

Des palpitations qui révèlent une tumeur cardiaque

Palpitations Revealing Cardiac Tumor

I. Gaman · A. Hardel · P. Ray

Reçu le 25 octobre 2020 ; accepté le 7 juillet 2021
© SFMU et Lavoisier SAS 2021

Les métastases sont les tumeurs cardiaques les plus fréquentes avec une incidence de 1 % sur les autopsies réalisées, souvent dans un contexte de malignité disséminée (cancers du poumon, du sein et moins souvent par des tumeurs à distance) [1]. Dans 90 % des cas, les métastases cardiaques sont asymptomatiques. Dans très peu de cas, elles peuvent entraîner une dyspnée ou une toux persistante, voire un épanchement péricardique ou une tamponnade.

Observation

Une patiente de 54 ans a été prise en charge par l'équipe du Smur pour des palpitations, d'apparition brutale, sans autre symptôme associé, avec un ECG retrouvant une tachycardie jonctionnelle. Après échec des manœuvres vagales, une réduction par dose unique en intraveineuse de 10 mg d'adénosine a été réalisée, avec un retour en rythme sinusal.

Son antécédent médical principal était un cancer pulmonaire localisé au niveau lobaire inférieur gauche, envahissant le médiastin, les veines pulmonaires et la bronche lobaire inférieure gauche avec une localisation secondaire au niveau surrénalien bilatéral, traité par immunothérapie. Ses autres antécédents personnels sont marqués par une cardiopathie ischémique et un tabagisme actif à 30 paquets par année. La patiente a présenté deux épisodes de palpita-

tions dans les quatre mois précédents, les deux fois dans un contexte d'infection pulmonaire. L'échographie cardiaque faite par son cardiologue trois mois auparavant pour son suivi périodique et préchimiothérapie ne montrait pas la présence de cette masse cardiaque. À l'admission, la température était à 37,7 °C, la pression artérielle était à 95/56 mmHg, la fréquence cardiaque était à 105 bpm, la saturation en O₂ était à 94 % en air ambiant, la fréquence respiratoire était à 21/minute. L'examen clinique notamment cardiovasculaire et pulmonaire était strictement normal. L'ECG post-réduction était strictement normal. Le bilan biologique révélait une hémoglobine à 8,3 g/dl, une hyperleucocytose à 18 G/l, une CRP à 178 mg/l et une natrémie à 129 mmol/l. La radiographie pulmonaire montrait un épanchement pleural gauche de minime abondance. Devant l'absence de facteur déclenchant retrouvé au passage en arythmie, une échocardiographie transthoracique a été réalisée par l'urgentiste, à la recherche d'un épanchement péricardique, mais celle-ci a montré une masse homogène, hyperéchogène, occupant les trois quarts de l'ouverture mitrale d'environ 40 mm, avec une partie intracardiaque issue de la paroi latérale de l'oreillette gauche (Fig. 1ABC).

L'échographie transœsophagienne, réalisée pendant son hospitalisation, a retrouvé une masse intracardiaque issue de la veine pulmonaire supérieure gauche infiltrant une oreillette gauche depuis sa paroi postérolatérale mesurant 56 × 30 mm sans obstruction majeure sur la valve mitrale (Fig. 1C). Devant la forte suspicion initiale de myxome atrial, la patiente a été anticoagulée par tinzaparine et hospitalisée en soins intensifs cardiologiques. Devant les images d'échographie cardiaque transthoracique et les images d'échographie transœsophagienne, l'équipe cardiologique a retenu le diagnostic d'extension tumorale de la néoplasie pulmonaire. La patiente n'a pas bénéficié d'IRM cardiaque. Dans ce contexte de cancer pulmonaire évolué, l'équipe pluridisciplinaire (cardiologues, chirurgiens cardiaques, oncologues) n'a pas retenu l'indication d'un traitement chirurgical, et la patiente a regagné son domicile avec poursuite du traitement anticoagulant et contrôle échographique. La patiente est décédée trois mois après ce diagnostic.

I. Gaman (✉) · P. Ray (✉)
Centre régional des urgences, CHU Francois-Mitterand,
5, boulevard Jeanne-d'Arc, F-21000 Dijon, France
e-mail : gaman_justina@yahoo.com, patrick.ray@chu-dijon.fr

A. Hardel
Service d'urgences, centre hospitalier Philippe-le-Bon,
avenue Guigone-de-Salins, F-21200 Beaune, France

P. Ray
Université de Bourgogne, 7, boulevard Jeanne-d'Arc,
F-21000 Dijon, France

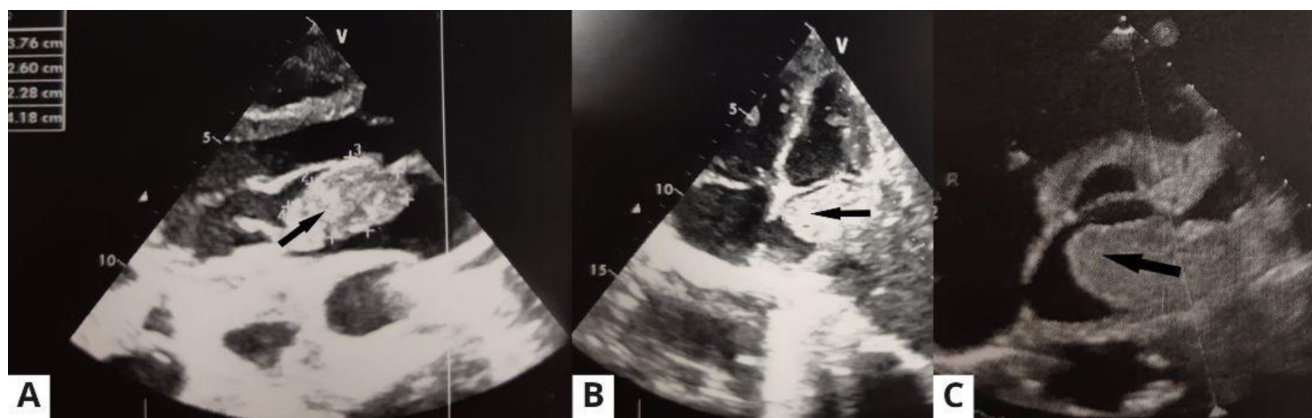


Fig. 1 La masse tumorale au niveau de la valve mitrale est indiquée par la flèche noire : A (coupe parasternale grand axe), B (coupe apicale quatre cavités), C (coupe d'échographie transœsophagienne)

Discussion

Les tumeurs cardiaques primaires sont le plus souvent bénignes, la plus fréquente étant le myxome atrial, avec une prédominance féminine [1]. Les masses non tumorales sont représentées par les thrombus intracardiaques. Les cancers cardiaques secondaires sont l'étiologie la plus fréquente des tumeurs cardiaques. Elles sont la plupart du temps de découvertes fortuites, avec des symptômes non spécifiques, déclenchés par l'obstruction du flux au niveau de la valve mitrale, révélées par une dyspnée surtout en position allongée et une toux, comme dans ce cas-là. Les tumeurs qui dépassent 10 mm présentent un risque emboligène augmenté, d'où l'anticoagulation curative. L'échographie cardiaque transthoracique représente l'imagerie de première intention et permet leur mise en évidence avec une spécificité de 95 %. Néanmoins, l'imagerie de référence reste l'IRM cardiaque du fait des difficultés rencontrées à réaliser des biopsies pour identifier le caractère bénin ou malin de la tumeur et du fait des informations complémentaires qu'elle apporte. Idéalement, l'intervention chirurgicale est le traitement de référence pour les tumeurs cardiaques, permettant des biopsies. Du fait du faible nombre des cas décrits dans la littérature, il n'y a actuellement pas des recommandations concernant la prise en charge standard de ce type de tumeurs. L'intervention chirurgicale doit être envisagée seulement si le pronostic du patient est bon et s'il n'y a pas d'autres localisations métastatiques. Quelques cas ont déjà décrit une association entre métastases cardiaques et arythmies parmi lesquelles des blocs atrioventriculaires du troisième degré [2] ou des arythmies ventriculaires [3]. Quelques cas de fibrillation atriale et cancer pulmonaire métastatique associés ont été rapportés, la fibrillation atriale pouvant être révé-

latrice du cancer [4]. Ce phénomène physiopathologique peut être expliqué, soit par l'invasion des cellules tumorales au niveau du système de conduction en créant des foyers de microréentrées ou soit de manière mécanique, en irritant la paroi cardiaque.

Avec une prévalence mondiale croissante des cancers et l'amélioration de la détection précoce, et les nouveaux protocoles de chimiothérapie, l'incidence des métastases cardiaques devrait augmenter avec la survie des patients oncologiques. La réalisation de scanner cardiaque n'est pas recommandée systématiquement. Cependant, certains conseillent de réaliser une évaluation cardiaque à la recherche des métastases cardiaques devant tout patient oncologique présentant des symptômes cardiopulmonaires.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Lam KY, Dickens P, Chan AC (1993) Tumors of the heart. A 20-years experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. *Arch Pathol Lab Med* 117:1027–1031
2. Kasai T, Kishi K, Kawabata M, et al (2007) Cardiac metastasis from lung adenocarcinoma causing atrioventricular block and left ventricular outflow tract obstruction. *Chest* 131:1569–72
3. Casella M, Carbucicchio C, Dello Russo A, et al (2011) Radiofrequency catheter ablation of life-threatening arrhythmias caused by left ventricular metastasis infiltration. *Circ Arrhythm Electrophysiol* 4:e7–e10
4. Cheng CW, Yang NI, Cherng WJ (2017) Metastatic cardiac tumor presenting as atrial fibrillation in a previously healthy woman: a case report. *Medicine (Baltimore)* 96:e7649