

Apoplexie hypophysaire, autres étiologies beaucoup plus rares

N. Belhamri, G. El Mghari, N. El Ansari

Service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques et nutrition, CHU Mohamed VI, Laboratoire PCIM, FMPM

INTRODUCTION

□ L'apoplexie hypophysaire correspond à un remaniement vasculaire aigu de nature ischémique ou hémorragique, survenant dans un adénome hypophysaire. Accident rare, elle surviendrait chez 3 % des patients porteurs d'adénome hypophysaire. Le tableau clinique classique associe dans un contexte de céphalées brutales, des troubles de la conscience, des troubles endocriniens et des manifestations ophtalmologiques à type de baisse visuelle unie ou bilatérale, en rapport avec une compression aiguë du chiasma et des paralysies oculomotrices

Objectif :

□ Nous rapportons un cas d'apoplexie hypophysaire admis en hospitalisation classique dans le cadre d'un contrôle trimestrielle, et qui développe un tableau d'apoplexie hypophysaire sur la table d'examen au moment de l'injection du produit de contraste. Le diagnostic a été retenu après avoir éliminé toute autre cause d'apoplexie hypophysaire, cas rare jamais décrit dans la littérature.

Observation :

Monsieur A.G, âgé de 45 ans, suivi pour un adénome hypophysaire. Non connu hypertendu, pas de prise d'anticoagulants ou trouble de la coagulation connu, l'histoire de la maladie retrouve un patient opéré pour un adénome hypophysaire, le geste a consisté à une adénomectomie par voie transphénoïdale. L'hypophysogramme avant l'intervention n'a pas objectivé de déficit hormonal, l'étude immunohistochimique a confirmé le caractère non fonctionnel de l'adénome. Au champ visuel pré opératoire, on note une hémianopsie bitemporale avant l'intervention avec une nette amélioration en post opératoire.

Bilan initial	Résultats
Hypophysogramme	FSH = 7 UI/L, LH = 5UI/L, Testostérone = 4ug/l TSH=1,3mUI /L, T4 l = 14PMOL/L, Prolactine = 6ng/ml . Cortisol=16ug/dl , IgF-1 normal
IRM Hypophysaire	Adénome hypophysaire de 29,5*27*26mm refoulant le chiasma optique.
Champ visuel	Hémianopsie bitemporale
traitement chirurgical	Adénomectomie totale par voie transphénoïdale
Anatomopathologie	Prolifération tumorale à cellules rondes nécessitant un complément immunohistochimique.
L'étude immunohistochimique	-Absence d'expression cytoplasmique des cellules tumorales de l'anticorps anti-FSH, de l'anticorps anti LH et de l'anticorps anti -GH. -Une expression nucléaire de moins de 1%des cellules tumorales à l'anticorps anti-Ki67. Cc= Aspect morphologique et immunohistochimique d'un adénome hypophysaire non sécrétant.

Bilan après apoplexie hypophysaire	
Hypophysogramme	cortisolémie = 5ng/ml , FSH : 0,8UI/L ; LH : 0,6 UI/L ; Testostérone : 0,03µg/l ; Prolactine : 7, 69 mUI/L ; TSH : 4,31 mUI/L ; T4L : 5,3pmol/l ; T3L : 4,6 pmol/L
IRM hypophysaire	Aspect en faveur d'un comblement hémorragique de la loge hypophysaire avec persistance d'une lame de tissu hypophysaire sain.
Champ visuel	Pas de déficit hémianopsique bitemporal, ni de syndrome optochiasmatique.

Figure 1 : Bilan avant et après injection de gadolinium.

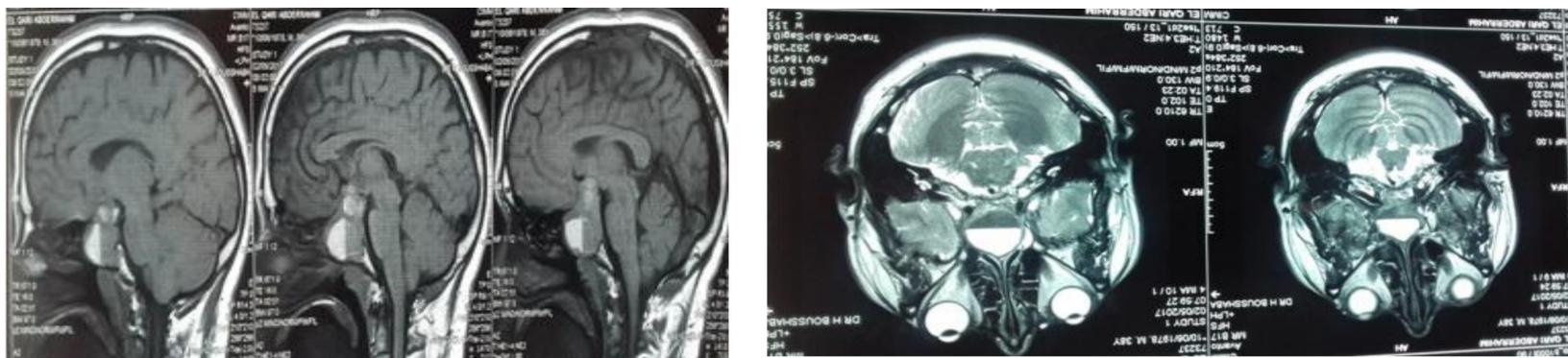


Figure 2 : Apoplexie hypophysaire à l'IRM hypophysaire.(Cliché d'IRM hypophysaire tiré de la console du service de radiologie à l'hôpital Mohamed VI de Marrakech)

DISCUSSION

Concernant les étiologies de l'apoplexie hypophysaire sont dominés par HTA, prise d'anticoagulants ou trouble de la coagulation, le gadolinium n'a jamais été décrit dans la littérature comme cause secondaire d'apoplexie hypophysaire.

Concernant le Gadolinium: premières mesures de précaution des autorités européennes : Quatre produits de contraste à base de gadolinium linéaire viennent d'être épinglés par l'European Medicines Agency en Mars 2018. Leur autorisation de mise sur le marché fait désormais l'objet d'une recommandation de suspension.

Concernant l'urgence médicale consiste en l'administration d'hydrocortisone, elle est toujours nécessaire à la phase initiale. Les manifestations d'insuffisance post-hypophysaire à type de diabète insipide sont rares (2 % des cas). Nous éliminerons ainsi les deux diagnostics différentiels que sont l'hémorragie méningée et la méningite bactérienne. Le traitement comporte toujours une hormonothérapie substitutive ainsi qu'une réanimation.

CONCLUSION

□ L'intérêt de notre observation consiste à souligner l'incidence d'apoplexie pituitaire après injection du gadolinium évoqué devant un tableau aigu associant de façon variable des céphalées, des troubles de la conscience avec troubles visuels, de tirer la tension sur le gadolinium : produit de plus en plus utilisé mais dans les conséquences n'est pas claire jusqu'au jour d'aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE

Déclaration d'intérêt :

L'auteur ne déclare pas de conflit d'intérêts.

Référence :

- [1] Briet C, Salenave S, Bonneville JF, et al. Pituitary apoplexy. Endocr Rev 2015;36:622-45.
- [2] Akakin A, Yilmaz B, Ekşi MŞ, et al. A case of pituitary apoplexy following posterior lumbar fusion surgery. J Neurosurg Spine 2015;1-4.
- [3] Ezzat S, Asa SL, Couldwell WT, et al. The prevalence of pituitary adenomas: a systematic review. Cancer 2004;101:613-9.