

# Une lésion hypophysaire atypique

A. Mailliez\*<sup>a</sup> (Mlle), C. Loyer<sup>a</sup> (Dr), E. Merlen<sup>a</sup> (Dr), F. Zairi<sup>b</sup> (Dr), F. Kohler<sup>a</sup> (Dr), MC. Vantyghem<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> Service d'Endocrinologie-Diabétologie-Hôpital Claude HURIEZ - CHRU LILLE, Lille, FRANCE ;

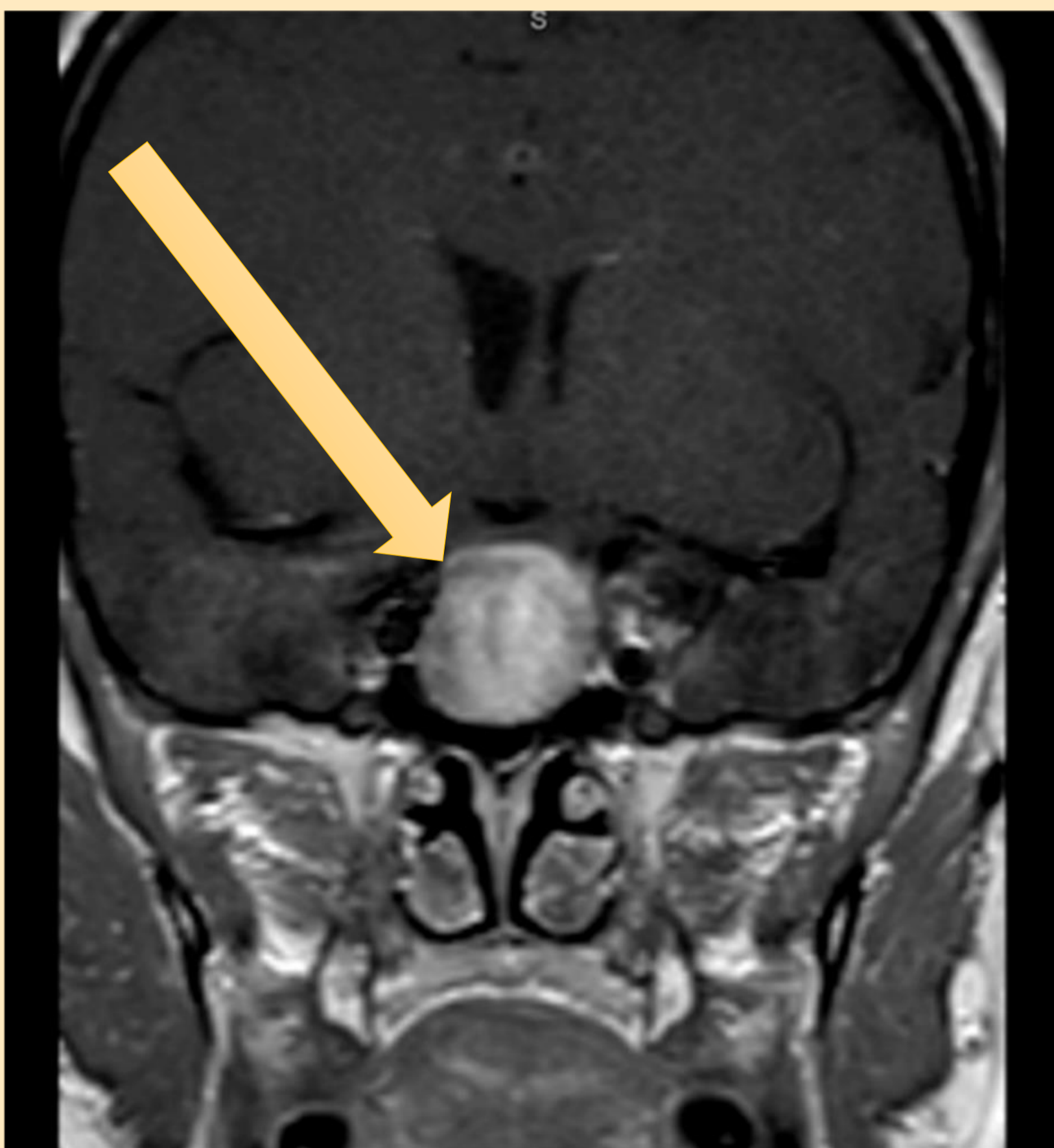
<sup>b</sup> Service de Neurochirurgie - Hôpital Roger Salengro - CHRU LILLE, Lille, FRANCE

\* aurelie.mailliez.etu@univ-lille.fr

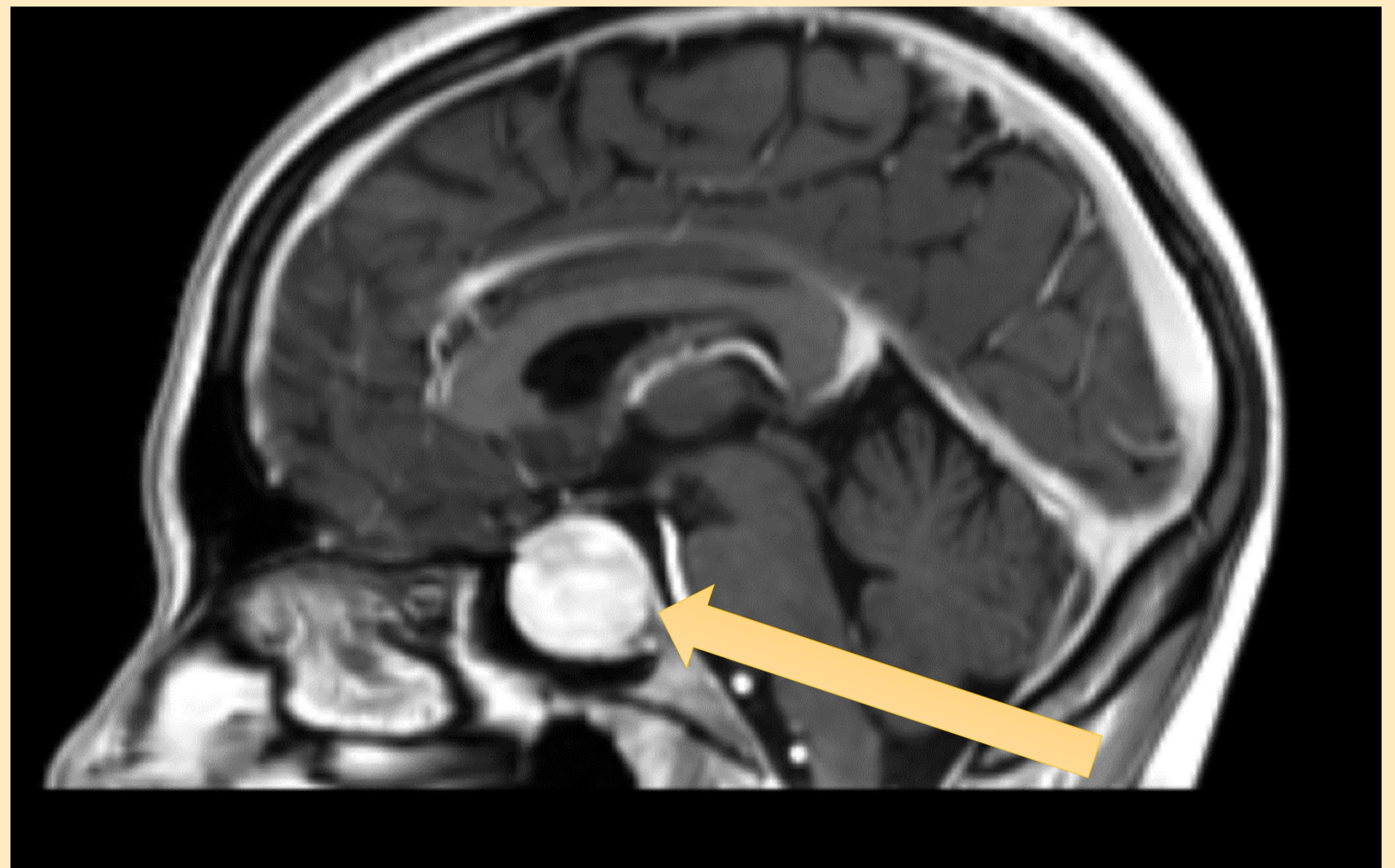
**INTRODUCTION:** La découverte d'une lésion supra-sellaire nécessite un bilan étiologique rigoureux comprenant une évaluation hormonale et morphologique.

**OBSERVATION:** Une patiente de 36 ans est adressée pour bilan étiologique d'une lésion supra-sellaire étiquetée adénome hypophysaire. Cette lésion de 31\*23\*36 mm avait été découverte sur une IRM cérébrale réalisée pour acouphènes évoluant depuis 1 mois associée à une diplopie binoculaire. La lésion présentait une extension supra et latéro-sellaire gauche avec envahissement du sinus caverneux homolatéral et refoulement du chiasma optique. La lésion était parfaitement arrondie, homogène à l'injection de gadolinium.

IRM Hypophysaire: Coupe Coronale T1 sans injection



IRM Hypophysaire : Coupe saggitale T1 avec injection



Cliniquement, il existait une paralysie du nerf VI gauche et une diplopie binoculaire. Le fond d'œil et le champ visuel étaient normaux. Le bilan hormonal hypophysaire mettait en évidence un déficit thyroïdienne et somatotrope associé à une hyperprolactinémie de déconnexion, sans autre hypersécrétion hormonale. Une supplémentation par hormones thyroïdiennes était instaurée.

Devant cette lésion "trop parfaite", un angioscanner cérébral était réalisé permettant de rectifier le diagnostic initial.

Il s'agissait d'un anévrisme carotido-caverneux gauche unique non rompu, envahissant la selle turcique et exerçant un effet de masse sur la citerne opto-chiasmatique et le chiasma optique. L'hypophyse n'était pas individualisable. La patiente a bénéficié d'une prise en charge endovasculaire avec mise en place d'un stent et coiling du sac anévrysmal.

**DISCUSSION :** Dans la littérature, les anévrismes carotido-caverneux représentent 0.17% des étiologies des hypopituitarismes <sup>(1)</sup>. Les atteintes hypophysaires les plus fréquentes dans ce contexte concernent les axes gonadotrope (67,5%), corticotrope (48,6%) et thyroïdienne (40,5%) <sup>(2)</sup>.

Chez cette patiente, les éléments qui étaient initialement plutôt en défaveur d'un adénome hypophysaire sont :

- Le mode de révélation sous forme d'une diplopie binoculaire
- La localisation en provenance du sinus caverneux
- Le faible retentissement hormonal au vu de la taille de la lésion
- Le caractère très homogène, prenant fortement le produit de contraste
- La présence caractéristique d'un vide de signal en séquence T2\*

**CONCLUSION:** L'anévrisme carotido-caverneux est une cause rare d'hypopituitarisme par compression extrinsèque mais constitue l'un des diagnostics différentiels à ne pas méconnaître de l'adénome hypophysaire.