

# Syndrome de selle turcique vide révélé par un tableau digestif trompeur

S. El Khader<sup>\*a</sup> (Dr), N. El Omri<sup>a</sup> (Dr), M. Jira<sup>a</sup> (Dr), M. Zerrik<sup>b</sup> (Dr), J. Smaali<sup>a</sup> (Dr), A. Maaroufi<sup>a</sup> (Dr), N. Bahadi<sup>a</sup> (Dr), Y. Sekkach<sup>a</sup> (Pr), T. Amezyane<sup>a</sup> (Pr), D. Ghafir<sup>a</sup> (Pr)

<sup>a</sup> Service de Médecine Interne B, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Université Mohammed V Souissi, Rabat, MAROC

<sup>b</sup> Centre d'Expertise Médicale du personnel navigant, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Université Mohammed V Souissi, Rabat, MAROC

## Introduction :

Le syndrome de selle turcique vide (STV) est le plus souvent asymptomatique ou découvert à l'occasion de signes d'orientation (céphalée, trouble visuel, aménorrhée). Un tableau digestif trompeur, en rapport avec une insuffisance surrénalienne aiguë d'origine haute, est rarement rapporté mettant en jeu le pronostic vital.

## Observation :

Patiente âgée de 63 ans, admise pour douleur abdominale aiguë associée aux vomissements, diarrhées et altération profonde de son état général sans fièvre, traitée avant son admission comme étant gastro-entérite sans amélioration. Elle rapporte une ménopause précoce à l'âge de 39 ans non explorée. L'examen clinique trouve une pâleur cutanée et une sensibilité abdominale diffuse sans défense. L'échographie abdominale est normale et le bilan inflammatoire est négatif. Cependant, l'ionogramme sanguin montre une hyponatrémie à 110 mmol/L et une kaliémie correcte motivant le dosage de la cortisolémie qui est revenue effondrée, l'hypophysioGramme montre aussi un déficit thyroïdote et gonadotrope. L'IRM hypothalamo-hypophysaire objective une absence du parenchyme antéhypophysaire et post-hypophysaire remplacé par une arachnoïdocèle, une tige pituitaire fine, médiane et continue (figure 1,2 et 3). La substitution hormonale et la réhydratation ont entraîné la régression spectaculaire des symptômes et des troubles hydro-électrolytiques.

## Discussion :

La selle turcique vide est définie par une hernie de l'arachnoïde et de l'espace sous-arachnoïdien dans la selle turcique, à travers le diaphragme sellaire, remplie de liquide céphalorachidien dont la pression, à la longue, entraîne une déformation de la selle turcique et la compression de l'hypophyse qui est aplatie.

La selle turcique vide est souvent découvert fortuitement par examen tomodensitométrique ou IRM réalisées pour autre motif, sinon La STV peut se manifester par divers signes cliniques. Les céphalées, classiquement fronto-orbitaires, sont présentes dans 50 % des cas, La fréquence des troubles visuels semble peu élevée et sont représentés par l'hémianopsie

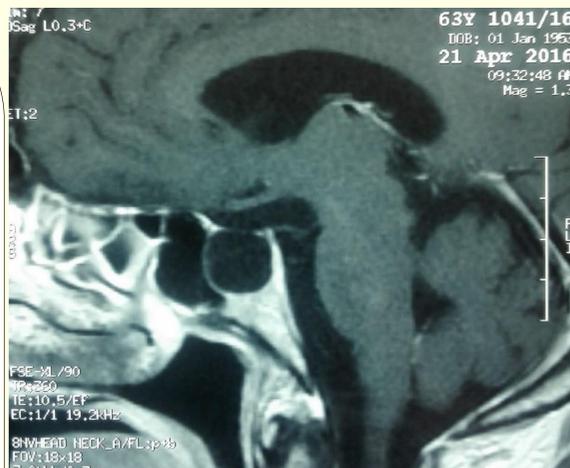


Fig. 1 : IRM T1 : selle turcique vide (coupe sagittale)



Fig. 2: IRM T1 : selle turcique vide (coupe coronale)

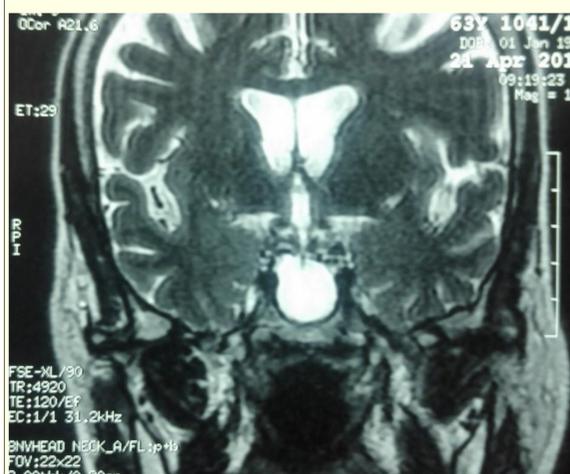


Fig. 3 :IRM T2 : selle turcique vide ( coupe coronale)

bitemporale qui est le symptôme le plus fréquent, un œdème papillaire voire une atrophie optique sont exceptionnellement rapportés par les auteurs.

Les perturbations endocriniennes et métaboliques peuvent représenter plusieurs tableaux :

- l'hyperprolactinémie est la manifestation la plus fréquente et est liée à l'interruption du frein dopaminergique hypothalamique.
- L'hypopituitarisme est le plus souvent partiel, retrouvé dans 15 à 30 % des séries de selles turciques vides.
- Le pan-hypopituitarisme est rare, il est souvent latent.
- les cas d'insuffisance antéhypophysaire responsable d'un tableau clinique grave notamment de décompensation surrénalienne aiguë ne sont que rarement rapportés.
- l'hyponatrémie sévère peut révéler la maladie, et elle est secondaire au déficit corticotrope et thyroïdote ainsi qu'à la sécrétion inappropriée d'arginine vasopressine.

En IRM, le diagnostic est facile : signal purement liquidien du contenu intrasellaire en séquences pondérées T1 et T2 . Le plan de coupe sagittale ou coronale montre bien la tige pituitaire sur toute sa longueur, habituellement en position médiane. Il est essentiel d'identifier la tige pituitaire au sein de la citerne optochiasmatique pour exclure une lésion kystique intrasellaire. Une selle turcique asymétrique avec une tige pituitaire déviée doit faire évoquer une selle turcique vide secondaire.

Les étiologies de La selle turcique vide peuvent être :

- Une nécrose d'un adénome hypophysaire ou bien une nécrose ischémique de l'hypophyse,
- Une intervention chirurgicale ou radiothérapie hypophysaires.
- Une hypophysite auto-immune est parfois discutée, en particulier chez les femmes en fin de grossesse ou en post-partum.

Lorsqu'aucune cause n'est identifiée, on parle d'arachnoïdocèle primitive

## CONCLUSION

La STV est une pathologie bénigne, ses modes de révélation sont multiples dont la plus grave est la décompensation surrénalienne aiguë. Celle-ci doit être évoquée devant tout tableau digestif aigu sans cause évidente et impose une mise en route rapide du traitement. Les autres déficits doivent être dépistés et traités. Les étiologies de la STV sont primitives ou secondaires à une nécrose d'adénome hypophysaire, nécrose ischémique ou hypophysite auto-immune.

**Conflits d'intérêt :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt

## BIBLIOGRAPHIE

1. Braatvedt GD, Corral RJM. The empty sella syndrome: much ado about nothing. Br J Hosp Med 1992 ; 47 : 523-5
2. Robinson Douglas B, Michaels Rodney D. Empty sella resulting from the spontaneous resolution of a pituitary macroadenoma. Arch Intern Med 1992 ; 152 : 1920-3
3. Denet S, Duquenne, Duriez Th, Simon J.Ph, Weryha G, Leclere J, Hartemann P : Hyponatrémie sévère révélatrice d'une insuffisance anté-hypophysaire avec selle turcique vide. Rev Med interne 1993 ; 14 : 43-45