Tumeurs surrénaliennes : profil épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif, service d'urologie, CHU Mohammed VI Marrakech

Y.HAMDI, S.SARF*

*Service d'urologie. CHU Mohammed VI. Marrakech

ملخص تعتبر دراستنا تحليلا استيعاديا للخصائص الوبائية، السريرية، العلاجية و التطورية للمرضى المصابين بأورام الغدة الكظرية في قسم جراحة المسالك البولية في المركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش، في الفترة الممتدة من يناير 2002 إلى دجنبر 2010. أظهرت دراستنا أن متوسط السن لدى المرضى (عشرة نساء رجلان) كان 46 سنة، تشخيص المرض كان متأخرا، ألم البطن كان هو العلامة الرئيسية من بين الأعراض(34 ,83٪). لتحديد مكان الورم ثم اللجوء الى عدة طرق، الفحص بالصدى، التصوير المقطعي كان الأداة التشخيصية الأكثر ملائمة لدراسة أورام هذه المنطقة، ثم تشخيص الورم يمينا عند 5 مرضى، و شمالا عند 7 مرضى. طلبت تحاليل بيولجية لتحديد الأورام المفرزة. ثم إجراء الجراحة في جميع الحالات، كان الاستئصال كليا، اجريت الجراحة بالمنضار عند 5 مرضى، و الجراحة التقليدية عند 7 مرضى. كشف التشريح المرضي عن 5 أورام غدية غير مفرزة، ورم القوائم في 4 حالات، و عند مريضين ورم القشرة الخبيثة. لوحظت مضاعفات بعد الجراحة عند مريضين، وبعد المتابعة الطبية لمدة 6 اشهر لوحظ تحسن تدريجي عند مريضين.
الكلمات الأساسية أورام الغدة الكظرية - التصوير المقطعي- الجراحة- التشريح المرضي.

Résumé Notre travail est une analyse rétrospective des caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des tumeurs surrénaliennes au CHU Mohammed VI de Marrakech du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2010. Pendant cette période, 12 cas de tumeurs surrénaliennes pris en charge dans le service d'urologie du CHU Mohammed VI de Marrakech. Le sexe ratio est de 5 montrant une nette prédominance féminine, l'âge moyen est de 46 ans, le diagnostic est souvent tardif, la symptomatologie clinique est dominée par les douleurs abdominales dans 83,34% des cas. L'imagerie permet de localiser la tumeur et de rechercher d'éventuelles métastases, plusieurs méthodes sont utilisées: l'échographie abdominale, la tomodensitométrie (TDM) était l'outil diagnostique le plus approprié pour visualiser les tumeurs surrénaliennes, elle a été pratiquée chez tous nos patients, la tumeur a été à droite chez 5 malades et à gauche chez 7 malades. Des examens biologiques ont été demandés pour différencier entre les tumeurs surrénaliennes sécrétantes et non sécrétantes. L'exérèse chirurgicale était complète, la surrénalectomie par chirurgie conventionnelle par voie antérieure a été pratiqué chez 7 patients, la surrénalectomie laparoscopique rétropéritonéale a été effectué chez 5 patients. L'examen anatomopathologique était en faveur d'un adénome non secrétant dans 5 cas, phéochromocytome dans 4 cas, 2 corticosurrénalomes et une métastase surrénalienne d'origine rénale. 10 patients ont eu des suites post opératoires simples, un seul patient a présenté un emphysème sous cutanée, à long terme 2 patients ont été revus après 6 mois avec constatation de régression des signes cliniques.
Mots-clés Tumeurs surrénaliennes – TDM –chirurgie – Anatomopathologie.

Abstract Our work is a retrospective analysis of clinical epidemiology and treatment of adrenal tumors scalable CHU Mohammed VI Marrakesh from 1 January 2002 to December 31, 2010. During this period, 12 cases of adrenal tumors treated in the urology department at CHU Mohammed VI Marrakesh. The sex ratio is 5 showing a marked female predominance, the average age is 46 years, the diagnosis is often delayed, the clinical symptomatology is dominated by abdominal pain in 83.34% of cases. Imaging to locate the tumor and look for possible metastases, several methods are used: abdominal ultrasound, computed tomography (CT) was the most appropriate diagnostic tool to visualize adrenal tumors, it was performed in all our patients, the tumor was right in 5 patients and left in 7 patients. Laboratory tests were requested to differentiate between adrenal tumors secreting and not secreting. Surgical resection was complete, the conventional surgical adrenalectomy by the anterior was performed in 7 patients, the retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy was performed in 5 patients. Histological examination was in favor of a non-secreting adenoma in 5 cases, pheochromocytoma in 4 cases, 2 adrenocortical and adrenal metastasis of renal origin. 10 patients had an uneventful postoperative simple, one patient developed subcutaneous emphysema, another presented a fever, two long-term patients were reviewed after six months with observation of clinical signs of regression.
Key words Adrenal tumors – Computed tomography – Surgery – Histology.

Introduction

Les masses surrénaliennes sont de plus en plus souvent diagnostiquées grâce aux progrès des explorations radiologiques et biologiques. Toutefois, les études révèlent que la prévalence augmente avec l'âge et peut atteindre 7% chez des sujets de plus de 70 ans [1]. Étant donné le Vieillissement de la population et l'augmentation de la sensibilité des nouvelles techniques d'imagerie, cette étude a été conçue pour évaluer les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives des tumeurs surrénaliennes.

Matériels et méthodes

Notre travail est une étude rétrospective d'une série de 12 cas de tumeurs surrénaliennes hospitalisés au service d'urologie sur une période de 9 ans, s'étendant du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2010. Différents paramètres ont été exploités à partir des dossiers médicaux du service d'urologie du CHU Mohammed VI de Marrakech. Une fiche d'exploitation préétablie réalisée à cet effet a permis le recueil des données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives. Le but de ce travail est d'évaluer l'expérience du service en matière de prise en charge de cette

pathologie, et de comparer nos résultats à ceux de la littérature.

Résultats et analyse

Cette série se composait de 12 cas de tumeurs surrénaliennes, répartis en 10 femmes et de 2 hommes, l'âge moyen des malades était de 46 ans avec des extrêmes allant de 31 à 62 ans L'analyse de la répartition des âges par décennie montrait qu'il existait une prépondérance des tumeurs surrénaliennes dans la 5éme décennie (51-60 ans) avec une fréquence de 41.67% la répartition selon les décennies était la suivante (Tableau I) :

Tableau I : Répartition des tumeurs surrénaliennes selon les décennies

Tranches d'âges	Nombre de Cas	%
31-40	4	33,3
41-50	3	25
51-60	5	41,6

Le délai de consultation de ces patients variait de 4 à 72 mois. Des examens complémentaires ont été demandés aussi bien biologiques que radiologiques pour différencier entre les tumeurs surrénaliennes sécrétantes et non sécrétantes, pour 9 patients (75%) il s'agissait de tumeurs non sécrétantes. Les signes révélateurs étaient dominés par la douleur abdominale ou de l'hypochondre dans tous les cas, avec des céphalées et crises sudorales dans 50% des cas, et dans 3 cas une masse a été retrouvée à l'examen clinique. L'altération de l'état général associée à un amaigrissement était notée dans 3 cas. Pour les 3 autres malades (25%), un syndrome de Cushing était noté chez un malade âgé de 56 ans, le bilan biologique confirmait l'hypercortisolisme avec perte du rythme circadien du cortisol. Une aménorrhée de 4 mois a été constatée chez une femme de 35 ans ainsi que des lombalgies et douleur de l'hypochondre droit avaient constitué le motif de consultation, le bilan endocrinien confirmait l'hypersécrétion. L'imagerie permet de localiser la tumeur et de rechercher d'éventuelles métastases, plusieurs méthodes sont utilisées, l'échographie abdominale a été pratiquée chez 10 de nos malades, elle a visualisé une masse tumorale chez tous les patients, l'image réalisée est une formation d'échostructure variable échogène ou mixte, la nécrose a été visualisée dans 2 cas. La TDM a été pratiquée chez tous nos patients, une masse tumorale a été décelée dans tous les cas, cet examen a en plus fourni des détails anatomiques sur les rapports avec la VCI et certains organes de voisinages de la surrénale. Un seul patient a bénéficié d'une IRM montrant une masse droite avec composante tissulaire en rapport avec une lésion kystique à contenu hémorragique ou protéique. La radiographie du thorax a été pratiquée chez tous les patients dans le cadre du bilan pré anesthésique et du bilan d'extension, après les investigations radiologiques la tumeur a été du coté droit chez 5 malades et du coté gauche chez 7 malades. La taille des tumeurs surrénaliennes varie de 30mm à 120mm et se répartit de la façon suivante: inférieure à 4cm dans 3 cas (25%), entre 4cm et 6cm dans 2 cas (16.67%), supérieure à 6cm dans 7 cas (58.33%). La chirurgie était le traitement radical, la surrénalectomie par voie antérieure la voie sous costale unilatérale droite ou gauche a été pratiqué chez 7 patients, la surrénalectomie laparoscopie rétro péritonéale a été effectué chez 5 patients. La décision de conversion a été prise deux fois, pour adhésion à la veine rénale d'où une néphrectomie était nécessaire, et pour une autre tumeur de grande taille très vascularisée et adhérente au rein une autre néphrectomie a été faite. Les tumeurs étaient uniques dans tous les cas, l'ablation tumorale a toujours été accompagnée d'une surrénalectomie unilatérale. Nos résultats anatomopathologiques ont été précisé chez tous les patients, et a montré les résultats suivants (Tableau II) :

Tableau II : Répartition des tumeurs surrénaliennes selon le type histologique

Type histologique	Nombre cas
Adénome	5
Phéochromocytome	4
Corticosurrénalome	2
Métastases	1

Les suites post opératoires ont été simples chez la majorité de nos patients. En per opératoire, un seul patient a présenté une plaie de la voie biliaire principale d'où une cholécystectomie a été faite, un autre patient a présenté un pic d' HTA. En post opératoire un patient a présenté un emphysème sous cutanée, un autre patient a présenté un syndrome fébrile, 10 patients ont eu des suites post opératoires simples. A long terme, 2 patients ont été revus avec un délai de six mois avec constatation de régression des signes cliniques, les autres patients ont été perdus de vue.

Discussion

Les tumeurs surrénaliennes sont des tumeurs rares, elles ont suscité ces dernières années beaucoup d'intérêt par les progrès réalisés dans les domaines des explorations biologiques, des techniques d'imagerie médicale et l'avènement de la chirurgie endoscopique, permettent une meilleure maîtrise de cette pathologie. La prévalence des tumeurs surrénaliennes varie selon l'environnement dans lequel les patients ont été explorés, elle est de 2,1%, la prévalence semble augmenter avec l'âge, l'existence d'une obésité, d'un diabète sucré ou d'une HTA [1]. La distribution d'âge de nos patients était large

de 31 à 62 ans, avec une prédominance chez les sujets âgés de plus de 60 ans, ses données sont concordantes avec ceux trouvés dans la littérature [2]. La prédominance féminine observée dans notre série confirme les résultats de certaines séries [3], ces résultats peuvent être expliqués par la haute prévalence des maladies biliaires et gynécologiques chez la femme, qui nécessite des investigations topographiques [4]. Dans notre étude la découverte des tumeurs surrénaliennes fait suite le plus souvent à des douleurs abdominales, dans la littérature les circonstances de découverte des tumeurs surrénaliennes sont variées mais les douleurs abdominales sont les plus fréquemment retrouvées. La démarche diagnostique repose sur l'analyse soigneuse des données des explorations biologiques et radiologiques. L'évaluation de la sécrétion hormonale permet de dépister les tumeurs représentant par leur sécrétion un risque hormonal significatif, il est recommandé dans la littérature de rechercher systématiquement une hypersécrétion de catécholamines et de cortisol et de rechercher une hypokaliémie et une hyperglycémie [5]. Dans notre série la recherche d'un phéochromocytome a été faite chez 8 patients dont 2 patients présentaient des signes biologiques d'hypersécrétion hormonale, tous nos patients ont bénéficié d'une kaliémie qui s'est révélé basse chez un seul patient, le dosage de la glycémie a été effectué chez tous nos patients parmi lesquels trois ont une hyperglycémie. Selon la littérature l'examen clé pour l'étude des tumeurs surrénaliennes est la tomodensitométrie (TDM) [6].Dans notre série, elle a été pratiquée chez tous nos patients, et a révélé une masse tumorale dans tous les cas. La démarche diagnostique repose sur l'analyse soigneuse des données du scanner et de l'IRM [7]. Après les investigations radiologiques, la tumeur a été du coté gauche chez 7 malades et à droite chez 5 malades, chose discordante avec la littérature où les tumeurs étaient retrouvées beaucoup plus à droite à cause d'une meilleure visualisation de la tumeur, ceci est du aux progrès de l'imagerie et l'amélioration de ses performances [8]. Aucun de nos patients n'a bénéficié d'une investigation isotopique malgré qu'elle soit très performante dans le diagnostique topographique du phéochromocytome car elle permet une bonne détection des phéochromocytomes ectopiques ou de taille inférieur à 1cm [7]. L'indication d'exérèse chirurgicale d'une tumeur surrénalienne sera prise de manière pluridisciplinaire après la réalisation du bilan morphologique et biologique, ainsi les principales indications sont [1] : Soit pour les tumeurs sécrétantes de manière patente (phéochromocytome, adénome de Conn). Soit pour des tumeurs malignes ou à risque de l'être, cette appréciation repose avant tout sur les données de l'imagerie, les indications de la chirurgie seront donc larges pour les tumeurs de taille >4cm. Ou plus rarement, si la tumeur donne lieu à des signes, des symptômes et /ou des complications d'ordre local, il faut prendre en considération aussi d'autres critères tel l'opérabilité et l'accessibilité à la chirurgie. Dans notre série, les indications chirurgicales étaient dans 75% des cas pour une taille supérieur à 4cm et pour le caractère sécrétoire dans 25% des cas, ce qui concordant avec les résultats de la littérature. Les risques représentés par l'exérèse d'une lésion sécrétante, concernant essentiellement les phéochromocytomes et les adénomes corticaux (risques hémodynamiques péri et post opératoires, et les répercussions métaboliques) sont bien connu [9,10], dans notre série un seul patient a présenté un pic d'HTA en per opératoire. Le traitement chirurgical consiste en une tumoro-surrénalectomie totale qui a intérêt surtout diagnostique [11], permettant l'analyse complète de la glande tout en permettant de conclure quant au pronostic [12]. Une compilation de la littérature incluant 3868 patients issus de séries non chirurgicales retrouve les résultats anatomopathologiques suivantes : par ordre de fréquence décroissant les adénomes corticosurrénaliens non sécrétants (71%), un phéochromocytome (5,6%), un carcinome primitif surrénalien (4,4%), des métastases (2,1%), un adénome de Conn (1,2%) et dans 8% des cas des lésions diverses (kystes, hémorragies, myélolipomes) [13]. Ces chiffres sont confirmés dans des séries multicentriques rétrospectives d'envergure menées dans un environnement médical, telle que la série multicentrique italienne incluant plus de 1000 patients [14], ce qui est concordant avec les résultats anatomopathologiques de notre série.

Conclusion

Les tumeurs surrénaliennes sont des tumeurs rares, elles ont longtemps été considérées comme lésions difficiles à la fois en terme de diagnostic et de gestion. Cependant, elles ont suscité ces dernières années beaucoup d'intérêt grâce aux progrès réalisés dans les explorations biologiques, techniques d'imagerie et l'avènement de chirurgie endoscopique, permettant une meilleure maîtrise de cette pathologie qui regroupe un certain nombre de tumeurs, dont le pronostic est généralement bon dans les formes bénignes et imprévisible dans les formes malignes et métastatiques.

Références

1-Bardet S, Bertherat J. Exploration et prise en charge des incidentalomes surrénaliens. Consensus d'experts de la Société Française d'Endocrinologie 2007; 11-34.

2-Belhaj L, Kadiri A, Gharbi M. incidentalomes surrénaliens. Maroc Médical septembre 2006;(28) :3-5.

3-Dubernard J, Abbou.C. Surrénales et tumeurs rétro péritonéales primitives. Chirurgie urologique 2001; 7-15.
4-Lifante J, Cenedese, Fernandez V, Peix J. Evolution de la prise en charge de la pathologie surrénalienne depuis l'avènement de la laparoscopie. Etude rétrospective de 22 patients. Annale de chirurgie 2005; 130:547-52.
5-Bertherat L. Incidentalome de la loge surrénale : explorations cliniques et biologiques. J Radiol 2009;90:422-5.
6- lockhart M, smith J, kenney P. Imaging of adrenal masses.Eur J Radiol 2002;41:95-112.
7- Doucet V, Tourette J, Uzan E, Andre M, Bartoli J. Imagerie des glandes surrénales : problèmes diagnostic, incidentalomes, tumeurs bénignes versus tumeurs malignes. radiology 1996;198:309-12.
8-Kawashima A, Carl M, Sandler M. spectrum of CT finding in non malignant desease of the sdrenal gland. Radiographics 2002;18,2:393-12.
9-Krane N. Clinically unsuspected phaeochromocytomas. Intern Med 1986;146(1):54-7.
10- Voros D, Smyrniotis B, Argyra E, Vadalouka A, Siafaka L, et al. Undiagnosed phaeochromocytomas in the perioperative period. Eur J Surg 1996;162(12):985-7.
11-Berton X, Corbi P, Faure J, Jayle C, Richer P,et al. Cancer bronchique opérable et lésions surrénaliennes synchrones : Intérêt du traitement cumulé associant surrénalectomie sous coelioscopie et exérèse pulmonaire. Annale de chirurgie 2002; 127:193-97.
12-Grunenberge F, Frantzen L, Jack D, Schlienger L. Métastases surrénaliennes bilatérales d'un carcinome hépato cellulaire. Annale d'endocrinologie 2001; 62(4) :352.
13-Barzon et al. Prevalence and Natural History of Adrenal Incidentalomas. Euro j endoc 2003;149:273-85.
14-Mantero F, Terzolo M, Arnaldi G. A survery on adrenal incidentaloma in Italy. Study Group on Adrenal Tumors of the Italian Society of Endocrinoly. J Clin Endoc Metab 2000; 85:637-44.