**MYXOME GEANT DE L’OREILLETTE GAUCHE : A PROPOS D’UN CAS**

**GIANT MYXOMA OF THE LEFT ATRIUM: ABOUT ONE CASE**

F.Nya\*, N.Atmani\*, A.Seghrouchni\*, A.Abdou\*, Y.Moutakiallah\*, M.Bamous\*, M.Ait Houssa\*, M.Drissi\*\*, A.Hatim\*\*, Y.Elbekkali\*, A.Boulahya\*

\*Service de Chirurgie Cardiaque, \*\* Réanimation CCV

Hôpital militaire d’instruction Mohamed V Rabat-Maroc

**RESUME**

Introduction: Les myxomes cardiaques constituent les formes les plus fréquentes des tumeurs primitives du cœur. La localisation la plus fréquente est le septum interatrial. L’exérèse chirurgicale est la seule alternative thérapeutique.

Observation clinique : Il s’agit d’une patiente âgée de 50 ans, qui a présenté une dyspnée stade II à III de la NYHA. L’examen clinique a trouvé une patiente avec altération de l’état général, présence d’un roulement diastolique au foyer mitral, l’examen pleuro-pulmonaire et le reste de l’examen somatique sont sans particularités.

L’échocardiographie transthoracique a objectivé une énorme tumeur cardiaque englobant presque la totalité de l’oreillette gauche et se prolabe dans le ventricule gauche à travers la valve mitrale et une insuffisance tricuspidienne grade II.

La patiente est opérée en urgence, une atriotomie gauche est réalisée permettant la résection d’une masse énorme occupant la totalité de l’oreillette gauche et se prolabant dans la valve mitrale très en faveur d’un myxome géant. Le geste opératoire a été complété par une plastie tricuspidienne de Devega. Les suites opératoires immédiates étaient difficiles malgré une assistance par les drogues vaso-actives et par ballon de contre-pulsion intra-aortique. La patiente est décédée à J15 dans un tableau de choc septique mal contrôlé a point de départ pulmonaire.

Conclusion : Le myxome cardiaque est le plus fréquent des tumeurs primitives du cœur. La principale complication a redouté est l’embolisation artérielle. Le traitement chirurgical reste la seule option thérapeutique

**Mots clés :** Myxome, Géant, Chirurgie.

**SUMMARY**

Introduction: Cardiac myxomas are the most common forms of primary heart tumors. The most frequent localization is the interatrial septum. Surgical excision is the only therapeutic alternative.

Case report: We report the observation of a 50-year-old woman with dyspnea. The clinical examination found a patient with altered general status, presence of diastolic rolling at the mitral focus, pleuropulmonary and the rest of the somatic examination are unusual.

Transthoracic echocardiography demonstrated an enormous cardiac tumor occupying almost the entire left atrium and proliferating in the left ventricle through the mitral valve and a tricuspid deficiency.

The patient is operated in emergency, a left atriotomy is performed allowing the resection of an enormous mass occupying the whole of the left atrium and proliferating in the mitral valve, in favor of a giant myxoma. The surgical procedure was completed by a Devega tricuspidian plasty. The immediate   
aftermath was difficult despite assistance with vasoactive drugs and an intra-aortic balloon. The patient died due to septic shock.

Conclusion : Cardiac myxoma is the most common primary tumor of the heart. The main complication feared is arterial embolization. Surgical treatment remains the only therapeutic option

**Keywords :** Myxoma, Giant, Surgery

**INTRODUCTION**

Les myxomes cardiaques constituent les formes les plus fréquentes des tumeurs primitives du cœur. Leur diagnostic a largement bénéficié de l’apport de l’échocardiographie transthoracique et transoesophagienne. La localisation la plus fréquente est le septum interatrial et exceptionnellement au niveau des valves cardiaques. L’exérèse chirurgicale, qui est la seule alternative thérapeutique, constitue le traitement radical et permet une guérison totale et définitive.

**OBSERVATION CLINIQUE**

Il s’agit d’une patiente âgée de 50 ans, sans antécédents pathologique notables, qui a présenté une dyspnée stade II à III de la NYHA d’aggravation progressive associée à des douleurs thoraciques atypiques. L’examen clinique a trouvé une patiente avec altération de l’état général, les bruits du cœur sont réguliers, présence d’un roulement diastolique au foyer mitral, l’examen pleuro-pulmonaire et le reste de l’examen somatique sont sans particularités.

La radiographie du thorax a montré une silhouette cardiaque de taille normale et une bonne transparence parenchymateuse

L’ECG est sans particularités

L’échocardiographie transthoracique a objectivé une énorme tumeur cardiaque englobant presque la totalité de l’oreillette gauche et se prolabe dans le ventricule gauche à travers la valve mitrale [Figure 1], une insuffisance tricuspidienne grade II avec un anneau tricuspide à 35mm et PAPS à 147mmHg

La patiente est opérée en urgence avec une stérnotomie médiane verticale, l’installation de la CEC est faite entre une canule artérielle au pied du TABC et deux canules veineuses bi-caves et menée en hypothermie modérée. La protection myocardique est assurée par une cardioplégie cristalloïde froide intermittente antérograde.

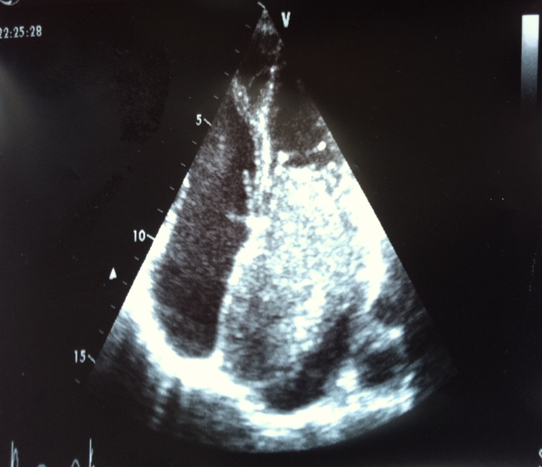


Figure 1:image échographique montrant la masse occupant la totalité de l’OG

Une atriotomie gauche derrière le sillon de SONDERGAARD est réalisée permettant la résection d’une masse énorme occupant la totalité de l’oreillette gauche et se prolabant dans la valve mitrale très en faveur d’un myxome géant [Figures : 2-3]. Le geste a été complété par une cautérisation de la base d’implantation, située sur le septum interventriculaire, au bistouri électrique sans geste supplémentaire sur la valve mitrale. Le geste opératoire a été complété par une plastie tricuspidienne de Devega. La pièce opératoire est adressée en anatomo-pathologie qui a confirmé le diagnostic du myxome de l’oreillette gauche.

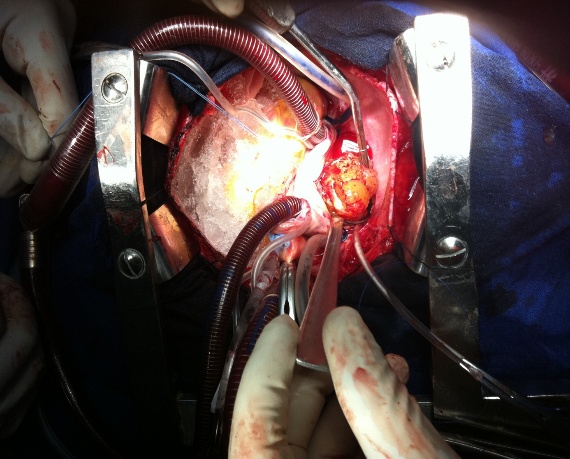


Figure 2: image opératoire montrant la résection de la masse de l’oreillette gauche



Figure 3: Image montrant le myxome résequé et le fragment responsable de l’obstruction de l’ostium coronaire gauche

La sortie de CEC était difficile avec des fibrillations itératives et à l’ETO pèropératoire un VG hypokénitique faisant suspecté une cause ischémique d’où une aortotomie pour vérifier les ostia coronaires qui a permis d’objectiver un petit fragment de la masse obstruant l’ostium coronaire gauche.

Les suites opératoires immédiates étaient difficiles malgré une assistance par les drogues vaso-actives et par ballon de contre-pulsion intra-aortique. La patiente est décédée à J15 dans un tableau de choc septique mal contrôlé a point de départ pulmonaire.

**DISCUSSION**

La première description autopsique d’un myxome date de 1845 et le premier diagnostic clinique d’un myxome date de1952 [1]

Il s’agit d’une tumeur rare représentant 0,5 à 1 % des tumeurs des tissus mous. Dans sa localisation cardiaque, le myxome est de loin la plus fréquente des tumeurs cardiopéricardiques primitives bénignes (91 %)[2]. L’origine des myxomes a fait l’objet de multiples hypothèses dont celle du développement à partir de thrombi préexistants [3]. L’explication communément admise est celle d’une tumeur histologiquement bénigne développée à partir de « reliquats vestigiaux embryonnaires sous-endocardiques pluripotents, séquestrés habituellement dans la région limbique de la fosse ovale » du septum interauriculaire (SIA) [4]. L’oreillette gauche représente 75 à 90 % des localisations des myxomes, l’implantation se fait essentiellement sur le septum interauriculaire, la localisation mitrale est très rare (21 cas décrits dans la littérature jusqu’à 1997) [5].

Le myxome intracardiaque est une pathologie qui se caractérise par un très grand polymorphisme clinique qui peut engendrer un retard diagnostique, bien que les accidents emboliques représentent 10% des cas [6]. Le diagnostic est aisément évoqué en ETT (une sensibilité de 93,3 % et une spécificité de 96,8 %), l’ETO permet de préciser certaines zones de la tumeur en particulier les zones d’attache. Par ailleurs, le principal diagnostic différentiel est le thrombus intracavitaire, les végétations et les lésions dégénératives du tissu valvulaire.

Le traitement chirurgical est la seule alternative opératoire consistant à une résection complète de la tumeur et de sa base d’implantation pour éviter tout risque de récidive. La mortalité précoce est faible inférieure à 5 %. La morbidité tardive est dominée par le risque de récurrence tumorale et la survenue de métastases à distance. La fréquence des ces récidives tumorales est autour de 2 % [7]. Il convient d’insister sur une technique chirurgicale parfaite pour prévenir tout risque de récidive ainsi que sur un contrôle échographique régulier de tout malade opéré pour un myxome cardiaque.

**CONCLUSION**

Le myxome cardiaque est le plus fréquent des tumeurs primitives du cœur. La principale complication a redouté est l’embolisation artérielle. Le traitement chirurgical reste la seule option thérapeutique avec une résection la plus large possible pour éviter tout risque de récidive.

**RÉFÉRENCES**

1. Li JH, Lin FY, Hsu RB, Chu SH. Video-assisted cardioscopic resectionof recurrent left ventricular myxoma. J Cardiovasc Surg (Torino) 1996;112:1673–4.
2. 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.
3. Markel ML, Waller BF, Armstrong WF. Cardiac myxoma. A review. Medicine 1987;66:114–25.
4. Furber A, Prunier F, Laporte J, de Brux JL, Geslin P. Tumeurs cardiopéricardiques. Encycl Med Chir (Elsevier SAS), Cardiologie, 1999; 11-028-A-10.
5. Chakfe et al. Mitral valve myxoma. Ann Thorac Surg 1997;64:872-7
6. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. Medicine 2001;80:159–72
7. Kosuga T, Fukunaga S, Kawara T, et al. Surgery for primary cardiac tumors. Clinical experience and surgical results in 60 patients. J Cardiovasc Surg (Torino) 2002;43:581–7.