

Myxome cardiaque biauriculaire : à propos d'un cas

Biatrial cardiac myxoma. A case report.

Redha Lakehal, Soumaya Bendjaballah, Farid Aimer, Chourouk Rakouk, Rabeh Bouharagua, Radouane Boukarroucha, Abdelmalek Brahami, Abdelmalek Bouzid

Service de chirurgie cardiaque,
Djaghri Mokhtar, Constantine,
Algérie.

Correspondance à :

Redha LAKEHAL

lakehal.redha@gmail.com

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2017.4128>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Introduction : Les tumeurs cardiaques primitives sont bénignes dans 75 % des cas et dominées par le myxome qui est le plus souvent situé dans l'oreillette gauche. Le terme de myxome biatrial regroupe les cas où plusieurs myxomes situés dans les deux oreillettes possèdent chacun un pied d'implantation qui lui est propre. Les myxomes biatriaux représentent environ 3,5 % de l'ensemble des myxomes ; ce sont les plus fréquents des myxomes plurifocaux. Ce cas est pour nous l'occasion de montrer une localisation biauriculaire d'un myxome cardiaque. **Méthodes :** Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 51 ans, sans antécédents qui a été opéré en urgence suite à la découverte fortuite d'une masse biatriale à l'échocardiographie motivé par une dyspnée récente. Classe fonctionnelle : II de la NYHA. Radiographie pulmonaire : cardiomégalie avec indice cardiothoracique à 0,65. ECG : RRS. Échocardiographie : Tumeur biatriale, VG : 53,3/70,5 mm, FE : 47,17%, IM grade II, IT grade II. La TDM thoracique n'a pas été réalisée vu le caractère urgent de l'intervention. L'exploration peropératoire avait objectivé un double myxome de l'OG et de l'OD avec SIA et SIV intacts et fuite tricuspide au test à l'eau. Le geste a consisté en une résection du myxome de l'OD à base d'implantation sur la paroi libre de l'OD près de la VCI, résection du myxome de l'OG à base d'implantation sur SIA, fermeture de la CIA par patch péricardique autologue et plastie tricuspide. **Résultats :** Les suites postopératoires immédiates étaient : BAV complet nécessitant un appareillage définitif et amélioration de la FE : 54% avec étude anatomopathologique revenue en faveur d'un myxome biauriculaire. **Conclusion :** Les myxomes cardiaques développés à partir de résidus embryonnaires mésenchymateux au niveau du septum diagnostiqués essentiellement entre 30 et 60 ans. La symptomatologie clinique est liée à la taille de la tumeur, à sa localisation, à son aspect ainsi qu'à sa mobilité. Le traitement est essentiellement chirurgical et doit être réalisé avant que ne surviennent des embolies systémiques ou une obstruction valvulaire mitrale.

Mots-clés : Myxome, biatrial, chirurgie.

ABSTRACT

Introduction: The primitive cardiac tumors are benign in 75 % of cases and are dominated by the myxoma which is most frequently located in the left auricle. The term of biatrial myxoma gathers the cases when several myxomas are located in both auricles, with each one a foot of establishment which is attached to it. Biatrial myxomas represent approximately 3.5 % of the whole myxomas; they are the most frequent presentation of multifocal myxomas. This case illustrates a biatrial location of a cardiac myxoma. **Methods:** We report the cas of a 51 years old patient without history who was operated in emergency for the discovery of biatrial masses on cardiac ultrasonography, performed for a recent dyspnea. Functional class: II of the NYHA. Pulmonary radiography: cardiomegaly with CTI: 0.65. ECG: RRS. cardiac ultrasonography: biatrial tumor, LV: 53.3 /70, 5 mm, EF: 47.17%, IM class II, IT class II. Chest CT was not carried-out considering the urgent character of the intervention. Peroperative exploration: biatrial myxoma with intact interauricular septum and interventricular septum. Surgical gesture consisted of the resection of the myxoma of the right atrium and establishment on the free wall of the right atrium close to the IVC, resection of the myxoma of the left atrium containing establishment sweeps interauricular septum, closing of the interauricular defect by a pericardial patch and tricuspid plasty. **Results:** The immediate postoperative course was unfavorable with complete auriculo-ventricular block requiring a final equipment and improvement of EF: 54% with anatomopathologic study in favour of a biatrial myxoma. **Conclusion:** cardiac myxoma developed starting from mesenchymal embryonic residues at the level of the septum, diagnosed primarily between 30 and 60 years. Clinical symptomatology is dependent in keeping with the tumor, with its location, its aspect as well as its mobility. Treatment is primarily surgical and must be carried out before the occurrence of systemic embolisms or a mitral valvular obstruction.

Keywords: Myxoma, biatrial, surgery.

الورم المخاطي القلبي في الأذنين: سرد حالة

الملخص:

المقدمة: أورام القلب الابتدائية حميدة في 75% من الحالات وتهيمن عليها الأورام المخاطية التي غالباً ما تقع في الأذن اليسرى. تجمع تسمية الورم المخاطي ثنائي الأذن الأورام المتعددة في الأذنين حيث يكون لكل منها جذر خاصة تعلق بها. يمثل الورم المخاطي ثنائي الأذن 3.5% من مجموع الأورام المخاطية تسرد هذه الحالة لورم ثنائي الأذن. **الطريقة:** تسرد حالة مريض ذو 51 عاماً بدون سوابق مرضية و الذي خضع لعملية جراحية مستعجلة عقب اكتشاف كتلة في القلب على مستوى الأذنين مع اعتلال في التنفس. أظهر التصوير الإشعاعي للصدر تضخم القلب ورم مزدوج الأذنين و قصور الصمام التاجي وصمام ثلاثي الشرف. لم نستطع إجراء تصوير مقطعي كونها حالة استعجالية. أظهر الفحص أثناء العملية وجود ورم مزدوج على مستوى الأذنين و تسرب في الصمام ثلاثي الشرف. قمنا باستئصال الأورام مع راب ثلاثي الشرف. **النتائج:** كانت النتيجة الفورية بعد العملية الجراحية حركاً كامل بين الأذن و البطنين مما استدعى جهاز دائم كما أظهر التحليل النسيجي أن الورم حميد. **الخلاصة:** الأورام المخاطية في القلب الناتجة عن المخلفات الوسيطة الجنينية في الحاجر يتم تشخيصها أساساً بين 30 و 60 عاماً، ويمكن تشخيصها في أي عمر مع غلبة عند الإناث. الأعراض السريرية مرتبطة بحجم الورم، موقعها، مظهرها، وكذلك حركتها. أحدث التصوير بالصدى ثورة في تشخيص الورم المخاطي الأذني الأيسر مظهراً كتلة من أصداء كثيفة وراء الصمام التاجي. هذا التحليل الذي يمكن تكملته بالتصوير بالرنين المغناطيسي الذي يمكن من تحديد موقعها، تفردا أو تعددها، حجمها، شكلها، هيكلها، منطقة الإدراج والتنقل. الجراحة هي العلاج ويجب أن تكتمل قبل أن تؤدي إلى انسداد النظامية أو انسداد الصمام التاجي.

كلمات البحث: الورم المخاطي، الأذنين، الجراحة.

Pour citer l'article :

Lakehal R, Bendjaballah S, Aimer F, et al. Migration d'une sonde de chimiothérapie dans l'oreillette droite : à propos d'un cas. *Batna J Med Sci* 2017;4(1):127-29. <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2017.4128>

INTRODUCTION

Les tumeurs cardiaques primitives sont bénignes dans 75 % des cas et dominées par les myxomes qui sont le plus fréquemment situés dans l'oreillette gauche (75 à 90 % des myxomes). C'est Bahson qui, en 1953, en a décrit les premiers cas et a tenté leur exérèse. Le terme de myxome biatrial regroupe les cas où plusieurs myxomes situés dans les deux oreillettes possèdent chacun un pied d'implantation qui lui est propre. Les myxomes biatriaux représentent environ 3,5% de l'ensemble des myxomes; ce sont les plus fréquents des myxomes plurifocaux.

Il faut les différencier des cas de myxomes auriculaires très volumineux s'étendant à l'autre oreillette à travers le foramen ovale, il s'agit dans ce cas d'une seule et unique tumeur avec un seul pied d'implantation au niveau d'une seule oreillette; le terme de myxome biatrial n'est donc pas approprié. Ce cas est pour nous l'occasion de montrer une localisation biauriculaire d'un myxome cardiaque.

OBSERVATION

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 51 ans sans antécédents qui a été opéré en urgence suite à la découverte fortuite d'une masse de l'oreillette gauche (OG) et de l'oreillette droite (OD) à l'échocardiographie motivée par une dyspnée récente et d'aggravation progressive, classe fonctionnelle : II-III de la NYHA. La radiographie pulmonaire avait mis en évidence Cardiomégalie avec ICT à 0.65 et l'ECG un rythme régulier sinusal.

Sur le plan de l'imagerie, l'échocardiographie avait montré une tumeur de l'oreillette droite et de l'oreillette gauche, ventricule gauche : 53,3/70,5 mm, fraction d'éjection : 47,17%, fraction de raccourcissement : 24,4%, double insuffisance mitrale et tricuspide grade II (figure 1). La TDM et l'IRM thoraciques n'ont pas été réalisées vu le caractère urgent de l'intervention chirurgicale.



Figure 1. Tumeurs de l'oreillette droite et de l'oreillette gauche.

La voie d'abord était une sternotomie médiane verticale. Le patient a été opéré sous circulation extracorporelle établie entre l'aorte et les deux veines caves. La chirurgie a été réalisée par voie biauriculaire transeptale. L'exploration peropératoire avait mis en évidence un double myxome de OG et OD avec septum interauriculaire (SIA) et septum interventriculaire (SIV) intacts et fuite tricuspide au test à l'eau. Le geste a consisté en une résection du myxome de l'OD à base d'implantation sur la paroi libre de l'OD près de la veine cave inférieure (VCI), une résection du myxome de l'OG à base d'implantation sur le SIA, fermeture de la communication inter auriculaire (CIA) par patch péricardique autologue et plastie tricuspide de De Vêga. La durée de la circulation extracorporelle était de 127 minutes, du clampage aortique de 87 minutes et de l'assistance circulatoire de 36 minutes.

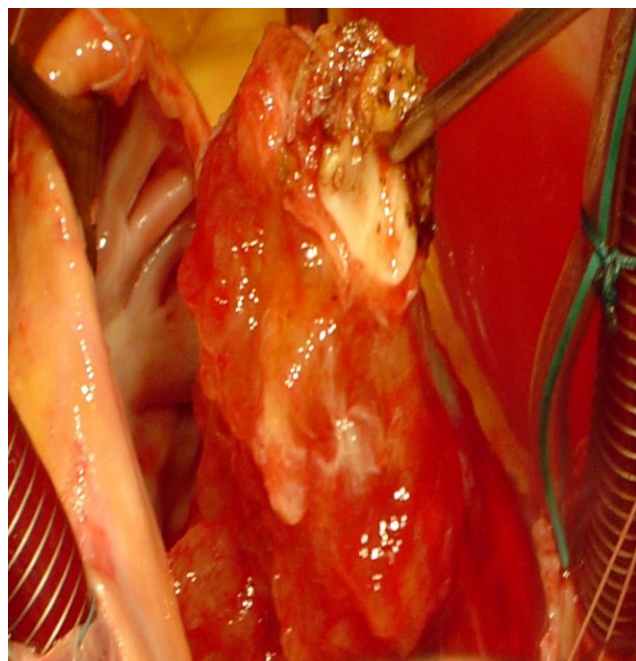


Figure 2. Image per opératoire d'un myxome biauriculaire.

Les suites postopératoires immédiates étaient marquées par la survenue d'un bloc auriculoventriculaire complet nécessitant un appareillage définitif et une amélioration de la fraction d'éjection à 54%. Le séjour en unité de soins intensifs a duré 48 heures, la durée d'intubation était de 12 heures et en postopératoire de 7 jours. Le patient est mis sortant au 8^{ème} jour.

L'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'un myxome biatrial. Les échocardiographies de contrôles faites le 1^{er}, le 3^{ème}, le 6^{ème} et le 9^{ème} mois n'ont pas montré de récives cardiaques.

DISCUSSION

Le premier diagnostic anatomique a été fait par Colombus en 1559 mais la première exérèse chirurgicale n'a été réalisée qu'en 1954 par Craaford [1].

Développé à partir de résidus embryonnaires mésenchymateux au niveau du septum interauriculaire, le myxome, du point de vue anatomo-pathologique, se présente sous deux formes : la forme « gélatineuse » qui est à l'origine de complications emboliques systémiques et la forme « arrondie et ferme » qui est à l'origine des enclavements dans l'orifice mitral [2]. Diagnostiqué essentiellement entre 30 et 60 ans comme c'est le cas de notre patient, il peut être découvert à tout âge avec une nette prédominance féminine [3].

La symptomatologie clinique est liée à la taille de la tumeur (qui varie de 1 à 8 cm), à sa localisation (par rapport à l'orifice mitral et aux veines pulmonaires), à son aspect (gélatineux ou ferme) ainsi qu'à sa mobilité (selon qu'il s'agit d'une tumeur pédiculée ou villeuse) [4-8].

L'échocardiographie transthoracique a révolutionné le diagnostic du myxome de l'oreillette gauche en montrant une masse d'échos denses derrière la valve mitrale. Cet examen, qui peut être complété par une IRM, va définir la tumeur : sa situation, son unicité (5 % des myxomes sont multiples), sa taille, sa forme, sa structure, sa zone d'insertion et sa mobilité [5].

Le traitement est essentiellement chirurgical et doit être réalisé avant que ne surviennent des embolies systémiques ou pulmonaires ou une obstruction valvulaire mitrale ou tricuspide [1-6]. C'est l'étude anatomopathologique qui va confirmer le diagnostic de myxome cardiaque [7].

CONCLUSION

Il est donc acquis aujourd'hui que le myxome cardiaque est un authentique néoplasme. Il s'agit d'une tumeur développée, comme l'écrit Chomette, à partir de cellules embryonnaires pluripotentes dont la fosse ovale, dernier lieu de l'organogenèse cardiaque, est le site de séquestration électif.

Une telle origine, à partir d'éléments devenus quiescents du blastème cardiaque primitif, rend bien compte de toutes les particularités morphologiques de ces tumeurs (immaturité, polymorphisme, charpente mucoïde) et, dans une certaine mesure, à quelques exceptions près, de leur bénignité". Le facteur déclenchant la multiplication de ces cellules, qui peuvent rester longtemps et même définitivement quiescentes, demeure inconnu.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Li JH, Lin FY, Hsu RB, Chu SH. Video-assisted cardioscopic resection of recurrent left ventricular myxoma. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1996;112:1673-4.
2. Cooley DA. Surgical treatment of cardiac neoplasms: 32-year experience. *Thorac Cardiovasc Surg* 1990;38:176-82.
3. Centofanti P, Di Rosa E, Deorsola L. Primary cardiac tumors: early and late results of surgical treatment in 91 patients. *Ann Thorac Surg* 1999;68:1234-6.
4. Dong Hi AY, Williams CR. Sex distribution in cardiac myxomas. *Am J Cardiol* 2002;90:563-5.
5. Goswami KC, Shrivastava S, Bahl VK, Saxena A, Manchauda SC, Wasir HS. Cardiac myxomas: clinical and echographic profile. *Int J Cardiol* 1998;63:251-9. 53R. Denguir et al. / *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 55 (2006) 49-54 .
6. Bortolotti U, Maraglino G, Rubino M. Surgical exision of intra-cardiac myxomas: a 20-year follows up. *Ann Thorac Surg* 1990;49:449-53.
7. Bire F, Roudaut R, Chevalier JM, et al. Cardiac myxoma in patients over 75 years of age. Report of 19 cases. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1999;92:323.
8. Lakhdar R, Siala F, Khouaja A. Myxome géant de l'oreillette droite révélé par un trouble de l'humeur. *Tunisie Med* 2003;81:666-9.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- I. Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- II. Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- III. Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- IV. Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com

ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

