



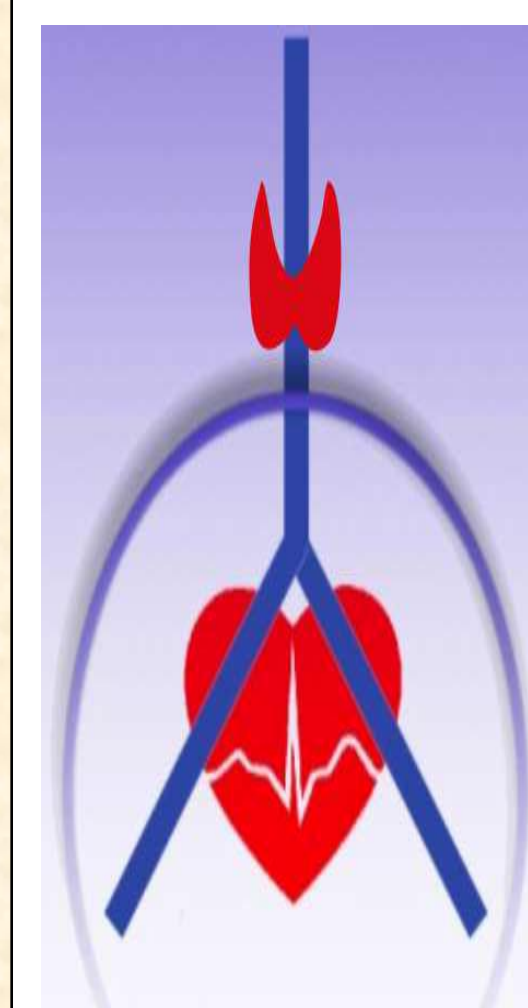
Hyperplasie thyroïdienne peut être un véritable diagnostic différentiel de macroadénome hypophysaire

N. Bouznad, G.EL Mghari, N.EL Ansari

Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies métaboliques

Laboratoire PCIM

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cadi Ayyad. Marrakech



Introduction:

- L'hyperplasie hypophysaire est une prolifération non néoplasique d'au moins une lignée hypophysaire, secondaire souvent à un déficit prolongé d'une glande cible.
- Son principal diagnostic différentiel est l'adénome hypophysaire.
- La lignée thyroïdienne peut être touchée au décours d'une hypothyroïdie périphérique trainante.
- Nous en rapportons 3 observations.

Observation 1:

- Femme de 25 ans, adressée pour avis endocrinologique devant un adénome hypophysaire programmé pour intervention neurochirurgicale.
- Une IRM réalisée devant une galactorrhée a en effet mis en évidence une volumineuse tumeur hypophysaire.

- La symptomatologie:** céphalées matinales, constipation, prise de poids de 10kg

- L'examen clinique:** La thyroïde est hétérogène

- A l'IRM:** volumineuse tumeur hypophysaire.

•Les dosages hormonaux:

- Hypothyroïdie périphérique profonde : TSH>100mUI/L
- Hyperprolactinémie modérée.

- Prise en charge:** Hormonothérapie à dose progressive.

- Evolution:** amélioration spectaculaire de l'état clinique (avec perte de 10 kg de poids).

- L'IRM de contrôle** (3 mois après): régression complète de la masse hypophysaire avec restitution ad integrum.

Observation 2:

- M A.A , agé de 17 ans,

- Motif d'hospitalisation:** Obésité, cassure de la courbe staturale, difficultés scolaires, céphalées intermittentes , sans vomissement ni BAV.

•A l'examen clinique:

- Retard statural:
- Excès pondéral:

- Au bilan thyroïdien :** TSHus > 60 mUI /ml, T4I <1 pmol/l.

- Echographie cervicale :** thyroïde atrophique hétérogène

- La TDM cérébrale**, réalisé à deux reprises, objective un aspect en faveur d'un adénome hypophysaire.

- Une hormonothérapie substitutive** a été instauré entraînant une amélioration clinique

- IRM hypothalamo-hypophysaire**, réalisée 3 mois après avait montré une régression complète des masses hypophysaires.

Observation 3:

- M AC, agé de 36 ans,

•Motif de consultation:

- Dépigmentation, dépilation, Baisse de la fréquence du rasage , constatées depuis trois ans.
- Avec, depuis 1 mois: des céphalées frontales sans vomissements.

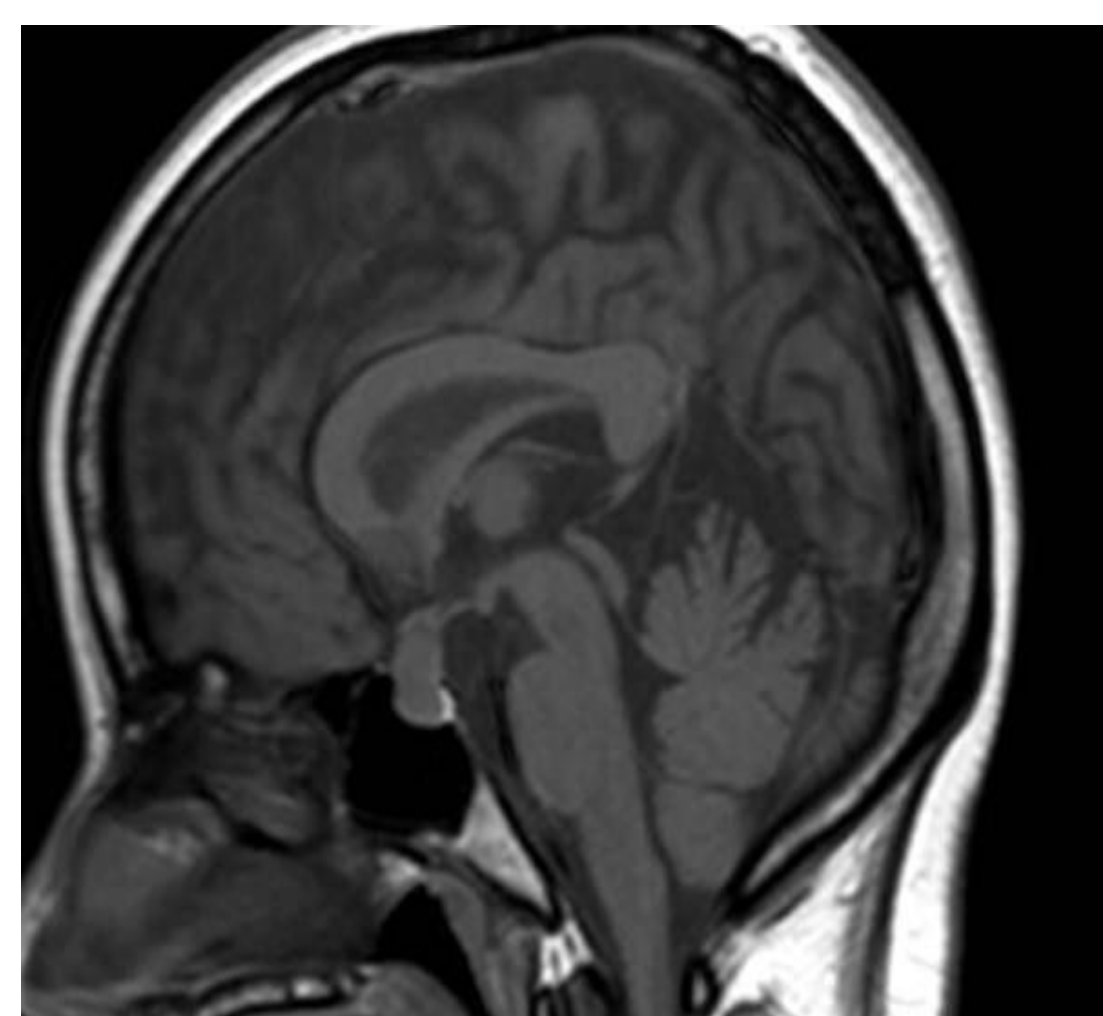


Figure 1: IRM hypophysaire en coupe sagittale séquence T1.

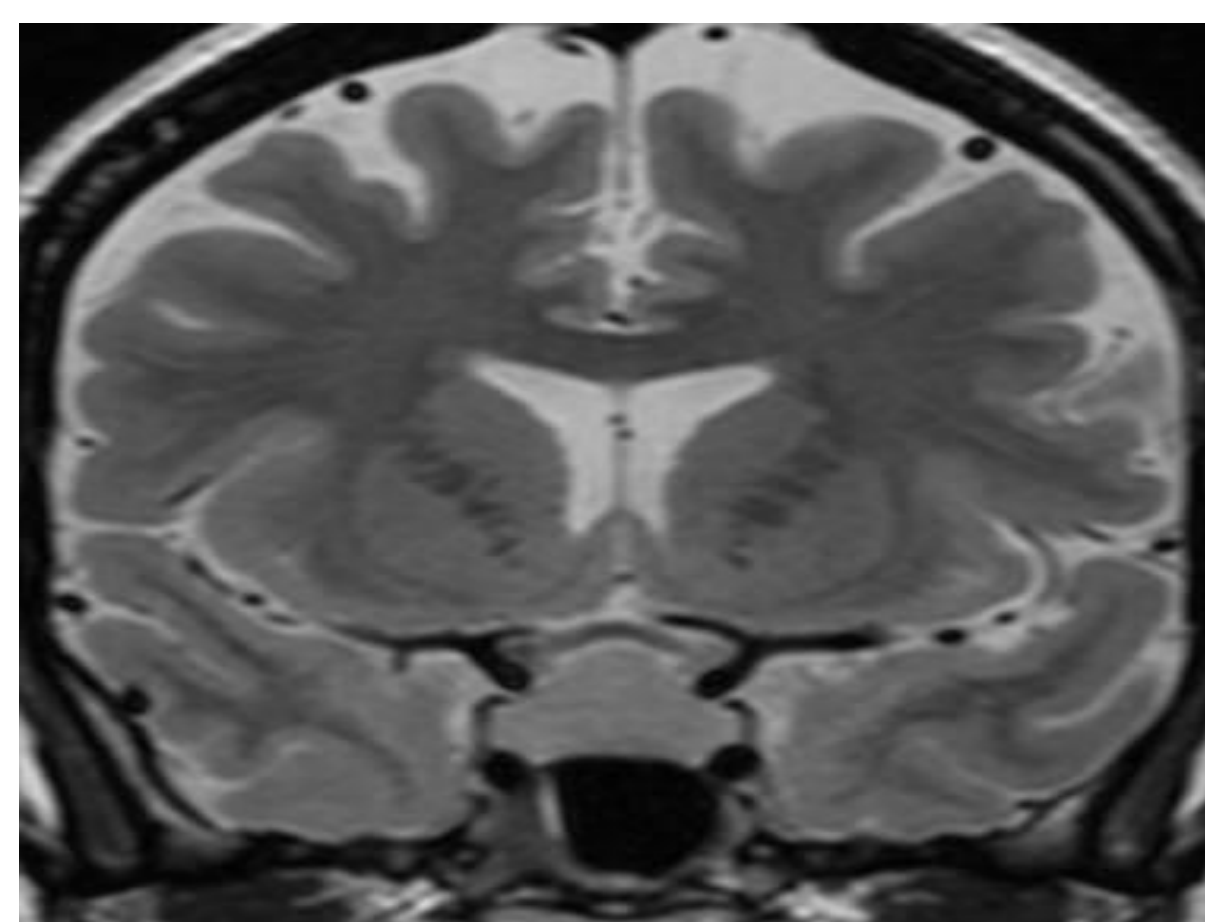


Figure 2: IRM hypophysaire en coupe coronale séquence T2.

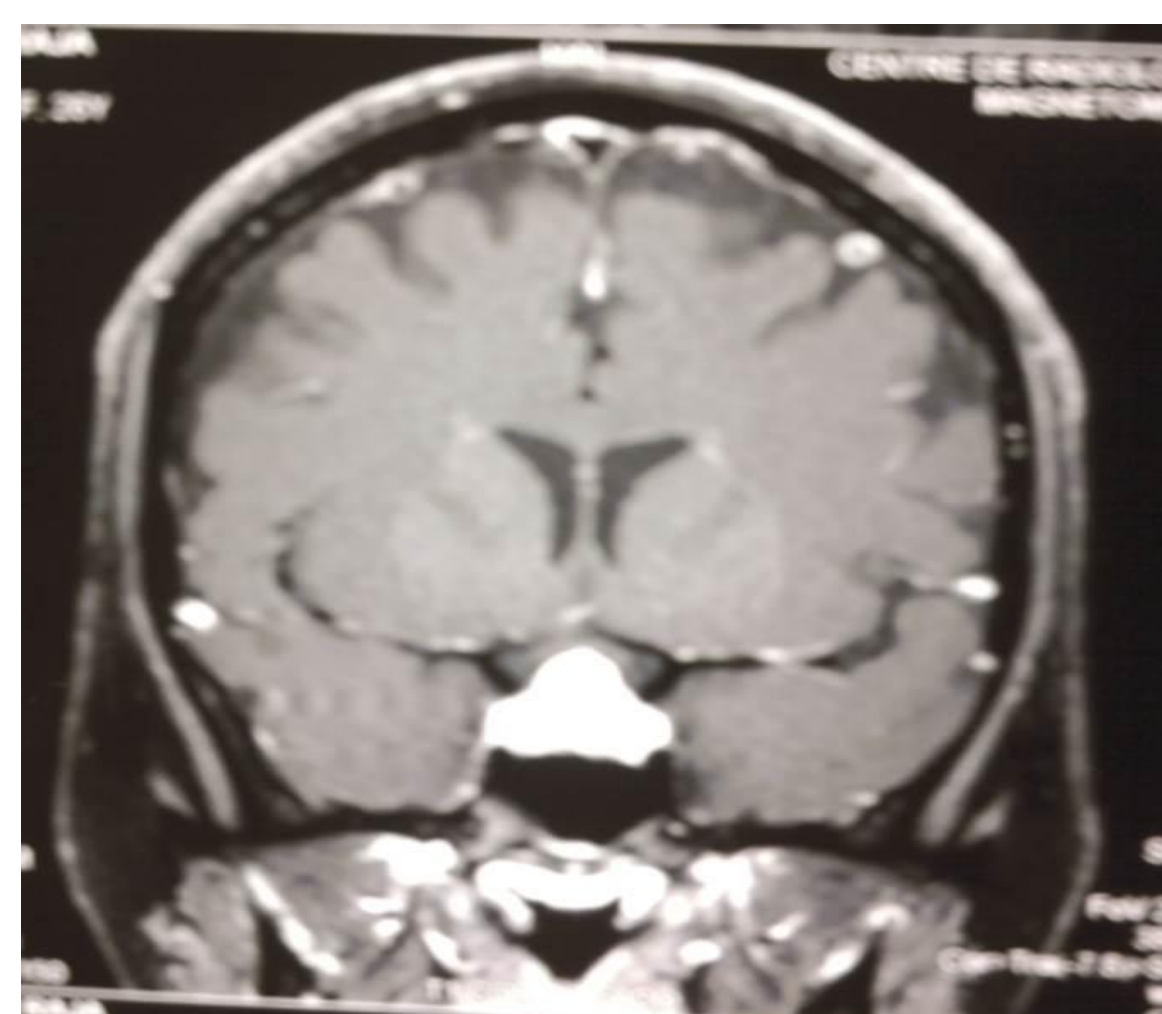


Figure 3: IRM hypophysaire en coupe coronale après injection du gadolinium.



Figure 4: IRM hypophysaire en coupe sagittale, montrant une régression totale de la masse hypophysaire avec une hypophyse d'aspect normal.

•A l'examen clinique :

- Ralentissement psychomoteur,
- Infiltration cutanée avec une peau fine et
- Dépilation généralisée.

- Au bilan :** TSH>100uUI/mL.

- IRM hypothalamo-hypophysaire:** lésion hypophysaire pouvant être en rapport avec un macroadénome.

- Echographie cervicale:** thyroïde hypo-échogène pseudo-nodulaire.

- L'hormonothérapie substitutive** a été instituée entraînant une amélioration spectaculaire de l'état clinique du patient

- IRM hypothalamo-hypophysaire** de contrôle avait montré une régression complète des masses hypophysaires

Commentaires:

- L'hyperplasie hypophysaire secondaire à l'hypothyroïdie périphérique est définie par une augmentation de la taille de l'hypophyse:

Hypothyroïdie périphérique ancienne trainante

↓
Perte du feedback négatif exercé par les hormones thyroïdiennes

↓
Surproduction de la TRH

↓
Hyperplasie des cellules thyroïdiques.

•Incidence:

- Varie de 25 % à 81 %
- Plus élevée (70 %) si TSH≥50μIU/ml

- **La TRH a aussi un effet stimulateur sur les cellules lactotropes:**

- Une hyperprolactinémie légère à modérée peut aussi être rencontrée chez ¼ des patients

• Néanmoins:

- Elle peut aussi résulter de la compression de la tige pituitaire
- Par absence d'effet inhibiteur de la dopamine (sécritée par l'hypothalamus) sur les cellules lactotropes.

- **Le traitement substitutif en hormones thyroïdiennes:**

- Permet une diminution de la taille de la glande dans 85 % des cas

- **La chirurgie devrait être réservée:**

- A la décompression du chiasma optique
- ou pour obtenir un diagnostic histologique si la masse hypophysaire ne répond pas au traitement hormonal.

Conclusion:

Bien que classique, l'hyperplasie hypophysaire secondaire à une hypothyroïdie n'est pas fréquente et atteint rarement une taille aussi importante, la discussion multidisciplinaire et l'intégration des éléments cliniques sont les principaux garant du diagnostic.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt