

La dissection de l'aorte...tout est une question de temps

DR S. MSEHAB

La dissection aortique est une affection gravissime caractérisée par l'irruption brutale de sang à l'intérieur de la paroi de l'aorte. Constituant une urgence chirurgicale vitale avec une mortalité de 50% à 48 heures et 90 % à trois semaines en l'absence de traitement. La survie à cinq ans des patients opérés varie selon les équipes de 20 à 40 %.

La technologie et la disponibilité de l'imagerie tomodensitométrique et ultrasonique ont largement contribué à la qualité de la prise en charge thérapeutique par des centres spécialisés. Le diagnostic doit être rapidement établi. Au-delà des considérations hémodynamiques qui prédominent, la priorité est de déterminer la situation anatomique de la porte d'entrée de la dissection.

Le but du traitement chirurgical en urgence est de prévenir les complications fatales : la rupture aortique intrapéricardique, la dissection des artères coronaires et l'insuffisance aortique aiguë massive.

La dissection survient le plus souvent sur une aorte malade secondaire à l'athérosclérose due à une hypertension artérielle non contrôlée. Elle peut survenir également chez des patients atteints d'anomalies structurelles d'ordre génétique de la paroi aortique, la plus connue étant le syndrome de Marfan, mais il existe de nombreuses formes atténuées. Elle survient d'autant plus souvent qu'il y ait un anévrysme préexistant, d'où la nécessité d'opérer les anévrysmes de plus de 5 cm, même si les malades ne se plaignent de rien, afin d'éviter le risque de dissection et/ou de rupture.

La dissection est provoquée par une rupture de la couche interne de l'aorte (intima), cette déchirure est nommée porte d'entrée par laquelle le sang sous pression décolle (dissèque) la paroi aortique, la divisant en deux et constituant une poche de sang circulant (faux chenal) séparée de la lumière de l'artère (vrai chenal) par le feuillet interne décollé (flap). La déchirure peut se produire dans n'importe quel segment de l'aorte et progresser en aval et/ou en amont.

Le grand risque est la rupture de la paroi externe de l'aorte sous l'effet de la pression. Cette rupture provoque une hémorragie foudroyante. Parfois, l'hématome s'organise et est progressivement remplacé par un tissu fibreux résistant. C'est la dissection aortique chronique.

Lorsque la dissection aortique survient, le tableau clinique est dramatique : le patient ressent une douleur thoracique brutale, intense, postérieure ou précordiale, syncopale,

accompagnée d'angoisse, de vomissements ; une gêne respiratoire (dyspnée). Le reste des manifestations clinique peut être en rapport avec l'obstruction des branches de l'aorte par la paroi disséquée ainsi on peut avoir collapsus circulatoire par occlusion des coronaires, perte de connaissance et hémiplégie par obstruction des carotides, douleurs abdominales, diminution de la sensibilité et de la motricité des jambes, parfois même une paraplégie.

Le médecin peut à l'auscultation entendre un souffle diastolique au foyer aortique et noter la disparition d'un pouls périphérique.

Le diagnostic doit être confirmé par des examens d'imagerie qui vont orienter la prise en charge chirurgicale en précisant la porte d'entrée, l'extension de la dissection, les branches aortiques atteintes, le vrai et faux chenal. Ils rechercheront une insuffisance aortique et des signes de gravité faisant redouter une rupture aortique (hématome médiastinal, épanchement péricardique ou pleural).

L'échocardiographie trans thoracique mais surtout transoesophagienne est un examen essentiel en urgence qui montre des images souvent typiques du voile intimal flottant épais (« flap ») et de la porte d'entrée qui apparaît comme une solution de continuité au niveau du voile intimal, zone de communication entre les deux chenaux.

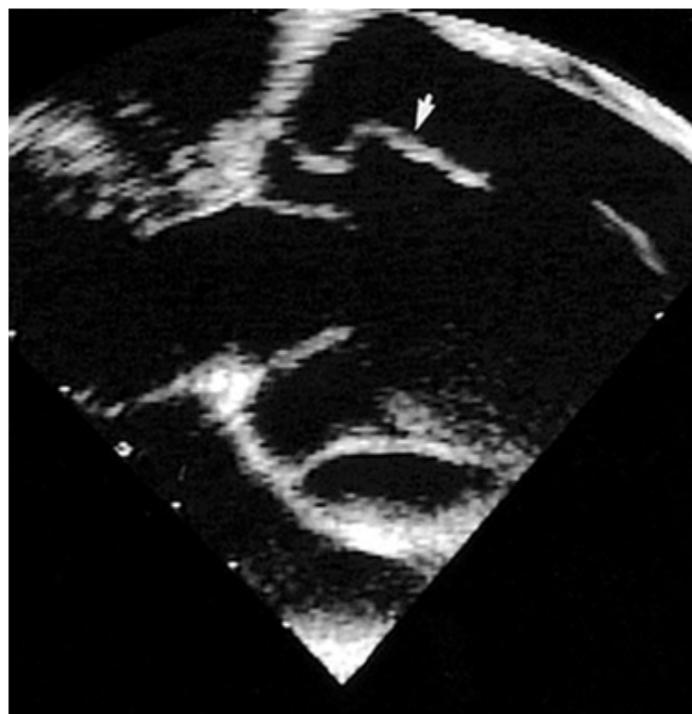


Image échographique montrant le flap décrochant la valve aortique ; et la porte d'entrée.

La tomodensitométrie de l'aorte ascendante, examen facile à réaliser et peu opératoire dépendant, identifie les portes d'entrées, analyse la racine aortique et l'extension de la dissection aux artères coronaires, aux branches viscérales ou aux troncs supra-aortiques.

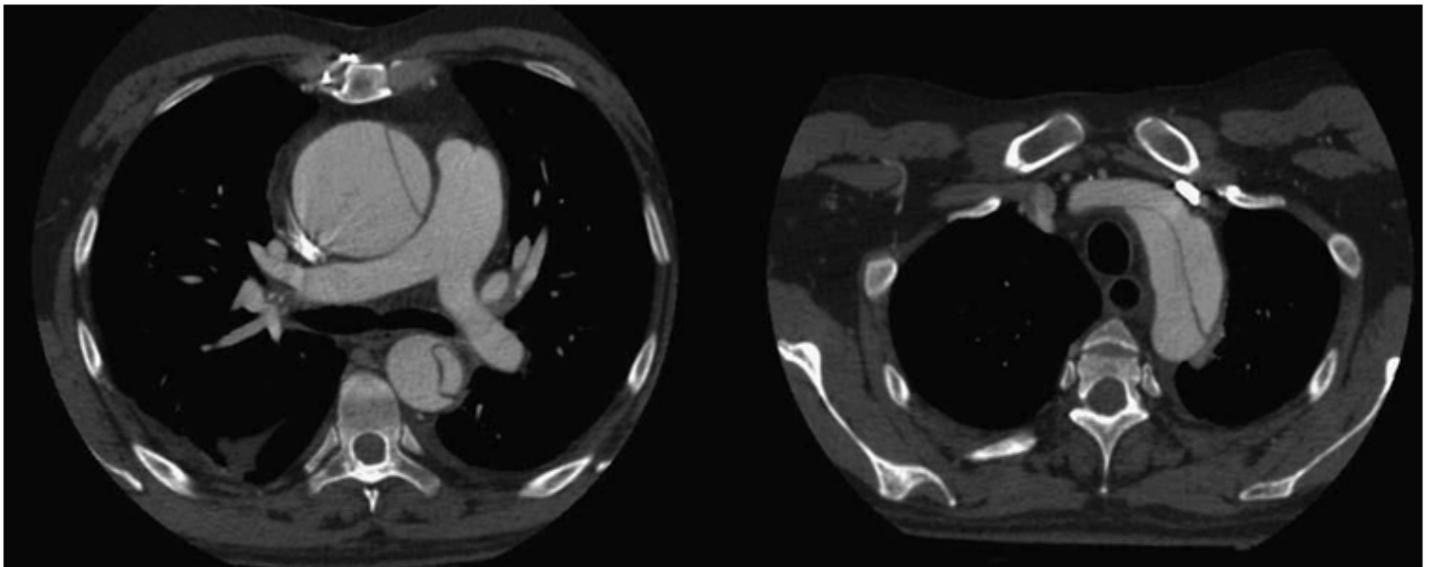


Image scanographique d'une dissection aortique étendue à la crosse aortique montrant le flap intimal.

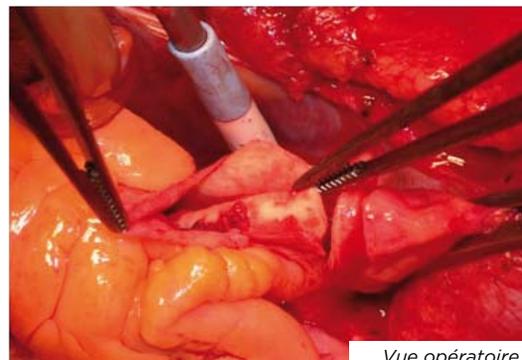
L'échographie transthoracique ou l'angiotomodensitométrie aortique permet de classer la dissection selon la classification de Stamford qui demeure une aide à la décision thérapeutique ; elle est simple, accessible à tous les praticiens, permettant de déclencher au plus vite une stratégie thérapeutique adaptée ; de préciser une lésion de type A, qui se définit par une porte d'entrée sur l'aorte ascendante et la crosse, ou une lésion de type B dont la porte d'entrée se trouve sur l'aorte descendante, après l'artère sous-clavière gauche. Il existe une sous-classe « non A non B » dans laquelle une lésion intimale évoluant initialement dans le sens antérograde depuis l'aorte descendante peut s'aggraver par une dissection rétrograde sur la crosse et l'aorte ascendante.

De par cette classification on détermine la nécessité ou non de la prise en charge chirurgicale. Les comorbidités, les lésions associées et l'état hémodynamique du patient précisent le degré d'urgence. Ainsi, à la phase aiguë, les dissections de type A relèvent dans 95 % des cas d'un traitement chirurgical immédiat. Pour certains patients ayant des comorbidités à haut risque chirurgical (âge, insuffisance rénale, respiratoire et cardiaque) un traitement médical ou endovasculaire, si les conditions anatomiques s'y prêtent, peut être discuté.

L'intervention est réalisée par sternotomie médiane (ouverture verticale du sternum), après exposition du cœur, le patient est mis sous circulation extracorporelle (une machine cœur-poumon assurant de façon temporaire la perfusion corporelle) et le cœur est arrêté. L'aorte est résectionnée et les deux feuillets collés, la valve aortique est remise en place si elle a été désinsérée par la dissection et l'aorte remplacée par une prothèse tubulaire synthétique en Dacron. Dans quelques cas, le chirurgien peut être obligé de remplacer la valve ou d'élargir la résection de l'aorte jusqu'à la crosse.

La prise en charge chirurgicale des dissections de type B est conditionnée par les complications ischémiques appelées dans ce cadre spécifique « mal perfusion » correspondant à une ischémie d'organe ou des membres inférieurs. Il peut toucher les artères de la moelle épinière, de l'appareil digestif, des reins ou des membres inférieurs.

De ce fait l'algorithme décisionnel pour les dissections de type B peut se décliner comme suit : si le type B n'est pas compliqué, le traitement de référence reste médical, centré sur le contrôle tensionnel, le suivi clinique et iconographique à court, moyen et long terme. Si la dissection est compliquée, une solution endovasculaire est privilégiée, en concertation avec l'équipe chirurgicale. L'étape thérapeutique ultime reste la chirurgie le plus souvent après un échec endovasculaire de fenestration et ou d'hémostase.



Vue opératoire



Remplacement de l'aorte par une prothèse en dacron.

En somme, la dissection aortique est une condition potentiellement fatale qui nécessite un diagnostic et une intervention précoces permettant d'améliorer le pronostic immédiat et à long terme dans l'espoir d'améliorer le pronostic de cette pathologie.