

PHEOCHROMOCYTOME ET DISSOCIATION AURICULOVENTRICULAIRE ISORYTHMIQUE : A PROPOS D'UN CAS

A.Rached, MO.Kilani, N. Mchrigui Feki, A.Melki, I.Oueslati, K. Khiari, Y. Lakhoua, N. Ben Abdallah
Service de Médecine Interne A – Endocrinologie. Hôpital Charles Nicolle. Tunis

INTRODUCTION

Les palpitations constituent souvent un symptôme majeur chez les patients atteints de phéochromocytome. Des extrasystoles ou une tachycardie auriculaire ou ventriculaire sont fréquentes durant les crises hypertensives. Par ailleurs, la dépression du pacemaker sinusal avec échappement nodal et dissociation auriculoventriculaire, due à une élévation rapide et très importante de la tension artérielle, a été rarement décrite.

OBSERVATION

Il s'agit de Madame H.S âgée de 69 ans, hypertendue depuis 20 ans sous traitement, admise dans notre service pour exploration d'un incidentalome surrénalien droit. Cette masse a été découverte sur une échographie abdominale, pratiquée devant des douleurs abdominales diffuses. L'interrogatoire a révélé la notion de crises paroxystiques associant céphalées, palpitations et sueurs. L'examen à l'admission trouve une tension artérielle à 160/100 mmHg aux 2 bras, un pouls régulier à 60 battements/min, une auscultation cardiaque et pulmonaire sans anomalies. La masse n'était pas palpable. L'imagerie par résonance magnétique a montré une masse surrénalienne droite de 72*74*62 mm hétérogène, en discret hyper signal T2, en hypo signal T1 se rehaussant discrètement après Gadolinium (fig1). Cette masse arrive au contact de la veine cave inférieure qui est réduite de taille mais reste perméable. Le diagnostic de phéochromocytome a été suspecté et un dosage des dérivés méthoxylés a été réalisé.



Figure n° 1

	J1	J2	J3
Métanéphrines (mmol/creat)	10868	11344	9544
Normétanéphrines (mmol/creat)	1139	1404	1209
Dopamine (mmol/l)	713	837	-

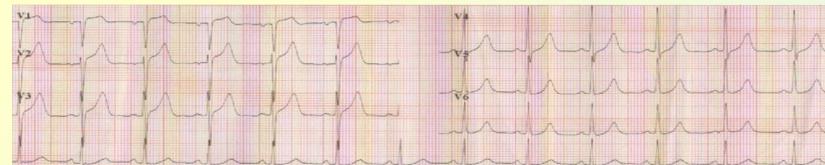
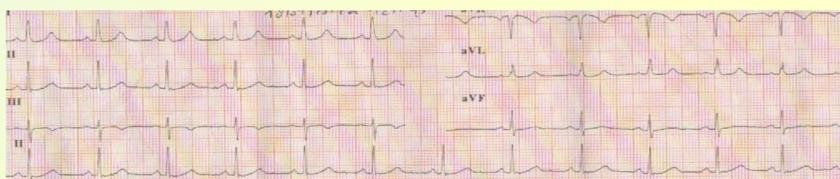
Le diagnostic de phéochromocytome a donc été retenu et on a préparé la patiente pour l'opération.

Au cours de son hospitalisation, elle a présenté des crises faites de sensation d'oppression thoracique, sueurs profuses, épigastralgies, lipothymie, palpitations. La tension artérielle était initialement à 250/100mmHg puis a rapidement chuté à 90/60mmHg.

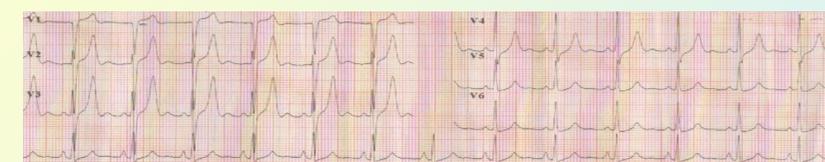
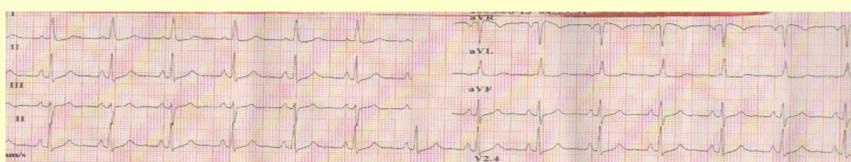
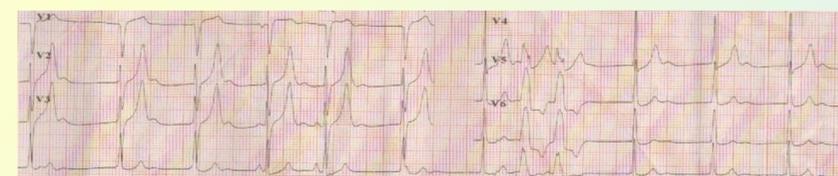
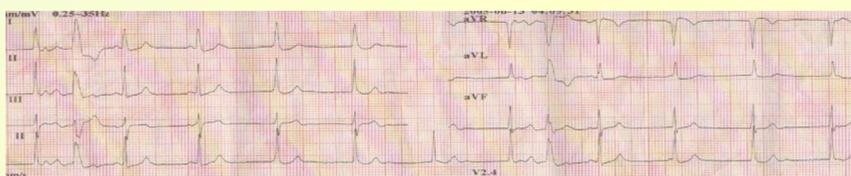
A l'ECG percritique : bradycardie sinusale, échappement nodal et dissociation auriculo-ventriculaire ; 2 extrasystoles ventriculaire ; une hypertrophie auriculaire droite qui n'existait pas sur l'ECG de base.

Cet épisode s'est spontanément résolu au bout de dix minutes.

ECG de base:



ECG percritique



COMMENTAIRES – CONCLUSION

Au cours du phéochromocytome la libération de cathécholamines est généralement responsable d'une tachycardie avec hypertension. Cependant une bradycardie a été rapportée et survient chez à peu près 10% des patients au cours de la phase aiguë. Le mécanisme sous-jacent est une réponse vagale réflexe à une élévation importante et rapide de la pression artérielle.

Plusieurs cas de bloc sinusal avec le plus souvent un échappement nodal ont été rapportés. Toutefois l'association entre phéochromocytome et dissociation auriculoventriculaire n'a été décrite que dans 3 cas. Notre observation illustre bien cette association avec des dérivés méthoxylés entre 5 et 90 fois la limite supérieure de la normale.

Ce trouble de rythme disparaît après traitement du phéochromocytome.

Références

American Heart Journal vol76, issue3, sept1968, page 388-392
Clinical Cardiology vol33, issue12, decembre2010, page E65-E67