

Selle turcique vide révélée par un retard staturo pondéral: A propos de 14 cas

Service d'Endocrinologie-Diabétologie. CHU Dr Benzerdjeb. Oran. Algérie.

K.Faraoun, I.Houalef, I, T. Benkhelifa, Z. Benzian, MS Merad, F.Mohammedi.

Introduction/Objectif

- La selle turcique vide (STV) est une particularité anatomique caractérisée par le passage du liquide céphalo rachidien (LCR) dans la selle turcique à travers le diaphragme sellaie réalisant une Arachnoïdocèle.
- Elle est dite primaire s'il n'y a aucun antécédent de tumeur, de chirurgie ou de radiothérapie hypophysaire.
- Son étiologie chez l'enfant est différente de celle de l'adulte.
- L'incidence de la STV chez l'enfant varie en fonction de la population étudiée, elle varie de 1,2% (enfant sans symptomatologie) à 68% (enfants avec endocrinopathie)
- Le but de notre travail est d'étudier les caractéristiques cliniques, radiologiques, et hormonales des patients présentant une selle turcique vide découverte à la faveur d'un retard statural.

Patients & Méthodes

- Etude rétrospective descriptive sur dossiers de 14 patients suivis au niveau de notre consultation de Janvier 1996 à décembre 2015.
- Les données suivantes ont été étudiées :
 - les antécédents des patients surtout la recherche de traumatisme périnatal
 - les paramètres anthropométriques,
 - les déficits endocriniens
 - les pathologies associées.
- Le déficit en hormone de croissance (GH) confirmé par deux tests : test à l'hypoglycémie insulinique et le test glucagon-propranolol ;
- L'imagerie résonance magnétique (IRM) et la tomodensitométrie (TDM) de la région sellaie ont confirmé la selle turcique vide (12 IRM et 2 TDM).
- L'hypophysogramme a été demandé devant les signes cliniques et les anomalies radiologiques.

Résultats (1)

- 6 garçons et 8 filles
- Age moyen à la première consultation: 8,25 ans (extrêmes : 2 et 15 ans) ;
- Motif de consultation: retard statural (13 cas), retard pubertaire dans 1 cas.
- Aucun cas de souffrance fœtale ou de traumatisme péri natal, pas d'antécédent de chirurgie hypophysaire ou de radiothérapie.
- Tous les patients étaient nés par voie basse, sans notion de consanguinité ni d'hypoglycémie néonatale

Nous relevons:

- 5 cas de retard de croissance intra utérin
- 1 cas d'association à un retard mental
- 5 cas de maladie cœliaque
- 1 cas d'association à une hypothyroïdie primaire auto immune.
- Le retard statural était en moyenne à - 3,77 DS (extrêmes : -6,3 et -2 DS)
- le déficit pondéral moyen à - 2,8 DS (extrêmes : -4,5 et - 2 DS)
- 8 enfants avaient un retard statural de - 4 DS ;
- Aucune anomalie neurologique ou ophtalmologique n'a été notée.

Résultats (3)

Les explorations hormonales ont révélé :

- 1 cas d'insuffisance antéhypophysaire totale,
- 3 cas d'insuffisance antéhypophysaire dissociée dont un cas de déficit en GH et déficit corticotrope
- 1 cas de déficit en GH et déficit gonadotrope
- 3 cas de déficit en GH et déficit thyroïdienne.

Le déficit en GH:

- partiel dans 2 cas
- complet dans 12 cas.

- La prolactine était normale dans tous les cas
- Aucun cas de diabète insipide chez nos patients.
- La radiologie révèle 2 cas de selle turcique partiellement vide et 12 cas de selle turcique vide.

Résultats(4)

- 12 enfants ont été traités pour les différents déficits.
- 2 enfants ont arrêté le traitement par défaut de remboursement.
- 2 enfants ont été perdus de vue.
- Un enfant a été adressé en Neurochirurgie pour l'apparition d'une hydrocéphalie.

DISCUSSION

- Le retard statural chez l'enfant et son étiologie restent tardivement diagnostiqués.
- La STV primaire n'atteint pas préférentiellement un sexe,
- l'origine congénitale est la plus probable.
- Une surveillance à vie est nécessaire afin de détecter les éventuelles complications endocriniennes, neurologiques et ophtalmologiques.

Références

- Empty sella syndrome. [Lenz AM, Root AW. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2012 Aug; 9\(4\):710-5.](#)
- Primary empty sella (PES): a review of 175 cases. [Guitelman M, Garcia Basavilbaso N, Vitale M, Chervin A, Katz D, Miragaya K, Herrera J, Cornalo D, Servidio M, Boero L, Manavela M, Danilowicz K, Alfieri A, Stalldecker G, Glerean M, Fainstein Dav P, Ballarino C, Mallea Gil MS, Rogozinski A. *Pituitary*. 2012 Aug 9](#)
- Primary empty sella and GH deficiency: prevalence and clinical implications. [Poggi M, Monti S, Lauri C, Pascucci C, Bisogni V, Toscano V. *Ann Ist Super Sanita*. 2012;48\(1\):91-6.](#)
- Empty sella and primary autoimmune hypothyroidism. [García-Centeno R, Suárez-Llanos JP, Fernández-Fernández E, Andía-Melero V, Sánchez P, Jara-Albarrán A. *Clin Exp Med*. 2010 Jun;10\(2\):129-34.](#)
- The empty sella. [Naini S, Frohman LA. *Pediatr Endocrinol Rev*. 2007 Jun; 4\(4\):335-42.](#)
- Primary empty sella. [De Marinis L, Bonadonna S, Bianchi A, Maira G, Giustina AJ. *Clin Endocrinol Metab*. 2005 Sep;90\(9\):5471-7. Epub 2005 Jun 21.](#)
- Endocrine disturbances in empty sella syndrome: case reports and review of literature. [Durodoye OM, Mendlovic DB, Brenner RS, Morrow JS. *Endocr Pract*. 2005 Mar-Apr;11\(2\):120-4.](#)
- Panhypopituitarisme révélant un syndrome de la selle turcique vide P. Schmoor I, JP Aigayres I, G Coutant I, B Souliet? 2, B Ceccaldi I, H Billi I, D Bechade I, JP Daly I. *Rev Med Interne* 1998 ; 19 : 565-7
- Primary empty sella: differences and similarities between children and adults. [Zucchini S, Ambrosetto P, Carlà G, Tani G, Franzoni E, Cacciari E. *Acta Paediatr*. 1995 Dec;84\(12\):1382-5.](#)
- Empty sella in children and adolescents with possible hypothalamic-pituitary disorders. [Cacciari E, Zucchini S, Ambrosetto P, Tani G, Carlà G, Cicognani A, Pirazzoli P, Sganga T, Balsamo A, Cassio A, et al. *J Clin Endocrinol Metab*. 1994 Mar;78\(3\):767-71.](#)
- Empty sella in short children with and without hypothalamic-pituitary abnormalities. [Soliman AT, Darwish A, Asfour MG. *Indian J Pediatr*. 1995 Sep-Oct;62\(5\):597-603.](#)