

S.El Khadir; H.MARHARI; H.SALH ; H, El Ouahabi.

Service d'Endocrinologie-Diabétologie et Nutrition. CHU Hassan II. Fès. Maroc

## INTRODUCTION

Le diagnostic d'une grossesse chez une patiente présentant un adénome hypophysaire sécrétant ou non sécrétant est une éventualité plus ou moins rare en pratique clinique. La survenue d'une grossesse impose d'envisager : les conséquences de la grossesse sur l'histoire naturelle de l'adénome hypophysaire, les risques pour la mère et le fœtus, l'adaptation thérapeutique du fait de la grossesse.

## MATERIELS ET METHODES

Nous allons rapporter des observations de 4 patientes qui ont été hospitalisées dans notre formation pour la prise en charge d'un adénome hypophysaire au cours de la grossesse

## OBSERVATIONS

### Observation 1 :

Femme de 38 ans, suivie pour un adénome somatotrope de 21 mm sans retentissement endocrinien ou endocrânien, pour lequel elle a été opérée. L'évaluation post-opératoire à 3 mois a objectivé un taux d'IGF1 à 3 fois la normale. La patiente est tombée enceinte, actuellement à 6 SA. La grossesse est marquée par la découverte d'un diabète gestationnel sur une GAJ élevée traité par mesures hygiéno-diététiques seules.

### Observation 2 :

Patiente âgée de 34 ans, suivie pour un macro adénome à prolactine sous traitement (cabergoline : 0.5 mg/sem). L'évolution a été marquée par la régularisation du cycle menstruel et la survenue d'une grossesse. A la 20<sup>ème</sup> SA, la patiente a présentée une apoplexie hypophysaire dont l'attitude thérapeutique avait consisté sur la mise en route de la Bromocriptine avec une nette amélioration clinique. Une césarienne à 35 SA a été réalisé devant une souffrance fœtale aigue donnant naissance à un nouveau né de sexe masculin. Au cours du suivi, la patiente est tombée enceinte pour une deuxième fois et elle a été remise sous bromocriptine avec une bonne évolution clinique.

### Observation 3 :

Un macro-prolactinome de 11 \* 9 \* 10 mm a été diagnostiqué chez une patiente de 33 ans devant des galactorrhées, une aménorrhée secondaire et un syndrome tumoral hypophysaire. Elle a été traitée par la cabergoline à dose de 0.5 mg/semaine, ce qui a permis une réduction de la taille tumorale et normalisation des cycles menstruels. L'évolution a été marquée par la survenue d'une grossesse, ce qui a imposé l'arrêt de la cabergoline. Actuellement la patiente est sous surveillance clinique et biologique.

### Observation 4 :

Patiente âgée de 34 ans, G4P3, suivie depuis 6 ans pour un macro-adénome hypophysaire non sécrétant avec comme retentissement endocrinien un diabète insipide central et une insuffisance corticotrope. L'évolution a été marquée par la survenue d'une grossesse qui s'est déroulée sans incidents et une césarienne prophylactique a été recommandée donnant naissance à un nouveau-né de sexe féminin.

## DISCUSSION

La grossesse est associée à des modifications anatomopathologiques, morphologiques et hormonales, qu'il importe de connaître afin d'interpréter correctement les bilans hypophysaires (cliniques et biologiques) réalisés pendant cette période. L'association adénome hypophysaire et grossesse pose le problème du retentissement de la grossesse sur l'évolutivité de la lésion et l'adaptation du traitement d'un éventuel déficit hypophysaire [1].

Les prolactinomes représentent la situation clinique la plus fréquente. Le plus souvent, ils sont diagnostiqués avant la grossesse. Le risque d'augmentation du volume de l'adénome au cours de la grossesse est fonction de la taille initiale de la lésion et des traitements antérieurs. L'augmentation de volume peut être progressive, par croissance tumorale ou plus aiguë par remaniements nécrotico-hémorragiques. L'évolution des macro adénomes est différente. Les risques de complications sont évalués selon les séries de 15 à 35 % [2]. La plupart des études décrivent une relative croissance de la tumeur pendant la grossesse, mais peu de patientes deviennent symptomatiques. L'apparition d'un syndrome tumoral clinique ou l'élévation du taux de PRL à plus de 250 ng/ml, doit faire réaliser une IRM. En cas d'évolution tumorale, le traitement médicale doit être restauré. Dans les cas d'évolution favorable, sans troubles visuels, la surveillance clinique est poursuivie. Par contre, dans les cas de macro adénome, la décision doit être prise cas par cas en fonction de la taille et le retentissement de la masse sur la voie optique et la sensibilité au traitement médical. La même attitude que celle adoptée pour les micro adénomes peut être proposée dans les cas de macro adénomes intra ou infra-sellaires.

Les tumeurs à GH et non-fonctionnelles , peuvent présenter une augmentation du volume lésionnel réel mais non chiffrable. En pratique, en cas d'adénome somatotrope, il est recommandé d'interrompre le traitement par analogues de la somatostatine compte tenu des risques d'évolutivité de l'acromégalie. Dans tous les cas, les auteurs proposent une intervention avant ou précocement pendant la grossesse une surveillance rapprochée [3].

Les grossesses chez les patientes présentant un adénome hypophysaire à ACTH responsable d'une maladie de Cushing sont rares, et moins de 25 observations ont été rapportées [4]. Les complications maternelles sont surtout l'HTA dans 60 à 75 % des cas, le diabète gestationnel dans 25 % des cas, une éclampsie dans 10 %, exceptionnellement un décès. Les complications fœtales sont présentes dans 25 à 40 % des cas (fausse couche spontanée, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin). Les complications maternofoetales dépendent de la sévérité de l'hypercorticisme, du stade de développement de la grossesse et de l'efficacité du traitement. Le traitement de l'hypercorticisme diminue les complications maternofoetales. Il doit être adapté à la sévérité de l'hypercorticisme et au stade de développement de la grossesse.

Seules quatre grossesses ont été rapportées chez des patientes présentant un adénome à « thyroid stimulating hormone » [5]. À noter que le traitement par les analogues de la somatostatine peut contrôler à la fois la thyrotoxicose TSH-dépendante et le volume tumoral. Dans la littérature, quatre grossesses ont été rapportées [6] : un cas de macroadénome avec augmentation du volume adénomateux et atteinte chiasmatique, deux cas de reliquats postchirurgicaux de macroadénomes stables et un cas de microadénome stable.

## CONCLUSION

Les affections hypophysaires tumorales peuvent être présentes chez une femme enceinte ou au décours de l'accouchement. Leur prise en charge nécessite une collaboration étroite entre les gynécologues, les obstétriciens, les endocrinologues et parfois les neurochirurgiens.

## REFERENCES

- 1 – Journal de radiologie - Vol. 83 - N° 3 - p. 329-335 - Adénomes hypophysaires et grossesse : considérations Morphologiques en IRM - EM|consulte
- 2 – Molitch M E. Pituitary Diseases in Pregnancy. Seminars in perinatology 1998;22:6:457-70
- 3- Jan M, Destrieux C. Pathologie Hypophysaire et Grossesse. Neurochirurgie 2000;46:2:88-94.
- 4- Buescher M. Cushing's syndrome in pregnancy. Endocrinologist 1996; 6:357-61.
- 5- Blackhurst G, Strachan WM, Collie D, Gregor A, Statham PF, Secki JE. The treatment of a thyrotropin-secreting pituitary macroadenoma with octreotide in twin pregnancy. Clin Endocrinol (Oxf) 2002;56:401-4.
- 6- Djerassi A, Coutifaris A, West VA, Asa SL, Kapoor SC, Pavlou SN, et al. Gonadotroph adenoma in a premenopausal woman secreting follicle-stimulating hormone and causing ovarian hyperstimulation. J Clin Endocrinol Metab 1995;80:591-4.

Pas de conflits d'intérêts.