



Un cas de dissection aortique traumatique découverte à Bamako (Mali)

One case of traumatic aortic dissection in Bamako (Mali)

Boubacar DIALLO¹, Sadio YENA², Kassoum SANOGO³, Seydou DIAKITE¹, Ilo Bella DIALLO¹, Eugen NDIRAHISHA¹

- (1) service de Cardiologie 'B', C.H.U du Point G, Bamako (Mali)
(2) Service de Chirurgie 'A', C.H.U du Point Bamako (Mali)
(3) Service de Cardiologie, C.H.U Gabriel Touré, Bamako (Mali)

Correspondance : Docteur Sadio Yena;
CHU du Point G BP. 2368 Bamako-Mali
E.mail : sadioy@hotmail.com

Résumé

Nous rapportons un cas de dissection aortique thoraco-abdominale traumatique chez un adulte associée à une cardiomyopathie hypertensive. Le tableau clinique associait à la douleur thoraco-lombaire un souffle d'insuffisance aortique anciennement inexistant. L'étiologie était considérée comme traumatique devant la précession d'un choc thoraco-abdominal lors d'une agression avec choc thoraco-abdominal. Le diagnostic cliniquement évoqué sera confirmé par l'imagerie. Le traitement restera conservateur à cause des conditions de socio-économiques précaires du patient et la non disponibilité d'unité de chirurgie cardiaque à Bamako.

Mots clés : Dissection-Traumatisme-Aorte.

Summary

It is about an observation of traumatic dissection of thoraco-abdominal aorta in an adult, somewhere else suffering from hypertensive cardiomyopathy. The clinical picture associated thoraco-lumbar pain, and the appearance of a formerly non-existent sign of aortic insufficiency. The etiology was considered as traumatic in front of the precession of a thoraco-abdominal shock. Clinically evoked diagnosis will be confirmed by the prints. The treatment remained medical because of the absence of heart surgery unit in Bamako and in front of the beggary of the patient not allowing him to be evacuated towards a better equipped centre.

Keywords: Dissection-Traumatism-Aorta.

Introduction

La dissection aiguë de l'aorte thoracique est une éventualité rare mais grave surtout dans un contexte de pénurie. En Occident, elle constitue de par son pronostic sévère, une des premières urgences chirurgicales cardiovasculaires [1,2,3]. Elle est décrite le plus souvent chez l'homme et au-delà de 50 ans. Son diagnostic repose sur la clinique, parfois trompeuse et surtout l'imagerie (l'échographie transoesophagienne, l'angioScan et

l'angiIRM). Ces moyens d'investigations permettent également d'en préciser la classification, base d'une indication thérapeutique efficace. La prise en charge de ses formes chirurgicales a été récemment améliorée par l'utilisation de colles biologiques. L'ensemble de ces difficultés diagnostiques et thérapeutiques chirurgicales, la rareté des dissections aortiques d'origine traumatique nous a incité à rapporter le premier cas du genre décrit dans le service de Cardiologie " B " du CHU du Point " G " à Bamako au Mali.

Observation

M. Y.B. 42 ans, de sexe masculin, commerçant résident à Bamako est hospitalisé pour la première fois dans le service de cardiologie B du C.H.U. du point G le 18/05/04 pour insuffisance cardiaque. Il est tabagique à 12P/A et rapporte dans ses antécédents médicaux une hypertension artérielle connue depuis 3 ans et irrégulièrement traitée. Il signale l'installation insidieuse depuis trois mois d'une dyspnée initialement d'effort, rapidement orthopnéique, insomniante, associée à une toux d'effort et nocturne parfois hémoptoïque. Il nous est conduit devant l'insuccès des différentes thérapeutiques digitalo-diurétiques prescrites par différents cardiologues en externe. A l'entrée, il s'agit d'un patient amaigri, bien coloré mais essoufflé. L'auscultation cardio-pulmonaire retrouvait une tachycardie régulière à 120 bat/min avec un galop mitral protodiastolique, des bruits du cœur assourdis et une régurgitation mitrale protosystolique. Les poumons étaient granuleux aux bases, le foie augmenté et douloureux, les jugulaires turgescentes et la tension artérielle à 170/140 mm hg.

Les résultats du bilan d'admission étaient :

- Un électrocardiogramme

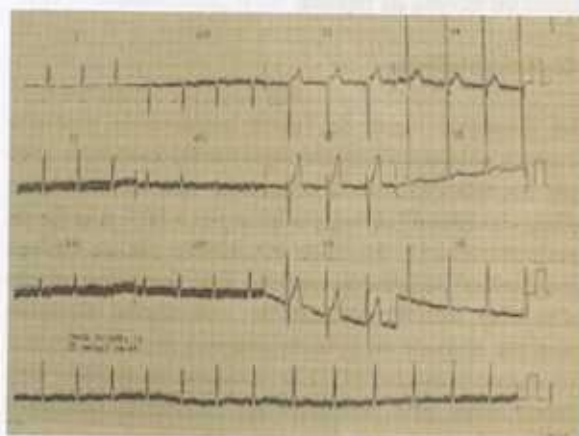


fig 1 : Rythme sinusal avec hypertrophie ventriculaire gauche

de repos déroulant un rythme sinusal à 120 bat/min avec une hypertrophie ventriculaire gauche.

- Une cardiomégalie à la radiographie thoracique de face avec stase veineuse.



fig 2 : thorax de face : cardiomégalie avec saillie convexe de l'arc moyen gauche sans foyer pleuro-parenchymateux apparent.

Un ventricule gauche était globuleux à l'échographie cardiaque, dilaté (diamètre télé diastolique ventriculaire gauche à 60 mm) et hypertrophié (épaisseur septale et pariétale à 14 mm). Les valves étaient de texture normale avec une cinétique de bas débit et les fonctions systoliques et diastoliques ventriculaires gauches altérées (FR=18,9% et E<A). Ailleurs il existait un épanchement péricardique modéré postéro latéral.

- La biologie a montré une créatinémie à 173,5micro mol/l, une glycémie et une formule sanguine normales. La sérologie HIV est revenue négative.

- L'écho-doppler rénal était sans particularité.

Au total, il s'agissait d'une insuffisance cardiaque chronique systolo-diastolique d'origine hypertensive associée à une insuffisance rénale et évoluant favorablement sous traitement conventionnel diurétique, vasodilatateur et antiagrégant plaquettaire associé à l'éviction sodée. M. Y.B. quitte le service le 28/05/04 fonctionnellement muet avec un examen physique cardio-pulmonaire physiologique et de bonnes constantes hémodynamiques sous régime hyposodé, Furosemide 40 mg/j, Captopril 25mg/j, et Aspégic 100mg/j. Le 10/06/04, le patient est réadmis pour une syncope précédée de violentes douleurs thoraco-lombaires et secondaire à un traumatisme thoraco-abdominal (coups de coude et de genou assénés lors d'une agression).

L'auscultation cardiaque retrouvait une fréquence à 100 bat/min avec un souffle diastolique le long du bord gauche du sternum, d'intensité 3 à 4/6 absent jusque là et isolé, sans signes de stase.

La tension artérielle était à 150/110 mm hg.

A la radiographie pulmonaire frontale (fig 3 et 4),



fig 3 : Dissection vue de face : Elargissement médiastinal moyen et supérieur avec double contour du bouton aortique.

le cœur était augmenté de volume (index cardio-thoracique à 66,1%) sans signe d'hypertension veino-capillaire associée mais avec un élargissement médiastinal supérieur par une dilatation aortique avec double bouton. Ce tableau évoquait vraisemblablement



fig 4 :

Dissection de profil gauche : Ectasie aortique segmentaire septomitrail et flap intimal. On notait par ailleurs une formation échogène intimale antérieure étendue à toute l'aorte visible (compatible avec un thrombus) et une régurgitation aortique au doppler.

une dissection aortique. Ce qui a été confirmé par :

-Une échocardiographie avec doppler (fig 5) retrouvant une cardiomyopathie dilatée hypertrophique normocontractile avec énorme dilatation aortique initiale à 65,1mm étendue à l'anneau avec désin sertion de la sigmoïde postérieure, fluttering



fig 5 : Echo-Cœur

Aspect de cardiomyopathie hypertrophique normocontractile, dilatation aortique avec Fluttering septomitrail et thrombus antérieur pariétal.



fig 6 : Echo-doppler de l'aorte abdominale Dilatation aortique avec dédoublement des écho pariétaux et présence de formations cruoriques sur tout le segment actasié.

- Une dilatation de l'aorte abdominale à l'écho-doppler (fig 6) à 45,1 mm, étendue de l'origine du tronc coeliaque jusqu'au départ des artères rénales et associée à une formation cruorique sur tout ce trajet.

Il s'agissait alors d'une dissection aortique (type I ou type III avec extension rétrograde de DE BAKEY) sur une cardiomyopathie hypertensive. La notion de traumatisme violent thoraco-abdominal et l'absence de signes cliniques et complémentaires de dissection lors de sa première admission (absence de souffle diastolique, aorte de diamètre normal à l'écho-cœur et une silhouette médiastinale normale sur le premier cliché pulmonaire) orientent vers une étiologie traumatique malgré la coexistence d'autres facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle et le tabagisme modéré.

Le traitement restera médical devant l'absence d'unité de chirurgie cardiovasculaire à Bamako et devant l'impossibilité du malade à supporter les coups financiers d'une évacuation sanitaire vers un centre plus équipé en dehors du Mali.

Malgré un traitement médical conservateur, le 05 /10/2004, il décède brutalement par choc hypovolémique après précession de violentes douleurs abdominales évoquant un tableau de rupture.

Commentaires

La dissection aiguë de l'aorte constitue la première urgence chirurgicale en chirurgie cardio-vasculaire avec une mortalité spontanée importante estimée à 50% de décès dans les 48 premières heures et à 80% à la fin du premier mois [1, 3]. Elle est définie par un clivage longitudinal de la média aortique avec formation brutale d'un flap intimal séparant le vrai chenal (lumière aortique normale ou cylindre interne) d'un faux chenal ou cylindre externe [4]. Elle intéresse en premier lieu l'aorte mais peut s'étendre aux différentes branches collatérales ou de divisions. On distingue deux classifications dont la plus récente est celle de STANFORD avec deux types A et B.

Il s'agit d'une pathologie relativement rare (1 à 5 cas pour 100.000 habitants par an) et apparaissant le plus souvent entre 60 et 70 ans [3,4]. Toutefois elle peut toucher des patients âgés de moins de 20 ans (avec alors une prédisposition familiale) ou de plus de 80 ans (habituellement hypertendus et victimes de dissection de type B). Les facteurs étiologiques en sont multiples et les plus fréquemment rencontrées sont : hérédodystrophies du tissu conjonctivo-élastique, malformations aortiques, l'athérosclérose, HTA, grossesse, artérite inflammatoire et traumatisme. L'homme est 2 à 3 fois plus touché que la femme. Le tableau classique clinique associe douleur thoracique migratrice prolongée, d'allure infarctoïde associée à une asphygmie et à une insuffisance aortique de novo. D'autres symptômes peuvent être associés en fonction de l'extension de la dissection aux troncs

artériels thoraciques ou abdominaux. Il peut s'agir de manifestations neurologiques, digestives, rénales ou pulmonaires par mécanismes variés (extension de la dissection, ischémie, compression d'un organe de voisinage ou par rupture) [1, 3, 4].

L'ECG est normal le plus souvent et surtout permet d'éliminer un infarctus du myocarde constituant un premier diagnostic différentiel avec une prise en charge totalement différente. Cependant des anomalies de repolarisation de type ischémique peuvent exister et expliquées alors par une extension du processus de dissection aux artères coronaires.

Habituellement normale, la radiographie thoracique peut montrer parfois un élargissement du médiastin supérieur ou une pleurésie. Il n'apparaît pas de mouvement enzymatique dans la dissection de l'aorte et le diagnostic est réalisé par l'échographie transthoracique ou surtout transoesophagienne, l'angioscan, l'angio IRM ou l'aortographie ; examens permettant ailleurs un bilan d'extension.

Le traitement dépend surtout du type de dissection. Le traitement médical par des vasodilatateurs créant une hypotension artérielle contrôlée n'a guère modifié les statistiques concernant les dissections aortiques de type A [5]. Actuellement, il est indiqué essentiellement dans le type B ; toutefois avec possibilité ici d'indication chirurgicale future [1, 2, 3]. En revanche, les progrès considérables réalisés dans le domaine chirurgical, grâce à l'introduction de la colle biologique, font qu'actuellement la dissection aiguë de l'aorte de type A est devenue un exemple type d'urgence cardiovasculaire. Cette prise en charge chirurgicale nécessite en règle une circulation extra-corporelle associée à une protection médullaire de rigueur. Si la dissection est localisée à l'aorte ascendante (Type AI) ; elle se prête alors particulièrement bien à une chirurgie d'exérèse totale [6]. Le plus souvent il s'agit d'une dissection aiguë de type A IV, la chirurgie se contentera alors dans la plus part des cas, à ne remplacer que l'aorte ascendante pour éviter une rupture intra péricardique et traiter

l'insuffisance aortique, soit par plastie, soit par remplacement valvulaire. On élimine ainsi les deux principales causes de létalité qui entraînent le décès de 80% des patients au cours de la première semaine. On laisse en place la dissection d'aval qui évoluera vers la chronicité avec la possibilité d'envisager sa cure chirurgicale dans un deuxième temps [6]. Le pronostic est lié au type et aux moyens thérapeutiques disponibles. Il est bon dans le type B et réservé dans le type A.

Conclusion

La dissection aortique est relativement rare et constitue dans le type A une véritable urgence chirurgicale. Son diagnostic qui est amélioré actuellement grâce à l'imagerie médicale moderne reste difficile dans notre contexte. Le pronostic de ses formes chirurgicales dépend de la célérité dans le diagnostic et à la disponibilité d'équipe chirurgicale compétente. Il est cependant réservé même dans les centres équipés.

Références

1. **D. Guilmet, d.le houero, G. Ghorayeb.** Réalités cardiologiques- n° 197 - 2004 ; page 7.
2. **De Bakey Me, Henly Ws, Cool Ey Da et Al.** Surgical management of dissecting aneurysm of aorta. J Thorac cardiovasc surg, 1965 ; 49 :130.
3. **Erbel R, Alfonso F, Boileau C et Al.** Dignosis and Management of Aortic Dissection-Recommendations of Task Force and Aortic Dissection, European Society of Eardiology ; European Heart Journal (2001) 22, 1642-81.
4. **J. P. Saal, P.jessen, S. El amine, A. Aymard.** Réalités cardiologiques n°197- mai 2004, page 17.
5. **D. Guilmet, C. Laurian, F. Gigou :** La colle gélatine-résorcine-formaldéhyde en chirurgie vasculaire. Nouv. Presse Méd., 1977, 6, 3221 - 3223.
6. **D. Guilet :** Chirurgie des dissections aiguës de l'aorte. EMC (Paris) 42743 - 9, 1990.