

P568: Evolution particulière d’une hyperparathyroïdie primaire associée à un phéochromocytome.

R. Belaid, I. Oueslati, M. Chihaoui, M. Yazidi, W. Gira, F. Chaker, H. Slimane
Service d'Endocrinologie, hôpital La Rabta, Tunis, TUNISIE

Introduction

- La sécrétion ectopique de PTH par des tumeurs non parathyroïdiennes est exceptionnelle.
- Nous rapportons deux cas d’hyperparathyroïdie primaire (HPTP) guérie spontanément après surrénalectomie pour un phéochromocytome associé.

Observation 1 :

- Patient âgé de 58 ans admis pour exploration d’une hypertension artérielle (HTA) avec des masses surrénaliennes.
 - ❖ **Signes fonctionnels :**
 - Céphalées
 - palpitations
 - sueurs profuses
 - ❖ **Examen clinique :**
 - Tachycardie de 100 battements par minute (bpm)
 - ❖ **Tomodensitométrie abdominale :** deux masses surrénaliennes:
 - une à droite de 20*25 mm
 - une à gauche de 100*84 cm bien limitée, hétérogène prenant le produit de contraste avec de multiples zones de nécrose centrale.
- (Figure 1)
- ❖ **Biologie :**
 - hypercalcémie à 107 mg/l (VU: 85-105)
 - PTH élevée à 73 pg/ml (VN :13-54)
 - Les dérivés méthoxylés urinaires (DMU) étaient élevés à 3 fois la normale.
 - Le bilan thyroïdien, la 25 OH vitamine D ainsi que la calcitonine étaient normaux.
 - ❖ **Echographie cervicale complétée par une scintigraphie au sestamibi :**
 - Pas d’adénome parathyroïdien eutopique ni ectopique
 - ❖ **Scintigraphie à la MIBG**
 - Aspect d’un phéochromocytome gauche (figure 2)
 - ❖ **Traitement**
 - surrénalectomie gauche
 - ❖ **Examen anatomo-pathologique**
 - en faveur d’un phéochromocytome surrénalien.
 - ❖ **Evolution postopératoire**
 - normalisation de la calcémie et de la PTH



Figure 1 : TDM abdominale :masses surrénaliennes bilatérales

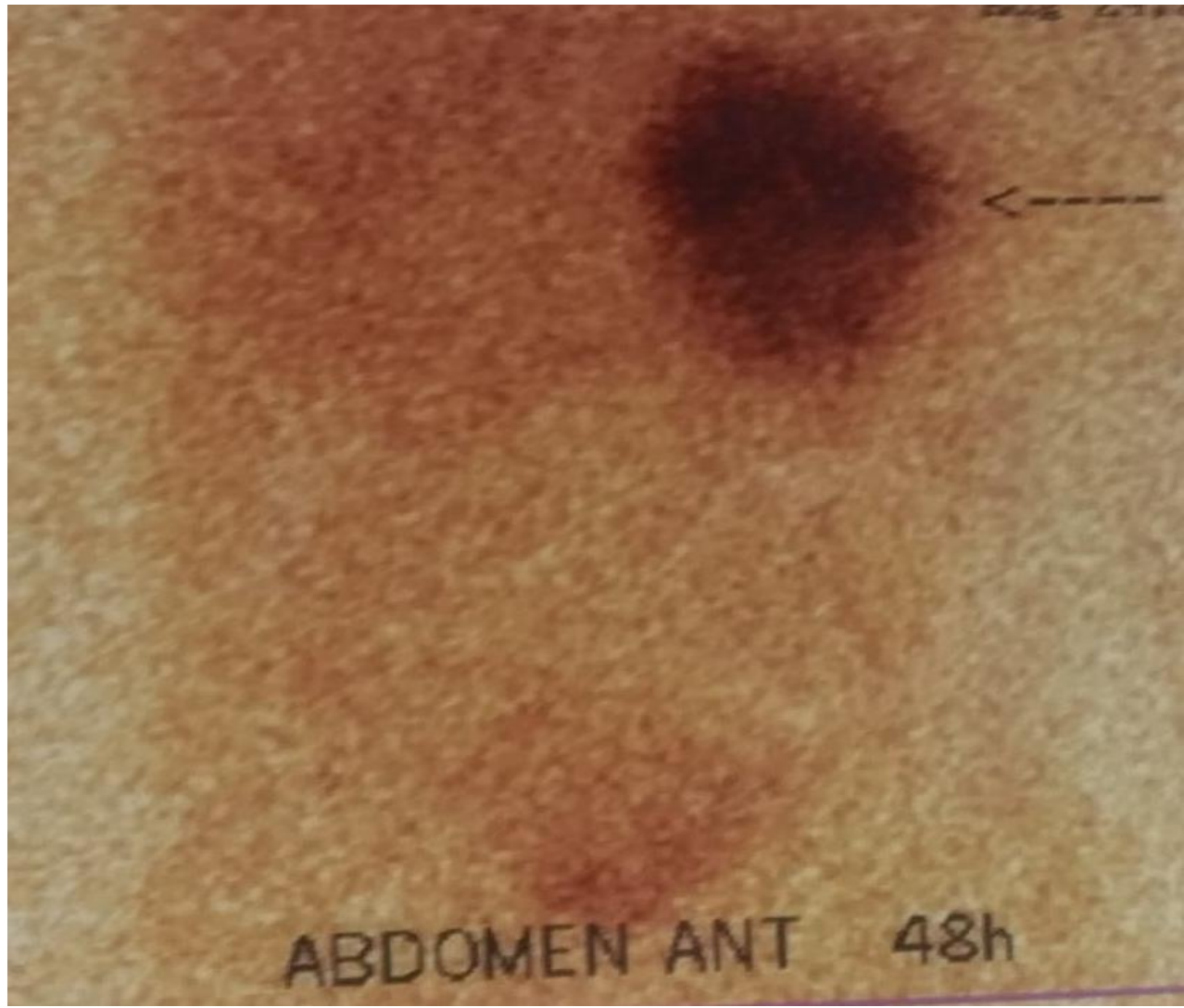


Figure 2: Scintigraphie à la MIBG :phéochromocytome gauche

Observation 2:

- Patiente âgée de 17 ans adressée pour exploration d’un diabète de découverte récente avec une HTA sévère.
- ❖ **Signes fonctionnels :**
- Céphalées
- palpitations
- bouffées de chaleur
- ❖ **Examen clinique**
- tension artérielle à 200/100 mmHg
- tachycardie à 120 bpm
- ❖ **Biologie**
- hypercalcémie à 111 mg/l
- PTH élevée à 182 pg/ml
- Les DMU étaient élevés à 7 fois la normale
- Le bilan thyroïdien, la 25 OH vitamine D ainsi que la calcitonine étaient normaux.
- ❖ **Tomodensitométrie abdominale :**deux masses surrénaliennes
- une droite de 35*55*70 mm de densité spontanée de 130UH rehaussée dès le temps artériel de façon hétérogène aménageant des plages de nécrose avec un Wash out absolu à 40%
- l’autre gauche de 24*27 mm bien limitée.
- ❖ **Echographie cervicale complétée par une scintigraphie au sestamibi**
- Pas d’adénome parathyroïdien eutopique ni ectopique
- ❖ **Scintigraphie à la MIBG**
- en faveur d’un phéochromocytome bilatéral (figure 3)
- ❖ **Traitement**
- surrénalectomie bilatérale en deux temps
- ❖ **Examen anatomo-pathologique**
- en faveur d’un phéochromocytome surrénalien
- ❖ **Evolution postopératoire**
- normalisation de la calcémie ainsi que de la PTH

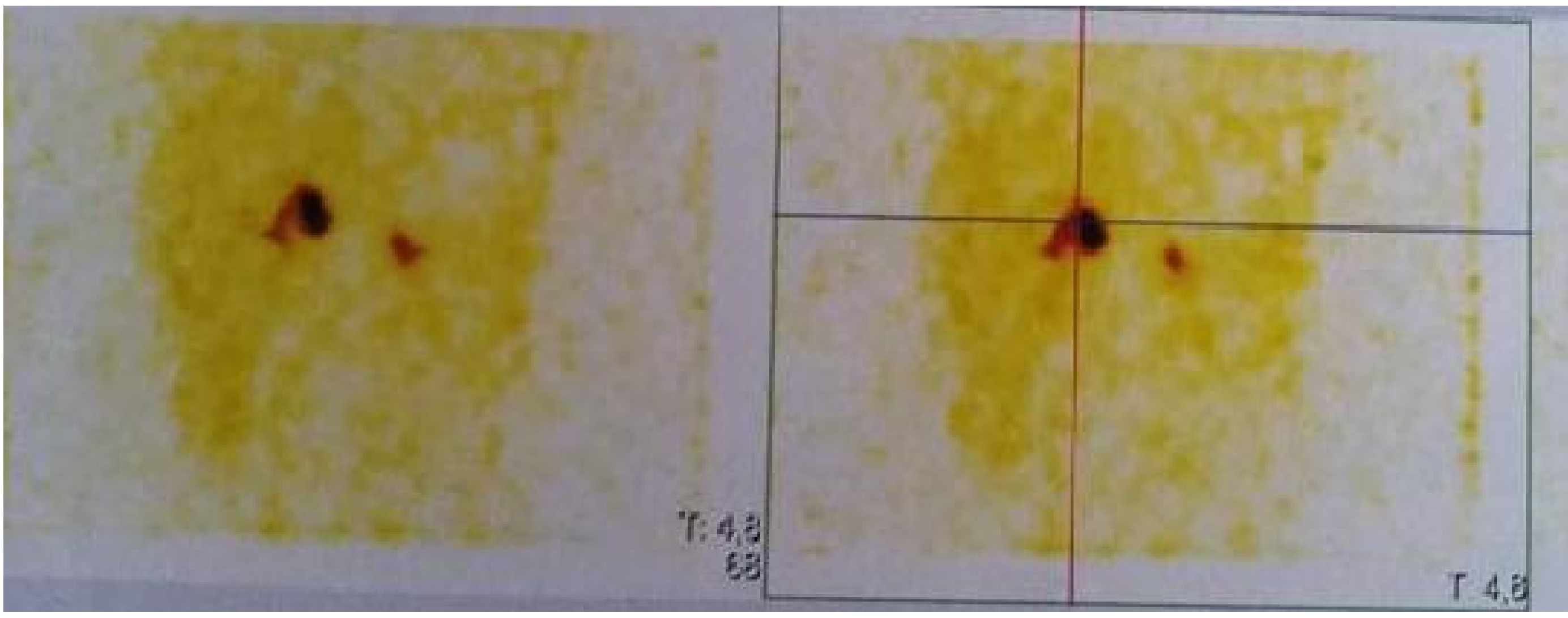


Figure 3: Scintigraphie à la MIBG :phéochromocytome bilatéral

DISCUSSION

- En dehors de son association à l’HPTP dans le cadre d’une néoplasie endocrinienne multiple de type 2a, le phéochromocytome peut être associé à une hypercalcémie dont le mécanisme est encore non élucidé.
- Chez nos patients, l’élévation de la PTH et sa normalisation spontanée après le traitement chirurgical du phéochromocytome sont des arguments en faveur d’une sécrétion ectopique de PTH.
- De ce fait, nous estimons qu’il reste utile en cas de négativité du bilan topographique d’une HPTP associée à un phéochromocytome de contrôler le bilan phosphocalcique en postopératoire.

conflits d'intérêt: Aucun