

L'IMAGE DU MOIS

Dissection aortique avec hémopéricarde

D. SECCO (1), E. BRASSEUR (2), A. GHUYSEN (3), V. ANGELOZZI (1), B. GHAYE (4), V. D'ORIO (5)

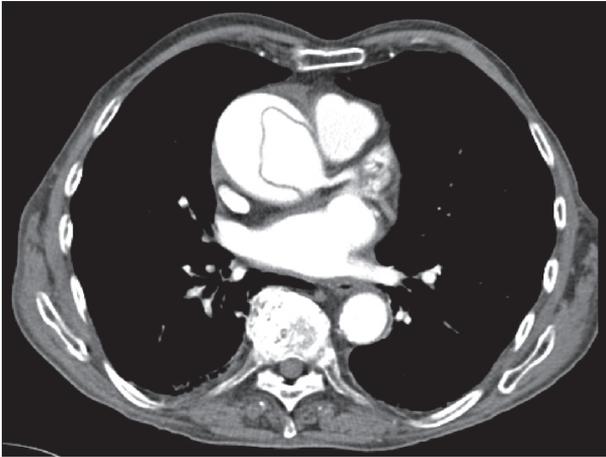


Figure 1 : Dissection anévrismale de l'aorte ascendante



Figure 2 : Dilatation de l'anneau aortique avec calcifications de la valve et hémopéricarde antérieur

Un patient âgé de 86 ans, porteur d'un anévrisme de l'aorte ascendante de 4 cm, présente à son domicile un malaise lipothymique accompagné d'une douleur rétrosternale irradiée dans la mâchoire et le dos.

L'examen clinique à l'admission, montre une pression artérielle de 160/120mmHg et une fréquence cardiaque régulière à 75 par minute. On ne note pas de pouls paradoxal, ni de différence de pression artérielle aux deux bras. L'auscultation révèle essentiellement un souffle d'insuffisance aortique 2/4.

Les examens suivants sont alors réalisés :

1) Un électrocardiogramme; il met en évidence un rythme sinusal régulier, une hypertrophie ventriculaire gauche et l'absence de signes d'ischémie.

2) Une échographie cardiaque transthoracique; elle objective une cinétique segmentaire normale et une fraction d'éjection conservée à 56%. L'élément dominant est cependant l'existence d'une insuffisance aortique de grade 3/4 associée à un anévrisme de l'aorte ascendante estimé à 61 mm de diamètre.

3) Un scanner thoracique avec contraste qui confirme l'anévrisme de l'aorte thoracique dont le plus grand diamètre est de 65 mm. Il s'étend depuis l'émergence du tronc brachiocéphalique jusqu'au plan supra-valvulaire et s'accompagne d'un hémopéricarde non compressif (Fig. 1, 2).

Malgré une décision opératoire urgente, le patient présente une bradycardie sévère suivie d'un arrêt respiratoire nécessitant une intubation endotrachéale et la mise en place d'un support hémodynamique par perfusion de drogues vasoactives. Il est transféré immédiatement au bloc opératoire et il bénéficie avec succès d'une intervention selon Bentall au moyen d'un tube valvulé n°23 et réimplantation de deux artères coronaires. Le patient sera extubé le deuxième jour postopératoire et évoluera favorablement.

COMMENTAIRES

La dissection aortique de type 1 selon la classification de De Bakey ou de type A selon la classification de Shumway est une affection rare (1). En effet, la fréquence globale des dissections de l'aorte thoracique serait de l'ordre de 5 à 10 par an et par million d'habitants. Cette maladie est grevée d'une mortalité importante (22% la première heure à 50% après 48 heures) (2, 3).

Le diagnostic est vérifié devant tout tableau clinique associant une douleur thoracique constrictive avec irradiation dans le cou et/ou le dos, un malaise lipothymique et l'absence d'image d'ischémie myocardique à l'électrocardiogramme (2, 3).

(1) Praticien hospitalier, (2) Chef de Clinique adjoint, Service des Urgences CHU ND des Bruyères, Liège.
(3) Chef de Clinique, Service des Urgences, CHU Sart Tilman, Liège.
(4) Chef de Clinique, Service d'Imagerie Médicale, CHU Sart Tilman, Liège.
(5) Professeur Ordinaire, Chef de Service, Service des Urgences, CHU Sart Tilman, Liège.

Le diagnostic est confirmé dans près de 80% des cas par l'échographie cardiaque, qui peut mettre en évidence une dilatation de l'aorte, une insuffisance aortique, une double lumière ou un hémopéricarde éventuel. L'examen tomographique du thorax confirme le diagnostic dans tous les cas et permet, en outre, la mise en évidence de l'étendue de la dissection (4, 5).

Le traitement est exclusivement chirurgical. Il consiste en un remplacement de l'aorte ascendante qui permet d'éviter la fissuration intrapéricardique de l'anévrisme. On veille, par ailleurs, à réséquer la porte d'entrée et à fermer le faux chenal vers l'aval. En cas de dilatation importante et /ou de dilacération de la racine de l'aorte, une intervention de Bentall associant au remplacement de l'aorte un remplacement valvulaire aortique ainsi qu'une réimplantation des coronaires, peut s'avérer nécessaire (6). La mortalité postopératoire est inférieure à 10%.

BIBLIOGRAPHIE

1. De Bakey ME, Cooley DA, Creech O.— Surgical considerations of dissecting aneurysm of the aorta. *Ann Surg*, 1955, **142**, 586-612.
2. Recommendations of the Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology.— Diagnosis and management of aortic dissection. *Eur Heart J*, 2001, **22**, 1642 – 1681.
3. Crawford ES.—The diagnosis and management of aortic dissection. *Jama*, 1990, **264**, 2537-2541.
4. Mathew T, Nanda NC.— Two-dimensional and Doppler echocardiographic evaluation of aortic aneurysm and dissection. *Am J Cardiol*, 1984, **54**, 379-385.
5. Nienaber CA, Von Kodolitsch Y, Nicolas V, et al. —The diagnosis of thoracic dissection by non invasive imaging procedures. *New Engl J Med*, 1993, **328**, 1-9.
6. David TE, Armstrong S, Ivanov J, et al.— Surgery for acute type A aortic dissection. *Ann Thorac Surg*, 1999, **67**, 1999-2001.