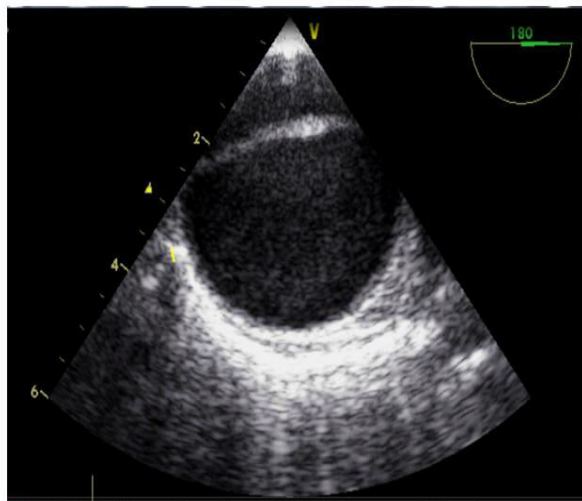


Figure 2 : Image d'échocardiographie transoesophagienne montrant la dissection aortique : type I de De Bakey et type A de Stanford flap intimal dans sa portion de l'aorte descendante

Discussion

La dissection aortique est une pathologie rare avec une incidence de 2,95/100 000 cas par année [1]. Quand elle survient chez la femme jeune, elle est associée dans 50% des cas à la grossesse, particulièrement au troisième trimestre [1-4]. Les

facteurs de risque de la dissection aortique sont représentés par la grossesse, une pathologie du tissu élastique, les malformations congénitales des valves aortiques et la coarctation de l'aorte [1]. Chez notre patiente, il n'a pas été retrouvé d'antécédents familiaux cardiovasculaires, d'hypertension artérielle antérieure à la grossesse ou au cours des consultations prénatales, ni de syndrome de Marfan. L'association dissection aortique et grossesse expose le couple mère-enfant à une morbi-mortalité élevée, 75% de mortalité maternelle avant toute prise en charge selon Paniel [5]. Si la dissection n'a pas rompu l'aorte et que l'épisode aigu est passé, une césarienne doit être effectuée, suivie éventuellement d'une chirurgie thoracique en fonction du type de dissection [6]. Notre patiente a posé deux problèmes : celui de la dissection aortique chronique mais de type A de Stanford qui était une indication de traitement chirurgical et celui de la césarienne en urgence en milieu spécialisé dès que le fœtus était viable. Pour des problèmes de plateau technique, notre patiente n'a pu bénéficier d'une prise en charge obstétricale rapide. Une ligature des trompes d'indication médicale était réalisée dans le même temps opératoire. Quant à la prise en charge de sa dissection aortique, le coût de l'intervention et la non disponibilité du plateau technique font que son dossier médical a été introduit dans un circuit de mécénat pour une éventuelle aide. Avec un recul de 6 mois, le traitement médical associant des inhibiteurs calciques, des bêta bloqueurs et des inhibiteurs de l'enzyme de conversion permettent un contrôle de l'hypertension.

Conclusion

La dissection aortique est une pathologie rare. Quand elle survient chez une femme jeune, elle est le plus souvent associée à la grossesse. Sa prise en

en charge doit être guidée par la notion d'urgence. Dans nos pays en développement, la prise en charge de cette association est extrêmement difficile. L'intervention des politiques et l'amélioration du système de santé constituent les pierres angulaires de l'amélioration du pronostic materno-fœtal.

***Correspondance**

Mamour Guèye

mamourmb@yahoo.fr

Disponible en ligne: 10 Février 2020

*Clinique gynécologique et obstétricale, CHU Aristide Le Dantec, avenue Pasteur, BP 3001, Dakar, Sénégal

Dakar, Sénégal

** Clinique cardiologique, CHU Aristide Le Dantec, avenue Pasteur, BP 3001, Dakar, Sénégal

***Service de cardiologie, Hôpital d'Instruction des armées, Dakar Sénégal

**** Service de gynécologie-Obstétrique, Hôpital d'Instruction des armées, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt: Aucun

Références

1. Parlakgumus HA, Haydardedeoglu B, Alkan O. Aortic dissection accompanied by preeclampsia and preterm labor. *J Obstet Gynaecol Res* 2010;36(5):1121-4.
2. Haberstick R, Calmelet P, Charpentier A. Prise en charge multidisciplinaire d'une grossesse compliquée de dissection aortique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001;30:183-6.
3. Vacheron A, le Feuvre C, Di Matteo J. La dissection aortique. Paris: Expansion Scientifique Française; 1999.
4. Verhoye J-P, Abouliatim I, Larralde A, Beneux X, Heautot J-F. Chirurgie de la dissection aortique: pour quel patient? *Presse Med* 2011;40:72-80.
5. Paniel BJ, Haddad B, Ilaunauer M, Touboul C. Urgences chirurgicales. Paris: Flammarion. 1995.
6. Fabricius AM, Autschbach R, Doll N, Mohr F, Mohr W. Acute Aortic Dissection during Pregnancy. *Thorac Cardiovasc Surg* 2001;49:56-7.

Pour citer cet article:

Mamour Guèye, Mame Diarra Ndiaye, Pape Malick Ngom, Adama Kane, Khadidiatou Dia/Sy, Fatou Niasse/Dia et al. Difficultés de la prise en charge d'une dissection aortique associée à la grossesse dans un pays à ressources limitées : A propos d'un cas . *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 155-158.