



Un cas de tumeur cardiaque maligne observé à l'hôpital du point G. A case of cardiac tumor observed in the point "G" hospital

Boubacar DIALLO¹, Sadio YENA²,

Kassoum SANOGO³, Seydou DIAKITE¹, Ilo Bella DIALL¹

(1) Service de Cardiologie "B", Centre Hospitalo-Universitaire du point G

(2) Service de Chirurgie "A", Centre Hospitalo-Universitaire du point G

(3) Service de Cardiologie, Centre Hospitalo-Universitaire Gabriel Touré

Correspondance : Docteur Sadio Yéna,
Service de Chirurgie "A", CHU du Point G,

BP: 2368, Bamako (MALI)

E-mail : sadioy@hotmail.com

Résumé: Les tumeurs malignes cardiaques sont rares et ont une symptomatologie non univoque. Nous rapportons un cas dont le tableau clinique associait à une dyspnée récente et rapidement croissante un syndrome cave supérieur. L'échocardiographie transthoracique objectivait une masse tissulaire et non homogène des deux cavités droites. Le scanner thoracique confirmait la tumeur intrathoracique avec des images de lymphangite carcinomateuse et d'infiltration pleurale. La cytoponction pleurale écho guidée avec étude anatomopathologique a permis le diagnostic histologique d'un lymphome malin. L'évolution a été fatale dans un tableau de choc cardiogénique.

Mots clés: Coeur - Cancer

Summary: The heart can be the seat of neoplastic clinical demonstrations. In the case brought back here, the clinical picture associated to a recent and quickly increasing dyspnoea, a superior vena cava syndrome. The trans-thoracic echocardiography objectivized a tissular mass and inhomogeneous two right cavities. The thoracic TDM confirmed the intra thoracic tumor with images of lymphangitis carcinoma and of pleural infiltration. The echo guided pleural cytoponction allowed the histological diagnosis of a sly lymphome. Evolution was fatal by cardiogenic shock.

Keywords : heart-Cancer

Introduction

Les tumeurs cardiaques de nature maligne sont rarement rapportées dans la littérature [1,2]. Divers types histologiques sont décrits dont les lymphomes qui représentent 1,3% des cas [3]. Classiquement, leurs manifestations cliniques sont bruyantes et leurs modes courants de découverte sont le syndrome médiastinal compressif et l'insuffisance cardiaque irréversible[4]. L'échocardiographie transthoracique et/ou transoesophagienne en permet le diagnostic clinique. La tomodensitométrie ou

l'IRM thoraciques, affinent ce diagnostic et surtout jouent un rôle essentiel dans le bilan d'extension loco-régionale et à distance. Mais toute fois, la confirmation diagnostique est histologique par l'analyse de prélèvements de tissu cardiaque tumoral ou celui des lésions de localisations secondaires (adénopathies métastatiques) plus facilement accessibles à la biopsie. Leur rareté, leur gravité et la complexité de leur prise en charge diagnostique et thérapeutique nous font rapporter le seul cas observé au Mali, dans le Service de Cardiologie du Centre Hospitalo-Universitaire du Point " G " de Bamako.

Observation

M.D, 42 ans de sexe masculin, commerçant, a été admis le 15/09/03 dans le service de Cardiologie "B" de l'hôpital du Point G pour insuffisance cardiaque. Il était tabagique 20 paquets/années, ne rapportait aucun antécédent cardio-pulmonaire médico-chirurgical.

Depuis 3 mois il signalait l'installation d'une dyspnée initiale d'effort, évoluant rapidement et sans rémission malgré les différents traitements digitalo-diurétiques et vasodilatateurs prescrits par plusieurs praticiens. A l'accueil, le patient était afebrile, bien coloré mais avec un franc syndrome cave supérieur. L'auscultation cardio-pulmonaire était physiologique, les constantes hémodynamiques normales et l'abdomen souple, sans organomégalie.

Les résultats du bilan pratiqué étaient les suivants:

- Rythme sinusal régulier à 100 / minute sans surcharge cavitaire et sans trouble conductif, mais avec une ischémie sous épicaudique antéro-apico-septale à l'ECG.
- Cardiomégalie radiologique associée à un syndrome interstitiel bilatéral (fig 1)
- Anémie normochrome et arégénérative à la formule sanguine
- Sérologies VIH1 et VIH 2 négatives.
- L'échocardiogramme (fig 2)



évoquait le diagnostic de tumeur cardiaque devant la présence d'une volumineuse tuméfaction inhomogène tissulaire occupant les 2/3 latéraux des deux cavités droites. L'orifice tricuspide était réduit en un mince défilé avec jeu valvulaire entravé ; seule la valve septale apparaissait. Les cavités gauches étaient non dilatées, le péricarde sec et les autres valves de texture et de cinétique normales.

Le bilan de malignité et d'extension montrait:

- Outre le syndrome interstitiel bilatéral au cliché thoracique de face



fig 1 : Cliché thoracique : Cardiomégalie et syndrome interstitiel bilatéral

- Un syndrome pleural et interstitiel diffus avec obstruction partielle de la veine cave supérieure par un bourgeon tumoral au scanner thoracique



fig 3, 4, 5: Aspects au scanner thoracique

- Une échographie abdomino pelvienne sans image pathologique.
 - Un lymphome malin à l'examen immunohistochimique d'un nodule pulmonaire obtenu par cytoponction écho-guidée.
- L'évolution sous traitement unique corticoïde parentéral et massif est marquée par une aggravation symptomatique avec vertiges incessants et détresse respiratoire conduisant à la mort le 03 / 10/ 03 par choc cardiogénique.

Discussion

Les tumeurs cardiaques malignes sont rares dans la littérature [1,2], le lymphome cardiaque en constituant 1,3% des formes histologiques [3]. Le lymphome non hodgkinien à localisation hors des organes hématopoïétiques et des ganglions est rare.

L'atteinte cardiaque se fait soit par voie hémotogène, soit par propagation de contiguïté à partir d'une tumeur intra thoracique, plus rarement par voie lymphogène. Nous avons retenu chez notre malade le diagnostic de lymphome cardiaque primitif devant, d'une part les images échocardiographiques, radiographiques pulmonaires et scanographiques thoraciques et d'autre part, devant l'absence d'autres sites d'atteinte de la maladie au bilan d'extention. Dans la littérature [4] leurs circonstances de découverte sont variables et l'attention est le plus souvent attirée par un syndrome de compression médiastinale ou de tamponnade cardiaque. Des signes généraux sont souvent associés, à type d'asthénie, de fièvre ou d'amaigrissement [1]. L'aspect échocardiographique classique [5] est la présence d'une masse immobile ou non dans les cavités droites et selon Engbering [6], l'échographie trans-œsophagienne aurait une plus grande sensibilité diagnostique en affinant l'analyse de la tumeur et de son extension [7].

L'atteinte myocardique se traduit le plus souvent comme dans notre observation par des anomalies de repolarisation associées ou non à des troubles de conduction par localisation du processus tumoral au tissu conductif nodal [7]. La tomодensitométrie ou l'imagerie par résonance magnétique sont aussi utiles dans le bilan d'extension à la recherche d'adénopathies médiastinales et d'infiltration parenchymateuse, pleurale ou des gros vaisseaux comme dans notre cas clinique. La confirmation diagnostique reste toutefois histologique par biopsie tumorale et étude anatomopathologique après thoracotomie ou médiastinoscopie. Dans notre contexte marqué par le caractère sommaire du plateau technique, seule la cytoponction écho guidée pleurale et de nodule pulmonaire a été possible. Le pronostic de ces tumeurs cardiaques malignes est fonction du grade histologique, mais cependant, il demeure réservé même si des rémissions sous chimiothérapie, radiothérapie ou chirurgie ont été rapportées. La mort, le plus souvent rapide est l'œuvre d'une insuffisance cardiaque irréductible ou d'une métastase locorégionale.

Conclusion

Le lymphome cardiaque primitif, comme l'ensemble des tumeurs malignes du cœur, est rare. La latence clinique est la règle. Au cours de l'évolution, l'attention est attirée par un syndrome de compression médiastinale ou par une tamponnade ou encore par une insuffisance cardiaque irréductible et inexplicquée. Evoquée par l'échocardiogramme transthoracique ou transœsophagien, la tomодensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique thoraciques, la certitude diagnostique reste cependant anatomopathologique après biopsie tumorale ou cytoponction écho guidée d'une localisation secondaire. Le pronostic reste souvent réservé malgré quelques rémissions sous traitement.

Références

- 1- **André Vacheron, Le Feuve Claude, Di Matteo.** Tumeur cardiaque maligne. Cardiologie. 3è Ed rev. et augm, paris: Expansion Scientifique publications, 1999, ISBN2- 744-0030- 4: 496- 7.
- 2- **B. Jamet, Y.A. Saade, F. Torossion, L. Bonfils, J. Elaerts.** Lymphome cardiaque révélé par un accident ischémique. A propos d'un cas. Annales de cardiologie et d'angiologie: Ann cardiol Angei 2000; 49: 343-6.
- 3- **H.A. Macallister, J. J. Fenoglio.** Tumors of the cardiovascular system. LN: Atlas of tumor pathology. Washington D. C: armed forces institute of pathology. 1978; Fax 15 2nd series: 5- 20.
- 4- **E. Grenadier.** Two dimensionnal echocardiography for evaluation of metastatic tumors in pediatrics patients Ann Heart J.1984; 107: 122- 6.
- 5- **J. Denis, B. Henry, V. Ccrepin, L. Guillemot, P. Guerzider.** Lymphome malin tumoral de localisation cardiaque dans l'infection à virus de l'immunodéficience humaine. Diagnostic par échocardiographie. Arc Mal Cœur Vaiss: 1995; 88: 507-10.
- 6- **R. Engberding, R. Erbel, W. Kasper et al.** Diagnosis of heart tumors by transœsophageal échocardiography. An european multicenter study [Abstact]. Circulation 1989; 80: 474.
- 7- **J. Nengl.** Case records of the Massachussets general hospital. Med 1985; 312: 226- 37.