



République Algérienne Démocratique et Populaire



Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Constantine 3

Faculté des sciences médicales Belkacem Bensmail

MODULE D'ENDOCRINOLOGIE
LA PATHOLOGIE DE L'HYPOPHYSE

Dr. I. AZEBAOUI

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022**LA PATHOLOGIE DE L'HYPOPHYSE****I-RAPPELS****II-MALFORMATIONS ET DEFORMATIONS****III-DYSTROPHIES ET INFLAMMATION****A. Troubles circulatoires****B. Hyperplasie****IV-TUMEURS****A. TUMEURS BENIGNES****1. Adénome****2. Polyadénomatoïse endocrinienne****3. Craniopharyngiome****4. Autres****B. TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES****C. TUMEURS SECONDAIRES**

LA PATHOLOGIE DE L'HYPOPHYSE

I- RAPPELS :

ANATOMIE : L'hypophyse ou glande pituitaire est une glande endocrine de petite taille en forme de haricot, pesant moins de 1 g et mesurant 13x10 x 06 mm, située à la base du crâne dans une loge hypophysaire appelée "selle turcique".

Elle est attachée au cerveau (diencéphale) par la tige pituitaire.

PHYSIOLOGIE : L'hypophyse est divisée en deux lobes :

- **L'antéhypophyse (adénohypophyse)** située en avant qui sécrète un certain nombre d'hormones :
 - L'hormone de croissance : STH (ou GH) ;
 - Les stimulines hypophysaires : TSH, ACTH, FSH-LH ;
 - La prolactine.
 - La mélanostimuline MSH.

L'hypophyse antérieure est constituée de nids et cordons de cellules (cellules acidophiles, basophiles et chromophobes) séparées par un réseau capillaire abondant.

- **La posthypophyse (neurohypophyse)** située en arrière ; c'est une projection de l'hypothalamus, qui stocke et libère :
 - L'hormone antidiurétique ADH ou vasopressine.
 - L'ocytocine.

HISTOLOGIE :

- **L'antéhypophyse :** Les cellules sont organisées en cordons de cellules sécrétrices, entourés par un riche réseau de capillaires sinusoides, qui reposent sur un fin stroma renfermant des fibres de réticuline et de collagène.
 - Cellules acidophiles (rose ou orange)
 - Cellules basophiles (bleu)
 - Cellules chromophobes (petites et peu colorées)
- **La posthypophyse:**

Contient les axones amyéliniques des cellules neurosécrétrices. Ces axones ont pour support des cellules gliales (les pituicytes).

II- MALFORMATIONS ET DEFORMATIONS

- On note la présence de vestiges épithéliaux qui croissent avec l'âge considérés comme foyers de métaplasie acquise sans gravité.
- On notera une rare anomalie de migration de la poche de Rathké donnant des foyers d'antéhypophyse ectopique.
- Exceptionnellement on observe l'agénésie du lobe postérieur, parfois une hypoplasie ou déformation du lobe antérieur.

III- DYSTROPHIES ET INFLAMMATION :

A. Troubles circulatoires :

L'hypophyse peut être le siège de lésions traumatiques et ischémiques. Ces derniers ont des conséquences considérables tel que :

L'infarctus :

Il s'agit, à l'examen histologique, d'une zone de nécrose de coagulation, unique ou multiple, localisée ou étendue, respectant cependant presque toujours une mince couche de cellules au contact de la capsule.

B. Hyperplasie :

Il s'agit le plus souvent d'hyperplasie réactionnelle qui consiste, en une prédominance de certains types cellulaires épithéliaux dans l'antéhypophyse, elle peut être :

- Physiologique : puberté, grossesse, ménopause
- Pathologique : par déficit prolongé d'une glande cible, entraînant une hyperplasie des cellules produisant la trophine stimulant cette glande (ex : hyperplasie des cellules thyrotropes dans certains cas d'hypothyroïdie non traitée).

IV-TUMEURS :

A) TUMEURS BENIGNES :

1-Adénome :

-Les adénomes hypophysaires sont des tumeurs bien différenciées, de croissance habituellement lente sur plusieurs années, développées à partir des cellules endocrines antéhypophysaires. Ils représentent 10 à 15 % des tumeurs intracrâniennes.

-Le tableau clinique dépend tantôt de son action mécanique sur les structures anatomiques de voisinage, tantôt de ses propriétés endocriniennes, tantôt des deux à la fois.

-La symptomatologie endocrinienne dépend, avant tout, du type de sécrétion des cellules de l'adénome :

- ✓ Les prolactinomes, les plus fréquents, entraînent le classique syndrome aménorrhée-galactorrhée ;
- ✓ Les adénomes somatotropes sont responsables de l'acromégalie ;
- ✓ Les adénomes corticotropes entraînent une maladie de Cushing
- ✓ Les adénomes thyroïdiques, plus rares, donnent une hyperthyroïdie.

Aspects macroscopiques : ceux qui méritent le nom d'adénome possèdent un diamètre de quelques millimètres à plusieurs centimètres, avec des limites nettes et une capsule plus ou moins complète, la lésion est molle et friable.

A la coupe, le tissu apparaît blanc-grisâtre ou rosé-rouge, selon la vascularisation avec parfois même, une infiltration hémorragique.

Le gros adénome est volontiers nécrotique avec pseudo-kystes.

Aspects microscopiques : l'adénome antéhypophysaire est fait de cellules épithéliales bien différenciées, même si une certaine anisocaryose et quelques mitoses le parsèment.

Il est de tradition de décrire trois catégories d'adénomes, répondant aux trois types cellulaires normaux de l'antéhypophyse : adénome acidophile ; adénome basophile ; adénome chromophile.

Les cellules épithéliales se disposent en une architecture variable :

- ✓ Forme diffuse : la plus fréquente, avec vastes plages dépourvues d'organisation ;
- ✓ Forme sinusoidale : moins commune, les éléments se répartissent en cordons régulièrement intriqués, sur un mode endocrinien, à de grêles capillaires sanguins ;
- ✓ Forme papillaire : rare, certains adénomes à texture lâche, comprenant des cellules qui se placent électivement sur trois ou quatre rangs autour d'axes conjonctivo-vasculaires.

2-Polyadénomatoïse endocrinienne :

Ce rare syndrome, encore appelé adénomatoïse pluri-endocrinienne ou syndrome de Lloyd, comprend, dans sa forme typique, un adénome antéhypophysaire acidophile ou chromophile, un ou plusieurs adénomes parathyroïdiens et un ou plusieurs adénomes du pancréas endocrine.

Des adénomes exocriniens : gastrique, rénal ou prostatique, peuvent s'y associer.

3-Craniopharyngiome :

C'est une véritable tumeur dysgénétique, développée à partir de vestiges de la poche de Rathke.

Aspects macroscopiques : le craniopharyngiome est un nodule gris-rougeâtre, bien délimité, en partie kystique et calcifié. Il est presque toujours suprasellaire, compris entre l'hypophyse, l'encéphale et même sphénoïdales ou pharyngées, s'expliquent par la présence de vestiges de la poche de Rathke.

Aspects microscopiques : il existe deux sous-types histologiques principaux :

- ✓ **L'adamantinome hypophysaire** (ou classique) chez l'enfant et l'adolescent
- ✓ **Le craniopharyngiome papillaire** chez l'adulte
- **L'adamantinome :** la structure histologique de l'adamantinome se rapproche de celle de l'améloblastome du maxillaire inférieur. C'est la raison pour laquelle on l'appelle encore adamantinome hypophysaire. La tumeur comprend des cordons de cellules pavimenteuses, parfois franchement malpighiennes avec globes cornés. Les cellules périphériques des cordons se disposent en palissades sur la membrane basale. Celles du centre des cordons s'effilochent en un tissu spongieux dans lequel des kystes peuvent se creuser.

Les foyers de momification cellulaire, de calcification et même d'ossification, ne sont pas exceptionnels.

- **Le craniopharyngiome papillaire :** se forme chez l'adulte et comporte histologiquement un épithélium squameux avec des papilles hypertrophiées.

4-Autres :

D'exceptionnels kystes dermoïdes et tératomes complexes bénins se rencontrent dans la région sellaire.

B) -TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES :

Le carcinome hypophysaire est très rare. Dérive de l'adénome hypophysaire. Hautement agressif et mortel.

C) -TUMEURS SECONDAIRES :

Les deux lobes peuvent être atteints séparément ou simultanément.

Les métastases de carcinomes sont courantes et proviennent des tumeurs les plus variées, notamment de cancers du sein.