

# Aspects épidémiologiques et diagnostiques du Syndrome de Sheehan en milieu Hospitalier en Mauritanie : A propos de 9 cas.

El Bou Ould Isselmou(1), Mohamed Ould Kerkoub(2), Sidi MD Ould Abdel-Aziz(3).

<sup>a</sup> Hôpital de l'Amitié-Arafat-service d'hémodialyse, Nouakchott, MAURITANIE ; <sup>b</sup> Hôpital de l'Amitié-Arafat-service de laboratoire, Nouakchott, MAURITANIE ; <sup>c</sup> Hôpital de l'Amitié-Arafat-service de gynécologie-obstétrique, Nouakchott, MAURITANIE

\* ould\_elbou@yahoo.fr

**Pas de conflit d'intérêt**

## Introduction :

Le syndrome de Sheehan ou nécrose hypophysaire du post-partum est une insuffisance hypophysaire globale ou partielle survenant au décours d'un événement obstétrical hémorragique(1). L'amélioration de la prise en charge obstétricale (surtout révision utérine) et les progrès en réanimation ont rendu relativement rare ce syndrome(2). La faible prévalence et la régression continue de ce syndrome rend son diagnostic difficile, et dont les complications métaboliques et la morbi-mortalité importantes à ne pas méconnaître(3).

Le but de ce travail est décrire les aspects épidémiologiques et diagnostiques du syndrome de Sheehan en milieu hospitalier à travers une série de 9 cas.

## Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude prospective portée sur 9 cas de syndrome de Sheehan, colligées aux différents services des consultations externes des différents hôpitaux de Nouakchott sur une période de 7 ans. Le diagnostic était posé sur la clinique avec association chez toutes nos patientes d'un hypopituitarisme secondaire à un accouchement hémorragique (parfois oublié) avec absence de retour de couches et de montée laiteuse et l'absence des signes directs et indirects de masse tumorale hypophysaire à l'imagerie. Sur le plan biologique, nous avons relevé les résultats des explorations métaboliques ; la glycémie à

jeun, le bilan lipidique (cholestérol totale, triglycerides, HDLc, LDLc), ainsi que l'axe hypophysaire, les tests dynamiques n'étaient pas réalisés.

Sur le plan radiologique, nous avons relevé le résultat des imageries hypophysaires pratiquées chez nos patientes, il s'agit surtout du scanner hypophysaire avec le suivi de l'évolution sous traitement.

**Résultats :** Il s'agit de 9 patientes (9F) avec un âge moyen de 43 ans, avec des extrêmes 24-60 ans. Le retard moyen du diagnostique est de 8,33ans, avec des extrêmes de 2 à 15ans. Le Sheehan seul représente 5 cas, soit 55,5% des cas, Sheehan associé 4 cas, soit 44,5%, dont 1cas associé au DT1 qui est la patiente la plus jeune âge(24ans), avec un diagnostic plus précoce à 2ans, et la seule qui présente une insuffisance globale, soit 11,1%des cas, 1cas associé au DT2 chez une patiente ayant les antécédents familiaux de diabète, soit 11,1%, 1cas associé à l'Hyperparathyroïdie diagnostiqué lors d'un bilan d'hypercalcémie symptomatique, qui c'est normalisée après l'exérèse du nodule parathyroïdien gauche supérieur, bien visualisé par une échographie parathyroïdienne, soit 11,1% des cas, 1cas associé à la schizophrénie, soit 11,1% des cas, les principales causes sont les hémorragies du post-partum, sans précision de son étiologie(accouchement en milieu sans une surveillance gynécologique stricte. Les principaux signes physiques sont : une dépilation axillaire et pubienne dans 88,89% des cas, une pâleur, cutaneo-muqueux dans 100% des cas, une dépigmentation cutanée dans 88,89% des cas, une sécheresse cutanée dans 88,89% des cas, une bradycardie dans 55,5% des cas. Sur le plan biologique on note une hyperglycémie dans 22,22% des cas, l'hyponatrémie dans 66,67% des cas. Sur le plan hormonal une présente un déficit gonadotrope, soit 11,1% des cas, 88,89% des cas présentaient un déficit combiné corticotrope et thyroïdienne, le bilan hormonal est en faveur d'une atteinte centrale avec une TSH normale et une T4L basse, cortisolémie effondrée orientant ainsi le diagnostique. car les hémorragies sont survenues après la quarantaine, avec un retard diagnostique. L'évolution était favorable sous traitement. Le scanner hypophysaire avait montre une fois une selle turcique vide pour la plus jeune patiente diabétique de type 1.

**Discussion:**

Grace au progrès de la prise en charge obstétricale et au développement des mesures de réanimation(2), le syndrome de Sheehan est devenue une entité rare dans le pays développés. Mais dans les pays où les moyens sont encore insuffisants, il est souvent diagnostiqué dans un tableau clinique tardif, c'est le cas de notre pays la Mauritanie. Dans les pays développés ce syndrome est devenu tellement rare que les publications se limitent à des cas isolés (4, 5, 6,7). Le syndrome de Sheehan reste la première cause d'hypopituitarisme acquis dans de nombreux pays émergents (8, 9,10), d'où la nécessité de le connaître et de l'étudier. En Mauritanie c'est la première petite série qui éclaire la lumière sur cette entité, mais selon les estimations ce syndrome n'est pas assez diagnostiqué, en cause plusieurs raisons (le retard diagnostic chez des femmes multipares qui frôlent la ménopause (stérilité secondaire qui peut rester longtemps sans motif de consultation), le tableau silencieux qui peut évoluer sur plus d'une dizaine d'année, et le diagnostic difficile en post-partum immédiat(11). Ainsi que le facteur de risque métabolique qui apparaissent après des années d'évolution se rajoutant à d'autres facteurs de risques cardiovasculaires apparaissant avec l'âge(3).

Dans notre série l'âge moyen des patientes au moment de l'accident hémorragique est de 36 ans, Ce résultat est supérieur aux principales études publiées où l'âge est compris entre 27 et 30,9ans au moment de l'accident hémorragique (9, 8,12). Les facteurs favorisant le syndrome de Sheehan qui ont été évoqués dans la littérature, parmi eux la multiparité (13, 14,15). elle est de 88,89% dans notre série. Plusieurs explications peuvent être évoquées : les agressions répétées au cours des accouchements, l'épuisement fonctionnel de l'hypophyse pendant les grossesses, la banalisation de la grossesse par les multipares avec un suivi médical moindre, et un taux d'accouchement à domicile pouvant avoir des complications hémorragiques(2).

Dans notre *série* 100% des patientes avaient un accident hémorragique du post-partum. Ce résultat concorde avec les principales études publiées Dans la littérature (16,17).

Le tableau clinique silencieux d'hypopituitarisme entraîne un retard diagnostique plus important avec une prise en charge médicale insuffisante d'autant que les signes d'appel sont souvent peu spécifiques(11,4). L'insuffisance surrénalienne aiguë et la recherche des causes

de stérilité secondaire chez une jeune femme restent les causes du diagnostic du post-partum immédiat.

Dans notre série le délai diagnostique en moyenne est 8,33ans (avec des extrêmes de 2 à 15 ans), selon les données des patientes (analphabètes). Dans la littérature, ce délai varie entre 5 et 48ans (8,18).

Dans notre série on note une fréquence l'aménorrhée est constante à 100% ce qui concorde avec la littérature de 72 à 100%(13,17). Concernant les signes généraux de type d'asthénie (100%), amaigrissement (88,89%), tandis que la frilosité, les signes cutanés étaient notés à 100% dans notre série, ce qui peut être superposable à celles des autres séries de la littérature (73 à 90% des cas) (13,8). Le déficit thyroïdienne est responsable d'une rétention hydro-sodée avec une prise de poids(19). Le déficit en hormone de croissance induit une augmentation de la masse grasse avec constitution d'une obésité androïde(20,19). Dans notre série la totalité de nos patientes avait un IMC entre 18 et 25kg/M<sup>2</sup>. 60% de notre série avait une hypotension orthostatique, ce qui concorde avec les données de la littérature ou elle est présente dans 40% à 63% des cas de syndrome de Sheehan(13,8,17).

En ce qui concerne la biologie, l'hypoglycémie a été rapportée dans plusieurs séries de la littérature (12, 21,22), n'a pas été signalé dans notre série, c'est l'effet combiné des déficits somatotrope, corticotrope et thyroïdienne.

L'hyponatrémie a été retrouvée dans 66,67% de nos patientes, elle est relativement fréquente au cours des hypopituitarismes pouvant être le motif de découverte du syndrome de Sheehan (23,24). Elle est secondaire aux déficits corticotrope et thyroïdienne (25). Concernant les autres paramètres biologiques n'ont pas été contrôlés dans notre série. A noter que le déficit somatotrope et thyroïdienne seraient responsables des anomalies lipidiques essentiellement respectivement de 20 à 78% et de 42% à 50% dans la littérature (26, 27,28).

Dans notre série le déficit essentiellement retrouvé est corticotrope et thyroïdienne (88,89%), et 11,1% associant un déficit gonatotrope et diabète insulinorequ Coastant.

## **Conclusion :**

Malgré les progrès considérables dans le domaine de la gynéco-obstétricale le diagnostique de syndrome de Sheehan se pose toujours après plusieurs années d'évolution et des consultations multiples entraînant des dépenses énormes, ainsi que le stress.

### **Bibliographie:**

**1-Sheehan HL**, post-partum necrosis of anterior pituitary. Journal of pathology and bacteriology 1937, 45:189-214.

**2-Kelestimur F.**Sheehan's syndrome. Pituitary 2003; 6:181-8.

**3-Kristjansdottir H.L, Bodvarsdottir S.P and Sigurjonsdottir H.A.**Sheehan's syndrome in modern times: a nationwide retrospective study in Iceland. European Journal of Endocrinology 2011; 164:349-54.

**4-Conreux F, Granry JC, Poirier N, Antigny JF, Vigue JP.** Le syndrome de Sheehan:une complication obstétricale toujours d'actualité. Annales Française d'Anesthésie et de réanimation 1999;17:430-5.

**5-Kovacs K**, Sheehan syndrome.the Lancet 2003 ; 361 :520-2.

**6-Miyoshi I,Kibata M,**Sheehan's syndrome(postpartum hypopituitarism),report of a care.Acta Medica Okayama 2007;16:37-43.

**7-Scbrager S, Sabo L.**Sheehan syndrome A rare complication of postpartum haemorrhagie.JABFP 2001; 14:389-91.

**8- Chaieb L, Chadli M, Jemni L et al.** Le syndrome de Sheehan:aspects épidémiologiques, cliniques et biologiques propos de 36 observations. Tunisie Médicale 1985 ; 63 :595-600.

**9-Ben Slama C, Boukthir S, Bouguerra R et al.** Sheehan's syndrome : report of 70 cases. Saudi medical Journal 1995; 16:248-51.

**10-Guven M, Bayram F, Guven K,kelestimur F.**Evaluation of patients admitted with hypoglycarmia to a teaching hospital in central anabolia.Postgraduate medical Journal2000;76:150-152.

**11-Catinois ML, Chabre O, Chirossel C, Pellat JM, Payen JF.** Le syndrome de Sheehan : un diagnostic difficile en post-partum immédiat. Annales française d'Anesthésie et de Réanimation 2004 ; 23 :508-12.

**12-Hazart J, Requeda E, Perlumeter L et al.** Current aspect of Sheehan's syndrome: 20 cases. Annales de médecine interne 1985; 136:21-6.

**13-banzal S, Ayoola EA.** Sheehan's syndrome in Saudi arabia. International Journal of gynecology/obstetric 1999; 66:181-2.

**14-Djrolo F, Hougbe F, Avode DG et al.** Syndrome de Sheehan à propos d'un cas. Le Benin médical 1999 ; 11 :63-5.

**15-Ntyonga P, Ngomo-Klutsch MJ, Nguemby M.** Le syndrome de Sheehan : Une affection souvent meconnue. Medecine d'Afrique Noire 1997 ; 44 :666-8.

**16-Cenac A, soumana I, Develoux M, Touta A, Bianchi G ;** Le syndrome de Sheehan en Afrique Soudano-sahélienne : 40 observations. Bulletin de la Société de pathologie exotique. 1991 ; 84 :686-92.

**17-Zarzar AH, Bikram S, Bachir AL, Shariq RM, Arshad IW, Iftikhar B.** Epidemiologic aspects postpartum pituitary hypo function (Sheehan's syndrome). Fertility and sterility 2005 ; 84 :523-8.

**18-Ishikawa K, Sohmiya M, Furuya H, Kato Y.** A case of Sheehan syndrome (e associated with severe anemia and empty sella proved 48 years after postpartum hemorrhage. Endocrine Journal 1995; 42:803-9.

**19-Al-Shoumer KA, Anyaoku V, Richmond W, Johnston DG.** Elevation leptin concentration in growth hormone-deficient hypopituitary adults. Clinical endocrinology 1997; 47:153-9.

**20-Beshyah SA, freemantle C, Thomas E.** Abnormal body composition and reduced bone mass in growth hormone deficient hypopituitary adults. Clinical endocrinology 1995; 42:179-89.

**21-Ozkan Y, Collak R.** Sheehan syndrome: Clinical and laboratory evaluation of 20 cases. Neuendocrinologie 2005; 26:257-60.

**22-Sert M, Tetiker T, Karim S, Kocak M.** Clinical report of 28 patients with Sheehan's syndrome. Endocrine Journal 2003; 50:297-301.

**23-Munz W, Seufert R, Knapstein P, Pollow K.** Early postpartum hyponatremia in a patient with transient Sheehan's syndrome. *Experimental and clinical endocrinology/diabetes* 2004; 112:278-280.

**24-Pham T et al.** Sodium and water disturbances in patients with Sheehan's syndrome. *American Journal of kidney diseases* 2001; 38:1-5.

**25-Boulanger E, Pagniez D, Roueff S et al.** Sheehan syndrome presenting as early postpartum hyponatremia. *nephrol Dial transplant* 1999; 14:2714-15.

**26-De genes JL, Turpin G, Heshmati HM, Lebrun A.** hypopituitarism and hyperlipidemia. Protective effect of growth hormone deficiency against atherosclerosis. *la nouvelle presse médicale* 1979; 8:3877-80.

**27-Shun I, Toshio M, Nobuhiro Y, Fumimaro T and Kanji S.** Hyperlipidemia in patients with hypopituitarism. *Acta Endocrinologica* 1985; 110:456-460.

**28-Yoshio M, Yuzuru K.** hypercholesterolemia and obesity in adult patients with hypopituitarism: A report of a nation-wide survey in Japan. *endocrine Journal* 2003; 50:759-65.