




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Hématomes surrenaliens potentialisés par le Synacthène® (HSS)[☆]

Adrenal hemorrhage acutised by adrenocorticotropin hormone

N. Surga^a, R. Makdassi^b, G. Choukroun^b,
J. Vandwalle^a, J. Petit^a, F. Saint^{a,*}

^a Services d'urologie-transplantation, CHU hôpital Sud, université Picardie-Jules-Verne, avenue René-Laënnec, Salouël, 80054 Amiens cedex 1, France

^b Service de néphrologie, CHU hôpital Sud, université Picardie-Jules-Verne, avenue René-Laënnec, Salouël, 80054 Amiens cedex 1, France

Reçu le 3 juillet 2009 ; accepté le 22 décembre 2009

Disponible sur Internet le 16 février 2010

MOTS CLÉS

Hématome surrenalien ;
Synacthène® ;
Antiphospholipides

KEYWORDS

Adrenal hematoma;

Résumé

Objectif. – Rapporter une série d'hématomes surrenaliens spontanés sous Synacthène® et définir la prise en charge à court, moyen et long terme.

Patients et méthodes. – De janvier 2000 à décembre 2008, cinq patients (quatre hommes et une femme), d'âge moyen 47 ans, ont été pris en charge pour hématomes surrenaliens spontanés chez des patients traités par Synacthène® pour lombosciatalgie documentée depuis 72 heures. La prise en charge associait une évaluation clinique, endocrinienne et radiologique.

Résultats. – Quatre patients ont été surveillés et un seul a nécessité une prise en charge chirurgicale. Aucune tumeur surrenalienne n'a été diagnostiquée lors du suivi avec un recul de deux ans (un à quatre). Deux patients étaient atteints d'un syndrome des antiphospholipides.

Conclusion. – Les hématomes surrenaliens spontanés sont une pathologie rare, dont la prise en charge doit d'abord être une surveillance clinique, biologique et morphologique. Le bilan endocrinien, immunologique et radiologique systématique doit rechercher une tumeur surrenalienne sécrétante ou non, et un syndrome des antiphospholipides.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Objective. – Many spontaneous adrenal hematomas have been observed in patients being treated by Synacthène®. The purpose of this study is to define how to take those patients in charge on a short-, mid- and long-term.

[☆] Niveau de preuve : 5.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fabiansaint@hotmail.com (F. Saint).

Adrenocorticotropin hormone;
Antiphospholipid syndrome

Patients and methods. — From January 2000 to December 2008, five patients (four males and one female), mean age 47, were taken in charge in our service for spontaneous adrenal hematomas. All those patients had been treated with Synacthène® for a mid-sciatic pain for 72 hours. We associated a clinical, endocrine and radiologic staging to treat those patients.

Results. — Four patients underwent a watchful waiting, only one patient needed surgery. No adrenal tumor was ever found during the mean two years follow-up (one to four). Two patients suffered of the condition of the antiphospholipid syndrome.

Conclusion. — Spontaneous adrenal hematomas are a most uncommon pathology. The clinical attitude has thus to be defined clearly. The patient must be under close clinical evaluation. Biological and morphological parameters have to be often repeated. An adrenal tumor has to be excluded by the evaluation, as that tumor could be secreting or could not be secreting. Antiphospholipid syndrome must also be excluded.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les hématomas surrénaliens spontanés sont rares [1]. Découverts de manière fortuite ou dans un contexte de douleur lombaire ou abdominale, ils peuvent aussi, plus rarement, être diagnostiqués devant des signes de choc hémorragique. Très souvent idiopathiques, ils peuvent révéler une tumeur surrénalienne bénigne, survenir lors d'un stress (notamment en période néonatale) ou être associés à une coagulopathie (induite ou acquise) [2,3]. D'autres causes iatrogènes, notamment le traitement par Synacthène®, ont été rapportées. Elles restent la plupart du temps des descriptions isolées et extrêmement rares [4–6]. Notre série rapporte cinq nouveaux cas consécutifs d'hématomes surrénaliens sous Synacthène®, ce qui en fait une des plus grandes séries publiées. Nous rappelons les mécanismes physiopathologiques associés à cette pathologie, les moyens diagnostiques et nous discutons aussi la prise en charge thérapeutique.

Observations

Il s'agit d'une étude rétrospective. Entre 2000 et 2008, cinq cas d'hématomes surrénaliens unilatéraux ont été colligés dans notre service (Fig. 1 et 2). Le sex-ratio était de quatre hommes pour une femme, l'âge moyen était de 47 ans (33 à 65). Tous les patients ont eu un hématome spontané alors qu'ils étaient traités par Synacthène® en injection intramusculaire, pour lombosciatalgies communes documentées cliniquement (signes de conflit discoradiculaire) depuis au moins 72 heures. Les caractéristiques des patients sont présentes dans le Tableau 1.

Pour quatre patients, l'évolution fut spontanément favorable sous traitement symptomatique et repos strict (durée d'hospitalisation moyenne de neuf jours [cinq à 13]). Un patient a fait l'objet d'une prise en charge chirurgicale. Les explorations endocriniennes ont été systématiques et n'ont jamais mis en évidence de tumeur surrénalienne sécrétante associée. Parmi les quatre patients non opérés, un suivi radiologique régulier, par TDM et/ou IRM sur une durée moyenne de deux ans (un à quatre), a permis de mettre en évidence un adénome non sécrétant homolatéral et un myélolipome controlatéral.



Figure 1. TDM avec injection (M. H.) : ← hématome surrénalien gauche.

Discussion

Les hématomas surrénaliens spontanés potentialisés par l'injection de Synacthène® (HSS) demeurent rares avec dans notre série: cinq cas répertoriés en huit ans. Ils doivent être recherchés devant l'association douleur lombaire et traitement récent par hormone adrénocorticotrope. Ils font l'objet de nombreuses hypothèses physiopathologiques, en particulier dans le cas du syndrome des antiphospholipides (SAPL) où l'hypercoagulabilité favorise la thrombose de la veine surrénalienne, entraînant un infarctus de la glande et sa possible transformation hémorragique [2]. Les patients traités par anticoagulants ou antiagrégants pour cette pathologie ont évidemment un risque surajouté d'hémorragie surrénalienne avec, dans notre série, trois patients sous antiagrégants plaquettaires [7,8]. Les études expérimentales d'administration d'hormone adrénocorticotrope (ACTH), chez l'animal, ont mis en évidence que celle-ci provoquait une hyperhémie, une hypertrophie, voire une nécrose et une hémorragie surrénalienne [2]. Une dizaine de cas orphelins en ont fait état notamment au décours du traitement par Synacthène® des maladies

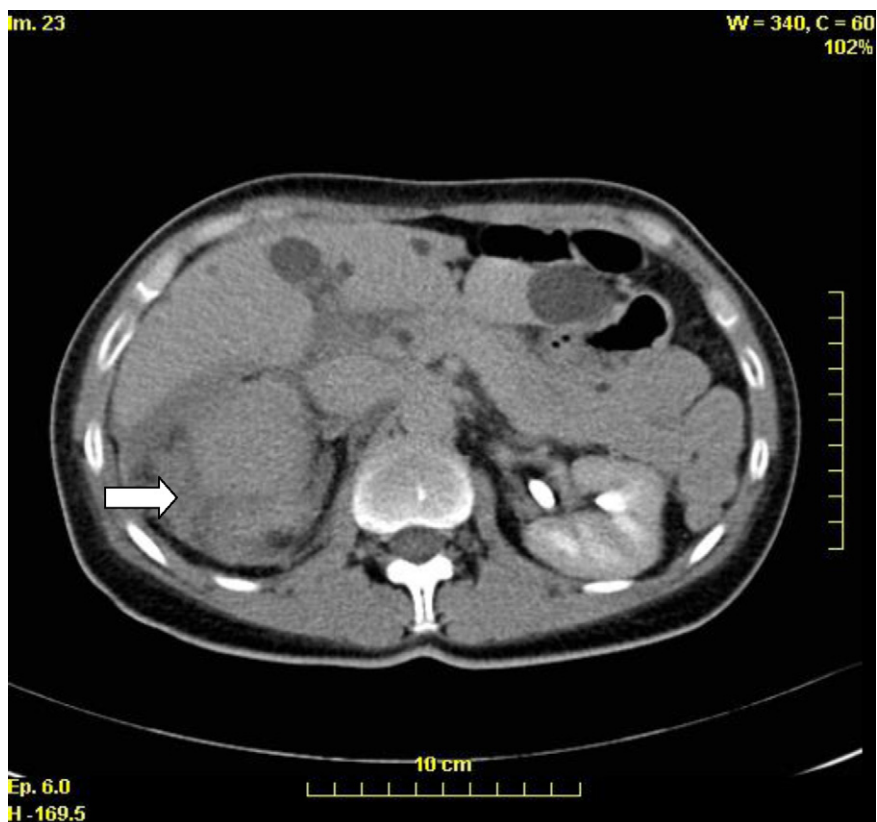


Figure 2. TDM avec injection (Mme L.) : ⇨ hématome surrénalien droit.

Tableau 1 Caractéristiques des patients.							
	Âge	Circonstances de découverte	HTA	Traitement antiagrégant	Prise en charge	Facteurs de risque associés	Contrôle morphologique à distance
M. L.A.	51 ans	Douleur hypochondre droit et hématomes. État général conservé	Oui	AINS	Surveillance	SAPL	Normal
M. G.A.	37 ans	Douleur lombaire gauche. État général conservé	Oui	Aspirine®	Surveillance	SAPL	Normal
M. H.F.	33 ans	Douleur lombaire et hypochondre gauche. État général conservé	Non	Non	Surveillance	Néant	Normal
M. U.A.	65 ans	Douleur hypochondre droit. État général conservé	Oui	Plavix®	Surveillance	Adénome non sécrétant	Adénome non sécrétant (19 mm) et myélolipome controlatéral (47 mm)
Mme L.C.	51 ans	Douleur hypochondre droit. État de choc	Non	Non	Surrénalectomie droite d'hémostase	Néant	Néant

inflammatoires chroniques de l'intestin, comme la maladie de Crohn ou la rectocolite hémorragique [4–6]. Pour autant, cette complication est restée rare, avec une fréquence d'un cas sur 1000 patients traités dans la série de Felder et al. [9].

Le traitement de référence des HSS associe antalgiques et repos. En effet, en l'absence de signes de choc hémorragique, une imagerie conventionnelle par TDM avec injection de produit de contraste guide le diagnostic et permet une surveillance adaptée; les surrénalectomies d'hémostase étant réservées aux patients ayant des signes d'abdomen chirurgical aigu [6,9]. En effet, devant des signes de déglobulisation aiguë ou d'instabilité hémodynamique, cette dernière reste le traitement de référence. Une surrénalectomie partielle pourrait être discutée dans le cadre de tumeurs endocriniennes bénignes de petite taille (moins d'un centimètre) ou d'incidentalomes à distance du diagnostic [10]. Dans le cas décrit de notre série, l'instabilité hémodynamique et la taille de l'hématome ne permettaient pas de chirurgie conservatrice (comme le confirmait d'ailleurs l'analyse anatomopathologique décrivant une surrénale laminée par l'hématome).

L'embolisation artérielle surrénalienne est cependant discutée dans la littérature sous forme de cas cliniques isolés chez des patients inopérables. Elle concerne essentiellement des cas de ruptures hémorragiques sur phéochromocytome, sur métastases surrénaliennes ou de rupture post-traumatiques. Pour autant, l'anatomie de l'artère surrénalienne est très variable, multiple et souvent grêle, rendant ce geste difficile hors des centres possédant un radiologue expérimenté en techniques endovasculaires [11–13].

La présence d'un traitement par Synacthène® ne doit pas faire négliger la réalisation d'examen complémentaires

précisant les autres étiologies potentiellement associées. Ainsi, dans notre expérience, nous avons mis en évidence deux cas de SAPL, la présence des anticorps antiphospholipides (anticardiolipines et antinucléaires) étant discutée comme facteur de risque des hématomes surrénaliens [2,8,14–17]. Aucune tumeur sécrétante n'a été isolée dans notre série, mais un cas d'adénome associé à un myéolipome controlatéral a été diagnostiqué en TDM, faisant discuter le bilan systématique hormonal surrénalien [18].

Conclusion

Les hématomes surrénaliens spontanés sont une pathologie rare, souvent idiopathiques ou de cause multifactorielle. Pour autant, le rôle favorisant du Synacthène® était très probable au vu des nombreux cas orphelins publiés. La prise en charge des patients atteints d'HSS était, si possible, une surveillance clinique, biologique et morphologique, en l'absence de signe de choc hémorragique. Le traitement attentiste a pu être rendu difficile chez les patients présentant des signes d'irritation péritonéale ou de choc hémorragique, et conduire à une surrénalectomie d'hémostase. Nous avons proposé ainsi une prise en charge résumée dans le Fig. 3. Nous avons également souligné l'importance du bilan endocrinien et immunologique systématique à la recherche d'une tumeur surrénalienne sécrétante associée, mais surtout à la recherche d'un SAPL (présent chez deux patients sur cinq dans notre série). Le suivi morphologique par TDM ou IRM devait permettre de déceler une tumeur surrénalienne sous-jacente et donc être régulièrement répété jusqu'à régression de l'hématome.

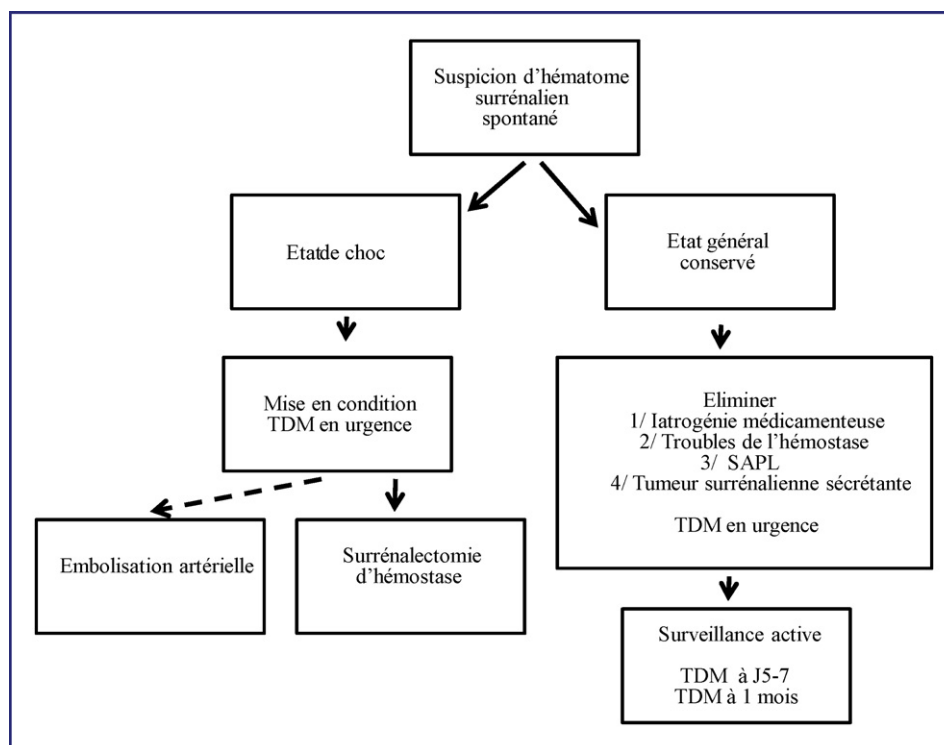


Figure 3. Organigramme décisionnel devant un HSS.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] El Khader K, El Ghorfi MH, Ouali M, Ibnattya A, Hachimi M, Lakrissa A. Hématomes spontanés des glandes surrenales. *Prog Urol* 2001;11:517–9.
- [2] Vella A, Nippoldt TD, Morris 3rd JC. Adrenal hemorrhage: a 25-year experience at the Mayo Clinic. *Mayo Clin Proc* 2001;76:161–8.
- [3] Beltran S, Makdassi R, Robert F, Remond A, Fournier A. Inaugural unilateral adrenal hematoma of an antiphospholipid syndrome. *Presse Med* 2004;33:385–8.
- [4] Kawashima A, Sandler CM, Ernst RD, Takahashi N, Roubidoux MA, Goldman SM, et al. Imaging of nontraumatic hemorrhage of the adrenal gland. *Radiographics* 1999;19:949–63.
- [5] Simpson WT. Adrenal hemorrhage during the treatment of ulceratis colitis with adrenocorticotrop hormone. *Can J Surg* 1979;22:82–3.
- [6] Marcus HI, Connon JJ, Stern HS. Bilateral adrenal hemorrhage during ACTH treatment of ulceratis colitis. Report of one case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1986;29:130–2.
- [7] Kornbluth AA, Salomon P, Sachar DB, Subramani K, Kramer A, Gray CE, et al. ACTH induced adrenal hemorrhage: a complication of therapy masquerading as an acute abdomen. *J Clin Gastroenterol* 1990;12:371–7.
- [8] McCroskey RD, Phillips A, Mott F, Williams EC. Antiphospholipid antibodies and adrenal hemorrhage. *Am J Hematol* 1991;36:60–2.
- [9] Felder J, Mendelsohn R, Koselitz B. Adrenocorticotropin induced adrenal hemorrhage. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:111–9.
- [10] Wang XJ, Shen ZJ, Zhu Y, Zhang RM, Shun FK, Shao Y, et al. Retroperitoneoscopic partial adrenalectomy for small adrenal tumours (≤ 1 cm): the Ruijin clinical experience in 88 patients. *BJU Int* 2009;14.
- [11] Tixedor N, Lesnik A, Vernhet H, Drianno N, Bousquet C, Sénac JP. Embolization treatment of a traumatic adrenal hemorrhage. *J Radiol* 1999;80:733–5.
- [12] Haouas N, Sahraoui W, Saidi R, Lefi M, Saad H. Adrenal myelolipoma. *Prog Urol* 2005;15:532–4.
- [13] Park JH, Kang KP, Lee SJ, Kim CH, Park TS, Baek HS. A case of a ruptured pheochromocytoma with an intratumoral aneurysm managed by coil embolization. *Endocr J* 2003;50:653–6.
- [14] Hoeffel C, Legmann P, Luton JP, Chapuis Y, Bonnin A. Spontaneous unilateral adrenal hematoma. 10 cases. *Presse Med* 1994;23:1023–6.
- [15] Provenzale JM, Ortel TL, Nelson RC. Adrenal hemorrhage in patients with primary antiphospholipid syndrome: imaging findings. *AJR Am Roentgenol* 1995;165:361–4.
- [16] Lê TH, Wechsler B, Piette JC, Doumith R, Bellin MF, Papo T, et al. Antiphospholipid syndrome. A new cause of bilateral hemorrhage of the adrenal glands: 4 cases. *Presse Med* 1993;22:249–54.
- [17] Brinkane AH, Ounadi-Corbille W. Spontaneous unilateral adrenal hematoma. *Ann Endocrinol* 2003;64:453–5.
- [18] Hoeffel C, Legmann P, Luton JP, Chapuis Y, Fayet-Bonnin P. Spontaneous unilateral adrenal hemorrhage: computed tomography and magnetic resonance findings in 8 cases. *J Urol* 1995;154:1647–51.