

Lymphome surrenalien unilatéral: une présentation atypique :

M. Lemaitre^{*a} (Mlle), K. Benomar^a (Dr), C. Vahe^a (Dr), C. Do Cao^a (Dr), C. Herbaux^b (Dr), C. Bouchindhomme^c(Dr), MC. Vantghem^a (Pr), JL. Wemeau^a (Pr)

a Service Endocrinologie, Diabétologie, Maladie Métaboliques Lille, Lille, FRANCE ; b Service Maladies du sang, Lille, Lille, FRANCE ; c Service de Biologie Pathologie, Lille, Lille, FRANCE

Introduction : Le lymphome non Hodgkinien diffus de type B représente 35% des lymphomes (Fig 1). Il se présente classiquement par des adénopathies, splénomégalie, sueurs, altération de l'état général. La localisation surrenalienne unique est rare.

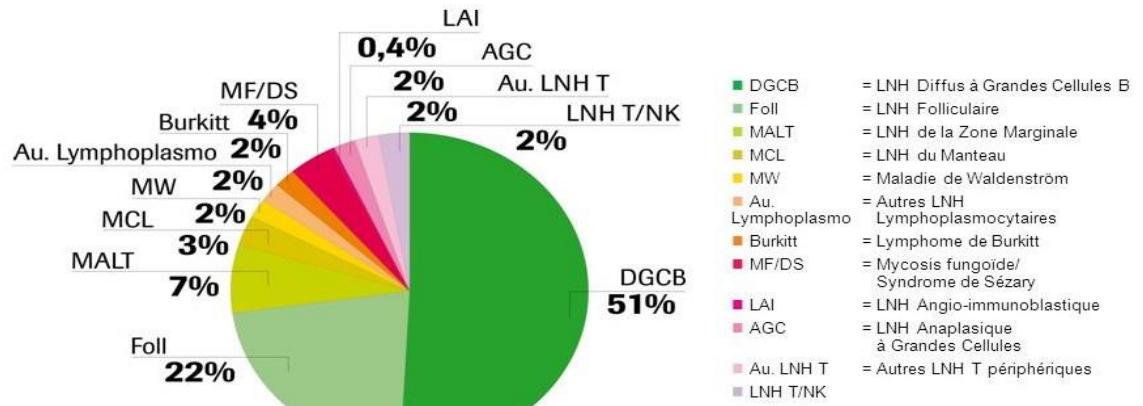


Fig 1. Répartitions des lymphomes non hodgkiniens

Observation : Nous rapportons le cas d'une patiente de 69 ans, sans antécédent, adressée pour découverte fortuite d'une masse rétropéritonéale gauche de 10 cm. La patiente décrit une asthénie, un amaigrissement de 3kg ainsi que des douleurs du flanc gauche. Le bilan biologique initial révèle une anémie normocytaire. Un TDM thoraco-abdomino pelvien (Fig 2.) met en évidence une masse surrenalienne gauche, de 8 cm, avec présence de ganglions latéro-aortiques et de nodules hépatiques d'allure secondaire. Une TEP FDG est réalisée qui montre une hyperfixation intense de la masse surrenalienne (SUV max à 42 (N<2,5)) avec des nodules hépatiques hyperfixants. L'IRM abdominale caractérise une masse surrenalienne hétérogène en hyposignal T1, hypersignal T2 associée à des lésions hépatiques hypervasculaires, la plus volumineuse mesurant 5 cm, compatibles avec des lésions secondaires d'un corticosurrenalome malin (Fig 3.). L'examen physique est normal en dehors de sueurs nocturnes. Les aires ganglionnaires sont libres.



Fig2, TDM abdomino pelvien sans injection

Diagnostique: L'évolution a été marquée par l'apparition d'une thrombopénie associée à l'aggravation progressive de l'anémie. Le bilan hormonal est normal et ne révèle pas d'hypersécrétion. Les LDH sont élevés à 522 U/L (N<235 u/L) et la β2microglobuline augmentée à 2.95mg/L (N<2.34 mg/L). Devant cette discordance clinico-morphologique, une Ponction Biopsie Hépatique est réalisée. L'analyse anatomopathologique conclut à un lymphome diffus de type B, à grandes cellules, avec localisation hépatique secondaire.

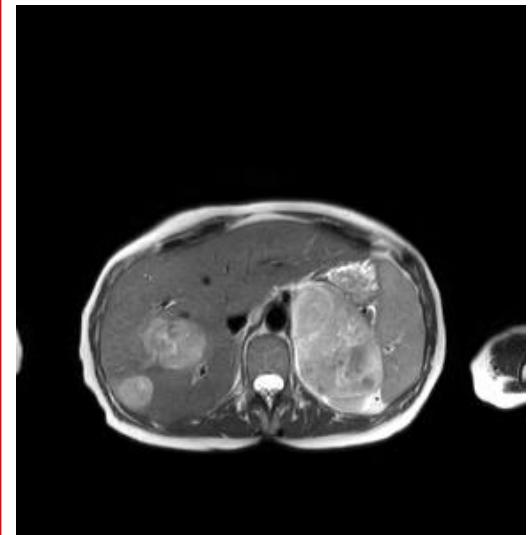


Fig 3. IRM abdominale injectée T2

Prise en charge : Une prise en charge hématologique par chimiothérapie R-CHOP a été réalisée, sous laquelle une réponse tumorale précoce a été observée.

Discussion : Le lymphome diffus non Hodgkinien de type B représente 1 à 5% des incidentalomes surrenaliens (Fig 4.). Son pronostic est meilleur que celui du corticosurrenalome, d'autant plus si la prise en charge est précoce. L'atteinte secondaire hépatique est exceptionnelle (<1%). Le dosage de LDH et de la β2microglobuline peuvent orienter le diagnostic malgré leur faible spécificité. Leur réalisation est pertinente devant une masse surrenalienne avec sueurs même en l'absence d'adénopathies périphériques. Notre observation présente la particularité de la localisation secondaire hépatique de ce lymphome surrenalien unilatéral sans autre atteinte ganglionnaire.

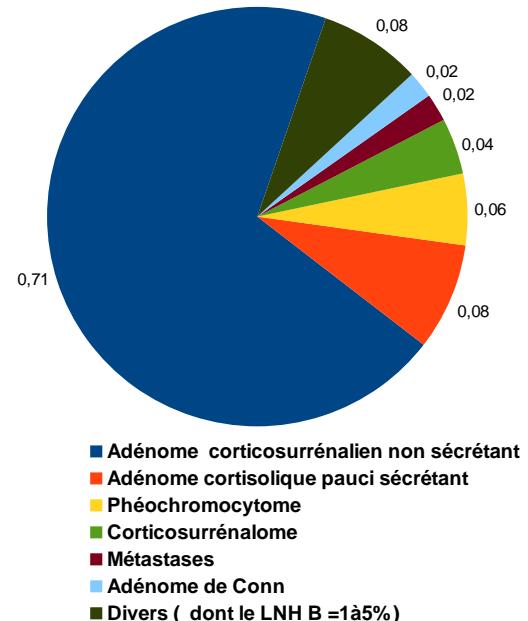


Fig4. Répartitions des incidentalomes surrenaliens