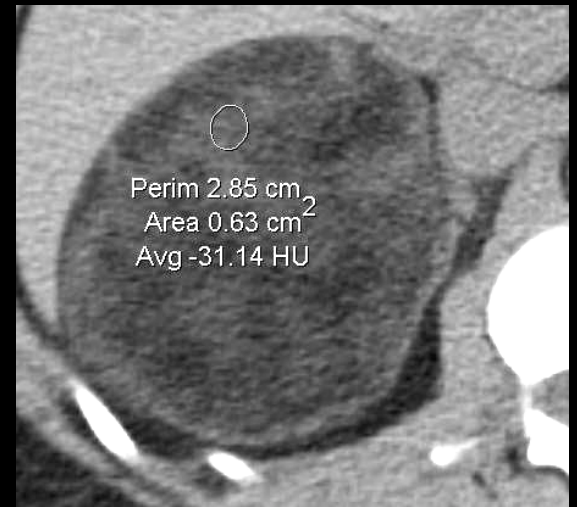
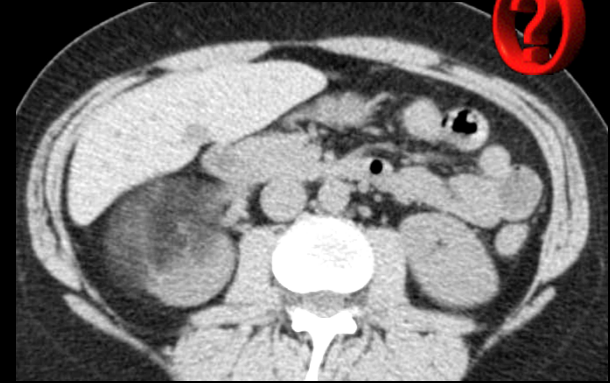


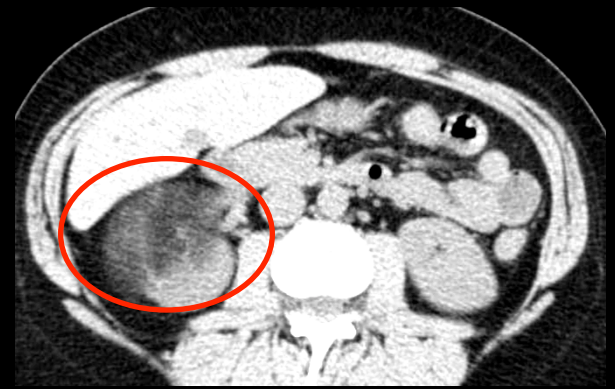
Patiente de 34 ans , découverte fortuite d'une masse rétropéritonéale lors d'une échographie.
Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces coupes scanographiques



L.LIAO (IHN)

-avant injection de produit de contraste , il existe une masse à contours réguliers , encapsulée , à contenu hétérogène , au sein de laquelle sont mesurées des valeurs d'atténuation de -88 UH dans les zones les plus hypodenses , qui correspondent donc à du tissu graisseux

-comment faire la différence entre un **angiolipome rénal** à développement extra-rénal , un **myélolipome surrénalien** ou un **liposarcome rétropéritonéal** bien différencié



il nous faut appliquer les règles sémiologiques classiques du diagnostic de l'organe d'origine d'un processus expansif rétropéritonéal

y-a-t-il un **déplacement des organes normaux du rétropéritoine** : le rein droit est abaissé et son grand axe est horizontalisé ; **la lésion est donc bien rétropéritonéale**

y-a-t-il des arguments sémiologiques en faveur d'un "enchâssement" de tout ou partie de la masse dans un organe rétropéritonéal , ici en l'occurrence le rein ou le foie : (éperons parenchymateux p. ex) ; il n'est pas possible de répondre de façon formelle sur les images présentées

rechercher le "**signe de l'organe absent**" : y-a-t-il un organe manquant , auquel cas c'est lui qui supposé être à l'origine de la masse ; ici la **surrénale droite n'est pas identifiable**

on peut donc ici conclure qu'il s'agit d'une masse à composante graisseuse de la surrénale droite correspondant a priori à un **myélolipome surrénalien**

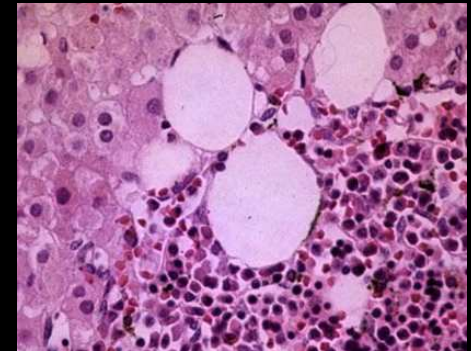
si un doute persiste sur l'organe d'origine , avez-vous encore un élément sémiologique primordial à préciser **?** . Bien sur ! ,il faut identifier l'origine des artères nourricières (rénales , lombaires ou...coelio-mésentériques ..)



les reformations dans l'axe Z , en particulier coronales , systématiques et indispensables , sont précieuses pour répondre aux questions précédentes sans ambiguïté (déplacement du rein , absence d'enchâssement dans le rein ou le foie , surrénale droite normale non visible..



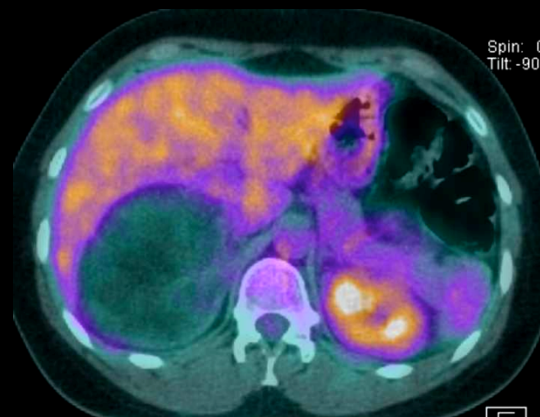
la structure macroscopique de la lésion est caractéristique : juxtaposition de plages de moelle grasseuse et de moelle rouge hématogène (analogue à foyer d'hématopoïèse extra médullaire mais sans anémie ni hyperplasie médullaire) , comme le montrent ces images qui n'appartiennent évidemment pas à notre patiente ,qui n'a pas été opérée , faut-il le préciser



voici un bel exemple de la **nécessité de regrouper toute l'imagerie en une discipline unique** , tant sur le plan médical que financier

sur une lésion identifiable au premier coup d'œil sur le scanner (et qui l'a été , heureusement !) , ne présentant aucun caractère évocateur d'une autre atteinte surrénalienne associée , rien n'empêche qu'un PET CT inutile soit prescrit par les cliniciens, ce qu'à la rigueur on peut excuser , mais que ce PET CT ait été réalisé est moins facilement acceptable et représente de l'argent (beaucoup) mais aussi du temps (que l'on dit volontiers précieux) inutilement gâchés

si les paroles s'envolent , les images , comme les écrits , restent dans les dossiers ...ne confortons pas les technocrates des ministères et les "managers" que rêvent d'être nos "administratifs" hospitaliers dans l'idée qu'ils se font d'une surconsommation irraisonnée des actes d'imagerie (entre autres !) , malgré la pratique mercantile vers laquelle leur gestion veut pousser le système.



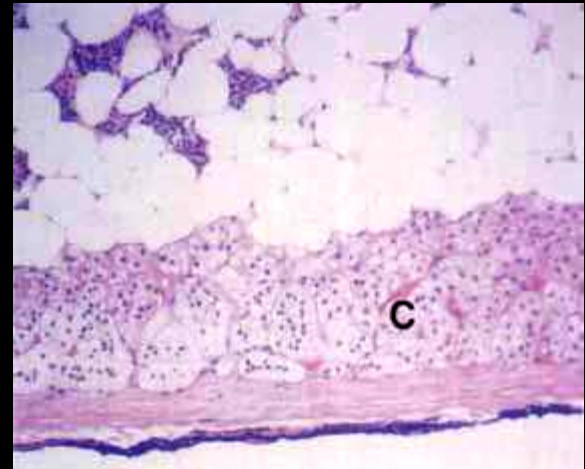
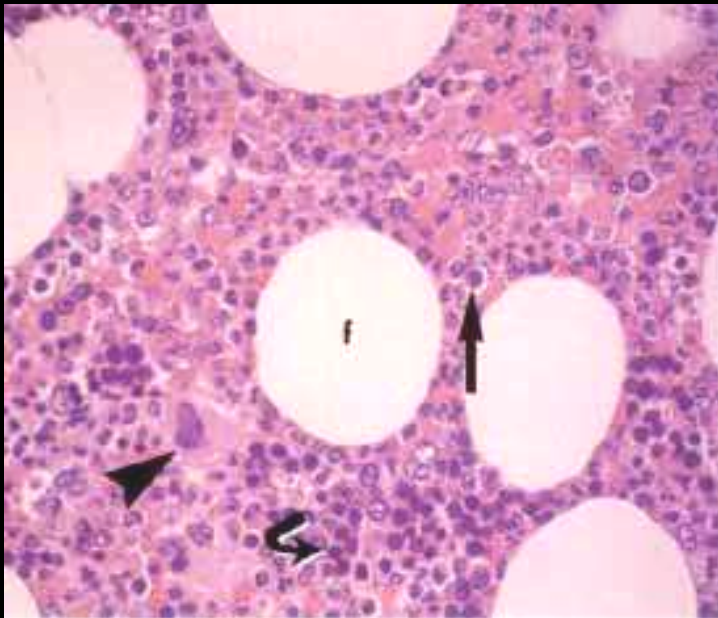
Myélolipome surrénalien

myélolipome : **tumeur bénigne** constituée de **graisse** et d'**éléments hématopoïétiques**

localisation surrénalienne +++ (mais d'autres localisations sont possibles ; présacré , périrénal ++)

n'entraîne pas de troubles endocriniens, mais peut être associée à d'autres pathologies surrénaliennes sécrétantes

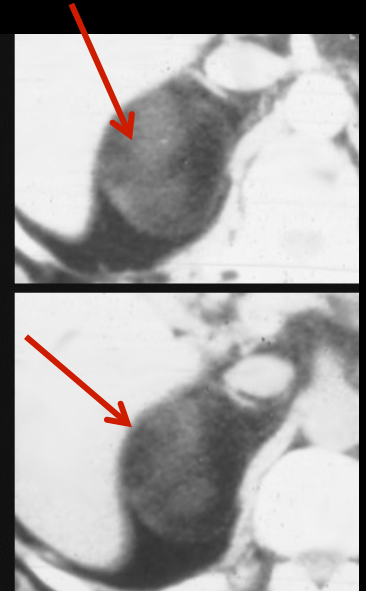
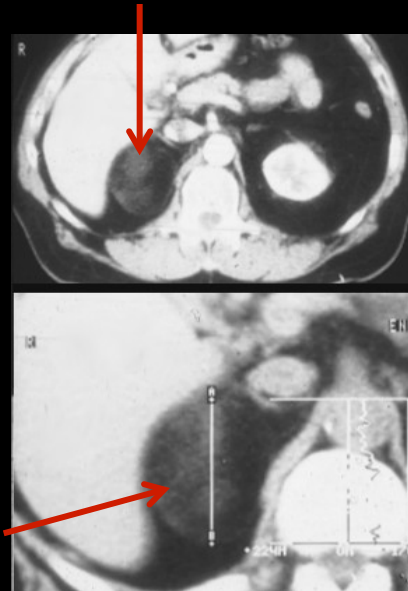
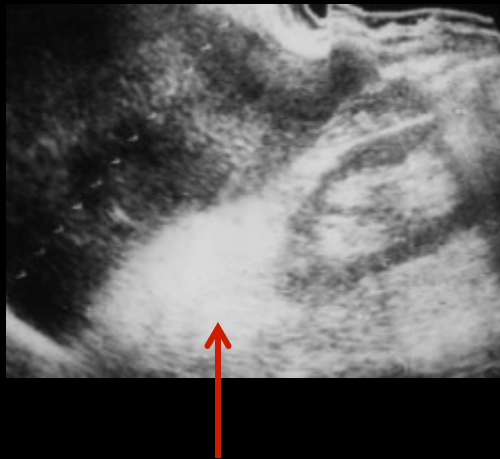
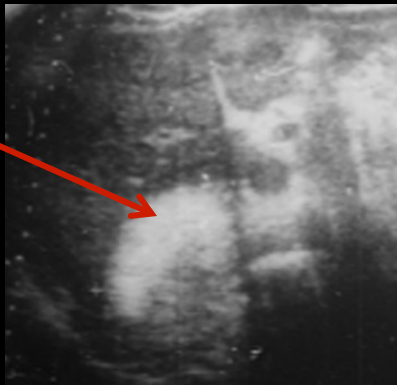
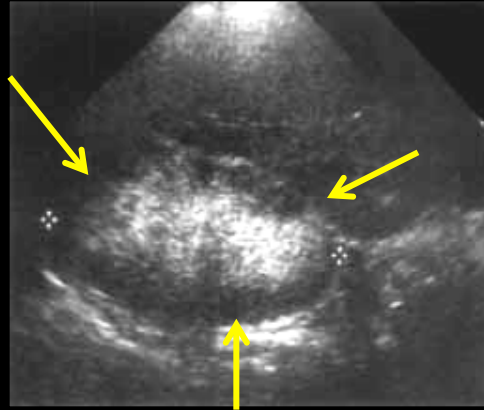
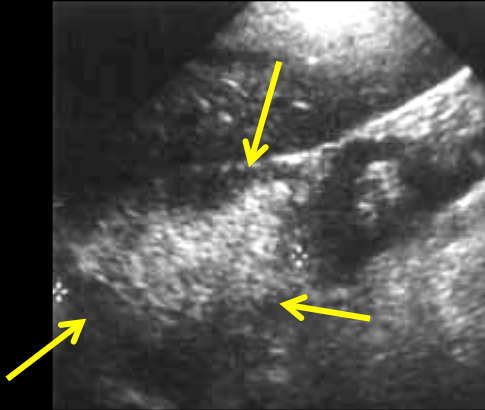
découverte fortuite → prévalence 0.08% - 0.2%. **7% des incidentalomes surrénaliens**



Anapath :

- prédominance de zones constituées de graisse
- éléments hématopoïétiques de la lignée myéloïde
- couronne de tissu cortico-surrénalien fréquente

Echographie : lésion globalement hyperéchogène (graisse) avec des régions plus hypoéchogènes correspondant au tissu hématopoïétique



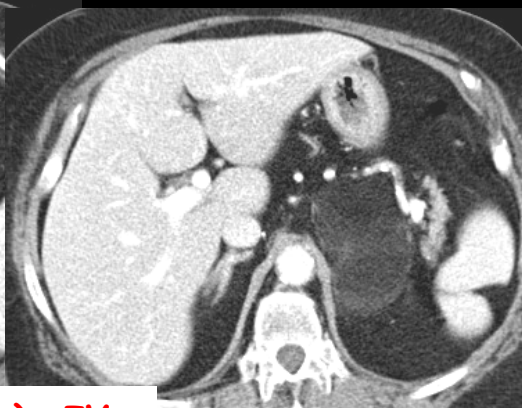
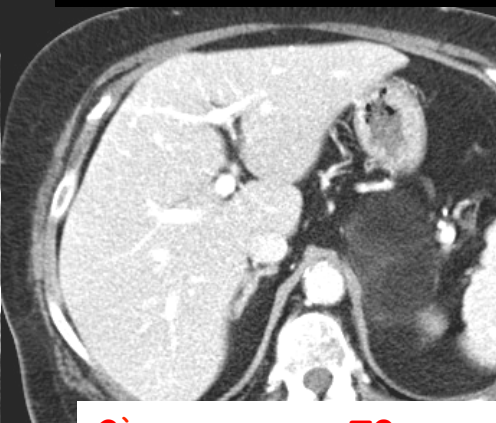
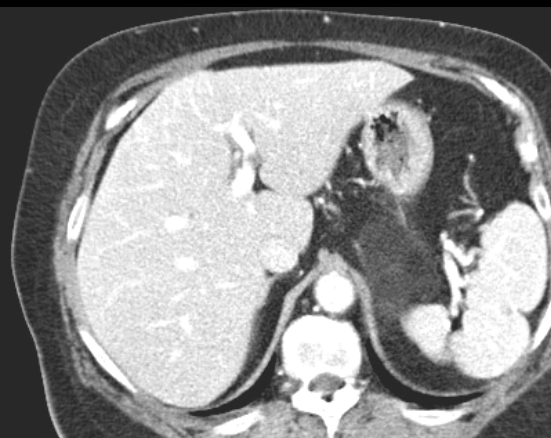
TDM :

- régions de densité grasseuse (-60UH)
 - régions de densité plus élevée (20UH) : mélange de graisse et d'éléments hématopoïétiques
- contenu en graisse de 50 à 90%, calcifications peu nombreuses, pseudo capsule fréquente

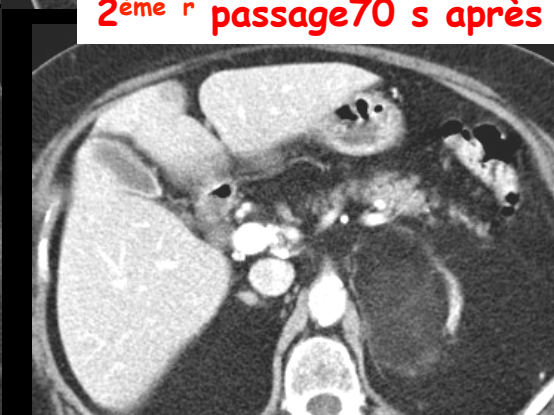
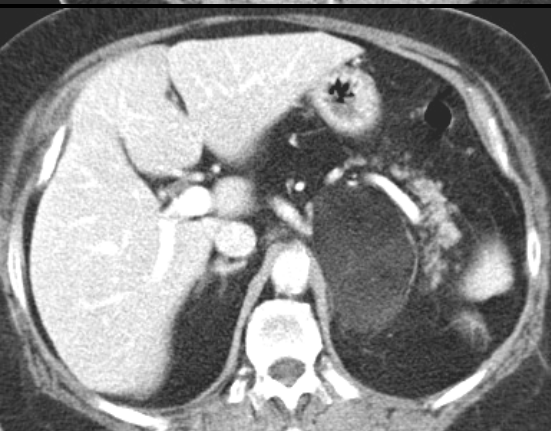


avant injection

1^{er} passage 45 s après IV

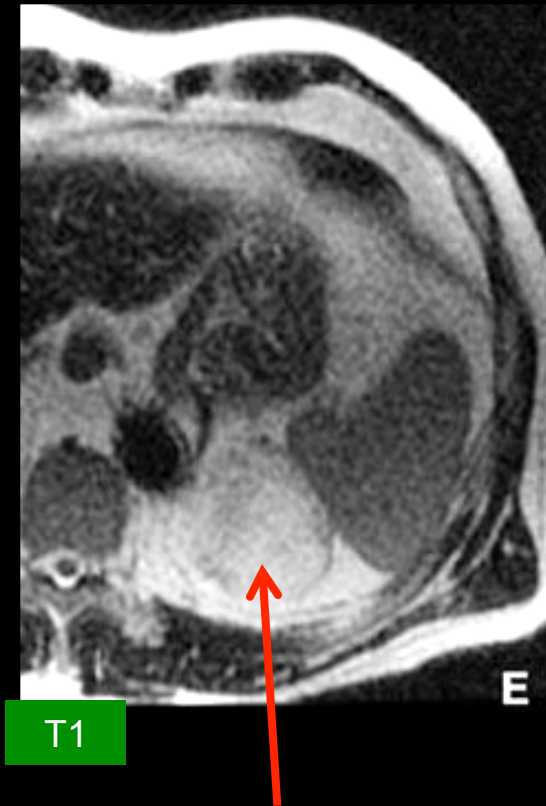


2ème r passage 70 s après IV

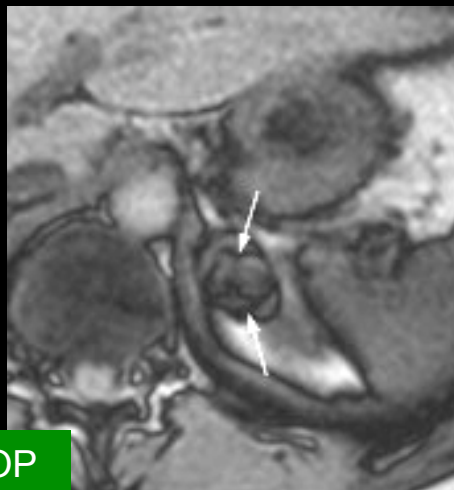
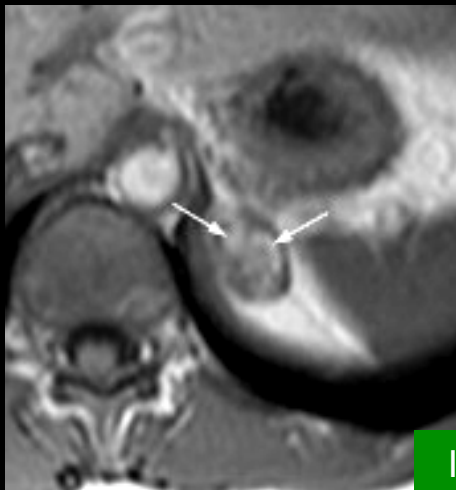
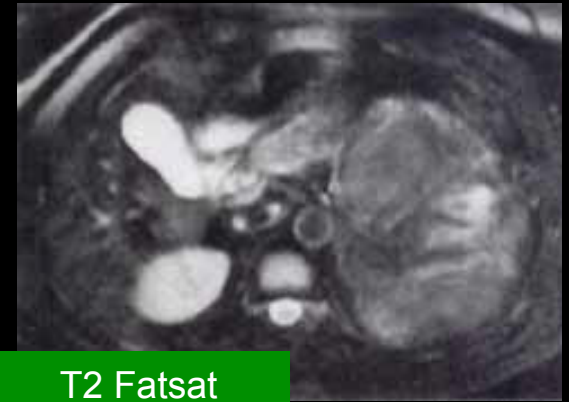


- IRM :

- composante graisseuse en hypersignal T1
- confirmation diagnostique par les séquences FatSat (chute de signal des zones graisseuses)
- perte de signal aux interfaces graisse-eau sur les séquences en opposition de phase



autres exemples



Cas particuliers :

Myélolipome surrénalien hémorragique aigu :

- hémorragie spontanée, pas de notion de traumatisme
- TDM : le plus sensible
- concerne des myélolipomes surrénaliens de grande taille (RR x 4 au delà de 10 cm)
- plus fréquent chez les hommes



les formes volumineuses de myélolipome surrénalien peuvent poser de réels problèmes de localisation et de caractérisation lésionnelle (angiomyolipome géant du rein , liposarcome rétropéritonéal à développement antérieur)



Myélolipome extra surrénalien :

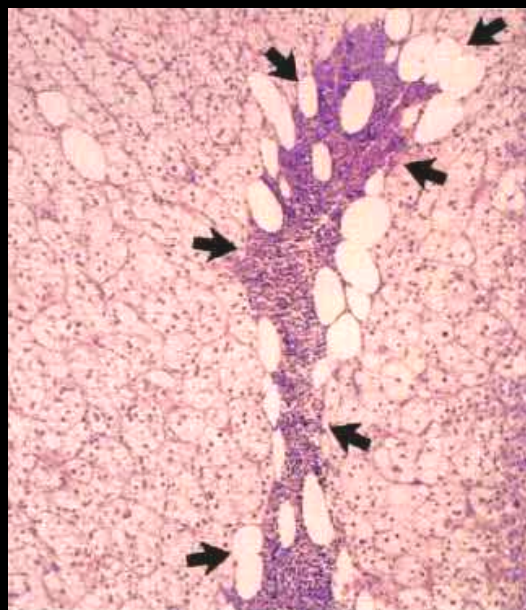
50 % siègent dans la région pré sacrée ; les localisations périrénales de myélolipomes géants sont celles qui posent les plus gros problèmes de diagnostic différentiel (liposarcome, tératome, angiomyolipome)

→ chirurgie ++, discuter biopsie

Cas particuliers :

Myélolipome associé à une pathologie surrénalienne ou rénale :

- associations décrites avec : **adénomes, hyperplasie, déficit en 21-HOase** (coexistence avec résidus surrénaliens tumoraux testiculaires) , métastases , carcinomes rénaux , carcinomes surrénaliens ...
- aspect radiologique inhabituel : lésions + petites, calcifications fréquentes et nombreuses , contenu faible en graisse (<10% du vol total)



masse calcifiée de la surrénale gauche, avec régions grasses évaluées à moins de 10% du volume total de la lésion.

anapath : **régions myélolipomateuses au sein d'un adénome non sécrétant.**

Take home message

le myélolipome surrénalien isolé est , en règle générale , un diagnostic facile **au scanner +++** , fondé sur les éléments suivants :

- . graisse macroscopique en quantité variable (50 à 90%)
- . zones de densité tissulaire ou intermédiaire
- . pseudo capsule
- . calcifications peu nombreuses

l'abstention thérapeutique est de règle

au delà de 10 cm , le risque hémorragique est majoré et peut faire discuter l'exérèse chirurgicale prophylactique

devant des **atypies en imagerie**:

- .composante tissulaire prédominante
- .calcifications abondantes
- .faible quantité de tissu graisseux (graisse < 10% vol total)

la prudence est de règle car on peut observer :

- .la **coexistence myélolipome et adénome** (attitude thérapeutique fonction des données endocriniennes)
- .des **corticosurrénalomes malins avec îlots graisseux**