

# Découverte fortuite d'une masse nasopharyngée dans un contexte d'insuffisance antéhypophysaire

Lara Delcour (1), Marie-Anne Labaisse (2), Carine Hinkeltz (3)

## Incidental finding of a nasopharyngeal mass in an anterior pituitary insufficiency setting

The differential diagnosis of nasopharyngeal masses is vast and mainly comprises three categories of lesions: benign masses corresponding to benign tumors and inflammatory lesions, malignant tumors, and congenital lesions. The age of the patient, clinical context, symptoms associated with the mass, as well as iconographic data are essential to orientate professionals towards the various possible etiologies. In a context of hypothalamic-pituitary axis malformation, and with reference to the embryological origins of the pituitary gland, the hypothesis of extracranial ectopic pituitary tissue is, although rare, an etiology that must be evoked when confronted to a nasopharyngeal mass. However, biopsy with an anatomopathological examination proved to be the only technique able to confirm the lesion's histological origin.

### KEY WORDS

Anterior pituitary insufficiency, MRI, nasopharyngeal mass, differential diagnosis, embryology, ectopic pituitary tissue

Le diagnostic différentiel des masses nasopharyngées est large et regroupe principalement trois catégories de lésions : les masses bénignes avec les tumeurs bénignes et les lésions inflammatoires, les tumeurs malignes et les lésions congénitales. L'âge du patient, son contexte clinique, les symptômes associés à la masse et les données iconographiques sont des informations essentielles pour s'orienter parmi les différentes étiologies possibles. Dans un contexte de malformation de l'axe hypothalamo-hypophysaire et en se référant aux origines embryologiques de l'hypophyse, l'hypothèse du tissu hypophysaire ectopique extra-crânien est, bien que rare, une étiologie à évoquer devant une masse nasopharyngée. Cependant, la biopsie avec la réalisation d'un examen anatomopathologique est la seule technique permettant de confirmer l'origine histologique d'une lésion.

### Que savons-nous à ce propos ?

Le premier cas de tissu hypophysaire ectopique a été décrit par Erdheim et Stumme en 1909. Depuis, la présence de tissu antéhypophysaire au niveau de la paroi du nasopharynx a été démontrée dans plusieurs études. Deux cas de suspicion de tissu hypophysaire ectopique avec anomalie associée de l'hypophyse ont été décrits dans la littérature médicale ainsi que plusieurs cas d'adénomes hypophysaires ectopiques nasopharyngés.

### Que nous apporte cet article ?

L'article rapporte une étiologie rare d'insuffisance antéhypophysaire et discute le diagnostic différentiel des masses nasopharyngées avec l'hypothèse du tissu hypophysaire ectopique, les origines embryologiques de l'hypophyse, les méthodes diagnostiques et l'attitude thérapeutique devant ce type de malformation.

### What is already known about the topic?

The first case of ectopic pituitary tissue was described by Erdheim and Stumme in 1909. Since then, the presence of anterior pituitary tissue in the nasopharyngeal wall has been demonstrated in several studies. Two cases of suspected pituitary ectopic tissue with associated pituitary abnormalities have been described in the medical literature, as well as several other cases of pituitary ectopic nasopharyngeal adenomas.

### What does this article bring up for us?

The article presents a rare etiology of anterior pituitary insufficiency. It further discusses the differential diagnosis of nasopharyngeal masses, reporting on the hypothesis of ectopic pituitary tissue, the embryological origins of the pituitary gland, diagnostic methods, as well as therapeutic attitude towards this malformation type.

## INTRODUCTION

La découverte d'une masse nasopharyngée évoque un large diagnostic différentiel comprenant des lésions bénignes, malignes et congénitales. La biopsie est la seule technique permettant de confirmer l'origine histologique de la lésion.

Bien que rare, le tissu hypophysaire ectopique extra-crânien est à évoquer comme hypothèse diagnostique devant une masse nasopharyngée. Le premier cas de tissu hypophysaire ectopique a été décrit par Erdheim et Stumme en 1909. Depuis, la présence de tissu antéhypophysaire au niveau de la paroi du nasopharynx a été démontrée dans plusieurs études (1). Deux cas de suspicion de tissu hypophysaire ectopique avec anomalie associée de l'hypophyse (2,3) ont été décrits dans la littérature médicale ainsi que plusieurs cas d'adénomes hypophysaires ectopiques nasopharyngés. (Tableau 1) Un adénome hypophysaire ectopique est un adénome situé à l'extérieur de la selle turcique et sans continuité avec l'hypophyse intrasellaire normale. Ils trouvent leur origine au niveau de reliquats de cellules hypophysaires sur le trajet de formation embryologique de la glande. Ils peuvent être intra-crâniens, essentiellement dans la

citerne suprasellaire, ou extra-crâniens, principalement au niveau des sinus sphénoïdaux ou plus rarement dans le nasopharynx ou l'espace parapharyngé. Ils peuvent être fonctionnels ou non fonctionnels. Les adénomes ectopiques extra-crâniens fonctionnels sont les plus fréquents (4).

## OBSERVATION CLINIQUE

Un homme de 49 ans se présente à la consultation d'oto-rhino-laryngologie pour un avis concernant la mise en évidence d'une petite masse nasopharyngée dans le cadre d'un bilan radiologique d'une insuffisance hypophysaire. Lors de l'anamnèse, l'histoire médicale du patient est retracée. À l'âge de 14 ans, le patient a présenté un déficit de croissance. À l'époque, le bilan réalisé montre une insuffisance somatotrope associée à une hyperprolactinémie et l'imagerie conclue à une selle turcique vide. Des années plus tard, le patient consulte un endocrinologue dans le cadre d'une prise de poids anormale. Les bilans biologiques et hormonaux réalisés montrent une insuffisance thyroïdienne (T4 libre basse : 8.2 pmol/L, nl : 10.3-21.9 pmol/L et TSH normale: 1.65 µUI/ml, nl : 0.27-4.78 µUI/ml), une insuffisance gonadotrope

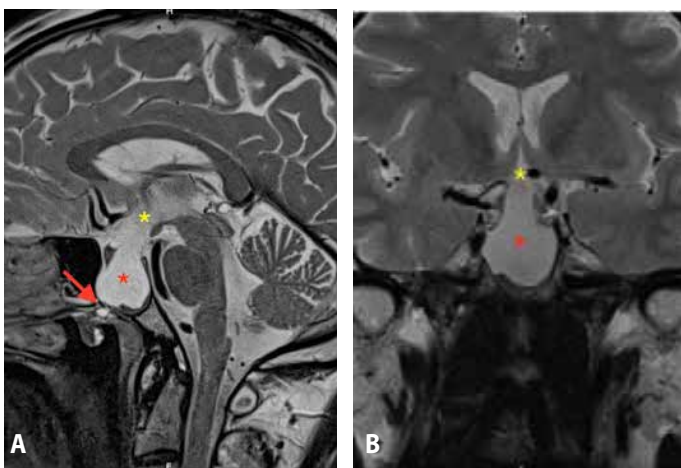
**Tableau 1. Cas d'adénomes hypophysaires ectopiques nasopharyngés confirmés et de suspicion de tissu hypophysaire ectopique retrouvés dans la littérature médicale**

Source	Sexe	Age	Symptômes nasaux	Bilan hormonal	Hypophyse intra-sellaire normale	Imagerie	Biopsie et/ou Résection
Collie RB et al (9) 2005	F	50 ans	Congestion nasale	↑TSH	Présente	IRM + CT-scan	Biopsie + résection endoscopique partielle
Alexander AA et al (10) 2008	H	80 ans	Obstruction nasale	Normal	Présente	IRM + CT-scan	Résection endoscopique
Ali R et al (11) 2010	F	52 ans	Rhinorrhée postérieure et sensation de boule dans la gorge	Normal	Présente	IRM + CT-scan	Résection endoscopique
Rabelink NM et al (3) 2012	F	38 ans	/	hyperprolactinémie	Absente + canal craniopharyngien	IRM + CT-scan	/
Erdogan N et al (12) 2012	F	50 ans	Congestion nasale + difficultés respiratoires	Normal	Présente	IRM + CT-scan	Résection endoscopique
Tong A et al (13) 2013	F	49 ans	Obstruction nasale	↑TSH	Présente	IRM + CT-scan	Résection endoscopique
Song M et al (14) 2014	H	41 ans	Obstruction nasale	↑TSH	Présente	IRM + CT-scan	Résection endoscopique
Nishiike S et al (15) 2014	H	46 ans	/	↑TSH	Présente	IRM + CT-scan	Résection endoscopique
Sioshansi PC et al (2) 2015	F	13 mois	/	Normal	Absente + Canal craniopharyngien	IRM	/

(testostérone basse 1.8 ng/mL, nl : 2.49-8.36 ng/mL et FSH basse 0.3 U/L, nl : 1.3-12.4 U/L), une insuffisance somatotrope (IGF1 : 65 µg/L, nl : 94-269 µg/L) ainsi qu'une hyperprolactinémie (prolactine haute : 153.4 µg/L, nl : 4.1-15.2 µg/L). Les valeurs de cortisol matinal (445 nmol/L, nl : 145-619 nmol/L) et d'ACTH (45.9 pg/mL, nl : 3.6-60.5 pg/mL) sont normales, le patient ne présente pas d'insuffisance corticotrope. Concernant la fonction posthypophysaire, la natrémie est normale (Na : 140 mmol/L, nl : 135-145mmol/L) et le patient ne présente pas de polyurie, polydipsie ou nycturie. Suite à ces découvertes, des traitements hormonaux substitutifs sont mis en place. Dans la suite du bilan, une IRM et un CT-scan de la région hypothalamo-hypophysaire sont effectués.

Au niveau de l'IRM réalisée, différentes anomalies sont objectivées. La selle turcique apparaît fortement élargie, occupée par une formation kystique en continuité avec le 3<sup>ème</sup> ventricule et correspondant au récessus infundibulaire dilaté avec un petit prolongement inférieur dans la paroi nasopharyngée. (Figure 1) Au fond de cette « selle turcique » élargie, apparaît une bandelette tissulaire se rehaussant après l'injection de produit de contraste et correspondant à l'antéhypophyse. La tige pituitaire apparaît dupliquée, étirée et extrêmement amincie. La posthypophyse est mal identifiée, peut-être sous forme d'un petit spot hyperintense T1 à la partie postérieure de la selle turcique. Au niveau de la paroi postéro-supérieure du nasopharynx, est objectivée une protrusion tissulaire strictement médiane de 9 X 8 mm. La partie antérieure de cette masse présente des caractéristiques de signal et de prise de contraste similaires au tissu antéhypophysaire

Figure 1.

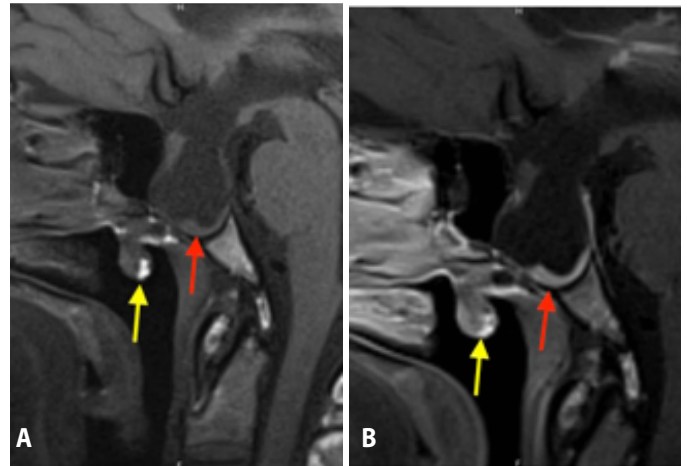


A : IRM en coupe sagittale pondérée T2  
B : IRM en coupe coronale pondérée T2

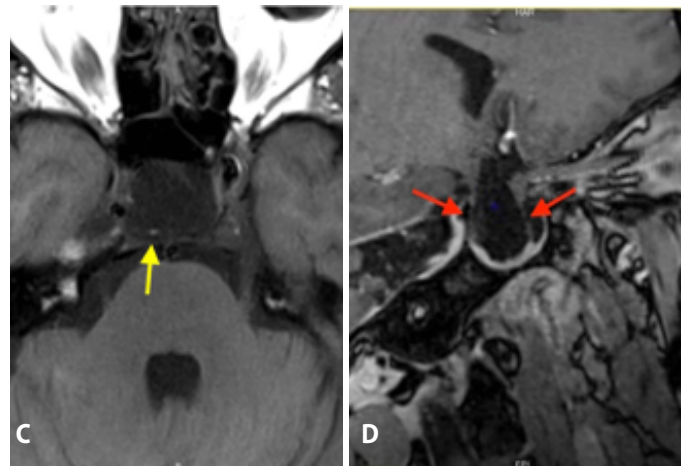
Au niveau de selle turcique élargie, se trouve une formation kystique hyperintense T2 (astérisque rouge) en continuité avec le 3<sup>ème</sup> ventricule (astérisque jaune) correspondant au récessus infundibulaire dilaté et donnant un prolongement inférieur dans la paroi nasopharyngée (flèche rouge).

tapissant le fond de la selle turcique. (Figure 2) La partie postérieure de cette masse en hypersignal T1 se comporte comme du tissu graisseux. (Figure 3) L'IRM conclut donc à une encéphalocèle transsphénoïdale avec élargissement chronique de la selle turcique, compression de l'hypophyse au fond de la selle et duplication de la tige pituitaire. En outre, on observe la présence d'une petite

Figure 2.



Au fond de la selle élargie, présence d'une bandelette tissulaire hypointense T1 et se rehaussant après l'injection de gadolinium et correspondant à l'antéhypophyse (flèche rouge). Au niveau de la paroi postéro-supérieure du nasopharynx, présence d'une protrusion tissulaire médiane avec sa partie antérieure hypointense T1 et rehaussant après l'injection de gadolinium de façon similaire au tissu hypophysaire tapissant le fond de la selle. (flèche jaune).

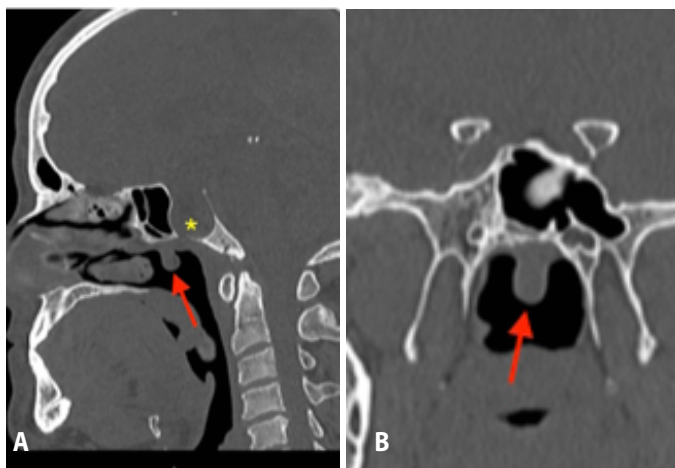


Petite zone hyperintense T1 pouvant correspondre à la posthypophyse (flèche jaune).

Tige pituitaire dupliquée et étirée (flèche rouge).

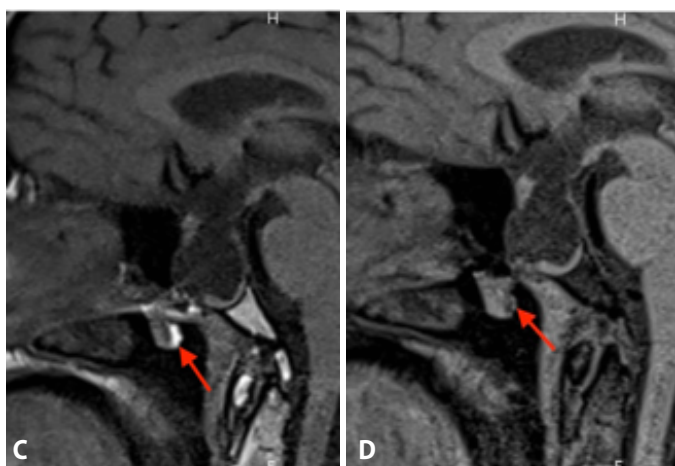
A : IRM en coupe sagittale pondérée T1 sans injection de gadolinium  
B : IRM en coupe sagittale pondérée T1 post injection de gadolinium  
C : IRM en coupe axiale pondérée T1  
D : IRM en coupe coronale angulée pondérée T1

Figure 3.



Elargissement marqué de la selle turcique occupant tout le corps du sphénoïde avec un plancher sellaire affiné et présentant un défaut osseux faisant communiquer la base du crâne et le nasopharynx (astérisque jaune).

Au niveau de la paroi postéro-supérieure du nasopharynx, présence d'une petite masse strictement médiane recouverte de muqueuse pharyngée (flèche rouge).



La partie postérieure de la masse nasopharyngée hyperintense T1 présente une perte de signal en Fat-Sat correspondant à du tissu graisseux. (flèche rouge).

A : CT-scan à blanc en coupe sagittale  
B : CT-scan à blanc en coupe coronale  
C : IRM en coupe sagittale pondérée T1 sans Fat-Sat  
D : IRM en coupe sagittale pondérée T1 post Fat-Sat

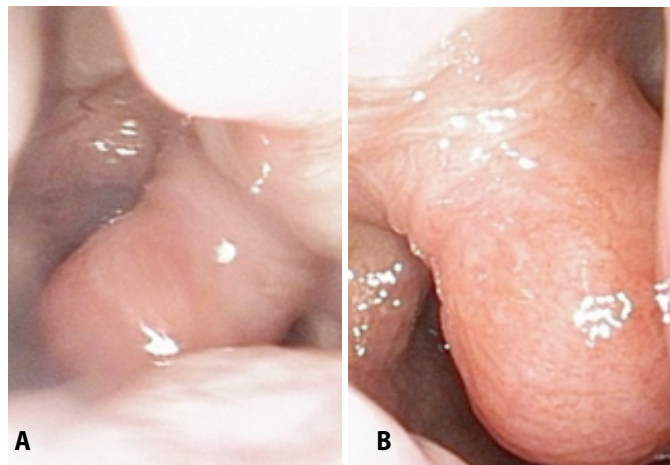
masse nasopharyngée de nature indéterminée, stable, inchangée par rapport à une IRM antérieure réalisée en 2012.

Le CT-scan complémentaire montre une selle turcique élargie occupant tout le corps du sphénoïde. Le plancher sellaire est affiné avec un défaut osseux faisant communiquer la base du crâne et le nasopharynx par lequel passe une petite extension de l'encéphalocèle dans la paroi molle du nasopharynx. Un peu en avant de ce défaut, sur la ligne médiane, se trouve une petite masse

appendue à la paroi postéro-supérieure du nasopharynx et recouverte de muqueuse pharyngée. (Figure 3)

Suite à la découverte de cette masse, un avis ORL est demandé et une fibroscopie nasale est réalisée en consultation. Celle-ci confirme la présence d'une petite masse strictement médiane d'aspect polypoïde, lisse, rosée et bien circonscrite, appendue à la paroi postéro-supérieure du nasopharynx. (Figure 4) À l'anamnèse, le patient n'a aucun symptôme d'obstruction nasale et n'a jamais présenté d'épistaxis anormale.

Figure 4. Masse nasopharyngée médiane en fibroscopie nasale



Petite masse strictement médiane d'aspect polypoïde, lisse, rosée, souple et bien circonscrite, appendue à la paroi postéro-supérieure du nasopharynx.

## DISCUSSION

Nous rapportons le cas d'un patient porteur d'une insuffisance antéhypophysaire secondaire à une malformation globale de l'axe hypothalamo-hypophysaire sous forme d'une encéphalocèle intra-sellaire du 3<sup>ème</sup> ventricule, refoulant le tissu antéhypophysaire dans le fond de la selle turcique, avec duplication et étirement de la tige pituitaire. Le plancher de la selle présente un défaut osseux par lequel passe une petite extension de l'encéphalocèle dans la paroi molle du nasopharynx avec un peu en avant de celle-ci, la présence d'une petite masse pédonculée strictement médiane appendue à la paroi postéro-supérieure du nasopharynx. Étant donné l'aspect à l'imagerie stable au cours du temps, du caractère asymptomatique, non suspect de la masse et de l'insuffisance antéhypophysaire partielle connue depuis l'adolescence, une surveillance par imagerie a été préférée à la biopsie de confirmation, biopsie présentant plus des risques pour le patient.

Concernant les anomalies endocriniennes retrouvées chez ce patient, celui-ci présente une insuffisance somatotrope connue depuis l'adolescence, une insuffisance thyroïdienne et gonadotrope ainsi qu'une hyperprolactinémie. Pour l'hyperprolactinémie, différentes causes doivent être exclues: l'insuffisance rénale chronique par la mesure du

taux de filtration glomérulaire (GFR), la macroprolactine par un test de précipitation au polyéthylène glycol ou des causes pharmacologiques (œstrogènes, neuroleptiques, métoprolol, antidépresseurs, cimétidine, méthildopa, verapamil, ...) (5). Cependant, ces causes donnent rarement des taux de prolactine supérieurs à 100 µg/L (à l'exception de certains neuroleptiques). Chez ce patient, la valeur de GFR est normale (104 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, vn : ≥ 90ml/min/1.73m<sup>2</sup>), il ne prend aucun médicament et une anomalie de la tige pituitaire est clairement démontrée à l'IRM. Il s'agit donc vraisemblablement d'une hyperprolactinémie de déconnexion sur duplication et étirement de la tige pituitaire. L'hyperprolactinémie s'explique par une diminution du tonus hypothalamique dopaminergique inhibiteur. Le tissu antéhypophysaire refoulé au fond de la selle turcique et l'étirement de la tige pituitaire peuvent également expliquer l'insuffisance antéhypophysaire associée. Cependant, la fonction corticotrope et la fonction posthypophysaire semblent préservées.

Concernant le diagnostic différentiel des masses nasopharyngées, il comprend principalement trois catégories de lésions : les masses bénignes, malignes et les lésions congénitales. Les tumeurs malignes comprennent essentiellement le carcinome épidermoïde kératinisant et non kératinisant, le carcinome indifférencié du nasopharynx (UCNT) et le lymphome non Hodgkinien qui sont plus fréquents chez l'adulte et le rhabdomyosarcome qui est rare et plus fréquent chez l'enfant (2,6). Dans ce cas, l'âge du patient aurait tendance à suggérer une nature néoplasique en première hypothèse mais le contexte clinique, l'aspect macroscopique, l'absence d'envahissement des tissus voisins, les caractéristiques radiologiques de la lésion et son aspect stable dans le temps permettent d'écarter ce diagnostic.

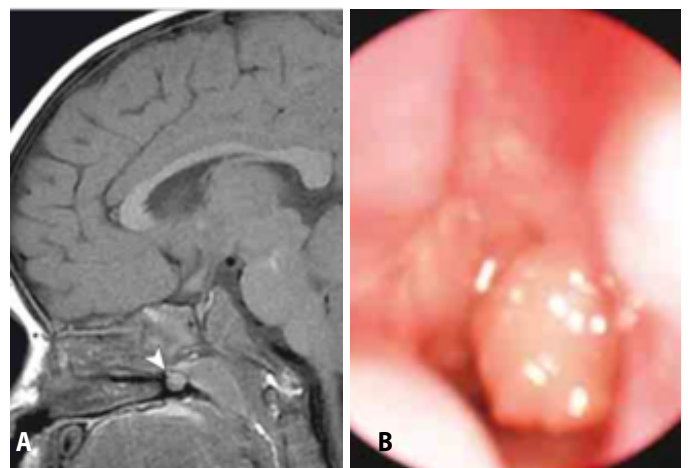
Les masses bénignes comprennent principalement le polype nasal et le papillome inversé qui sont plus fréquents chez l'adulte ainsi que l'hypertrophie des végétations adénoïdes, le polype antrochoanal et le fibrome nasopharyngien qui sont plus fréquents chez l'enfant et l'adolescent. L'hypertrophie des végétations adénoïdes est de loin l'étiologie de masse nasopharyngée la plus fréquente. Cependant, l'aspect macroscopique, les caractéristiques iconographiques et l'âge du patient rendent cette hypothèse très peu probable. Le fibrome nasopharyngien est la tumeur bénigne la plus fréquente du nasopharynx, surtout chez les adolescents. Le polype antrochoanal est généralement unilatéral et prend naissance dans le sinus maxillaire. Les polypes nasaux sont le plus souvent bilatéraux (2,6). Chez notre patient, la topographie strictement médiane de la masse nasopharyngée et l'association à une malformation hypothalamo-hypophysaire oriente le diagnostic vers une origine congénitale.

Les lésions congénitales comprennent principalement le kyste de la poche de Rathke et le kyste de Thornwald, le tissu hypophysaire ectopique nasopharyngé, le kyste dermoïde, le tératome, l'encéphalocèle, le craniopharyngiome, les hémangiomes, les hamartomes et le gliome nasal (2,6).

Le kyste de Thornwald est une lésion kystique arrondie strictement médiane située dans la paroi postérieure du nasopharynx et correspond à un reliquat embryologique dérivé de la notochorde. Le kyste de la poche de Rathke est un kyste liquidien pouvant être observé n'importe où sur le chemin migratoire de la poche de Rathke, du nasopharynx à l'hypophyse (2,6). Le kyste dermoïde est une inclusion épithéliale bénigne, avasculaire, présentant un signal graisseux et ayant généralement un signal hyperintense sur les séquences T1 et T2 à l'IRM (7). La nature solide et la prise de contraste de la lésion de notre patient éliminent ces diagnostics. Le tératome multistissulaire et le craniopharyngiome contiennent habituellement des calcifications. Un hamartome est une masse dérivée du tissu local, souvent polypôïde et pouvant s'accompagner d'une érosion osseuse. Les hémangiomes sont extrêmement rares.

Dans ce cas, l'hypothèse du tissu hypophysaire ectopique nasopharyngé peut être évoquée sur base de différents critères. Premièrement, à l'IRM, la masse présente des caractéristiques de signal et de prise de contraste similaires au tissu antéhypophysaire tapissant le fond de la selle turcique. Cependant, la partie postérieure de cette masse présente un hypersignal T1 et se comporte comme du tissu graisseux et non comme du tissu hypophysaire. Deuxièmement, différents cas de tissu hypophysaire ectopique nasopharyngé ont été décrits dans la littérature médicale. En 2015, Sioshansi *et al* (2) décrivent le cas d'une petite fille de 11 mois présentant une masse nasopharyngée pour laquelle ils évoquent le tissu hypophysaire ectopique nasopharyngé comme hypothèse diagnostique. Les résultats d'imagerie et l'aspect morphologique de la masse à la fibroscopie nasale se rapprochent de ceux du cas présenté dans ce travail. (Figure 5) En 2012, Rabelink *et al* (3) décrivent le cas d'une femme de 38 ans avec une masse nasopharyngée

Figure 5.



Masse nasopharyngée de 5 mm (tête de flèche) chez une petite fille de 11 mois.

Masse nasopharyngée pédonculée appendue à la paroi postérieure du nasopharynx

A : IRM en coupe sagittale pondérée T1 sans injection de gadolinium

B : Masse nasopharyngée en fibroscopie nasale

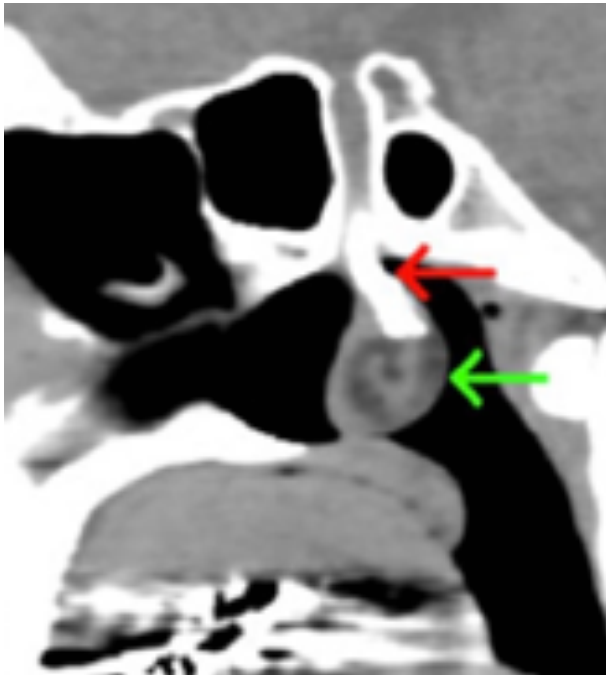
Sioshansi PC, Vezina G, Yaun AL, et al. Considering the Ectopic Pituitary Gland in Evaluation of the Nasopharyngeal Mass. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015 Jul; 141(7):649-53.

compatible avec une méningo-hypophysaire-encéphalocèle transsphénoïdale. (Figure 6)

Différents cas d'adénomes hypophysaires ectopiques nasopharyngés avec hypophyse intrasellaire normale ont également été décrits et confirmés par biopsie. Les cas décrits dans la littérature peuvent être comparés à celui-ci à différents niveaux (Tableau 1). Un premier point de comparaison possible est la présence ou non d'une hypophyse intrasellaire normale associée. Tous les cas d'adénomes hypophysaires ectopiques s'accompagnent d'une hypophyse intrasellaire normale. Dans notre cas, le patient présente du tissu hypophysaire en position eutopique mais refoulé par une encéphalocèle du 3<sup>ème</sup> ventricule et associé à une anomalie de la tige pituitaire.

Deuxièmement, le tissu hypophysaire ectopique peut fonctionner normalement ou avoir un caractère sécréteur anormal. Par exemple, quatre cas d'adénomes hypophysaires ectopiques nasopharyngés sécréteurs de TSH ont été retrouvés dans la littérature.

Figure 6.



Masse nasopharyngée compatible avec une méningo-hypophysaire-encéphalocèle transsphénoïdale nasopharyngée chez une femme de 38 ans.

A : CT-scan en coupe sagittale sans produit de contraste.

Rabelink NM, Lips P, Castelijns JA. Be careful .... She has a pituitary gland in her nose. *Pituitary*. 2012 Dec; 15 Suppl 1:S46-8.

Enfin, la prise en charge diagnostique et thérapeutique varie également. Tous les cas décrits ont eu au moins une IRM dans la mise au point. Tous les cas d'adénomes hypophysaires ectopiques ont bénéficié d'une biopsie et/ou d'une résection et ont donc été confirmés histologiquement. Dans ce cas, ainsi que dans les cas présentés par Sioshansi *et al* (2) et Rabelink *et al* (3), vu

les anomalies de l'axe hypothalamo-hypophysaire déjà existantes, de l'aspect bénin, asymptomatique et stable au cours du temps de la masse nasopharyngée et du risque lié à la biopsie, une observation par imagerie a été préférée. Sans biopsie, le tissu hypophysaire ectopique reste cependant une simple hypothèse dans ces cas.

La présence de tissu antéhypophysaire au niveau de la paroi du nasopharynx a été démontrée dans plusieurs études et trouve son origine dans le développement embryologique de l'hypophyse (1).

L'hypophyse est constituée de deux structures différentes, l'adénohypophyse et la posthypophyse. L'adénohypophyse provient du stomodeum, qui est la cavité buccale primitive et la neurohypophyse provient du diencephale. L'organogenèse pituitaire commence à la 4<sup>ème</sup> semaine du développement fœtal par un épaississement des cellules ectodermiques du toit du stomodeum formant la placode hypophysaire. Une évagination ascendante de celle-ci donne la poche de Rathke. En parallèle, une évagination descendante du neur ectoderme diencephalique donne la tige infundibulaire et la pars nervosa. Ces deux évaginations se placent en regard l'une de l'autre et vers la 5<sup>ème</sup> semaine, une connexion entre la poche de Rathke et l'infundibulum s'établit. Lors de la 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> semaine, la base du crâne et l'os sphénoïde se développent et la connexion entre le stomodeum et la poche de Rathke se ferme. Au niveau de la poche de Rathke, les cellules de la partie antérieure prolifèrent et forment la pars distalis. Les cellules de la partie postérieure ne prolifèrent pas et donnent la pars intermedia. Enfin, une extension autour de la tige infundibulaire forme la pars tuberalis (8) (Figure 7). Le tissu hypophysaire ectopique nasopharyngé prend donc son origine au niveau de reliquats embryonnaires dérivés de la poche de Rathke (1).

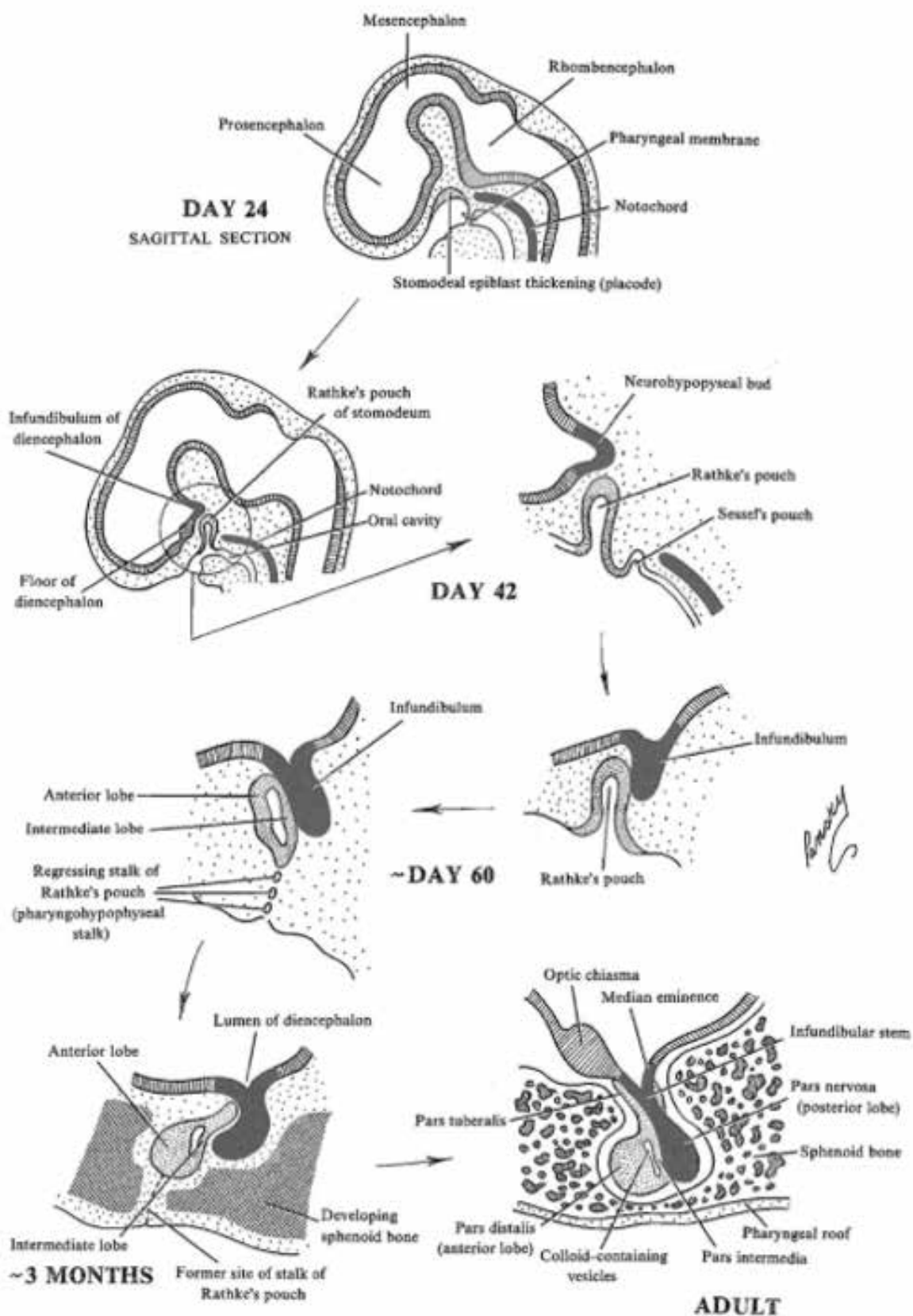
## CONCLUSION

Pour un oto-rhino-laryngologiste, la découverte d'une masse nasopharyngée médiane évoque un large diagnostic différentiel. Parmi celui-ci, le tissu hypophysaire ectopique doit, malgré sa rareté, être évoqué.

De ce fait, la réalisation d'une biopsie en cas de découverte d'une masse nasopharyngée strictement médiane doit être prudente étant donné la possibilité d'une anomalie congénitale de l'axe hypothalamo-hypophysaire et donc le risque d'entraîner ou d'aggraver un hypopituitarisme et le risque éventuel de fistule de LCR. Préalablement à ce geste, il est indispensable de rechercher d'éventuelles anomalies hormonales hypophysaires et de réaliser une imagerie de la base du crâne.

La technique d'imagerie de référence pour le diagnostic de ce type de malformation est l'IRM. Le CT-scan est également important pour l'étude des structures osseuses de la base du crâne et la détection d'anomalies osseuses associées.

Figure 7. Développement embryonnaire de l'hypophyse



Le développement embryonnaire de la glande hypophysaire débute à la 4<sup>ème</sup> semaine de gestation et se compose de différentes étapes. L'hypophyse possède deux origines distinctes : l'ectoderme du stomodeum et le neurectoderme du diencephale.

Pansky B. The Hypophysis (pituitary Gland): Glandular Primordium. In : *Review of medical embryology*, 176, 1982.

<https://discovery.lifemapsc.com/library/review-of-medical-embryology/chapter-176-the-hypophysis-pituitary-gland-glandular-primordium>

## RECOMMANDATIONS PRATIQUES

- La découverte d'une masse nasopharyngée doit évoquer un large diagnostic différentiel dont la possibilité d'une anomalie de l'axe hypothalamo-hypophysaire.
- La biopsie doit toujours être précédée d'un bilan hormonal hypophysaire et d'une imagerie de la base du crâne.
- La technique d'imagerie de référence pour l'étude des malformations de l'axe hypothalamo-hypophysaire et le diagnostic différentiel des masses nasopharyngées est l'IRM.

## RÉFÉRENCES

1. Noronha BE, Panda NK, Mann SB *et al.* Incidence of pharyngeal hypophysis in neonates a histologic study. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2001 Apr;110(4):364-8.
2. Sioshansi PC, Vezina G, Yaun AL, *et al.* Considering the Ectopic Pituitary Gland in Evaluation of the Nasopharyngeal Mass. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015 Jul; 141(7):649-53.
3. Rabelink NM, Lips P, Castelijns JA. Be careful... She has a pituitary gland in her nose. *Pituitary.* 2012 Dec; 15 Suppl 1:S46-8.
4. Wu X, Wen M. CT finding of ectopic pituitary adenoma: Case report and review of literature. *Head Neck.* 2015 Oct; 37(10):E120-4.
5. Snyder P. Clinical manifestations and evaluation of hyperprolactinemia. On : *Uptodate.* Oct 2017. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-evaluation-of-hyperprolactinemia>
6. Duarte VM, Liu YF, Shapiro N. Uncommon Presentation of a Benign Nasopharyngeal Mass in an Adolescent: Comprehensive Review of Pediatric Nasopharyngeal Masses. *Case Rep Pediatr.* 2013; 2013: 816409.
7. Wagner MW, Haileselassie B, Kannan S *et al.* Oro-pharyngeal dermoid cyst in an infant with intermittent airway obstruction. A case report. *Neuroradiol J.* 2014 Oct;27(5):627-31.
8. Dorton AM. The Pituitary Gland : Embryology, Physiology, and Pathophysiology. *Neonatal Network.* 2000 Mar; 19(2):9-17.
9. Collie RB, Collie MJ. Extracranial thyroid-stimulating hormone-secreting ectopic pituitary adenoma of the nasopharynx. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery.* 2005 Sep; 133(3):453-4.
10. Alexander AA, Niktash N, Kardon DE *et al.* Ectopic nasopharyngeal pituitary adenoma resected with endoscopic technique. *Ear Nose Throat J.* 2008 Jul; 87(7):E8-10.
11. Ali R, Noma U, Jansen M *et al.* Ectopic pituitary adenoma presenting as midline nasopharyngeal mass. *Irish J Med Sci.* 2010 Dec; 179(4):593-5.
12. Erdogan N, Sarsilmaz A, Boyraz EI, *et al.* Ectopic pituitary adenoma presenting as a nasopharyngeal mass: CT and MRI findings. *Clin Neurol Neurosurg.* 2012 May; 114(4):414-6.
13. Tong A, Xia W, Qi F *et al.* Hyperthyroidism Caused by an Ectopic Thyrotropin-Secreting Tumor of the Nasopharynx: A Case Report and Review of the Literature. *Thyroid.* 2013 Sep; 23(9):1172-7.
14. Song M, Wang H, Song L *et al.* Ectopic TSH-secreting pituitary tumor: a case report and review of prior cases. *BMC Cancer.* 2014; 14: 544.
15. Nishiike S, Tatsumi KI, Shikina T. Thyroid-stimulating hormone-secreting ectopic pituitary adenoma of the nasopharynx. *Auris Nasus Larynx.* 2014 Dec; 41(6):586-8.

Conflits d'intérêt : aucun

## AFFILIATIONS

1. CHU UCL Namur site Godinne, Service d'oto-rhino-laryngologie, B-5530 Yvoir
2. Centre hospitalier de Wallonie picarde (CHWAPI), Service de Radiologie, B-7500 Tournai
3. Centre hospitalier de Wallonie picarde (CHWAPI), Service d'oto-rhino-laryngologie, B-7500 Tournai

## CORRESPONDANCE

Dr. LARA DELCOUR

CHU UCL Namur site Godinne  
Service d'oto-rhino-laryngologie  
rue docteur Gaston Therasse 1  
B-5530 Yvoir

Lara.delcour@student.uclouvain.be