

220. Adénome hypophysaire.

Objectif ECN

- Diagnostiquer un adénome hypophysaire

1. Diagnostic

2. Caractéristiques des différents types de tumeurs

3. Complications

4. Diagnostic différentiel

Points essentiels

Adénome bénin de l'hypophyse pouvant être responsable :

- de symptômes liés à une hypersecrétion d'hormones hypophysaires
- de symptômes liés à une insuffisance hormonale
- d'un syndrome tumoral

Le diagnostic est établi par l'association de nombreux tests biologiques à l'IRM hypophysaire.

1. Diagnostic

Clinique :

- interrogatoire :
 - signes en faveur d'un syndrome tumoral (cf. infra)
 - signes en faveur d'un adénome particulier
 - signes en faveur d'une insuffisance d'un ou plusieurs axes
- examen physique :
 - signes en faveur de chacun des adénomes
 - signes en faveur d'une insuffisance d'un ou plusieurs axes
 - champ visuel au doigt

Biologie :

- rechercher une ou plusieurs hypersécrétion(s) et un ou plusieurs déficit(s)
- les hypersécrétions hypophysaires sont fréquemment associées à un rétrocontrôle négatif hypothalamique :
 - déficit en facteur stimulant
 - hypersécrétion de facteur inhibiteur
- association fréquente : adénome mixte GH + prolactine

Hormone hypophysaire	Stimulation hypothalamique	Inhibition hypothalamique
Prolactine	TRH	Dopamine
GH	GHRH	Somatostatine
LH, FSH	GnRH	
ACTH	CRH, AVP	
TSH	TRH	Somatostatine

Imagerie :

- IRM hypophysaire en séquences T1 et T2, sans et avec injection de gadolinium : examen de référence pour visualiser l'adénome

- en cas de non visualisation de l'adénome à l'IRM, on peut parfois proposer un cathétérisme des sinus pétreux (pour dosages sélectifs)

Examen ophtalmologique :

- indispensable en cas de macroadénome hypophysaire
- permet d'effectuer un champ visuel correct, une acuité visuelle

2. Caractéristiques des différents types de tumeurs

Tumeurs à prolactine (prolactinomes) :

- fréquence : 40%
- interrogatoire :
 - troubles des cycles
 - troubles de la libido
 - troubles de l'érection
- signes physiques :
 - hypogonadisme et gynécomastie (homme)
 - galactorrhée (femme)
- biologie :
 - prolactine de base élevée
 - pas de réponse au test à la TRH théoriquement

Tumeurs à ACTH (corticotropes) :

- fréquence : 10%
- interrogatoire :
 - troubles psychiatriques
 - prise de poids ++
 - HTA
 - asthénie
 - hirsutisme
- signes physiques :
 - érythrose
 - buffalo neck
 - répartition facio-tronculaire des graisses
 - vergetures
 - amyotrophie proximale
 - troubles du cycle
- biologie → syndrome de Cushing ACTH-dépendant :
 - cortisol libre urinaire des 24 heures élevé
 - perte du cycle et valeurs élevées d'un cycle nyctéméral du cortisol
 - freinage minute et standard à la dexaméthasone négatif
 - test à la métopyrone positif
 - freinage fort à la dexaméthasone négatif
 - test à la CRH positif
 - ACTH élevée

Tumeurs à GH (somatotropes) :

- fréquence : 15%
- interrogatoire :
 - céphalées
 - sueurs
- augmentation de la pointure et de la taille des bagues

- signes physiques :
 - syndrome dysmorphique (acromégalie)
 - HTA
 - intolérance aux hydrates de carbone ou diabète
 - viscéromégalie
 - arthralgies
- biologie :
 - cycle de GH : valeurs élevées
 - IGF1 rapportée à l'âge élevée
 - pas de freinage de la GH lors d'une HGPO

Tumeurs à FSH, LH, sous-unité α (gonadotropes) :

- fréquence : 30%
- interrogatoire : aspécifique
- signes physiques : aspécifiques
- biologie :
 - gonadotrophines et stéroïdes sexuels élevés
 - réponse forte au test à la LHRH

Tumeurs à TSH (thyrotropes) :

- fréquence : 1%
- interrogatoire → tableau d'hyperthyroïdie :
 - asthénie
 - perte de poids
 - palpitations
- signes physiques :
 - hyperthyroïdie sans exophtalmie
 - goitre modéré
- biologie : T4 et T3 libres élevées, avec une TSH trop élevée en comparaison (inappropriée)

3. Complications

Complications liées à la masse tumorale :

- syndrome tumoral → association de céphalées, troubles du champ visuel à type d'hémianopsie bitemporale (par compression du chiasma optique) et au pire de nausées et vomissements (par HTIC)
- apoplexie hypophysaire : hémorragie intra-adénomateuse brutale : céphalée aiguë et installation d'insuffisance hypophysaire
- compression d'un nerf oculomoteur dans le sinus caverneux

Complications liées au trouble endocrinien :

- déficit hypophysaire :
 - unique ou multiple, réalisant au maximum un tableau de panhypopituitarisme
 - examens permettant de les mettre en évidence :
 - cortisol : hypoglycémie insulémique
 - TSH : TSH, T4 libre
 - GH : IGF1, GH sous hypoglycémie insulémique
 - FSH, LH : FSH, LH, oestradiol, testostérone (chez l'homme), ± test à la LHRH
 - prolactine : prolactine de base
- complications liées à l'hypersécrétion