

Evolution des macro-adénomes hypophysaires non sécrétants

E. El Feleh, N. Bchir, A. Jaidane, H. Ouertani

^a service d'endocrinologie hôpital militaire principal d'instruction de tunis, Tunis, TUNISIE

INTRODUCTION

□ Les adénomes hypophysaires sont des tumeurs bénignes développées à partir de cellules antéhypophysaires, représentant 90 % des lésions de l'hypophyse et 10 % des tumeurs intracrâniennes.

□ Les adénomes dits non fonctionnels sont définis comme étant sans manifestations d'hyperfonctionnement en rapport avec une hypersécrétion hormonale .

□ La classification actuelle des adénomes hypophysaires repose sur l'évaluation immuno histo chimique de la pièce opératoire. Notre étude a, quant à elle, adopté une classification purement clinique; lorsqu'un adénome n'est responsable d'aucun syndrome d'hypersécrétion, on le considère comme un adénome non fonctionnel.

□ Le but du travail est d'évaluer les particularités cliniques, radiologiques et évolutives des macroadénomes non fonctionnels..

PATIENTS ET METHODES

□ C'est une étude rétrospective portant sur 22 patients hospitalisés dans notre service sur une période de 17 ans allant de 2000 à 2017.

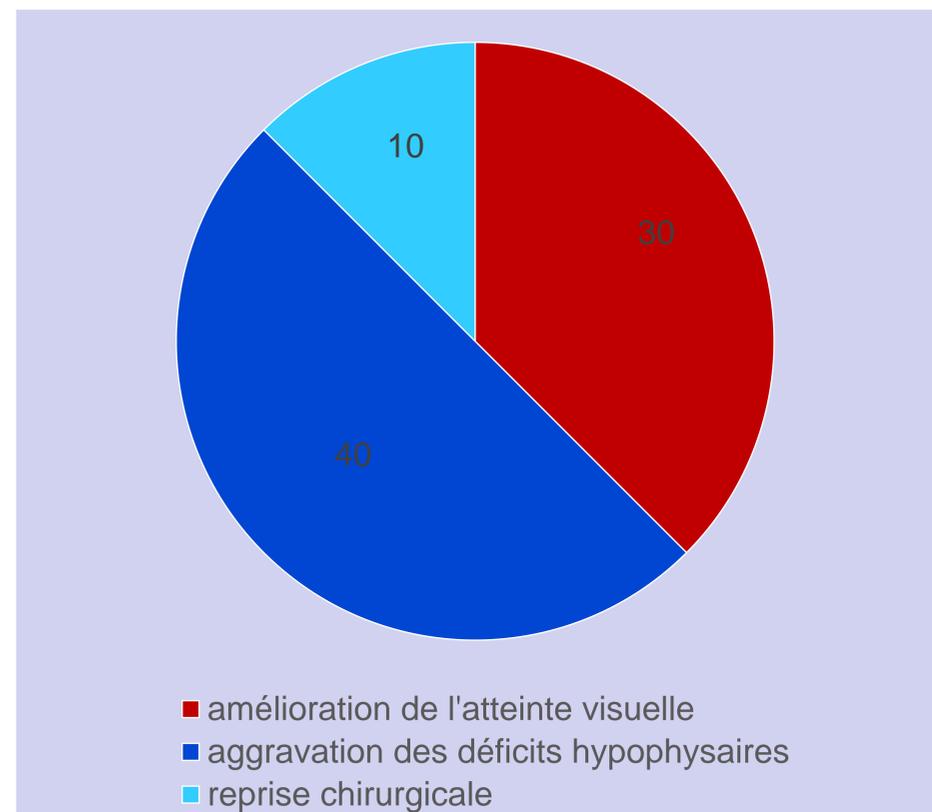
□ Ont été exclus les adénomes de 10 mm ou moins, les adénomes corticotropes, lactotropes ,somatotropes, gonadotropes et thyrotropes.

RÉSULTATS

Caractéristiques générales des patients

âge moyen (ans)	45,6 ± 2,4
Sex ratio (H/F)	0,54
Circonstances de découverte(%):	
céphalées	45,5
troubles visuels	41
apoplexie	9
fortuite	4,5
Durée moyenne de suivi(ans):	3,2±1,1
Taille moyenne(mm):	35,7±6,12
Retentissement loco-régional (%):	
envahissement du chiasma optique	36
envahissement du sinus caverneux	27
Retentissement hormonal (%):	
insuffisance antéhypophysaire	54
hyperprolactinémie de déconnexion	13,6

Evolution post chirurgicale



DISCUSSION ET CONCLUSION

□ Les adénomes cliniquement non fonctionnels (ANF), sont définis par élimination. Ce sont des adénomes qui ne sont responsables ni d'acromégalie, ni d'un syndrome de Cushing, ni d'un syndrome d'aménorrhée-galactorrhée, ni d'hyperthyroïdie. En immuno-histo chimie, la majorité des ANF, sont en fait des adénomes sécrétants des gonadotrophines (sous unités et/ou sous unités et/ou FSH et/ou LH). Dans 10 % des cas l'immuno marquage est négatif et on parle alors d'adénome non sécrétant.

□ La présentation, la prise en charge et l'évolution de l'ensemble des ANF, y compris les adénomes gonadotropes silencieux, sont identiques. La prévalence des ANF est de 70 à 200 par million d'habitants et l'incidence est de 3 à 5 nouveaux cas par million. Ils constituent 15 % des adénomes hypophysaires opérés.

□ Le mode de découverte des ANF se fait le plus souvent à l'occasion d'un syndrome tumoral, fait de troubles visuels dans 26 % des cas, et de céphalées dans 17 % des cas. Une compression du chiasma optique fait découvrir la maladie dans 50 % des cas. Dans notre travail, le motif de consultation est représenté par des céphalées et/ou des anomalies ophtalmologiques dans plus de 80 % des cas ; cette différence peut s'expliquer par le fait que la majorité de nos adénomes sont invasifs.

Les adénomes non fonctionnels sont révélés le plus souvent par un syndrome tumoral intra crânien associé éventuellement à des signes d'hypopituitarisme. L'hypopituitarisme est dû soit à une compression des vaisseaux porte de la tige pituitaire soit à l'hyperpression intra sellaire provoquée par le volume important des macro adénomes