

## MANAGEMENT DE LA DISSECTION DE L'AORTE THORACIQUE

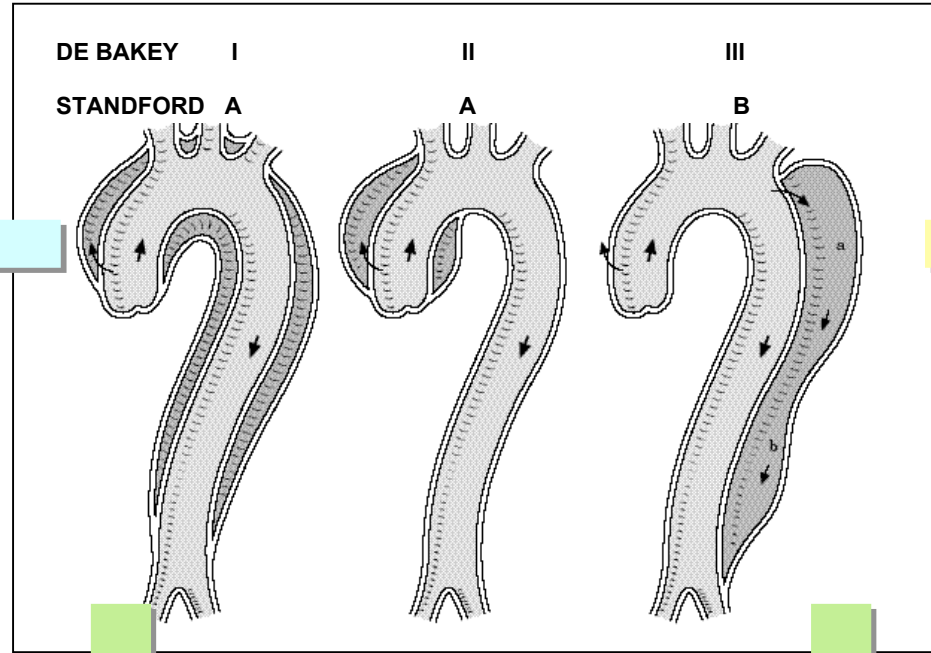
### Clinique

Douleur thoracique d'installation brutale, et intolérable, de siège initial rétrosternal, cervical, dorsal, épigastrique ou plus rarement lombaire ou abdominal, elle a tendance à migrer en suivant le trajet aortique (ex : antérieure, irradiant vers le haut puis interscapulaire, puis lombaire). Elle peut mimer la douleur de l'infarctus, mais celle-ci démarre plus lentement et s'accompagne d'une oppression.

Elle peut rester : isolée ou associée à une symptomatologie liée à une complication ou à l'atteinte des branches de l'aorte :

- ° syncope ou collapsus (tamponnade cardiaque)
- ° ou au contraire hypertension,
- ° insuffisance ventriculaire gauche ( liée à l'insuffisance aortique )
- ° infarctus, inférieur surtout (coronaire, droite ++)
- ° ischémie d'un membre supérieur (sous clavière )
- ° tableau d'accident vasculaire cérébral (troncs cérébraux)
- ° paraplégie (intercostales)
- ° ischémie mésentérique (artères à destinée digestive)
- ° anurie (artères rénales)
- ° ischémie d'un membre inférieur (iliaques).

**Ce qui est le plus urgent c'est le diagnostic. Les endoprothèses permettent de traiter la plupart des lésions en réduisant la mortalité peropératoire.**



### Prise en charge initiale des patients présentant une suspicion de dissection aortique:

1. Antécédents médicaux détaillés et examen médical complet examen (autant que possible).
2. Bilan biologique (CPK, myoglobine, D-dimère, hémocrite, LDH).
3. ECG : recherche ischémie.
4. Surveillance TA.
5. Traitement douleur par morphine
6. Baisse TA systolique par beta-bloquant : propranolol i.v., métoprolol ou labetalol).
7. Transfert en Réa.
8. Si HTA persistante ajouter vasodilatateur (nitroprusside de sodium d'i.v. à titrer baisse TA à 100-120 mmHg).
9. Si patients BPCO, faire baisser TA avec inhibiteur Calcique.
10. Attention si signes ECG d'ischémie ne pas faire de thrombolyse si on suspecte une pathologie aortique.
11. Rx thoracique peut montrer un élargissement du bouton aortique (supérieur à 50 mm ), ou un épanchement pleural gauche ( hémothorax ).

### Prise en charge thérapeutique initiale *Task Force Report* Diagnosis and management of aortic dissection - European Society of Cardiology (2001):

- Monitoring tension et fréquence cardiaque
- Traitement de la douleur par MORPHINE
- Réduction de la pression systolique beta-bloquant : **TRANDATE®** amp 100mg/20 ml bolus 1 à 2 mg / kg IVL (1 min) à renouveler 1 fois après 10 min si sans effet, relais 0,1 mg /Kg /h.
- Transfert en unité de soins intensifs
- Si HTA sévère rajouter anti-hypertenseur à action vasodilatatrice pour obtenir une TA systolique entre 100 et 120 mmHg (LOXEN®)

### Prise en charge thérapeutique suite :

- **Type A** : Traitement chirurgical en urgence.
- **Type B** : Traitement médical +/- traitement chirurgical (traitement par endoprothèse).  
Traitement urgent dans le type B uniquement si signe d'hypoperfusion : artère à destinée viscérale ou ischémie de membre.  
Si absence d'hypoperfusion traitement médical pour faire chuter la tension puis refaire un scanner à 8 jours. Si stable abstention chirurgicale