

Un Macroadénome thyroïdienne très symptomatique :

A.MERAZKA, S.ACHIR, F.MEHAOUED, D.FOUDIL, S.MIMOUNI

Service d'Endocrinologie. Centre Pierre et Marie Curie. Alger. Algérie

Introduction : Les adénomes thyroïdiens sont les plus rares des tumeurs hypophysaires sécrétantes (<2%).

Ils sont plus précocement diagnostiqués en raison de la meilleure sensibilité des troupes de dosage de la TSH et des progrès de l'imagerie hypophysaire. Les signes cliniques de thyrotoxicose sont le plus souvent modérés.

Vue la rareté de cette entité clinique nous rapportons un nouveau cas d'adénome thyroïdienne.

Observation : Patient âgé de 49ans, sans antécédents pathologiques notables manifestement en hyperthyroïdie avec palpitations, irritabilité et amaigrissement estimé à 10 kg en 1 an, porteur d'un goitre hypervascularisé et d'une exophtalmie bilatérale, avec retentissement cardiaque (ACFA, HTA)

L'exploration hormonale était en faveur d'une sécrétion inappropriée de TSH, avec une FT4 à 44,6pg/ml et une TSH=7,9μUI/ml, la sous-unité α était élevée à 17,32mUI/ml, les AC antithyroïdiens étaient négatifs, pas d'hypersécrétion hormonale associée ni insuffisance des autres axes hypothalamo-hypophysaires.

L'écho-Doppler thyroïdien a montré une glande augmentée de taille, hyper vascularisée au niveau du lobe droit sans nodule décelable.

L'imagerie hypophysaire a mis en évidence un macroadénome hypophysaire de 22mm, à distance du chiasma optique avec une discrète extension au niveau des 2 sinus caverneux (Fig 1).

Compte tenu de la symptomatologie du patient, il est mis sous B-Bloqueurs (Avlocardyl), anticoagulants (Sintrom) et Analogues retardés de la somatostatine (somatuline LP 120mg tous les 28 jours) avec une bonne réponse hormonale (euthyroidie obtenue au bout de 3 mois), puis il est opéré par voie transsphénoïdale Trans-nasale, l'immunohistochimie est en cours.

A 3 mois post-opératoire, la réévaluation hormonale a montré une éradication de l'hyperfonctionnement thyroïdienne avec une TSH basse à 0,27μUI/ml et une FT4 normale à 17,4pg/ml et sur le plan morphologique persistance d'un petit résidu tissulaire anté-hypophysaire ne dépassant pas 4mm (Fig 2).

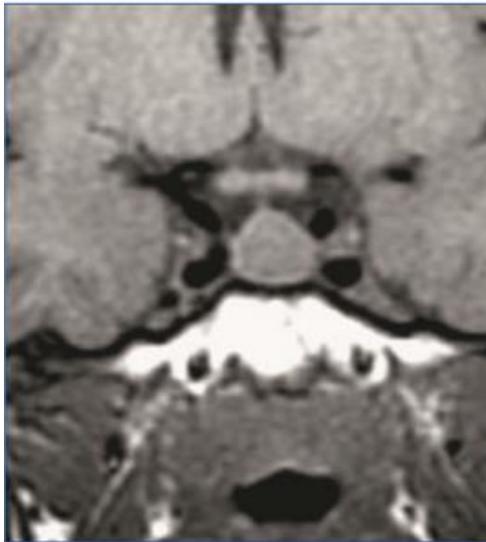


Fig 1 : coupe coronale macroadénome
Hypophysaire 22X12mm à développement
latéral .



Fig 2 : Hétérogénéité post-opératoire du
signal intrasellaire sans bombement du
diaphragme sellaie.

Discussion et Conclusion : En présence d'une hyperthyroïdie, d'un goitre, et vu la présence d'un taux inapproprié de TSH, le diagnostic ne crée que peu de doutes, les deux diagnostics à envisager sont l'adénome thyroïdienne et le très rare syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes, néanmoins la distinction n'est pas toujours aisée. Une imagerie hypophysaire ne doit être effectuée qu'après réalisation d'un bilan hormonal complet, et après exclusion des problèmes analytiques. Les sécrétions mixtes sont à rechercher systématiquement car très fréquentes (GH 17 %, prolactine 11%)
Le traitement est toujours étiologique. Du fait de la présence de récepteurs sst2 et sst5 sur les cellules adénomateuses, les analogues de la somatostatine sont particulièrement efficaces sur l'hyperfonctionnement thyroïdien (dans 73 % des cas), l'efficacité est maintenue dans 84 % des cas, ils sont généralement prescrits en période pré-opératoire afin de restaurer l'euthyroïdie ou seuls en cas d'impossibilité du geste chirurgical.

Références :

- 1- Buchfelder M. Thyrotroph pituitary adenomas. *Endocrinologist* 2002;12:117-25
- 2- Bertherat J, Brue T, Enjalbert A, et al. Somatostatin receptors on thyrotrophin-secreting pituitary adenomas: comparison with the inhibitory effects of octreotide upon in-vivo and in-vitro hormonal secretion. *J Clin Endocrinol Metab* 1992;75:540-6.
- 3- Caron P, Arlot S, Bauters C, et al. Efficacy of the long-acting octreotide formulation (octreotide-LAR) in patients with thyrotrophin-secreting pituitary adenomas. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:2849-53
- 4- Kuhn JM, Arlot S, Lefebvre H, et al. Evaluation of the treatment of thyrotrophin-secreting pituitary adenomas with a slow release formulation of the somatostatin analog lanreotide. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:1487-91.