

# Adénome thyroïdote chez l'adolescent : à propos d'un cas

N. Otmani<sup>1</sup>, N. Nouri<sup>1</sup>, A. Lezzar<sup>1</sup>

(1) Service endocrinologie-diabétologie CHU Benbadis de Constantine

## Introduction :

Les adénomes thyroïdotes sont rares, ils sont encore plus rares chez l'enfant et l'adolescent, leur fréquence est estimée entre 0,5 à 2 % des adénomes hypophysaires. Nous vous rapportons le cas d'un macro adénome hypophysaire à TSH chez un adolescent.

## Observation:

Il s'agit du patient G.A âgé de 13 ans issu d'un mariage non consanguin qui consulte pour l'installation progressive d'une asthénie profonde avec fatigabilité à l'effort et troubles de la concentration. L'examen retrouve un tableau d'hyperthyroïdie franc chez un patient prostré associé à une notion de fléchissement scolaire.

Il a été notée une avance staturale à + 3DS, un BMI à 16 kg/m<sup>2</sup> et une puberté amorcée (A1P2G2). Par ailleurs, il présentait un syndrome d'HIC clinique une thyroïde palpable à l'examen clinique, un syndrome polyuropolydipsique chiffré à 4,5 l/24H et une diminution nette de l'acuité visuelle à gauche

## Résultats :

### Resultats biologiques:

-Cortisol de base : 12.4 µg/dl (N : 3,7-19,4)

-Glycémie à jeun : 0,94 g/l (0,7-1,1) -

-TGO : 9UI/l (5-34) -TGP : 7UI/l

-urée : 0.3 G/l -Creatininémie : 7mg/l

-Cholestérol : 1,7 g/l (1-2,3) -

Triglycérides : 0.87 g/l (< 1,5) -Chol HDL:

0.54 g/l (> 0,4) -Chol LDL: 0.90 g/l -

Calcémie corrigée : 97mg/l (84-102)

-Phosphoremie: 54mg/l, PTH: 47.18pg/ml

TP : 88%

-TSH : 11.93 µUI/ml (0,35-4,94) -LT3 :

23.87 pmol/l (2,62-6,7) -LT4 : 82.40 pmol/l

(9-19)

AntiTPO:(-)

Sous unité alfa: non disponible

IGF1 : 995 ng/ml (111-996).HGPO:GH non

freinable(nadir à 3.63 ng/ml)

-Prolactinémie: 87ng/ml

-Testostérone totale: 0.35ng/ml (0.5-5)

HB : 13.2 g/dl, plaquettes : 433000/ml

### Resultats radiologiques:

-ECG : tachycardie sinusale, FC : 150bat/min

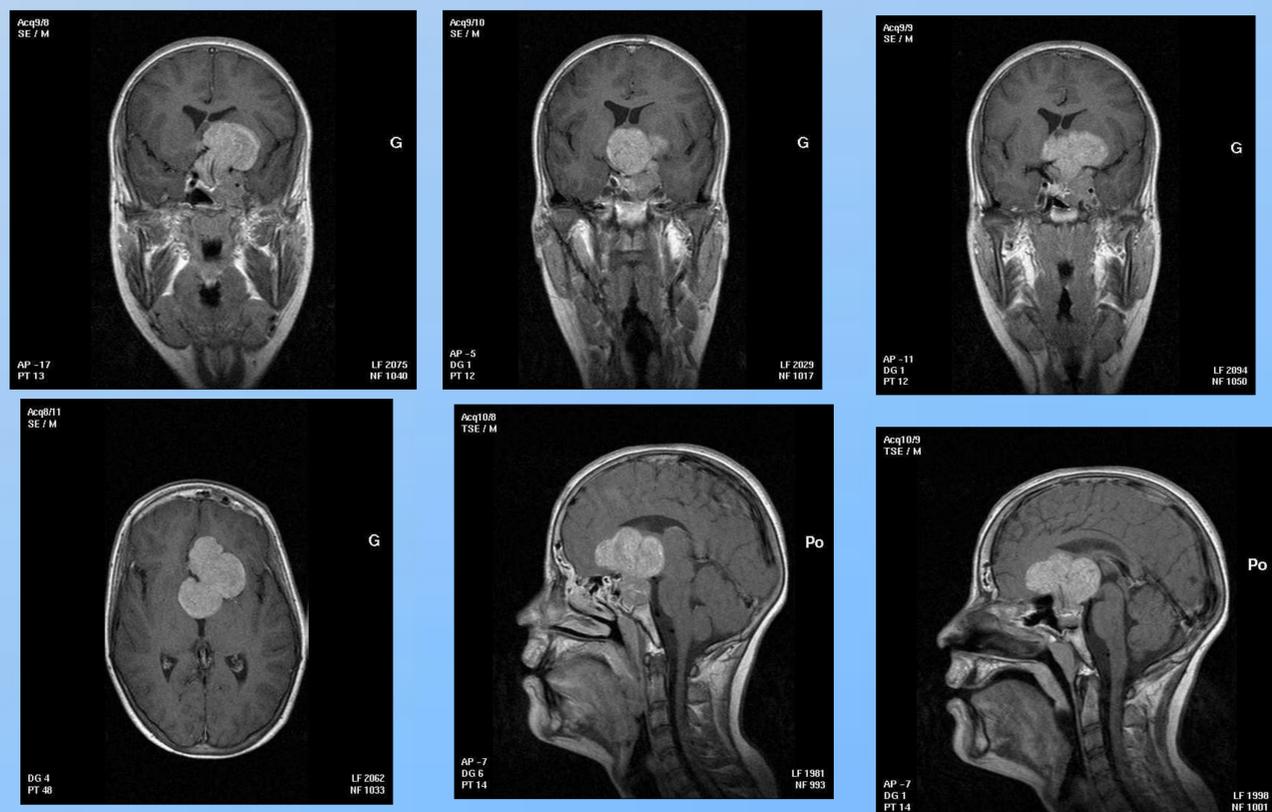
-Echographie cardiaque: éréthisme cardiaque

-Age osseux: 13ans et 06mois(avance)

-Echographie thyroïdienne: aspect de thyroïdite

-Une TDM cérébrale fait dans le cadre de l'urgence retrouve un processus tumoral intra et supra sellaire s'étendant aux loges cavernueuses avec une discrète hydrocéphalie sus et sous tensorielle.

-L'IRM hypothalamohypophysaire: confirme ces données en montrant un processus hypophysaire invasif de 06 cm de grand axe



## IRM HYPOTHALAMOHYPHYSAIRE EN CORONALE ET SAGITTALE MONTRANT LE MACROADENOME INVASIF

### Discussion :

Les adénomes hypophysaires thyroïdotes s'accompagnent en général de signes d'hyper métabolisme avec avance staturale si ceux-ci apparaissent dans l'enfance ou l'adolescence. Dans notre cas, l'origine de l'avance staturale est double, due à l'hyperthyroïdie et l'hypersomatotropisme combinés.

Le traitement par analogues de la somatostatine est particulièrement efficace sur l'hyperfonctionnement thyroïdien et sur le volume tumoral. A notre niveau, le traitement par ces molécules avait amélioré significativement la symptomatologie en préopératoire .

L'examen anatomopathologique avec immunohistochimie fait au décours d'une chirurgie partielle a mis en évidence une prolifération cellulaire mixte thyroïdote somatotrope .

### Conclusion :

Les adénomes hypophysaires thyroïdotes chez l'adolescent sont rares.

Ils s'accompagnent en général de signes d'hypermétabolisme, ils sont à évoquer devant toute hyperthyroïdie à TSH non freinée.

Les sécrétions mixtes sont à rechercher systématiquement car très fréquentes (GH 17 %, prolactine 11 %).

Le traitement est toujours étiologique.

Les analogues de la somatostatine sont particulièrement efficaces sur l'hyperfonctionnement thyroïdien

Ils sont généralement prescrits en période pré-opératoire afin de restaurer l'euthyroïdie ou seuls en cas d'impossibilité du geste chirurgical.