

Dissection aortique de type Stanford-A, diagnostiquée par l'ischémie aiguë d'un membre inférieur

Stanford-A aortic dissection, diagnosed with acute lower limb ischaemia

BEAUPREZ M., LHOIR M. et GUÉRISSE F.

Service des Urgences, CHU de Charleroi

RÉSUMÉ

La dissection aortique est une urgence vitale peu fréquente dont le pronostic reste sombre. La présentation clinique peut parfois être atypique.

Un homme de 39 ans s'est présenté dans un service d'urgences avec une ischémie aiguë d'un membre inférieur. Le bilan a révélé une dissection aortique de type A, selon Stanford. Le patient a bénéficié d'une cure chirurgicale en urgence par résection de l'aorte ascendante disséquée et interposition d'une prothèse en Dacron.

Face à une clinique d'ischémie de membre inférieur, il est nécessaire d'exclure une potentielle dissection aortique.

Rev Med Brux 2023 ; 44: 134-136

Doi : 10.30637/2023.22-014

Mots-clés : Dissection aortique, ischémie des membres inférieurs, Stanford-A

ABSTRACT

Aortic dissection is a rare life-threatening emergency with a poor prognosis. The clinical presentation can be atypical. A 39-year-old man presented to an emergency department with acute lower limb ischaemia. A Stanford type A aortic dissection is diagnosed. An emergency surgery was performed by resecting ascending aorta and replacement by Dacron prosthesis.

Facing a lower limb ischaemia clinic, it is necessary to exclude aortic dissection.

Rev Med Brux 2023 ; 44: 134-136

Doi : 10.30637/2023.22-014

Key words : Aortic dissection, lower limb ischaemia, Stanford-A

INTRODUCTION

La dissection aortique est une urgence vitale peu fréquente (4 à 10/100.000 personnes par an)¹. La présentation clinique classique est dominée par la présence d'une douleur thoracique rétro-sternale irradiant vers la région interscapulaire². Cependant, elle peut être aussi atypique que peu évocatrice de dissection aortique. Il est donc important de connaître les différentes présentations cliniques, y compris rares, afin de ne pas manquer le diagnostic d'une pathologie au pronostic si sombre¹.

Ce cas clinique concerne une dissection aortique de type Stanford A, avec une présentation clinique atypique.

CAS CLINIQUE

Un homme de 39 ans est admis aux urgences par ses propres moyens suite à l'apparition d'une douleur brutale au niveau de la face postérieure de la cuisse droite, une heure plus tôt. Comme seuls antécédents médicaux connus initialement, on trouve un tabagisme ancien et une notion de migraine.

A l'admission, on note une pression artérielle à 164/77 mmHg au membre supérieur droit, un rythme cardiaque à 65 battements par minute et une saturation à 95 % à

l'air ambiant. Lors de l'examen clinique, on retrouve un patient inconfortable et transpirant. Un souffle aortique systolique est quantifié à 2/6. Le membre inférieur droit est froid et sans pouls palpé depuis la région fémorale jusqu'en distalité de celui-ci.

Un angio-scanner aortique révèle une dissection aortique de type A selon Stanford, débutant à la base de l'aorte ascendante depuis la valve aortique et s'étendant jusqu'aux artères iliaques, avec thrombose de l'artère iliaque primitive droite.

Le patient a bénéficié d'une cure chirurgicale en urgence par résection de l'aorte ascendante disséquée et interposition d'une prothèse en Dacron de 26 mm de diamètre, sous arrêt circulatoire. En post-opératoire, le patient a séjourné aux soins intensifs durant sept jours. Au réveil, il présentait une hyperesthésie de la cuisse gauche sans dermatome précis, disparaissant sans intervention médicale spécifique. Il a également présenté une infection inguinale gauche à *Klebsiella pneumoniae* et *Escherichia coli*, au niveau de la plaie de la canulation artérielle fémorale gauche ayant évolué parfaitement sous témocilline (14 jours) et sulfaméthoxazole/triméthoprime (5 jours). Un syndrome post-péricardotomie a été rapidement contrôlé par anti-inflammatoires.

Le contrôle tensionnel s'est avéré strict, une quadrithérapie fût nécessaire afin d'obtenir une pression artérielle inférieure à 130 mmHg de systolique. Le patient a ensuite pu rentrer au domicile avec un suivi rapproché, après 29 jours d'hospitalisation, sans séquelle.

Après le bilan (y compris anatomopathologique), l'étiologie retenue est l'association d'une hypertension artérielle avouée non traitée de longue date, un syndrome d'apnée du sommeil et une obésité morbide.

REVUE GÉNÉRALE DE LA LITTÉRATURE SUR LA DISSECTION AORTIQUE

La dissection aortique aiguë est définie par l'interruption de la couche média provoquée par un afflux sanguin provenant de la lumière aortique au travers d'une déchirure de l'intima créant la formation de deux chenaux appelés fausse et vraie lumière. Elle reste plus fréquente chez l'homme âgé mais est plus mortelle pour la femme. Parmi les facteurs de risque, nous trouvons l'hypertension artérielle (65-75 % des cas), l'athérosclérose, le diabète, un traumatisme thoracique, le tabagisme, la présence d'un anévrisme aortique, le syndrome de Marfan, l'usage de drogue intraveineuse ou encore une maladie inflammatoire comme l'artérite de Takayasu¹.

La clinique s'explique par la brutalité de la constitution du faux chenal et de ses complications. Le plus fréquemment, les patients présentent une douleur thoracique intense (90 % des cas) prolongée, décrite comme déchirante et accompagnée d'une hypertension artérielle². Lorsque celle-ci débute au niveau de l'aorte ascendante, la douleur se situe au niveau rétro-sternal et migre en interscapulaire, alors que si elle débute au-delà de la crosse, la douleur peut débuter dans le dos ou au niveau de l'abdomen en fonction de sa localisation initiale. Elle peut également s'accompagner de syncope, de manifestations vagales comme les sueurs froides, de nausées ou de vomissements.

Il existe différentes classifications de la dissection aortique, comme la classification Stanford, celle de DeBakey ou encore la dernière proposée en 2020 par Lombardi *et al.*³

L'examen clinique peut déceler un souffle diastolique d'insuffisance aortique, une asymétrie tensionnelle supérieure à 20 mmHg, l'absence de pouls périphériques ou encore un déficit neurologique

moteur⁴. On retrouve cette asymétrie tensionnelle, pourtant célèbre, uniquement dans 19 à 30 % pour les dissections de type A et dans 9 à 21 % pour le type B⁵.

La dissection aortique peut se compliquer de différentes manières en fonction de la progression anatomique du faux chenal, avec un état de choc avec collapsus vasculaire issu d'une rupture aortique ou d'une tamponnade, une ischémie myocardique (20 %), des déficits neurologiques comme un accident vasculaire cérébral (10-40 % des dissections de type A) ou encore d'une ischémie de membre⁴.

Le diagnostic est urgent et repose sur un ensemble d'outils, comme la clinique et la connaissance des présentations variées. L'imagerie par CT scanner reste l'examen de choix³ par sa facilité d'accès et son évaluation globale avec une sensibilité de 100 % et une spécificité de 98 %⁶. Il est à noter l'existence d'un score de probabilité pré-test réalisé par l'*American Heart Association*, qui n'est pas encore validé par l'*European Society of Cardiology*.

La prise en charge thérapeutique se fait en fonction du type de dissection selon Stanford, des comorbidités, des lésions associées et de l'état hémodynamique du patient⁷. Celle-ci sera soit chirurgicale (type A et type B avec complications) ou médicale (type B non compliquée) avec une stratégie tensionnelle, rythmique et antalgique^{3,7}.

REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LES DISSECTIONS AORTIQUES RÉVÉLÉES PAR L'ISCHÉMIE D'UN MEMBRE

Le syndrome de malperfusion comprend toutes anomalies secondaires au déficit perfusionnel lié à l'extension de la dissection aortique. L'extension aux artères iliaques et fémorales, traduite par une douleur et une ischémie objectivable cliniquement, fait partie de ce syndrome de malperfusion⁸. Une étude rétrospective américaine de 1999, ayant répertorié 1.751 dissections aortiques, rapporte qu'environ 10 % des patients ont présenté, entre autres, des symptômes d'ischémie des membres inférieurs. Cependant, seuls 10 patients ont été diagnostiqués souffrant d'une dissection aortique avec comme seule présentation clinique l'ischémie de membre inférieur⁸. Seuls quelques autres cas ont été répertoriés depuis le début du XXI^e siècle, comme celui de Afàn *et al.* en 2004⁹ ou encore celui de Marcantonio *et al.* en 2012¹⁰.

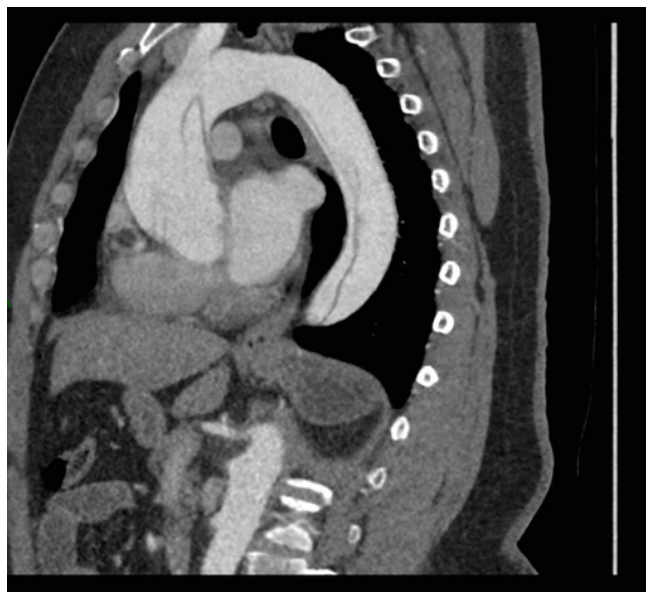
CONCLUSION

Le diagnostic de dissection aortique est une urgence vitale. Il est primordial de connaître la présentation clinique, aussi variée soit-elle. Face à une ischémie de membre inférieur, il est nécessaire d'exclure rapidement la dissection aortique en réalisant un scanner injecté de l'ensemble de l'aorte.

Conflits d'intérêt : néant.

Figure

Dissection de l'aorte ascendante, de la crosse et de l'aorte descendante. Brèche vasculaire au niveau de l'aorte ascendante.



BIBLIOGRAPHIE

1. Bachet J. EM Consulte (Consulté le 02/05/2019). Dissections aiguës de l'aorte : physiopathologie et diagnostic - EM consulte (em-consulte.com)
2. Howard DP, Banerjee A, Fairhead JF, Perkins J, Silver LE, Rothwell PM; Oxford Vascular Study. Population-based study of incidence and outcome of acute aortic dissection and pre-morbid risk factor control: 10-year results from the Oxford Vascular Study. *Circulation*. 2013;127(20):2031-7.
3. Lombardi JV, Hughes GC, Appoo JJ, Bavaria JE, Beck AW, Cambria RP *et al.* Society for Vascular Surgery (SVS) and Society of Thoracic Surgeons (STS) reporting standards for type B aortic dissections. *J Vasc Surg*. 2020;71(3):723-47.
4. Verhoye JP, Abouliatim I, Larralde A, Beneux X, Heautot JF. Chirurgie de la dissection aortique : pour quel patient ? *Presse Médicale*. 2011;40(1):72-80.
5. Mehta RH, O'Gara PT, Bossone E, Nienaber CA, Myrmet T, Cooper JV *et al.* Acute type A aortic dissection in the elderly: clinical characteristics, management, and outcomes in the current era. *J Am Coll Cardiol*. 2002;40(4):685-92.
6. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H *et al.* ; ESC Committee for Practice Guidelines. 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(41):2873-926.
7. Khalid F, Gupta S. Aortic dissection presenting as ischemic limb. *Cleve Clin J Med*. 2018;85(6):438-40.
8. Spodick D. ILEAD-ischemia of the lower extremities due to aortic dissection: The isolated presentation. *Clin Cardiol*. 1999;22(5):353-6.
9. Afnán J, Shipolini A, Kyriakides C. A rare case of type A aortic dissection presenting as acute lower limb ischaemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2004;27(5):563-4.
10. Marcantonio D, Suri P, Coleman K, Taruna A. Aortic Dissection Presenting as Isolated Lower Leg Ischemia. *J Emerg Med*. 2012;42(4):406-8.

Travail reçu le 1er février 2022 ; accepté dans sa version définitive le 12 mai 2022.

CORRESPONDANCE :

M. BEAUPREZ
CHU de Charleroi
Service des Urgences
Chaussée de Bruxelles, 140 - 6042 Charleroi
E-mail : Mickael.beauprez@chu-charleroi.be