

# Syndrome cérébelleux révélant une hypophysite lymphocytaire chez une patiente de 12 ans

Dr H. MARMOUCH<sup>a</sup>, Dr F. BOUAFIF<sup>b</sup>, Dr Y. AYADI<sup>b</sup>, Dr M. ABROUG<sup>b</sup>, Dr M. CISSE<sup>b</sup>, Dr AC. TOMA<sup>b</sup>, Dr H. AMAMA<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de Médecine Interne-Endocrinologie- Hôpital Fattouma Bourguiba MONASTIR-TUNISIE

<sup>b</sup> Service de Pédiatrie-Néonatalogie- Centre Hospitalier d'AUXERRE- FRANCE

## Introduction:

L'hypophysite lymphocytaire est une atteinte inflammatoire rare de la glande hypophysaire. Le diagnostic positif est difficile. Elle peut se traduire par un hypopituitarisme ou parfois un syndrome tumoral mimant un adénome hypophysaire.

## Observation:

Il s'agit d'une patiente âgée de 12 ans, sans antécédents pathologiques notables, ayant présenté depuis 1 mois et de façon progressive une asthénie, une anorexie, un ralentissement psychomoteur et une faiblesse au niveau des jambes, des vertiges rotatoires permanents avec des céphalées.

L'examen clinique a révélé une **ataxie cérébelleuse**.

Le bilan hormonal a mis en évidence une insuffisance corticotrope avec une **cortisolémie plasmatique à jeun effondrée**, une insuffisance thyroïdienne avec une FT4 effondrée à **1.2 ng/l**, une **TSH modérément élevée à 8.9 mU/l** sans hyperprolactinémie.

La recherche d'auto-anticorps (Ac) par immunofluorescence a mis en évidence la présence d'anticorps anti-thyroglobuline, anti-microsomaux (à des taux élevés) et également les Ac anti-gliadine de type IgA.

## Discussion:

Nous rapportons un cas pédiatrique d'hypophysite associée à une thyroïdite d'hashimoto révélée par des signes neurologiques. L'élévation modérée du taux de TSH avec une FT4 très basse en présence d'Ac anti-thyroïdiens fortement positifs est en faveur de thyroïdite d'hashimoto avec atteinte hypophysaire associée. L'hypophysite lymphocytaire est très probable dans ce contexte devant un aspect de l'IRM hypophysaire montrant une hypophyse augmentée de taille en globalité et de manière homogène associée à un déficit corticotrope et thyroïdienne. L'originalité de cette observation réside dans la rareté de cette affection, l'association à une atteinte concomitante thyroïdienne et hypophysaire auto-immune sa survenue chez une fille de 12 ans et son mode de révélation neurologique (ataxie) et sa réversibilité sous traitement approprié.

## Discussion:

**L'IRM cérébrale** en coupe frontale a objectivé un processus expansif intrasellaire et suprasellaire de 12 mm de diamètre en iso signal en T1, hypo signal hétérogène en T2 mimant un macroadénome hypophysaire, sans compression du chiasma optique et sans anomalies cérébrales (Fig 1 et 2).

L'exploration ophtalmologique est sans anomalies.

La patiente n'a pas de signes clinico-biologiques évocateurs de granulomatose ni tuberculose.

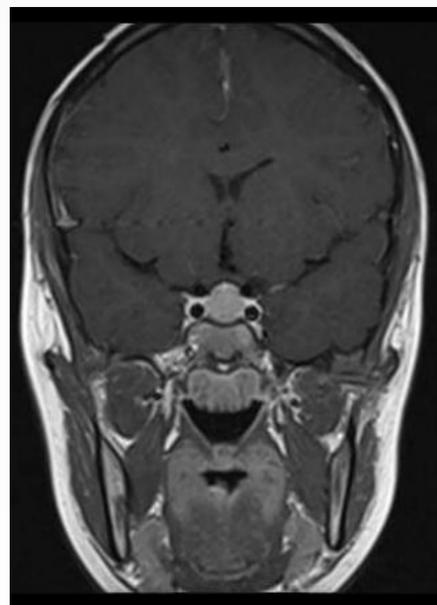


Fig n°: 1

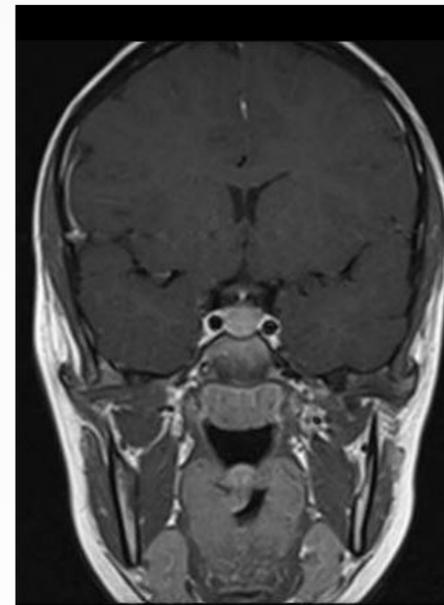


Fig n°: 2

L'évolution sous corticothérapie et ophothérapie a été marquée par une disparition totale des anomalies neurologiques en quelques jours.

Un contrôle de l'hypophysioGramme et de l'imagerie sont prévus.