



QUELLE PRÉPARATION PRÉ-ANÉSTHÉSIQUE POUR UN PHÉOCHROMOCYTOME SÉCRÉTANT SANS HYPERTENSION ARTÉRIELLE CLINIQUE ?

L. ENNAZK, G EL MGHARI, EL ANSARI N

Service d'Endocrinologie Diabétologie et des Maladies métaboliques

Laboratoire PCIM

Faculté de médecine et de Pharmacie Marrakech, Université Cadi Ayyad



INTRODUCTION

Le phéochromocytome est une tumeur rare au dépend de la médullosurrénale. La sécrétion de catécholamines est à l'origine d'une toxicité des tissus cibles en particulier cardiovasculaire.

Le risque de crise aiguë hypertensive, d'hypotension et de mortalité péri-opératoire justifie une préparation médicale pré-anesthésique.

L'HTA peut manquer surtout quand le phéochromocytome secrète la noradrénaline. Nous retraçons à travers un cas clinique, la prise en charge d'un phéochromocytome sans hypertension artérielle.

OBSERVATION

Clinique:

Madame A,K, 33 ans, consulte pour des épigastralgies atypiques rebelles au traitement usuel.

Données anamnétiques:

- Epigastralgies depuis 5 mois.
- Triade de Ménard à raison d'une crise par semaine, déclenchée par l'effort de défécation.
- Signes accompagnateurs: amaigrissement non chiffrée. Altération de l'état général.
- Crise d'angoisse au moment des paroxysmes hypertensifs sans signes d'hypotension orthostatique.
- Signes négatifs: Pas de flush, pas de douleurs osseuses, pas de troubles digestifs.

Données de l'examen physique:

TA : 110/80mmhg, sans changement à l'orthostatisme. GC : 0,89g/l en PP, Taille : 165cm, P : 50 kg, IMC : 18,4kg/m².
Pas de masse palpable à l'examen abdominal
Pas de taches cafés au lait
Thyroïde palpable homogène

Données Paracliniques:

Bilan hormonal:

- Dérivés méthoxylés urinaires: 5 fois la normale pour la normétanéphrines et 8 fois la normale pour le métanéphrine.
- ✓ **Scanner surrénalien:** masse de 3,5 sur 4cm de grand axe de la surrénale gauche, avec une surrénale controlatérale d'aspect normal.
- ✓ **Holter tensionnel:** Absence d'HTA diurne ou nocturne.
- ✓ **Echographie cervical :** thyroïde de taille normale. Avec quelques nodules infracentimétriques classés TIRADS 2.

Prise en charge thérapeutique et suivi:

Préparation préopératoire:

- Double blocage alpha-beta adrénergique
- Traitement antalgique.

Ablation chirurgicale par voie cealioscopique:

Réséction complète de la tumeur a été réalisée avec bonne évolution

Contrôle à 3 mois:

Dérivés méthoxylés négatifs et scanner surrnénalien normal.

DISCUSSION

Selon les dernière recommandations de l'endocrine society, la préparation préopératoire est obligatoire pour tout pheochromocytome faisant preuve de sécrétion de cathécolamine, et ce avec ou sans HTA clinique. Le risques encourus sont:

- La crise aiguë hypertensive en réiopératoire
- Le collapsus et l'hypoglycémie en postopératoire.

Le gold standard est le double blocage alpha-beta adrénergiques qui commence 7 à 10 j avant la chirurgie avec une durée plus prolongée si cardiomyopathie ou IDM. Un régime hyposodé est à instaurer à partir du 3eme jour de traitement pour éviter l'hypotension et l'hypotension orthostatique.

L'alpha blocage, dont le but est de traiter outre l'HTA, l'arythmie. La molécule de première intention est la phenoybenzamine pour sa demi-vie longue. En 2ème intention vient la Prazocine, la Terazocine et la Doxazocine qui sont des alpha1 sélectifs à demi-vie courte. Les betabloquant traitent la tachycardie. Le Propranolol est le premier indiqué.

La Methyrosine, qui est un inhibiteur de synthèse des catécholamines est indiqué en cas d'inefficacité du double blocage ou en cas de sécrétion pure de Dopamine.