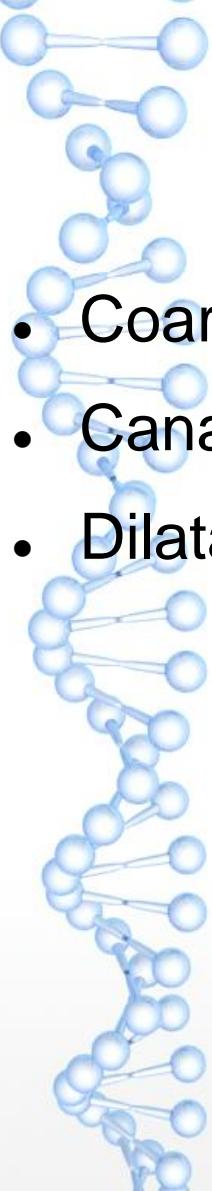


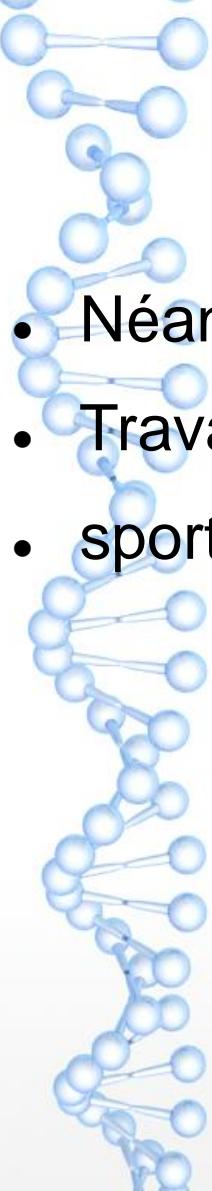
Mr V, 36 ans

Douleur thoracique



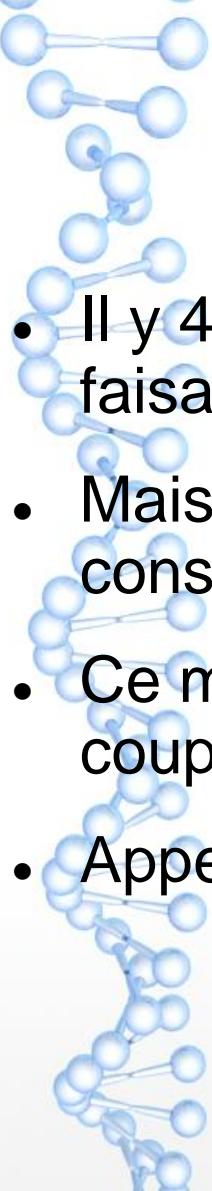
antécédents

- 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 SpO2 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



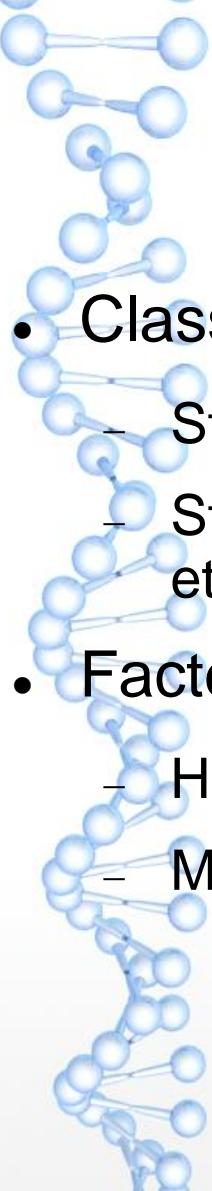
Examens complémentaires

- 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 ?



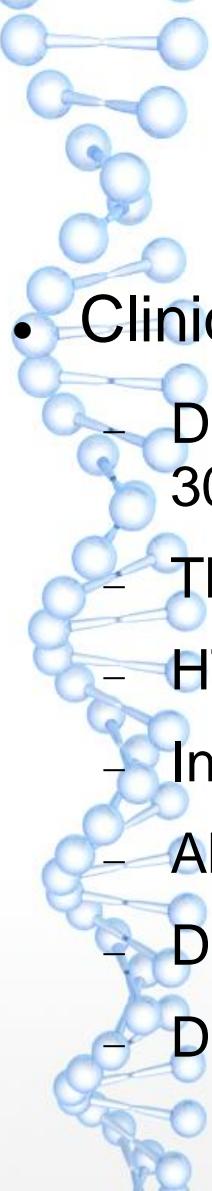
Scanner thoracique

- 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 périaortique.
- Conduite à tenir ?



Dissection aortique

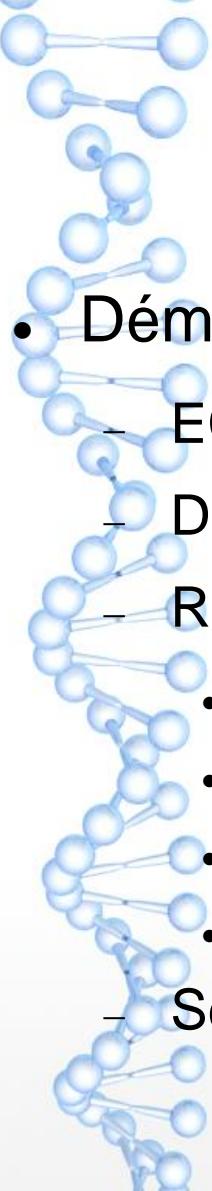
- Classification :
 - Stanford A : aorte ascendante, trt chirurgical
 - Stanford B : ne touche pas l'aorte ascendante, traitement médical et endoprothèse
- Facteurs de risque :
 - Homme, age, HTA, athérosclérose
 - Marfan, antécédent de pathologie aortique dont anévrysme



Dissection aortique

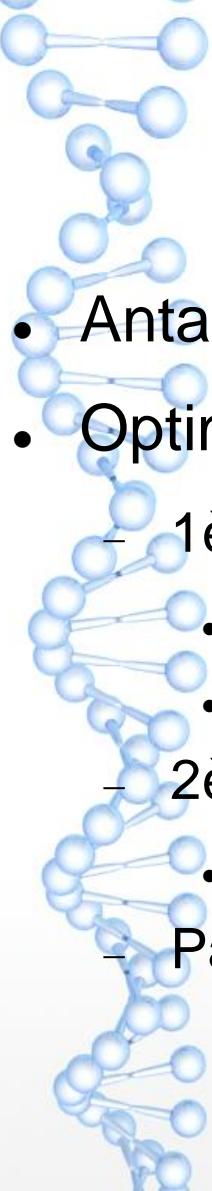
- Clinique

- 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 Bbloquants : tildiem IV
 - 2ème intention :
 - Eupressyl IV
 - Pas de loxen (tachycardisant)