

Accidents vasculaires cérébraux à répétition

Vanessa Crisinel^a, Xavier Jeanrenaud^a, Elena Rizzo^b, Alain Delabays^a

^a Service de Cardiologie, CHUV, Lausanne, Switzerland

^b Service de Radiologie, CHUV, Lausanne, Switzerland

Description du cas

Patiente de 55 ans, connue pour deux accidents vasculaires cérébraux transitoires en 2002 (parésie du MID, récupération complète en quelques jours) et en avril 2009 (parésie faciale G durant 2 heures) ainsi qu'une HTA et une hypercholestérolémie traitées. Elle présente fin juillet 2009 une désorientation avec parésie et maladresse du MSG associée à une asymétrie faciale subjective. Le lendemain, elle consulte une clinique où une IRM cérébrale met en évidence une lésion ischémique récente dans la région frontale D, ainsi que deux lésions anciennes dans les régions frontales D et de la capsule interne D. Elle est adressée au CHUV pour investigations.

Au status d'entrée, on note une hémiparésie ataxique G avec une pression artérielle normale. L'ECG montre un rythme sinusal régulier à 60 bpm avec un tracé normal. L'échocardiographie transthoracique met en évidence une masse mobile de 1,0 cm attachée à la valve aortique, à la jonction des cuspidés coronariennes D et G (fig. 1a, b) ainsi qu'un FOP faiblement perméable. La fonction gauche et droite est normale sans atteinte de la cinétique segmentaire. L'échocardiographie transœsophagienne (fig. 1c, d) confirme la présence de cette masse mobile à la commissure des cuspidés coronariennes D et G avec une autre masse plus petite dans le sinus transverse. Son échodensité est inhomogène avec une portion de tonalité liquidienne évoquant une nécrose partielle. Il n'y a pas d'insuffisance aortique. Une reconstruction tridimensionnelle (fig. 2) permet d'apprécier la masse dans son ensemble et de confirmer son attachement à la fois à l'anneau et aux cuspidés coronariennes D et G. Ces images dans un contexte d'AVC récidivants évoquent avant tout un fibro-élastome avec un DD de végétation sur endocardite infectieuse ou marantique. Une IRM cardiaque est réalisée qui confirme que cette masse prend le contraste avec un centre compatible avec une nécrose partielle (fig. 3a, b).

L'indication à une résection chirurgicale est posée. Elle nécessite cependant un remplacement valvulaire, la valve native ne pouvant être conservée. L'anatomopathologie révèle un fibro-élastome papillaire mesurant 1 cm dans le grand axe sans signe de malignité (fig. 4a–c).

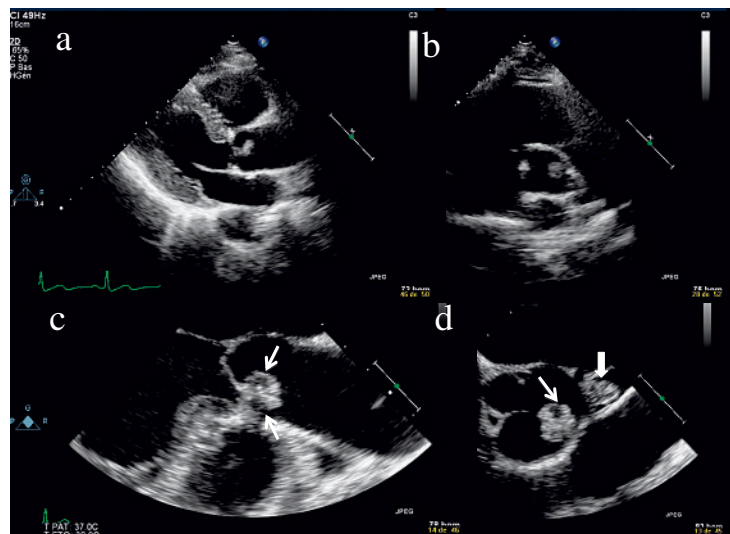
Key words: fibroélastome; échocardiographie; échocardiographie tri-dimensionnelle; résonance magnétique cardiaque; accident vasculaire cérébral

Commentaires

Bien que rare, le fibroélastome est la tumeur cardiaque primaire la plus fréquente après le myxome [1, 2]. Elle touche les hommes un peu plus souvent que les femmes (55 vs 45%) à un âge moyen de 60 ans. Sa taille peut varier de 2 à 70 mm, mais est en moyenne de 9 mm comme dans notre cas. Elle se situe le plus souvent sur

Figure 1

Vues échographiques par voie transthoracique et transœsophagienne en long axe (a et c) et en court axe (b et d) de la valve aortique montrant une masse de 1 cm attachée aux feuillets et à l'anneau aortique à la jonction des cuspidés D et G, mesurant 1 cm dans son grand axe. Les vues transœsophagiennes montrent sa nature inhomogène avec 2 régions moins échodenses suggérant possiblement une nécrose (flèches étroites). Une autre masse plus petite est visible dans le sinus transverse entre l'artère pulmonaire et l'oreillette G (flèche épaisse).



Correspondance:
Dr Alain Delabays
Médecin-chef du service de médecine
Ensemble Hospitalier de la Côte
CH-1110 Morges
Switzerland
alain.delabays@ehc.vd.ch

Les auteurs certifient qu'il n'y a pas de conflit d'intérêt.

la valve aortique (36%) puis la mitrale (29%), et plus rarement sur les valves tricuspide et pulmonaire ou sur l'endocarde ventriculaire ou auriculaire. On rencontre des tumeurs multiples dans 9% des cas. Les manifestations cliniques sont secondaires à l'embolisation

Figure 2

Reconstruction tridimensionnelle de la masse à son attache à la jonction des cuspidés coronarienne D et G. Sa forme générale ainsi que son pied d'implantation plus fin à la commissure des 2 feuillets aortiques sont bien visibles.

LVOT: chambre de chasse gauche. Ao asc: aorte ascendante. AP: artère pulmonaire.

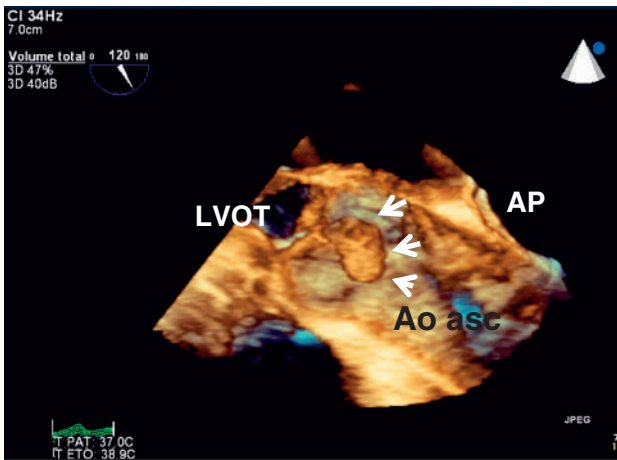
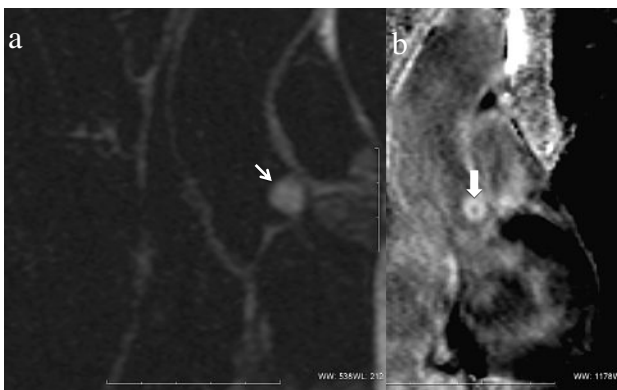


Figure 3

Examen par résonance magnétique cardiaque, vue en long axe de la valve aortique et de l'aorte ascendante. a) En pondération T2, la masse apparaît en hypersignal (flèche fine). b) L'injection de gadolinium montre une prise de contraste périphérique avec un centre hypodense (flèche épaisse) évoquant une tumeur avec centre liquidien.



de thrombi recouvrant la tumeur ou de portions de la tumeur elle-même qui provoquent principalement un accident vasculaire cérébral, transitoire ou non. Un infarctus, une mort subite, une syncope ou des embols périphériques sont plus rares. 30% sont découverts fortuitement lors d'une échocardiographie ou lors de chirurgie cardiaque pour une autre raison. Le traitement est en principe chirurgical pour les tumeurs à l'origine d'embols documentés, ou en cas d'absence symptômes, si leur taille dépasse 10 mm ou si elles sont très mobiles [1]. Pour certains auteurs, de petites tumeurs asymptomatiques et non mobiles peuvent être surveillées. Aucune récurrence n'a été décrite après résection chirurgicale.

Références

- 1 Sun JP, Asher CR, Yang XS, et al. Clinical and echocardiographic characteristics of papillary fibroelastomas: a retrospective and prospective study in 162 patients. *Circulation*. 2001;103:2687.
- 2 Gowda RM, Khan IA, Nair CK, et al. Cardiac papillary fibroelastoma: a comprehensive analysis of 725 cases. *Am Heart J*. 2003;146:404.
- 3 Jahnke C, Hamdan A, Fleck E, Paetsch I. Tissue characterization of a suspected aortic valve fibroelastoma with cardiac magnetic resonance imaging. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2008;1(1):87-8.

Figure 4

Vue intra-opératoire de la valve aortique (a) qui présente une masse gélatineuse de 1 cm de diamètre fixée sur le bord libre du feuillet coronarien gauche. b) feuillet coronarien gauche après excision avec par comparaison les 2 autres cuspidés. c) histologie de la pièce opératoire montrant l'aspect villositaire de la tumeur caractéristique d'un fibro-élastome.

