

SYNDROME D'HYPERSTIMULATION OVARIENNE SPONTANEE (SHOS) REVELANT UN ADENOME HYPOPHYSAIRE MIXTE.

Kilani MO; Oueslati I; Melki A; Mchirgui N; Khiari K; Ben Abdallah N
Service de Médecine Interne, unité d'Endocrinologie. Hôpital Charles Nicolle de Tunis., Tunisie

INTRODUCTION

Le SHOS est rare. Il est secondaire à la stimulation du récepteur de la FSH par une sécrétion élevée de FSH, TSH ou hCG.

Nous rapportons le cas d'un macroadénome hypophysaire à sécrétion mixte : Prolactine/FSH découvert dans le cadre de l'exploration d'un SHOS.

OBSERVATION

Il s'agit d'une patiente de 36 ans, célibataire, ayant été adressée à notre service pour une hyperprolactinémie découverte dans le cadre de l'exploration d'un SHOS.

ATCDS gynéco-obstétricaux:

- Ménarche à l'âge de 15 ans
- Cycles étaient réguliers
- GOP0

Histoire de la maladie:

En 2007, la patiente a consulté en gynécologie pour une symptomatologie faite de: douleurs pelviennes, nausées et ménométrorragies.

Echographie pelvienne : deux gros ovaires sièges de multiples kystes de 10 à 17 cm de diamètres.

Opérée à deux reprises (2007 et 2009) par voie coelioscopique avec absence de signe de malignité à l'examen anatomopathologique

L'évolution a été marquée par la récurrence des kystes ovariens et de la même symptomatologie.

Bilan hormonal : hyperprolactinémie à 678,96 ng/ml; le dosage de la β HCG a éliminé une grossesse.

Signes fonctionnels:

- Cycles irréguliers
- Pas de galactorrhées
- Pas de céphalées ni de troubles visuels.

A l'examen:

Poids= 70 kg ; IMC= 20 kg/m² ; PA: 90/60 mmHg
Abdomen augmenté de volume; fosses iliaques sensibles à la palpation;
Le reste de l'examen est sans anomalies.

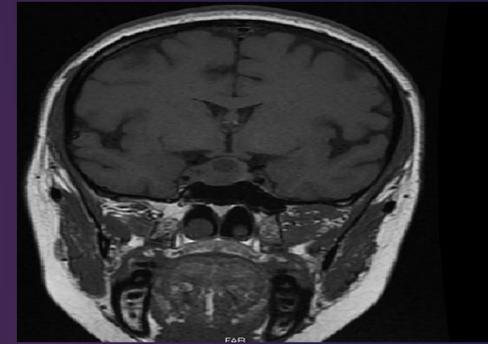
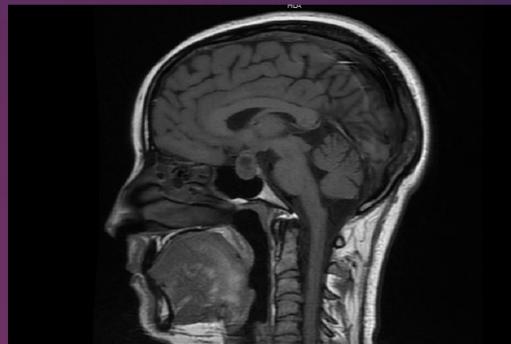
À la biologie:

	Chez notre patiente	Valeurs usuelles
GAJ (g/l)	0,83	
NA/K (mmol/l)	137/ 4,2	
Creat (μ mol/l)	58	53-97
Prolactine (mU/l)	2842	109- 557
FSH (mUI/ml)	6,8	3, 35- 21,63
LH (mUI/ml)	0,6	2,39- 6,6
Oestradiol (pg/ml)	68	
TSH (μ UI/ml)	1,491	0,35- 4,94
FT4 (ng/dl)	1,16	0,7- 1,48
ACTH (pg/ml)	34	8-58
Cortisol de base (nmol/l)	448	101,2- 535,7

À l'imagerie:

échographie pelvienne :endomètre fin; ovaires augmentés de taille macro-polykystiques; absence d'épanchement.

IRM hypothalamo-hypophysaire: adénome hypophysaire de 21*15*17 mm à extension supra-sellaire comblant les citernes opto-chiasmiques venant au contact des deux nerfs optiques.



Examen ophtalmo:

- Acuité visuelle: 08/10
- FO: normal
- CV: amputation du CV

Prise en charge thérapeutique: La patiente a été mise sous :

Bromocriptine 2,5 mg: 12,5 mg/j (augmentation progressive des doses jusqu'à 12,5 mg/j)

L'évolution:

- CV: normal
- Une normalisation des cycles menstruels
- Prolactine à 395 mU/l à j15 de traitement puis à 37 mU/l à 3mois
- Echographie pelvienne: régression de la taille des ovaires et des kystes
- IRM de contrôle: Aspect stable de l'adénome après un an de traitement médical.
- L'indication opératoire a été posée.
- Patiente opérée par voie trans-sphénoïdale avec exérèse complète de l'adénome.
- Immuno-histochimie non faite
- Les suites opératoires étaient simples.
- bilan hormonal: PRL= 174mU/l ; FSH=6,2 mU/l ; LH=1,13 mU/l ; Oestradiol= 28 pg/ml
- IRM de contrôle: reliquat tumoral latéralisé à droite de 13*10 mm s'étendant à la loge caverneuse homolatérale.
- Echo ovarienne: disparition spontanée des kystes ovariens.

COMMENTAIRES

La présentation clinique du SHOS est généralement celle d'une patiente avec douleurs abdominales , ménométrorragies et ovaires macro-polykystiques.

Dans le SHOS associé à un adénome hypophysaire gonadotrope on retrouve une élévation des taux de FSH, une inhibition de la sécrétion de LH et une élévation importante des taux d'oestradiol.

Chez notre patiente, la découverte de taux élevés de Prolactine a justifié la recherche d'un adénome hypophysaire.

Le diagnostic d'adénome à sécrétion mixte: Prolactine/FSH a été suspecté devant l'absence de réduction du volume tumoral sous bromocriptine et le taux non freiné de la FSH.

L'exérèse chirurgicale de l'adénome chez notre patiente a permis la régression complète des kystes ovariens avec régularisation des cycles menstruels. Ce qui est en faveur de notre diagnostic. Malheureusement l'immuno-histochimie n'a pas été faite pour confirmer ce diagnostic. En conclusion, le SHOS chez la femme pré-ménopausique devra entraîner la recherche une hypersécrétion d'hormones glycoprotéiques (hCG, TSH, FSH et LH).