

Phéochromocytome sur grossesse gemellaire de 26 SA

A propos d'un cas

Habra .B, El Mghari .G, El Ansari.N

Service d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, CHU Mohamed VI, Laboratoire PCIM, FMPM



Introduction

-Le phéochromocytome est une pathologie rare, mais potentiellement grave.
-Il s'agit d'une tumeur développée aux dépens de la médullo-surrénale, qui peut être révélée par la grossesse.

-La rareté de cette association et la similitude avec l'hypertension gravidique explique la fréquence des diagnostics méconnus pendant la grossesse ,

-moins de 250 cas sont décrits dans la littérature

-But du travail:

Le but de ce travail est d'étudier le phéochromocytome au cours de la grossesse et de déterminer la prise en charge des femmes enceintes à partir d'un cas clinique

Observation

-K D âgée de 32 ans

ATCDs:

Non connue diabétique ni hypertendue

Mère de 4 enfant: 3 garçon(14 ans, 9 ans, 4ans) , une fille de 8 ans

Frère hypertendu âgé de 46 ans sous traitement depuis 1an

Histoire de la maladie

*Début remonte à 1 an et demi

*Installation progressive d'une triade de Ménard faite de:

*céphalées, Palpitation, crise sudorale

*À l'effort physique

*Fréquence: 2 fois /mois

*Ne rapporte pas de chiffres tension els élevés

*pas de flush syndrome , pas de diarrhée

* amaigrissement de 5 kg étalé sur 1 an

L'évolution:

*Aggravation de la symptomatologie après 18 SA de grossesse(DDR le 08/07/2015)

*Raccourcissement de l'intervalle entre les crises de 2 à 3 fois/jour

*Pics tensionnels à 200/100 mmhg mise sous methyldopa 500*3/jour depuis 2mois

*Crampes musculaires, paresthésies

*Bouffées de chaleur

Résultats

-L'examen clinique:

*TA à l'admission : 140/80 mmhg

*Tachycarde à 90 batt/min

*Poids actuel: 75 kg

*goitre hétérogène

-Sur le plan biologique:

○ NFS: anémie hypochrome microcytaire à 10,8 g/dl,

○ Fonction rénale et hépatique correcte

○ Bilan lipidique normal.

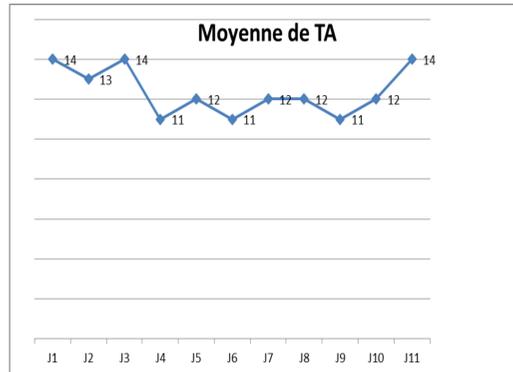


Figure 1: courbe de tension



1/7/2016 4:49:10 PM



Figure 2: images échographiques de la masse intersplénorénale hétérogène mesurant 75*78 mm, de forme arrondie, siège de zone kystique

1/7/2016 4:42:17 PM



Figure 2: Nodule lobo isthmique de 21*10 mm

Résultats

- Bilan hormonal:

-Métanéphrines urinaires:

*Normétanéphrine: 19,85 $\mu\text{mol}/24\text{h}$ (19 fois la normale)

*Métanéphrine: 97,5 $\mu\text{mol}/24\text{h}$ (96 fois la normale)

-Bilan de NEM :

PTH: 94,4 pg/ml (normale: 15-65)

Calcémie: 86 mg/l, phosphore: 34 mg/l,

Calciurie 24 h: 18,84 mg/dl Protéinurie de

24 h: 0,446 g/l Calcitonine : normale,

carence en vitamine D

-Bilan radiologique:

○ ECG: tachycardie sinusale

○ ETT: normale.

○ **Echographie cervicale:** Goitre multihétéronodulaire , TI-RADS 4B,

○ **Echographie abdominale:** Masse intersplénorénale hétérogène mesurant 75*78 mm, de forme arrondie, siège de zone kystique.

l'échographie obstétricale:

-Grossesse gemellaire évolutive , présentation siégé

-1er jumeaux: 961+/-140 g= 26 SA

-2eme jumeaux: 865+/- 126 g= 25 SA+ 4j

-Liquide amniotique en quantité normale

Discussion

-chez notre patiente la prise en charge avait nécessité la discussion au cours d' un staff multidisciplinaire : endocrinologues, réanimateurs, gynécologues , urologues, la décision du staff : de commencer traitement médical et d'attendre la maturité fœtale suffisante: à partir de 34 SA dans ce cadre une césarienne est prévue, Surrénalectomie peut être effectuée soit en même temps que la césarienne ou après 2-6 semaines, en fonction de la stabilité de l'état de la patiente.

Conclusion

-Phéochromocytome est une pathologie rare au cours de grossesse;

-une période privilégiée de découverte

-Le pronostic lié à la précocité du diagnostic

Une prise en charge pluridisciplinaire

-D'où l'intérêt d'explorer toutes les hypertension artérielles mal définies ou à caractère familial au cours de la grossesse