

## MYXOME DE L'OREILLETTE GAUCHE COMPLIQUÉ D'EMBOLIE SYSTÉMIQUE ET DE CHOC SEPTIQUE.

### SYSTEMIC EMBOLISM AND SEPTIC SHOC COMPLICATED LEFT ATRIAL MYXOMA.

B. Trimeche, H. Bouraoui, R. Garbaa,  
A. Mahdhaoui, M. Ben Rhomdane, S.  
Ernez-Hajri, G. Jeridi.

#### Correspondance :

Dr Trimech Besma  
Service de cardiologie.  
Hôpital Farhat Hached. 4000 Sousse -  
Tunisie.  
Email : besma.trimeche@rns.tn

#### Résumé :

Les myxomes cardiaques sont les tumeurs primitives intracardiaques les plus fréquentes de l'adulte. L'infection du myxome est une complication rare, qui pose un problème diagnostique et thérapeutique. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 48 ans, porteuse d'un myxome infecté de l'oreillette gauche compliqué d'embolie systémique et d'un choc septique.

*Mots clés :* Myxome - Tumeur cardiaque - Echocardiographie.

#### Abstract:

Cardiac Myxoma is the most common primary tumor of the heart. The rarity of infected cardiac myxomas leads to numerous diagnostic and therapeutic difficulties. We present a case of infected left atrial myxoma caused by methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* in a 48 year-old woman complicated by systemic embolism and septic shock.

*Key words:* Myxoma - Tumor - Echocardiography.

#### INTRODUCTION

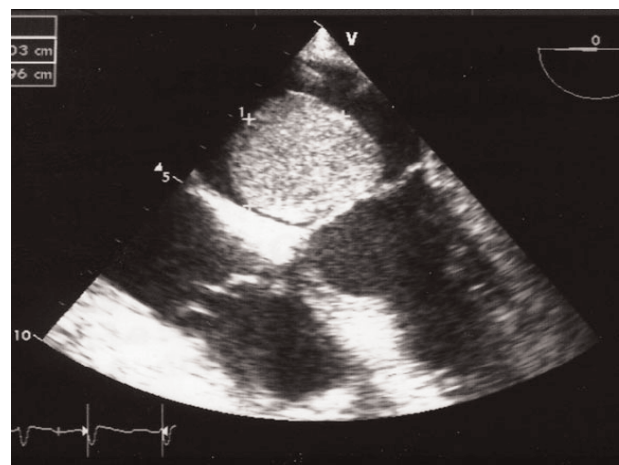
Les myxomes cardiaques sont les tumeurs primitives intracardiaques les plus fréquentes de l'adulte avec une fréquence de 0,5 par million d'habitants par an [1]. La présentation clinique est dominée par les signes de sténose mitrale et les accidents emboliques périphériques. L'infection du myxome est une complication rare, qui pose un problème diagnostique et thérapeutique. Nous rapportons l'observation d'une patiente de 48 ans, porteuse d'un myxome infecté de l'oreillette gauche compliqué d'embolie systémique et d'un choc septique.

#### OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 48 ans qui s'est présentée avec une dyspnée subaiguë, associée à une asthénie et une fièvre prolongée évoluant depuis trois semaines non expliquée. Elle avait un diabète, sans histoire de chirurgie ou de soins dentaires récents, ni de toxicomanie.

L'examen clinique retrouvait une patiente fébrile à 38,2°C avec un état général altéré, cachectique et tachypnéique. La pression artérielle était mesurée à 80/50 mmHg et la fréquence cardiaque à 120 b/min. Elle avait une turgescence spontanée des veines jugulaires avec un reflux hépato jugulaire, les bruits du cœur étaient normaux sans souffle ni bruits surajoutés. L'auscultation pulmonaire retrouvait une respiration bruyante bilatérale avec des râles crépitants des deux bases. L'examen abdominal ne retrouvait pas d'organomégalie, on notait un discret œdème bilatéral des membres inférieurs. Le reste de l'examen était sans particularités.

L'électrocardiogramme montrait une tachycardie sinusale, avec un bloc de branche droit incomplet. La radiographie du thorax était sans anomalies. A la biologie, on retrouvait une anémie (Hémoglobine à 9g/dl), une hyperleucocytose à 23000 éléments/mm<sup>3</sup>, une vitesse de sédimentation à 100 mm à la première heure, une CRP à 64 mg/l et l'examen de l'échantillon urinaire était sans anomalies. L'échocardiographie transthoracique et transoesophagienne montraient une tumeur large hétérogène au niveau de l'oreillette gauche, de 6 x 5cm de long, adhérente au septum inter auriculaire et qui prolabe dans le ventricule gauche (Figure 1).



**Figure 1 :** Échographie cardiaque transoesophagienne montrant une tumeur large hétérogène au niveau de l'oreillette gauche.  
**Figure 1 :** Echocardiography showing a heterogeneous large tumor to the level of the left auricle.

Les pressions pulmonaires étaient élevées, estimées à 82 mmHg. Le ventricule gauche était de taille et de fonction conservée, la valve aortique était d'aspect normal et on retrouvait une micro-fuite mitrale.

Nous avons immédiatement entrepris une antibiothérapie empirique à base de vancomycine associée à la gentamicine, le traitement chirurgical était reporté, et nous avons pratiqué des hémocultures revenues positives à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline. Ne retrouvant pas d'autre foyer infectieux, nous avons conclu à une infection de la masse intracardiaque.

Au cours de l'hospitalisation, l'évolution était compliquée au troisième jour d'un accident vasculaire cérébral d'origine embolique, et un traitement chirurgical d'exérèse était réalisé au septième jour. L'examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse montrait un myxome avec infiltration inflammatoire abondante, la culture de la masse était positive à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline.

La patiente est décédée au dixième jour post opératoire dans un tableau de coagulation intra vasculaire disséminée (CIVD).

## DISCUSSION

Les tumeurs cardiaques primitives représentent moins de 0,2% de l'ensemble des néoplasies, trois quarts de ces tumeurs sont bénignes et la moitié de ces tumeurs sont des myxomes, la femme est plus souvent touchée [2]. Les myxomes peuvent siéger dans les oreillettes, les ventricules ou la valve mitrale, avec une nette prédilection pour l'oreillette gauche [3, 4].

Selon Dias et al, les manifestations les plus communes sont la dyspnée et les embolies systémiques centrales ou périphériques [5]. Une incidence accrue d'embolies distales, de fièvre, de cachexie, de phénomène de Raynaud et de signes de rétrécissement mitral, a été rapportée par Pinede et al [6].

Malgré de nombreuses publications rapportant des cas de myxomes cardiaques infectés, l'infection de myxome reste une entité rare [7, 8, 9, 10]. Une revue de littérature récente rapporte 40 cas de myxomes infectés [11]. Leur diagnostic est le plus souvent difficile en raison de la faible incidence, et du tableau clinique peu spécifique. En effet, les myxomes infectés, non infectés, les thrombi intracardiaques ainsi que les endocardites peuvent avoir une présentation clinique similaire (fièvre, perte de poids, fatigue et malaise) rendant le diagnostic différentiel difficile. Les signes systémiques dans le myxome dont l'anémie et l'élévation de la VS peuvent être en rapport avec une libération d'interleukine 6, cytokine impliquée dans la réponse inflammatoire généralisée dans le myxome, et dont les taux sériques diminuent après exérèse chirurgicale [12, 13]. Ainsi, des critères de diagnostic ont été proposés par Revankar et Clark [14] pour faciliter le diagnostic du myxome infecté. Selon ces critères, le diagnostic est certain en présence de myxome documenté par l'histologie, avec microorganisme isolé sur pièce d'exérèse, ou en présence d'hémocultures positives associées à une évidence d'inflammation sur pièce.

Dans notre cas, la documentation clinique et anatomopathologique du myxome, associée aux résultats des hémocultures, portent la confirmation diagnostique définitive de myxome infecté.

Les microorganismes impliqués sont les Streptocoques viridans (44%) et *Staphylococcus aureus* [14] soit un spectre similaire à celui de l'endocardite infectieuse sur valves natives [15]. Les embolies systémiques sont observées chez 30 à 40% des patients avec myxome, cette incidence est multipliée par deux ou trois en présence de myxome infecté [14, 16].

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consensus quant à l'attitude chirurgicale à envisager devant un myxome infecté. Le traitement chirurgical urgent est à entreprendre chez tous les patients avec myxome cardiaque pour prévenir les complications emboliques. Cependant, il reste à évaluer la balance bénéfique - risque d'une telle chirurgie, et le besoin de reséquer en milieu stérile.

## CONCLUSION

Le myxome infecté de l'oreillette gauche est une entité extrêmement rare, de diagnostic souvent difficile, marquée par une forte incidence d'embolies systémiques, qui en font une véritable urgence chirurgicale une fois le diagnostic établi.

## Références

- Gregory SA, O'Byrne WT 3rd, Fan P. Infected Cardiac Myxoma. *Echocardiography* 2004 ; 21 : 65-7.
- Reynen, K. Cardiac myxomas. *N Engl J Med* 1996 ; 333 : 1610-7.
- Jiménez-Navarro MF, Carlos Gavilan J, María Melero J, et al. Mixoma de gran tamaño en la aurícula derecha. *Rev Esp Cardiol*. 2001 ; 54 : 399- 401.
- Ramírez Moreno A, Anguita Sánchez M, Castillo Domínguez JC et al. Mixoma ventricular izquierdo aislado descubierto casualmente por ecocardiografía. *Rev Esp Cardiol*. 1998 ; 51 : 763-5.
- Dias RR, Stolf NA, Malbouisson LM, et al. Morbidity and embolic potential of left atrial cardiac tumors. *Thorac Cardiovasc Surg* 2006 ; 54 : 400-3.
- Pinede L, Dunhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine* 2001 ; 80 : 159-72.
- Ten Berg JM, Elbers HRJ, Defauw JJAM, Plokker HWT. Endocarditis on a left atrial myxoma. *Eur Heart J* 1992 ; 13 : 1592-3.
- Whitman MS, Rovito MA, Klions D, Tunkel AR. Infected atrial myxoma: case report and review. *Clin Infect Dis* 1994 ; 18 : 657-8.
- García-Quintana A, Martín-Lorenzo P, Suárez de Lezo J, Díaz-Escofet M, Llorens R and Medina A. Infected Left Atrial Myxoma. *Rev Esp Cardiol* 2005 ; 58 : 1358-60.
- Dekkers P, Elbers HR, Morshuis WJ, Jaarsma W. Infected Left Atrial Myxoma. *J Am Soc Echocardiography* 2001;14 : 644-5.
- Aggarwal SK, Barik R, Sarma TC, Iyer VR, Sai V, Mishra J, Voleti CD. Clinical presentation and investigation findings in cardiac myxomas: new insights from the developing world. *Am Heart J* 2007;154:1102-7.
- Saji T, Yanagawa E, Matsuura H, et al. Increased serum interleukin-6 in cardiac myxoma. *Am Heart J* 1991 ;122 : 579-80.
- Mendoza CE, Rosado MF, Bernal L. The role of interleukin-6 in cases of cardiac myxoma. Clinical features, immunologic abnormalities, and a possible role in recurrence. *Tex Heart Inst J* 2001 ; 28 : 3-7.
- Revankar SG, Clark RA. Infected cardiac myxoma: case report and literature review. *Medicine* 1998 ; 77 : 337-44.
- uaces Mendez M, Vilacosta I, Sarria C, Fernández C, San Román JA, Sanmartín JV. Endocarditis infecciosa y embolias del eje hepatoesplenorenal. *Rev Esp Cardiol*. 2004 ; 57 : 1188-96.
- aggy G, Riad, MD, MSEd, Jeffrey D. Parks, MD, Patrick B. Murphy, RN, JD, and Duraiyah Thangathurai, MD, JD. Infected Atrial Myxoma Presenting With Septic Shock. *J Cardiothor Vasc Anesth* 2005 ; 19 : 508-11.