
METASTASE HYPOPHYSAIRE REVELATRICE D'UN ADÉNOCARCINOME A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

B. MERROUCHE, S. KHIDER, A. KHADRAOUI, B. ABDENNEBI

*Service de Neurochirurgie
Hôpital Salim Zemirli El Harrach Alger*

RÉSUMÉ : Les métastases de la région hypophysaire sont rares et ne sont qu'exceptionnellement inauguraux de la maladie cancéreuse. Le diagnostic est souvent difficile et leur prise en charge thérapeutique n'est pas codifiée. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 56 ans opéré dans notre service pour un processus de la région sellaire dont l'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'une métastase d'un adénocarcinome bronchique.

Mots clés : *Métastase hypophysaire, Adénocarcinome bronchique.*

ABSTRACT Pituitary metastasis are rare and difficult to assert. Their optimal approach and management remain to be defined. We report a case of a 56 year old patient who suffered from hypopituitarism and was operated on for an intra and suprasellar lesion. The pathological study revealed a metastasis aspect including squamous cell lung carcinoma.

Key words : *Pituitary metastasis, Carcinoma.*

INTRODUCTION

Les métastases de la région hypophysaire sont rares et ne sont qu'exceptionnellement inauguraux de la maladie cancéreuse. Nous rapportons un cas révélateur d'un cancer pulmonaire.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 56 ans, sans antécédents pathologiques. On retrouve chez lui la notion de tabagisme estimé à 60 paquets par an.

Il a été hospitalisé en juin 2015 en endocrinologie pour céphalées en casque rebelles aux antalgiques habituels, une tomodensitométrie cérébrale avait été réalisée et avait objectivé un processus intra et supra-sellaire. Le bilan hormonal avait retrouvé : PRL = 37,46 (1,61-18,77), TSH = 0,57 (0,27-4,20). Il a été mis sous Parlodel à raison de un comprimé par jour, devant l'aggravation de la symptomatologie et l'apparition d'un ptosis le patient est confié en neurochirurgie.

A son admission, l'examen clinique a objectivé une baisse de l'acuité visuelle (2/10 à droite et 4/10 à gauche) avec au fond d'œil un œdème papillaire bilatéral, une paralysie du nerf moteur oculaire commun à droite et du nerf oculomoteur externe à gauche, absence de reflexe photomoteur

à gauche. La marche est impossible, le patient présentant des vertiges ; il existait une asthénie et la tension artérielle est à 130/80 mmhg. Un syndrome poly-uropolydysique (diurèse de plus de 8 litres par 24 h) est détecté. L'ionogramme sanguin est normal, sans insuffisance rénale.

Le bilan hormonal objective une insuffisance thyroïdienne et corticotrope avec prolactinémie élevée de déconnection.

Un traitement hormonal substitutif à base de Lévothyrox® 100 µg et d'hydrocortisone est alors institué, avec Minirin à raison d'une pulvérisation par un jour.

La tomodensitométrie (Fig.1) objective un processus intrasellaire et suprasellaire responsable d'une dilatation modérée tri ventriculaire avec des signes de résorption transépendymaire. Une dérivation ventriculo-péritonéale est mise en place. Une imagerie par résonance magnétique hypothalamo-hypophysaire (Fig. 2) a objectivé un processus sellaire en discret hypersignal en T1 et T2, avec des calcifications centrales et périphériques réalisant une image en sablier à extension intrasellaire, à contours polylobés et à rehaussement hétérogène ; le chiasma optique est refoulé vers le haut, avec un œdème parenchymateux en regard, évoquant un craniopharyngiome.

Sur le plan thérapeutique, le patient a été opéré par un abord sous frontal droit et a bénéficié d'une exérèse biopsique vu le caractère très hémorragique. L'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'une métastase d'un adénocarcinome, probablement d'origine bronchique.

Dans le cadre du bilan d'extension, la radiographie du thorax (Fig. 3) a révélé une

opacité basi-thoracique droite, complétée par un TDM thoraco-abdomino-pelvien (Fig.4) objectivant un processus tumoral du segment antéro-basal du lobe inférieur droit, mesurant 34x24x24 mm, à limites irrégulières, polylobées en avant et avec un contact scissural sur 18 mm.

Le patient a été adressé en radiothérapie pour traitement adjuvant.



Fig.1 : TDM en coupe axiale :
processus intra sellaire hyperdense

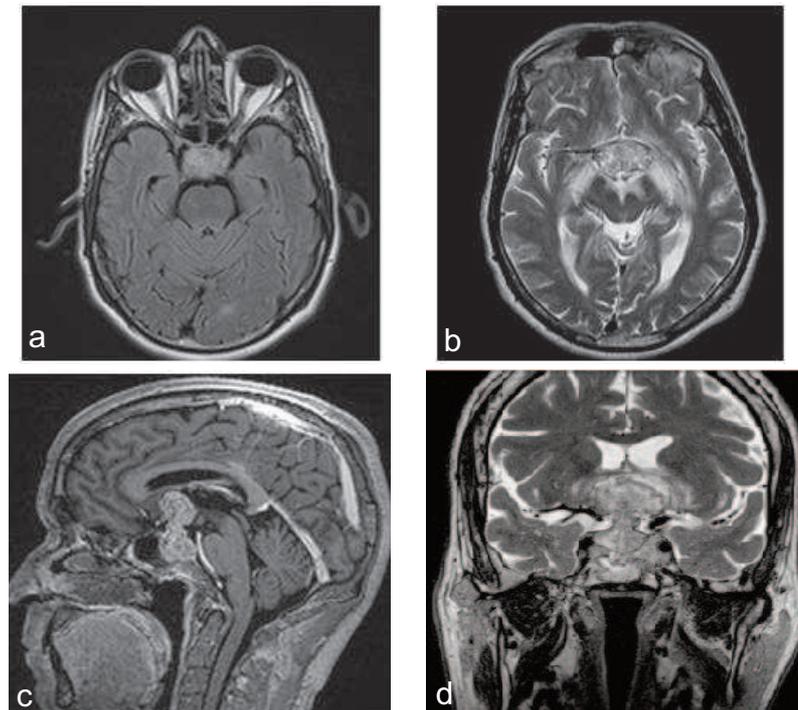


Fig.2 : IRM en coupe axiale (a, b) : processus sellaire en discret hypersignal en T1; T2 avec des calcifications centrales et périphérique.
En coupe sagittale (c) et en coupe coronale (d) : aspect d'image en sablier à contour polylobés



Fig.3 : Téléthorax de face : image opaque basithoracique droite (flèche).



Fig.4 : TDM abdomino-pelviennne : Processus tumoral du segment antéro-basal du lobe inférieur droit (flèche)

DISCUSSION

Les métastases représentent une cause rare des lésions de la région sellaïre [4,5,6], elles sont retrouvées chez 3 à 5 % des patients des séries autopsiques. La majorité est asymptomatique mais peut être révélatrice de la maladie cancéreuse ;

Sur le plan épidémiologique sa fréquence est estimée à 1,6% dans la littérature [8,9]. Les deux cancers primitifs les plus fréquemment en cause au niveau de cette région sont le cancer du sein (plus de 50% des métastases hypophysaires en général, et plus de 70% chez la femme) et le cancer du poumon (environ 20 % des métastases sexes confondus, et 60 % chez l'homme).

Sur le plan clinique, la plupart des patients restent asymptomatiques jusqu'à leur décès induit par le cancer primitif [11]. L'interrogatoire est fondamental afin de rechercher la notion de tabagisme.

L'imagerie [1] a un rôle très important dans le diagnostic en particulier la radiologie standard du thorax à la recherche des opacités ou des images suspectes. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelviennne est indispensable. Celle du crane sans et avec produit de contraste recherchera

des anomalies de la région sellaïre ou bien des calcifications intra tumorales. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) reste l'examen de choix, et permet de préciser la topographie de la lésion, sa vascularisation et son extension locorégionale notamment aux structures vasculaires.

Une fois le tableau clinique installé incluant un syndrome d'hypertension intracrânienne, un syndrome opto-chiasmatique un syndrome poly-uro polydipsique [2, 3,7] et un syndrome endocrinien, la prise en charge s'avère difficile, nécessitant un traitement chirurgical suivi d'un traitement complémentaire (radiothérapie et/ ou chimiothérapie) [10]. Le pronostic est alors réservé.

CONCLUSION

Les métastases hypophysaires sont rares. Il faut y penser surtout chez le patient avec syndrome opto chiasmatique précédemment pris en charge pour un processus de localisation autre qu'encéphalique. Dans d'autres situations, l'anatomie pathologique en fait le diagnostic, ce qui peut conduire à un retard dans la prise en charge pouvant être fatal.

BIBLIOGRAPHIE

- 1] ANTOINE V, MORET C, SCHMITT E ET AL: MRI imaging of the neural pituitary. *Ann Endocrinol*, 2008; 69:181-192
- 2] BOBILEV D, SHELEF I, LAVRENKOV K: Diabetes insipidus caused by isolated intracranial metatstases in patient with breast cancer. *J Neurooncol*, 2005; 73:39-42
- 3] CHANSON P: Pathology of the pituitary stalk and diabetes insipidis. *Ann Endocrinol*, 2005; 66:50-54
- 4] HALPERT HB, ERICKSON EE, FIELDS WS: Intracranial involvement from carcinoma of the lung. *Arch Pathol* 1960; 69: 93-103.
- 5] HARDY J, MOHR G : Tumeurs de l'hypophyse. Cohadon F. Paris : Médecine Sciences Flammarion 1989.
- 6] KOVACS K: Metastatic cancer of the pituitary gland. *Oncology* 1973; 27 (6) : 533-42.
- 7] KOSHIMOTO Y, MAEDA M, NAIKI MR of pituitary metasisitis in a patient with diabetes insipidus. *JNR JNeuroradiol*.1995;Apr;16-4 S:971-4

- 8] MAX MB, DECK MDF, ROTTENBERG DA: Pituitary metastasis: incidence in cancer patients and clinical differentiation from pituitary adenoma. *Neurology* 1981; 31: 998-1002.
- 9] METIVIER AC, MENNECIER, B, GRUNENBERGER ET AL : Pituitary metastases from lung cancer. Five cases. *Rev Pneumol Clin*, 2006; 62:231-236
- 10] POSTMUS PE, HAAXMA -REICHE H, GREGOR A : Brain-only metastases of small cell lung cancer ; efficacy of whole brain radiotherapy. An EORTC phase II study. *Radiother Oncol* 1998; 46: 29-32.
- 11] TEEARS RJ, SILVERMAN EM: Clinicopathologic review of 88 cases of carcinoma metastatic to the pituitary gland. *Cancer* 1975; 36: 216-20.