

LESIONE NODULARE DEL SURRENE: RISCONTRO SPESSO CASUALE

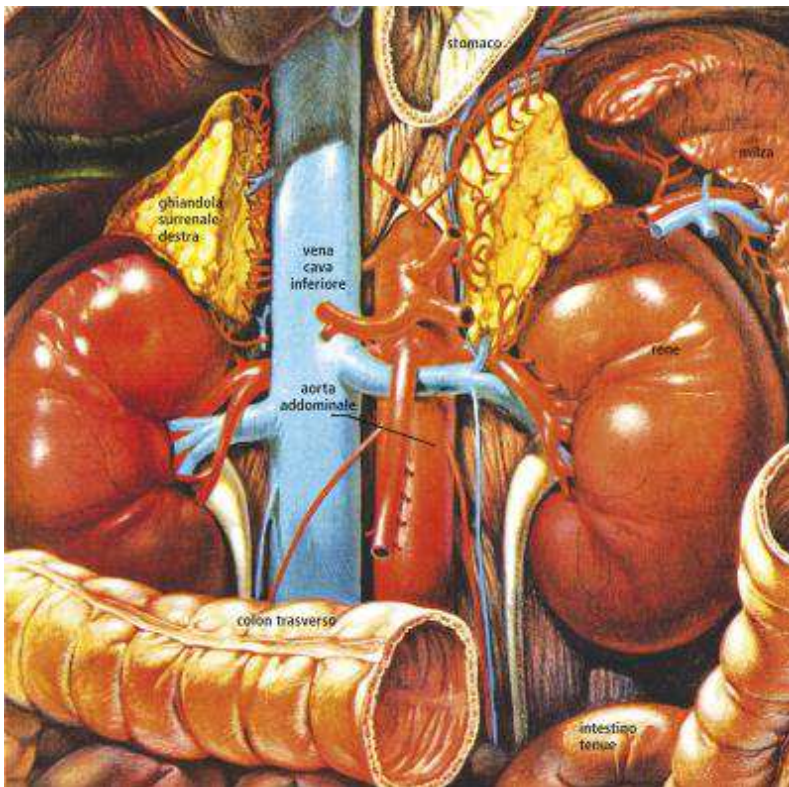
Stefano Folzani Direttore f.f. Servizio di Radiologia Ospedale di Suzzara

Lucrezia Emanuela Guerra, Luisella Orru', Massimo Mase' Dari – Servizio di Radiologia

Per incidentaloma surrenalico si intende una massa surrenalica riscontrata incidentalmente (da cui appunto il nome incidentaloma) durante procedure diagnostiche di imaging effettuate per ragioni non correlate al sospetto di una lesione surrenalica.

La sempre maggior diffusione di strumenti diagnostici quali ecografia, TAC e risonanza magnetica (RM), infatti, ha determinato un sempre più frequente riscontro di masse surrenaliche asintomatiche chiamate, per l'appunto, incidentalomi surrenalici.

L'incidentaloma surrenalico, pertanto, non va considerato come un'unica entità ma come categoria che comprende **diverse entità patologiche**, accomunate dalla medesima modalità di riscontro.



EPIDEMIOLOGIA

In letteratura scientifica la prevalenza degli incidentalomi varia seconda del tipo di studio.

Negli studi autoptici la prevalenza è del 2% circa, prevalenza che aumenta con l'aumentare dell'età senza differenze fra i sessi. Secondo studi radiologici, invece, la prevalenza varia a seconda dell'età essendo stimata pari al 4% circa nell'adulto e fino al 10% nel soggetto anziano.

Nella maggior parte dei casi (80%) di incidentaloma si tratta di una patologia benigna nota come adenoma surrenalico. A loro volta gli adenomi surrenalici possono essere differenziati a seconda che non producano ormoni in eccesso (adenomi non secernenti) o che ipersecernino ormoni (adenomi secernenti) come il

cortisolo o l'aldosterone determinando dei quadri clinici noti, rispettivamente, come sindrome di Cushing e iperaldosteronismo.

Meno frequentemente può trattarsi di feocromocitomi o di carcinomi corticosurrenali. Ancora più infrequente è il riscontro di cisti, ganglioneuromi, mielolipomi, ematomi e metastasi da tumori extrasurrenali. Nel 25% dei casi, le masse surrenaliche possono essere anche bilaterali.

Pertanto, riassumendo, gli incidentalomi possono essere costituiti da:

Adenomi (55-80%);

Feocromocitomi (7-10%);

Carcinomi (8-11%);

Mielolipomi (7-15%);

Cisti (4-22%);

Ganglioneuromi (0-8%);

Metastasi (5-7%).

PROCEDURE DIAGNOSTICHE

Le procedure diagnostiche di imaging comunemente utilizzate nella diagnosi e nel follow-up degli incidentalomi surrenalici sono le seguenti:

Ecografia

L'ecografia può essere utilizzata nella valutazione della crescita nel tempo della lesione surrenalica ma non ha alcun ruolo nel differenziare le masse benigne da quelle maligne. Presenta vantaggi come l'assenza di esposizione a radiazioni ed il suo basso costo ma l'altra faccia della medaglia è rappresentata dal fatto che l'ecografia può essere fortemente influenzata dalla presenza di meteorismo intestinale, dall'obesità e dall'esperienza dell'operatore.



TAC

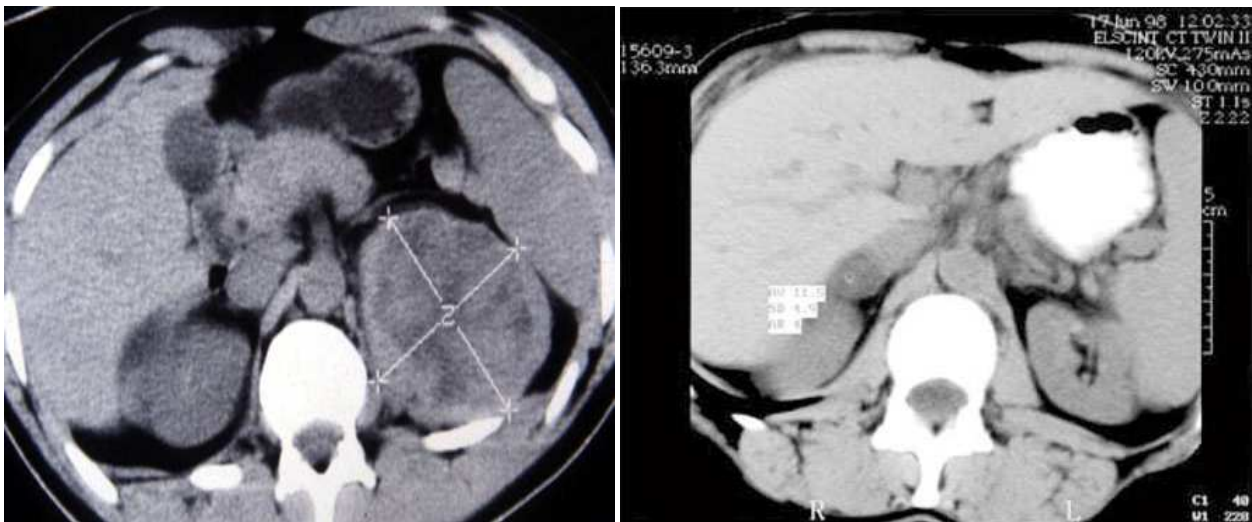
La TAC senza mezzo di contrasto è la procedura diagnostica per eccellenza ed è consigliata come prime esame diagnostico nell'incidentaloma del surrene.

Esiste una correlazione lineare fra la concentrazione di grasso e l'attenuazione che si osserva all'immagine TAC e poichè la maggior parte (70%) degli adenomi surrenalici sono particolarmente ricchi di lipidi essi appariranno come immagini TC con bassa densità. La densità è espressa in unità Hounsfield (HU).

Pertanto una densità inferiore a 10 HU permette di individuare con buona accuratezza le lesioni benigne ricche di lipidi (adenomi) e di distinguerle da quelle maligne. Nel caso di densità maggiori a 10 HU è richiesto un approfondimento diagnostico per una caratterizzazione più precisa della massa.

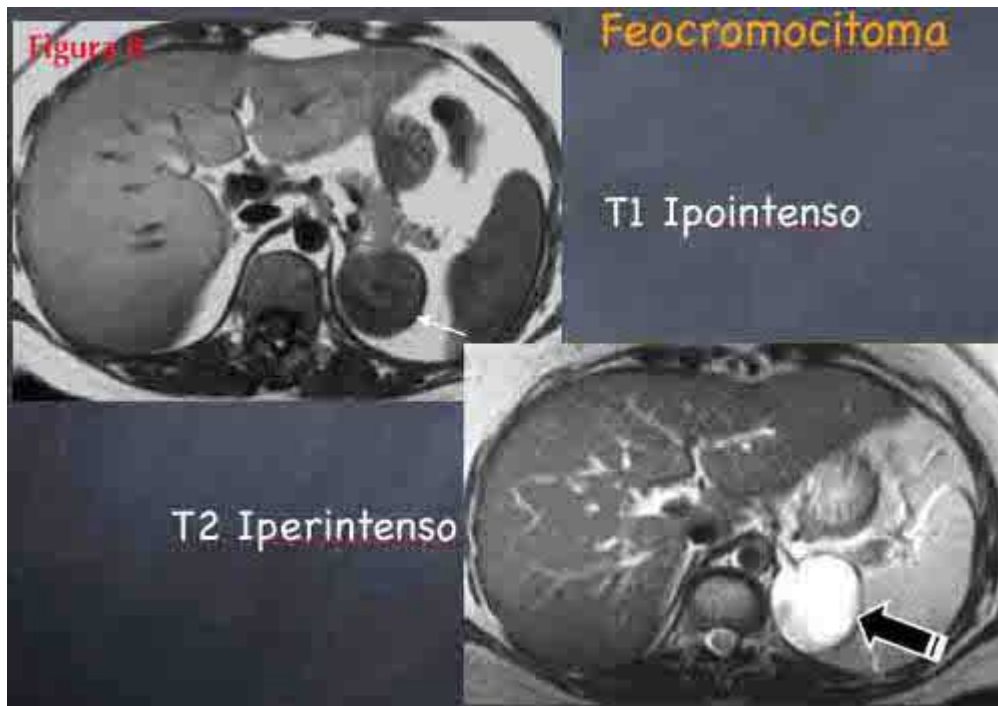
Esiste la possibilità, infatti, che degli adenomi (e quindi delle patologie benigne) abbiano un basso contenuto lipidico e presentino una densità-TAC maggiore di 10 HU. In questi casi può essere utile eseguire una TAC con mezzo di contrasto e con valutazione del washout a 10-15 minuti. Gli adenomi benigni hanno un rapido washout mentre il contrasto permane più a lungo nelle formazioni maligne. Il washout è espresso in termini percentuali assoluti (APW) o relativi (RPW) e negli adenomi benigni è superiore al 60% ed al 40%, rispettivamente.

In questo modo, anche quel 30% di adenomi benigni, ma con basso contenuto lipidico, potranno essere differenziati dalle masse maligne per il loro rapido washout.



RMN

La risonanza magnetica nucleare ha la stessa capacità diagnostica della TAC senza mezzo di contrasto nella diagnosi differenziale fra masse benigne (adenomi lipidici) e maligne. Nel caso di adenomi a basso contenuto lipidico, invece, la RMN sembra avere un potere diagnostico lievemente superiore. Trattasi, tuttavia, di un esame costoso e di non sempre facile reperibilità.



Scintigrafia

La scintigrafia con ^{131}I -6-beta-iodo-metil-norcolesterolo (NP-59) e con ^{75}Se -selen-metil-19-norcolesterolo sono utilizzate nella diagnosi differenziale delle lesioni della corteccia surrenalica.

Tuttavia, la scintigrafia ha un basso potere di risoluzione, soprattutto nelle lesioni inferiori a 2 cm, di diametro ed inoltre va considerato che alcune lesioni benigne ma di origine extra-corticale (i.e. mieloipomi) possono mostrare un pattern scintigrafico sospetto per malignità quando in realtà trattasi di patologie assolutamente benigne.

PET

La PET con ^{18}F -FDG è in grado di differenziare le masse benigne da quelle maligne utilizzando come indice il valore standardizzato di uptake (SUV) che solitamente è inferiore a 1.45-1.60 nelle formazioni benigne. L'associazione TAC/PET può offrire dei vantaggi rispetto alla sola PET anche perchè in tal modo è possibile effettuare una valutazione con mezzo di contrasto qualora sia stata effettuata solo una valutazione TAC standard senza mdc.

Pertanto anche la PET o la TAC/PET possono essere utili nella diagnosi differenziale delle lesioni radiologicamente indeterminate consentendo di evitare la chirurgia in pazienti con lesioni di non univoca interpretazione alla TAC.

Agoaspirato

L'agoaspirato della formazione surrenalica può aiutare notevolmente nella diagnosi nei casi dubbi.

Tuttavia va riservato solo a casi particolari in quanto può presentare degli effetti collaterali, può contribuire alla disseminazione di cellule neoplastiche nel caso di adenocarcinomi e non va mai eseguito se prima non si è esclusa, con certezza, la diagnosi di feocromocitoma.

VALUTAZIONE ORMONALE

Tutti i soggetti con incidentaloma surrenalico dovrebbero essere valutati per scudere un'iperproduzione ormonale, ad eccezione delle masse con aspetto radiologico chiaramente indicativo di mielolipoma o di cisti.

Va sicuramente escluso che si possa aver a che fare con un feocromocitoma, un iperaldosteronismo o una sindrome di Cushing.

Screening del feocromocitoma.

Per escludere un feocromocitoma è consigliabile dosare le metanefrine urinarie o plasmatiche, o in alternativa le catecolamine. La cromogranina A, l'acido-vanil-mandelico (VMA) o l'acido idrossi-indolo-acetico sono altri markers di potenziale utilità.

Screening dell'iperaldosteronismo primario.

Lo screening dell'iperaldosteronismo primario va effettuato in tutti i pazienti con ipertensione e/o con ipopotassemia (anche senza ipertensione). La valutazione prevede il dosaggio dell'aldosterone e dell'attività reninica plasmatica (PRA), possibilmente dopo la correzione dell'ipopotassemia e la sospensione di tutti i potenziali farmaci interferenti con la secrezione di aldosterone.

Screening della sindrome di Cushing

Per escludere un franco ipercortisolismo (sindrome di Cushing), il dosaggio del cortisolo libero urinario (UFC) è un test utile ma poco sensibile. Il test di inibizione con 1 mg di desametasone (test di Nugent) è il test di riferimento. Il valore di cortisolo plasmatico attualmente accettato per distinguere i soggetti normali da quelli ipercortisolemici affetti da Cushing è 1.8 mcg/dl.

Più complesso, invece, è individuare quelle forme di ipercortisolismo lieve che configurano la sindrome di Cushing subclinica.

STORIA NATURALE

La maggior parte delle lesioni diagnosticate come benigne all'inizio (adenomi surrenalici) rimangono stabili nel tempo. Solo una piccola percentuale (5-20%) può mostrare un aumento dimensionale nel tempo ma l'ingrandimento è solitamente limitato a 1-2 cm.

Pertanto, in linea generale, la maggior parte degli incidentalomi rimane stabile nel tempo e la presenza di ipersecrezione ormonale non è necessariamente indicativa di tendenza all'accrescimento. Molto raramente, nel caso di cisti, ematomi o pseudotumori surrenalici, è stata descritta anche una riduzione dimensionale o addirittura la scomparsa della lesione stessa. Nel complesso la possibilità che un incidentaloma surrenalico, inizialmente diagnosticato, correttamente, come benigno, sviluppi successivamente malignità è molto bassa (inferiore a 1/1000).

Il feocromocitoma può comportare una certa morbidità e mortalità se non trattato. Pertanto, l'asportazione chirurgica è il trattamento di scelta che porta alla guarigione anche se una recidiva può manifestarsi nel 17% dei casi.

I carcinomi surrenalici, invece, sono patologie maligne che mostrano una rapida crescita ed hanno una bassa percentuale di sopravvivenza a 5 anni.

TERAPIA

Le indicazioni terapeutiche sono attualmente dettate più dal pragmatismo che da evidenze derivanti da studi a lungo termine.

Tuttavia, l'asportazione chirurgica della lesione surrenalica (surrenectomia, meglio se per via laparoscopica) rappresenta la terapia di scelta per gli incidentalomi con ipersecrezione ormonale o di natura maligna.

Un atteggiamento più conservativo può essere adottato per le masse surrenaliche non secernenti di piccole dimensioni (inferiori a 3 cm), per le quali è consigliabile un primo follow-up a 6-8 mesi e poi annuale. Un'indicazione chirurgica potrà esser data nel caso di un aumento dimensionale di oltre 1 cm o nel caso dovesse svilupparsi una ipersecrezione ormonale.

La ripetizione di controlli radiologici in incidentalomi con aspetti chiaramente benigni (dimensioni < 2 cm e densità <10 HU), invece, può essere diradata nel tempo.