

Adénome surrénalien et co-sécrétion d'aldostérone et de cortisol: à propos de deux cas

M. Guillouche ^a(Dr), M. Lebras ^a(Dr), M. Denis-Musquer ^b(Dr), L.Droy-Dupre ^b(Dr), E.Mirallie ^c(Pr), C. Ansqer ^d(Dr), B.Dupas ^e(Pr), F. Toulgouat ^e(Dr), M. Krempf ^a(Pr), B. Cariou ^a(Pr), D. Drui ^a (Dr).

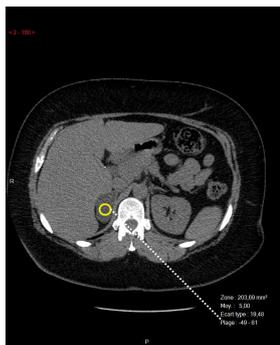
^a Service d'Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nantes; ^b Service d'anatomie et cytologie pathologique, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nantes ; ^c Clinique de Chirurgie Digestive et Endocrinienne (CCDE), Institut des Maladies de l'Appareil Digestif (IMAD), Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nantes; ^d Service de Médecine Nucléaire, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nantes; ^e Service de Radiologie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Nantes, Nantes ;

Introduction

Les recommandations actuelles concernant l'hyper-aldostéronisme (HAP) primaire insistent sur l'importance du diagnostic positif et sur le diagnostic de latéralisation de la sécrétion pour orienter la prise en charge. A l'heure actuelle, il n'y a pas de recommandation concernant la recherche systématique d'éventuelles co-sécrétions associées. Nous rapportons deux cas de patientes opérées d'un adénome co-sécrétant de l'aldostérone et du cortisol.

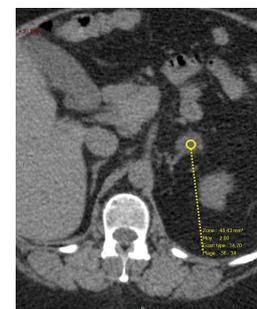
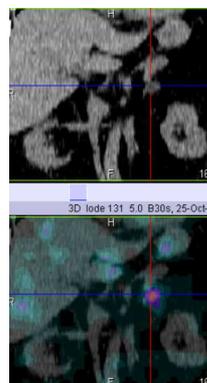
Observation

Une patiente de 34 ans explorée pour HTA associée à une hypokaliémie sévère (2,2 mmol/l) dans un contexte d'obésité (IMC à 40 kg/m²) présentait un hyper-aldostéronisme franc et un hyper-corticisme ACTH-indépendant, intermittent. Le scanner surrénalien retrouvait une lésion unilatérale de 40 X 28 mm, de densité spontanée inférieure à 10 UH. Le PET-scan ne retrouvait pas d'hypermétabolisme.

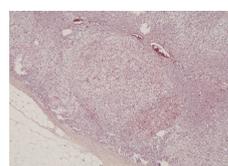


ALDOSTERONE	638 – 535 - 381	N < 150 ng/ml
RENINE	< 1 - < 1	
RAPPORT A/R	126 – 107 - 76	N < 23
CORTISOLURIE	376 – 437 - 27	N < 90 µg/24H
Freinage Minute	58	N < 18 ng/ml
Freinage Falble	72	N < 18 ng/ml

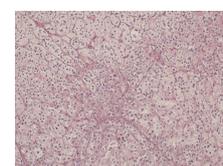
Une patiente de 57 ans a été explorée pour HTA non contrôlée et hypokaliémie sévère (2,6 mmol/l) dans un contexte de diabète récemment diagnostiqué et d'obésité sévère (IMC à 42 kg/m²). Les explorations confirment l'hyper-aldostéronisme et retrouve également un hyper-corticisme intermittent. Le scanner surrénalien retrouve un adénome surrénalien gauche de 26 mm, de densité spontanée à -2 UH, avec un wash out à 56%. Un TEP scan au 18 FDG montre un hyper-métabolisme modéré de la masse et la scintigraphie au N iodo-cholestérol retrouve un nodule hyperfixant avec extinction quasi complète de la surrénale droite contro-latérale.



Les deux patientes ont eu d'une surrénalectomie unilatérale sous couverture d'une supplémentation par Hydrocortisone en post-opératoire et dans les deux cas, l'examen anatomo-pathologique a confirmé un adénome bénin (score de WEISS modifié 0 et 1), développé au dépend de la zone corticale glomérulée mais associé à une légère hyperplasie micronodulaire du cortex surrénalien péri-tumoral.



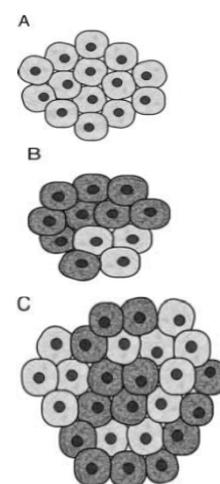
Hyperplasie micro-nodulaire x 4



Adénome x 10

Discussion

L'étude des caractéristiques histologiques et surtout biomoléculaires de ces tissus adénomateux à double sécrétion peuvent permettre de mieux comprendre la physiopathologie surrénalienne. Ainsi la présence d'enzymes nécessaires à la stéroïdogénèse a été démontrée, à la fois dans des adénomes co-sécrétant mais également dans des adénomes produisant exclusivement de l'aldostérone. En 2011, Martin SPATH publie dans l'EJE ce schéma illustrant la composition d'un adénome sécrétant du cortisol (A), d'un adénome sécrétant de l'aldostérone (B) et d'un adénome co-sécrétant aldostérone et cortisol (C): l'adénome de Conn serait rarement constitué exclusivement de cellules de la zone glomérulée mais ce ne serait qu'à partir d'une certaine taille qu'une hyper-sécrétion de cortisol serait alors détectable cliniquement et/ou biologiquement.



CONCLUSION

Ces deux cas illustrent l'importance d'une évaluation cortisolique minimale (un freinage minute) des patients présentant un HAP avec ou sans signes fonctionnels d'hypercorticisme, pour diagnostiquer ces co-sécrétions vraisemblablement sous-estimées et prévenir une insuffisance surrénalienne post-opératoire. Dans la littérature, l'étude immuno-histochimique de tel cas suggère un continuum possible entre adénome de Conn et adénome cortisolique