

Macroprolactinome relevant un lymphome

M. F. AROUS^a, Dr C. ROBERT^b, Dr G. CHALHOUB^b, M. A. LEMOY^a, Dr N. LAGUERRE^a
^a CHR Metz-Thionville (Endocrinologie), Metz ; ^b CHR Metz-Thionville (Médecine Polyvalente), Metz

OBSERVATION

Patient Mr C. âgé de 35ans avec pour seul ATCD une hypertension sous monothérapie est admis aux urgences pour baisse franche de l'acuité visuelle bilatérale associée à des céphalées frontales depuis environ 3 semaines.

Dans ce contexte une consultation ophtalmologique est réalisée en urgence qui retrouve une semi mydriase aréflexique G et ptosis G ainsi qu'un champ visuel limité à un ilot central de l'œil droit et gauche. Devant ces symptômes un scanner cérébral est demandé qui retrouve un macro adénome hypophysaire de 5*4*6cm, refoulant largement le chiasma optique vers le haut.

Un dosage de la prolactine en urgence retrouve une valeur > 2000ng/ml. Etant donné l'absence d'indication chirurgical dans un premier temps, le patient est ainsi admis dans le service d'endocrinologie où une insuffisance thyroïdienne et gonadotrope sont également retrouvées associées à l'hyperprolactinémie.

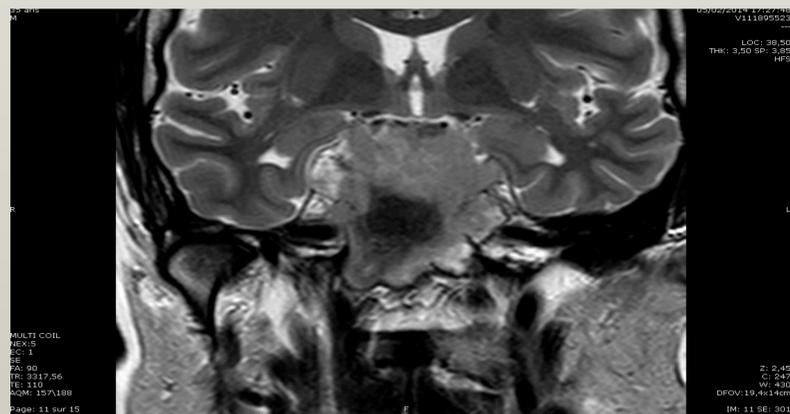
L'examen retrouve par ailleurs des lésions cutanées maculopapuleuses étendues ainsi que des accès de sudation dans un contexte de retour du Bénin.

Un avis auprès des internistes et infectiologues nous amène à réaliser un bilan exhaustif avec réalisation de sérologies qui s'avère être non contributif ainsi que la réalisation d'une biopsie cutanée retrouvant la présence d'un infiltrat lymphocytaire de Jessner Kanof.

Un traitement est ainsi rapidement commencé par agoniste dopaminergique (DOSTILNEX) qui permet une amélioration rapide de la prolactinémie à 382 ng/ml à 10 jours.

HYPOPHYSIOGRAMME

Axe thyroïdienne	TSH: 0,42 mUI/l	T4: 5 pg/ml	T3: 3pg/ml
Axe corticotrope	ACTH : 11,7 pg/ml	Cortisol 8h : 17,6u/l	
Axe gonadotrope	LH : 1,4 mUI/ml	FSH :3,2 mUI/ml	Testostérone : 0,9ng/ml
Axe somatotrope	GH : 1,05 mu/l		



Nous rapportons le cas d'un macroprolactinome, dont l'évolution atypique et l'absence de réponse au traitement nous amène à retrouver un lymphome T de type nasal.

EVOLUTION

Aggravation de la réponse clinique avec atteinte progressive des paires crâniennes III, V, VI et XII associée à une absence d'amélioration à l'IRM de contrôle. Un avis neurochirurgical est ainsi demandé et une exérèse partielle de l'adénome hypophysaire est effectuée.

L'examen anatomo-pathologique révèle un lymphome malin T NK de type nasal s'accompagnant d'un adénome hypophysaire à prolactine, qui, après réalisation d'un bilan d'extension s'avère être de stade 4 avec atteinte cérébrale, méningée, pulmonaire et cutanée.

Le patient est ainsi pris en charge en hématologie où une chimiothérapie est validée permettant une bonne réponse clinique avec amélioration de l'atteinte ophtalmologique, neurologique et cutanée mais tout de même marquée par plusieurs passages en ACFA. Une IRM de contrôle met en évidence une amélioration du syndrome tumoral mais persistance d'une infiltration des sinus caverneux, des fosses pterygo-maxillaires et de la base du crâne.

Les suites sont marquées par un AVC ischémique cérébelleux droit d'origine cardio embolique d'évolution défavorable entraînant le décès du patient.

CONCLUSION

2/3 des macroprolactinomes sécrétant se révèlent être à prolactine dont le traitement est médical et d'évolution rapidement favorable. L'évolution péjorative comme chez Mr. C justifie d'une réévaluation neurochirurgicale.

Dans notre cas la mise en évidence de l'association de 2 lésions tumorales s'avère fortuite et corrélée à la contiguïté de localisation lésionnelle. L'éventualité d'une hyperprolactinémie de déconnection ne pouvait pas être retenue au vu du taux extrêmement élevé de la prolactine.