

Cas Clinique

Une Dissection Coronaire Spontanée Récidivante

Recurrent spontaneous coronary dissection

M Touré ^{a, b}, A Bilonda ^a, HO Ba ^b, AA Diall ^a, L Viillard ^a, VH Nguyen ^a, I Menta ^b

RÉSUMÉ

La dissection coronaire spontanée est une cause fréquente de syndrome coronaire aigu ou de mort subite chez la femme, en particulier la femme jeune sans ou avec peu de facteurs de risque d'athérosclérose. Son diagnostic repose sur l'angiographie coronaire parfois couplée à l'imagerie endocoronaire en occurrence la tomographie par cohérence optique. Sa prise en charge thérapeutique est basée sur le traitement conservateur avec une évolution favorable et un bon pronostic dans la grande majorité des cas.

ABSTRACT

Spontaneous coronary dissection is a common cause of acute coronary syndrome or sudden death in women, especially young women with little or no risk factors for atherosclerosis. Its diagnosis is based on coronary angiography, sometimes coupled with endocoronary imaging, in this case optical coherence tomography. Its therapeutic management is based on conservative treatment with a favorable course and a good prognosis in the vast majority of cases. However, there is currently no sufficient means to prevent recurrences apart from a few commonsense measures such as optimal control of blood pressure or contraception in women of childbearing age.

a : Service de cardiologie, CH Henri Mondor d'Aurillac, 50 avenue de la république 15000 Aurillac, France.

b : Service de cardiologie, CHU Gabriel Toure de Bamako, Centre Commercial Rue Van Vollenhoven 267 Bamako, Mali

Auteur Correspondant : Dr Mamadou Toure, drmatour@yahoo.fr, +22366940071

Mots Clés : Dissection coronaire spontanée, Syndrome coronaire aiguë, Femme jeune, Angiographie coronaire, Traitement conservateur

Keywords: Spontaneous coronary dissection, Acute coronary syndrome, Young woman, Coronary angiography, Conservative treatment

INTRODUCTION

La dissection coronaire spontanée (DCS), correspond à un clivage non traumatique et non iatrogène de la paroi de l'artère coronaire secondaire à une hémorragie intra murale, avec ou sans déchirure de l'intima et créant un faux chenal¹. Elle serait responsable de 0,1-4% des syndromes coronaires aigus (SCA) tout venant² et sa prise en charge reste parfois délicate. Son étiologie est encore mal connue mais il existe des facteurs prédisposants³ comme la dysplasie fibromusculaire, la grossesse, le post partum, les maladies du tissu conjonctif, certaines maladies inflammatoires et auto immunes, l'exercice physique violent. Une classification angiographique des DCS a été proposée en 2014, avec le type 1 (flap visible, lumières multiples, et stagnation du produit de contraste), le type 2 (hématome intra-mural avec sténose longue et lisse) et le type 3 (hématome intra-mural avec sténose focale ou tubulaire ressemblant à une lésion athéromateuse)². Nous rapportons le cas d'une jeune patiente de 59 ans qui a présenté deux DCS sur deux artères différentes et sa prise en charge.

OBSERVATION

Madame ND, née le 16/06/1961, tabagisme ancien sévère depuis 15 ans, est admise le 14/09/2017 au service des urgences de notre hôpital pour une douleur thoracique constrictive de repos prolongé associée à un cortège vagal important évoluant depuis deux heures. Sur le plan

clinique, elle présente une hémodynamique stable, des bruits cardiaques réguliers sans souffle, pas de signe d'insuffisance cardiaque, les pouls périphériques bien perçus et symétriques. L'ECG qualifiant retrouve un sous-décalage ST en inféro apico latéral. La 1^{ère} troponine à 22. Étant donné la persistance de la douleur et les anomalies électriques, elle sera transférée en urgence dans la salle de cathétérisme.

La coronarographie réalisée à H3 de la symptomatologie, par voie radiale droite retrouve des coronaires parfaitement lisses indemnes d'athérome, une réduction brutale du calibre de la première marginale avec un aspect en queue de radis en distalité ; une petite zone de stagnation de contraste d'aval typique d'hématome Fig.1 La ventriculographie retrouve une FE à 60% avec une poche akinétique antéro latérale correspondant au territoire de la marginale. Le diagnostic de DCS de type 1 est retenu. Elle sera surveillée aux soins intensifs et mise sous traitement médical associant Kardégic 75 mg, Bisoprolol 2,5 mg et Atorvastatine 80 mg.

Le contrôle coronarographique réalisé deux mois plus tard, retrouve une restauration ad integrum du réseau coronaire, la disparition de l'hématome compressif et l'artère marginale récupère un calibre normal sans retard de flux. Fig. 2

Le contrôle à 6 mois est sans particularité tant sur le plan clinique qu'électrique. L'échocardiographie retrouve une

FEVG conservée à 64% avec une cinétique segmentaire normale notamment dans le territoire latéral, pas de valvulopathie, pas d'HTAP. La scintigraphie myocardique réalisée le 28/08/2018, soit 11 mois après le premier épisode n'a objectivé ni séquelles de nécrose, ni ischémie significative dans le territoire de l'artère circonflexe.

Elle va récidiver une douleur typique le 09/04/2019 (17 mois après le premier épisode). L'électrocardiogramme en urgence confirme un infarctus inférieur avec sus décalage dans le territoire infero latéral. Les suites immédiates vont être marquées par un arrêt cardiorespiratoire sur fibrillation ventriculaire récupéré et la patiente est transférée d'emblée pour angioplastie primaire. La coronarographie réalisée en urgence le 09/04/2019 retrouve le réseau gauche sain, pas de récurrence d'hématome ni de dissection. La première marginale parfaitement normale Fig.3, par contre l'injection sélective de la coronaire droite révèle une subocclusion aiguë de l'artère retro ventriculaire gauche avec un aspect d'hématome compressif sans trait de dissection primaire. Fig.4 Le diagnostic de récurrence d'une DCS a été retenu. Pas d'indication d'angioplastie.

Elle est reconduite aux soins intensifs pour surveillance. L'échocardiographie retrouve une FEVG conservée à 65% avec hypokinésie inféro latéro. La surveillance rythmique ne montre aucun événement ventriculaire. Elle a poursuivi son traitement habituel à savoir l'aspirine au long court, associé à un bêtabloquant et une statine.

L'évolution est favorable avec un contrôle coronarographique réalisé trois mois plus tard, soit le 22/07/2019 confirmant la récupération complète du flux artériel de l'artère retro ventriculaire gauche (RVG), l'absence de trait de dissection et d'hématome visible. Fig.5

DISCUSSION

Les dissections coronaires spontanées ont deux mécanismes physiopathologiques possibles, soit une réelle déchirure de l'intima conduisant à l'accumulation de sang dans la paroi coronaire, soit des micro-saignements dans la media alimentés par les vasa-vasorum de l'adventice avec constitution d'un hématome intra mural 4

La présentation clinique est celle d'un syndrome coronaire aigu ou d'arrêt cardio-respiratoire chez la femme jeune comme notre patiente (30-60 ans) sans ou avec peu de facteurs de risque d'athérosclérose dans 90% des cas 4. Dans une série canadienne, les DCS représentaient 24% de tous les syndromes coronaires aigus avec élévation de troponines des femmes de moins de 50 ans 1. Dans la série clermontoise Pascal Motreff 5 et al la retrouvaient 36% chez les femmes de moins de 60 ans admises pour STEMI avec un facteur de risque cardiovasculaire ≤ 1 .

L'angiographie est le gold standard pour le diagnostic des DCS, mais l'aspect angiographique est variable. Motreff 5 et al ont identifiés cinq signes angiographiques évocateurs : l'absence d'athérome sur les artères coronaires, la présence d'un flap intimal, un effet tatouage du produit de

contraste, le début ou la fin de la lésion sur des collatérales, et une réduction longue et lisse du calibre de l'artère comme le cas de notre patiente. En cas de doute diagnostique l'imagerie endoconaire en particulier la tomographie par cohérence optique doit être réalisée, afin de visualiser plusieurs lumières (Vraie/Fausse) et de confirmer l'absence d'athérome coronaire. 5,6

La prise en charge thérapeutique d'une DCS doit être la plus conservatrice possible comme chez notre patiente. 7,8 La série de la Mayo Clinic a souligné la pertinence d'une stratégie conservatrice initiale puisque parmi les patients non revascularisés initialement, seuls 10% ont nécessité une revascularisation ultérieure 7. Cette stratégie conservatrice se justifie d'autant plus, que la cicatrisation pariétale spontanée est observée dans la majorité des cas sur des contrôles angiographiques tardifs (\square 30 jours) 8. Concernant cette stratégie conservatrice l'équipe de Jacqueline Saw 3 utilisait une double anti-agrégation plaquettaire sans les nouveaux anti P2Y12 jusqu'à la preuve angiographique de la cicatrisation. A contrario l'équipe de Pascal Motreff 5 utilisait une monothérapie par Aspirine, comme cela a été chez notre patiente. Les bêtabloquants pour réduire le stress pariétal comme dans la dissection aortique, et il n'existe pas de consensus pour les statines.

En cas d'instabilité hémodynamique ou de flux coronaire altéré (TIMI 0 ou 1) sur une artère principale ou d'ischémie myocardique récurrente un geste de revascularisation s'impose 9

Dans le registre de Tweet 7 et al, le taux de récurrence était de 17% (15/87) et 12 de ces récurrences affectaient une autre coronaire que celle initialement impliquée comme le cas de notre patiente. Yeung 10 et al, ont rapporté le cas d'une patiente de 54 ans qui a présenté 5 cas de DCS sur des artères différentes sur une période de 5ans, par ailleurs Terzian 11 et al, ont rapporté le cas d'une patiente qui a présenté 3 cas de DCS sur trois artères différentes sur une période de 21 mois.

Malgré le risque de récurrence, La mortalité hospitalière est faible de 0 à 4% 12,13, et le pronostic à long terme des patients survivants à la phase aigüe est excellent 4,7

CONCLUSION

La dissection coronaire spontanée est actuellement une cause fréquente de SCA ou de mort subite chez la femme jeune surtout sans ou avec peu de facteurs risque d'athérosclérose, d'où la nécessité de la suspecter devant tout SCA dans cette population. Sa prise charge thérapeutique est conservatrice dans la majorité des cas avec un bon pronostic à long terme malgré les risques de récurrence. Cependant il n'existe pas de nos jours de moyens suffisants pour éviter les récurrences en dehors de quelques mesures de bon sens comme le contrôle optimal de la pression artérielle ou la contraception chez les femmes en âge de procréer.

RÉFÉRENCES

1-Saw J, Aymong E, Mancini GBJ, Sedlak T, Starovoytov a, Ricci D. Non atherosclerotic coronary artery disease in young women. Can J Cardiol 2014 ; 30(7) :814-9

2-Saw J, Coronary angiogram classification of spontaneous coronary artery dissection. *Catheter Cardiovasc Interv* 2014 ;84 :1115-22

3-Saw J, Spontaneous coronary artery dissection. *Can J Cardiol* 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2012.12.018>.

4-Adlam d, Alfonso F, Maas A, Vrints C. Writing Committee. European Society of cardiology, acute Cardiovascular care association, SCAD study group: a position paper on spontaneous coronary artery dissection. *Eur Heart J* 2018 ; 39 :3353-68

5-Motreff P, Malcles G, Combaret N, Barber-Chamoux N, Bouajila S, Pereira B, et al. How and when to suspect spontaneous coronary artery dissection : novel insights from a single-centre series on prevalence and angiographic appearance. *EuroIntervention* 2017 ; 12 : e2236-43

6-Alfonso F, Paulo M, Gonzalo N, Dutary J, Jiménez-Quevedo P, Lennie V, et al. Diagnosis of spontaneous coronary artery dissection by optical coherence tomography. *J Am Coll Cardiol* 2012 ;59 :1073-9

7- Tweet MS, Hayes SN, Pitta SR, Simari RD, Lerman A, Lennon RJ, et al. Clinical features, management, and prognosis of spontaneous coronary artery dissection.

8-Alfonso F, Paulo M, Lennie V, Dutary J, Bernado E, Jiménez-Quevedo P, et al. Spontaneous coronary artery dissection : long-

term follow-up of a large series of patients prospectively managed with << conservative >> theapeutique strategy. *JACC Cardiovasc Interv* 2012 ;5(10) :1062-70.

9- Tweet MS, Eleid MF, Best PJM, Lennon RJ, Lerman A, Rihal CS, et al. Spontaneous coronary artery dissection : revascularization versus conservative therapy, *Circ Cardiovasc Interv* 2014 ;7(6) :777-86

10-Yeung DF, Saw J. multiple recurrence of spontaneous coronary artery dissection in woman with fibromuscular dysplasia. *Catheter CardiovascInterv* 2019, <http://dx.doig.org/10.1002/ccd.28301>[Epub ahead of print].

11-Terzian, et al. Fenestration d'un hématome coronaire spontané avec dissection menaçante : à propos d'un cas de dissections coronaires spontanées récidivantes sur plusieurs vaisseaux chez une femme jeune. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2019.08.009>

12-Vrints CJM. Spontaneous coronary artery dissection. *Heart* 2010 ; 96(10) :801-8

13- Vanzetto G, Berger-Coz E, Barone-Rochette G, Chavanon O, Bouvaist H, Hacini R, et al. Prevalence, therapeutic management and medium-term pronostic of spontaneous coronary artery dissection : results from a data-base of 11,605 patients. *Eur J Cardiothorac surg* 2009 ; 35(2) :250-4



Fig.1 : Diminution du calibre de la marginale avec stagnation du produit de contraste (flèche).



Fig.2 : Récupération complète de la marginale à 2 mois



Fig. 3 Contrôle angiographique à 17 mois de l'épisode initial montrant la récupération complète de la marginale.

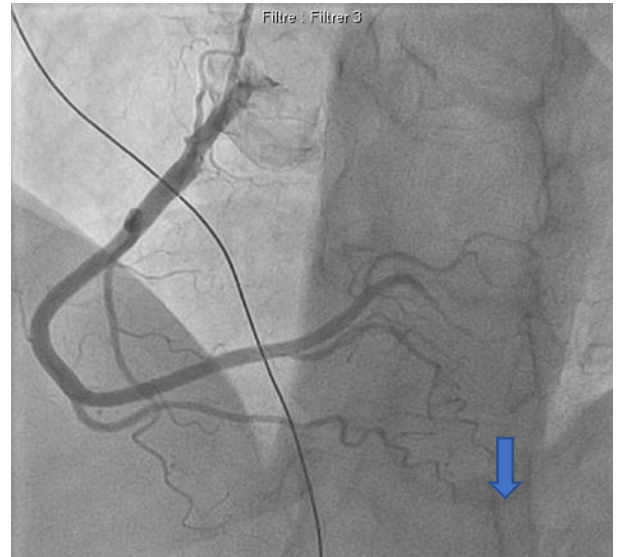


Fig. 4 : Subocclusion de la RVG lors la prise en charge.

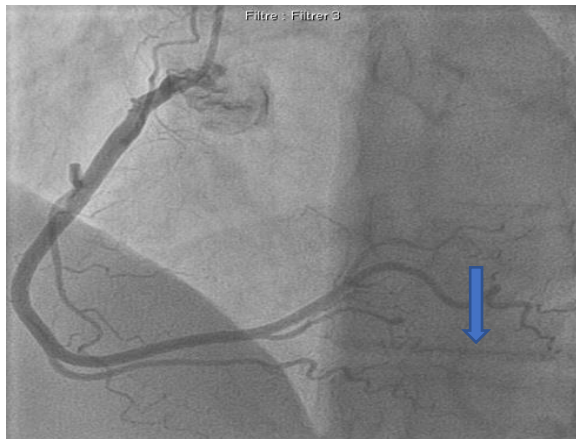


Fig.5 : Contrôle angiographique à 3 mois montrant la récupère complète de la RVG