

# Un cas d'hyperplasie thyroïdienne simulant un macroadénome hypophysaire

M.Ammar, F.Hadj Kacem, L.Trabelsi, N.Charfi, F.Mnif, M.Abid

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

## INTRODUCTION

L'hyperplasie hypophysaire thyroïdienne secondaire à l'hypothyroïdie périphérique est une pathologie rare et sous diagnostiquée. Son principal diagnostic différentiel est l'adénome hypophysaire.

## OBSERVATION

Patient âgé de 18 ans, était adressé à notre service pour prise en charge d'un macroadénome hypophysaire mis en évidence par une IRM hypothalamo-hypophysaire demandée dans le cadre d'exploration d'un retard de croissance.

L'IRM objectivait un processus expansif intra- et supra-sellaire de 16 × 13 × 12 mm, en isosignal T1 et T2, se rehaussant intensément et de façon homogène après injection de gadolinium et venant au contact du chiasma optique sans le comprimer (Figure 1).

**A l'anamnèse:** notion d'asthénie, de ralentissement psychomoteur et de fléchissement scolaire évoluant depuis l'âge de 12 ans mais non exploré faute de moyens.

**L'examen clinique:** un poids à 40 Kg (<3ème percentiles), une taille à 1m46 (<-4 DS), une infiltration cutanéomuqueuse, une induration musculaire et une thyroïde non palpable. Le volume testiculaire était de 12 ml des 2 côtés, la verge mesurant 7cm avec présence de pilosité axillaire et pubienne (A3P3).

**Le bilan hormonal:** révélait une hypothyroïdie périphérique profonde: TSH > 100 uIU/mL avec T4 libre à 1,29 pmol/L (10,6–19,4) et une prolactinémie élevée à 47,40 ng/mL.

Les axes corticotrope, gonadotrope et somatotrope étaient normaux.

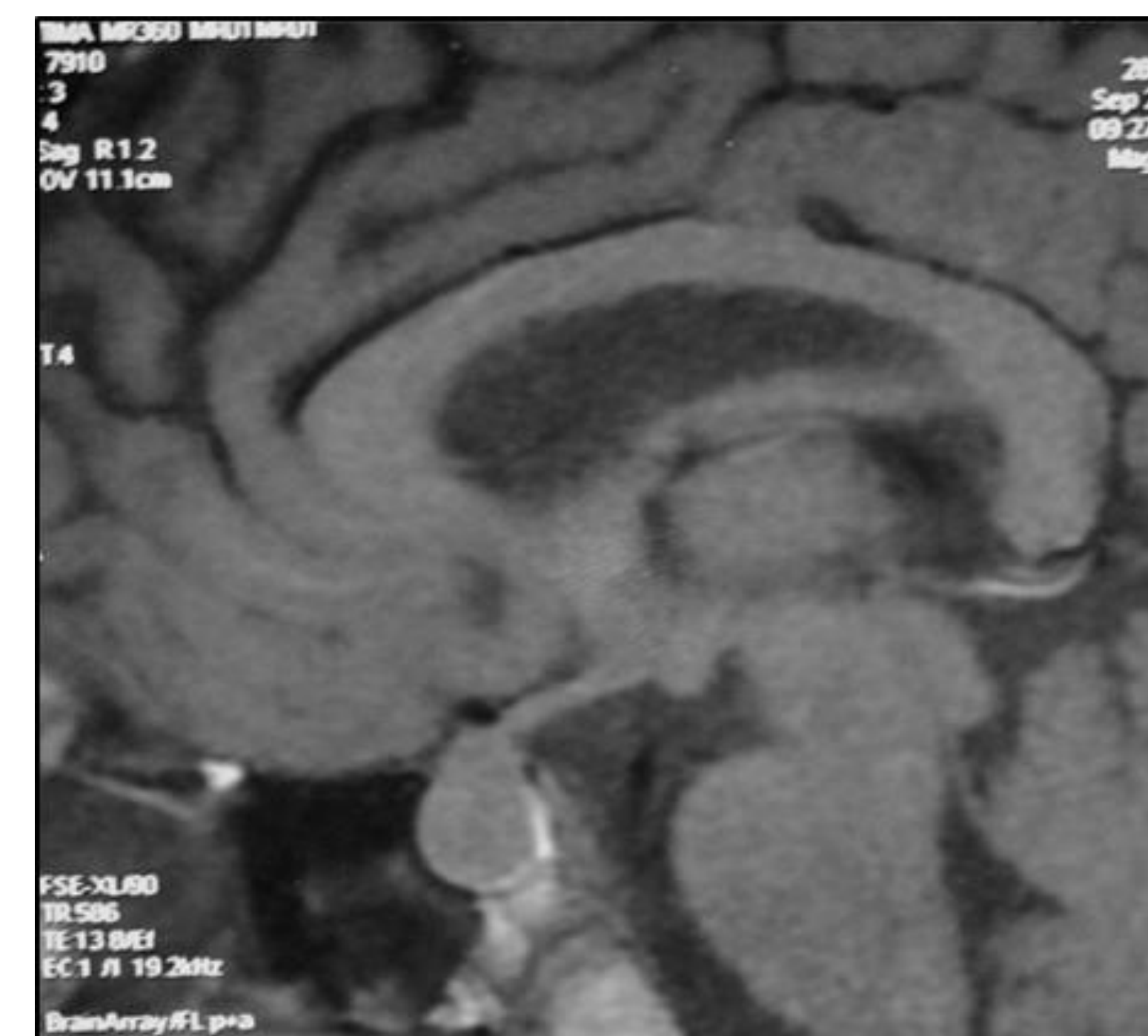
Les anticorps anti-TPO étaient positifs, attestant l'origine auto-immune de l'hypothyroïdie, en l'occurrence une thyroïdite d'Hashimoto.

**L'échographie thyroïdienne:** thyroïde en place de taille normale, hypoéchogène hétérogène.

**En se basant sur les données cliniques, biologiques et de l'imagerie:** la conclusion était celle d'une hyperplasie thyroïdienne secondaire à une hypothyroïdie périphérique ancienne et méconnue.

**La conduite:** une hormonothérapie à dose progressive était instaurée avec une dose cible à 100 µg/j soit 2,5 µg/kg/j.

**L'évolution:** rapidement favorable sous L.thyroxine avec normalisation de la TSH ainsi que de la prolactinémie. L'IRM de contrôle, faite un an après, a montré une disparition de la masse hypophysaire avec une selle turcique partiellement vide (Figure 2).



**Figure 1:** IRM hypophysaire initiale en coupe sagittale séquence T1 montrant une hypophyse globuleuse hypertrophique.



**Figure 2:** IRM hypophysaire après traitement substitutif en coupe sagittale séquence T1 objectivant une régression totale de la masse hypophysaire avec une hypophyse d'aspect atrophique.

## DISCUSSION

- ❑ L'hyperplasie hypophysaire secondaire à l'hypothyroïdie périphérique est une augmentation de la taille de l'hypophyse suite à l'hyperplasie des cellules thyroïdiques.
- ❑ Elle résulte de la surproduction de la thyrotropin releasing hormone (TRH) par perte du feedback négatif exercé par les hormones thyroïdiennes.
- ❑ Dans les hypothyroïdies périphériques anciennes, l'incidence de l'hyperplasie thyroïdienne varie de 25 % à 81 % et est plus élevée, de 70 % si la TSH est  $\geq 50$  mUI/mL.
- ❑ Une hyperprolactinémie légère à modérée peut être rencontrée chez 75 % des patients, tel était le cas de notre patient.
- ❑ Malgré les progrès récents de l'imagerie, l'aspect radiologique de l'hyperplasie thyroïdienne due à l'hypothyroïdie périphérique ne peut être facilement distingué de l'adénome hypophysaire.
- ❑ L'interprétation d'une masse hypophysaire sans analyse du statut endocrinien clinico-biologique peut conduire à une chirurgie inutile avec d'éventuelles complications irréversibles.
- ❑ La substitution en hormones thyroïdiennes permet une diminution de la taille de la glande hypophysaire dans 85 % des cas.
- ❑ Dans notre cas, le traitement substitutif a permis la normalisation de la TSH et la régression complète de la masse hypophysaire.

## CONCLUSION

La découverte d'une masse tumorale hypophysaire ne doit pas déclencher un réflexe chirurgical sans un minimum d'analyse du dossier comme le montre cette observation.