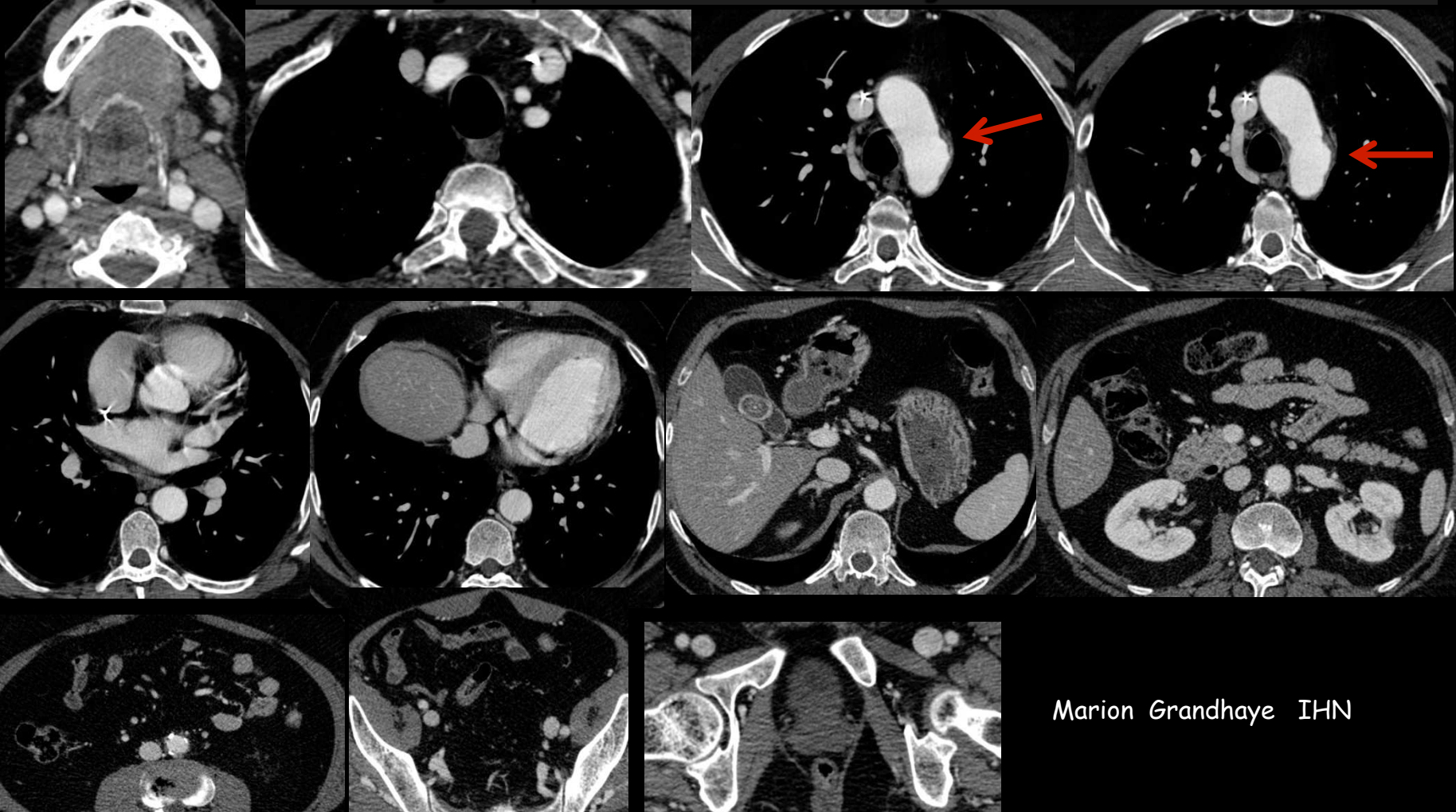
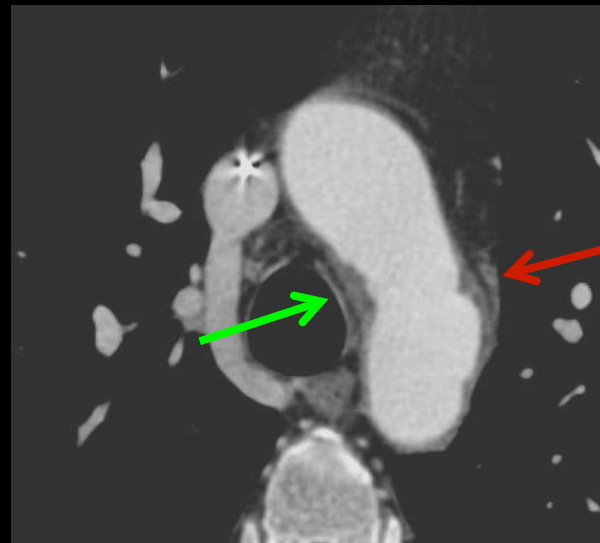
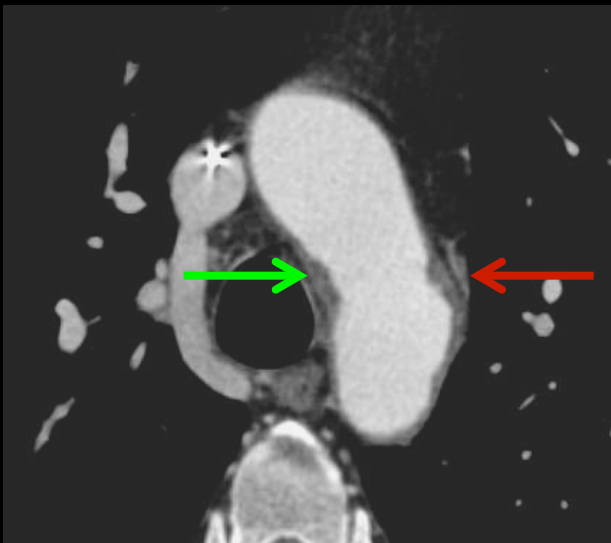
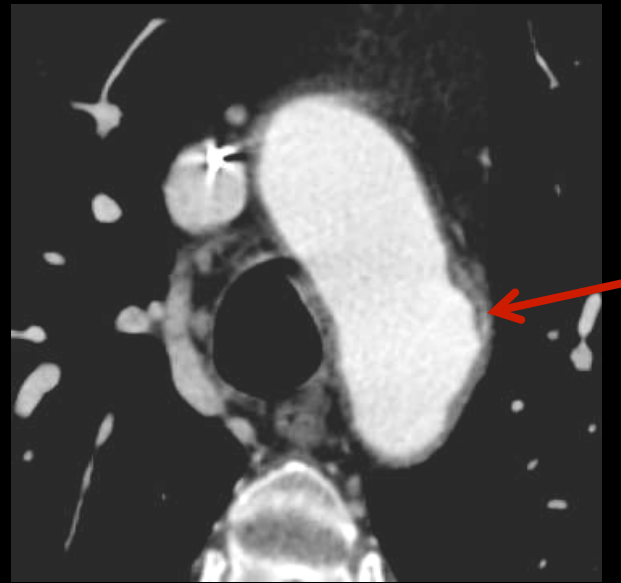
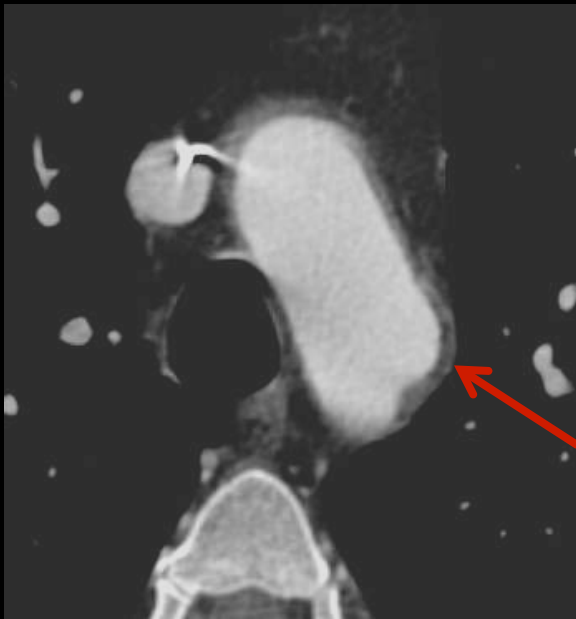


Douleur thoracique migratrice avec irradiation lombaire et sensation d'engourdissement de la main et jambe droite. Antécédent de cardiopathie ischémique . Quels éléments sémiologiques positifs et négatifs peut-on retenir sur les images ci dessous

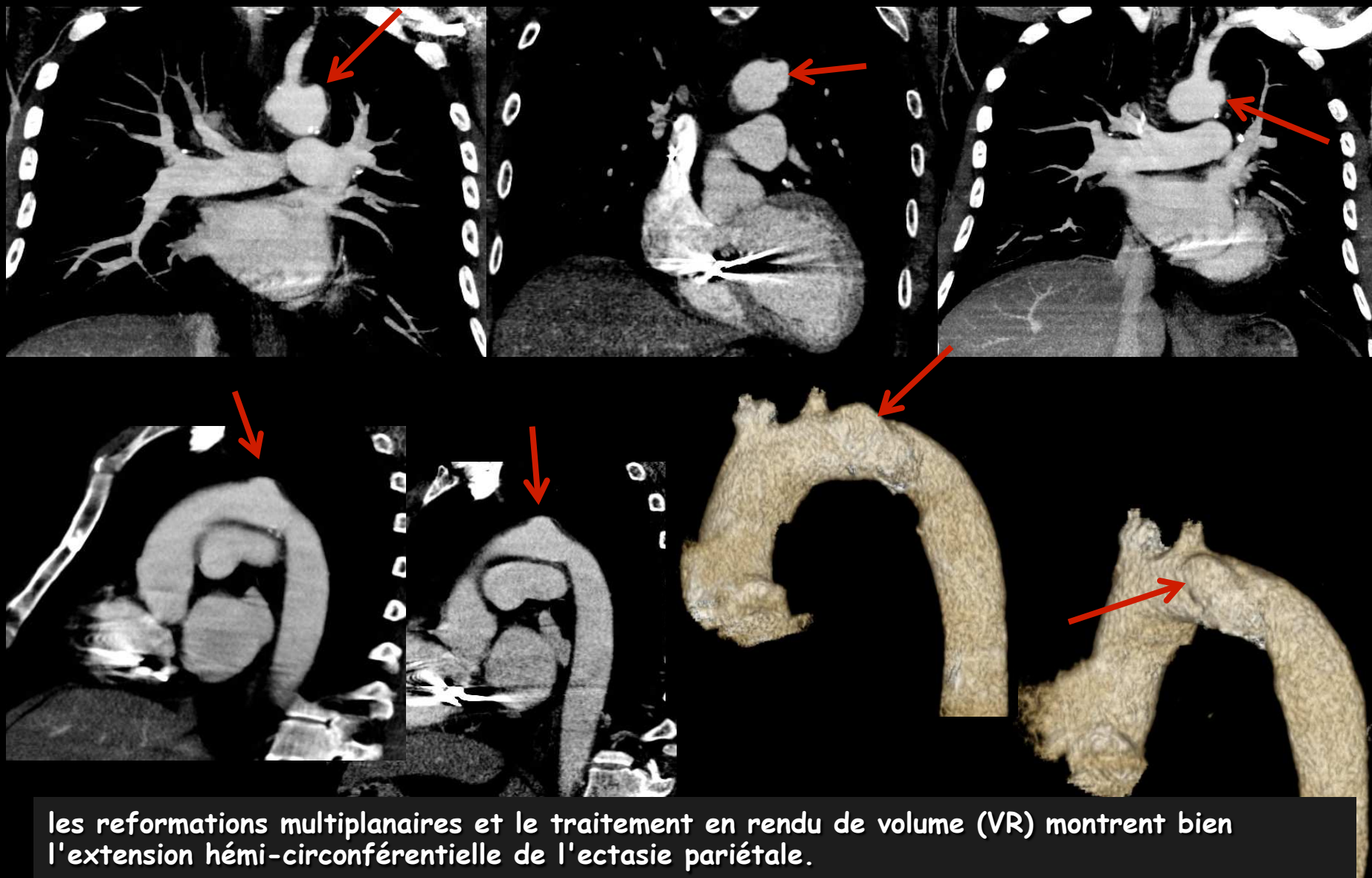


Marion Grandhaye IHN

- pas d'image de dissection aortique communicante
- petite voussure arciforme localisée du bord gauche de la portion horizontale de la crosse aortique
- dilatation du VG et amincissement séquellaire de la paroi postérieure en relation avec la cardiopathie ischémique
- gros calcul cholestérolo-pigmentaire de la vésicule biliaire



sur les images agrandies , on objective l'épaississement pariétal localisé , hémicirconférentiel , limité à la zone ectasique , sans calcification pariétale athéroscléreuse.



les reformations multiplanaires et le traitement en rendu de volume (VR) montrent bien l'extension hémicirconférentielle de l'ectasie pariétale.

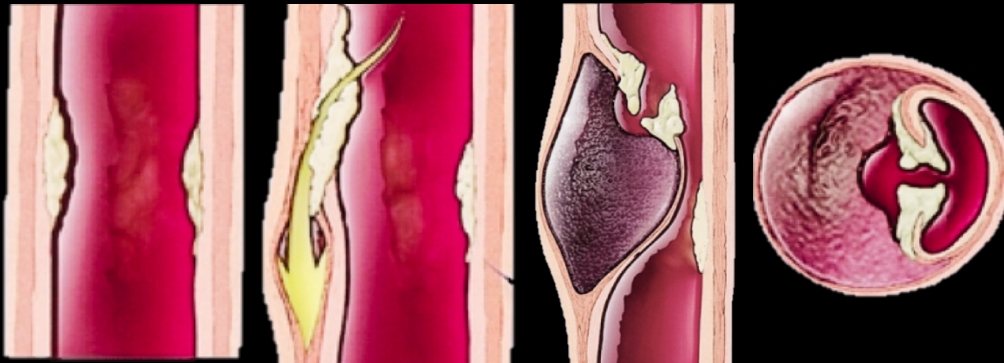
l'aspect observé et le contexte clinique sont très évocateurs d'un
ulcère pénétrant de l'aorte

L'ulcère pénétrant de l'aorte

Généralités

Décrit pour la première fois en 1986

Survient chez des patients âgés (âge moyen 72 ans) avec athérosclérose évoluée



Ulcération d'une plaque athéromateuse au niveau de l'intima avec rupture de la limitante élastique interne
Elle est associée à un hématome +/- circulant au niveau de la média.
Touche plus fréquemment l'aorte descendante à sa partie basse .

Evolution

-Stabilité lésionnelle : **anévrisme sacculaire**,

-Formes évolutives : **pseudo-anévrisme** pouvant évoluer vers un **hématome intramural**, une **dissection aortique communicante**, une **rupture aortique**.

-Lésion **potentiellement emboligène**

Score de gravité des hématomes intramuraux et des ulcères pénétrants. D'après « Management of Aortic Hematomas and Ulcers: Evaluation Scoring », in « Thoracic Aortic Disease » H Rousseau, JP Verhoye, JF Heautot.

Critères cliniques

Douleur thoracique persistante ou récurrente	2
majoration d'un épanchement	1

Critères radiologiques

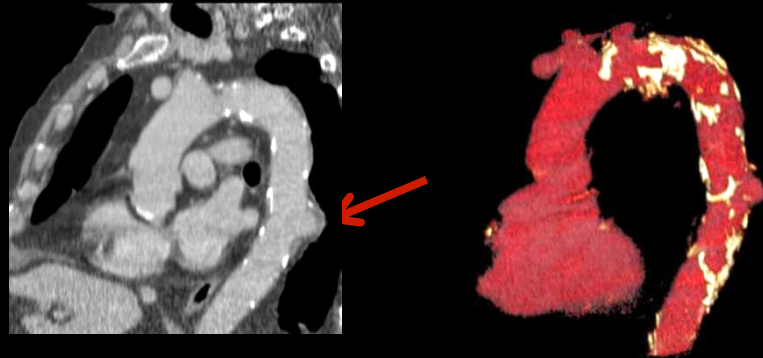
type A	2
lésion intimale	1
Augmentation du diamètre aortique	1
Augmentation de l'épaisseur d'un hématome ou de la profondeur d'un ulcère	1

Si le score est ≥ 3 : le risque de rupture est important et le patient nécessite une prise en charge endovasculaire ou chirurgicale. Si le score < 3 : il y a peu de risque de rupture aortique.

Imagerie

Angiographie

Image d'addition "en niche", au sein de lésions athéroscléreuses.
Hématome intramural non opacifié et donc non objectif



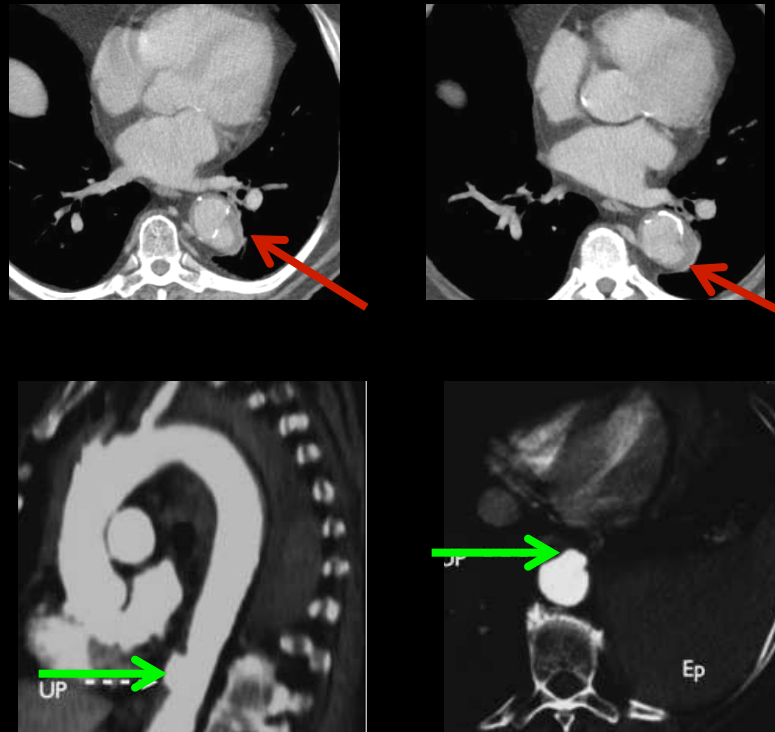
Scanner

Permet le diagnostic différentiel avec une dissection aortique

Objective l'ulcère sous la forme d'une image d'addition.

Montre l'hématome intramural sous la forme d'un **épaississement pariétal hyperdense** sur les coupes avant injection +++++. (associé à l'ulcère pénétrant dans 60 % des cas).

Recherche **les signes de rupture adventitielle** (épanchement pleural, sous-pleural ou médiastinal)



IRM

L'hématome intramural est en hypersignal sur les séquence pondérées T1 et T2 .

Take home message

-l'étiologie des "syndromes aortiques aigus" doit faire évoquer trois diagnostics :

- .la dissection aortique,
- .l'hématome intramural de l'aorte
- .l'ulcère pénétrant de l'aorte

l'ulcère pénétrant et l'hématome intramural représentent seulement 12,5 % de l'ensemble des syndromes aortiques .

-la douleur est la manifestation clinique la plus commune des syndromes aortiques aigus et doit conduire à la mise en œuvre rapide d' investigations d'imagerie au premier rang desquelles se situe l'angio scanner

-celui-ci doit impérativement débiter par une acquisition sans injection de produit contraste, condition indispensable pour la mise en évidence d'un épaissement pariétal spontanément hyperdense , témoin d'un hématome intramural.

-le pronostic de l'ulcère pénétrant peut-être plus sévère que celui de la dissection aortique vraie ; la rupture adventitielle pouvant entraîner le décès rapide .

-le traitement médical antihypertenseur est fondamental ; la place des techniques endovasculaires (stent couvert) grandit , en particulier chez les sujets âgés et pour les lésions de l'aorte descendante , pour lesquelles le risque de la chirurgie classique est trop élevé . La mortalité et les complications (en particulier AVC et paraplégie) sont toutefois nettement plus importants chez ces patients âgés que chez des sujets plus jeunes .

les indications reposent à la fois sur des critères cliniques (persistance ou récurrence des douleurs, majoration d'un épanchement) et des critères radiologiques (augmentation de la profondeur d'un ulcère pénétrant et/de l'hématome intramural l'accompagnant , signes de rupture adventitielle).