

Hyperprolactinémie et chondrome: l'arbre qui cache la forêt

M.El Euch, MT.Ach*, W.Bani, O.Hentati, M.Mahfoudhi, W.Skouri, M.Barghouth, F.Jaziri, K.Ben Abdelghani, S.Turki, T.Ben Abdallah

Service de Médecine Interne « A » hôpital Charles Nicolle, Tunis

* Service d'Endocrinologie Hôpital Farhat Hached de Sousse

Introduction

- Le chondrome est une tumeur bénigne cartilagineuse dont la localisation sphénoïdale est exceptionnelle. Cette tumeur pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques considérables.
- Nous rapportons l'observation d'un patient ayant un tableau d'hypopituitarisme mis à tort sur le compte d'un prolactinome.

Observation

Il s'agit de patient MC âgé de 60 ans admis dans un tableau d'hypertension intracrânienne avec mise en évidence à l'imagerie cérébrale d'un processus expansif intrasellaire (figure1). Le diagnostic de prolactinome était porté devant une prolactinémie à 160 ng/ml et a été traité par bromocriptine avec évolution initiale favorable cliniquement. Dix ans plus tard, il présentait une insuffisance surrénalienne aiguë dans les suites d'une cholecystectomie. Les explorations hormonales avaient objectivé un hypopituitarisme gonadotrope (LH=0,7 mU/ml ; testostérone=0,17) et corticotrope (ACTH=4,3 pg/ml ; cortisolémie=42 pg/ml). Il a été traité par hémisuccinate d'hydrocortisone relayé par cortef avec bonne évolution.

Six mois plus tard, il présentait des céphalées avec déficit moteur du membre inférieur droit. L'IRM cérébrale de contrôle avait montré un processus expansif intra-sellaire avec extension supra, infra-sellaire et optochiasmatique. Une résection par voie transsphénoïdale a été réalisée. L'histologie concluait à un aspect de chondrome sphénoïdal. L'évolution était marquée par la persistance d'une atteinte des paires crâniennes avec recours à la radiothérapie adjuvante.

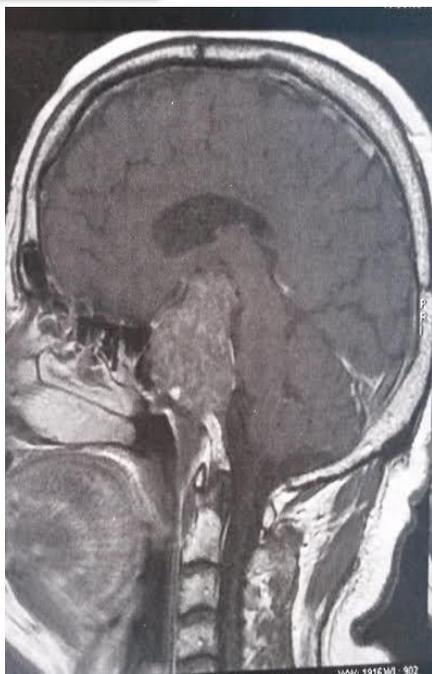


Figure 1: coupe sagittale d'une IRM cérébrale montrant le processus expansif intrasellaire

Discussion

La symptomatologie clinique du chondrome sphénoïdal est tardive et non spécifique, souvent en rapport avec la compression des structures de voisinage (1). L'imagerie en coupe précise l'extension de la tumeur, mais aucun aspect radiologique n'est spécifique du chondrome. Chondrome et chondrosarcome sont difficiles à différencier en histologie. L'exérèse chirurgicale complète est le traitement de référence (2). La gravité du chondrome sphénoïdal est essentiellement en rapport avec la compression des structures nobles de voisinage, comme observée chez notre patient.

Conclusion

Essentiellement caractérisée par sa très grande diversité, la pathologie tumorale du sphénoïde se distingue aussi par la relative difficulté de son diagnostic radiologique liée au volume très variable des lésions, aux types d'extension tumorale ainsi qu'à la fréquence d'un tableau clinique peu évocateur voire trompeur.