

Introduction

L'apoplexie hypophysaire est un infarctus et/ou hémorragie aiguë de l'hypophyse normale ou tumorale. Elle constitue un mode de révélation rare des macroadénomes hypophysaires, qui sont le plus souvent non fonctionnels. Son diagnostic est souvent retardé.

Observation

Patient de 58 ans, avec antécédent de céphalées chroniques, a consulté aux urgences pour vomissements incoercibles et diarrhée profuse, traité initialement comme gastro-entérite aiguë.

Il a présenté une hyponatrémie profonde avec normo-kaliémie et tendance à l'hypoglycémie.

La baisse de l'acuité visuelle s'est installée 48 heures après son admission. L'IRM hypothalamo-hypophysaire (H-H) a objectivé un macroadénome hypophysaire extensif nécrosé par endroits, qui comprime et refoule le chiasma optique. Le patient était opéré en urgence par voie trans-sphénoïdale, après substitution par hydrocortisone et correction des troubles hydro-électrolytiques.

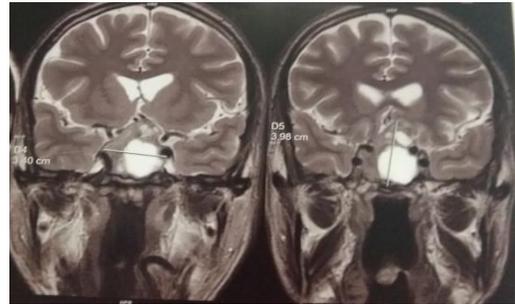
Le bilan antéhypophysaire pré et postopératoire a montré un déficit cortico- et thyroïdien, sans diabète insipide central. Cliniquement, le patient a présenté une amélioration postopératoire de l'acuité visuelle. L'évaluation du champ visuel et des fonctions sécrétoires hypophysaires, est prévue 03 mois après sa chirurgie.

IRM H-H en coupe sagittale montrant l'adénome hypophysaire infarctisé et hémorragique.



Conclusion

Urgence diagnostique et thérapeutique, l'apoplexie hypophysaire doit rester toujours présente à l'esprit malgré sa relative rareté, en raison des décisions médicale et neurochirurgicale qu'elle nécessite en urgence.



IRM H-H en coupe coronale montrant le macroadénome hypophysaire avec des zones d'hémorragie et d'infarctus

Discussion

L'apoplexie hypophysaire est une complication rare mais grave. Elle concerne 3 % des patients porteurs d'adénome hypophysaire. Dans plus de 2/3 des cas, les malades méconnaissent l'existence de leur adénome.

Les signes cliniques associent des céphalées brutales parfois accompagnés de troubles de conscience, une possible insuffisance antéhypophysaire et de signes ophtalmologiques pouvant être au premier plan, comportant une chute de l'acuité visuelle brutale, des déficits campimétriques et parfois des troubles oculomoteurs.

Urgence diagnostique, l'imagerie cérébrale confirmera ce diagnostic. La conjonction d'une hormonothérapie substitutive et de l'exérèse de la tumeur par voie trans-sphénoïdale permet le plus souvent une issue favorable et une récupération visuelle.