

Pathologie hypophysaire.

I. Introduction.

L'hypophyse ou glande pituitaire est formée de 2 lobes :

Le lobe antérieur ou antéhypophyse et le lobe postérieur ou post hypophyse.

L'atteinte du lobe antérieur est assez fréquente et variée, alors que celle du lobe postérieur est plus rare.

II. Les dystrophies.

A. Inflammations :

L'hypophyse peut être intéressée par des lésions de voisinage surtout infectieuses tel que l'ostéomyélite de la base du crâne et la méningite purulente.

Elle peut être également touchée au cours d'affections généralisées telles que : l'amylose, les maladies de surcharges, la septicémie, la tuberculose.... etc.

B. Troubles circulatoires.

L'hypophyse peut être dissociée par des hémorragies généralement traumatiques qui passe le plus souvent inaperçues cliniquement ; seules les lésions de nature ischémique sont d'une portée considérable.

« Infarctus »

1) **Aspects morphologiques** : il s'agit d'une zone de nécrose de coagulation unique ou multiple, localisée ou étendue.

Son évolution se fait par résorption des tissus nécrosés, avec constitution d'une cicatrice scléreuse parfois calcifiée et atrophie de la glande.

Seuls les larges infarctus sont visibles à l'œil nu, sous l'aspect d'un foyer jaunâtre et mou.

2) **Aspects étiologiques** : l'étiologie la mieux connue sinon la plus fréquente, de l'infarctus hypophysaire est le choc grave par hémorragie puerpérale massive, réalisant en clinique le syndrome de panhypo-pituitarisme de **Sheehan** ou nécrose ischémique du post partum.

C. Hyperplasie : Elle résulte de la multiplication et de l'augmentation absolue du nombre de cellules hypophysaires qui sont au nombre de 03 :

☞ Les cellules acidophiles à cytoplasme granuleux sécrétant la TSH.

☞ Les cellules basophiles à cytoplasme granuleux sécrétant la FSH, la LH, la TSH et l'ACTH.

☞ Les cellules chromophobes dépourvues de granulations et seraient non sécrétoires.

L'hyperplasie hypophysaire est le plus souvent réactionnelle à un hypogonadisme, hypothyroïdie, hypercortisisme et affections malignes.

III. Les tumeurs.

A. Les tumeurs bénignes :

☞ L'atteinte du lobe antérieur est la plus fréquente et se traduit par des adénomes et des carcinomes.

☞ L'atteinte du lobe postérieur se traduit par des néoplasmes identiques à ceux du SNC mais également par les tumeurs à cellules granuleuses qui sont asymptomatiques et rarement par le granulome éosinophile.

☞ L'atteinte de la région sellaïre se caractérise par la fréquence des kystes dermoïdes et des tératomes matures.

1) **Adénomes** : L'Adénome antéhypophysaire n'est pas toujours bien encapsulé et c'est la raison pour laquelle certains auteurs préfèrent l'appeler hyperplasie adénomateuse.

a) **Macroscopie** : il possède un diamètre allant de quelques mm à plusieurs cm, à limites nettes et une capsule plus ou moins complète.

La lésion est molle et friable, la tranche de section est blanc-grisâtre ou rouge selon l'importance de la vascularisation.

Les gros adénomes sont volontiers nécrotiques avec des pseudo-kystes.

b) **Microscopie** : il existe 03 types d'adénomes selon le type de cellules intéressé : l'Adénome Acidophile, l'Adénome Basophile et l'Adénome Chromophobe.

L'architecture est variable :

➤ **Forme diffuse** : la plus fréquente, se traduit par de larges plages dépourvues de toute organisation.

➤ **Forme sinusoidale** : moins fréquente les cellules se répartissent en cordons intriqués à de grêles capillaires sanguins selon un mode endocrinien.

➤ **Forme papillaire** : rare faite de papilles tapissées par 3 ou 4 rangs de cellules autour d'un axe conjonctivo-vasculaire.

2) **La polyadénomatoïse endocrinienne** : appelée syndrome de **Lloyd** qui comprend dans sa forme typique un Adénome Antéhypophysaire Acidophile ou Chromophile, un ou plusieurs Adénomes parathyroïdiens, un ou plusieurs Adénomes du pancréas endocrine ; des Adénomes exocrines gastrique, rénal ou prostatique peuvent s'y associer. La sémiologie endocrinienne est variable et se complique parfois d'un ulcère gastrique ou duodénal.

3) **Le Craniopharyngiome**. Représente en moyenne 3% des tumeurs intracrâniennes. Il touche surtout l'enfant et l'adolescent.

C'est une tumeur dysgénique qui se développe à partir des vestiges de la poche de Rathke.

a) **Macroscopie** : c'est un nodule gris rougeâtre bien limité en partie kystique est calcifié. Il est presque toujours supra sellaire, compris entre l'hypophyse et le chiasma optique.

b) **Microscopie** : sa structure histologique se rapproche de celle de l'Améloblastome du maxillaire inférieur ; c'est pour cette raison qu'on l'appelle Adamentinome Hypophysaire.

La tumeur est faite de cordons de cellules pavimenteuses, parfois franchement malpighienne avec des globes cornés.

Les cellules périphériques des cordons se disposent en palissade sur la membrane basale ; Celles du centre s'effilochent en un tissu spongieux dans lequel des kystes peuvent se creuser.

Des foyers de momifications cellulaires, de calcifications et même d'ossifications, ne sont pas exceptionnels.

B. Les tumeurs malignes primitives.

« Adénocarcinome hypophysaire » : sa fréquence est d'autant plus mal appréciée que la plus part des critères morphologiques habituels de malignités soient sujets à discussion.

Le néoplasme le plus suspect est une tumeur à cellules chromophobes atteignant le sujet jeune surtout s'il souffre d'hypercortisisme.

L'envahissement méningé est possible mais les métastases à distances sont exceptionnelles. En raison d'une telle imprécision et à cause de l'évolution favorable des tumeurs suspectes, plusieurs auteurs préfèrent utiliser le terme d'adénome malin ou mieux d'adénome agressif.

C. Les tumeurs secondaires :

Les deux lobes peuvent être envahis séparément ou simultanément. L'atteinte du lobe antérieur reste asymptomatique, alors que l'atteinte du lobe postérieur détermine parfois un diabète insipide.

L'extension directe par contiguïté se fait à partir des tumeurs méningées, osseuses ou cérébrales. Les métastases à partir de carcinomes sont fréquentes et variées (sein dans 80% des cas)