

COMPTE RENDU
JOURNEE CENTRE AORTE – SOS AORTE TIMONE

Marseille 20 Octobre 2018

L'association a été conviée à la « **Journée Centre Aorte – SOS Aorte Timone** » un évènement dédié à la dissection aortique, organisé à l'initiative du pôle Cardio-Vasculaire et Thoracique et le Pôle d'imagerie de l'hôpital de la Timone à Marseille.

Cette journée avait pour thématique la Filière SOS Aorte, récemment mise en place à la Timone, sous l'impulsion du Centre Aorte de cet hôpital.

Cette Filière a pour but de prendre en charge les urgences aortiques au premier rang desquelles les dissections aortiques aiguës, via un numéro unique disponible 24h/24 : **04 91 38 70 10**.

Ce système permet de centraliser la prise en charge, diminuer le délai d'intervention et sollicite tous les professionnels de la santé : du médecin généraliste aux cardiologues, en passant par le SAMU et les urgentistes.

Cette Filière s'appuie sur l'expérience du centre SOS Aorte Paris créé à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) il y a cinq ans et s'inscrit dans une démarche nationale : le but est de créer des filières SOS Aorte au niveau national et constituer ainsi des Pôles aortiques d'excellence.

Lors de cette journée, l'accent a été mis sur l'importance de la collaboration étroite entre toutes les disciplines qui prennent en charge cet accident cardio-vasculaire – collaboration sans laquelle la probabilité de survie du patient diminue fortement.

Je vous résume les présentations au programme :

1. Présentation Filière SOS Aorte : SOS Aorte Timone : un nouveau modèle de prise en charge des SAA

Un numéro unique : 04 91 38 70 10.

Un tri initial des patients se fait par téléphone par un médecin réanimateur qui évalue la situation du malade, la gravité et l'urgence de sa condition par rapport au nombre de places et de médecins disponibles pour une intervention rapide. Si toutes les conditions sont réunies, le patient peut alors être transféré directement à la Timone (transfert peri-hospitalier ou ambulance privée)

Le patient est alors accueilli directement en salle de réveil, où il bénéficie des soins de première urgence et est ensuite orienté, en fonction de sa condition, vers le pôle d'imagerie, la salle de réanimation ou directement au bloc opératoire.

Fort de l'expérience du Centre SOS Aorte Paris, qui a vu le nombre de prises en charge d'urgences aortiques tripler en 5 ans, le Centre Aorte de la Timone espère

obtenir un bilan similaire. Depuis un an, SOS Aorte Timone a mené un travail de sensibilisation important pour diffuser et faire connaître le numéro unique auprès de tous les professionnels de la santé impliqués dans le traitement de la dissection aortique.

Des projets excitants pour le futur ont été évoqués : une grande campagne de sensibilisation au grand public via les médias et moyens de communication 2.0 ainsi que la création d'une Application mobile pour le numéro unique.

A suivre...

2. L'urgence aortique: comment répond le SAMU

Le Dr. Champenois, du SMUR de Marseille (« **S**ervice **M**obile d'**U**rgence et de **R**éanimation »), a présenté la façon dont le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) répondait face aux urgences aortiques.

Un protocole de prise en charge a été élaboré afin de traiter au plus vite et de la meilleure façon ces urgences vitales :

- **Diagnostic** : lors d'un appel direct du patient, le médecin du SAMU interroge le patient et lui demande une description détaillée de ses symptômes. Une fois les symptômes reconnus, le diagnostic d'une urgence aortique peut être esquissé. Lors d'un appel effectué par un professionnel de la santé, les deux confrères discutent du diagnostic et de la condition du patient, afin de l'orienter vers la meilleure prise en charge – en fonction, toujours, de son état.
- **Prise en charge** : le SAMU doit prendre en compte de nombreux paramètres afin de décider comment prendre en charge le patient : le degré d'urgence, l'état physique du patient et sa capacité à supporter un long trajet, la disponibilité d'une équipe du SMUR locale, l'état du trafic routier dans l'éventualité d'un transfert, la disponibilité d'un Centre Aortique et de médecins compétents capables d'accueillir et prendre en charge le patient, etc. une fois tous ces paramètres pris en compte, le SAMU est capable d'orienter le patient vers la meilleure prise en charge.

Les équipes du SAMU et du SMUR ont donc été sensibilisées aux urgences aortiques et ont désormais un protocole de prise en charge dédié. Cette initiative, en parallèle de la création des filières SOS Aorte, a pour but de réduire la mortalité des dissections aortiques - qui reste pour l'instant, trop importante (rappelons que pour une dissection aortique de Type A, la mortalité augmente de 5% toutes les 2h). Une intervention rapide et éclairée est donc vitale.

3. Syndrome douloureux thoracique : les réflexes du cardiologue

Le symptôme le plus répandu d'une Dissection Aortique (« DA ») est une douleur violente au niveau du Thorax, douleur qui peut parfois migrer derrière le dos ou dans toute la région abdominale. Cependant, une telle douleur est également le

symptôme de nombreuses autres pathologies : infarctus, colite néphrétique, calculs rénaux ou biliaires, pancréatique, tour de rein, etc.

⇒ *Alors, comment reconnaître la douleur de la DA parmi toutes ces maladies ?*

Le Dr. Bonello est revenu sur cette problématique. Il en ressort que l'examen le plus fiable pour détecter une DA est l'échographie cardiaque : cet examen est général, rapide à mener et les résultats obtenus dans l'heure. Il est efficace car il permet tout de suite de repérer une éventuelle anomalie de l'aorte – ce qui permettra d'écarter une DA ou au contraire, confirmer ce diagnostic et procéder à des examens complémentaires plus lourds et plus complets (scanner ou IRM).

L'échographie abdominale seule ou un électrocardiogramme (« ECG ») simple ne suffisent pas : d'une part, il est difficile d'identifier une anomalie aortique via l'échographie abdominale seulement, car elle n'est visible que sous certains angles seulement. Par ailleurs, un patient peut présenter une DA sans pour autant que son ECG soit anormal.

4. Imagerie aortique en urgence

Cette présentation a exposé plusieurs cas pratiques, montrant quels examens avaient été réalisés sur des patients présentant des symptômes de DA et comment le diagnostic avait été confirmé.

Ce qui a surtout été mis en avant a été l'importance d'écouter le patient et évaluer le type et l'intensité de sa douleur. A partir de là, le médecin peut décider quel examen mener afin d'obtenir le diagnostic le plus précis et fiable.

A noter que les échographies cardiaques et les scanners à injection restent les examens les plus fiables et utiles lorsqu'une intervention en urgence est prévue.

5. Anévrismes aortiques rompus : de la réception aux Urgences jusqu'au bloc opératoire

Les orateurs ont ici présenté un accident distinct de la Dissection Aortique, mais qui est également lié : la rupture d'anévrisme de l'aorte. Un anévrisme aortique consiste en une dilatation de l'aorte (le plus souvent abdominale) qui, sous la pression artérielle ou suite à une dilatation exagérée, peut se rompre. La rupture d'un anévrisme est une urgence vitale, tout comme la Dissection, avec un taux de mortalité allant jusqu'à 75%.

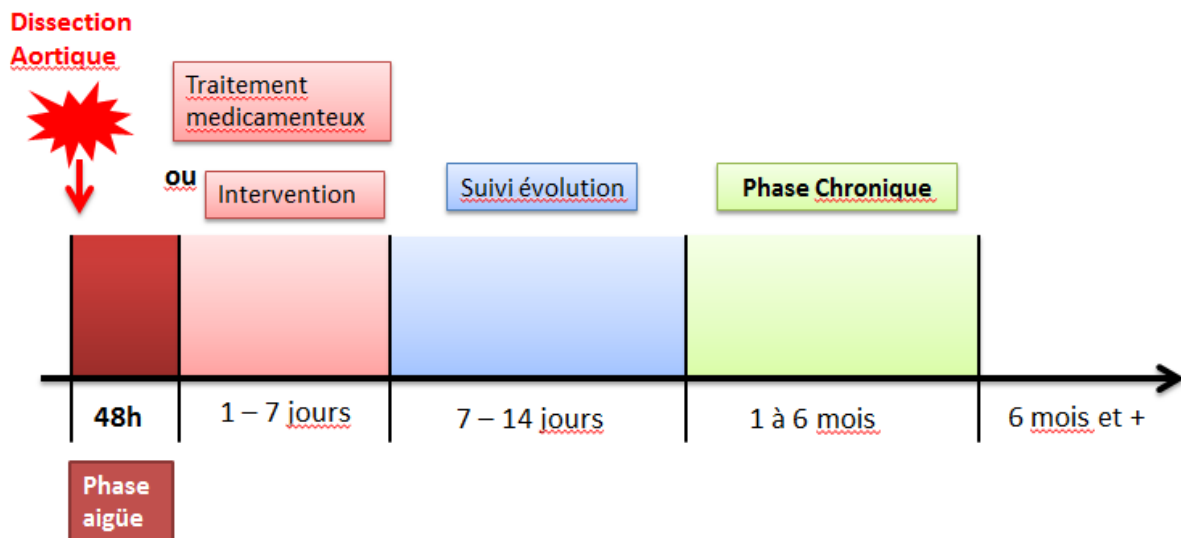
Les symptômes sont sensiblement les mêmes : fortes douleurs thoraciques, antécédents/historique d'anévrisme. Une échographie cardiaque peut poser le diagnostic.

Sa prise en charge suit un protocole similaire à la DA : examen et diagnostic du patient, imagerie confirmant le diagnostic et évaluant l'étendue de la rupture, le transfert/préparation du patient pour une intervention au bloc opératoire.

6. Prise en charge des dissections aortiques après la phase aiguë.

Les Dr Laurence BAL-THEOLEYRE et Dr Mariangela DE MASI-JACQUIER ont esquissé un panorama de l'évolution naturelle de la DA et leur prise en charge après la phase aiguë, notamment pour les DA de type B (dissection aortique descendante). A noter que les DA de Type B représentent 33% des DA et touchent la même population à risque que les DA de type A.

On parle de « phase aiguë » pour désigner la période durant laquelle une DA est considérée comme fatale si elle n'est pas traitée.



6 Mois et plus : suivi annuel avec scanner/IRM tous les ans, consultation cardiologie, centre de référence, etc.

Protocole :

- **J0** : prise en charge en unité de soins intensifs, on surveille le patient de près au cas où il y ait ischémie ou rupture
- **J2-J7** : patient sous surveillance, évaluation de la douleur.
 - Si douleur persistante ou Hypertension résistante => Intervention chirurgicale.
- **J14** : début d'une phase de convalescence si le patient est stabilisé (douleur et hypertension contrôlées). Suivi médical avec imagerie si nécessaire.
 - Intervention chirurgicale si le diamètre de l'aorte > 4,5/5mm ou la longueur du faux chenal > 22mm.

- **J90** : le patient entre dans la « phase Chronique ». Réalisation d'un scanner pour suivre l'évolution de la dissection à 6 mois.

Quelques statistiques :

- > 50% de ré-intervention à 5 ans de la phase aigüe.
- Les facteurs de risques dits « péjoratifs », qui augmentent la probabilité de ré-intervention ou dégradation de la condition du patient sont :
 - Un âge avancé
 - Une tension mal contrôlée (HTA > 13 mmHg)
 - Des causes génétiques (maladies du tissu notamment)
- Survie sans nécessité de ré-intervention: 41% (à 6 ans)

Par ailleurs, il existe un risque non négligeable qu'une DA de Type B, même traitée, s'étende et provoque une dissection de type A. le traitement par voie endovasculaire reste le traitement de préférence et le plus efficace pour ce type d'accident. Dans la plupart des cas, les patients finissent par être opérés par voie endovasculaire car la dissection a évolué et nécessite un traitement chirurgical.

Faut-il pour autant avoir recours à la chirurgie endovasculaire dans tous les cas ? La question reste ouverte...

Conclusion

Pour nous patients, le message à retenir est que toutes les spécialités travaillent main dans la main pour améliorer le traitement de la DA : depuis son diagnostic à la sortie de l'hôpital. Le chemin est encore long à parcourir mais de grandes avancées, médicales, chirurgicales, techniques et humaines sont déjà là ! L'espérance et la qualité de vie n'en seront qu'améliorées.