



Dissection aortique secondaire au syndrome d'apnée du sommeil : à propos d'un cas
Aortic dissection secondary to a sleep apnea syndrome: a case report

Indretsy Mahavivola Ernestho-ghoud¹,
Andoniaina Rakotonaivo², Ny Ony Narindra
Lova Hasina Rajaonarison³, Ahmad Ahmad³,
Hanta Marie Danielle Vololontiana⁴

Auteur correspondant

Indretsy Mahavivola Ernestho-ghoud
Courriel : ernesthoughoud@gmail.com
Service de Médecine Interne, Clinique
Médicale Privée, Antananarivo, Madagascar

Summary

Aortic dissection has been rarely reported in sleep apnea syndrome, particularly from Sub-Saharan Africa. Here, we report a case of a 67-year-old man with a fortuitous spontaneous desaturation. The only highlighted cause was sleep apnea syndrome complicated by aortic dissection. Continuous positive airway pressure can be useful to prevent the progression of aortic dissection with sleep apnea syndrome.

Keywords: Aortic dissection, Sleep apnea syndrom, Continuous positive airway pressure, Madagascar

Received January 18th, 2024

Accepted March 29th, 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i3.16>

1. Service de Médecine Interne, Clinique Médicale Privée, Antananarivo, Madagascar
2. Service de Médecine Polyvalente, Centre Hospitalier Universitaire, Andohatapenaka, Antananarivo, Madagascar,
3. Service d'Imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire, Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo, Madagascar,
4. Service de Médecine Interne, Centre Hospitalier Universitaire, Joseph Raseta Befelatanana, Antananarivo, Madagascar,

Introduction

La dissection aortique représente toujours un défi pour le clinicien. Relativement rare, au pronostic spontané sombre à court terme, sa prise en charge n'est pas toujours aisée. Lorsque la dissection intéresse l'aorte ascendante

Résumé

La dissection aortique était rarement décrite au cours du syndrome d'apnée du sommeil, en particulier en Afrique Subsaharienne. Dans cet article, nous rapportons le cas d'un patient âgé de 67 ans, présentant une désaturation spontanée de découverte fortuite. La seule cause mise en évidence était le syndrome d'apnée du sommeil compliqué de la dissection aortique. Le traitement du syndrome d'apnée du sommeil par pression positive continue permettait de prévenir la progression de la dissection aortique.

Mots-clés : Dissection aortique, Syndrome d'apnée du sommeil, Pression positive continue, Madagascar

Reçu le 18 janvier 2024

Accepté le 29 mars 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i3.16>

(Stanford type A), le traitement est une sanction chirurgicale immédiate alors que lorsqu'elle n'intéresse pas l'aorte ascendante (Stanford type B), elle relève souvent d'un traitement médical, et parfois d'un traitement endovasculaire (1). Le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) est une

e5734



pathologie fréquente chez les patients atteints de dissection aortique (DA) (2). Le traitement par pression positive continue (PPC) au cours du SAS compliqué de DA était rarement décrit. Nous rapportons un cas de DA Stanford type B révélant un SAS ayant bénéficié un appareillage par pression positive continue, afin d'attirer le clinicien sur l'intérêt de cet appareillage dans le traitement de SAS afin de ralentir la progression de la DA.

Observation

Il s'agissait d'un homme de 67 ans, hospitalisé pour une découverte fortuite d'une désaturation à 66% en air ambiant, sans dyspnée dans un contexte apyrétique. Il était hypertendu sous losartan. Il n'avait pas d'antécédents particuliers.

A l'examen physique, l'indice de performance status était coté à 1 et l'indice de masse corporelle était à 27 Kg/m² (pour une taille de 1,63 m et poids à 72 kg). La pression artérielle à droite était à 170/70 mmHg et la pression artérielle à gauche était à 170/70 mmHg avec une fréquence cardiaque à 77 bpm. Les poumons étaient libres. Le patient était lucide. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Le bilan paraclinique a montré ce qui suit :

L'angioscanner thoracique abdominopelvien écartait une embolie pulmonaire mais avait objectivé une dissection aortique Stanford type B en coupe axiale (**figure 1**) et en coupe sagittale (**figure 2**).

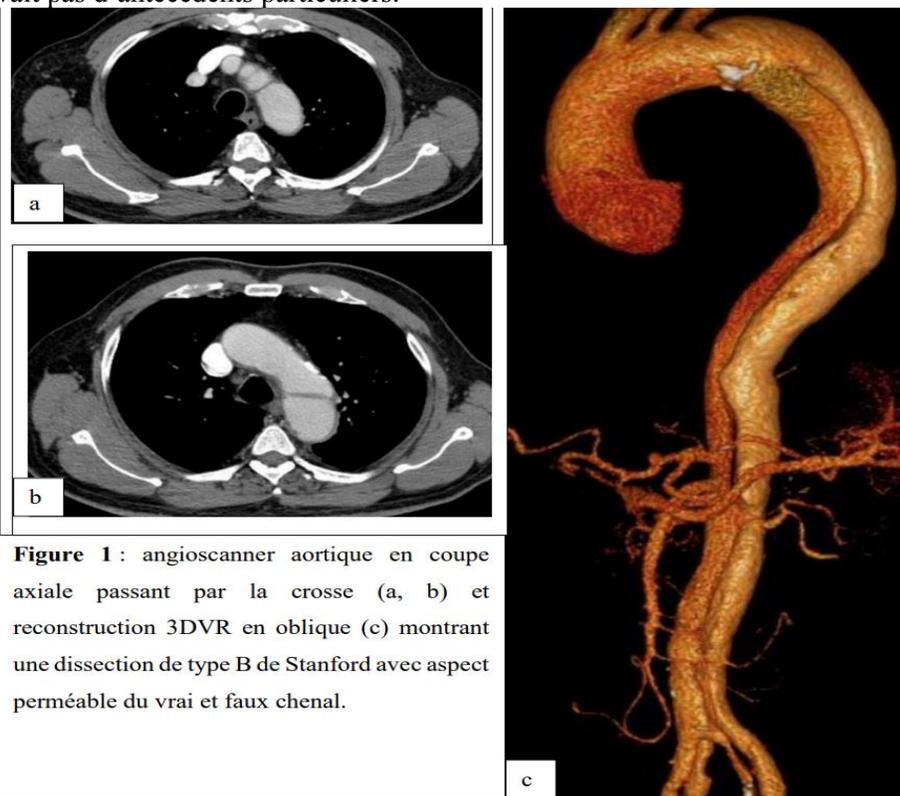


Figure 1 : angioscanner aortique en coupe axiale passant par la crosse (a, b) et reconstruction 3DVR en oblique (c) montrant une dissection de type B de Stanford avec aspect perméable du vrai et faux chenal.

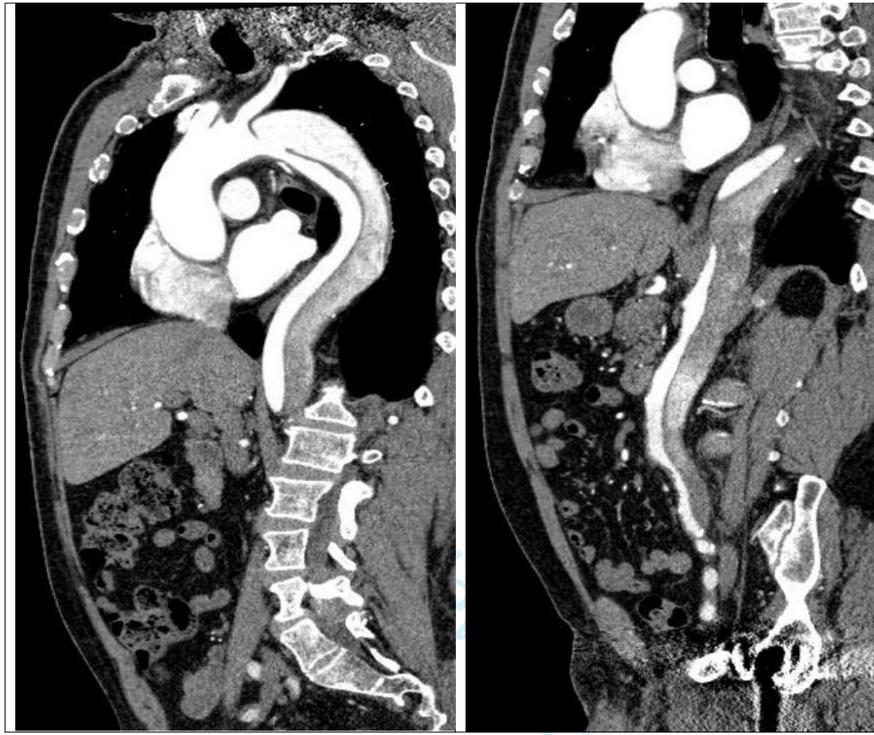


Figure 2 : angioscanner aortique en reconstruction sagittale oblique montrant l'orifice d'entrée (a) et l'orifice de réentrée (b).

La polygraphie respiratoire nocturne avait objectivé un index apnée hypopnée à 19 et une désaturation minimale à 44% en air ambiant, une désaturation la plus longue à 84 secondes et un ronflement severe pouvant faire évoquer un SAS modéré. Le reste des examens complémentaires était normal. Etait retenu le diagnostic d'un SAS compliqué de DA. Le patient bénéficiait d'un appareillage par PPC. Ses traitements médicaux étaient le bisoprolol® et l'amlodipine®. L'objectif tensionnel cible était atteint inférieur à 130/80mmhg et une fréquence cardiaque entre 60 et 70bpm. Après 6 mois, la polygraphie respiratoire nocturne de contrôle était normale avec index apnée hypopnée à 4. L'angioscanner thoracique abdominopelvien de contrôle montrait une lésion de dissection aortique stable.

Discussion

Notre patient a présenté une DA Stanford B et un SAS modéré et qui sont graves, pouvant même engager le pronostic vital. Il existe une relation étroite entre SAS et syndromes aortiques aigus, en particulier la DA. Cette

relation passe entre autres par la dilatation aortique favorisée par le SAS (2). En effet, Delsart *et al.*, ont évalué en 2016, l'intérêt de dépistage systématique du SAS au cours du syndrome aortique aigu. Ces auteurs ont rapporté que la présence de faux chenal pendant un an est liée à la gravité du SAS (3). En effet, la relation entre le SAS et une pathologie aortique ne peuvent plus être ignorées. Cependant, le traitement de DA dans le SAS reste encore un sujet de discussion. En 2010, Yamasita *et al.*, ont décrit l'efficacité de la PPC au cours du SAS. Il s'agissait d'un Japonais âgé de 55 ans, qui avait présenté une DA Stanford B. Cependant, ces auteurs ne font pas mention de l'évolution de la lumière du faux chenal sous PPC (4). En 2012, un homme de 59 ans, avait présenté une hypertension artérielle résistante. Le diagnostic retenu était un SAS compliqué de DA. L'appareillage par le PPC aide à la gestion de l'hypertension résistante. Cependant, dans leur étude, les auteurs estiment que la PPC ne réduise pas le risque de la DA (5). En 2016, Tomita *et*



al, ont rapporté l'efficacité du PPC au cours de la DA. Il s'agissait d'un sujet Japonais de 55 ans, qui avait présenté un SAS compliqué de DA. L'évolution clinique était favorable après une semaine de PPC, caractérisée par la réduction de l'index d'apnée du sommeil et une diminution de la lumière du faux chenal (6).

Pour revenir au cas en discussion, malgré quelques controverses, l'effet de la PPC sur la progression de la DA n'a pas été déterminée de façon directe dans notre observation, mais ce cas suggère que l'utilisation de PPC était utile dans la DA pour stabiliser la lumière du faux chenal et de ralentir la progression des lésions artérielles.

Conclusion

La désaturation spontanée, le SAS et la DA coexistaient dans notre cas. Le SAS devrait être compté parmi les étiologies de la désaturation. Par ailleurs, tout patient porteur d'un SAS devrait avoir une recherche systématique de la DA même asymptomatique. En effet, le traitement de SAS par PPC pouvait être utile pour stabiliser la lumière de faux chenal. D'autres études sont nécessaires pour identifier de tels facteurs.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Contribution des auteurs

Tous les auteurs ont contribué équitablement à la réalisation et la rédaction du manuscrit. Ils ont tous approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

Références

1. Fournot L, Boulate D, Kirsch M, Leprince P. Prise en charge chirurgicale de la dissection aortique. *Réanimation* 2013; **22**: 600-609.
2. Sampol G, Romero O, Salas A, Tovar JL, Lloberes P, Sagale's T, *et al.* Obstructive Sleep Apnea and Thoracic Aorta Dissection. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; **168**:1528-1531.
3. Delsart P, Juthier F, Clough RE, Sobocinski J, Azzaoui R, Ramstein J, *et al.* Prognostic significance of sleep apnea syndrome on false lumen aortic expansion in post-acute aortic syndrome. *Ann Thorac Surg* 2016; **102**: 1558 – 1564.
4. Yamashita S, Dohi T, Narui K, Momomura S. Therapeutic efficacy of continuous positive airway pressure in obstructive sleep apnea patients with acute aortic dissection: a case report. *J Atheroscler Thromb* 2010; **17**: 999-1002.
5. Inami T, Seino Y, Bessho R, Mizuno K. Untreated obstructive sleep apnoea as a therapeutic target in acute aortic dissection. *BMJ Case Reports* 2012; **10**: 1-2.
6. Tomita Y, Kasai T. Effect of CPAP on acute aortic dissection with recanalisation. *BMJ Case Rep* 2016; **10**: 1-2.

Voici comment citer cet article : Ernestho-ghoud IM, Rakotonaivo A, Rajaonarison NO, Ahmad A, Vololontiana HM. Dissection aortique secondaire au syndrome d'apnée du sommeil: à propos d'un cas. *Ann Afr Med* 2024; **17** (3): e5734-e5737. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i3.16>