



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

## Dissection aortique et grossesse

### *Aortic dissection in pregnancy*



M. Trudel<sup>a,\*</sup>, M. Koussa<sup>b</sup>, F. Pontana<sup>b</sup>, P. Deruelle<sup>a,c</sup>, V. Debarge<sup>a,c</sup>, A.-S. Ducloy-Bouthors<sup>a</sup>,  
C. Coulon<sup>a</sup>, D. Subtil<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Pôle Femme-Mère-Nouveau-né, université Lille Nord-de-France, hôpital Jeanne-de-Flandre, 1, rue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France

<sup>b</sup> Hôpital cardiologique, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

<sup>c</sup> EA 4489, IMPRT, PRES université Lille Nord-de-France, 59000 Lille, France

<sup>d</sup> EA 2694, PRES université Lille Nord-de-France, 59000 Lille, France

#### IN F O A R T I C L E

##### Historique de l'article :

Reçu le 1<sup>er</sup> septembre 2014

Accepté le 14 mars 2015

Disponible sur Internet le 20 avril 2015

##### Mots clés :

Dissection aortique

Grossesse

Douleur thoracique

##### Keywords:

Aortic dissection

Pregnancy

Chest pain

#### R É S U M É

Durant la grossesse, la survenue d'une dissection aortique est un événement rare qui menace immédiatement le pronostic vital fœtal et maternel. Sa survenue est plus fréquente en cas de maladie du tissu conjonctif mais l'absence de facteur de risque ne doit ni exclure ni retarder le diagnostic. Il faut donc savoir y penser, car son pronostic dépend fortement du délai de prise en charge. La présentation clinique de cette urgence médico-chirurgicale est hétérogène – ce d'autant que la grossesse ajoute sa propre symptomatologie – mais il faut y penser devant toute douleur thoracique et demander sans hésiter la réalisation d'une échocardiographie ou d'un angioscanner thoracique qui sont des méthodes diagnostiques à la fois fiables et accessibles.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### A B S T R A C T

During pregnancy, the occurrence of aortic dissection is a rare event immediately threatening fetal and maternal prognosis. Its occurrence is more common in cases of connective tissue disease. But the absence risk factor shall not exclude or delay diagnosis. We must learn to think about it, because the prognosis is highly dependent on time management. The clinical presentation of this medical and surgical emergency varies, and pregnancy adds its own symptoms. We have to ask without hesitation that echocardiography or chest CT be performed since these diagnostic methods are both reliable and available.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Chez la femme jeune, la moitié des dissections aortiques survient pendant la grossesse [1]. Il s'agit d'une urgence vitale dont les errances diagnostiques sont souvent fatales [2] et de nombreux auteurs déplorent que des décès maternels pourraient être évités si elle était plus souvent évoquée. Nous décrivons ici notre expérience à partir de six observations consécutives sur une période de 11 ans, de 2002 à 2013. Des douleurs thoraciques chez des patientes à risque, mais aussi une colique néphrétique, un arrêt cardiorespiratoire, un HELLP syndrome, une embolie pulmonaire

sont autant de modes de présentations possibles qui reflètent le caractère polymorphe de la symptomatologie. La rareté de cette complication – moins de 1 pour 100 000 naissances vivantes[2] – nous amène également à rappeler les signes qui doivent alerter et les attitudes qui peuvent sauver.

## 2. Cas cliniques

### 2.1. Une colique néphrétique hyperalgique

Il s'agit d'une patiente G1P0 de 21 ans référée dans notre service à 28 semaines d'aménorrhée (SA) pour colique néphrétique droite hyperalgique, accompagnée d'une polygnée. Son seul antécédent est l'existence d'une cataracte congénitale opérée à l'âge de 3 ans.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [trudemarie1@gmail.com](mailto:trudemarie1@gmail.com) (M. Trudel).

Après une montée d'endoprothèse urétérale en double J et malgré la prescription d'antalgiques de palier 3, la patiente reste hyperalgique. La radiographie pulmonaire retrouve un épanchement pleural bilatéral, l'hémoglobine est abaissée à 7,7 g/dL et les troponines sont élevées à 0,66 ng/mL. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien sans et avec injection est réalisé en urgence, posant le diagnostic de dissection aortique débutant en aval du tronc de l'artère sous-clavière gauche (type B de Stanford, Fig. 1). L'aorte thoracique descendante est largement rompue au niveau du faux chenal, il existe un hémithorax bilatéral et la dissection s'étend jusqu'aux artères fémorales communes. On décide de la mise en place d'une endoprothèse thoracique au ras de l'artère sous-clavière gauche. Devant un état instable, une thoracotomie de sauvetage est décidée 24 heures plus tard, suivie d'un bandage de l'aorte thoracique (« wrapping »). Après l'expulsion par voie basse du fœtus malheureusement décédé (1120 g) et malgré la découverte d'infarctus sylvien et cérébraux antérieurs par dissection des artères vertébrale et carotide interne gauche, la patiente survit. Deux ans plus tard, les séquelles d'hémiplégie ont diminué, la patiente va bien et désire une nouvelle grossesse. L'enquête étiologique met en évidence une mutation c.3710c > A du gène COL3A1 confirmant le diagnostic de Syndrome d'Elhers Danlos vasculaire, retrouvé également chez le père et les deux sœurs de la patiente.

## 2.2. Une maladie de Marfan familiale et personnelle connues

Il s'agit d'une patiente de 31 ans dont la mère est décédée à l'âge de 42 ans d'une dissection aortique. Chez elle, un scanner a récemment mis en évidence une dilatation modérée de 35 mm au niveau de l'aorte ascendante et de 40 mm au niveau du sinus de Valsalva, évoquant un syndrome de Marfan familial. Un traitement bêta-bloquant est institué qui est poursuivi pendant la grossesse. À 37 SA, la patiente présente un épisode douloureux sus-sternal brutal, avec irradiation dorsale et paresthésie du bras gauche. L'auscultation aortique retrouve un souffle nouvellement apparu d'insuffisance aortique majeure. Les échographies transthoracique et transœsophagienne posent le diagnostic de dissection aortique de type A de Stanford (Fig. 1) s'étendant jusque l'aorte thoracique descendante. La patiente est transférée en urgence vers le centre de chirurgie cardiaque. Une césarienne est réalisée qui permet la naissance d'un enfant vivant (2270 g) puis de réaliser une intervention de Bentall dans le même temps opératoire (remplacement aortique vasculaire

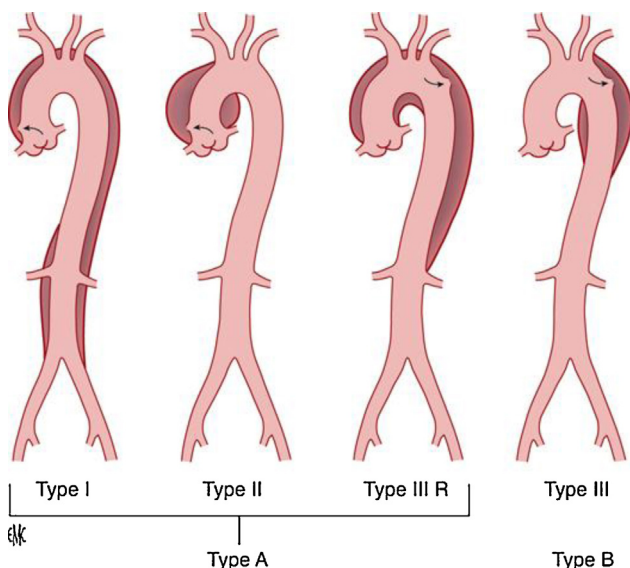


Fig. 1. Classification des dissections aortiques selon De Bakey et Stanford [1].

et valvulaire, avec réimplantation des artères coronaires). La patiente survit et va bien.

## 2.3. Un diagnostic post-mortem

Il s'agit d'une patiente de 31 ans G6P4 ayant accouché trois fois par césarienne et dont le principal antécédent est une allo-immunisation anti Rh1 prise en charge par transfusions in utero répétées dès 20 SA. À 24 SA, la patiente présente des douleurs thoraciques basses à irradiation lombaire accompagnées de vomissements évoquant le diagnostic de coliques néphrétiques gauches. Le bilan biologique retrouve une cytolysé hépatique (SGOT augmentées à 2 N) et une insuffisance rénale débutante (créatinémie 25 mg/L). La patiente présentant des chiffres tensionnels un peu élevés (157/100 mmHg), le diagnostic de HELLP syndrome est posé. La patiente présente alors un œdème aigu pulmonaire, suivi d'un effondrement de la fonction ventriculaire gauche. L'ECG, l'échographie cardiaque et le taux de troponines sont normaux, et le diagnostic de myocardiopathie de la grossesse est évoqué. Malgré les moyens de réanimation mis en jeu, un collapsus cardiovasculaire puis un arrêt cardiorespiratoire surviennent, rapidement suivis du décès de la patiente. L'autopsie révèle un infarctus massif du ventricule gauche secondaire à l'occlusion de l'artère coronaire gauche, elle-même secondaire à la constitution d'une dissection aortique de type A, sans maladie du tissu élastique associée.

## 2.4. Un tableau d'arrêt cardiorespiratoire à domicile

Il s'agit d'une patiente G3P0 de 38 ans. Elle présente une ostéochondrite des deux genoux, une dysplasie congénitale de hanche, une dysplasie de la charnière lombosacrée avec antélisthésis L5-S1. La grossesse est menée sans particularité, en dehors d'un épisode de douleur costale gauche brutale, déclenchée par un effort de toux et l'amenant à consulter à 34 SA. Le bilan de douleur thoracique (radiographie pulmonaire, ECG) est négatif, et la douleur est résolutive sous traitement antalgique. À 37 SA, la patiente présente à domicile une violente douleur thoracique rétrosternale, brutale, suivie d'un malaise, d'une crise convulsive généralisée tonico-clonique puis d'un arrêt cardiorespiratoire. L'équipe médicale arrivée au domicile remarque un aspect ischémique – blanc – du membre inférieur gauche. L'équipe entame le massage cardiaque. À l'hôpital, une césarienne est réalisée en urgence pour sauvetage maternel. Malheureusement, l'enfant pesant 3240 g est mort-né, et la patiente décède quelques minutes plus tard. L'autopsie médico-légale fait le diagnostic de dissection aortique avec hémopéritoine et hémithorax.

## 2.5. Une pathologie cardiaque surveillée

Il s'agit d'une patiente G1P0 de 33 ans qui présente une communication interventriculaire de petite taille refermée spontanément dans l'enfance. En 2002 et à l'occasion de son suivi tous les 5 ans, sont découverts en échographie une dilatation de l'aorte ascendante non compliquée et un « kinking » aortique, ou pseudo-coarctation de l'aorte isthmique, sans retentissement. La patiente consulte pour céphalées à 31 SA. L'examen clinique retrouve une asymétrie tensionnelle indépendante de la position maternelle. Deux jours plus tard apparaissent des douleurs thoraciques constrictives précédant un malaise. À son arrivée aux urgences, la patiente présente une hypotension à 93/15 et une tachycardie à 125 bpm. L'échographie cardiaque pose le diagnostic de dissection aortique au niveau de la crosse (type A). Un choc cardiogénique s'installe, en rapport avec un épanchement péricardique important. Devant ce tableau, une indication chirurgicale urgente est retenue. La patiente est opérée le jour-même. Le premier temps

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949137>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949137>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)