

Conduite diagnostique devant un hématome surrénalien spontané bilatéral illustrée à travers un cas clinique et revue de la littérature.

Matali Suzanne¹; Diarra Martin¹; Andzouana Mbamognoua nestor¹;
El Ouahabi Hanane¹; Ajdi Farida^{1,2}.

¹. Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies métaboliques- CHU Hassan II de Fès.

². Équipe sciences des médicaments - Centre Médical de Recherche Biomédicale et Translationnelle. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

Abstract:

Introduction: L'hémorragie ou l'hématome surrénalien spontané bilatéral est une affection rare de causes diverses et pouvant se compliquer d'une insuffisance surrénalienne qui met en jeu le pronostic vital en l'absence d'une prise en charge précoce et adéquate. La présentation clinique est variable selon l'abondance de l'hémorragie. Dans la majorité des cas il n'y a pas de signes cliniques évidents d'insuffisance surrénale, et c'est une découverte fortuite sur une imagerie faite pour un autre motif. Nous rapportons l'observation d'un patient de 77 ans avec aux antécédents de tuberculose pulmonaire traitée et déclarée guérie il y a 05 ans, d'une hospitalisation en réanimation 03 semaines auparavant pour pneumopathie grave compliquée de troubles de conscience, présentant un hématome surrénalien spontané bilatéral découvert à l'occasion d'une Tomodensitométrie (TDM) abdominale réalisée pour altération de l'état général.

Résumé

Introduction

L'hémorragie ou l'hématome surrénalien spontané bilatéral est une affection rare de causes diverses et pouvant se compliquer d'une insuffisance surrénalienne qui met en jeu le pronostic vital en l'absence d'une prise en charge précoce et adéquate. La présentation clinique est variable selon l'abondance de l'hémorragie. Dans la majorité des cas il n'y a pas de signes cliniques évidents d'insuffisance surrénale, et c'est une découverte fortuite sur une imagerie faite pour un autre motif.

Nous rapportons l'observation d'un patient de 77 ans avec aux antécédents de tuberculose pulmonaire traitée et déclarée guérie il y a 05 ans, d'une hospitalisation en réanimation 03 semaines auparavant pour pneumopathie grave compliquée de troubles de conscience, présentant un hématome surrénalien spontané bilatéral découvert à l'occasion d'une Tomodensitométrie (TDM) abdominale réalisée pour altération de l'état général.

Discussion

L'hémorragie surrénalienne bilatérale relève des situations pathologiques diverses. Les plus communes sont le stress, une pathologie sous-jacente, ou en post opératoire en particulier une chirurgie cardiovasculaire et orthopédique, un traumatisme, certains médicaments. Aux vues des antécédents de notre patient, le stress serait la cause la plus probable dans notre contexte.

Conclusion

L'hématome surrénalien bilatéral peut entraîner une insuffisance surrénalienne avec mise en jeu du pronostic vital s'il n'est pas rapidement reconnu. La prise en charge associe, surveillance clinique, biologique et radiologique et ophothérapie substitutive par hydrocortisone.

Mots clés : Hématome surrénalien spontané, Tomodensitométrie Abdominale, Insuffisance surrénalienne.

I. Introduction

L'hémorragie ou hématome surrénalien bilatéral spontané est une pathologie rare ^[1] aux causes diverses. La présentation clinique est variable selon l'abondance de l'hémorragie. Dans la majorité des cas il n'y a pas de signes cliniques évidents d'insuffisance surrénale qui est une complication redoutable pouvant mettre en jeu le pronostic vital en l'absence d'une prise en charge précoce et adéquate. L'hématome est le plus souvent découvert fortuitement sur une imagerie faite pour un autre motif. La présentation clinique est variable selon l'abondance de l'hémorragie.

Nous rapportons l'observation d'un patient présentant un hématome surrénalien spontané bilatéral.

II. Observation

Un homme de 77 ans est admis dans le service pour bilan étiologique d'un incidentalome surrénalien bilatéral découvert à l'occasion d'une TDM abdominale réalisée pour altération de l'état général.

Dans ses antécédents, sont révélées une tuberculose pulmonaire traitée et déclarée guérie il y a cinq ans, une hospitalisation en réanimation 03 semaines auparavant pour pneumopathie grave compliquée de troubles de conscience. Par ailleurs, il n'y a pas de notion de prise d'anticoagulants ou de traumatisme abdominal.

L'examen clinique montrait un patient en mauvais état général, conscient, fébricule avec une température à 38°C, la TA était à 105/70mmHg sans hypotension orthostatique, une sensibilité hypogastrique et lombaire bilatérale

A la biologie on notait une glycémie à 0.75g/l, une hyponatrémie à 130mEq/l, une kaliémie à 5,4mEq/l, et une CRP: 12mg/l, VS: 54mm/1^{ère} Heure et 110 mm/2^{ème} Heure, NFS normale sans thrombopénie, Taux de prothrombine (TP) à 90% et transaminases normales, IDR à la tuberculine et crachats BAAR se sont révélés négatifs.

Le contexte clinique et biologique faisait suspecter une insuffisance surrénalienne .

La cortisolémie à 08H00 était basse à 4µg/dl, ACTH: Normale, 17-OHP (après stimulation) < 2 ng/ml.

A l'imagerie la TDM (Figure 1= **Fig. 1**) abdominale montrait deux masses surrénaliennes respectivement à droite et à gauche de 42 et 46 mm de diamètre non rehaussées par l'injection du produit de contraste faisant évoquer un hématome surrénalien bilatéral.

Le patient a été mis sous traitement hormonal substitutif par l'hémisuccinate d'hydrocortisone 50mg en I.M et IV puis 50mg/08h en I.V pendant 48 heures avec relais par voie orale par l'hydrocortisone 30 mg/j.

L'évolution après 72 heures était marquée par une amélioration de l'état général, une rémission de l'inflammation et des lombalgies avec normalisation du bilan biologique notamment la glycémie (0,98g/l), la natrémie (139mEq/l) et la Kaliémie (4,1mEq/l). Puis à 06 mois on notait une absence d'élévation du cortisol sérique après stimulation par le synacthène (à T0: 5.2 µg/dl et à T60 minutes : 6.6 µg/dl) ; l'IRM de contrôle (Figure 2= **Fig. 2**) montrait une importante régression des deux masses surrénaliennes respectivement de 5 mm et 9 mm.

Le diagnostic d'insuffisance surrénalienne par hémorragie bilatérale des surrénales a été retenu.

III. Discussion

Physiopathologie

L'hémorragie surrénalienne bilatérale relève des situations pathologiques diverses. Les plus communes sont le stress, une pathologie sous-jacente (tumeur surrénalienne notamment le phéochromocytome avec excès de production des catécholamines, les métastases surrénaliennes, le sepsis), en post opératoire en particulier la chirurgie cardiovasculaire et orthopédique, les traumatismes ^[2]. Les hémorragies surrénaliennes ont été décrites après administration d'adrénocorticotropine ACTH ^[3]. D'autres causes sont plus rarement rapportées notamment, une hypotension artérielle significative, des coagulopathies ou pathologies hémorragiques iatrogène ou idiopathique, le syndrome des anti-phospholipides, la phlébographie surrénalienne ^[4,5].

La surrénale a un apport sanguin unique et très vulnérable à l'hémorragie, 50 à 60 petites branches provenant des trois artères principales forment un plexus sous capsulaire qui se draine dans les sinusoides médullaires.

Le stress multiplie la sécrétion des hormones corticosurrénaliennes : il en résulte une importante augmentation de la vascularisation surrénalienne. Une vascularisation augmentée dans un réseau intrinsèquement vulnérable, associée à une augmentation de la pression veineuse surrénalienne liée à la vasoconstriction au cours d'un choc causent probablement l'hémorragie surrénalienne.

Dans notre observation, le stress serait l'étiologie la plus probable, d'autant plus que notre patient avait un antécédent d'hospitalisation en milieu de réanimation qui constitue un facteur important de stress. Le tableau clinique peu spécifique peut comporter des douleurs abdominales diffuses ou localisées dans les fosses lombaires, une fièvre, une confusion ou un état de choc, une hyponatrémie et une hyperkaliémie devraient faire

suspecter le diagnostic de l'hémorragie bilatérale des surrénales mais le diagnostic étiologique est confirmé par la TDM Abdominale.

Fréquences

Les masses surrénaliennes dites incidentalome sont rares et sont de découvertes fortuite à l'occasion d'un scanner abdominal ^[6]. Elles sont retrouvées chez 4,4% des patients examinés par imagerie ^[7]. Des masses bilatérales sont observées dans 10 à 15 % des cas. La prévalence augmente avec l'âge et le pic de fréquence se situe entre 50 et 70 ans. Les causes vasculaires représentent 0 à 5% des cas ^[6] dont 0,02 à 2% survenant dans un contexte traumatique ^[8,9]. Peu de cas ont été décrits concernant l'hématome surrénalien spontané.

Caractéristiques cliniques

Sur le plan diagnostique clinique, le plus souvent la découverte est fortuite.

À l'interrogatoire, on peut retrouver la notion de douleurs lombaires ou abdominales. Dans les antécédents, parfois des troubles hémodynamiques sont notés ^[10] notamment l'hypotension artérielle.

La présentation clinique est variable ; l'insuffisance surrénale aiguë sur hémorragie surrénalienne massive bilatérale est rare mais engage le pronostic vital. Donc, il faut y penser chez tout patient ayant une thrombopénie induite par héparine et une instabilité tensionnelle ^[11] ou chez un patient avec des douleurs lombaires et un traitement récent par hormone adrénocorticotrope ^[3].

Imagerie

Le diagnostic est confirmé par l'échographie et l'examen tomodensitométrique.

L'échographie objective une masse surrénalienne dont l'échostructure peut varier d'un aspect échogène tissulaire à un aspect kystique transsonique ^[12].

La tomodensitométrie abdominale montre une tuméfaction des surrénales, qui sont spontanément hyperdenses sans modification après injection de produit de contraste ^[13] avec une infiltration de la graisse péri rénale.

Les valeurs d'atténuation de l'hématome dépendent de son âge. L'hématome aigu et subaigu contient des zones spontanément hyperdenses variant de 50 à 90 UH. L'atténuation et la taille de l'hématome diminuent avec le temps. L'hématome chronique peut s'organiser et former un pseudo-kyste surrénalien ; il peut se calcifier après un an.

L'hémorragie aiguë (moins d'une semaine) apparaît sur les séquences pondérées en T1 à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), comme un élargissement glandulaire iso intense par rapport au foie ^[13]. Les séquences pondérées en T2 montrent l'hémorragie sous forme d'un hyposignal marqué dû aux concentrations élevées de désoxyhémoglobine (désoxy-Hb) intracellulaire. Après une semaine, l'hématome apparaît en hyper signal sur les séquences pondérées en T1 et T2. Cet aspect n'est pas spécifique et peut être causé par de nombreux processus bénins ou malins (métastases de mélanome, hémangiomes bilatéraux). L'absence de rehaussement après injection de Gadolinium est un élément important en faveur de la bénignité de l'hématome. D'autre part, l'installation brutale d'une insuffisance surrénalienne, associée à des anomalies de signal de la graisse péri néphrétique plaident en faveur de l'hémorragie ^[12].

L'IRM et la tomodensitométrie permettent de surveiller l'hématome, en montrant une diminution de sa taille, la modification de son échostructure et de sa densité, permettant ainsi de le différencier d'une éventuelle tumeur surrénalienne.

L'évolution vers l'atrophie progressive des surrénales peut à posteriori poser le diagnostic.

Traitement

Le traitement de référence des hématomes surrénaliens est le plus souvent médical qui associe antalgiques, repos et substitution hormonale par hydrocortisone en cas d'insuffisance surrénalienne. C'était l'attitude adoptée chez notre patient.

En présence des signes d'abdomen chirurgical aigu, le traitement chirurgical par surrénalectomie d'hémostase s'impose ^[14,15], ou devant des signes de déglobulisation aiguë ou d'instabilité hémodynamique. Une surrénalectomie partielle pourrait être discutée dans le cadre de tumeurs endocriniennes bénignes de petite taille (moins d'un centimètre) ou d'incidentalomes, à distance du diagnostic ^[16].

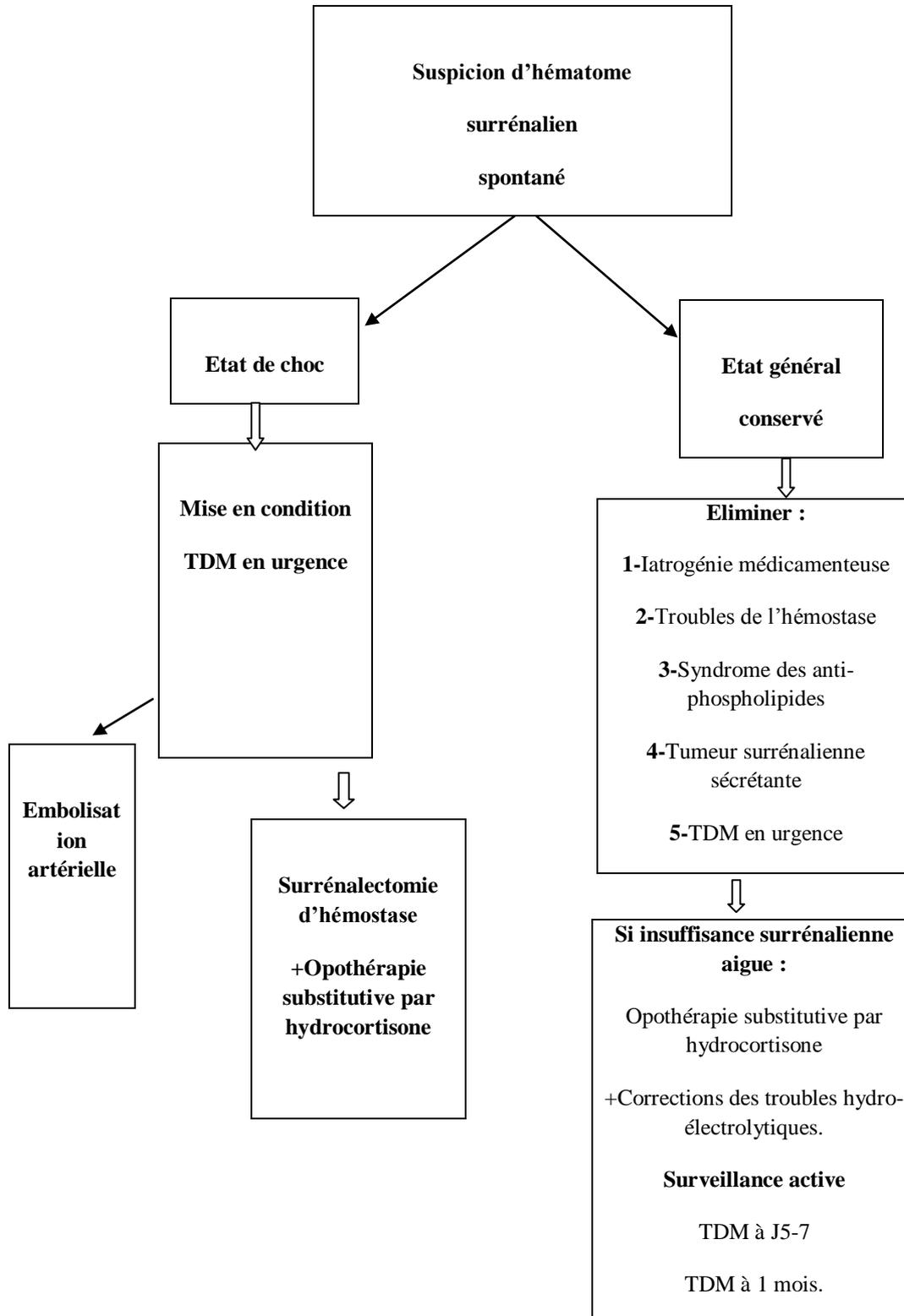
L'embolisation artérielle surrénalienne est cependant discutée dans la littérature sous forme de cas cliniques isolés chez des patients inopérables. Elle concerne essentiellement des cas de ruptures hémorragiques sur phéochromocytome, sur métastases surrénaliennes ou de ruptures post-traumatiques ^[17,3].

IV. Conclusion

La fréquence et la gravité des hématomes surrénaliens bilatéraux ne doivent pas être négligées. Qu'ils soient spontanés ou favorisés par un désordre de l'hémostase, l'hématome bilatéral des surrénales peut entraîner une insuffisance surrénalienne avec mise en jeu du pronostic vital s'il n'est pas rapidement reconnu. La TDM et

l'IRM sont des examens de choix pour le diagnostic. Le traitement médical doit être privilégié en l'absence des signes d'abdomen chirurgical aigu et de menace de pronostic vital.

Figure 3 : Arbre décisionnel devant un hématome surrénalien spontané



Références

- [1]. El Khader K, El Ghorfi MH, Ouali M, Ibnatty A, Hachimi M, Lakrissa A. Hématomes spontanés des glandes surrénales. Prog Urol 2001; 11:517
- [2]. Udobi KF, Childs EW. Adrenal crisis after traumatic bilateral adrenal hemorrhage. J Trauma 2001; 51:597-600.
- [3]. N. Surga, R. Makdassib, G. Choukroun J. Vandwallea, J. Petita, F. Saint. Adrenal hemorrhage acutised by adrenocorticotropin hormone progress en urologie (2010) 20, 425- 429
- [4]. Caron PH, Chabannier M, Cambus J. Definitive Adrenal Insufficiency Due to Bilateral Adrenal Hemorrhage and Primary Antiphospholipid Syndrome. J Clin Endo 1998; 83:1437-9.
- [5]. Armand JP, Soulie D, Girault JM, Andrieu P. Hémorragie surrénalienne bilatérale par stress. Diagnostic radiologique. À propos d'une observation. Ann Radiol 1995; 38:153-5.
- [6]. S.Gaillard, P.Meyers. The adrenal incidentaloma: disease of modern era al, rev Med Suisse 2009; 5:7748.
- [7]. Bovio S, Cataldi A, Reimondo G, et al. Prevalence of adrenal incidentaloma in a contemporary computerized tomography series. J Endocrinol Invest 2006; 29:298-302.
- [8]. Burks DW, Mirvis SE, Shanmuganathan K. Acute adrenal injury after blunt trauma: CT finding. Am J Roentgenol 1992; 158:503-7.
- [9]. Rana AL, Kenney PJ, Lockhart ME, Mc Gwin GJ, Morgan DE, Wind-ham ST, et al. Adrenal gland hematomas in trauma patients. Radiology2004;230:669-75.
- [10]. Hoeffel C, Legman P, Luton JP, Chapuis Y, Bonnin A. Hématomes surrénaliens unilatéraux spontanés. La Presse Médicale 1994 ; 23 : 1023-6.
- [11]. Caubet O, PILLET O, CHERIFI A, MAYET T, CASTAING Y, GARRIGUES J C F. Insuffisance surrénalienne aiguë par hématome surrénalien bilatérale. La Presse Médicale 1999, vol. 28, n°19, pp. 1010-1012.
- [12]. Udelsman R, Fishman E. Endocrine incidentalomas. Radiology of the adrenal.
- [13]. Endocrinol Metab Clin North Am 2000; 29:27-42.
- [14]. Armand JP, Soulie D, Girault JM, Andrieu P. Hémorragie surrénalienne bilatérale par stress. Diagnostic radiologique.À propos d'une observation. Ann Radiol 1995; 38:153-5.
- [15]. Marcus HI, Cannon JJ, Stern HS. Bilateral adrenal hemorrhage during ACTH treatment of ulceratis colitis. Report of one case an review of the literature. Dis Colon Rectum 1986; 29:130-2.
- [16]. Felder J, Mendelsohn R, Koselitz B. Adrenocorticotropin induced adrenal hemorrhage. J Clin Gastroenterol 1991; 13:111-9.
- [17]. Wang XJ, Shen ZJ, Zhu Y, Zhang RM, Shun FK, Shao Y, et al. Retro peritoneoscopic partial adrenalectomy for small adrenal tumours (≤ 1 cm): the Ruijin clinical experience in 88patients. BJU Int 2009:14.
- [18]. Tixedor N, Lesnik A, Vernhet H, Drianno N, Bousquet C, Sénac JP. Embolization treatment of a traumatic adrenal hemorrhage. J Radiol 1999; 80:733-5.

Annexes : Figures.



Fig.1

TDM abdominale: Deux masses surrénaliennes de 42 et 46 mm de diamètre non rehaussé par l'injection de produit de contraste évoquant soit un hématome surrénalien bilatéral ou métastase surrénalienne hémorragique.

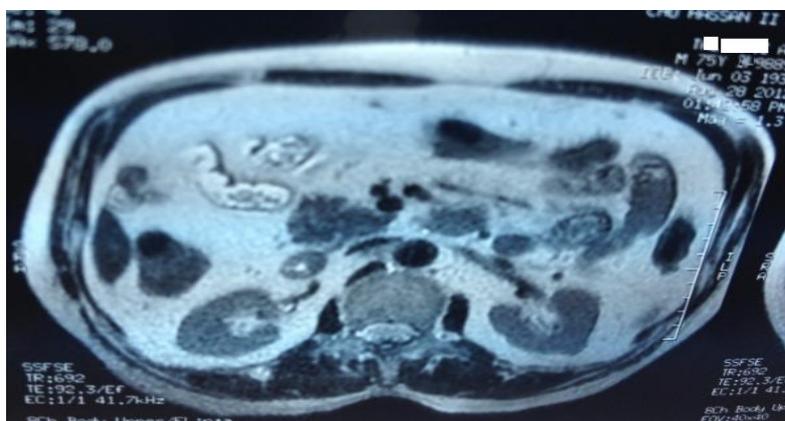


Fig. 2

IRM abdominale de contrôle à 06 mois: Importante régression des deux masses surrénaliennes de 5 et 9 mm respectivement.