

AVC : n'oubliez pas l'aorte !

Stroke : don't forget the aorta !

**C. Godefroid¹, S. Moubayed¹, B. El Nakadi², E. De Vuyst¹
et P. Dubois¹**

¹Service de Cardiologie, ²Service de Chirurgie cardiaque, Hôpital Civil Marie Curie

RESUME

Nous présentons un cas particulier d'accident vasculaire cérébral survenu chez une patiente de 45 ans.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 43-5

ABSTRACT

We are presenting a particular case of stroke occurring in a 45-years old woman

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 43-5

Key words : aorta, dissection, stroke

CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente de 45 ans connue pour une anémie ferriprive, un tabagisme actif important (1 paquet/jour), ayant bénéficié d'une gastroplastie 5 ans auparavant. La patiente est admise via les Urgences pour un trouble de la vue et des céphalées, suivis par une perte de connaissance avec hémiparésie gauche au réveil survenu 4 h avant son admission.

Le CT cérébral réalisé 1 h après l'admission aux Urgences ne montre pas de stigmate hémorragique, mais le délai (au-delà des 4 h 30) ne permet pas d'envisager une thrombolyse. Une IRM cérébrale est réalisée le lendemain et confirme la présence de 4 embolies ischémiques récents au niveau fronto-pariétal droit. La patiente est placée en surveillance aux soins intensifs où une échographie cardiaque trans-thoracique permet de visualiser une insuffisance aortique qui paraît légère.

Trente-six heures plus tard, la patiente est transférée en neurologie où une nouvelle échographie cardiaque est programmée au jour +4. Celle-ci confirme la présence d'une insuffisance aortique modérée à sévère dont le mécanisme semble être une modification de la géométrie de la racine aortique (sans dilatation) avec altération de la cinétique des cuspidés (intrinsèquement saines par ailleurs). Une échographie trans-œsophagienne est ensuite réalisée (figures 1, 2 et 3) et permet de visualiser une dissection aortique de type A selon Stanford avec deux orifices d'entrée juste après le départ des artères coronaires, s'étendant jusqu'à la crosse. Le scanner confirme la dissection

qui s'arrête juste après l'émergence de l'artère sous-clavière gauche avec une petite extension vers la portion proximale de la carotide primitive gauche.

La patiente est opérée en urgence et bénéficie d'un remplacement de l'aorte ascendante avec préservation intacte de la valve aortique (qui se confirme être tricuspide et saine), un orifice d'entrée est visualisé au niveau du sinus non coronaire juste sous la jonction sino-tubulaire. En dehors d'une fibrillation atriale paroxystique post-opératoire précoce,

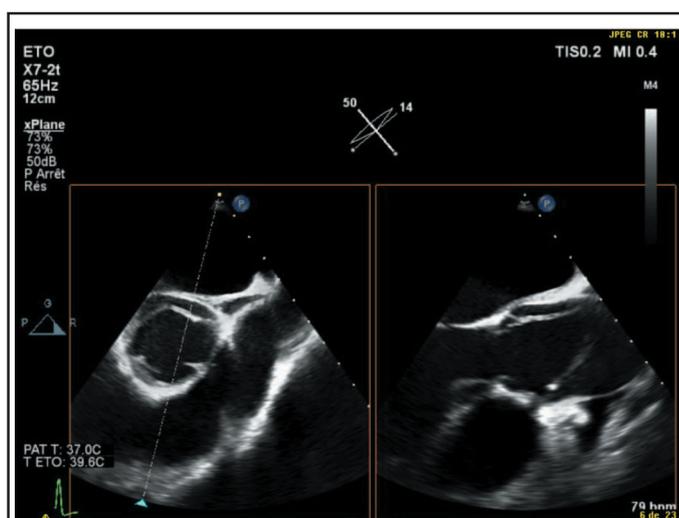


Figure 1 : Coupes de deux plans perpendiculaires obtenus à l'ETO (échographie trans-œsophagienne) : à gauche la valve aortique en petit axe où l'on distingue nettement le faux chenal, à droite la racine aortique en long axe où l'on peut clairement visualiser le flap intimal délimitant vraie et fausse lumière.

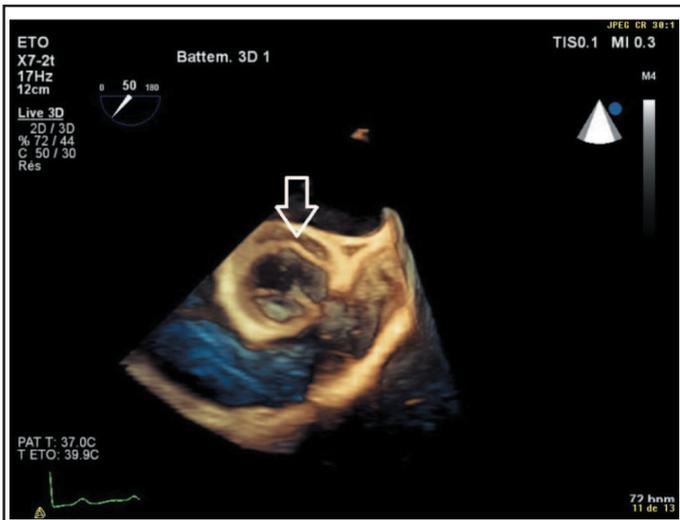


Figure 2 : Coupe 3D de la valve aortique en petit axe (fausse lumière : flèche).

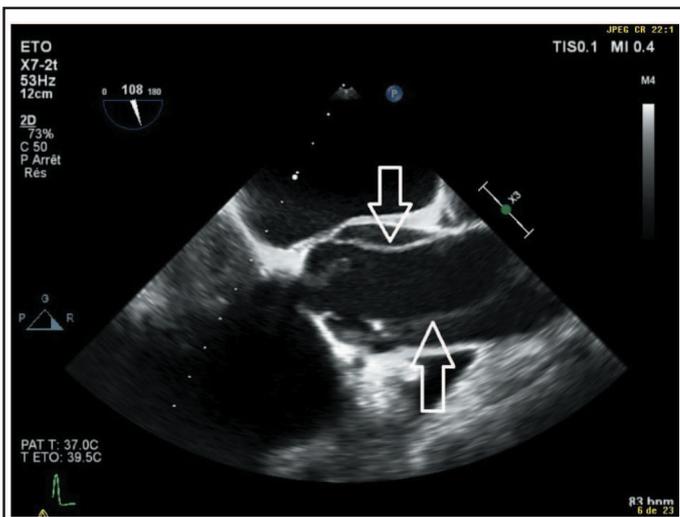


Figure 3 : Coupe long axe de la racine aortique (flap intimal : flèches).

l'évolution est rapidement favorable, l'insuffisance aortique a totalement régressé. L'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire montre des remaniements inflammatoires nets prédominants au niveau de l'adventice associés à des remaniements athéromateux aspécifiques de la paroi artérielle.

L'anamnèse ciblée, a posteriori, ne fait état d'aucune douleur thoracique, pas d'hypertension connue, d'aucun autre antécédent personnel ou familial.

DISCUSSION

La dissection aortique est une pathologie peu fréquente, avec une incidence de 6/100.000 personnes/année, augmentant avec l'âge, touchant plus fréquemment les hommes que les femmes¹. Selon la classification de Stanford, on distingue classiquement la dissection de type A, avec entorse de l'aorte ascendante, et le type B qui ne concerne que l'aorte descendante. La dissection est considérée comme aiguë les 14 premiers jours, subaiguë dans un délai de 15 à 90 jours et chronique au-delà. Elle est associée à

des complications précoces et un taux de mortalité élevé, estimé généralement à 1 % par heure durant les premières 48 h d'une dissection aiguë de type A non opérée. La chirurgie est bien entendu le traitement de choix et permet de réduire la mortalité à 1 mois de 90 % à 30 %. Néanmoins, malgré l'amélioration des techniques chirurgicales, la mortalité péri-opératoire reste aux alentours de 25 %¹. La dissection est définie comme une perte de continuité dans la média provoquée par un saignement intramural. Il en résulte la séparation des couches de la paroi aortique et la formation d'un double chenal déterminant une vraie et une fausse lumière. Il s'agit d'un processus dynamique qui peut survenir n'importe où dans l'aorte donnant ainsi lieu à un large spectre clinique. Les présentations cliniques et complications les plus fréquentes sont une douleur thoracique (80 %) de début brutal (85 %) et une insuffisance aortique (40-75 %). Le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé est l'hypertension artérielle (65-75 %)^{1,2}. Hormis l'âge et le sexe déjà évoqués, on retiendra également le tabac, une maladie aortique préexistante, la bicuspidie aortique, les antécédents familiaux ou de chirurgie cardiaque ainsi que le traumatisme thoracique et l'usage de drogue intraveineuse.

Certaines maladies génétiques peuvent affecter l'aorte, on distingue généralement les maladies syndromiques (Marfan, Turner...) des atteintes non syndromiques familiales.

Parmi les présentations cliniques moins fréquentes, le tableau neurologique peut parfois dominer (15-40 % dont la moitié est transitoire). Le mécanisme peut être un manque de perfusion cérébrale, une compression de nerf périphérique ou des thromboembolismes distaux¹ (une des hypothèses physiopathologiques étant que l'orifice de dissection soit plus fréquemment situé à hauteur d'une plaque athéromateuse, potentielle source d'embolisation).

En résumé, il s'agit donc d'une présentation atypique de dissection aortique aiguë : chez une dame, jeune, sans hypertension artérielle connue, sans antécédent cardio-vasculaire personnel ou familial, qui n'a pas présenté de douleur thoracique, mais un tableau neurologique transitoire sur thromboembolismes et hypoperfusion cérébrale probable (l'IRM cérébrale ne comportant pas de séquence de perfusion, il ne nous est pas possible d'affirmer ou d'infirmier cette hypothèse).

Les seuls éléments qui plaident en faveur du diagnostic de dissection aortique sont l'insuffisance aortique (40-75 % des dissections de type A) et le tabagisme.

La patiente ne présente par ailleurs aucun tableau syndromique ni d'antécédents familiaux qui nous orienteraient vers une origine génétique.

Ce cas souligne bien la difficulté diagnostique rencontrée pour ce type de pathologie : à prévalence

faible, avec des présentations cliniques très variables, souvent atypiques et pour laquelle un diagnostic tardif peut s'avérer désastreux. La probabilité a priori d'être face à une dissection aortique est donc particulièrement faible chez ce type de patients et seul un haut degré de vigilance permettra d'en établir le diagnostic.

Dans ces cas où la probabilité a priori est faible, nous avons besoin d'un test de haute sensibilité afin d'exclure le diagnostic. La Société Européenne de Cardiologie recommande notamment, en cas de suspicion de syndrome aortique aigu, de considérer les biomarqueurs en fonction de la probabilité clinique (IIa, C). En cas de probabilité clinique faible, le dosage des D-dimères devrait être utilisé comme test d'exclusion diagnostique (IIa, B)¹. Leur sensibilité est estimée à 97-98 % sur base d'un cut-off à 500 ng/ml^{2,3}.

Notre cas souligne également l'intérêt du bilan cardiologique systématique chez les patients victimes d'un AVC et plus spécifiquement l'indication de l'échographie trans-œsophagienne qui possède une meilleure sensibilité et spécificité (99 % et 89 %) que l'échographie trans-thoracique (77-80 % et 93 %) chez les patients jeunes qui n'ont pas de pathologie cardiovasculaire connue ou chez qui la probabilité d'une origine cardio-embolique est élevée¹.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Erbel R, Aboyans V, Boileau C *et al.* : 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2014 ; 35, 2873–926
2. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM *et al.* : The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD) : new insights into an old disease. *JAMA* 2000 ; 283 : 897-90
3. Asha SE, Miers JW : A Systematic Review and Meta-analysis of D-dimer as a Rule-out Test for Suspected Acute Aortic Dissection. *Ann Emerg Med.* 2015 ; 66 : 368-78

Correspondance et tirés à part :

C. GODEFROID
Hôpital Civil Marie Curie
Service de Cardiologie
Chaussée de Bruxelles, 140
6042 Lodelinsart (Charleroi)
E-mail : cgodefro@ulb.ac.be

Travail reçu le 11 mai 2016 ; accepté dans sa version définitive le 6 juillet 2016.