



Cas Clinique

Myxome de l'Oreillette Gauche Révélé par un Œdème Aigu du Poumon: à Propos du Premier Cas Opéré au Centre de Chirurgie Cardiaque André Festoc de Bamako

Left atrial myxoma revealed by acute pulmonary edema: A case report of the first patient operated at the André Festoc Bamako Cardiac Surgery Centre of Bamako

Koita SA^{1,2}, Coulibaly M^{1,2}, Mangane MI^{2,3}, Almeimoune A^{2,3}, Traore S¹, Traore B¹, Dafe S¹, Dombia M¹, Diarra BI¹, Keita A¹, Coulibaly BB¹, Dicko H^{2,4}, Coulibaly B¹, Amrein C⁵, Démbélé SA^{2,6}, Diango DM^{1,2}, Coulibaly Y^{2,4}

1. Centre de Chirurgie cardiaque André Festoc de Bamako, Mali;
2. Faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako, Mali;
3. Département d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du CHU Gabriel Touré;
4. Département d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du CHU point G;
5. ONG La Chaîne de L'Espoir, service de Médecine, Hôpital Fousseyni Daou de Kayes;
6. Service d'anesthésie du CHU IOTA Bamako.

Auteur correspondant :

Dr Siriman A Koita

Adresse e-mail : sirimase@yahoo.fr

Boite postale :

Tel:

Mots-clés : Myxome, Oedème aigue du poumon, Chirurgie cardiaque, Mali

Keywords: Myxoma, Heart surgery, Acute edema lung, Mali

RÉSUMÉ

Le myxome est la tumeur intracardiaque primitive la plus fréquente. Sa caractéristique principale est son polymorphisme clinique retardant très souvent le diagnostic. Tout retard diagnostique se fait au risque d'une complication pouvant mettre en jeu le pronostic vital du malade. L'avènement de l'échocardiographie transthoracique a résolu le retard diagnostique dans nos pays mais la prise en charge chirurgicale reste encore limitée à cause du problème d'accès à la chirurgie cardiaque. Nous rapportons un cas de myxome révélé par une crise d'œdème aigu du poumon, ayant fait l'objet d'une cure chirurgicale au nouveau Centre de Chirurgie Cardiaque de Bamako.

ABSTRACT

Myxoma is the most common primitive intracardiac tumour. Its main characteristic is its clinical polymorphism very often delaying the diagnosis. Any delay in diagnosis is done at the risk of a complication that could jeopardize the vital prognosis of the patient. The advent of transthoracic echocardiography has resolved the delay in diagnosis in our countries, but surgical management is still limited the problem of access to cardiac surgery. We report a case of myxoma revealed by a crisis of acute pulmonary edema having benefited from surgical treatment at the new Heart Surgery Center in Bamako.

INTRODUCTION

Le myxome est la tumeur intracardiaque primitive la plus fréquente [1]. Il s'agit d'une tumeur bénigne touchant essentiellement les oreillettes. Son polymorphisme clinique peut parfois retarder le diagnostic.

Le pronostic vital du patient peut être mis en jeu de par sa localisation. Les circonstances de découverte les plus communes sont les embolies systémiques au niveau cérébral, digestif ou des membres inférieurs [2], la survenue d'un œdème aigu du poumon(OAP) reste rare.

Nous rapportons un cas de myxome de l'oreillette gauche révélé par un oedeme aigue du poumon OAP.

OBSERVATION

Il s'agit d'une femme âgée de 34 ans, médecin de profession, sans antécédents chirurgicaux mais présentant une discrète anémie, pour laquelle elle reçoit une supplémentation orale en Fer.

Elle est adressée aux urgences pour un œdème pulmonaire d'apparition brutale.

L'interrogatoire retrouve une dyspnée d'effort apparue 6 mois auparavant se majorant progressivement. Cette dyspnée est mise sur le compte de l'anémie, mais n'empêchant pas la patiente d'exercer son activité professionnelle.

L'auscultation cardiaque trouve un rythme régulier, sans souffle surajouté. Pas de signes de défaillance cardiaque autre que l'OAP. Pas d'autres signes anormaux à l'examen clinique.

Après traitement symptomatique de l'œdème pulmonaire, la patiente a bénéficié d'une échocardiographie trans-thoracique (ETT) qui retrouve une grosse masse de l'oreillette gauche (OG) d'où son transfert au centre de chirurgie cardiaque André Festoc pour éventuelle prise en charge complète.



Figure 1: Échographie transthoracique en coupe grand axe laissant voir une grosse masse intraatriale gauche

L'ETT retrouve une grosse masse appendue dans l'oreillette gauche (OG) mesurant 56 mm/36 mm, prolabant parfois dans l'orifice mitral excentrée, évoquant un myxome, ainsi qu'une insuffisance mitrale (1 à 2/4) par prolapsus de la grande valve mitrale. Par ailleurs la taille de l'OG est de 29 cm², la fonction systolique du ventricule gauche satisfaisante (FEVG à 69%) (figure 1).



Figure 2: Échographie transthoracique en coupe 4 cavités montrant le myxome qui occupe l'oreillette gauche (fuite mitrale)

L'ECG montre un rythme régulier sinusal à 75 cycles par minute. Le bilan biologique ne montre pas d'anomalies en dehors d'une anémie à 9 g/dl déjà connue.

L'indication d'ablation du myxome de l'OG sous circulation extra corporelle est retenue.

La consultation préanesthésique est sans particularité.

La patiente est admise au bloc opératoire, sous anesthésie générale, l'échographie transoesophagienne (ETO) confirme la présence d'une masse occupant la quasi-totalité de l'OG, en rapport intime avec les feuillets mitraux créant un gradient OG/VG (figure 2).

Après le départ en circulation extra corporelle et cardioplégie l'abord de l'OG se fait par voie trans atrio-septale et laissant découvrir un énorme myxome d'environ 5 cm, très friable, occupant la quasi-totalité de l'oreillette gauche, et dont l'implantation est faite sur la paroi postérieure de l'OG (figure 3).

La base d'implantation est désinsérée par clivage, puis lavage de l'OG et aspiration minutieuse de tous les débris tissulaires.

Après un clampage aortique de 26 mn, le cœur défibrille spontanément en rythme sinusal. Le sevrage de la CEC est réalisé sans amine vasoactive après 78 mn.

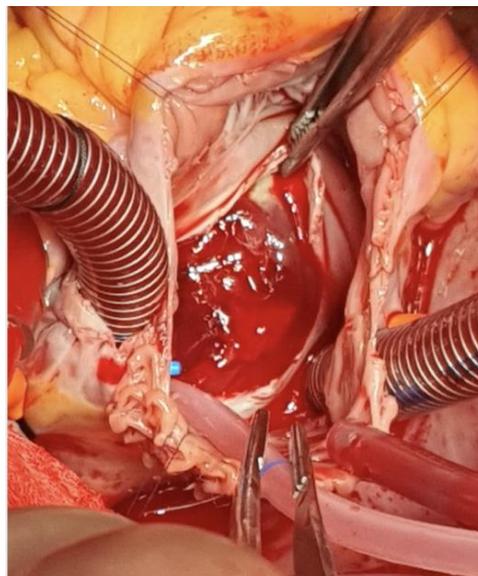


Figure 3: Canulations en place, abord transatrioseptale laissant découvrir le myxome. Nécrotico hémorragique et friable

L'ETO de contrôle confirme la résection totale du myxome, montre une bonne fonction ventriculaire gauche et une fuite mitrale minime est à signaler (figure 4).

La patiente est admise en réanimation postopératoire et extubée après réchauffement et analgésie à la 3^{ème} heure postopératoire. L'évolution est favorable.

La durée totale de séjour post-opératoire à l'hôpital est de 6 jours dont 3 en réanimation.

Le contrôle échocardiographique avant la sortie est satisfaisant, montrant la fuite mitrale minime avec fonction ventriculaire conservée (figure 5). Le traitement médical de sortie associe Aspirine, Fer et diurétiques.

L'histologie a confirmé le diagnostic de myxome remanié friable.



Figure 4: Pièces opératoires /macroscopiquement aspect de Myxome nécrotique friable

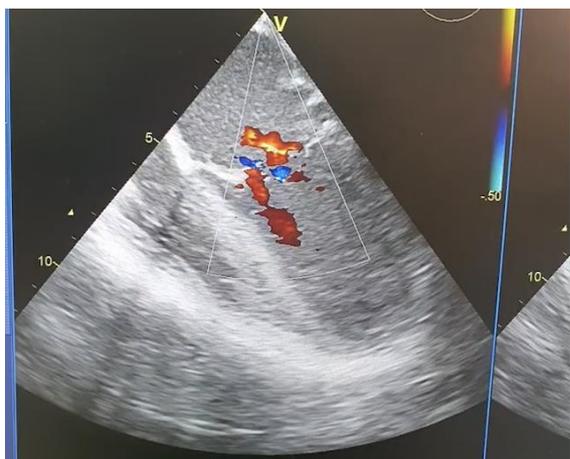


Figure 5: Contrôle ETO montrant l'OG libre de toute masse, une fuite mitrale minimale est à signaler

DISCUSSION

Le myxome est la première tumeur intra cardiaque la plus fréquente. Tumeur rare touchant moins de 0,1% de la population [3]. Dans 80 % des cas il s'agit de tumeur bénigne, localisé dans les oreillettes dans la moitié des cas, avec siège oreillette gauche dans 90% des cas [3].

Les Manifestations cliniques dépendent de la localisation, de la forme, de la taille et l'activité physique du patient [4]. Le myxome peut se manifester par un état de fatigue, une fièvre et surtout des signes en rapport avec une embolie systémique dans 30 à 40 % [5]. La manifestation clinique peut être aussi asymptomatique et la découverte est fortuite lors d'un examen clinique pour d'autre motif ou à la suite d'une complication embolique systémique (30 à 40 %) [5].

La découverte peut se faire lors de l'exploration d'une dyspnée aiguë suite à une obstruction mécanique par la tumeur [6], le cas que nous décrivons rentre dans ce cadre.

Notre patiente n'a pas été orienté vers la structure adaptée à sa prise en charge malgré sa dyspnée persistante et d'aggravation progressive qui avait d'ailleurs été mise sur le compte de son anémie. Ce n'est qu'au stade d'OAP qu'une échocardiographie est indiquée, posant le diagnostic.

L'échographie transthoracique représente l'examen de référence pour le diagnostic du myxome cardiaque. Elle permet de préciser les caractéristiques morphologiques de la tumeur (siège, nombre, taille, forme, base d'implantation, mobilité) et son retentissement cardiaque [7].

Chez notre patiente le défi était double, celui de la gestion et stabilisation de l'OAP mais aussi assurer une prise en charge chirurgicale complète sous circulation extra corporelle dans un Pays à plateau technique limité.

Notre patient porteur d'un myxome de l'oreillette gauche avec des caractères morphologiques prédictifs d'un grand risque embolique, présente en plus, des pressions de remplissage ventriculaire élevées avec un gradient Oreillette gauche -Ventricule gauche à 9 mm Hg.

L'avènement de la chirurgie cardiaque au Mali avec l'ouverture du centre de chirurgie cardiaque André Fesctoc, nous a permis de rester en phase avec la littérature. Il s'agissait de réaliser la cure chirurgicale le plus tôt possible pour éviter tout risque d'embolisation et surtout de mort subite [6]. Le cas de myxome rapporté par Nabil Elmalki Berada et al, a présenté des accidents emboliques coronaire et cérébrale entre le diagnostic et la cure chirurgicale [8].

La suite post opératoire est simple pour notre patiente qui est sortie du centre au 6^{ème} jour post opératoire. Les suites post opératoires sont généralement simples avec une mortalité opératoire de l'ordre de 5% selon la présence ou non de comorbidités [9, 10].

La surveillance de la patiente est régulière bien que le traitement chirurgical semble correct après une résection totale jusqu'à ce jour aucun signe de récurrence n'est à signaler chez notre patiente.

À long terme, l'évolution est habituellement favorable, néanmoins, la récurrence reste possible justifiant une surveillance échographique régulière [11].

L'étude histologique a conclu à un Myxome remanié, polylobé et friable.

CONCLUSION

La présence de toute masse dans la cavité cardiaque gauche constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. Le myxome est la tumeur cardiaque primitive la plus fréquentes représentent moins de 0.2% de l'ensemble des néoplasies [12]. Si l'accès à l'échocardiographie a considérablement amélioré les moyens diagnostiques l'avènement de la chirurgie cardiaque au mali et dans les pays à plateau technique limité améliora le pronostic vital de ces patients.

RÉFÉRENCES

1. A.G. Ciss, O. Diarra, S.A. Beye, A. N'diaye O. Kane. LES Myxomes cardiaques : étude préliminaire sur 5 cas opérés à Dakar Ann. Afr. Chir. Thor. Cardiovasc. 2007; 2(2): 108-111.
2. A.Azghari Y. Boukili, M.K. Boukhrine, M. Bouayad, A.Y. Bensaid . Myxome de l'oreillette gauche : une cause rare d'occlusion de l'aorte. À propos d'un cas et revue de la littérature EMC , Journal des Maladies Vasculaires Volume 35, n° 1 pages 26-30.
3. Jennifer N. Bowman, MD, Jennifer M. Treece, MD MBA . Giant Left Atrial Myxoma Masquerading as Cough-Syncope Syndrome ,Journal of Investigative Medicine High Impact Case Reports , July-September 2017: 1-5
4. Murayama H, Tamaki S, Kato N, Yuji N, Yokote J, Mutsuga M, Okada M. Right Atrial myxoma associated with atrial septal defect: a case report and review of the literature. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2001 Jun;7(3):166-9. [PubMed] [Google Scholar]
5. Sadegh Shabab , Majid Erfanzadeh , Shamsa Ahmadian , Maryam Mahmoudabady . A case report of left atrial myxoma presenting with amnesia .BMC Cardiovasc Disord (2021) 21:225 Page 2 of 6.
6. Achraf Z ,Nabil B. Myxome géant de l'oreillette gauche appendue à la valve mitrale .Pan Afr Med J. 2015; 20: 203
7. Riberi A, Gariboldi V, Grisoli D, Collart F. Les tumeurs cardiaques. *Rev Pneumol Clin* 2010;66:95-103.
8. Elmalki Berrada, Ilyasse A, Maha R, Younes M, Aatif B .Un myxome poly-embolique de l'oreillette gauche .Pan African Medical Journal. 2015 ; 20:336. www.panafrican-med-journal.com/content/article/20/336/
9. Larsson S, Lepore V, Kennergren C. Atrial myxomas: results of 25 years' experience and review of the literature.Pan African Medical Journal.1989;105:695-698.
10. Keeling IM, Oberwalder P, Anelli-Monti M, Schuchlenz H, Demel U, Titz GP. Cardiac myxomas: 24 years of experience in 49 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002;22:971-7.
11. Denguir R, Dhiab M, Meddeb I, Hermi N, Khanfir I, Ben Romdhane R et al. Les myxomes cardiaques. Prise en charge chirurgicale. À propos de 20 cas. *Ann Cardiol Angeiol* 2006;55:49-54.
12. Reynen K. Cardiac myxomas. *N Engl J Med.* 1995 Dec 14;333(24):1610-7. [PubMed] [Google Scholar]