

Syndrome frontal secondaire à un adénome thyroïdote géant

W.Grira, E.Haouat, N.Cheikhrouhou, L.Ben Salem, C.Ben Slama

Service d'endocrinologie et des maladies métaboliques, Institut National de Nutrition, Tunis-Tunisie

Introduction

Le syndrome tumoral secondaire à un adénome hypophysaire est représenté classiquement par des céphalées et des troubles visuels. A notre connaissance, aucun cas de syndrome frontal secondaire à une tumeur hypophysaire n'a pas été décrit dans la littérature. Nous rapportons le cas d'un patient présentant un adénome thyroïdote géant comprimant le lobe frontal et se manifestant par un syndrome frontal.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 49 ans adressé en 2014 pour une hyperthyroïdie diagnostiquée devant une cardiomyopathie. Il a été mis par les cardiologues sous bêtabloqueurs et diurétiques et adressé pour complément de prise en charge.

■ Signes fonctionnels :

- Accès de palpitations
- Symptômes neuropsychiatriques : modifications de comportement, une nervosité et une irritabilité.
- Perte de poids (-13kg)

■ Examen physique :

- Poids = 42 kg ; IMC = 13,56 kg/m²
- TA = 11/7 cmHg ; Pouls = 50 bpm (sous βbloquant)
- Discret tremblement de mains
- Reflexes ostéotendineux vifs
- Thyroïde non palpée
- Pas d'exophtalmie, altération du champ visuel au doigt
- Trouble du comportement avec alternance d'agressivité, désinhibition et hermétisme.

■ Bilan hormonal :

- FT4 = 29ng/l [7,1-17]
- TSH = 77μUI/l [0,1-4]
- IGF1 normales pour l'âge
- Prolactine = 88 mUI/l [40-530]
- Cortisolémie à 8h = 138 nmol/l [101-537]
- FSH = 0,81 mUI/ml [3-20]
- LH < 0,2 mUI/ml [2-15]
- Testostéronémie = 8,34 ng/dl [262-870]

Profil d'hyperthyroïdie centrale

Insuffisances corticotrope et gonadotrope

■ IRM hypothalamo-hypophysaire (2014):

Volumineux processus intra et suprasellaire envahissant l'étage moyen de la base, de contours polylobés mesurant 46*67*50 cm, envahissant l'étage moyen de la base et comprimant le cortex frontal. (Fig 1)

■ Examen ophtalmologique et champ visuel: refusés par le patient

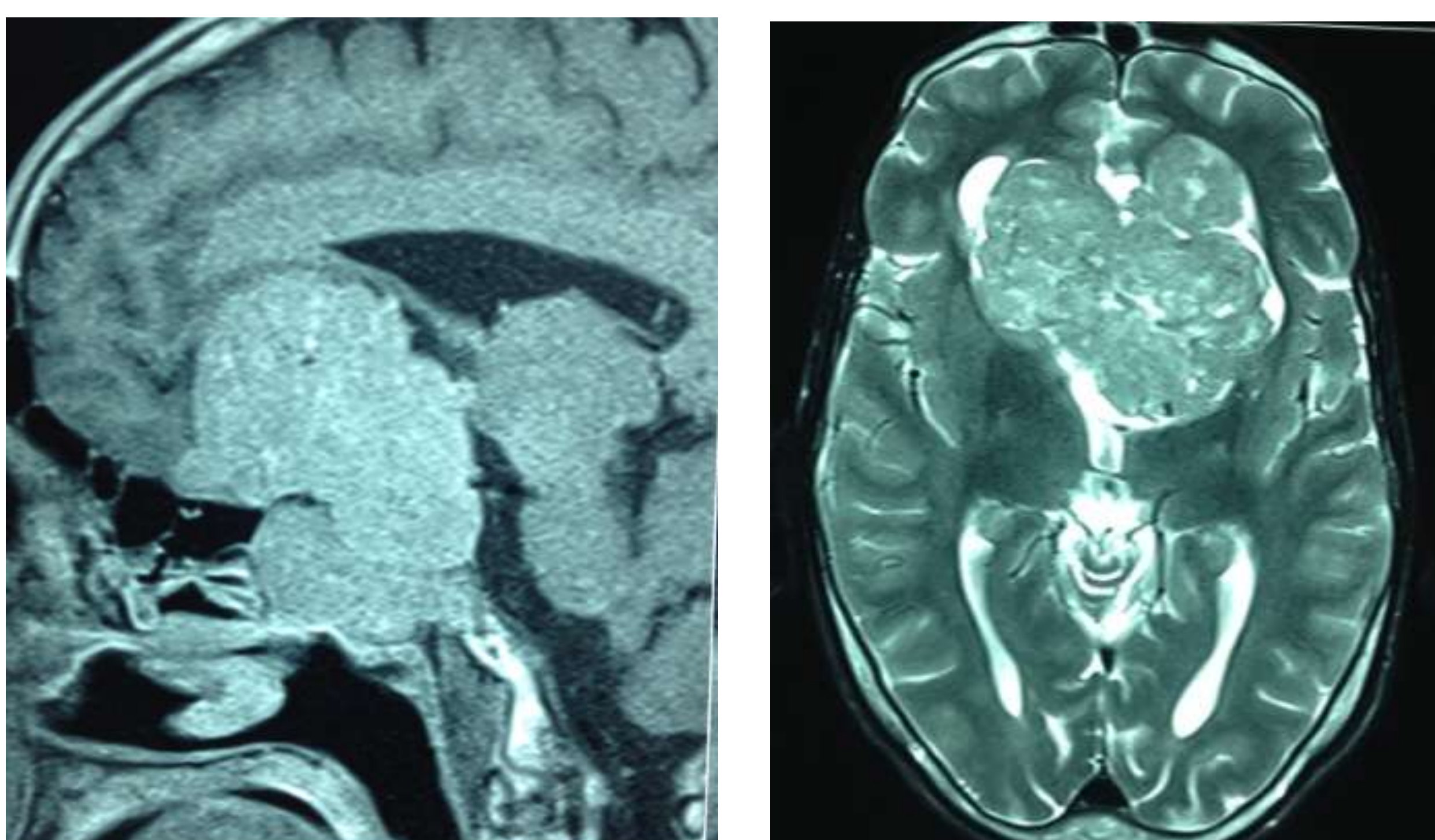


Figure 1: IRM de 2014

→ Il s'agit d'un adénome thyroïdote géant avec retentissement sur l'axe gonadotrope et corticotrope.

■ Traitement :

- L'indication opératoire a été refusée par les neurochirurgiens vu le haut risque opératoire.
- Le patient a été mis sous:
 - traitement médical de l'hyperthyroïdie :
Propranolol 40 mg (1/4cp*3/j)
Benzylthiouracile puis Thiamazole 20mg/j
 - traitement médical à effet antitumoral :
Bromocriptine 2,5 mg (2cp/j)
Lanréotide 90 mg (1injection/mois)
 - Et traitement hormonal substitutif
Hydrocortisone 15mg/j
Le traitement par Enanthate de testostérone a été refusé par le patient à cause d'une phobie des injections.

■ Evolution :

L'évolution après 2 ans de traitement médical avec une très mauvaise observance (lanréotide pris uniquement 6 mois):

✓ Cliniquement : reprise pondérale (poids = 60 kg) ; aggravation du syndrome frontal avec apparition des troubles sphinctériens et exagération des conduites sociales désinhibées.

✓ Biologiquement : persistance de l'hyperthyroïdie

• FT4 = 56 pmol/l [9-20]

• TSH = 13 μUI/l [0,25-5]

✓ Radiologiquement (IRM 2016) :

Volumineux macroadénome hypophysaire mesurant 76*66*67 cm avec envahissement locorégional et compression corticale.(Fig2)

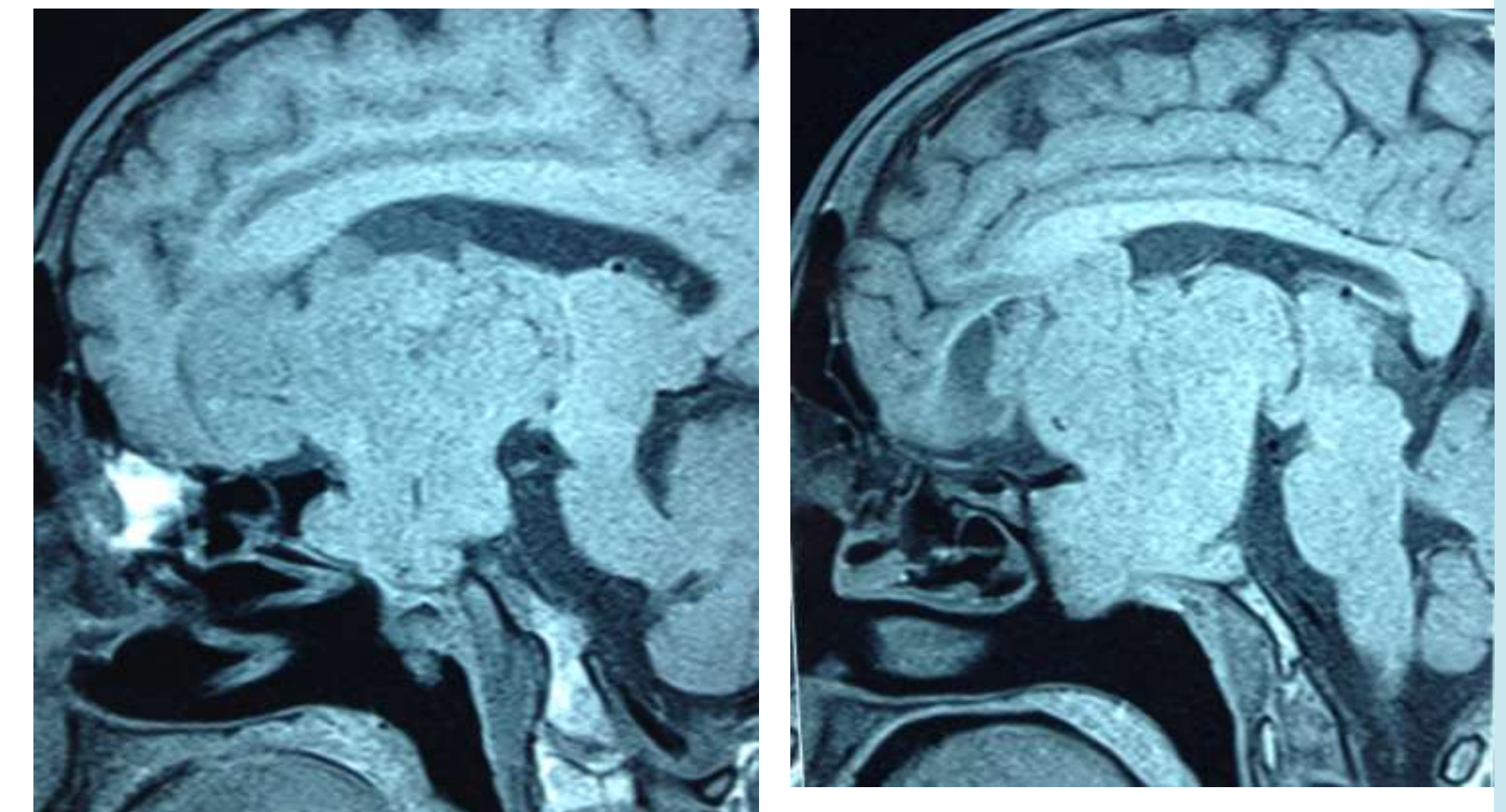


Figure 2 : IRM de contrôle

Discussion et conclusion

L'adénome thyroïdote est rare (1% des adénomes hypophysaires), son diagnostic est biologique avec une thyrotoxicose TSH-dépendante et radiologique par l'IRM qui visualise un adénome hypophysaire, écartant ainsi le principal diagnostic différentiel : le syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes. Le retentissement tumoral sur le cortex cérébral ayant occasionné un syndrome frontal chez notre malade est une complication non décrite auparavant dans la littérature. Les formes retard des analogues de la somatostatine, représentent une alternative médicale pour les patients ayant un macroadénome invasif non opérable, comme chez le cas chez notre patient, mais l'évaluation thérapeutique après 2 ans de traitement chez notre patient était défavorable. En effet, en plus du potentiel évolutif des adénomes thyroïdote, notre patient avait une très mauvaise observance expliquée au moins par 3 facteurs: l'hyperthyroïdie, le syndrome frontal et la phobie des aiguilles. Actuellement, il est proposé pour une chirurgie de réduction tumorale.