

# Conduite à tenir devant un incidentalome surrénalien

B.Faber – T.Thiébot  
DESC-SCVO  
Poitiers 2007

# Généralités

- Def : tumeur de la loge surrénalienne de découverte fortuite sur un examen d'imagerie réalisé dans un autre but
  - Nombre en augmentation lié à généralisation du TDM abdominal
  - Prévalence 0.5 à 5% selon les séries
- Exceptionnel avant 30 ans, puis croit avec l'âge
- Bilatéral 10%
  - Sex ratio 1

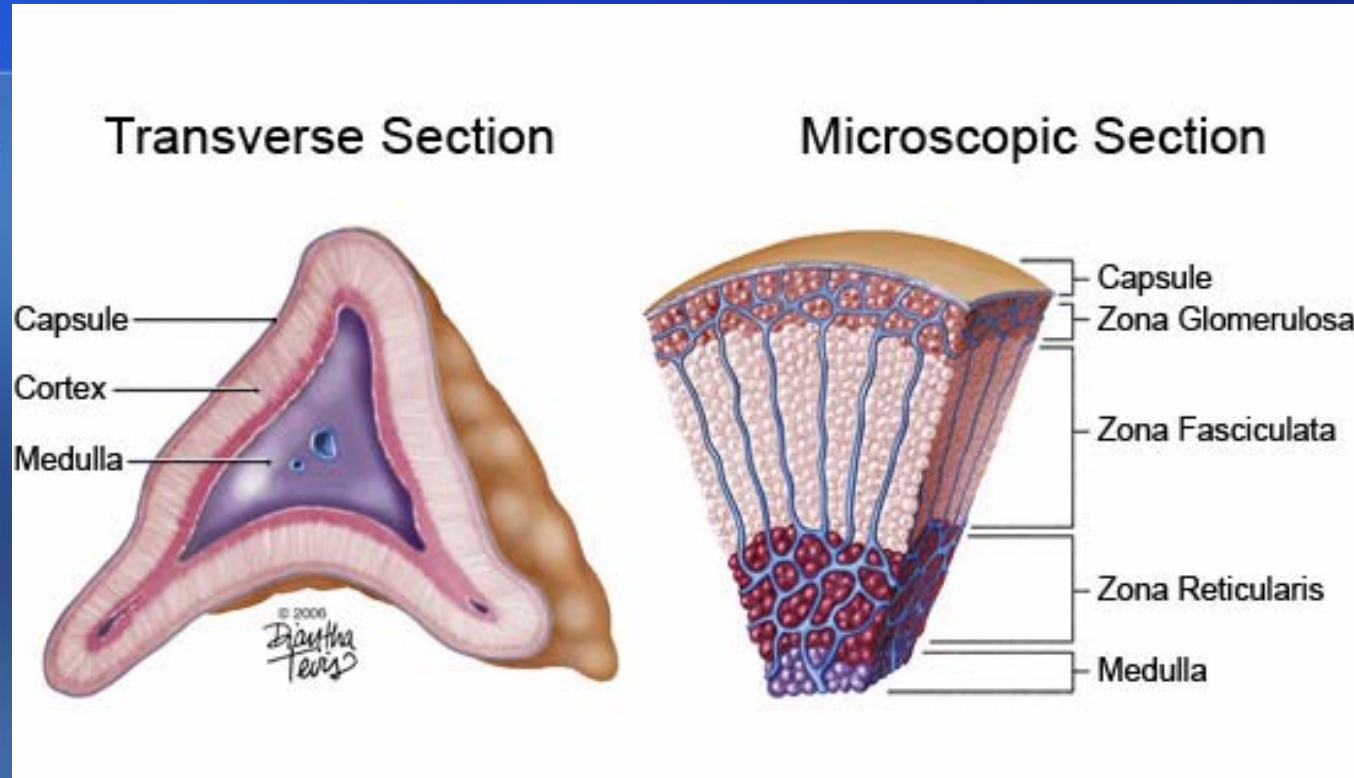
Mantero, *J Clin Endocrinol Metab* 2000

Kloos, *J Clin Endocrinol Metab* 1995

Mirallie, *Ann Chir* 2001

Alves, *J Chir* 2002

# Rappel



- Corticosurrénale :
  - Z. glomérulée : minéralocorticoïdes (aldostérone)
  - Z. fasciculée : glucocorticoïdes (cortisol)
  - Z. réticulée : androgènes, DHEA, androstenedione
- Médulosurrénale : catécholamines

# Quel incidentalome pour quelle zone?

- Z. glomérulée : adénome corticosurrénalien ( de Conn)
- Z. fasciculée : adénome surrénalien corticosécrétant
- Z. réticulée : tumeurs virilisantes ou féminisantes
- Médullosurrénale : phéochromocytome
  
- Corticosurrénalome malin : au dépens d'une ou des trois couches

# 3 questions

- Sécrétant ou non?
- Malin ou bénin? Traquer++ les lésions malignes
  - >unilat ( corticosurrénalome malin ou phéo)
  - >bilat (métastases)

Et donc,

- Chirurgie ou non?

# Enjeu

**Éviter surrénalectomie inutile, pour  
lésion bénigne, non évolutive, non  
sécrétante, asymptomatique  
(76% adénomes non sécrétants,  
3% lésions bénignes)**

**Opérer à temps une lésion  
maligne ( 2%)  
et/ou sécrétante (19%)**

# Orientation par clinique

- Sd préclinique de Cushing  
HTA, prise de poids, tb psychiques
- Phéochromocytome  
HTA paroxystique, triade palpitations- céphalées-sueurs profuses, hypoTA orthostatique, atcd familiaux
- Adénome de Conn (hyperaldo primaire)  
HTA, signes cliniques d'hypokaliémie, d'acidose
- Tumeur maligne  
dl abdo, lombaire, signes de virilisation /féminisation, contexte néoplasique (35-55% métastase )
- Tumeur bénigne (hématome)  
atcd trauma, prise anticoagulant, tb de l'hémostase

En fait peu contributif (incidentalome)

# Bilan hormonal

- Sécrétion minéralocorticoïde
  - > Ionogramme sanguin et urinaire
  - > Rénine, Aldostérone (+/- rapport)
- Sécrétion glucocorticoïde
  - > Cortisol Libre Urinaire
  - > Cycle nyctéméral du cortisol plasmatique
  - > Test de freinage faible (dexamethasone 2 mg)
- Sécrétion de la médullosurrénale
  - > dosage urinaire catecholamines et dérivés méthoxylés
  - > En 2ème intention : catécholamines plasmatiques

# Orientation par dosages biologiques

- Sd préclinique de Cushing (5-20%)
  - CLU élevé
  - perte cycle nyctéméral du cortisol plasmatique
  - test de freinage faible anormal
- Hyperaldostéronisme primaire ( Adénome de Conn)
  - rénine diminuée et aldostérone augmentée
  - hypokaliémie
- Phéochromocytome (2-10%)
  - dosage urinaire élevé (mais faux négatifs 14%)

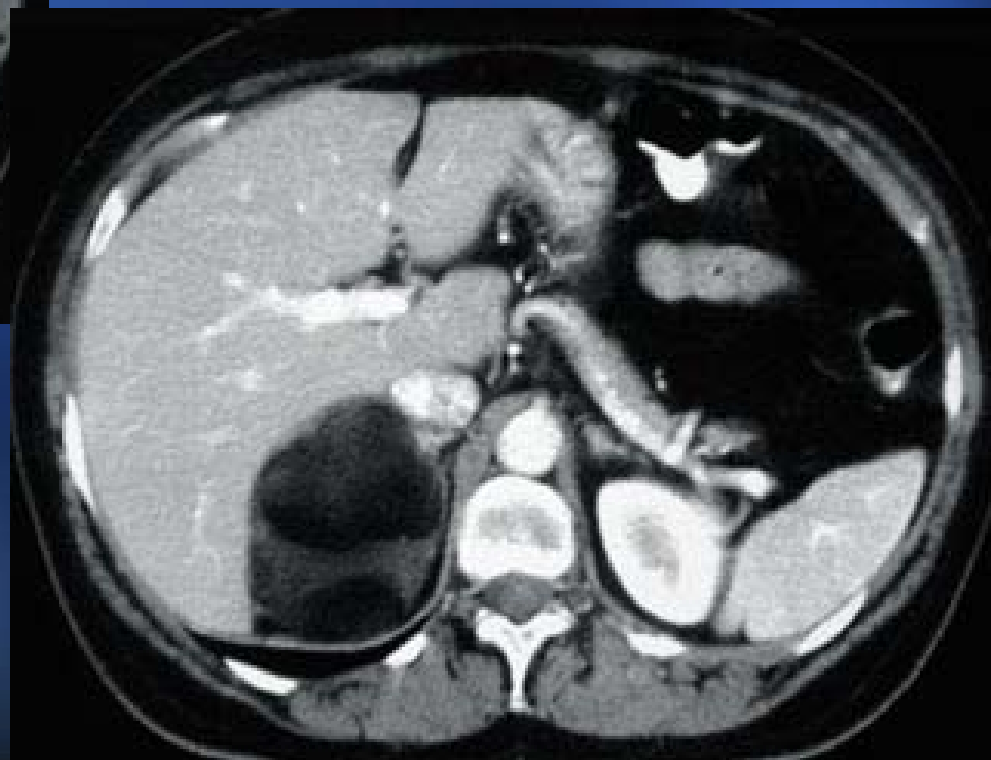
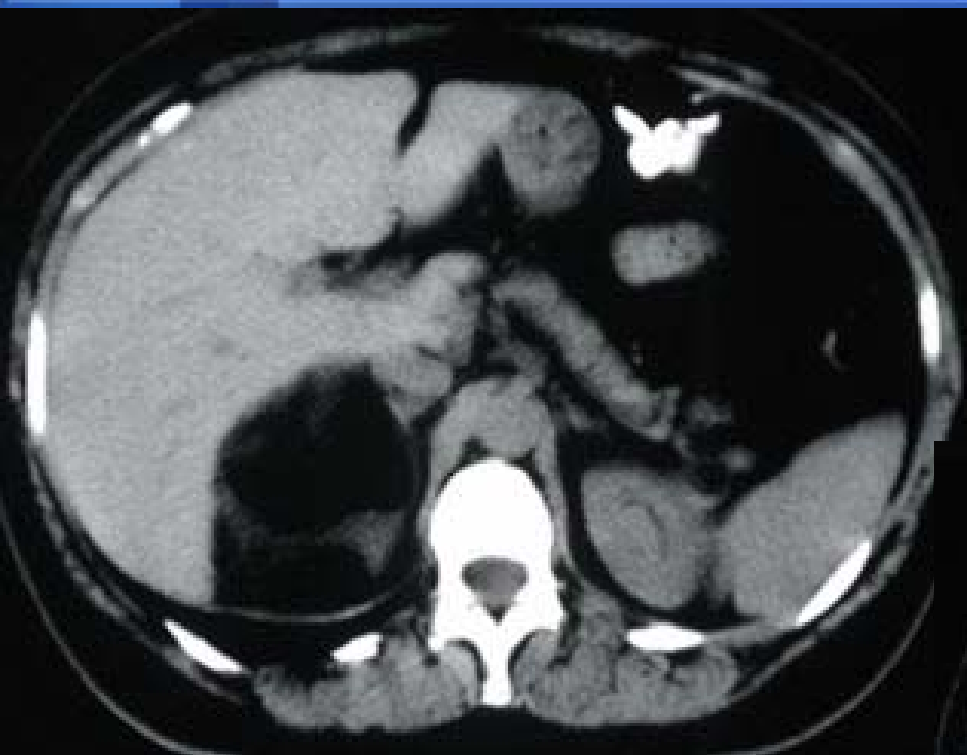
# Orientation par bilan morphologique

- 2 examens clés : TDM et IRM
- Suffisent le plus souvent pour 3 dg bénins
  - kystes surrenaliens
  - hématome
  - myélolipome

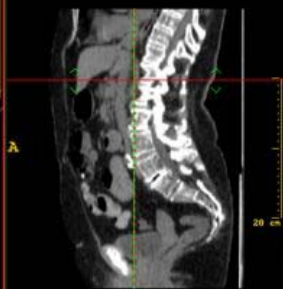
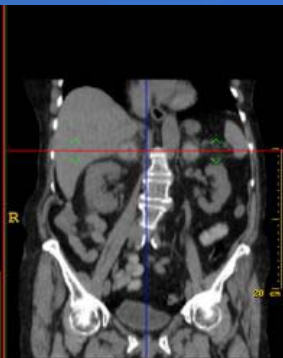
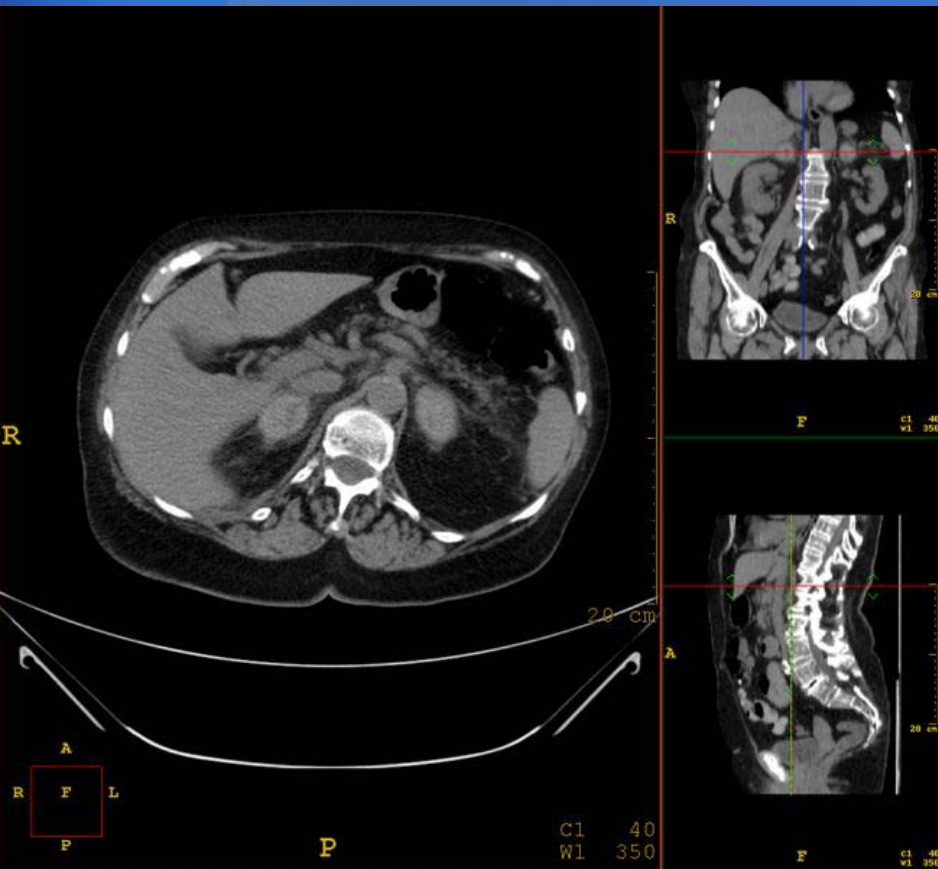
# Kyste surrénalien



# Myelolipome



# Hématome



# En pratique (1)

## Absence d'hormonosécrétion latente

= dg de malignité fait par imagerie

▶ taille?

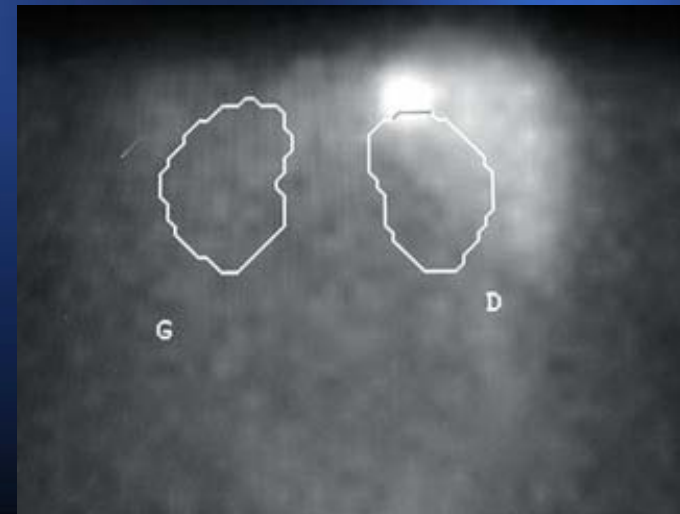
▶ caractéristiques morphologiques (TDM/IRM)

voire > biopsie transcutanée (pas d'intérêt en dh  
suspicion métastase où VPP 95%)(élim phéo)

> scinti au nor-iodo-cholesterol  
par fixation du parenchyme  
fonctionnel

(intérêt pour adénome prétoxique  
et tumeur solide  $\leq 5\text{cm}$  sans  
critère évident de malignité)

Icard, *World J Surg* 2001



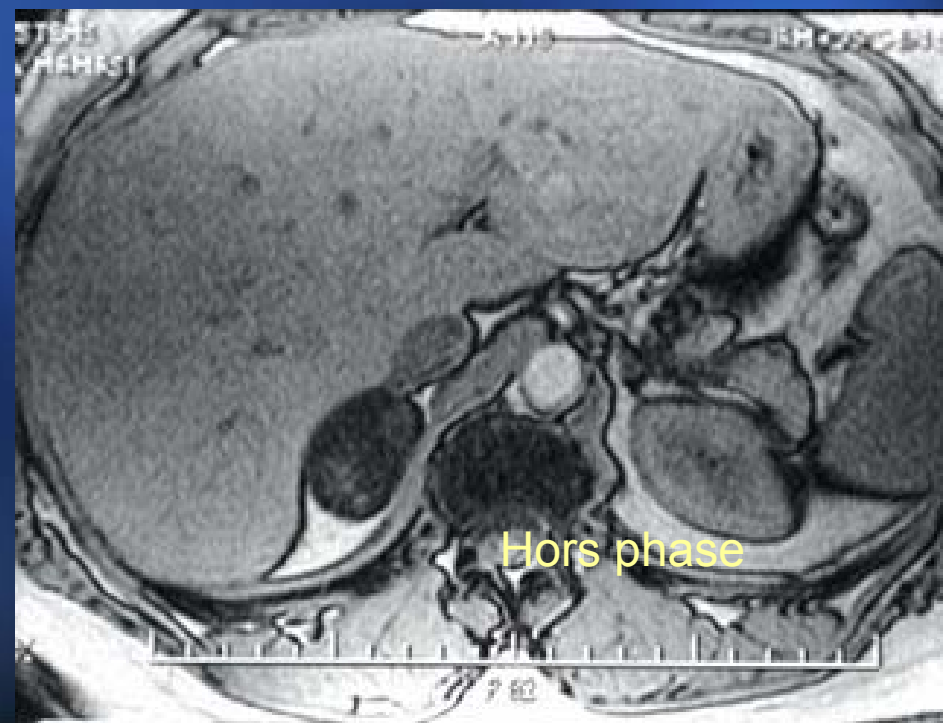
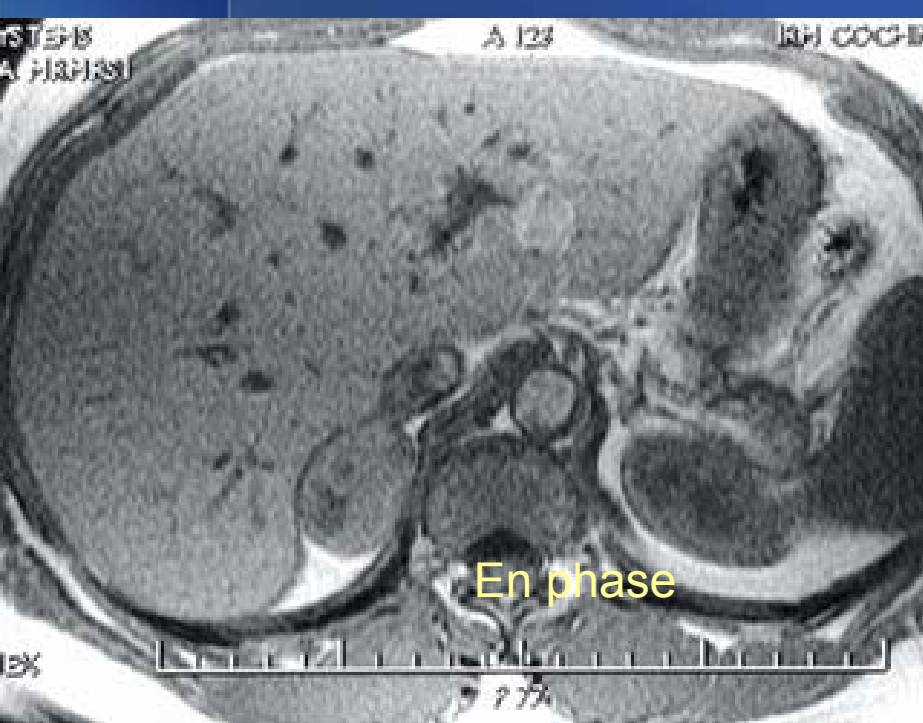
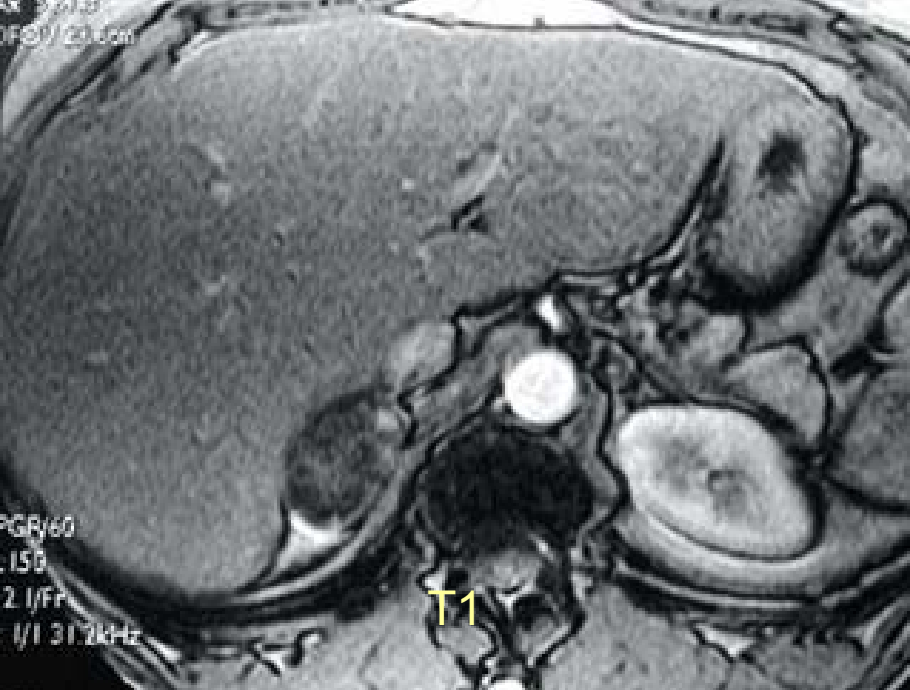
**Tableau 1**

Critères morphologiques permettant de distinguer un adénome d'un corticosurréalome

Critères morphologiques	Adénome	Corticosurréalome
Limites	régulières	irrégulières, polylobées
Contenu	homogène	hétérogène
Position	unilatérale, isolée	unilatérale, isolée
Densité	moins dense que le foie	
TDM	< 10 UH*	> 20 UH
TDM injecté	< 37 UH**	>40 UH
Cinétique de prise de contraste	lavage précoce	lavage tardif
IRM (séquence pondérée en T2)	iso-intense au foie < 1,2	hyper-intense au foie > 1,4
Hors phase	perte de signal forte	perte de signal faible
Nécrose		
Hémorragie	rare	fréquentes
Calcifications		
Croissance	stable	rapide

\* densité exprimée en unités Hounsfield

\*\* densité exprimée en unités Hounsfield, 30 minutes après injection de produit de contraste



# Taille

- Limite sup pour suspicion malignité très discutée
- Largement admis que pour  $>5\text{cm}$  : chirurgie  
et  $<3\text{cm}$  : surveillance
- Entre 3 et 5 cm : -CAT controversée
  - prise en compte du terrain (âge++)
  - recherche critères  
de malignité sur imagerie (mais  
imagerie ne peut trancher dans plus  
de 50% des tumeurs sup à 4cm)

N.B. : la prévalence des corticosurrénales  $<5\text{cm}$  est de 8%.  
Exceptionnel  $<4\text{cm}$

**► 4cm, mais taille ne suffit pas  
pour indication chirurgicale**

# En pratique (2)

## Plurisécrétion hormonale

(situation rare en cas d'incidentalome)

suspicion  
corticosurrénalome+++

> Chirurgie



Bilan hormonal

- Cortisone urinaire, cycle cortisol, test de freination à la dexaméthasone
- Excrétion urinaire (catécholamines, dérivés méthoxydés)
- Kaliémie ; sit HTA et/ou hypokaliémie : aldostérone/rénine

Bilan morphologique TDM et IRM

Suspicion de métastases  
Biopsie percutanée

**Tumeur non sécrétante**

**Tumeur sécrétante**

Taille < 4 cm

Taille > 4 cm  
et/ou critères  
suspects de malignité

scinti NP59

TTT médical

Phéochromocytome  
Hypercorticisme

Adénome

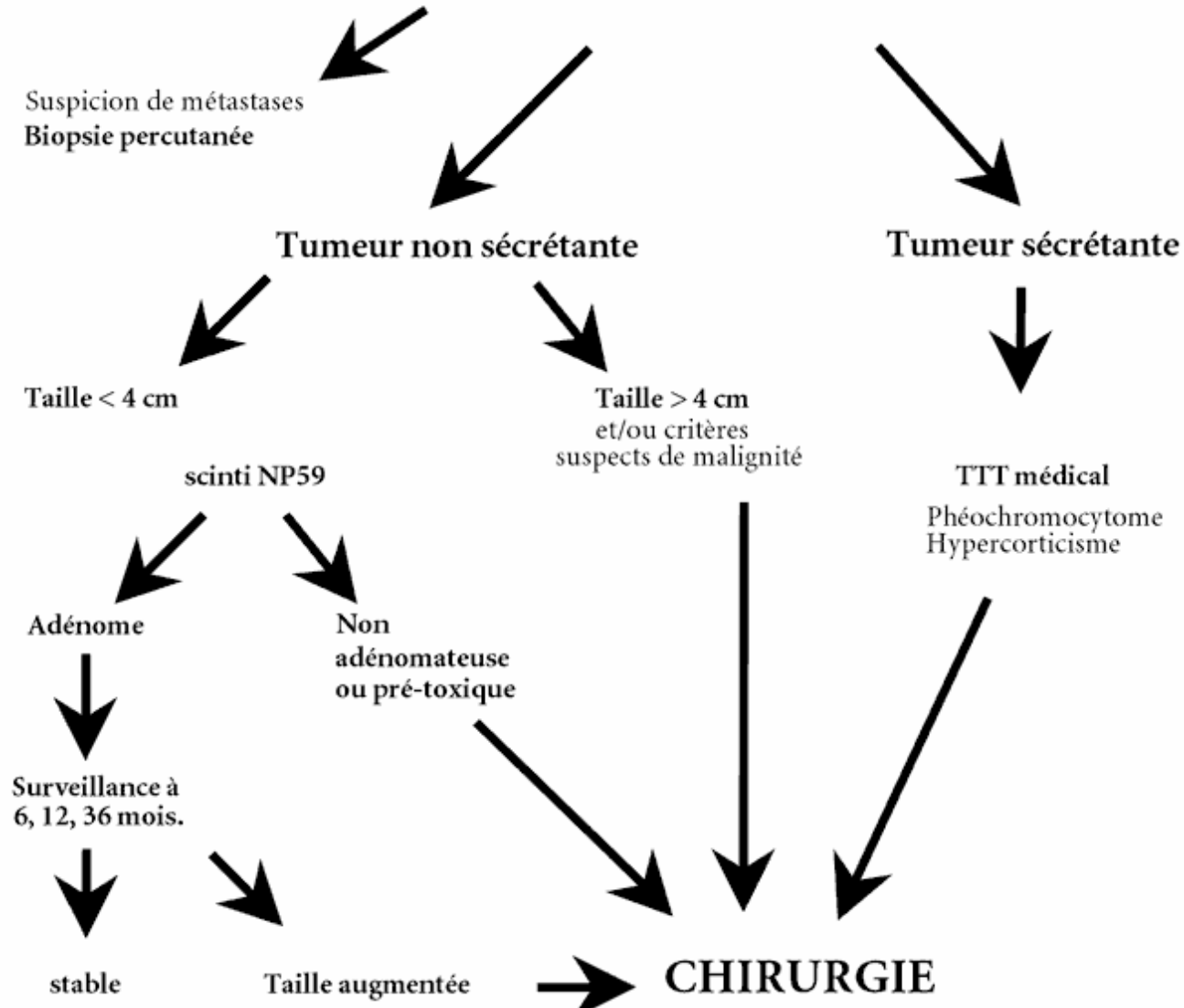
Non  
adénomateuse  
ou pré-toxique

Surveillance à  
6, 12, 36 mois.

stable

Taille augmentée

**CHIRURGIE**



# Traitement chirurgical:

- Préparation préopératoire?
- Laparoscopie ?
- Suspicion lésion maligne

# Préparation préopératoire

## I. Phéochromocytome +++

Objectifs: contrôler l'hypersécrétion de cathécholamines afin d'éviter:

1. Accoups hypertensifs & troubles du rythme cardiaque
2. Collapsus après exérèse

En pratique:

1. Inhibiteurs calciques (Loxen®) +/-  $\alpha/\beta$ -bloquants
2. Remplissage pré-opératoire

## II. Adénome pré-toxique

Objectif: prévenir une insuffisance surrénalienne postopératoire

En pratique: Hydrocortisone périopératoire

# Laparoscopie

- LAPAROSCOPIE = GOLD STANDART
- aucune étude randomisée ni méta-analyse
- nombreuses études rétrospectives comparatives:

laparoscopie vs. Chirurgie ouverte

# Laparoscopie

	<u>Chirurgie classique</u>	<u>Laparoscopie</u>
Confort postop.	-	+
Durée de séjour	6,5 j	2,5 j
Complications	24 %	7%

- SHELL SR, *Surg Endosc.* 1999
- BRUNT LM, *J Am Coll Surg* 1996

# Laparoscopie: Comment?

- Transpéritonéale vs. Rétropéritonéale?
- PAS DE CONSENSUS
- Plusieurs études rétrospectives:  
résultats discordants
  - BONJER HJ, *Br J Surg* 1997
  - LEZOUCHE E; *Surg Endosc* 2002

# Laparoscopie: limites?

Taille?



Malignité?

- lésion > 6 cm

- Dès que suspectée



Contre indication  
laparoscopique



Limites repoussés à 10 cm...

P.S.H. Moon; *ESJO* 2007

Shen WT; *J Surg Oncol*; 2005

Kopf D; *J Cancer Res Clin Oncol*; 2001

# Surveillance

- Si exérèse : pas de consensus
- Si pas d'exérèse...



SURVEILLANCE +++

- COMMENT ?
- QUAND ?

- Evolution des incidentalomes:
  - 25 % augmentent de taille
  - 2-3 % régressent
  - 20 % deviennent sécrétants (exceptionnel si < 3 cm)

(Cortisosécrétion +++)

- TDM abdominal injecté:

 6 - 12 mois après découverte

Si pas de croissance:

- Risque de développement de malignité exceptionnel
- pas de recommandation pour continuer surveillance radiologique

- Biologie:
  1. Test de freinage faible
  2. Dosage cathécholamines urinaires + dérivés

Dosage annuel recommandé

# Conclusion

- Augmentation de fréquence liée au développement de l'imagerie
- Objectif prise en charge = ne pas méconnaître corticosurrénalome malin ou phéochromocytome
- Bilan hormonal et morphologique
- Indication chirurgicale pour incidentalome sécrétant, ou critères morphologiques de malignité
- Si abstention chirurgicale, surveillance régulière
- Laparoscopie = technique de référence

