

**DISSECTION AORTIQUE SANS
DOULEUR A REVELATION
NEUROLOGIQUE**

A PROPOS DE DEUX OBSERVATIONS

REULIAN

le 27 Novembre 2009 à SAINT CHAMOND

Dr François BALLEREAU
Service des Urgences
CHG de FIRMINY

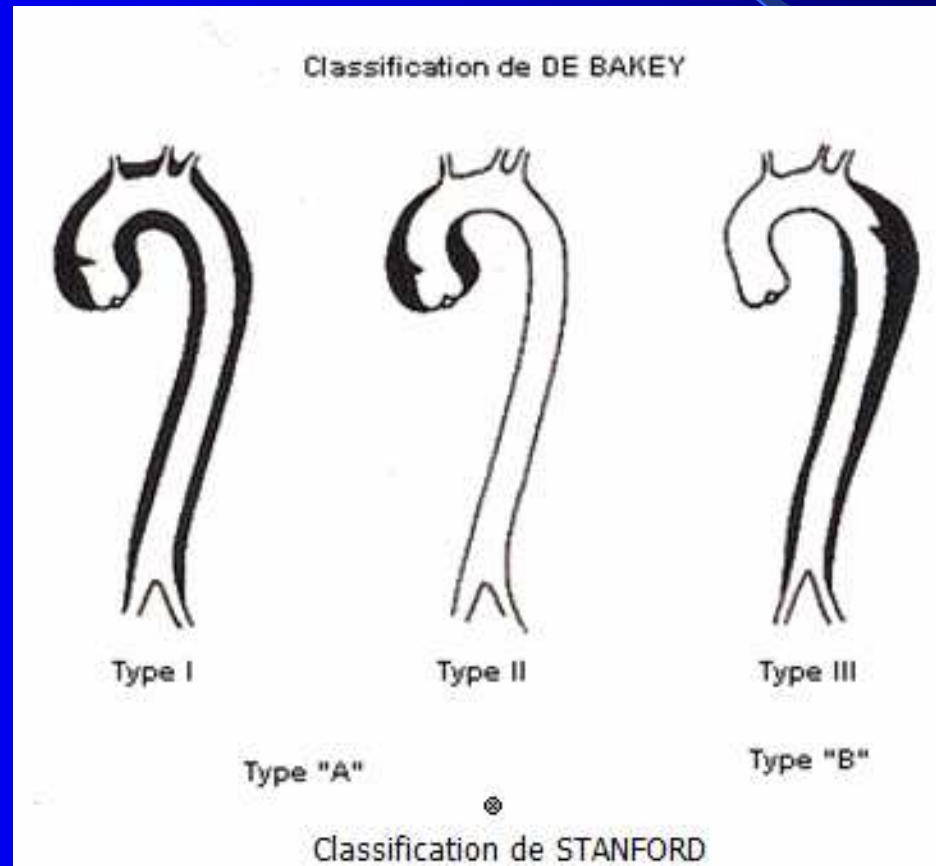
INTRODUCTION

- Dissection aortique : 0.5 à 2.95 cas/100000/an
- Urgence médico-chirurgicale
- Taux de mortalité élevé
- Violente douleur thoracique en coup de poignard, migrante, avec sensation de mort imminente.
- Accompagnée de symptômes cardio-vasculaires : anisotension.
- Douleur présente dans 90% des cas.
- Sous diagnostiquée dans 28% des cas.

INTRODUCTION

- 1/3 des patients révèlent leur pathologie par une complication de la dissection :
 - Ischémie de membre 10-20%
 - Ischémie rénale 15%
 - Ischémie cardiaque 10%
 - Ischémie cérébrale 5-15%
 - Ischémie mésentérique 3%
- Lésion de l'aorte ascendante: insuffisance aortique aiguë, péricardite et arrêt cardiaque

CLASSIFICATION



Cas clinique N°1

- **Présentation clinique :**
 - Homme de 51 ans
 - Tableau neurologique : propos incohérents / obnubilation / flou visuel monoculaire droit / hémiparésie proportionnelle gauche
 - Durée des symptômes : 3 heures
 - Restitution ad integrum et amnésie de l'épisode
 - Pas de notion de douleur

Cas clinique N°1

- **Antécédents :**
 - HTA non traitée
 - HCT non traitée
 - Tabagisme actif (30PA)
 - Ethylisme chronique non compliqué
 - Syndrome anxio-dépressif (1 TS)
- **Examen clinique :**
 - Examen neurologique normal
 - Douleur à la palpation du creux épigastrique
 - Découverte d'un souffle systolique d'insuffisance aortique
 - Absence d'anisotension
 - Pouls périphériques bien perçus

Cas clinique N°1

- **Examens complémentaires (1):**
 - Radiographie pulmonaire : cardiomégalie
 - Electrocardiogramme (ECG) : absence de signes de nécrose ou de péricardite
 - Biologie: polynucléose isolée ($19000 \times 10^9/L$ leucocytes), absence d'anomalies des enzymes cardiaques
 - Echocardiographie Trans-Thoracique (ETT) : dilatation de l'aorte ascendante avec image en double contours, insuffisance aortique de grade II

Cas clinique N°1

- **Examens complémentaires (2):**
 - Echocardiographie Trans-Oesophagienne (ETO) : dissection aortique de type I avec respect des artères coronaires.
 - Scanner cérébral : absence de lésion ischémique ou hémorragique
 - Scanner thoraco-abdomino-pelvien : dissection de l'ensemble de l'aorte jusqu'aux artères iliaques primitives droite et gauche.
 - Echo-doppler des troncs artériels supra-aortiques : effondrement du débit diastolique de la carotide interne droite – sténose modérée en aval de la bifurcation carotidienne gauche – disparition du débit diastolique de l'artère carotide interne gauche.

Cas clinique N°1

- **Diagnostic :**

Dissection aortique de type I de De Bakey ou Type A de Stanford révélée par une complication neurologique à type d'accident ischémique transitoire.

- **Traitement :**

Intervention de Bentall et tube aorto-aortique pour remplacer les artères iliaques

- **Evolution :**

- Bonne à 12 mois sous traitement anti-hypertenseur, sevrage éthylique et tabagique
- Perdu de vue par la suite

Cas clinique N°2

- **Présentation clinique :**
 - Femme de 72 ans
 - Hémiplégie gauche proportionnelle et globale
 - Pas de trouble phasique ni de compréhension
 - Déviation du regard et de la tête vers la droite
 - Aggravation progressive => coma
 - Pas de notion de douleur

Cas clinique N°2

- **Antécédents :**
 - Hypertension artérielle sous diurétique et IEC
 - Tuberculose pulmonaire opérée
- **Examen clinique :**
 - Asymétrie tensionnelle systolique de 2 points
 - Diminution nette du pouls radial droit
 - Découverte d'un souffle systolique d'insuffisance aortique
 - Coma avec score de Glasgow à 3

Cas clinique N°2

- **Examens complémentaires (1):**
 - Radiographie pulmonaire : élargissement du médiastin en regard de l'ombre aortique
 - ECG : signe de nécrose inférieure (onde Q en DII, DIII, aVF), signe d'ischémie latérale (sous décalage de ST en V3, V4, V5)
 - Biologie : élévation des enzymes cardiaques avec CPKmb à 70 à l'entrée et 3300 U/L le lendemain et troponine I à 5 à l'entrée et 56 µg/L le lendemain.
 - ETT : Aorte ascendante initiale très dilatée (60 mm de diamètre), image de flap intimal antéro-postérieur sur l'ensemble de la crosse de l'aorte atteignant le tronc artériel brachio-céphalique (TABC), insuffisance aortique de grade II.

Cas clinique N°2

- **Examens complémentaires (2):**
 - ETO : voile intimal qui s'étend de l'origine de l'aorte ascendante à la crosse et à l'aorte descendante, image de thrombose partielle du faux chenal. Troncs coronaires non vus.
 - Scanner cérébral : Réalisé à la phase initiale, n'a pas montré de lésion ischémique ni hémorragique. N'a pas été recontrôlé.
 - Scanner thoraco-abdomino pelvien : non réalisé.

Cas clinique N°2

- **Diagnostic :**

Dissection aortique de type I de De Bakey ou Type A de Stanford révélée par une complication neurologique grave à type d'accident vasculaire cérébral ischémique massif et compliqué d'une nécrose cardiaque.

- **Traitement :**

Traitement médical par mesures de réanimation.

- **Evolution :**

Décès au 3ème jour de la prise en charge.

DISCUSSION

- I) MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES DES DISSECTIONS AORTIQUES
 - Rapportées dans 17 à 40% des cas.
 - Révélatrices dans 8 à 33% des cas.
 - Difficulté du recueil sémiologique, possibilité de manifestations transitoires.
 - Dissection ou occlusion d'une branche de l'aorte à visée cérébrale, médullaire ou périphérique.
 - Quatre grand types ;
 - Accidents ischémiques cérébraux
 - Encéphalopathie anoxique
 - Ischémies médullaires
 - Ischémies nerveuses périphériques

DISCUSSION

- Accidents ischémiques cérébraux :
 - 1ère complication neurologique des dissection aortiques : entre 3 et 30%
 - Plus souvent durables
 - Transformation hémorragique fréquente
 - Prédominant à droite
 - Dissection type A
 - Oblitération TSA (notamment carotide primitive) mais dans 30% autre cause comme embolie artério-artérielle

DISCUSSION

- Encéphalopathie anoxique :
 - Syncope la plus fréquente : 20%
 - Unique ou précède un déficit neurologique
 - Multifactorielle : réponse vagale exagérée, hypotension secondaire à la rupture aortique, hypoperfusion cérébrale, activation des barorécepteurs aortiques.
 - Autres troubles de conscience : obnubilation, coma, crises convulsives.

DISCUSSION

- Ischémies médullaires :
 - Myélopathies durables, parfois transitoires, rarement progressives
 - Type B
 - Paraplégie ou paraparésie flasque
 - Ischémie de la moëlle thoracique moyenne ou basse

DISCUSSION

- Ischémies nerveuses périphériques :
 - Surtout membres inférieurs
 - Sensitive > motrice
 - Ischémie ou compression d'un nerf ou d'un plexus nerveux
 - Début brutale, paroxysme en quelques minutes
 - Sévérité : abolition ROT et souffrance axonale à l'électromyogramme.

DISCUSSION

- II) Etiologies :
 - 2 causes principales : anomalie structurale de la média et l'HTA
 - Surtout patient âgé et aorte descendante
 - Maladie du tissu conjonctif (Marfan, Ehlers Danlos) : sujet jeune et aorte ascendante (AIC)
 - Autres : certaines aortites (Takayashu, Behçet, Horton, syphilis), grossesse, toxicomanie (cocaïne, amphétamines)

DISCUSSION

- III) Diagnostic (1) :

- Urgence : risque de décès augmente de 1 à 2% par heure
- Sa confirmation (démonstration d'un double chenal séparé par un flap intimal) repose sur 3 examens:
 - échographie transoesophagienne (ETO): première intention, lit du malade, spécificité imparfaite, échographiste dépendant.
 - Imagerie par résonance magnétique (IRM): sensibilité et spécificité 100%, disponibilité?
 - Scanner hélicoïdal: moins sensible que ETO et IRM mais très fiable, accessibilité.
- 2 types de situation clinique:
 - Manifestations neurologiques s'associant à une douleur thoracique :
 - le diagnostic est évoqué rapidement
 - Choix des explorations dépend de la disponibilité locale

DISCUSSION

- III) Diagnostic (2):

- Manifestations neurologiques sans douleur :

- recherche d'éléments cliniques suggestifs :

- Abolition d'un pouls
- Asymétrie tensionnelle
- Souffle d'insuffisance aortique non connu
- Modification de la silhouette aortique sur la RP

- Recherche éléments para-cliniques suggestifs:

- En cas d'AIC, l'écho-doppler cervical peut montrer une sténose, une occlusion ou dissection de l'artère carotide primitive.
- En cas d'ischémie médullaire, l'IRM permet non seulement de détecter la zone d'ischémie, mais aussi de voir la dissection aortique en regard.

DISCUSSION

- IV) Enjeux pronostiques et thérapeutiques :
 - Facteur prédictif des manifestations neurologiques
 - Selon l'IRAD, les manifestations neurologiques des dissections aortiques de type A ne constituent pas à elles seules un facteur de risque de mortalité.
 - Les facteurs de risques de mortalité pré-opératoires sont:
 - Age > 70ans (OR 4.21)
 - ATCD de chirurgie cardiaque (OR 4.21)
 - Hypotension artérielle / état de choc (OR 3.23)
 - Migration de la douleur (OR 2.42)
 - Déficit d'un pouls (OR 1.75)
 - Ischémie myocardique (OR 1.76)

CONCLUSION

- Dissection aortique :
 - 1/3 de manifestations neurologiques
 - 10% sans douleur
 - troubles de conscience ou de communication
= diagnostique difficile.
- Intérêt des symptômes suggestifs clinique ou para-clinique : cf nos observations.
- Les manifestations neurologiques des dissections aortique de type A ne constituent pas une contre-indication formelle à la chirurgie vasculaire.

CONCLUSION

- Aux vues de la grande fréquence des accidents vasculaires cérébraux et à l'heure du développement des traitements thrombolytiques par voie intra-veineuse, ne pas mésestimer un accident ischémique cérébral révélateur d'une dissection aortique qui contre indique l'utilisation de telles thérapeutiques.