



LES ENJEUX DE PRISE EN CHARGE DU CHEMODECTOME DU GLOMUS CAROTIDIEN

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

La tumeur est une tumeur rare du tissu paraganglionnaire. Il représente 0.03% des tumeurs tous type confondus . Le paragangliome est de situation carotido-jugulaire dans 80% des cas. Le diagnostic étiologique passe par la recherche de mutations somatiques dont de nouvelles sont récemment décrite.

La difficulté de prise en charge de cette entité est relative à deux faits essentiels:

- > Des caractéristiques liés à la tumeur: dont le potentiel sécrétoire, la multi-localité et de malignité et la malignité éventuelle
- > La rareté de ces tumeurs fait qu'il n'y a pas de consensus de prise en charge.

OBSERVATION

Données Cliniques:

✓ Madame G.A 33ans, a été hospitalisée en service d'endocrinologie pour bilan de paragangliome du corpuscule carotidien gauche.

✓ Dans ses antécédents on note :

- Une chirurgie pour masse cervicale en 2006 en rapport avec un chémodectome; chirurgie qui s'était compliquée d'un AVC
- L'absence d'HTA et de diabète.
- L'absence de néoplasie familiale

✓ Histoire de sa maladie:

-En 2006: installation d'une tuméfaction cervicale sous maxillaire gauche de 1cm sans symptomatologie associée.

Un geste biopsique a été fait et s'est compliqué en per-opératoire d'un AVC avec hémiparésie gauche et aphasie.

Une récupération progressive s'est étalée sur 4 ans.

Depuis Mai 2014, on note :

- Des crises paroxystiques d'une fréquence de 2 fois par semaines, faites de céphalées, palpitations, bouffées de chaleur et sueur.
- Un changement des caractéristiques de la masse qui a augmenté de volume, devenant douloureuse, des fourmillements de la mandibule, et des otalgies gauches.
- Une constipation chronique.

✓ Examen physique:

TA= 120/80 mmHg passée à 100/70 mmHg en l'orthostatisme.

FC= 73bpm FR = 17 cycles/mn. P = 57kg ; taille = 1,54 m. IMC = 24kg/m². Tour de taille =76 cm.

Tuméfaction cervicale sous mandibulaire gauche de 4cm*4cm, sensible à la palpation, mobile par rapport au plan superficiel

Thyroïde palpable non augmentée de taille, homogène

Adénopathies cervicales =0

A l'examen cervicale : Tuméfaction cervicale sous mandibulaire gauche de 4cm*4cm, sensible à la palpation, mobile par rapport au plan superficiel

Hémiparésie droite avec des FMS cotés à 1/5 membre supérieur droit et à 5/5 ailleurs, avec des signes d'irritation pyramidal et un babinski à droite.

Données Paracliniques:

Le bilan biologique standard montre :

Hb : 13,3g/dl, GB :4,17. 10³/ml, PQ : 225. 10³/ml. Na : 135mmol/l, K :4,7 mmol/l, Gly : 0,81 g/l, Créatinine : 7mg/l, calcémie à 99mg/l.

Le bilan hormone montre:

Le dosage des dérivés méthoxylés urinaires sont dans les normes.

L'imagerie standard:

IRM (Mai 2014) : présence en sous angulo-maxillaire gauche d'un processus lésionnel iso-intense T1, hyper-intense T2 hétérogène polylobé englobant les vaisseaux jugulocarotidiens qui restent perméable se réhaussant intensément après injection de GADO.

Echographie Doppler veineux (Juin2014) : Compression extrinsèque de la carotide Ext. Masse latéro-cervicale englobant le bulbe, les carotides internes et externe.

Imagerie isotopique:

La scintigraphie à la MIBG: ne fixe pas.

L'octroscann: en cours.

L'étude génétique est en cours.

DISCUSSION

La tumeur du glomus carotidien est une tumeur à croissance lente. Elle se manifeste par une tumeur cervicale indolore cervicale caoutchouteuse à mobilité latérale et non verticale.

Le schéma de prise en charge de cette pathologie rare comporte une démarche clinique et para-clinique rigoureuse.

Il convient cliniquement de rechercher: les signes de compressions d'organes adjacents: déficit paires crâniennes (dysphonie, PF, atrophie hémilangue, dysphagie.) Sd de Claude Bernard-Horner, Signes « carotidiens » : amaurose , AVC , syncope .

-signes d'hypercrinie rares 1 à 3% : HTA , flush , diarrhées , céphalées , sueurs.

Les moyens diagnostic de première intention sont représentés par l'échographie doppler, l'atériographie en temps précoce, le scanner basi-cranien et l'IRM en temps T2. **L'examen scintigraphique de référence en matière de paragangliome tête est cou est le TEP-FDG.** La scintigraphie à la MIBG n'a d'intérêt que lorsque le paragangliome est sécrétant.

-L'étude génétique est obligatoire et permet un dépistage familial.

-Le traitement dont le but est l'ablation de la tumeur, comprend essentiellement une chirurgie avec l'embolisation endovasculaire préopératoire visant la limitation des pertes sanguines et facilitant la résection des filets nerveux.

-Chez notre patiente, la chirurgie optimale est en cours de discussion multidisciplinaire.