

PLACE DE LA SCINTIGRAPHIE À L' ¹³¹I-MIBG DANS LE DIAGNOSTIC DU PHÉOCHROMOCYTOME

Ghomari C.F, Tahraoui Z, Merad S, Medjahedi A

Service de Médecine Nucléaire, CHUT Damerdji - Faculté de Médecine, Université de Tlemcen.



INTRODUCTION

Le phéochromocytome est une tumeur rare de la médullosurrénale.

La scintigraphie à l' ¹³¹I-MIBG permet de confirmer le diagnostic, d'établir un bilan d'extension et de contrôler l'efficacité thérapeutique.

OBJECTIF

Etude des profils épidémiologique et scintigraphique du phéochromocytome.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, incluant les patients orientés au niveau du service de Médecine Nucléaire du CHU-Tlemcen pour une scintigraphie dans le cadre de l'exploration du phéochromocytome sur une durée de 4 ans.

Le radiopharmaceutique utilisé est l' ¹³¹I-MIBG avec une activité de 40-80 MBq, la détection se fait grâce à une gamma caméra hybride, double têtes, munies de collimateurs HEGP (High Energy General Purpose), à 48 et 72h après l'injection.

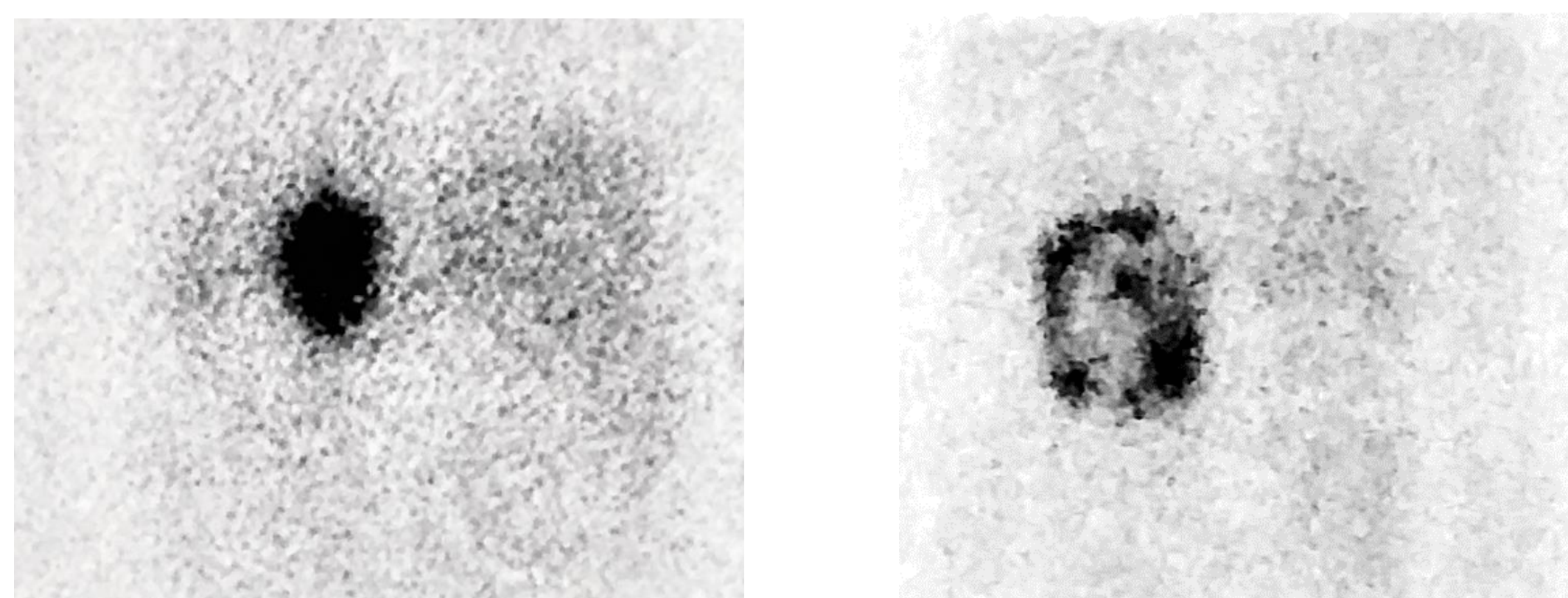


Figure 2: Aspects scintigraphiques du phéochromocytome
A gauche hyperfixation homogène . A droite aspect hétérogène.

RESULTATS

Vingt patients ont été recensés dont l'âge médian est de 43 ans [19-72 ans]. Le sexe ratio est de 0,82 (9 hommes/11 femmes).

Le mode de découverte se résume à un incidentalome dans 9 cas (45%), une hypertension artérielle résistante dans 7 cas (35%) et une triade de Ménard dans 4 cas (20%).

Les résultats de l'étude sont résumés dans la figure 1.

L'aspect scintigraphique est celui d'une hyperfixation unique retrouvé chez les 10 patients, homogène chez 7 cas et hétérogène pour les 3 cas restants correspondant à une nécrose. (figure 2)

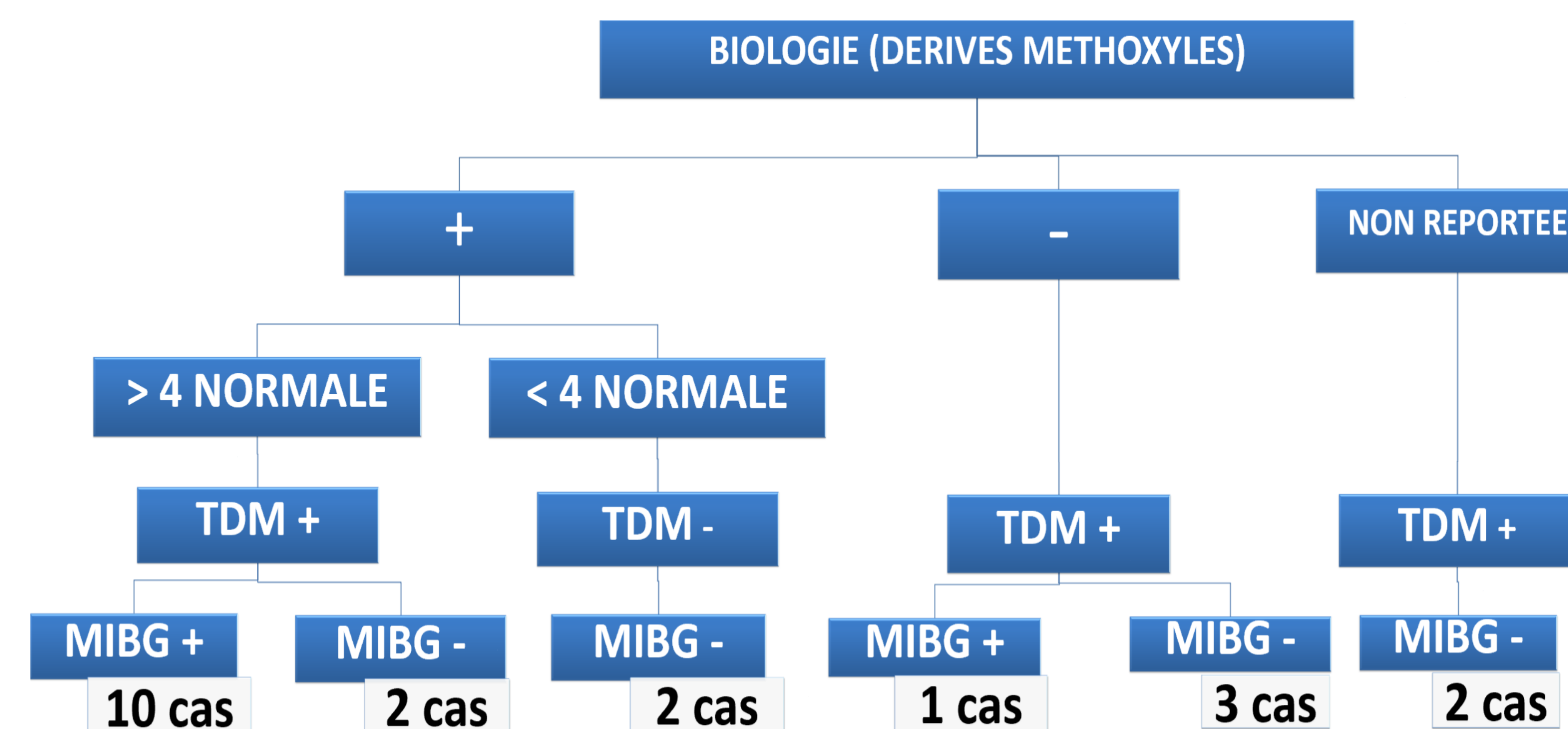


Figure 1: Algorithme des résultats de l'étude

La personne contact: Cherifazila.ghomari@univ-tlemcen.dz

DISCUSSION

La scintigraphie à l' ¹³¹I-MIBG avec sa spécificité de 100%, concorde dans la majorité des cas avec une biologie > 4 normale et une morphologie évoquant un phéochromocytome.

Elle est faussement négative, dans 15 % des cas, pour les lésions de petite taille, bilatérales, avec nécrose ou dégénérescence kystique du fait de la diminution de la sensibilité de 78 % à 50 %. (1)(2)

Un dosage biologique faiblement positif (< 4 normale) sans corrélation morphologique ou scintigraphique est faussement positif, généralement dû aux conditions de prélèvements, au type d'alimentation et à certains médicaments. (3)

Une masse surrénalienne fixant la MIBG, sans élévation des dérivés méthoxylés est due à un phéochromocytome non sécrétant confirmé sur étude anatomopathologique chez notre patient. Tandis qu'une masse surrénalienne non sécrétante et ne fixant pas la MIBG fait discuter les diagnostics différentiels du phéochromocytome: nodule surrénalien bénin ou malin.

CONCLUSION

La scintigraphie à l' ¹³¹I-MIBG est un examen primordial dans la prise en charge du phéochromocytome en complément à la biologie et à la morphologie .

REFERENCES

- (1). BRAVO, E. L. (1994). *Evolving Concepts in the Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Pheochromocytoma*. *Endocrine Reviews*, 15(3), 356–368. doi:10.1210/edrv-15-3-356
- (2) EANM GUIDELINE for radionuclide imaging of pheochromocytoma and paraganglioma 2019.
- (3) Brunaud, L., Ayav, A., Bresler, L., Klein, M., & Boissel, P. (2005). Les problèmes diagnostiques du phéochromocytome. *Annales de Chirurgie*, 130(4), 267–272.