

# Macroadénomes à prolactine géants et invasifs

F. Hadj Kacem, M. Ammar, M. Akrouf, N. Charfi, M. Abid

Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

## Introduction:

Les prolactinomes géants et invasifs « PGI » sont rares. Ils sont caractérisés par une taille tumorale > 40 mm et un taux élevé de prolactine >1000 ng/ml. L'objectif de notre travail était de décrire les caractéristiques cliniques, biologiques, morphologiques et la prise en charge des « PGI ».

## Matériels et méthodes:

Etude descriptive de 6 patients ayant un « PGI » hospitalisés au service d'Endocrinologie-Diabétologie de Sfax durant une période allant de janvier 2010 à décembre 2014.

## Résultats:

- ❖ Sexe masculin : 100%
- ❖ Age moyen : 40.3 ans
- ❖ Circonstances de découvertes:
  - syndrome tumoral hypophysaire : 5 cas
  - exophtalmie unilatérale: 1 cas
- ❖ Taille tumorale variait de 56 à 84 mm
- ❖ La prolactinémie moyenne : 151 313 ng/ml ( normale: 3.46-19.40)
- ❖ Insuffisance antéhypophysaire :100%
  - Insuffisance thyroïdienne : 1 cas
  - Insuffisance corticotrope : 4 cas
  - Insuffisance gonadotrope : 6 cas
- ❖ L'axe somatotrope était intact dans tous les cas ( tableau1)
- ❖ Traitement médical par les agonistes dopaminergiques (AD): 100%
- ❖ La chirurgie hypophysaire (devant une apoplexie pituitaire et aggravation de l'atteinte visuelle):1 patient
- ❖ L'évolution: amélioration de la symptomatologie clinique et diminution de la prolactinémie ainsi que la taille tumorale pour tous nos patients, qui prenaient encore les AD (tableau2).

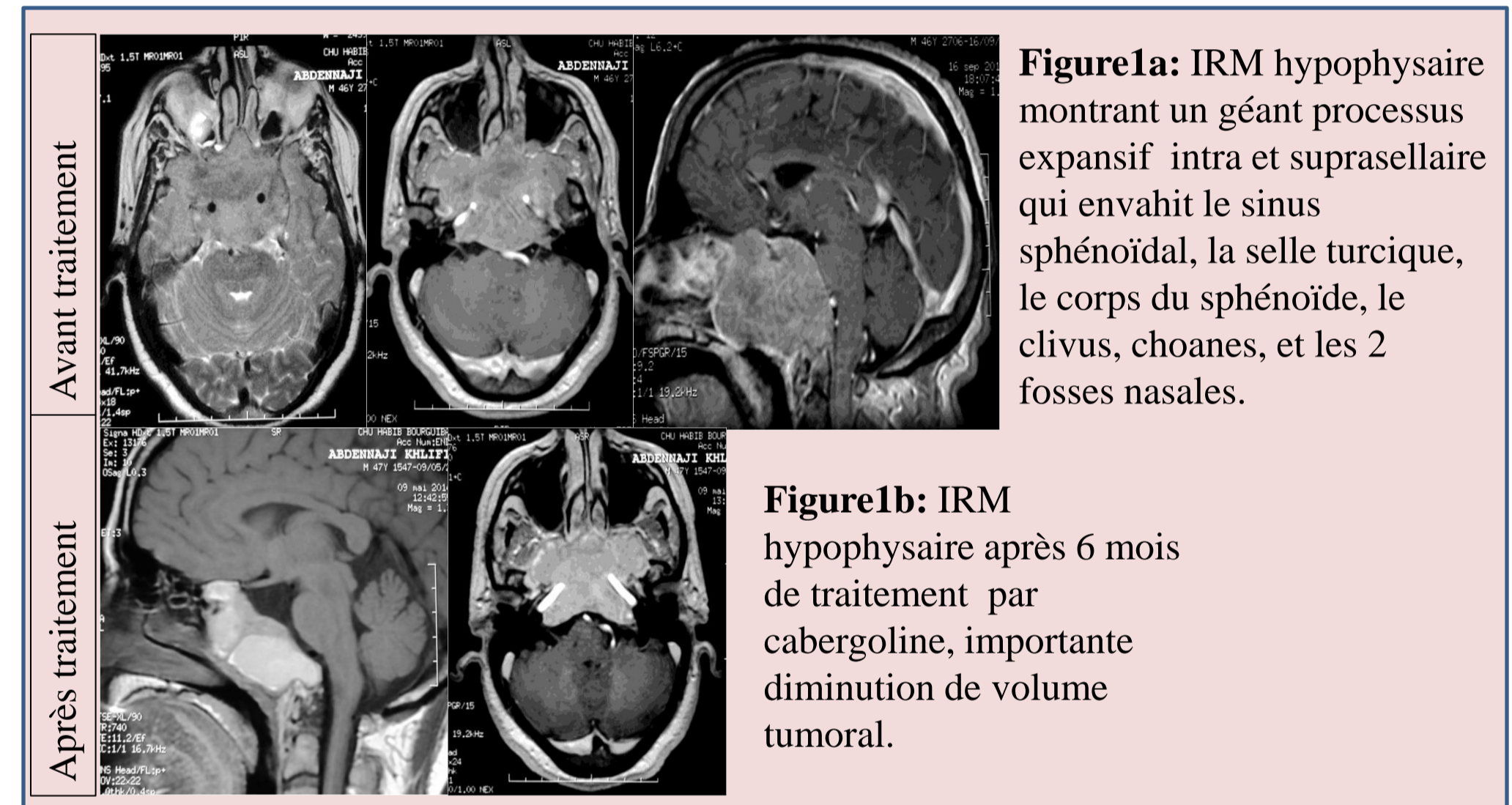
Tableau 1: Explorations hormonales hypophysaires au moment du diagnostic

| Hormone                    | Cas 1              | Cas2 | Cas3  | Cas4  | Cas5 | Cas6  |
|----------------------------|--------------------|------|-------|-------|------|-------|
| FSH (mUI/mL)               | 1.9 (0.95 - 2.3)   |      | 4.4   | 3.3   | 1.7  | 0.1   |
| LH ( mUI/mL )              | 1.43 (0.57 - 0.46) |      | 1.03  | 0.8   | 1.64 | 0.22  |
| Testostérone (ng/mL)       | 1.59 (2.5- 10)     | 1.16 | 2.62  | 0.58  | 2.01 | 0.3   |
| Cortisol (ng /mL)          | 77                 | <8   | 130   | 183   | 211  | 110   |
| Cortisol 30 min après ACTH | 137                |      | 156   | 371   | 269  | 147   |
| Cortisol 60 min après ACTH | 166                |      | 172   | 386   | 195  | 162   |
| FT4 (pmol/L)               | 10.3 (9 -19)       | 9.1  | 13.6  | 13    | 14.4 | 12.38 |
| TSH (uUI/mL)               | 0.53 (0.35 - 4.94) | 0.37 | 1.61  | 0.9   | 0.71 | 4.48  |
| IGF- I(ug/L)               | 249                | 284  | 139.7 | 123.9 | 162  | 158.4 |

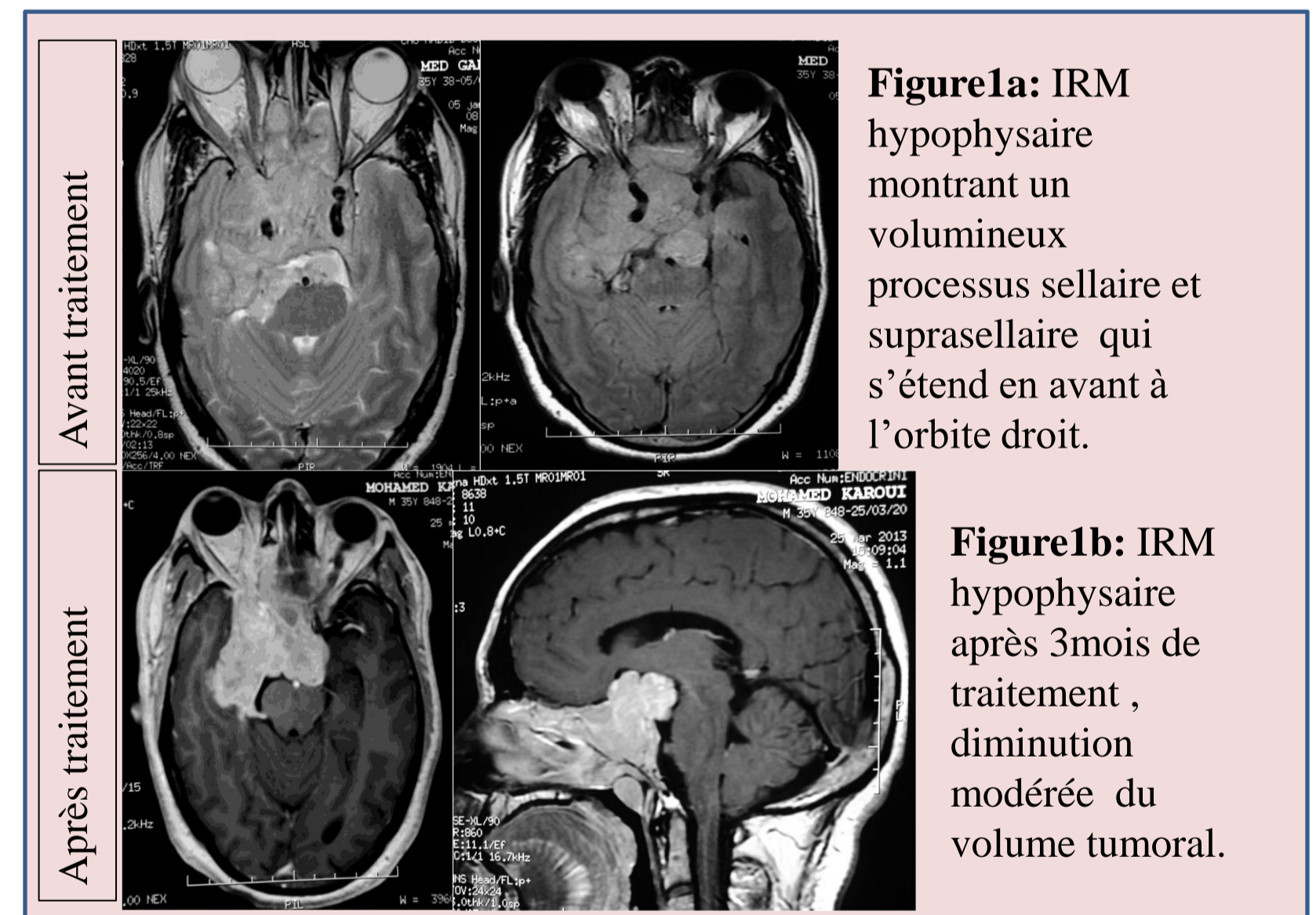
Tableau 2: Caractéristiques des patients ayant un PGI et évolution sous traitement

| Cas n° | Age    | Circonstances de découverte                  | Taille tumorale | PRL (ng/mL) |                      | Agoniste dopaminergique (dose max) | Chirurgie   |
|--------|--------|--|-----------------|-------------|----------------------|------------------------------------|---|
|        |        |  |                 | initial     | Dernier contrôle     |                                    |   |
| 1      | 19 ans | -céphalées<br>- baisse de l'acuité visuelle  | 64 × 38 mm      | 81940       | 650( après 1 mois)   | Bromocriptine (7.5mg/j)            |   |
| 2      | 19 ans | -céphalées<br>-ptosis bilatéral              | 56 × 34 mm      | 8865        | 4.69 (après 12 mois) | Bromocriptine (10mg/j)             |   |
| 3      | 47 ans | -céphalées<br>-diplopie et ptosis bilatéral  | 81 × 66 × 50 mm | 642387      | 1834 (après 6 mois)  | Cabergoline (1.5mg/semaine)        |   |
| 4      | 65 ans | -céphalées<br>-flou visuel                   | 50 × 65 × 40 mm | 1470        | 58 (après 6 mois)    | Bromocriptine (10mg/j)             | chirurgie transcrânienne après une semaine de Bromocriptine (apoplexie pituitaire avec aggravation importante de l'atteinte visuelle) |
| 5      | 40 ans | -exophtalmie droite                          | 84 × 68 × 64 mm | 161290      | 41078 (après 3 mois) | Bromocriptine (10mg/j)             |   |
| 6      | 52 ans | -céphalées<br>-flou visuel<br>-ptosis gauche | 60 × 38 × 50 mm | 11930       | 15.5 (après 9 mois)  | Cabergoline (1mg/semaine)          |   |

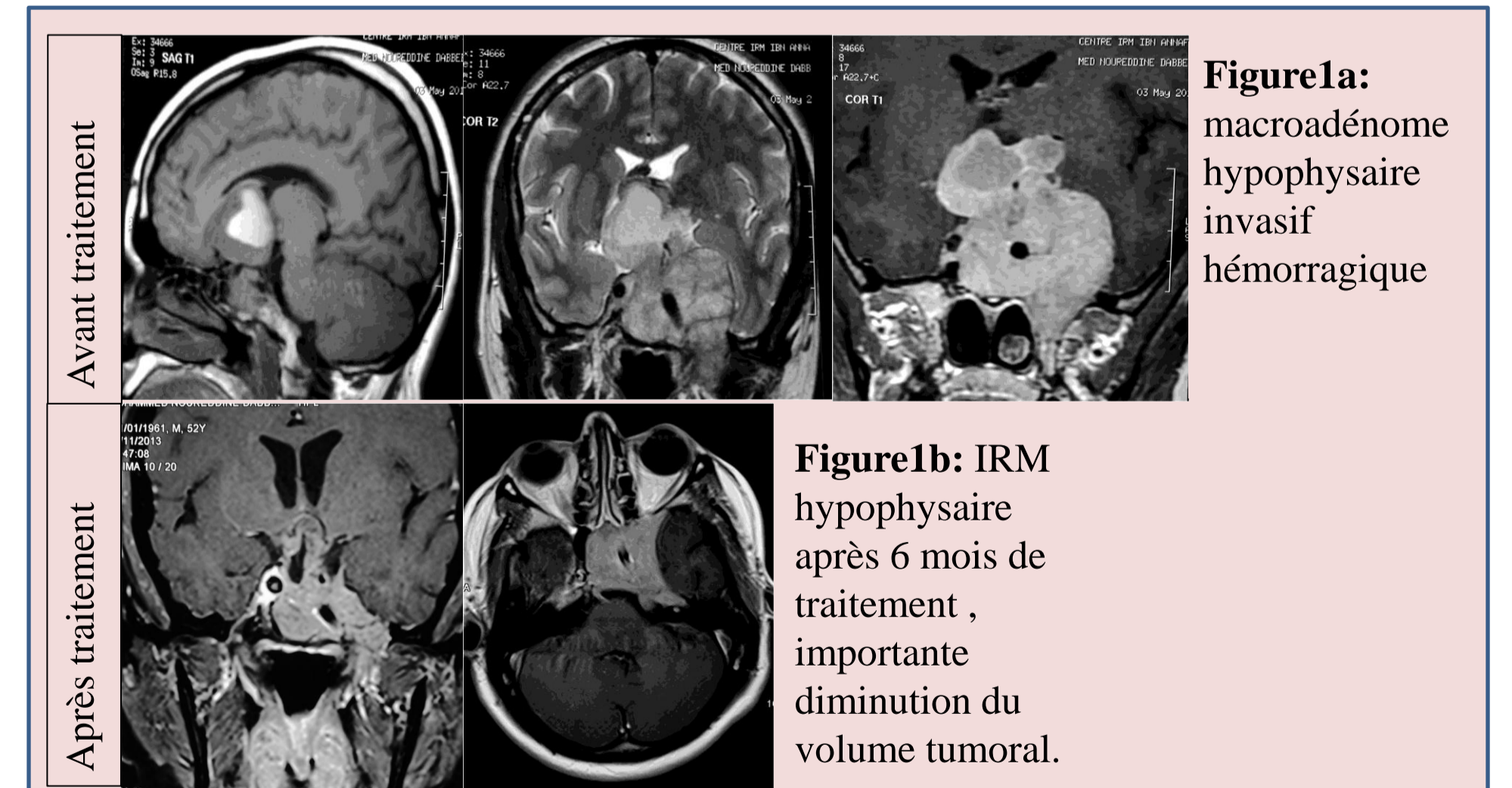
Cas n°3



Cas n°5



Cas n°6



## Discussion:

- ❑ Le prolactinome est le plus fréquent des adénomes hypophysaires sécrétants. Il s'agit souvent d'un microadénome chez les femmes alors que chez les hommes il s'agit souvent d'un macroadénome hypophysaire.
- ❑ Les PGI sont rares ( 2% de l'ensemble des adénomes hypophysaires) et se voient souvent chez les hommes (Sex ratio= 9/1); ceci est concordant avec nos résultats.
- ❑ Le traitement de première intention; même en présence de troubles visuels; est basé sur les AD. D'autres modalités thérapeutiques peuvent être utilisées: chirurgie hypophysaire qui serait dans la majorité des cas partielle étant donnée l'envahissement sellaire et extrasellaire de l'adénome hypophysaire, la radiothérapie peut également être adoptée mais en dernier lieu devant le risque d'insuffisance antéhypophysaire iatrogène.
- ❑ L'envahissement extrasellaire du macroprolactinome est habituellement suprasellaire. L'extension en inférieur vers le sinus sphénoïdal du processus tumoral est également largement décrite. Cependant, l'extension vers l'orbite est exceptionnellement rapportée ( le macroprolactinome chez le 3<sup>ème</sup> patient était révélé par une exophtalmie unilatérale)

## Conclusion:

Les « PGI » est une entité rare. Malgré leur agressivité locorégionale ils répondent, en général, favorablement au traitement médical.