

ADENOMES HYPOPHYSAIRES

Pr I. TAUVERON
Clermont-Ferrand

DIU NeuroOncologie

24 Novembre 2006

Clermont-Fd

ADENOMES HYPOPHYSAIRES

■ EPIDEMIOLOGIE

15 % des tumeurs cérébrales

Prévalence $200/10^6$

Incidence $15/10^6/\text{an}$

À l'autopsie 6 à 20 % adénomes

Images IRM 10 % population

ADENOMES HYPOPHYSAIRES

■ PHYSIOPATHOLOGIE - 1

Stimulation hypothalamique

Origine hypophysaire primitive

les 2

ADENOMES HYPOPHYSAIRES

■ PHYSIOPATHOLOGIE - 2

Stimulation hypothalamique

Lignée	Hormone hypophysaire	Hormone hypothalamique
Lactotrope	Prolactine (PRL)	Dopamine (-)
Somatrope	Hormone de croissance (GH = Growth hormone)	Somatostatine (-) GHRH (+) (GH Releasing Hormone) GH sécrétagogue (+) (Ghréline)
Thyréotrope	Thyréotrope (TSH + thyreo Stimulating Hormone)	TRH (+) (Thyrotropin Releasing Hormone) Somatostatine (-)
Corticotrope	Corticotrope (ACTH = Adrenocorticotropic Hormone)	CRH (+) (Corticotropin Releasing Hormone) AVP (+) (Arginine Vasopressin)
Gonadotrope	Gonadotropines (FSH = Folliculo Stimulating Hormone) LH = Luteotropic Hormone	LHRH ou GmRH (+) (LH ou Gonadotropin Releasing Hormone)

ADENOMES HYPOPHYSAIRES

■ PHYSIOPATHOLOGIE - 3

Origine hypophysaire primitive

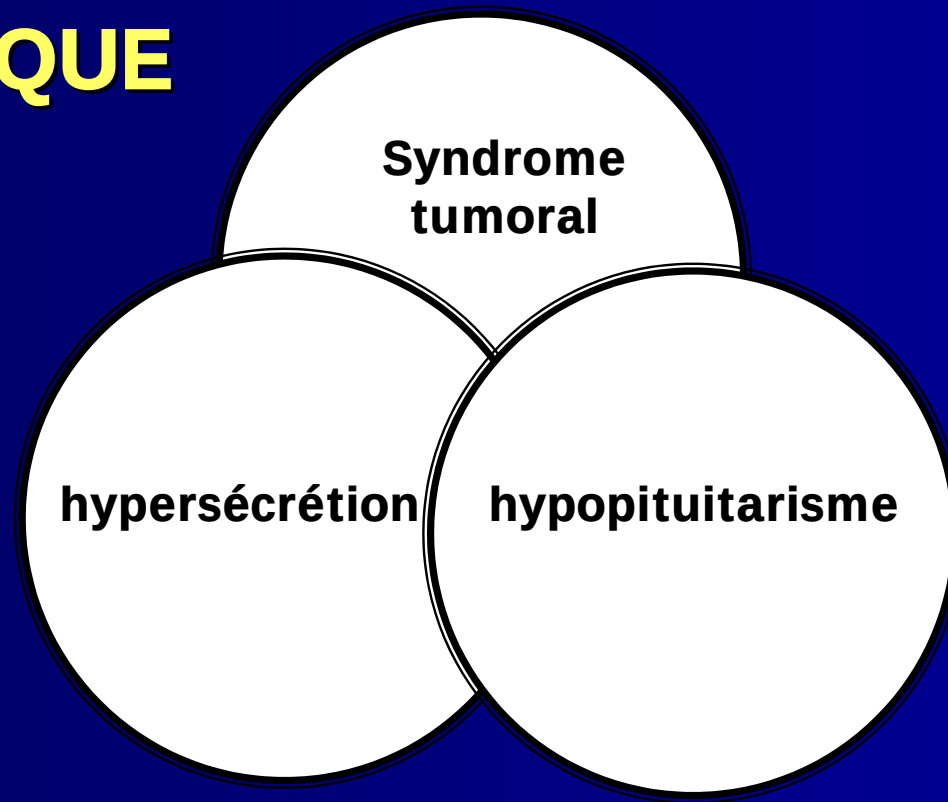
caractère monoclonal de la plupart des
adénomes HP +++

Peu de mutations activatrices décrites sauf
oncogène gsp et 40 % GH

Pas de mutation de gènes répresseurs

ADENOMES HYPOPHYSAIRES

■ CLINIQUE



ADENOMES HYPOPHYSAIRES

■ SYNDROME TUMORAL

- Céphalées frontales
Convulsions, rhinorrhée
Apoplexie : douleur, méningisme,
troubles visuels
- Anomalies du champ visuel
- Troubles oculomoteurs III IV VI

HYPERSECRETION - PROLACTINE

- 40 % des adénomes HP
- 90 % non invasifs
- Clinique : **femme** anovulation
 spanioménorrhée
 galactorrhée
 aménorrhée – galactorrhée
 homme troubles sexuels
- Complications : infertilité
 ostéoporose

HYPERSECRETION - PROLACTINE

- **Taux prolactine élevé**
 - > 100 ng/ml très évocateur
 - macro A et < 100 ng/ml ?
- **Diagnostic différentiel**
 - Image HP + médicament
 - + hypothyroïdie
 - + grossesse
 - + macroprolactine
 - + Insuf. Rénale ou Insuf. Hépatique
 - + OPK
 - Test dynamique ??

HYPERSECRETION - GONADOTROPE

- Longtemps considéré **NON** sécrétant
- Clinique :

homme

rien ou troubles sexuels

femme

rien ou troubles sexuels

**exceptionnelle stimulation
ovarienne**

HYPERSECRETION - GONADOTROPE

- Biologie**

souvent FSH LH normales

testosterone/E₂ normales ou abaissées

HYPERSECRETION - SOMATOTROPE

- **Clinique** : acromégalie + HTA + pb os +
tumeurs + IC + tr respiratoires
- **Biologie** : IGF1 élevé
GH élevée non freinable par HGPO









HYPERSECRETION - SOMATOTROPE

- **Clinique** : acromégalie + HTA+pb os+
tumeurs + IC + tr respiratoires
- **Biologie** : IGF1 élevé
GH élevée non freinable par HGPO

HYPERSECRETION - CORTICOTROPE

- **Clinique** : Syndrome de Cushing
- **Biologie** : hypercorticisme non freinable
ACTH dépendant
- **Diagnostic différentiel** : paranéoplasique
test CRH / freinage fort









HYPERSECRETION - CORTICOTROPE

- **Clinique** : Syndrome de Cushing
- **Biologie** : hypercorticisme non freinable
ACTH dépendant
- **Diagnostic différentiel** : paranéoplasique
test CRH / freinage fort

HYPERSECRETION - THYREOTROPE

- **Clinique** : hyperthyroïdie

- **Biologie** : T4 élevée

TSH non abaissée

HYPOSECRETION-IAHP

- **Selon la vitesse d'installation et l'âge**
- **Souvent lente et insidieuse**
- **Parfois dissociée**
- **Atteinte GH > FSH-LH > TSH > ACTH > PRL**

HYPOSECRETION

- **Insuffisance corticotrope**
 - **Asthénie, anorexie, perte de poids**
 - **Crampes**
 - **Hypotension inconstante**
 - **Dépigmentation**
- **Insuffisance thyroïdienne**
 - **Rarement au premier plan**
 - **Frilosité, apathie, constipation, bradycardie**
 - **Peau sèche, dépilation**

HYPOSECRETION

- **Insuffisance gonadotrope**

- **Homme :**

- Baisse de la libido et impuissance
 - Moindre masse musculaire, ostéoporose
 - Réduction testicules et caractères secondaires

- **Femme :**

- Aménorrhée sans bouffée de chaleur
 - Frigidité, atrophie vulvovaginale

- **Insuffisance lactotrope**

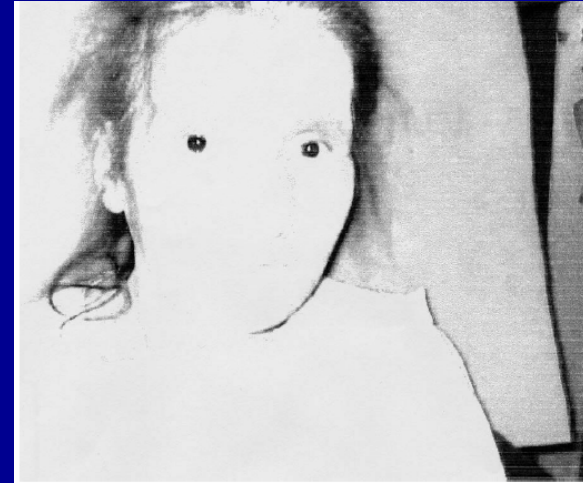
- Absence de montée laiteuse (Sheehan)

HYPOSECRETION

- **Insuffisance somatotrope**
 - **Adulte :**
 - **Asthénie – adiposité**
 - **Masse musculaire et osseuse réduite**
 - **Moindre qualité de vie**
 - **Enfant :**
 - **Nanisme harmonieux**

HYPOSECRETION

- **Le plus marquant**
 - **Indifférence vis-à-vis de la maladie**
 - **Aspect de « petit vieux »**



« Jacques et son pavillon de banlieue »

HYPOSECRETION

- **Biologie**
- **Non spécifique**
 - **Anémie normochrome normocytaire**
 - **Tendance à l'hypoglycémie**
 - **Tendance à l'hyponatrémie**

HYPOSECRETION

- **Biologie Hormonologie**
- **Insuffisance corticotrope**
 - Cortisolémie matinale basse < 200 nmol/l
 - ACTH non élevée
 - CLU abaissé (peu sensible)
 - Rarement tests dynamiques :
 - Synacthène* 250 ou 1 µg
 - Métopirone
 - Hypoglycémie insulinique

Intérêt ?

HYPOSECRETION

- **Biologie Hormonologie**
- **Insuffisance thyroïdienne**
 - T4 libre abaissée
 - TSH non élevée
 - Rarement test à la TRH
- **Insuffisance gonadotrope**
 - Testostérone/E2 abaissées
 - FSH-LH non élevées
- **Insuffisance lactotrope**
 - Prolactine basse

HYPOSECRETION

- **Biologie Hormonologie**

- **Insuffisance somatotrope**

- IGF-1 bas : élément d'orientation
- Recherche d'absence de pic sécrétoire de GH

- **Hypoglycémie insulinique**

- 0,1 u/kg IV
- Glycémie doit être $< 2,2$ mmol/l
- Dosages répétés GH

- **GHRH-arginine**

- 1 μ g/kg – 0,5 g/kg

- **L-Dopa**

- **Clonidine**

- **Glucagon-propranolol**

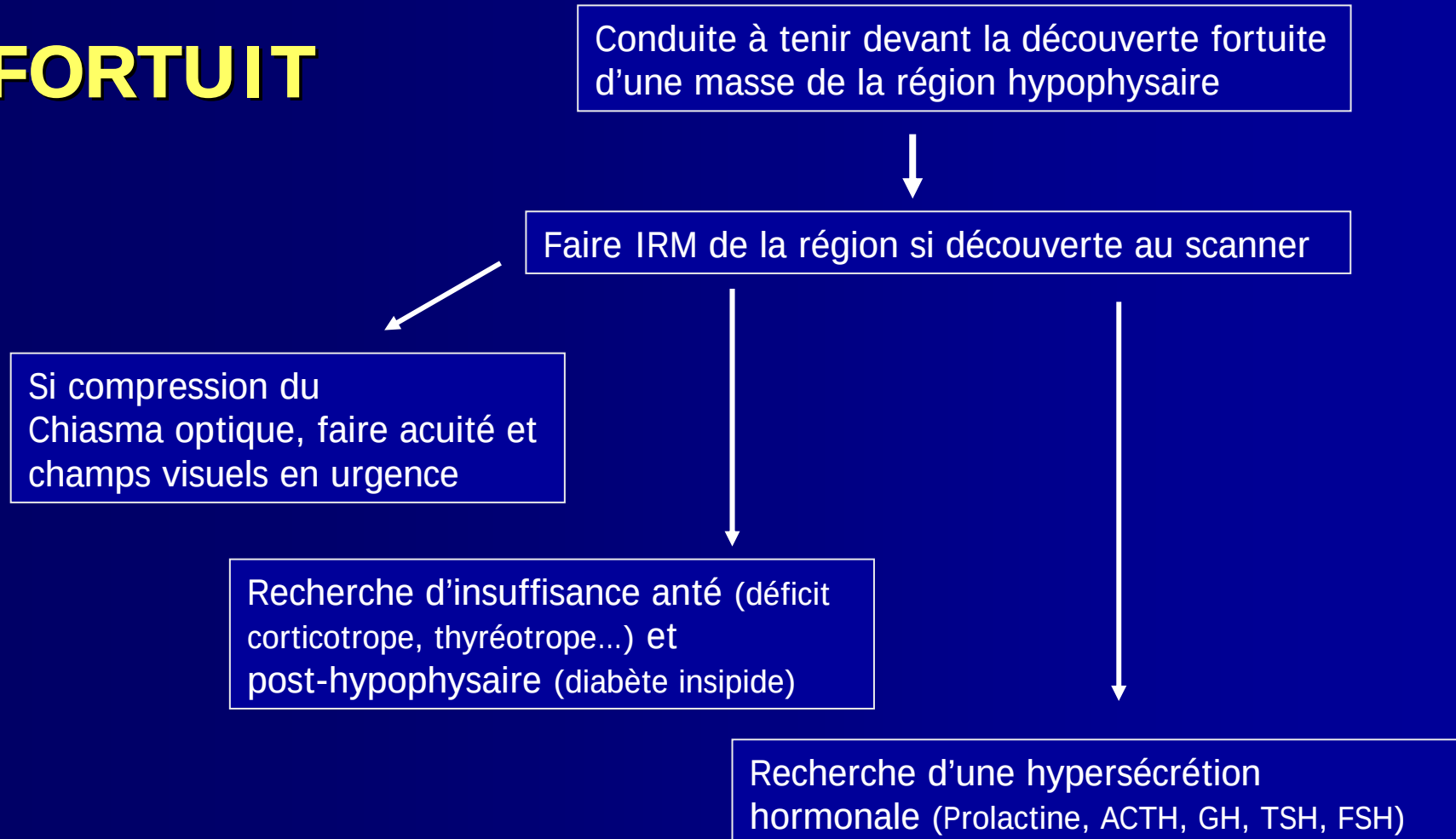
Réponse normale si pic GH > 10 mg/ml

HYPOSECRETION- DIABETE INSIPIDE

- **Polyurie et polydipsie** intense, diurne et nocturne
- **Urines** claires, hypodenses (<1005)
- **Test de restriction hydrique ?**

ADENOMES HYPOPHYSAIRES

■ FORTUIT



ADENOMES HYPOPHYSAIRES

■ CONCLUSION

