

# Une grossesse permettant de révéler un phéochromocytome: à propos d'un cas

F. Ameziane Hassani (Dr), T. BOUZIANE (Dr), H. SALHI (Pr), H. El Ouahabi (Pr)  
Service d'Endocrinologie-Diabétologie et Nutrition. CHU Hassan II. Fès. Maroc

## INTRODUCTION

L'association phéochromocytome et grossesse est rare, ce qui explique la difficulté de son diagnostic, d'autant que le phéochromocytome peut se manifester comme une hypertension artérielle gravidique banale. Le pronostic maternel et foetal est conditionné par un diagnostic précoce et une prise en charge médicale multidisciplinaire qui prépare à l'exérèse de la tumeur. La certitude diagnostique est donnée par des tests biologiques qui sont simples et fiables à condition d'y penser. La tumeur est localisée par échographie ou par imagerie par résonance magnétique (IRM). La préparation médicamenteuse permet de choisir, en fonction du terme, de retirer la tumeur avant ou après l'accouchement. Cette stratégie permet de réduire une mortalité maternelle et foetale qui est très élevée quand le diagnostic est méconnu.

## OBJECTIFS

Nous rapportons un cas de phéochromocytome qui s'est manifesté au cours de la grossesse. A la lumière d'une revue de la littérature, nous rappelons les éléments du diagnostic clinique et biologique de l'imagerie, du traitement et du pronostic maternel et foetal.

## OBSERVATION

Nous décrivons le cas d'une patiente 2<sup>ème</sup> geste 2<sup>ème</sup> pare de 39 ans, sans antécédents médicaux. La 1<sup>ère</sup> grossesse se déroula sans incidents. La 2<sup>ème</sup> grossesse se déroula normalement jusqu'au terme de 31 semaines d'aménorrhée (SA) où elle a présenté une HTA sans œdème ni protéinurie. L'examen obstétrical et biologique étaient normaux mise sous antihypertenseurs avec normalisation tensionnelle. La toxémie gravidique fut retenue. A 36 SA, la patiente fut réhospitalisée pour une PA élevée avec signes neurosensorielles. Il n'y avait toujours pas d'œdèmes ni de protéinurie. L'enregistrement cardio-tocographique et l'échographie foeto-placentaire étaient normaux. Une césarienne fut programmée et permit la naissance d'une fille de 4000g, Apgar 5/10. L'examen clinique de l'enfant au 10<sup>e</sup> jour de vie était normal. En post-partum, et devant la persistance de l'HTA, patiente fut admise pour prise en charge étiologique. Le diagnostic de phéochromocytome fut évoqué devant une triade de Ménard, et confirmé par le dosage des catécholamines urinaires de 24 h élevés. L'imagerie Abdominale montra une masse surrénalienne droite de 40mm caractéristique de phéochromocytome et a bénéficié d'une surrénalectomie unilatérale par voie coelioscopique avec des suites post-opératoires simples. Une surveillance biologique des dérivés méthoxylés urinaires est préconisée, ainsi qu'une étude génétique qui est en cours.

## DISCUSSION

Le phéochromocytome est une tumeur à cellules chromaffines produisant des catécholamines. La rareté de son association avec la grossesse et sa similitude avec l'hypertension artérielle gravidique expliquent la fréquence des diagnostics méconnus et aucun des symptômes n'est spécifique. Les manifestations cardiovasculaires sont d'autant plus intenses que le taux préopératoire de catécholamines et de leurs métabolites est élevé [3,4]

L'hyperglycémie due à une glycogénolyse induite par les catécholamines est fréquente et impose une surveillance péri opératoire étroite de la glycémie [2,5].

La recherche systématique d'un phéochromocytome chez la femme enceinte hypertendue n'est pas justifiée ; l'hypertension gravidique ou la pré éclampsie sont incomparablement plus fréquentes. Dans notre observation, comme rapporté par Hicham Sbai et al.[6] et V. Castaigne et al.[7] les principaux arguments évocateurs sont une uricémie normale, une protéinurie négative et l'existence de pics hypertensifs résistant aux traitements antihypertenseurs. La méconnaissance du diagnostic expose aux risques d'une décharge adrénérergique qui peut être fatale pour la mère et le fœtus. [4,]. Le diagnostic est assuré par le dosage des dérivés méthoxylés urinaires qui ne sont pas modifiées par la grossesse [5,6]. Le volume tumoral, estimé par l'imagerie, est le principal facteur d'influence de la durée de chirurgie, des pertes sanguines et de l'incidence des épisodes hypertensifs périopératoires [8]. L'IRM est l'examen de référence pendant la grossesse, car non irradiant et très sensible.

Le contrôle préopératoire de l'hypertension et des troubles du rythme contribue à la stabilisation hémodynamique per opératoire et à la diminution de la mortalité. Il repose classiquement sur les antagonistes  $\alpha$ -adrénérergiques et les inhibiteurs calciques[6]. Les  $\beta$ -bloquants ne sont pas indiqués de première intention. Avant 24 semaines d'aménorrhée, la chirurgie est possible et la coelio-chirurgie apporte un bénéfice net sur la douleur postopératoire, le délai de reprise du transit, la déambulation et la durée d'hospitalisation. Il est donc licite de proposer cette technique, à condition de la réserver à des opérateurs expérimentés. Après 24 SA, la laparoscopie est difficile en raison du volume utérin. L'idéal est de programmer une césarienne dès obtention de la maturité pulmonaire foetale.

Le taux de mortalité maternelle lors d'une tumorectomie est de 31 % après accouchement par voie basse et de 19% après césarienne [7]. La surveillance de l'hypotension due à la chute du taux des catécholamines après exclusion tumorale et aggravée par une hypovolémie efficace préopératoire en situation de vasoconstriction chronique et corrigée par un bon remplissage.

## CONCLUSION

Le phéochromocytome est une maladie rare qui peut se manifester pour la première fois au cours de la grossesse. Toute HTA au cours de la grossesse n'est pas forcément une HTA gravidique ! L'association à la triade céphalées-sueurs-palpitations doit faire évoquer le phéochromocytome. Un diagnostic précoce et une prise en charge thérapeutique multidisciplinaire actuellement bien codifiée, par le médecin endocrinologue, l'anesthésiste, l'obstétricien et le chirurgien ont considérablement amélioré le pronostic maternel et foetal de cette affection sévère parfois mortelle

## REFERENCES

1. Botchan A, Hauser R, Kupfermanc M, Grisaru D, Peyser MR, Lessing JB. Pheochromocytoma in pregnancy: Case report and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 1995;50:321-7.
2. Harper AM, Murnaghan GA, Kennedy L, Hadden DR, Atkinson AB. Pheochromocytoma in pregnancy. Five cases and review of the literature. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:594-606.
3. Hendee AE, Martin R, Waters WC. Hypertension in pregnancy: Toxemia or Pheochromocytoma ? *Am J Obstet Gynecol* 1969;105:64-70.
4. Schenker JG, Granat M. Pheochromocytoma and pregnancy: An updated appraisal. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1982;22:1-10.
5. Plouin PF, Chatellier G, Tougeot MA *et al.* Recent developments in pheochromocytoma diagnosis and imaging. *Adv Nephrol* 1988; 17:275-86.
6. Hicham Sbai et al. Pheochromocytoma and pregnancy - Perioperative and obstetrical management: report of one case and review of literature. *Pan Afr Med J.* 2010; 5: 19.
7. V. Castaigne et al. Association phéochromocytome et grossesse. A propos de 2 cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998; 27 : 622-624.