

Quelle attitude adopter face à une apoplexie pituitaire ?

F. Hadjkacem (Dr), I. Gargouri (Dr), W. Belabed (Dr), M. Mnif (Pr), M. Elleuch (Dr), F. Mnif (Pr), N. Charfi (Pr), N. Rekika (Pr), M. Abid (Pr)
Service d'endocrinologie du CHU Hedi Chaker, Sfax, TUNISIE

Introduction :

L'apoplexie hypophysaire (AP) est un incident rare, défini par la survenue de nécrose et/ou d'hémorragie au sein d'un adénome hypophysaire (AH). La stratégie thérapeutique dépend de la présentation clinique initiale et de la gravité des complications visuelles et neurologiques.

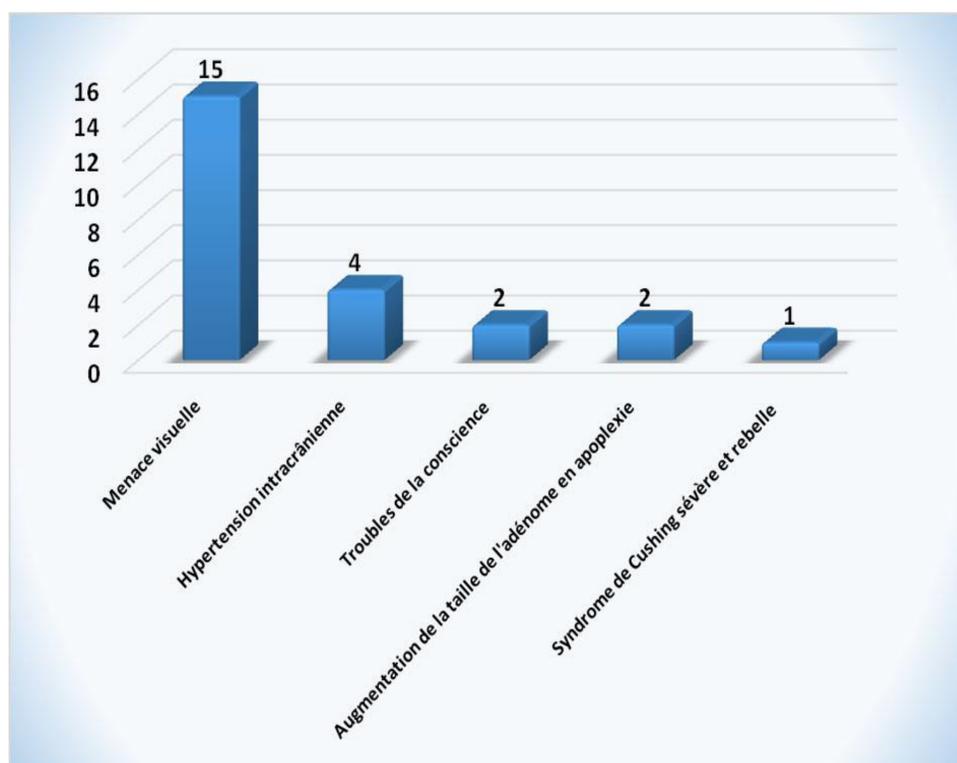
Patients et méthodes : Etude rétrospective incluant des patients hospitalisés dans un service d'endocrinologie sur 18 ans (2000-2017).

Résultats:

44 patients sont inclus (20 femmes/24 hommes) avec un âge moyen de 50,04±12,58 ans. L'apoplexie était révélatrice de l'adénome dans 30 cas, 14 patients avaient un adénome connu. Un traitement hormonal substitutif par glucocorticoïdes (en intraveineux n=19 et par voie orale n=23) et par L-thyroxine (n=21) a été instauré. Les agonistes dopaminergiques ont été indiqués devant une hyperprolactinémie constatée dans 15 cas. La prise en charge chirurgicale a été adoptée dans 24 cas, par voie transphénoïdale dans tous les cas, indiquée principalement devant une menace visuelle (n=15). Les indications opératoires sont détaillées dans la figure 1.

La seule différence significative était liée aux troubles visuels. En effet, l'analyse post-hoc a montré que la résolution des troubles visuels était plus fréquente chez les patients ayant eu un traitement chirurgical urgent par rapport aux autres alternatives (p = 0,024).

Figure 1. indications opératoires



Au terme du recueil des données évolutives, nous avons comparés les paramètres suivants : âge, sexe, IMC, antécédents de diabète ou de dyslipidémie, la persistance d'IAH, des troubles visuels et d'un résidu tumoral entre les patients ayant eu un traitement conservateur, les patients ayant eu une chirurgie urgente (avant 7 jours) et les patients ayant eu une chirurgie différée en utilisant le test ANOVA. La seule différence significative était en rapport avec les troubles visuels. En effet, l'analyse post hoc par le test de Scheffé a montré que la disparition des troubles visuels était plus fréquente chez les patients qui ont bénéficié d'un traitement chirurgical en urgence par rapport aux deux autres groupes (p=0,024). (figure 2)

Figure 2. Délai de la chirurgie en fonction du nombre des patients opérés (%)

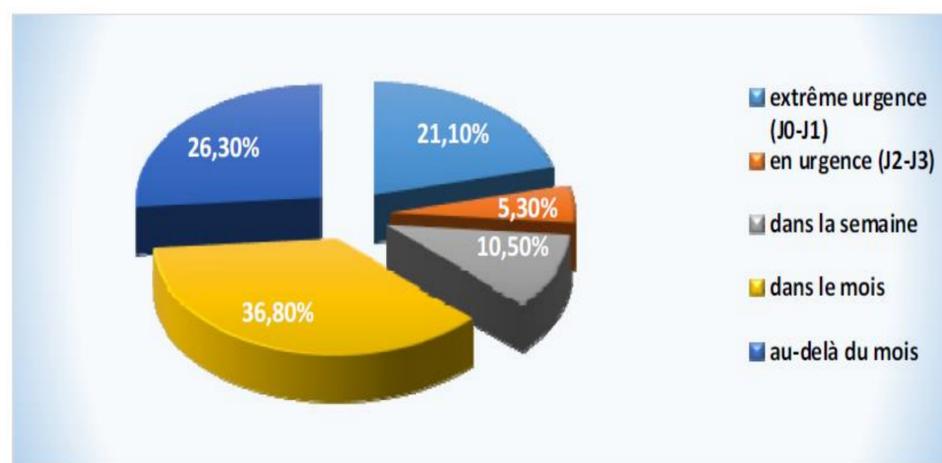


Figure 3. Evolution des troubles visuels au cours du suivi

Syndrome neuro-ophtalmologique	Effectifs	Pourcentages	commentaires
Au diagnostic	33	84,1%	
1 mois	5	13,7%	
3 mois	3	20,5%	persiste chez 3 malades et disparaît chez 2.
6 mois	3	15,9%	Persiste chez les 3 malades.
1 an	3	11,4%	Réapparaît chez un malade, persiste chez 2 et disparaît chez 1.
long terme	2	11,4%	Disparaît chez un malade, persiste chez 1 et apparaît de novo chez 1.

Conclusions:

Des études comparatives ont conclu que le pronostic visuel et endocrinien est identique quel que soit le traitement chirurgical ou conservateur (1,2). Ceci a amené de nombreux auteurs à adopter l'approche conservatrice comme traitement de première intention, réservant la chirurgie aux cas foudroyants avec atteinte neuro-ophtalmologique sévère ou troubles de la conscience non améliorés par le traitement médical ou s'aggravant lors du suivi(1). Il est cependant à noter que certains auteurs ont jugé que les résultats en faveur du traitement conservateur sont biaisés (biais de sélection) puisque les cas traités chirurgicalement sont d'emblée plus sévères que les cas traités médicalement(3). Dans une méta-analyse récente, Tu et al. ont conclu à une meilleure amélioration de l'atteinte du CV et des nerfs oculomoteurs chez les patients traités chirurgicalement(4). L'amélioration clinique spontanée après AP suggère qu'une approche conservatrice peut être appropriée. Néanmoins, le pronostic visuel s'améliore en cas de chirurgie précoce selon nos résultats qui restent limités vue l'étroitesse de l'échantillon.

- Leyer C, Castinetti F, Morange I, Gueydan M, Oliver C, Conte-Devolx B, et al. A conservative management is preferable in milder forms of pituitary tumor apoplexy. J Endocrinol Invest. août 2011;34(7):502-9.
- Gruber A, Clayton J, Kumar S, Robertson I, Howlett T, Mansell P. Pituitary apoplexy: Retrospective review of 30 patients - Is surgical intervention always necessary? Vol. 20. 2007. 379 p.
- Briet C, Salenave S, Bonneville J-F, Laws ER, Chanson P. Pituitary Apoplexy. Endocr Rev. 1 déc 2015;36(6):622-45.
- Tu M, Lu Q, Zhu P, Zheng W. Surgical versus non-surgical treatment for pituitary apoplexy: A systematic review and meta-analysis. J Neurol Sci. 15 nov 2016;370:258-62.