

# L'hypophysite pseudo-adénomateuse du post-partum : à propos d'un cas

N. Lassoued, F. Mnif, F. Hadjkacem, N. Rekik, M. Mnif, M. Abid

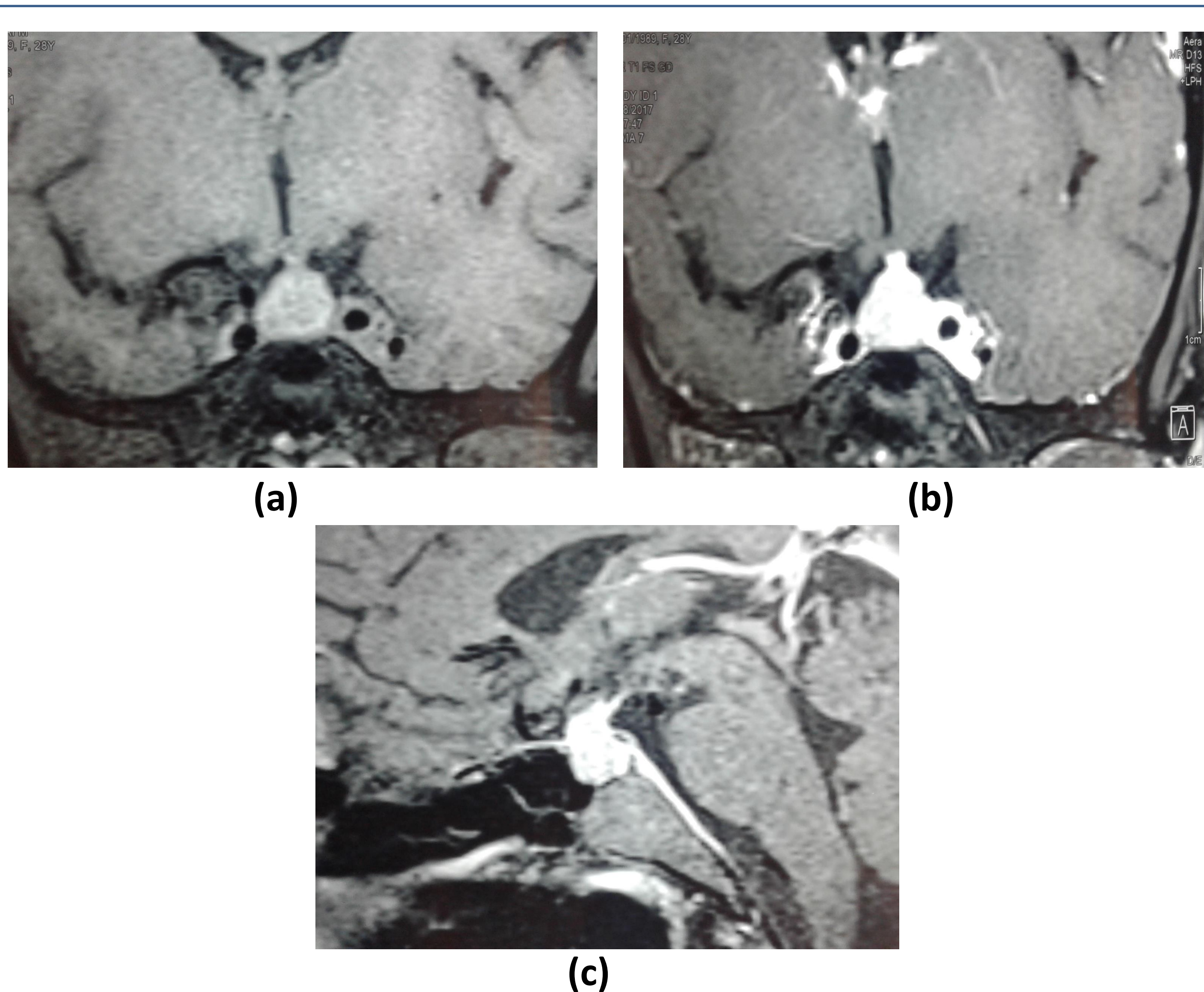
Service d'Endocrinologie ,CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE

## ❖ Introduction

L'hypophysite lymphocytaire est une pathologie auto-immune rare évaluée à 1 % de la population . Dans deux tiers des cas, elle survient en fin de grossesse ou en post-partum immédiat. Nous rapportons le cas d'une patiente atteinte d'une hypophysite lymphocytaire diagnostiquée en post-partum et nous décrivons les caractéristiques cliniques, radiologiques et thérapeutiques de cette pathologie.

## ❖ Observation

Madame J.R, âgée de 23 ans, est admise à 2 mois du post-partum pour suspicion d'un macroadénome hypophysaire. Elle n'avait pas d'antécédents familiaux ni personnels particuliers. La patiente a eu sa montée laiteuse et un retour normal des couches. Elle a développé au 3<sup>ème</sup> jour du post-partum des céphalées intenses sans troubles visuels. Le bilan hormonal a montré une cortisolémie de base à 199,4 ng/mL, une TSH à 2,4 mUI/L, une FSH à 5,5 mUI/mL, une LH à 8 mUI/mL et une prolactinémie à 41,12 ng/mL. L'enquête immunologique a montré des anticorps anti-nucléaires positifs de type moucheté. L'examen ophtalmologique était sans anomalie. L'IRM hypophysaire a montré un aspect typique d'une hypophysite dans sa forme pseudo-adénomateuse à savoir une masse triangulaire symétrique à développement intra et supra-sellaire en hyposignal en séquence pondérée T1 et hypersignal en séquence pondérée en T2 avec un rehaussement homogène et un épaississement de la tige pituitaire (**Figure 1**). Le diagnostic d'une hypophysite lymphocytaire a été donc retenu. On n'a pas prescrit de corticothérapie et on a opté pour une surveillance clinique et hormonale.



❖ **Figure 1** : Masse triangulaire symétrique à développement intra et supra-sellaire en hyposignal en séquence pondérée T1 (**a**) et hypersignal en séquence pondérée en T2 (**b,c**) avec un rehaussement homogène et un épaississement de la tige pituitaire.

**(a) et (b)** : coupes frontales

**(c)** : coupe sagittale

## ❖ Discussion

➤ L'hypophysite lymphocytaire est une cause rare de syndrome tumoral hypophysaire simulant un macro-adénome non sécrétant puisqu'elle détermine des céphalées, des troubles visuels et, fréquemment, un hypopituitarisme partiel ou complet.

➤ **Son étiopathogénie** n'est pas clairement élucidée. Une origine auto-immune serait la plus probable. Elle s'associe dans 20 à 25 % des cas à d'autres maladies auto-immunes dont la plus fréquente est la thyroïdite lymphocytaire. Les autres pathologies auto-immunes pouvant s'associer à l'hypophysite lymphocytaire sont la maladie d'Addison, l'hypoparathyroïdie, l'hépatite auto-immune, la fibrose rétropéritonéale, l'anémie de Biermer, le lupus érythémateux systémique etc. Les anticorps anti-hypophysaires sont rarement retrouvés (18 % des cas), leurs sensibilité et spécificité sont faibles.

➤ **Le diagnostic de certitude** est un diagnostic histologique montrant une infiltration lymphoplasmocytaire de l'hypophyse . Cependant, l'obtention de la biopsie est un geste invasif qui doit se faire par voie transphénoïdale et qui n'est réservé qu'aux cas ayant une symptomatologie très sévère, avec une résistance au traitement médical. À l'heure actuelle, l'IRM hypophysaire permet dans la majorité des cas de faire le diagnostic grâce à une image inconstante mais très évocatrice : en pondération T1, il existe une augmentation de la taille de l'hypophyse avec un aspect triangulaire, homogène sans atteinte du plancher de la selle turcique. Après injection de gadolinium, survient un rehaussement intense homogène de l'antéhypophyse à la différence des macroadénomes qui sont en général plus hétérogènes avant et après injection de gadolinium.

➤ **Le traitement** de l'hypophysite lymphocytaire est médical reposant sur la corticothérapie dont l'efficacité reste incertaine. La chirurgie est indiquée en cas d'incertitude diagnostique ou en présence de signes neurologiques potentiellement irréversibles, de troubles visuels secondaires à la compression du chiasma optique, de signes en faveur d'un envahissement des loges cavernueuses, d'un diabète insipide ou d'une évolution rapide malgré une corticothérapie adaptée. Une régression spontanée avec normalisation partielle ou complète du bilan endocrinien a été toutefois décrite dans certains cas.

## ❖ Conclusion

Chez notre patiente, le diagnostic a été suspecté devant l'apparition d'un syndrome tumoral hypophysaire en post-partum associant des céphalées intenses sans troubles visuels. Il a été confirmé par l'IRM hypophysaire qui a montré une image typique.

Cette pathologie rare, souvent méconnue, doit être évoquée de façon plus systématique du fait de sa gravité liée à l'insuffisance antéhypophysaire complète ou dissociée qu'elle peut entraîner.