



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Carrefour des spécialités

Quoi de neuf dans les hypophysites ?



What's new about hypophysitis?

I. Allix*, V. Rohmer

Département d'endocrinologie diabétologie nutrition, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 7 août 2014

Mots clés :

Hypophysite
Hypophysite par infiltration d'IgG4
Anticorps monoclonaux anti-CTLA-4
Corticostéroïdes
Autoantigène hypophysaire

Keywords:

Hypophysitis
IgG4 related hypophysitis
Anti-CTLA-4 antibody
Corticosteroids
Pituitary auto-antigens

RÉSUMÉ

L'hypophysite est une pathologie rare. Sa symptomatologie et les signes radiologiques sont non spécifiques, rendant son diagnostic difficile. Sa physiopathologie reste encore mal comprise mais de nouvelles étiologies et formes histologiques ont été décrites ces dernières années. L'hypophysite primaire reste la forme la plus fréquente. Il a été rapporté pour la première fois des hypophysites chez des patients présentant une vascularite à ANCA. Par ailleurs, il a été décrit des hypophysites par infiltration lymphoplasmocytaire à IgG4 et des critères diagnostiques ont été clairement identifiés. Enfin, des formes d'hypophysites secondaires à des traitements immunosuppresseurs, tels que les anticorps monoclonaux anti-CTLA-4 utilisés dans le traitement de certains cancers ont été décrites. La pathogenèse de cette maladie reste encore inconnue bien que plusieurs cas d'auto-antigènes aient été identifiés ces dernières années.

© 2014 Société nationale française de médecine interne (SNFMI). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Hypophysitis is a rare disorder. As clinical manifestations and radiologic signs are non specific, the diagnosis is difficult. Pathogenesis of hypophysitis remains largely unknown but new histological and etiological variants have been recently reported. Primary hypophysitis is the main form. For the first time, hypophysitis in ANCA-associated vasculitides has been reported. An entity of IgG4 related plasmatic hypophysitis has been described and well-defined diagnostic criteria have been proposed. Monoclonal antibodies directed against the cytotoxic T-lymphocyte antigen-4 (CTLA-4), investigated in metastatic cancer, can induce hypophysitis. Several candidate pituitary auto-antigens have been described in the last decade, although none has proven to be useful as a diagnostic tool.

© 2014 Société nationale française de médecine interne (SNFMI). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

L'hypophysite est une pathologie rare, correspondant à une inflammation chronique de la glande hypophysaire dont la pathogénie est complexe et reste encore mal comprise. Les signes cliniques et radiologiques sont non spécifiques, rendant son diagnostic difficile. De nouvelles formes ont été décrites ces dernières années. L'objectif de ce travail est de faire le point sur le diagnostic, le mode de classification de cette pathologie, et les nouvelles entités récemment décrites. Enfin, nous exposerons l'état actuel des connaissances dans le domaine de l'auto-immunité

hypophysaire et sur les auto-antigènes possiblement impliqués dans l'hypophysite.

1. Épidémiologie

Il s'agit d'une pathologie rare représentant 0,24 à 0,88 % des pathologies hypophysaires. L'incidence annuelle est évaluée à 1 cas pour 9 millions d'habitants [1].

2. Manifestations cliniques

Les symptômes cliniques de l'hypophysite ne sont pas spécifiques. Il est décrit des signes neurologiques liés à la compression des structures adjacentes à l'hypophyse : céphalées (compression

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : inallix@chu-angers.fr (I. Allix).

des méninges et de la dure-mère), diplopie (compression des nerfs oculomoteurs si expansion latérale dans les sinus caverneux), et amputation du champ visuel (compression du chiasma optique). Les céphalées et les troubles du champ visuel sont souvent les premiers symptômes. Les troubles oculomoteurs sont plus rares. Une baisse de l'acuité visuelle peut également survenir par compression des nerfs optiques.

Des déficits hypophysaires sont également fréquemment associés : isolés ou touchant plusieurs lignées (liés à l'atteinte de l'antéhypophyse par le processus inflammatoire), diabète insipide (atteinte de la neuro-hypophyse), et hyperprolactinémie. Plusieurs mécanismes sont évoqués pour expliquer l'hyperprolactinémie : hyperprolactinémie de déconnexion par compression de la tige pituitaire levant le rétrocontrôle négatif de la dopamine sur les cellules lactotropes, destruction des cellules lactotropes par le processus inflammatoire responsable d'un relargage des stocks de prolactine et enfin diminution de la production hypothalamique de dopamine ou de l'expression du récepteur de la dopamine par le processus inflammatoire [1]. L'axe le plus atteint est l'axe corticotrope puis l'axe thyroïdienne, l'axe gonadotrope et enfin l'axe somatotrope [1]. Cette présentation n'est pas classique dans les autres atteintes hypophysaires où l'axe somatotrope et gonadotrope sont principalement atteints.

Il est exceptionnel que l'hypophysite soit découverte de façon fortuite sur une IRM.

La latence diagnostique serait significativement plus longue dans les adéno-hypophysites survenant en dehors de la grossesse (médiane : 12 mois) que dans les adéno-hypophysites survenant pendant la grossesse (4 mois), ou lors des infundibulo-neurohypophysites (3 mois) ou des pan-hypophysites (4 mois) où le diabète insipide est souvent bruyant et au devant du tableau clinique [1].

3. Imagerie

L'IRM est devenue la technique la plus performante pour explorer l'hypophyse. Le diagnostic d'hypophysite est difficile puisque les signes ne sont pas spécifiques. Toutefois, il est classique de noter dans l'adéno-hypophysite un syndrome tumoral de l'hypophyse, symétrique, homogène et iso-intense en T1. Le rehaussement après injection de gadolinium est généralement homogène, rarement périphérique et toujours très marqué. Il peut également être noté une prise de contraste le long de la tige pituitaire ainsi qu'une prise de contraste de la dure-mère [2] (Fig. 1). Mais là encore, ces signes sont non spécifiques. Les coupes coronales en T2 montrant des zones hyperintenses ainsi que les coupes dynamiques montrant un ralentissement de la prise de contraste peuvent avoir leur utilité dans les cas douteux [3].

Les principaux diagnostics différentiels sont :

- « une grosse hypophyse » dans une petite selle turcique. Le plancher sellaire est alors étroit (< 10 mm) et la selle est souvent plate (large pneumatisation du sinus sphénoïdal) ;
- un syndrome de Sheehan à son début. L'hypophyse ne prend pas le contraste car il existe une importante nécrose ;
- la grossesse : lors de la gestation, l'augmentation de volume de l'hypophyse peut être proche du chiasma ;
- « grosse hypophyse » de la femme jeune ;
- l'hypotension intracrânienne. La déperdition de liquide céphalo-rachidien entraîne une dilatation des veines responsable d'un mauvais drainage de l'hypophyse et donc d'une congestion hypophysaire ;
- un adénome holosellaire. Gutenberg et al. [4] ont proposé en 2009 un score radiologique pour différencier les hypophysites des adénomes avant une éventuelle chirurgie. Ce score prend en

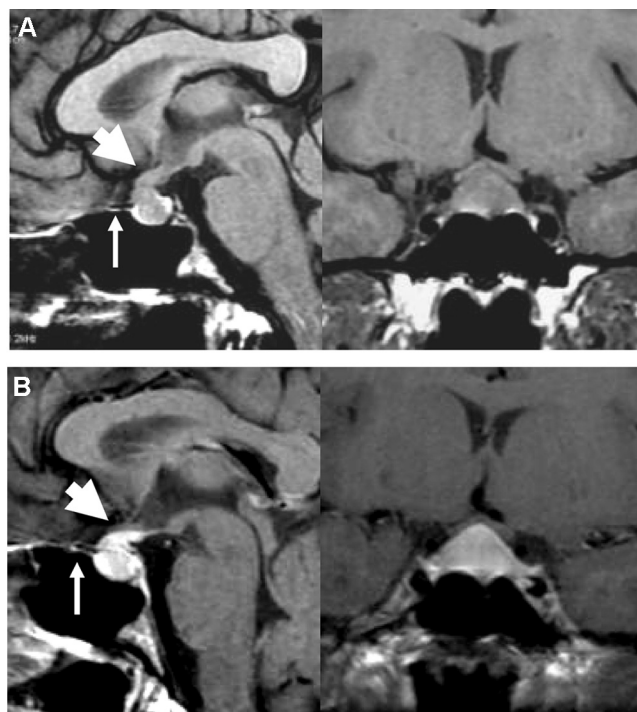


Fig. 1. Hypophysite. IRM hypophysaire. Coupes sagittales et frontales en T1 avant (A) et après injection de gadolinium (B). Flèche blanche : prise de contraste de la dure-mère. Tête de flèche : élargissement et prise de contraste de la tige pituitaire.

compte : l'âge du patient (< 30 ans), un lien avec la grossesse, le volume de l'hypophyse, l'intensité et l'homogénéité du rehaussement après injection de gadolinium, la symétrie de la lésion, la perte ou non du *bright spot* de la neuro-hypophyse, la taille de la tige et l'existence d'un épaississement de la muqueuse sphénoïdale. La présence de ces signes oriente le clinicien vers une hypophysite. Dans leur étude, ce score a présenté une excellente performance diagnostique. Il a permis de porter un bon diagnostic préopératoire dans 97 % des cas. Sa sensibilité était de 92 % et sa spécificité de 99 %. Pour le diagnostic d'hypophysite, sa valeur prédictive positive était de 97 % et sa valeur prédictive négative de 97 % [4] ;

- un kyste de la poche de Rathke. Celui-ci est souvent en position médiane juste en avant de la post-hypophyse sur une coupe axiale. Le signal en T1 est très variable et dépend du contenu en protéines du kyste. S'il est noté un hypersignal en T1, il est classique dans les kystes de noter un hyposignal en T2. Cette image spécifique est liée au contenu protéique [1,5].

Quant à l'infundibulo-neuro-hypophysite, le diagnostic est évoqué sur des coupes axiales et sagittales en T1 où la tige pituitaire n'a plus du tout la même morphologie. Elle est alors épaissie et tubulaire. L'atteinte de la neuro-hypophyse se traduit par une perte de l'hypersignal spontané en T1. Les coupes dynamiques montrent un rehaussement précoce retardé et diminué. Les diagnostics différentiels sont la sarcoïdose, les histiocytose, ou des métastases.

4. Évolution

L'évolution de l'hypophysite est variable d'un patient à l'autre. Les données de la littérature sur le sujet sont pauvres et contradictoires selon les cas rapportés. Compte tenu de la faible prévalence de la maladie et de son hétérogénéité, aucun essai n'a pu comparer l'évolution selon les différentes alternatives thérapeutiques.

Toutefois, il est décrit les évolutions suivantes :

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5999873>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5999873>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)