

Douleur abdominale aiguë unilatérale au cours de la grossesse : penser à un infarctus surrénalien

F. Chasseloup, Dr. N. Bourcigaux, Pr. S. Christin-Maitre – Service d'Endocrinologie, Hôpital Saint-Antoine, APHP, Paris

Introduction

L'infarctus surrénalien est une pathologie rare, en général bilatéral, souvent hémorragique dû à la reperfusion des vaisseaux fragilisés par l'ischémie. Il est le plus souvent responsable d'une insuffisance surrénalienne et survient dans un contexte d'hypercoagulabilité. Un syndrome des antiphospholipides est le plus souvent décrit(1). Pendant la grossesse, d'exceptionnel cas d'infarctus unilatéraux, non hémorragiques, sont rapportés. Le diagnostic est difficile, souvent posé par l'imagerie en l'absence d'insuffisance surrénale et d'antécédents prédisposant. Nous rapportons le cas d'une patiente à 34 SA et son évolution dans le post-partum.

Observation

Une patiente de 30 ans, sans aucun antécédent, a présenté à **34 semaines d'aménorrhée** une menace d'accouchement prématuré et des **douleurs intenses de l'hypochondre droit**. Elle ne présentait pas de défense à l'examen clinique. Le bilan biologique était sans particularités. Devant une échographie non contributive et un **échec des traitements antalgiques usuels**, un TDM abdominal est réalisé. Le scanner abdominal montre alors une **surrénale droite élargie avec infiltration de la graisse péri-surrénalienne sans rehaussement après injection, en faveur d'un infarctus ischémique et une surrénale gauche normale (Figure 1)**. La patiente ne présentait pas de signes cliniques et biologiques d'insuffisance surrénalienne. Un traitement par HBPM a été institué jusqu'à l'accouchement. Le test au synacthène, réalisé après l'accouchement, à distance de l'injection de corticoïdes pour maturation pulmonaire fœtale était normal. Trois mois après l'accouchement, la stéroïdogénèse surrénalienne était normale et la recherche des facteurs prédisposant de thrombophilie était négative. Le scanner surrénalien montrait une atrophie de la surrénale droite (figure 1B)

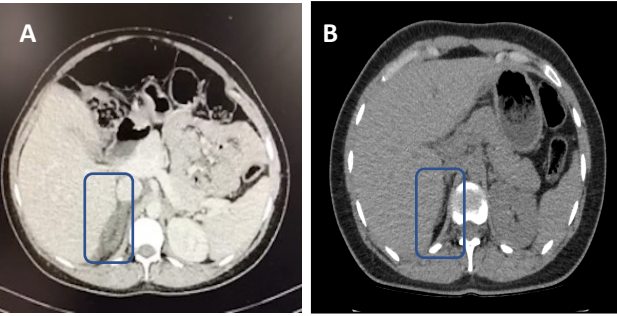


Figure 1 A : scanner surrénalien mettant en évidence l'absence de rehaussement après injection et un épaississement de la surrénale
Figure 1 B : scanner surrénalien mettant en évidence l'atrophie la surrénale à 3 mois

| | |
|-------------|---------------------------|
| Natrémie | 137 mmol/L |
| Kaliémie | 3.6 mmol/L |
| Synacthène | 13.36 µg/dL > 25.39 µg/dL |
| ACTH | 8 pg/mL |
| Aldostérone | 188 pmol/L |

Table 1 : bilan biologique au diagnostic

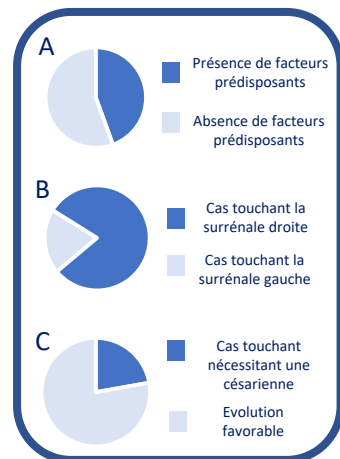


Figure 2 : répartition des cas issus de la littérature. A : Présence de facteurs de thrombophilie. B : Latéralisation. C : Evolution

| | Auteurs | Age | Semaine d'aménorrhée | Clinique | Constantes | Biologie | Bilan de thrombophilie | Scanner ou IRM | Traitement | Evolution |
|----|-----------------------------|-----|----------------------|---|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|--|
| #1 | Aljaneaee and Al. 2017 | 29 | 24 | Douleur abdominale | Tachycardie | Normale | Activité facteur VIII 270% | Surrénale élargie et hypodense | HBPM | Amélioration clinique |
| #2 | Sormunen-Harju and Al. 2015 | 31 | 38 | Douleur abdominale et pé-éclampsie | Normales | Normale | Négative | Surrénale élargie et hypodense + thrombose veineuse | HBPM | Amélioration clinique et induction accouchement pour pré-éclampsie |
| #3 | Green and Al. 2013 | 25 | 28 | Douleur hypochondre droit et vomissements | Tachycardie | Hyper-leucocytose | Mutation hétérozygote du gène MTHFR | Surrénale élargie et hypodense et inflammation péri-surrénalienne | HBPM | Chorioamniotite |
| #4 | Guenette and Al. 2015 | 20 | 27 | Douleur hypochondre droit | n/d* | Hyper-leucocytose | Négative | Surrénale élargie et hypodense | Fondaparinux | Amélioration clinique et accouchement naturel à 39 SA |
| #5 | Guenette and Al. 2015 | 29 | 17 | Douleur flanc droit | Hypo-tension artérielle | D-dimères = 846 ng/mL (110-250) | Activité facteur VIII 178% | IRM étiqueté normal mais relu à 35 SA : surrénale élargie | Abstention thérapeutique | Amélioration clinique et infarctus controlatéral à 35 SA (cf. infra) |
| | | | 35 | Douleur hypochondre gauche et flanc gauche | n/d | n/d | | Surrénale élargie et hypodense | HBPM | Césarienne à visée antalgique |
| #6 | Riechman and Al. 2015 | 28 | 28 | Douleur flanc droit | Normales | Normale | Négative | IRM : surrénale élargie et œdème | HBPM | Amélioration clinique |
| #7 | Schmitt and Al. 2009 | 29 | 36 | Douleur flanc droit | Normales | Normale | Mutation du facteur V Leiden | Thrombose veine surrénalienne | HBPM | Césarienne à visée antalgique |
| #8 | Glomski and Al. 2018 | 24 | 33 | Douleur flanc gauche et nausées et vomissements | Normale | Hyper-leucocytose | Négative | IRM : surrénale élargie, hypersignal T2 | Abstention thérapeutique | Amélioration clinique |
| #9 | Glomski and Al. 2018 | 33 | 16 | Douleur hypochondre droit persistante après appendicectomie | Normale | Normale | Négative | IRM : surrénale élargie, hypersignal T2 | Abstention thérapeutique | Amélioration clinique |

Tableau 2 : cas similaires issus de la littérature

Discussion

La survenue d'un infarctus surrénalien unilatéral pendant la grossesse est exceptionnelle ; **seulement 9 cas ont été rapportés dans la littérature à ce jour**. Récemment, des critères diagnostiques en imagerie par résonance magnétique ont été proposés afin d'éviter la réalisation d'un scanner pendant la grossesse. Ils associent un **élargissement de la surrénale à une diminution du signal en T2** et dans 2 cas décrits une normalisation dans le post partum (2). Cette observation illustre le fait que le diagnostic d'infarctus surrénalien unilatéral doit être évoqué dans un contexte de douleurs abdominales gravidiques, résistantes aux antalgiques usuels. Son incidence est estimée à 1.3% (3). Une imagerie dans le post-partum est indispensable pour prévenir le risque d'insuffisance surrénalienne en cas d'atrophie de la surrénale infarcté

(1) Adrian Vella, MD, Todd B. Nippoldt, MD, and John C. Morris III, MD. Adrenal hemorrhage : 25 year experience of Mayo clinic. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:161-168

(2) Guenette JP, Tatli S. Nonhemorrhagic Adrenal Infarction With Magnetic Resonance Imaging Features During Pregnancy. *Obstet. Amp Gynecol.* 2015;126(4):775-778.

(3) Glomski SA, Guenette JP, Landman W, Tatli S. Acute Nonhemorrhagic Adrenal Infarction in Pregnancy: 10-Year MRI Incidence and Patient Outcomes at a Single Institution. *Am. J. Roentgenol.* 2018;210(4):785-791.