

# Insuffisance surrénalienne

A. Wavre<sup>a</sup>, C. Bulliard<sup>b</sup>, F. Gomez<sup>b</sup>, G. Waeber<sup>a</sup>, E. Christ<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Département de Médecine Interne,  
Centre Hospitalier  
Universitaire Vaudois (CHUV),  
Lausanne

<sup>b</sup> Division d'endocrinologie  
et métabolisme,  
Centre Hospitalier  
Universitaire Vaudois (CHUV),  
Lausanne

Correspondance:  
Dr Aurélia Wavre  
7, avenue de la Grenade  
CH-1207 Genève

[aureliawavre@hotmail.com](mailto:aureliawavre@hotmail.com)

Un patient de 51 ans, éthylo-tabagique est hospitalisé pour investigations d'un épisode lipothymique inaugural avec bouffées de chaleur. Les examens complémentaires révèlent une hyponatrémie (122 mmol/L), une hyperkaliémie (6,2 mmol/L) et une acidose métabolique (ph à 7,34). Les valeurs basales (8.00 h) du cortisol et de l'ACTH plasmatiques s'élèvent à 358 nmol/L (N:140 à 550 nmol/L) et 445 ng/L (N:10 à 60 ng/L), respectivement. Après administration d'ACTH (250 µg de Synacthen IV), le cortisol plasmatique s'élève à 354 nmol/L (N: >550 nmol/L). Le taux de DHEA-S est effondré (<0,5 µmol/L. N: 1,1–8,2).

Le cliché thoracique met en évidence une masse de 3 cm au niveau du lobe supérieur droit. Dans le bilan d'extension, le CT-scan abdominal révèle de volumineuses masses surrénaliennes bilatérales d'allure solidokystiques (fig. 1).

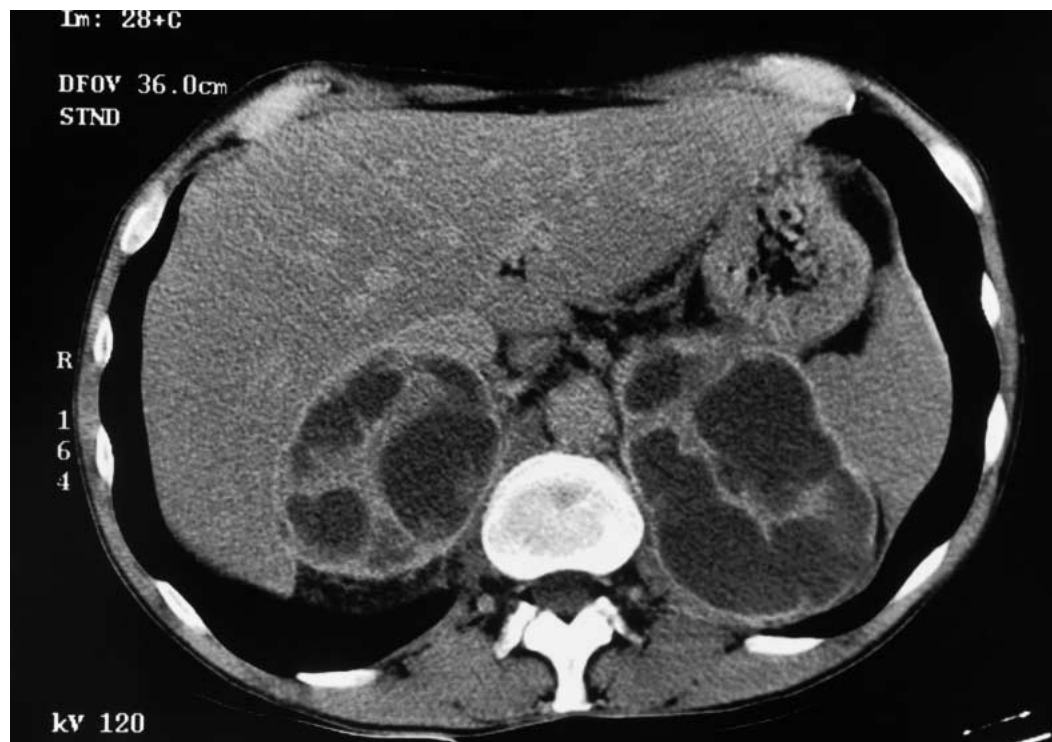
## Diagnostic

Insuffisance surrénalienne primaire dans le cadre d'une infiltration métastatique surrénalienne bilatérale par un carcinome bronchique non différencié stade T3 N0 M1.

## Commentaires

Les glandes surrénales sont un site commun de dissémination métastatique des cancers pulmonaires. Toutefois ces métastases infiltrent souvent les deux glandes, mais une destruction de plus de 90% du parenchyme glandulaire est nécessaire pour induire un dysfonctionnement endocrinien [1]. Ainsi, seules 19 à 33% des infiltrations métastatiques bilatérales sont responsables d'une insuffisance surrénalienne [2]. La substitution hormonale peut améliorer la qualité de vie des patients de manière considérable, alors qu'un traitement curatif des métastases est rarement réalisable [3].

**Figure 1.**  
Volumineuses masses  
surrénaliennes kystiques et  
solides, bilatérales.



## Références

- 1 Seidenwurm DJ, Elmer EB, Kaplan LM, Williams EK, Morris DG, Hoffman AR. Metastases to the adrenal glands and the development of Addison's disease. *Cancer* 1984;54:552-7.
- 2 Redman BG, Pazdur R, Zingas AP, Loredano R. Prospective evaluation of adrenal insufficiency in patients with adrenal metastasis. *Cancer* 1987; 60:103-7.
- 3 De Perrot M, Licker M, Robert JH, Spiliopoulos A. Long-term survival after surgical resections of bronchogenic carcinoma and adrenal metastasis. *Ann Thorac Surg* 1999;68:1084-5.