

Association macroprolactinome invasif et cancers

Dr A. CHAËBANE^a, Dr B. BEN NASR^a, Dr F. MNIF^a, Dr G. ABID^b, Dr H. FOURATI^b, Pr M. ABID^a

^a Service d'Endocrinologie et Diabétologie CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie, Sfax ;

^b Service d'Imagerie Médicale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie, Sfax

Introduction :

L'association entre hyper-prolactinémie et cancers est décrite dans la littérature. Nous rapportons le cas d'un homme ayant un macro-prolactinome géant associé à un cancer du cavum et un carcinome papillaire de la thyroïde.

Observation :

Il s'agit d'un homme âgé de 68 ans ayant comme antécédents une hypertension artérielle sous inhibiteur calcique (Adalate^{*}). Il a été suivi pour un macro-prolactinome depuis 3 ans découvert devant un syndrome tumoral hypophysaire: céphalée holo-crânienne et baisse de l'acuité visuelle (AV 1/10 à droite et 2/10 à gauche) avec une hémianopsie bitemporale au champ visuel. A l'IRM hypophysaire : processus expansif supra et intra-sellaire hétérogène localement agressif faisant 5*6,5*4,5 cm (**Figure 1**). L'examen somatique ainsi qu'endocrinien était sans particularité. La prolactinémie était > 470ng/ml. Cet adénome était sans retentissement hypophysaire initial en dehors d'une insuffisance gonadotrope (Testostérone 0,58ng/ml, FSH 3,3µUI/ml, LH 0,8µUI/ml, FT4 13pmol/ml, TSH 0,9UI/ml, test de Synacthène 1µg normale avec T30' à 371 et T60' à 386 ng/ml). Les explorations hormonales n'avaient pas révélé entre autre une sécrétion mixte notamment à GH (nadir de GH/HGPO à 1,12 µU/ml). Un traitement par bromocriptine à dose progressive a été démarré en milieu hospitalier. A J5 de traitement, et devant l'aggravation des céphalées et des troubles visuels avec à l'IRM aspect d'adénome en apoplexie(**Figure 2**), le patient a été opéré en urgence par voie trans-sphénoïdale et l'examen anatomo-pathologique ainsi que l'immuno-histochimie ont conclu à un adénome hypophysaire à PRL (uniquement 5% des cellules expriment la GH).

L'évolution postopératoire était marquée par une amélioration transitoire des céphalées et des troubles visuels (1 mois). Les prolactinémies de contrôle étaient entre 185 et 640 ng/ml sous 15mg/j de bromocriptine pris de façon irrégulière. Les imageries de contrôle trouvaient un aspect stable du macro-adénome invasif (1, 7,18 et 27 mois post opératoire).

Hospitalisé en novembre 2013 pour accentuation des céphalées, obstruction nasale bilatérale surtout droite récente (2 mois) et épistaxis. L'examen retrouvait une ADP jugulo-carotidienne gauche de 2,5 cm. IRM HH: macro-adénome invasif en apoplexie comprimant le chiasma et le nerf optique droit, envahissant les 2 sinus caverneux latéralement, la branche sellaire, le sphénoïde et le rhinopharynx en bas (**Figure3**). L'obstruction nasale était initialement rattachée à l'envahissement du nasopharynx notamment devant l'amélioration partielle de la symptomatologie et de la PRL (sous cabergoline (dose progressive 1,5 mg/S).

Dans le cadre d'exploration de l'ADP cervicale, une TDM cervicale et du massif facial a objectivé un réhaussement irrégulier de la muqueuse du rhino-pharynx, la présence de multiples structures ganglionnaires bilatérales dont les plus volumineuses sous angulo-maxillaire et spinale gauche de 17 et 20 mm de grand axe à réhaussement hétérogène et également un aspect hétérogène de la thyroïde avec un nodule basi-lobaire droit à développement postérieur et des calcifications du lobe droit (**Figure 4**).

Un complément par échographie cervicale a objectivé une thyroïde multi-nodulaire dont le plus volumineux est médio-lobaire droit de 13 * 15 * 20 mm hypo-échogène hétérogène peu vascularisé et siège de quelques micro-calcifications avec les 2 adénomégalies sus-décrites sous angulo-maxillaire et spinale haute gauche hypo-échogènes hétérogènes massivement vascularisées siège de plage de nécrose (**Figure 5**). Une biopsie ganglionnaire a conclu à une métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde peu différencié. L'examen endoscopique a objectivé la présence d'une lésion bourgeonnante comblant le cavum avec un polype sentinelle comblant la fosse nasale droite dont la biopsie a conclu à un carcinome épidermoïde du nasopharynx. Le patient a eu une thyroïdectomie totale et un curage médiastino-récurrentiel bilatéral avec à l'anapath un carcinome papillaire de la thyroïde et métastases ganglionnaires, suivie d'une cure de 100mCi d'iode radioactif. Pour le cancer du cavum, il a eu 2 cures de chimiothérapie de réduction tumorale suivie d'une radiothérapie (en cours).

Iconographies :

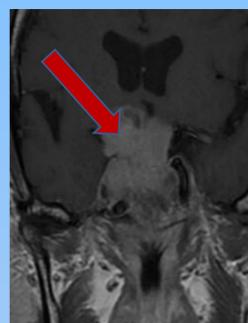


Figure 1

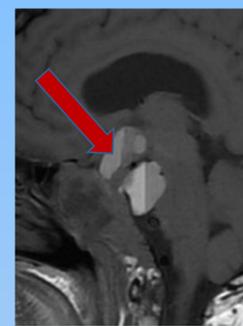


Figure 2

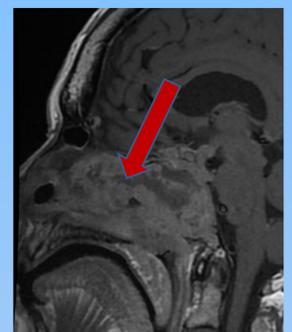


Figure 3

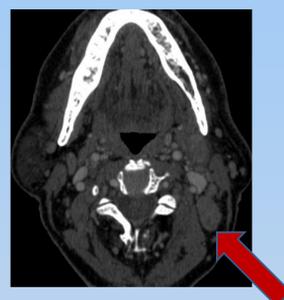


Figure 4

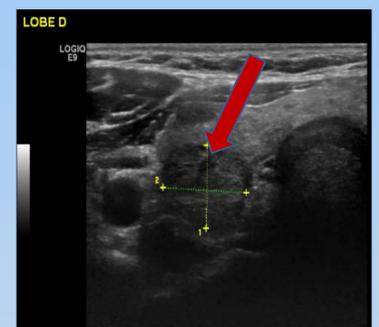


Figure 5

Discussion :

- In vitro, il a été constaté que l'hyper-prolactinémie expose au risque de cancers surtout sein et prostate et ceci en favorisant la prolifération des cellules tumorales.
- Dans une cohorte menée au Suède, l'hyper-prolactinémie été associée au risque de cancer gastro-intestinaux, gynécologiques et hématopoïétiques.
- Le diagnostic est souvent précoce du fait du suivi régulier des patients.
- L'association de macro-prolactinome et de cancer du cavum ou de thyroïde n'a été jamais décrite.
- chez notre patient, s'agit-il d'une association fortuite ou l'hyper-prolactinémie chronique mal contrôlée pourrait être incriminée.

Conclusion :

Notre observation illustre un cas particulier d'association inhabituelle entre un macro-prolactinome invasif, un cancer du cavum et un carcinome papillaire de la thyroïde. Un suivi régulier et un contrôle optimal de l'hyper-prolactinémie réduit le risque de développement de cancers.