

Infarctus myocardique aigu dû à une dissection de l'aorte ascendante

Acute myocardial infarction due to an acute aortic dissection

C. Stefanidis¹, A. Sanoussi¹, H. Demanet¹, J. Castro-Rodriguez² et P. Wauthy¹

Services ¹de Chirurgie Cardiaque, ²de Cardiologie, C.H.U. Brugmann

RESUME

L'ischémie myocardique secondaire à une dissection de l'aorte ascendante reste une complication relativement rare.

Nous présentons le cas d'un patient de 76 ans sans antécédents particuliers qui développe une douleur thoracique. L'électrocardiogramme montre la présence d'une élévation du segment ST dans la région inférieure.

Il bénéficie dans un premier temps de l'administration d'anticoagulants et d'antiagrégants plaquettaires par voie respectivement intraveineuse et orale. La coronarographie montre une origine de la coronaire droite déplacée et comprimée par la fausse lumière. Un CT-scanner thoracique confirme la dissection de l'aorte ascendante type A, avec une extension à la coronaire droite perfusée par la seule fausse lumière.

Une chirurgie de cure de dissection aortique est alors conduite en urgence. Un tube droit de 28 mm de diamètre remplace l'aorte ascendante et un pontage veineux revascularise la coronaire droite.

La stratégie thérapeutique initiale orientée vers le traitement de l'infarctus et basée sur une anticoagulation et une antiagrégation plaquettaire orale ne doit pas être remise en cause.

Ce traitement reste compatible avec une chirurgie cardiaque, même s'il en augmente le risque de complications hémorragiques postopératoires.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 179-81

ABSTRACT

Myocardial ischemia secondary to dissection of the ascending aorta remains a relatively rare complication.

A 76-year old man with no prior history developed sudden chest pain. The electrocardiogram showed a ST-segment elevation in leads II and III suggesting an inferior wall acute myocardial infarction.

Upon arrival, he received anticoagulation and antiplatelet aggregation intravenously and orally respectively. Coronary angiography showed an anomalous origin of the right coronary and extrinsic stenosis by a false lumen. Computed tomography confirmed the diagnosis of type A aortic dissection with an extension to the right coronary.

Emergency ascending aorta replacement with Dacron graft and a right coronary artery graft was performed.

This case illustrates how myocardial infarction can mask an aortic dissection. The initial treatment of a myocardial infarction with anticoagulation and/or oral antiplatelet aggregation should not be modified, even if it increases postoperative bleeding when emergent cardiac surgery is necessary.

Rev Med Brux 2011 ; 32 : 179-81

Key words : acute aortic dissection, acute myocardial infarction, antiplatelet

CAS CLINIQUE

Un patient de 76 ans développe, sur la voie publique, une douleur thoracique aiguë associée à un malaise lipothymique. Il n'a pas d'antécédents médicaux

connus ni de facteurs de risque cardiovasculaire. Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) est dépêché sur les lieux. Le patient a une tension artérielle à 90/70 mmHg et un rythme cardiaque régulier à 76 battements par minute.

Les nouvelles recommandations européennes dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST sont : 1) traiter rapidement le patient par l'administration d'antiagrégant plaquettaire et 2) réaliser une coronarographie dans les 90 minutes après le début des douleurs thoraciques afin de re-perméabiliser la coronaire¹.

La dissection de l'aorte ascendante s'étendant aux artères coronaires est un des pièges les plus ardues rencontrés en cardiologie aiguë. A la douleur de la dissection, se greffe celle de l'infarctus. L'électrocardiogramme suggestif d'un infarctus éloigne les soupçons de dissection. Le confinement de la dissection de l'aorte ascendante comme évoqué dans notre cas (absence de différence de tension artérielle et de complications neurologiques ou périphériques) n'incite guère à la suspicion. Le diagnostic repose donc sur l'expérience du cardiologue interventionnel.

Heureusement, l'ischémie myocardique secondaire à une dissection de l'aorte ascendante reste une complication relativement rare, ne s'observant que dans 1 à 2 % des cas². La mortalité hospitalière monte alors jusque 20 % voire 33 % selon les séries. Elle peut atteindre 50 % lorsque l'âge des patients atteint 80 ans³. La mortalité peut atteindre 71 %, lorsqu'une thrombolyse est menée avant de poser le bon diagnostic⁴.

Des auteurs comme Spittell⁵ et Neri⁶ ont montré que lorsque la dissection aortique entreprend l'origine des artères coronaires, l'ostium de la coronaire droite est atteint dans la majorité des cas.

La recommandation de pratiquer devant tout infarctus une échocardiographie en salle de cathétérisme, trouve ici tout son sens même si ce diagnostic n'est guère aisé.

Au piège diagnostique, succède le conflit apparent de stratégie thérapeutique entre infarctus et dissection de l'aorte ascendante. Le traitement appliqué pour l'infarctus myocardique était justifié bien qu'il augmentait les risques de complications opératoires.

Heureusement, les anti-GP2b3a ne sont administrés actuellement qu'après le cathétérisme, excluant la dissection.

Ces dernières drogues constituent certainement un défi de taille supérieure à la réalisation d'une chirurgie aortique. L'arsenal de moyens mis à notre disposition pour réduire au maximum les saignements postopératoires tels que les colles chirurgicales (GRF®, Tissucol® et Floseal®), plaquettes, le *fresh frozen plasma* et le fibrinogène suffit généralement. Les cas les plus extrêmes requièrent éventuellement du NovoSeven® (Eptacog alfa activé : une protéine humaine identique au facteur VII).

BIBLIOGRAPHIE

1. Van de Werf F, Bax J, Betriu A *et al.* : Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2008 ; 29 : 2909-45
2. Chan KC, Wu DJ, Ueng KW *et al.* : Acute aortic dissection developing acute myocardial infarction diagnosed by accidentally inserting the catheters into the false lumen during catheterization : A pitfall and rare image. *Jpn Heart J* 2003 ; 44 : 583-5
3. Chavanon O, Costache V, Bach V *et al.* : Preoperative predictive factors for mortality in acute type A aortic dissection : an institutional report on 217 consecutive cases. *Interac CardioVasc Thorac Surg* 2007 ; 6 : 43-6
4. Kamp TJ, Goldschmidt-Clermont PJ, Brinker JA *et al.* : Myocardial infarction, aortic dissection, and thrombolytic therapy. *Am Heart J* 1994 ; 128 : 1234-7
5. Spittell PC, Spittell JA Jr, Joyce JW *et al.* : Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection experience with 236 cases (1980 through 1990). *Mayo Clin Proc* 1993 ; 68 : 642-51
6. Neri E, Toscano Th, Papalia U *et al.* : Proximal aortic dissection with coronary malperfusion : presentation, management, and outcome. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001 ; 121 : 552-60

Correspondance et tirés à part :

C. STEFANIDIS
C.H.U. Brugmann
Service de Chirurgie Cardiaque
Place A. Van Gehuchten 4
1020 Bruxelles
Email : constantin.stefanidis@chu-brugmann.be

Travail reçu le 24 janvier 2011 ; accepté dans sa version définitive le 13 mai 2011.