

Traitement endovasculaire d'une dissection de l'aorte de type B : A propos d'un cas

Endovascular treatment of type B aortic dissection: A case report

Majed Hassine, Jamila Gharbi, Tarek Srayeb, Mohamed Mehdi Boussadaa, Fethi Betbout, Rachid Ben Sousia, Habib Gamra

Cardiology A department Fattouma Bourguiba University Hospital – Cardiothrombosis Research Laboratory (LR12SP16) – University of Monastir – Tunisia

RÉSUMÉ

Nous décrivons le cas d'un patient se présentant avec une dissection aortique de type B à haut risque de complication ayant bénéficié d'un traitement endovasculaire

MOTS-CLÉS

Dissection aortique type B/ Traitement endovasculaire

SUMMARY

We describe the case of a patient presenting with aortic dissection type B with high risk of complication who underwent an endovascular treatment.

KEYWORDS

Aortic dissection type B/ Endovascular treatment

Correspondance

Majed Hassine
Service de cardiologie A, Hôpital Fattouma Bourguiba, Monastir
Email : majed.hassine18@gmail.com

INTRODUCTION

La dissection aiguë de type B de l'aorte, à l'instar de l'hématome intra-mural et de l'ulcère athéromateux pénétrant, est l'une des entités physiopathologiques regroupées sous le terme générique de syndrome aortique aigu (1).

Bien que relevant classiquement d'un traitement médical, une chirurgie peut s'avérer nécessaire au stade aigu, subaigu ou chronique dans les formes compliquées de la maladie (2).

OBSERVATION

Nous rapportons le cas clinique d'un patient âgé de 47 ans hypertendu depuis dix ans consultant pour une douleur interscapulaire dorsale persistante évoluant depuis 12 heures décrite comme un déchirement sans autres plaintes fonctionnelles associées.

L'examen physique était normal hormis une asymétrie tensionnelle aux deux membres supérieurs avec un pouls fémoral gauche diminué en comparaison avec celui à droite. Les examens biologiques n'ont pas révélé d'anomalies significatives.

Une dissection aortique était fortement suspectée et un angioscanner thoraco-abdomino-pelvien a été demandé. Il a montré une dissection aortique de type B avec une porte d'entrée juste en aval de l'artère sous clavière gauche avec extension antérograde jusqu'à l'artère iliaque commune gauche (Figure 1). Le faux chenal, partiellement thrombosé, donne naissance à l'artère rénale gauche et l'artère iliaque externe.

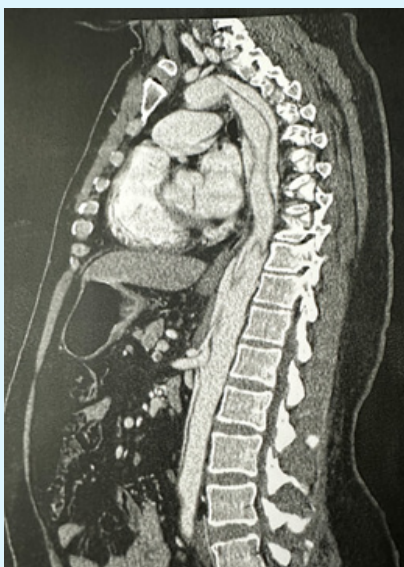


Figure 1. Dissection de type B avec une porte d'entrée étendue depuis l'artère sous clavière gauche jusqu'à l'artère iliaque commune gauche.

Le patient a été mis sous traitement médical visant à contrôler la pression artérielle et la fréquence cardiaque et un traitement antalgique qui s'est révélé inefficace à contrôler la douleur interscapulaire. La décision était alors de faire un traitement endovasculaire. Elle consistait en une transposition sous clavo-carotidienne gauche dans la carotide droite par prothèse puis la mise en place d'une endoprothèse couverte « Valiant Medtronic » 32x150 mm placée immédiatement en aval du tronc artériel brachio-céphalique par abord fémoral droit (Figure 2,3).

Les suites post procédurales étaient simples. Un contrôle scanographique fait deux mois après le geste endovasculaire a montré une endoprothèse thoracique en place avec absence de dilatation anévrysmale aortique et absence de signes d'hypoperfusion d'organes ni au niveau cérébral ou abdominal.

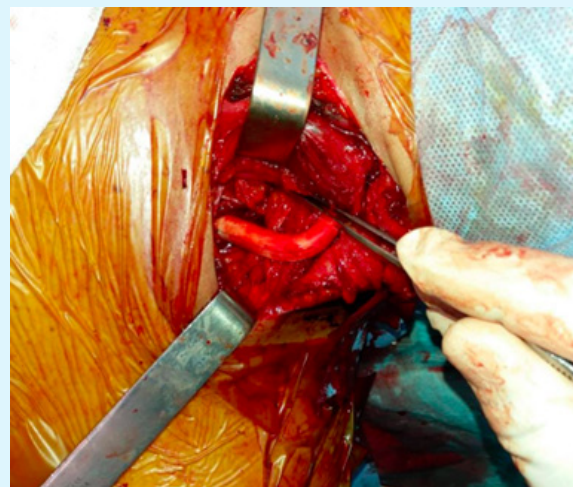


Figure 2. Anastomose prothèse artère subclavière gauche

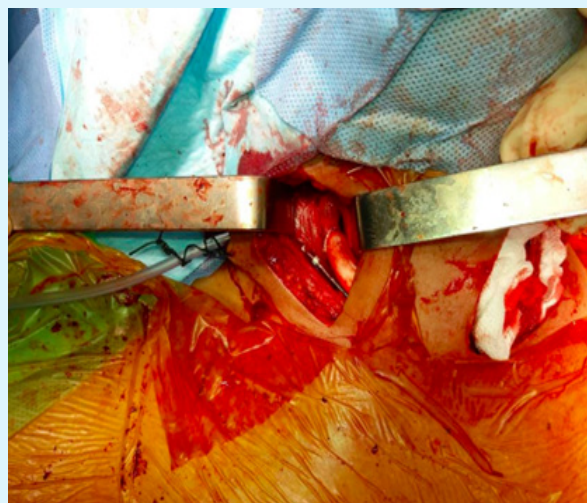


Figure 3. Anastomose carotide commune droite - Prothèse PTFE 8

DISCUSSION

La dissection aortique est la résultante de toute condition physiologique faisant augmenter le stress pariétal au niveau vasculaire ou d'une fragilité vasculaire accrue pouvant être congénitale ou acquise aboutissant au clivage longitudinal de la média vasculaire et créant une cavité intra-pariétale appelée faux chenal pouvant compromettre la lumière artérielle (1).

Dans la plupart des études de population, l'incidence annuelle de la dissection aortique varie de 2 à 3,5 cas pour 100 000 personnes (1). Elle touche tous les âges avec un âge moyen de 55 ans. Le sex-ratio H/F est de 2,5/1 (2).

Il s'agit d'une dissection de type A dans 60 à 70% des cas (2). Les principaux facteurs de risque connus sont l'hypertension artérielle, l'âge avancé, l'athérosclérose, les antécédents chirurgicaux de cure d'anévrisme aortique, les antécédents familiaux d'anévrisme de l'aorte thoracique (3).

La classification de Stanford est la plus communément employée, elle classe les dissections aortiques en deux types (4) ; le type A ou la dissection intéresse l'aorte ascendante quelle que soit l'extension et le type B qui regroupe toutes les dissections ne touchant pas l'aorte ascendante.

Elle est également classée en compliquée si présence de syndrome de mal-perfusion ou rupture avérée ou imminente, à haut risque de complications et en non compliquée (5).

On différencie quatre grands syndromes clinico-biologiques de mal perfusion : le syndrome neurologique, le syndrome digestif, le syndrome rénal et l'ischémie des membres inférieurs (6).

Les éléments de haut risque de complications sont une douleur réfractaire, un âge jeune, une connectivite, un hémithorax, un diamètre maximal du faux chenal supérieur à 22 mm, un diamètre total de l'aorte supérieur à 40 mm, une dilatation de plus de 5 mm/an, une thrombose partielle du faux chenal, une proximité de l'artère subclavière gauche et un nombre réduit de fenestration (7).

La présentation clinique est polymorphe, le signe cardinal étant la douleur thoracique, présente dans plus de 93% des cas. Elle est typiquement dorsale interscapulaire (8). L'angioscanner, devant une suspicion clinique de dissection aortique aiguë, chez un patient hémodynamiquement stable est l'examen d'imagerie à réaliser en première intention (5). Il étudie la localisation de la porte d'entrée, les portes de réentrées secondaires, les mensurations de l'aorte dans ses segments proximaux et distaux, la détection des signes de mal-perfusion radiologique ou une rupture aortique (9).

A la phase aiguë d'une dissection aortique de type B, le traitement médical est indispensable chez tout patient se présentant avec une dissection aortique aiguë. Il comporte le contrôle strict de la pression artérielle et la prise en charge de la douleur (6).

Cependant, il est souvent insuffisant pour empêcher la progression anévrysmale de l'aorte à long terme. Le principe du traitement endovasculaire est d'exclure la zone pathologique en la couvrant par voie endo-artérielle, allant d'une zone saine à une autre zone saine par des endoprothèses aortiques couvertes, sous contrôle fluoroscopique par abord artériel fémoral chirurgical ou percutané en salle d'opération hybride sous anesthésie générale (10).

Il se conçoit en cas d'une dissection aortique aiguë de type B compliquée ou à risque de complication. A un stade chronique, l'indication la plus fréquente est la dilatation anévrysmale de l'aorte disséquée (4).

Les complications spécifiques ne sont pas rares ; les accidents vasculaires cérébraux, la rupture aortique, la migration de l'endoprothèse et les endofuites, la couverture accidentelle d'une branche collatérale principale (10).

CONCLUSION

La dissection aortique est un drame vasculaire. Cependant, son pronostic a nettement été amélioré, tant sur le plan diagnostique grâce au développement de l'imagerie que sur le plan thérapeutique avec l'avènement de nouvelles techniques de traitement endovasculaire. Une surveillance au long court est requise du fait du potentiel évolutif des lésions afin de poser à temps l'indication d'une intervention endovasculaire.

REFERENCES

1. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: 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. Golledge J, Eagle KA. Acute aortic dissection. *Lancet* 2008; 372:55-66
3. Di Tommaso L, Giordano R, Di Tommaso E, Iannelli G. Endovascular treatment for chronic type B aortic dissection: current opinions. *J Thorac Dis* 2018;10(Suppl 9):S978-S982
4. Chiu KW, Lakshminarayan R, Ettles DF. Acute aortic syndrome: CT findings. *Clin Radiol* 2013; 68:741-8.
5. Trimarchi S, Eagle KA, Nienaber CA, Pyeritz RE, Jonker FH, Suzuki T, et al. Importance of refractory pain and

- hypertension in acute type B aortic dissection: insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation* 2010; 122:1283-9
6. Eggebrecht H, Nienaber CA, Neuhauser M, Baumgart D, Kische S, Schmermund A et al. Endovascular stent-graft placement in aortic dissection: A meta-analysis. *Eur Heart J* 2006;27:489-98
 7. Benson RA, Patterson BO, Loftus IM. Diagnosis and management of thoracic aortic dissection: An Update. *World J Hypertens* 2015;5:79-84.
 8. Patterson B, Holt P, Nienaber C, et al. Aortic pathology determines midterm outcome after endovascular repair of the thoracic aorta: Report from the Medtronic Thoracic Endovascular Registry (MOTHER) database. *Circulation* 2013;127:24-32.
 9. Jordan F, FitzGibbon B, Kavanagh EP, McHugh P, Veerasingam D, Sultan S, et al. Endovascular versus open surgical repair for complicated chronic Type B aortic dissection (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Dec 14;12(12):CD012992.
 10. Howard C, Sheridan J, Picca L, Reza S, Smith T, Ponnappalli A, et al. TEVAR for complicated and uncomplicated type B aortic dissection—Systematic review and meta-analysis