

# Apoplexie hypophysaire : à propos de 28 cas

M. Ammar, M.Elleuch, D.Ghorbel, F.Mnif, M. Mnif Feki, N. Charfi, N.Rekik, M. Abid

Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

## Introduction:

L'apoplexie hypophysaire est une entité clinique rare, qui correspond à un infarctus ou à une hémorragie survenant au sein d'un adénome hypophysaire. Elle associe des céphalées brutales, des troubles de conscience, des signes endocriniens et des troubles visuels parfois sévères qui peuvent menacer le pronostic fonctionnel. L'objectif de notre travail est d'étudier les caractéristiques cliniques et biologiques, les facteurs de risque ainsi que les aspects thérapeutiques de l'apoplexie hypophysaire.

## Matériels et méthodes:

Étude rétrospective de 28 patients, hospitalisés au service d'endocrinologie CHU Hédi Chaker Sfax, durant une période de 15ans (2000-2015).

## Résultats:

### ➤ Epidémiologie:

\* 13 hommes et 15 femmes (Sex ratio H/F 0,86)

\* Age moyen: 51,1 ans (26 – 70 ans)

➤ **ATCD d'adénome hypophysaire connu:** 32,14% des cas (100% à PRL)

➤ **Apoplexie révélatrice d'adénome:** 67,85 % des cas

➤ **Circonstances de découverte d'apoplexie:**

\* Clinique: Hypertension intra-crânienne 44% des cas

\* Radiologique: 56% des cas

➤ **Facteurs déclenchant d'apoplexie:** 42,8% des cas (Figure 1)

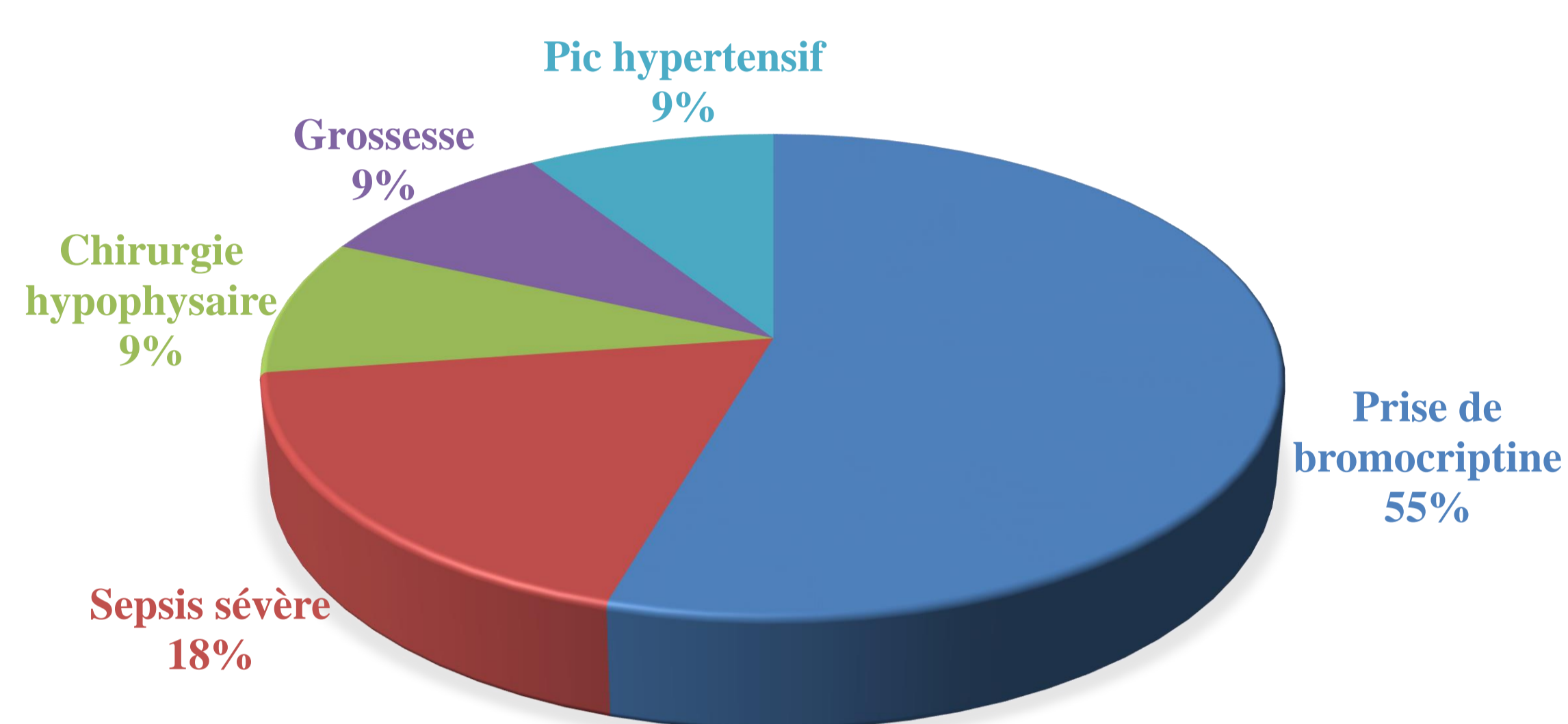


FIGURE 1: FACTEURS DÉCLENCHANT D'APOPLEXIE

### ➤ Manifestations cliniques et biologiques:

\*Syndrome tumoral hypophysaire (STH): tous les cas (Figure 2)

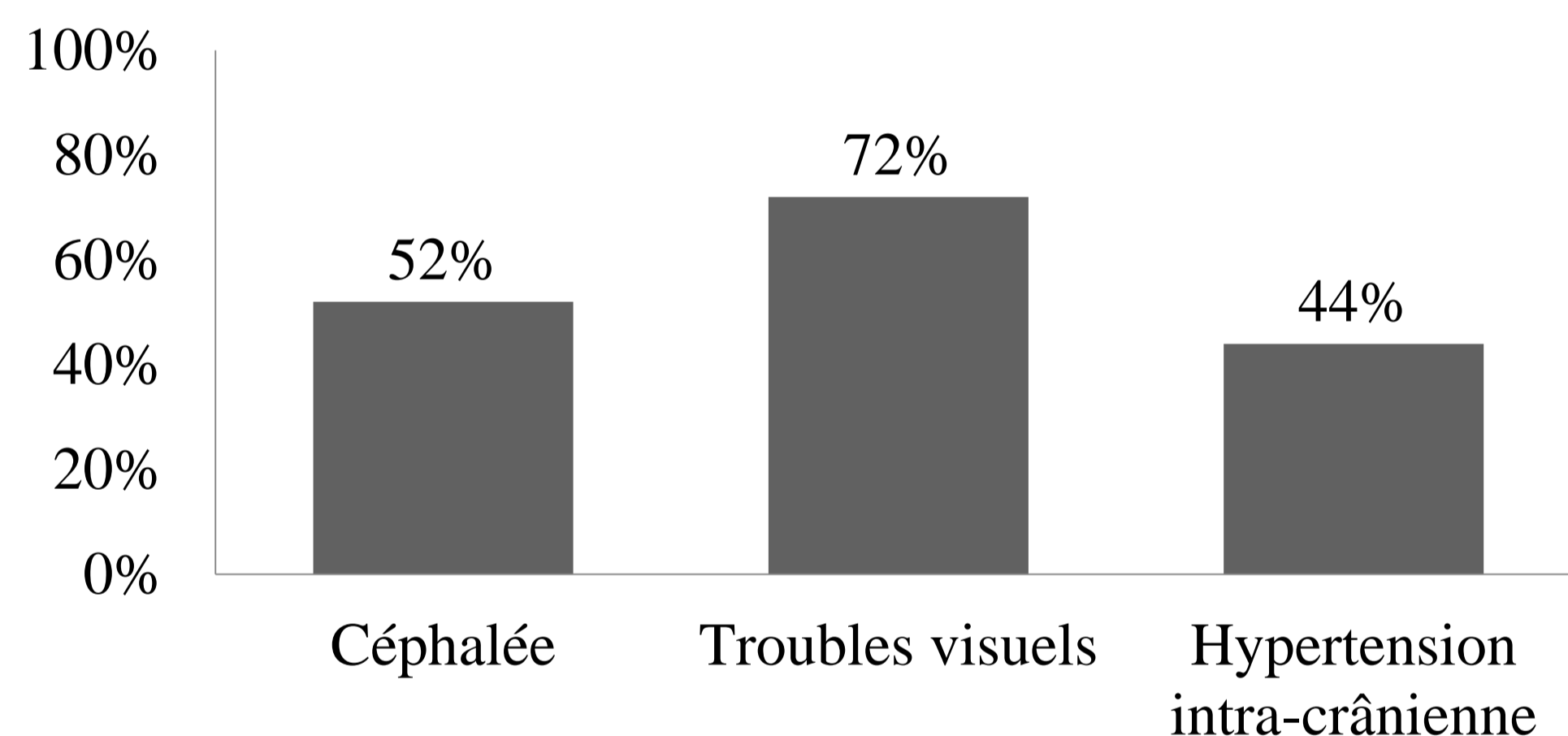


Figure 2 : Manifestations du syndrome tumoral hypophysaire

\*Types de troubles visuels: (Figure 3)

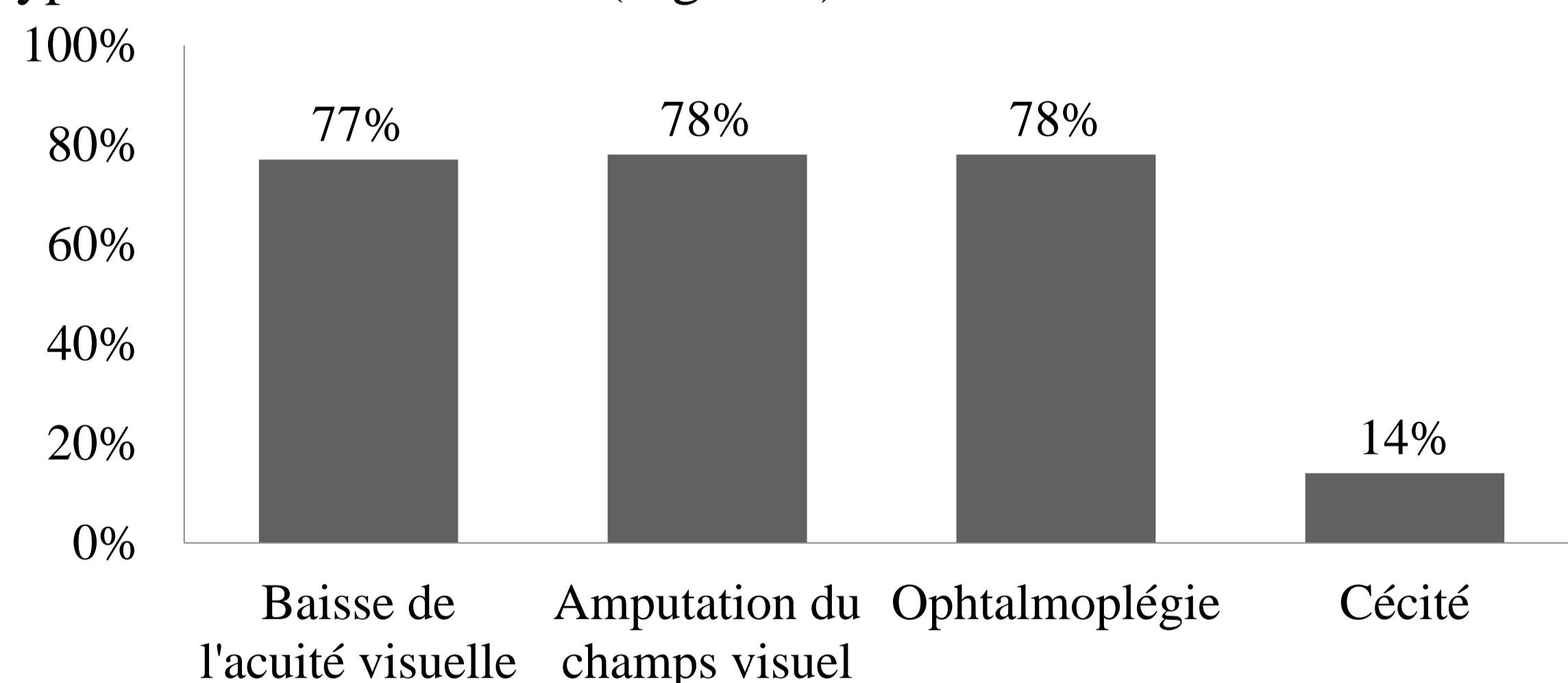


Figure 3: Troubles visuels chez nos patients

## Discussion:

❑ L'apoplexie hypophysaire est une affection rare (fréquence de 0,6 et 21 % des adénomes opérés selon les séries) mais grave qui comporte un risque fonctionnel et vital en raison d'un pan hypopituitarisme aigu et d'une menace visuelle.

❑ Se voit souvent chez des patients entre la 5ème et 6ème décade avec une légère prédominance masculine, non prouvée dans notre série.

❑ Le diagnostic est relativement aisé dans la forme typique et chez les patients porteurs d'un adénome connu, mais il est plus difficile quand l'apoplexie est le mode révélateur de celui-ci et surtout quand le tableau clinique est atypique.

❑ Plusieurs facteurs favorisants sont décrits: HTA, chirurgie majeure, chirurgie hypophysaire ou exploration dynamique des fonctions hypophysaires, coagulopathie ou traitement anticoagulant, traitement oestrogénique, grossesse ou post partum, agoniste du récepteur dopaminergique qui a représenté la cause la plus fréquente dans ce travail.

❑ L'incidence est plus élevée pour les adénomes non sécrétants et pour les prolactinomes parmi les adénomes sécrétants.

❑ La prise en charge immédiate consiste à assurer une stabilité hémodynamique (remplissage, correction de trouble électrolytique, corticothérapie..).

❑ Pas de critère décisif pour le choix thérapeutique entre une attitude conservatrice ou une chirurgie hypophysaire. Toutefois, la conjonction d'une hormonothérapie substitutive et de la décompression chirurgicale par voie trans-sphénoïdale, pour les formes instables cliniquement et neurologiquement, permet le plus souvent une issue favorable et une récupération visuelle.

## Conclusion:

L'apoplexie hypophysaire constitue une urgence diagnostique et thérapeutique. En fait, l'évolution est conditionnée par un diagnostic et une prise en charge précoce permettant de préserver le pronostic visuel et vital.

\* Insuffisance antéhypophysaire (IAH): 82% (Figure 4)

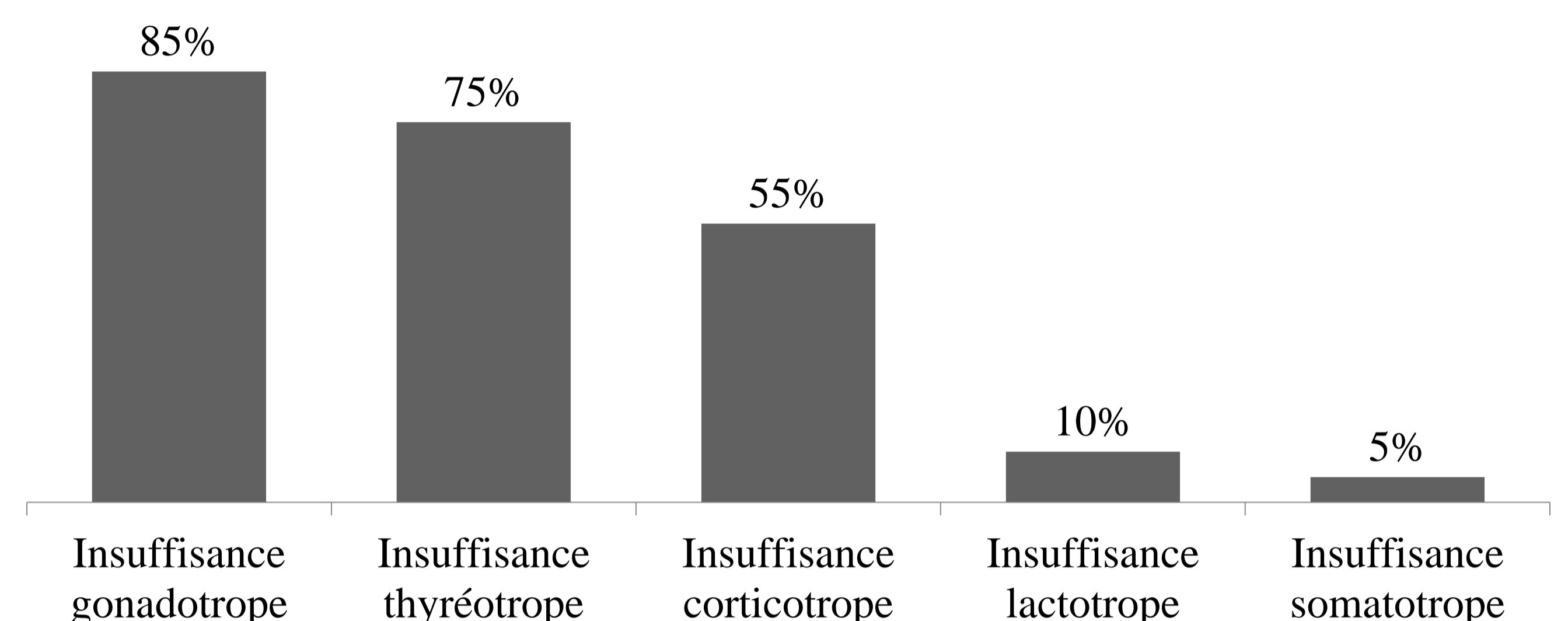


Figure 4: IAH chez nos patients

### ➤ Traitement:

\* Chirurgie de décompression par voie trans-sphénoïdale (60,7% des cas):

- 82% pour menace visuelle
- 12% pour céphalée intense persistante
- 6% pour augmentation de taille d'adénome en apoplexie

\* Hormonothérapie substitutive dans 52% des cas

➤ **Immuno-histochimie (IHC):** Figure 5

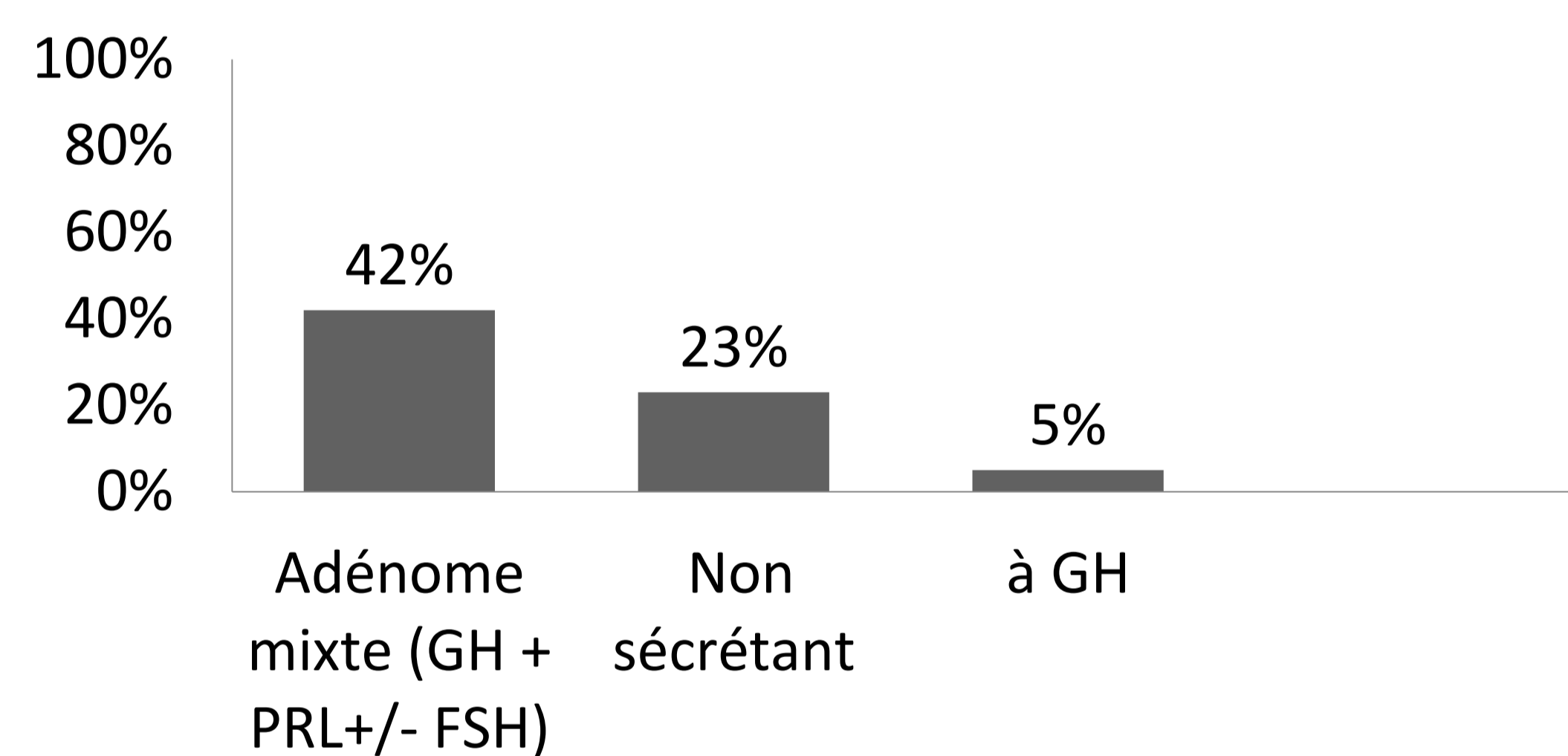


Figure 5: Aspects IHC

### ➤ Evolution:

\* Diabète insipide postopératoire transitoire: 12% des patients

\* A 3 mois postopératoire:

- Amélioration du STH: 35,7% des cas
- Normalisation de la fonction endocrinienne: 25% des cas
- Installation de novo d'une IAH: 25% des cas (dont 100% corticotrope, 57% gonadotrope et 28% thyroïdienne)

\* Imagerie de contrôle: 68% des cas:

- Persistance de reliquat tumoral: 58% des cas
- Disparition complète de l'adénome: 42% des cas