

M. Karrou, A. Khlifi, A.Alla, H. Latrech

Service d'endocrinologie Diabétologie, CHU Mohammed VI, Laboratoire d'épidémiologie et recherche clinique et santé publique,

Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed Premier, Oujda, Maroc

INTRODUCTION

L'hypophysite est une pathologie inflammatoire rare de la glande hypophyse, sa pathogénie est encore mal élucidée. [1]. Nous rapportons trois observations révélées par des signes d'hypertension intracrânienne et un diabète insipide. L'objectif de ce travail est de décrire le profil clinique, biologique, radiologique et thérapeutique des hypophysites au CHU Mohamed VI d'Oujda.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Observation 1: Patient âgé de 47 ans ; ayant comme antécédent une pleuropéricardite tuberculeuse évoluant depuis 3 mois sous traitement antibacillaire, admis en endocrinologie pour prise en charge d'un syndrome polyuro-polydésique. Les explorations biologiques ont confirmé l'origine centrale du diabète insipide associé à une panhypopituitarisme. L'IRM hypothalamo-hypophysaire a montré un épaississement infundibulo-pituitaire en iso-signal T1 se rehaussant après injection du produit de contraste. Le patient a été traité par quadrithérapie antituberculeuse et une supplémentation des axes endocriniens atteints. **Figure 1**

Observation 2 : patiente de 32 ans, qui présentait en post partum immédiat une absence de la montée laiteuse, et à J15 des céphalées intenses associées à une amputation du champs visuel, les examens paracliniques ont révélés une insuffisance thyroïdienne, corticotrope et gonadotrope, sur l'IRM hypothalamo-hypophysaire on a noté une augmentation du volume de la glande hypophyse, en iso signal T1, se rehaussant de façon intense, homogène et intense après injection du produit de contraste avec épaississement de la tige pituitaire et perte de l'hypersignal de la post hypophyse.

Observation 3 : patiente âgée de 22 ans, admise aux urgences pour la prise en charge d'un syndrome d'hypertension intracrânienne conduisant à la réalisation d'une TDM cérébrale qui était en faveur d'un processus suprasellaire bien limité, un complément par IRM hypothalamo-hypophysaire a montré une tuméfaction triangulaire de la glande hypophysaire qui se rehausse de façon homogène avec respect de sa symétrie avec une tige pituitaire médiane non déviée (**Figure 2**). Le bilan biologique a révélé : une insuffisance corticotrope, gonadotrope et thyroïdienne. La patiente a été mise sous corticothérapie et supplémentation des axes déficitaires avec bonne évolution clinique.

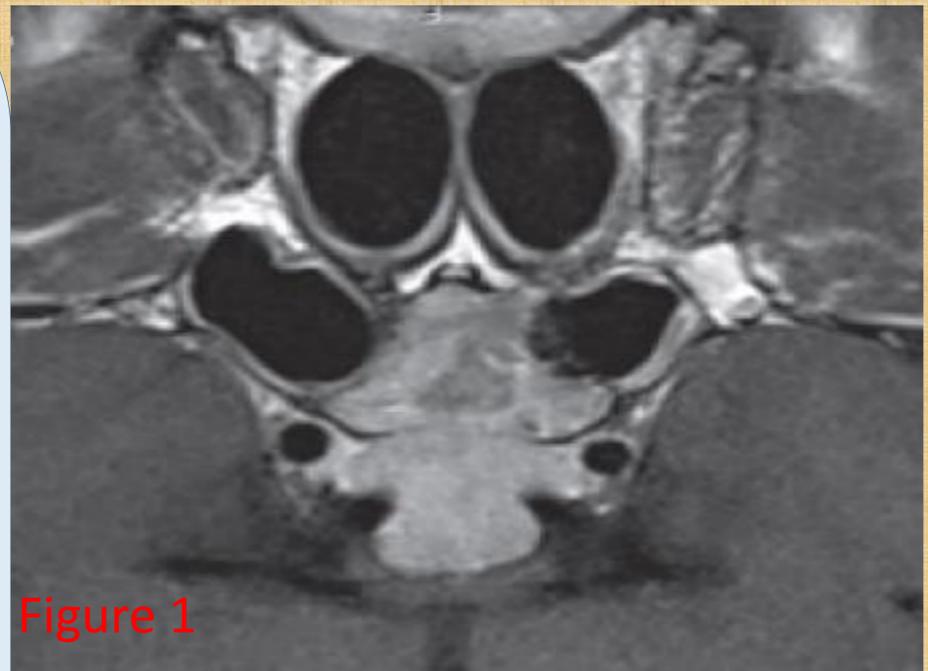


Figure 1

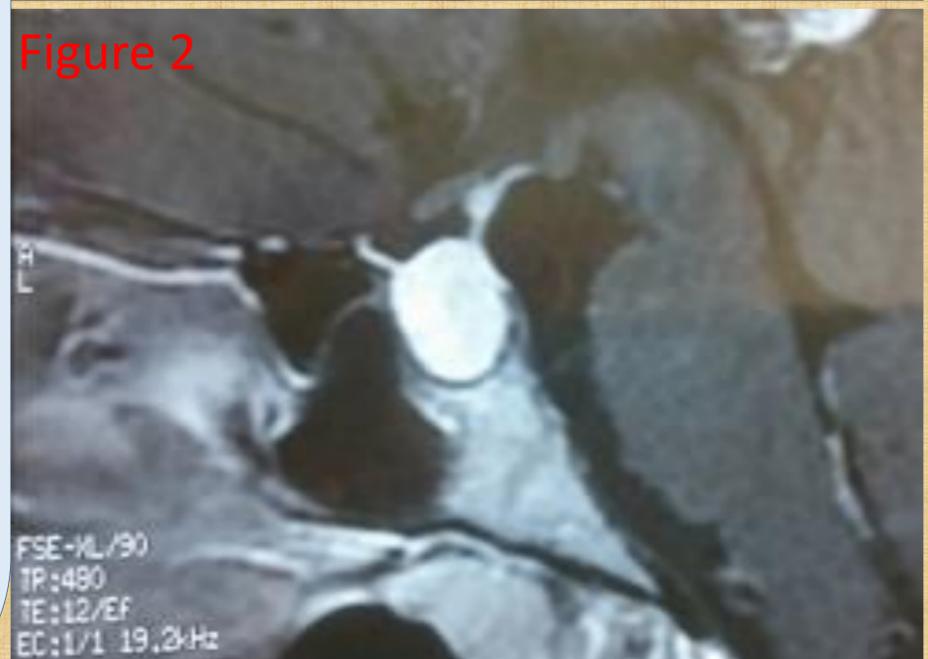


Figure 2

DISCUSSION ET CONCLUSION

Ces trois cas montrent le polymorphisme clinique et radiologique de l'hypophysite rendant son diagnostic difficile. L'IRM hypothalamo-hypophysaire constitue l'examen de choix pour le diagnostic. Il n'existe pas de consensus concernant la prise en charge thérapeutique de cette pathologie [2]. Le traitement de l'hypophysite repose sur la substitution des axes déficitaires et sur l'utilisation d'une corticothérapie à discuter au cas par cas. [2].

BIBLIOGRAPHIES

[1]=Caturegli P, Newschaffer C, Olivi A, Pomper MG, Burger PC, Rose NR. Autoimmune hypophysitis. *Endocr Rev* 2005;**26**:599–614.

[2]=I. Allix, V. Rohmer La Revue de Médecine Interne, Volume 35, Issue 12, December 2014, Pages 815-822