

HA MDOUCHE. S

LA PATHOLOGIE SURRENALIENNE

Chez Yacine
INESSMC
Bibliothèque Chalet
Copy Service

I-DEFINITIONS – RAPPELS :

La surrénale est constituée de deux glandes: **le cortex**, d'origine cœlomique à partir de la crête urogénitale, enrobe **la médullaire**, issue de la crête neurale.

- La glande corticale (la corticosurrénale) : son rôle dans l'adaptation aux agressions les plus diverses, aiguës ou chroniques, dites de stress. L'aldostérone, élaborée par la zone glomérulaire du cortex, contrôle le métabolisme de l'eau et des électrolytes. Le cortisol (hydrocortisone) qui agit sur le métabolisme des sucres, ainsi que les progestatifs et les androgènes sont sécrétés par le reste du cortex.
- La glande médullaire (la médulosurrénale) est très différente de la corticale, tant par ses aspects normaux que par sa pathologie. Chez l'embryon, les cellules de la crête neurale migrent pour donner naissance, entre autres formations, d'une part à la médulosurrénale d'autre part les ganglions sympathiques. Les cellules de la médulosurrénale sont appelées phéochromocytes (de phaios = brun) ou cellules chromaffines, parce qu'elles contiennent des granulations, porteuses de catécholamines, dont les polymères brunissent par oxydation, en présence de sels de chrome. La médullaire préside la synthèse de l'adrénaline et de la noradrénaline ; elle intervient donc, au premier chef, dans les réactions vasomotrices et dans la physiologie de la tension artérielle. Ses seules lésions notables sont des tumeurs.

II-MALFORMATIONS ET DEFORMATIONS :

- L'agénésie des surrénales est peu fréquente.
- L'hypoplasie du cortex fœtal est fréquente au cours de malformations encéphaliques, ou d'une hypoplasie du cortex adulte qui est à l'origine de la maladie d'Addison néonatale.
- La surrénale ectopique et le nodule cortical ectopique sont fréquents notamment à proximité des gonades.

III-DYSTROPHIES ET INFLAMMATIONS :

1) Troubles circulatoires :

La stase et l'infarctus sont peu communs. L'**hémorragie** est, de loin, la plus courante et la plus grave des lésions circulatoires surrénaliennes.

Morphologiquement: Il y a infiltration sanguine diffuse qui dissocie le cortex et la médullaire aboutissant à une dégénérescence avec nécrose cellulaire. Si l'épisode n'est pas mortel, les hématies sont lysées et les lésions s'organisent réalisant des foyers de sclérose et d'atrophie avec formation de cavités kystiques.

A l'œil nu: Il y a hypertrophie de la glande qui est tendue. La tranche de section est rougeâtre.

2) Hyperplasie :

On distingue l'hyperplasie **nodulaire** et l'hyperplasie **diffuse**. Les unes sont biologiquement sans effet. Les autres se traduisent, soit par un syndrome d'hypersécrétion ou d'insuffisance sécrétoire portant sur une seule hormone.

3) Atrophie :

L'atrophie d'inactivité peut faire suite à une suppression de la stimulation hypophysaire, dans les lésions destructrices du lobe antérieur de cette glande.

4) Surréalite :

- Surréalites non spécifiques causées par divers agents viraux, bactériens ou parasitaires, elles passent cliniquement inaperçues ou participent à l'installation d'un choc médical, infectieux ou toxi-infectieux :
- Surréalite auto-immune : elle se traduit par une raréfaction extrême des cellules du cortex surrénalien.
- Tuberculose surrénalienne : c'est une tuberculose fibrocaséuse chronique.

IV-TUMEURS :

Les tumeurs primitives, bénignes ou malignes, sont corticales ou médullaires.

AI TUMEURS CORTICOSURRENALIENNES :

I- Myélolipome :

- Microscopie : il n'est pas spécialement rare, mais reste ordinairement latent. C'est un mélange, en proportions variables, de tissu adipeux et de tissu médullaire.



- Macroscopie : la lésion apparaît comme un nodule sphérique, bien limité, de coloration jaunâtre ou rougeâtre.

2- Adénome :

- Microscopie : son architecture est typiquement endocrinienne avec des travées pleines, intriquées à un réseau de capillaires sanguin. Ses cellules sont claires ou spongiocytaires ou comparables, parfois, à celles de la glomérulée. L'anisocytose, l'anisocaryose, les atypies cellulaires sont courantes.
- Macroscopie : l'adénome surrénalien est habituellement unique, unilatérale et toujours encapsulé. Sa taille et son poids sont très variables, allant de 5 à 10 g jusqu'à 4 000 g et plus.

3- Carcinome :

- Microscopie : un polymorphisme cellulaire marqué, des noyaux géants et bizarres, des mitoses nombreuses et atypiques, des foyers d'hémorragies, de nécrose et de calcification suggèrent fortement la malignité. L'envahissement de la capsule et des veines, ainsi que les métastases à distance la confirment.
- Macroscopie : le carcinome, dit encore corticosurréalome malin, est peu fréquent. Il est plus souvent bilatéral que l'adénome ; sa taille est couramment supérieure à celle de ce dernier. En cas d'épithélioma unilatéral, la surrénale controlatérale est fréquemment atrophiée, en raison de la sécrétion hormonale très active habituelle de la tumeur.

B) TUMEURS MEDULLOSURRENALIENNES :

1- Phéochromocytome :

Ce nom est réservé à la tumeur faite de cellules chromaffines localisées à la médullosurrénale. 10 % sont malins.

- Aspects microscopiques : la tumeur comprend des cellules polymorphes, souvent polygonales et souvent volumineuses. Le cytoplasme est abondant, granuleux, basophile avec les colorations usuelles. brun après imprégnation chronique. Le noyau est volontiers atypique avec un certain degré d'anisocaryose. Les cellules se rangent en cordons, séparés par de grêles axes vasculaires. La lésion est généralement bien limitée par la capsule de la surrénale, sinon par sa propre coque fibreuse.
- Aspects macroscopiques : il s'agit d'un nodule à contours nets, mesurant de 1 à 10 cm de diamètre. On a décrit de rares néoplasmes de 1 000 à 2 000 g. La tumeur est brun ou grêlâtre, ferme, assez homogène. Quand la tumeur est grosse, des foyers d'hémorragies et nécrotiques la parsèment. Dans 10 % des cas environ, le phéochromocytome est bilatéral.

2- Sympathome embryonnaire (Neuroblastome) :

Néoplasme malin atteignant spécialement le jeune enfant de la naissance à 5 ans exceptionnel chez adolescent ou adulte,

C) TUMEURS SECONDAIRES :

La surrénale est l'organe le plus fréquemment métastasé, Les tumeurs primitives les plus fréquentes sont le sein, mélanome, poumon, rein, estomac, pancréas, ovaire et le côlon. Dans la moitié des cas les métastases sont bilatérales

V-CONSEQUENCES ANATOMOBIOCLINIQUES DE L'ATTEINTE

CORTICOSURRENALIENNE :

A) LESIONS ASYMPTOMATIQUES :

Il n'est pas rare d'observer, à la nécropsie, une hyperplasie surrénalienne diffuse ou nodulaire.

B) INSUFFISANCE CORTICOSURRENALIENNE :

Elle est aiguë ou chronique et porte généralement sur toutes les hormones corticales.

- Insuffisance aiguë : elle se manifeste dramatiquement par un état de choc brutal et profond.
- Maladie d'Addison : elle correspond à l'insuffisance chronique. Classiquement, elle détermine une asthénie avec faiblesse musculaire prédominante, une anorexie, un amaigrissement, une hypotension artérielle.

C) HYPERCORTICISME :

- Syndrome d'hyperandrogénie : il est encore nommé syndrome adrénogénital ou génitosurrénal. Il se caractérise, biologiquement, par une hypersécrétion d'androgènes.
- Syndrome d'hypercorticisme glycocorticoïde : connu sous le nom de syndrome de Cushing, il se trouve lié à une hypersécrétion de cortisol et de substances voisines.