

Phéochromocytome révélé par un syndrome coronarien aigu : à propos d'un cas.

Papa Guirane Ndiaye*, JS Mingou, CAB Samb, S Diallo, H Traoré, CMBM Diop, Y Diouf, WN Mboup, DW Baldé, KR Diop, S Akanni, AB Ba, T Niang, F Dabo, F Aw, SA Sarr, M Bodian, MB Ndiaye, AD Kane, M Diao.

Service de cardiologie CHU Aristide Le DANTEC. Chef de service Pr Maboury DIAO

Introduction

Le phéochromocytome est une tumeur médullosurrénale dont la symptomatologie clinique est très polymorphe. Il peut être responsable de graves désordres cardiovasculaires mais l'atteinte cardiaque reste exceptionnellement au premier plan. Nous rapportons le cas d'une patiente présentant un phéochromocytome révélé par un syndrome coronarien aigu.

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 30 ans, hypertendue connue, au long passé de céphalées chroniques et de palpitations qui était admise pour une douleur thoracique aiguë, prolongée. Le diagnostic de syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST avec troponinémie positive était évoqué devant l'électrocardiogramme montrant une ischémie sous-épicaire en septo-apico-latéral (**Figure 1**) et la troponinémie positive à côté de la douleur assez typique. L'échocardiographie Doppler transthoracique avait retrouvé une hypokinésie sévère des segments apicaux avec une altération moyenne de la fraction d'éjection du ventricule gauche. La coronarographie avait montré une lésion intermédiaire au niveau du segment moyen de l'artère interventriculaire antérieure (**Figure 2**).

Son hospitalisation était dramatique, marquée par des poussées hypertensives sévères, paroxystiques simultanément associées à des palpitations et des céphalées et la survenue d'un accident vasculo-cérébral ischémique. Les taux de métanéphrines et normétanéphrines urinaires étaient élevés respectivement à 1,5 et 13 fois la normale. L'angioscanner thoraco-abdominal avait retrouvé une formation arrondie, hypervasculaire de la loge surrénalienne droite exerçant un effet de masse sur le pédicule rénal et la veine cave inférieure (**Figure 3**). L'exérèse chirurgicale de cette masse (**Figure 4**) avait permis un examen anatomopathologique en faveur d'un phéochromocytome. Elle était par la suite mise sous double anti-agrégation plaquettaire, bêtabloquant, inhibiteur de l'enzyme de conversion, statine et un inhibiteur de la pompe à proton. L'évolution était favorable avec une stabilisation des chiffres tensionnels et une disparition de la symptomatologie clinique paroxystique.

Conclusion

Le phéochromocytome peut avoir des présentations cliniques très variables. Le syndrome coronarien aigu reste un mode de révélation rare et grave. La prise en charge est chirurgicale avec une exérèse complète de la tumeur et nécessite une bonne préparation médicale.

Mots Clés: Phéochromocytome, Syndrome coronarien aigu, Dakar. .

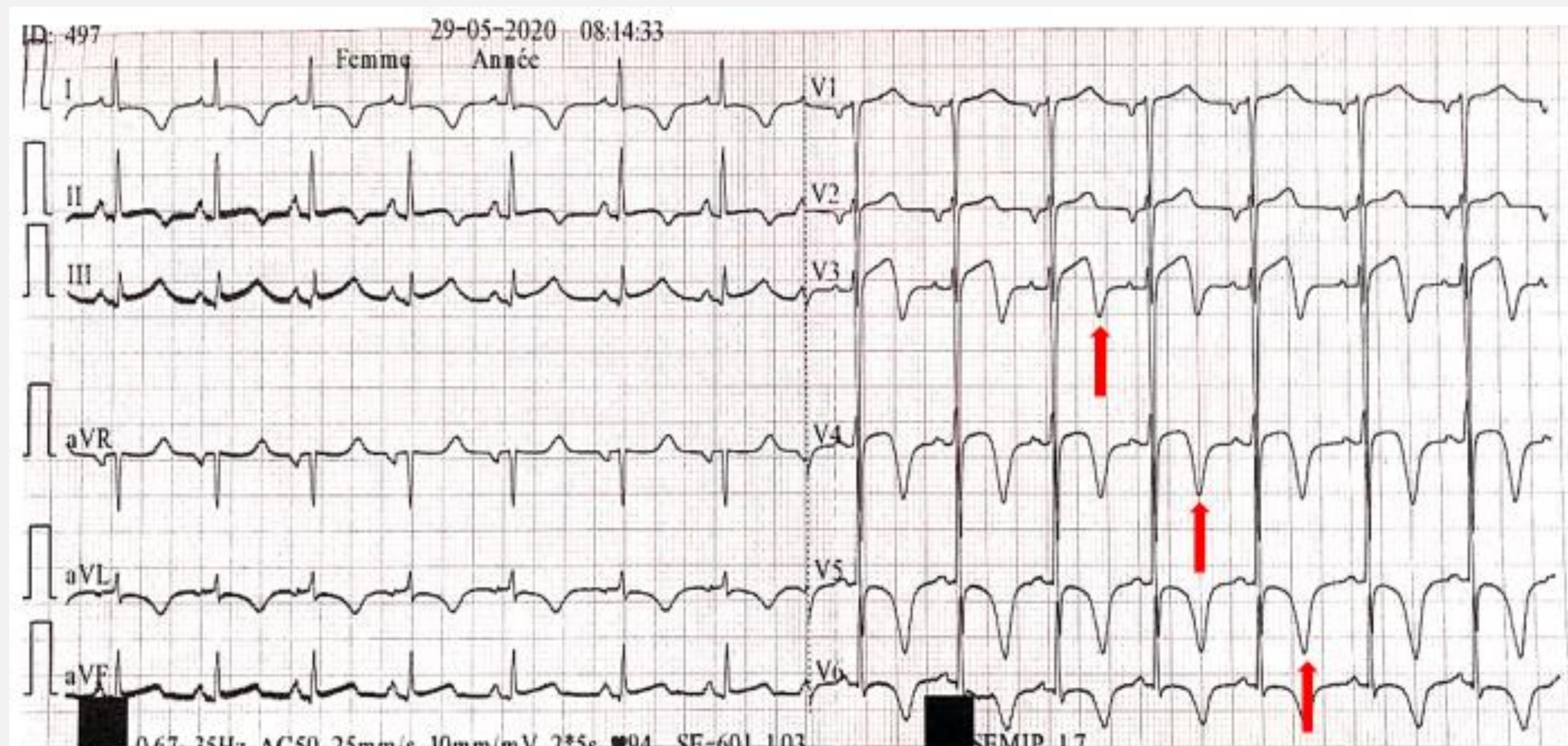


Figure 1 : Image électrocardiographique inscivant l'ischémie sous épicaire en septo-apico-latéral (flèches rouges).



Figure 2 : Images de coronarographie montrant une lésion intermédiaire au niveau du segment moyen de l'artère interventriculaire antérieure (Flèches rouges),

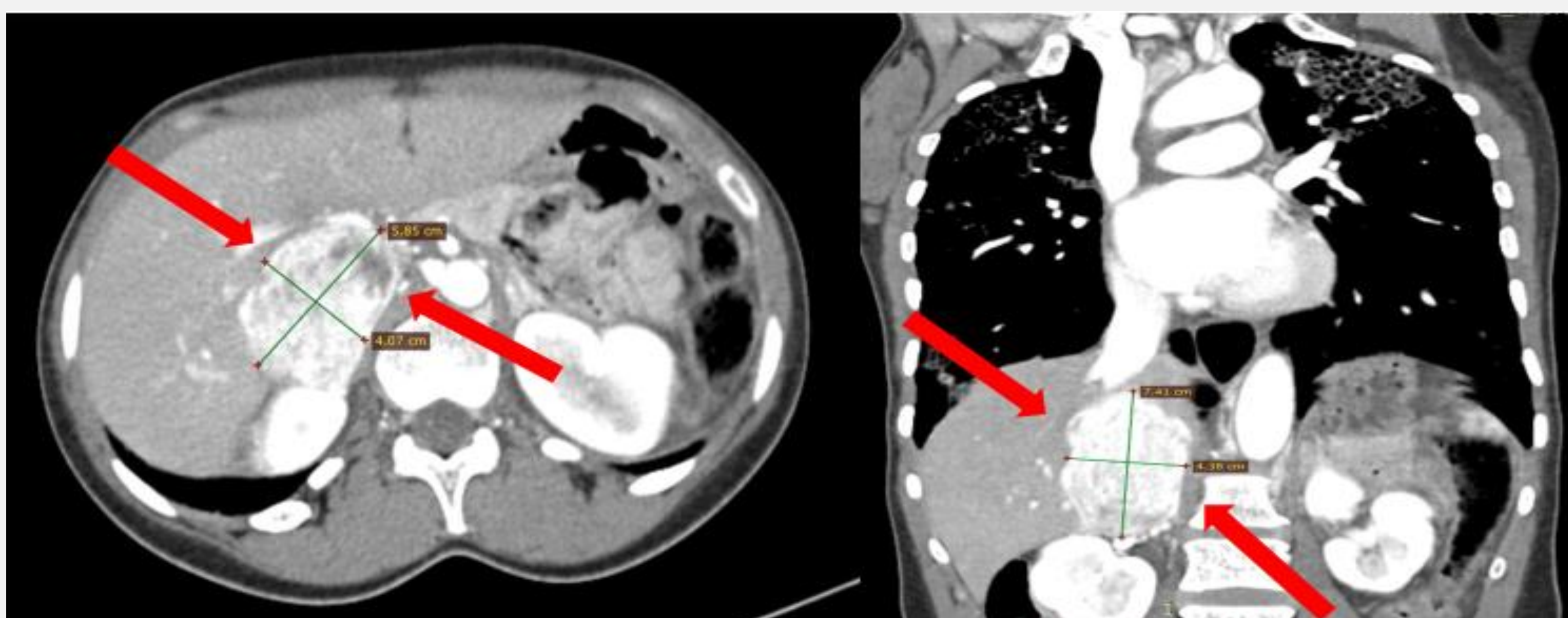


Figure 3: Images scanographiques objectivant une formation arrondie hypervasculaire de la loge surrénalienne droite exerçant un effet de masse sur le pédicule rénal et la veine cave inférieure.

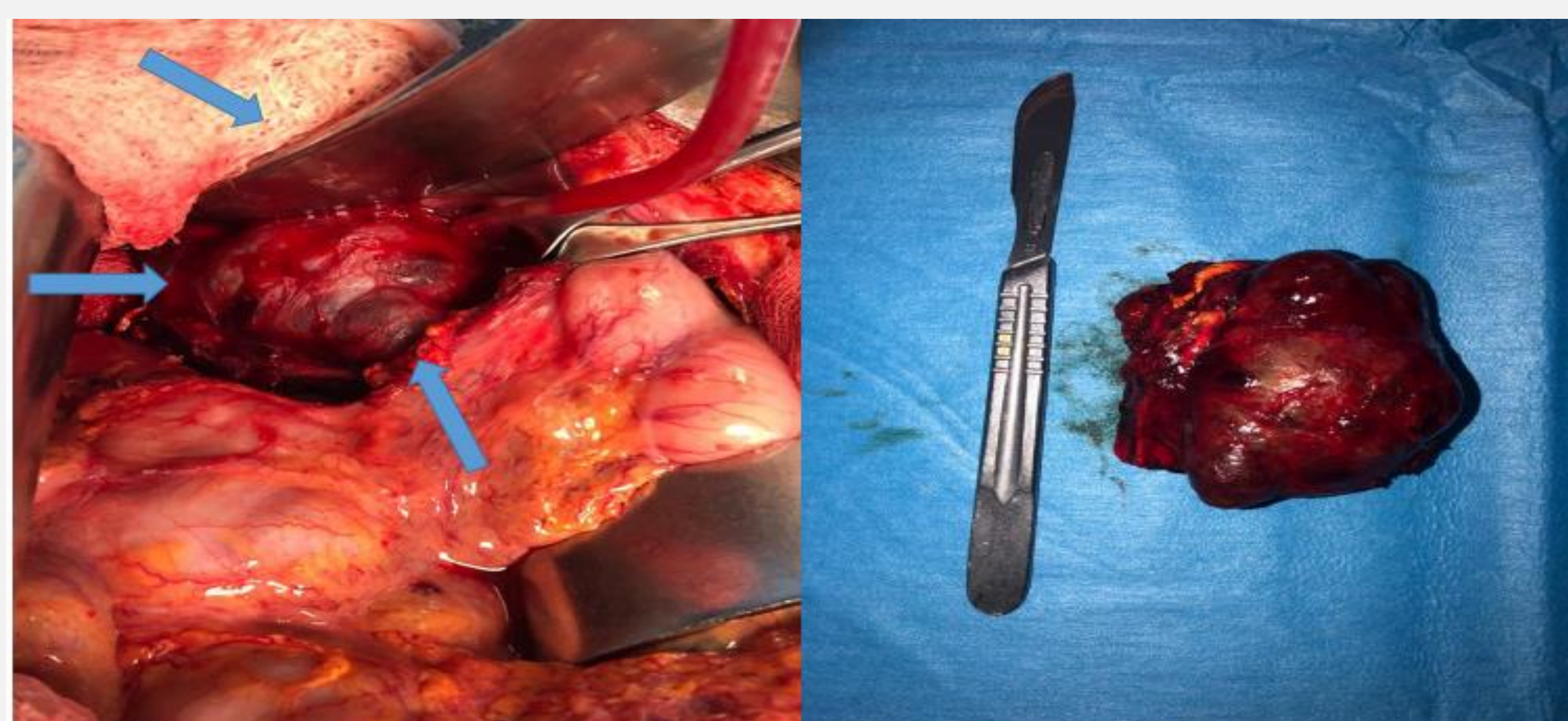


Figure 4: Aspect macroscopique de la pièce opératoire (masse arrondie (7 cm de grand axe) développée au niveau de la loge surrénalienne droite),