

Défis de prise en charge des adénomes hypophysaires multisécrétants récidivants

N. Bouznad, H. El Mghari, N. El Ansari

Service d'Endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques. Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayad. CHU Mohamed VI. Marrakech.



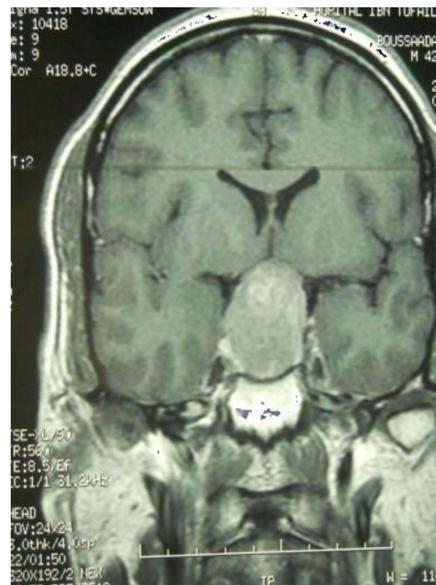
INTRODUCTION:

- Les adénomes hypophysaires sont des tumeurs bénignes, pouvant être à l'origine d'un syndrome tumoral, d'une hypersecretion, ou d'un ou plusieurs déficits antéhypophysaires.
- Les objectifs du traitement d'un adénome hypophysaire peuvent donc être multiples : réduire ou stabiliser le volume tumoral, contrôler l'hypersecretion, améliorer ou éviter l'aggravation d'un hypopituitarisme.
- Nous illustrons à travers ce travail la prise en charge d'un adénome antéhypophysaire multisécrétant récidivant.

RÉSULTATS:

- Patient de 42 ans
- suivi depuis 2006 en neurochirurgie pour adénome hypophysaire:
 - révélé par un syndrome neuro-ophtalmique,
 - confirmé à l'IRM hypophysaire : macroadénome hypophysaire invasif (27*29*25 mm)
 - l'hypophysogramme demandé en pré-opératoire retrouve:
 - prolactine: 21 ng/mL
 - TSH-us: 1 µUI/mL, T4: 0,7ng/dL
 - Cortisolémie de 8h: 27µg/mL
 - FSH: 7,43mUI/mL, LH: 1,34 mUI/mL, testostéronémie: 2,6ng/ mL
 - Champs visuel: hémianopsie bitemporale
 - Le patient avait bénéficié d'une ablation tumorale par voie endonasale droite
 - L'aspect macroscopique: en faveur d'un craniopharyngiome,
 - l'étude anatomopathologique a conclu en un macro adénome kystique à cellule oxyphiles, compatible avec un adénome hypophysaire à prolactine, avec absence de signes histologiques de malignité.
 - Complément immunohistochimique: expression franche et diffuse de cellules tumorales avec les Ac anti ACTH, anti GH, anti FSH et anti alpha sous-unités, les Ac anti-prolactine et anti-TSH ne sont pas exprimés.
 - Champs visuel de contrôle: disparition des anomalies
- Par la suite, en juin 2011:
 - Patient adressé en endocrinologie suite à une récurrence du syndrome neuro-ophtalmique
 - Exploration radiologique avait montré une masse tumorale au niveau de la région sellaire (26*30mm)
 - Hypophysogramme a montré un déficit thyroïdote, gonadotrope (FSH: 6 mUI/mL, LH: 0,1 mUI/mL, testostéronémie: 0,23ng/ mL) et corticotrope, avec une hyperprolactinémie modérée à 20 ng/mL
 - Le patient a été repris pour chirurgie hypophysaire.
 - un traitement par
 - Dostinex a été démarré en postopératoire dans l'attente d'un contrôle radiologique ultérieur
 - Substitution hormonale:
 - Hydrocortisone: 20mg/J
 - L-thyroxine: 50µg/J
 - Androgènes: 250mg/mois

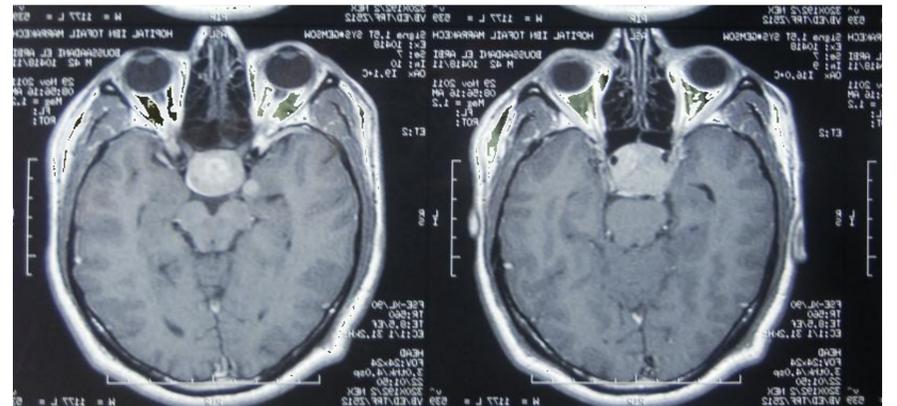
- **IRM de contrôle** après 03 mois en postopératoire: volumineux macroadénome compressif infiltrant le sinus caverneux droit (27*37mm)
- Une reprise chirurgicale est indiquée avec éventuelle radiothérapie stéréotaxique postopératoire



IRM encéphalique, coupe frontale, séquence pondérée T1: première récurrence: macroadénome hypophysaire avec extension intra et extra-sellaire



IRM en céphalique, coupe coronale, séquence pondérée T1: 2ème récurrence: macroadénome hypophysaire avec extension intra et extra-sellaire



IRM en céphalique, coupes axiales, séquence pondérée T1: 2ème récurrence: macroadénome hypophysaire avec extension intra et extra-sellaire

COMMENTAIRES :

- Cette observation illustre la difficulté du diagnostic histologique de l'adénome multisécrétant.
- Il s'agit d'un adénome multisécrétant histologiquement mais cliniquement non fonctionnel.
- Il a posé le problème de diagnostic tardif au stade de complications visuelles.
- L'insuffisance antéhypophysaire est expliquée par la compression exercée par la tumeur sur l'hypophyse.
- Cette observation confirme le caractère récidivant de ces adénomes malgré une chirurgie adéquate.
- Les nouveaux agonistes dopaminergiques et les analogues de la somatostatine peuvent être une alternative thérapeutique: effet tumoricide partiel.
- La radiothérapie stéréotaxique: complément thérapeutique de la chirurgie après deuxième récurrence tumorale.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt