

Figure 1 : Abdominal CT : colonic lipoma**Figure 2 :** Polypoid mass of ascending colon

Conclusion

Colonic lipoma is a benign neoplasm and concomitant intussusception in adults is rare, but should be considered as a cause of chronic and sub-acute abdominal symptoms due to the high incidence of associated pathological lesions. Diagnosis is difficult due to non-specific symptoms of the disease. Sonography and computed tomography (CT) are the most commonly used imaging techniques for diagnosis. Laparotomy is mandatory because malignant lesions are frequently the lead-point. In adults, intussusception usually requires treatment by surgical resection of the affected bowel [4, 5].

References

- 1- Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. *J Surg Oncol* 2008;98:444-7.
- 2- Azar T, Berger DL. Adult intussusception. *Ann Surg* 1997; 226:134-8.
- 3- Athanasios M, Anneza Y, Lazaros S et al. Intussusception of the bowel in adults : A review *World J Gastroenterol.* 2009; 15(4): 407-411.
- 4- Chuang YF, Ho YH, Nyam DC, Leong AF, Seow-Choen F. Management of colonic lipomas. *Aust N Z J Surg* 1998;68:133-5.
- 5- Nakagoe T, Sawai T, Tsuji T, Tanaka K, Nanashima A, Shibasaki S, et al. Minilaparotomy approach for removal of a large colonic lipoma :report of two cases. *Surg Today* 2004;34:72-5

Adénome hypophysaire thyroïdope

Ben Dhaou Besma, Daoud Fatma, Aydi Zohra, Baili Lilia, Ketari Sonia, Ben Amor Golstom, Boussema Fatma, Rokbani Lilia

Service de Médecine interne

Hôpital Habib Thameur

Les adénomes thyroïdopes sont rares, et représentent moins de 1 % des adénomes hypophysaires [1,2] dans les séries autopsiques ou chirurgicales. Le diagnostic doit être évoqué devant une thyrotoxicose TSH-dépendante ou lors d'un bilan hypophysaire. Le diagnostic différentiel avec le syndrome de résistance hypophysaire aux hormones thyroïdiennes peut être parfois difficile. Sur le plan thérapeutique, si le traitement d'un microadénome à TSH reste chirurgical, la présence de récepteurs à la somatostatine [3] sur les cellules adénomateuses, l'efficacité et la tolérance des analogues de la somatostatine [2,4,5], font que les formes retard de l'octréotide (Sandostatine LPW) et du lanréotide (Somatuline LPW, Somatuline AutogelW) sont une alternative médicale au traitement des macroadénomes ou des adénomes thyroïdopes invasifs. Vue la rareté de cette entité clinique nous rapportons un nouveau cas d'adénome thyroïdope.

Observation

Homme âgé de 47 ans, aux antécédents d'ulcère duodénal traité chirurgicalement, qui a présenté depuis une année des céphalées, des palpitations, une irritabilité et un amaigrissement estimé à 4 kg en 2 mois.

L'examen physique à l'admission a montré un état général conservé, une TA à 110/70 mmHg et un goitre stade II homogène non vasculaire. Le bilan biologique a objectivé une hyperthyroïdie avec une FT4 à 52pmol/L et TSH à 20,56mUI/L.

L'échographie cervicale a montré une thyroïde augmentée de taille, hyper vascularisée sans nodule décelable. La radiographie du crâne a objectivé un élargissement de la selle turcique. L'imagerie cérébrale par résonnance magnétique a confirmé la présence d'un macro adénome intra et supra-sellaire paramédian droit envahissant le sinus caveux homolatéral comprimant le chiasma optique et refoulant la tige pituitaire vers l'arrière mesurant 22 X18 X16 mm (figure 1,2).

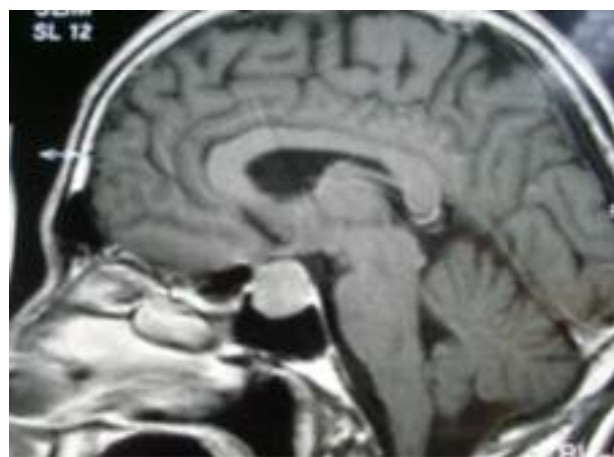
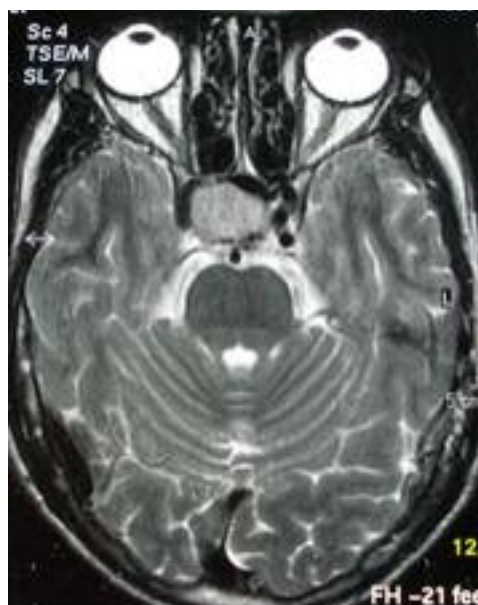
Figure 1: IRM cérébrale (coupe longitudinale) : macro adénome intra et suprasellaire paramédian droit

Figure 2 : IRM cérébrale (coupe sagittale): macro adénome intra et suprasellaire paramédian droit



Le malade a bénéficié d'une résection chirurgicale par voie trans sphénoïdale avec à l'histologie présence de cellules tumorales exprimant la TSH, la GH et la prolactine. L'IRM hypophysaire de contrôle avait montré un reliquat tissulaire occupant le sinus caverneux droit (figure 3,4) et sur le plan biologique persistance d'une hyperthyroïdie, un complément par radiothérapie a été indiqué. Il a reçu 54 Gray avec normalisation du bilan thyroïdien.

Figure 3 : IRM hypophysaire de contrôle (coupe longitudinale) : reliquat tissulaire occupant le sinus caverneux droit



Figure 4 : IRM hypophysaire de contrôle (coupe longitudinale) : reliquat tissulaire occupant le sinus caverneux droit



Quatre ans plus tard, il a développé une insuffisance surrénalienne centrale et un hypogonadisme nécessitant sa mise sous traitement substitutif. Par ailleurs, il a présenté une récurrence de l'hyperthyroïdie TSH-dépendante nécessitant sa mise sous des analogues de la somatostatine à vie avec persistance de l'hyperthyroïdie.

Conclusion

Evoqué devant un tableau de thyrotoxicose ou de syndrome tumoral hypophysaire, le diagnostic d'adénome thyroïdote est affirmé par le bilan hormonal mettant en évidence une thyrotoxicose TSH-dépendante et par l'IRM qui visualise un adénome hypophysaire.

Références

1. Beck-Peccoz P, Brucker-Davis F, Persani L, et al. Thyrotropin-secreting pituitary tumors. *Endocr Rev* 1996;17:610-38.
2. Buchfelder M. Thyrotroph pituitary adenomas. *Endocrinologist* 2002;12:117-25.
3. Bertherat J, Brue T, Enjalbert A, et al. Somatostatin receptors on thyrotropin-secreting pituitary adenomas: comparison with the inhibitory effects of octreotide upon in-vivo and in-vitro hormonal secretion. *J Clin Endocrinol Metab* 1992;75:540-6.
4. Caron P, Arlot S, Bauders C, et al. Efficacy of the long-acting octreotide formulation (octreotide-LAR) in patients with thyrotropin-secreting pituitary adenomas. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:2849-53.
5. Kuhn JM, Arlot S, Lefebvre H, et al. Evaluation of the treatment of thyrotropin-secreting pituitary adenomas with a slow release formulation of the somatostatin analog lanreotide. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:1487-91.