

Diabète insipide révélant une métastase hypophysaire d'un cancer du sein 18 ans après la prise en charge initiale

Dr E. PERSONENI¹, Dr C. BRISARD¹, Dr S. MERABET¹, Dr C. BRESSOT¹, Pr JF. BONNEVILLE²

¹Ch Chalon sur saone, Chalon Sur Saone ; ²Ch montbéliard, montbéliard

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme avec environ 52 500 nouveaux cas/ an en France, soit plus d'un tiers des nouveaux cas de cancer chez la femme. Les localisations métastatiques préférentielles sont l'os, le poumon et le foie. Les tumeurs hypophysaires sont rares et dans 1% des cas des métastases.

OBSERVATION

ANAMNESE

Femme de 66 ans, en rémission d'un cancer du sein pT2N+ découvert en 1991, consulte pour AEG et syndrome polyuro-polydipsique.

CLINIQUE

Anthropométrie: poids stable: 86,5 kg, IMC: 35

Examen: Hypertension artérielle, signes de déshydratation intra et extra cellulaire, polyurie-polydipsie (diurèse à 6 L/j). Pas d'anomalie du champ visuel. Examen neurologique normal.

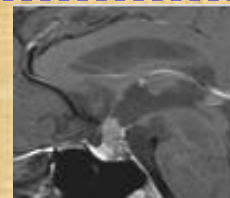
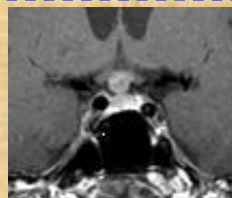
PARACLINIQUE

Biologie : Hypernatrémie, hyper osmolarité sanguine, osmolarité urinaire basse. ADH basse. Déficit gonadotrope, hyperprolactinémie 2545 mUI/L sous Dompéridone, pas de déficit des autres lignées

Marqueurs tumoraux: ACE et Ca 15-3 normaux

IRM hypophysaire: masse de la tige pituitaire et de la neurohypophyse, antéhypophyse semble préservée

Scanner TAP: négatif



DIAGNOSTIC INITIAL: Hypophysite avec indication d'une surveillance biologique et radiologique. Traitement par corticothérapie. Pas d'indication de biopsie.

EVOLUTION

- Bilan à 3 mois : Apparition d'un pan-hypopituitarisme, régression de la lésion hypophysaire à l'IRM sous corticothérapie forte dose.
- A 1 ans: apparition d'une lésion cérébelleuse et augmentation de taille de la lésion hypophysaire.
Biopsie: adénocarcinome avec expression des récepteurs œstrogènes et progestérone.
Traitement spécifique: hormonothérapie par anti-aromatase, radiothérapie.
- IRM à 2 ans : stabilité de la lésion cérébelleuse et hypophysaire. Pas d'autres localisations métastatiques.

DISCUSSION – CONCLUSION

- Les métastases hypophysaires sont des complications rares des cancers localement avancés. Les séries autopsiques retrouvent dans 1 à 3% des cas des métastases hypophysaires. La tumeur primitive est souvent d'origine mammaire ou pulmonaire (1).
- L'atteinte préférentielle est la post hypophyse. Les patients sont dans la majorité des cas non symptomatiques expliquant la latence diagnostique. Plus rarement un syndrome polyuro-polydipsique permet le diagnostic (45%) (2).
- L'IRM ne permet pas de différencier un adénome hypophysaire bénin d'une métastase et seule l'histologie permet d'établir un diagnostic formel (3). Les marqueurs immuno-histochimiques complètent le diagnostic.
- L'attitude thérapeutique dépend de la tumeur primitive mais aussi des symptômes des patients: chirurgie de décompression (en cas d'expansion extra-sellaire avec atteinte du chiasma optique) et radiothérapie.
- Dans notre cas, le délai pour établir le diagnostic de métastase s'explique par le caractère unique de la métastase chez une patiente en rémission depuis 18 ans, la normalité des marqueurs tumoraux et également par l'évolution initialement favorable sous corticothérapie.

Bibliographie

1. Komninos et al. J Clin Endocrinol Metab 2004
2. Sioutos et al. Ann Surg Onco 1996
3. Go et al. 2011