



## Tumeur cardiaque primitive maligne. Premier cas documenté au Tchad. *Malignant Primary Cardiac Tumor. Firt Case report*

ABDELMADJID Zakaria<sup>1</sup>, ALI Adam Ahamat<sup>2</sup>, OUCHEIMI Choua<sup>3</sup>, TOURE Ali Ibrahim<sup>4</sup>

### RÉSUMÉ

Les tumeurs cardiaques malignes primitives sont rares. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 58 ans sans antécédents particuliers, révélé par un syndrome cave supérieur. L'objectif de ce travail est de montrer l'atypie de l'expression clinique et la gravité de cette pathologie. L'échographie cardiaque et l'angioscanner montraient un épanchement péricardique compressif, une masse intra atriale droite en contact avec l'abouchement de la veine cave supérieure suspectant un angiosarcome et une embolie pulmonaire. L'analyse microscopique du liquide d'épanchement péricardique était en faveur d'une malignité. Le patient était décédé après 05 mois de suivi.

### MOTS CLÉS :

-Tumeur maligne,  
-Cœur,  
-Tchad

### ABSTRACT

Primary malignant heart tumors are rare. We report the case of a 57-year-old patient revealed by upper vena cava syndrome. The objective of this work is to show the atypia of clinical expression and the seriousness of this pathology. Cardiac ultrasound and CT angiography showed compressive pericardial effusion, a right intra atrial mass in contact with the delivery of the superior vena cava suspecting a angiosarcoma and a pulmonary embolism. Microscopic analysis of the pericardial effusion fluid was in favor of malignancy. The patient died after 05 months of follow-up.

### KEYWORDS:

-Malignant  
neoplasm,  
-Heart,  
-Chad

72

1. Service de cardiologie, CHU Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena. BP.130
2. Service de cardiologie, CHU de la Renaissance de N'Djamena. BP. 2029
3. Service de chirurgie, CHU Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena. BP.130
4. Service de Médecine interne et de cardiologie, CHU Lamordé Niamey -Niger. BP. 2672

**Correspondant :** ALI Adam Ahamat, Mail : aliadamahmat@hotmail.com,

**Co-auteurs :** ABDELMADJID Zakaria, [aboutingu@yahoo.fr](mailto:aboutingu@yahoo.fr); OUCHEIMI Choua, [chouaouchemi@gmail.com](mailto:chouaouchemi@gmail.com);  
TOURE Ali Ibrahim, [pr\\_toure@yahoo.fr](mailto:pr_toure@yahoo.fr)

## INTRODUCTION

Les tumeurs cardiaques primitives sont rares. Les séries autopsiques rapportent la présence d'une tumeur cardiaque primitive dans 0,001 à 0,28 % des cas. Elles sont malignes dans 25% des cas et bénignes dans 75% dont 50% des myxomes. L'angiosarcome est la tumeur cardiaque primitive maligne

la plus fréquente<sup>1</sup>. Malgré les progrès de la chirurgie cardiaque, le pronostic des tumeurs malignes reste très grave<sup>2</sup>. Nous rapportons le premier cas d'une tumeur cardiaque primitive documenté au Tchad chez un patient âgé de 57 ans pour montrer l'atypie de l'expression clinique et la gravité de cette pathologie.

## OBSERVATION

Monsieur KG, âgé de 58 ans, d'origine tchadienne, sans antécédents particuliers, a été hospitalisé en Janvier 2020 à l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena pour un syndrome cave supérieur.

Il présentait une dyspnée d'effort stade IV de la *New York Heart Association (NYHA)*, d'apparition brutale, associée à un tableau d'insuffisance cardiaque droite modérée. L'indice de masse corporelle était à 27 Kg/m<sup>2</sup>, sa température à 38,5°C, la pression artérielle à 100/55 mmHg, et sa fréquence cardiaque à 120 battements par minute.

A l'électrocardiogramme, il existait une arythmie par fibrillation auriculaire avec une fréquence ventriculaire moyenne à 121 cycles/min, des troubles de la repolarisations diffuses à type des ondes T négatives et une alternance électrique.

Le bilan biologique sanguin était le suivant :

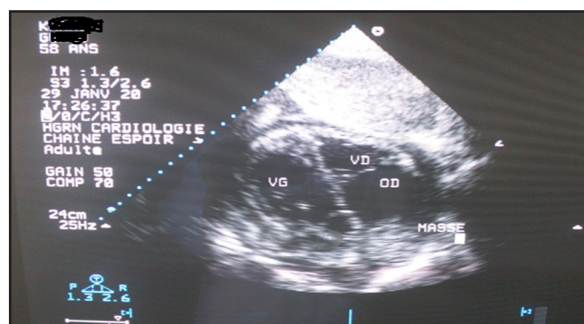
- anémie à 8,7g/dL microcytaire hypochrome;
- glycémie à 0,90 g/L ;
- BNP à 2600 pg/mL ;
- taux de prothrombine à 100% ;
- CRP à 90 mg/l ;
- débit de filtration glomérulaire à 70 mL/mn/m<sup>2</sup>.

L'étude anatomopathologique du liquide péricardique révélait :

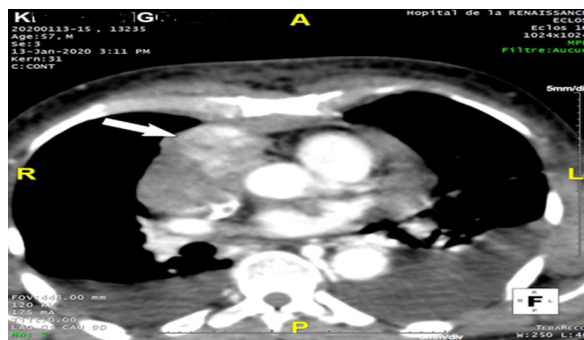
- macroscopiquement un liquide hématique et
- microscopiquement des nombreuses cellules épithéliales basophiles atypiques de taille moyenne, très cohésives se disposant en amas pluridimensionnels avec un fond hématique et inflammatoire en faveur d'une malignité.

A l'échocardiographie réalisée après le drainage de l'épanchement péricardique, (fig.1) les cavités gauches n'étaient pas dilatées.

La fraction d'éjection (FEVG) systolique était à 62%. Le ventricule droit n'était dilaté (26 mm). L'oreillette droite était dilatée (24 cm<sup>2</sup>). Une masse intra atriale droite en contact avec l'abouchement de la veine cave supérieure mesurant 100/70mm. La veine cave inférieure était dilatée moins COMPLIANTE. Les pressions artérielles pulmonaires étaient à 40mmHg. Petit épanchement péricardique résiduel. L'angioscanner thoracique (fig. 2) montrait une tumeur cardiaque intra atriale droite iso dense de 91/53/51mm rehaussée de manière hétérogène par le contraste avec envahissement de la veine cave supérieure faisant évoquer un angiosarcome. On notait également une embolie pulmonaire lobaire inférieure bilatérale et un épanchement pleural bilatéral de de moyenne abondance.



**Fig. 1 :** Coupe sous costale 5 cavités montrant une masse intra atriale droite. VG : Ventricule Gauche (Left ventricle) ; VD : Ventricule Droit (right ventricle) ; OD : Oreillette Droite (right atrium) ; Masse (mass).



**Fig. 2 :** Coupe axiale montrant la tumeur cardiaque intra atriale droite avec envahissement vasculaire.

Le bilan d'extension était négatif. Sur le plan thérapeutique, compte tenu de la défaillance du plateau technique local, aucun projet thérapeutique n'a été entrepris en dehors des

soins palliatifs et l'anticoagulation dont l'usage a été limitée par l'épanchement péricardique. Le patient était décédé au bout 5 mois de suivi.

## DISCUSSION

Les tumeurs cardiaques malignes primitives sont rares mais graves. Le mode de révélation clinique de ces tumeurs est généralement lié à leur localisation et leur extension locorégionale<sup>3</sup>. Le tableau clinique le plus fréquemment retrouvé est l'insuffisance cardiaque droite progressive, d'origine indéterminée, rapidement incontrôlable. L'installation rapide d'un syndrome cave supérieur, comme dans notre cas, ou cave

inférieur doit faire évoquer de principe une tumeur cardiaque<sup>3</sup>. Chez notre patient, nous n'avons pas réalisé une biopsie de la tumeur pour en déterminer l'aspect histologique précis. Cependant, plusieurs éléments, à savoir : la manifestation clinique, l'aspect radiologique et l'évolution rapidement défavorable, étaient en faveur d'un angiosarcome. Le seul traitement permettant une amélioration de la survie est une résection chirurgicale complète de la tumeur<sup>4</sup>.

## CONCLUSION

Les tumeurs cardiaques malignes primitives sont rares mais graves. Une stratégie de prise en charge rapide peut améliorer le pronostic.

**Conflit d'intérêt :** aucun.

## RÉFÉRENCES

- 1-Burke A, Tavora F. The 2015 WHO classification of tumors of the heart and pericardium. *J Thorac Oncol* 2016;11:441-52.
- 2-Nassereddine H, Sciote R, Debiec-Rychter M, and al. Le sarcome intimal cardiaque : tumeur rare illustrée par un cas de présentation histopathologique inhabituelle. *Annales de pathologie* (2019) 39, 440-443.
- 3-Salcedo EE, Cohen GI, White RD, and al. Cardiac tumors: diagnosis and management. *Curr Opin Cardiol* 1992 ; 17 : 73-1 37.
- 4-Vinod P, Jabri A, Hegde V, and al. Functional mitral stenosis: imposture of primary cardiac intimal sarcoma. *Cardiol Res* 2018;9:307-13.