

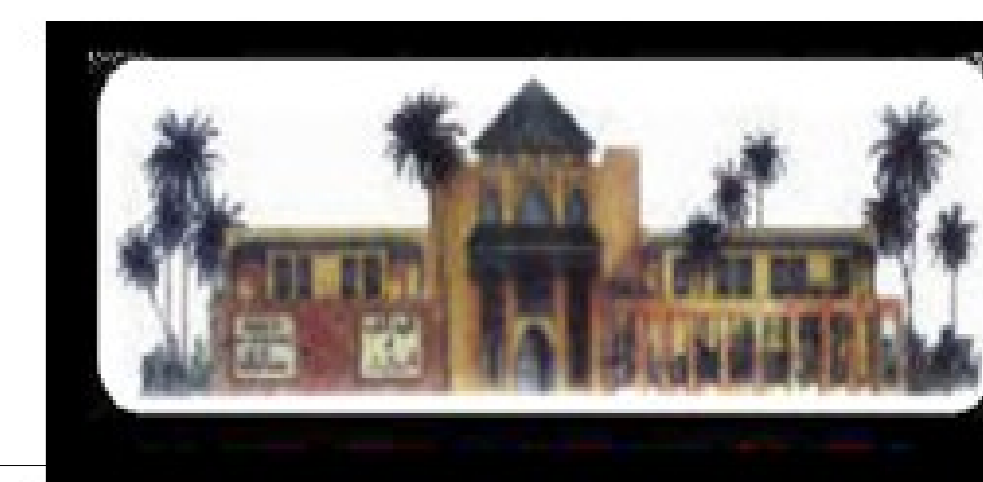
# LES ENJEUX DE PRISE EN CHARGE DU CHEMODECTOME DU GLOMUS CAROTIDIEN

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 décrites.

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

- > Des caractéristiques liées 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/m<sup>2</sup>. 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. 10<sup>9</sup>/ml, PQ : 225. 10<sup>9</sup>/ml. Na : 135mmol/l, K : 4,7 mmol/l, Gly : 0,81 g/l, Créatinine : 7mg/l, calcémie à 99mg/l.

**Le bilan hormonal 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 (Juin 2014) : 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 diagnostiques 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.