



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Le phéochromocytome : piège diagnostique rare et mortel parfois rencontré en gynécologie-obstétrique

Pheochromocytoma: Rare lethal challenging diagnosis that may be encountered by gynecologists and obstetricians

C. Choux^{a,*}, B. Vergès^b, J.-P. Isnardon^c, J.-M. Rousselet^a, S. Douvier^a,
P. Sagot^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Dijon, 6, boulevard Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 21000 Dijon, France

^b Service d'endocrinologie, CHU de Dijon, 6, boulevard Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 21000 Dijon, France

^c Service d'anesthésie-réanimation, CHU de Dijon, 6, boulevard Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 21000 Dijon, France

Reçu le 27 mai 2011 ; avis du comité de lecture le 25 novembre 2011 ; définitivement accepté le 1^{er} décembre 2011

Disponible sur Internet le 9 janvier 2012

MOTS CLÉS

Phéochromocytome ;
Paragangliome ;
Hypertension
artérielle ;
Vessie ;
Grossesse

KEYWORDS

Pheochromocytoma;
Paraganglioma;
Hypertension;
Bladder;
Pregnancy

Résumé Le phéochromocytome est une tumeur rarement rencontrée en gynécologie-obstétrique. Responsable d'hypertension artérielle maligne, son évolution peut être fatale. De diagnostic difficile, ses symptômes miment des pathologies plus fréquentes comme la prééclampsie ou une tumeur pelvienne. Nous présentons deux observations qui illustrent la nécessité d'évoquer le diagnostic devant des signes non spécifiques : tension artérielle labile, palpitations, sueurs, céphalées, et de rechercher au moindre doute les dérivés méthoxylés urinaires. Le traitement est chirurgical, et comme la césarienne, voie d'abord obligatoire chez la femme enceinte porteuse d'un phéochromocytome, il est encadré par un traitement antihypertenseur pour éviter des complications peropératoires létales.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Pheochromocytomas are rare but potentially lethal tumors responsible for malignant hypertension. They may be encountered by gynecologists and obstetricians. The diagnosis is difficult because it can be mistaken for diseases more frequent like preeclampsia or other pelvic tumors. We report two cases highlighting clinical clues such as labile hypertension, headache, sweating, palpitations and failure to respond to conventional treatment should prompt physicians to screen patients for pheochromocytoma by measuring the 24-hour urinary catecholamines. The surgery must be performed after using an appropriate preoperative treatment, in order not to trigger lethal outcome. During pregnancy, C-section is recommended.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : cecile.choux@gmail.com (C. Choux), bruno.verges@chu-dijon.fr (B. Vergès), jean-paul.isnardon@chu-dijon.fr (J.-P. Isnardon), jean-marc.rousselet@chu-dijon.fr (J.-M. Rousselet), serge.douvier@chu-dijon.fr (S. Douvier), paul.sagot@chu-dijon.fr (P. Sagot).

Introduction

Le phéochromocytome est une pathologie rarement rencontrée en gynécologie-obstétrique, responsable d'hypertension artérielle (HTA) maligne et parfois mortelle. Surnommé « le grand simulateur » [1], son diagnostic est difficile car il peut mimer d'autres pathologies plus fréquentes. Nos deux observations rappellent la nécessité de garder le phéochromocytome à l'esprit en gynécologie-obstétrique pour savoir le démasquer le cas échéant, et ainsi en diminuer la mortalité.

Cas cliniques

Le premier cas concerne une patiente de 36 ans, cinquième geste, deuxième part, ayant comme antécédents deux accouchements à terme, deux fausses couches spontanées précoces et un tabagisme. Pour cette cinquième grossesse, le suivi montrait, à 38 semaines d'aménorrhée (SA), une prise de poids excessive (17 kg) et une suspicion de retard de croissance intra-utérin (poids fœtal estimé à 2490 g). À 40 SA, l'interrogatoire retrouvait des signes fonctionnels d'HTA transitoires : phosphènes, acouphènes et céphalées vespérales, ainsi qu'une anxiété. L'examen clinique montrait une tension artérielle (TA) fluctuant entre 145/107 et 160/110 mmHg et des œdèmes des membres inférieurs. La protéinurie sur bandelette urinaire (BU) était à 1 g/L. Le diagnostic de prééclampsie (PE) a été retenu et un déclenchement par dinoprostone décidé. Le travail dirigé par ocytociques s'est déroulé sous péridurale. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) était sans anomalie. Le début des efforts expulsifs s'est caractérisé par des vomissements maternels et une bradycardie fœtale d'expulsion avec ralentissement progressif de la fréquence cardiaque jusqu'à 70 battements par minute (bpm). Cela a justifié une extraction instrumentale : naissance d'une fille de poids normal (2980 g) (Apgar à une minute : 4, à cinq minutes : 6). Devant l'absence de délivrance spontanée, une délivrance artificielle et une révision utérine (DA-RU) ont été réalisées. La TA était alors à 168/113 et le pouls à 102 bpm. Lors de la DA-RU, la TA s'est majorée à 215/132 et le pouls à 121 bpm. La patiente a alors présenté une dyspnée avec cyanose péri-buccale nécessitant une oxygénothérapie. Un traitement antihypertenseur par nicardipine IV a été débuté. Rapidement, l'état de la patiente s'est détérioré avec apparition d'une détresse respiratoire et désaturation avec SpO₂ à 46 %. Une intubation orotrachéale a donc été réalisée en urgence. La patiente présentait d'importantes sécrétions spumeuses et rosées. La TA restait très élevée malgré un traitement par furosémide et labétalol. La patiente a ensuite présenté un arrêt cardiorespiratoire et est décédée malgré les manœuvres de réanimation, deux heures et 30 minutes après la DA-RU.

L'autopsie a montré une alvéolite œdémateuse et macrophagique compatible avec le diagnostic d'œdème aigu pulmonaire (OAP). Il n'y avait pas de thrombose de l'artère pulmonaire. La surrénale droite était le siège d'un phéochromocytome méconnu, de 5 cm de diamètre.

Le second cas est celui d'une patiente de 28 ans, sans antécédents notables, adressée pour image pelvienne sus-vésicale découverte lors d'un bilan de cystites à répétition,

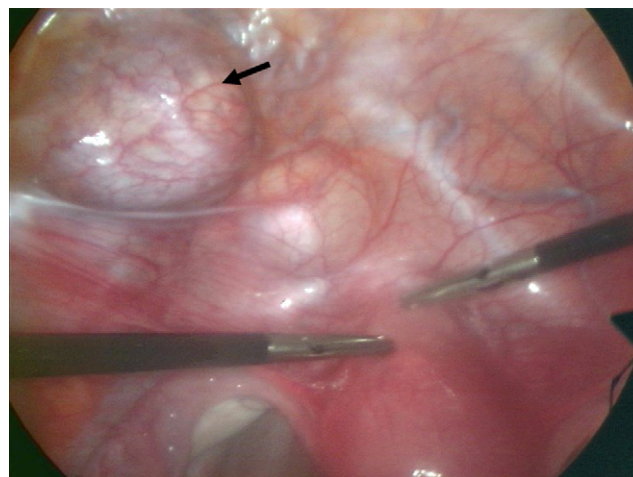


Figure 1 Coelioscopie. Utérus et ovaires normaux. Masse para-sagittale gauche (flèche).
Laparoscopy. Normal aspect of the uterus and the ovaries. Left parasagittal tumor (arrow).

avec cystalgie et gêne mictionnelle. À l'examen, la TA était à 140/90 mmHg. Elle présentait une douleur modérée du flanc gauche. L'examen cytot bactériologique urinaire (ECBU) était stérile. L'échographie pelvienne montrait une masse de 35 mm, de tonalité tissulaire, hypervascularisée au Doppler, comprimant le pôle supérieur gauche de la vessie, n'ayant pas l'aspect d'un ovaire normal. Les deux reins étaient normaux, l'utérus était sans particularité. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien visualisait la même masse pelvienne, probablement aux dépens de l'ovaire. Les marqueurs tumoraux CA 19-9 et ACE étaient normaux. Les deux hypothèses évoquées étaient un ovaire tumoral basculé en avant du ligament large, ou un fibrome sous-séreux symptomatique. Une coelioscopie exploratrice a été réalisée et a mis en évidence un utérus et deux ovaires d'aspect normal, sans anomalie associée de la cavité abdominale. Elle confirmait la présence d'une masse ronde de 4 cm de diamètre, sous-péritonéale, parasagittale gauche, hypervascularisée et semblant adhérente au dôme vésical (Fig. 1). Toute préhension et/ou mobilisation de cette masse s'accompagnait d'importantes fluctuations tensionnelles avec des pics jusqu'à 220 mmHg de pression artérielle (PA) systolique, faisant évoquer le diagnostic de phéochromocytome. Dès lors que la tumeur a été dévascularisée, les variations tensionnelles ont cessé (Fig. 2). Le dosage urinaire des dérivés méthoxylés, réalisé sur les urines peropératoires était très élevé. L'examen anatomopathologique de la masse a confirmé le diagnostic de phéochromocytome localisé à la paroi vésicale.

En reprenant l'interrogatoire de façon orientée, la patiente signalait des palpitations lors des mictions, parfois associées à des douleurs pelviennes, plusieurs mois avant l'intervention ainsi qu'une asthénie, des sueurs nocturnes et des épisodes de malaises avec sueurs et pâleur. Tous ces symptômes ont disparu après l'intervention. Trois mois plus tard, la patiente a bénéficié d'une scintigraphie à la Méta-Iodo-Benzyl-Guanidine (MIBG)-Iode123, qui ne mettait pas en évidence de foyer de fixation anormal. Les valeurs de TSH, calcitonine, calcémie et parathormone étaient

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6088954>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6088954>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)