

## Un incidentalome inhabituel...: le pinéaloctome

Stéphanie Telo, Alexandre Jehl, Sylvie Hiéronimus, Jean-Louis Sadoul, Patrick Fénichel, Nicolas Chevalier

Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Médecine de la Reproduction, Hôpital l'Archet, CHU de Nice, FRANCE

### Introduction

Les tumeurs de la glande pinéale représentent 3 à 8 % des tumeurs intra-crâniennes chez l'enfant mais sont beaucoup plus rares chez l'adulte (0,4 à 1 %). Elles sont habituellement révélées par des signes de compression et/ou par une complication vasculaire hémorragique.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 28 ans ayant consulté pour une hyperandrogénie avec aménorrhée secondaire évoluant depuis 4 ans, chez qui nous avons découvert fortuitement un pinéaloctome.

### Examen clinique

Surpoids androïde (IMC 29,2 kg/m<sup>2</sup>)

**Aménorrhée secondaire** sans bouffées de chaleur

**Hyperandrogénie** associant : alopecie, hirsutisme et acné du visage

Absence de galactorrhée spontanée et/ou provoquée

**Céphalées chroniques** avec sensation de rétrécissement du champ visuel

### Examens complémentaires

#### Bilan hormonal

Estradiol : 37 pg/mL  
FSH 5,3 UI/L et LH 4,6 UI/L  
(stimulables sous LHRH)

Testostérone : 0,9 µg/mL  
SDHA : 1521 µg/L  
Δ4 androstendione : 2,4 µg/L

AMH : 1,16 ng/mL  
17OH Progéstérone : 1,1 µg/L  
Prolactine : 3,4 µg/L

#### Echographie pelvienne

Pas d'argument en faveur d'un syndrome des ovaires polykystiques

#### Consultation ophtalmologique

Fond d'oeil, champ visuel et OCT normaux

#### IRM cérébrale

(réalisée en raison des céphalées)

**Formation kystique cloisonnée de la glande pinéale**, à contours bien limités

13 mm de diamètre transverse x 14 mm de diamètre antéro-postérieur x 10 mm de hauteur

En hyposignal T1 et hypersignal T2 avec un rehaussement périphérique

et en hyposignal sur les séquences de diffusion

### Prise en charge

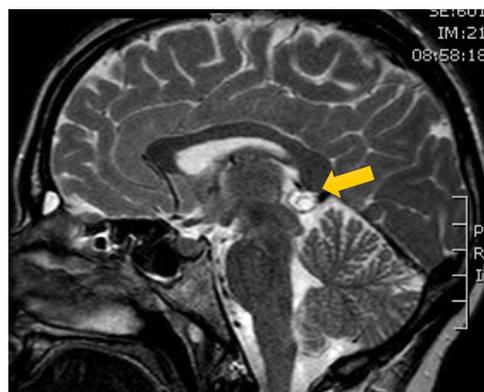
En l'absence de déficit hormonal et d'envahissement des structures adjacentes, une simple surveillance a été préconisée. Après dix-huit mois de suivi, le volume tumoral n'a pas évolué.

L'hyperandrogénie, quant à elle, qui n'est pas liée à cette tumeur pinéale, a été traitée par une association anti-androgènes/estrogènes avec une régression des signes en six mois et une reprise des cycles, en rapport avec un probable syndrome des ovaires polykystiques malgré l'absence d'échographie typique.

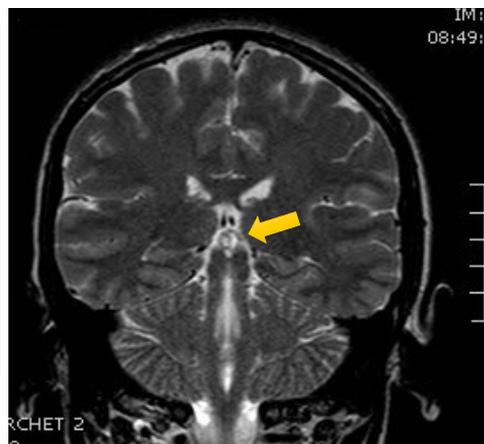
### Discussion

Les manifestations endocriniennes des pinéaloctomes sont rares et comprennent principalement diabète insipide, insuffisance hypophysaire ou puberté précoce en cas de choriocarcinome. La découverte chez notre patiente s'apparente à un incidentalome pinéal.

La prise en charge de ces tumeurs kystiques épiphysaires est débattue mais la majorité des équipes opte actuellement pour une surveillance simple compte tenu d'un faible risque évolutif.



Angio-IRM cérébrale en T2 en coupe sagittale (ci-dessus) et coronale (ci-dessous) mettant en évidence une formation kystique cloisonnée de l'épiphysaire en hypersignal spontané (flèche)



Angio-IRM cérébrale en T2 en coupe axiale (ci-dessous) en séquence de diffusion mettant en évidence une formation kystique de l'épiphysaire en hyposignal spontané (flèche)

