



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Traitement chirurgical du carcinome corticosurrénalien[☆]

Surgical treatment of adrenal carcinoma

S. Gaujoux^{a,*,b,c,d}, M. Weinandt^{a,c}, S. Bonnet^a,
V. Reslinger^a, J. Bertherat^{b,c,d,e}, B. Dousset^{a,b,c,d}

^a Service de chirurgie digestive, hépato-biliaire et endocrinienne, hôpital Cochin, AP – HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 14, France

^b Université Paris-Descartes, Paris, France

^c Inserm U567, CNRS UMR8104, institut Cochin, département d'endocrinologie, métabolisme et cancer, Paris, France

^d Centre expert national cancer de la surrénale, Paris, France

^e Service d'endocrinologie, hôpital Cochin, AP – HP, Paris, France

MOTS CLÉS

Corticosurrénalome ;
Carcinome
corticosurrénalien ;
Incidentalome ;
Surrénale ;
Surrénalectomie

Résumé Le corticosurrénalome ou carcinome corticosurrénalien est une maladie rare dont le pronostic demeure sombre. Souvent découvert devant un syndrome de masse ou des signes d'hypersécrétion hormonale, le corticosurrénalome peut aussi être découvert de façon fortuite sous forme d'incidentalome. L'imagerie en coupes (scanner et IRM) suggère souvent le caractère malin de la masse surrénalienne, la biopsie étant contre-indiquée. Sur le plan biologique, une hypersécrétion combinée de cortisol, d'androgènes ou de précurseurs inactifs est très suspecte de corticosurrénalome. Le 18F-fluorodeoxyglucose PET scanner doit être réalisé pour évaluer la malignité d'une masse surrénalienne et dans le cadre du bilan d'extension. Même si la majorité des corticosurrénalomes est diagnostiquée à un stade localement avancé, la chirurgie radicale représente la seule possibilité de guérison. Cependant, la prise en charge péri-opératoire des malades atteints de corticosurrénalome est à ce jour peu standardisée. L'objectif de cette mise au point est de résumer les recommandations actuelles pour la prise en charge de ces patients. © 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Adrenocortical
carcinoma;

Summary Adrenocortical carcinoma (ACC) is a rare disease with a poor prognosis. The presence of a mass syndrome or signs of hormonal hypersecretion often lead to its discovery, but more and more frequently, adrenocortical malignancy is fortuitously discovered as an

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2017.06.010>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : sebastien.gaujoux@aphp.fr (S. Gaujoux).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.05.005>

1878-786X/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Incidentaloma;
Adrenal gland;
Adrenalectomy

incidentaloma. Cross-sectional imaging (CT and MRI) often points to the malignant character of the adrenal mass. Needle biopsy is contraindicated. Laboratory testing showing combined hypersecretion of cortisol, androgens or inactive corticosteroid precursors is highly suggestive of ACC. An 18F-Fluoro-deoxyglucose Positron Emission Tomography (PET scan) should be performed to evaluate the malignancy of an adrenal mass and to detect regional or distant metastases. Although the majority of ACC are diagnosed at a locally advanced or metastatic stage, radical resection offers the only hope of cure. The peri-operative management of patients with ACC is not yet standardized. The aim of this review is to summarize the actual knowledge of the surgical management of ACC.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Si la découverte fortuite d'une lésion surrénalienne sur une imagerie en coupe est aujourd'hui fréquente, le carcinome corticosurrénalien ou corticosurrénalome (CS) reste une tumeur rare, dont l'incidence annuelle est estimée en Europe et en Amérique du Nord de 0,5 à 2 cas pour 1000000 habitants [1], représentant entre 0,04 et 0,2 % des causes de décès par cancer. Le CS est l'une des tumeurs endocrines malignes les plus graves avec 20 à 40 % de métastases au moment du diagnostic, le plus souvent hépatiques, pulmonaires ou osseuses [2]. La chirurgie radicale constitue le seul espoir de guérison, mais la survie globale à 5 ans tous stades confondus varie entre 30 et 40 % [3] et dépend principalement du stade de la tumeur qui doit aujourd'hui être évalué en fonction de la classification *European Network for the Study of Adrenal Tumors* (ENSAT) [4].

Malgré les récentes recommandations de l'*European Society of Endocrine Surgeons* (ESES) et d'*European Network for the Study of Adrenal Tumor* (ENSAT) [5], plusieurs questions concernant la prise en charge chirurgicale du CS restent débattues incluant : l'extension de la résection aux organes de voisinage, la nécessité et l'étendue du curage ganglionnaire, la place de la voie d'abord laparoscopique, les indications d'exérèse des récidives loco-régionales et des métastases résécables, et la place du traitement adjuvant par mitotane. Cette revue est consacrée à la prise en charge chirurgicale des CS sporadiques de l'adulte, généralement associés à un moins bon pronostic que ceux de l'enfant [6].

Épidémiologie et présentation clinique

Il existe deux pics de fréquence, un premier dans l'enfance, un second entre la quatrième et la cinquième décennie, avec une légère prédominance féminine (sexe-ratio 1,5) [2,7]. Il n'existe aucun facteur de risque environnemental prouvé, et même si le tabac ou la contraception orale ont pu être suggérés comme facteurs de risque, leurs rôles semblent cependant négligeables. Les CS sont sporadiques dans plus de 95 % des cas, mais certaines maladies héréditaires telles les syndromes de Li-Fraumeni, de Beckwith-Wiedemann ou de Lynch [8] sont associés à un risque accru de développement d'un CS, avec des cas aussi rapportés chez des patients ayant une néoplasie endocrinienne de type I ou une polyposse adénomateuse familiale [9], sans que l'imputabilité en soit certaine.

La présentation clinique revêt trois tableaux principaux :

- près de la moitié des CS sont découverts devant des signes cliniques d'hypersecretion hormonale, qui

peuvent associer, par fréquence décroissante, une hypersecretion mixte de cortisol et d'androgènes, une hypersecretion isolée de cortisol, une virilisation par hypersecretion androgénique ou différentes associations d'hypersecretions stéroïdiennes [2]. Les CS sécrétant de l'aldostérone, de l'oestradiol ou des précurseurs seuls sont plus rares. Globalement, un bilan hormonal surrénalien exhaustif est susceptible de découvrir une hypersecretion clinique ou sub-clinique dans 75 % des cas, ce qui permet d'orienter le diagnostic [2] ;

- un syndrome de masse est fréquemment présent en cas de CS non sécrétant. Dans ce cas, les CS ont un poids et une taille moyens, mesurés sur l'examen anatomo-pathologique, souvent de plus de 500 grammes et de 12-15 cm [2,10]. Les symptômes peuvent associer une douleur abdominale ou lombaire, une masse palpable, un amaigrissement, une fièvre tumorale, ou des signes de compression de la veine cave inférieure. Il est à noter que l'état général des patients porteurs d'un CS est longtemps conservé, expliquant le diagnostic souvent tardif de ces tumeurs ;
- plus rarement, le diagnostic de CS est porté lors de l'exploration d'un incidentalome, c'est-à-dire lors de la découverte fortuite d'une tumeur surrénalienne sur un examen d'imagerie réalisé pour une autre indication. Actuellement, environ 10 % des corticosurrénalomes sont découverts à cette occasion, le plus souvent à des stades précoces [2]. Il est important de noter que la probabilité qu'un incidentalome surrénalien soit malin augmente avec la taille de celui-ci [11] : elle est extrêmement faible pour les lésions de moins de 4 cm et de l'ordre de 15 à 20 % pour les lésions de plus de 6 cm. Ce mode de découverte tend à augmenter [3], bien que cette observation ne soit pas toujours confirmée, notamment outre-Atlantique [12]. La découverte de ces lésions malignes à un stade précoce est un enjeu majeur de la prise en charge des incidentalomes. Enfin il n'est pas rare qu'un CS soit découvert dans le cadre du bilan de ses métastases.

Diagnostic de malignité devant une masse surrénalienne suspecte d'être un corticosurrénalome

Il faut avant tout rappeler que toute masse surrénalienne doit faire l'objet d'un bilan clinico-biologique et radiologique spécifique, dont les détails sortent du cadre de cette revue.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8728832>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8728832>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)