

Evolution spontanée favorable d'une apoplexie hypophysaire lors d'une prise en charge conservatrice

C. Collet Gaudillat^a (Dr), S. Gaillard^b (Dr), V. Desforges Bullet^a (Dr), JP. Beressi^a (Dr)

a Service d'Endocrinologie Diabétologie Hôpital A.Mignot, Le Chesnay, FRANCE ; b Service de Neurochirurgie - Hôpital Foch, Suresnes, FRANCE

* ccollet@ch-versailles.fr

Les auteurs n'ont pas de conflit d'intérêt à déclarer

Introduction

L'apoplexie hypophysaire est une complication rare, grave et aiguë des adénomes hypophysaires (souvent non sécrétants), révélée par un syndrome tumoral brutal, des troubles visuels éventuels et des déficits hormonaux dans 2/3 des cas. La prise en charge est chirurgicale en cas de troubles de la conscience, visuels ou de céphalées résistantes. Elle peut aussi être conservatrice comme dans notre exemple. La SFE a publié en 2015 un Consensus d'Experts sur la prise en charge des adénomes hypophysaires non fonctionnels avec un chapitre sur l'apoplexie

Clinique

Une patiente de 19 ans est admise au SAU pour des céphalées avec vomissements non soulagées par antalgiques et AINS. Elle n'a aucun antécédent médical ou chirurgical. Elle ne consomme ni alcool ni toxiques. Elle ne prend pas de contraceptif oral. Les céphalées ont un début brutal, réveillant la patiente à 5h du matin ; avec EVA à 10/10. La pression artérielle est à 110/70 mmHg, la fréquence cardiaque est à 110/min, température à 36°7, glycémie capillaire à 0.9 g/l. L'examen ne trouve pas de raideur méningée mais une photophobie, pas de troubles de la conscience ou de troubles visuels, pas de signes de localisation.

Le scanner cérébral montre un syndrome de masse sellaire avec élargissement de la loge et l'aspect hyperdense est compatible avec une hémorragie. Le ionogramme sanguin est normal, les béta HCG négatives, l'hémoglobine et la NFS sont normales, ainsi que le TP. La ponction lombaire ramène un liquide clair, non hypertendu, stérile avec 3 hématies et 1 élément, glycorachie et proteinorachie normales, traces de pigments biliaires. Il n'y a pas signes cliniques d'hypo ou hypersécrétion hormonale.

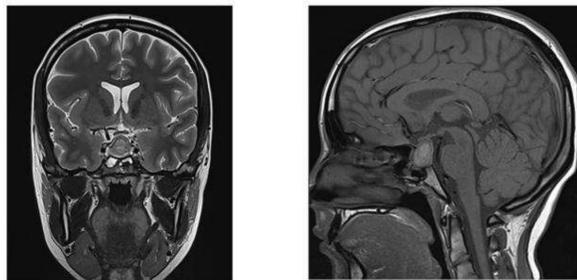
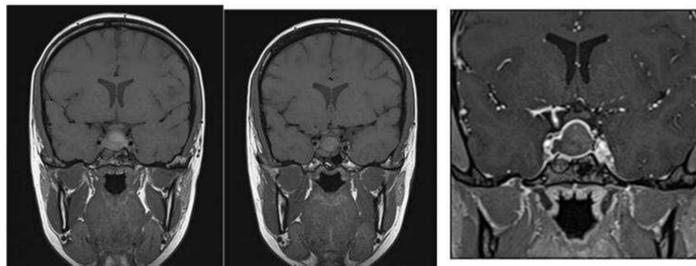
Le bilan hormonal montre un cortisol à 8h à 455 nmol/l, une TSH à 0.77 µU/l avec T4 libre normale, une prolactine à 1.77 ng/ml. L'IRM montre un processus expansif intrasellaire de 20 mm de hauteur sur 15 mm en antéro postérieur sur 21 mm de largeur. Le contenu est spontanément hyper signal en T1 ; hétérogène, témoignant de remaniement hémorragique récent. Il n'y a pas d'extension caverneuse, mais il y a un effet de masse sur le chiasma, sans souffrance. Le Champ visuel est normal ainsi que l'acuité visuelle.

Après avis neurochirurgical en urgence, un traitement conservateur est décidé et la patiente est mise sous prednisone 1 mg/kg/j pendant 5 jours puis relai par hydrocortisone à doses substitutives par précaution. Les céphalées sont rapidement améliorées par la prednisone et la patiente sort à J5 sous hydrocortisone.

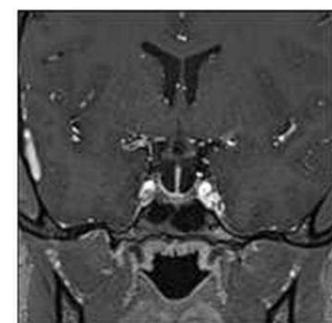
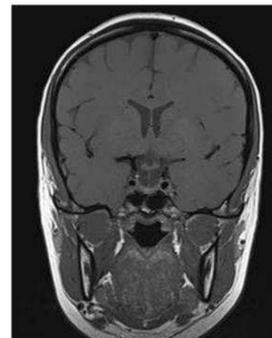
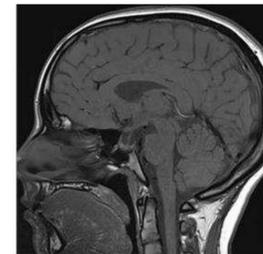
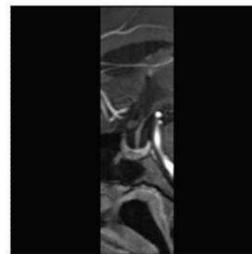
Un contrôle de l'IRM à 1 mois montre un aspect stable et cliniquement et biologiquement il n'y a pas d'anomalie, l'hydrocortisone est arrêtée à 3 mois devant la normalité du cortisol à 8h et de l'ACTH. Les autres hormones hypophysaires sont normales à l'exception de l'IGF1 passée de 145 ng/ml à 83. La prolactine est normalisée à 9.8 ng/ml. La patiente a des cycles menstruels spontanés normaux.

A 4 mois l'IRM montre une complète régression de l'adénome nécrosé et une hypophyse en place de petite taille. Les hormones hypophysaires sont normales y compris l'IGF1. Un contrôle est prévu en octobre 6 mois plus tard.

Imagerie octobre 2015



Imagerie janvier 2016



Conclusion

L'apoplexie hypophysaire reste une pathologie rare et encore plus à un âge aussi jeune. Dans 60 à 80% des cas elle révèle un adénome hypophysaire méconnu comme c'est le cas ici. Les macroadénomes sont plus souvent concernés que les microadénomes. La prise en charge peut être conservatrice ou chirurgicale en cas de troubles de conscience ou visuels. Cette dernière se solde plus fréquemment par un ou des déficits hypophysaires. Le diagnostic différentiel avec les autres causes de céphalées brutales est parfois difficile car l'adénome est le plus souvent inconnu.