

EXPLORATION BIOLOGIQUE DE L'ANTE HYPOPHYSE

3 notions importantes:

1. La sécrétion est:
 - ▶ pulsatile
 - ▶ variable selon le nycthémère
2. On ne peut pas interpréter un résultat de dosage d'hormone hypophysaire sans savoir le niveau de sécrétion de sa **glande cible**
3. Il est souvent nécessaire de réaliser des **tests dynamiques**:
 - freinage
 - stimulation

Secteur gonadotrope

1. Statique

- FSH, LH, E2 (ou Te)

taux **variables** selon l'âge, le moment du cycle

FSH-LH ↑ E2 ↓ = insuffisance gonadique

FSH-LH N ou ↓ E2 ↓ = insuffisance gonadotrope

2. Dynamique

- Test GnRH
- Test Clomiphène (Clomid*)
- Pulsatilité de la LH

Secteur thyroïdienne

1. Statique : TSH + T4L

	T4	TSH
Hyperthyroïdie	↑ ou N	↓
Hypothyroïdie	↓ ou N	↑
Adénome thyroïdienne SRHT	↑	↑ ou N
Insuffisance thyroïdienne	↓	↓ ou N

2. Dynamique: test TRH (250-500 µg, T0, T30')

Insuffisance hypophysaire → pas de réponse

Insuffisance hypothalamique → réponse +

Secteur corticotrope

1. Statique

- ACTH + cortisol plasmatique

Mais: fluctuations circadiennes

↓ hormones de stress

dosages statiques plasmatiques difficiles à interpréter, sauf:

- ACTH ↑ Cortisol 8h↓ = insuffisance surrénale
- ACTH ↓ Cortisol 8h↓ = insuffisance corticotrope

un hypercortisolisme ne peut pas être diagnostiqué à 8h

- Cycle du cortisol (minuit)
- Cortisol libre urinaire des 24 heures

Secteur corticotrope

2. Dynamique

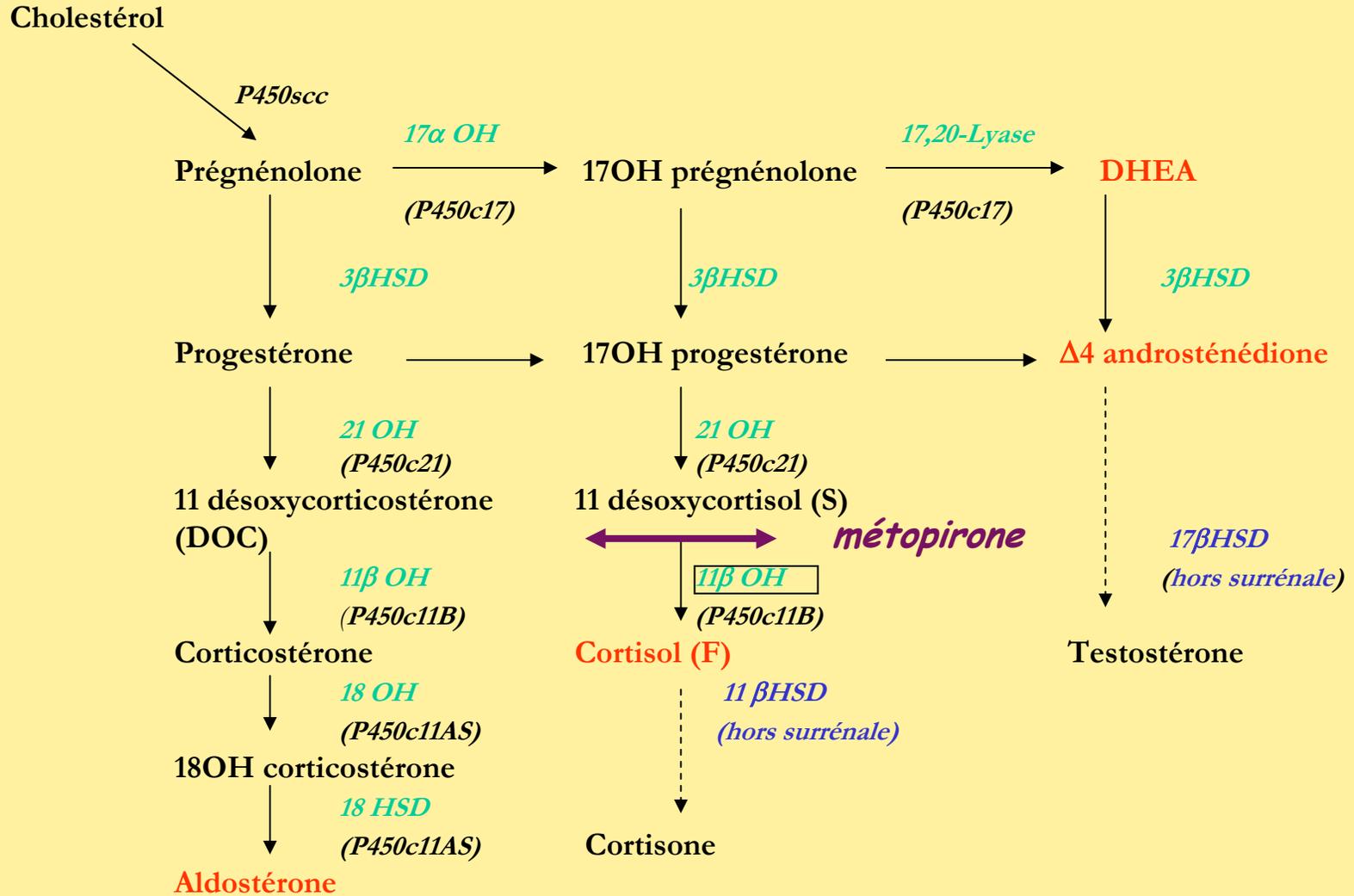
Stimulation

- métopirone: explore tout l'axe
- insuline: explore tout l'axe
- CRH: explore l'hypophyse
- synacthène: explore les surrénales

Freinage

- « minute »
 - « standart »
 - « fort »
- } Dg positif
- Dg étiologique

STEROIDOGENESE SURRENALIENNE



MINERALOCORTICOIDES

GLUCOCORTICOIDES

ANDROGENES

Secteur somatotrope

1. Statique

- GH plasmatique isolée: sans valeur (GH= hormone de stress)
- cycles de GH
- GH urinaire des 24 heures
- IGF1

Secteur somatotrope

2. Dynamique

Stimulation

- acides aminés (ornithine, arginine)
- **insuline+++**
- DOPA, clonidine, glucagon
- GHRH

Freinage

- **HGPO+++**
- Somatostatine
- (Bromocriptine, TRH: réponses parfois paradoxales dans l'acromégalie)

Autres

Prolactine

- hormone de stress. Pas d'horaire
- dosage statique suffit en général

- tests de stimulation (TRH) et freinage (bromocriptine): peu d'intérêt

Sous unités α

- communes à FSH, LH, hCG, TSH
- en cas d'adénomes « non sécrétants »

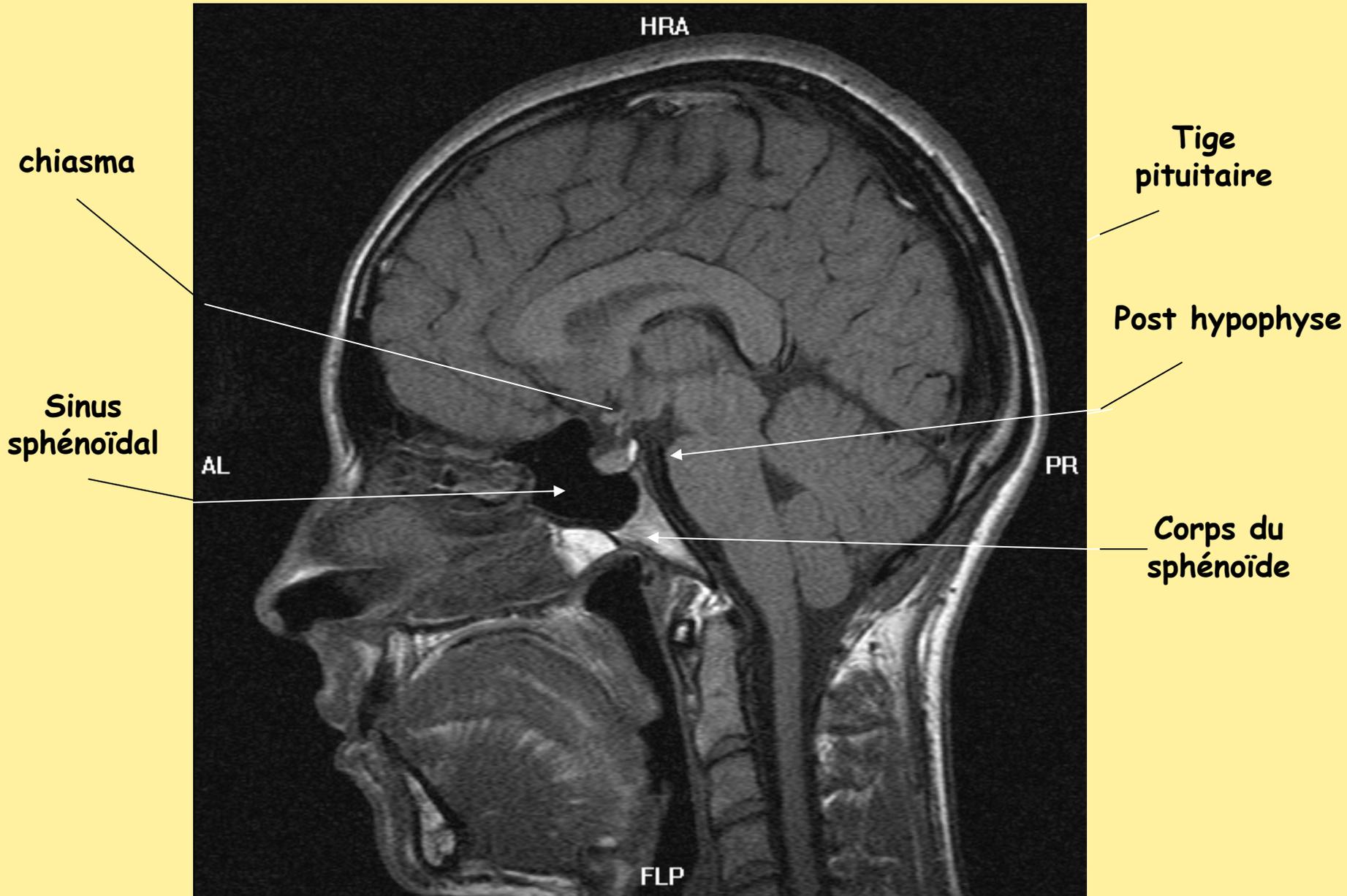
Tests couplés : mal supportés

- insuline + TRH + LHRH
- ornithine + TRH + LHRH

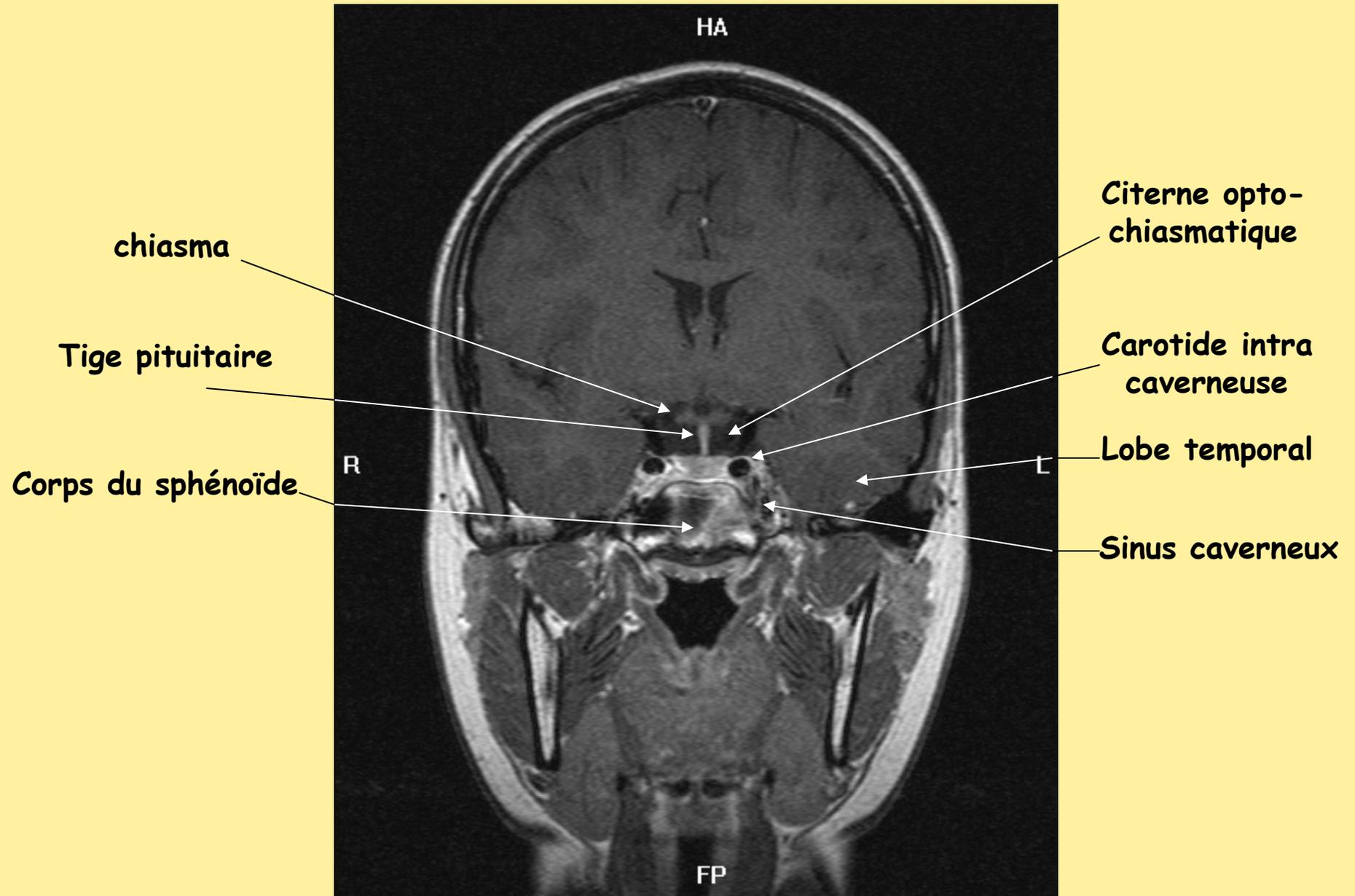
Imagerie hypophysaire

1. Radiographies selle turcique
sans intérêt
2. TDM + iode
pour préciser aspect de l'os
rechercher calcifications
3. IRM + Gadolinium +++
 - Examen de choix
 - face (coronal), profil (sagittal)
 - avec clichés dynamiques
4. Angiographies
 - exceptionnel

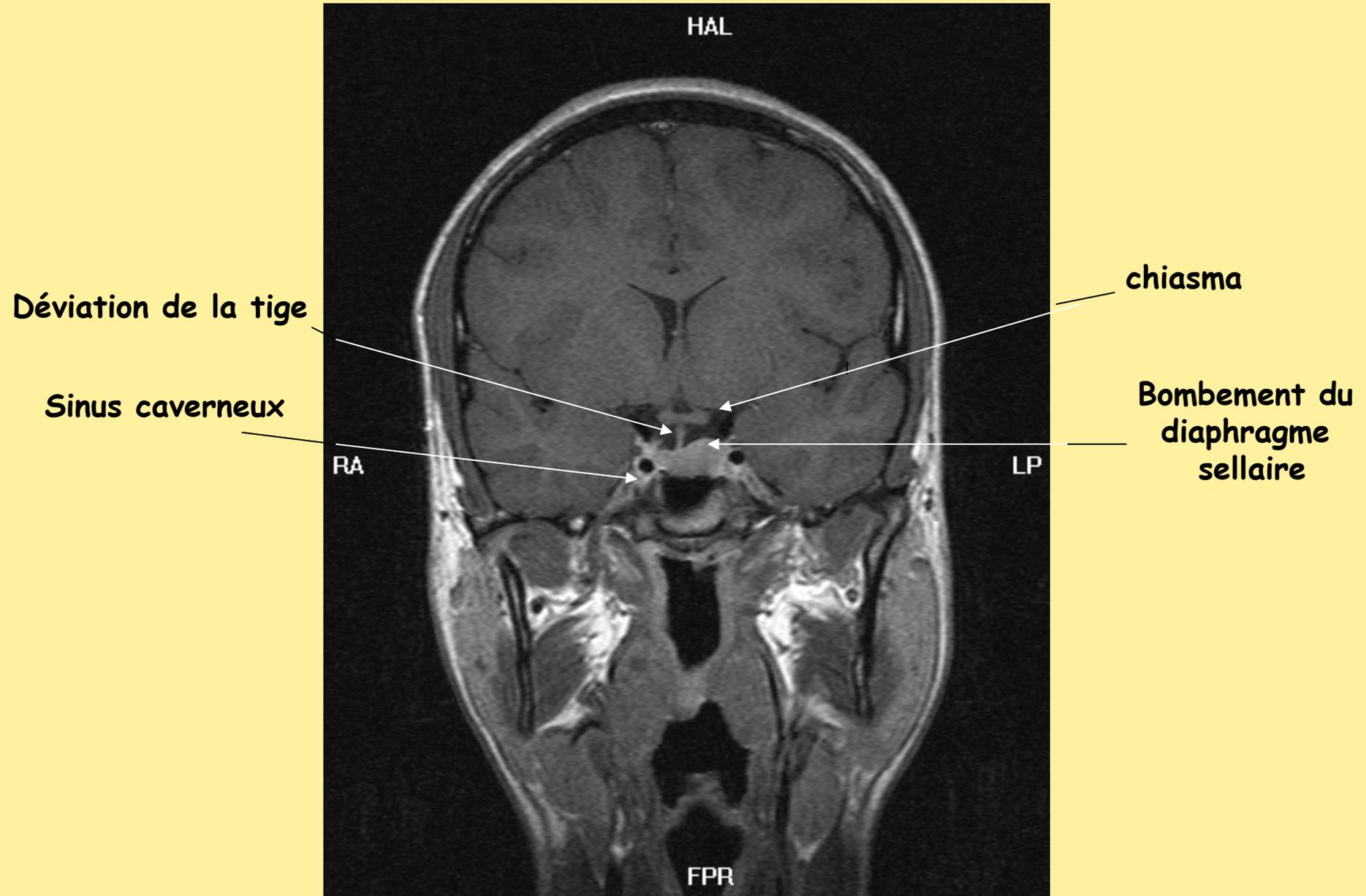
IRM normale. Coupe sagittale sans injection



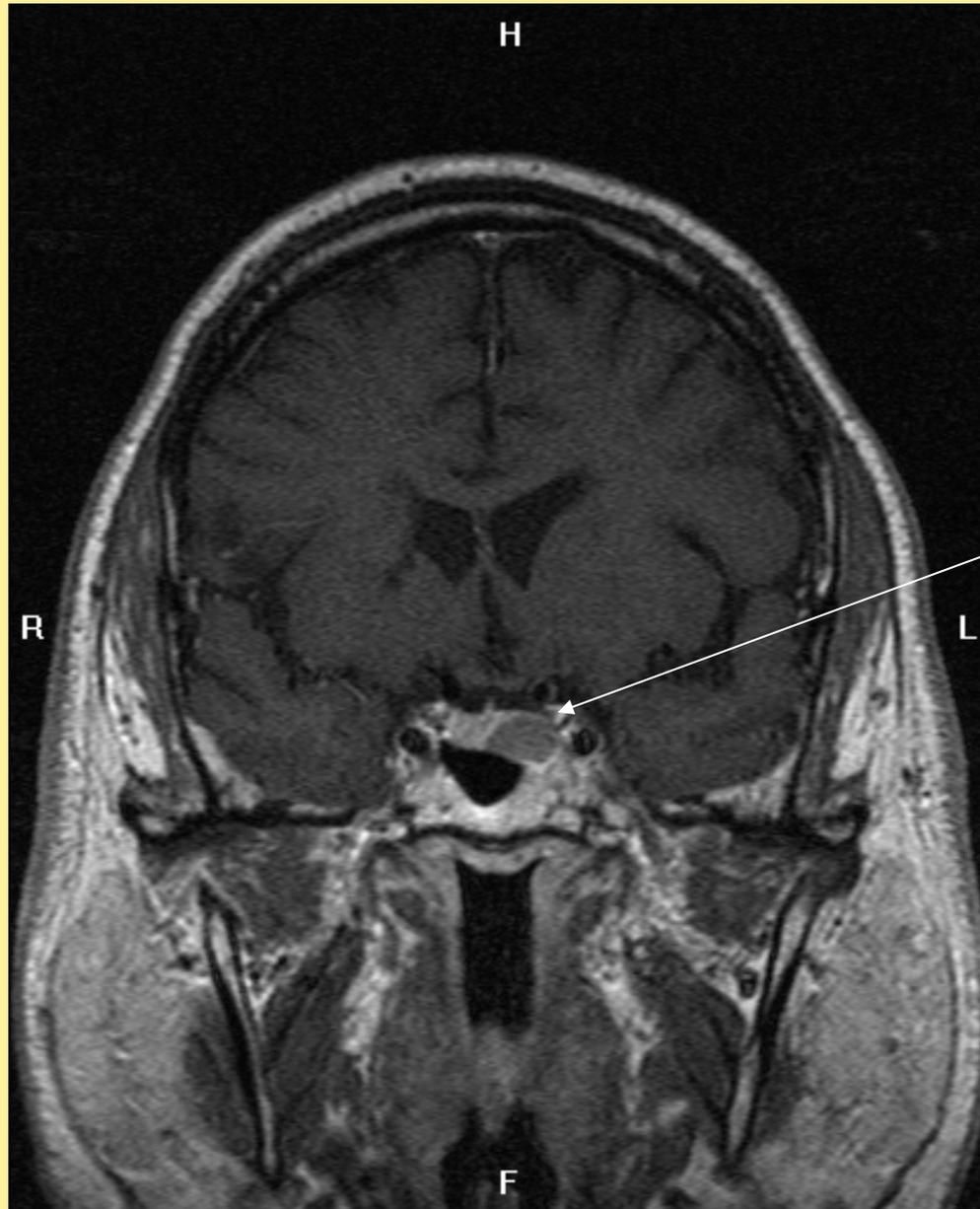
IRM hypophysaire normale. Coupe coronale. Gadolinium



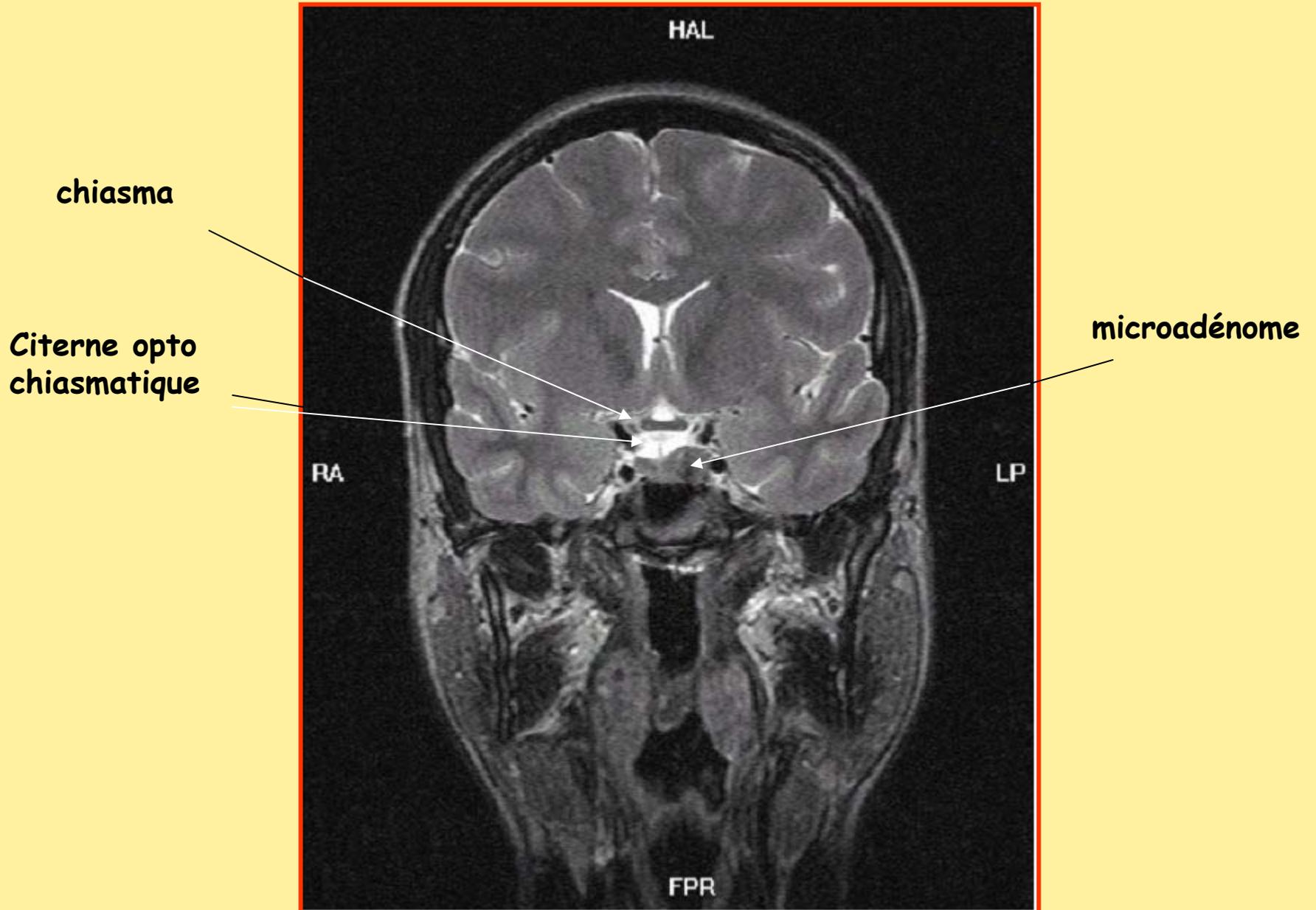
IRM hypophysaire. Microadénome. Coupe coronale sans injection



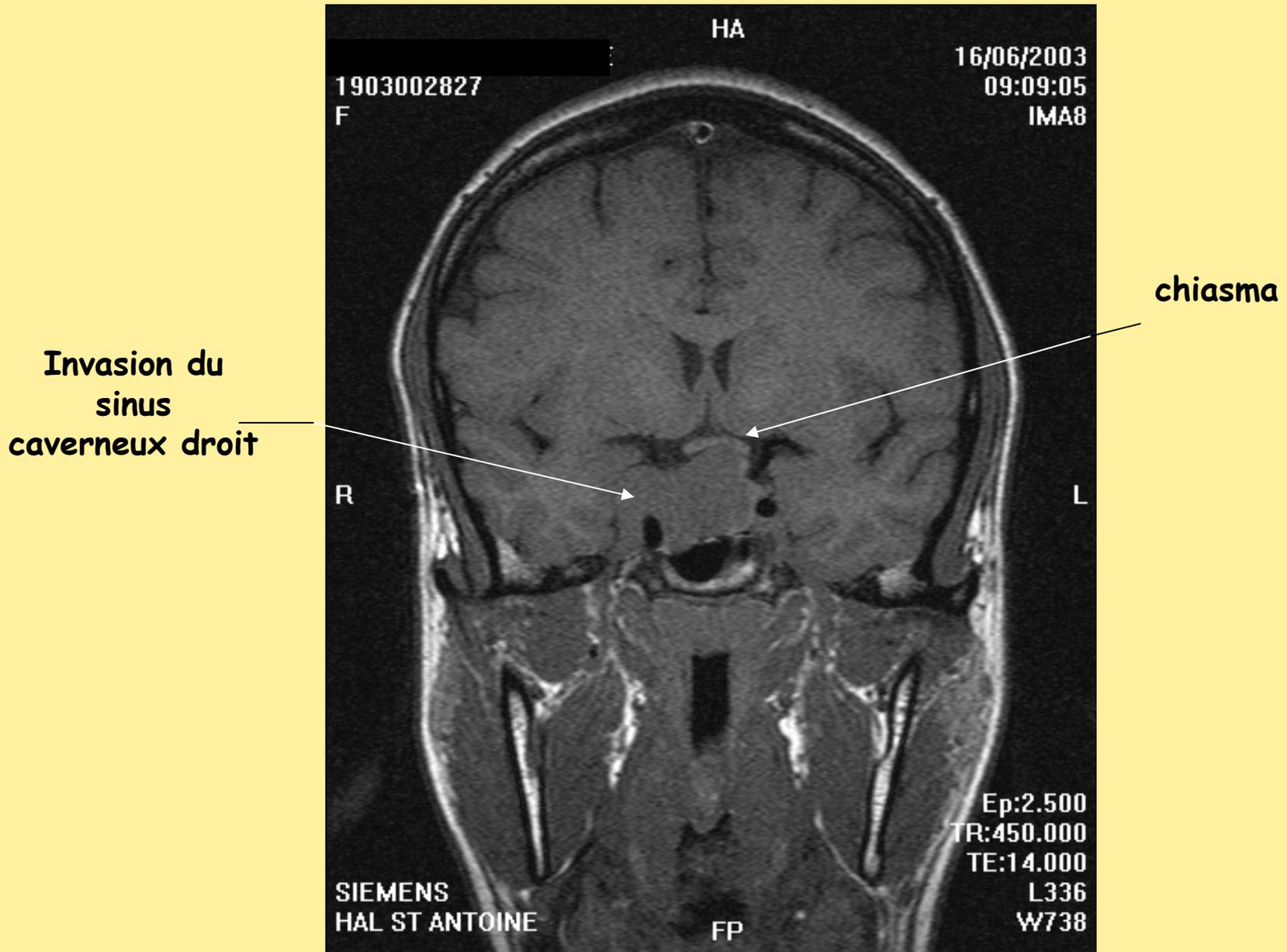
IRM hypophysaire. Microadénome. Coupe coronale. Galodinium



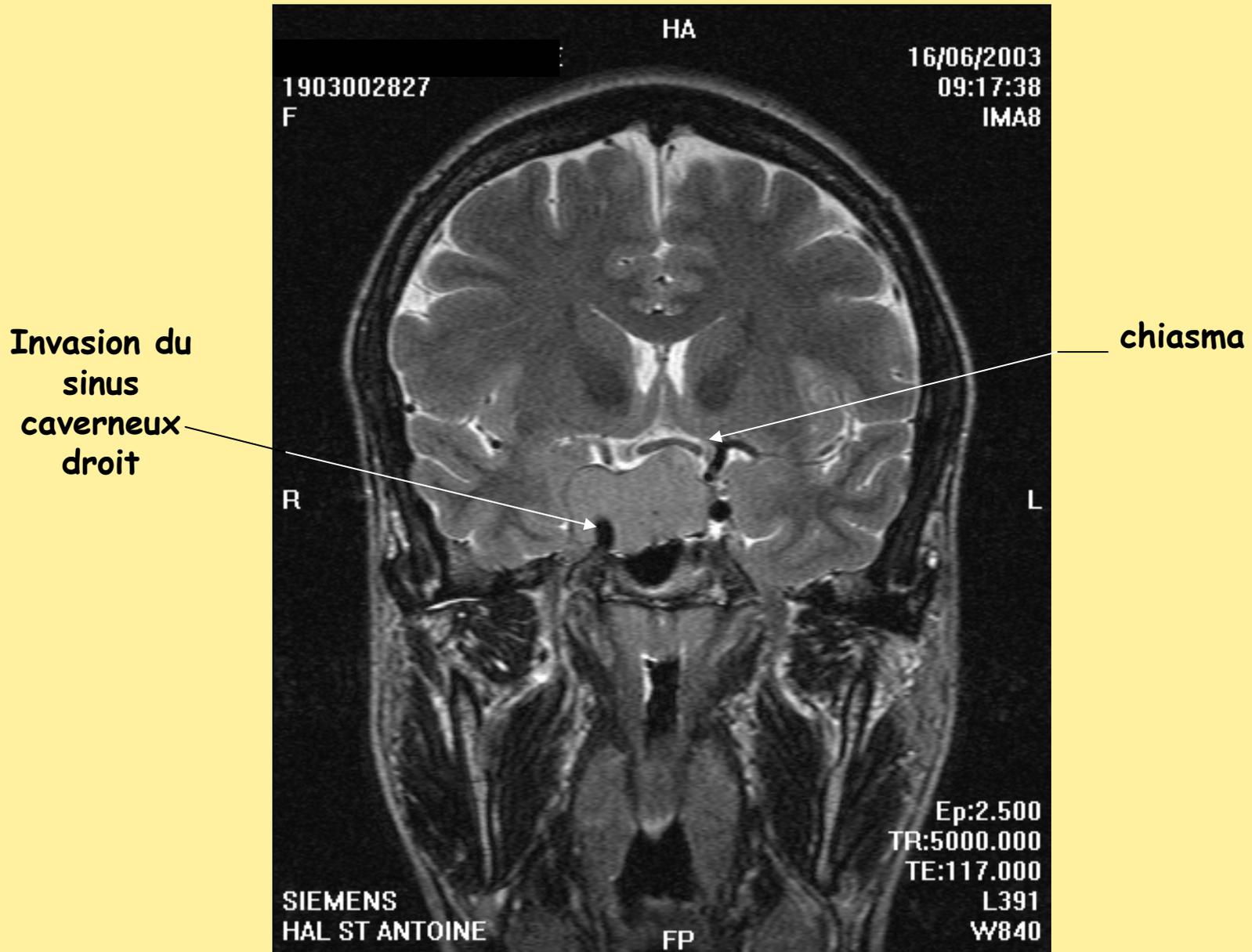
IRM hypophysaire. Microadénome. T2



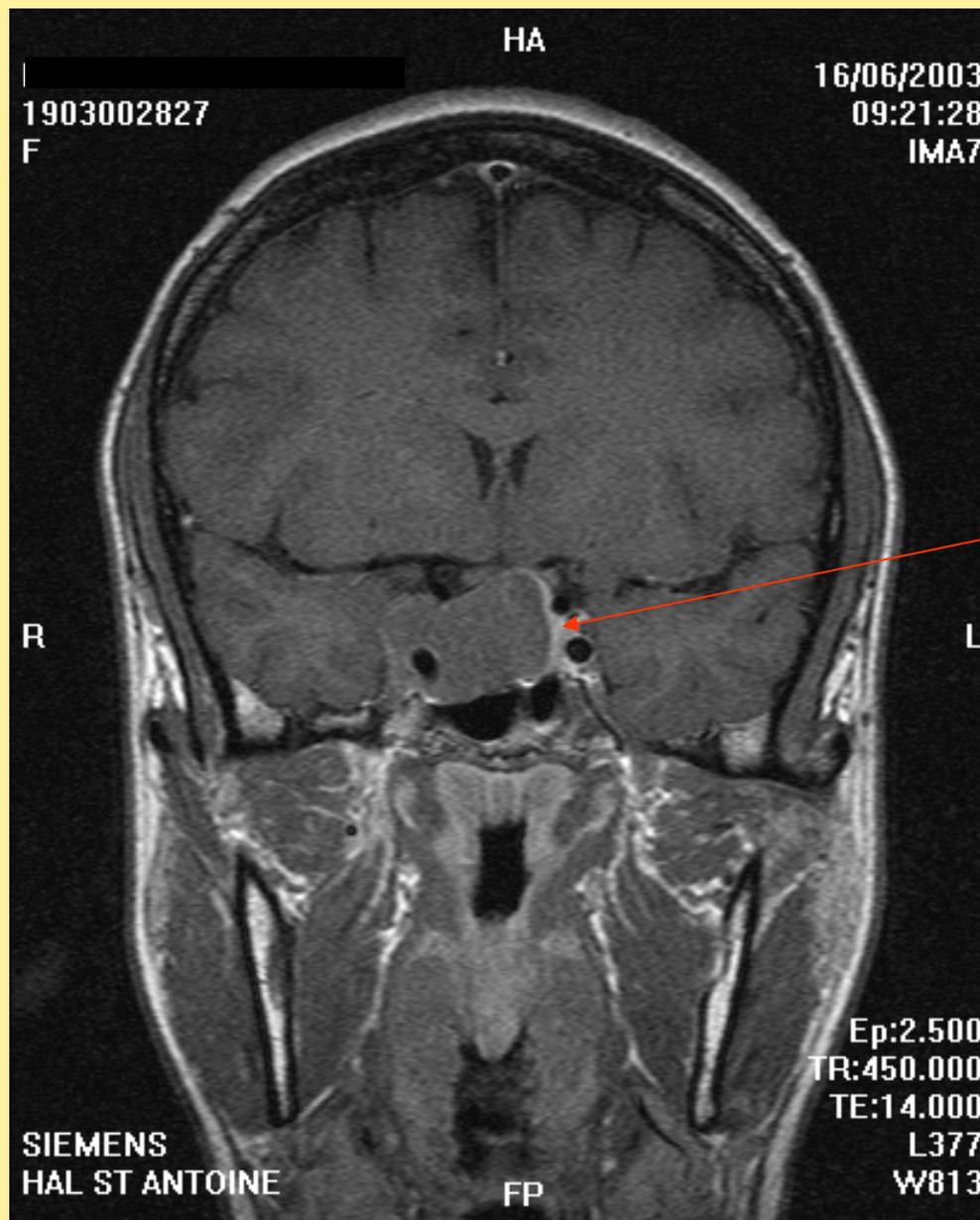
Macroadénome somatotrope. Coupe coronale T1. Sans injection



Macroadénome somatotrope. Coupe coronale T2



Macroadénome somatotrope. Coupe coronale T1. Gadolinium



Hypophyse saine



Macroadénome somatotrope. Coupe sagittale T1. Sans injection

