

Dissections aortiques aiguës

M. Cannesson, F. Farhat, V. Piriou

La dissection aortique aiguë est une urgence vitale qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire et une collaboration étroite, rapide et efficace entre le médecin traitant, les équipes médicales mobiles, les urgentistes, les radiologues, les cardiologues, les chirurgiens et les anesthésistes réanimateurs. Le diagnostic de cette pathologie reste difficile et elle peut être facilement confondue avec d'autres pathologies, ce qui peut entraîner des complications graves liées à la prise en charge des patients.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Dissection aortique ; Douleur thoracique ; Échocardiographie ; Infarctus du myocarde

Plan

■ Introduction	1
■ Anatomie pathologique	1
■ Épidémiologie	2
Différences en fonction du sexe	2
Différences en fonction de l'âge	2
Chronobiologie de la dissection aortique aiguë	2
■ Diagnostic de la dissection aortique aiguë	2
Diagnostic clinique	2
Examens complémentaires	2
■ Prise en charge médicale de la dissection aortique aiguë	4
■ Prise en charge chirurgicale de la dissection de l'aorte thoracique	4
Dissection type A de Stanford	4
Dissection type B de Stanford	5
■ Conclusion	6

■ Introduction

Les étiologies de la douleur thoracique chez le patient hypertendu sont multiples. Les causes les plus fréquentes sont l'angine de poitrine et l'infarctus du myocarde [1]. Cependant, la douleur thoracique n'a pas toujours pour origine une maladie coronarienne. Dans ce contexte, l'étiologie la plus souvent redoutée est la dissection aortique aiguë [2]. La dissection aortique aiguë est une urgence vitale qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire et une collaboration étroite, rapide et efficace entre le médecin traitant, les équipes médicales mobiles, les urgentistes, les radiologues, les cardiologues, les chirurgiens et les anesthésistes réanimateurs.

La présentation clinique classique de la dissection aortique aiguë se caractérise par une douleur thoracique d'apparition brutale, très intense, initialement médiosternale puis migrant vers le dos et l'abdomen, de type déchirure. L'hypertension artérielle, une asymétrie tensionnelle entre les deux membres supérieurs ou encore un élargissement du médiastin à la

radiographie thoracique de face sont des signes classiques dans ce contexte. Cependant, le diagnostic de cette pathologie reste difficile et elle peut être facilement confondue avec d'autres causes de douleur thoracique, ce qui peut entraîner des complications importantes liées à la prise en charge de ces patients [3].

Actuellement, les notions classiques concernant la dissection aortique aiguë sont en train d'être modifiées par la somme d'informations considérables sur le sujet fournies par le registre international des dissections aortiques aiguës (*International Registry of Acute Aortic Dissection* [IRAD]) qui existe depuis 1996 [4].

Dans cet article, nous nous proposons de faire le point sur les données épidémiologiques, le diagnostic et la prise en charge en urgence des dissections aortiques aiguës.

■ Anatomie pathologique

La dissection aortique consiste en une rupture de l'intima aortique. Elle siège le plus souvent sur l'aorte ascendante (environ 3 à 4 cm au-dessus des sigmoïdes aortiques) et mesure de 0,5 à 2 cm, perpendiculairement à l'axe du vaisseau. Elle crée un néochannel qui clive la média entre son tiers moyen et son tiers externe, et qui progresse en amont vers l'orifice aortique (entraînant le plus souvent une insuffisance aortique) et/ou en aval parfois jusqu'aux artères iliaques.

Il existe deux classifications anatomiques pour les dissections aortiques : la classification de de Bakey (Fig. 1) et la classification de Stanford. La classification de de Bakey comporte trois types de dissections aortiques :

- le type I, qui concerne toute l'aorte jusqu'aux artères iliaques ;
- le type II, qui concerne l'aorte ascendante sans dépasser le tronc artériel brachio-céphalique ;
- le type III, qui concerne l'aorte descendante après l'artère sous-clavière gauche ; dans certains cas, le type III peut s'étendre par voie rétrograde à l'aorte ascendante.

La classification de Stanford, quant à elle, est plus simple puisqu'elle ne compte que deux types de dissections :

- le type A qui concerne l'aorte thoracique ascendante quelle que soit la porte d'entrée (dans ce cas, le traitement est chirurgical et doit se faire en urgence) ;

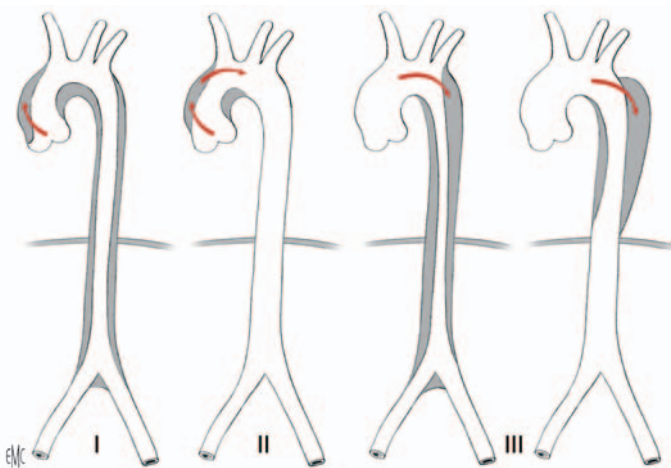


Figure 1. Classification des dissections aortiques selon de Bakey. Elle comporte trois types de dissections aortiques : le type I qui concerne toute l'aorte jusqu'aux artères iliaques ; le type II qui concerne l'aorte ascendante sans dépasser le tronc artériel brachio-céphalique ; le type III qui concerne l'aorte descendante après l'artère sous-clavière gauche. Dans certains cas, le type III peut s'étendre par voie rétrograde à l'aorte ascendante.

- le type B qui épargne l'aorte thoracique ascendante (dans ce cas, le traitement est le plus souvent médical).

Dans tous les cas, l'évolution sans traitement se fait vers la rupture de l'aorte. Enfin, il existe deux variantes anatomiques à la dissection aortique :

- l'ulcère athéromateux, qui présente un hématome limité le plus souvent sur l'aorte thoracique ascendante mais qui peut s'étendre à l'ensemble de l'aorte ;
- l'hématome intramural ou hématome disséquant, qui est en fait un épaississement de la paroi aortique supérieur à 7 mm sans rupture intimale associée.

■ Épidémiologie

Le registre international des dissections aortiques aiguës a été créé en 1996 et comporte 12 grands centres de référence répartis entre six pays, le tout incluant 1 078 patients. Les dissections aortiques aiguës y sont classées selon la classification de Stanford. Ce registre a permis de mieux connaître l'épidémiologie de la dissection aortique aiguë. Les patients inclus dans ce registre sont sélectionnés sur le diagnostic de la maladie et, pour chaque patient, près de 290 items sont relevés.

Le terrain essentiel de la dissection aortique est l'hypertension artérielle non stabilisée. Les autres facteurs favorisants sont le syndrome de Marfan, l'athérome, le diabète, les antécédents d'anévrisme de l'aorte ou de dissection aortique [4]. Il existe des différences en fonction du sexe et de l'âge des patients en ce qui concerne la présentation des dissections aortiques et leur pronostic.

Différences en fonction du sexe

Dans près de 65 à 70 % des cas, la dissection aortique aiguë se rencontre chez l'homme. Chez la femme, il faut noter que le délai entre l'apparition de la douleur et le diagnostic de la dissection aortique est plus long de près de 5 heures par rapport à l'homme [5]. Comparée à la dissection aortique de l'homme, la douleur est moins brutale chez la femme et l'asymétrie tensionnelle se rencontre elle aussi moins souvent. Les antécédents d'hypertension artérielle, de bicuspidie aortique et d'insuffisance cardiaque sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme. Par ailleurs, le pronostic est globalement plus défavorable chez la femme, même après chirurgie.

Différences en fonction de l'âge

Les patients de plus de 70 ans présentant une dissection aortique aiguë sont le plus souvent des femmes, sont plus

souvent hypertendus, ont plus souvent un diabète, une maladie athéromateuse, un antécédent d'anévrisme aortique ou de chirurgie cardiaque que les patients de moins de 70 ans [6]. La prise en charge médicale est plus fréquente chez les patients de plus de 70 ans (36 % versus 14 %) [6]. Par ailleurs, la mortalité dans ce sous-groupe atteint 50 %. Ainsi, le traitement chirurgical de la dissection aortique chez les patients de plus de 70 ans entraîne une mortalité de près de 38 % contre 23 % chez les moins de 70 ans [6]. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit qu'en cas de maladie de Marfan la dissection aortique peut se rencontrer chez le patient jeune.

Chronobiologie de la dissection aortique aiguë

Il existe aujourd'hui un certain nombre d'éléments montrant que les événements cardiovasculaires de manière générale surviennent le plus souvent au petit matin [7]. En ce qui concerne la dissection aortique aiguë, le registre international des dissections aortiques aiguës retrouve une distribution particulière de la survenue des symptômes en fonction du cycle nyctéméral. Ainsi, 37 % des symptômes apparaissent entre 6 heures du matin et midi, 27 % entre midi et 18 heures, 22 % entre 18 heures et minuit, et seulement 13 % entre minuit et 6 heures du matin [8]. De manière intéressante, on observe une variation de l'incidence du diagnostic des dissections aortiques de type B en fonction des saisons, avec un pic en hiver.

■ Diagnostic de la dissection aortique aiguë

Diagnostic clinique

Il s'agit d'une affection brutale dont la symptomatologie est dominée par une douleur thoracique. Le plus souvent, la douleur est décrite à type de déchirure (dans près de 50 % des cas). Elle irradie fréquemment vers le dos et les lombes, et peut migrer vers l'arrière et le bas, suivant ainsi la progression de la déchirure aortique. Dans certaines situations, elle peut entraîner une syncope. Par ailleurs, la douleur peut être absente dans près de 6 % des dissections aortiques de type A [4]. Il faut systématiquement rechercher les facteurs favorisant la dissection aortique cités précédemment (en particulier l'hypertension artérielle). Le diagnostic différentiel est parfois difficile (Tableau 1).

L'examen clinique recherche les signes suivants : une asymétrie tensionnelle entre les deux bras qui est en faveur de l'extension de la dissection aortique aux troncs artériels vascularisant les membres supérieurs, un souffle d'insuffisance aortique à l'auscultation cardiaque témoignant de l'extension de la dissection aux valvules aortiques (44 % des dissections de type A et 12 % des types B), une abolition d'un ou de plusieurs pouls en cas d'extension à une artère périphérique. Les autres signes évocateurs sont l'accident vasculaire cérébral par atteinte carotidienne ou vertébrale, la défaillance cardiaque consécutive à une tamponnade par rupture de la dissection dans la cavité péricardique ou à une ischémie myocardique consécutive de l'extension aux artères coronaires et une ischémie aiguë d'un membre inférieur. Si la dissection aortique est rompue, elle peut entraîner le décès de manière rapide.

Examens complémentaires

L'examen le plus rapide en urgence est l'échocardiographie transthoracique. Cependant, la sensibilité de cet examen est mauvaise et une échocardiographie transthoracique négative ne peut éliminer formellement le diagnostic. De plus, cet examen n'est pas toujours disponible dans les services d'urgence. En ce cas, un scanner injecté doit être réalisé en première intention devant toute suspicion de dissection aortique dans les services qui ne disposent pas d'échocardiographe rapidement disponible. Enfin, le plus souvent, il faut multiplier les examens pour

Tableau 1.

Diagnostic différentiel devant une douleur thoracique.

Douleur d'origine cardiaque et aortique	Insuffisance coronarienne	Angor d'effort : douleur de siège médian, rétrosternale, irradiant vers le membre supérieur gauche et la mâchoire, de type constrictif. Elle survient à l'effort. Examen clinique le plus souvent normal. Cède aux dérivés nitrés. Angor de repos : semblable à l'angor d'effort mais survenant au repos, en dehors d'une émotion. Durée plus prolongée. Cède aux dérivés nitrés. Infarctus du myocarde : idem mais intensité beaucoup plus importante (plusieurs heures), ne cédant pas aux dérivés nitrés. Hypotension et fièvre apparaissant dans les 12 à 24 heures.
	Péricardite aiguë	Douleur rétrosternale ou hémithoracique gauche, à type de constriction ou de brûlure, pouvant irradier vers le bras gauche. Aggravée par l'inspiration et les changements de position. Calmée par la position penchée en avant. Durant plusieurs heures. Insensible aux dérivés nitrés. Souvent précédée d'un épisode infectieux.
	Dissection aortique	Douleur très évocatrice, d'intensité extrême, d'emblée maximale, de siège thoracique haut, migrant secondairement dans la région dorsale puis lombaire, voire abdominale. Contexte clinique parfois évocateur : hypertension artérielle, syndrome de Marfan. Il faut rechercher un souffle d'insuffisance aortique de novo, une asymétrie tensionnelle, un frottement péricardique.
Douleur bronchopulmonaire	Douleur bronchique	Contexte d'inflammation de l'arbre bronchique. Diagnostic aisé dans un contexte de toux ou d'irritation laryngée.
	Douleur pleurale	Basithoracique irradiant à l'épaule, augmentée à l'inspiration et à la toux, associée à un syndrome d'épanchement pleural gazeux ou liquidien.
	Embolie pulmonaire	Douleur brutale, de type pleural, dans un contexte favorisant. Parfois, il existe un épisode d'hémoptysie récent. On recherche une tachypnée, une cyanose, des signes de défaillance ventriculaire droite, des signes de thrombose veineuse profonde.
Douleur œsophagienne	Reflux gastro-œsophagien	Douleur à type de brûlure, rétroxyphoïdienne, irradiation ascendante, rétrosternale, favorisée par l'antéflexion du tronc, le décubitus dorsal et l'augmentation de la pression abdominale.
Douleur pariétale		Le plus souvent facile à diagnostiquer car reproduite à la palpation.

avoir la certitude d'un diagnostic qui peut avoir des conséquences thérapeutiques majeures [9-11]. Une étude récente retrouve une sensibilité et une spécificité comparables pour l'échocardiographie transœsophagienne, le scanner injecté et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) (sensibilité : 98 % ; spécificité : 95 %) [12].

Radiographie de thorax

La radiographie de thorax met en évidence un élargissement du médiastin (près de 60 % des cas [4]), une anomalie du contour aortique (près de 50 % des cas [4]), un déplacement ou une calcification de l'aorte (près de 15 % des cas [4]) ou encore un épanchement pleural (environ 20 % des cas [4]). Dans certains cas, la radiographie de thorax peut être normale, ce qui n'élimine pas le diagnostic.

Électrocardiogramme

Il peut montrer des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche en cas d'hypertension artérielle ancienne mal soignée. Il peut aussi montrer des signes d'ischémie myocardique liés à l'extension de la dissection aux artères coronaires. Ce signe peut faire évoquer à tort le diagnostic d'infarctus du myocarde isolé et faire alors introduire un traitement anticoagulant pouvant aller jusqu'à la thrombolyse, avec une augmentation significative de la mortalité chez ces patients [3].

Artériographie (Fig. 2)

Cette technique est abandonnée aujourd'hui car elle peut aggraver la dissection et parce qu'il existe un nombre relativement important de faux négatifs [13]. Cependant, elle a été la référence pendant de nombreuses années.

Échocardiographie

L'échocardiographie transthoracique n'est pas suffisante au diagnostic de dissection aortique aiguë (trop faible sensibilité), mais elle permet dans certains cas évidents pour lesquels cet examen est positif de faire le diagnostic. En revanche, l'échocardiographie transœsophagienne est l'examen le plus performant en urgence. Elle permet de mettre en évidence la porte

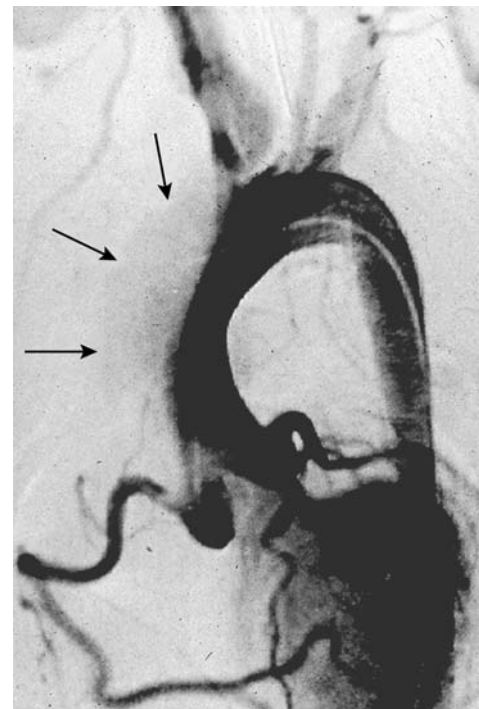


Figure 2. Artériographie mettant en évidence une dissection aortique de l'aorte thoracique ascendante (flèches).

d'entrée (doppler couleur) et la membrane intimale (le *flap*) qui sépare la lumière de l'aorte en deux chenaux (le vrai chenal et le faux chenal) (Fig. 3). Sur le plan pratique, il faut garder à l'esprit que la sonde œsophagienne peut entraîner une stimulation du réflexe nauséux lors de son introduction, ce qui peut être responsable de pics tensionnels avec un risque de rupture de la dissection lors de cet examen. Il doit donc être réalisé chez un patient recevant une sédation, voire sous anesthésie générale dans le cas d'une suspicion particulièrement forte chez un patient déjà au bloc opératoire. Par ailleurs, il existe des contre-indications à cet examen : chirurgie œsophagienne récente ;

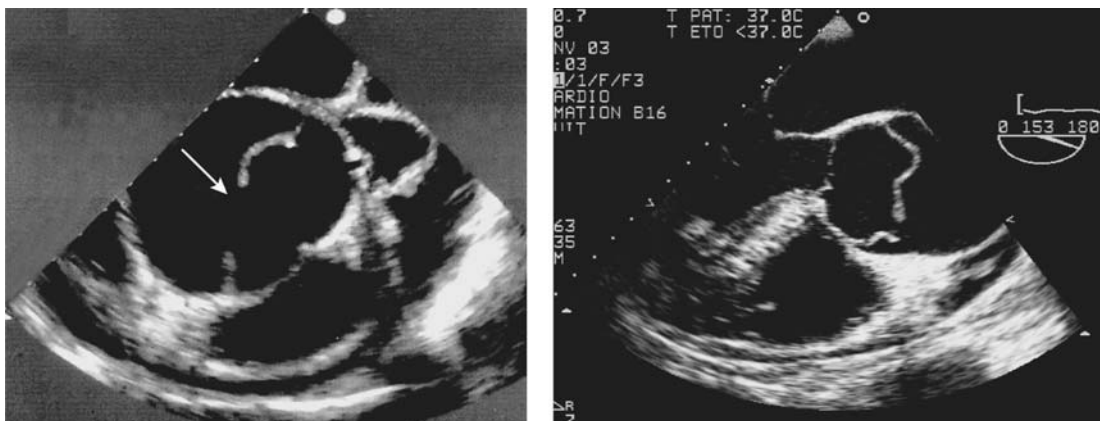


Figure 3. Échographie transœsophagienne mettant en évidence une dissection aortique de l'aorte thoracique ascendante avec visualisation de la porte d'entrée (flèche).

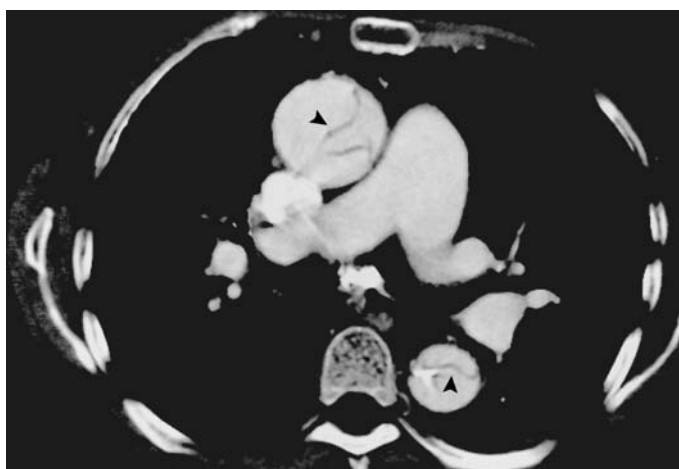


Figure 4. Scanner thoracique avec injection de produit de contraste mettant en évidence une dissection aortique de type I selon la classification de de Bakey (têtes de flèche).

tumeur ; diverticule ou sténose œsophagienne ; varices œsophagiennes ; antécédent d'irradiation médiastinale ; pathologie du rachis cervical.

Scanner injecté

Lorsqu'il peut être obtenu en urgence, c'est l'examen de référence (Fig. 4). Néanmoins, en cas de dissection aortique de type A, l'échocardiographie transœsophagienne peut être suffisante lorsqu'elle est réalisée par un opérateur expérimenté. Le scanner est cependant nécessaire pour visualiser l'extension de la dissection à l'aorte abdominale, en cas d'ulcère ou d'hématome disséquant, en cas de contre-indication à l'échocardiographie transœsophagienne ou si l'échocardiographie transœsophagienne ne retrouve pas de dissection aortique. Le scanner spiralé permet d'obtenir une reconstruction de l'aorte en trois dimensions (Fig. 5).

Imagerie par résonance magnétique

L'IRM est probablement l'examen possédant les plus hautes sensibilité et spécificité. Cependant, sa faible disponibilité et son coût en font un examen rarement utilisé dans le contexte de l'urgence.

■ Prise en charge médicale de la dissection aortique aiguë

La prise en charge de la dissection aortique aiguë est une urgence médicochirurgicale qui nécessite l'hospitalisation en

unité de soins intensifs cardiologiques à proximité d'un service de chirurgie thoracique. Chaque minute compte et il est important que tout soit mis en œuvre pour que la prise en charge soit la plus rapide possible. Le transport vers le centre cardiochirurgical le plus proche doit être le plus rapide possible (parfois hélicoptère) et l'équipe médicochirurgicale doit être contactée au préalable afin d'assurer sa présence à l'arrivée du patient. La mortalité globale de la dissection aortique de type A est de 32 % contre 13 % pour le type B [14, 15]. Il faut laisser le patient à jeun en vue de la chirurgie et prélever par avance un bilan préopératoire minimal incluant une numération formule plaquettes, un ionogramme avec urée et créatinine, et un groupage sanguin avec recherche d'anticorps antiérythrocytaires. Si le diagnostic clinique est certain, il faut diriger immédiatement le patient vers un bloc opératoire de chirurgie cardiaque où l'échocardiographie transœsophagienne est réalisée pour confirmer le diagnostic. La réalisation du bilan diagnostique ou du bilan préopératoire ne doit pas faire perdre de temps.

Le patient doit être laissé au repos strict. Il faut mettre en œuvre un monitoring cardiaque, tensionnel et de la saturation artérielle par oxymètre de pouls, et mettre en place deux voies d'abord de bon calibre. Le patient doit être mis sous oxygène par voie nasale. Il faut absolument éviter les pics tensionnels. Les anticoagulants sont contre-indiqués.

La prise en charge médicale comprend trois axes principaux : le traitement antalgique et anxiolytique, la limitation de l'extension de la dissection et le traitement symptomatique d'une décompensation cardiaque associée. Le traitement antalgique fait appel aux antalgiques intraveineux usuels (paracétamol et morphiniques). La limitation de l'extension de la dissection se fait par la prise en charge de la pression artérielle qui doit être diminuée (avec un objectif de pression artérielle systolique entre 100 et 120 mmHg). Idéalement, on associe un vasodilatateur artériel (inhibiteur calcique de type nifédipine par voie intraveineuse au pousse-seringue électrique en commençant à 1 mg/h et en augmentant progressivement) et un bêtabloquant utilisé dans cette indication pour son action inotrope négative (type aténolol intraveineux, de 5 à 10 mg en 10 minutes, ou esmolol au pousse-seringue électrique, de 150 à 300 $\mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$).

■ Prise en charge chirurgicale de la dissection de l'aorte thoracique

Dissection type A de Stanford

Il s'agit d'une urgence médico-radio-chirurgicale car il existe un risque de rupture de l'aorte ascendante. Le but est de faire le diagnostic clinique le plus rapidement possible et de mettre en œuvre une chaîne médicale qui va amener le patient le plus rapidement possible au bloc opératoire. Le principe de la



Figure 5. Reconstruction de l'axe aortique à l'aide du scanner spiralé mettant en évidence une volumineuse dissection aortique de type III (en rose).

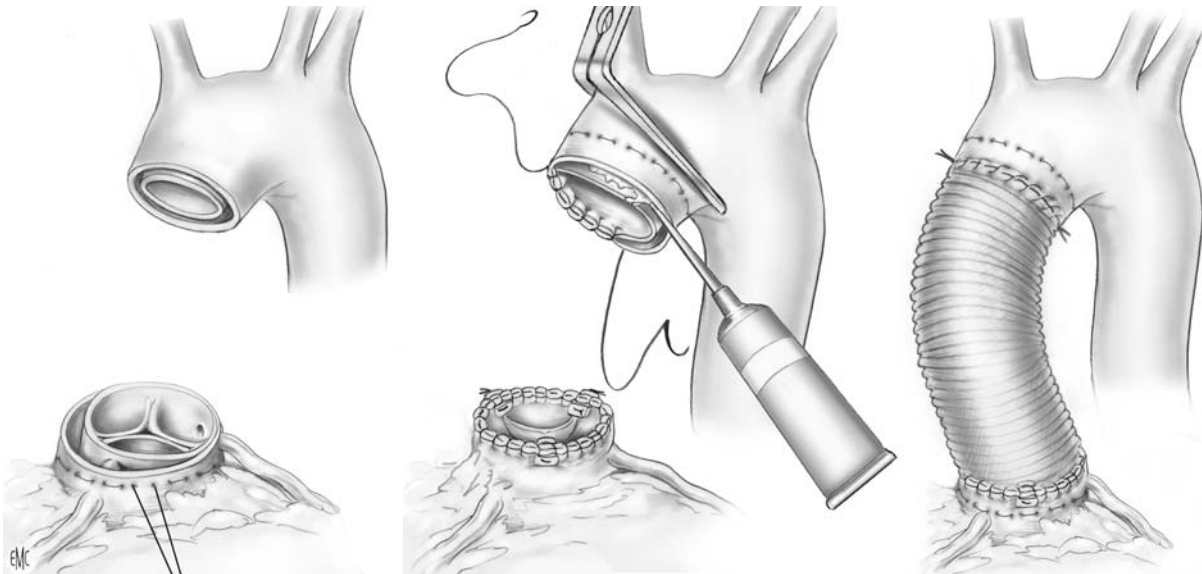


Figure 6. Résection de dissection aortique suivie d'une greffe prothétique.

chirurgie reste assez simple depuis plus de 30 ans : il consiste à réséquer le segment d'aorte à partir duquel s'est faite la déchirure intimale, à savoir l'aorte ascendante postsinusale. Plusieurs équipes chirurgicales préfèrent une technique simple afin de ne pas ajouter à la morbidité liée à la pathologie causale celle en rapport avec le geste opératoire. Il s'agit du remplacement de l'aorte ascendante par un tube prothétique (Dacron™) (Fig. 6). Cette approche a le mérite d'être rapide, simple et reproductible par la plupart des chirurgiens cardiaques, y compris les plus novices. Cependant, ne pas toucher au segment zéro de l'aorte (débutant après les valvules aortiques et se terminant à la jonction sinotubulaire) expose à l'évolution de la maladie à long terme à ce niveau, avec un risque anévrysmal et d'insuffisance valvulaire aortique évalué entre 10 et 20 % des patients survivants à 10 ans selon les séries. De ce fait, d'autres équipes préconisent une cure radicale de toute la partie ascendante de l'aorte, comprenant un remplacement de la valve (Fig. 7). Cette approche peut en théorie mettre à l'abri d'une évolution du segment zéro. Elle possède néanmoins l'inconvénient de remplacer une valve le plus souvent saine, avec des conséquences propres de ce geste (anticoagulation en cas de prothèse valvulaire mécanique, dégénérescence en cas de prothèse biologique). Une troisième technique s'est développée depuis une dizaine d'années, combinant les avantages des deux

précédentes. Il s'agit de la technique d'inclusion valvulaire de David, qui consiste à réséquer la totalité du culot aortique et à inclure la valve native du patient dans un tube en Dacron™ (Fig. 8). L'avantage de cette approche est de totalement éliminer le tissu aortique malade tout en gardant les feuillets valvulaires. Son inconvénient est sa plus grande technicité, la réservant à des chirurgiens confirmés. Sa complication principale est l'hémorragie postopératoire. Par ailleurs, si la porte d'entrée est située en aval du clampage aortique, le geste nécessite un arrêt circulatoire pour effectuer un remplacement au moins partiel de l'arche aortique, ce qui est associé à une augmentation de la morbidité et de la mortalité postopératoires, et expose notamment à des complications neurologiques.

Dissection type B de Stanford

Il s'agit, sauf dans de très rares cas, d'un problème médical, car le risque de rupture aortique n'est pas au premier plan. Il suffit dans ces conditions de baisser significativement la tension artérielle. Cependant, un traitement endovasculaire peut être réalisé dans certains cas, en collaboration entre radiologue et chirurgien. Il s'agit dans ces conditions de traiter une suffusion hémorragique thoracique, ou de pallier un problème de malper-

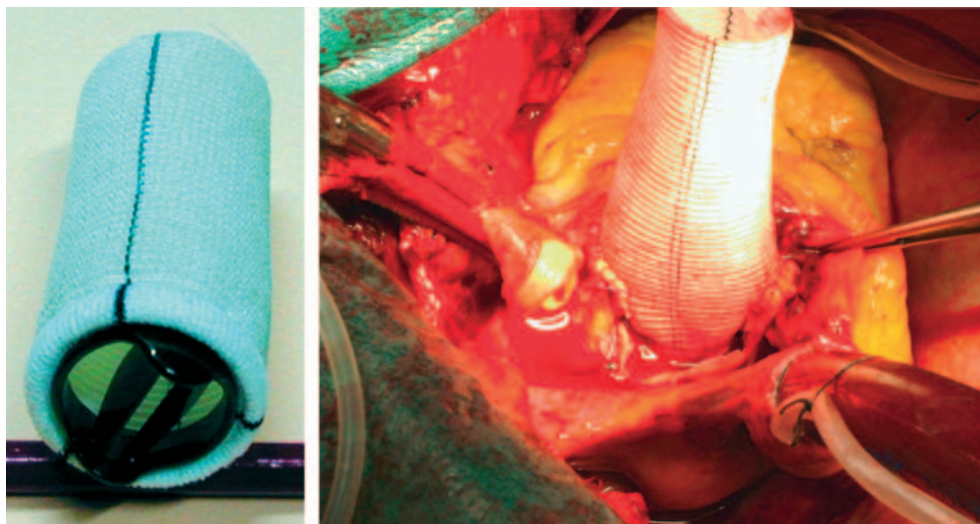


Figure 7. Technique de Bentall : remplacement de l'aorte ascendante et de la valve aortique par une prothèse mécanique.

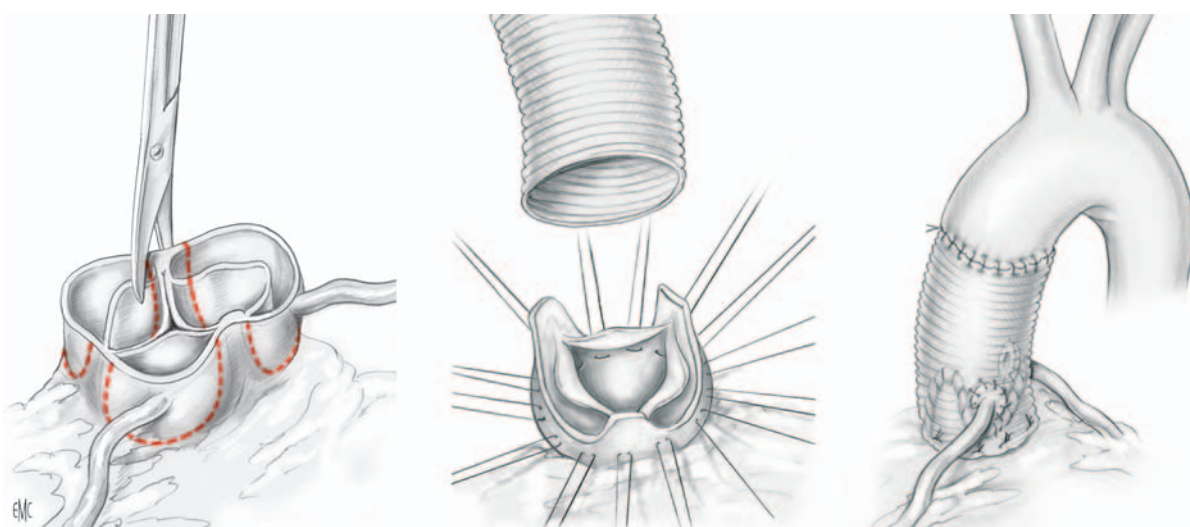


Figure 8. Technique chirurgicale de David.

fusion digestif ou des membres inférieurs. Dans ces conditions, le transfert du patient en urgence dans un milieu radiochirurgical spécialisé s'impose.

■ Conclusion

La prise en charge de la dissection aortique aiguë est une urgence médicochirurgicale qui nécessite l'hospitalisation en

unité de soins intensifs cardiologiques à proximité d'un service de chirurgie thoracique (Fig. 9). Face à une douleur thoracique, le diagnostic de dissection aortique doit être systématiquement évoqué, et un scanner thoracique et/ou une échographie transthoracique/échographie transœsophagienne doit être réalisé. Si le diagnostic de dissection aortique est confirmé, il faut garder à l'esprit que chaque minute compte et il est important que tout soit mis en œuvre pour que la prise en charge soit le plus rapide possible.

“ Points essentiels

- La dissection aortique aiguë est une urgence vitale pour laquelle chaque minute de la prise en charge compte.
- La prise en charge de la dissection aortique aiguë doit être multidisciplinaire.
- La présentation clinique classique de la dissection aortique aiguë se caractérise par une douleur thoracique d'apparition brutale, très intense, initialement médiosternale puis migrant vers le dos et l'abdomen, de type déchirure. L'hypertension artérielle, une asymétrie tensionnelle entre les deux membres supérieurs ou encore un élargissement du médiastin à la radiographie thoracique de face sont des signes classiques dans ce contexte.
- Le diagnostic différentiel avec l'infarctus du myocarde doit être systématiquement évoqué.
- Au cours de la prise en charge, il faut absolument éviter les pics de pression artérielle.
- L'échocardiographie transœsophagienne et/ou le scanner thoracique sans puis avec injection permettent le diagnostic dans la plupart des cas.
- La prise en charge doit se faire dans un centre cardiochirurgical à proximité d'un bloc opératoire de chirurgie cardiothoracique.

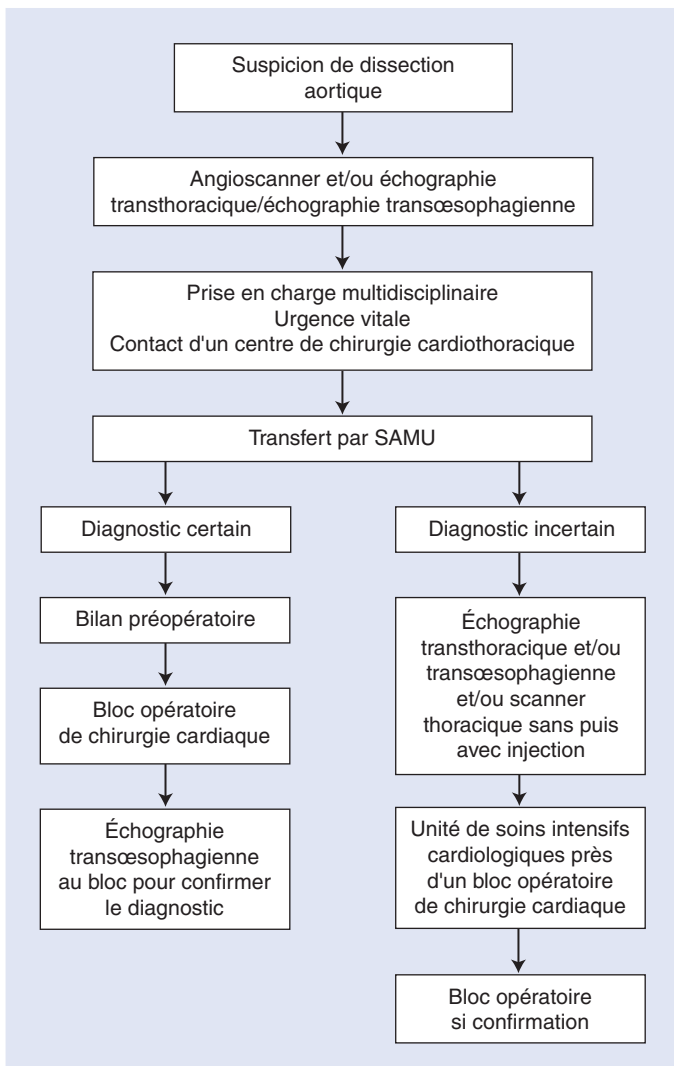


Figure 9. Arbre décisionnel. Conduite à tenir devant une suspicion de dissection aortique. SAMU : Service d'aide médicale urgente.



Références

- [1] Prisant LM, von Dohlen T, Rogers W, Houghton JL, Carr AA, Frank MJ. Pharmacotherapy of unstable angina. *J Clin Pharmacol* 1992;**32**:390-9.
- [2] Prisant LM, Carr AA, Hawkins DW. Treating hypertensive emergencies. Controlled reduction of blood pressure and protection of target organs. *Postgrad Med* 1993;**93**:92-6 (101-4, 108-10).
- [3] Cannesson M, Burckard E, Lefèvre M, Bastien O, Lehot JJ. Predictors of in-hospital mortality in the surgical management of acute type A aortic dissections: impact of anticoagulant therapies. *Ann Fr Anesth Reanim* 2004;**23**:568-74.
- [4] Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA* 2000;**283**:897-903.
- [5] Nienaber CA, Fattori R, Mehta RH, Richartz BM, Evangelista A, Petzsch M, et al. Gender-related differences in acute aortic dissection. *Circulation* 2004;**109**:3014-21.
- [6] Mehta RH, O'Gara PT, Bossone E. Acute type A aortic dissection in the elderly: clinical characteristics, management, and outcomes in the current era. *J Am Coll Cardiol* 2002;**40**:685-92.
- [7] Prisant LM. Hypertension and chronotherapy: shifting the treatment paradigm. *Am J Hypertens* 2001;**14**:277S-279S.
- [8] Mehta RH, Manfredini R, Hassan F, Sechtem U, Bossone E, Oh JK, et al. Chronobiological patterns of acute aortic dissection. *Circulation* 2002;**106**:1110-5.
- [9] Moore AG, Eagle KA, Bruckman D, Moon BS, Malouf JF, Fattori R, et al. Choice of computed tomography, transesophageal echocardiography, magnetic resonance imaging, and aortography in acute aortic dissection: International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Am J Cardiol* 2002;**89**:1235-8.
- [10] Cigarroa JE, Isselbacher EM, DeSanctis RW, Eagle KA. Diagnostic imaging in the evaluation of suspected aortic dissection. Old standards and new directions. *N Engl J Med* 1993;**328**:35-43.
- [11] Nienaber CA, von Kodolitsch Y, Nicolas V, Siglow V, Piepho A, Brockhoff C, et al. The diagnosis of thoracic aortic dissection by noninvasive imaging procedures. *N Engl J Med* 1993;**328**:1-9.
- [12] Shiga T, Wajima Z, Apfel CC, Inoue T, Ohe Y. Diagnostic accuracy of transesophageal echocardiography, helical computed tomography, and magnetic resonance imaging for suspect thoracic aortic dissection: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2006;**166**:1350-6.
- [13] Eagle KA, Quertermous T, Kritzer GA, Newell JB, Dinsmore R, Feldman L, et al. Spectrum of conditions initially suggesting acute aortic dissection but with negative aortograms. *Am J Cardiol* 1986;**57**:322-6.
- [14] Mehta RH, Suzuki T, Hagan PG, Bossone E, Gilon D, Llovet A, et al. Predicting death in patients with acute type A aortic dissection. *Circulation* 2002;**105**:200-6.
- [15] Suzuki T, Mehta RH, Ince H, Nagai R, Sakomura Y, Weber F, et al. Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD). *Circulation* 2003;**108**(suppl1):II312-II317.

M. Cannesson.

Service d'anesthésie réanimation, Hôpital cardiovasculaire et pneumologique Louis Pradel, 28, avenue du Doyen-Lépine, 69500 Lyon-Bron, France.

F. Farhat.

Service de chirurgie cardiaque, Hôpital cardiovasculaire et pneumologique Louis Pradel, 28, avenue du Doyen-Lépine, 69500 Lyon-Bron, France.

V. Piriou (vincent.piriou@chu-lyon.fr).

Service d'anesthésie réanimation, Université Claude Bernard Lyon 1, Centre hospitalier Lyon Sud, 69495 Pierre-Bénite, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Cannesson M., Farhat F., Piriou V. Dissections aortiques aiguës. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-020-B-40, 2007.

Disponibles sur www.emc-consulte.com

