

Apoplexie hypophysaire, une complication rare du micro-prolactinome pendant la grossesse : A propos d'une observation.

Dr Mokhtari Meriem, Dr Ahmed ali Leila, Pr Fedala NS.

Service d'endocrinologie et maladies métaboliques, CHU Lamine Debaghine BEO.

Auteur correspondant : myriam17mokhtari@gmail.com.

Introduction : Le risque d'augmentation symptomatique du volume des microprolactinomes pendant la grossesse est très faible. Le risque d'augmentation du volume de l'adénome est fonction de la taille initiale de la lésion et des traitements antérieurs. Ce risque est inférieur à 2 % dans les microadénomes . L'augmentation de volume peut être progressive, par croissance tumorale ou plus aiguë par remaniements nécrotico-hémorragiques (apoplexie hypophysaire).

Observation : B F , 25 ans aux antécédents de kyste de la poche de rathke et de microprolactinome (Figure 1 , 2) traité par des agonistes dopaminergiques pendant 2ans puis arrêté par la patiente consulte dans le cadre de l'urgence pour des céphalées atroces sur une grossesse de 30 SA. l'IRM hypophysaire objective un processus de 20×12,6×16mm(figure 3,4) ayant doublé de volume (AV la grossesse : 06×05mm)avec des zones de nécrose hémorragique en faveur d'une apoplexie hypophysaire .

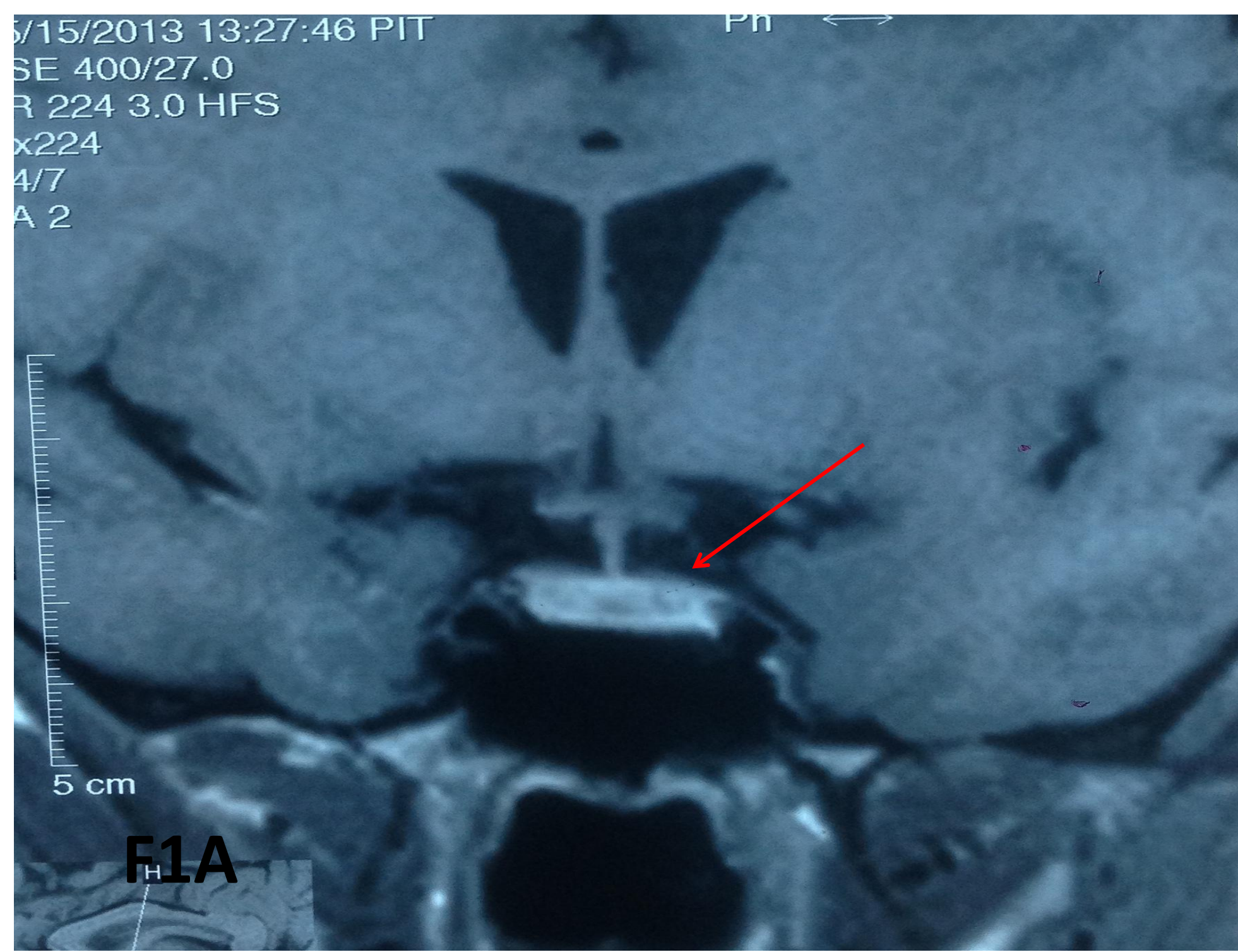


Figure 1(A): Microadénome hypophysaire(fleche rouge) en hyposignale T1(coupe coronale).

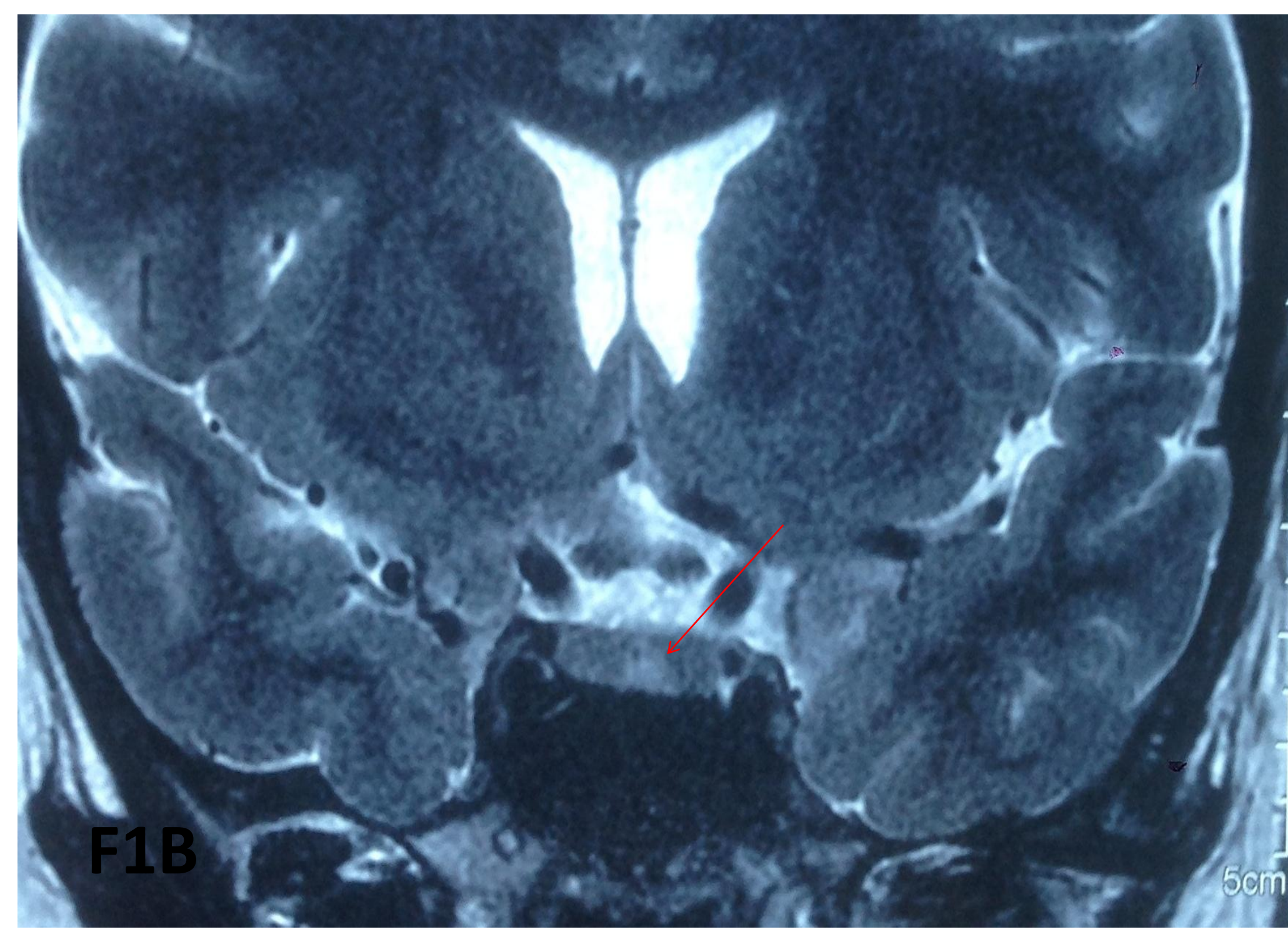


Figure 1(B):Microadénome hypophysaire (fleche rouge)en hypersignale T2(coupe coronale).

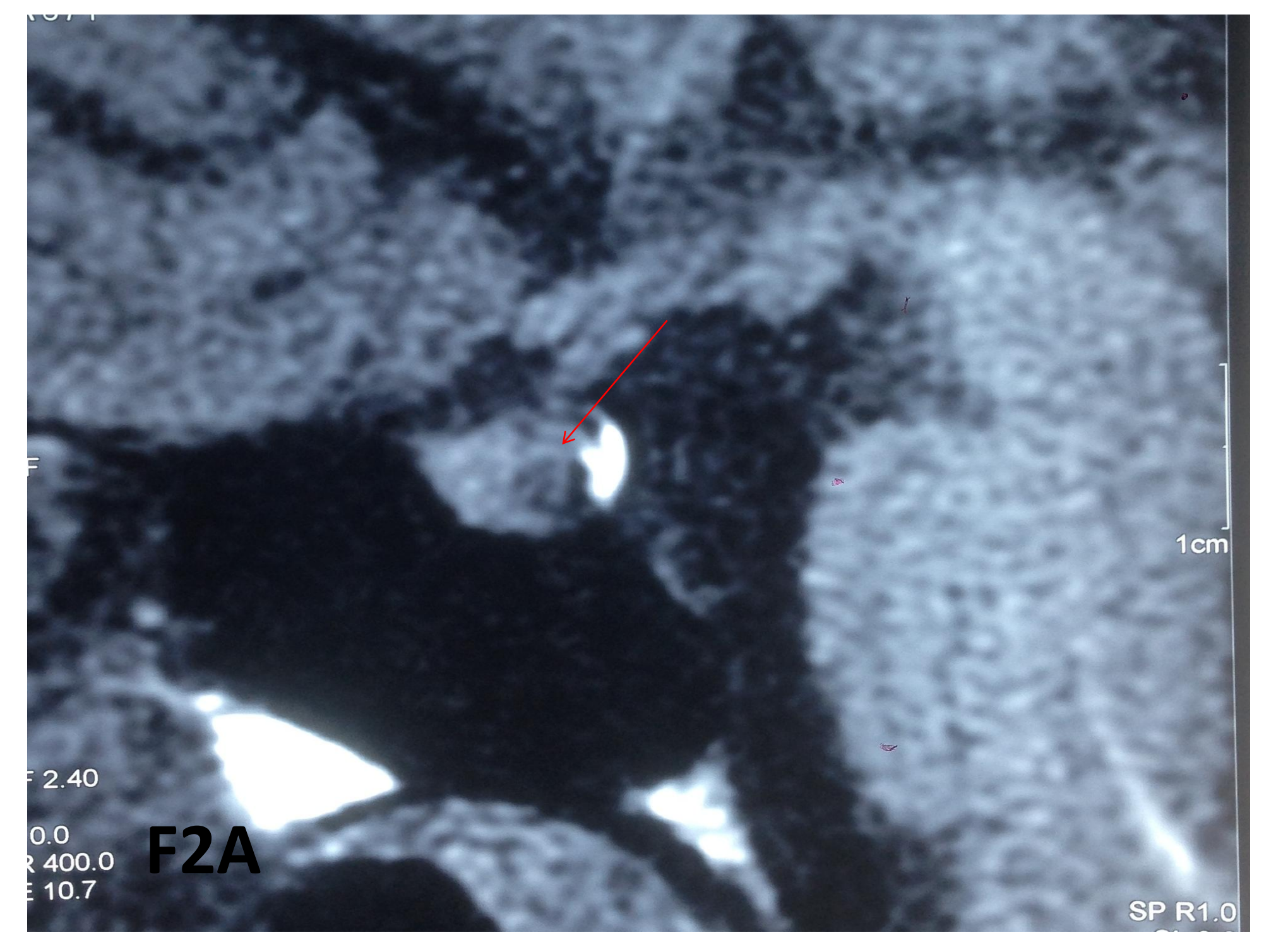


Figure2(A): Kyste de la poche de Rathke(fleche rouge) avec un signalé liquidien (hyposignale) en couge sagitale



Figure 2(B):Kyste de la poche(fleche rouge) en hypersignale T2(coupe coronale).

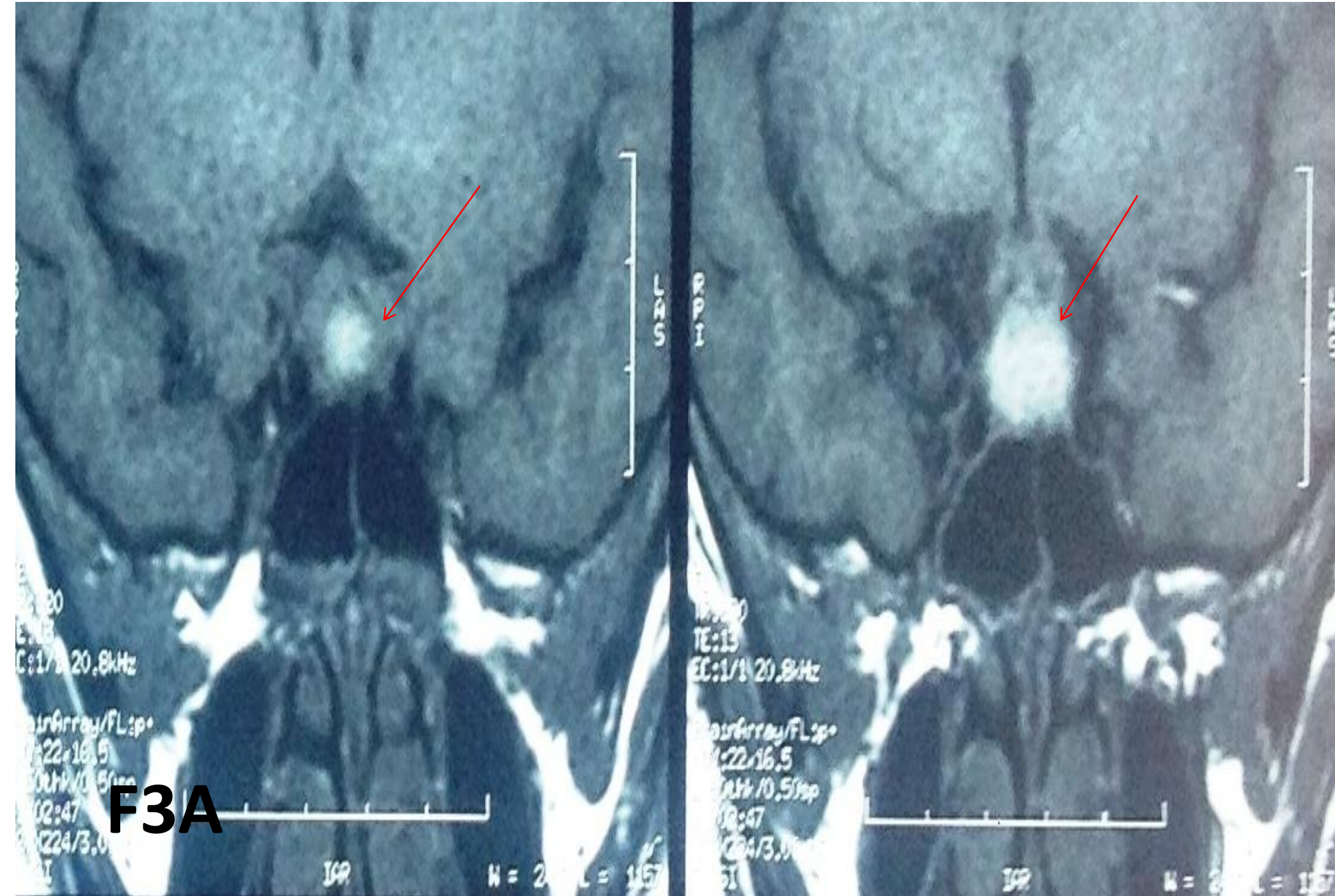


Figure 3(A)(B): Macroadénome hypophysaire avec apoplexie en coupe coronale(A)et sagitale(B) avec hémorragie apparaissant en hypersignale T1.

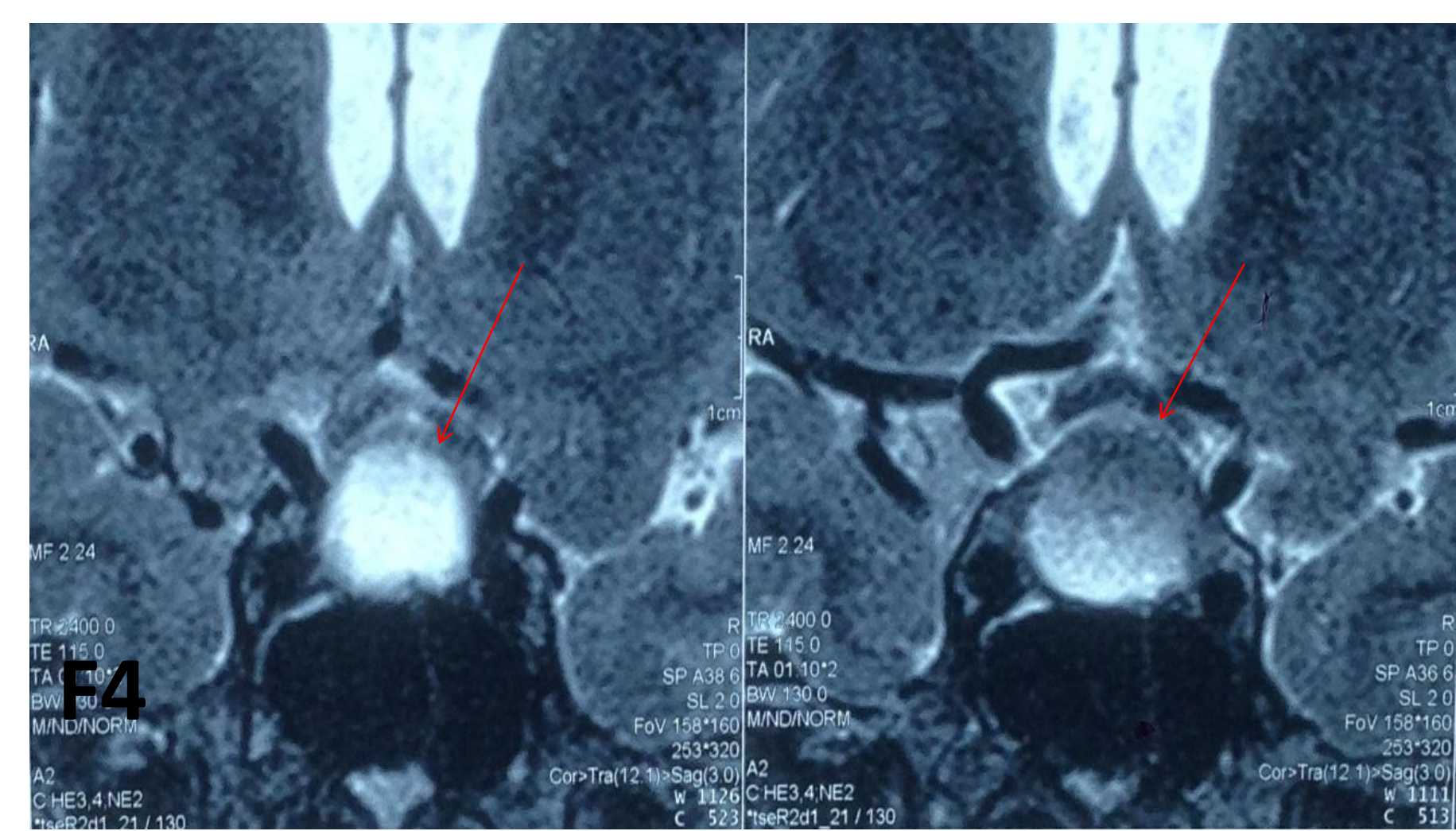
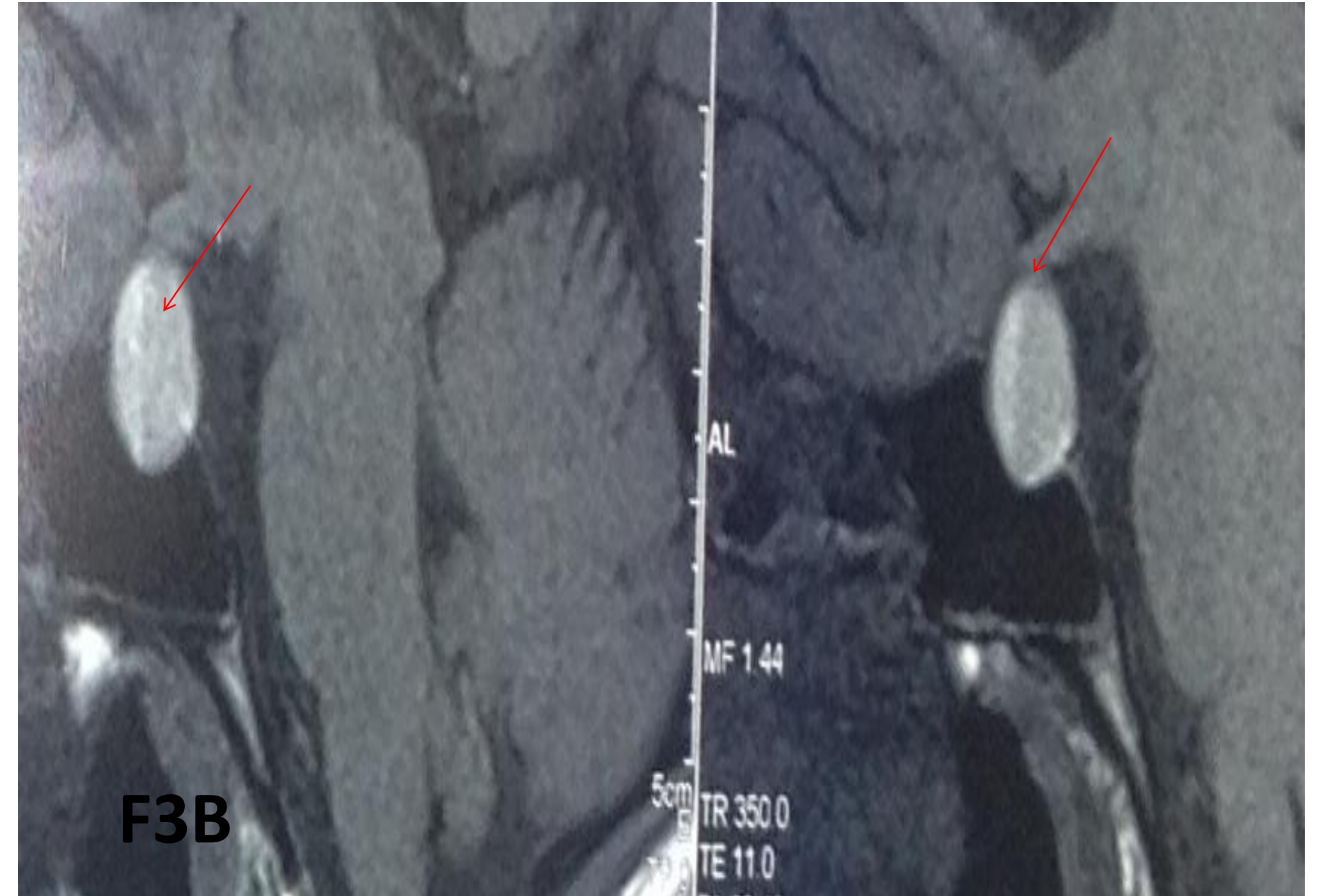


Figure 4:Macroadénome hypophysaire en apoplexie , hémorragie apparaissant en hypersignale T2(fleche rouge).

Ce processus n'a pas retentit sur le plan ophtalmologique mais sur le plan endocrinien par un déficit thyroécorticotrope. La prolactine était très élevée à 570ng/ml (N ≤ 300ng/ml, chez la femme enceinte). Vue l'absence de risque visuel, la patiente est traitée médicalement par bromocriptine à dose progressive et substituée sur le plan coticothyroétopre. L'évolution était favorable

Conclusion : l'apoplexie du microprolactinome pendant la grossesse est une complication très rare qui peut se produire . Sa reconnaissance est primordiale car elle peut être grave par l'atteinte visuelle qu'elle peut engendrer et par les déficits endocriniens qui peuvent survenir sur un état préalablement fragilisé .