

APOPLEXIE HYPOPHYSAIRE : À PROPOS D'UN CAS

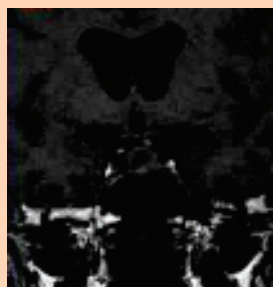
S. OUERDENI, A. BETTAIBI, Y. HASNI, A. MAAROUFI, M. KACEM, M. CHADLI, K. ACH
SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE, CHUFARHATHACHED, SOUSSE, TUNISIE

Introduction:

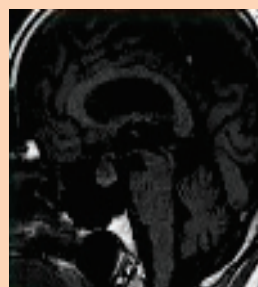
L'apoplexie hypophysaire est une urgence endocrinienne et neurochirurgicale rare et potentiellement mortelle. Elle correspond à une hémorragie survenant dans un adénome hypophysaire. La radiologie confirme le diagnostic. Le traitement est le plus souvent médical mais parfois neurochirurgical.

Observation:

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 58 ans hospitalisé par le biais des urgences pour prise en charge d'un syndrome méningé d'apparition brutale associé à des céphalées violentes et baisse de l'acuité visuelle. À l'examen clinique : TA : 90/60 mmHg, un ptosis avec diplopie à l'œil gauche. Le champ visuel montrait à gauche une hémianopsie temporale. À la biologie : un hypopituitarisme. La TDM cérébrale a objectivé des lésions hyperdenses non systématisées. L'IRM cérébrale : macro-adénome hypophysaire avec remaniement hémorragique 12 × 19 × 13 mm. Le patient a été substitué par hydrocortisone puis levothyroxine puis a eu une exérèse de la tumeur par voie trans-sphénoïdale avec bonne évolution et récupération visuelle.



IRM hypophysaire (coupe coronale T1) : remaniements hémorragiques en hypersignal T1 au sein du macroadénome hypophysaire



Coupe sagittale T1

Discussion et conclusion:

L'apoplexie hypophysaire peu fréquente, survient entre la cinquantaine et la soixantaine en faveur du sexe masculin [1]. Les patients méconnaissent la présence d'adénome avant les complications aiguës dans plus de deux tiers des cas. Malgré sa relative rareté, elle doit être présente à l'esprit en raison des difficultés diagnostiques. Le tableau d'apoplexie hypophysaire se caractérise par la constitution brutale d'une paralysie oculomotrice ou d'une cécité dans un contexte de céphalées en coup de tonnerre et parfois de trouble de la conscience. Selon les études concernant les apoplexies hypophysaires, les céphalées sont présentes dans 76 % des cas, suivent les baisses de vision (62 %) puis les paralysies oculomotrices (40 %) [1]. Ces dernières prédominent sur la troisième paire des nerfs crâniens. Il comporte un risque fonctionnel et vital en raison d'un pan hypopituitarisme aigu [2]. Urgence diagnostique, le scanner ou l'IRM confirme le diagnostic. La conjonction d'une hormonothérapie substitutive et de l'exérèse de la tumeur par voie trans-sphénoïdale permet le plus souvent une issue favorable et une récupération visuelle [3].

On note l'absence de considération de conflits d'intérêt dans l'élaboration de ce travail.

[1]. Nawar RN, AbdelMannan D, Selman WR, Arafah BM. Pituitary tumor apoplexy: a review. J Intensive Care. 2008;23:75-90.

[2]. Rajasekaran S, Vanderpump M, Baldeweg S, Drake W, Reddy N, Lanyon M, et al. UK guidelines for the management of pituitary apoplexy. Clin Endocrinol (Oxf). 2011;74(1):9-20

[3]. Capatina C, Inder W, Karavitaki N, Wass JA. Management of endocrine disease: pituitary tumour apoplexy. Eur J Endocrinol. 2015;172(5):R179-90.