

Une lésion hypophysaire douloureuse

Léopoldine Bricaire, Clélia Van Haecke, Sara Laurent-Roussel, Jérôme Bertherat, Michèle Bernier, Stephan Gaillard, Lionel Groussin* and Nicolas Dupin*

Department of Endocrinology, (L Bricaire MD, Prof L Groussin PhD, Prof J Bertherat PhD), Department of Dermatology (C Van Haecke MD, Prof N Dupin MD), Department of Pathology (S Laurent MD) Hôpital Cochin, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris France; Department of Pathology (M Bernier MD), Department of Neurosurgery (S Gaillard MD) Hôpital Foch, Suresnes France; Syphilis National Reference Center (Prof N Dupin MD) Hôpital Cochin Paris France; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale Unité1016, Institut Cochin, Paris France (Prof L Groussin, Prof J Bertherat PhD, Prof N Dupin MD)

Un homme de 28 ans est hospitalisé pour céphalées intenses d'aggravation progressive depuis un mois, sans fièvre, sans syndrome méningé, sans signes de localisation neurologique. Le bilan biologique retrouve une élévation isolée modérée de la CRP. L'IRM cérébrale objective une lésion hypophysaire hétérogène à extension suprasellaire (Figure A). Il ne présente pas de diabète insipide, pas de troubles visuels. Le bilan hormonal ne retrouve pas d'hypersécrétion mais des insuffisances thyroïdienne et corticotrope (Tableau 1). Une chirurgie d'exérèse par voie trans-sphénoïdale est réalisée devant une suspicion de tumeur hypophysaire malgré des céphalées inhabituelles. Le chirurgien décrit un tissu blanchâtre, ferme, difficilement dissociable de l'hypophyse normale et inclus dans toute la glande. L'examen histologique évoque un infiltrat inflammatoire dense du parenchyme hypophysaire associant lymphocytes, histiocytes, cellules neutrophiles avec des zones de tissu de granulation richement vascularisées.

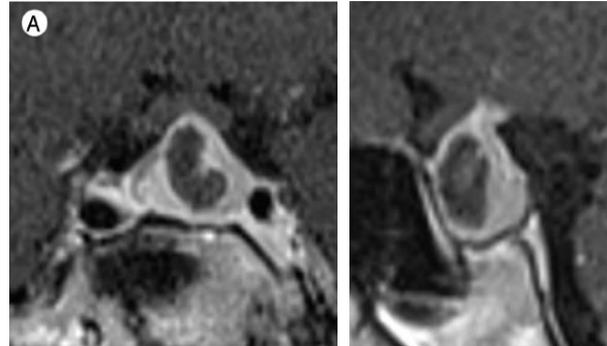


Figure A. IRM hypophysaire retrouvant une lésion hypophysaire hétérogène à extension suprasellaire, à gauche en coupe coronale, à droite en coupe sagittale.

Axe Corticotrope	Axe Thyroïdienne	Axe Gonadotrope	Axe somatotrope	Axe lactotrope
Fp à 8H 234 nmol/L ACTH 2,3 pmol/l (2-13) Composé S après métopirone 5,8 nmol/L (>200)	T4L 9,2 pmol/l (11,5-23) TSH 0,11 mUI/L (0,35-5)	Testostérone totale 17 nmol/l (11,8-34,5) FSH 7,1 UI/L (1-6) LH 3,4 UI/L (0,8-6)	IGF1 139 ng/ml (82-345)	PRL 139 mUI/L (63-609)

Tableau 1, Evaluation hormonale des différents axes ante-hypophysaires

Un mois plus tard, les céphalées persistent. L'examen clinique révèle une lésion décapillée rosée de la langue et des papules brunes palmo-plantaires (Figures B et C). Le patient rapporte la présence d'une lésion génitale non douloureuse évocatrice de chancre six semaines avant l'apparition des céphalées. Une syphilis est suspectée et confirmée par une sérologie positive. L'étude immunohistochimique de la pièce de résection hypophysaire retrouve la présence de *Treponema Pallidum* de façon abondante. Une PCR amplifiant le gène tpp47 du *Treponema Pallidum* est positive sur la lésion hypophysaire. Le diagnostic exceptionnel d'hypophysite syphilitique est posé.



Figure B. Lésion décapillée rosée de la langue.



Figure C. Lésions brun-cuivrées des plantes de pieds classiquement observées dans la syphilis secondaire.

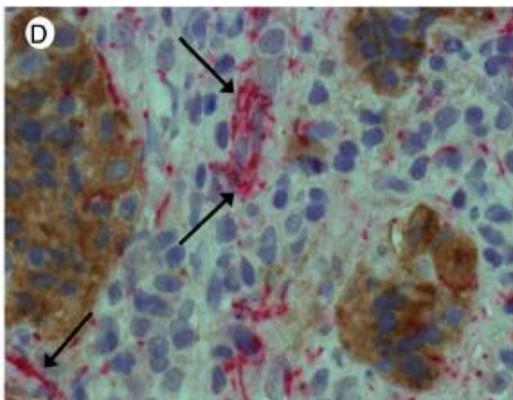


Figure D. Double immunomarquage sur section de paraffine de la résection de lésion hypophysaire avec anticorps polyclonal anti-*Treponema Pallidum* (rouge) et anti-synaptophysine (marron). Les flèches noires figurent la présence de *Treponema Pallidum* en amas au sein des cellules épithéliales hypophysaires (x60).

Un traitement antibiotique intraveineux permet une disparition progressive des symptômes (disparition des céphalées et des lésions cutané-muqueuses). L'insuffisance thyroïdienne régresse au bout de 1 mois. L'insuffisance corticotrope, probablement secondaire à la chirurgie persiste.

Il s'agit du premier cas de syphilis acquise chez un patient vivant non infecté par le VIH avec invasion hypophysaire prouvée par *Treponema Pallidum*. L'intensité des céphalées, contrôlées sous fortes doses de morphiniques constitue l'atypie clinique initiale de ce cas en regard d'une lésion hypophysaire qui aurait pu faire évoquer une tumeur.

Dans un contexte de résurgence de la syphilis depuis le début des années 2000 en France, ce cas clinique illustre la nécessité d'évoquer ce diagnostic, notamment en cas de lésion hypophysaire douloureuse afin d'éviter une prise en charge neurochirurgicale inutile.