

Masse médiastinale chez une patiente migrante

Yvan Fournier, Olivier Hugli



Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

Summary

Mediastinal mass in a female migrant

In a 58-year-old Algerian female patient presenting to the emergency department with shortness of breath and a mediastinal mass on chest x-ray, transthoracic echocardiography revealed a giant left atrium with severe mitral disease. The probable aetiology was rheumatic heart disease, a pathology now rare in industrialised countries but which affects many people worldwide, chiefly in developing countries. Rheumatic mitral valvulopathy with enlargement of the left atrium must therefore be considered in the presence of any mediastinal or right thoracic mass on chest x-ray, especially in migrant patients.

Présentation du cas

Une patiente algérienne de 58 ans se présente aux urgences en raison d'une dyspnée apparue progressivement sur dix jours, accompagnée d'expectorations purulentes et de douleurs thoraciques antérieures respirodépendantes. Dans ses antécédents, on retrouve un tabagisme à 6 unités paquets-années, arrêté dix ans auparavant. A l'examen physique, elle présente un pouls irrégulier à 110 battements par minute, une tension artérielle à 100/80 mm Hg, une saturation en oxygène à 91% à l'air ambiant, une turgescence jugulaire bilatérale ainsi qu'un souffle systolique d'intensité 3/6 maximal à l'apex. L'auscultation des plages pulmonaires est sans particularité. Les leucocytes sont à 3,0 G/l et la protéine C réactive à 48 mg/l. L'ECG montre une fibrillation auriculaire à 105 battements par minute sans signe d'ischémie. La radiographie du thorax met en évidence une opacité bien délimitée de 15 × 13 cm située dans le médiastin (fig. 1 ). Le diagnostic de cette masse médiastinale est posé grâce à l'échocardiographie transthoracique qui montre une oreillette gauche mesurant 10 × 11 cm (fig. 2 ) et une maladie mitrale sévère à prédominance de sténose. La maladie mitrale est vraisemblablement d'origine rhumatismale chez cette patiente qui rapporte plusieurs épisodes de pharyngite non traitée dans son enfance. On est donc en présence d'une oreillette gauche géante, une complication rare de la maladie mitrale rhumatismale. Les critères diagnostiques de l'oreillette géante ont évolué au cours du temps en fonction des progrès de l'imagerie médicale. Dans la première définition, le bord de l'oreillette gauche devait se trouver à moins de 1 cm de la paroi thoracique droite à la radiographie standard. Par la suite, d'autres critères ont été proposés tels qu'un diamètre auriculaire antéropostérieur supérieur à 8 cm à

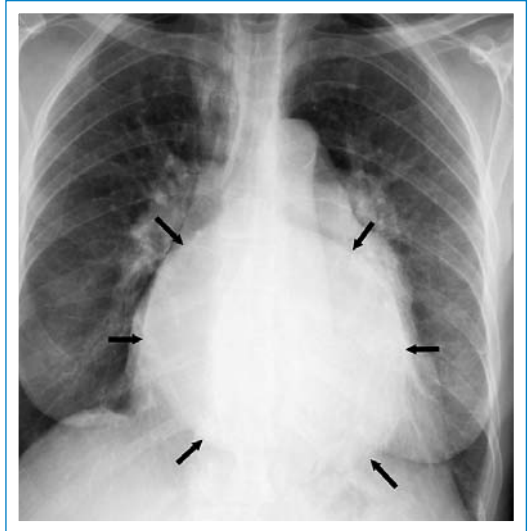


Figure 1

Radiographie du thorax en position debout, incidence postéro-antérieure. Les flèches délimitent le contour de l'oreillette gauche.

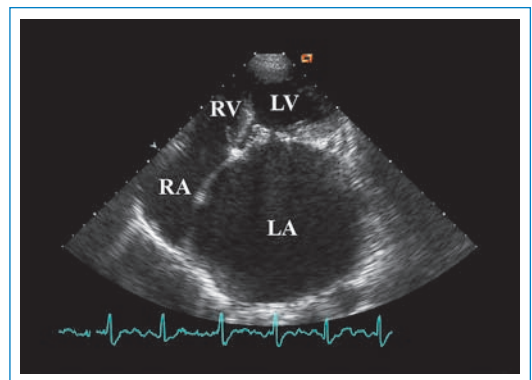


Figure 2

Echocardiographie transthoracique, vue apicale 4 cavités; LA: left atrium; LV: left ventricle; RA: right atrium; RV: right ventricle. (Illustration fournie par le Dr M. Nasratullah, Service de Cardiologie, CHUV)

l'échocardiographie associé à un index cardiothoracique supérieur ou égal à 0,7 à la radiographie standard, ou encore un diamètre auriculaire supérieur ou égal à 6,5 cm à l'échocardiographie deux dimensions en vue long axe parasternal [1].

Discussion

La maladie cardiaque rhumatismale est devenue rare dans les pays industrialisés mais affecte plus de 15 millions de personnes à travers le monde, particulièrement dans les pays en voie de déve-

loppement [2]. Par conséquent, une dilatation de l'oreillette gauche secondaire à une valvulopathie mitrale rhumatismale doit être considérée dans le diagnostic différentiel de toute masse médiastinale ou de l'hémithorax droit vue à la radiographie standard, tout particulièrement chez les patients migrants [3]. Ce diagnostic peut être posé avec des moyens simples: l'anamnèse, le status cardiologique, la radiographie du thorax et l'échocardiographie transthoracique. A l'inverse, le fait d'omettre cette pathologie peut conduire à des investigations superflues et coûteuses par CT ou IRM, voire même à des procédures dangereuses telles qu'une ponction diagnostique transthoracique [4].

Les manifestations cliniques, outre les symptômes et signes d'insuffisance cardiaque, sont multiples: dysphagie, dyspnée, raucité de la voix, bronchopneumonie par compression des structures adjacentes, et embolies périphériques de thrombi formés dans l'oreillette [5]. Le traitement est chirurgical avec un remplacement de la valve mitrale associé à une réduction de volume de l'oreillette gauche si nécessaire [6, 7].

Finalement, le diagnostic retenu est une trachéo-bronchite chez une patiente présentant une oreillette gauche géante sur valvulopathie mitrale rhumatismale. L'évolution clinique a été favorable avec un traitement symptomatique.

Correspondance:
Dr. Yvan Fournier
Centre Interdisciplinaire
des Urgences
CHUV
Rue du Bugnon 46
CH-1011 Lausanne
yvan.fournier@chuv.ch

Références

- 1 Oh JK. Echocardiographic Evaluation of Morphological and Hemodynamic Significance of Giant Left Atrium. An Important Lesson. *Circulation*. 1992;86:328–30.
- 2 Carapetis JR. Rheumatic Heart Disease in Developing Countries. *N Engl J Med*. 2007; 357:439–41.
- 3 Hurst JW. Memories of Patients With a Giant Left Atrium. *Circulation*. 2001;104:2630–1.
- 4 Schwartzman PR, White RD. Giant Left Atrium. *Circulation*. 2001;104:e28–e29.
- 5 Seyfeli E, Akgul F, Seydaliyeva T, et al. Giant left atrium mimicking a right thoracic mass: case report. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(1):183–4.
- 6 Isomura T, Hisatomi K, Hirano A, et al. Left atrial plication and mitral valve replacement for giant left atrium accompanying mitral lesion. *J Card Surg*. 1993;8:365–70.
- 7 Sinatra R, Pulitani I, Antonazzo A, et al. A novel technique for giant left atrium reduction. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2001;20:412–4.