



Cas Clinique

Le Rhabdomyome Cardiaque chez un Adulte Camerounais : À Propos d'un Cas

Cardiac rhabdomyoma in an adult Cameroonian: a case report

Valérie Ndoboko-Koé^{1,2}, Boris Kom¹, Marie Ntep¹, Sylvestre Efonlé Ngoh¹, Alain Menanga^{2,3}, Samuel Kingué^{2,3}

¹ Hôpital central de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

² Département de Médecine Interne et Spécialités, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun

³ Hôpital Général de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun

Correspondance

Dr Ndoboko-Koé Valérie
F. S.M.B de l'Université de Yaoundé I
Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun
Téléphone : +237681555997
E-mail : ndobo86@gmail.com

Mots clés : rhabdomyome, adulte, tumeur cardiaque, Cameroun.

RÉSUMÉ

Les tumeurs primitives bénignes cardiaques représentent 75% des masses intracardiaques dont le rhabdomyome représentant moins de 1% avec les lymphangiomes et les neurofibromes. Le rhabdomyome est une tumeur primitive cardiaque bénigne constituée de cellules cardiaques myocytaires en forme d'« araignée ». Nous rapportons le cas d'une femme de 54ans porteuse d'un rhabdomyome de l'oreillette gauche de découverte fortuite diagnostiqué grâce à une échocardiographie Doppler confirmé par une IRM cardiaque révélant une masse intracardiaque implantée sur la paroi postéro-latérale de l'oreillette gauche par une base pédiculée de forme allongée mesurant 21,5x 10mm peu mobile avec le flux sanguin d'aspect homogène apparaissant iso-signal en SSFP, en iso-signal T2 STIR et ne prenant pas le contraste. Devant le caractère asymptomatique, sa taille et l'absence de retentissement, une abstention thérapeutique a été proposée et un contrôle régulier à distance préconisé. Il est important de penser au rhabdomyome devant une masse intra cardiaque malgré l'âge adulte et l'absence d'histoire familiale de sclérose tubéreuse.

ABSTRACT

Primary benign cardiac tumors represent 75% of intracardiac masses including rhabdomyoma representing less than 1% with lymphangiomas and neurofibromas. Rhabdomyoma is a benign cardiac primary tumor made up of myocyte heart cells in the shape of a "spider". We report the case of a 54-year-old woman with an incidental discovery of left atrium rhabdomyoma diagnosed by Doppler echocardiography confirmed by cardiac MRI revealing an intracardiac mass implanted on the posterolateral wall of the left atrium. by an elongated pedunculated base measuring 21.5x 10mm that is not very mobile with the blood flow of homogeneous aspect appearing iso-signal in SSFP, in iso-signal T2 STIR and not taking the contrast. Faced with the asymptomatic character, its size and the absence of repercussions, therapeutic abstention was proposed and regular remote control recommended. It is important to think of rhabdomyoma in front of an intracardiac mass despite adulthood and the absence of a family history of tuberous sclerosis.

INTRODUCTION

Les masses intracardiaques sont une entité hétérogène dans laquelle différents groupes sont retrouvés notamment les tumeurs primitives bénignes cardiaques. Les tumeurs primitives bénignes cardiaques représentent 75% des masses intracardiaques [1] et le myxome en est la première étiologie. Le rhabdomyome représente moins de 1% des tumeurs bénignes primitives avec les lymphangiomes et les neurofibromes [2]. Le

rhabdomyome est constitué de cellules cardiaques myocytaires en forme d'« araignée » [2]. Nous rapportons le cas d'une femme de 54ans porteuse d'un rhabdomyome de l'oreillette gauche.

CAS CLINIQUE

Nous rapportons le cas de Mme M.F âgée de 54ans ayant une hypertension artérielle (HTA) non équilibrée sous inhibiteur calcique Amlodipine 10 mg, ménopausée sans traitement hormonal substitutif, venue consulter pour

douleur thoracique d'intensité modérée de repos depuis 24 heures aggravée par le décubitus dorsal et latéral gauche associée à une dyspnée de repos.

A l'examen physique, elle avait un bon état général, une HTA de 148/96 mm Hg (grade 1 selon l'Organisation Mondiale de la Santé). La fréquence cardiaque était de 93 BPM, la SaO₂ à 96% à l'air ambiant et la température à 37°C. L'examen physique était normal.

Les résultats des bilans réalisés étaient les suivants : NFS : Globules blancs à 5600/mm³ ; Hb : 12,8g/dl ; numération des plaquettes à 287000 /mm³ ; CRP : 33 mg/l ; urée : 0,15 g/l ; créatinine : 9 mg/l ; D-dimères élevés à 2030 ng/ml. L'ECG de repos a montré un rythme sinusal régulier à 90 bpm et un trouble diffus non spécifique de la repolarisation.

L'échographie cardiaque a retrouvé un ventricule gauche de géométrie normale avec une bonne fonction systolique à 68%. ; Les oreillettes étaient de taille normale, mais il y avait une masse arrondie pédiculée et homogène au niveau de la paroi latérale de l'oreillette gauche (fig. 1). Le ventricule droit était non dilaté avec une bonne fonction systolique longitudinale (TAPSE à 22 mm) et la pression artérielle pulmonaire systolique était normale à 14 mm Hg.

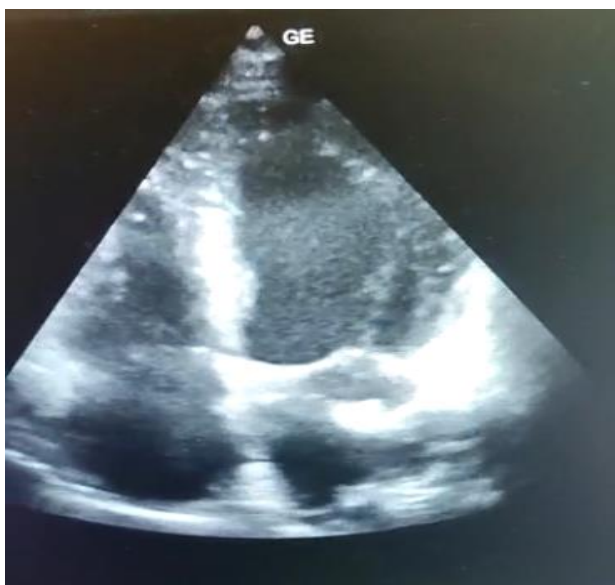


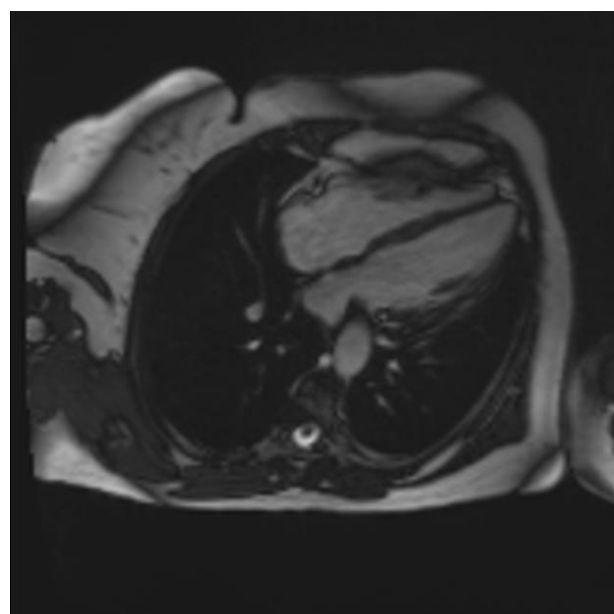
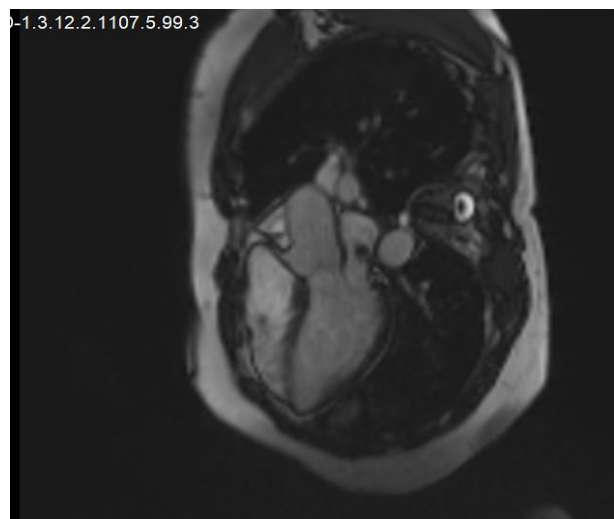
Figure 1 : échographie cardiaque transthoracique en coupe apicale 4 cavités mettant en évidence une masse hyperéchogène dans la paroi latérale de l'oreillette gauche pédiculée

L'angioscanner thoracique réalisé devant la douleur thoracique et l'élévation des D-dimères a retrouvé un tronc de l'artère pulmonaire de calibre normal sans défaut endoluminal, un repli du myocarde à la paroi postérieure de l'oreillette gauche de 16x10 mm et étendu sur 62 mm, un épanchement pleural gauche de petite abondance, une atelectasie passive de contact, un bronchogramme aérien au niveau des lobes inférieurs dans les segments postéro-basal et médio-basal.

Au vu de ces résultats, elle a été traitée pour une pleuropneumonie par amoxicilline- acide clavulanique

pendant sept jours avec une évolution clinique satisfaisante et régression complète des signes.

L'IRM cardiaque réalisée dans le cadre de l'investigation de la masse de l'oreillette gauche a retrouvé une masse intracardiaque de l'oreillette gauche mesurant 21,5 x 10 mm, implantée par une base pédiculée sur la paroi postéro-latérale de l'oreillette gauche, de forme allongée, peu mobile avec le flux sanguin (fig. 2,3), d'aspect homogène sans envahissement du péricarde. La masse était en iso-signal en SSFP, en iso-signal T2 STIR et ne prenait pas le contraste. Cet aspect a fait retenir le diagnostic de rhabdomyome de l'oreillette gauche.



figures 2 et 3 : image IRM de la masse intra OG en iso signal T1

Devant le caractère asymptomatique de la tumeur, la taille modeste et l'absence de retentissement, une abstention thérapeutique a été proposée et un contrôle régulier à distance préconisé.

DISCUSSION

Beaucoup d'auteurs ne considèrent pas le rhabdomyome comme une vraie tumeur mais comme un hamartome de fibres musculaires striées ayant perdu leur capacité de division mitotique et prenant ainsi l'aspect d'une tumeur [3]. Ce sont des tumeurs rencontrées le plus souvent chez les enfants où elles sont en règle associées à une sclérose tubéreuse de Bourneville [1,4]. Ce n'était pas le cas chez notre patient qui était un adulte sans histoire familiale de sclérose tubéreuse.

Dans la littérature, elles apparaissent en général de façon multiple [1,5] plutôt qu'isolée comme retrouvée dans notre cas où la tumeur est unique. Gorincour et al rapportent une localisation préférentiellement ventriculaire gauche [6] contrairement à la localisation de notre tumeur qui est atriale gauche retrouvée dans peu de travaux. Ces masses peuvent être symptomatiques en fonction de la localisation, de la taille et de leur nature [7]. L'examen clinique n'a trouvé aucun signe évocateur d'une masse cardiaque et la découverte a été fortuite à l'échographie cardiaque transthoracique dans notre cas telle que décrit également par Benyounes et al [7].

Sur le plan échocardiographique, le rhabdomyome se présente comme une masse intracavitairé hyperéchogène, de diamètre compris entre un millimètre et dix centimètres, développée au dépend du tissu myocardique, le plus souvent multiple et sans extension ni calcifications [6], en forme d'araignée différent de la masse arrondie retrouvée dans notre cas aspect similaire à un myxome de l'oreillette [7]. Elle peut se retrouver dans toutes les cavités cardiaques avec une préférence pour le ventricule gauche, ne concordant pas avec la description du rhabdomyome dans notre cas.

L'imagerie par résonance magnétique trouve toute sa place dans cette entité où elle apporte une résolution tissulaire élevée permettant de faire le diagnostic. L'on décrit habituellement une masse en iso-signal T1 et en iso-signal voire léger hyper-signal T2 [2,5] telle que retrouvé dans notre cas. Le rehaussement tardif est inconstant comme nous l'avons constaté. Lorsque cette masse est asymptomatique, elle ne nécessite pas une prise en charge chirurgicale [7].

CONCLUSION

Les masses cardiaques sont rares et les rhabdomyomes occupent une moindre place dans ce grand groupe hétérogène. Il y a un intérêt non négligeable à y penser devant la présence d'une masse intra cardiaque chez l'adulte et même en l'absence d'histoire familiale de sclérose tubéreuse. L'échographie est l'examen de première intention qui permet le diagnostic et les modalités d'imagerie telle que l'IRM cardiaque permettent de mieux caractériser ces masses et de pouvoir en préciser la nature. Cependant, le diagnostic de certitude reste l'anatomopathologie.

RÉFÉRENCES

1. Peters PJ, Reinhardt S. The echocardiographic evaluation of intracardiac masses: a review. *J Am Soc Echocardiogram*. 2006 ;19 :230-40.
2. Pasteur-Rousseau, K. Souibri, I. Smaali et al. L'imagerie en coupe dans le bilan des tumeurs intracardiaques. *Annales de cardiologie et d'angéologie*. 2022.
3. Moradian M, ZiyaeiFard M, Mozaffari K. Atrial rhabdomyome : a case report. *Iran Heart J*. 2014 ;15(2) :39-42.
4. Laissy, J. P., Fernandez, P., Mousseaux, E., Dacher, J. N., & Crochet, D. Tumeurs cardiaques. *Journal de Radiologie*. 2004 ; 85(4) : 363-369.
5. Kumar P, Singh A, Deshmukh A, Kumar S. Cardiac MRI for the evaluation of cardiac neoplasms. *Clin Radiol*. 2020 ; 75(4) :241-253.
6. Gorincour, G., Potier, A., Guidicelli, B., Philip, N. Rhabdomyome ante et postnatal. In: *Imagerie en coupes des masses cardiaques*. Collection de la Société française d'imagerie cardiaque et vasculaire. Springer, Paris. 2009.
7. Benyounes N, Fohlen M, Devys JM, et al. Cardiac rhabdomyomas in tuberous sclerosis patients : a case report and review of the literature. *Arch Cardiovasc Dis* 2012;105(8-9):442-5.

