

Phéochromocytome ne fixant pas à l'imagerie fonctionnelle: à propos d'un cas.

H. AZIB*, P. GILET*, Dr M. TSCHUDNOWSKY**, Dr M. RASAMISOA**.

Service de diabétologie endocrinologie. Centre hospitalier Louis Pasteur Dole 39100.

*Médecin au service de diabétologie au CH de Dole. **Endocrinologue au CH de Dole.

Introduction:

- ▶ La localisation et la confirmation du phéochromocytome doit comporter au moins deux modalités d'imagerie : une imagerie anatomique (scanner ou IRM) qui doit être combinée à une imagerie fonctionnelle et ceci afin d'optimiser les résultats de localisation de phéochromocytome primaire , récidivant ou métastatique (1).

Observation:

- ▶ Notre cas est une patiente de 81ans, chez qui une masse surrénalienne gauche a été découverte en 2011 sur un scanner abdominal réalisé devant des douleurs lombo-sacrées.
- ▶ Le bilan hormonal était en faveur d'un phéochromocytome, et l'IRM abdominale montrait un hypersignal en T2 classique du phéochromocytome.
- ▶ Les scintigraphies à l'octreoscan et à la MIBG marquée à l'iode 131 étaient négatives.
- ▶ La patiente a bénéficié d'une surrénalectomie gauche et l'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic de phéochromocytome.

Discussion:

- ▶ Après le diagnostic biochimique du phéochromocytome vient la localisation radiologique. 85% environ des tumeurs produisant des catécholamines sont des phéochromocytomes et 15% des paragangliomes fonctionnels, dont environ 2/3 sont intra- et 1/3 extra-abdominaux.
- ▶ L'imagerie commence par une IRM ou un scanner de l'abdomen. L'intérêt diagnostique de ces deux modalités est probablement comparable, leur sensibilité étant d'environ 95%.(2)
- ▶ Si l'IRM ou le scanner abdominal ne révèle pas de tumeur Il faut penser aux localisations atypiques la scintigraphie à la iodométaiodobenzylguanidine (MIBG) peut apporter des précisions.
- ▶ La MIBG est structurellement proche de la noradrénaline et est captée préférentiellement par le tissu adrénergique(2).
- ▶ L'imagerie de choix est la scintigraphie à la MIBG marquée à l'iode 123 qui a une sensibilité de 83 à 100% et une spécificité de 95 à 100% (3).
- ▶ Si cette dernière n'est pas disponible dans ce cas on peut utiliser la scintigraphie [I131] MIBG qui a une sensibilité de 77 à 100% et une spécificité de 95 à 100%.(3)

La scintigraphie [I131] MIBG peut être à l'origine de 15% de faux négatifs chez des patients ayant un phéochromocytome confirmé.

Par ailleurs la sensibilité de la MIBG est moins bonne dans les tumeurs malignes, où elle est estimée à 60 % en raison d'une vraisemblable diminution de l'expression du transporteur noradrénergique. Elle est également médiocre dans les formes familiales, de l'ordre de 50 % en cas tumeur extrasurrénalienne, avec un risque élevé de faux négatif dans les localisations supradiaphragmatiques.

- ▶ Dans ces situations, les performances de la scintigraphie octreoscan et/ou de la TEP-FDG seraient supérieures.
- ▶ En effet les phéochromocytomes malins ou métastatiques sont mieux détectés avec l'octreoscan qu'avec la scintigraphie MIBG (87 vs57%) (4)

Références:

- ▶ 1. PacakK, EisenhoferG, AhlmanH, et al.: Pheochromocytoma: recommendations for clinical practice from the First International Symposium.Nat Clin Pract Endocrinol Metab.
- ▶ 2. pheochromocytomes et paragangliomes fonctionnels .R.Trepp, F.Kuhn,C.Stettler
- ▶ 3. Bravo 1994, Nielsen et al. 1996, Furuta et al. 1999,van der Harst et al. 2001, Cecchin et al. 2006, Pacak et al. 2007).
- ▶ 4. Van der Harst et al.2001),