

Adénomes hypophysaires, quels facteurs prédictifs d'évolutivité en post opératoire?

L. Affes^a (Dr), F. Hadjkacem^a (Dr), D. Bensalah^a (Dr), M. Ammar^a (Dr), N. Charfi^a (Pr), M. Abid^a (Pr)

^a Service d'endocrinologie et diabétologie de CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

INTRODUCTION:

Si la prise en charge initiale des adénomes hypophysaires reste bien codifiée, le problème se pose en cas de récurrence tumorale ou d'exérèse incomplète.

Nous proposons de dégager les facteurs cliniques, radiologiques, histologiques et immunohistochimiques prédictifs de la récurrence et/ou la progression des adénomes hypophysaires opérés.

MATERIELS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective comprenant 40 cas d'adénomes hypophysaires (AH) colligés conjointement dans les services d'endocrinologie de CHU Hédi Chaker et d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU Habib Bourguiba de Sfax durant 12 ans.

RESULTATS :

1/Données cliniques et paracliniques

*Age moyen au moment de l'intervention: 46 ans (extrêmes:16- 76 ans)

*Sexe ratio(H/F): 0,9

*Circonstance de découverte: Syndrome tumoral hypophysaire (72,5%)

*Type d'AH: (Tableau I) → 28 cas non fonctionnels

→ 12 cas fonctionnels

Tableau I: Répartition des adénomes hypophysaires selon le type de sécrétion hormonale à la biologie

Type de sécrétion d'AH	Nombre de patients (%)
AH non fonctionnels	28 (70%)
AH fonctionnels	12 (30%)

*Taille des AH: (Figure 1)

La taille moyenne des adénomes hypophysaires était de 2,64 cm (extrêmes allant de 0,6 à 6,5 cm)

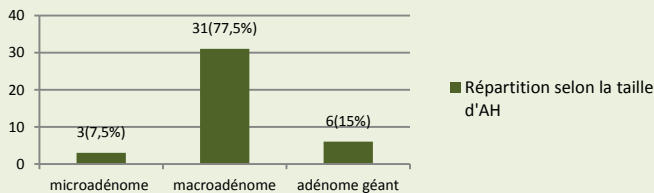


Figure 1: Répartition des AH selon la taille

*Etude immunohistochimique: (Tableau II)

→5 AH non sécrétants

→35 AH sécrétants

Parmi les 35 AH sécrétants, 23 étaient sécrétants non fonctionnels (silencieux) (tableau II).

Tableau II: Profil immunohistochimique hormonal des AH

Profil hormonal	Nombre de cas(%)
AH non sécrétant	5 (12,5%)
AH sécrétant	35 (87,5%)
PRL	12 (30%)
GH	10 (25%)
PRL+ GH*	9 (22,5%)
ACTH	3 (7,5%)
TSH	1 (2,5%)

L'expression immunohistochimique du Ki 67 était significative (>3%) dans 6 cas alors qu'elle est négative dans tous les cas pour le p53 (tableau III).

Tableau III : Répartition des AH selon l'immunomarquage par Ki-67

Ki-67 (index de prolifération)	Nombre de cas (%)
< 3%	34 cas (85%)
≥ 3%	6 cas (15%)

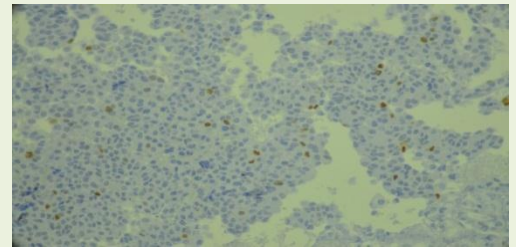


Figure 2: Immunomarquage pour Ki-67 évalué à 5% des cellules de l'AH (x 400)

2/Données évolutives

2.1.Evolution à court terme (3 mois)

L'IRM réalisée à 3 mois de l'intervention chirurgicale montrait un tissu tumoral résiduel chez 19 patients (47,5%).

2.2. Evolution à long terme: (Tableau IV)

La durée moyenne du suivi des patients étaient de 65,87 mois (24 mois à 11 ans et 8 mois).

2.2.1. Guérison

29 patients (72,5%) ne présentaient pas de signes cliniques d'évolutivité. A la biologie, les explorations hormonales étaient normales et l'IRM de contrôle ne montrait pas de signes de récurrence.

2.2.2. Récurrence et/ou progression

7 patients (17,5%) avaient présenté une récurrence et 4 patients parmi les dix-neuf (21%) ayant un résidu tumoral avaient présenté une progression. La moyenne du délai de récurrence était de 36 mois (extrêmes:6 mois- 96 mois). Aucun décès lié à l'AH n'était noté.

Tableau IV: Evolution à long terme des AH opérés

Evolution	Nombre des cas (%)
Guérison	29 (72,5%)
Récurrence	7 (17,5%)
Progression	4 (10%)
Total	40 (100%)

3. Etude analytique

Les paramètres cliniques, para cliniques, histologiques et immunohistochimiques étaient comparés avec le risque de récurrence et/ou de progression tumorale. Aucune corrélation significative n'était retrouvée.

CONCLUSION :

D'autres études incluant un nombre plus important d' AH avec une longue durée de suivi est nécessaire pour valider les paramètres décrits dans la littérature utiles pour évaluer le risque de récurrence des AH.