



## Coarctation de l'aorte post ductale révélée par une claudication intermittente des membres inférieurs chez un jeune de 25 ans

Auteurs : N. BELAHSENE, S.BEN KHEDDA Services de cardiologie, HMRU Blida et cardiologie A2, CHU Mustapha  
D. KEBBOUR, Service de Chirurgie Cardiaque HCA

### INTRODUCTION

A l'aube de la vie adulte, le diagnostic de coarctation de l'aorte se dessine de manière inattendue chez un individu de 25 ans, révélant un tableau clinique complexe. Parmi les symptômes préoccupants, la claudication intermittente soulève des questions cruciales quant à la circulation périphérique des membres inférieurs, tandis que l'HTA sévère apporte une dimension supplémentaire à cette énigme. Cette combinaison inhabituelle de symptômes incite à explorer les intrications de cette malformation vasculaire, mettant en lumière l'importance cruciale d'un diagnostic précoce et d'une intervention appropriée.

La coarctation de l'aorte est une des plus fréquentes des cardiopathies congénitales où elle représente 5 à 8 % de ces dernières. Elle se présente comme une anomalie vasculaire caractérisée par un rétrécissement significatif de la partie aortique, généralement localisée au niveau de l'isthme aortique. Cette constriction entrave la circulation normale du sang, engendrant une pression artérielle élevée en amont du site de rétrécissement. La claudication intermittente, résultat d'une perfusion sanguine altérée (hypoperfusion), se manifeste comme un symptôme préoccupant, soulignant la nécessité d'une exploration approfondie de cette condition vasculaire complexe. Elle est recherchée systématiquement devant toute HTA du sujet jeune.

Afin d'illustrer cette situation, nous rapportons l'observation d'un jeune de 25 ans présentant un syndrome de coarctation de l'aorte, une HTA évoluant depuis 8 mois mal équilibrée sous monothérapie et une claudication intermittente des membres inférieurs réduisant le périmètre de marche avec abolition des pouls distaux aux membres inférieurs. L'examen clinique a révélé un IPS bas et une hypertension sévère. Cette observation clinique fournit un éclairage précieux sur la complexité de cette pathologie et soulignent l'urgence d'une intervention appropriée.

### MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'un jeune de 25 ans suivi en ambulatoire pour HTA mal équilibrée qui signale avoir des céphalées et une claudication intermittente réduisant le périmètre de marche.

L'examen clinique confirme l'existence d'un souffle précordial également perçu dans le dos. La pression artérielle était de 210 /100 mmHg BD. La pression artérielle était de 205/108 mmHg au membre supérieur gauche, de 192/94 mmHg au membre supérieur droit, de 122/90 mmHg au membre inférieur gauche et de 123/92 mmHg au membre inférieur droit. On note une abolition des pouls fémoraux et distaux avec un IPS bas bilatéralement.

Le patient a bénéficié d'ECG, d'une radiographie du thorax, d'une échographie doppler cardiaque trans thoracique, d'un bilan biologique, de fond d'œil et d'une TDM cérébrale.

Devant cette hypertension artérielle sévère associée à la disparition de pouls fémoraux et l'aspect radiologique, une tomodensitométrie thoracique est réalisée qui confirme le diagnostic.

### RÉSULTATS

L'ECG : rythme sinusal et régulier à 100 cycles /min sans signe en faveur d'une hypertrophie cavitaire.

La radiographie du thorax de face (fig1) : présence d'encoches costales (érosions costales) au niveau du bord inférieur de l'arc postérieur de plusieurs côtes. Le médiastin supérieur est discrètement élargi en cheminée.

L'échographie doppler cardiaque trans thoracique: VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne fonction et de bonne cinétique. Le gradient trans sténotique non enregistré.

Le bilan biologique est normal.

Le fond d'œil : on ne retrouve pas de signe en faveur de rétinopathie hypertensive.

TDM crânien sans anomalie.

La TDM et angiogramme thoracique confirment le diagnostic et précisent l'étendue de la coarctation et la circulation collatérale. En montrant le rétrécissement brutal de l'aorte au niveau de l'isthme signant le diagnostic de coarctation (fig 2). Il existe une circulation collatérale thoracique très développée, notamment par les artères mammaires et les inter-costales (fig 2).

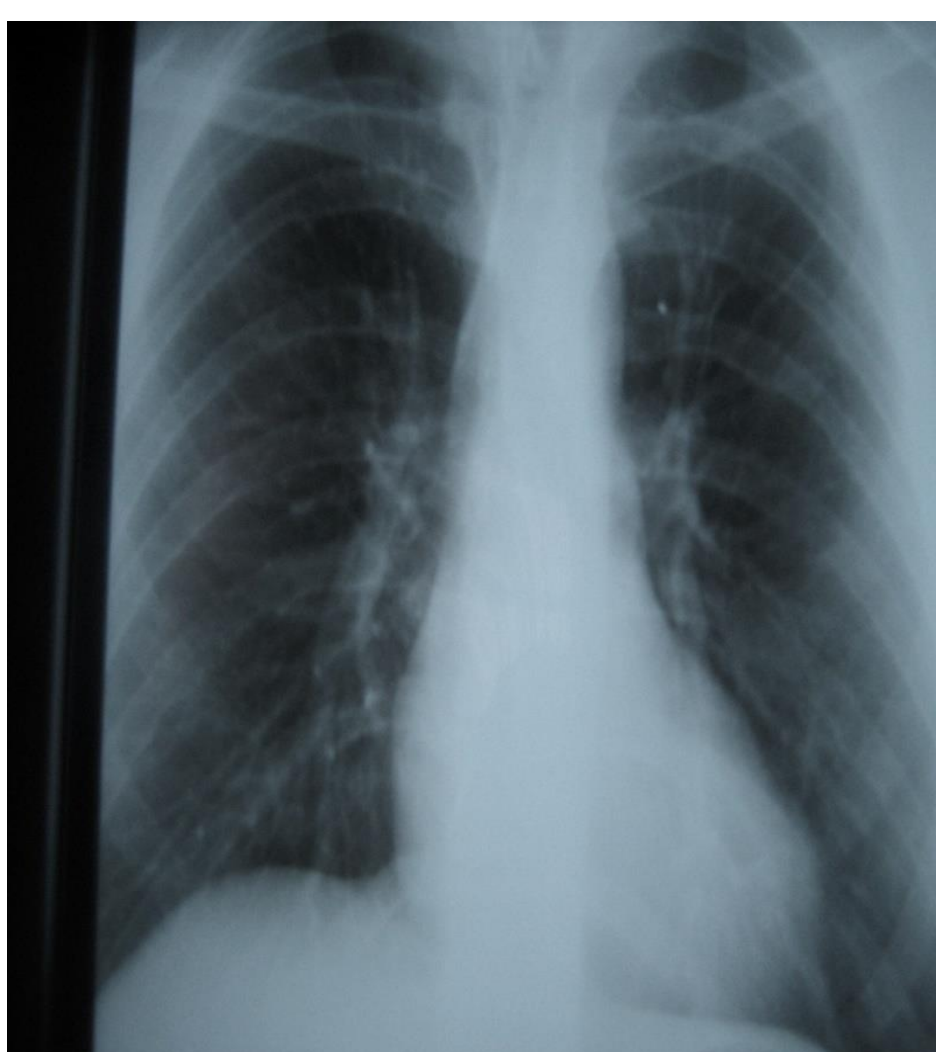
Le diagnostic de la coarctation de l'aorte a été évoqué devant : la notion d'HTA, souffle systolique éjectionnel interscapulolaire, l'abolition des pouls fémoraux, l'érosions costales sur le cliché radiologique du thorax de face et confirmé par l'angiogramme thoracique.

Le patient a bénéficié d'un renforcement thérapeutique et confié aux chirurgiens. Le traitement chirurgical a consisté en une résection chirurgicale de la zone coarctée avec interposition d'une prothèse en dacron (fig 3 et 4).

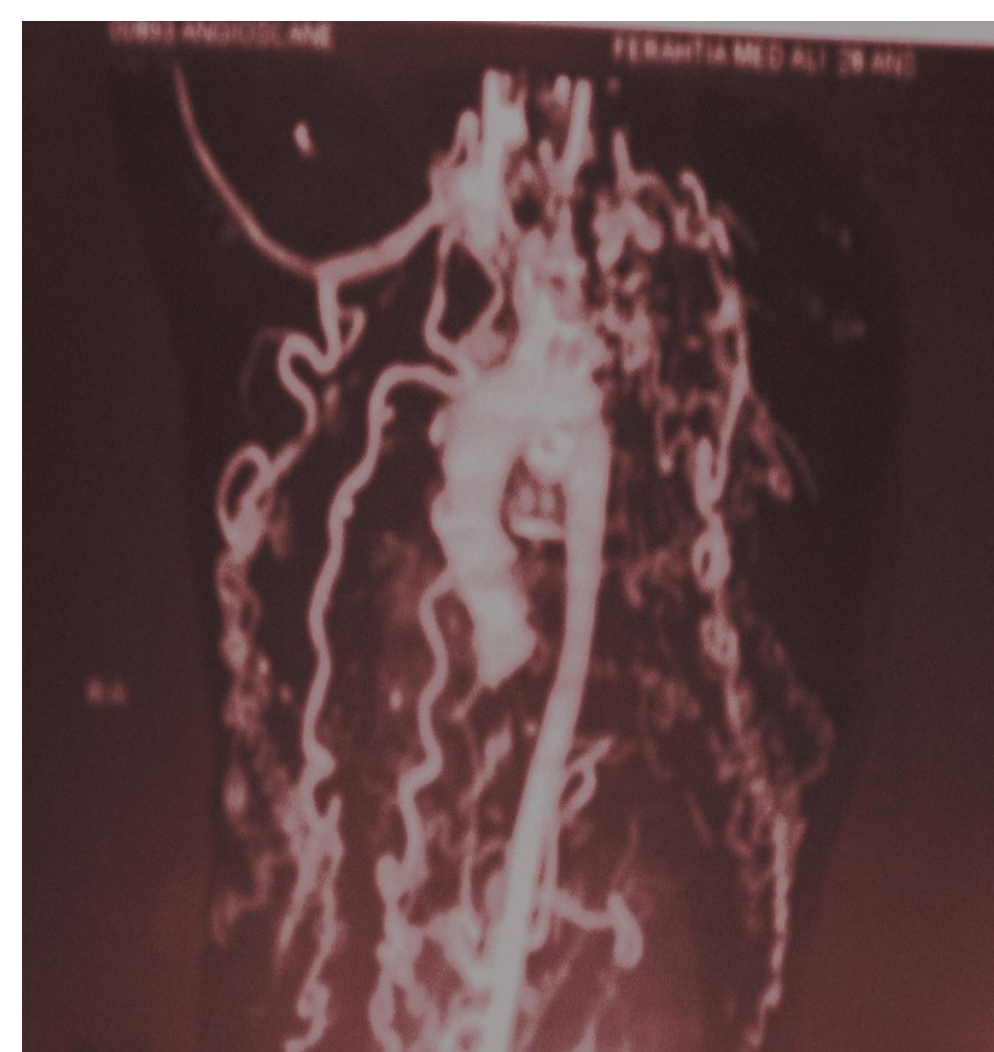
Les suites opératoires étaient simples mais persistait une HTA résiduelle justifiant un traitement médical. Après la levée de l'obstacle, on a assisté à une réduction rapide des chiffres tensionnels avec une baisse moyenne de 30 % pour la PAS et par ailleurs, une réapparition des pouls périphériques.

A 6 semaines - 60 jours et 90 jours, bon résultat clinique avec patient asymptomatique mais persistance d'une HTA résiduelle permanente nécessitant un traitement hypotenseur.

Le contrôle scanographique, montre une prothèse perméable en place. Une réduction de la circulation collatérale (fig 5).



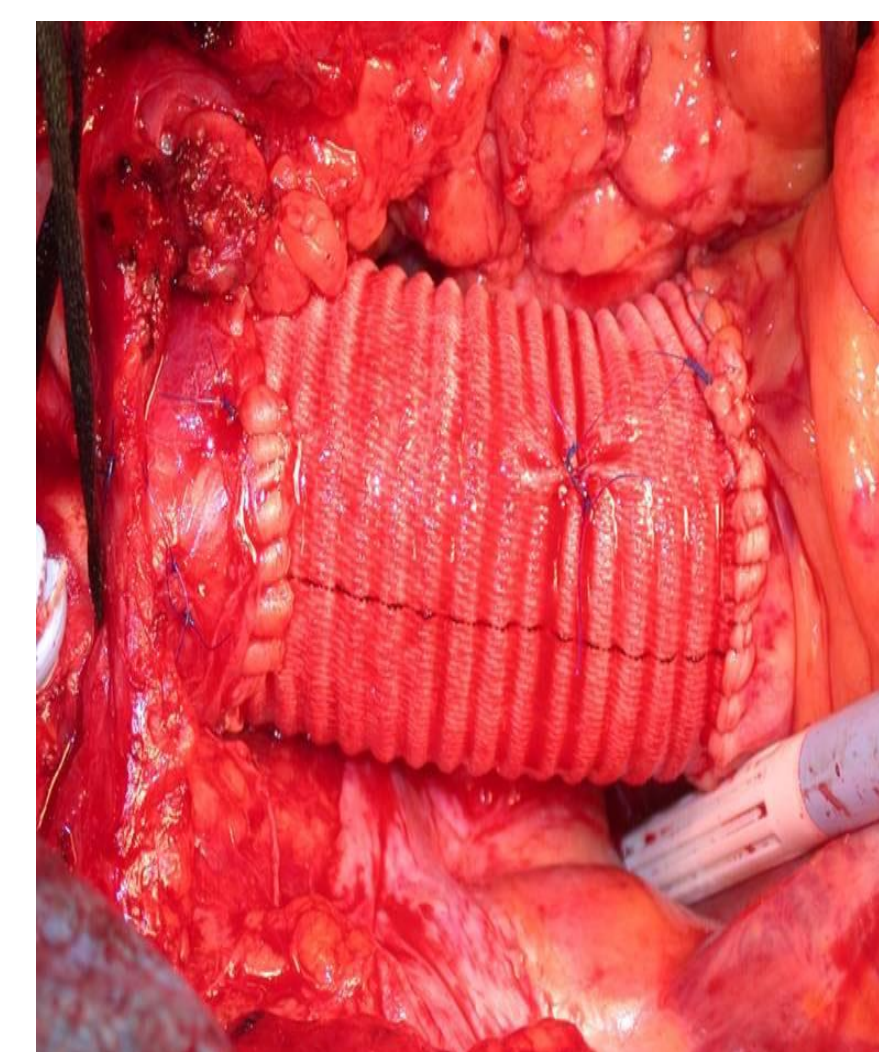
(fig 1)



(fig 2)



(fig 3)



(fig 4)



(fig 5)

### DISCUSSION

L'hypertension artérielle est une pathologie très fréquente qui touche près d'un milliard de personnes dans le monde. Elle constitue un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

Le dépistage d'une HTA secondaire doit être systématique afin de ne pas méconnaître une cause curable. Les coarctations de l'aorte diagnostiquées à l'âge adulte sont heureusement rares mais posent des problèmes d'ordres diagnostiques et thérapeutiques.

Le cas présenté souligne la variabilité des symptômes associés à la coarctation de l'aorte chez les jeunes adultes. Les données cliniques révèlent une claudication intermittente, un symptôme moins couramment associé à cette condition, suggérant la diversité des manifestations cliniques. Par ailleurs, l'hypertension sévère chez ce patient concorde avec les conclusions de plusieurs études qui soulignent l'impact significatif de la coarctation de l'aorte sur la pression artérielle. Cette convergence renforce l'importance d'une sensibilisation accrue aux présentations atypiques de cette malformation vasculaire et souligne le besoin d'une approche diagnostique et thérapeutique personnalisée.

La chirurgie est de réalisation difficile du fait de la circulation collatérale très développée et de la fragilité de l'aorte. Les techniques d'angioplastie avec mise en place d'endoprothèse supplantent la chirurgie chez l'adulte. Cependant, cette technique n'est pas encore bien développée chez nous.

L'HTA résiduelle qui reste présente dans 10 à 40 % des cas, est vectrice de morbidité à distance, justifiant un traitement hypotenseur au long cours et un suivi prolongé afin de détecter certaines complications telles que la coronaropathie, la recoarctation et l'endocardite infectieuse.

L'importance d'une intervention précoce pour améliorer la qualité de vie et prévenir les complications à long terme.

### CONCLUSION

Le cas de coarctation de l'aorte chez ce jeune de 25 ans met en lumière la diversité des manifestations cliniques associées à cette pathologie vasculaire. L'observation de claudication intermittente, bien que moins fréquente, souligne l'importance de considérer des présentations atypiques. En insistant sur la nécessité d'une vigilance clinique accrue et l'importance cruciale d'une intervention précoce pour améliorer la qualité de vie et prévenir les complications à long terme car une HTA résiduelle est vectrice de morbidité à distance justifiant une surveillance prolongée et régulière.