

L'HYPHYSITE DIAGNOSTIC ET CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

S. MEZIANI, T. BENAFAA, F. HANDIS, M. DEBBOU,
A. MORSLI, T. BENBOUZID.

Service de Neurochirurgie
CHU de Bab el Oued.

RÉSUMÉ : L'hypophysite est une pathologie rare, il s'agit d'une inflammation chronique de la glande hypophysaire dont la cause est complexe, le diagnostic préopératoire est difficile, posant un problème aux neurochirurgiens, surtout pour faire la différence entre une hypophysite et un adénome hypophysaire, cependant il existe quelques données cliniques et radiologiques qui nous orientent vers le diagnostic d'une hypophysite, nous les exposerons dans notre article.

Mots clés : L'hypophysite, Adénome hypophysaire, IRM, Inflammation.

ABSTRACT : Hypophysitis is a rare disease, it is a chronic inflammation of the pituitary gland, the cause of which is complex, preoperative diagnosis is difficult, posing a problem to neurosurgeons, especially to differentiate between hypophysitis and adenoma Pituitary, however there are some clinical and radiological data that direct us towards the diagnosis of a hypophysitis, we will expose them in our article.

Key words : Hypophysitis, Pituitary adenoma, MRI, Inflammation.

INTRODUCTION

L'hypophysite est une pathologie rare, elle représente 0,24 à 0,88 % des lésions hypophysaires [1], c'est une inflammation chronique de la glande dont la pathogénie est complexe, on distingue :

1. Les hypophysites primaires classées histologiquement :

- lymphocytaires (surtout en post-partum).
- Granulomateuse.
- xanthomateuse, riche en IgG4.

2. Les hypophysites secondaires : lésion locale, maladies du système, iatrogène souvent secondaire aux immunomodulateurs (anticorps monoclonaux anti-CTLA4 dans le traitement des mélanomes) [1].

Le diagnostic préopératoire est difficile, posant un problème aux neurochirurgiens

surtout pour faire la différence entre une hypophysite et un adénome hypophysaire.

L'OBSERVATION CLINIQUE

Nous vous rapportons le cas d'une patiente âgée de 23 ans sans antécédents, qui consulte pour des céphalées intenses et des troubles visuels évoluant depuis 15 jours. L'examen clinique retrouve une patiente en bon état général, consciente, avec une diminution de l'acuité visuelle O.D : 7/10 et O.G: 8/10.

Le bilan endocrinien est normal.

L'imagerie cérébrale a objectivé un processus hypophysaire homogène de 14,5 × 11 × 8,5 mm en hypo signal T1 (Fig. 1) à extension supérieure arrivant au contact du chiasma optique, avec rehaussement de cette lésion ainsi que de la dure-mère avoisinante après injection de gadolinium (Fig. 2).

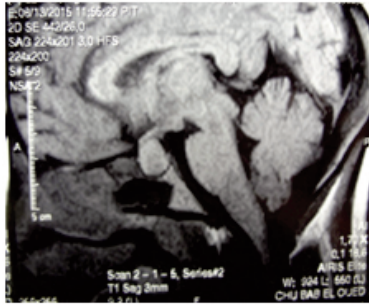


Fig 1 : IRM coupe sagittale T1 :
Lésion hypophysaire en hyposignal.

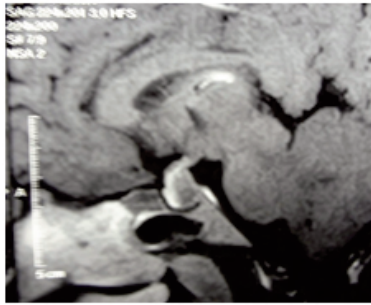


Fig. 2 : IRM coupe sagittale T1 Gadolinium
Prise de contraste vers le chiasma.

La patiente a été opérée par une approche endoscopique endonasale trans-sphénoïdale. Le diagnostic préopératoire était en faveur d'un adénome.

En per opératoire la lésion était ferme, de couleur grisâtre, peu hémorragique, faisant évoquer une hypophyse hypertrophiée, on a retrouvé de signes en faveur d'un adénome. Une biopsie a été réalisée.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire est revenu en faveur d'une hypophysite lymphocytaire.

La patiente a été mise sous glucocorticoïdes (30 mg/j), après 15 jours on a noté une récupération de l'acuité visuelle avec à l'imagerie une hypophyse redevenue saine. (Fig. 3).

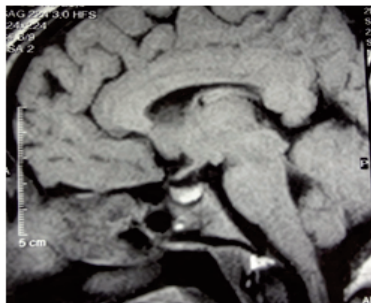


Fig. 3 : IRM coupe sagittale T1 Gadolinium :
Normalisation des images après TRT.

DISCUSSION

Le diagnostic préopératoire d'une hypophysite est difficile, posant un problème de diagnostic différentiel avec

l'adénome hypophysaire, sur la totalité des lésions hypophysaires seules 0,24 à 0,88% sont des hypophysites [2].

L'hypophysite touche l'adulte jeune souvent avant l'âge de 30 ans [3].

La clinique n'est pas spécifique, les céphalées et les troubles visuels sont souvent les symptômes d'appel [1].

L'IRM cérébrale est l'examen le plus performant pour explorer une hypophysite mais les signes ne sont pas spécifiques [6], néanmoins il est classique de retrouver dans une hypophysite, une symétrie et homogénéité de la lésion en T1 et T2, un rehaussement important après injection de gadolinium, une perte du Bright-spot de la posthypophyse, un épaississement et prise de contraste de la tige pituitaire, et la prise de contraste de la dure-mère (Fig. 4) [1].

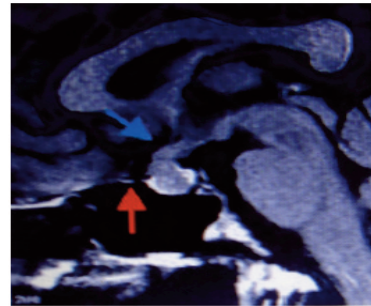


Fig. 4 : IRM coupe sagittale T1 gadolinium :
Prise de contraste de la tige pituitaire
(flèche bleue). Prise de contraste
de la dure-mère (flèche rouge) [1].

Il n'y a pas de consensus dans la prise en charge thérapeutique d'une hypophysite, la correction du déficit endocrinien (surtout l'insuffisance corticotrope) reste toujours la priorité.

La chirurgie permet surtout d'avoir un diagnostic histologique, et de décompresser les voies visuelles en cas d'atteinte sévère de l'acuité visuelle, ou du champ visuel [4].

L'atteinte sévère de l'occulo-motricité ne répondant pas ou s'aggravant sous traitement médical est une indication à une décompression chirurgicale.

Les glucocorticoïdes semblent efficaces (les plus utilisés la prednisone 20 à 60 mg/j, l'hémisuccinate d'hydrocortisone 120 mg/j pendant 15 jours) [1,5].

Une régression spontanée avec normalisation du bilan endocrinien a été décrite [1].

Il a été rapporté deux cas où la radiothérapie a été efficace, chez des patients présentant une hypophysite ne répondant pas aux corticoïdes et chez qui la chirurgie était un échec [8].

CONCLUSION

Il est difficile de différencier entre une hypophysite et un adénome hypophysaire, ce qui pose un problème d'indication chirurgicale, néanmoins voici quelques éléments pour différencier ces deux lésions résumés par le score de Gutenberg (Tab.1) [1].

La chirurgie est indiquée en cas de doute diagnostique ou en présence de signes neurologiques potentiellement irréversibles (troubles visuels) ou lors de leurs évolution rapide malgré le traitement médical.

Caractéristiques	hypophysite	Adénome
Age<30ans	oui	non
Lien avec grossesse	oui	non
Volume>6m ³	non	oui
Intensité et homogénéité du rehaussement	oui	non
Symétrie de la lésion	oui	non
Perte du bright spot de la post-hypophyse	oui	non
Tige pituitaire épaissie	oui	non

Tab. 1 - Score de Gutenberg

BIBLIOGRAPHIE

- 1] I. ALLIX, V. ROHMER, hypophysite : un spectre étiologique de plus en plus large, *anales d'endocrinologie* 73 (2012) s17-s25
- 2] CATUREGLI P, NEWSCHFFERC, OLIVIA A, POMPER MG, BURGER PC, ROSE NR, Autoimmun hypophysitis ; *Edocrrev* 2005 , 26 : 599-614
- 3] THODOUE, ASASL, KONTOGEORGOS G, KOVACS K, HORVATH E, EZZAT S, clinical case seminar lymphocytic hypophysitis: clinic pathological findings. *J clin endocrinal metab* 195;80:2302,11
- 4] CHEUNG ML, EZZAT S, SMYTH HS, ASA SL, The spectrum and significance of primary hypophysitis. *Am j surg pathol* 1998;86:1048-53
- 5] NANKE Y, KOBASHIGAWA T, YAGOT, KAMATANIN, KOTAKE S.A, case of Mikulicz's disease IgG4, related plasmatic syndrome, successfully treated by cortico steroid and mizoriline followed by mizoriline alone. *Intern Med* 2010 49 :1449-53.
- 6] AHMADI J, MEYERS GS, SEGALL HD, SHARMA OP, HINTON DR, Lymphocytic adenohypophysitis : contrast-enhanced MR imaging in fine cases. *Radio.* 1995 ;195 :30-4.
- 7] GUTENBERG A, LARSEN J, LUPU I, ROCHE V, CATUREGLI P.A, radiologic score to distinguish autoimmune hypophysitis from non secreting pituitary adenoma pre operatively. *AJNR Am J Neuroradiologie* 2009 ;30 :1766-72.
- 8] SELCHMT, DE SALLES AA, KELLY DF, FRIGHETTO L, VINTERS HV, CABATAN_AURANGC, stereotactic radiotherapy for the treatment of lymphocytic hypophysitis. Report of two cases. *J. Neurosurg* 2003, 99 591-6.

