

Les masses surrenaliennes

Fréquemment détectées!



Isabelle Bourdeau, MD, FRCPC

Présenté dans le cadre de la conférence : *L'endocrinologie*, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, avril 2006

Le cas de Jean-Pierre

Jean-Pierre, âgé de 50 ans, se présente à l'urgence pour une douleur au flanc gauche. Une lithiase urinaire est suspectée.

Que faire avec ce cas?

Les masses surrenaliennes, dont la prévalence est évaluée à environ 2,1 % dans la population générale, sont de plus en plus souvent diagnostiquées. Toutefois, les études d'autopsies révèlent que la prévalence augmente avec l'âge et peut atteindre 7 % chez des sujets de plus de 70 ans. Étant donné le vieillissement de la population et l'augmentation de la sensibilité des nouvelles techniques d'imagerie, les masses surrenaliennes sont donc fréquemment détectées.

La définition d'une masse surrenalienne cliniquement silencieuse

Les masses surrenaliennes cliniquement silencieuses sont découvertes fortuitement lors d'une évaluation diagnostique ou thérapeutique effectuée pour une condition qui n'est pas liée aux glandes surrenales. Cette définition exclut les patients en cours d'évaluation d'un bilan d'extension pour un cancer. Les masses surrenaliennes cliniquement silencieuses sont communément appelées incidentalomes surrenaliens.

La Dre Bourdeau est endocrinologue et professeure adjointe de clinique au service d'endocrinologie de l'Hôtel-Dieu (CHUM).

L'investigation de Jean-Pierre

- Une masse surrénalienne droite de 2 cm est découverte à l'uroscan.
- À l'anamnèse, le patient est hypertendu depuis l'âge de 30 ans. Sa tension artérielle a toujours été difficile à contrôler malgré la prise de trois médicaments antihypertenseurs. Sa tension artérielle est à 155/90.
- Étant donné la découverte d'un incidentalome surrénalien, un bilan hormonal est prescrit.
- La collecte urinaire de 24 heures des catécholamines est normale ainsi que le test de freination à la dexaméthasone 1 mg (cortisol 25 nmol/L à 8 h du matin, N < 50 nmol/L).
- Le potassium sérique est normal.
- La mesure du ratio aldostérone/rénine révèle un ratio anormal : aldostérone 887 pmol/L/rénine 0,2 ng/mL/h (ratio > 550 et aldostérone > 416 pmol/L).

Le diagnostic différentiel d'une masse surrénalienne

Le diagnostic différentiel d'une masse surrénalienne est très vaste. La masse peut provenir du cortex surrénal (adénome, carcinome, hyperplasie) ou de la médulla (phéochromocytome). Il peut s'agir de lésions touchant toute la glande (kystes, infection, abcès, métastases, myéolipomes ou autres entités rares).

Une interprétation adéquate des images radiologiques est très importante, car il peut aussi s'agir de lésions extra-surréaliennes originant des organes adjacents (foie, reins, rate, pancréas), de ganglions ou d'artéfacts reliés à la technique d'imagerie.

Pourquoi doit-on investiguer les masses surrénaliennes?

Quoique la majorité des masses surrénaliennes soient bénignes et non fonctionnelles, il est important de les investiguer, car un pourcentage de celles-ci peut entraîner des maladies endocriniennes graves ou être des cancers. L'investigation a pour but de déterminer si la masse produit des sécrétions ou non, et si elle est maligne ou bénigne. Les résultats de l'investigation permettront de déterminer si une résection chirurgicale est nécessaire.

L'investigation des incidentalomes surrénaliens inclut une anamnèse complète, un examen physique, une évaluation biochimique/hormonale, afin d'exclure la sécrétion excessive d'hormones, et des examens radiologiques.

L'investigation hormonale d'une masse surrénalienne

Le but de l'évaluation hormonale est d'éliminer un phéochromocytome, un syndrome de Cushing clinique ou subclinique, un hyperaldostéronisme primaire et la sécrétion d'une tumeur virilisante ou féminisante.

Le questionnaire et l'examen

Au questionnaire et à l'examen, des signes et des symptômes d'hypersécrétion hormonale doivent être recherchés (tableau 1). Le patient doit être dirigé en endocrinologie si un tableau d'hypersécrétion est suspecté.

Le bilan hormonal

Le bilan hormonal doit être effectué chez tous les patients atteints d'incidentalomes surrénaliens.

Tableau 1
Symptômes d'hypersécrétion hormonale

Zonation des glandes surrénales	Hormones sécrétées en excès	Pathologie	Symptômes et signes à rechercher
Médulla	Catécholamines	Phéochromocytome	Hypertension artérielle, céphalées, sudation, palpitations
Cortex			
Glomérulée	Aldostérone	Hyperaldostéronisme	Hypertension artérielle, hypokaliémie, faiblesse
Fasciculée	Cortisol	Syndrome de Cushing	Gain de poids, pléthore faciale, faciès lunaire, obésité, HTA, vergetures pourprées, ecchymoses faciles
Réticulée	Androgènes	Tumeur sécrétant des hormones sexuelles	Hyperandrogénisme chez la femme et féminisation chez l'homme

L'évaluation hormonale inclut :

- un test de suppression à la dexaméthasone (1 mg);
- la mesure des catécholamines urinaires des dernières 24 heures;
- le potassium sérique et le ratio aldostérone/activité de la rénine plasmatique si le patient est hypertendu.

Le test de suppression

Le test de suppression à la dexaméthasone 1 mg (test de freinage court à la dexaméthasone) permet d'identifier les patients atteints de syndrome de Cushing et de Cushing subclinique. Le test consiste en l'administration orale

de dexaméthasone 1 mg entre 23 h et minuit, suivie de la mesure du cortisol plasmatique le lendemain matin entre 8 h et 9 h.

Une valeur plasmatique plus petite que 50 nmol/L exclut le diagnostic de syndrome de Cushing. La spécificité du test est limitée, car une absence de suppression peut être associée aux conditions suivantes : une diminution de l'absorption de la dexaméthasone, une augmentation du métabolisme hépatique de la dexaméthasone (barbituriques, phénytoïne, carbamazépine, rifampicine, aminoglutéthimide), une augmentation de la transcortine ou CBG [*Cortisol Binding Globulin*] (œstrogène, grossesse) et dans les états de pseudo-Cushing.

Le traitement des masses surrenaliennes entre 4 et 6 cm demeure controversé. Un suivi rapproché ou une résection chirurgicale demeurent des approches raisonnables.

L'exploration de la médullosurrénale

Pour l'exploration de la médullosurrénale, les signes classiques de phéochromocytome doivent être cherchés au questionnaire : céphalées, palpitations, diaphorèse, pâleur, anxiété et crise hypertensive. Le dépistage est effectué chez tous les patients avec une masse surrenalienne et consiste à la mesure des catécholamines urinaires sur une collecte d'urine de 24 heures.

La mesure de l'aldostérone

Un ratio aldostérone/rénine plus grand que 550 (à déterminer selon les laboratoires) et des taux plasmatiques d'aldostérone plus grands que 416 pmol/L (15 ng/dL) sont suggestifs d'hyperaldostéronisme primaire et nécessitent des investigations supplémentaires. Les androgènes sont mesurés seulement en présence de signes ou symptômes cliniques d'hyperandrogénisme.

L'investigation radiologique d'une masse surrenalienne

L'examen de choix pour l'investigation d'une masse surrenalienne est la tomodensitométrie. Au moyen de la radiologie, la taille et l'apparence des glandes surrénales peuvent fournir des

indices sur la nature bénigne ou maligne de la lésion. Les critères en faveur d'une lésion bénigne incluent :

- une masse de moins de 4 cm;
- une masse homogène à contour régulier;
- une mesure de la densité de la masse de moins de 10 HU (*Hounsfield units*) à la tomodensitométrie des surrénales sans contraste.

Le traitement des masses surrenaliennes en 2007

Une surrénalectomie doit être envisagée chez les patients avec une masse surrenalienne unilatérale et des signes et symptômes d'hyper-sécrétion de cortisol, d'aldostérone, d'androgènes ou de catécholamines confirmées biochimiquement. Toutefois, selon le cas, un traitement médical peut être approprié dans l'hyperaldostéronisme.

Pour les incidentalomes non fonctionnels, la probabilité de malignité guide le traitement. Les éléments à considérer sont la taille de la tumeur, les caractéristiques radiologiques et la croissance. Le consensus du *National Institutes of Health*, publié en 2003, recommande d'opérer tous les incidentalomes surrenaliens de 6 cm et plus. Les masses de moins de 4 cm, définies comme à faible risque de malignité radiologique, sont généralement non réséquées.

Le traitement des masses surrenaliennes entre 4 et 6 cm demeure controversé. Un suivi rapproché ou une résection chirurgicale demeurent des approches raisonnables. Toutefois, une surrénalectomie est fortement recommandée s'il y a une croissance de la masse ou des critères radiologiques suggestifs de malignité.

L'approche chirurgicale recommandée est la laparoscopie effectuée par une équipe

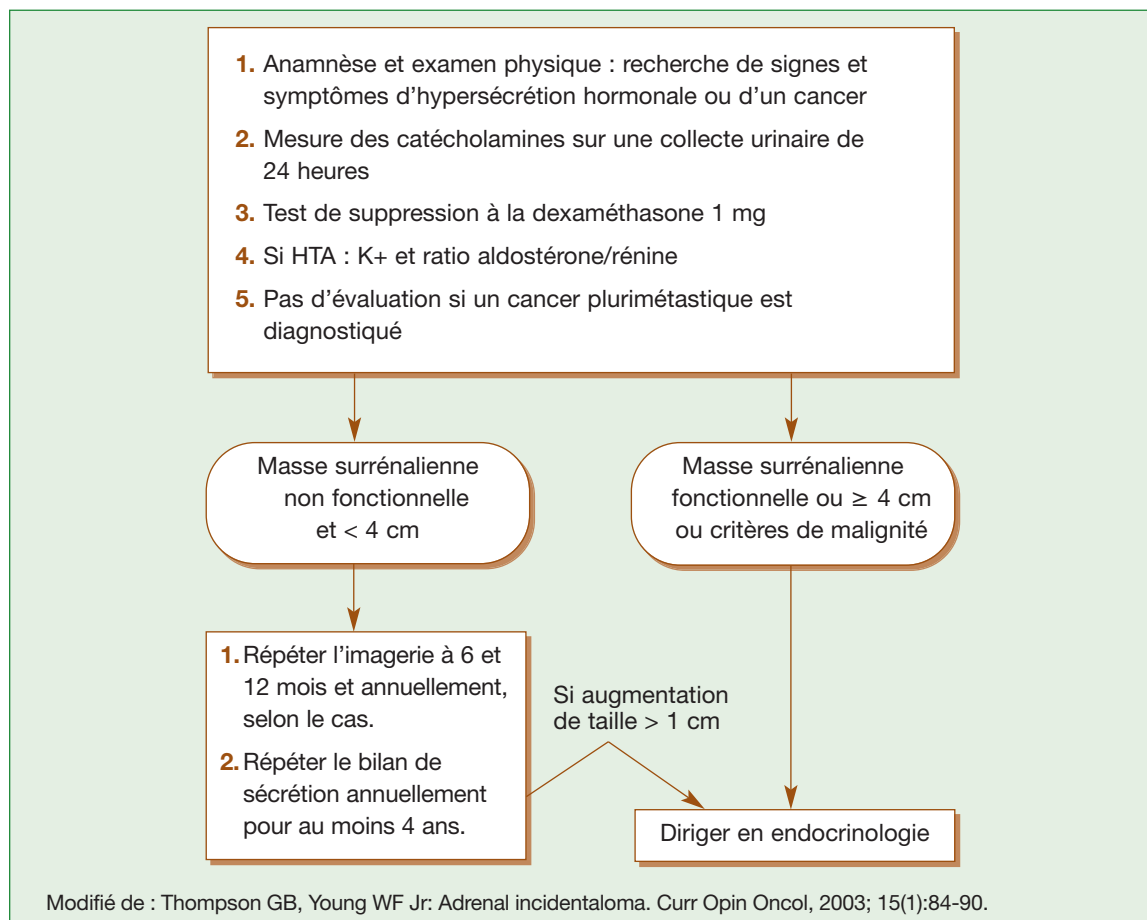


Figure 1. Algorithme pour l'évaluation d'un patient avec une masse surrenalienne. Cet algorithme doit être individualisé pour chaque patient.

expérimentée. Toutefois, s'il y a un diagnostic potentiel de carcinome, la laparotomie demeure le premier choix. Un algorithme de l'investigation est présenté à la figure 1. Cependant, cet algorithme doit être individualisé selon l'aspect radiologique de la masse, les conditions cliniques, l'âge du patient ainsi que la volonté de ce dernier.

Le suivi

Le consensus du *National Institutes of Health* recommande un suivi radiologique 6 à 12 mois après l'évaluation initiale. Toutefois, étant donné l'absence d'études prospectives à large échelle sur l'évolution des masses surrenaliennes à long

terme en pratique, un suivi radiologique annuel est effectué, selon les cas. Un suivi hormonal annuel incluant les catécholamines urinaires et le test de suppression à la dexaméthasone 1 mg est aussi souhaitable, car des études sur le suivi des incidentalomes surrenaliens indiquent que certains patients peuvent développer un syndrome d'hypersécrétion malgré un bilan hormonal initial normal.

Qui diriger en clinique spécialisée?

Les patients remplissant les conditions suivantes devraient être transférés en endocrinologie pour

une évaluation complémentaire :

- signes et symptômes d'hypersécrétion;
- tests de dépistage hormonaux anormaux;
- augmentation de la taille de la masse au suivi radiologique;
- masse surrénalienne de 4 cm et plus;
- critères radiologiques suggestifs de malignité.

Finalement, étant donné le vieillissement de la population et l'augmentation de la sensibilité des techniques d'imagerie, les incidentalomes surrénaliens représentent une condition couramment rencontrée en clinique. Le défi est de diagnostiquer et de traiter les masses surrénaliennes qui comportent des risques pour le patient, soit ceux associés à une hypersécrétion hormonale ou à un cancer. *Clin*

Bibliographie :

1. Grumbach MM, Biller BM, Braunstein GD, et coll: Management of the clinically inapparent adrenal mass ("incidentaloma"). *Ann Intern Med*, 2003; 138:424-9.
2. Nawar R, Aron D, et coll: Adrenal incidentalomas – a continuing management dilemma. *Endocr Relat Cancer*, 2005; 12:585-98.
3. Mansmann G, Lau J, Balk E, et coll: The clinically inapparent adrenal mass: update in diagnosis and management. *Endocr Rev*, 2004; 25:309-4.
4. Thompson GB, Young WF, et coll: Adrenal incidentaloma. *Curr Opin Oncol*, 2003; 15:84-90.

Le diagnostic et le traitement de Jean-Pierre

Jean-Pierre a finalement été dirigé en endocrinologie. L'investigation a confirmé un hyperaldostéronisme primaire originant de la glande surrénale gauche. Il a donc subi une surrénalectomie gauche, ce qui a normalisé sa tension artérielle.

À retenir...

- Au moins 15 % des masses surrénaliennes découvertes fortuitement sont associées à une hypersécrétion hormonale anormale pouvant entraîner des complications graves.
- Un bilan hormonal doit être effectué chez tous les patients atteints d'une masse surrénalienne découverte fortuitement.
- Les masses surrénaliennes peuvent être un cancer primaire des glandes surrénales ou une métastase.
- Les patients atteints de masses surrénaliennes devraient être dirigés en endocrinologie.

**Vous voulez
une bonne raison
pour participer
à un marathon?**

Nous vous en donnerons 4 millions.

En effet, plus de quatre millions de Canadiens sont atteints d'arthrite. Renseignez-vous au sujet des marathons tenus dans le monde entier, qui appuient notre cause. Préparez-vous à voyager... et à triompher !

Composez le **1 800 321-1433** ou visitez notre site Web au **www.arthrite.ca/ArthroAction**

