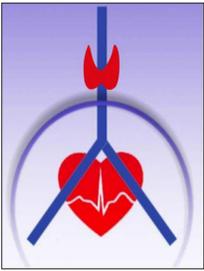


Profil clinique et hormonal de la selle turcique vide: A propos de 11 cas

B.Habra, I. Azgaou, G.EL Mghari, N.EL Ansari

Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies métaboliques
Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayyad
CHU MOHAMMED VI MARRAKECH



Introduction

- La selle turcique vide (STV) est une entité radiologique définie comme une hernie de la citerne optochiasmatique à travers le diaphragme sellaire. Elle peut être primaire ou secondaire.

* STV primitive due à une déhiscence congénitale du diaphragme sellaire.

* STV secondaire à une nécrose de l'hypophyse, ou d'un adénome hypophysaire ou une hypophysite.

- Elle est souvent asymptomatique et de découverte radiologique fortuite. Mais peut être associée à des anomalies cliniques, hormonales et visuelles de gravité variable.

- **But du travail:** décrire les circonstances de découvertes (CDD), le profil clinique et hormonal de cette entité radiologique.

Matériels et Méthodes

- Etude rétrospective sur 03 ans.

- 11 patients présentant une selle turcique vide à l'IRM hypophysaire.

- Admis au service d'endocrinologie, diabétologie du CHU Mohamed VI de Marrakech.

Résultats

- Moyenne d'âge: 37 ans avec des extrêmes allant de 17 à 70 ans.

- Une prédominance féminine a été notée avec 8 femmes et 2 hommes, soit un sexe Ratio F/H de 4,5 %.

- Antécédents:

* Maladie coéliqua chez les 2 hommes.

* Accouchement hémorragique: 6 femmes, avec notion de retour de couches dans 4 cas.

- Motif d'hospitalisation:

° Retard staturo-pondéral: 2 hommes

° Syndrome d'insuffisance antéhypophysaire: 5 cas.

° Céphalées dans 3 cas

° Syndrome polyuropolydypsique chez un cas

- Les circonstances de découverte, le profil clinique et hormonal des patients est élayé dans le tableau ci-dessus.

- Le diagnostic de selle turcique vide était confirmé par l'IRM hypothalamo-hypophysaire réalisée dans tous les cas ayant conduit à une STV complète dans 6 cas et partielle dans 1 cas.

- Sur le plan thérapeutique, un traitement hormonal substitutif selon l'axe atteint était instauré chez tous les patients

	CDD	Profil clinique	Profil hormonal
Cas 1	Retard de croissance	Retard staturo-pondéral à <-4DS, tannerG1P1	Déficit antéhypophysaire avec respect de la ligne thyroïdienne
Cas 2	Retard de croissance	Retard staturo-pondéral à <-4DS, tannerG1P1	Déficit antéhypophysaire avec respect de la ligne thyroïdienne
Cas 3	Insuffisance antéhypophysaire avec hyponatrémie sévère	Insuffisance thyroïdienne, corticotrope, gonadotrope	Déficit antéhypophysaire globale
Cas 4	Insuffisance antéhypophysaire sans aménorrhée	Insuffisance thyroïdienne, corticotrope	Déficit antéhypophysaire avec respect de la ligne gonadotrope
Cas 5	Insuffisance antéhypophysaire sans aménorrhée	Insuffisance thyroïdienne, corticotrope	Déficit antéhypophysaire avec respect de la ligne gonadotrope
Cas 6	Coma myxoœdémateux, insuffisance surrénalienne aiguë	Insuffisance thyroïdienne, corticotrope, gonadotrope Sd cérébelleux	Déficit antéhypophysaire globale
Cas 7	Insuffisance antéhypophysaire avec aménorrhée	Insuffisance thyroïdienne, corticotrope, gonadotrope	Déficit antéhypophysaire globale
Cas 8	Insuffisance antéhypophysaire avec aménorrhée, déficit visuel	Insuffisance corticotrope, gonadotrope	Déficit antéhypophysaire partiel
Cas 9	Insuffisance antéhypophysaire avec aménorrhée, traumatisme crânien	Insuffisance thyroïdienne, gonadotrope	Déficit antéhypophysaire partiel
Cas 10	Fortuite au cours bilan de névrite optique	Insuffisance thyroïdienne, gonadotrope	Déficit antéhypophysaire partiel
Cas 11	Sd Polyuropolydypsique, aménorrhée secondaire	Insuffisance corticotrope, gonadotrope	Déficit antéhypophysaire partiel respect de la ligne thyroïdienne

Tableau: profil clinique et hormonal des patients avec STV

Commentaire des résultats

- Dans notre série, on note une prédominance féminine, rejoignant les données de la littérature.

- dix de nos patients étaient symptomatiques et présentaient des signes cliniques de déficit antéhypophysaire. Ceci peut être expliqué par le caractère secondaire de la STV dans notre contexte, ainsi que le retard de consultation des patients

- Les étiologies sont dominées par le syndrome de Sheehan dans 6 cas, suivi de PEA dans 3 cas, un cas idiopathique

- Nous relevons dans notre série, la fréquence du syndrome de Sheehan et son originalité dans deux cas avec conservation de la lignée gonadotrope.

Conclusion

- Le sujet présentant une STV est le plus souvent asymptomatique, sa découverte peut être fortuite surtout à un stade précoce. Mais peut être diagnostiquée devant un bilan de céphalées, troubles mnésiques ou visuels voir un tableau d'insuffisance antéhypophysaire.

- Nous relevons dans notre série, la fréquence du syndrome de Sheehan lié souvent à la non médicalisation des accouchements, révélé souvent par un tableau d'insuffisance antéhypophysaire parfois grave vu le retard diagnostic et thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1-Exploration radiologique de la région hypophysaire

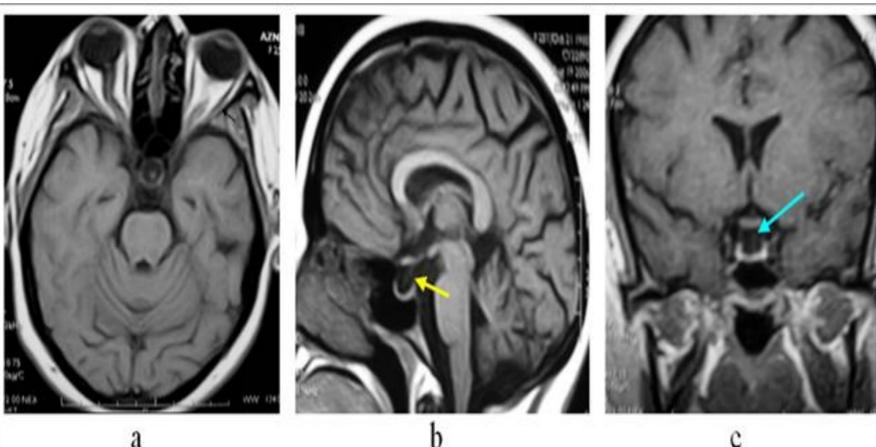
Encyclopédie médicochirurgicale 2006.

2- Panhypopituitarisme révélant un syndrome de selle turcique vide.

Revue de médecine interne 1998.

3- Selle turcique vide: étude analytique à propos de 27 cas

Annales d'endocrinologie 2004



Images d'IRM hypothalamo-hypophysaire montrant des images de selle turcique vide