

Homme de 77 ans. Bilan d'une volumineuse masse révélée lors d'une échographie pour douleurs abdominales et lombalgies .sont les éléments sémiologiques importants à retenir pour orienter le diagnostic



J. Mbapte Wamba IHN

la première phase du diagnostic consiste à **préciser le siège exact des anomalies observées** : intra ou rétropéritonéal , en se fondant sur des éléments précis et non sur son intuition



on peut affirmer que la masse est rétropéritonéale car elle provoque un déplacement vers l'avant de structures que l'on sait être de siège rétro péritonéal ; par exemple les gros vaisseaux : aorte abdominale sous rénale et veine cave inférieure.

Le second temps de l'analyse consiste à chercher l'organe à partir duquel s'est développé la masse. Classiquement il faut chercher s'il existe un ou plusieurs organes manquants. Si cela est le cas, celui où ces organes seront considérés comme point(s) de départ présumé(s) de la lésion.

Dans le cas présent, les deux glandes surrénales ne sont plus visibles. La masse tissulaire s'étend bien au-delà des loges surrénales mais est en continuité avec leur siège présumé en se rappelant que :

-la glande surrénale droite est sus-rénale et rétro-cave , tandis que

-la glande surrénale gauche est pré-rénale, et se trouve devant le pôle supérieur du rein; la surrénale gauche n'est donc pas sus-rénale !!!

Ces rapports anatomiques sont retrouvés au niveau des masses rétropéritonéale ; en particulier du côté gauche, la masse tissulaire est très nettement pré-rénale et se situe en avant du rein gauche



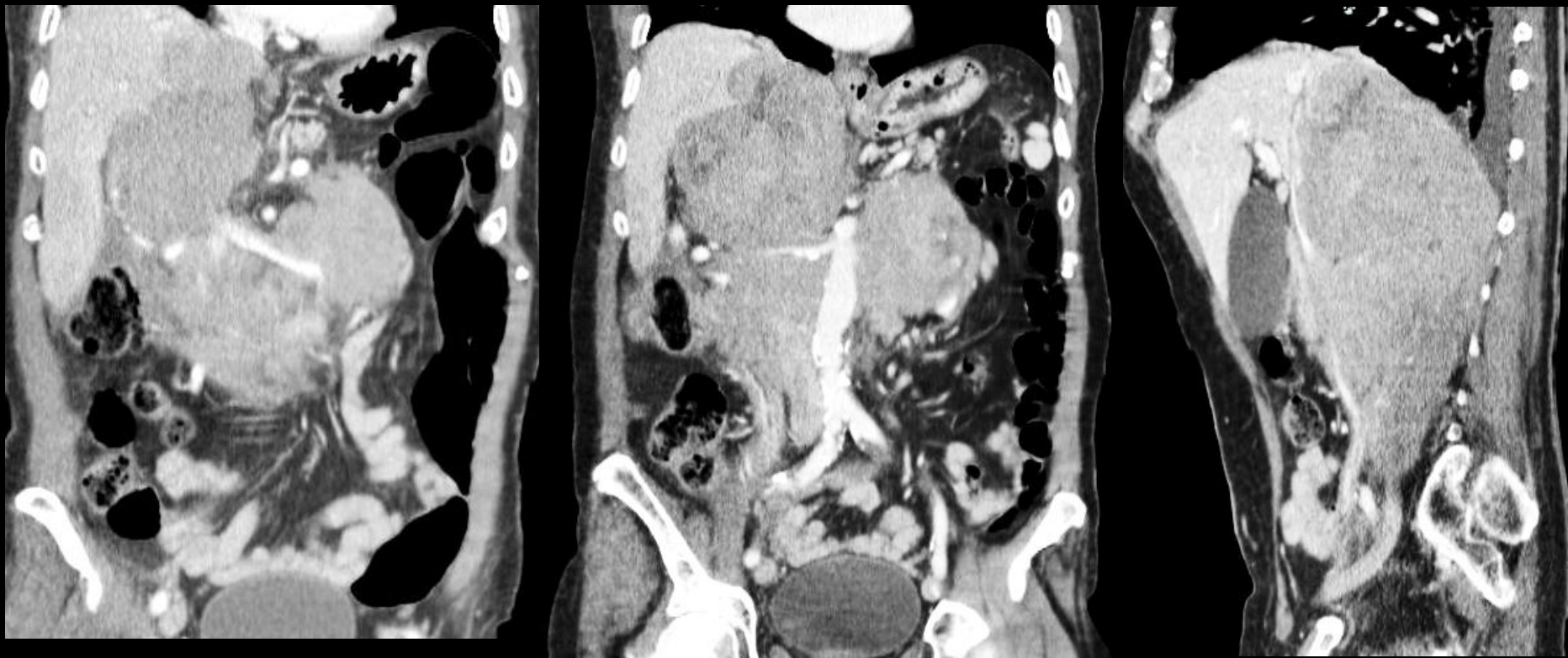
enfin, sur la morphologie des 2 masses , on peut reconnaître un certain nombre de caractères macroscopiques :

.l'**homogénéité de la densité des lésions** malgré la taille importante

.le **faible rehaussement après injection** de produit contraste et l'absence totale de néoangiogénèse anarchique de type tumoral au sein des lésions

.le **caractère peu agressif** vis-à-vis des vaisseaux qui sont étirés mais non envahis

.l'infiltration du compartiment pararénal postérieur et du psoas du côté droit et, de ce même côté, l'extension en continuité aux espaces para-rénaux antérieur et postérieur en regard de l'étage sus-mésocolique de l'abdomen

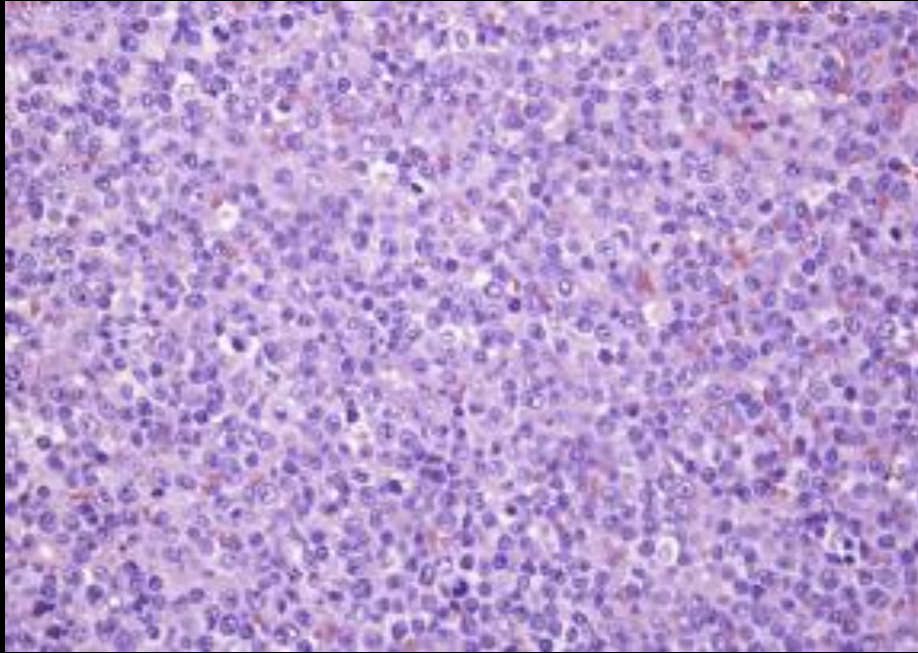


les **reformations frontales et sagittales** sont **impératives** pour donner une **idée précise de l'extension en hauteur des lésions** qu'il est très difficile d'évaluer avec justesse en se servant uniquement des coupes axiales.

la **lecture immédiate simultanée en quatre plans** doit être une impérieuse nécessité et non une sorte de post-traitement réalisé à la demande et avec un retard plus ou moins important. Cette pratique justifie la réalisation d'acquisitions en coupes les plus minces possible (0,5 ou 0,625 mm) permettant, sous réserve d'interpolations correctes, de réaliser des reformations de même niveau de qualité que les coupes axiales en XY

la ponction biopsie scanoguidée est possible et souhaitable après que l'on ait éliminé l'éventualité d'un sarcome. Elle a confirmé le diagnostic de **lymphome malin non Hodgkinien**, avec une atteinte macroscopique évidente des loges surrénaliennes





**Grandes cellules lymphocytaires tumorales à cytoplasme abondant, pâle, clair ou légèrement acidophile ou basophile avec de grands noyaux vésiculaires nucléolés, chromatine fine
CD 3 + (marqueur membranaire T)**

LMNH surrenaliens

environ 25% des patients avec LMNH présentent une atteinte surrenalienne au cours de leur maladie.

Les **lymphomes surrenaliens primitifs** sont, au contraire, **extrêmement rares** et représentent 1% de tous les LMNH et 3% des lymphomes extra ganglionnaires.

La plupart sont bilatéraux

ils atteignent préférentiellement l'homme d'âge moyen : âge médian 65 ans

le caractère primitif du LMNH surrenalien est difficile à établir et repose sur les critères suivants :

.atteinte histologique surrenalienne **sans atteinte ganglionnaire**,

.absence de leucémie,

.pas d'apparition , dans les six mois qui suivent la découverte de l'atteinte surrenalienne , d'autres localisations viscérales



Femme de 70 ans ,
Lymphome primitif surrenalien gauche



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Radiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejrad



Primary adrenal lymphoma: Radiological; pathological, clinical correlation

Liangping Zhou^{a,*}, Weijun Peng^a, Chaofu Wang^b, Xiaohang Liu^a, Yijun Shen^c, Kangrong Zhou^d

-des **atteintes surrenaliennes bilatérales** sont observées dans :

- . **75 % des lymphomes primitifs** de la surrenale
- . 30 à 50 % des métastases
- . 15 % des adénomes
- . 10 % des phéochromocytomes

-la symptomatologie liée au lymphome malin primitif de la surrenale n'a pas de spécificité et **se limite à des signes généraux de type B** : fièvre, sueurs nocturnes, amaigrissement.

-l'imagerie montre une/des masse(s) de tailles variables,, peu symptomatiques. On observe un **englobement vasculaire sans signe d'envahissement pariétal**. Les contours sont le plus souvent nets et réguliers
La nécrose tumorale est rare mais possible.

Les organes de voisinage (rein fois, rate) peuvent être atteints par contiguïté.

Dans l'ensemble , la discordance entre la taille des lésions souvent importante et leur retentissement clinique modéré témoigne d'un processus tumoral d'évolution lente

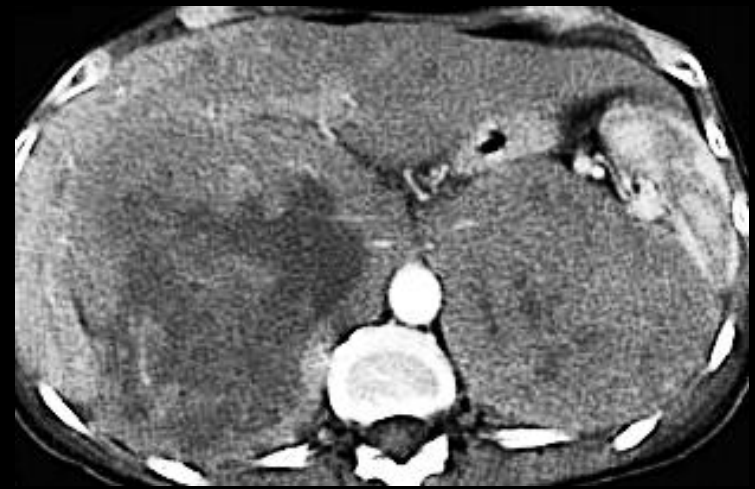


Homme de 45 ans , VIH, Insuffisance surrénalienne aiguë. Lymphome surrénalien bilatéral

*F. Mignon et al.
Lymphome rénal et surrénalien
Feuillets de Radiologie
Vol 41, N° 3 - juin 2001
p. 223*

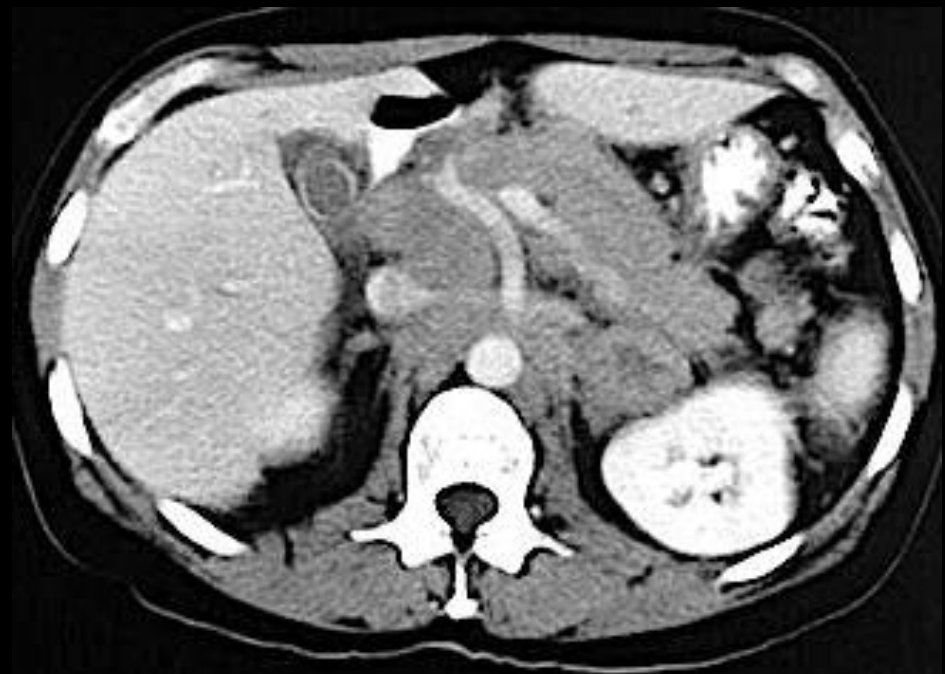


Femme de 58 ans , Lymphome surrénalien bilatéral avec envahissement hépatique, refoulant la rate

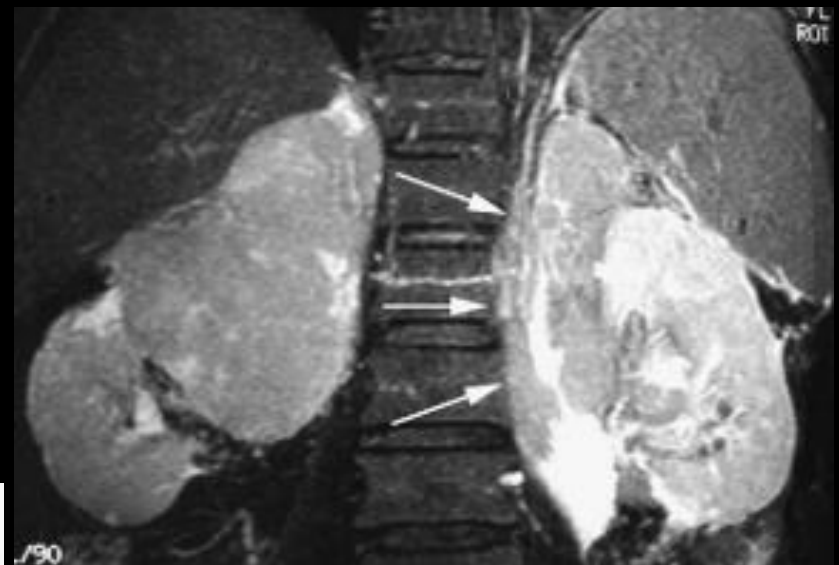
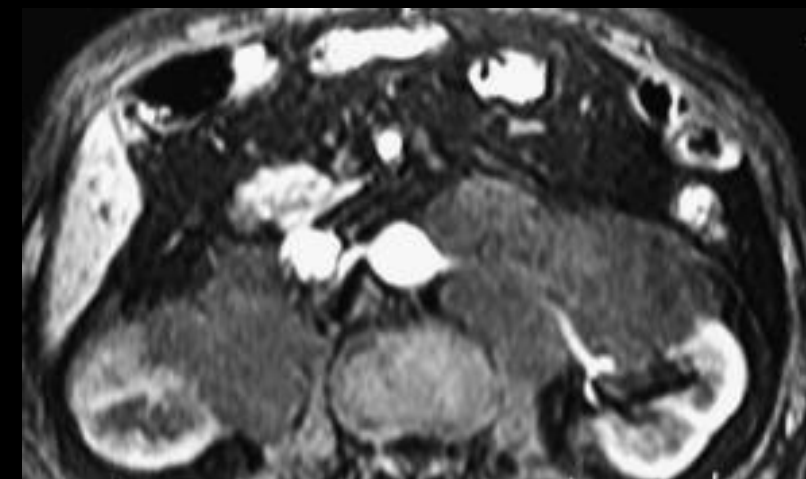
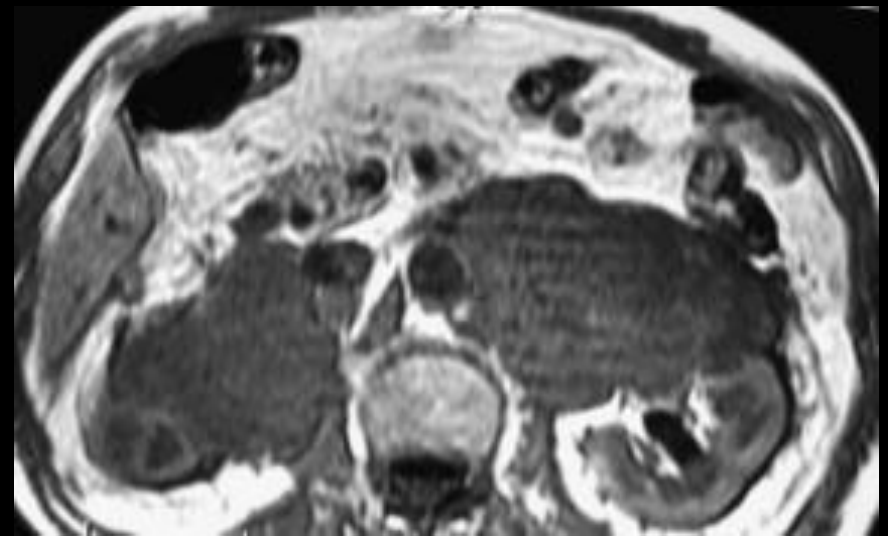
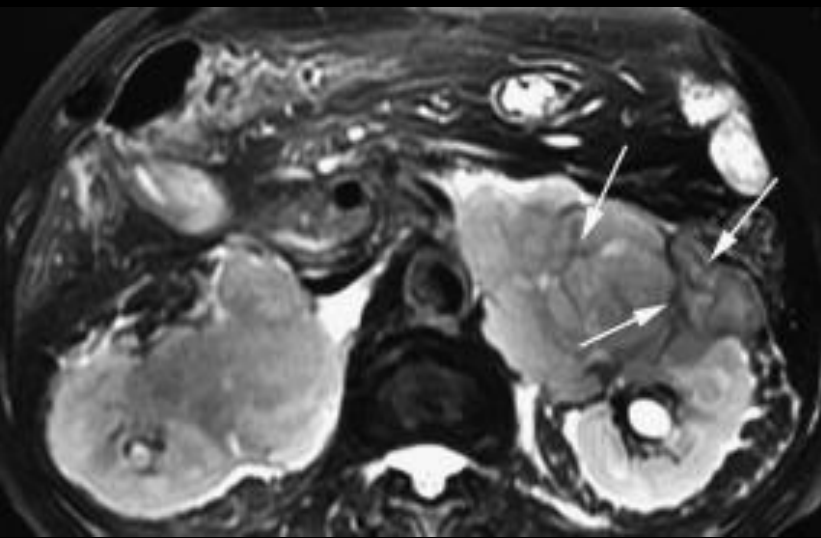


Femme de 58 ans , Lymphome
surrénalien gauche secondaire avec
adénopathies du pédicule hépatique
et de l'espace infra médiastinal
postérieur.

*F. Mignon et al.
Lymphome rénal et surrénalien
Feuillets de Radiologie
Vol 41, N° 3 - juin 2001
p. 223*



Lymphome surrénalien gauche primitif .



European Journal of Radiology 81 (2012) 401–405

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Radiology

Journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejrad



Primary adrenal lymphoma: Radiological; pathological, clinical correlation

Liangping Zhou^{a,*}, Weijun Peng^a, Chaofu Wang^b, Xiaohang Liu^a, Yijun Shen^c, Kangrong Zhou^d

**Homme de 77 ans,
Lymphome surrénalien primitif
bilatéral.**

messages à retenir

-devant toute masse viscérale , surtout s'il existe une discordance entre la taille de la lésion et son retentissement clinique modeste, évoquer la possibilité d'une atteinte lymphomateuse primitive (c'est-à-dire sans atteinte ganglionnaire associée) de l'organe aux dépens duquel la masse s'est développée.

-les perspectives thérapeutiques étant nettement meilleures dans les lymphomes que dans les tumeurs primitives ou métastatiques des viscères profonds, il faudra donc impérativement obtenir une histologie dans ces circonstances.

-Les lymphomes primitifs des glandes surrénales n'échappent pas à cette règle et il faut savoir évoquer le diagnostic lorsqu'une **masse généralement volumineuse de contour régulier de densité homogène, d'une ou des 2 surrénales** est découverte **en dehors de tout contexte néoplasique** (en particulier carcinome bronchique ou des voies aérodigestives supérieures, mélanome, sein... ,mais aussi cancer digestif etc.)

-sur le plan sémiologique, les masses **lymphomateuses refoulent et étirent généralement les vaisseaux qui les traversent mais sans les comprimer ni a fortiori les envahir**

-parmi les principaux diagnostics différentiels, il faudra penser au **ganglioneurome** , généralement chez de jeunes adultes et au **plasmocytome extra osseux** surrénalien qui ne pourront être identifiés que par la biopsie guidée par l'imagerie.