

# La tuberculose hypophysaire, une cause inhabituelle du diabète insipide central.

Z. Kasmy, N. Sahel, O. Jamal, I. El kassimi, S.E. Hammi, A. Rkiouak, M. Boudlal, K. Ennibi, J. Chaari.  
Service de Médecine Interne A. Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V. Rabat, Maroc.

## Introduction

- ❑ La tuberculose intracrânienne représente 0.15% des tumeurs du système nerveux central.
- ❑ Elle se développe habituellement au niveau du cerveau et du cervelet.
- ❑ Elle peut toucher d'une façon plus rare la moelle, le thalamus ainsi que la région sellaire et suprasellaire.
- ❑ Nous rapportons un nouveau cas de tuberculose hypophysaire révélée par un diabète insipide central.

## Observation

- ❑ Patiente âgée de 54 ans,
- ❑ Hospitalisée en Octobre 2014 au service de médecine interne A de l'HMIMV pour céphalée chronique et syndrome polyuropolydésipique.
- ❑ L'interrogatoire n'a pas retrouvé la notion de contact tuberculeux.
- ❑ Depuis 2 mois, la patiente présentait:
  - Syndrome polyuropolydésipique diurne et nocturne (entrées et sorties=10l/24h).
  - Céphalées en casque.
  - Baisse de l'acuité visuelle.
  - Altération de l'état général.
- ❑ Examen clinique:
  - patiente apyrétique pesant 65kg pour une taille de 1.46m soit un BMI à 33.9kg/m<sup>2</sup>.
  - Tension artérielle=130/70 mmhg, Fréquence cardiaque=80 bat/min.
  - Examen ophtalmologique: acuité visuelle à 4/10, atrophie optique bilatérale et hémianopsie bitemporale.
  - Examen cardio-vasculaire, abdominale, ostéoarticulaire, cutanéomuqueux=sans particularités. Les aires ganglionnaires étaient libres.
- ❑ Le bilan biologique:
  - glycémie à jeun = 0.95g/l. natrémie = 141mmol/l. kaliémie = 3.60mmol/l.
  - urée = 0.22g/l. créatinémie = 7mg/l.
  - bilan phosphocalcique sanguin et urinaire =normal.
  - protéinurie= négative.
- Sur le plan hormonale:
  - Hypothyroïdie centrale (T4 à 0.6ng/l et la TSH à 0.13UI/ml),
  - Cortisolémie et prolactinémie=normales.
- ❑ IRM=
  - Lésion intra et supra sellaire intéressant à la fois l'anté et la posthypophyse en iso T1, T2, prenant le contraste avec un centre liquidien.
  - Cette lésion mesure 16x13mm de diamètre et s'étend à la tige pituitaire qui est épaissie à 7mm avec la présence d'un contact avec le chiasma optique refoulé en avant (images A,B,C).
- ❑ Bilan étiologique:
  - CRP=23.6mg/l.
  - Electrophorèse des protéines sériques=profil compatible avec un syndrome inflammatoire modéré.
  - Hémogramme: hyperleucocytose à 11700 éléments/mm<sup>3</sup> à prédominance lymphocytaire.
  - L'ECA dans le sang et le LCR, une étude cyto bactériologique et chimique du LCR, une biopsie labiale: normaux.
  - Scanner thoracique: atélectasie en bande antérieure sans atteinte parenchymateuse ou médiastinale.
  - La fibroscopie bronchique: aspect inflammatoire diffus de tout l'arbre bronchique. La recherche de BK dans le liquide bronchique était positive à 1-10 BAAR/ champ.
  - La biopsie transphénoïdale avec étude anatomopathologique a conclu à une tuberculose hypophysaire.
- ❑ Traitement:
  - Desmopressine,
  - Levothyroxine
  - AntiBacillaire pendant 18 mois.
- ❑ Evolution:
  - A 3 mois de traitement: amélioration de l'état général, une régression des céphalées et du syndrome polyuropolydésipique.
  - A 8 Mois de traitement: nette régression du processus infiltratif avec persistance d'un résidu intrasellaire.

## Discussion

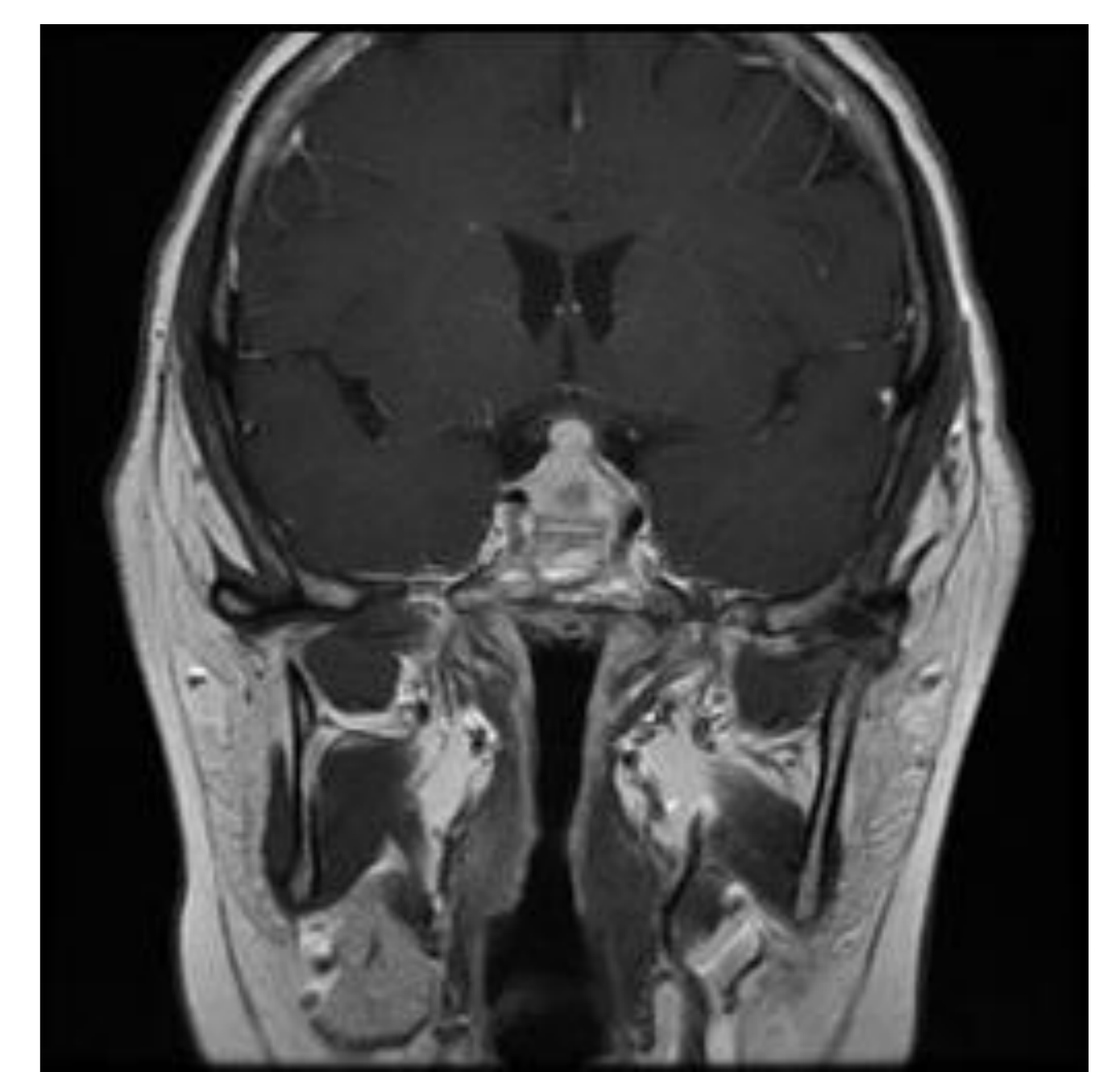
- ❑ Les manifestations cliniques de la tuberculose hypophysaire ne sont pas spécifiques.
  - Les céphalées étant le symptôme le plus fréquent,
  - suivies des manifestations oculaires.
- ❑ Sur le plan endocrinien, elle peut être responsable d'une dysfonction hypothalamohypophysaire. Parfois le tableau clinique et radiologique se résume en un simple syndrome inflammatoire.
  - Notre patiente avait des céphalées chroniques avec des troubles visuels, un diabète insipide central, une hypothyroïdie centrale et un syndrome inflammatoire.
- ❑ Radiologiquement, l'IRM représente le gold standard pour l'établissement du diagnostic.
- ❑ Le diagnostic différentiel se pose avec les adénomes hypophysaires, les maladies néoplasiques, la sarcoïdose, la syphilis et l'hypophysite lymphocytaire.
- ❑ L'exérèse chirurgicale ou la biopsie transphénoïdale de la masse hypophysaire avec étude anatomopathologique confirme le diagnostic comme le cas de notre patiente.
- ❑ Le traitement:
  - Quadrithérapie ou une trithérapie antituberculeuse durant 2 à 3 mois puis une bithérapie pour le reste de la cure. La durée du traitement varie selon les séries de 9 à 18 mois.
  - La chirurgie est réservée aux rares cas où il y a une menace vitale ou visuelle et en cas d'échec du traitement médical.
- ❑ Dans la majorité des cas le traitement médical permet une résolution de la masse tumorale avec une amélioration des céphalées, des troubles visuels et une récupération plus ou moins complète de la fonction hypophysaire.

## Conclusion

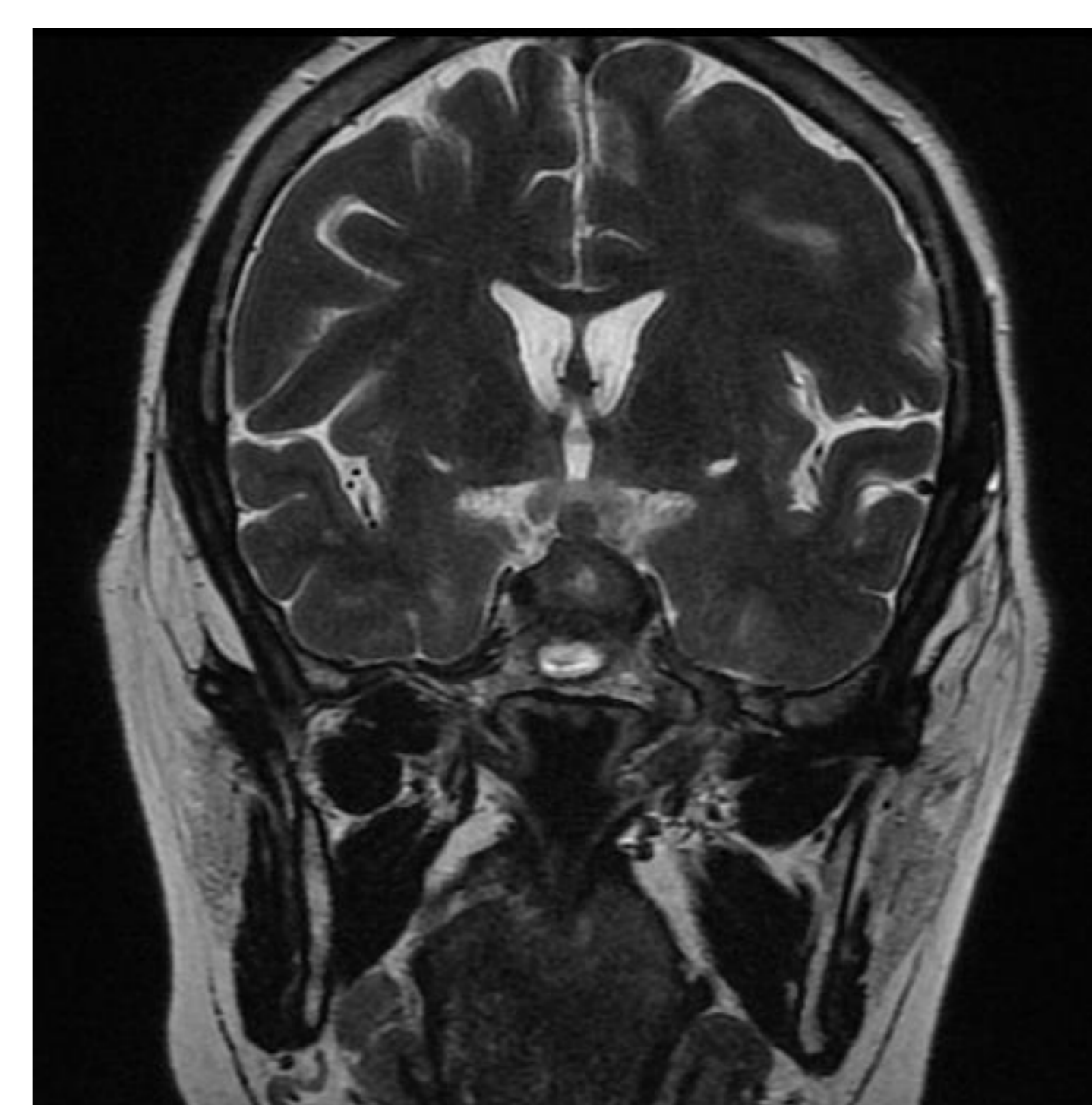
- ❑ La tuberculose hypophysaire est extrêmement rare.
- ❑ Son diagnostic est difficile vu ces aspect clinique, biologique et radiologique non spécifique.
- ❑ Elle doit être évoquée devant toute masse hypophysaire vu l'efficacité du traitement médical précoce et bien conduit.



A



B



C

(A): coupe sagittale montrant une masse centrée sur la selle turcique (hypophysaire) élargissant cette dernière de signal hétérogène fortement rehaussée aménageant en son centre une petite zone de signal liquidien associée à un épaississement nodulaire de la tige pituitaire atteignant 7 mm. Cette masse paraît en isosignal T1 (B) et T2(C).

## Références:

1. L. Trabelsi, N. Majdoub-Rekik, H. Bouaziz, M. Mnif-Feki, B. Hammami, I. Maaloul, M. Ben Jmaa, M. Abid. La tuberculose hypophysaire: à propos d'un cas. Ann Endocrinol 2005; 66(4):340-346.
2. L. Harzallah, H. Migaw, F. Harzallah, Ch. Kraiem. Imagerie des tuberculomes intra-sellaires: rapport de 2 cas. Ann Endocrinol 2004; 65(3):209-212.