

Oncocytome de la surrénale : Étude de cas

Chiraz Chaari, MD,* Abdelmajid Khabir, MD,* Hela Mnif, MD,* Mohamed Abid, MD,† Mohamed Nabil Mhiri, MD,‡ Tahia Sellami Boudawara, MD*

*Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie; †Service de chirurgie générale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie; ‡Service d'urologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2011;5(5):E87-E89; DOI:10.5489/cuaj.10086

Résumé

Nous rapportons ici un nouveau cas de cette entité afin de souligner les caractéristiques anatomocliniques utiles à son identification et ceci, en vue de la distinguer des corticosurrénales, qui sont de pronostic nettement plus sombre.

Abstract

We report a case to highlight the clinicopathological characteristics to identify and distinguish adrenocortical carcinomas.

Une femme âgée de 60 ans a consulté pour des douleurs à l'abdomen et à l'hypocondre droit. L'échographie ainsi que la tomодensitométrie abdominale avaient objectivé une tumeur rétropéritonéale rétrohépatique et sous-hépatique et rétrocave mesurant 7 cm de grand axe. Cette tumeur était d'échostructure inhomogène et hypodense à la TDM, et se rehaussait de façon hétérogène après injection du produit de contraste; elle refoulait le rein en bas et la surrénale à droite (Fig. 1).

Le bilan biologique était normal; en effet, un dosage des minéralocorticoïdes et des glucocorticoïdes, des androgènes et des catécholamines a été réalisé et a produit des taux normaux. Une surrénalectomie emportant la tumeur a été réalisée. L'examen macroscopique de la pièce opératoire a montré la présence d'une tumeur mesurant 9 × 9 × 5 cm, bien limitée et encapsulée, de couleur blanc-jaunâtre et assez homogène à la coupe. On notait aussi une languette de parenchyme surrénalien dépourvue d'autres lésions visibles (Fig. 2).

L'examen histologique a révélé que la tumeur était formée par une prolifération diffuse et plus rarement, de cordons et d'amas cellulaires. Les cellules tumorales étaient de grande

taille et comportaient un cytoplasme souvent éosinophile abondant, finement granulaire; plus rarement, les cellules étaient dotées d'un cytoplasme clarifié microvésiculaire. Le noyau était parfois franchement atypique, monstrueux et pléomorphe correspondant au grade III de Führman. Les mitoses étaient rares et non atypiques (2 mitoses / 50 champs au fort grossissement). Le stroma était réduit et souvent hyalinisé avec des foyers de remaniement myxoïde et hémorragiques. La tumeur était entourée d'une capsule fibreuse épaisse et intacte. Il n'y avait aucune nécrose ni effraction capsulaire (Fig. 3). La glande surrénale résiduelle était sans autre lésion.

À l'examen immunohistochimique, les cellules tumorales exprimaient les anticorps anti-mitochondries et PS100 (Fig. 4); elles étaient irrégulièrement positives pour la synaptophysine, la chromogranine et le marqueur Melan-A, et négatives pour l'antigène carcino-embryonnaire (ACE), l'alpha-inhibine et l'antigène Ki-67. Le diagnostic retenu était celui de tumeur oncocyttaire de la surrénale. Des réserves pronostiques furent émises à cause de la grande taille de la tumeur; un score de Weiss de 2 était en faveur de la bénignité. Aucun traitement complémentaire n'a été prescrit et l'évolution est favorable avec un suivi actuel de 2 ans.

Le terme d'oncocytome a été initialement introduit par Jaffé en 1932 pour désigner des tumeurs constituées exclusivement ou quasi exclusivement de cellules oncocytaires¹. Cette définition exclut les tumeurs surrénales comportant quelques cellules oncocytaires au sein d'une prolifération compacte et/ou spongiocytaires. Ces tumeurs ont été surtout décrites au niveau de la thyroïde, du rein et des glandes salivaires; leur localisation surrénalienne est extrêmement rare². Depuis 1986, 52 cas d'oncocytome de la surrénale ont été décrits dans la littérature^{3,4}. Il s'agit d'une tumeur souvent bénigne, non fonctionnelle et de découverte fortuite à l'occasion d'un examen systématique (incidentalome). Ces tumeurs surviennent à un âge moyen de 47,6 ans avec des



Fig. ure 1. Tomodensitométrie TDM abdomino-pelvienne : Tumeur hypodense, refulant le rein en bas et la surrénale à droite.



Fig. 2. Nodule bien limité et encapsulé refulant une languette de parenchyme surrénalien.

extrêmes de 27 et 72 ans et une prédilection féminine (ratio selon le sexe : 1,75)⁵. La tumeur est souvent brunâtre, bien circonscrite et encapsulée avec des zones hémorragiques et sans envahissement des structures adjacentes; elle siège fréquemment du côté droit (2/1)⁵. Sa taille moyenne est de 8,4 cm de grand axe avec des extrêmes de 3 à 15 cm et un poids moyen de 281 g (extrêmes : 30 à 865 g).

À l'examen histologique, la tumeur était formée par la prolifération de cellules de grande taille, à cytoplasme éosinophile et granulaire abondant sans granule dense neurosécrétoire. Sa définition ultrastructurale était liée à l'accumulation anormale de mitochondries dans le cytoplasme avec disparition totale des autres organelles. La relation entre le degré d'accumulation de mitochondries et la formation de la tumeur est encore mal élucidée. L'examen immunohisto chimique montre habituellement un immunomarquage diffus et intense pour l'anticorps anti-mitochondries et fréquemment pour la vimentine et la kératine⁶. L'oncocytome surrénalien est souvent considéré comme une tumeur bénigne; cependant, son caractère bénin est encore débattu, compte tenu de certaines descriptions faisant état de métastases. En effet, un ensemble de paramètres cliniques, biochimiques et surtout histologiques prédictifs du comportement des tumeurs corticosurréaliennes ont été rapportés dans la littérature pour évaluer le potentiel évolutif de ces tumeurs. En 1989, Weiss et al. ont proposé neuf critères histologiques permettant de faire la distinction entre les tumeurs bénignes et malignes⁷. Ces critères sont représentés par le grade nucléaire de Führman, le nombre de mitoses par 50 champs au fort grossissement, la présence de mitoses atypiques et de plus de 25 % de cellules à cytoplasme clarifié ou microvésiculaire, de plus d'un tiers du volume tumoral d'architecture diffuse, d'une nécrose concernant au moins des groupes confluents de cellules, d'un envahissement des veines, des sinusoides et de la capsule tumorale. En effet, la présence d'au moins trois critères est fortement corrélée à un potentiel

malin⁸. Cette classification a été modifiée par Bisceglia et al. en 2004, tenant compte de l'activité mitotique, soit plus de 5 mitoses par 50 champs au fort grossissement, des mitoses atypiques et de l'existence d'une invasion veineuse, qui sont considérées comme des critères majeurs, les critères mineurs étant représentés par une taille tumorale supérieure à 10 cm et/ou un poids supérieur à 200 g, la présence d'une nécrose et d'une invasion capsulaire. La tumeur est ainsi considérée comme maligne en présence d'un critère majeur et à la limite de la malignité en présence d'un à quatre critères mineurs; elle est considérée comme bénigne en l'absence de tout critère majeur ou mineur³. De ce fait, Bisceglia et al. ont classé les 52 cas rapportés dans la littérature en 24 cas bénins, 12 cas de malignité limite et 16 cas malins^{3,4}.

Notre cas est considéré comme bénin selon cette dernière classification. Pour pallier les difficultés de l'analyse microscopique standard, d'autres paramètres plus objectifs permettent de différencier les tumeurs bénignes et malignes de la corticosurrénale. Parmi ceux-ci se dégage l'examen immunohisto chimique avec l'anticorps anti-Ki-67, qui est considéré comme un bon marqueur prédictif de la malignité. Son expression dans plus de 10 % des cellules tumorales est corrélée significativement avec un diagnostic de malignité. Dans notre étude de cas, ce marqueur s'est révélé négatif, constituant un argument de plus en faveur de la bénignité de cette tumeur. Quelques travaux ont montré que la protéine IGF-2 (insulin-like growth factor 2) serait plus exprimée dans les tumeurs malignes⁹. L'oncocytome surrénalien est une tumeur souvent non fonctionnelle; parmi les 52 cas rapportés dans la littérature¹⁰, seuls 8 cas étaient fonctionnels; il s'agissait d'une virilisation de survenue tardive dans trois cas, d'un syndrome de Cushing dans deux cas, d'une gynécomastie bilatérale dans deux cas et d'une pseudo-puberté dans un cas. Même si le suivi est souvent limité dans les cas rapportés (médiane : 23 mois), l'évolution habituellement bénigne des oncocytomes contraste avec celle des cortico-

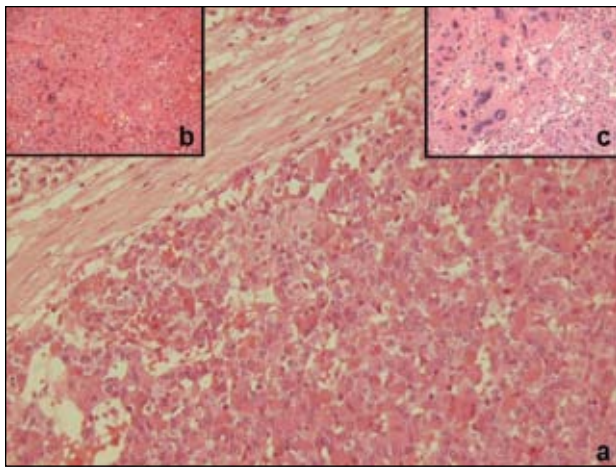


Fig. 3. a. Prolifération en massifs de cellules à cytoplasme éosinophile abondant souvent granulaire (HE $\times 200$) ; b. et c. Cellules tumorales franchement atypiques et pléomorphes avec de rares mitoses (HE $\times 400$).

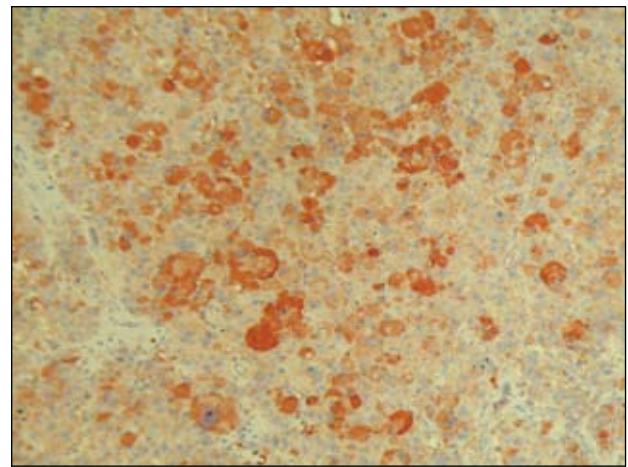


Fig. 4. Immunomarquage positif intense et diffus pour l'anticorps anti-mitochondries ($\times 400$).

surrénales; ces derniers sont caractérisés par l'apparition de récurrences locales et/ou de métastases, dans 70 % des cas. Le traitement des oncocytomes surrénaux est toujours de type chirurgical, avec une exérèse la plus complète possible. Le rôle d'un traitement adjuvant reste à déterminer. La littérature fait mention de deux cas où on a eu recours à la radiothérapie adjuvante (récidive locale, métastase pulmonaire) avec une réponse favorable; par contre, aucun cas de traitement par chimiothérapie n'a été rapporté¹¹.

Competing interests: None declared.

This paper has been peer-reviewed.

Références

1. Jaffe RH. Adenolymphoma (Oncocytoma) of parotid gland. *Amer J Cancer* 1932;16:1415-23.
2. Tallini G. Oncocytic tumours. *Virchows Arch* 1998;1:5-12.
3. Bisceglia M, Ludovico O, Di Mattia A, et al. Adrenocortical oncocytic tumors: Report of 10 cases and review of the literature. *Int J Surg Pathol* 2004;12:231-43.
4. Song SY, Park S, Kim SR, et al. Oncocytic adrenocortical carcinomas: A pathological and immunohistochemical study of four cases in comparison with conventional adrenocortical carcinomas. *Path Int* 2004;54:603-10.
5. Guang Qian X, David SP, Pamela DU. Functioning adrenocortical oncocytoma: A case report and review of the literature. *Ann Diag Pathol* 2005;9:295-7.
6. Hoang MP, Ayala AG, Albores-Saavedra J. Oncocytic adrenocortical carcinoma: a morphologic, immunohistochemical and ultrastructural study of four cases. *Mod Pathol* 2002;15:973-8.
7. Weiss LM, Medeiros LJ, Vickery AL Jr. Pathologic features of prognostic significance in adrenocortical carcinoma. *Am J Surg Pathol* 1989;13:202-6.
8. Ferlicot S, Young J, Chanson P. Tumeurs de cortico-surrénale : critères de Weiss. *Médecine clinique endocrinologie et diabète* 2005;19:31-2.
9. Aubert S, Buob D, Leroy X, et al. Le système de Weiss : un outil toujours d'actualité pour le diagnostic de malignité des tumeurs de la corticosurrénale. *Ann Pathol* 2005;25:545-54.
10. Gargah T, Kaabar N, Sayed S, et al. Adrenocortical oncocytoma: a case report and review of literature. *J Pediatr Surg* 2008;43:1-3.
11. Hellara W, Lefi M, Touffahi M, et al. Adénome surrénalien à cellules oncocytaires. *Can Urol Assoc J* 2008;2:639-41.

Correspondence: Dr. Abdelmajid Khabir, Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques, CHU Habib Bourguiba, 3029 Sfax, Tunisie; fax : 216 74 243 427; akabdelmajid@yahoo.fr