

TUMEUR DE L'OREILLETTE GAUCHE À ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE)

Anzouan-Kacou JB¹, N'Guetta R¹, Seka R², Kakou GM³,
N'Zi KP², Abouo-N'Dori R¹

1 - Service de Médecine et des Urgences • 2 - Service de Radiologie • 3 - Service de Cardiologie Pédiatrique
Institut de Cardiologie d'Abidjan, BP V 206, Abidjan, Côte d'Ivoire

Med Trop 2008 ; 68 : 179-181

Observation

Mademoiselle D. A, âgée de 27 ans était adressée en consultation de cardiologie en janvier 2003 pour une cardiomégalie modérée radiologique. Depuis environ 3 mois, elle présentait une toux peu productive, une dyspnée d'effort progressivement aggravée, dans un contexte d'altération sévère de l'état général, d'asthénie, d'anorexie et d'amaigrissement de plus de 10 kg en 3 mois. On ne retrouvait pas de notion de contagé tuberculeux. Cependant, la patiente, déplacée de guerre, vivait dans des conditions de promiscuité importante. A l'examen clinique, il existait une fièvre à 38°, de discrets oedèmes des membres inférieurs, des râles crépitants aux bases pulmonaires et des râles bronchiques disséminés. L'auscultation cardiaque était normale en dehors d'une tachycardie à 120 bpm et d'un discret assourdissement des bruits du cœur. A la radiographie pulmonaire de face, on retrouvait une cardiomégalie modérée globale, sans anomalie pleuro-parenchymateuse.

L'électrocardiogramme inscrivait une tachycardie sinusale avec des troubles diffus et concordants de la repolarisation à type d'onde T négative sur l'ensemble des dérivations.

L'échocardiographie trans-thoracique bidimensionnelle (Fig. 1) révélait une tumeur intra auriculaire gauche, de structure homogène, très dense, accolée à la paroi postéro-latérale de l'oreillette gauche, attenante à la valve mitrale postérieure, sans entrave du jeu valvulaire. Il existait un épanchement péricardique modéré, circonférentiel, non compressif.

Un scanner thoracique (Fig. 2) confirmait l'existence d'un processus décrit comme tissulaire hypodense, à limites précises, du versant postéro-latéral de l'oreillette gauche associé à un épanchement péricardique circonférentiel, sans image de calcification. Le bilan biologique montrait la présence d'une anémie à 8,9 g/dl, d'une leucocytose à 9800 éléments/mm³ avec 63 % de polynucléaires neutrophiles et 33 % de lymphocytes. Le taux de plaquettes était à 380000/mm³. La vitesse de sédimentation était à 102 mm à la première heure et la CRP à 76 g/l.

La sérologie VIH était positive pour le VIH 1, sans qu'on ait pu réaliser un comptage des CD4. L'intradermo-réaction à la tuberculine révélait une anergie.



Figure 1 - Echocardiographie vue parasternale grand axe : tumeur intra auriculaire gauche, très dense, accolée à la paroi postéro-latérale de l'oreillette gauche

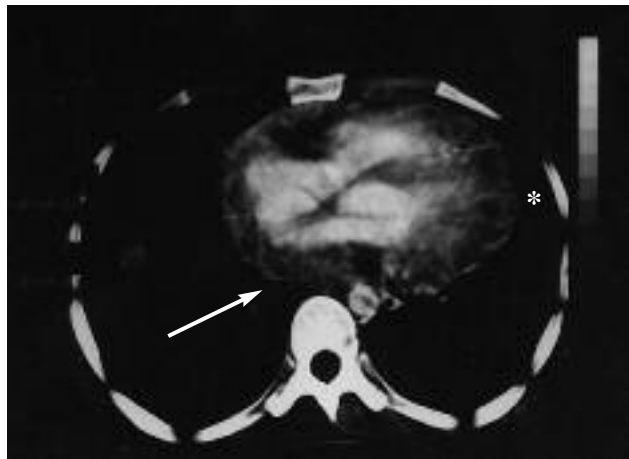


Figure 2 - Coupe TDM à l'étage auriculo-ventriculaire : hyperdensité lacunaire à limites régulières amputant le versant postéro-latéral de l'oreillette gauche (flèche). Epanchement péricardique *

Quel est votre diagnostic ?

• Courriel : jb_anzouan@yahoo.fr

• Article reçu le 22/03/07, définitivement accepté le 25/01/2008.

Réponse

Tuberculome de l'oreillette gauche

Devant les arguments du contexte de promiscuité, de pathologie avec toux expectorante et épanchement péricardique, d'immunosuppression par le VIH, l'étiologie tuberculeuse était suspectée.

Les bacilloscopies revenaient pourtant négatives à l'examen direct et après tubage gastrique après coloration de Ziehl-Nielsen.

Les cultures n'étaient pas réalisées pour des raisons techniques. Un traitement d'épreuve anti-tuberculeux était néanmoins entrepris associant quotidiennement isoniazide 5 mg/kg/j, rifampicine 10 mg/kg/j et pyrazinamide 30 mg/kg/j pendant 2 mois, puis rifampicine et isoniazide aux mêmes posologies pendant 4 mois. L'évolution clinique était spectaculaire avec amélioration nette de l'état général, reprise pondérale, disparition de la fièvre et des signes pulmonaires.

Un contrôle échographique effectué à 6 mois de distance (Fig. 3) révélait la disparition de la masse intra-auriculaire gauche, disparition confirmée par le scanner (Fig. 4), qui en outre, mettait en évidence la persistance d'un épanchement péricardique cerné de calcifications.



Figure 3 - Echocardiographie vue parasternale grand axe à 6 mois : disparition de la tumeur

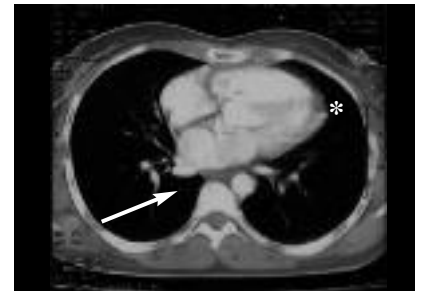


Figure 4 - Coupe TDM passant par les quatre cavités cardiaques réalisée 6 mois après traitement anti-tuberculeux : aspect normal de l'oreillette gauche (flèche). Epanchement péricardique minime avec calcification*.

Après amélioration, la patiente était perdue de vue, dans un contexte de non acceptation psychologique de son statut sérologique.

Discussion

Le mode d'expression le plus fréquent de la tuberculose est la forme pulmonaire (1). Les atteintes cardiaques concernent essentiellement le péricarde. Les tuberculomes du myocarde sont exceptionnels, et ont été essentiellement décrits dans des séries autopsiques avec une prévalence de l'ordre de 0,02 % chez des patients atteints de tuberculose (2). Quelques rares cas cliniques ont été rapportés.

Notre cas clinique quoique suggestif de l'étiologie tuberculeuse pêche par l'absence de preuve bactériologique et par l'absence de recul à long terme. Néanmoins le contexte d'endémie tuberculeuse, de terrain d'immunosuppression et l'évolution favorable sous antibiothérapie antituberculeuse sont des arguments du diagnostic de tuberculome de l'oreillette gauche chez cette malade. Le diagnostic de tuberculose chez un sujet VIH positif n'est souvent que de présomption (3), le taux de détection de la tuberculose contagieuse restant faible, autour de 45 %. Cependant la tuberculose est la première cause de décès (54 % des cas) dans l'infection à VIH (4). L'évolution favorable sous traitement antituberculeux et l'absence de cas décrits de ce type dans les étiologies bactériennes non spécifiques et tumorale nous ont incité à privilégier l'étiologie tuberculeuse. L'extrême rareté de l'atteinte myocardique dans la tuberculose fait toute l'originalité de cette observation. A notre connaissance, en Afrique sub-saharienne, 2 cas ont été publiés (5, 6) à 18 années d'intervalle.

Les tuberculomes myocardiques sont retrouvés 64 fois parmi 14 493 patients tuberculeux autopsiés par Custer (7), 9 fois par Kapoor (2), sur une série de 9333 patients toutes causes de décès confondues, sur une période de 10 ans. Les atteintes de l'oreillette gauches sont rares, les atteintes les plus fréquentes semblant être celles des cavités cardiaques droites. Les lésions tuberculeuses du myocarde peuvent se présenter sous forme infiltrante et diffuse (2) ou sous forme de masse tumorale (2, 8). L'atteinte myocardique se fait soit par voie hémotogène, soit par voie lymphatique, soit par contiguïté à partir du péricarde. L'aspect anatomo-pathologique du tuberculome est macroscopiquement celui d'une masse blanche ou jaune, de consistance ferme, à surface irrégulière et à centre caséux.

Dans la série autopsique de Kapoor (2), un épanchement péricardique est présent dans 4 cas sur 9 et une atteinte pulmonaire dans 8 cas sur 9. Dans notre cas il existe un épanchement péricardique avec une menace de transformation constrictive.

Les manifestations de la tuberculose myocardique sont variables : troubles du rythme supra-ventriculaires et ventriculaires (2), blocs auriculo-ventriculaires complets (9), insuffisance cardiaque congestive (10).

La mise en évidence de la tumeur a reposé sur l'échocardiographie dans notre observation, comme dans la plupart des cas publiés. Les aspects échographiques des tuberculomes (6, 11, 12) sont ceux d'une masse dense, pouvant être homogène ou hétérogène, en général bien limitée et peu mobile. L'échographie cardiaque ne permet pas de préjuger de la nature de la tumeur. Il n'existe aucune spécificité de l'aspect échographique des tuberculomes les distinguant des autres masses cardiaques anormales (13). La première hypothèse alternative à émettre était celle d'un thrombus organisé, mural, d'autant plus que la tumeur disparaissait. Il n'existait cependant aucun marqueur échocardiographique de thrombose de l'oreillette gauche (14) (dilatation de l'oreillette gauche, dysfonction ventriculaire gauche systolique, hypertrophie ventriculaire gauche, cardiopathie sous-jacente). Le scanner thoracique éliminait formellement cette éventualité, la distinction thrombus - tumeur étant facilitée (15). L'hypothèse d'un myxome non prolabant de l'oreillette gauche ou d'une tumeur d'un autre type était facilement écartée devant l'argument évolutif de la disparition de la tumeur, ces masses ne disparaissant pas spontanément (15).

L'angiographie a été utilisée dans des observations plus anciennes pour le diagnostic des tuberculomes (10). Récemment, l'usage de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) a apporté une aide, avec une meilleure spécificité (16, 17). L'IRM n'est disponible que dans très peu de centres en Afrique sub-saharienne.

Dans la plupart des cas publiés, une fois le traitement médical institué, le pronostic immédiat est bon avec régression quasi-complète de la masse. Nous avons observé cette évolution favorable chez notre patiente. Celle-ci ayant été perdue de vue, nous ne pouvons présenter les résultats à moyen et à long terme. Dans la littérature disponible, le pronostic à court et moyen terme du tuberculome est bon, certaines observations avec un recul de 2 ans (11). Dans certaines observations, des tuberculomes volumineux et oblitérants ont conduit à une résection chirurgicale, avec pronostic favorable (10, 11). A long terme, en cas d'infection à VIH, le pronostic est mauvais, la surmortalité étant liée à l'évolution de la rétrovirose.

Conclusion

Quoique rares, les tuberculomes cardiaques sont des diagnostics à envisager dans l'évaluation des patients tuberculeux, ceux-ci pouvant bénéficier de surveillance et de prise en charge spécifique. Les tuberculomes sont des diagnostics à discuter, selon le contexte en milieu tropical, devant une masse intracardiaque en échocardiographie.

Références

- 1 - Boulahbal F, Chaulet P. La tuberculose en Afrique. Epidémiologie et mesures de lutte. *Med Trop* 2004; 64 : 224-8.
- 2 - Kapoor OP, Mascarenhas E, Rananaware MM, Gadgil RK. Tuberculoma of the heart. Report of 9 cases. *Am Heart J* 1973; 86 : 334-40.
- 3 - Aubry P, Kamanfu G, Mlika-Cabanne N, Nikoyagize E, Fagard C, Niyongabo T *et al.* La tuberculose à l'heure du sida en Afrique subsaharienne. Expérience d'un pays d'Afrique centrale : le Burundi. *Med Trop* 1994; 54 : 67-74.
- 4 - Lucas SB, Hounnou A, Peacock C, Beaumel A, Djomand G, N'Gbichi JM *et al.* The mortality and pathology of HIV infection in a west African city. *AIDS* 1993; 7 : 1569-79.
- 5 - Bertrand E, Loubière R, Barabe P, Aye H, Lebras M, Ette M. Tuberculose endomyocardique avec miliaire terminale. *Presse Med* 1969; 77 : 1951-2.
- 6 - Gaultier Y, Alou A, Cénac A, Develoux M, Vetter JM. Tuberculome du cœur : apport de l'échographie. A propos d'un cas. *Arch Mal Cœur Vaiss* 1987; 80 : 1413-6.
- 7 - Custer EW, Charr R. Tuberculosis of the myocardium. *JAMA* 1939; 112 : 1333-5.
- 8 - Agarwal N, Sharma SK. Concomitant endobronchial tuberculosis, myocarditis and congestive heart failure. *Ind J Tub* 2000; 47 : 169.
- 9 - Latour H, Baissus C, Dong NT, Grolleau R, Puech P. Bloc auriculo-ventriculaire complet du à un tuberculome du septum inter auriculaire. Analyse histologique. *Arch Mal Cœur Vaiss* 1975; 68 : 315-9.
- 10 - Krishnaswami H, Cherian G. Right atrial tuberculoma : report of a case with complete recovery. *Thorax* 1984; 39 : 550-1.
- 11 - Jouannic I, Pavin D, Seguin C, Arvieux C, Paumier V, Camus C *et al.* Tuberculome cardiaque; intérêt de l'échographie cardiaque et discussion thérapeutique à propos d'un cas. *Arch Mal Cœur Vaiss* 1995; 88 : 401-4.
- 12 - Mesbahi R, Ouad A, Benabdeslam A, Lebbar M, Benomar M. Tumeur des cavités cardiaques droites. Régression après traitement antituberculeux. *Arch Mal Cœur Vaiss* 1996; 89: 1425-9.
- 13 - Monga A, Arora A, Makkar RP, Gupta AK. A rare site for tuberculosis. *CMAJ* 2002; 167: 1149-50.
- 14 - Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke* 1991; 22 : 983-8.
- 15 - Salcedo EE, Cohen GI, White RD, Davidson MB. Cardiac tumors: diagnosis and management. *Curr Probl Cardiol* 1992; 17 : 73-137.
- 16 - Jagia P, Gulati GS, Sharma S, Goyal NK, Gaikwad S, Saxena A. MRI features of tuberculoma of the right atrial myocardium. *Pediatr Radiol* 2004; 34 : 904-7.
- 17 - Alkhulaifi AM, Carr CS. Right atrial tuberculoma: computed tomography and magnetic resonance imaging. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 133 : 808.

RÉSUMÉ • Nous rapportons l'observation d'une patiente de 27 ans présentant une masse tumorale de l'oreillette gauche. Cette masse a été retrouvée par l'échocardiographie réalisée pour l'exploration d'une cardiomégalie radiologique, dans un contexte d'altération de l'état général, de fièvre et de sérologie positive pour le virus de l'immunodéficience humaine type 1. Sous traitement d'épreuve anti-tuberculeux, l'évolution est favorable, marquée par une disparition de la masse en fin de traitement et par une amélioration nette de l'état général. Cette évolution permet de conclure à un très probable tuberculome cardiaque, complication exceptionnelle de la tuberculose.

MOTS-CLÉS • Tuberculose - Cœur - Tuberculome - Echographie cardiaque.

LEFT ATRIAL MASS OBSERVED IN A PATIENT IN ABIDJAN, IVORY COAST

ABSTRACT • The purpose of this report is to present a case involving a tumor-like mass in the left atrium of a 27-year-old woman in Abidjan, Ivory Coast. The mass was discovered by echocardiography carried out after cardiomegaly was detected by roentgenography performed in the context of debilitated general condition, fever and positive serology for HIV1. The patient responded favorably to anti-tuberculosis treatment with complete regression of the mass and improvement of general condition. Based on this outcome, the most likely diagnosis was cardiac tuberculoma, a rare complication of tuberculosis.

KEY WORDS • Tuberculosis - Heart - Tuberculoma - Echocardiography.