

Adénome somatotrope silencieux : à propos d'un cas.

S. Askaoui, G. El Mghari, H. Rais, N. El Ansari

Service d'Endocrinologie Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition

Université Cadi Ayyad. CHU Mohamed VI. Marrakech. Maroc

Introduction

Les adénomes somatotropes silencieux correspondent à une entité rare.

Leur diagnostic se base sur un dépistage par le dosage systématique de GH/HGPO et l'IGF1, ou l'étude immuno-histochimique en absence de signe clinique d'acromégalie.

Difficultés diagnostic et défis thérapeutique.

Observation

- Patiente de 31 ans, sans ATCD pathologique
 - Consultant pour une aménorrhée secondaire en 2013.
 - anamnèse : céphalées frontales+ galactorrhée avec aménorrhée secondaire depuis 1 an.
 - Examen clinique: pas de syndrome dysmorphique, galactorrhée multipore.
 - Hypophysogramme: insuffisance thyroïdienne et corticotrope, avec prolactine à 153ng/ml. **L'axe somatotrope n'a pas été exploré.**
 - IRM hypophysaire(07/15): macro-adénome hypophysaire de 18*13*16 mm, invasif.
 - Champs visuel: anomalies.
 - Traité comme prolactinome pendant 1 an, avec substitution du déficit thyroïdienne et corticotrope.
 - Evolution: Persistance des deux déficits, prolactinémie de contrôle à 0, 22ng/ml, augmentation (de 17%) du volume tumoral à l'IRM . La patiente a développé une valvulopathie sous cabergoline d'où l'indication opératoire
- L'analyse immuno-histochimique est revenue en faveur d'un adénome somatotrope typique (Ki 67 < 3 %, P53 non faite), l'analyse d'expression des récepteurs de la somatostatine (SST2 et SST5) n'a pas été réalisée IGF1 à 131ug/l (112-300).

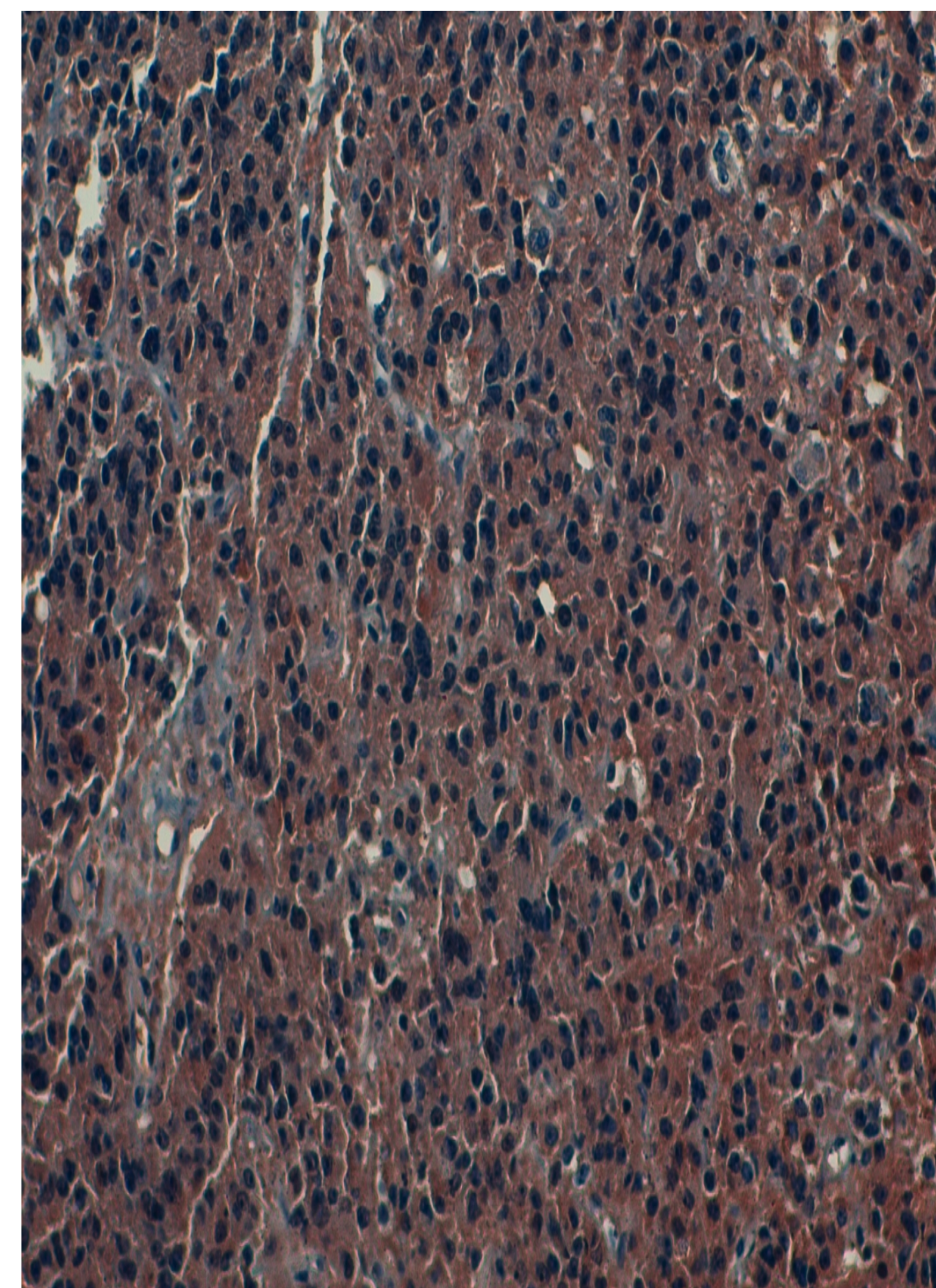


Figure 1: immuno-marquage positif de l'Ac anti GH seul.

Discussion

Les adénomes somatotrope sont souvent identifiés du fait des conséquences cliniques (dysmorphie).

Cas ponctuels d'adénomes infra-cliniques ont été décrits dans la littérature,[3] où, seul l'examen anatomopathologique révèle un immuno-marquage positif pour la GH: Somatotrope, cortico-somatotrope et somato-thyréotrope. Leur fréquence est mal étudiée:

❑ En absence d'IHC : on conclut à un adénome non fonctionnel

❖ Pas d'IGF1 dans le suivi ; Pas de diagnostic de cette évolution maladie en post-op; Retard diagnostique : dysmorphie + complications

-Intérêt des dosages de GH/HGPO et d'IGF-1,
-Analyse immuno-histopathologique complète et de l'expression des récepteurs de la somatostatine, l'évaluation de la prolifération (nombre de mitoses, l'index Ki-67 et l'expression de la p53).

Traitement:Chirurgie.

Analogues de la somatostatine.

En cas de signe d'agressivité : temozolamide, radiothérapie.

Conclusion

Adénome somatotrope silencieux: entité distincte vis-à-vis des cas habituels d'acromégalie? début de la maladie? Ou aspect bénin de la maladie?

➤ Réalisation systématique de l'immunohistochimie et de la GH/HGPO associée à l'IGF1 en préopératoire afin d' Assurer une surveillance adaptée.