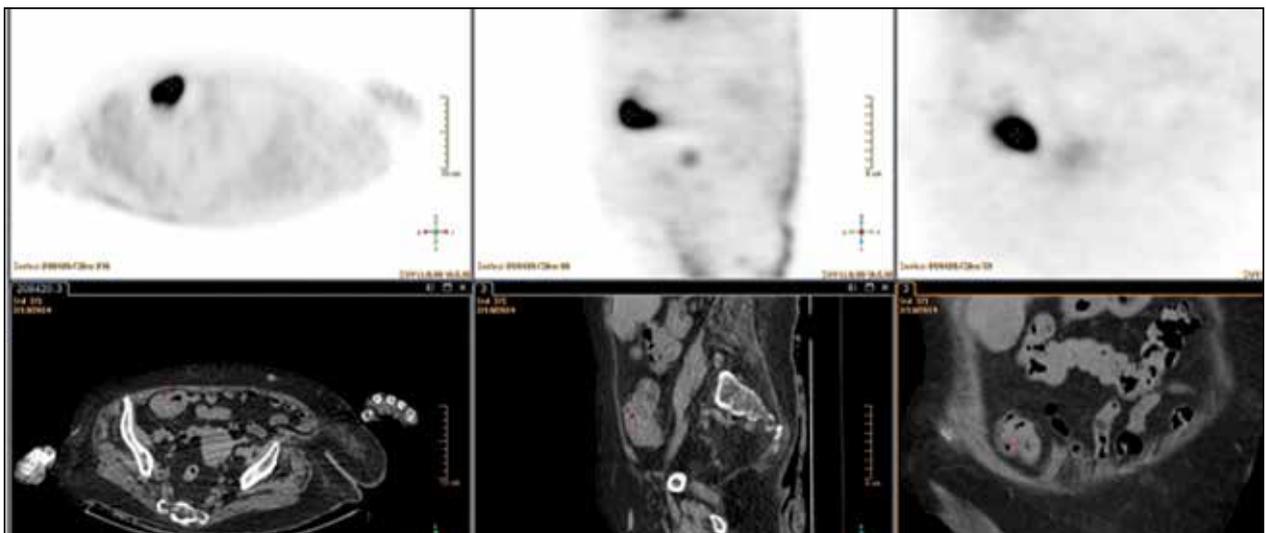


Madame S., hospitalisée pour chutes, syndrome inflammatoire et altération de l'état général

Que déduire de l'image TEP-Scanner ?

■ Madame S. est hospitalisée à la suite de chutes à répétition, syndrome inflammatoire biologique et altération de l'état général. D'après l'interrogatoire de la famille, il existe une perte d'autonomie progressive depuis 2 ans avec une perte de poids récente non quantifiée. À l'hôpital, la patiente passe plusieurs examens, dont un TEP-Scanner. Selon vous, qu'indique cette image ? (Réponse au dos).

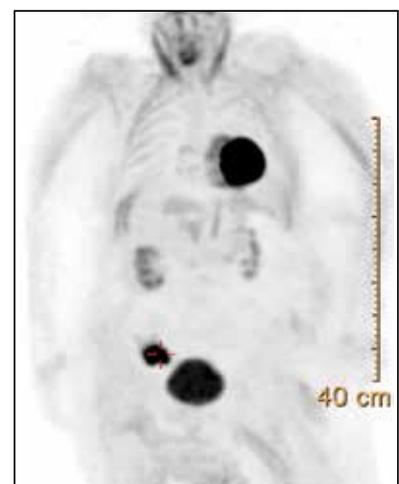
Pr Benoît de Wazières*, Dr Fannie Santoni*



La patiente vit à domicile. Les ADL sont à 1/6, IADL à 0/8. Il existe des antécédents connus de troubles cognitifs et de nodule surrénalien non exploré depuis 2007, car stable en échographie. Les examens morphologiques effectués comportent une échographie abdominale retrouvant une lésion de plus de 6 cm de la surrénale droite. Des dosages de cortisol et de l'ACTH montrent

une ACTH < 1 pg/ml, indosable, et un cortisol à 8 heures à 3 fois la normale (> 1 200 nmol/l). Les dérivés des méthanéphrines urinaires sont dans la norme. La scintigraphie des glandes surrénales à la métaiodobenzylguanidine (MIBG) ne retrouve pas d'hyperfixation, néanmoins, la taille de la lésion et son aspect hétérogène faisant suspecter un corticosurréalome, un TEP-Scanner est réalisé.

Comment analysez-vous ces images du TEP-Scanner ?



*Service de Médecine interne gériatrique, CHU Carêmeau, Nîmes

RÉPONSE

Le TEP-Scanner ne retrouve pas d'hypermétabolisme de la masse surrénalienne droite (Fig. 1), confirmant l'origine bénigne de la lésion, mais retrouve un foyer hypermétabolique cœcal très suspect (Fig. 2).

Une discussion collégiale, avec les chirurgiens viscéraux, les endocrinologues, les gériatres, et les gastro-entérologues, conclut à la nécessité de réaliser une coloscopie, suivie immédiatement après d'une chirurgie en un temps. Malgré son déficit cognitif, la patiente est encore en bon état général et l'évaluation gériatologique standardisée, réalisée dans l'unité, confirme l'opérabilité de la patiente. Celle-ci et sa famille n'y sont pas opposées.

Le temps opératoire comportera donc une coloscopie en salle d'opération confirmant une lésion bourgeonnante néoplasique avec analyse extemporanée. La chirurgie, dans le même temps anesthésique, permettra l'exérèse d'une tumeur du cœcum avec rétablissement immédiat de la continuité, exérèse de la masse surrénalienne, et biopsie hépatique, car macroscopiquement le foie semble pathologique bien que ne fixant pas en TEP-Scan.

Les examens anatomopathologiques confirmeront l'adénocarcinome du cœcum, la bénignité à type d'adénome simple de la surrénale et l'existence d'un carcinome hépatocellulaire moyennement différencié, largement nécrosé. L'adénocarcinome colique est classé T4a N0.

Malheureusement, dans les suites de l'intervention, la



Figure 1 - Masse surrénalienne droite hétérogène.

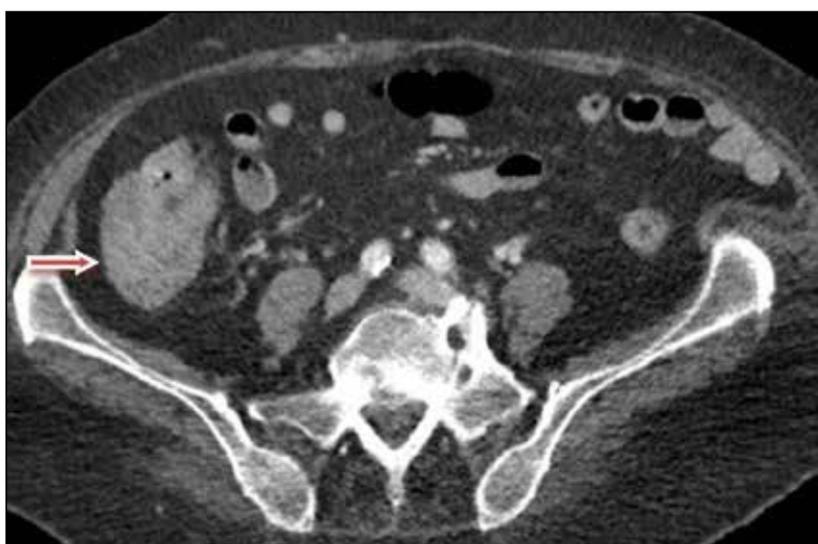


Figure 2 - Masse cœcale.

patiente présentera une pneumonie entraînant son décès.

CONCLUSIONS

Il n'est pas rare, chez un même patient, de découvrir plusieurs lésions tumorales. Le dossier de cette patiente est intéressant, car c'est le TEP-Scanner qui met en évidence le cancer du côlon qui était asymptotique et non visible, a priori, sur le cliché

scanographique. La lésion hépatique sévère et envahissante ne fixait pas au TEP-Scan. « Un train peut donc en cacher deux autres ».

Mots-clés :

TEP-Scanner, Adénome surrénalien, Adénocarcinome du cœcum, Carcinome hépatocellulaire