

L'IMAGE DU MOIS

Myxome de l'oreillette gauche

M.A. RADERMECKER (1), A. ROUERS (2), P. MARCHETTINI (2), A. DEFRANCE (3), A. WALEFFE (4), R. LIMET (5)



Fig. 1. Volumineux myxome situé dans la partie basse de l'oreillette gauche.

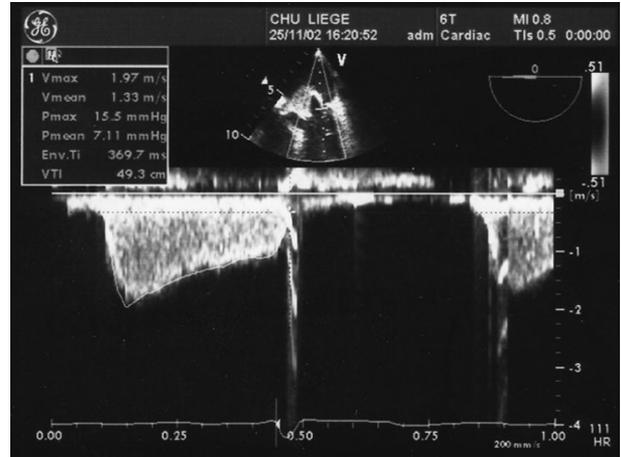


Fig. 3. Démonstration de l'entrave au flux transmitral en diastole.



Fig. 2. Prolapsus du myxome dans l'orifice auriculo-ventriculaire gauche en diastole.

Les tumeurs cardiaques primitives sont rares. Leur fréquence a été établie à partir de l'étude systématique de séries nécropsiques et se situe entre 0.001 % et 0.28 %. On considère, à la suite des travaux de McAllister et Fenoglio (1), que 75 % des tumeurs cardiaques primitives sont bénignes et que, parmi celles-ci, 50 % sont représentées par le myxome. La grande majorité des myxomes (75 %) se retrouvent dans l'oreillette gauche et s'insèrent sur la fosse ovale ou le limbus de la fosse ovale. La fraction res-

tante est ventilée entre l'oreillette droite puis, respectivement, les ventricules droit et gauche [2]. Les autres tumeurs cardiaques bénignes consistent, par ordre de fréquence décroissante, en lipomes, fibroélastomes, rhabdomyomes et fibromes.

Nous rapportons un cas de myxome de l'oreillette gauche diagnostiqué chez une patiente de 62 ans, avec de nombreux facteurs de risque cardio-vasculaires. C'est dans le cadre de l'exploration d'un AVC sylvien gauche (hémiparésie droite et aphasie de Broca), dont la patiente récupérera presque complètement, que l'on met en évidence une volumineuse masse mobile de l'oreillette gauche. Il s'agit d'une tumeur arrondie, d'un diamètre de 4,5 cm, pédiculée et insérée sur la partie basse du septum inter auriculaire (fig. 1). La tumeur bascule de façon intermittente au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire (fig. 2) où elle cause, au moins au plan échocardiographique, un obstacle au remplissage du ventricule gauche (gradient transmitral diastolique maximum de 16 mmHg et moyen de 7 mmHg) (fig. 3). En l'absence de fibrillation auriculaire chronique qui rend moins plausible un thrombus mobile de l'oreillette gauche, le diagnostic de myxome est le plus probable. De la triade classique, faite de signes généraux, de phénomènes thrombo-emboliques ou d'obstacle au remplissage ventriculaire gauche, seul le deuxième critère se trouve parfaitement illustré dans cette observation, le troisième ne l'étant que sur le plan échocardiographique.

(1) Agrégé, Professeur de Clinique, (2) Assistant, (5) Professeur Ordinaire, Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire et Thoracique, CHU Sart Tilman, Liège
(3) Assistant, (4) Chef de Clinique, Service de Cardiologie, CHU Sart Tilman, Liège

Après un délai de six semaines, pour stabiliser une lésion ischémique sylvienne gauche avec atteinte de la barrière hémato-encéphalique, la patiente sera opérée sous circulation extracorporelle pour réaliser, par un abord transseptal de Dubost, une exérèse complète de la lésion et de sa base d'implantation située à la partie basale du septum interauriculaire, près du triangle de Koch.

Les suites opératoires seront simples, et l'analyse anatomo-pathologique confirmera le dia-

gnostic de myxome bénin en précisant le caractère complet de la résection de sa base d'implantation.

BIBLIOGRAPHIE

1. McAllister HA Jr, Fenoglio JJ Jr.— *Tumors of the cardiovascular system*. Armed Forces Institute of Pathology, Washington DC, 1978.
2. Radermecker MA, Lavigne JP, Defraigne JO, et al.— Tumeurs cardiaques primitives : myxomes de l'oreillette gauche. *Rev Med Liège*, 1990, **45**, 99-104.