

Introduction

L'épaississement de la tige pituitaire associé à un diabète insipide peut être observé en cas de pathologie tumorale, granulomateuse ou inflammatoire.

Cas clinique

Un homme de 82 ans, aux antécédents de syndrome de Tolosa Hunt, est admis dans le service d'endocrinologie en janvier 2015 pour prise en charge d'une insuffisance hypophysaire et de masses surrénaliennes bilatérales.

Dans le courant du mois d'août 2014, il se plaint de douleurs hémi-crâniennes gauches non pulsatiles. Une artérite de Horton est cliniquement suspectée et le patient est traité par méthylprednisolone à la dose quotidienne de 64mg.

En octobre, après une amélioration clinique transitoire, le patient présente sous corticothérapie à dose dégressive (32 mg de Médrol®), d'une part, une recrudescence des céphalées associées à des troubles visuels, d'autre part, des transpirations profuses, des douleurs abdominales accompagnées d'inappétence et d'amaigrissement. Il est hospitalisé pendant 3 semaines durant lesquelles il est progressivement sevré de sa corticothérapie. La biologie montre une hyperleucocytose à 16450/mm³ (N 4000-10000), une CRP à 108 mg/L (N <10), une VS à 71 mm/H, des γ GT à 121 U/L (N < 61) et des LDH à 692 U/L (N<480).

Le scanner thoraco-abdominal montre une lésion surrénalienne gauche. L'IRM révèle des lésions surrénaliennes bilatérales. Ces dernières sont intensément hypermétaboliques au PET SCAN ¹⁸F-FDG. La scintigraphie au MIBG ne montre pas d'hyperfixation surrénalienne pathologique.

La biopsie de la lésion surrénalienne initialement envisagée n'est finalement pas réalisée en raison de la diminution « spontanée » de sa taille en fin d'hospitalisation.

En décembre, soit 2 mois après l'arrêt de la corticothérapie, le patient est ré-hospitalisé pour asthénie majeure, prurit, inappétence et polydipsie. Le bilan hormonal montre un panhypopituitarisme et un diabète insipide. L'examen ophtalmologique révèle une quadranopsie inférieure droite.

L'IRM hypophysaire montre un épaississement de la tige pituitaire de 5 mm et une lésion hypothalamique supra chiasmaticque de 9x13x14 mm. Cette lésion iso-intense en T1, légèrement hyper-intense en T2, se rehausse intensément après injection de gadolinium.

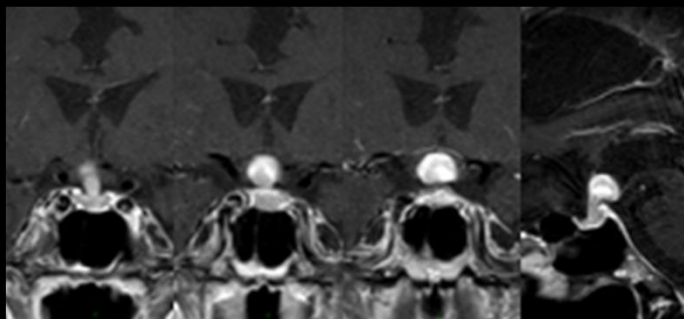


Figure 1
IRM hypophysaire (décembre 2014)
Coupes coronale T1 et sagittale T1 avec injection de gadolinium.
Lésion hypothalamique supra chiasmaticque de 9x13x14mm. Intense rehaussement après injection de Gadolinium.

Références

- Ogilvie et al. Lymphoma Metastasizing to the Pituitary: An Unusual Presentation of a Treatable Disease. Pituitary 2005; 8: 139-146.
- Nakashima et al. Pituitary and adrenal involvement in diffuse large B-cell lymphoma with recovery of their function after chemotherapy. BMC Endocrine Disorders 2013; 13: 45

Cas clinique

Le scanner abdominal révèle des masses surrénaliennes supra-centimétriques bilatérales.



Figure 2
CT SCAN abdominal (janvier 2015)
Lésions surrénaliennes bilatérales de 28 x 16 mm et 21 x 23 mm (30 UH)

Le PET SCAN ¹⁸F-FDG confirme le caractère intensément hypermétabolique des lésions surrénaliennes gauches tandis que la lésion surrénalienne droite est modérément hypermétabolique. Des images de fusion avec L'IRM hypophysaire mettent en évidence la nature hypermétabolique de la lésion hypothalamique et de la tige pituitaire élargie.

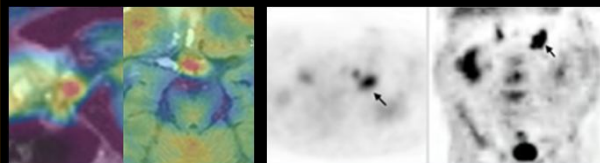


Figure 3
Fusion IRM cérébrale et PET SCAN ¹⁸F-FDG

Figure 4
PET SCAN ¹⁸F-FDG
Masses surrénaliennes gauches nettement hypermétaboliques

Le patient bénéficie d'une ponction, par écho-endoscopie, d'une lésion surrénalienne gauche.

L'examen anatomopathologique conclut au diagnostic de lymphome de Burkitt.

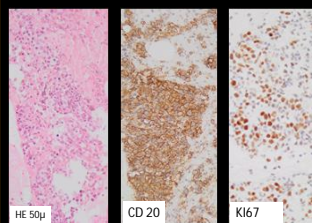


Figure 5
Cellules tumorales fortement positives pour les immunomarquages Ki 67, anti-CD20 et anti-Bcl 6, et plus faiblement pour les immunomarquages anti-Bcl2

Discussion

Les métastases hypophysaires sont rarement observées dans le lymphome (0.5 %). Elles s'observent plus fréquemment dans le lymphome B diffus à grandes cellules (DLCL) que dans le lymphome de Burkitt. Si trois cas de patients âgés atteints de DLCL, avec une atteinte surrénalienne bilatérale et une atteinte hypophysaire ont déjà été rapportés, c'est à notre connaissance le premier cas d'atteinte simultanée de ces deux glandes endocrines associé à un lymphome de Burkitt.

Contact

Dr France Devuyst
Service d'Endocrinologie
ULB - Hôpital Universitaire ERASME
808, route de LENNIK - 1070 Bruxelles
Belgique
[Email: fdevuyst@ulb.ac.be](mailto:fdevuyst@ulb.ac.be)

