

## CASE REPORT



Left atrial myxoma presenting as acute coronary syndrome without ST-segment elevation. A case report.

Redha LAKEHAL, Radouane BOUKARROUCHA.

Faculty of medicine Constantine 03, Algeria

### ABSTRACT

Cardiac myxoma is a rare primary cardiac tumor, most often symptomatic. Its diagnosis relies primarily on echocardiography. Left atrial myxoma, as a rare benign cardiac tumor, can lead to acute coronary syndrome through coronary embolization. In this case, we present a 69-year-old woman who presented with acute coronary syndrome without ST-segment elevation. During echocardiographic evaluation, a mass measuring 4 cm in its longest axis was found in the left atrium. The mass was surgically excised, and its pathology was consistent with a myxoma. Following resection, the patient had a favorable outcome. Treatment remains primarily surgical, associated with low morbidity and mortality. Long-term prognosis is usually favorable; however, recurrence remains possible, warranting regular echocardiographic surveillance.

### ARTICLE HISTORY

Received 21 Nov 2023

Accepted 28 Jan 2024

### KEYWORDS

Cardiac myxoma, acute coronary syndrome, Surgery

### CORRESPONDING AUTHOR

Redha Lakehal

lakehal.redha@gmail.com

## 1. INTRODUCTION

Les myxomes cardiaques constituent les formes les plus fréquentes des tumeurs cardiaques primitives. Leurs expressions cliniques sont non-spécifiques et très variables selon les formes anatomiques [1]. L'association myxome et coronaropathie est rare. La chirurgie est le seul traitement efficace [2]. Nous illustrons à travers ce cas clinique le caractère embolique du myxome qui rend cette tumeur redoutable et nous insistons sur l'intérêt d'une prise en charge chirurgicale urgente.

## 2. OBSERVATION

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 69 ans, porteuse de multiples kystes rénaux et aux antécédents de traumatisme thoracique il y a un mois ayant comme facteurs de risque cardiovasculaire la ménopause, admise pour prise en

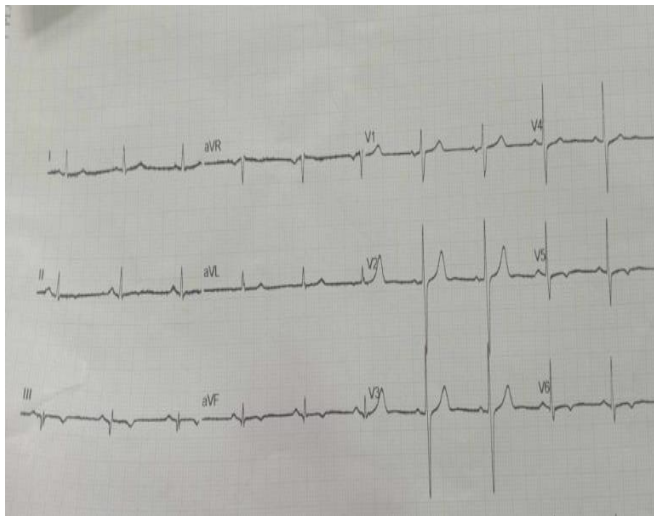
charge urgente d'un syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST. L'examen clinique trouvait une patiente en bon état général, les bruits du cœur étaient réguliers sans souffle cardiaque, l'examen pleuropulmonaire et le reste de l'examen somatique étaient sans particularités. La radiographie pulmonaire montrait une cardiomégalie avec infiltration parenchymateuse (Figure 1). L'électrocardiogramme a mis en évidence un rythme régulier sinusal à 75 cycles par minute avec des ondes T négatives en DIII, AVF, V5 et V6 (Figure 2). L'échocardiographie transthoracique faite en urgence n'a pas objectivé un vice valvulaire, un ventricule gauche en dysfonction systolique avec fraction d'éjection estimée à 35%. Au niveau de l'oreillette gauche, on notait la présence d'une masse très mobile à surface lisse de 40 mm de grand axe, de contours irréguliers, décapsulée, s'insérant sur le septum interatrial pédiculé, sans effet de sténose ni de fuite mitrale (Figure 3) évoquant fortement

un myxome cardiaque. Elle y avait une fuite tricuspide estimée grade I évaluant une PaPs à 35 mmHg.



**Figure 1.** Silhouette cardiaque de taille augmentée avec infiltration parenchymateuse.

Une IRM cardiaque a été faite. Elle a montré une formation de 40 mm de grand axe, isointense en cinéSSFP, friable, de contours mal limités, appendue au septum interatrial et prenant le contraste avec oreillette gauche dilatée (Figure 4). La patiente a bénéficié d'une coronarographie préopératoire qui était normale et le bilan biologique était sans particularités sauf un taux de troponine élevé à 75 ug/L.



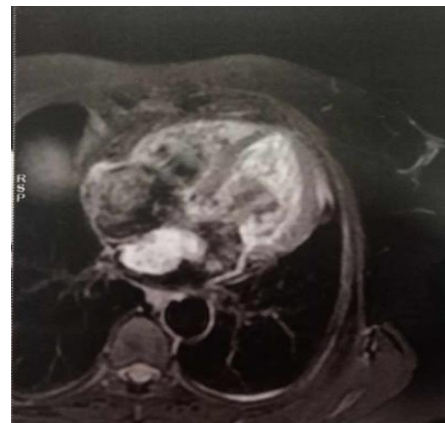
**Figure 2.** Ondes T négatives en DIII, AVF, V5 et V6.

La patiente a été opérée en urgence sous circulation extracorporelle après sternotomie médiane et l'atriotomie gauche, objectivant une masse grisâtre, translucide de 40 mm de diamètre sur la face atriale gauche du septum interatrial, friable et facilement clivable (Figure 5) avec oreillette gauche dilatée, un auricule libre. Elle a bénéficié d'une résection complète et satisfaisante du myxome emportant sa base d'implantation et l'atriotomie gauche fermée.



**Figure 3.** Aspect en échographie cardiaque transthoracique (mode 2D, coupe apicale deux cavités) : présence d'une masse tumorale échogène, pédiculée, de 40 mm de grand axe, attachée au septum interatrial (flèche).

La pièce opératoire a été adressée pour examen anatomopathologique. Le diagnostic retenu est celui d'un myxome de l'oreillette gauche.



**Figure 4.** Image tumorale appendue au septum interatrial non obstructive à l'IRM cardiaque.

La durée de ventilation était de 06 heures. Le séjour en unité de soins intensifs était de 48 heures. La durée de séjour en postopératoire était de 7 jours.



**Figure 5.** Aspect peropératoire lors de l'ablation chirurgicale d'un myxome de l'oreillette gauche.

Les suites opératoires ont été simples. L'étude anatomopathologique était revenue en faveur d'un myxome de l'oreillette gauche. Les échocardiographies de contrôles faites le 1<sup>er</sup>, le 3<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois n'ont pas montrés de récives cardiaques.

### 3. DISCUSSION

Les syndromes coronariens aigus d'origine ischémiques sont habituellement liés à l'athérosclérose des artères coronaires. L'étiologie est rarement une tumeur cardiaque. Le myxome est de loin la tumeur cardiaque primitive la plus fréquente, avec une localisation préférentielle au niveau de l'oreillette gauche dans 70-90% des cas comme c'est le cas de notre patiente [2]. Les complications emboliques sont rares avec une incidence rapportée de 0,06 % [8]. La taille du myxome peut aller de quelques millimètres jusqu'au plus de 15 cm [3]. La symptomatologie clinique est polymorphe et elle peut engendrer un retard diagnostique et thérapeutique. On peut trouver une dyspnée, des palpitations, des syncopes ou une insuffisance cardiaque voire même une détresse respiratoire [4]. Le mode de révélation des myxomes peut être aussi une complication embolique dans environ 45% des cas. Elle peut toucher tous les territoires artériels surtout les accidents embolies cérébrales (50% des cas). D'autres territoires sont atteints dans des proportions moins fréquentes ; on note les embolies coronaires,

mésentériques, pulmonaires et des membres [5-6]. Le myxome cardiaque peut rester longtemps asymptomatique et découvert fortuitement lors d'un examen systématique, comme c'est le cas de notre patiente où la découverte du myxome était lors du bilan étiologique d'un syndrome coronarien aigu. L'association concomitante d'une coronaropathie est rarement décrite [7]. Elle peut s'expliquer souvent par l'embolisation de fragments tumoraux dans les artères coronaires [8,9]. Dans notre cas, la cardiopathie ischémique était au premier plan et c'est l'échocardiographie transthoracique qui a révélé le myxome de l'oreillette gauche. L'échocardiographie reste l'examen de référence [10]. Dans notre observation, la chirurgie prend le caractère urgent [11] et l'ablation chirurgicale de cette tumeur est le traitement de choix pour prévenir les risques de récive embolique. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic de myxome cardiaque. Pour notre patiente, les suites opératoires immédiates étaient simples avec un pronostic excellent sans récive, ni accidents emboliques.

### 4. CONCLUSION

Notre observation illustre la découverte fortuite d'un myxome de l'oreillette gauche lors du bilan d'un syndrome coronarien aigu qui est une association rare. Le myxome peut être une cause de décompensation de la coronaropathie, comme la coronaropathie peut être un mode de révélation du myxome. Cette association impose certaines précautions techniques chirurgicales sans pour autant aggraver le pronostic opératoire. Nous insistons sur l'importance de l'échocardiographie préopératoire chez tous patients atteints de syndrome coronarien aigu et le suivi échographique et clinique au long cours du fait du risque de récive tumorale qui n'est pas nul.

### DECLARATION D'INTERETS

The authors declare no competing interest

### 5. REFERENCES

1. R. Denguir , M. Dhiab, I. Meddeb, N. Hermi, I. Khanfir, R. Ben Romdhane, A. Khayati, N. Gharsallah, A. Abid . Les myxomes cardiaques. Prise en charge chirurgicale. À propos de 20 cas - 01/01/05. Doi : 10.1016/j.ancard.2005.04.011 .

2. Nouredine Atmani<sup>1</sup>, Anis Seghrouchni<sup>1</sup>, Younes Moutakiallah<sup>1</sup>, Ayoub Abetti<sup>1</sup>, Mehdi Bamous<sup>1</sup>, Abdessamad Abdou<sup>1</sup>, Fouad Nya<sup>1</sup>, Mohamed Belkhadir<sup>1</sup>, Siham Bellouize<sup>1</sup>, Reda Mounir<sup>1</sup>, Hanae Ramdani<sup>2</sup>, Azeddine Moujahid<sup>2</sup>, Abdedaim Ghadbane Hatim<sup>2</sup>, Mohamed Drissi<sup>2</sup>, Youssef EL Bekkali<sup>1</sup>, Mahdi Ait Houssa<sup>1</sup>, Abdelatif Boulahya<sup>1</sup>
- 1 Service de Chirurgie Cardiaque, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Université Mohammed V, Rabat, Maroc. 2 Service d'anesthésie-réanimation de chirurgie cardiaque, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Université Mohammed V, Rabat, Maroc. Myxome de l'oreillette droite révélé par un syndrome coronarien aigu. DOI//dx.doi.org/10.13070/rs.fr.4.2410
3. Ha J, Kang W, Chung N, Chang B, Rim S, Kwon J, et al. Echocardiographic and morphologic characteristics of left atrial myxoma and their relation to systemic embolism. *Am J Cardiol.* 1999;83:1579-82, A8
4. Atmani N, Nya F, Moutakiallah Y, Abdou A, Bamous M, Ait Houssa M, et al. [Right atrial myxoma complicated by pulmonary embolism and revealed by right heart failure]. *Presse Med.* 2013;42:1535-8
5. Kumar B, Raj R, Jayant A, Kuthe S. Left atrial myxoma, ruptured chordae tendinae causing mitral regurgitation and coronary artery disease. *Ann Card Anaesth.* 2014;17:133-6
6. Demir M, Akpınar O, Acarturk E. Atrial myxoma: an unusual cause of myocardial infarction. *Tex Heart Inst J.* 2005;32:445-7
7. Marta L, Peres M, Alves M, Ferreira da Silva G. [Giant left atrial myxoma presenting as acute myocardial infarction]. *Rev Port Cardiol.* 2012;31:815-9
8. Bartolomucci F, Tito A, Navarese E, Iacovelli F, Mele M, Larosa C, et al. STEMI and NSTEMI ACS in a 30-Year-Old Patient: An Extremely Rare Complication of a Left Atrial Myxoma. *Heart Surg Forum.* 2017;20:E116-E118
9. Chaudhuri A, Simmons C, Ellison D, Hemp J, Chung K. Atrial Myxoma Presenting as Myocardial Infarction Diagnosed by Echocardiography, Managed Endoscopically with Robot-Assisted Surgery. *Cureus.* 2016;8:e484
10. Goswami K, Shrivastava S, Bahl V, Saxena A, Manchanda S, Wasir H. Cardiac myxomas: clinical and echocardiographic profile. *Int J Cardiol.* 1998;63:251-9
11. Namazee M, Rohani-Sarvestani H, Serati A. The early presentation of atrial myxoma with acute myocardial infarction. *Arch Iran Med.* 2008;11:98-102