

Thrombose massive intra auriculaire gauche simulant une masse tissulaire intra-cavitaire

An intracavity tissue mass-like massive left atrium thrombus

Triki Zied , Tlili Rami , Azaiez Farès , Hentati Rim , Ben Romdhane Rim , Bachraoui Kawther , Ben Ameer Youssef

Service De Cardiologie, Hôpital Universitaire Mongi Slim, La Marsa, Tunis1

Résumé

L'imagerie cardiaque joue un rôle crucial dans le diagnostic et la prise en charge des masses cardiaques. Nous présentons l'observation d'un homme de 45 ans qui consulte pour des douleurs thoraciques. L'échocardiographie transthoracique et transoesophagienne montrent un rétrécissement mitral serré, une oreillette gauche (OG) dilatée siège d'une masse volumineuse. Le scanner montre une OG dilatée siège d'une masse ovale sans prises de contraste. L'IRM montre un processus tissulaire à l'intérieur de l'OG évoquant un myxome. L'exploration per-opératoire trouve un volumineux thrombus appendu au toit de l'OG. Malgré la haute performance des outils d'imagerie, seule l'analyse de la pièce opératoire apportera la confirmation diagnostique finale.

Mots-clés

Masses intra cardiaque –
imagerie cardiaque-
diagnostic- prise en
charge

Summary

Cardiac imaging is an important tool for diagnosis and characterization of cardiac mass. Our patient is 45-year-old men who presented with chest pain. Echocardiography shows mitral stenosis and a spherical mass in the left atrium evoking a myxoma. The CT shows an oval mass adhering to the wall of a dilated left atrium. This mass contains hyper dense zones without enhancement. MRI shows an expansive process in the left atrium evoking firstly a myxoma. Intraoperative exploration found a huge thrombus hanging from the roof of the left atrium. Nevertheless, only the analysis of the surgical specimen will provide the final diagnostic confirmation

Keywords

Intra cardiac mass-
cardiac imaging-
diagnosis – management-
interest

Correspondance

Zied Triki

Service de cardiologie, hôpital universitaire Mongi Slim, La Marsa, Tunis1

E-mail : zied.triki@medecinesfax.org

INTRODUCTION

Les masses intra cardiaques représentent un groupe hétérogène d'affections tumorales et pseudo-tumorales caractérisées par la variabilité de leurs présentations cliniques. L'imagerie cardiaque principalement l'échocardiographie, le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), sont d'un apport majeur pour la caractérisation de la masse en fournissant des données sur la taille, la localisation, la morphologie et les rapports anatomiques. Ces données sont très utiles dans l'orientation étiologique, la prise en charge et le pronostic.

FAIT CLINIQUE

Un homme de 45 ans, tabagique à 40 PA sans antécédents pathologiques, consulte aux urgences pour des douleurs basithoraciques. A l'examen clinique, la tension artérielle est à 130/70 mmHg, la fréquence cardiaque est à 80 bpm et l'auscultation cardiaque trouve un roulement diastolique au foyer mitral. L'électrocardiogramme (ECG) montre un rythme régulier sinusal avec une HVG électrique. La radiographie thoracique montre une silhouette mitrale : débord de l'arc inférieur droit avec un aspect de double contour et allongement de l'arc moyen gauche témoignant une dilatation de l'OG. L'échocardiographie transthoracique et transoesophagienne montrent un rétrécissement mitral serré, une oreillette gauche (OG) dilatée siège d'une masse pédiculée faisant 6 cm/5.5 cm appendue au toit, peu mobile, hétérogène, partiellement calcifiée au centre, à surface irrégulière. Cette masse épargne l'orifice mitral, l'auricule et ne touche pas le septum inter auriculaire. L'absence de contraste spontané et de thrombi intra auriculaire gauche plaident en faveur d'un myxome. Cependant le contexte de rétrécissement mitral plaide plutôt en faveur d'une thrombose massive intra -OG (figure 1).

Le scanner montre une OG dilatée qui est le siège d'une masse ovale adhérente à la paroi de l'oreillette mesurant 65*37 mm. Cette masse présente des zones spontanément hyper denses. Elle est non réhaussée après injection de produit de contraste (figure 2A).

L'IRM montre un processus expansif à l'intérieur de l'OG, bien limité, inhomogène, présentant une base d'implantation sur la paroi latérale de l'OG, mesurant 58*46 mm, se réhaussant discrètement après injection IV de produit de contraste, évoquant en premier lieu un

myxome (figure 2B).

Une coronarographie, faite dans le cadre du bilan pré-opératoire, montre un statut bi tronculaire avec une occlusion chronique de l'IVA proximale et du deuxième segment de la coronaire droite. Le patient est donc proposé pour remplacement valvulaire mitral par prothèse mécanique avec exérèse de la masse intra OG et Pontage aorto-coronarien. L'exploration per-opératoire trouve un volumineux thrombus appendu au toit de l'oreillette gauche (figure 3)

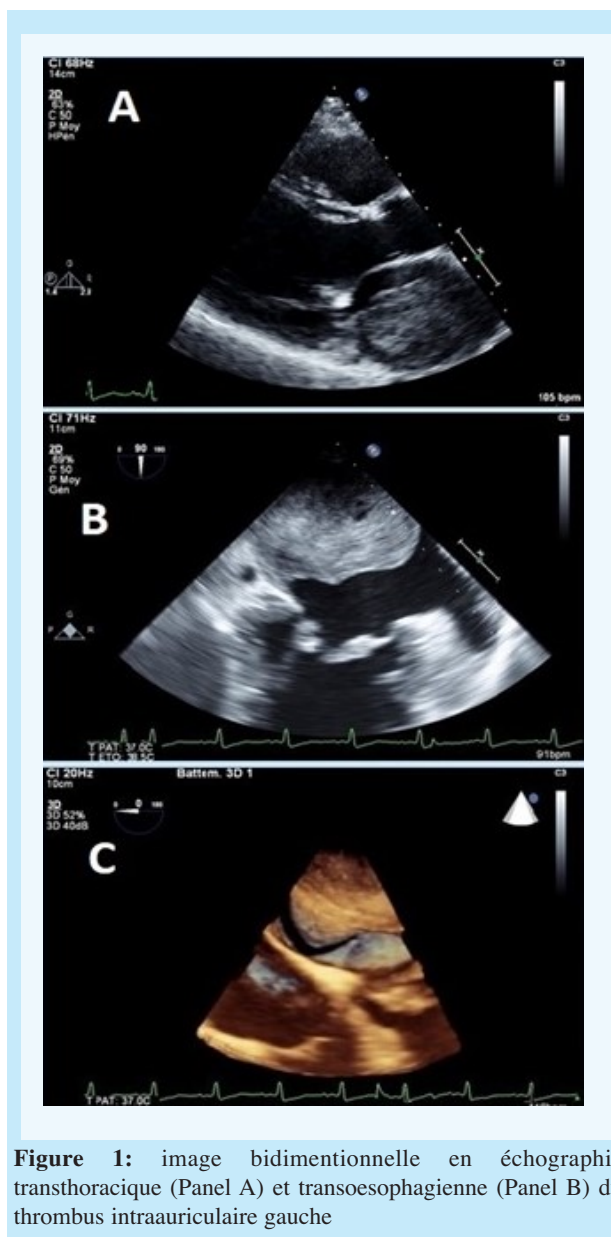


Figure 1: image bidimensionnelle en échographie transthoracique (Panel A) et transoesophagienne (Panel B) du thrombus intraauriculaire gauche

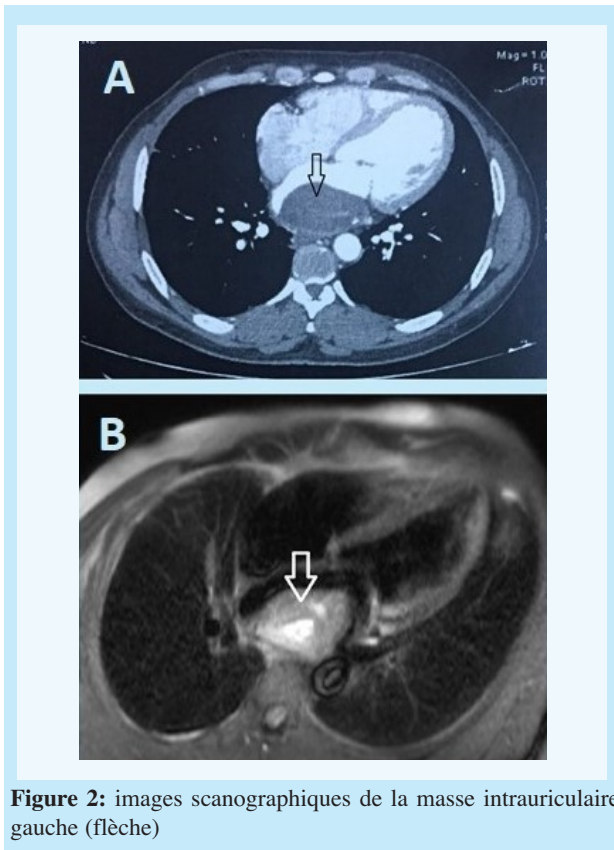


Figure 2: images scanographiques de la masse intraauriculaire gauche (flèche)



Figure 3: Image macroscopique après exérèse chirurgicale

DISCUSSION

Les masses intra cardiaques se manifestent par des présentations cliniques variables et surtout non spécifiques, d'où le recours indispensable à l'imagerie cardiaque, principalement l'échocardiographie, le scanner et l'IRM cardiaque, qui malgré leur apport important, des difficultés diagnostiques sont souvent rencontrées. Ce problème est illustré dans le cas de notre patient par une discordance radio-clinique avec des éléments tantôt en faveur d'un thrombus intra cardiaque et tantôt en faveur d'une masse tissulaire.

La thrombose intra cardiaque est le premier diagnostic à évoquer devant la constatation d'une masse intra cardiaque dans un contexte de cardiopathie avec stase sanguine. C'est l'apanage de l'oreillette dilatée en fibrillation auriculaire associé le plus souvent à une cardiopathie sous-jacente : Rétrécissement mitral, cardiomyopathie dilatée ou prothèse mitrale (2).

A l'ETT, le thrombus a l'aspect d'une masse échogène circonscrite avec des échos stratifiés, le plus souvent celle-ci repose sur le plancher de l'oreillette gauche.

Le traitement du thrombus dépend de plusieurs facteurs. C'est un traitement anticoagulant s'il s'agit d'un thrombus de petite taille, non obstruant la valve mitrale. Cependant, un traitement chirurgical s'impose pour un thrombus de grande taille, flottant, obstruant la valve mitrale avec risque de syncope et de mort subite ou en présence d'une autre indication chirurgicale.

Chez notre patient, la présence d'un rétrécissement mitral, d'une dilatation de l'oreillette gauche, l'aspect scanographique d'une masse avec des zone hyperdense sans rehaussement après injection de produit de contraste (PDC) et le contexte de cardiopathie ischémique révélée lors d'une coronarographie pré opératoire sont en faveur de la thrombose intra cavitaire.

Le myxome est la tumeur cardiaque bénigne la plus fréquente (1). C'est le principal diagnostic différentiel de la thrombose cardiaque. Toutefois, différencier un myxome d'un thrombus dans un cadre de cardiopathie de stase sanguine principalement le rétrécissement mitral est un véritable challenge. A l'ETT : il s'agit surtout d'une masse sphérique, pédiculée, hétérogène avec des zones hypoéchogènes (hémorragie, nécrose) et des foyers hyperéchogènes (calcifications), attachée surtout au septum inter auriculaire (SIA) (3,4).

A l'IRM, le myxome a l'aspect d'une masse hétérogène attachée le plus souvent au SIA, en iso signal T1, hyper signal T2 qui ne prend pas ou peu le contraste après injection de gadolinium (5-6-7).

Le traitement du myxome est chirurgical et urgent devant les risques emboliques et d'obstruction aigue de l'anneau mitral.

Chez notre patient, l'ETT montre une masse hétérogène à surface irrégulière appendue au toit de l'OG, absence de contraste spontané avec un auricule gauche libre d'échos anormaux. A l'IRM la masse prend discrètement le contraste après injection de PDC. Ces éléments d'imagerie chez un patient jeune avec un rythme sinusal plaident plutôt en faveur d'un myxome intra OG.

La coexistence d'une masse très volumineuse et d'un rétrécissement mitral serré majore le risque encouru de survenue d'un évènement embolique, de syncope et de mort subite. D'où indication urgente à l'exérèse de la masse, remplacement valvulaire et pontage aorto-coronarien. Le patient a été opéré dans la semaine avec bonne évolution clinique. La certitude est apporté par la constatation per-opératoire d'un thrombus appendu au toit de l'OG.

Ces constatations soulignent le rôle important de l'imagerie cardiaque dans le diagnostic positif, l'orientation étiologique et le diagnostic de gravité permettant de guider la prise en charge par un traitement conservateur ou chirurgical, urgent ou différé. Toutefois, seule l'analyse de la pièce opératoire permet d'établir la certitude diagnostique.

CONCLUSION

Les masses intra cardiaques sont des affections rares mais qui impliquent une évaluation rigoureuse essentiellement par les techniques d'imagerie cardiaque : échocardiographie, scanner et IRM pour mieux guider la prise en charge. Malgré leur performance, la confirmation diagnostique finale est du ressort de l'analyse de la pièce opératoire.

REFERENCES

1. Burke A, Virmani R. Tumors of the heart and great vessels. In: Atlas of tumor pathology. 3rd series, fasc 16. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1996.
2. Joffre F. Résultats de la recherche revue scientifique - Cite This For Me. Journal de Radiologie. 2004;85(9):1129.
3. Thier W, Schluter M, Krebber HJ, et al. Cysts in left atrial myxomas identified by transesophageal cross-sectional echocardiography. Am J Cardiol 1983; 51:1793-1795.
4. Rahilly GT, Nanda NC. Two-dimensional echocardiographic identification of hemorrhages in atrial myxomas. Am Heart J 1981; 101:237-239.
5. Tsuchiya F, Kohno A, Saitoh R, Shigeta A. CT findings of atrial myxoma. Radiology 1984; 151: 139-143.
6. Masui T, Takahashi M, Miura K, Naito M, Tawarahara K. Cardiac myxoma: identification of tumoral hemorrhage and calcification on MR images. AJR Am J Roentgenol 1995; 164:850-852.
7. Lie JT. Petrified cardiac myxoma masquerading as organized mural thrombus. Arch Pathol Lab Med 1989; 113:742-745.