

Une hypertonie sympathique révélatrice d'un myxome de l'oreillette : rapport d'un cas

Sympathetic hypertonia revealing an atrial myxoma: case report

Amélie BIELMANN¹, Ludovic LAFAIE¹, Régis GONTHIER¹, Aurélie BUISSON¹, Étienne OJARDIAS¹, Thomas CÉLARIER¹

RÉSUMÉ

Introduction : La syncope est fréquente chez la personne âgée. Elle est la cause d'une morbi-mortalité importante. Les étiologies responsables sont nombreuses, parmi elles, le myxome de l'oreillette est une cause rare et curable auquel il faut savoir penser.

Observation : Un patient de 85 ans était hospitalisé en court séjour gériatrique au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne pour un bilan de chutes à répétition entraînant un maintien à domicile difficile. Ce patient présentait un risque cardiovasculaire élevé et une arythmie complète par fibrillation atriale. Dans le service, le patient avait présenté une chute avec une perte de connaissance. Le patient était retrouvé en sueurs, hypertendu, tachycarde et en hyperglycémie. L'électrocardiogramme (ECG) retrouvait des troubles du rythme connus sans trouble de conduction ou de repolarisation. Devant ce tableau clinique, un angioscanner thoracique permettait d'éliminer une embolie pulmonaire. De manière fortuite, l'imagerie révélait une masse de l'oreillette gauche. Un myxome de l'oreillette gauche était confirmé par une échographie transthoracique. Une indication chirurgicale était retenue. Avant de pouvoir en bénéficier, le patient est décédé des suites de ses pathologies chroniques.

Discussion : La réponse du système nerveux autonome (SNA) explique la symptomatologie atypique de ce cas et fonctionne comme un signe d'alerte, y compris à 85 ans. Le myxome de l'oreillette est une tumeur cardiaque rare et bénigne. Il concerne en majorité les femmes entre 40 et 60 ans, son incidence diminue avec l'âge et il est de

ABSTRACT

Introduction: Syncope is common in the elderly. It is the consequence of an important morbi-mortality. The etiologies responsible are numerous, among them, the atrial myxoma is a rare and curable cause which must be considered.

Observation: An 85 year old patient was hospitalized in a short geriatric stay unit of Saint-Etienne University Hospital for an assessment of repeated falls leading to difficult home care. This patient presented a high cardiovascular risk and a complete arrhythmia by atrial fibrillation. On the ward, the patient had suffered a fall with loss of consciousness. He was found sweating, hypertensive, tachycardic and hyperglycemic. The ECG showed known rhythm disturbances with no conduction or repolarization problems. In view of this clinical picture, a thoracic angioscanner eliminated a pulmonary embolism. Incidentally, the imaging revealed a mass in the left atrium. A myxoma in the left atrium was confirmed by a transthoracic ultrasound. A surgical indication was retained. Before he could benefit from it, the patient died as a result of his chronic pathologies.

Discussion: The autonomic nervous system (ANS) response explains the atypical symptomatology of this case and functions as a warning sign even at age 85. Atrial myxoma is a rare and benign cardiac tumor. It mainly affects women between 40 and 60 years old, its incidence decreases with age and is exceptionally rare at 85 years old. The clinical symptomatology varies according to the location of the myxoma, its size and mobility. The treatment is surgical and allows a resolution of the symptoms when surgery can still be offered.

¹ Service de Gériatrie Clinique, Hôpital de la Charité, CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne, France.

Article reçu le 04/03/2019 et accepté le 17/10/2019

Auteur correspondant : Docteur Amélie Biemann, Service de Gériatrie Clinique, Hôpital de la Charité, CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne, France.
Courriel : amelie.bielmann@etu.univ-st-etienne.fr

découverte exceptionnelle à 85 ans. La symptomatologie clinique varie en fonction de la localisation du myxome, de sa taille et de sa mobilité. Le traitement est chirurgical et permet une résolution des symptômes lorsque cette chirurgie peut être encore proposée.

Conclusion : Le myxome de l'oreillette est une pathologie très rare chez la personne âgée. Il confirme l'intérêt de réaliser un bilan de syncope, y compris chez la personne âgée, et de réaliser des examens complémentaires justifiés et adaptés lorsque l'anamnèse est évocatrice d'une syncope.

Mots clés : Personne âgée - Chute - Syncope - Myxome - Système nerveux autonome

Conclusion: Atrial myxoma is a very rare pathology in the elderly. It confirms the interest to carry out a syncope assessment including in the elderly person and to carry out justified and adapted complementary examinations when the anamnesis is evocative of syncope.

Rev Geriatr 2020 ; 45 (1) : 51-4.

Keywords: Elderly - Fall - Syncope - Myxoma - Autonomic nervous system

INTRODUCTION

La syncope est une cause fréquente de perte de connaissance du sujet âgé avec des conséquences potentiellement graves, comme la chute ou le décès du patient. Les étiologies des syncopes sont nombreuses et souvent intriquées, pouvant rendre le diagnostic difficile. Le myxome de l'oreillette est une cause rare de syncope. Son diagnostic reste nécessaire du fait de l'existence d'un traitement curatif potentiel, y compris chez le sujet âgé.

OBSERVATION

Un patient de 85 ans était hospitalisé en court séjour gériatrique au CHU de Saint-Étienne pour un bilan de chutes à répétition entraînant un maintien à domicile difficile. Il avait pour principaux facteurs de risque cardiovasculaire modifiables une hypertension artérielle traitée par ramipril, une dyslipidémie traitée par atorvastatine et un tabagisme sevré. Le patient était suivi pour une artériopathie oblitérante des membres inférieurs et une sténose serrée de la carotide interne gauche opérée par pose de stent puis endartériectomie, sous double anti-agrégation plaquettaire. Il avait fait un accident vasculaire cérébral pariétal droit d'origine cardio-embolique non séquellaire sur arythmie complète par fibrillation atriale, qui, à l'admission, n'était pas anti-coagulée par traitement curatif. Parmi ses autres comorbidités, on retrouvait une bronchopneumopathie obstructive post-tabagique et des troubles neurocognitifs majeurs avec un traitement symptomatique des troubles du comportement traités par rispéridone.

Durant son hospitalisation, le patient était retrouvé au sol, inconscient et en sueurs. Les constantes initiales retrouvaient

une tension artérielle à 186/94 mmHg, un pouls à 99 bpm, une saturation à 85 % en oxygène, une glycémie capillaire > 0,6 g/l. L'auscultation cardiaque était irrégulière, sans souffle audible. La perte de connaissance était de durée brève, avec une amnésie des faits. L'examen neurologique ne retrouvait pas de signes de focalisation. L'ECG retrouvait une arythmie complète par fibrillation atriale, une absence de trouble de conduction ou de repolarisation. Une hypotension orthostatique était éliminée. Il existait un contraste surprenant entre ces valeurs tensionnelles et glycémiques et ses valeurs habituelles. En effet, nous avons suspendu son traitement antihypertenseur devant des tensions artérielles basses (TA moyenne à 100/60 mmHg). De plus, le patient n'était pas diabétique, avec des glycémies à jeun aux alentours de 0,8 g/l et une hémoglobine glyquée à 6 %. Le bilan biologique n'orientait pas sur l'étiologie de la syncope, avec une absence de trouble ionique (Na⁺ : 147 mmol/l, K⁺ : 4,7 mmol/l, urémie : 18,4 mmol/l, créatinémie : 153 micromol/l), une euthyroïdie (Thyréostimuline hormone - TSH : 1,6 mUI/l) et une calcémie corrigée à 2,29 mmol/l. Il avait présenté de nouveaux épisodes de ce type dans les jours qui avaient suivi.

Devant ce tableau clinique atypique et répété de syncopes, un angioscanner thoracique permettait d'éliminer une embolie pulmonaire. De manière fortuite, l'imagerie révélait une masse de l'oreillette gauche. Le bilan a été complété par une échographie transthoracique (ETT), qui retrouvait une masse arrondie homogène de 22 mm de diamètre appendue au septum interauriculaire très mobile sans prolapsus dans la valve mitrale, compatible avec un myxome de l'oreillette gauche (Figure 1). Une indication chirurgicale était retenue. Avant de pouvoir bénéficier du traitement chirurgical, le patient est décédé des suites de ses pathologies chroniques.

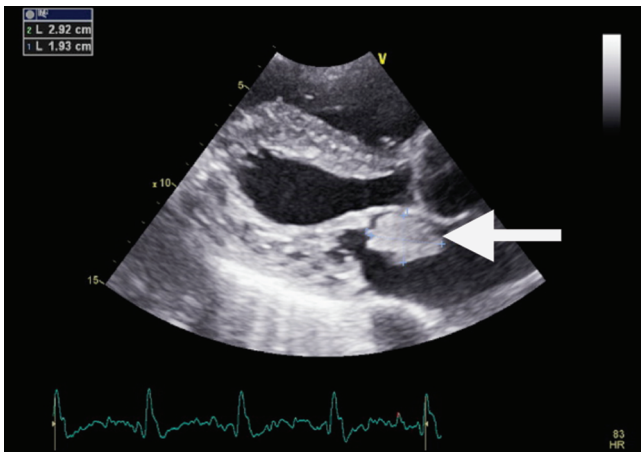


Figure 1 : Image échographique du myxome de l'atrium gauche mesurant 22 mm de diamètre.

Figure 1: Ultrasound image of a left atrial myxoma measuring 22 mm in diameter.

DISCUSSION

Nous rapportons ici le cas d'un patient dont la symptomatologie initiale de malaise, inhabituelle, nous a orientés vers une cause atypique de syncope. La manifestation clinique d'un myxome par l'expression du système sympathique est rare, mais possible en cas d'activation du système nerveux autonome (SNA) toujours réactif, y compris chez la personne âgée.

Ce cas présente l'intérêt de s'être révélé par l'expression du système nerveux autonome sympathique. Même si le SNA semble être moins performant avec l'âge, les mécanismes réactionnels à une baisse du débit cardiaque peuvent nous aider à orienter l'étiologie d'une syncope, y compris dans le grand âge⁽¹⁾. La clinique atypique (hypertension artérielle, hyperglycémie, sueurs) est la réponse physiologique d'une sécrétion de catécholamines : adrénaline et noradrénaline. Les catécholamines sont sécrétées par les cellules de la glande médullosurrénale et ont un rôle de neurotransmetteurs. En réponse à une situation de stress et par interaction avec les récepteurs alpha et/ou bêta des cellules de l'organisme, elles vont entraîner un contrôle du tonus vasculaire et une glyco-génolyse⁽²⁾. Le myxome de l'oreillette par sa taille et sa position anatomique entraîne une diminution de perfusion de l'aorte, ce qui stimule les barorécepteurs aortiques et déclenche la réponse du système nerveux sympathique⁽³⁾. La tumeur cardiaque elle-même peut sécréter de l'interleukine 6, qui par son action hypercortisolémiant va exacerber les réactions systémiques⁽⁴⁾. L'attention aux symptômes et à l'anamnèse est essentielle, car la grande variabilité d'expression clinique du myxome de l'oreillette concourt

à une multiplicité d'examen complémentaires et par conséquent à un retard diagnostique.

Le myxome est une tumeur cardiaque rare et bénigne. Il représente 76 % de l'ensemble des tumeurs cardiaques. Il concerne en majorité les femmes entre 40 et 60 ans, son incidence diminue avec l'âge et il est de découverte exceptionnelle à 85 ans⁽⁵⁾. La symptomatologie varie en fonction de la localisation du myxome, de sa taille et de sa mobilité. Dans 90 % des cas, le myxome se trouve dans l'atrium gauche ; dans 10 % des cas dans l'atrium droit ; la localisation ventriculaire est possible mais exceptionnelle⁽⁵⁾. Les caractéristiques du myxome de l'atrium gauche en fonction de sa taille sont présentées dans le *tableau 1*⁽⁴⁾. Sa révélation clinique est le plus fréquemment un malaise ou une douleur thoracique correspondant à l'obstruction de la valve mitrale par la tumeur⁽⁶⁾. Le deuxième cadre nosologique est l'expression clinique d'embolies périphériques et centraux. Il existe plusieurs théories expliquant le pouvoir emboligène du myxome : l'origine mécanique (liée à la fragilité, la taille et la surface villosité du myxome), biologique (liée à la formation de végétations), chimique (liée à la présence de métalloprotéinase matricielle) ; enfin l'origine thromboembolique par la formation de plaque athéromateuse sur la surface du myxome⁽⁷⁾. Les accidents vasculaires cérébraux en sont les principales complications. Toutefois, le système artériel périphérique peut également être touché (notamment rénal, coronarien et pulmonaire)⁽⁸⁾. Il est intéressant de souligner que le myxome peut initialement, à l'échographie trans-

Tableau 1 : Caractéristiques générales du myxome de l'atrium gauche en fonction de la taille.

Table 1: General characteristics of a left atrial myxoma according to size.

		Taille < 5 cm	Taille > 5 cm
Épidémiologie	Sexe ratio (H/F)	0,61	0,59
	Âge (%)		
	- > 50 ans	64	56
	- < 50 ans	36	44
Anatomie (%)	Prévalence	40	60
	Surface		
	- Villeuse	35	
	- Lisse	65	
Présentation clinique (%)	Cardiaque	55	79
	Systémique	33	34
	Embolique	36	23

Présentation clinique : fréquence des différents tableaux nosologiques révélateurs d'un myxome selon la taille (la présentation clinique peut présenter plusieurs caractéristiques nosologiques).

Abréviations : H : homme ; F : femme.

thoracique, être confondu avec un thrombus. C'est pourquoi, une échographie transœsophagienne est nécessaire pour préciser sa taille, sa localisation et le retentissement de la masse sur le flux sanguin. Si le doute persiste, une imagerie par résonnance magnétique permettra de préciser la structure tissulaire et ainsi différencier un thrombus d'une tumeur cardiaque⁽⁹⁾. Enfin, le myxome peut se manifester par des signes systémiques : fièvre, asthénie, amaigrissement, myalgies, arthralgies, syndrome de Raynaud (pour les plus fréquents) et biologiques (anémie, thrombopénie, syndrome inflammatoire)⁽⁴⁾.

Une fois diagnostiqué, la solution thérapeutique de référence repose sur l'ablation chirurgicale de la tumeur. Elle se réalise sous circulation extracorporelle. Les complications post opératoires les plus fréquentes sont l'arythmie et les troubles de la conduction atrio-ventriculaire⁽¹⁰⁾. Elle reste une chirurgie lourde et non dénuée de risque surtout chez le patient âgé comorbide. Cependant lorsque qu'elle peut être proposée, elle permet une résolution des symptômes.

La syncope est fréquente et concerne majoritairement la population de plus de 65 ans⁽¹¹⁾. La manifestation syncopale révélant un myxome étant rare, il convient d'éliminer en premier lieu les diagnostics différentiels plus fréquents et de compléter le bilan paraclinique en cas de récurrence des syncopes⁽¹²⁾. Selon les recommandations de la Société européenne de cardiologie (ESC) de 2018, il existe trois causes distinctes de syncopes : les causes réflexes, cardiaques et l'hypotension orthostatique⁽¹³⁾. Chez le sujet âgé, l'hypotension orthostatique et les troubles du rythme cardiaque sont

les étiologies les plus fréquentes⁽¹⁴⁾. L'anamnèse, l'examen clinique et l'ECG sont prépondérants dans l'algorithme diagnostique. Ils permettent de grader la syncope selon son niveau de risque. Ce n'est que dans un deuxième temps et en fonction de la suspicion clinique que des explorations complémentaires seront décidées telles que le test d'hypotension orthostatique, l'échographie transthoracique, le monitoring cardiaque (entre autres). Il faut savoir poursuivre les explorations complémentaires lorsque la clinique est atypique pour ne pas méconnaître une étiologie curable de syncope et ainsi éviter ses complications notamment la chute et ses conséquences potentiellement graves.

CONCLUSION

Le myxome de l'oreillette est une pathologie très rare et ne constitue pas un diagnostic de première intention chez la personne âgée. Toutefois, la récurrence de syncopes ou un tableau clinique atypique peuvent nous faire évoquer cette pathologie. Toute syncope chez le sujet âgé doit nécessiter une expertise. L'arbre diagnostique devra d'abord faire réaliser un bilan standard de syncope permettant d'éliminer les étiologies les plus fréquentes. Ce n'est qu'en seconde intention que des examens complémentaires justifiés seront réalisés pour proposer ainsi un traitement adapté à l'étiologie syncopale. ■

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Lipsitz LA. Syncope in the Elderly. *Ann Intern Med* 1983 ; 99 : 92.
2. *systeme-nerveux-autonome.pdf* [Internet]. [Cité 8 août 2019]. Disponible sur : <https://sites.uclouvain.be/facm2/dessy/systeme-nerveux-autonome.pdf>
3. Lurie KG, Benditt D. Syncope and the autonomic nervous system. *J Cardiovasc Electrophysiol* 1996 ; 7 : 760-76.
4. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)* 2001 ; 80 : 159-72.
5. Yu K, Liu Y, Wang H, Hu S, Long C. Epidemiological and pathological characteristics of cardiac tumors: a clinical study of 242 cases. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2007 ; 6 : 636-9.
6. Strecker T, Agaimy A. Giant left atrial myxoma causing drop attacks by prolapsing into the mitral valve. *Int J Clin Exp Pathol* 2012 ; 5 : 996-9.
7. AbdullGaffar B, Waslewski K. Myxoid Emboli. *Int J Surg Pathol* 2018 ; 26 : 609-16.
8. Boyacıoğlu K, Kalender M, Dönmez AA, Çayhan B, Tuncer MA. Outcomes following embolization in patients with cardiac myxoma. *J Card Surg* 2017 ; 32 : 621-6.
9. Buckley O, Madan R, Kwong R, Rybicki FJ, Hunsaker A. Cardiac masses, part I: imaging strategies and technical considerations. *AJR Am J Roentgenol* 2011 ; 197 : W837-41.
10. Sugimoto T, Ogawa K, Asada T, Mukohara N, Nishiwaki M, Higami T, et al. Surgical treatment of cardiac myxoma and its complications. *Cardiovasc Surg Lond Engl* 1993 ; 1 : 395-8.
11. Soteriades ES, Evans JC, Larson MG, Chen MH, Chen L, Benjamin EJ, et al. Incidence and Prognosis of Syncope. *N Engl J Med* 2002 ; 878-85.
12. Rajani AR, Muaz RN, Govindaswamy PR, Mian MH. Arrhythmias are not to blame for all cardiac syncope patients: left atrial myxoma causing syncope in a middle-aged man. *BMJ Case Rep* 2015 ; 2015.
13. Syncope (Guidelines on diagnosis and management of) [Internet]. [cité 19 juill. 2019]. Disponible sur : <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Syncope-Guidelines-on-Diagnosis-and-Management-of>
14. Marrison VK, Fletcher A, Parry SW. The older patient with syncope: practicalities and controversies. *Int J Cardiol* 2012 ; 155 : 9-13.