

Selle turcique vide primitive : à propos de 36 cas

F. Mnif; D.Ghorbel; D.BenSalah; F.loukil; M.Mnif; N.Charfi; M.Abid
Service d'endocrinologie-diabétologie, CHU Hédi Chaker Sfax, Tunisie

Introduction:

La selle turcique vide se définit par l'existence d'une hernie de la citerne chiasmatique à travers le diaphragme sellaire réalisant ainsi une arachnoidocèle. La selle turcique vide primitive (STVP) est due essentiellement à une déficience congénitale du diaphragme sellaire. Notre objectif était de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives de la STVP. En deuxième lieu, grâce à une étude comparative de 2 groupes ayant STVP, nous avons analysé les facteurs prédictifs d'atteinte des différentes fonctions hypophysaires.

Méthodes:

Nous rapportons une étude rétrospective portant sur 36 cas de STVP colligés au service d'endocrinologie du CHU Hédi Chaker Sfax.

Résultat:

1)Présentation clinique:

- ♦ Âge moyen : 50,4 ans [21 – 80 ans]
- ♦Sex Ratio (F/H): 3/1
- ♦ATCDs personnels: Diabète sucré: 19,45%
HTA: 11%
Obésité: 19,45%
- ♦Gestité et parité: 61,53% femmes mariées
Parité moyenne: 9 enfants par femmes
- ♦ Circonstances de découvertes: Fig1

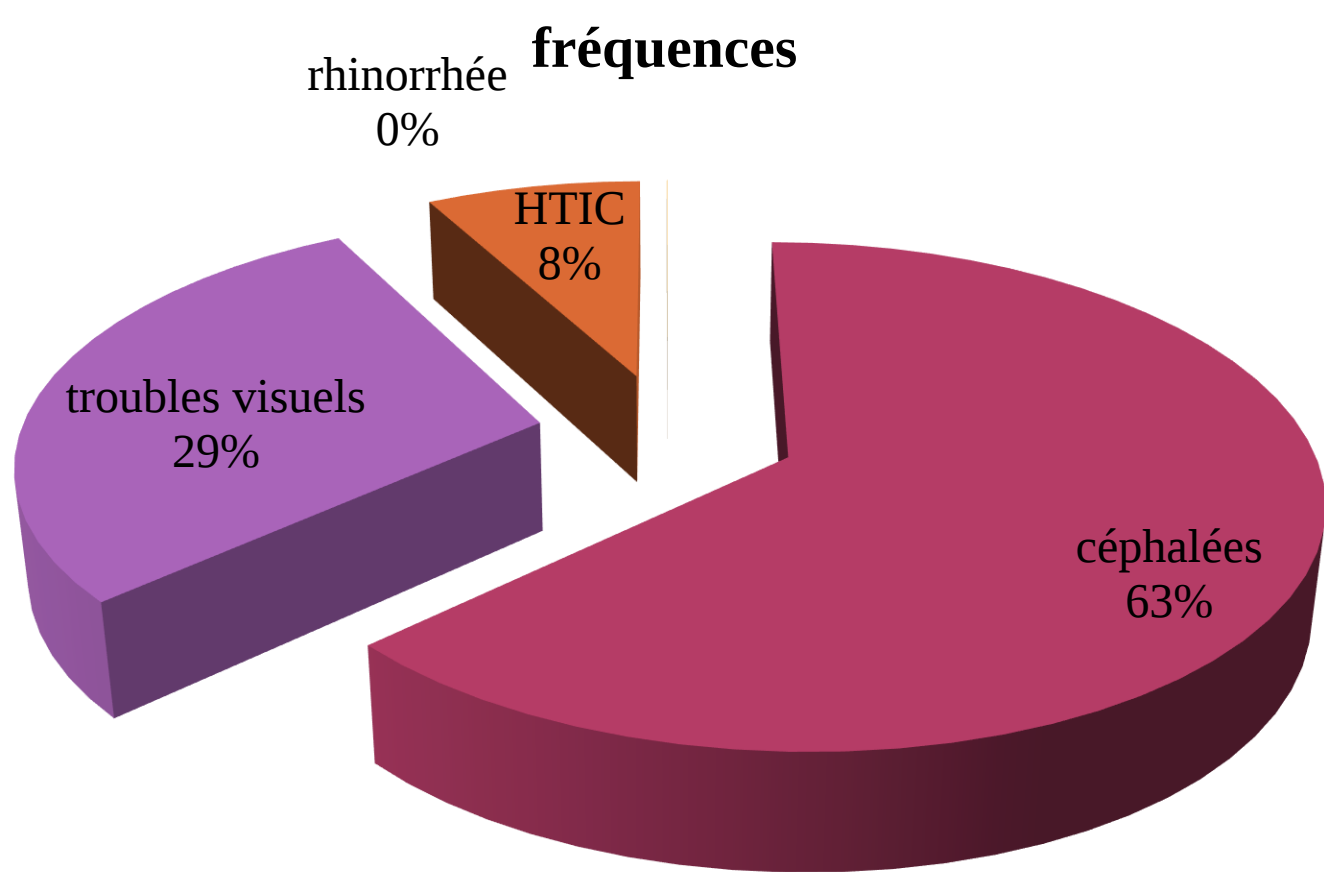


Figure1: les circonstances de découverte

- ♦ Troubles endocriniens
 - Trouble du cycle menstruels: 22 cas
 - Galactorrhée: 7 cas
 - Asthénie –constipation: 17 cas
 - Retard staturo-pondéral: 2 cas
 - Syndrome polyuro-polydipsique: 2 cas
 - Hirsutisme: 1cas
 - Hypoglycémie: 1 cas

- ♦ signes cliniques (tableau1)

Syndrome endocrinien	Syndrome tumoral hypophysaire
Insuffisance thyroïdienne : 23cas	Céphalée : 24 cas
Insuffisance corticotrope: 18 cas	Baisse de l'acuité visuelle: 2 cas
Insuffisance gonadotrope: 14cas	Œdème et atrophie papillaire: 7 cas
Insuffisance somatotrope: 2 cas	Amputation du champ visuel: 2cas
Insuffisance post-hypophysaire: 2 cas	HTIC: 2cas
Galactorrhée :8 cas	Rhinorrhée: 1cas

Tableau1: signes cliniques

2)Profil hormonal: Tab 2

Discussion :

- Le syndrome de STV a été défini pour la première fois en 1951 par BUSH comme une hernie optochiasmatique à travers le diaphragme sellaire réalisant une arachnoidocèle.
- Une prédominance féminine était rapportée dans toutes les études. Dans la majorité des séries, le syndrome de STVP était diagnostiqué en général entre la 3ème et la 7ème décennie. Par ailleurs des cas de STVP étaient décrits dans les âges extrêmes soit 4 et 85 ans.
- L'obésité et la multiparité étaient considérées comme facteurs de risque classiques pouvant contribuer au développement d'une STVP. La fréquence de l'obésité dans la littérature était plus importante (entre 30% et 90%) par rapport à notre étude (19,4%). Tandis que la parité moyenne (9 enfant/femme) est 3 fois les données trouvées dans la littérature.
- Le tableau clinique était dominé par les céphalées et les troubles visuels. La présence de manifestations endocriniennes avait posé depuis longtemps un problème de lien de causalité pour certains auteurs. Dans notre série, les troubles endocriniens n'étaient pas raresp comme c'est décrit dans la majorité des études.
- Nous avons conclu que les facteurs prédictifs de troubles hormonaux étaient l'absence de montée laiteuse et l'absence de céphalées. A nos connaissances, une telle étude comparative est non décrite dans la littérature.

Conclusion:

Le syndrome de STVP est d'intérêt actuellement croissant du fait d'une exploration radiologique fréquente de la région sellaie. Il est important d'évoquer le diagnostic de la STVP devant une femme obèse, multipare et céphalagique, et de réaliser une exploration radiologique et hormonale afin de déceler les déficits hormonaux.

Tableau 2: le bilan hormonal

	Moyenne
FT4 (pmol/L)	10,36[0,03-19,9]
TSH (µUI/mL)	4,66[0,14-50]
ΔTSH (test de stimulation par TRH)	8,92
Cortisolémie de base (µg/L)	91 [1,31-171]
ACTH (pg/mL)	21,36[0,61-35,7]
FSH (Homme)(UI/L)	7,8[2,3-13]
LH	5,4[1,5-14,8]
FSH (Femme) (UI/L)	5,7[0,6-9,8]
LH	3,4[0,1-9,7]
Oestadiol (pg/mL)	9,28 [<9, 10]

3)Profil radiologique

Radiographie standard:4 patients→ aspect de STV

Tomodensitométrie hypophysaire:10 patients

→ aspect de STV dans 5 cas

→ STV +atrophie cérébrale: 1 cas

→Atrophie cérébrale : 1 cas

IRM hypophysaire: 32 cas → aspect de STV dans 30 cas

5)Traitement:

- ♦Abstention et surveillance: 10 cas
- ♦ Traitement hormonal substitutif: 22 cas
- ♦Agoniste dopaminergique: 5cas (bromocriptine: dose moyenne 3,75mg/j)
- ♦Traitement chirurgical: aucun cas

6)Evolution:

- ♦Persistance des signes d'insuffisance antéhypophysaire: 3 cas
- ♦Présence des signes de sous ou surdosage: 4 cas

7) Etude comparative :

G1: 17 patients avec retentissement hormonal

G2: 10 patients sans retentissement hormonal

	G1	G2	P
Age moyen	50 ans	49 ans	0,74
Sexe féminin	70,4%	26,9%	0,3
Accouchement hémorragique	63%	83%	0,39
Retour de couche	66,6%	33,3%	0,4
Montée laiteuse	70%	29%	0,049
Céphalées	47%	90%	0,01
Troubles visuels	29%	50%	0,28
Troubles du cycle menstruel	93%	30%	0,08