

# Hyperplasie hypophysaire simulant un macroadénome : entité à ne pas méconnaître

Moata H, El Mghari G, El Ansari N

Service d'Endocrinologie Diabétologie, Maladies Métaboliques et Nutrition

Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayyad. CHU Mohamed VI. Marrakech. Maroc

## Introduction

- L'hyperplasie hypophysaire est une prolifération non néoplasique d'au moins une lignée hypophysaire, secondaire souvent à un déficit prolongé d'une glande cible.
- Son principal diagnostique différentiel est l'adénome hypophysaire.
- La lignée thyrotrope peut être touchée au décours d'une hypothyroïdie périphérique trainante.
- Nous en rapportons 2 observations.

## OBSERVATION 1

- Femme de 25 ans, adressée pour avis endocrinologique devant un adénome hypophysaire programmé pour intervention neurochirurgicale.
- Une IRM réalisée devant une galactorrhée a en effet mis en évidence une volumineuse tumeur hypophysaire.
- **La symptomatologie**: céphalées matinales, constipation, prise de poids de 10kg
- **L'examen clinique**: La thyroïde est hétérogène
- **A l'IRM**: volumineuse tumeur hypophysaire.
- **Les dosages hormonaux**:
  - Hypothyroïdie périphérique profonde : TSH > 100 mUI/L
  - Hyperprolactinémie modérée.
- **Prise en charge**: Hormonothérapie à dose progressive.
- **Evolution**: amélioration spectaculaire de l'état clinique (avec perte de 10 kg de poids).
- **L'IRM de contrôle** (3 mois après): régression complète de la masse hypophysaire avec restitution ad integrum.

## OBSERVATION 2

- M.A.A., âgé de 17 ans,
- **Motif d'hospitalisation**: Obésité, cassure de la courbe staturale, difficultés scolaires, céphalées intermittentes, sans vomissement ni BAV.
- **A l'examen clinique**:
  - Retard statural:
  - Excès pondéral:
- **Au bilan thyroïdien**: TSHus > 60 mUI/ml, T4I < 1 pmol/l.
- **Echographie cervicale**: thyroïde atrophique hétérogène
- **La TDM cérébrale**, réalisée à deux reprises, objective un aspect en faveur d'un adénome hypophysaire.
- **Une hormonothérapie substitutive** a été instaurée entraînant une amélioration clinique
- **IRM hypothalamo-hypophysaire**, réalisée 3 mois après avait montré une régression complète des masses hypophysaires.

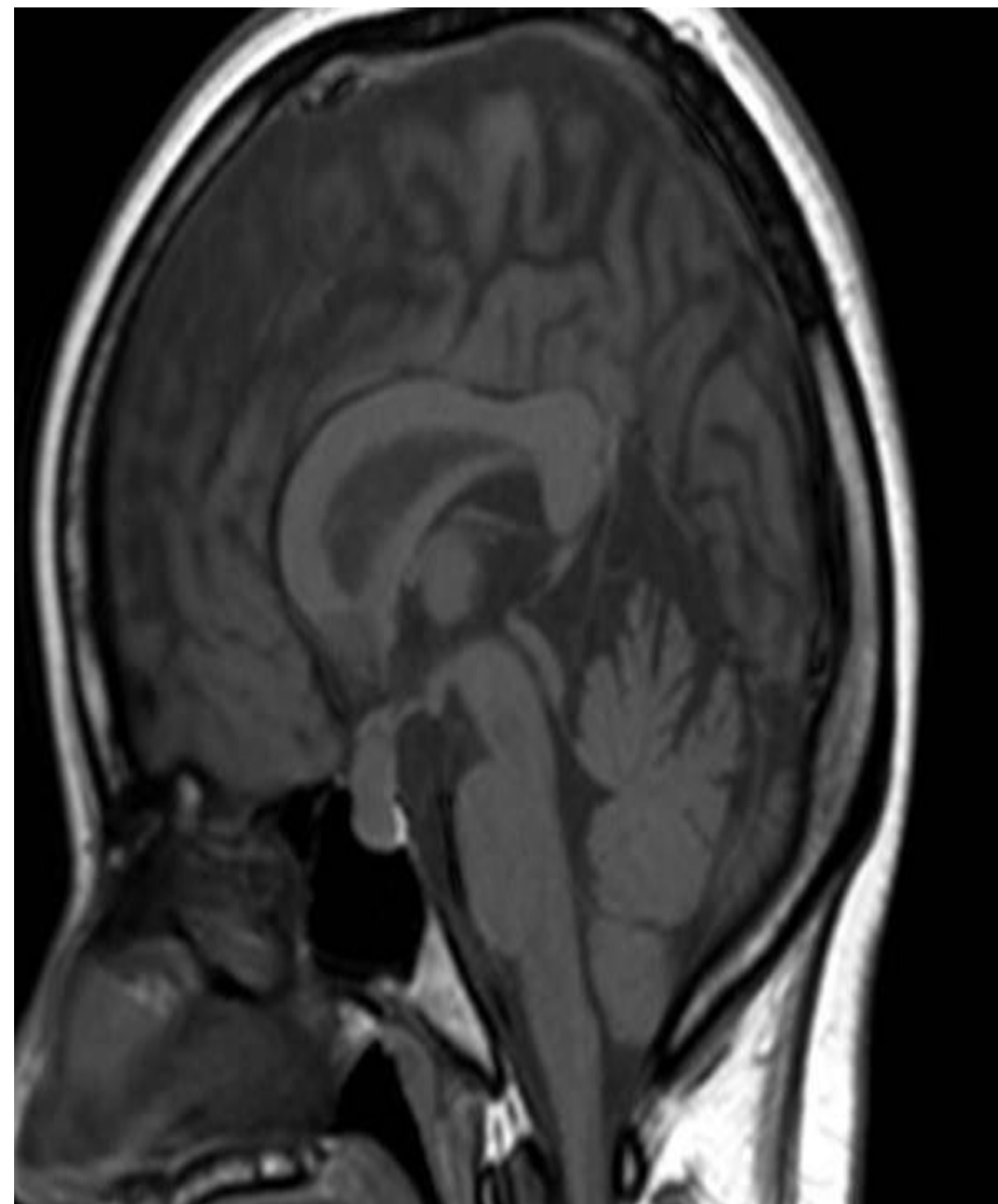


Figure 1: IRM hypophysaire en coupe sagittale séquence T1.VVV

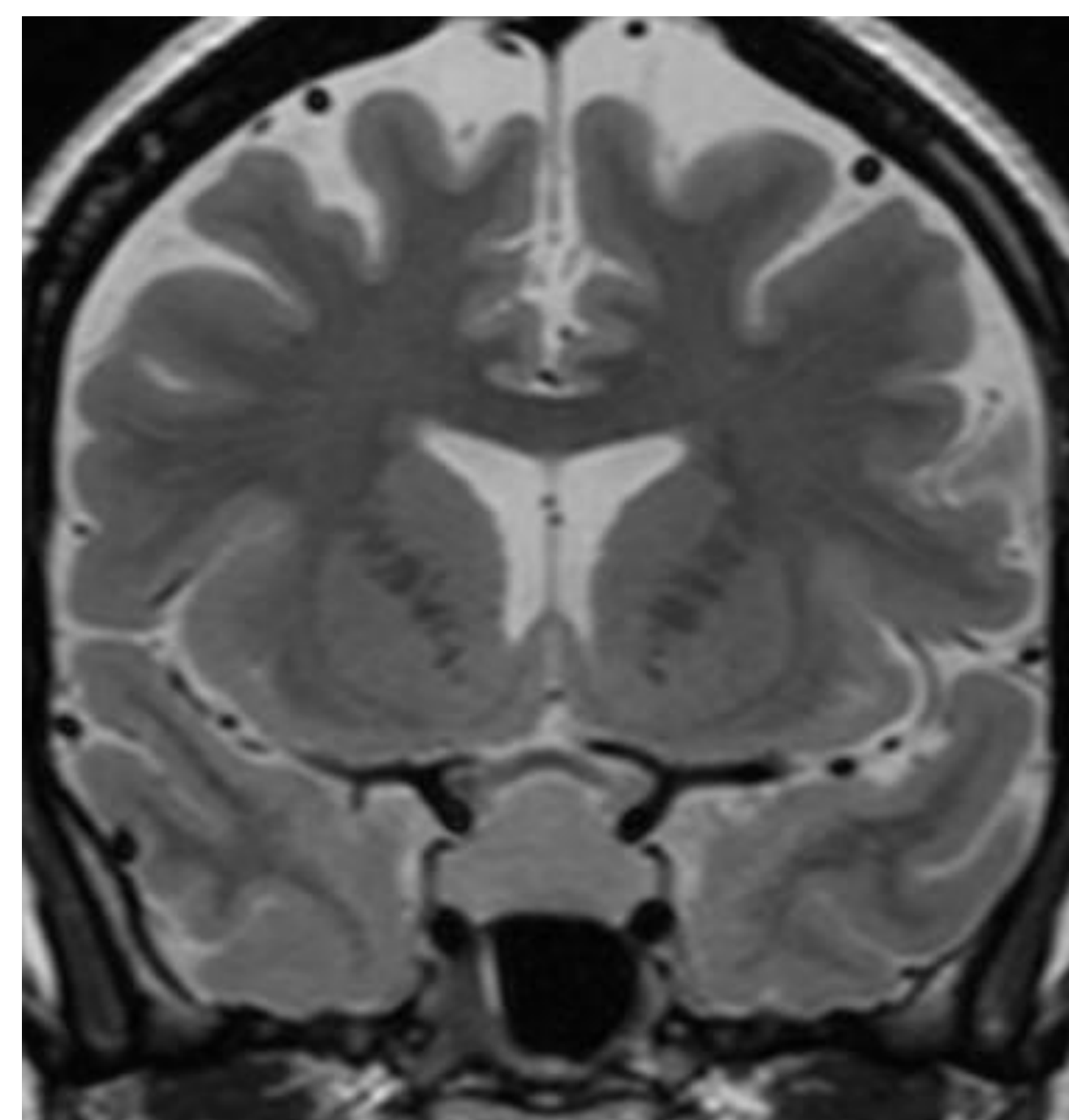


Figure 2: IRM hypophysaire en coupe Coronale séquence T2.

## Discussion

- L'hyperplasie hypophysaire secondaire à l'hypothyroïdie périphérique est définie par une augmentation de la taille de l'hypophyse:
  - Fait suite à l'hyperplasie des cellules endocrines thyrotropes.
  - Elle résulte de la surproduction de la TRH
  - Par perte du feedback négatif exercé par les hormones thyroïdiennes
- C'est le cas des hypothyroïdies périphériques anciennes.
- **Incidence**:
  - Varie de 25 % à 81 %
  - Plus élevée (70 %) si TSH ≥ 50 μIU/ml
- **La TRH a aussi un effet stimulateur sur les cellules lactotropes**:
  - Une hyperprolactinémie légère à modérée peut aussi être rencontrée chez ¼ des patients
- **Néanmoins**:
  - Elle peut aussi résulter de la compression de la tige pituitaire
  - Par absence d'effet inhibiteur de la dopamine (sécritée par l'hypothalamus) sur les cellules lactotropes.
- **Le traitement substitutif en hormones thyroïdiennes**:
  - Permet une diminution de la taille de la glande dans 85 % des cas
- **La chirurgie devrait être réservée**:
  - à la décompression du chiasma optique
  - ou pour obtenir un diagnostic histologique si la masse hypophysaire ne répond pas au traitement hormonal

## Conclusion

Bien que classique, l'hyperplasie hypophysaire secondaire à une hypothyroïdie n'est pas fréquente et atteint rarement une taille aussi importante, la discussion multidisciplinaire et l'intégration des éléments cliniques sont les principaux garants du diagnostique.

Pas de conflit d'intérêt