

L'IMAGE DU MOIS

Volumineux thrombus intra-auriculaire droit au décours d'une poussée aiguë de recto-colite ulcéro-hémorragique

J.L. CANIVET (1)

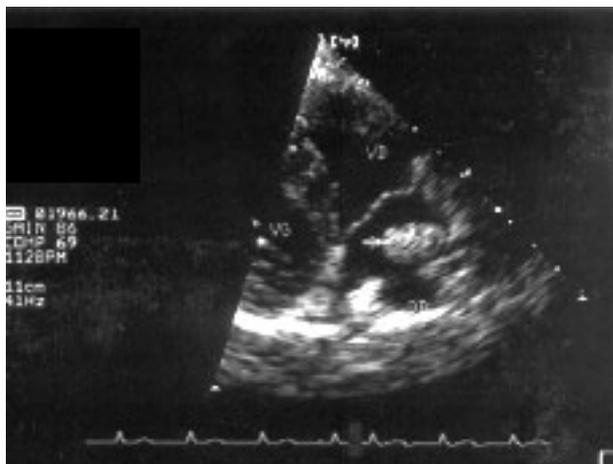


Fig. 1. Echocardiographie transthoracique : volumineuse masse intra-auriculaire droite [tête de flèche] ; OD = oreillette droite ; VD = ventricule droit ; VG = ventricule gauche

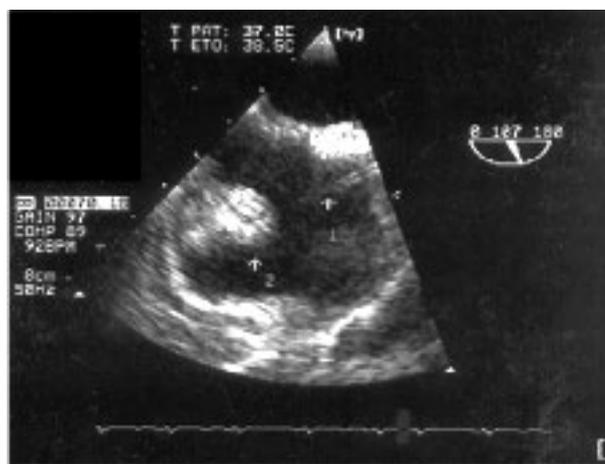


Fig. 2. Echocardiographie transoesophagienne : détail de la région auriculaire droite avec (1) le cathéter veineux central en position intra-auriculaire, (2) la masse sessile en aval de la valvule d'Eustachi (abouchement de la veine cave), bien au-dessus du plan de la valve tricuspide.

Une jeune femme de 26 ans, HLA B27, atteinte de recto-colite ulcéro-hémorragique, nous est transférée dans un tableau de colite fulminante s'accompagnant de rectorragies massives.

Une échocardiographie transthoracique réalisée à des fins d'optimisation hémodynamique révèle une volumineuse masse intra-auriculaire droite attenante à la paroi latéro-externe en aval de la valvule d'Eustachi (fig. 1). L'échocardiographie transoesophagienne en précise les caractéristiques : il s'agit d'une masse inhomogène de 2,5 cm de longueur et 3,3 cm² de surface, d'implantation large à l'aplomb de l'extrémité intra-auriculaire du cathéter veineux central, lequel sera repositionné dans la veine cave supérieure (fig. 2).

L'évolution digestive sera favorable sous traitement médical seul. Sous héparinothérapie (TCA \geq 60 sec), relayée par Sintrom[®], on assistera à la disparition progressive de la masse sans complications digestives hémorragiques. L'échocardiographie de contrôle à un mois et

deux ne retrouvera plus aucune image additionnelle intra-auriculaire.

Le diagnostic différentiel d'une masse intra-auriculaire inclut essentiellement le myxome, l'endocardite et le thrombus. Une localisation auriculaire droite est peu fréquente et serait atypique en ce qui concerne les deux premières étiologies. Les hémocultures resteront négatives. En définitive, la réponse thérapeutique sous traitement anti-coagulant permettra d'affirmer la nature thrombotique de la lésion qui, en raison de son volume et de son aspect échographique, est parfois décrite sous le nom de "pseudotumeur" du cœur (1). La valeur diagnostique de l'échocardiographie et la supériorité de l'approche transoesophagienne sont bien établies dans l'évaluation d'une masse intra-auriculaire droite (1).

Au plan physiopathologique, un TCA à 20 sec, un taux de D-Dimères augmenté à 774 μ g/l et un fibrinogène anormalement bas (1,3 g/l) au vu de l'état inflammatoire (CRP à 77 mg/l), suggèrent une activation endovasculaire de la coagulation et de la fibrinolyse avec déséquilibre en faveur d'un état procoagulant, ainsi qu'il est bien démontré dans le cadre des pathologies inflammatoires du côlon et des poussées de RCUH en particulier (2, 3). Il en résulte un état

(1) Chef de Clinique, Service de Soins Intensifs Généraux (Pr. P. Damas), CHU, Sart Tilman.

prothrombotique avec une incidence élevée (13 %) d'accidents thrombo-emboliques, en particulier chez des sujets jeunes et survenant aux sites veino-pulmonaires, et parfois aussi, à des sites inhabituels artériels et cardiaques. La survenue d'un événement thrombo-embolique au cours d'une poussée aiguë de RCUH impose la mise en route intra-hospitalière d'une anticoagulation (4). L'héparine, tant non fractionnée que dans ses formes de bas poids moléculaire, semble par ailleurs avoir un impact favorable sur le décours même de la RCUH en poussée aiguë via une combinaison d'effets anticoagulant et anti-inflammatoire sans entraîner de majoration significative du saignement (5, 6).

Par ailleurs, la concordance entre "le point d'impact" du cathéter veineux central sur la paroi auriculaire et l'implantation de la masse à son aplomb suggère qu'un micro-traumatisme endothélial pourrait être à l'origine de la lésion et souligne l'importance d'un contrôle strict (radiographique) de la position veineuse centrale des cathéters.

BIBLIOGRAPHIE

1. Schwartzbard AZ, Tunick PA, Rosenzweig BP, Kronzon I.— The role of transesophageal echocardiography in the diagnosis and treatment of right atrial thrombi. *J Am Soc Echocardiogr*, 1999, **12**, 64-69.
2. van Bodegraven AA, Schoorl M, Baak JP, et al.— Hemostatic imbalance in active and quiescent ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol*, 2001, **96**, 487-493.
3. Souto JC, Martinez E, Roca M, et al.— Prothrombotic state and signs of endothelial lesion in plasma of patients with inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci*, 1995, **40**, 1883-1889.
4. Schapira M, Henrion J, Ravoet C, et al.— Thromboembolism in inflammatory bowel disease. *Acta Gastroenterol Bel*, 1999, **62**, 182-186.
5. Folwaczny C, Wiebecke B, Loeschke K.— Unfractionated heparin in the therapy of patients with highly active inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol*, 1999, **94**, 1551-1555.
6. Vrij AA, Jansen JM, Schoon EJ.— Low molecular weight heparin treatment in steroid refractor ulcerative colitis : clinical outcome and influence on mucosal capillary thrombi. *Scan J Gastroenterol*, 2001, **234**, suppl, 41-47.