

Observation clinique

Observation clinique

- Patient de 20 ans, célibataire, 4^{ème} d'une fratrie de 5, issu d'un mariage consanguin
- sans antécédents pathologiques particuliers, ni personnels ni familiaux,
- hospitalisé il y'a une année pour une diarrhée chronique (4 à 5 selles molles/j), matinales et post prandiales, évoluant depuis 9 mois avant son hospitalisation + amaigrissement non chiffré.

Observation clinique

- **Ex général :**
 - Poids : 60 kg
 - Taille: 1,78
 - IMC: 24,6 kg/m²
 - FC : 120bpm
- **Ex somatique :**
 - Sans particularités (thyroïde non palpable)

Observation clinique

- **Au plan biologique :**

- Pas de signes de malabsorption

- Ex. parasito des selles et coproculture : RAS

- Le bilan standard : RAS

- Le bilan thyroïdien initial :

- TSHus normale à 1,94 μ UI/ml (VN :0,27- 4,20) ;

- T4L élevée à **32 pmol/l** (VN :11,5-22,7);

- et T3L élevée à **11,1pmol/l** (VN :3,5-6,5)

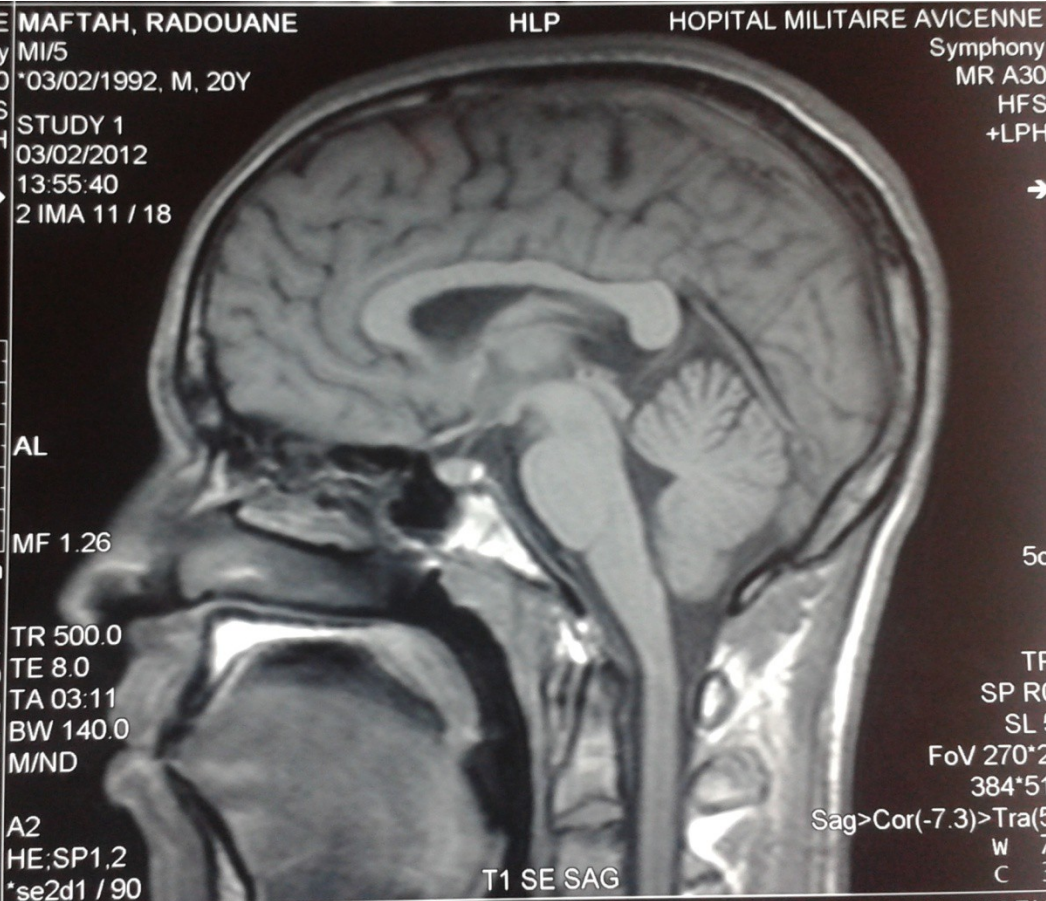
- Le reste de l'hypophysiogramme : RAS

- Le bilan thyroïdien fait chez 3 membres de sa famille (père ; mère et sœur) sur 5 : normal

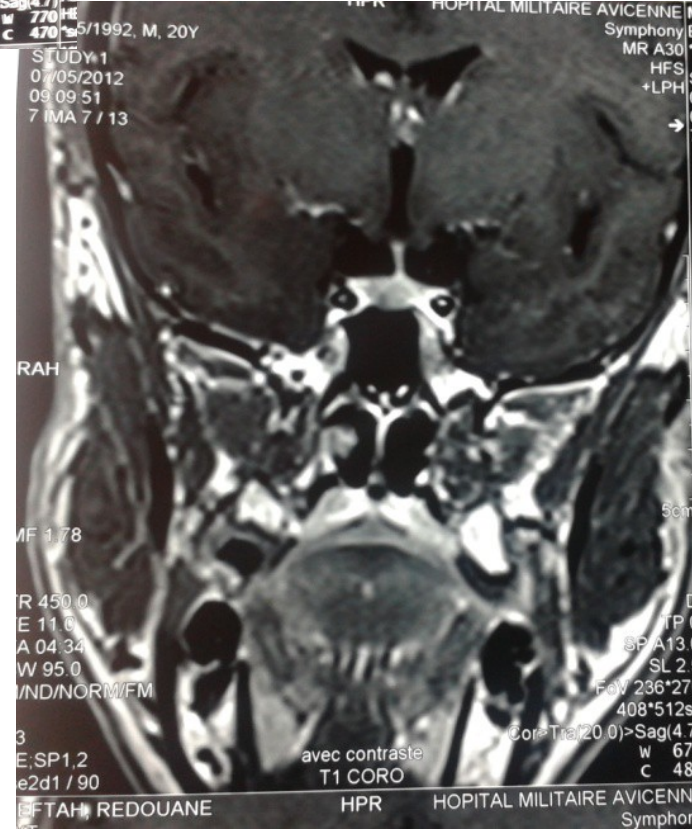
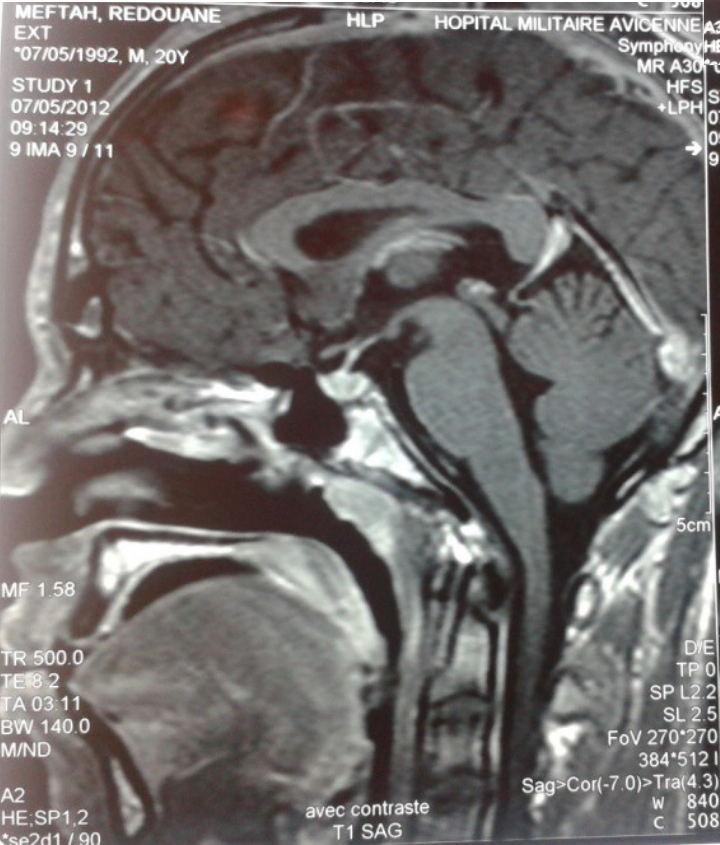
Observation clinique

- **Au plan Rxgique :**
 - Présence d'un goitre homogène à l'écho cervicale
 - IRM hypothalamo-hypophysaire : discrète surélévation du diaphragme sellaire droit

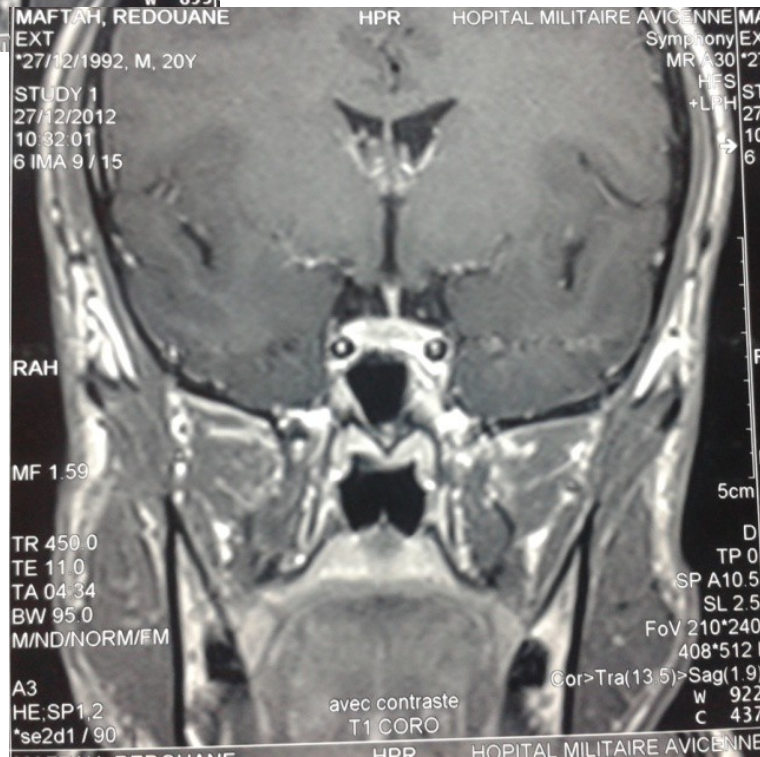
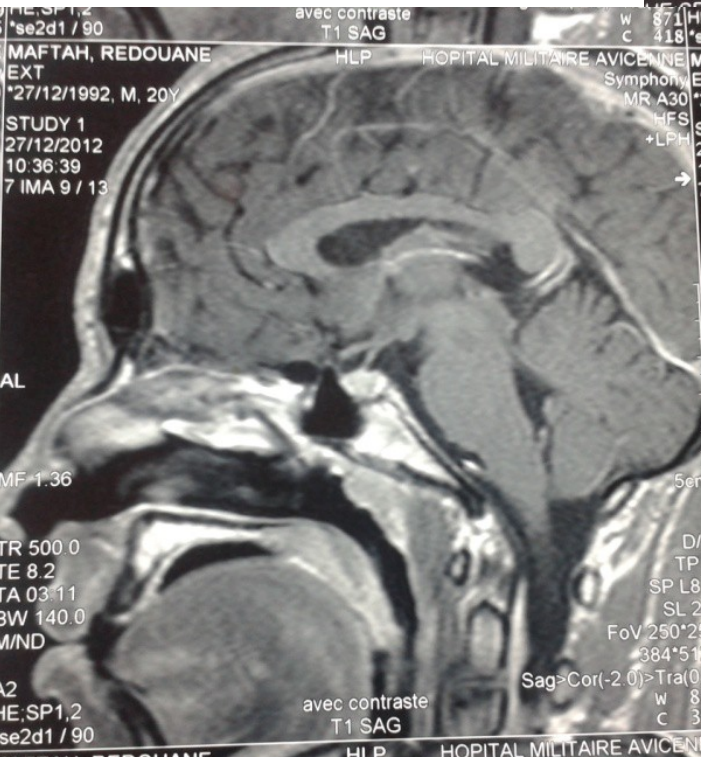
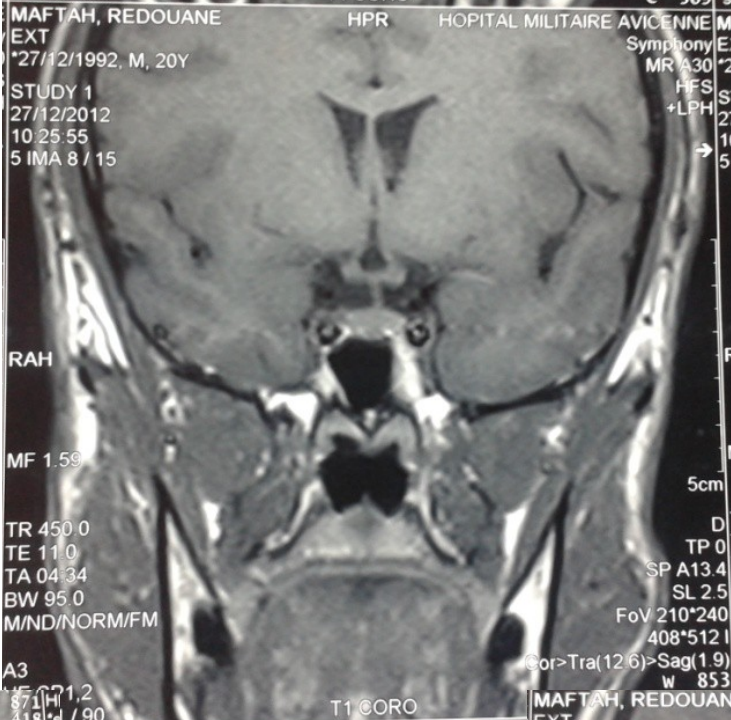
1ère IRM (Fév 2012)



2ème IRM (Mai 2012)



3ème IRM (Déc 2012)



Observation clinique

Test à la T3

	Avant	Après	VN
TSHus	2,43	0,27	0,27-4,20μUI/ml
T4L	31,71	22,11	12-22pmol/l
T3L	11,3	11,11	3,10-6,80pmol/l
s/s unité α	0,42	0,27	0,05-0,80 mUI/ml
TeBG	25	25	14-48nmol/l
s/s α/TSHus	1,72	0,27	

Observation clinique

- **Evolution :**
 - Persistance de la diarrhée
 - Réduction de la tachycardie sous β -
 - Persistance d'un doute sur le μ adénome hypophysaire

De quoi s'agit-il?

- **Un authentique micro-adenome thyreotrope ou d'un syndrome de RHT ??**

En faveur du Sd de RHT

- S/S Unité α : normale
- TeBG: normale
- Les autres axes endocriniens : respectés
- Plus fréquent que l'adénome thyroïdienne.
- Aspect IRM stable

En faveur du micro-adénome thyroïdienne

- Absence de cas similaires dans la famille
- Rapport molaire s/s Unité α /TSHus > 1
- Pas de suppression de la TSHus sous T3
- Doute sur l'IRM
- Les incidentalomes sont plus fréquents que les adénomes thyroïdiens

Discussion

- Compléter les exploration??
 - Test à la TRH
 - Test à la sandostatine
 - Etude génétique

2013 European Thyroid Association Guidelines for the Diagnosis and Treatment of TSH-Secreting Pituitary Tumors

Beck-Peccoz et al.
Figure 1

