

Germinomes suprasellaires diagnostiqués à l'âge adulte : à propos de 3 cas

S. Laroche¹, E. Bruckert¹, AL. Boch², D. Leclercq³, C. Alapetite⁴, V. Laurence⁵, K. Mokhtari⁶, C. Jublanc¹

¹Service d'Endocrinologie-Métabolisme, GHU Pitié Salpêtrière, Paris. ²Service de neurochirurgie, GHU Pitié Salpêtrière ³Service de neuroradiologie diagnostique, GHU Pitié Salpêtrière ⁴Service de radiothérapie, Institut Curie ⁵Service d'oncologie, Institut Curie. ⁶Service d'anatomopathologie, GHU Pitié Salpêtrière

Patient 1.

Homme de 30 ans, consultation pour troubles de la libido.
Panhypopituitarisme et diabète insipide, encoche supérieure droite au champ visuel.
Exérèse par voie frontoptériorale.
Anatomopathologie : localisation hypophysaire d'un germinome.
Imagerie médullaire normale, marqueurs tumoraux négatifs dans le sang et le LCR.
Traitement par chimiothérapie puis radiothérapie. En rémission depuis 2016.

Figure 1 – 1, IRM hypophysaire coupe sagittale T1 sans injection, lésion suprasellaire rétrochiasmatisque de 14*9 mm tissulaire pure développée aux dépens de la tige pituitaire, perte de l'hypersignal T1 de la post-hypophyse (flèche). **2**, Scanner hypophysaire, lésion hyperdense (hypercellularité), absence de calcifications. **3,4** IRM hypophysaire, coupes coronales T2 sans injection et T1 avec injection de gadolinium, discret hypersignal T2 hypothalamique (étoile)

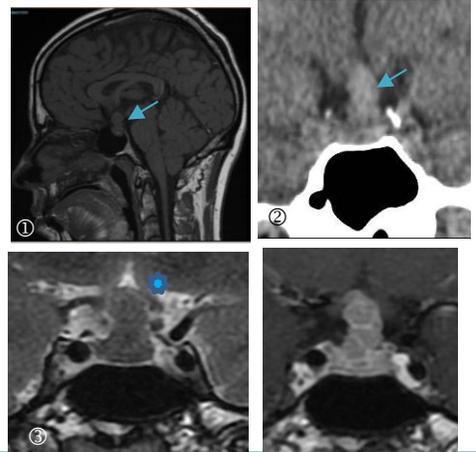


Figure 1

Patient 2

Homme de 20 ans, bilan étiologique d'un syndrome polyuropolydipsique.
Panhypopituitarisme et diabète insipide, champ visuel normal.
Apparition de troubles de la marche motivant réalisation de scanner, augmentation de taille de la lésion.
Biopsie : localisation hypophysaire d'un germinome
Imagerie médullaire normale, marqueurs tumoraux négatifs dans le sang et le LCR.
Radiothérapie, en rémission depuis 2017.

Figure 2 – 1, IRM hypophysaire coupe sagittale T1 sans injection, lésion tissulaire de 18*18 mm développée aux dépens de la tige et de l'hypothalamus, perte de l'hypersignal T1 de la post-hypophyse (flèche). **2**, Scanner hypophysaire, réalisé car aggravation neurologique, lésion hyperdense (hypercellularité), absence de calcifications (flèche). **3,4** IRM hypophysaire, coupes coronales T2 sans injection et T1 avec injection de gadolinium : lésion tissulaire microkystique (étoile)

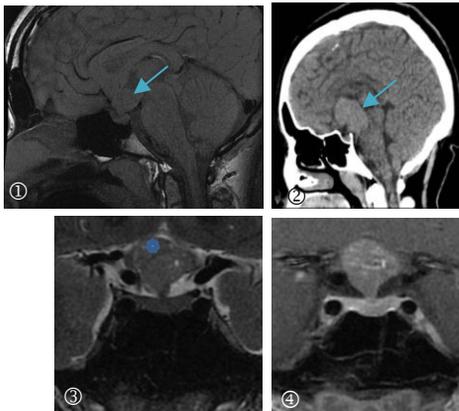


Figure 2

Patient 3

Homme de 28 ans, BAV droite, hémianopsie bitemporale et céphalées.
Panhypopituitarisme et diabète insipide.
Biopsie : germinome.
Imagerie médullaire normale, marqueurs tumoraux négatifs sang et LCR
Radiothérapie et chimiothérapie début 2018. En rémission.

Figure 3 – 1, IRM hypophysaire coupe sagittale T1 sans injection, lésion intrasellaire de 33*30 mm tissulaire pure développée aux dépens de la tige pituitaire, perte de l'hypersignal T1 de la post-hypophyse (flèche). **3,4** IRM hypophysaire, coupes coronales T2 sans injection et T1 avec injection de gadolinium lésion tissulaire intrasellaire.

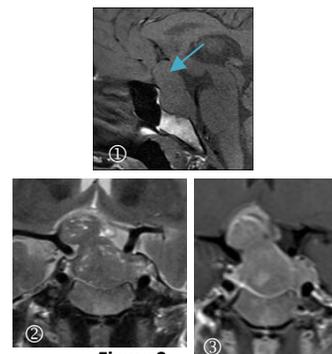


Figure 3

Discussion :
Difficultés posées par le diagnostic des lésions suprasellaires atypiques chez l'adulte. Le diabète insipide est rarement présent dès le diagnostic dans les craniopharyngiomes (17-27% des cas)¹, l'aggravation des signes neurologiques est un signe d'évolutivité. La réalisation systématique d'un scanner permet de mettre en évidence une hypercellularité et l'absence de calcifications. La perte de l'hypersignal de la posthypophyse est elle aussi plus fréquente dans les tumeurs germinales³.