

PREVALENCE ET ELEMENTS PRONOSTIQUES DE LA DISSECTION AORTIQUE EN PHASE AIGUE ET DANS NOTRE CONTEXTE

PREVALENCE AND PROGNOSTIC ELEMENTS OF THE AORTIC DISSECTION IN ACUTE PHASE AND IN OUR CONTEXT

Diall I.B*, Diakité S*, Minta I**, Sidibé N**, Bâ HO**, Coulibaly S*, Sangaré I**, Sanogo K**, Diallo BA.*

* Service de Cardiologie CHU du Point G

** Service de Cardiologie CHU Gabriel Touré

RESUME

Les auteurs rapportent les résultats d'une étude rétrospective portant sur 6 cas de dissection aortique hospitalisés en phase aigue entre Février 2008 et Juillet 2010 dans le service de cardiologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G à Bamako au Mali. L'objectif était à partir de cette série de dégager la prévalence et les éléments pronostiques de la maladie en phase aigue. L'échographie transthoracique et la tomодensitométrie thoracique ont permis de faire le diagnostic de la maladie. L'Hypertension artérielle (HTA) était le facteur étiologique constant dans la série. Le tabac et la contraception orale étaient en plus retrouvés respectivement chez 3 et 1 patients. Chez tous les patients le traitement restera médical faute de plateau technique pour la chirurgie. L'évolution a été favorable dans seulement 2 cas, les 4 autres décéderont dans un tableau de rupture.

Mots clés : Dissection - Aorte - Hypertension

ABSTRACT

The authors report the results of a retrospective study relating to 6 cases of aortic dissection hospitalized in acute phase between February 2008 and July 2010 in the service of cardiology of the University Hospital complex of the Point G to Bamako in Mali.

The objective was starting from this series to release the prevalence and the prognostic elements of the disease in acute phase. Transthoracic echography and the thoracic tomодensitometry made it possible to make the diagnosis of the disease. Arterial Hypertension (HTA) was the constant factor etiologic in the series. The tobacco and oral contraception in were found respectively at 3 and 1 patients. Among all patients the treatment will remain medical for lack of technical plate for the surgery. The evolution was favorable in only 2 cases; the 4 others will die in a table of rupture.

Key words: Aorta – Dissection – Hypertension

INTRODUCTION.

La dissection aortique aigue est une déchirure longitudinale de la paroi aortique au niveau de la media avec constitution d'un hématome pariétal.

Il s'agit de l'une des plus grandes urgences médico – chirurgicales, caractérisée par une mortalité atteignant 70% dans les quarante huit premières heures (1). Seul le traitement chirurgical est curatif, le traitement médical visant à limiter l'extension de la dissection.

C'est une affection de plus en plus fréquemment reconnue bien que sa prévalence reste faible estimée à 5 à 8 cas par an et par million d'habitants (2, 3) soit environ 300 à 400 nouveaux cas par an en France.

Le présent travail qui est une étude rétrospective se propose, à partir de l'analyse de cas de dissection aortique observés à Bamako, dans un contexte marqué par l'absence d'unité de soins intensifs et de chirurgie cardio-vasculaire ; de dégager la prévalence et les éléments pronostiques de la maladie en phase aigue

METHODOLOGIE.

L'étude a été menée de Février 2008 à Juillet 2010, dans le service de Cardiologie B du Centre Hospitalier Universitaire du Point G de Bamako et à porté sur l'analyse des dossiers des patients ayant présenté une dissection aortique et admis en hospitalisation en phase aigue c'est-à-dire de moins de deux semaines d'évolution.

Les paramètres étudiés ont concerné l'age, le sexe, le délai d'accueil, le type de dissection, les facteurs étiologiques et les complications.

Les dossiers de dissection aortique ne comportant pas toutes ces données ont été exclus.

L'échographie transthoracique et un examen tomодensitométrique ont permis de définir le type de dissection.

RESULTATS

Le tableau I présente les paramètres étudiés au cours de ce travail.

A l'issue de la période d'étude, six cas de dissection aortiques aiguës ont été enregistrés pour un total de 1944 hospitalisations, soit une prévalence de 0,80 %. Il y'avait 3 cas de dissection de type I et 3 de type III.

Le sexe ratio était de 0,5 (2 femmes, 4 hommes). L'âge moyen était de 55,33 ans avec des extrêmes de 42 à 59 ans. Le délai d'accueil était en moyenne de 79,72 heures avec des extrêmes de 24 à 168 heures.

Parmi les facteurs de risque étiologiques, l'hypertension artérielle (HTA) était retrouvée dans 100% des cas, le tabagisme dans 66,66 % des cas et la contraception orale dans 16,66%.

La symptomatologie fonctionnelle était dominée par la douleur qui était retrouvée chez tous les patients (100%). Elle était à type de précordialgie chez 3 patients (50%), d'épigastalgies (16,66%) et thoraco abdomino lombaire (33,33%).

L'électrocardiogramme objectivait chez tous les patients une hypertrophie ventriculaire gauche (100%). Dans un cas seulement nous avons enregistré des troubles diffus de la repolarisation (16,66%).

L'échographie transthoracique et la tomодensitométrie ont confirmé l'aspect anévrismal de l'aorte chez tous les patients.

La durée d'hospitalisation en moyenne était de 11 jours avec des extrêmes de 3 à 25 jours.

Quatre patients (66,66%) sont décédés : deux (33,33%) dans les suites immédiates de l'hospitalisation et deux (33,33%) après leur sortie de l'hôpital. Ces décès ont été enregistrés respectivement à : J3 ; J25 ; J30 et J120.

Deux patients (33,33%) ont eu une évolution ultérieure favorable et sont actuellement sous un traitement médical.

Aucun de nos patients n'a pu bénéficier de chirurgie faute de plateau technique, et aussi pour des raisons financières leur évacuation vers d'autres centres n'a pas été possible.

DISCUSSION

La dissection aortique est une affection très rare en témoigne le faible taux de prévalence obtenu dans notre étude, elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme (4). Bien que notre série soit très courte, cette prédominance masculine est observée avec 66,66% des cas.

La répartition de nos patients selon l'âge est conforme aux données classiques qui soutendent que la dissection aortique est une affection de l'adulte âgé de 50 ans ou plus (5, 6,7).

Le facteur étiologique prépondérant dans notre série est l'hypertension artérielle associée soit au tabagisme ou à la contraception orale. Elle est retrouvée chez tous nos patients (100%). Cette prévalence élevée de l'HTA décrite dans beaucoup d'études varie de 70 à 90% (4).

La mortalité immédiate hospitalière dans notre série a été de 33,33% ; dans la littérature cette mortalité semble être très élevée car pouvant atteindre 70% en l'absence de traitement. Malheureusement nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre les décès enregistrés ni avec les facteurs étiologiques ni avec le délai d'accueil de nos patients.

CONCLUSION.

La dissection aortique reste une urgence médicochirurgicale de pronostic imprevisible mais toujours redoutable. Le diagnostic doit être précoce.

Evoqué sur la base d'un faisceau d'arguments clinique il est dans notre contexte le plus souvent confirmé par l'échocardiographie, examen fiable et actuellement disponible dans presque tous les centres.

Le traitement médical proposé dans les formes chroniques vise à limiter l'extension de la dissection et mieux maîtriser le facteur étiologique primordial qui est l'hypertension artérielle.

Quant aux dissections aiguës et subaiguës, leur prise en charge relève de la chirurgie qui malheureusement n'est pas possible à Bamako faute de plateau technique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. WOLF J.E, EICHER JC, REZAIDEH et coll. Dissections aortiques. Rev Prat 2002 ; 52 : 1084 - 1088.
2. KONIN K.C, AKE-TRABOULSI E, KAKOU-GUIKAHUE M, SIRANSY A, KRAMOH K.E, HARDING E.D, ADOH M. Dissection aortique juvénile et coarctation aortique. Cardiologie tropicale 2002 ; 28 n°111.
3. C. BOURAMOUE, G. KIMBALLY-KAKY, J.L. NKOUA, C. LE FEUVRE, J.EKOBBA, A. VACHERON.
La dissection aortique chez les noirs. A propos de six cas congolais. Ann Cardiol Angéiol 2001 ; 50 : 133 - 41.
4. LATREMOUILLE C., FABIANNI J.N. Dissection aortique. Encycl Med Chir (Elsevier Paris). Cardiologie – angiologie, 11- 650-A, 1996; 10 P.
5. KIRKORIAN G, BONNEFOY E, CHEVALIER P et coll. Dissection aiguë de l'aorte thoracique. Symptômes et complications. Arch Mal Cœur et Vaiss 1997 ; 90 : 1793 - 97.
6. GUILLOT M, FROMENT JC, TOUBOUL P et coll. Dissections aortiques aiguës. Facteurs pronostiques, indications thérapeutiques. 137 observations. Nouv presse Med 1979 ; 8 : 2603 - 7.
7. DESANCTIS RW, DOROGHAZI RM, AUSTEN W et al. Aortic dissection. N Engl j Med 1987 ; 317 : 1060 - 67.

Tableau 1: Paramètres de l'étude

Patients	Age	Sexe	Délai d'accueil	Résultats TDM	Type de dissection	Facteurs étiologiques	Complications
Mr MT	59 ans	M	72 heures	Dilatation aorte ascendante jusqu'à la bifurcation avec thrombose et faux chenal	Type III de DE Bakey	HTA et Tabac	Aucune
Mr YB	42 ans	M	24 heures	Dilatation aorte initiale étendue à l'anneau. Dilatation aorte abdominale étendue de l'origine du tronc coeliaque au départ des artères rénales avec thrombose	Type I ou III avec extension rétrograde de DE Bakey	HTA et Tabac	Rupture après 4 mois Choc hypovolémique, puis décès
Mme ND	70 ans	F	7 jours	Anévrisme disséquant de l'aorte thoraco-abdominale étendu aux iliaques	Type III	HTA	Choc cardiovasculaire puis décès après 2 semaines
Mme KT	53 ans	F	72 heures	Elargissement aorte ascendante et crosse, flaps intimaux, épanchement liquidien péricardique	Type I	HTA et Contra- ception orale	Rupture après 1 semaine Dissociation électromécanique puis décès
Mr SK	53 ans	M	7 jours	Anévrisme disséquant de l'aorte thoraco-abdominale étendu aux iliaques	Type III	HTA et Tabac	Aucune
Mr MB	55 ans	M	5 jours	Anévrisme de la crosse de l'aorte avec large dissection étendue jusqu'à la bifurcation aortique	Type I	HTA et Tabac	Rupture après 1 semaine puis décès.

TDM : tomodensitométrie

HTA : hypertension artérielle

Tableau 2 : Données de la clinique, de l'échographie et de la tomodensitométrie

Patients	Clinique	Echographie transthoracique	Tomodensitometrie
MT 59 ans	Précordialgies constrictives à irradiations dorsolombaire	Aorte initiale à 42 mm. Sigmoides normales. Pas de fuite.	Dilatation aorte ascendante jusqu'à la bifurcation avec thrombose et faux chenal
YB 42 ans	Douleur thoraco-abdominale et lombaire, syncope	Aorte initiale à 65 mm. Dilatation étendue à l'anneau. Désinsertion sigmoïde postérieure. IAo grade 2 et thrombose.	Dilatation aorte initiale étendue à l'anneau. Dilatation aorte abdominale étendue de l'origine du tronc coeliaque au départ des artères rénales avec thrombose
ND 70 ans	Epigastralgies avec irradiations lombaire, palpitations.	Aorte initiale à 44 mm. Pas de fuite aortique.	Anévrisme disséquant de l'aorte thoraco-abdominale étendu aux iliaques
KT 53 ans	Précordialgies antérieures et transfixiantes, souffle d'IAo, syncope	Aorte initiale à 52,5 mm. Epanchement péricardique postérieur. IAo grade 2.	Elargissement aorte ascendante et crosse, flaps intimaux, épanchement liquidien péricardique
SK 53 ans	Douleur thoraco-abdominale et lombaire	Aorte initiale à 45 mm. IAo minime (grade 1)	Anévrisme disséquant de l'aorte thoraco-abdominale étendu aux iliaques
MB 55 ans	Précordialgies dyspnéisantes avec irradiations dorsale	Dilatation de la portion initiale de l'aorte à 55 mm.	Anévrisme de la crosse de l'aorte avec large dissection étendue jusqu'à la bifurcation aortique