

Métastase surrénalienne d'un carcinome à cellules claires du rein : diagnostic différentiel du phéochromocytome



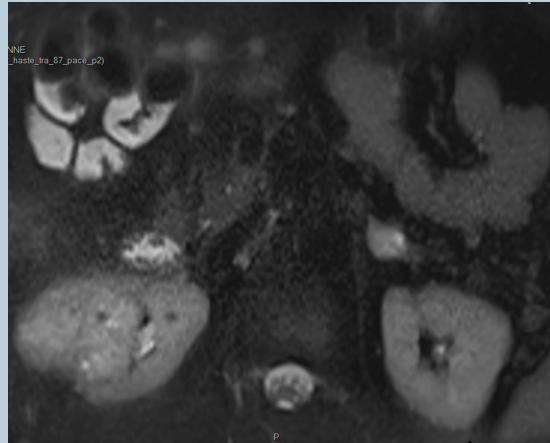
MA. Beaudoin^a (Mlle), A. Bounaga^a (Mlle), Y. Braik Djellas^a (Mme), P. Gilet^a (Mme), N. Kattan^a (M.), A. Mohn^b (Dr), L. Meillet^a (Dr), F. Schillo^a (Dr), S. Borot^a (Dr)

^a CHU Besançon, service d'endocrinologie; ^b CH Vesoul, service d'endocrinologie

Introduction : Le diagnostic étiologique des incidentalomes surrénaliens est parfois difficile. En général, les dosages hormonaux couplés à l'imagerie permettent d'orienter le diagnostic. Mais dans les cas douteux, seule l'anatomopathologie peut apporter la réponse.

Observation :

Clinique : Patient de 45 ans, antécédent de malformation artério-veineuse du rein droit embolisée, hypertension artérielle sans signes d'hypercorticisme, ni triade de Ménard.



Biologie : Chromogranine A, dérivés méthoxylés sanguins normaux, mais normétadrénaline urinaire élevée à 2493 nmol/24 heures (2xN).

Imagerie : petit incidentalome surrénalien gauche de 9x11x11 mm de densité spontanée à 42 UH, sur un scanner réalisé devant une récurrence d'hématurie. Aspect d'hypersignal T2 à l'IRM faisant évoquer un phéochromocytome. Pas de fixation du corps entier au PET TDM, au TEP à la F-DOPA, ni à la scintigraphie au MIBG.

IRM séquence T2

Évolution : surrénalectomie gauche devant l'évolutivité du nodule (12x17x15mm) à 4 mois, l'élévation des normétadrénalines, l'aspect de phéochromocytome à l'imagerie. Exérèse d'une lésion cutanée du cuir chevelu à but esthétique dans le même temps. Arrêt des traitements anti-hypertenseurs possible après la chirurgie.

Anatomopathologie : métastase d'un carcinome à cellules claires, d'origine rénale probable.

Lésion cutanée : métastase sous cutanée d'un carcinome à cellules claires.

Carcinome rénal à cellules claires confirmé par l'anatomopathologie de la néphrectomie droite.

Discussion : Selon Ishij et al, les phéochromocytomes sont des tumeurs vasculaires avec une éventuelle composante kystique, se présentant classiquement en net hypersignal T2 à l'IRM, mais celui-ci est loin d'être constant (Elsayes KM et al). Anant Krishnan montre que l'hypersignal T2 est caractéristique, mais non spécifique, et peut exister en cas de métastase surrénalienne hémorragique. Selon Çiçekçi M et al, il n'y a pas de différence statistiquement significative du coefficient ADC (Apparent Diffusion Coefficient, calculé sur la séquence de diffusion de l'IRM) entre les phéochromocytomes et les métastases surrénaliennes. La scintigraphie au MIBG permet de confirmer le diagnostic et de rechercher d'autres localisations. Selon David E. Kang, la sensibilité du PET-TDM pour dépister un carcinome rénal est de 60%.

Devant un incidentalome surrénalien sans critères formels de bénignité, il faut rester vigilant (surveillance étroite de l'évolutivité) et ne pas hésiter à discuter la chirurgie.

Bibliographie :

1. MRI of pheochromocytoma. Ishii K et al, Rinsho Hoshasen. 1990 Sep;35(9):1021-6.
2. Magnetic resonance characterization of pheochromocytomas in the abdomen and pelvis: imaging findings in 18 surgically proven cases. Elsayes KM et al. J Comput Assist Tomogr. 2010 Jul;34(4):548-53.
3. Anant Krishnan, MD Staff Radiologist, Department of Radiology, William Beaumont Hospital.
4. The role of apparent diffusion coefficient values in differentiation between adrenal masses. Çiçekçi M et al. Clin Imaging. 2014 Mar-Apr;38(2):148-53. Pheochromocytoma Imaging.
5. Clinical Use of Fluorodeoxyglucose F 18 Positron Emission Tomography for Detection of Renal Cell Carcinoma. David E. Kang et al, The Journal of Urology Volume 171, Issue 5. May 2004, Pages 1806-1809.