



JAIM

ISSN 1810-4959

Journal Africain  
d'Imagerie Médicale

## FAIT CLINIQUE / CASE REPORT

## Incidentalome surrénalien révélant une tuberculose surrénalienne au scanner.

*Adrenal incidentaloma reveal adrenal tuberculosis on CT-scan.*

Abdoulaye KONE<sup>1</sup>, Youssouf KONE<sup>2</sup>, Mamoudou CAMARA<sup>1</sup>, Tamba TRAORE<sup>1</sup>, Moussa KONATE<sup>1</sup>, Mahamadou MALLE<sup>3</sup>, Amadou DOUMBIA<sup>3</sup>, Issa CISSE<sup>3</sup>, Alassane KOUMA<sup>3</sup>, Siaka SIDIBE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service d'Imagerie Médicale, CHU du Point « G », Bamako, Mali.<sup>2</sup>service de radiologie du Centre Hospitalier Jacques Boutard, France<sup>3</sup>Service d'Imagerie médicale CHME « Luxembourg », Bamako, Mali.**Mots-clés :**

Incidentalome, tuberculose surrénalienne, scanner,

**Keywords:**

Incidentaloma, adrenal tuberculosis, CT

**\*Auteur****correspondant :**Dr Abdoulaye KONE,  
Radiologue au CHU du Point « G », Mali

Mail : achok83@yahoo.fr ;

Contact : (00223) 75249868

**RÉSUMÉ**

Nous rapportons un cas de masse surrénalienne droite d'origine tuberculeuse chez un patient immunocompétent de 46 ans. Il a été adressé au service d'imagerie médicale pour bilan de douleurs lombaires droites. Le scanner abdominal avait mis en évidence une masse surrénalienne droite nécrotique associée à de multiples adénopathies profondes, une ascite de faible abondance et un épaissement diffus des feuillets péritonéaux. Le diagnostic de tuberculose surrénalienne était retenu sur la base du résultat positif à la tuberculose de la PCR des crachats. La confirmation anatomopathologique n'a pas pu être établie en raison du refus du patient. Il a bénéficié d'un traitement anti tuberculeux selon le schéma 2RHZE/4RH avec une évolution favorable et la disparition des signes fonctionnels au bout d'un mois. Un scanner de contrôle à 3 mois de traitement objectivait une nette régression des lésions particulièrement de la masse surrénalienne.

**ABSTRACT**

We report a right adrenal mass of tuberculous origin in a 46-year-old immunocompetent patient. He was referred to the medical imaging department for an assessment of right low back pain. The abdominal CT scan revealed a necrotic right adrenal mass associated with multiple deep lymphadenopathies, low abundance ascites and diffuse thickening of the peritoneal sheets. The diagnosis of adrenal tuberculosis was made on the basis of the positive tuberculosis result of the sputum PCR. Pathology confirmation could not be established due to the patient's refusal. He benefited from anti-tuberculosis treatment according to the 2RHZE / 4RH protocole with a favorable evolution and the disappearance of functional signs after one month. A follow up ct-scan after 3 months of treatment showed a clear regression of the lesions, especially of the adrenal mass.

## 1. Introduction

La tuberculose est une maladie infectieuse contagieuse provoquée par une mycobactérie du complexe tuberculosis principalement le mycobacterium tuberculosis ou bacille de Koch [1]. En 2013, 9 millions de personnes l'ont contractée et 1,5 million de personnes en sont décédées selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [1].

Au Mali [2], l'incidence de la tuberculose est élevée, elle était estimée en 2012 à 60 nouveaux cas de tuberculose toutes formes pour 100 000 habitants.

La localisation surrenalienne isolée de la tuberculose est rare et représente moins de 2% des étiologies des masses surrenaliennes [3]. A défaut d'un contexte évocateur où le diagnostic est facile, une preuve histologique est nécessaire [3].

Devant un tableau clinique et biologique souvent non spécifiques, l'imagerie en coupe aide à évoquer le diagnostic [4].

En Afrique en général et particulièrement au Mali très peu de cas de tuberculose surrenalienne a été rapporté d'où l'intérêt de notre observation. Notre objectif est de rapporter un incidentalome surrealien révélant une tuberculose surrenalienne au scanner dans le service de radiologie et d'imagerie médicale du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point « G ».

## 2. Observation

Patiente de 45 ans, fonctionnaire, résidant à Bamako, tabagique chronique sans antécédent pathologique particulier nous était adressée pour une échographie abdominale dans le cadre d'une douleur lombaire droite.

L'interrogatoire a retrouvé une notion de fièvre nocturne modérée, une asthénie physique et un amaigrissement non chiffré. L'examen physique était sans particularité.

L'échographie a révélé dans la loge surrenalienne droite une masse hétérogène faite de zones échogènes et hypoéchogènes d'allure nécrotique, aux contours polylobés, bien limitée mesurant 7,8 x 5,1 cm. Cette masse était associée à des

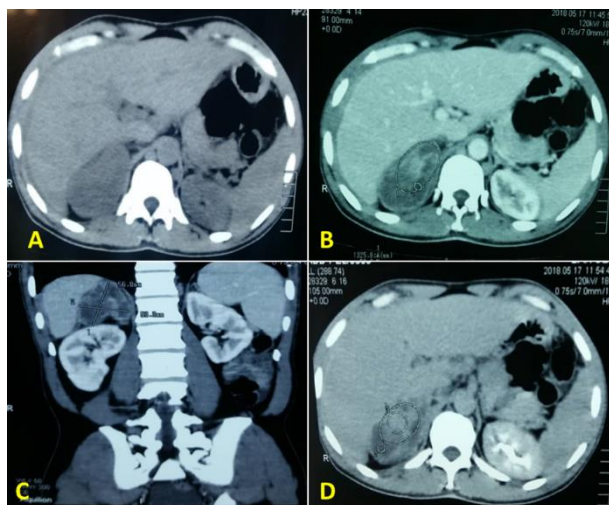
adénopathies péritonéales et retro péritonéales ainsi qu'une ascite de faible abondance.

Le scanner thoraco-abdominal réalisée en complément avec une série sans et avec injection du produit de contraste iodé *Figures 1, 2 et 3*. Elle mettait en évidence à l'étage thoracique une opacité broncho-alvéolaire apicale du lobe supérieur droit *figure 2A* et des micronodules confluents par endroits occupant la quasi-totalité du segment apical du lobe supérieur droit. A l'étage abdominal, on trouvait une masse surrenalienne droite à périphérie nécrosée de 8 cm de grand axe dont la densité spontanée est mesurée à 32 UH (*Figure 1A*), la densité au temps portal à 64 UH (*Figure 1B et C*) et la densité au temps tardif à 10 mn après l'injection de produit de contraste iodé à 52 UH (Wash out relatif et absolu sont évalués respectivement à 19% et 38%). En plus on notait plusieurs adénopathies coelio-mésentériques et retro péritonéales nécrotiques pour la plupart ; une ascite de faible abondance (*Figure 2B*) et un épaissement diffus des feuillets péritonéaux. L'hypothèse diagnostique d'une origine tumorale a été évoquée motivant ainsi la demande d'examen biologiques complémentaires.

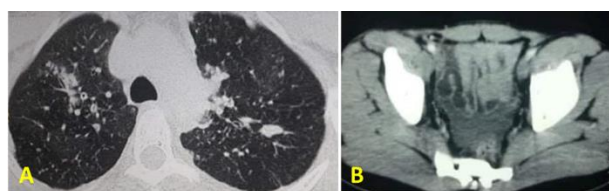
Ainsi, la numération formule sanguine (NFS) a montré une légère anémie (hématocrite à 34,8% ; un taux d'hémoglobine à 11.5 mg/dl) ; une lymphopénie à 22% ; la protéine C réactive (CRP) à 97,5 mg/l ; la réaction de polymérisation en chaîne (PCR) du BK réalisée sur le crachat ainsi que le test de Quantiféron-TB Gold in-tube étaient positifs. Le dosage de l'hormone adrénocorticotrophine (ACTH) et de la glycémie était normal. La sérologie VIH était également négative.

L'étude histologique n'a pas été réalisée puisque le patient n'a pas accepté la ponction-biopsie de même que l'exérèse chirurgicale de la masse surrenalienne. C'est dans ce contexte un traitement antituberculeux selon le schéma 2RHZE/4RH : quadruple association à dose fixe, en une prise quotidienne à jeun, de Rifampicine 150 mg (R) + Isoniazide 75 mg (H) + Pirazinamide 300mg (Z) + Ethambutol 275 mg (E) pendant les deux premiers mois suivis d'une double association à dose fixe de rifampicine 150 mg (R) + isoniazide 75 mg (Z) en prise quotidienne pour les quatre derniers mois a été instaurée.

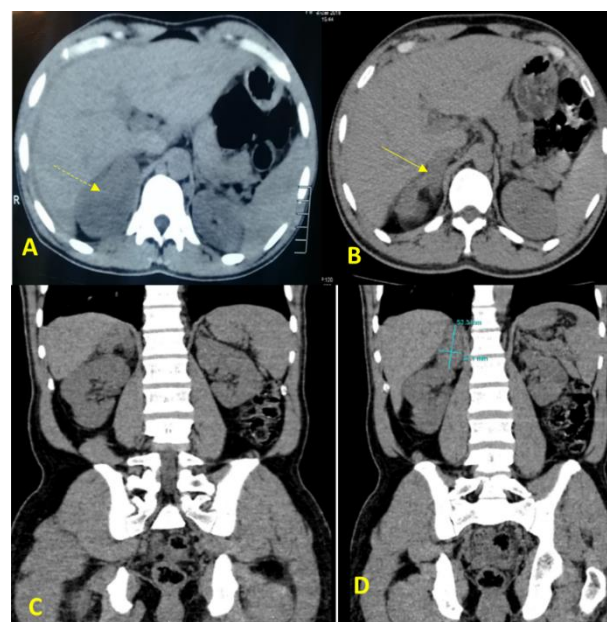
L'évolution a été favorable sous traitement. En effet les signes fonctionnels ont rapidement disparu et au scanner de contrôle à 3 mois de traitement (**Figure 3**) nous avons noté une nette régression de la masse surrénalienne, la disparition des adénopathies et de l'ascite ; ce qui nous a permis à postériori de retenir le diagnostic de tuberculose surrénalienne.



**Figure 1** : Scanner abdominal sans injection, coupe axiale montrant la masse surrénalienne droite qui refoule vers le bas le rein (A) (flèche). Scanner abdominal après injection : Coupe axiale(B), Reconstruction coronale (C) et axiale au temps tardif (D) montrant la masse surrénalienne droite hétérogène avec des zones de nécroses correspondant à l'incidentalome surrénalien d'étiologie tuberculeuse.



**Figure 2** : A. Scanner thoracique, coupe axiale en fenêtre parenchymateuse montrant une opacité broncho-alvéolaire apicale du lobe supérieur droit avec micronodules flous et épaississement réguliers des parois bronchiques. B. Scanner abdominal, coupe axiale après injection de contraste montrant une ascite dans le pelvis.



**Figure 3** : Scanner abdominal de contrôle après 3 mois de traitement antituberculeux, séries sans injection en reconstruction coronale (C, D) et coupe axiale (B) montrant une nette régression de la masse surrénale droite par rapport au scanner initial (A) confirmant le diagnostic.

### 3. Discussion

La tuberculose surrénalienne a été décrite initialement par ADDISON, d'où la dénomination « Maladie d'ADDISON » [5]. Elle est responsable d'un tableau clinique d'insuffisance surrénalienne aiguë ou chronique en cas d'atteinte bilatérale. La localisation surrénalienne se fait par diffusion hématogène [6].

Son diagnostic est généralement tardif car la symptomatologie surrénalienne apparaît quelques années après la dissémination hématogène [4].

Au scanner, la tuberculose surrénalienne on peut découvrir fortuitement à l'occasion de la mise en évidence d'une masse surrénalienne et ce d'autant qu'à la phase initiale de la maladie il existe une hypertrophie surrénalienne avant qu'apparaisse l'insuffisance hormonale [6]. Cette hypertrophie pseudo tumorale peut être unilatérale ou bilatérale [6].

Notre patient présentait une douleur lombaire droite. Dans la littérature, la tuberculose surrénalienne est souvent asymptomatique, comme en témoignent les séries d'autopsies qui rapportent une fréquence estimée entre 5 à 8% [5].

La tuberculose surrénalienne, de nos jours représente environ 20% des causes d'insuffisance surrénalienne en cas d'atteinte bilatérale [5]. Chez notre patient il n'y avait pas d'insuffisance surrénalienne car l'atteinte était unilatérale.

Chez notre patient en plus de la localisation surrénalienne, on notait des lésions ganglionnaires, péritonéales et pulmonaires. Cette atteinte multifocale de la tuberculose dans notre cas est corroborée par la littérature. En effet, la tuberculose surrénalienne isolée est rare, elle représente entre 1 à 2% des étiologies des masses surrénaliennes dites incidentalomes [7]. Autrefois, la tuberculose surrénalienne était reconnue par la présence de calcifications et d'atrophie surrénalienne [5]. Dans notre cas, les calcifications et l'atrophie n'existaient pas puisque le diagnostic a été certainement fait avant cette phase.

Chez notre patient l'examen scanographique après injection de produit de contraste iodé, avait montré un aspect hétérogène de la masse avec surtout un rehaussement de sa paroi périphérique. Ces aspects tomodensitométriques pouvaient évoquer un processus tumoral nécrotique ou un abcès [5]. Ce caractère radiologique n'est pas spécifique de la tuberculose surrénalienne car des foyers d'hypodensités centrales en rapport avec la nécrose tumorale sont rencontrés dans le cortico-surrénalome ou le phéochromocytome [5]. Devant cette difficulté diagnostique, l'apport de la biopsie sous scanner ou écho guidée est fondamental pour le diagnostic de la tuberculose surrénalienne [5]. Son intérêt serait un diagnostic rapide et précis de la tuberculose surrénalienne et par conséquent l'instauration précoce d'un traitement antituberculeux, améliorant ainsi son pronostic en évitant une insuffisance surrénalienne [5]. Chez notre patient la preuve histologie n'a pas été obtenue car ayant refusé la ponction-biopsie sous guidage radiologique. Le diagnostic a été évoqué sur la base de l'imagerie et confirmé par la biologie (PCR, Quantiféron) ainsi que l'évolution favorable sous traitement spécifique antituberculeux.

#### 4. Conclusion

La tuberculose surrénalienne dans sa forme aiguë pseudo tumorale pose un problème diagnostique avec plusieurs pathologies surrénaliennes. L'association avec des lésions pulmonaires, l'intégration des données cliniques et paracliniques en particulier l'imagerie permettent d'évoquer fortement le diagnostic. La biopsie écho ou scano-guidée est d'un grand apport pour le diagnostic positif précoce et une prise en charge rapide. En cas de forte suspicion, le diagnostic sera retenu lors de l'évolution favorable sous traitement d'épreuve antituberculeux.

#### Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

#### 5. Références

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le Monde.
2. Diabaté S, Baya B, Sanogo M, Diarra B, Toloba Y, Berthé G, M'Baye O, Tounkara S, Togo A.C.G, Kassambara H, Polis S.S.M, Traoré K, Dao S, Maiga M, Diallo S. Epidémiologie et recherche sur la tuberculose au Mali : état des lieux. *Revue Malienne d'Infectiologie et de Microbiologie* 2015 ; 6 : 2-3.
3. Bouknani N, Bentaleb D, Belgadir H, amriss O, Moussali N, Elbenna N. Tuberculose surrénalienne bilatérale à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal* 2018 ; 29 : 212-214.
4. Mallat N, Zaghouni H, Laadhari M, Limeme M, Majdoub S, Rzig Th, Amara H, Bakir D, Kraiem Ch. Aspect en imagerie de la tuberculose abdominale. *JFR* 2013 ; 86 : 6-57.
5. Sarf I, El Mejjad A, Badre L, Dakir M, Aboutaieb R, Meziane F. Une forme rare de tuberculose surrénalienne, masse surrénalienne asymptomatique. *Progrès en urologie* 2003 ; 13 : 128-130.
6. Archambeaud M.F, Catanzano G, Fressinaud C. Tuberculose surrénalienne évolutive, intérêt de la tomodensitométrie. *Rev. Med. Interne* 1988 ; 9 :137-144.
7. Wilms G.E, Baert A.L, Kint E.J, Pringot J.H, Goddeeris P.G. Computed tomographic findings in bilateral adrenal tuberculosis. *Radiology* 1983; 146 :729-73.