

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — ENDOCRINOLOGIE — SURRÉNALES · PROTOCOLE EXPLORATOIRE

Réf. POSTE-SUR-EXP-INC · Version 2.0 — validée le 21/06/2026

BILAN D'UN INCIDENTALOME SURRÉNALIEN — protocole

Objet

Caractériser une masse surrénalienne de découverte fortuite : évaluer sa nature (bénigne/maligne) et son caractère sécrétant, pour décider d'une surveillance ou d'une chirurgie.

Indications

- Masse surrénalienne > 1 cm découverte fortuitement à l'imagerie (TDM/IRM/échographie).
- Tout incidentalome impose une **double évaluation** : morphologique (risque de malignité) et hormonale (sécrétion).

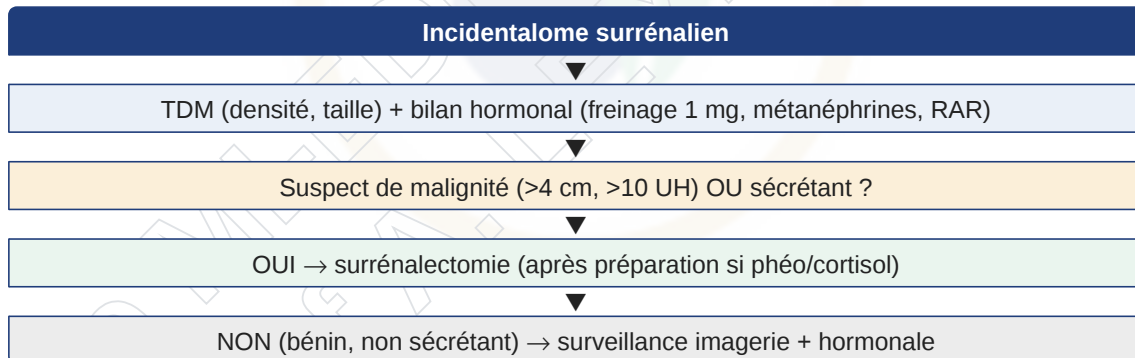
Protocole d'exploration — 1. Caractérisation morphologique

- **TDM surrénalienne sans injection** : densité spontanée < 10 UH = adénome bénin riche en lipides ; densité élevée → caractériser (wash-out, IRM en opposition de phase).
- **Critères de suspicion de malignité** : taille > 4 cm, contours irréguliers, hétérogénéité, croissance, envahissement.

Protocole d'exploration — 2. Bilan hormonal de sécrétion

- **Cortisol** : freinage minute (1 mg dexaméthasone) → recherche d'une sécrétion autonome de cortisol.
- **Phéochromocytome** : métanéphrines plasmatiques ou urinaires (systématique avant toute chirurgie).
- **Aldostérone** : rapport aldostérone/rénine si HTA et/ou hypokaliémie.
- **Stéroïdes sexuels** (SDHEA, testostérone, 17-OH-progestérone) si signes de virilisation/féminisation ou suspicion de corticosurrénalome.

Algorithme décisionnel



Conduite

- **Masse sécrétante** (cortisol, catécholamines, aldostérone, androgènes) ou **suspecte de malignité** → chirurgie (surrénalectomie), avec préparation spécifique (alpha-blocage si phéo, substitution si Cushing).
- **Adénome bénin non sécrétant** → surveillance morphologique et hormonale selon les recommandations.

Points de vigilance

- **Toujours éliminer un phéochromocytome** (métanéphrines) avant toute biopsie ou chirurgie.
- Ne pas biopsier une masse surrénalienne sans avoir éliminé un phéochromocytome et un corticosurrénalome.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Bilan minimal accessible : TDM (densité/taille), freinage minute (1 mg), métanéphrines urinaires, RAR si HTA/hypokaliémie.
- Prioriser l'exclusion d'un phéochromocytome et la recherche d'une sécrétion de cortisol ; orienter les masses suspectes/sécrétantes vers la chirurgie spécialisée (téléexpertise).