

FAIT CLINIQUE

PRISE EN CHARGE DU PHEOCHROMOCYTOME AU CHU SYLVANUS OLYMPIO : A PROPOS D'UN CAS

MANAGEMENT OF ONE CASE OF PHEOCHROMOCYTOMA AT SYLVANUS OLYMPIO TEACHING HOSPITAL

F ALASSANI, B TCHANGAI, E SEWA, K ADABRA, A AMAVI, ED DOSSEH, K ATTIPOU

Service de chirurgie viscérale, CHU Sylvanus Olympio Lomé (Togo)

RÉSUMÉ

Le phéochromocytome est une tumeur neuro-endocrine développée aux dépens des cellules chromaffines de la médullosurrénale. C'est une cause rare et curable de l'hypertension artérielle. Le phéochromocytome est mal connu au Togo et souffre d'un retard diagnostique. La prise en charge chirurgicale peut exposer à des risques surtout anesthésiques. Nous rapportons un cas de phéochromocytome pris en charge au CHU Sylvanus Olympio avec des suites simples.

Mots clés: phéochromocytome, hypertension artérielle, métanéphrines, normétanéphrines, anesthésie.

SUMMARY

Pheochromocytoma is a neuroendocrine tumor developed in the adrenal gland. It is a rare and curable cause of high blood pressure. We report one case of pheochromocytoma managed at Sylvanus Olympio Teaching Hospital with simple outcomes. Pheochromocytoma is poorly known in Togo and suffers from a diagnostic delay and surgery can expose to risk, especially anesthetic.

Keywords: pheochromocytoma, high blood pressure, metanephrine, normetanephrine, anesthesia.

Tirés à part

Dr ALASSANI Fousséni, chirurgie viscérale CHU Sylvanus Olympio, téléphone : +22890082037, Email : alassanifousseni@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le phéochromocytome est une tumeur neuro-endocrinienne développée aux dépens de la médullosurrénale. Il est caractérisé par une sécrétion excessive de catécholamines. Il a été décrit pour la première fois par FRÄNKEL en 1886 [1]. C'est une cause rare et curable des hypertensions artérielles (HTA) [2]. Son diagnostic doit être précoce, car il expose à des complications paroxystiques potentiellement létales. Nous rapportons un cas de phéochromocytome qui nous permettra d'exposer les difficultés liées à la prise en charge de cette pathologie.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 18ans, adressée pour prise en charge chirurgicale d'un phéochromocytome. Le diagnostic était évoqué devant des signes associant hypertension artérielle avec rétinopathie, céphalées pulsatiles, et trouble visuel évoluant depuis 6 ans ainsi qu'une tumeur surrénalienne droite hétérogène de 6 cm de diamètre au scanner abdominal (figure1).

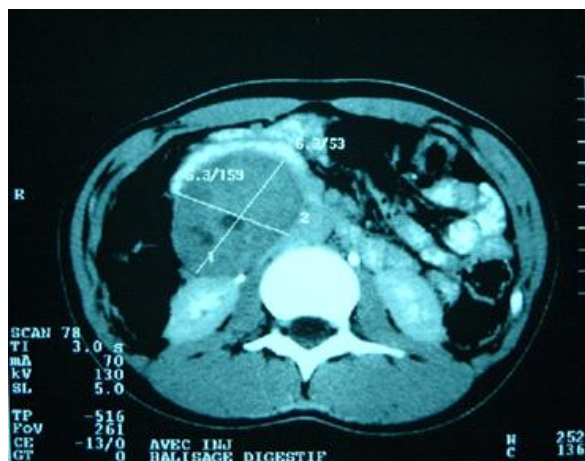


Figure 1 : scanner montrant le phéochromocytome de la surrénale droite

Le diagnostic a été confirmé par le dosage des métanéphrines et normétanéphrines urinaires qui étaient élevés respectivement à 2 fois et 63 fois la normale. La patiente était sous alpha méthyl-Dopa à l'admission. L'examen était normal, en dehors d'une tension artérielle à 200/140 mm Hg, un pouls à 105 pulsations/min et d'une hypersudation. La tension artérielle était stabilisée la veille de l'intervention, à 140/90mm Hg par une perfusion de Nicardipine. Sous anesthésie générale et après expansion volémique, l'exérèse d'une tumeur de 8cm de diamètre a été réalisée par un abord sous-costal droit. Pendant l'intervention, il a été noté un pic tensionnel à 200/150mmHg lors de la manipulation de la tumeur

traité par perfusion de nicardipine. Nous avons noté une régularisation de la tension artérielle à 110/50 mm Hg dès le clampage de la veine nourricière. Aucune hypotension n'a été notée durant le reste de l'intervention. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire avait confirmé le diagnostic de phéochromocytome. Les suites opératoires étaient simples et la patiente était autorisée à sortir au septième jour postopératoire. La patiente a été perdue de vue après deux ans de suivi postopératoire.

DISCUSSION

Le diagnostic du phéochromocytome est réalisé en Afrique au stade de complications à cause du retard ou de la méconnaissance du diagnostic [3]. C'était le cas chez notre patiente avec une rétinopathie hypertensive au moment du diagnostic. Il faut savoir évoquer le diagnostic devant la triade symptomatique associant HTA, palpitation et hypersudation [4]. Par ailleurs la recherche d'un phéochromocytome est indiquée dans les hypertensions artérielles résistantes au traitement ou associées au diabète. Il faut également rechercher cette affection devant un incidentalome surrénalien, une néoplasie endocrinienne multiple (NEM), la maladie de Von Hippel Lindau (VHL) et la neurofibromatose de type 1 (NF1) [5-7]. Ces affections peuvent être héréditaires justifiant la réalisation systématique d'une enquête génétique biomoléculaire à la recherche des mutations des gènes tels que RET, VHL et NF1. En effet, avant 21 ans, 59% des phéochromocytomes sont héréditaires [8]. Dans notre cas, l'enquête génétique n'a pas été faite en l'absence de laboratoire de biologie moléculaire. Dans ces conditions, la prise en charge du phéochromocytome n'est pas optimale car dans ces formes héréditaires, le pronostic dépend également des pathologies associées.

La confirmation du diagnostic était faite sur la base du dosage des dérivées méthoxylés urinaires. Parmi les différents tests proposés, le dosage plasmatique ou urinaire des dérivés méthoxylés est plus fiable avec une sensibilité supérieure à 95% [8]. Par ailleurs, ce bilan doit être le préalable à toute exploration morphologique. Mais chez notre patiente, ce sont les données du scanner abdominal qui ont motivé ces examens biochimiques. Ceci s'explique par l'accessibilité du scanner par rapport aux laboratoires d'hormonologie qui n'existent pas sur place. L'imagerie n'intervient en principe que pour le diagnostic topographique et pour dépister les localisations ectopiques (paragangliomes). Le scanner, l'IRM et la scintigraphie sont les examens couramment réalisés avec une sensibilité respective évaluée à 89, 97 et 81% [9]. Le scanner abdominal avait suffi chez notre patiente.

Le traitement du phéochromocytome est chirurgical

mais doit être précédé par la préparation médicale qui a pour objectif de contrôler la tension artérielle et d'éventuelles cardiopathies sous-jacentes. On associe en bithérapie, pour une durée de 7 à 14 jours les médicaments appartenant à la classe des $\alpha 1$ et $\alpha 2$ bloquants non compétitifs, $\alpha 1$ bloquants compétitifs, β bloqueur, inhibiteurs calciques de la famille des dihydropyridines [1]. La préparation médicale n'était pas optimale chez notre patiente qui a reçu uniquement de l'alpha-méthyl-dopa.

Le défi majeur dans le traitement du phéochromocytome est l'anesthésie. En effet, il existe d'une part un risque d'instabilité tensionnelle avec accès hypertensifs et troubles du rythme, et d'autre part un risque d'hypotension après ablation de la tumeur [10]. C'est dire l'importance du monitoring spécifique associant une surveillance continue de la pression artérielle centrale, un accès veineux central et l'utilisation d'une échographie transoesophagienne dans le cas d'une cardiopathie documentée avant l'intervention [1, 11]. Notre patiente n'a pas bénéficié de ce type de monitoring. C'est toute la difficulté de ce type de chirurgie dans les pays en voie de développement où le plateau technique souvent limité peut conduire parfois certains chirurgiens à récuser ces patients. Il est recommandé de corriger la volémie avant toute anesthésie. Cette expansion volémique est garante d'une stabilité hémodynamique au cours de l'intervention en permettant l'introduction précoce des vasodilatateurs et une diminution du risque d'hypotension post exérèse [11]. A l'induction, les curares histamino-libérateurs et la kétamine sont à éviter à cause de leur effet sympathicomimétique

[12]. Pour prévenir les pics hypertensifs, de plus en plus d'équipes préconisent la perfusion en continue de la nicardipine jusqu'au clampage veineux, à la dose de 1 à 10 $\mu\text{g/kg}$ car l'hypotension ne semble pas s'observer avec les inhibiteurs calciques [12-14]. Nous l'avons utilisé en perfusion courte chez notre patiente. Dans la même logique, la ligature première des veines surrénaliennes après épreuve de clampage est la règle avant toute manipulation de la glande afin d'éviter un relargage des catécholamines [15].

Le suivi postopératoire, prend une place prépondérante dans la prise en charge du phéochromocytome car 7 à 35% des phéochromocytomes sont malins [16] et il n'y a pas de critère histologique permettant d'éliminer la malignité. Le suivi est finalement le meilleur moyen d'anticiper sur ces risques. Un suivi de 10 ans au moins est recommandé avec la prise régulière de la tension artérielle et le dosage des dérivés méthoxylés [15]. Le suivi n'a été que de deux ans chez notre patiente. Malgré des suites simples, le risque de cancer n'a pas été éliminé, illustrant la difficulté dans la prise en charge du phéochromocytome.

CONCLUSION

La prise en charge du phéochromocytome dans les pays en voie de développement peut être confrontée à des difficultés liées à l'anesthésie et à l'absence de laboratoires de biologie appropriés. Le retard diagnostique et le plateau technique limité peuvent exposer le patient à des risques vitaux. Les indications chirurgicales doivent être donc bien pesées.

REFERENCES

- 1- Lacoste L. Préparation et environnement périopératoire dans la chirurgie du phéochromocytome. *Ann Surg.* 2005 ; 130(4) : 264-266.
- 2- De Lellis RA, Lloyd RV, Heitz PU, Eng C. Pathology and genetics of tumours of endocrine organs. In: Kleihues P, Sobin LE, eds. *Worlds Health Organization Classification of Tumors.* Lyon: IARC Press;2004:138-59.
- 3- Sidibe E. H. Le phéochromocytome en Afrique : rareté, gravité et ectopie. *Ann Urol.* 2001 ; 35(1) : 17-21.
- 4- O'Connor DT, Adrenal medulla. *Endocrine and reproductive diseases.* In : Bennett JC, Plum Fed. *Cecil text book of medicine.* 20th edition. Philadelphia: WB Saunders Company;1996.2: 1253-7.
- 5- Plouin PF, Gimenez-Roqueplo AP, La Batide Alanore A, Salenave S, Duclos JM. Recent progress in the diagnosis, prognostic evaluation and treatment of Pheochromocytoma. *Rev Med Interne.* 2000Dec;21(12):1075-85.
- 6- TM Gifford RW, Manger WM, Bravo EL. Pheochromocytoma. *Endocrinol Metab Clin North Am.*

1994;23:387-404.

7- Luton JP, Mosnier-Pudar H, Bertherat J. Les incidentalomes surrenaliens. *Rev Fr Endocrinol Clin*. 1996;37:95-119.

8- Brunaud L, Ayav A, Bresler L. Les problèmes diagnostiques du phéochromocytome. *Ann Surg*. 2005;130(4): 267-272.

9- Jalil ND, Pattou F, Combemale, Chapuis Y, Henry JF, Peix JL, et al. Effectiveness and limits of preoperative imaging studies for the localisation of pheochromocytoma and paragangliomas : a review of 282 cases. *Eur J Surg* 1998;164:23-8.

10- Billard V, Cheikh M, Delaporte-Cerceau S, Raffin-Sanson M.-L. Anesthésie pour traitement des tumeurs endocrines. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28: 549-563.

11- Tavernier B, Leclerc J. Anesthésie-réanimation dans la chirurgie des surrénales. *Encycl Méd Chir, Anesthésie-Réanimation*, 36-590-A-70, 2003, 7p.

12- Lejus C. Spécificités anesthésiques liées à la prise en charge anesthésique de l'enfant porteur d'une tumeur. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006;25:424-31.

13- Proye C, Thevenin D, Cecat P, Petillot P, Carnaille B, Verin P, et al. Exclusive use of calcium channel blockers in preoperative and intraoperative control of pheochromocytomas: hemodynamics and free catecholamine assays in ten consecutive patients. *Surgery* 1989;106:1149-54.

14- Dougherty TB, Cronau Jr LH. Anesthetic implication for surgical patients with endocrine tumors. *Int Anesthesiol Clin* 1998;36:31-44.

15- Zerhouni H, Kaddouri N, Abdelhak M. Le phéochromocytome de l'enfant. A propos de deux cas. *Ann Urol*. 2002;36(2): 87-94

16- Friederich JA, Buterworth JF. Sodium nitroprusside : twenty years and counting. *Anesth Analg* 1995;81:152-62.

17- Gouze V, d'Herbomez M, Nocaudie M, Douillard C, Proye C, Vantyghem MC. La chromogranine A, marqueur biologique précède la récurrence d'un phéochromocytome malin. *Medecine Nucléaire-Imagerie fonctionnelle et métabolique* 2000;24 (9) :501-5.