



# Un diagnostic pas si évident....

Dr H.Moussouni - B.Pinaud - Dr L.Vanparys  
CH Tourcoing

Mardi de l'urgence- 6 février 2018



# Présentation

- Madame B, 63 ans, amenée au SAU à 22H par ambulance pour malaise en allant aux toilettes avec 1 épisode de rectorragie.
- ATCD: HTA, tabagisme, cirrhose commune, diabète.
- Constantes à l'entrée: GSW 15, TAD 120/70, TAG 125/68, FC 100, SpO2 99% AA, apyretique.
- ECG: RSR, sus décalage millimétrique en V2 et V7, pas de miroir
- Clinique: auscultation cardio-pulmonaire normale, abdomen souple, douloureux de façon diffuse
- GDS à l'entrée: PH 7.38, PCO2 36mmHg, PO2 85mmHg, HCO3- 21mmol/l lactate 8 mmol/l



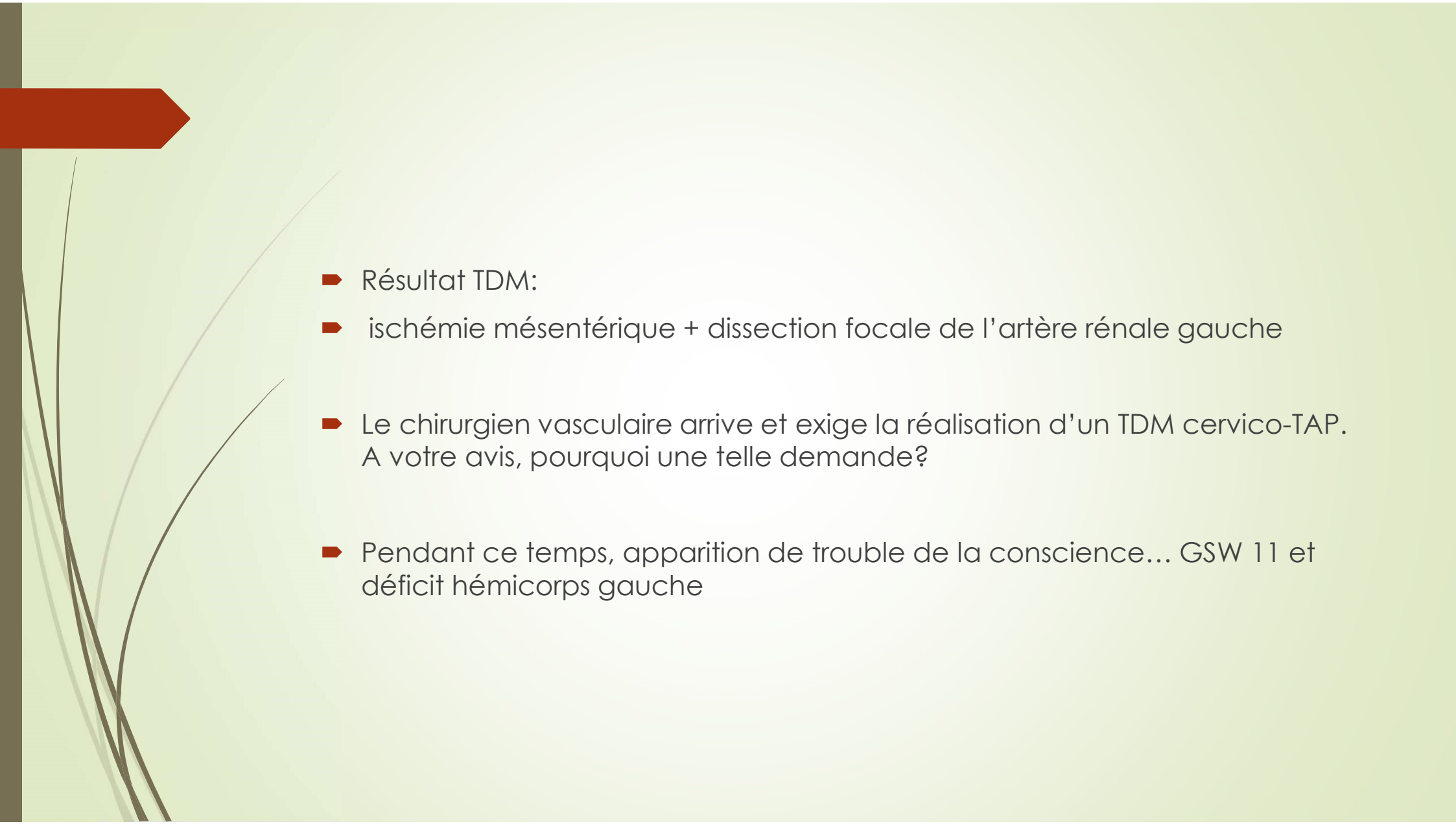
# Quels diagnostics évoquez vous?

- Ischémie mésentérique
- Colite ischémique
- Colite infectieuse



# Que faites vous Quels examens réalisez vous?

- Appel des chirurgiens viscéral et vasculaire de garde, ainsi que le réanimateur.
- TDM abdomino-pelvien avec injection
- Envoi du bilan préopératoire et pré-transfusionnel en urgence


- 
- Résultat TDM:
  - ischémie mésentérique + dissection focale de l'artère rénale gauche
  - Le chirurgien vasculaire arrive et exige la réalisation d'un TDM cervico-TAP. A votre avis, pourquoi une telle demande?
  - Pendant ce temps, apparition de trouble de la conscience... GSW 11 et déficit hémicorps gauche





# Diagnostic final

- ▶ TDM cervico TAP:  
**Dissection de l'aorte Stanford A avec dissection des artères carotides**  
**Ischémie mésentérique**  
**Dissection focale artère rénale gauche**
- ▶ Définition: affection caractérisée par l'irruption de sang à l'intérieur de la *paroi* de l'aorte. Elle constitue une *déchirure* ou porte d'entrée, par laquelle le sang sous pression entre et décolle les feuillets superposées qui constituent la paroi élastique de l'aorte.  
Incidence: 3 cas pour 100 000 habitants



# Quand l'évoquer?

- Terrain: > 50 ans, HTA non contrôlée, syndrome de Marfan, patient vasculaire...
- Clinique: - douleur thoracique brutale avec irradiation dorsale
  - 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 paraplégie.
  - souffle d'insuffisance aortique, souffle dorsale, asymétrie de pouls

Mais bon, tout peut se voir.....





# Paraclinique

- Constantes: TA asymétrique > 20 mmHg
- Biologique: troponine augmentée, lactate augmentée, Ddimère augmenté
- ECG: anomalie non spécifique du segment ST ou de l'onde T (43%)
- Imagerie:  
radiographie de thorax: anormale (89%): élargissement du médiastin, anomalie silhouette cardiaque, pleurésie.
- Confirmation: Angioscanner, ETT/ETO (opérateur dépendant, Se faible), IRM thoracique (peu dispo)



## Prise en charge:

- Hospitalisation en urgence en centre de chirurgie cardiovasculaire
- Traitement symptomatique : antalgiques + antihypertenseurs (bêtabloquants voie IV)
- Traitement étiologique :
  - si type A de Stanford (l'aorte ascendante est atteinte) : traitement chirurgical en urgence
  - si type B de Stanford (l'aorte ascendante est épargnée) : traitement médical + évaluation / traitement des complications



Au final.....





# Bibliographie:

- <http://www.chirurgie-cardiaque-pitie.fr>
- <http://www.bichat-larib.com>
- [www.urgences-serveur.fr/dissection-de-l-aorte](http://www.urgences-serveur.fr/dissection-de-l-aorte)
- 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 adultThe Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC), Eur Heart J, 2014;35:2873-2926
- Gurin D, Bulmer JW, Derby R, *Dissecting aneurysms of the aorta: diagnosis and operative relief of arterial obstruction due to this cause*, N Y State J Med, 1935;35:1200
- Abbott OA, *Clinical experiences with application of polythene cellophane upon aneurysms of thoracic vessels*, J Thorac Surg, 1949;18:435



➔ Merci de votre  
attention