

Introduction

L'apoplexie hypophysaire est une complication rare des adénomes somatotrope, quelques cas ont été rapportés dans la littérature. Elle correspond à un infarctus ou à une hémorragie survenant dans un adénome hypophysaire et associe des céphalées brutales, des troubles de conscience, des signes endocriniens et des troubles visuels parfois sévères, à type de syndrome chiasmatique et de paralysies oculomotrices. Malgré sa relative rareté, elle doit être présente à l'esprit en raison des difficultés diagnostiques et des décisions thérapeutiques médicales et parfois neurochirurgicales qu'elle nécessite en urgence.

Observation:

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 61 ans qui présenté un syndrome tumoral hypophysaire avec un syndrome clinique acro-facial, le diagnostic d'acromégalie a été posé devant des critères cliniques (syndrome acro-facial), biologiques (IGF1 normales avec GH élevée et non freinable par le test d'hyperglycémie provoquée par voie orale), et morphologiques(IRM hypothalamo-hypophysaire mettant en évidence un processus lésionnel hypophysaire mesurant 3/3 cm) le bilan de retentissement a été réalisé. Le patient fut programmé pour traitement chirurgical par voie trans-sphénoïdale.

Deux mois plus tard, le patient s'est présenté aux urgences dans un tableau d'hypertension intracrânienne.

L'IRM hypothalamo-hypophysaire réalisée en urgence trouve un aspect élargi de la selle turcique avec glande hypophysaire atrophique mesurant moins de 02 mm. L'hypophysioGramme montre une insuffisance thyroïdienne et gonadotrope avec un cortisol de 8h diminué. Le test de freinage de GH par L'HGPO met en évidence un nadir de GH inférieur à 0.4 ng/ml.

Le patient fut substitué sur le plan thyroïdienne, corticotrope et gonadotrope.

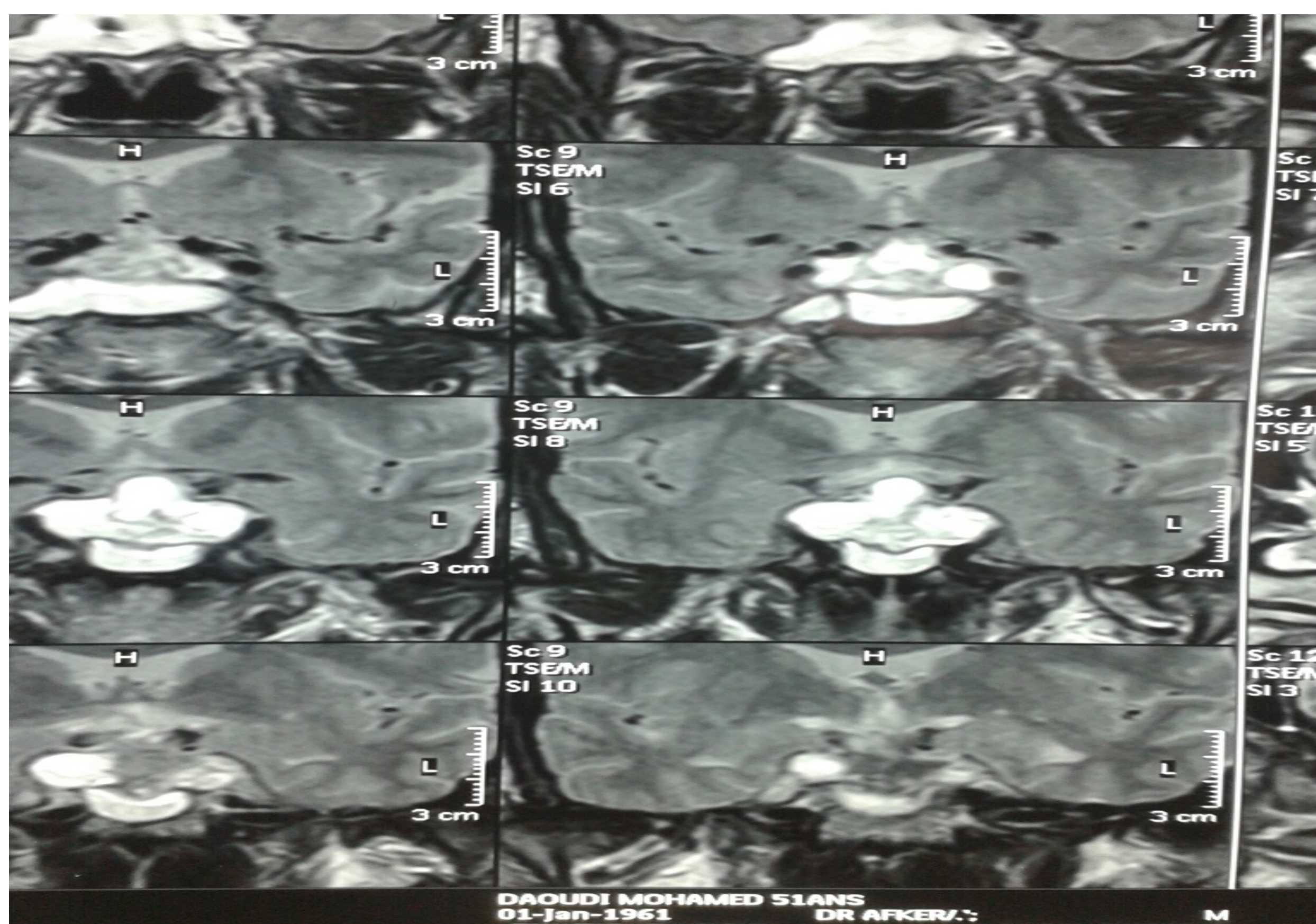


Figure 1 : processus lésionnel hypophysaire intra, latéro et suprasellaire de 2.27*3.06*3.1 cm avec une compression des chiasmas optiques.

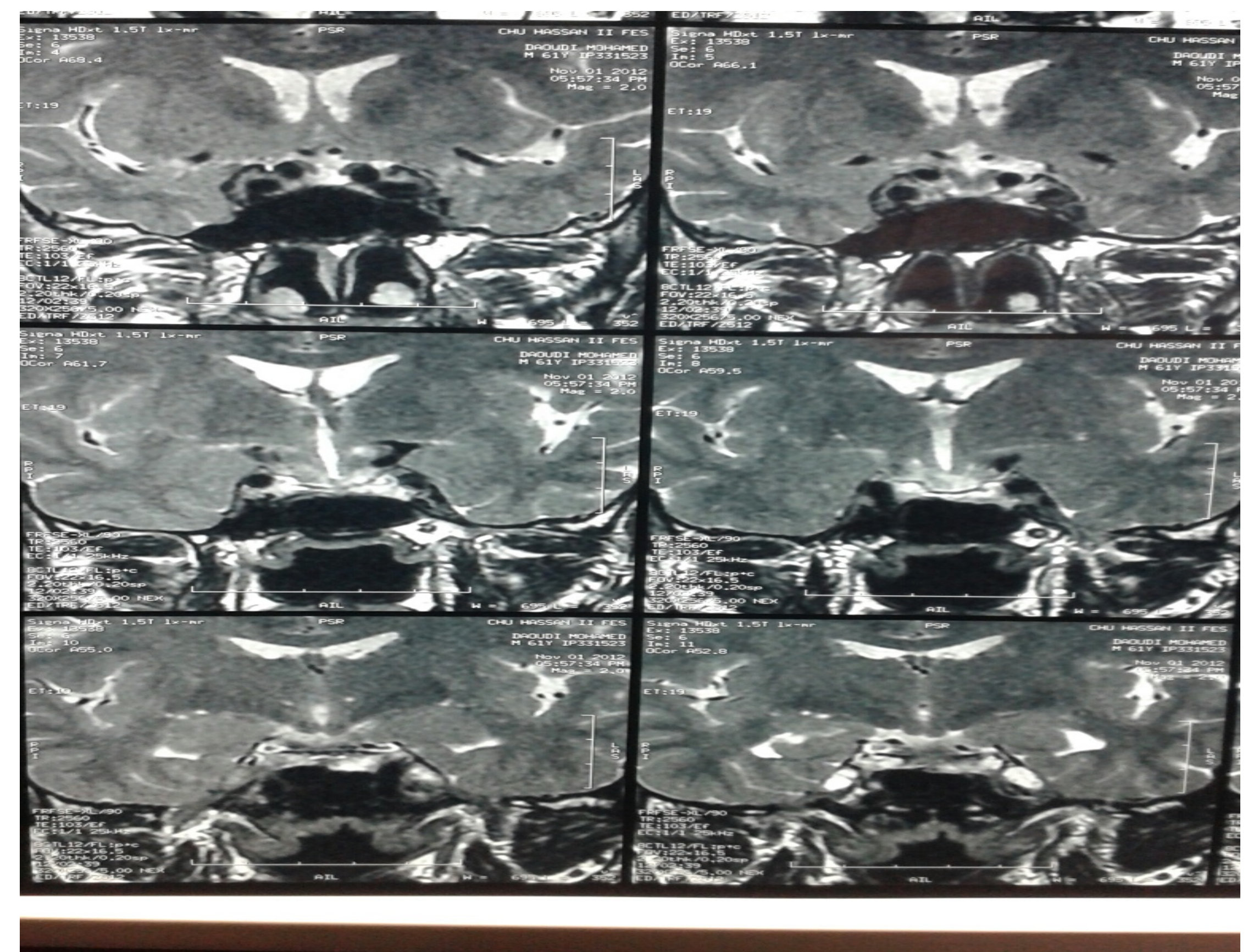


Figure 2: IRM hypothalamo-hypophysaire mettant en évidence un aspect élargi de la selle turcique avec glande hypophyse atrophique.

Discussion

L'apoplexie hypophysaire peut survenir sur une hypophyse normale (en particulier après une hypotension postpartum [syndrome de Sheehan]) et rarement dans d'autres lésions sellaires (p. ex. craniopharyngiome, tuberculose, hypophysite lymphocytaire), mais elle est le plus fréquemment associée aux adénomes hypophysaires, car ces tumeurs sont plus sujettes aux hémorragies.

Il est important d'avoir un indice de suspicion élevé d'apoplexie hypophysaire chez les patients présentant une céphalée sévère d'apparition soudaine et une atteinte visuelle et/ou oculomotrice et surtout chez un patient connu porteur d'un adénome hypophysaire. Il existe une large gamme de diagnostics différentiels, en particulier dans les cas où la présentation est analogue à une hémorragie sous-arachnoïdienne et à la méningite. Le patient doit faire l'objet d'une évaluation hormonale urgente pour pouvoir être substitué sur le plan endocrinien, ainsi qu'une évaluation rapide du retentissement endocranien notamment, incluant un examen de l'acuité visuelle et un examen du champ visuel.

Conclusion

L'apoplexie hypophysaire a permis une disparition de l'hypersomatotropisme mais avec l'installation d'une insuffisance antéhypophysaire évitant ainsi au patient l'acte chirurgical.

Références

1. David NJ. Pituitary apoplexy goes to the bar: litigation for delayed diagnosis, deficient vision and death. *J Neuro-Ophthalmology* 2006;26:128-132.
2. Semple PL, de Villiers JC, Bowen RM, Lopes MBS, Laws ER. Pituitary apoplexy: do histological features influence the clinical presentation and outcome? *J Neurosurgery* 2006;104:931-937.
3. Podgorski JK, Rudnicki SZ, Potakiewicz Z, Delimat L, Siwik JW. A case of intrasellar craniopharyngioma with the symptoms of pituitary apoplexy. *Neurol Neurochir Pol* 1991;25:689-693.
4. L'apoplexie hypophysaire – Sachez la détecter! JEANNETTE GOGUEN, M.D. endocrinologie conférences scientifiques Octobre 2006 ; 6, numéro 8