

Introduction

L'Insulinome est une tumeur rare du pancréas endocrine, cependant elle constitue la cause la plus fréquente d'hypoglycémies organiques, elle est responsable d'une sécrétion excessive et inadaptée d'insuline entraînant des accidents hypoglycémiques.

L'Insulinome est souvent isolé, mais dans 5 % des cas il s'inscrit dans le contexte d'une néoplasie endocrinienne multiple de type 1 (NEM1).

Observation

Il s'agit de 3 cas d'insulinomes opérés et confirmés à l'examen anatomopathologique et un cas d'insulinome probable chez un patient qui présente une NEM 1

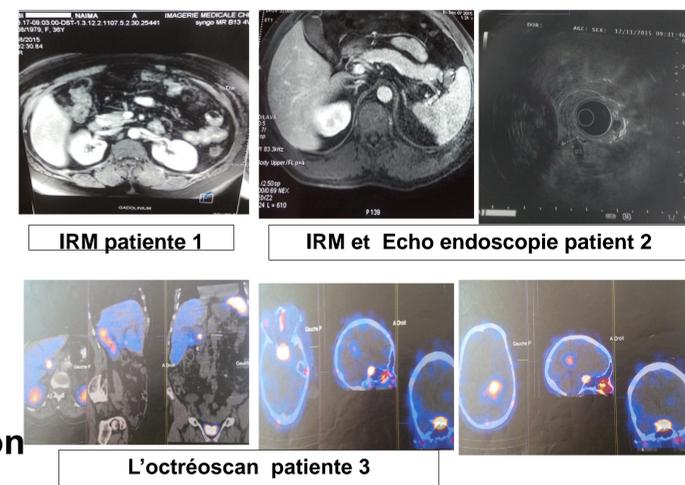
Dans les 3 cas, il existait des hypoglycémies avec insulinémies inappropriées et peptide C élevé

Patiente 1 : 46 ans, glycémie à 0,49g/l, insulinémie à 19,4 u/ml, peptide C à 4,11, l'écho endoscopie sans anomalies, TDM et IRM abdominales objectivent un nodule céphalique de 17mm

Patient 2 : 38 ans, glycémie à 0,33g/l, insulinémie à 519pmol/l, peptide C à 6,6ng/ml ; l'écho endoscopie : nodule de 12,5 mm de la jonction corporelle caudale, l'imagerie (TDM et IRM) était négative, l'étude histologique: tumeur neuroendocrine avec métastase ganglionnaire mésentérique.

Patiente 3 : 60 ans, présentant un nodule pancréatique de 12 mm, le bilan d'exploration a révélé une hyperparathyroïdie primaire, un adénome hypophysaire en faveur d'une NEM de type 1 avec un phéochromocytome. En Mai 2011, elle a bénéficié d'une parathyroïdectomie subtotale et 6 mois après une surrénalectomie gauche et une énucléation du nodule pancréatique. En 2015, elle reconseille pour récurrence d'hypoglycémies avec hyperinsulinisme et peptide C élevé. A la TDM, nodule du corps du pancréas et des ulcérations multiples, par ailleurs on notait une hypergastrénémie et un aspect de tumeurs neuroendocrines bien différenciée à la biopsie digestive, l'octréoscan a révélé des fixations multiples au niveau du bloc duodéno-pancréatique, cérébrales et hypophysaire.

Patient 4: âgé de 63 ans porteur d'une NEM 1, a présenté au cours de son suivi une hypoglycémie à 0,49g/l, l'insulinémie et peptide C sont en cours



Discussion

Dans cette observation, la patiente 1 ne présentait aucun signe clinique ou biologique évocateur d'une NEM1 et l'examen anatomopathologique est revenu en faveur d'une tumeur neuroendocrine bien différenciée G2 de la tête du pancréas. Il s'agit donc d'un insulinome isolé et bénin. L'échoendoscopie est reconnue comme examen de choix pour localiser l'insulinome, alors qu'il était négatif chez cette patiente.

Pour le patient 2, l'étude histologique a révélé la présence d'une tumeur neuroendocrine bien différenciée classée pT3N1, la présence de métastases ganglionnaires dans la graisse péripancréatique témoigne du caractère malin de l'insulinome.

Concernant la patiente 3, le diagnostic d'insulinome a été posé au même temps que les autres atteintes parathyroïdienne et hypophysaire (NEM1). En 2015, elle a présenté une récurrence de l'insulinome, avec mise en évidence d'autres atteintes (gastrinome, tumeurs cérébrales) attestant du caractère multiple des lésions.

Conclusion

L'insulinome est habituellement une tumeur bénigne, mais dans 4 à 14 % des cas, il est malin.

Le traitement de l'insulinome repose sur l'exérèse chirurgicale de la tumeur.

En cas d'insulinome malin d'autres thérapeutiques peuvent être proposées, c'est le cas de la patiente 3 qui a récidivé 4 ans après l'énucléation de l'insulinome. Elle a nécessité un traitement complémentaire par diazoxide, la sandostatine et la radiothérapie. La chimiothérapie prévue n'a pu être pratiquée, la patiente étant décédée.

References

- 1-Hirschberg B, Livi A, Bartlett DJ, et al. Forty-eight-hour fast : The diagnostic test for insulinoma. *J Clin endocrinol Metab* 2000;85:3222.
- 2- De Herder WW, Niderle B, Scoazec JY, et al. Well-differentiated pancreatic tumor/carcinoma : Insulinoma. *Neuroendocrinology* 2006;84:183-83
- 3-Chason P, Young J. *Traité d'endocrinologie*. Paris : Flammarion, 2007
- 4- Moncayo VM, Martin DR, Sarmiento JM. 111In OctreoScan SPECT-MRI fusion for the detection of a pancreatic insulinoma. *Clin Nucl Med* 2012;37:e53-6.