

# Insuffisance hypophysaire révélatrice d'une toxoplasmose cérébrale inaugurale d'une infection VIH

Isabela Banu<sup>1</sup>, Oana Steriade<sup>1</sup>, Iordache Laura<sup>2</sup>, Paul Valensi<sup>1</sup>  
1. Service d'Endocrinologie- Diabétologie-Nutrition,  
2. Service de médecine interne  
Hôpital Jean Verdier, AP-HP, CRNH-IdF, Université Paris-Nord, Bondy.

## INTRODUCTION

- La toxoplasmose cérébrale est la manifestation inaugurale du SIDA dans environ 15 à 20% des cas. Elle se manifeste habituellement par des signes neurologiques (convulsions fébriles, méningo-encephalite, signes de localisation).
- Nous présentons le cas d'une patiente ayant développé une insuffisance hypophysaire et un diabète insipide lors d'une toxoplasmose cérébrale inaugurale d'une infection VIH.

## OBSERVATION

### Motif d'hospitalisation

- Il s'agit d'une patiente âgée de 53 ans, adressée pour un syndrome polyuropolydipsique, une altération de l'état général avec amaigrissement de 4 kg et une hypernatrémie en juillet 2013.

### Antécédents

- Hypertension artérielle- 2011
- Embolie pulmonaire- 2011
- Dysthyroïdie depuis juin 2013
- 3 enfants, ménopausée depuis 2008.
- Tabagisme actif à 10 paquets-années. Alcool arrêté en mars 2013

**Traitement à l'entrée:** Levothyroxine 75µg/jour,  
Amlodipine 5mg/jour.

### Standards

- NFS: pancytopenie avec une neutropénie à 760/mm<sup>3</sup>, thrombocytes à 114000/mm<sup>3</sup>, Hb= 9,6 g/dl.
- Ionogramme sanguin: Na<sup>+</sup>= 155 mmol/l, K<sup>+</sup> = 3,9 mmol/l
- Glycémie à jeun: 4,2 mmol/l
- Hypergammaglobulinémie polyclonale.
- CRP = 5mg/l.

### Examens paracliniques

### Histoire de la maladie

- Asthénie physique marquée, perte de 4 kg depuis mai 2013 et syndrome polyuropolidipsique (3-4 l/24h).
- Hypernatrémie à 156 mmol/l sur deux bilans en ville.
- Bilan thyroïdien perturbé en juin 2013:
  - TSHus = 5 mU/l, T4libre= 3,73 pg/ml, Ac anti-TPO négatifs
  - échographie thyroïdienne avec une agénésie du lobe gauche mais un lobe droit normal.

### Examen clinique

- P= 53,9 kg, T= 155 cm, IMC = 22,5 kg/m<sup>2</sup>.
- TA= 110/60 mm Hg, FC = 88/min.
- Pas de mélanodermie.
- Installation d'un état fébrile (38,5°C) et d'une dyspnée aigue.

### Bilan hormonal

- Axe thyroïdienne: TSHus= 0,21 mU/l, T4I normale
- Axe corticotrope: Cortisol 8h = 46 nmol/l, ACTH indosable

### Hypothèse diagnostique

**Au total:** AEG, syndrome polyuropolydipsique et syndrome fébrile chez une patiente avec une pancytopenie et un tableau d'insuffisance hypophysaire font suspecter  
- une infection VIH avec atteinte cérébrale  
- ou une pathologie maligne avec métastase hypophysaire.

### Bilan étiologique

- Sérologie VIH positive; CD 4 à 86 /µl, CD 8 à 659/µl, CD4/CD8 = 0,13.
- Sérologie hépatite virale B et C négatives.
- Sérologie de la toxoplasmose positive.
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien: présence de quelques adénopathies médiastinales et hilaires centrimétriques, quelques rares micronodules, épaissement modéré des parois bronchiques, ganglions infracentrimétriques à l'étage abdominal.

### Bilan hypophysaire

Axe thyroïdienne	TSHus = 0,21 mU/l	T4I = 14 pmol/l (N: 12- 22)	T3I = 4,8 pmol/l N: 3,10 – 6,80
Axe corticotrope (Test au Synacthène)	Cortisol T0: 46 nmol/l ACTH indosable	Cortisol T60: 55 nmol/l	
Axe gonadotrope	FSH = 0,7 U/l Test au LHRH: pas de réponse	LH<0,1 U/l Test au LHRH: Pas de réponse	Oestradiol: 11,7 pg/ml Progesterone<0,1 ng/ml
Axe lactotrope	Prolactine: 104 µg/l (N: 4,79 – 23,3)		

- L'IRM cérébrale a visualisé des lésions multiples évoquant une toxoplasmose cérébrale; l'hypophyse était d'aspect normal.
- Sous traitement anti-toxoplasmose (Pyriméthamine@50mg/jour, Sulfadiazine @ 500mg: 3cpx4/jour), Hydrocortisone 60mg/jour initialement, Lévothyroxine @ 75 µg/jour et Desmopressine®60 µg 3/jour, l'état de la patiente s'est amélioré.
- A 6 mois de traitement, l'insuffisance corticotrope s'est amendée, tandis que persistent le diabète insipide et l'insuffisance thyroïdienne.

## DISCUSSION

La toxoplasmose cérébrale est une infection due à un parasite ubiquitaire, *Toxoplasma gondii*, touchant les sujets immunodéprimés par réactivation. L'insuffisance hypophysaire est rare, mais peut persister durablement, malgré le traitement étiologique, comme chez notre patiente.