

Etude comparative entre micro-adénome et macro-adénome dans la maladie de cushing

W. Benothman, W. Alaya, I. Charrada, F. Boubaker, B. Zantour, MH. Sfar

CHU Tahar Sfar, Mahdia, TUNISIE

INTRODUCTION

La maladie de Cushing(MC) correspond à une sécrétion excessive d'ACTH par un adénome hypophysaire entraînant un hypercortisolisme. Notre objectif est de rechercher une corrélation entre les données cliniques, biologiques ou évolutives et l'aspect radiologique dans la MC

PATIENTS ET METHODES

Etude rétrospective comparative de 12 patients atteints de MC suivis au service d'Endocrinologie de Mahdia. On a pu définir selon le plus grand diamètre de la tumeur décrit à l'imagerie hypophysaire deux groupes de patients: «micro-adénomes» et «macro-adénomes».

RESULTATS

-Il s'agissait d'un macro-adénome dans 5 cas et un micro-adénome dans 7 cas dont 5 avaient des signes indirects évocateurs de micro-adénome.

-Les âges moyens des patients de deux groupes «micro-adénomes» et «macro-adénomes» étaient 35,8 et 42,6 ans respectivement.

-Notre série est composée de 11 femmes et 1 seul homme ayant un micro-adénome.

L'intensité de la sécrétion hormonale:

- **ACTH:** taux moyen plus élevé chez les patients ayant un macro-adénome (173,2 pg/ml vs 59,7pg/ml), de façon qui statistiquement tend vers la significativité (p à 0,06).
- **Cortisol:** pas de différence notable entre les deux groupes.

Retentissement clinique et biologique:

- **Délai diagnostique:** plus prolongé pour les patients ayant un micro-adénome (4,5 ans vs 1an) avec $p=0,27$.
- **Tableau clinique et biologique:** pas de différence significative des fréquences des différents signes cliniques ni biologiques entre les deux groupes (tableau I).

Tableau I: fréquence des différents signes cliniques du SC selon l'existence d'un micro ou d'un macro-adénome hypophysaire

	Groupe «micro-adénome»	Groupe «macro-adénome»	p
Répartition facio-tronculaire des graisses	6/7	5/5	1
Erythrose faciale	4/7	1/5	0,293
Vergetures pourpres	3/7	0/5	0,205
Amyotrophie des membres inférieurs	4/7	1/5	0,247
Hirsutisme	4/6	1/5	0,242
Aménorrhée secondaire	1/6	4/5	0,080
Troubles psychiatriques	3/7	2/5	1
Hypertension artérielle	3/7	1/5	0,576
Mélanodermie	5/7	3/5	1

-Evolution: Le traitement chirurgical de première intention a été réalisé chez 11 patients.

Tableau II: Evolution des patients opérés selon l'imagerie hypophysaire

	Micro-adénome visualisé à l'IRM	Image non visualisée à l'IRM	Macro-adénome	Total
Rémission	2	2	2	6/11
Récidive	0	0	2	2/11
Echec	0	1	1	2/11
Evolution non précisée	0	1	0	1/11
Total	2	4	5	11

DISCUSSION

-Théoriquement, les macro-adénomes sont rares dans la MC (4-20%). Curieusement nous avons constaté une prévalence particulièrement élevée de macro-adénomes corticotropes (5/12) notée également dans d'autres séries tunisiennes (16-52%).

-Une corrélation entre la taille de l'adénome et le taux d'ACTH a été statistiquement retrouvée dans toutes les séries. L'absence de cette signification statistique dans notre étude est probablement liée à l'effectif réduit.

-Selon la littérature, le taux du cortisol plasmatique et du CLU sont plus élevés en cas de macro-adénome hypophysaire sans pour autant que la différence ne soit significative conformément à notre étude.

-Sur le plan clinique, il a été décrit que les macro-adénomes ont relativement des caractéristiques cliniques moins prononcées d'hypercortisolisme. Ceci pourrait être expliqué par un délai diagnostique plus court en cas de macro-adénome et donc une exposition moins prolongée aux glucocorticoïdes. Cette corrélation entre la taille de l'adénome et l'intensité clinique de l'hypercortisolisme n'est pas admise par tous les auteurs. Dans notre étude nous n'avons pas noté de différence significative de l'intensité clinique de l'hypercortisolisme entre les deux groupes.

-Bien que le taux de rémission soit meilleur chez le groupe « micro-adénomes », la taille de l'adénome n'est pas considérée à l'unanimité comme un facteur pronostique.

Conclusion

Au vue de nos résultats, nous sommes tentés de déduire qu'il existe une corrélation entre le taux d'ACTH et la taille de l'adénome et que le macro-adénome constitue un facteur de risque d'échec thérapeutique de la MC. Cependant, un effectif plus important de patients est nécessaire pour retenir ces constatations.