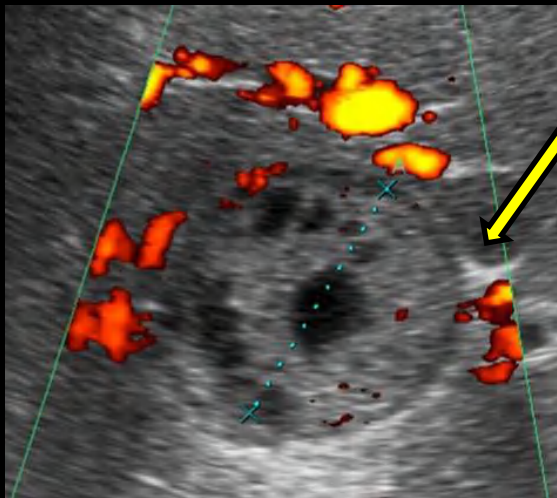
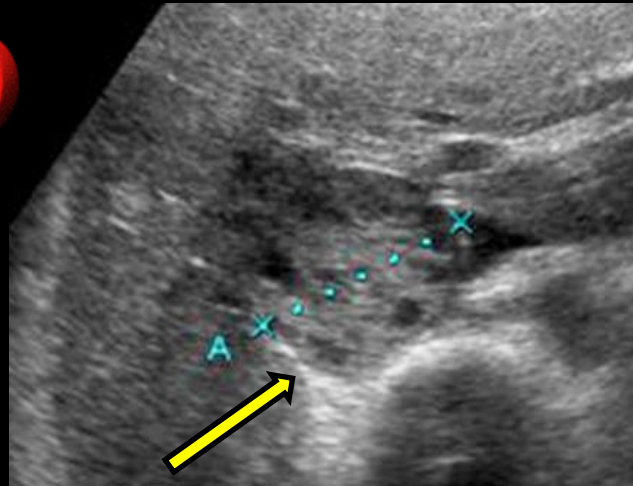
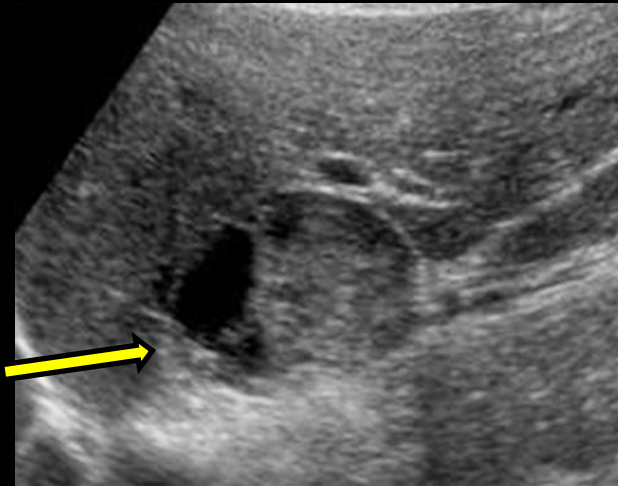


femme 38 ans ,HTA résistante aux traitements . le compte-rendu de l'échographie abdominale conclut à la présence d'une tumeur partiellement kystisée du lobe droit du foie

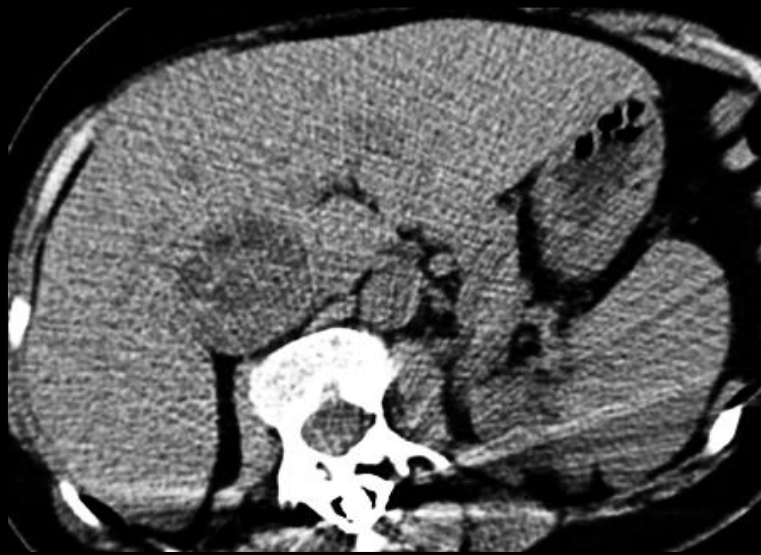


-le contour de la masse ,en particulier au contact du parenchyme hépatique est cerné par une pseudo capsule fibreuse

-la lésion est en grande partie "enchâssée" dans le parenchyme hépatique mais il n'y a pas d'éperons de parenchyme hépatique remontant sur les contours de la lésion focale (flèches jaunes)

-un scanner est demandé pour préciser la sémiologie

obs. Dr Y Ranchoup Grenoble



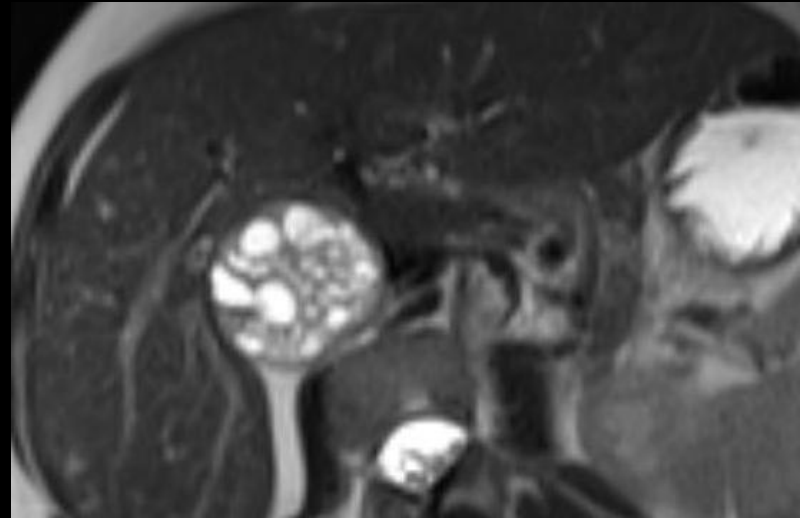
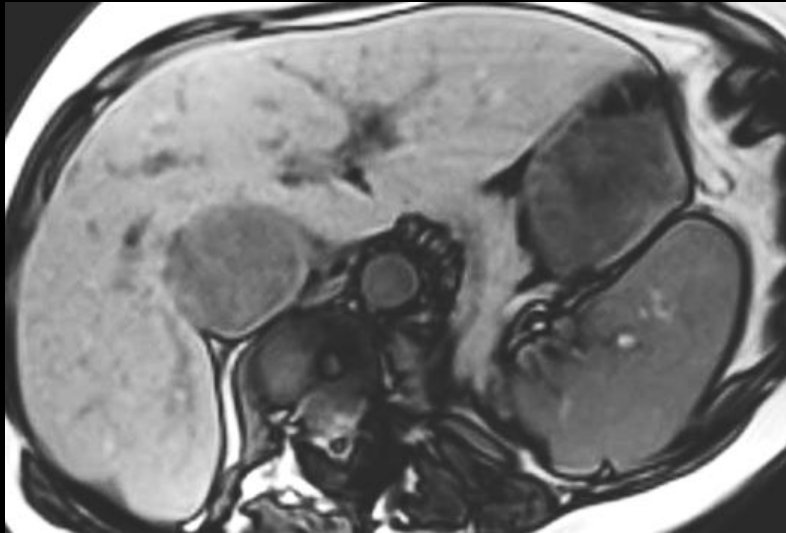
-le scanner confirme :

.le caractère partiellement kystisé de la lésion qui est ,
par ailleurs, modérément hypervascularisée

.la présence d'une prise de contraste dans la pseudo
capsule

une IRM est réalisée





-l'**IRM** confirme :

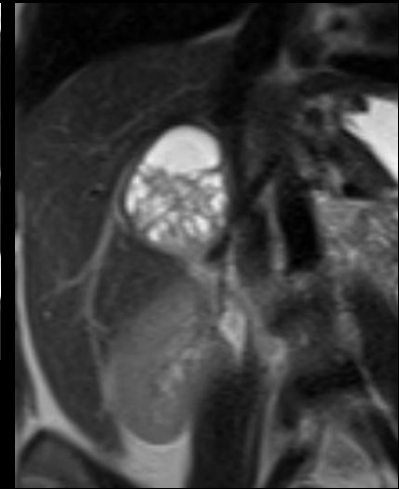
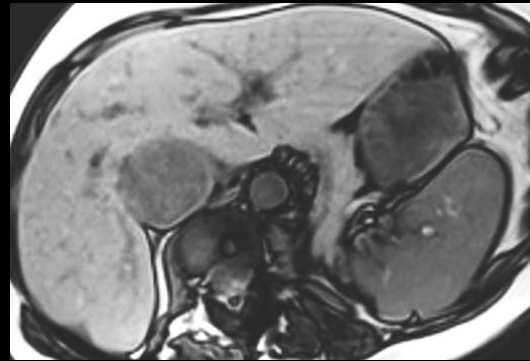
.le caractère partiellement kystisé de la lésion

.l'absence de déplacement des organes rétro péritonéaux ,
en particulier du rein droit

.l'effet de masse de la lésion sur la veine hépatique
médiane (flèches rouges)

quelle(s) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) diagnostique(s)





évidemment vous n'avez pas oublié qu'il faut systématiquement penser devant des lésions de la région postérieure du foie droit à la surrenale

votre premier réflexe doit être de rechercher cette surrenale droite que , bien sur, vous ne trouverez pas dans le cas présent

le **signe de l'organe absent** est une donnée fondamentale de l'analyse sémiologique des lésions rétropéritonéales : si la surrenale n'est pas visible , c'est que la lésion est d'origine surrenalienne !

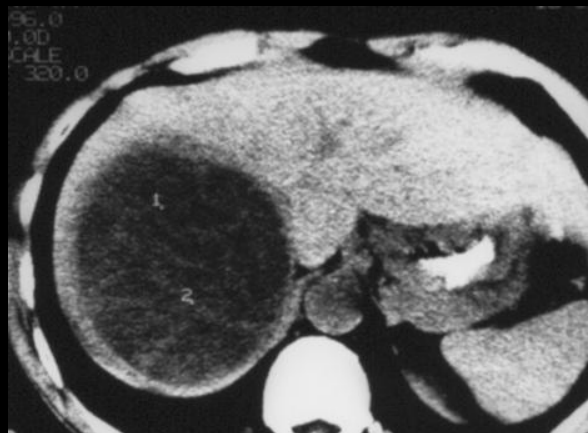
dans le contexte d'HTA résistante , il s'agit bien sur d'un

phéochromocytome kystisé

quelques cas compagnons

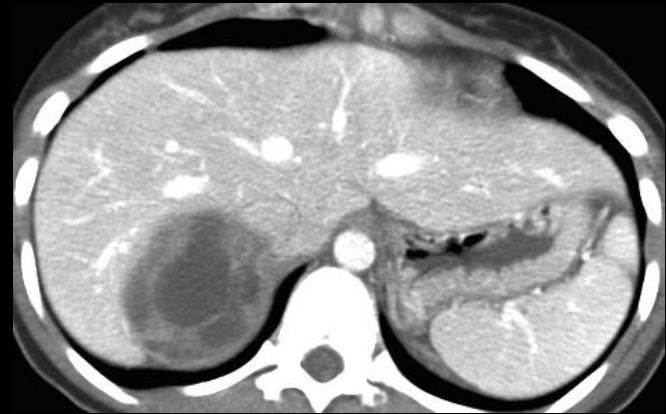
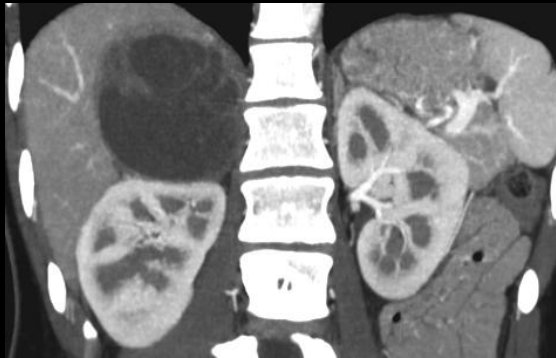
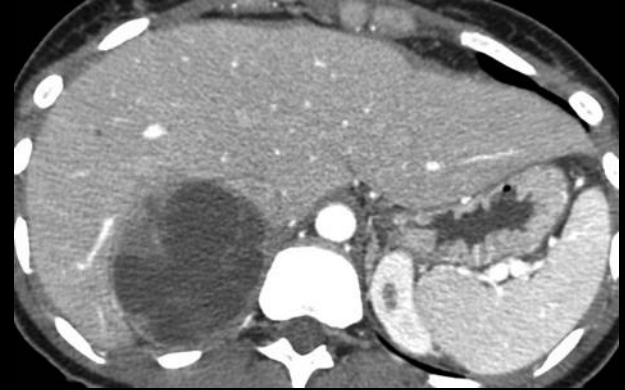
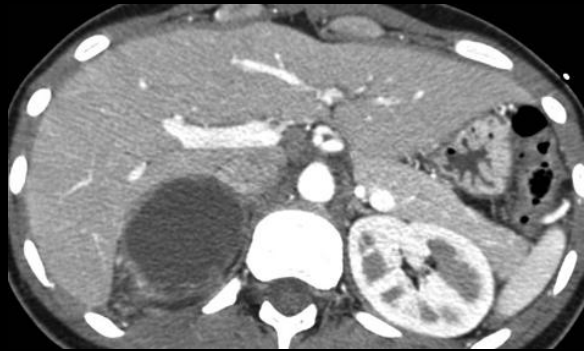
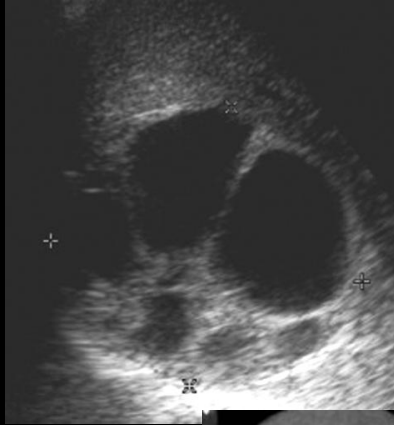
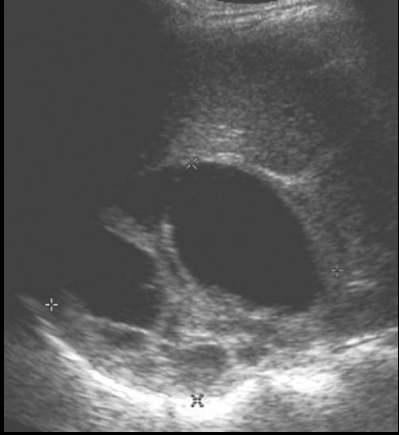


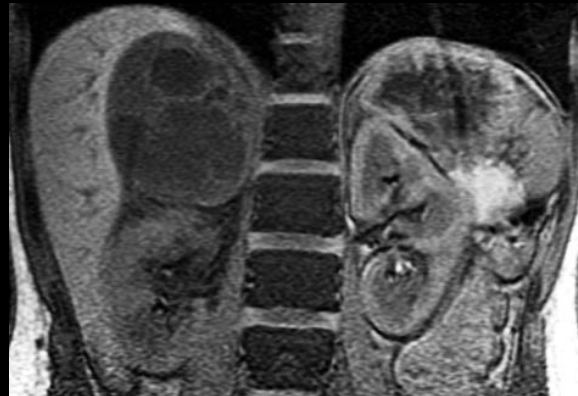
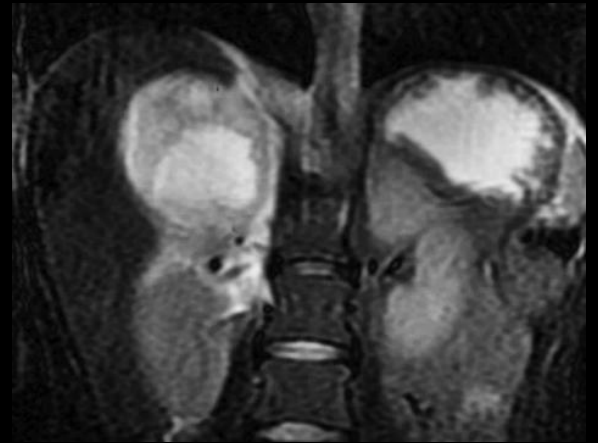
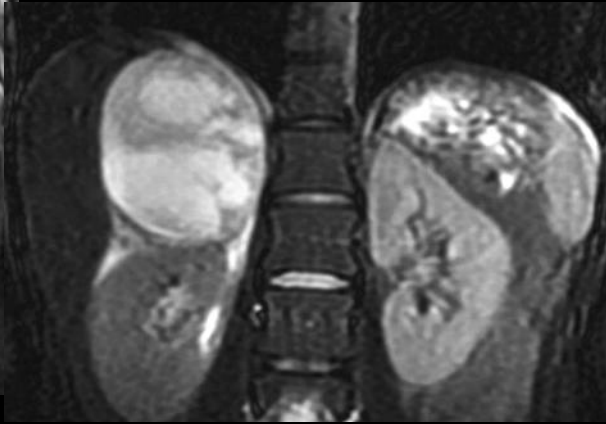
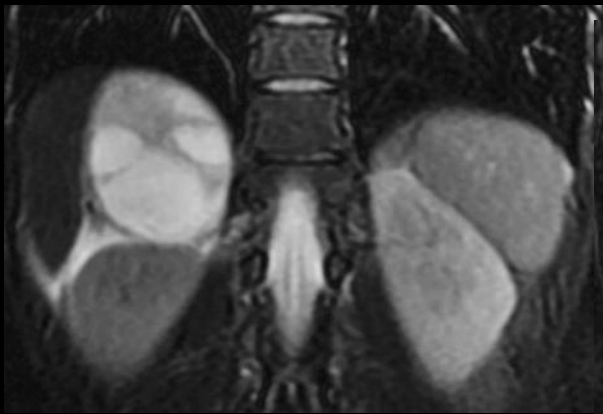
phéochromocytome kystisé , calcifications nodulaires



phéochromocytome kystisé "semi-solide"

jeune femme 23 ans, HTA résistante au traitement





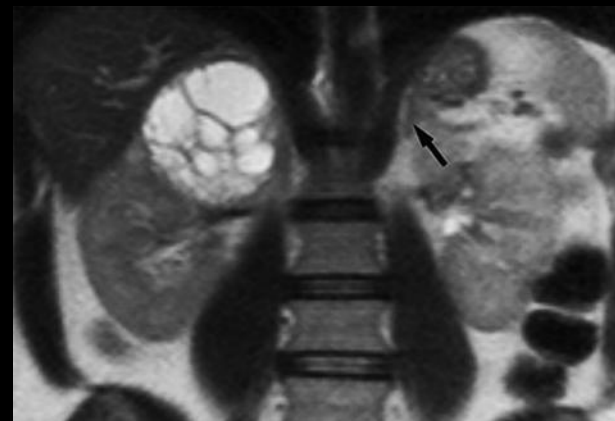
phéochromocytome kystisé multiloculé

les phéochromocytomes "géants" kystisés

-0,1 à 0,3 % des hypertensions artérielles sont dues à des phéochromocytomes (rappelons que ce terme ne désigne plus que les localisations surrenaliennes ; les localisations dites antérieurement extra-surrenaliennes sont maintenant désignées sous le terme de paragangliomes ; elles représentent 10 % des l'ensemble).

-90 % des phéochromocytomes s'accompagnent d'une HTA (paroxystique dans les formes typiques) liée à la sécrétion de catécholamines . La **triade de Ménard** (moyen mnémotechnique CE PA SU) céphalées , palpitations, sueurs doit attirer l'attention. Le **déclenchement d'une crise adrénérgique par l'injection de PCI** a été décrit à l'époque des angiographies sélectives aux tri iodés hydrosolubles et pouvait justifier le blocage alpha adrénérgique préventif . Cette notion n'a plus cours avec les PCI de faible osmolalité injectés en IV pour le scanner.

-d'une façon générale , **les phéochromocytomes sont des lésions charnues hypervascularisées** , avec un rehaussement intense et précoce, souvent hétérogène . En IRM c'est l'**hypersignal T2 très intense** qui est le plus caractéristique et permet de faire la différence avec un corticosurrénaalome



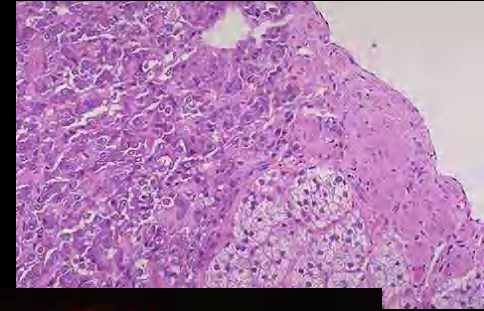
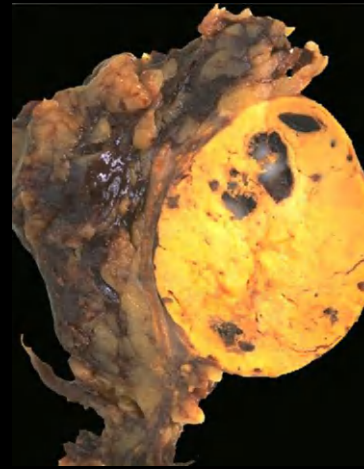
-la kystisation partielle des phéochromocytomes est fréquente (30 % des cas) ; par contre la kystisation massive , subtotale est plutôt rare(5,7% des cas) . Elle est le fait de très grosses lésions dites parfois "géantes" , à croissance rapide , fréquemment chez des sujets jeunes . L'atteinte initiale serait un hématome intralésionnel , suivi d'une nécrose de liquéfaction.

-le diagnostic différentiel doit faire envisager un kyste ou un pseudokyste surrénalien , un corticosurrénalome . Du côté droit , il faut surtout ne pas considérer la lésion comme d'origine hépatique . Il faut donc penser à cette cause fréquente d'erreur et analyser soigneusement les contours lésionnels . Le déplacement des organes rétro-péritonéaux n'est pas toujours évident , en raison de la situation haute de la surrénale du côté droit . C'est donc la recherche de l'organe absent qui constitue le meilleur argument pour diagnostiquer l'origine de la lésion.

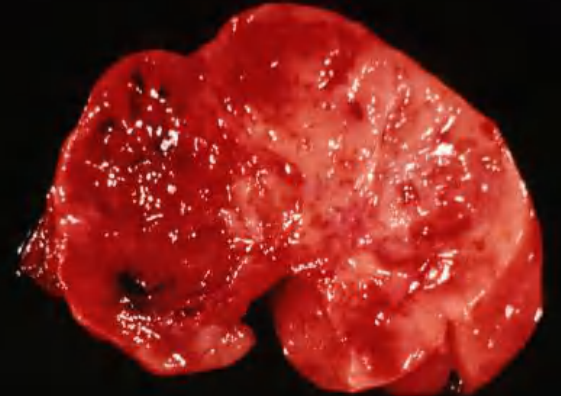


Lee T.H and al
Radiographics 2002,22:935-940

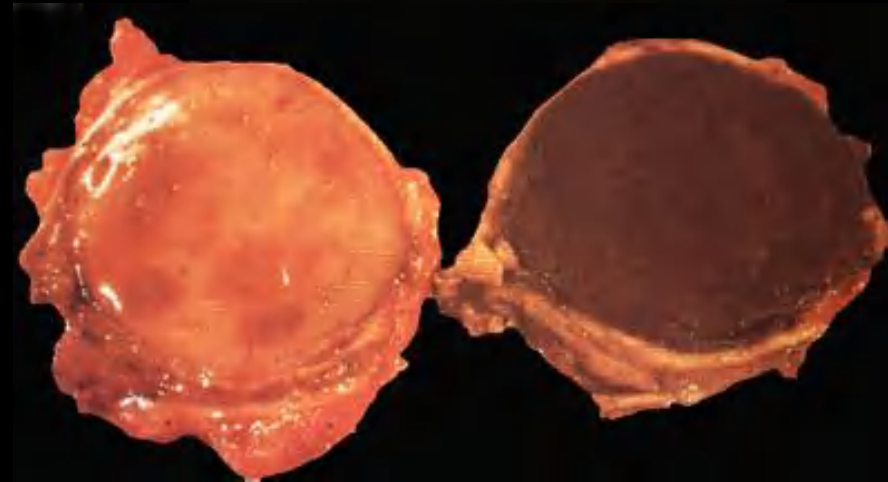
-la scintigraphie à la ^{131}I -MIBG fixe dans les zones charnues résiduelles des lésions kystisées lorsqu'elles sont différenciées et sécrétantes (ce qui permet d'envisager une radiothérapie interstitielle vectorisée dans les formes malignes)



-la **biologie** , en particulier le dosage des dérivés méthoxylés (acide vanillylmandelique; méthanéphrine, norméthanéphrine épinephrine sur les urines de 24 heures) est fondamentale pour le diagnostic et pour le suivi post-chirurgical (récurrences locales et/ou métastases ;**13 % des phéochromocytomes sont malins**). La biologie peut-être négative dans les lésions très kystisées .Le **dosage plasmatique** des méthanéphrines et de la chromogranine A est plus sensible mais moins spécifique



-la ponction biopsie ou à l'aiguille fine expose au déclenchement d'une crise adrénérgique et doit être proscrite



messages à retenir

-plus **une tumeur abdominale** , qu'elle soit charnue ou kystisée , est **volumineuse** , plus elle expose à des erreurs diagnostiques d'apparence grossière et potentiellement lourdes de conséquences.

-en pareil cas il faut donc d'abord **s'attacher à préciser l'organe d'origine** et pour ce faire , il faut :

.d'abord prendre conscience du problème et se soucier de le résoudre

.ensuite appliquer à bon escient les règles sémiologiques simples permettant de différencier une lésion d'origine rétropéritonéale par rapport à une lésion issue de la sphère digestive . les éléments essentiels sont

le **déplacement des structures rétropéritonéales**

la **recherche soigneuse d'un "organe absent"**

l'étude précise de l'origine des artères vascularisant la lésion

-les grosses lésions kystiques de la **surrénale droite** doivent être différenciées des lésions kystiques du foie droit ; celles de la **surrénale gauche** doivent d'abord être distinguées de **lésions kystiques du pancréas corpo-réo-caudal**