

PARAGANGLIONNE CAROTIDIEN A PROPOS D'UN CAS OPERE

M. ABDENNADHER, I. FRIKHA, Y. SAHNOUN

Service de Chirurgie Cardiovasculaire et Thoracique de Sfax

INTRODUCTION

Le paragangliome est une tumeur qui se développe aux dépens du « carotid body », qui est une structure chémoréceptrice localisée au niveau de la face postéromédiale de la bifurcation carotidienne. C'est une tumeur à évolutivité lente pouvant entraîner une compression locale, un potentiel dégénératif autour de 2% et une activité neuroendocrine dans 5% des cas. La résection chirurgicale à un stade précoce est le traitement de choix pour cette tumeur.

CAS CLINIQUE

Nous rapportons l'observation d'une dame âgée de 34 ans qui se présente pour une masse battante au niveau de l'angle mandibulaire droit qui a augmenté progressivement de taille sur quelques mois, sans aucune autre gêne fonctionnelle.

L'examen trouve une masse de consistance ferme faisant environ 2x3 cm de taille, mobile latéralement et fixe longitudinalement, l'examen neurologique est strictement normal.

Devant le caractère pulsatile de la tumeur, un angioscanner a été réalisé objectivant une masse hyper vascularisée mesurant 19x25 mm (Photo 1) interposée entre les carotides interne et externe sans véritable continuité avec la première (Photo 2) ; Il s'agit d'un paragangliome dont la résection est indiquée.

Sous anesthésie générale, un abord cervical présterno-cleido-mastoidien a permis une exposition de la tumeur et un contrôle de l'axe carotidien proximal et distal tout en sectionnant le muscle digastrique ; La tumeur fût mobilisée de façon circonférentielle tout en prenant soin de ne pas léser les nerfs vague et hypoglosse ; Des artères nourricières en provenance de la carotide externe ont été ligaturées, et au contact de la carotide interne la résection a emporté l'adventice de cette dernière. En effet il s'agissait d'une tumeur du 2^{ème} groupe de la classification de Chamblin (grosse tumeur avec attaches minimales à la carotide interne). Les suites opératoires étaient simples.



Photo1 : Angioscanner révélant le caractère hyper vascularisé de la tumeur.

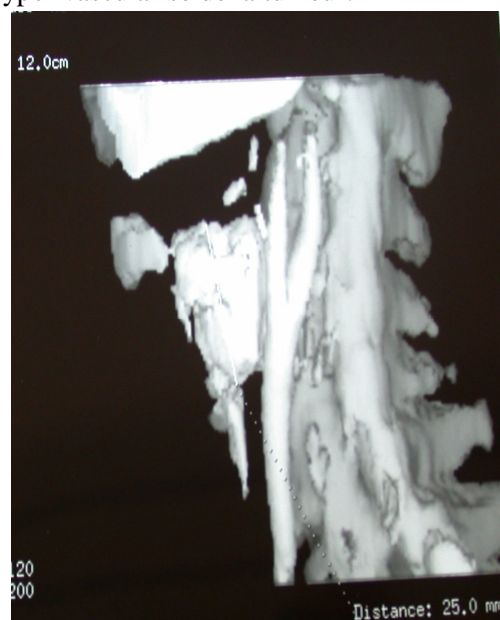


Photo2 : Angioscanner, coupe Sagittale, Absence d'attaches carotidiennes

DISCUSSION :

Les paragangliomes peuvent être sporadiques ou familiaux, à transmission autosomique dominante, la bilatéralité de la lésion est observée dans 5% des cas pour la forme sporadique et 32% pour la forme familiale.

La symptomatologie clinique est pauvre à part la masse indolore au niveau du cou mais à un stade plus avancé, des signes de compression nerveuse peuvent apparaître, intéressant les nerfs vague, hypoglosse et la chaîne sympathique cervicale. Des douleurs cervicales, auriculaires et une dysphagie peuvent aussi se voir. Une activité neuroendocrine se voit dans 5% des cas se présentant sous forme de Flush, tachycardie, palpitations, arythmie, céphalées et photophobie.

Plusieurs diagnostics différentiels doivent être écartés devant une masse latéralisée du cou notamment un lymphome, un anévrysme carotidien, une adénopathie métastatique, une lésion thyroïdienne, une tumeur de la glande sublinguale et un « Brachial cleft cysts ».

Le caractère hyper vascularisé de la tumeur aux investigations scanographiques ou par IRM oriente vers le diagnostic de paragangliome.

L'angiographie reste le « gold standard » pour le diagnostic de cette tumeur : elle objective la tumeur et sa vascularisation qui se fait aux dépens de la carotide externe et accessoirement la carotide interne, l'artère vertébrale ou le tronc thyroïdicervical.

La cure chirurgicale s'impose une fois la tumeur est diagnostiquée du fait de son caractère évolutif local et surtout le risque métastatique(5%). La résection emporte la tumeur si elle n'est pas adhérente à la carotide interne, sinon une résection carotidienne avec ou sans interposition d'un greffon veineux est indispensable. L'embolisation, la radio et la chimiothérapie n'ont pas prouvé d'intérêt clinique. La survie après résection tumorale rejoint celle de la population normale, les métastases surviennent dans moins de 2% des cas opérés et la récurrence locale dans 6%. Les patients opérés doivent bénéficier d'un suivi régulier à la recherche de récurrence et des localisations multicentriques.