



## CASE REPORT

# Exceptional association of a left atrial myxoma and synchronous colon cancer revealed by strokes in a 54-year-old woman: a case report.

Redha LAKEHAL, Radouane BOUKARROUCHA

**ABSTRACT**

The occurrence of synchronous cardiac and colorectal tumors is extremely rare. We present the case of a 56-year-old woman with a left atrial myxoma that nearly obstructed the mitral valve inflow tract and a synchronous colorectal adenocarcinoma that nearly obstructed the intestinal lumen. The patient underwent emergency resection of the cardiac mass under cardiopulmonary bypass and successfully underwent resection of the colorectal mass two weeks later. Two years after these operations, the patient remains well with no recurrence of either tumor. Synchronous tumors, particularly when one involves the heart, require prompt surgical intervention at multiple sites to ensure optimal patient outcomes.

**Keywords:** Colorectal tumors/surgery, cardiac atrium, cardiac neoplasms/surgery, myxoma/surgery, neoplasms, multiple primary tumors.

Faculté de médecine Constantine 3 – Algérie.

**Received:** 11 Jul 2025**Accepted:** 18 Aug 2025**Correspondance to:** Redha LAKEHAL

E-mail : lakehal.redha@gmail.com

**1. INTRODUCTION**

Les tumeurs cardiaques primaires sont rares (incidence inférieure à 0,2 % de toutes les tumeurs) ; les myxomes auriculaires constituent environ 27 % des tumeurs cardiaques. En raison de la proximité de la masse auriculaire avec la valve mitrale, les myxomes auriculaires gauches se prolapsent, pouvant provoquer une obstruction intermittente de l'orifice mitral. Les tumeurs synchrones du cœur et du côlon sont extrêmement rares. Le but de ce travail est de rapporter un cas de myxome de l'oreillette gauche découvert lors d'un bilan étiologique de multiples accidents vasculaires cérébraux chez une femme âgée de 54 ans, atteinte d'un adénocarcinome colique avec multiples facteurs de risques cardiovasculaires.

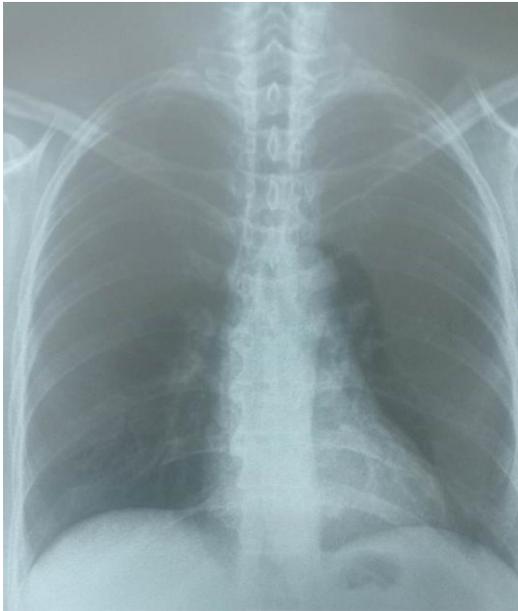
**2. OBSERVATION**

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 54 ans, hypertendue et aux antécédents d'adénocarcinome colique sous chimiothérapie qui s'est présenté aux urgences de notre établissement après la découverte d'une masse intra-auriculaire gauche. Elle a été admise dans un service de neurologie pour de multiples accidents vasculaires cérébraux dont le bilan étiologique est revenu en faveur d'une masse intra-atriale gauche. La patiente a été traitée par chimiothérapie pour son adénocarcinome colique. Sur le plan fonctionnel, elle avait une dyspnée de stade III de la NYHA. L'examen clinique trouvait un patient 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

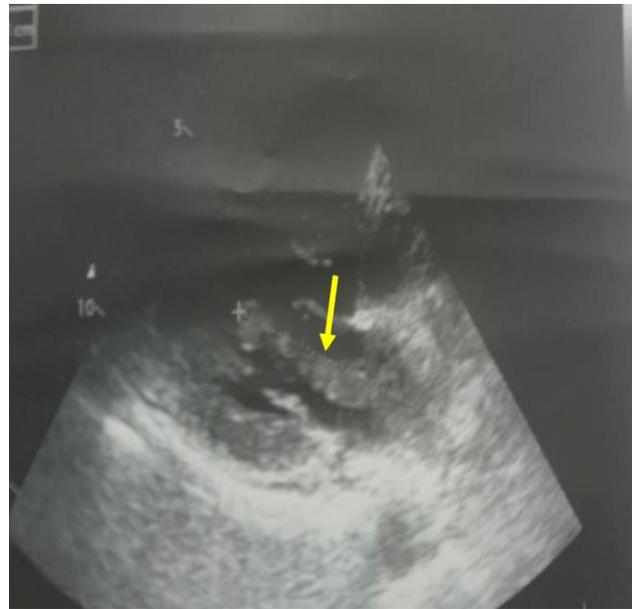
particularités. La radiographie pulmonaire montrait une silhouette cardiaque de taille normale avec une bonne transparence parenchymateuse (Figure 1). L'électrocardiogramme montrait une tachycardie sinusale.

En raison de multiples accidents vasculaires cérébraux, une échocardiographie transthoracique a été réalisée, dont les résultats ont montré une masse intra-atriale gauche d'aspect serpentin mesurant 66 sur 16 mm provenant de l'oreillette gauche, très mobile et faisant prolaber dans le ventricule gauche à travers l'orifice mitral (Figure 2), un péricarde sec, VG mesurait 50/32 mm + la fraction d'éjection était à 66 %.

La patiente a été immédiatement opérée, et la masse auriculaire a été excisée, sous circulation extracorporelle avec cœur arrêté. Une approche atriale gauche a été utilisée pour réséquer la masse auriculaire. La masse a été réséquée complètement avec sa base d'implantation. La communication septale a été réparée directement, et l'atriotomie gauche a été fermée.



**Figure 1.** Radiographie pulmonaire de face



**Figure 2.** Aspect en échographie cardiaque transthoracique montrant la présence d'une masse tumorale de l'oreillette gauche se prolabant dans le ventricule gauche à travers l'orifice mitral (flèche jaune).



**Figure 3.** Aspect peropératoire à l'ouverture de l'oreillette gauche (flèche noire).

La pièce opératoire a été adressée pour examen anatomo-pathologique (Figure 3). Le diagnostic retenu est celui de myxome de l'oreillette gauche. Les durées de la circulation extracorporelle, du clampage aortique et de l'assistance circulatoire étaient respectivement 31, 21 et 6 mn. La durée de ventilation était de 08 heures. Le séjour en unité de soins intensifs était de 48 heures. La durée de séjour en postopératoire était de 08 jours.

Les suites opératoires ont été simples, sans signes neurologiques ou digestifs postopératoires. L'étude anatomopathologique était revenue en faveur d'un myxome de l'oreillette gauche. La patiente a été adressée après pour une chirurgie carcinologique de son cancer colique, faite deux mois après chirurgie cardiaque. Les échocardiographies de contrôle faites le 1<sup>er</sup>, le 3<sup>ème</sup>, le 6<sup>ème</sup> mois et un an n'ont pas montré de récives cardiaques.

### 3. DISCUSSION

Les accidents vasculaires cérébraux ischémiques sont habituellement liés à l'athérosclérose carotides ou aux cardiopathies emboligènes. La cause est rarement une tumeur cardiaque primitive. Celles-ci ont une incidence autopsique estimée de 0,0017 à 0,33 % [1]. Cependant, un seul article publié en 2001 auparavant a décrit cette association synchrone d'un myxome auriculaire avec un carcinome colorectal [2]. Il n'existe aucune association établie entre les myxomes cardiaques et les néoplasmes colorectaux [2]. Il est toutefois intéressant de noter que, quel que soit le type de cancer, l'incidence des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> néoplasmes chez les patients atteints de cancer est plus élevée que ce qui peut être expliqué par le seul hasard [3-5].

Une présentation complexe de tumeurs synchrones devrait inciter le chirurgien à traiter en premier le problème potentiellement mortel le plus immédiat. Chez des patients comme la nôtre, un myxome cardiaque emboligène du cœur gauche devrait être opéré avant le cancer colorectal si le patient n'a pas d'occlusion intestinale. L'exérèse du myxome cardiaque doit être réalisée immédiatement [6]. La tumeur colique peut alors être réséquée dès la correction du risque embolique ; le délai peut aller jusqu'à quelques semaines postopératoires, comme c'est le cas de notre patiente. Le chirurgien doit trouver un équilibre entre le besoin du patient de se remettre d'une chirurgie cardiaque et la nécessité d'arrêter la croissance ultérieure du cancer colorectal. Alternativement, il peut y avoir une situation dans laquelle le problème cardiaque est urgent, mais une obstruction intestinale partielle ou complète concomitante est présente et le côlon n'est pas préparé. Dans ce cas, une résection chirurgicale en urgence de la tumeur colorectale doit être réalisée en premier, avec une colostomie proximale. Des complications peuvent survenir chez les patients subissant une intervention chirurgicale pour l'un ou l'autre de ces types de tumeurs. Lorsque ces patients sont placés sous circulation extracorporelle, l'administration de 20 000 à 30 000 U d'héparine intraveineuse peut précipiter le saignement digestif.

Des hémorragies gastro-intestinales peuvent survenir en raison d'une ischémie vasculaire dans une zone présentant une tumeur ulcérée déjà existante [7]. Une ischémie viscérale aiguë peut résulter de l'embolisation d'un fragment du myxome cardiaque gauche dans le système artériel fémoral ou dans le système vasculaire viscéral, ce qui pourrait, à son tour, entraîner une hémorragie intestinale soudaine [8,9]. Lorsqu'un patient devient hémodynamiquement instable et que l'hémorragie intestinale persiste malgré la correction de la coagulopathie existante avec des facteurs de coagulation, une résection d'urgence de la tumeur colorectale avant une chirurgie cardiaque est justifiée. Alternativement, la résection de la tumeur cardiaque et de la tumeur colique peut être réalisée dans le même temps opératoire. Cependant, dans les situations d'urgence habituelles, la résection du côlon est différée dans un deuxième temps après chirurgie cardiaque urgente comme c'est le cas de notre patiente. Ce n'est qu'après que le myxome cardiaque a été retiré avec succès et que la patiente s'est stabilisée hémodynamiquement que l'intestin du patient doit être préparé et qu'une anastomose intestinale doit être réalisée.

### 4. CONCLUSION

L'association d'un myxome cardiaque et d'un cancer colique synchrone est très rare. Bien que le myxome cardiaque soit généralement considéré comme le plus urgent et soit réséqué en premier, la résection colique doit être réalisée sous la même anesthésie si la masse colique était obstructive ou provoque des saignements abondants. Si le cancer colique n'est pas obstructif, une résection intestinale peut être envisagée dans un deuxième temps.

**Consentement :** Un consentement éclairé écrit a été obtenu auprès du patient pour la publication de ce rapport de cas et des images qui l'accompagnent.

**Competing interests:** The authors declare that they have no competing interest.

**Funding:** This research received no external funding.

## REFERENCES

1. Reynen K. Cardiac myxomas. *N Engl J Med*. 1995;333(24):1610–7. doi:10.1056/NEJM199512143332407.
2. Nuño IN, Kang TY 4th, Arroyo H, Starnes VA. Synchronous cardiac myxoma and colorectal cancer: a case report. *Tex Heart Inst J*. 2001;28(3):215–7.
3. LaMont JT, Isselbacher KJ. Maladies du petit et du gros intestin. In: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, eds. *Les principes de médecine interne de Harrison*. 13e éd. Vol 2. New York: McGraw-Hill; 1994. p.1417–31.
4. Parravicini R, Fahim NA, Cocconcetti F, Barchetti M, Nafeh M, Benassi A, et al. Cardiac metastasis of rectal adenocarcinoma. Surgical treatment. *Tex Heart Inst J*. 1993;20(4):296–8.
5. Schottenfeld D, Berg JW. Epidemiology of multiple primary cancers. In: Schottenfeld D, editor. *Cancer epidemiology and prevention; current concepts*. Springfield (IL): Thomas; 1974. p.416–34.
6. St John Sutton MG, Mercier LA, Giuliani ER, Lie JT. Atrial myxomas: a review of clinical experience in 40 patients. *Mayo Clin Proc*. 1980;55(6):371–6.
7. Pinson CW, Alberty RE. General surgical complications after cardiopulmonary bypass. *Am J Surg*. 1983;146(1):133–7. doi:10.1016/0002-9610(83)90273-8.
8. Eriksen UH, Baandrup U, Jensen BS. Total disruption of left atrial myxoma causing a cerebral attack and a saddle embolus in the iliac bifurcation. *Int J Cardiol*. 1992;35(1):127–9. doi:10.1016/0167-5273(92)90068-E.
9. Hashimoto H, Takahashi H, Fujiwara Y, Joh T, Tomino T. Acute myocardial infarction due to coronary embolization from left atrial myxoma. *Jpn Circ J*. 1993;57(10):1016–20. doi:10.1253/jcj.57.1016.