

Recommandations pour le diagnostic des tumeurs hypophysaires*

F. P. Pralong^a, C. A. Meier^b

^a Division d'Endocrinologie et Diabétologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

^b Division d'Endocrinologie et Diabétologie et Clinique de Médecine II, Hôpital Cantonal Universitaire, Genève

Introduction

Le diagnostic de tumeur hypophysaire est posé de plus en plus fréquemment en raison de la sensibilité des techniques d'imagerie moderne. La prévalence des microadénomes hypophysaires dans les séries d'autopsie se situe entre 8 et 27%, et des lésions mesurant entre 2 et 5 mm sont apparentes sur 10 à 40% des examens par résonance magnétique nucléaire (RMN) cérébrale effectués dans le bilan de pathologies non-hypophysaires. Ces données contrastent avec la prévalence des tumeurs hypophysaires significatives cliniquement, qui a été estimée autour de 0,02 à 0,05% [1]. Ceci indique que moins de 0,5% des microadénomes hypophysaires à découverte fortuite vont devenir cliniquement pertinents, et il est donc important de définir une approche diagnostique pour le médecin généraliste qui permette d'identifier les rares patients nécessitant une prise en charge spécifique.

Dans cet article, nous nous proposons de définir le type d'évaluation indiqué pour le diagnostic des diverses tumeurs hypophysaires découvertes fortuitement. Le bilan en cas de suspicion clinique d'une tumeur hypophysaire sécrétante est détaillé dans la version complète de cet article publiée sur le site web de la SSED (www.sgedssed.ch).

Tumeurs hypophysaires découvertes fortuitement

Des études récentes suggèrent que la prévalence des microadénomes hypophysaires de plus de 3 mm de diamètre découverts fortuitement au CT scan cérébral se situe entre 4 et 20%, alors qu'elle varie de 10 à

* Ces recommandations ont été approuvées par le Comité de la Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie.

Correspondance:

Dr Christoph A. Meier, P.D.

Division d'Endocrinologie et Diabétologie et Clinique de Médecine II
Hôpital Cantonal Universitaire
CH-1211 Genève 14

40% en ce qui concerne les examens par RMN cérébrale (lésions de plus de 2 mm de diamètre). La découverte d'un macroadénome (>1 cm de diamètre) est toujours pathologique et ne peut être considérée comme un incidentalome. Bien que les incidentalomes soient de loin les lésions hypophysaires les plus fréquentes, les images radiologiques doivent être examinées en détail afin d'exclure les lésions non-adénomateuses qui doivent être considérées lors du diagnostic différentiel d'une masse de la région de la selle turcique (tableau 1) [2].

Il résulte de ce qui précède que le bilan proposé pour un patient porteur d'une lésion hypophysaire découverte fortuitement va dépendre de sa taille.

Microadénomes (<1 cm)

Bien que l'histoire naturelle de ces lésions ne soit pas encore complètement élucidée, la très grande majorité des microadénomes découverts fortuitement et suivis sans traitement durant plusieurs années ne change pas de taille, et il n'y a pas d'apparition d'hypersecretion hormonale (taux de progression inférieur à 0,5%). La première démarche diagnostique lors de la découverte d'une lésion hypophysaire so-

Tableau 1

Causes des masses sellaires.

Lésions solides, focales
- adénomes
- carcinomes/sarcomes (métastases, primaires)
- autres (chordome, sarcome)
Lésions kystiques
- crâniopharyngiomes
- poche de Rathke
- arachnoïde
Anévrisme carotidien
Augmentation du volume hypophysaire
- hypothyroïdie
- hypophysite lymphocytaire
- grossesse

Tableau 2

Arguments cliniques pour une hyperprolactinémie.

Femmes préménopausées
- hypogonadisme (oligo-aménorrhée secondaire, infertilité)
- symptômes œstrogénoprives (bouffées de chaleurs, sécheresse vaginale)
- galactorrhée
Femmes ménopausées
- céphalées
- troubles de la vision
- galactorrhée rare
Hommes
- hypogonadisme (diminution de la libido, impuissance, troubles de la fertilité)
- gynécomastie
- céphalées
- troubles de la vision
- galactorrhée rare

Tableau 3

Arguments cliniques pour une acromégalie.

Système ostéoarticulaire, tissus mous
- augmentation des proéminences osseuses faciales
- macrogнатhie
- espacement dentaire augmenté
- macroglossie
- altération de la voix
- agrandissement des doigts, orteils
- arthropathie hypertrophique (genou, cheville, colonne vertébrale)
- syndrome du tunnel carpien
- neuropathie sensitivomotrice
Peau
- molluscum pendulum
- hyperhydrose
- épaissement de la peau
Système cardiovasculaire
- hypertension artérielle
- cardiopathie hypertrophique avec dysfonction diastolique, arythmies
Système respiratoire
- obstruction des voies aériennes supérieures (syndrome d'apnée du sommeil)
Métabolisme
- insuffisance hypophysaire (hypogonadisme)
- diabète sucré

Tableau 4

Arguments cliniques pour un syndrome de Cushing.

Généraux
- <i>obésité centrale</i>
- <i>faiblesse musculaire proximale</i>
- hypertension
- céphalées
- psychose (dépression, dysthymie)
Peau
- <i>vergetures roses (>1cm), ecchymoses</i>
- <i>pléthore faciale</i>
- hyperpigmentation
- acné
- hirsutisme
- infections cutanées fongiques
Métabolisme/endocrine
- <i>alcalose hypokaliémique</i>
- <i>ostéopénie</i>
- désordres du cycle menstruel, baisse de la libido
- diabète sucré
- calculs rénaux
- polyurie
- leucocytose
En italique sont indiqués les signes cliniques et paracliniques avec une valeur diagnostique spécifique par rapport à une obésité commune.

lide et focale de moins de 1 cm va consister en une évaluation clinique à la recherche d'une hypersécrétion hormonale (hyperprolactinémie, acromégalie, Cushing). Pour ce faire, il conviendra de reprendre une anamnèse dirigée à la recherche de symptômes suggestifs, et de compléter le cas échéant l'examen physique du patient (tab. 2 à 4). Seuls les patients avec suspicion clinique d'hypersécrétion hormonale devront bénéficier de tests biochimiques à la recherche de l'hypersécrétion suspectée. La majeure partie de ces tests est pratiquée et interprétée de manière optimale par un médecin spécialiste.

Dans les cas où aucune hypersécrétion hormonale n'est suspectée cliniquement, il conviendra uniquement de mesurer la prolactine basale [3]. Les microadénomes sans hypersécrétion de prolactine n'étant jamais la cause d'autres déficits hormonaux hypophysaires, il n'y a pas lieu de rechercher une déficience hormonale.

Le suivi optimal des patients avec microadénome non fonctionnel ne fait pas l'objet d'un large consensus dans la littérature. Une approche raisonnable est basée sur une stratification selon la taille de la lésion, avec un suivi exclusivement clinique pour les adénomes inférieurs à 5 mm et un suivi par RMN cérébrale à 6 et 12 à 24 mois pour les lésions entre 5 et 9 mm. Si la taille de la lésion est inchangée, il n'y a en principe plus d'indication à d'autres examens.

Macroadénomes

Tout macroadénome découvert fortuitement doit être investigué par un spécialiste selon les principes discutés dans la version complète de ce document. Ceci inclut un bilan étiologique de la masse ainsi que le dépistage d'une insuffisance hypophysaire, partielle ou complète.

Références

- 1 Molitch ME. Pituitary incidentalomas. *Endocr Metab Clin N Am* 1997;26(4):725.
- 2 Freda PU, Post KD. Differential diagnosis of sellar masses. *Endocr Metab Clin N Am* 1999;28(4):81.
- 3 King JT, Justice AC, Aron DC. Management of incidental pituitary microadenomas: a cost-effectiveness analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 1997;82:3625.