

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE
DEPARTEMENT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE MEDECINE D'URGENCE

| Protocole de service accueil des urgences | |
|---|---|
| Titre | Dissection Aortique |
| Rédaction Fabien LEMOEL | Approbation Jacques LEVRAUT, Henri OUALID, Matthieu BOIFFIER, Caroline MION |
| Date de création | Janvier 2017 |

Généralités

- **Rare** (3 pour 100 000 par an)
- **Grave**
 - o Prévalence de décès par rapport à l'IDM = 1 / 300
 - o Mortalité : 1% par heure de retard diagnostic ; 50% de décès à J2 si non traitée, 75% à J15
- Il s'agit d'un processus dégénératif de la média : clivage intima/adventice → vrai et faux chenal
- **Formes atypiques assez fréquentes, avec complications révélatrices**
 - o Ischémie de membre, ischémie mésentérique, paraplégie
 - o SCA (dissection coronarienne associée, souvent coronaire droite)
 - o Insuffisance cardiaque aigue (insuffisance aortique aigue massive)
 - o Syncope (tamponnade ou rupture aortique)
 - o Claude Bernard Horner, syndrome cave cave sup...
- Principaux facteurs de risque de dissection aortique (pas toujours présents)
 - o ATCD personnel ou familial d'anévrisme aortique
 - o TA, âge > 60 ans, sexe masculin
 - o \$ de Marfan, \$ de Turner, \$ d'Ehlers-Danlos,
 - o Bicuspidie aortique, ATCD de chirurgie de l'aorte ou de la valve Aortique,
 - o Autres : cocaïne, obésité

Clinique

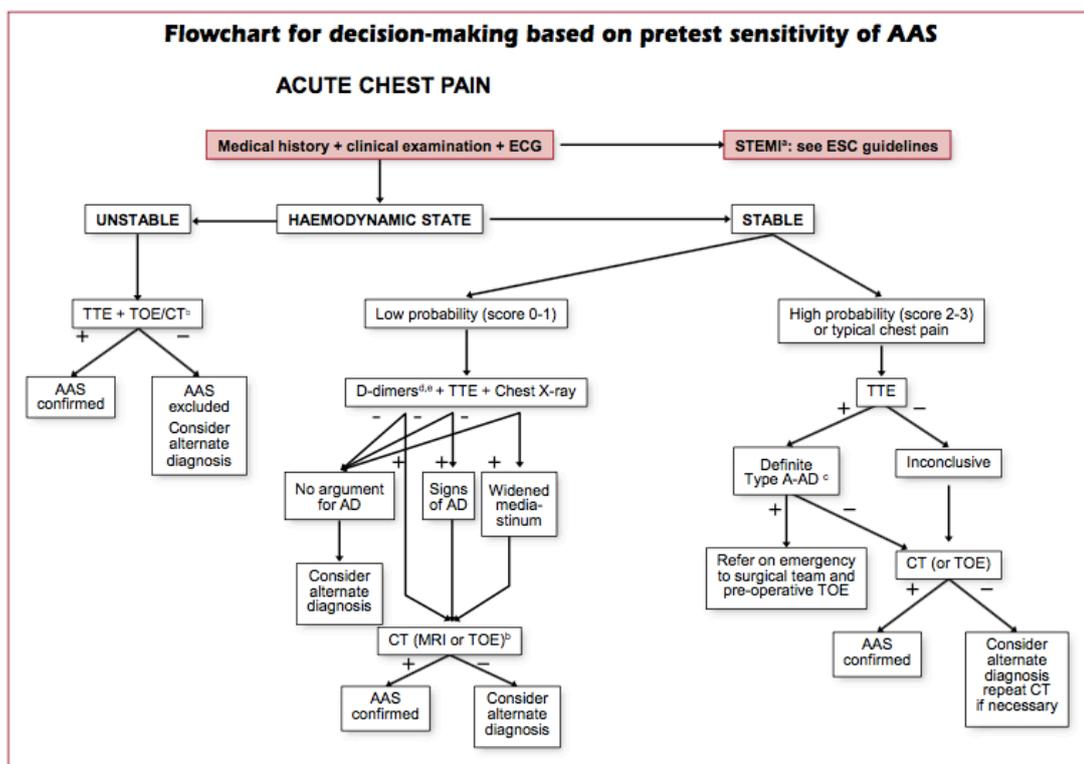
- **L'asymétrie tensionnelle** (différence de systolique MSD/MSG > 20mmHg) n'est pas très spécifique et n'est présente que dans 40% des DA. (Si présente, RV+ = 5,7)
- Le **caractère migrant** de la douleur est rare mais très évocateur (RV+=7,6)
- Le **caractère déchirant** de la douleur est rare mais très évocateur (RV+=11)
- **L'association douleur thoracique + déficit neuro ou douleur thoracique + ischémie mésentérique ou d'un membre est hautement évocatrice** de dissection
- La dissection aortique doit être évoquée chez tout patient des urgences ayant présenté une **syncope, une douleur thoracique, une douleur dorsale, une douleur abdominale et/ou un déficit neurologique inexplicé(e)**
- **L'absence de douleur thoracique est rare (10% des cas) mais possible**, surtout en cas d'insuffisance cardiaque, de syncope ou de déficit neurologique

Démarche diagnostique

- Evaluer la présomption clinique de dissection aortique devant toute syncope, douleur thoracique, douleur dorsale, douleur abdominale et/ou déficit neurologique inexpliqué
- Si **ECG normal + douleur thoracique + instabilité hémodynamique**, faire en urgence **ETT et/ou scanner thoracique** injecté pour recherche de dissection aortique
- **Si le patient est stable** sur le plan hémodynamique, il faut utiliser les **critères de probabilité pré-test des recommandations de l'ESC 2014** :
 - o Si aucun critère ci-dessous : bas risque (score = 0)
 - o Si 1 item vrai dans 1 seule colonne : **bas risque** (score = 1)
 - o Si 1 item vrai dans 2 ou 3 colonnes : **haut risque** (score = 2 ou 3)

| Clinical data useful to assess the a priori probability of acute aortic syndromes | | |
|---|---|---|
| High-risk conditions | High-risk pain features | High-risk examination features |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marfan syndrome (or other connective tissue diseases) ▪ Family history of aortic disease ▪ Known aortic valve disease ▪ Known thoracic aortic aneurysm ▪ Previous aortic manipulation (including cardiac surgery) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chest, back, or abdominal pain described as any of the following: <ul style="list-style-type: none"> - abrupt onset - severe intensity - ripping or tearing | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidence of perfusion deficit: <ul style="list-style-type: none"> - pulse deficit - systolic blood pressure difference - focal neurological deficit (in conjunction with pain) ▪ Aortic diastolic murmur (new and with pain) ▪ Hypotension or shock |

- Si **douleur thoracique typique** (déchirante et/ou migrante) **ou score = 2 ou 3**, patient à haut risque, faire immédiatement un **scanner thoracique injecté (+/-ETT)**
- **Si le score est de 0 ou 1**, le patient est à **bas risque**. Les recommandations ESC 2014 préconisent de **faire une RX thoracique, une ETT et des D-dimères**
 - o Si tous les 3 sont négatifs, le diagnostic de DA est écarté -> cf diagnostics différentiels.
 - o Si l'ETT est positive ou si le médiastin est élargie sur la RX -> faire un scanner injecté.
 - o L'élargissement médiastinal est présent sur la RX thoracique dans 20% des DA.



Place des D-Dimères

- Mise à nue de l'intima et activation de la coagulation → D-dimères
- Valeur d'autant plus élevée que : DA étendue, faux chenal important, et pronostic sombre. Les hématomes intramuraux peuvent donner des DD négatifs
- **Place controversée** car hétérogénéité des études dans les premières méta-A mais des études récentes et bien conduites ont précisé leur place dans la prise en charge diagnostique : une **méta-A récente** montre que **si DD < 500 + score = 0 ou 1** (bas risque), alors le diagnostic de DA peut être écarté (**probabilité post-test < 1%**)
- Mais attention **40% de faux positifs** des DD -> risque d'augmentation du nombre de scanners pour recherche de DA si pas de prescription raisonnée des DD...

Prise en charge thérapeutique

- **Urgence absolue médicochirurgicale**
- Objectifs thérapeutiques clairs :

objectifs : TAS entre 100 et 120mmHg, FC < 60 et EVA < 4/10

- o **En 1^{ère} intention bêtabloquants: labetalol** (trandate® amp 5mg/ml)
 - 1 mg/kg IVL 5 min (renouvelable si besoin 10 min après)
 - Puis 0,1 à 0,3 mg/kg/h IVSE pour atteindre l'objectif tensionnel
 - o **Si contre-indication au labetalol** (IAO sévère par ex) ou en association si objectif TA non atteint **nicardipine (loxen®)** 1 mg/min jusqu'à 10 mg puis 1 à 5 mg/h SAP
 - o La nicardipine ne devrait pas être donné sans les bêtabloquants (risque de tachycardie et d'augmentation de la tension aortique transmurale)
 - o NB : si asymétrie tensionnelle, se baser sur la TA la plus haute !
- **Titration morphinique IV** dès que possible
 - **Anxiolyse** si besoin
- Orientation du patient
 - o **Si Stanford A -> chirurgie cardiaque** (penser à joindre au dossier le CD du scanner !!!)
 - o Si Stanford B -> traitement médical antiHTA +/- endoprothèse (chirurgie vasculaire)

Classification of aortic dissection

| | | | |
|------------|---|---|---|
| |  |  |  |
| Percentage | 60% | 10–15% | 25–30% |
| Type | DeBakey I | DeBakey II | DeBakey III |
| | Stanford A (Proximal) | | Stanford B (Distal) |