

Syndrome de Sheehan diagnostiqué à l'âge de 67ans :

H. Aynaou , H. Latrech

Service d'endocrinologie Diabétologie, CHU Med VI, Faculté de Médecine et de pharmacie, Université Med Premier, Oujda, Maroc

Introduction

Le Syndrome de Sheehan est une nécrose hypophysaire secondaire à un accident hémorragique le plus souvent du post partum ou à un traumatisme crânien. Le déficit gonadotrope est souvent le plus précoce marqué par une absence de montée laiteuse dans le post partum suivi par l'installation des autres déficits anté-hypophysaires.

Le cas de notre patiente, bien que typique dans sa présentation, a été méconnu pendant 40 ans.

Observation

Patiente âgée de 67 ans, admise pour asthénie chronique évoluant depuis une quarantaine d'années. L'interrogatoire retrouve un antécédent d'hypothyroïdie diagnostiqué à l'âge de 60 ans, traité par L-thyroxine. Sur le plan gynéco-obstétrical, on a retrouvé une absence de montée laiteuse et de retour de couches depuis l'âge de 21 ans suivie d'une aménorrhée définitive sans bouffées de chaleur.

À l'examen clinique, la patiente présente un ralentissement psychomoteur, une pâleur intense, une bouffissure du visage, et une sécheresse cutanée sans goitre.

Le bilan thyroïdien (en arrêt du lévothyrox depuis 1 mois) révèle une thyroxine (T4) libre < 1 pmoles/L (N : 10,6 - 19,4) avec une thyrostimuline (TSH) = 0,17 mUI/L (N : 0,25 - 5,0). La cortisolémie de 8 h < 11 nmol/L (N : 335-720).

Une IRM hypophysaire a révélé une selle turcique vide. (figure 1)

Le diagnostic du syndrome de Sheehan est posé et un traitement de substitution par hydrocortisone 30 mg /j, et L-thyroxine 75 µg/j a été instauré avec une bonne évolution. L'ostéodensitométrie a révélée une ostéopénie rachidienne.



Figure :1

Discussion

Le Syndrome de Sheehan (SS) est une nécrose hypophysaire secondaire une lésion ischémique de l'antéhypophyse. L'absence de montée laiteuse en est la caractéristique clinique la plus commune, élément retrouvé chez notre patiente.

Le délai écoulé entre l'accident primitif et le diagnostic du syndrome, est variable de quelques heures (2) à plusieurs années (1), dans notre cas le diagnostic est fait 46 ans plutard.

Sur le plan endocrinien, notre patiente présentait une insuffisance corticotrope, une insuffisance thyroïdienne et un déficit en prolactine. Ce profil d'atteinte est souvent retrouvé dans le syndrome de Sheehan où l'on observe en plus presque constamment une insuffisance en hormone de croissance.

L'aspect IRM caractérise le SS et confirme le diagnostic clinicobiologique.

La prise en charge thérapeutique permet aussi bien de substituer les hormones déficientes et de réduire la mortalité due à l'hypopituitarisme (3).

Conclusion

Un interrogatoire minutieux peut contribuer énormément au diagnostic et une prise en charge précoce de nos patientes.



Bibliographie

- 1 - J. HAZARD, E. REQUEDA, L. PERLEMUTER, A. CENAC, C.JAMIN, D. SIMON, R. BERNHEIM et M. GELINET. Aspect actuel du syndrome de Sheehan. Vingt observations. Ann. Med. Interne 1985, 136 (1) : 21 - 26.
- 2 - H.L. SHEEHAN. Post partum necrosis of the anterior pituitary. J. Pathol. Bacteriol., 1937, 45 : 189 - 214.
3. Syndrome de Kelestimur F. Sheehan. Pituitaire 2003; 6: 181-8