

Cas cliniques :

Des dissections aortiques atypiques



Dr Maxime Noël-Lamy, R4 radiologie
Université de Sherbrooke
SSVQ novembre 2012

Divulgation de conflits d'intérêts potentiels

12^e congrès annuel de la SSVQ

Les URGENCES vasculaires : une approche interdisciplinaire

23, 24 et 25 novembre 2012

Dr Maxime Noël-Lamy, Présentateur de cas

Aucun conflit d'intérêts à déclarer

Cas 1

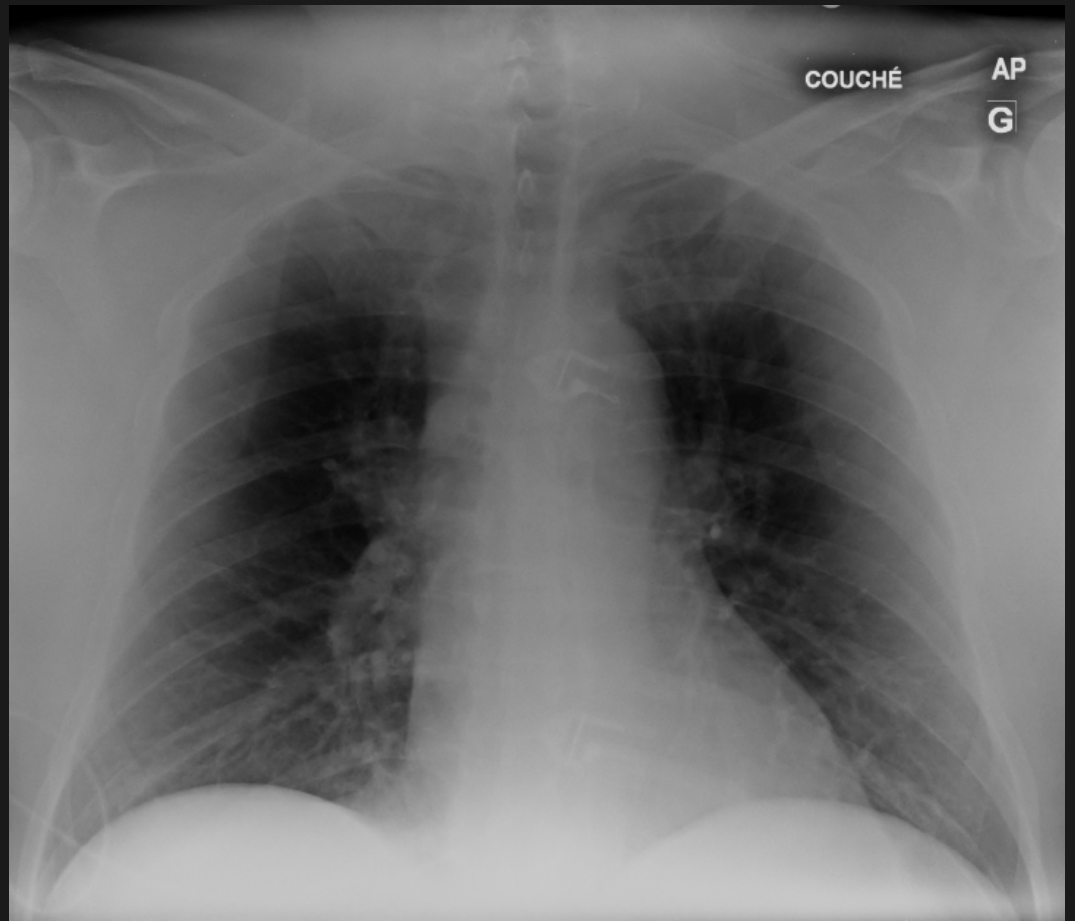
- H, 52 ans
- RC : Douleur épigastrique intense au réveil
- ATCD :
 - MPOC – emphysème
- RX
 - Oxeze
 - Alvesco
 - Ventolin, Spiriva

Cas 1

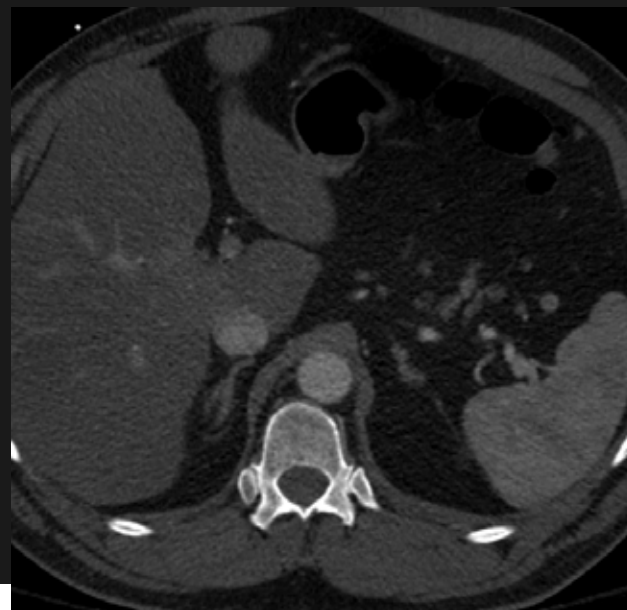
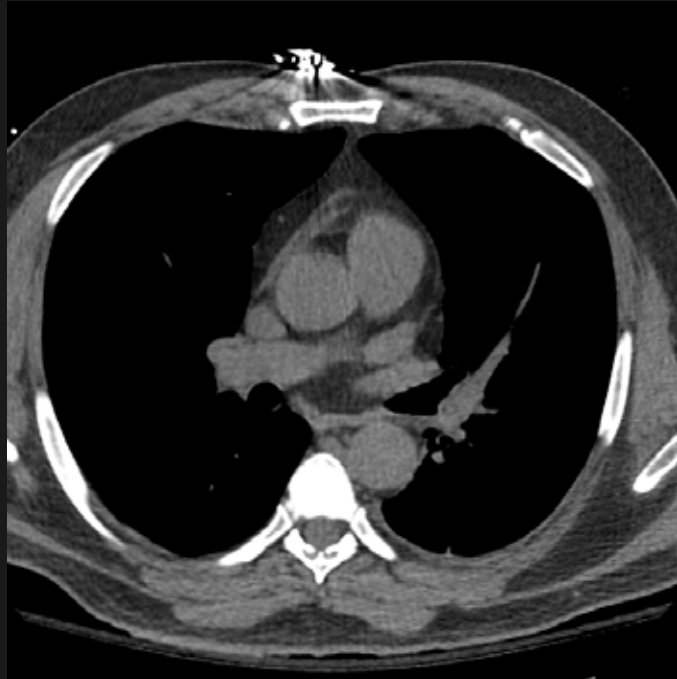
- Premier épisode du genre
- Irradiation au dos
- Pas de dyspnée, revue des systèmes négative
- E/P :
 - TA : 174/106, pouls 85 bpm
 - B1, B2 normaux, pas de souffle
 - MV normal
 - Pouls périphériques symétriques
 - Abdomen souple

Cas 1

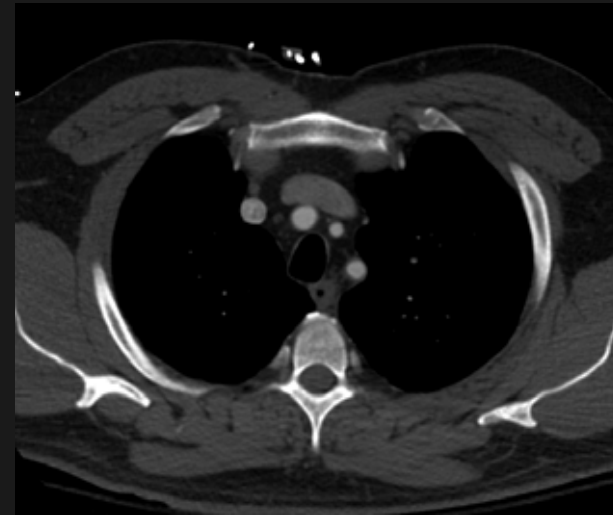
- Bilan :
 - ECG normal
 - Troponines –
 - Créatinine N
 - FSC N
 - RX pulmonaire :



ANGIO-TDM



ANGIO-TDM



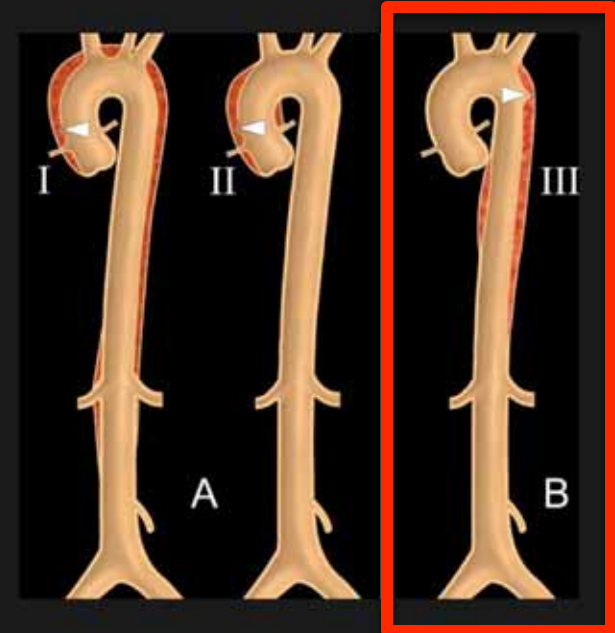


ANGIO-TDM

- Dissection aortique de l'origine de la sous-clavière gauche jusqu'à l'hiatus
- Légère dilatation de l'aorte
- Arrêt en amont du tronc coeliaque
- Pas de rupture
- Aorte ascendante et gerbe préservées

Dissection aortique type B

- Types :
 - Stanford A
 - Stanford B
- Stanford B : tx conservateur
 - TA systolique inf. À 120-110
 - Notre patient : Lopresor, Coversyl, Norvasc
 - Suivi Angio-TDM
 - Avant congé
 - 3,6,12 mois puis aux 1 à 2 ans

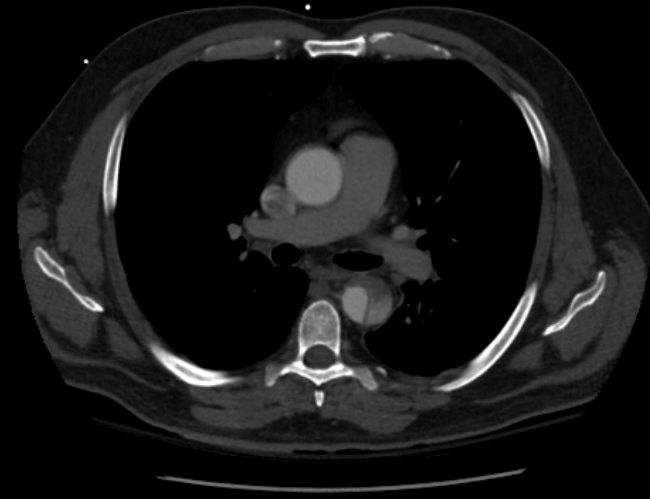
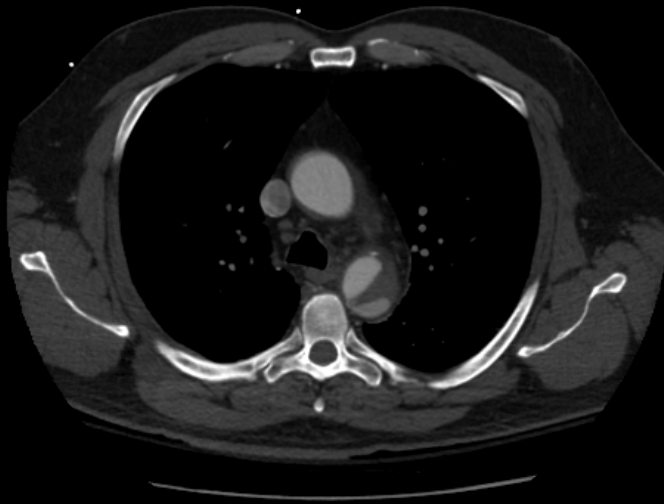


Hospitalisation

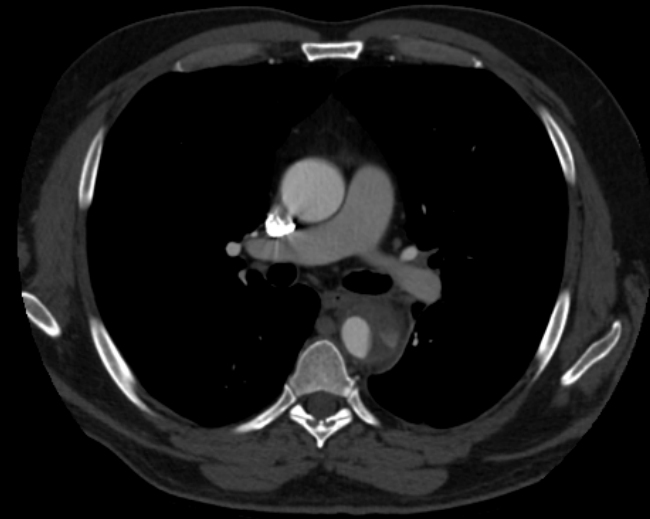
- Aux soins intensifs :
 - TA bien contrôlée
 - Hb, créatinine stables
- 1 semaine plus tard :
 - Douleur persiste malgré traitement optimal
 - Angio TDM répétée

Contrôle angio-TDM

7 Antérieur



7 Actuel

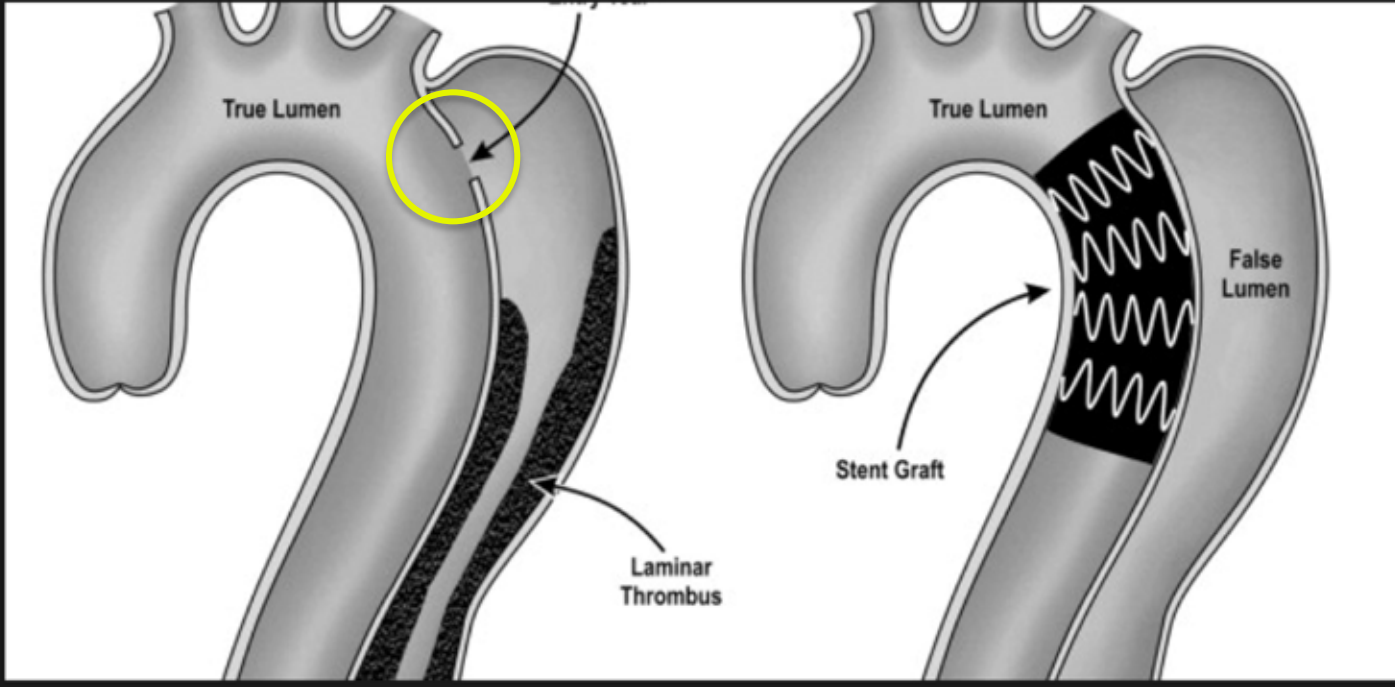


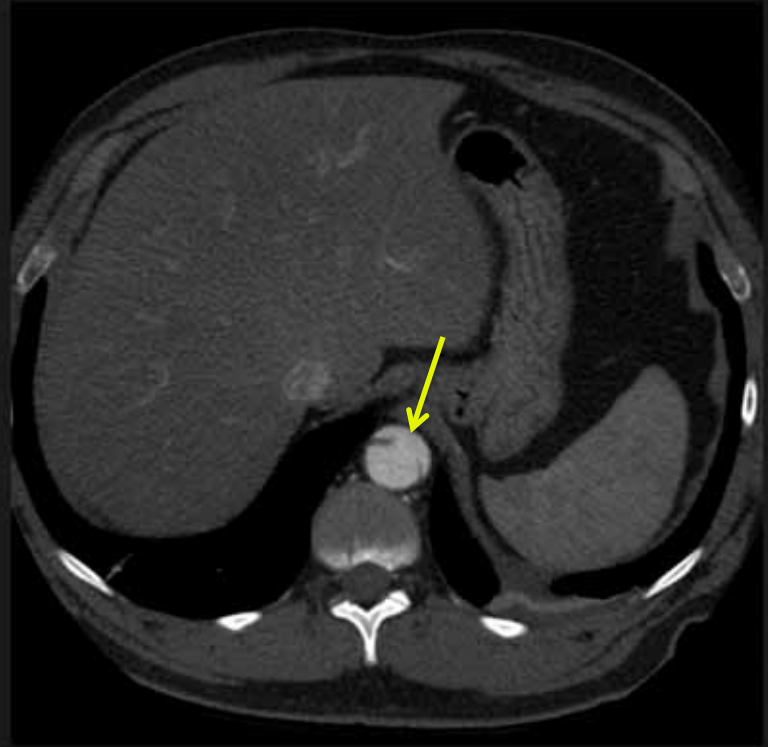
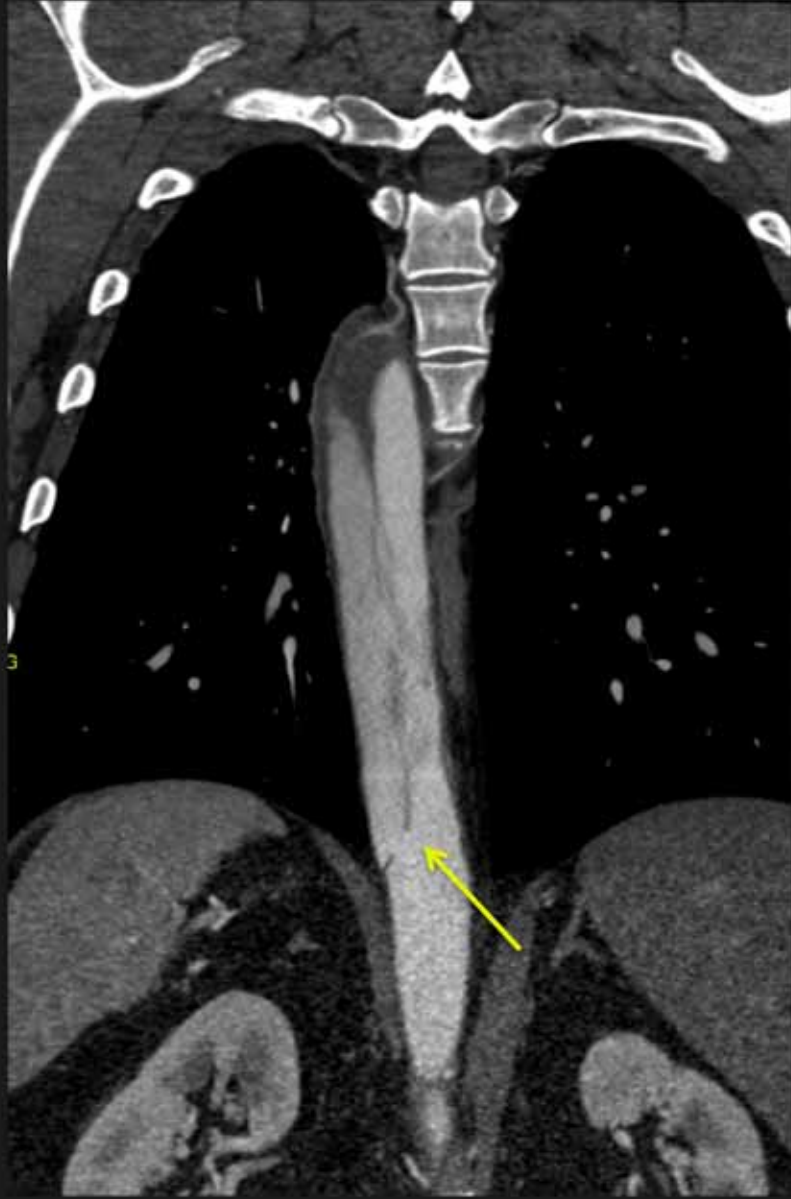
ANGIO-TDM suivi

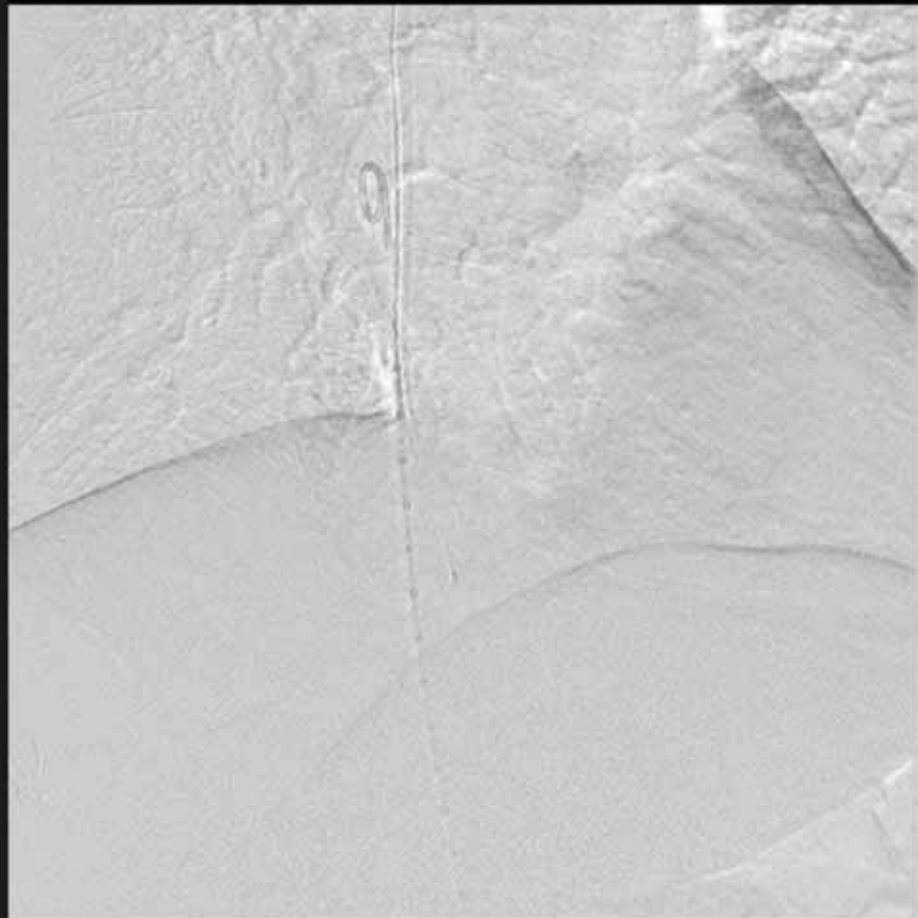
- Ao descendante : 31 à 38 mm
- Expansion de la fausse lumière
- Épanchement pleural gauche léger
- Pas de signe de rupture
- Pas d'extension de la dissection

Prise en charge

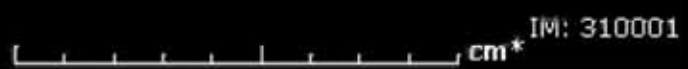
- Évolution défavorable
- Risque élevé de rupture
- Intervention
 - Endoprothèse couverte pour exclure la déchirure primaire
 - Besoin d'identifier clairement la déchirure sur l'imagerie pré-intervention



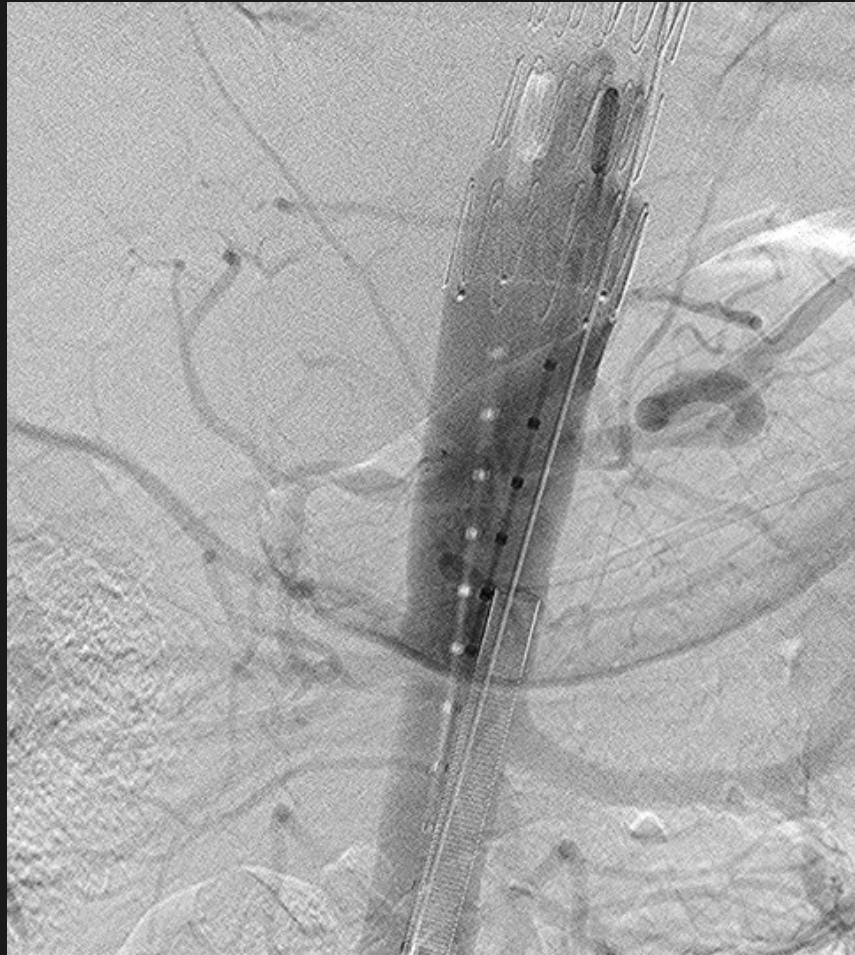
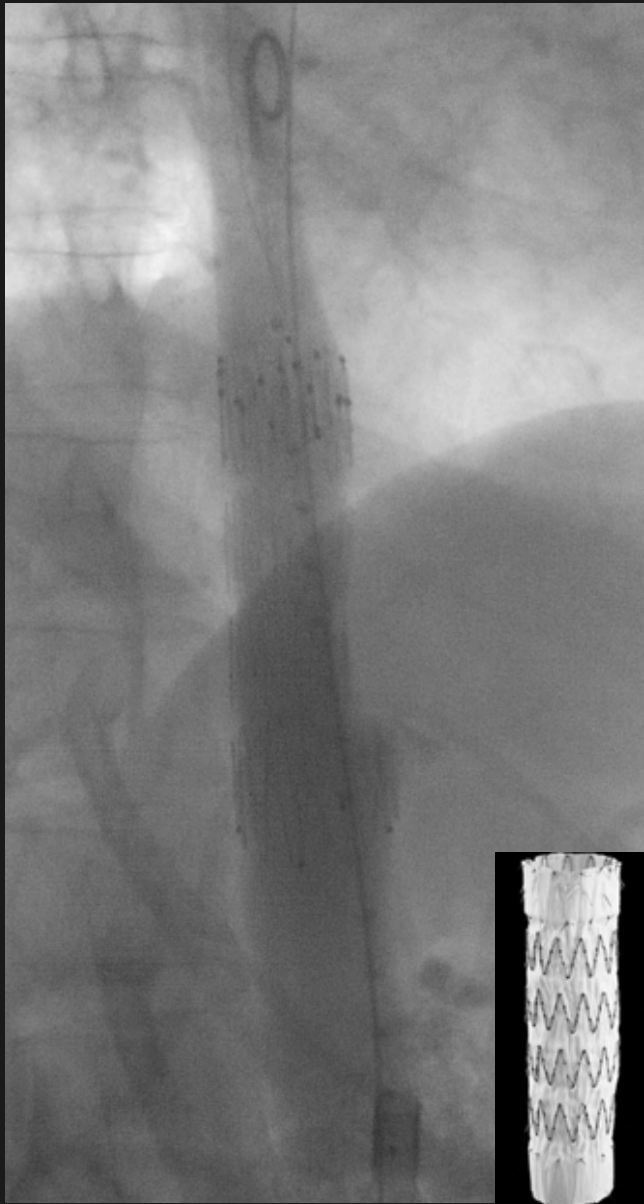




Page: 1 of 24



IM: 310001





3 mois plus tard



SUIVI

- 3 mois:
 - Fausse lumière exclue
 - Image de décollement intimal de 35mm au dessus de la prothèse sans fuite de contraste
- Suivi 6 mois :
 - Image de décollement stable
 - Persistance d'un épanchement pleural gauche d'étiologie incertaine
 - Décision d'étendre la couverture de l'endoprothèse



Suivi

- 18 mois plus tard
 - Absence de décollement intimal
 - Bon résultat
 - Patient asymptomatique



Cas 2

- H, 80 ans
- RC : Douleur thoracique basse, faiblesse
- ATCD :
 - DLPD
 - HTA
 - DM II
- RX : ASA, Lipitor, Metformin, Diabeta, NPH, Coversyl, Norvasc
- Tabac -

Cas 2

- Étourdissements au réveil
- Pas de syncope
- Douleur creux épigastrique 7/10
- Légère dyspnée
- Revue des systèmes négative

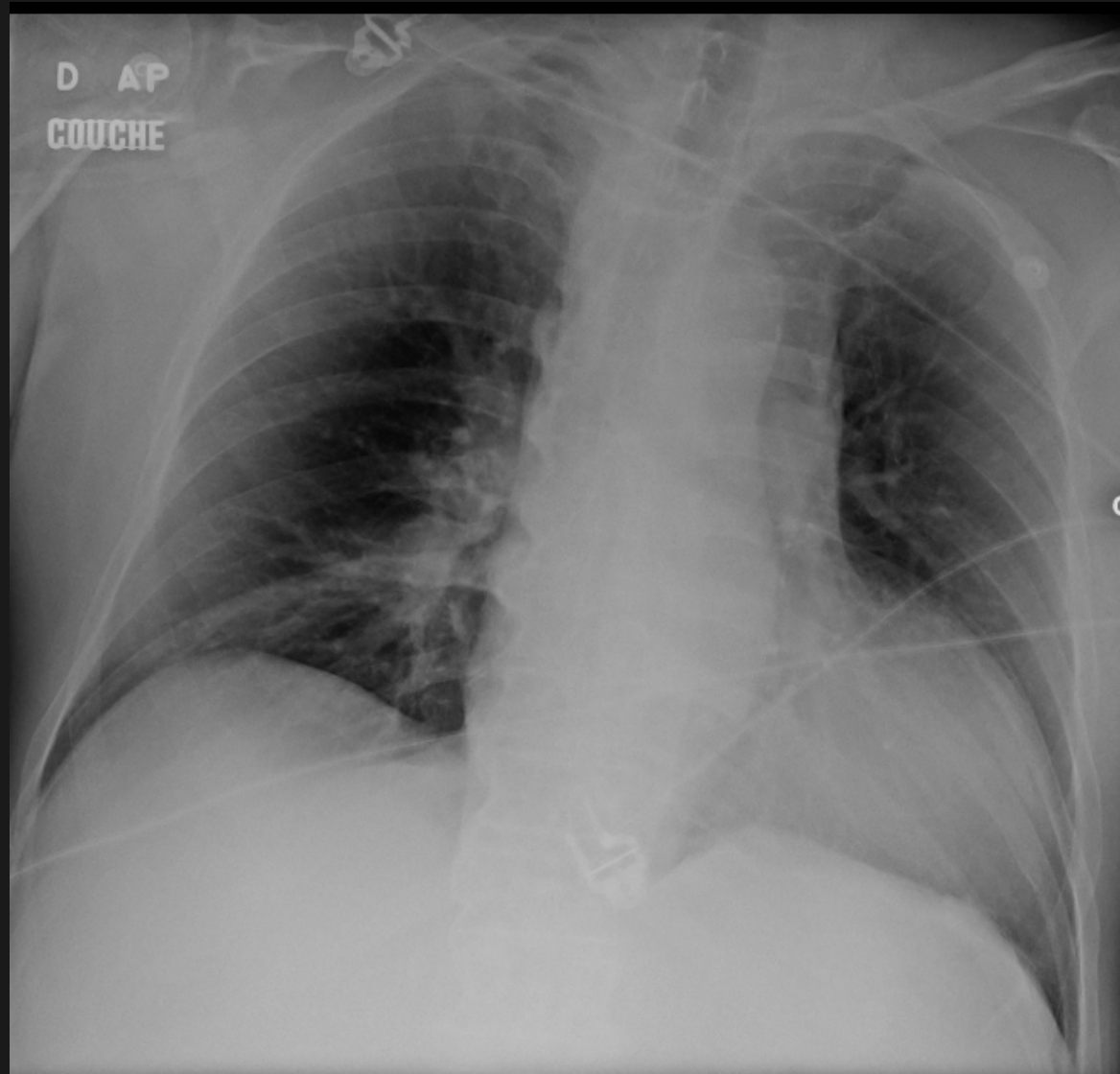
Cas 2

- EP :
 - TA 69/54, pouls 125
 - B1, B2 lointains, réguliers, pas de souffle
 - MV symétrique
 - Pouls symétriques
 - Jugulaires distendues

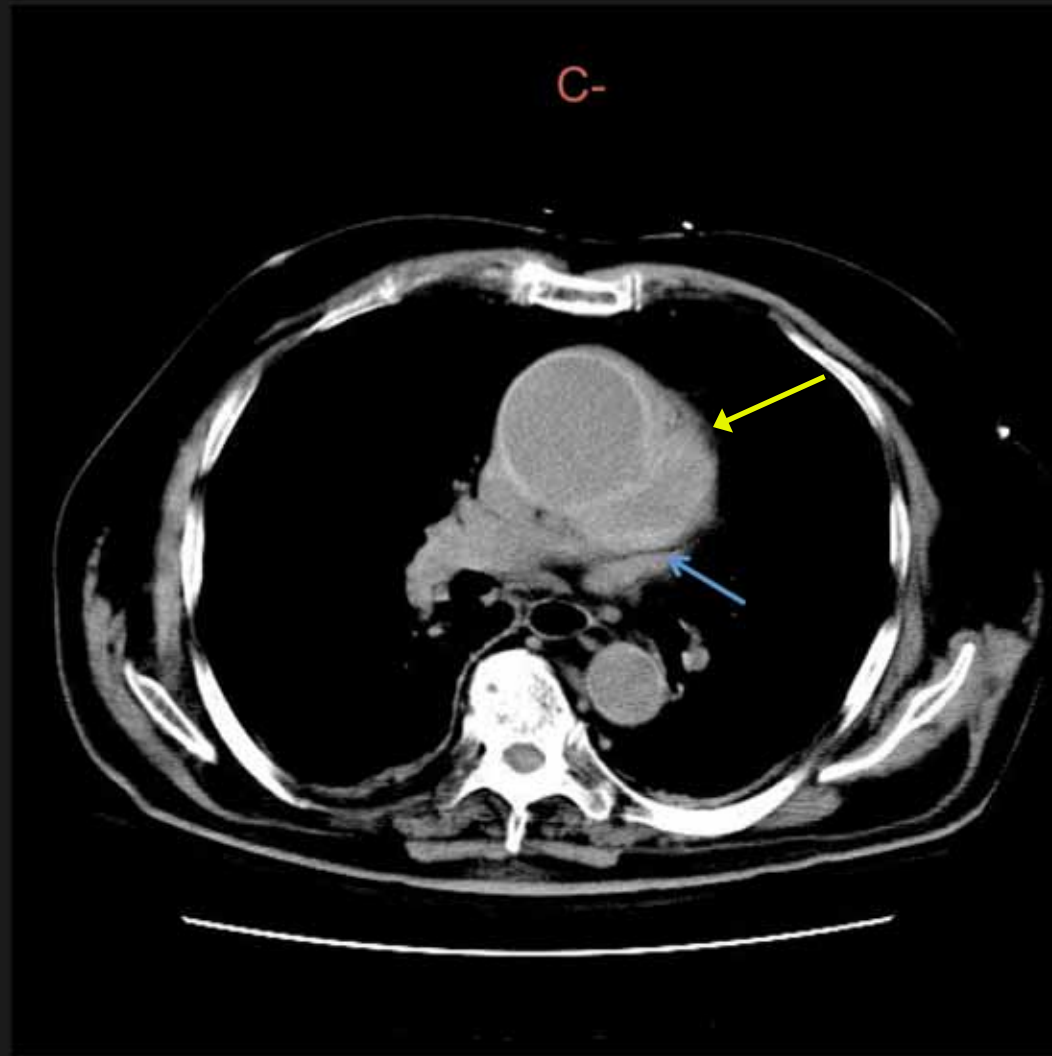
Cas 2

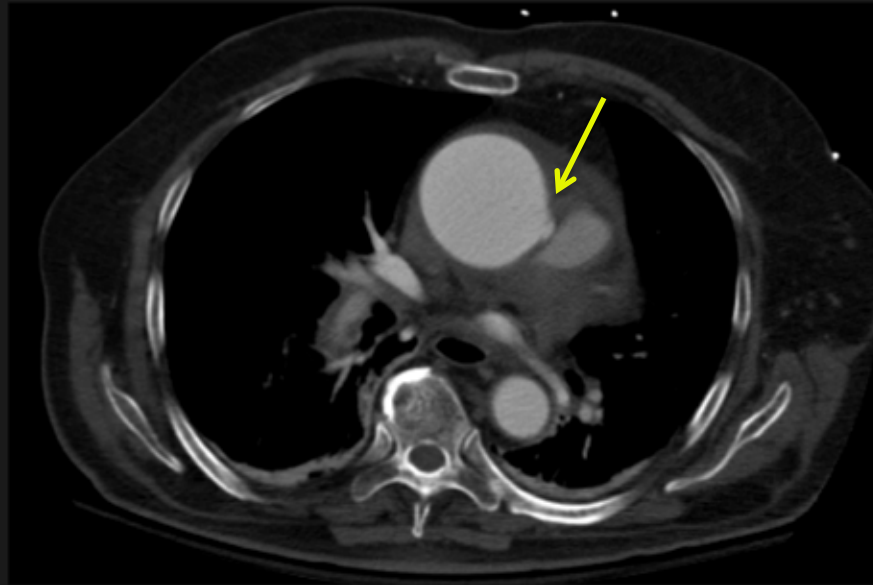
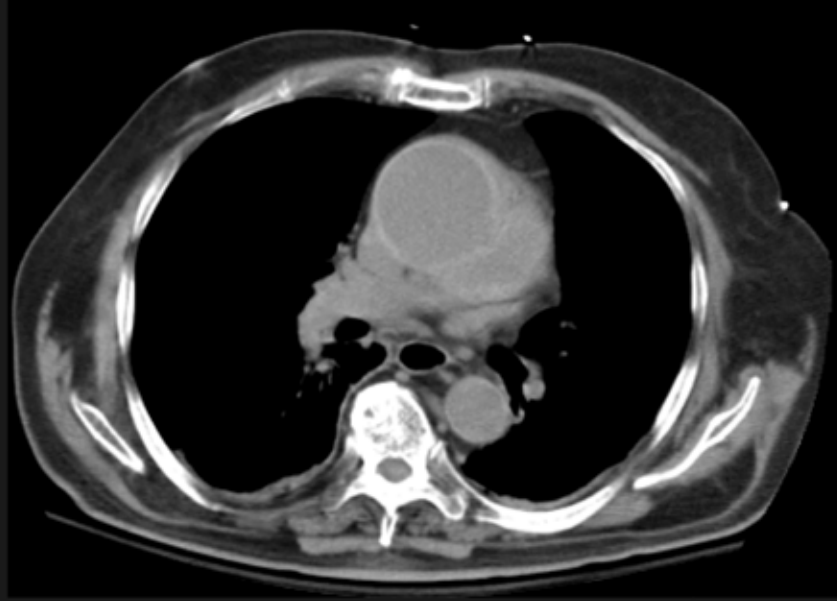
- GB à 16 000, Hb normale
- Tropos N
- Glucose 20,7
- Lactate lég augmentés
- Créat 111
- INR, PTT N

Cas 2

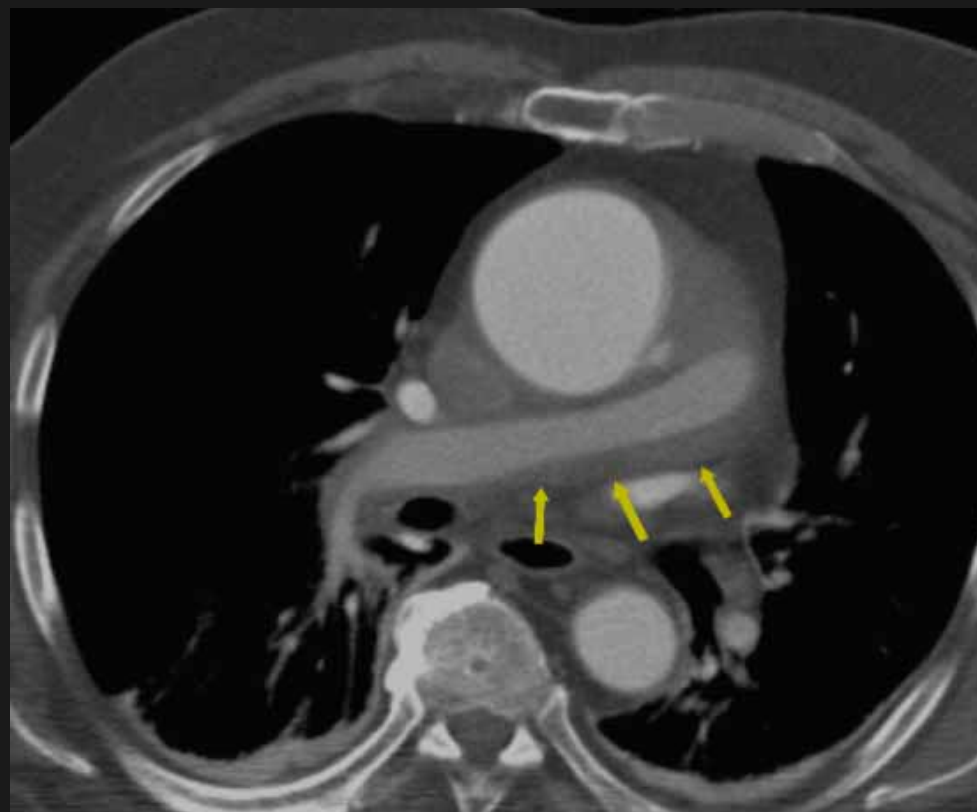


ANGIO-TDM

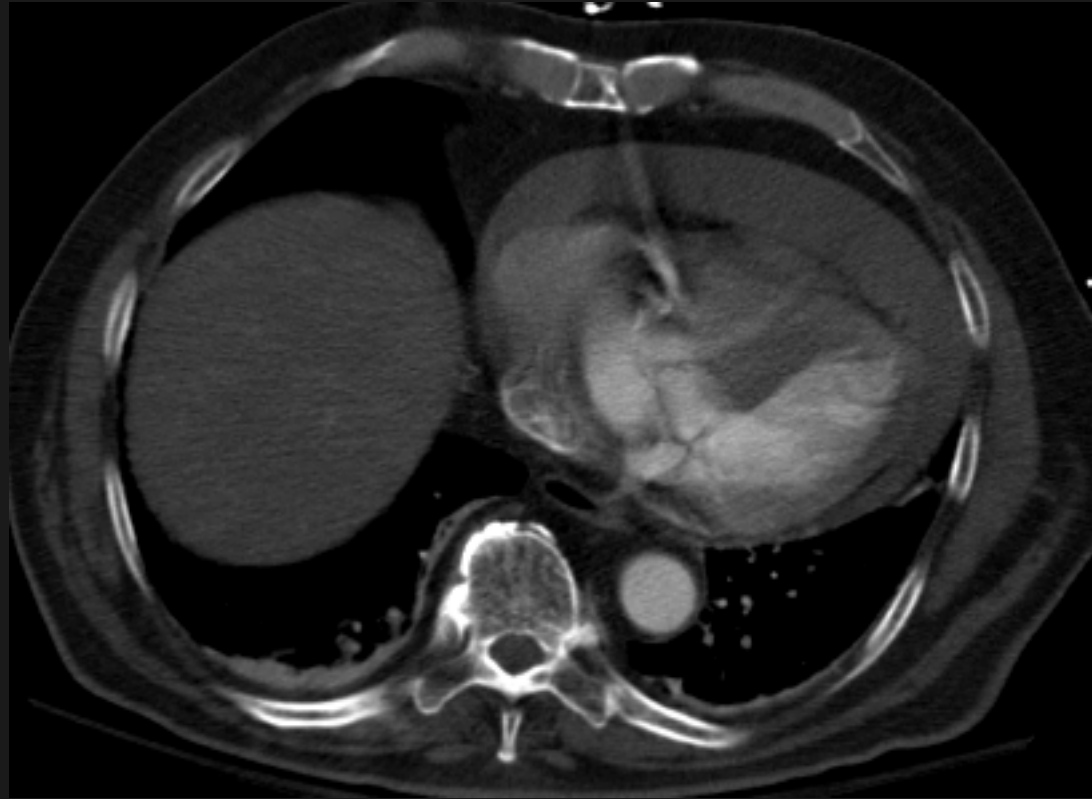


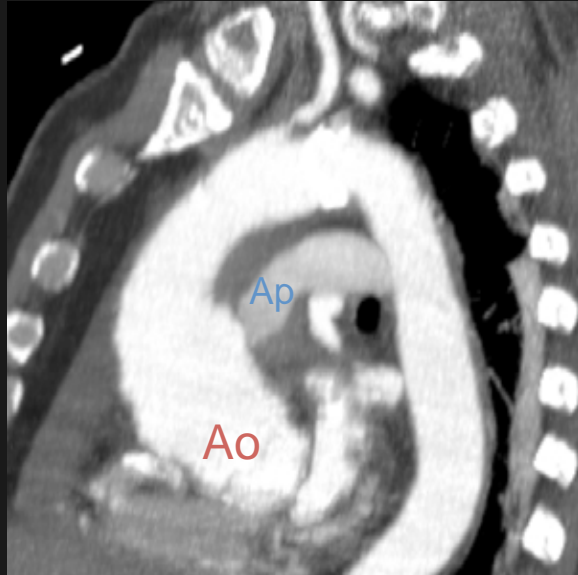


Hématome intra-mural... de l'artère pulmonaire



Tamponade!



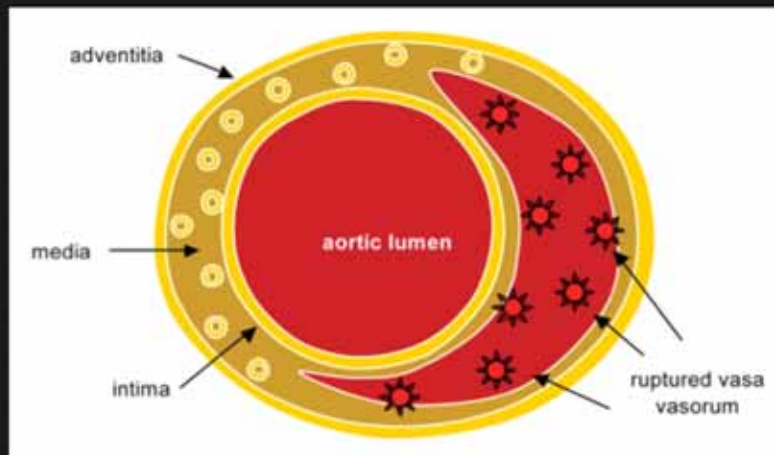
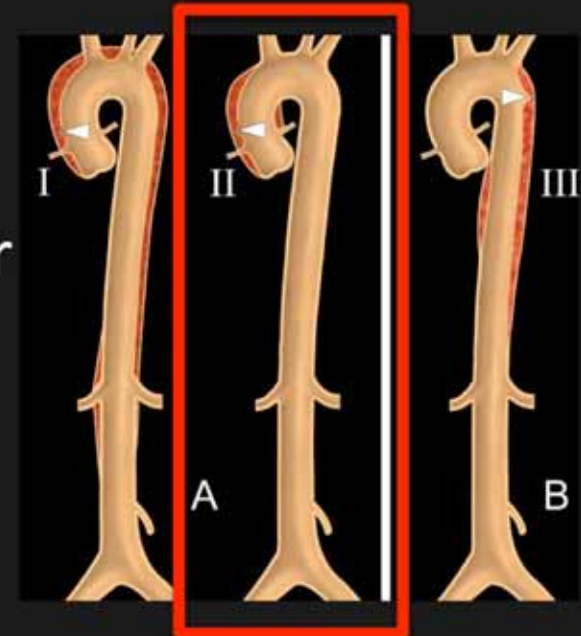


Angio-TDM

- Anévrisme Ao ascendante 6cm
- Hématome intra-mural Ao ascendante
- Brèche intimale versant médial sans dissection
- Extension de l'hématome à l'artère pulmonaire principale et droite
- Hémopéricarde important

Hématome intra-mural

- Hypothèse étiologique :
 - Rupture vasa-vasorum causé par
 - Affaiblissement pariétal
 - HTA
 - Intima intacte : évite dissection



Hématome intra-mural

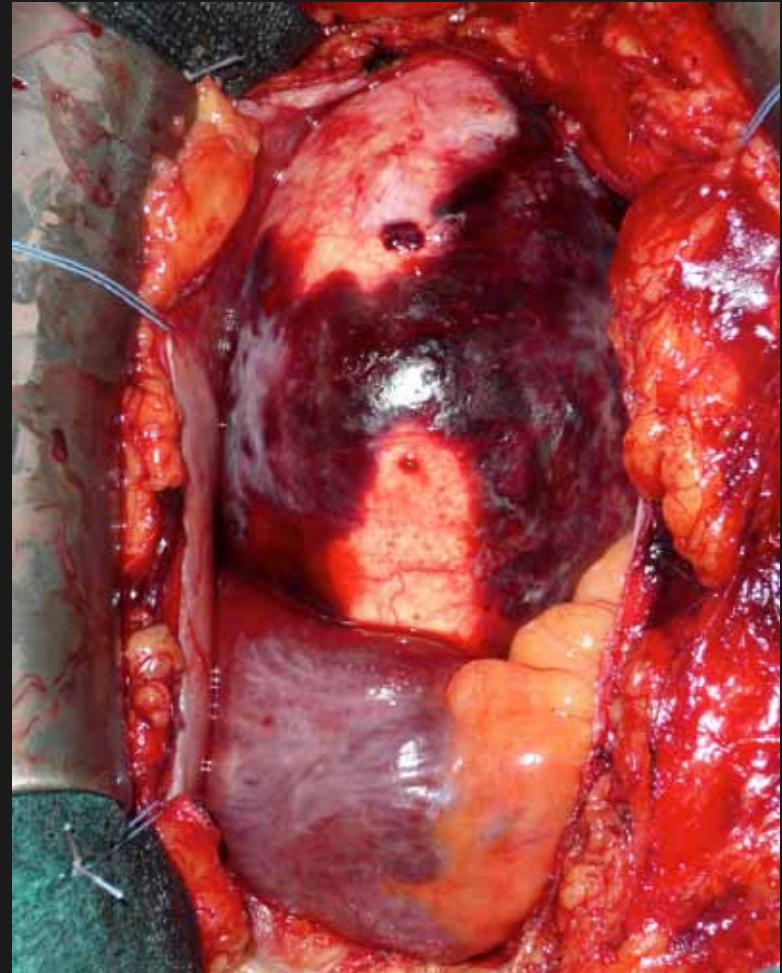
- Implication artère pulmonaire principale et de ses branches
 - Très rare
 - Peut se présenter avec signes/symptômes d'EP
- Étiologie :
 - Adventice commune Ao-Ap sur court segment proximal
 - Extension de l'hématome par contiguïté

Prise en charge

- Réanimation
- Transfert immédiat en salle opératoire

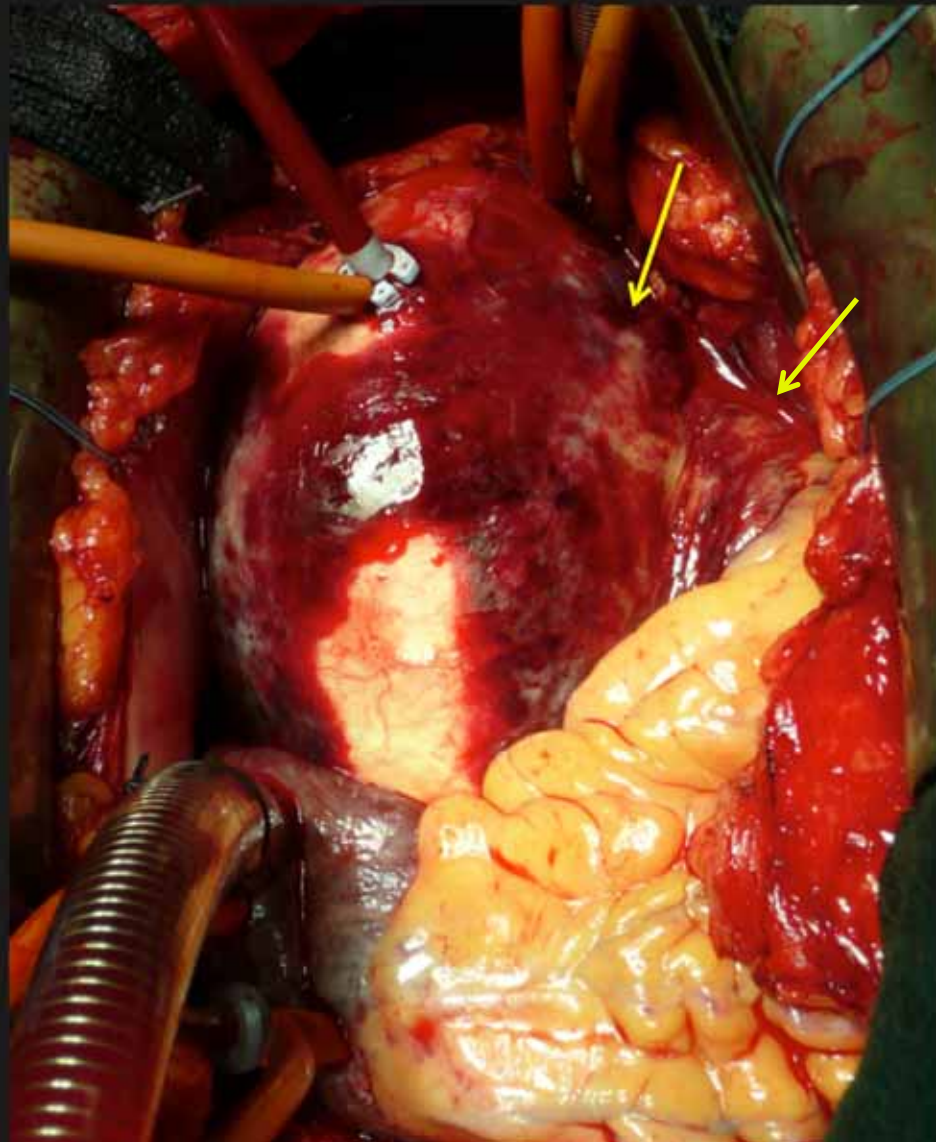
Per Op

- Drainage du péricarde : sang, caillots ++ évacués
- Ao exposée : Hématome quasi-circonférentiel



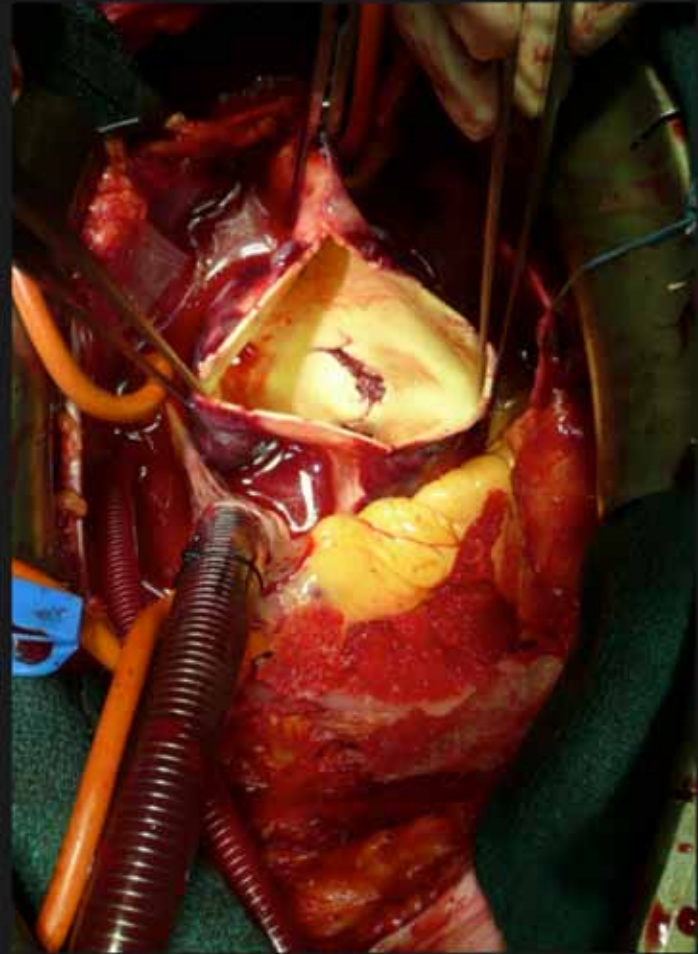
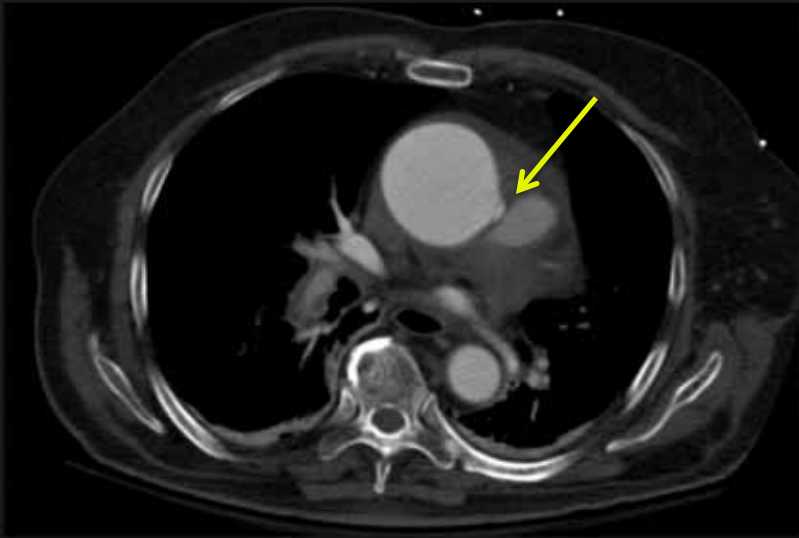
Per Op

- Extension de l'hématome à Ap par contiguïté



Per Op

- Déchirure intimale
vue à la TDM



Traitement

- Remplacement Ao ascendante
- Resuspension valve Ao (bicuspide calcifiée)
- Bonne évolution post-op

Suivi 2 ans



CONCLUSION

- Dissection aortique : pathologie dynamique complexe
 - Déchirure primitive, antégrade vs rétrograde
 - Fausse lumière, vraie lumière
 - Ne pas oublier l'hématome intra-mural
- Rôle important de l'imagerie et d'une interprétation détaillée de l'étude initiale
 - Stanford A vs Stanford B

CONCLUSION

- Redouter et rechercher les complications
- Rôle de la radiologie d'intervention
 - Type B évolutives à risque de rupture
 - Type B compliquées par obstruction des branches
- Type A : Chirurgical
 - Rôle futur de l'endovasculaire?

Références

1. Amirsys StatDx Premier, Aortic Dissection
2. Chao, CP et al. Natural History and CT Appearances of Intra-Mural Hematoma. Radiographics mai 2009; (29) 791-804
3. Qin, YL et al. Risk factors of incomplete thrombosis in the false lumen after endovascular treatment of extensive acute type B aortic dissection. J Vasc Surg 2012(07)
4. Khatchaturian G and Vala D, Acute Type I Aortic Dissection With Concomitant Pulmonary Artery Dissection. Circulation 2005;112:e313-e314
5. Manning, WJ. Management of Aortic Dissection, UptoDate 29-08-2012.
6. Nordon, I.M. et al. Progress in Endovascular management of type A dissection, Eur J Vasc endovasc Surg. 2012 Oct; 44(4).
7. Shuichiro K et al. Prognosis of retrograde aortic dissection from the descending to the ascending aorta. Circulation 2003; 108: II 300-306
8. Tsai, TT et al. Tear Size and Location impacts false lumen pressure in an ex vivo model of chronic type B aortic dissection. J Vasc Surg 2008; 47 (4) 844-851
9. Yi-Tong, MA et al. Transluminal stent graft placements for the treatment of Stanford B type aortic dissection, Chin Med J 2007;120 (5):434-436