

Acromégalie révélée par apoplexie hypophysaire : à propos 2 cas

W.Badr, Y.Hasni, N.Lassoued, A. Abdelkarim, M. Kacem, M. Chadli, A. Maaroufi, K. Ach.

Service d'Endocrinologie-Diabétologie, CHU Farhat Hached de Sousse, Tunisie.

Introduction :

L'apoplexie est une complication rare, grave et aiguë des adénomes hypophysaires, révélée par un syndrome tumoral, des troubles visuels et des déficits hormonaux dans 60% des cas. Nous rapportons deux cas dont le diagnostic d'acromégalie a été révélé par une apoplexie hypophysaire.

Observation

1^{er} cas : Patient âgé de 24 ans se présente dans un tableau d'asthénie profonde, ralentissement psychomoteur et une pâleur d'installation progressive. L'interrogatoire retrouve un épisode de céphalée intense 4 mois avant son admission et l'examen a révélé des traits d'acromégalie avec une avance staturale (+2.5 DS). Le bilan hormonal a confirmé la présence d'un déficit thyroïdienne, corticotrope mais le nadir de GH sous HGPO était inférieur à 0,2 ng/l. La TDM a montré un processus sellaire nécrosé.

2^{ème} cas: Patiente âgée de 69 ans adressée devant l'installation rapide d'une altération de l'état général associée à un syndrome dysmorphique évoquant l'acromégalie. L'interrogatoire retrouve un épisode de céphalée intense 1 mois avant son admission. Le bilan hormonal a montré un déficit thyroïdienne, corticotrope et gonadotrope avec nadir de GH sous HGPO à 1,1ng/l et à l'IRM un processus sellaire masqué par de l'hémorragie.

Dans les deux cas l'acromégalie était résolue suite à l'apoplexie et l'évolution était favorable sous traitement hormonal substitutif.

Discussion:

L'apoplexie hypophysaire est une affection peu fréquente, elle survient entre la cinquantaine et la soixantaine en faveur du sexe masculin. Elle concerne 3% des patients porteurs d'adénomes hypophysaires [1]. Les patients méconnaissent la présence d'adénome avant les complications aiguës dans plus de 2/3 des cas et elle survient presque toujours dans un contexte de macroadénome hypophysaire.

L'hypopituitarisme s'explique par trois mécanismes [2] : le premier est la libération réduite des hormones hypothalamiques en raison de la dysfonction, le deuxième est la section ou la compression de la tige pituitaire responsables d'un faible taux d'hormones hypophysaires avec une légère élévation de la prolactine; le troisième mécanisme est la destruction des cellules productrices d'hormones hypophysaires incluant la prolactine responsable d'un faible taux de prolactine.

Le traitement chirurgical n'est pas indispensable dans la plupart des cas [3]. Les signes cliniques d'insuffisance endocrinienne par hypopituitarisme privilégient le traitement médical précoce, adéquat car le pronostic vital en dépend.

Conclusion :

Ces deux cas doivent leur originalité à la rareté des circonstances de découverte de l'acromégalie, à l'évolution spontanée favorable et rapide au cours d'une apoplexie non opérée avec l'insuffisance antéhypophysaire corrigée rapidement après substitution hormonale.

[1] Verrees M, Arafah BM, Selman WR. Pituitary tumor apoplexy: characteristics, treatment, and outcomes. Neurosurg Focus. 2004

[2] Fraser LA, Lee D, Cooper P, Van Uum S. Remission of acromegaly after pituitary apoplexy: case report and review of literature. Endocr Pract. 2009

[3] Katsuno M, Yamazaki M, Tahara S, Murai Y, Teramoto A, Sano N. Spontaneous remission of acromegaly after meningitis: a case report. No To Shinkei. 2003