

L'hypophyse et la région sellaire

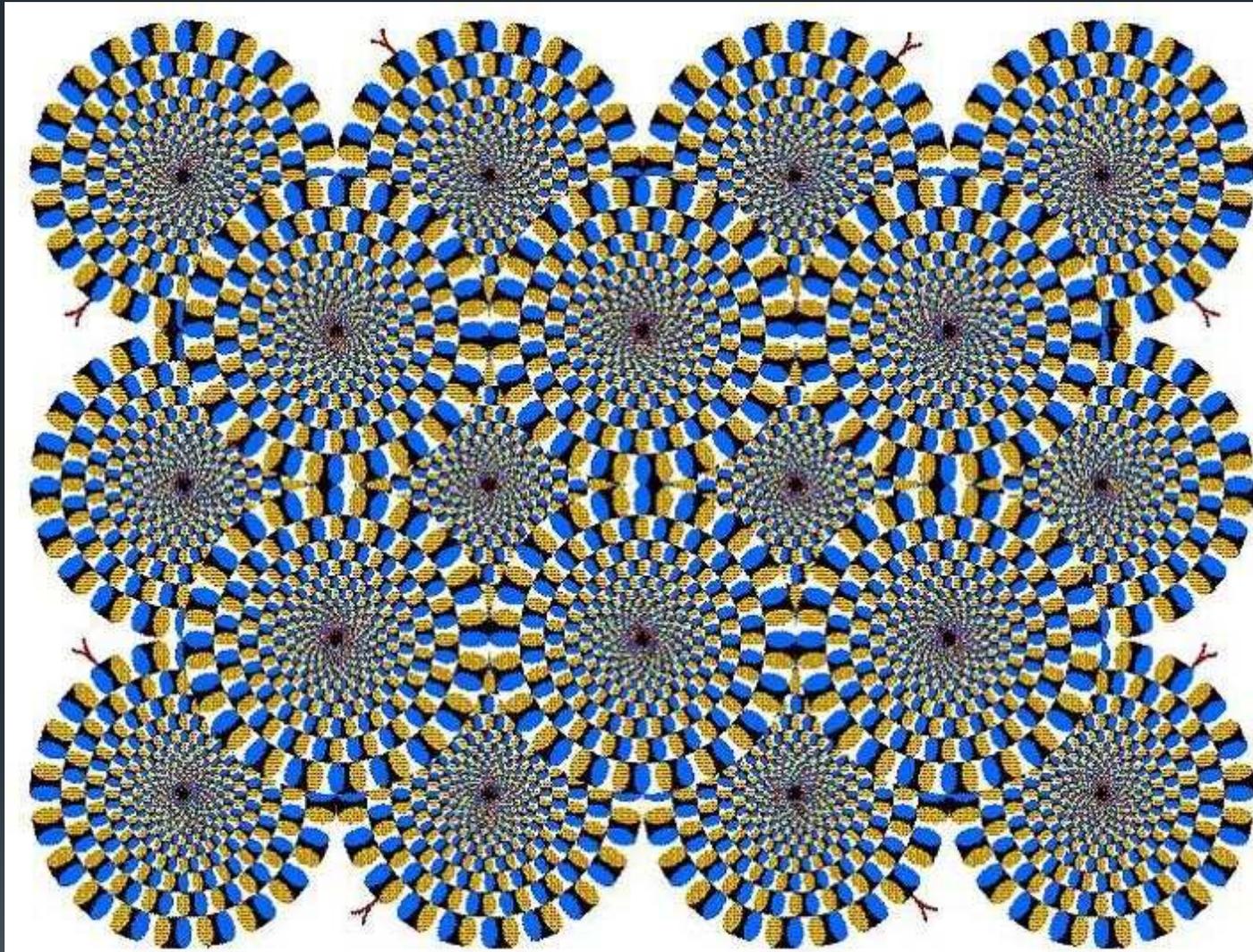


Dr Julie Kreutz, Dr B. Otto
Service de Neuroradiologie
CHU de Liège

Les bonnes questions à se poser...

- Pourquoi le patient est- il exploré?
- Quels sont les séquences à réaliser?
- Que pouvons nous attendre de cet examen?
- Cette image est-elle un adénome?

Adénome?

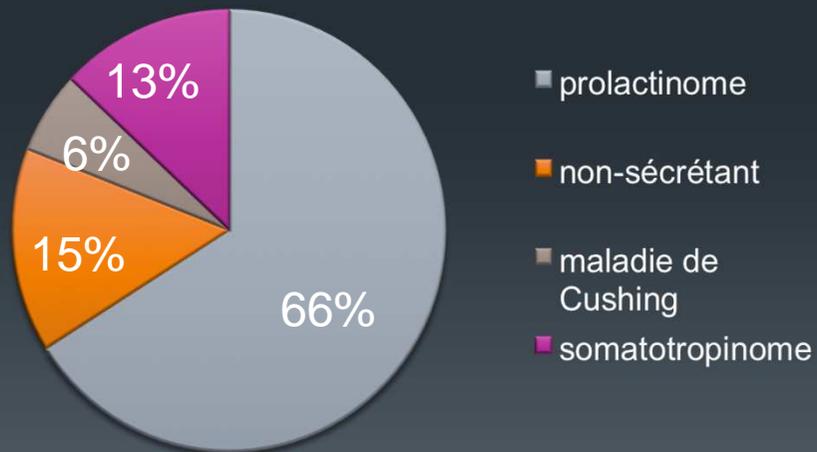


Illusion d'optique?

Les adénomes hypophysaires

Révélation :

- Syndrome de compression
- Hypersécrétion



Hyperprolactinémie

- Confirmer ou infirmer l'origine hypophysaire
 - Médications : neuroleptiques, dompéridone, antidépresseurs, antihypertenseurs, oestrogènes, opiacés, vérapamil
 - Hypothyroïdie primaire
 - IRC
 - Cirrhose
 - Stimulation, stress
 - Idiopathique
 - Atteinte hypothalamique/ désinhibition par compression pituitaire

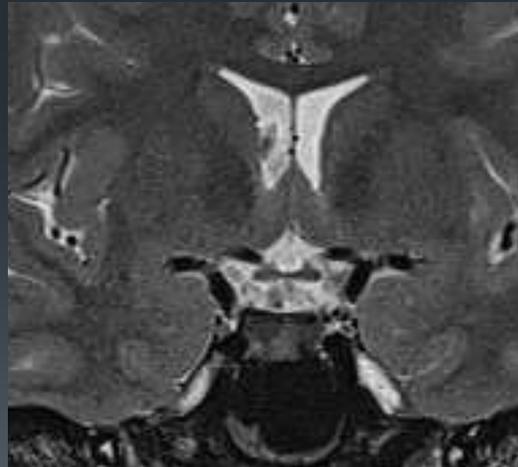


Données cliniques!

Prolactinémie normale : < 500 mUI/l ou 23,5 ng/ml

Comment réaliser son IRM?

- Exigences techniques :
 - Coupes fines +++
 - Matrice élevée
 - Temps d'acquisition élevé
- Coupes :
 - Sagittales T1
 - Coronales SE T1 et T2
 - Coronales SE T1 gado (1/2 dose)



T2 2 mm!



T1 post gado 2,5 mm

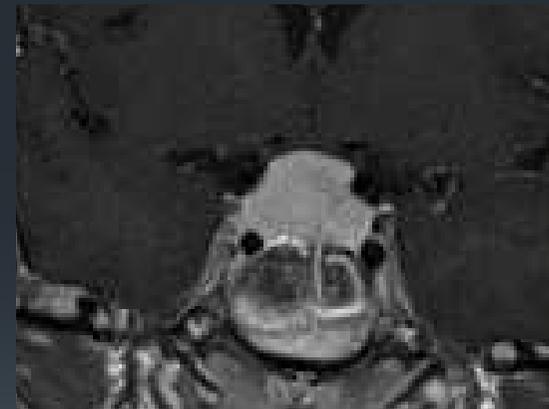
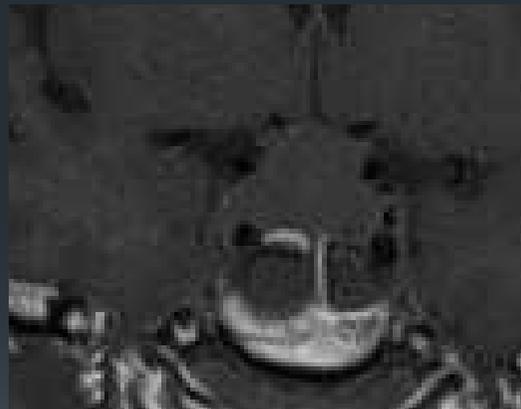
Fausses images de « grosse » hypophyse

- Inadaptation contenant/contenu
- Hypertrophie idiopathique/grossesse



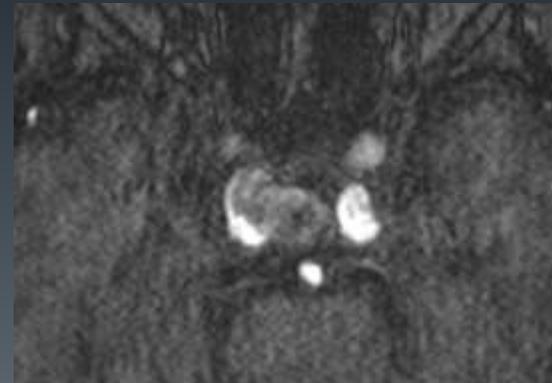
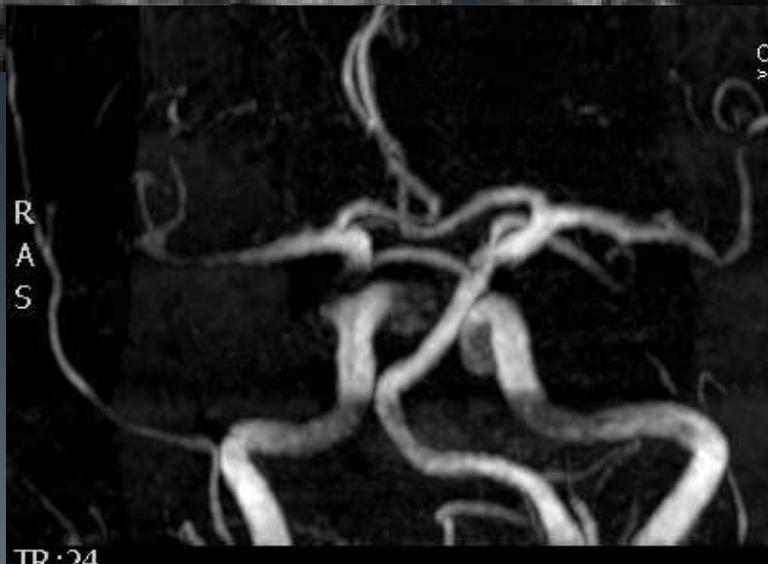
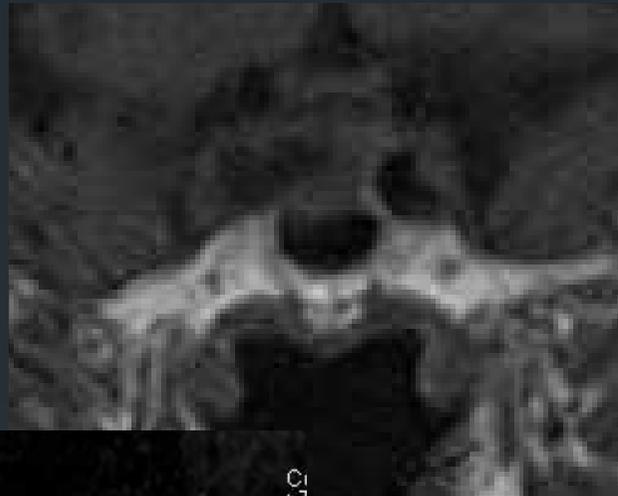
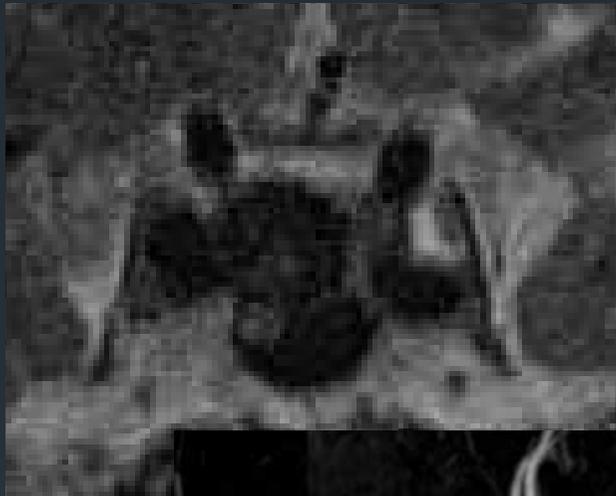
« Vraie » grosse hypophyse

- Hyperplasie (Nelson, hypothyroïdisme)
- Hypophysite



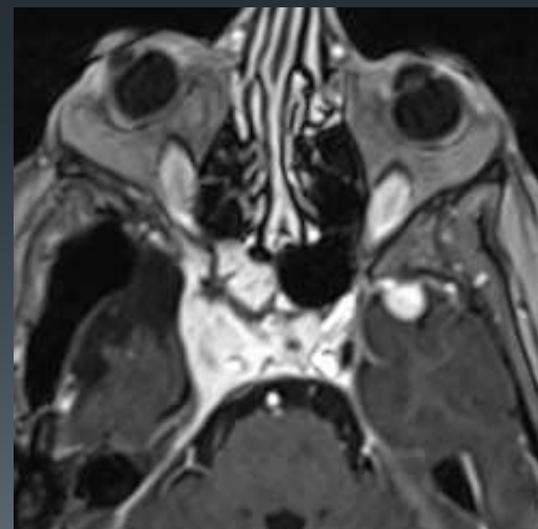
Diagnostic différentiel

Anévrisme



Diagnostic différentiel (2)

Méningiome



Sémiologie IRM des Adénomes

- Clinique !
- Signal variable en fonction du type d'adénome, pour un même type d'adénome
- Signal peut évoluer, changer sous traitement



Hypersignal T2



Hyposignal T1

Gadolinium

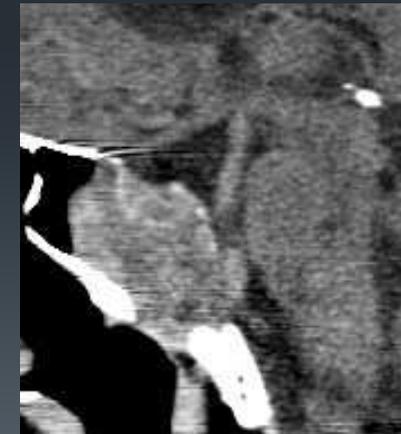
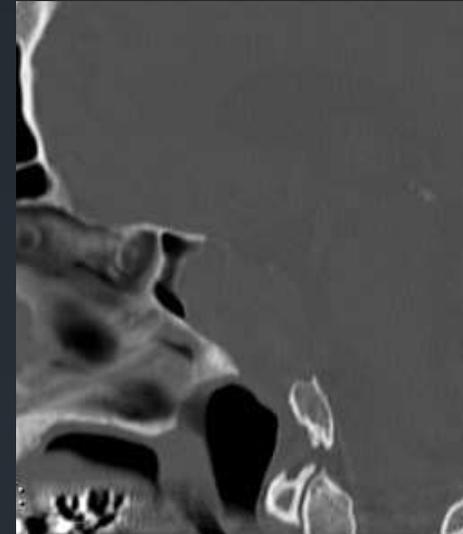
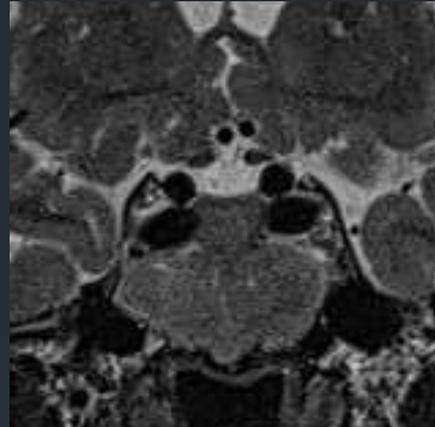
- !! Séquences dynamiques et fausses images
- Intérêts :
 - détection des microadénomes
 - Localisation de l'hypophyse saine en cas de macroadénome



A retenir : l'adénome prend moins le gadolinium que l'hypophyse saine!

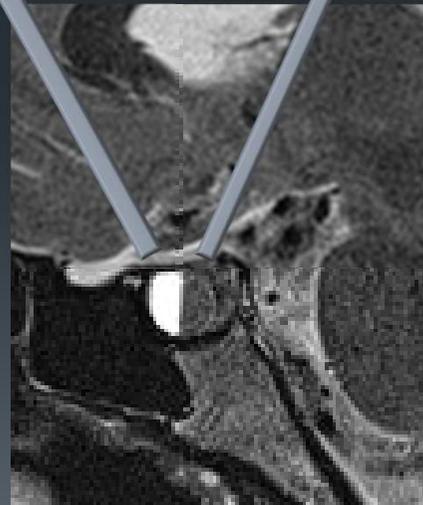
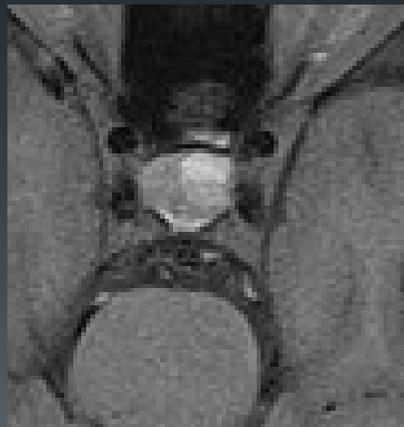
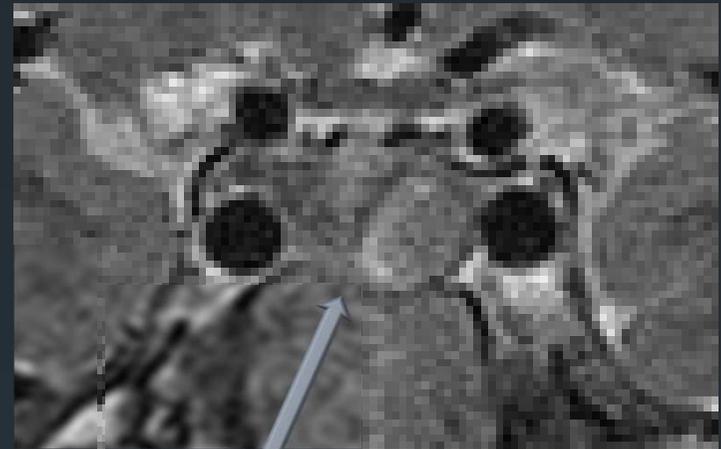
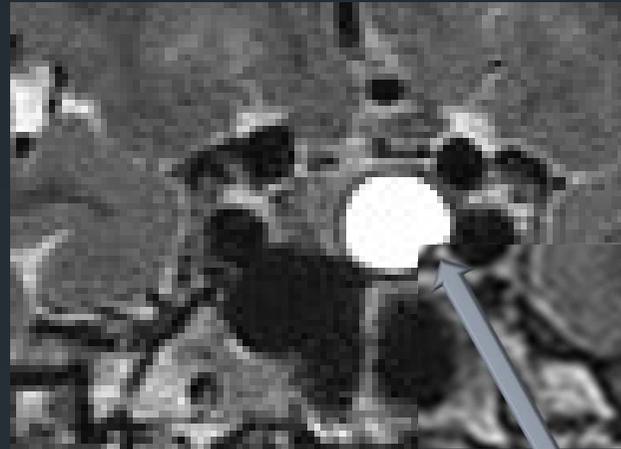
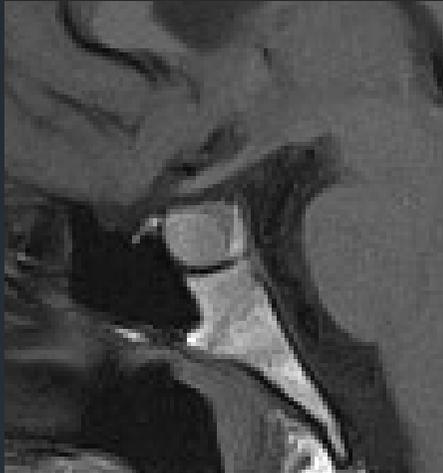
Prolactinome de l'homme

Prolactine : 47000 mUI/L

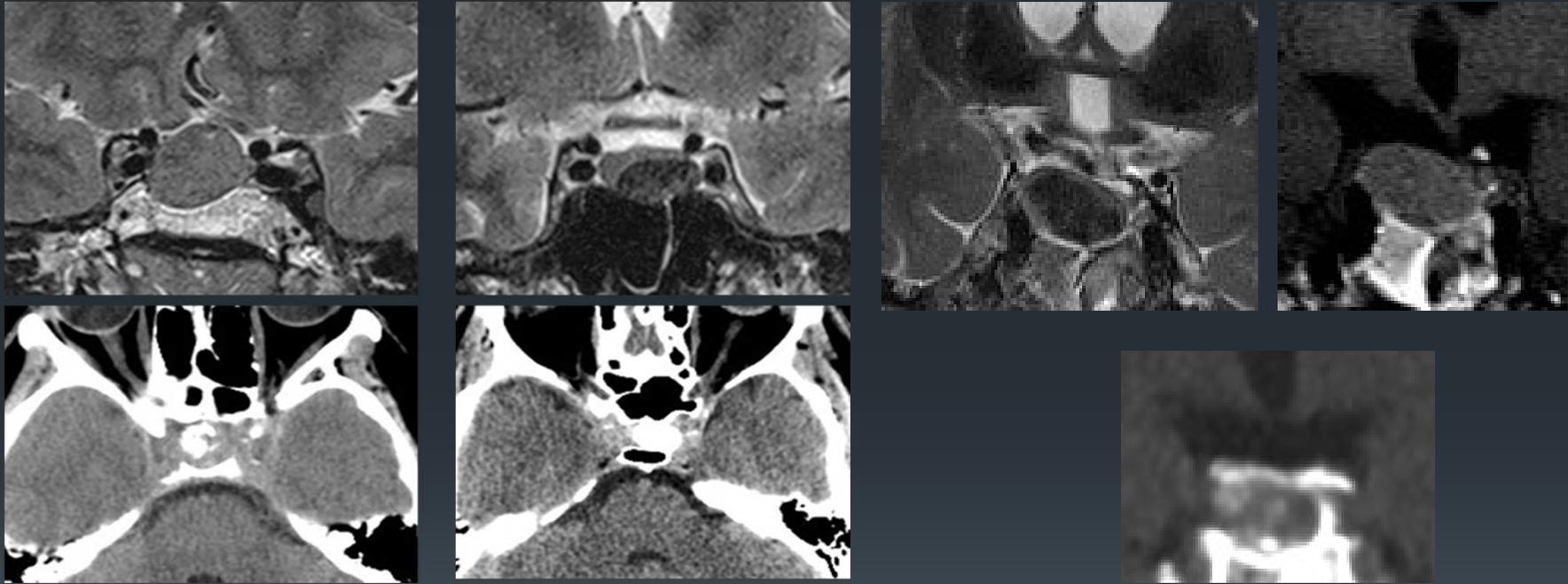


Quelques comprimés de Sostilar valent mieux qu'une opération inutile!

Adénome hémorragique



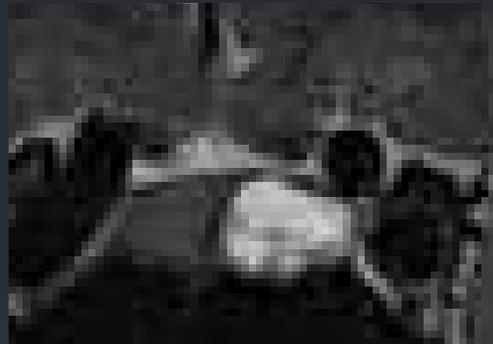
Prolactinome calcifié



Hyposignal T2 et calcifications

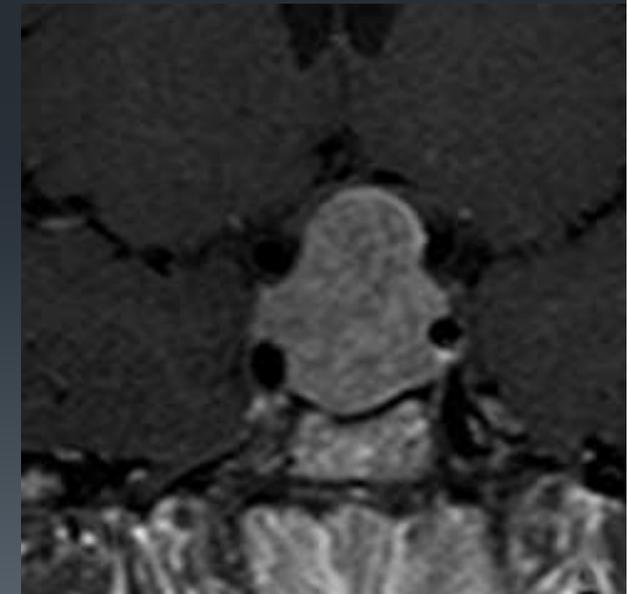
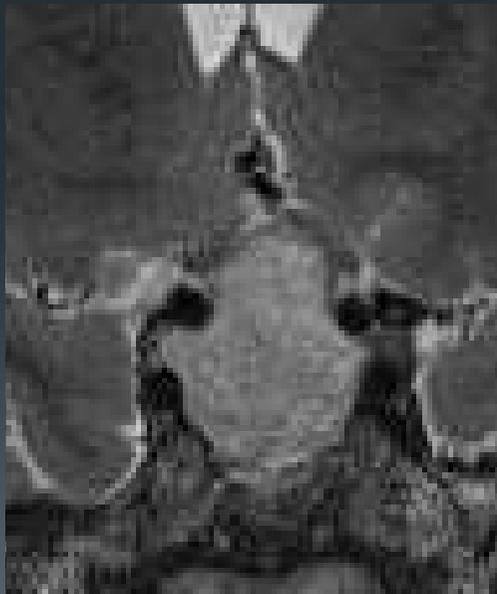
Cushing

- « Pico » adénome
- Coupes extra fines!!
- Acquisition retardée
- Cathétérisme des sinus pétreux

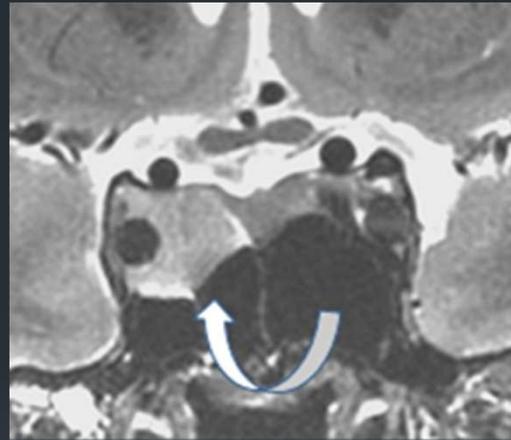


Macroadénome et envahissement du sinus caverneux

- Protection par l'hypophyse saine refoulée
- Pourcentage d'enroulement de la carotide interne intracaverneuse (>66%)
- Franchissement de la ligne intercarotidienne latérale



Acromégalie/gigantisme



Hypersignal T2

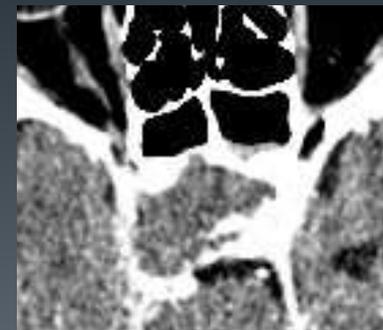
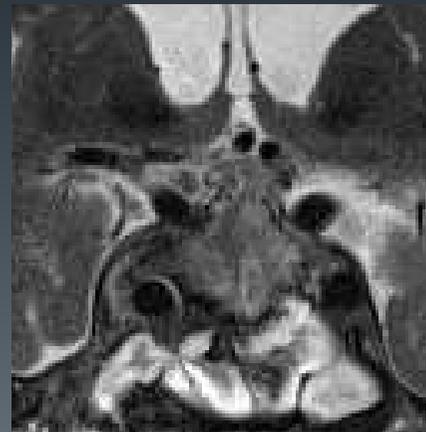
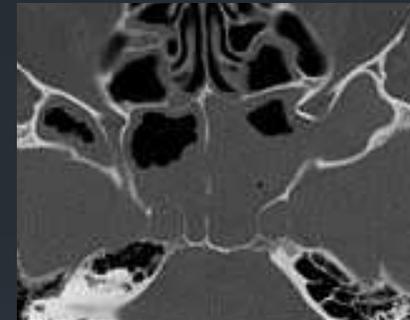
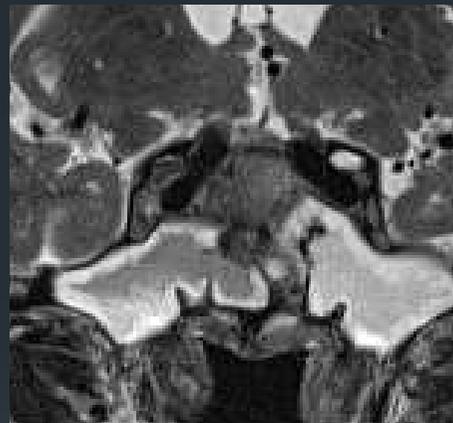


Hyposignal T2

T2W

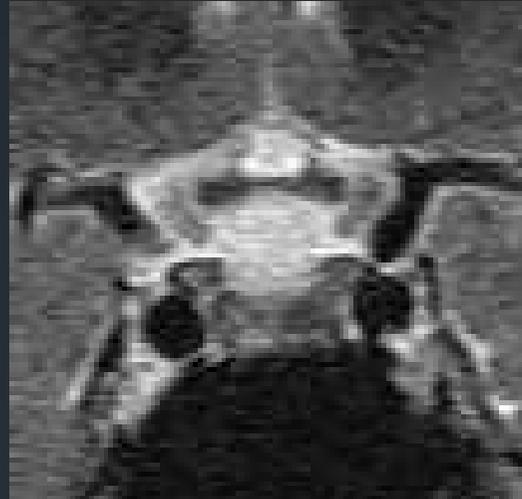
Apoplexie hypophysaire

- Clinique +++ : céphalées brutales, syndrome chiasmatique, paralysie oculomotrice

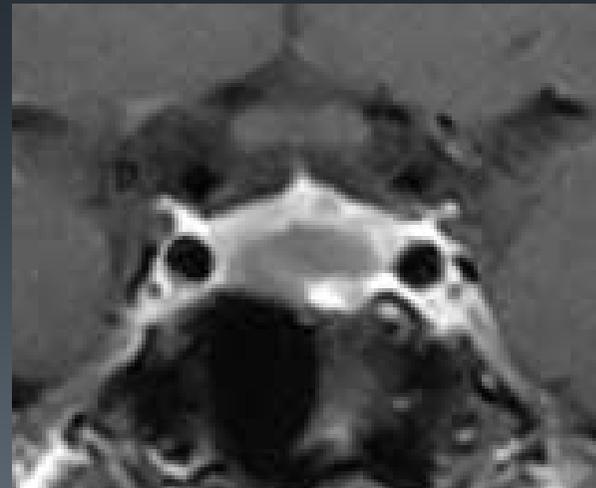
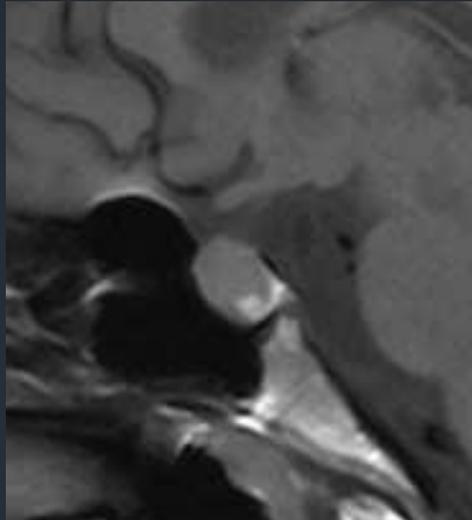


Kyste de la poche de Rathke

- Sur la ligne médiane
- Entre anté et post-hypophyse
- Intra ou suprasellaire
- Axial T1 FS



Kyste de la poche de Rathke (2)

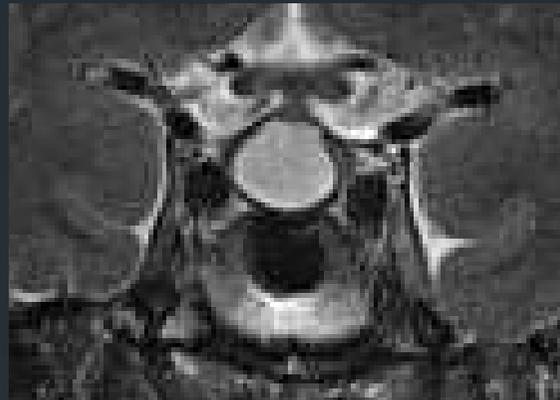


Kyste de la poche de Rathke compliqués

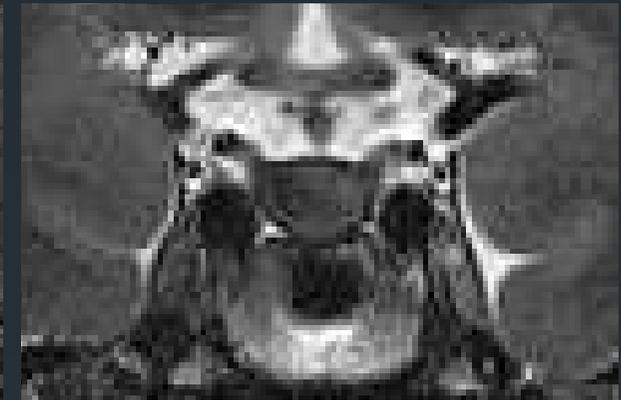
- Infection, rupture, majoration de volume



Février 2015



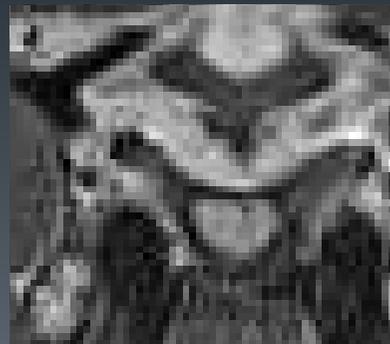
6 Mars 2015



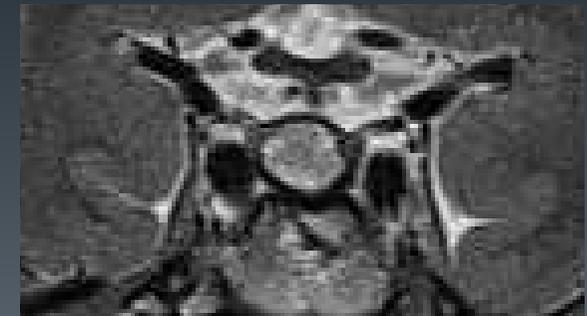
18 mars 2015



2 avril 2015



Juin 2015



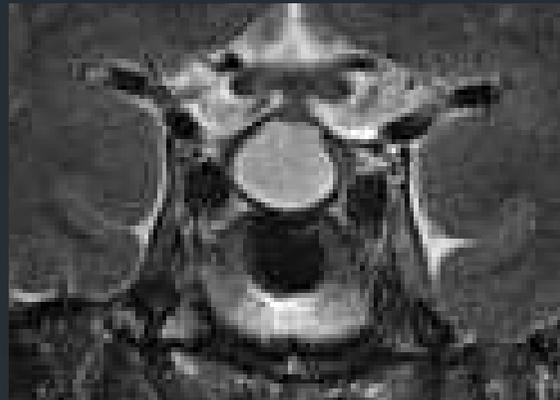
Novembre 2015

Kyste de la poche de Rathke compliqués (2)

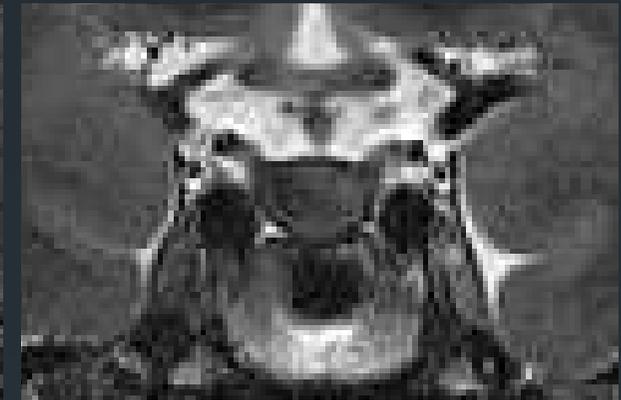
- Infection, rupture, majoration de volume



Février 2015



6 Mars 2015

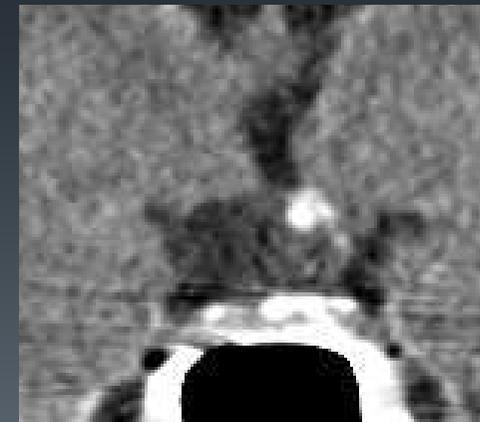
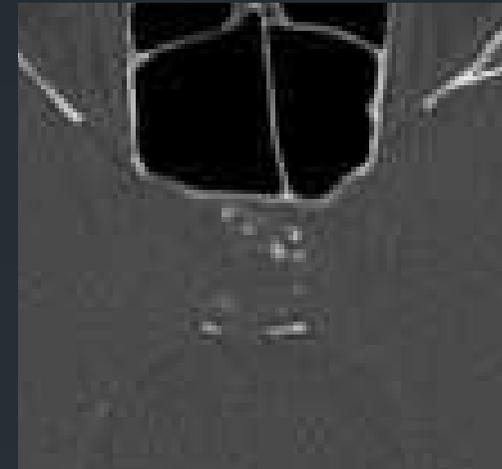


18 mars 2015



Craniopharyngiome

Kyste, paroi charnue / nodule, calcifications



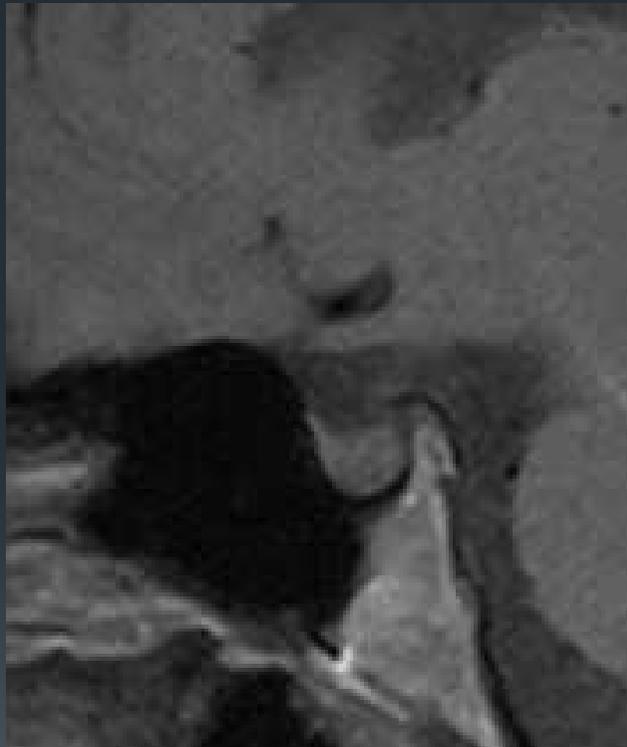
Kyste sous-arachnoïdien

Signal liquidien sur toutes les séquences, ne se rehausse pas.
Chercher la tige et la post-hypophyse



Posthypophyse et diabète insipide

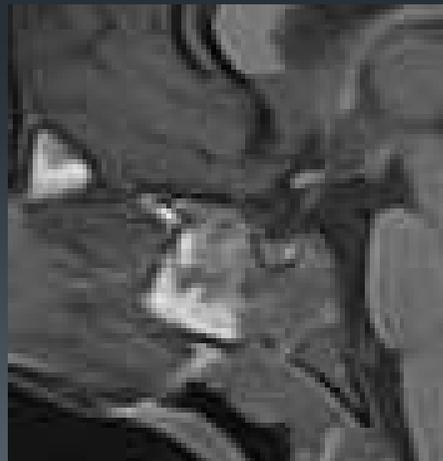
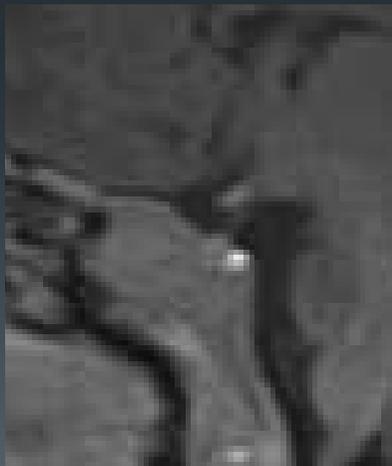
Coupes axiales T1 fatsat 3 mm



Hypophyse en pédiatrie

Variations physiologiques :

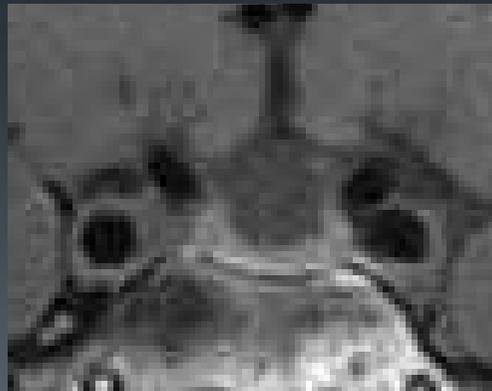
- 2 phases d'hypertrophie physiologique transitoire :
 - De la naissance jusqu'à jusqu'à 2 mois
 - Puberté
- Sphénoïde
 - 1 iso T1
 - 2 : hyper T1
 - 3 : pneumatisation



Adénome extrêmement rare en pédiatrie !!

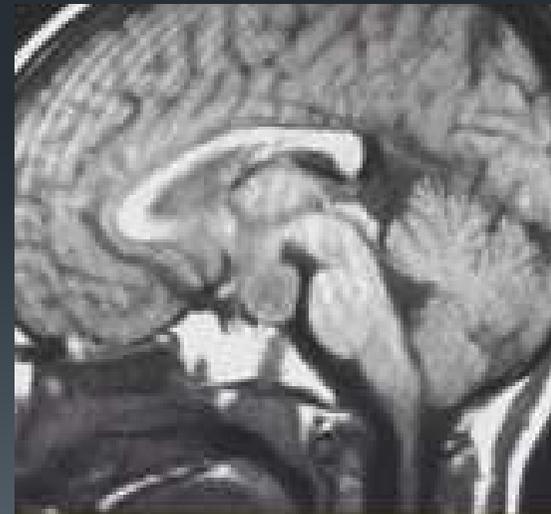
Retard de croissance

- Déficit en GH = 10%
- IRM :
 - normale
 - Hypoplasie antéhypophysaire
 - Regarder la tige (fine = visible uniquement en post-gado) et la post-hypophyse
 - Rechercher d'autres anomalies de la ligne médiane
 - craniopharyngiome



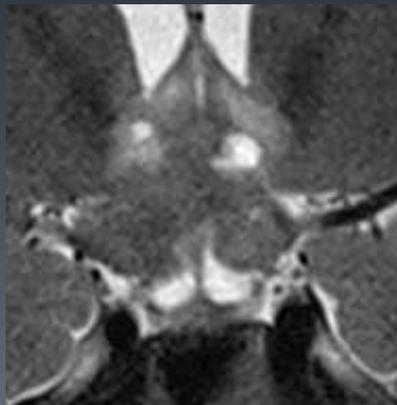
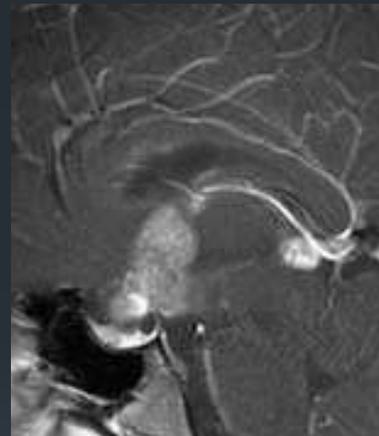
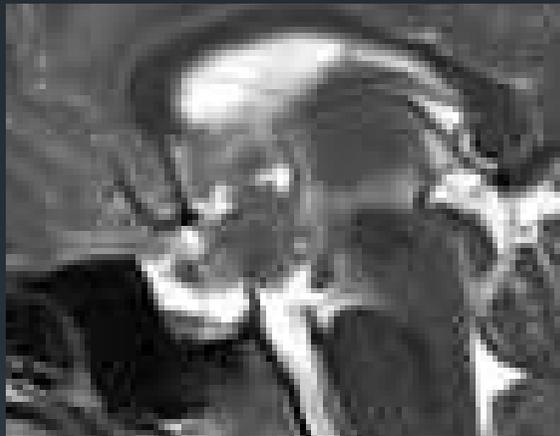
Puberté précoce

- idiopathique
- hamartome hypothalamique
- Astrocytome hypothalamique
- Gliome des VO
- Tumeurs germinales



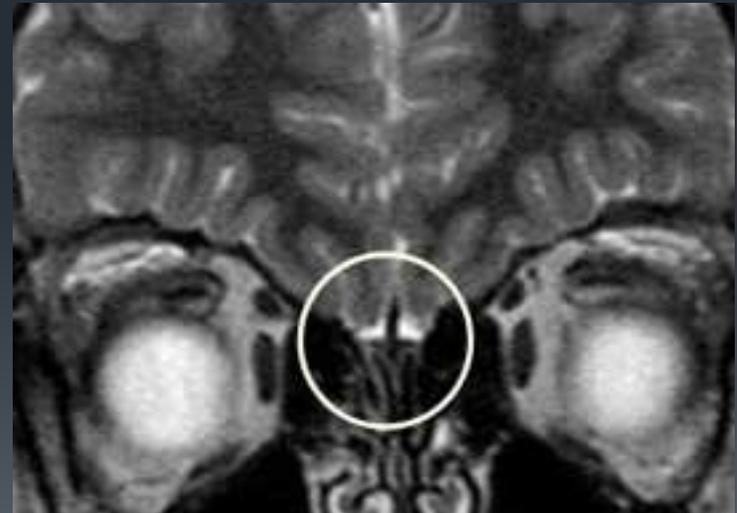
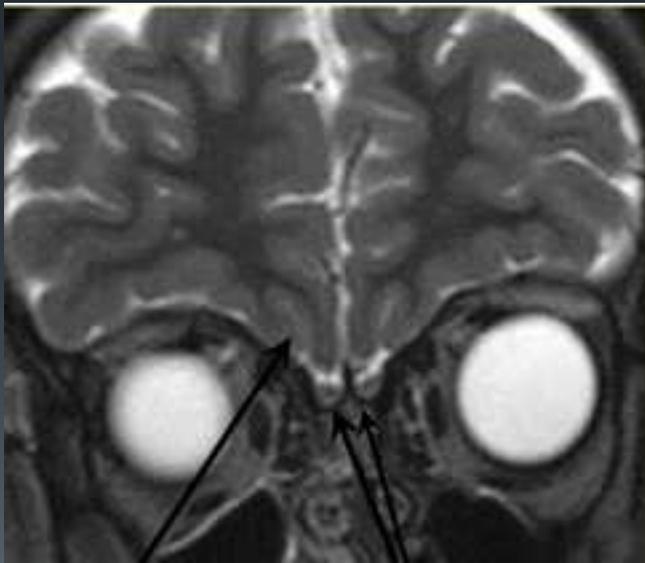
Tumeurs à cellules germinales

- Diabète insipide = mode d'entrée fréquent
 - La lésion peut être trop petite que pour être détectable initialement!!
 - ! ++ aux grosses tiges
 - Répéter les examens IRM tous les 3-6 mois pdt 3 ans



Retard pubertaire

- Syndrome de Kallmann : !! Bulbe olfactif



En conclusion :

- Les images sont parfois trompeuses...
 - S'aider de la clinique
 - L'adénome prend MOINS le gado

