

Abcès hypophysaire récidivant: autour d'un cas

Maÿlis LEBEAULT^a, Dorothée FREIN^a, Philippe MENEI^b, Patrice RODIEN^a, Pierre ABGUEGUEN^c, Frédéric ILLOUZ^a, Sandrine LABOUREAU^a

^a Département d'Endocrinologie-Diabétologie Nutrition, CHU Angers, ^b Service de Neurochirurgie, CHU Angers, ^c Service de Maladies infectieuses, CHU Angers

Cas Clinique : Madame S., 60 ans, sans antécédent particulier, présente brutalement des céphalées, une baisse de l'acuité visuelle et une hémianopsie bitemporale sans fièvre (**Image 1**).



Image 1: IRM réalisée en urgence retrouvant une lésion intrasellaire à extension suprasellaire, hétérogène, hypoT1 et hyper T2.

Traitement: Elle est opérée par voie trans sphénoïdale et en peropératoire, la lésion est purulente. Aucun germe n'est retrouvé. L'anatomopathologie évoque un kyste de la poche de Rathke surinfecté. La porte d'entrée reste incertaine à ce jour. L'antibiothérapie 4 semaines par voie intra veineuse fut efficace : cefotaxime, fosfomycine et metronidazole. Il existe un panhypopituitarisme.

Evolution: Quatre mois après l'intervention, les troubles visuels réapparaissent en concordance avec l'IRM (**Image 2**). Le drainage chirurgical, d'une lésion purulente, permet une évolution favorable. Les prélèvements sont de nouveau négatifs. Les fonctions corticotrope et somatotrope ainsi que le diabète insipide ont récupéré.

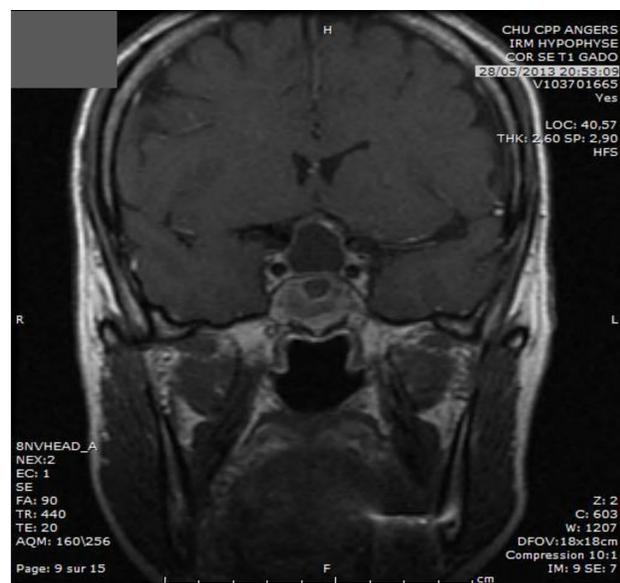


Image 2: L'IRM T1 retrouve une formation kystique intra et suprasellaire, avec prise de contraste périphérique

Discussion:

Fréquence	< 1% des pathologies hypophysaires
Présentation clinique	Syndrome tumoral fréquent Syndrome infectieux dans 18% des cas,
Déficit hypophysaire	diabète insipide 70% Hypopituitarisme 85% Panhypopituitarisme 76%
IRM	Masse sellaire > 1cm, kystique, hypoT1 hyper T2, prise de Gadolinium en périlésionnelle
Neurochirurgie	Trans sphénoïdale, permet le drainage et les prélèvements bactériologiques. Fait le diagnostic ++
Germes	Retrouvés de façon inconstante (0 à 64%) CGP, BGN, toxoplasmose et aspergillose chez les immunodéprimés.
Antibiothérapie	adaptée aux germes 3 à 4 semaines
Etiologies	Bactériémie ou foyer infectieux local (sphénoïdite, sinusite, méningite, thrombophlébite du sinus caverneux)
Récidive	13 à 19 % des cas, surtout si facteur de risque (immunodépression, antécédent de chirurgie ou radiothérapie hypophysaire)

Abcès hypophysaire

Primaire (2/3):
sur glande saine

Secondaire (1/3):
sur adénome,
craniopharyngiome,
kyste de la poche de
rathke

Conclusion : Les abcès hypophysaires sont exceptionnels et de diagnostic difficile car les symptômes sont aspécifiques, sans syndrome infectieux. L'imagerie retrouve une lésion kystique. Le traitement repose sur la neurochirurgie complétée d'une antibiothérapie si possible adaptée aux germes, souvent non retrouvés.

Bibliographie:

- Vates GE, et al, Diagnosis and management of pituitary abscess: a review of twenty-four cases. J Neurosurg 2001; 95: 233-241.
- Liu F, et al, Diagnosis and management of pituitary abscess: experiences from 33 cases. Clin Endocrinol (Oxf). 2011 Jan;74(1):79-88
- Dalan R, et al, Pituitary abscess: our experience with a case and a review of the literature. Pituitary. 2008;11(3):299-306
- Zhang X, et al, Diagnosis and minimally invasive surgery for the pituitary abscess: a review of twenty nine cases. Clin Neurol Neurosurg. 2012 Sep;114(7):957-61