

Mr V, 36 ans

Douleur thoracique

# antécédents

- Coarctation aortique (opérée à l'âge de 2 mois)
- Canal atrio-ventriculaire (opéré à 5 ans)
- Dilatation de l'aorte

# Traitement usuel

- Néant
- Travaille, autonome
- sportif (vélo de façon intensive)

# HDM

- Il y a 4j, a présenté une douleur thoracique importante alors qu'il faisait du vélo. La douleur a régressé progressivement.
- Mais réapparition de cette douleur hier, l'amenant à faire consulter son médecin traitant. Le MT n'a rien retrouvé.
- Ce matin, nouvelle douleur, très importante, EVA à 10, en coup de poignard, pas d'irradiation.
- Appel au 15, ambulance pour les urgences

# examen

TA: 156//110mmHg FC: 106bpm SpO<sub>2</sub> 100% AA

- apyrétique 36,9°C
- en sueurs++
- Cardio: BDC réguliers, sans souffle valvulaire
- pas de signe d'insuffisance cardiaque
- douleur thoracique en coup de poignard, sans irradiation
- Pulm: Blockpnée
  - douleur à l'inspiration profonde

# Examens complémentaires

- ECG normal
- Cliché thoracique sans particularité
- Bio normale, tropo 4
- Écho cardiaque clinique : pas d'épanchement péricardique ni d'insuffisance aortique
- Hypothèses diagnostiques ?
- Conduite à tenir ?

# Scanner thoracique

- Augmentation de taille de l'anévrysme aortique thoracique mesuré à 57 mm de diamètre intéressant le bord gauche de l'aorte thoracique horizontale, l'origine de l'artère subclavière gauche. Sa base d'implantation est mesurée à 54 mm en transversal.
- Apparition d'une image de dissection pariétale à sa partie supérieure avec hématome mural et infiltration périaoartique.
- Conduite à tenir ?

# classification

## CENTRE AORTE

**Stanford**

Type A



Type A



Type B



# Dissection aortique

- Classification :
  - Stanford A : aorte ascendante, trt chirurgical
  - Stanford B : ne touche pas l'aorte ascendante, traitement médical et endoprothèse
- Facteurs de risque :
  - Homme, age, HTA, athérosclérose
  - Marfan, antécédent de pathologie aortique dont anévrysme

# Dissection aortique

- Clinique
  - Douleur intense, début brutal, en coup de poignard, migratrice dans 30 % des cas.
  - Thoracique type A, dorso-lombaire type B
  - HTA (50%)
  - Insuffisance aortique (33%)
  - Abolition d'un pouls (31%)
  - Différence TA aux 4 membres
  - Déficit neurologique peu fréquent

# Dissection aortique

- Démarche diagnostique :
  - ECG le plus souvent normal
  - Ddimères < 500 bonne VPN
  - RP :
    - Élargissement du médiastin
    - Effacement du bouton aortique
    - Abaissement bronche souche gauche
    - Épanchement pleural gauche
  - Scanner thoracique avec injection

# Prise en charge aux urgences

- Antalgie par morphine titrée
- Optimisation hémodynamique, but FC<60, PAS <120
  - 1ère intention :
    - Ténormine ou brévibloc IV
    - Si CID Bloquants : tildiem IV
  - 2ème intention :
    - Eupressyl IV
  - Pas de loxen (tachycardisant)