

Hyperplasie macronodulaire bilatérale des surrénales au cours d'un lymphome Hodgkinien : à propos d'un cas

E. Dendana^{*a} (Dr), H. Sayadi^a (Dr), G. Saad^a (Dr), S. Graja^a (Dr), T. Slim^a (Dr), M. Jmal^a (Dr), H. Marmouch^a (Dr), I. Kochtali^a (Pr)
^a Service d'Endocrinologie-Diabétologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, TUNISIE

Introduction

Les incidentalomes surrénaux sont le plus souvent des lésions bénignes et non sécrétantes (1). L'hyperplasie macronodulaire bilatérale des surrénales (HMBS) est une entité particulière qui est caractérisée par le développement de nodules supra-centimétriques bilatéraux de la corticosurrénale. Elle s'associe souvent à un syndrome de Cushing infra-clinique (2) dont la prévalence ne cesse d'augmenter et qui peut atteindre 16% selon les séries (3).

Nous rapportons le cas d'une patiente qui présentait une HMBS découverte dans le cadre du suivi d'un lymphome Hodgkinien

Observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 64 ans qui avait comme antécédents un diabète de type 2 évoluant depuis 15 ans bien équilibré sous Metformine. Elle présentait une HTA ancienne grade I sous Captopril, avec des chiffres tensionnels dans les objectifs.

A l'examen, elle avait un IMC à 34,9 Kg/m² sans prise de poids récente, elle ne présentait pas de signes d'hypercorticisme.

La localisation surrénalienne lymphomateuse était peu probable. En effet le lymphome était en rémission depuis 1 an et l'aspect des nodules était stable sur 3 tomodensitométries réalisés à 1 an d'intervalle chaque une, montrant : un nodule gauche de 13*27 mm et un nodule à droite de 10 mm de densité spontanée négative à -6 UH.

Le cycle nyctéméral du cortisol était rompu : 284 ng/ml à 8H et à 126 ng/ml à minuit.

Il n'y avait pas de freinage du cortisol : la cortisolémie après freinage minute était à 41 ng/ml et après freinage faible à 29 ng/ml. L'ACTH était à 13 pg/ml permettant de conclure à l'origine périphérique de l'hypercorticisme. L'étiologie d'un syndrome de Cushing secondaire à l'expression de récepteurs illicites était fortement suspectée chez notre patiente, qui a refusé de donner son consentement pour des explorations supplémentaires.

Discussion

Les principaux problèmes soulevés par la découverte d'un incidentalome surrénalienne sont d'une part de reconnaître les tumeurs à risque, c'est-à-dire associées à un impact délétère endocrinien ou tumoral et justifiant une exérèse chirurgicale et, d'autre part, de définir les modalités et le rythme de la surveillance pour les patients qui ne sont pas opérés. Une atteinte secondaire par un lymphome sous forme d'une infiltration des surrénales est très fréquente, environ 25% selon des séries d'autopsies mais il s'agit le plus souvent de lymphome non Hodgkinien (4). Chez un patient ayant un antécédent néoplasique en rémission, la découverte d'un incidentalome fait craindre une métastase. Dans ce cas, l'atteinte surrénalienne est le plus souvent bilatérale et associée à d'autres lésions ce qui n'est pas le cas de notre patiente. De plus, l'aspect radiologique était stable et en faveur d'une origine bénigne. Chez notre patiente l'HMBS était révélatrice d'un syndrome de Cushing infra-clinique dont la prévalence a été rapportée par certains auteurs chez 5 à 10% des patients avec un incidentalome surrénaux (5). Mais la prévalence réelle de la sécrétion infra-clinique reste méconnue du fait de l'évaluation insuffisante de la sécrétion hormonale dans certains cas (1).

Conclusion

Ce cas illustre une association inhabituelle d'une HMBS et d'un lymphome Hodgkinien avec une sécrétion infra-clinique de cortisol. La fréquence du syndrome de Cushing infra-clinique ne cesse d'augmenter créant une entité clinique particulière qui doit être évoquée devant toute masse surrénalienne.

Références

- (1) Rossi, R., Tauchmanova, L., Luciano, A., Di Martino, M., Battista, C., Del Viscovo, L., ... & Lombardi, G. (2000). Subclinical Cushing's syndrome in patients with adrenal incidentaloma: clinical and biochemical features. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(4), 1440-1448.
- (2) De Venanzi et al. "Primary bilateral macronodular adrenal hyperplasia." *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity* 21.3 (2014): 177-184.
- (3) Ambrosi, B., Peverelli, S., Passini, E., Re, T., Ferrario, R., Colombo, P., ... & Faglia, G. (1995). Abnormalities of endocrine function in patients with clinically "silent" adrenal masses. *European Journal of Endocrinology*, 132(4), 422-428.
- (4) CHUV, L. (2000). Lymphome surrénalienne primaire bilatérale. *Schweiz Med Wochenschr*, 130(31/32), 1120-4.
- (5) Nieman LK. Approach to the patient with an adrenal incidentaloma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95:4106-4113.