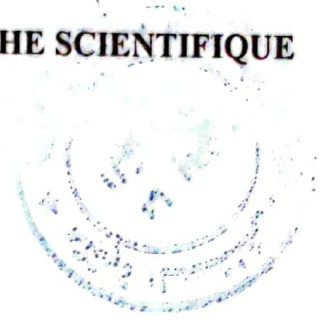


AM / 482

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE «3» DE CONSTANTINE
FACULTE DE MEDECINE DE CONSTANTINE



THESE
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTORAT
EN SCIENCES MEDICALES

LES TUMEURS SURRENALIENNES :
ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES ET PRISE
EN CHARGE MEDICOCHIRURGICALE

Présentée et soutenue publiquement JUILLET 2018

Par le Docteur KHENNAOUI Rabah

Maitre-Assistant Hospitalo - Universitaire en Chirurgie Générale
Service des Urgences Chirurgicales - CHU Constantine

Composition du Jury :

- Président :** Professeur KADI Abdelkrim, Faculté de Médecine Annaba
Directeur de thèse : Professeur HASSANI Mostefa, Faculté de Médecine de Constantine
Examineur : Professeur BOUDEHANE Omar, Faculté de Médecine Constantine
Examineur : Professeur BENSACI Sabah, Faculté de Médecine Constantine
Examineur : Professeur BENDJABALLAH Saadoune, Faculté de Médecine Constantine

Année Universitaire : 2017 – 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE.....	2
I. HISTORIQUE DE LA PATHOLOGIE SURRENALIENNE.....	2
II. RAPPELS	4
1. Epidémiologie.....	4
2. Embryologie.....	4
2.1. développement de la glande surrénale.....	4
2.1.1. développement de la surrénale embryonnaire.....	4
a/ - ébauche de la corticosurrénale	4
b/ - ébauche de la médullosurrénale	4
c/ - ébauche de la surrénale	5
2.1.2. développement de la surrénale foetale	5
2.1.3. développement de la surrénale après la naissance	5
2.2. aspects moléculaires du développement de la surrénale	5
2.2.1. implication hormonale	6
2.2.2. implication des facteurs de la croissance	6
2.2.3. implication des facteurs de transcription.....	6
3. Anatomie.....	7
3.1. Situation	7
3.2. Macroscopie.....	8
3.3. Vascularisation artérielle.....	9
3.4. Vascularisation veineuse.....	10
3.5. Drainage lymphatique.....	10
3.6. Innervation.....	11
3.7. Rapports anatomiques	12
4. Physiologie	14
5. Histologie.....	20

6. Explorations fonctionnelles	23
7. Prélèvements.....	25
III. ASPECTS CLINIQUES.....	27
1. Incidentalome.....	27
2. LESIONS SECRETANTES CORTICOSURRENALIENNES	28
2.1. Hyperaldostéronisme primaire(HAP).....	28
2.2. Syndrome de cushing et maladie de Cushing.....	29
2.3. Etiologies.....	29
2.3.1. Maladie de Cushing.....	29
2.3.2. Adénome bénin.....	30
2.3.3. Adénome pré toxique.....	30
2.3.4. Corticosurréalome malin.....	30
2.3.5. Hypercortisolisme paranéoplasique	32
2.3.6. Syndrome de Cushing.....	32
2.3.7. Hyperplasie des surrénales	32
2.3.8. Schwannome	33
3. PHEOCHROMOCYTOME	33
3.1. Epidémiologie.....	33
3.2. Topographie.....	33
3.3. Symptomatologie	34
3.4. Formes anatomocliniques.....	35
3.4.1. Phéochromocytome malin.....	35
3.4.2. Autres formes anatomocliniques.....	36
3.5. Formes topographies	38
3.6. Formes familiales	38
3.7. Formes associées aux NEM de type 2.....	38

1.2. Population de l'étude.....	55
1.3 Critères d'inclusion.....	55
1.4. Critères d'e non inclusion	55
2. Recueil des données.....	56
2.1. Cliniques.....	56
2.2. Biologiques.....	56
2.3. Imagerie.....	58
2.4. Thérapeutiques.....	58
2.5. Suivi.....	58
2.6. Aspects évolutifs.....	58
2.7. Hypothèses de travail.....	59
3. Méthodes d'étude	59
RESULTATS ET ANALYSES.....	60
I. ETUDE DESCRIPTIVE.....	60
1. Epidémiologie.....	61
1.1. Effectif.....	61
1.2. Répartition géographique de l'effectif.....	62
1.3. Recrutement.....	62
1.4. Age.....	63
1.5. Sexe.....	64
II. PRESENTATION CLINIQUE.....	65
1. Antécédents.....	65
1.1. Personnels.....	65
1.2. Familiaux.....	65
2. Répartition des cas selon la durée d'évolution.....	66
3. Symptômes cliniques.....	67

3.1. Signes fonctionnels.....	67
3.2. Examen clinique.....	67
4. Explorations biologiques.....	69
4.1. Phéochromocytome.....	69
4.2. Hypersécrétion cortisolique.....	70
4.3. Hyperaldostéronisme	64
4.4. Autres	65
5. Imagerie.....	66
5.1. Echographie abdominopelvienne.....	66
5.2. Tomodensitométrie	69
5.3. Autres examens.....	73
5.3.1. Imagerie par résonance magnétique (IRM).....	73
5.3.2. Scintigraphie.....	76
5.3.3. EchoDoppler.....	78
5.3.3. Echocardiographie.....	79
5.4. Age et taille moyenne	84
6. Prise en charge thérapeutique.....	88
6.1. Période préopératoire.....	88
6.2. Période opératoire.....	90
6.3. Période post opératoire.....	93
6.4. Mortalité et morbidité.....	96
7. ANATOMOPATHOLOGIE.....	97
7.1. Phéochromocytome	97
7.2. Carcinome corticosurrénalien.....	97
7.3. Adénome de Conn	97
7.4. Autres variétés tumorales.....	97
8. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE	99

8.1. Phéochromocytome et NEM	99
8.2. Corticosurréalome.....	101
8.3. Autres variétés.....	102
9. Traitement associé.....	103
10. SUIVI POST OPERATOIRE LOINTAIN.....	103
DISCUSSION.....	106
I. LIMITES DE CETTE ETUDE.....	107
1. Etude monocentrique...;	107
2. Recueil des données.....	108
II. EPIDEMIOLOGIE.....	108
1. Age.....	108
2. Sexe.....	109
3. Fréquence et prévalence.....	109
4. Taille tumorale.....	110
5. Etude de la localisation tumorale.....	111
III. VARIETES ANATOMOPATHOLOGIQUES.....	112
1. Phéochromocytome.....	112
1.1. Epidémiologie.....	113
1.1.1. Fréquence	113
1.1.2. Age	114
1.1.3. Sexe.....	114
1.2. Diagnostic.....	115
1.2.1. Présentation clinique.....	115
1.2.1.1. Manifestations cardiaques.....	115
1.2.1.2. Manifestations atypiques.....	120
1.2.1.3. Associations lésionnelles.....	122

1.2.2 Phéochromocytome de l'enfant	123
1.2.3. Phéochromocytome bilatéral.....	124
1.2.4. Phéochromocytome malin.....	125
2. Ganglioneurome surrénalien.....	128
2.1. Epidémiologie.....	128
2.1.1. Fréquence.....	128
2.1.2. Age.....	129
2.1.3. Sexe.....	129
2.2. Clinique.....	129
2.3 Biologie.....	129
2.4. Imagerie.....	130
2.4.1. Echographie abdominopelvienne.....	130
2.4.2. Tomodensitométrie.....	130
2.4.3. Imagerie par résonance magnétique.....	130
3. Corticosurréalome.....	131
3.1. Epidémiologie.....	131
3.1.1. Fréquence.....	131
3.1.2. Age.....	132
3.1.3. Sexe.....	132
3.2. Diagnostic.....	132
3.2.1. Clinique.....	132
3.2.2. Biologie.....	133
3.2.3. Imagerie.....	133.
3.2.3.1. Echographie.....	133.
3.2.3.2. Tomodensitométrie.....	134
3.2.3.3. IRM.....	135

3.2.3.4. Scintigraphie	135.
3.3. Scores histologiques.....	135
4. Hyperaldostéronisme primaire.....	136
4.1. Epidémiologie.....	136
4.1.1. Fréquence	136
4.1.2. Age.....	137
4.1.3. Sexe.....	137
4.2. Diagnostic.....	138
4.2.1. Clinique.....	138
4.2.2. Biologie.....	138
4.2.3. Imagerie.....	139
4.2.3.1. Tomodensitométrie.....	139
4.2.3.2. IRM.....	139
4.2.3.3. Scintigraphie.....	140
4.2.4. Cathétérisme veineux.....	139
4.2.5. Caractéristiques radiologiques.....	140
5. Adénome corticosurrénalien.....	141
6. Schwannome surrénalien.....	142
6.1. Introduction.....	142
6.2. Epidémiologie.....	142.
6.2.1. Fréquence.....	142.
6.2.2. Age.....	142
6.2.3. Sexe.....	142
6.3. Clinique.....	143.
6.4. Biologie.....	143.
6.5. Imagerie.....	143

6.5.1. Echographie.....	143
6.5.2. Tomodensitométrie.....	143
7. Syndrome de Cushing.....	145.
7.1. Introduction.....	145.
7.2. Epidémiologie.....	145
7.2.1. Fréquence.....	145
7.2.2. Age.....	145
7.2.3. Sexe.....	145
7.3. Clinique.....	146
7.4. Biologie.....	146
7.5. Imagerie	146
7.5.1. Tomodensitométrie et Imagerie par résonance magnétique.....	146
7.5.2. Scintigraphie.....	146
IV. TRAITEMENT	147
1. Phéochromocytome surrénalien et ganglioneurome	147
1.1. Préparation préopératoire.....	147
1.1.1. Prémédication	148
1.1.2. Monitoring.....	149
1.1.3. Choix de la technique d'anesthésie et médicaments utilisés	150
1.2. Voie d'abord chirurgicale.....	153
1.3. Complications peropératoires.....	154
. Chirurgie conventionnelle	154
. Coelioscopie	160
1.4.complications post opératoires.....	160
1.5. Phéochromocytome malin	161
1.5.1. Voie d'abord chirurgicale	161

1.5.2. Chirurgie conventionnelle.....	161
1.5.3. Cœlioscopie	162
1.5.4. Evolution et suivi	162
1.6. Phéochromocytome bilatéral	163
2. Ganglioneurome surrénalien	163
2.1. Préparation	163
2.2. Chirurgie	163
2.3. Complications..... ;.....	163
3. Corticosurréalome	164
3.1. Préparation à l'intervention.....	164
3.2. Voie d'abord chirurgicale.....	164
3.3. Gestes réalisés.....	165
3.4. Complications post opératoires immédiates.....	166
3.5. Anatomopathologie.....	166
3.6. Traitement adjuvant.....	167
3.7. Résultats et suivi.....	167
4. Hyperaldostéronisme primaire (HAP).....	167
4.1. Voie d'abord chirurgicale.....	167
4.2. Gestes réalisés.....	168
4.3. Anatomopathologie	168
.4.4. Résultats suivi et recul.....	169
5. Adénome corticosurrénalien.....	169.
6. Schwannome.....	170.
7. Syndrome de Cushing.....	170
V. Conclusion.....	170
RECOMMANDATIONS.....	172

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	173
ANNEXES.....	191
RESUME/ABSTRACT.....	193

RESUME : Les tumeurs surrenaliennes Aspects anatomopathologiques et prise en charge medicochirurgicale.

INTRODUCTION : Les tumeurs surrenaliennes representent une entite anatomoclinique en nette augmentation depuis le developpement et la generalisation des techniques d'imagerie medicale . Elles necessitent une approche multidisciplinaire faisant intervenir plusieurs specialites (interniste ou endocrinologue , biologiste , radiologue , chirurgien , anatomopathologiste et geneticien).

MATERIEL ET METHODES : Notre travail est une etude ayant permis d'etablir les caracteristiques epidemiologiques , cliniques , therapeutiques , anatomopathologiques et evolutives des tumeurs surrenaliennes au Service des Urgences Chirurgicales du CHU de Constantine durant la periode de 1998 à 2015.Il a concerne 63 patients .

RESULTATS ; L'etude a permis de colliger 69 cas de tumeurs surrenaliennes confirmees chez 63 patients .L'age moyen etait de 37,7 ans avec des extremes allant de 5 à 70 ans.Le sexe ratio F/H etait de 2,31 avec une nette predominance feminine. La douleur etait le signe clinique le motif de consultation le plus frequent. Si l'echographie abdominopelvienne etait pratiquee pour tout notre collectif , la tomocensitométrie etait l'examen le plus performant .Le nombre de cas pris en charge represente une serie conséquent . Les pheochromocytomes etaient les plus frequents (61,90 %).le traitement etait tout le temps chirurgical. La surrenalectomie totale etait preferée. Pour les localisations bilaterales , notre choix s'est penché sur la surrenalectomie totale La comparaison avec les differentes etudes regionales et internationales n'a pas montre de grandes differences mis à part la prise en charge therapeutique ou la preference va de plus en plus vers la surrenalectomie par voie coelioscopique.

CONCLUSION : Les tumeurs surrenaliennes representent une entite anatomoclinique particuliere necessitant une large collaboration entre differentes specialites afin d'assurer une meilleure prise en charge medicochirurgicale. L'installation d'un reseau national de recherche sur la pathologie surrenalienne doit etre une des priorites de la sante publique.

Mots clés : Tumeurs surrenales , aspects cliniques, anatomopathologiques, prise en charge medicochirurgicale.
Superviseur de these : professeur Mostefa HASSANI **Auteur** : Rabah KHENNAOUI Maitre Assistant
Service des Urgences Chirurgicales- CHU CONSTANTINE **en chirurgie generale. Service des urgences**
Chirurgicales CHU- CONSTANTINE

ABSTRACT: Adrenal Tumours :Anatomopathologic Aspects and Emergency Surgical Assistance .

INTRODUCTION: Adrenal tumours is a significant increase anatomoclinical entity since technical development and generalisation medical imaging , using specific fields (internal Medicine Clinic , endocrinologist, biologist , radiologist , surgeon , pathologist, and geneticist).

MATERIAL AND METHODS: Our work is study who has permitted to establish the features epidemiological ,clinical therapeutic, anatomopathological , anatomopathological and progressive features in the Emergency department in Constantine University Hospital Center in the period 1998 to 2015.It concerns 63 patients .

RESULTS: The study has permitted to collect 69 adrenal tumors confirmed in 63 patients.Middle age is 38,7 years with extreme age ranging from 5 to 70 years .The sex ratio women /men 2,31 , with women's overwhelming predominance.Pain was the main clinical sign and the principal reason of the consultation .If the ultrasound was practised for the patients , the CT scan was the most performant test .The number of the cases take over show a full range. Pheochromocytoma was the most frequent (61,90%).The treatment was surgical Total adrenalectomy was the only therapeutic option .It was bilateral in both sides. There is'nt any difference between our study regional or international study except the coelioscopic approach.

Conclusion : adrenal tumours are anatomoclinical entity requires large collaboration between different speciality to assure better one care. The installation of a national research net work must be priority of public medical .

Key words: Adrenal tumours , clinical aspects, anatomopathologic aspects, emergency surgical assistance

Thesis supervisor
Professeur Mostefa HASSANI
Department of Emergency Surgery
University Hospital Center .CONSTANTINE

Author: Rabah KHENNAOUI
Department of Emergency Surgery
University Hospital Center . CONSTANTINE