

LA TUBERCULOSE DE L'HYPOPHYSE

A.HALLACI, M. ZERARI*, F. ABDESSLAM, KH. BOUYOUCHEF **

*Service de Neurochirurgie
CHU Annaba, * CHU Sétif, ** CHU Blida*

RESUME

La tuberculose cérébrale est rare, et en particulier, la localisation hypophysaire est exceptionnelle. Le tableau clinique et radiologique sont aspécifiques et le diagnostic de certitude est anatomo-pathologique. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 34 ans, présentant un tableau clinique simulant celui d'un adénome hypophysaire, diagnostic par ailleurs fortement suggéré par l'imagerie et le bilan biologique. C'est après traitement chirurgical que l'examen anatomopathologique a pu redresser le diagnostic

Mots clés : Tuberculose, hypophyse, Adénome.

INTRODUCTION

La tuberculose est une pathologie en nette recrudescence à travers le monde, mais surtout dans les pays pauvres et en voie de développement. C'est une pathologie qui tue 3.000.000 d'êtres humains par année [2].

Sa localisation préférentielle est le poumon, le rein et l'os ; au niveau cérébral, elle est rare [1] et elle est exceptionnelle au niveau de l'hypophyse.

Le diagnostic est le plus souvent très difficile, car il simule le tableau d'un adénome hypophysaire, imposant ainsi une cure chirurgicale à fortiori, et c'est l'anatomo-pathologiste qui redressera le diagnostic.

OBSERVATION

La patiente est une dame âgée de 34 ans, mère de 2 enfants, habitant une vallée verdoyante, traversée par la seyousse au pied de la chaîne numidique. Elle se portait jusque là formidablement bien et n'a jamais été hospitalisée ni suivie pour une quelconque pathologie. Elle a consulté pour des céphalées paroxystiques, diffuses, sans horaires fixes, d'intensité variable. Son examen retrouve un

syndrome opto-chiasmatique, fait d'une baisse de l'acuité visuelle plus importante à gauche avec amputation du champ visuel, un syndrome endocrinien avec aménorrhée - galactorrhée, un syndrome partiel du sinus caverneux avec atteinte du III et du V1 droit, le tout évoluant depuis 7 mois.

Les examens biologiques retrouvent une hyperprolactinémie chiffrée à 210 m.u.i./ml, une hyperleucocytose à 20.000 éléments et un syndrome inflammatoire avec V.S élevée.

De nos jours et devant toute suggestion d'une pathologie sellaire, il est à la fois logique et obligatoire d'avoir recours en premier lieu, au fer de lance de la batterie de l'imagerie qui est l'I.R.M. avec toute sa séquence morphologique, dynamique et ses différents plans de coupes. Elle a retrouvé une selle turcique élargie avec une lésion isointense en T1, légèrement hyperintense en T2, se rehaussant fortement après injection de gadolinium. De forme grossièrement ovale, mesurant 12,5mm de grand axe, elle refoule le diaphragme en haut, de grade trois de Knosp, les sinus caverneux en dehors, comble la citerne opto-chiasmatique, et aminci légèrement le plancher sellaire (Fig 1 a et b).

La T.D.M. permet une étude plus fine des structures osseuses et permet également de rechercher toute variété anatomique pouvant gêner l'abord chirurgical. Cet examen a objectivé la présence d'une formation tumorale hypodense, se rehaussant

égèrement après injection de produit de contraste, de localisation sellaire et suprasellaire, refoulant le sinus caverneux droit, comblant les citernes suprasellaires, venant latéralement au contact des axes vasculaires (Fig 2 a et b).

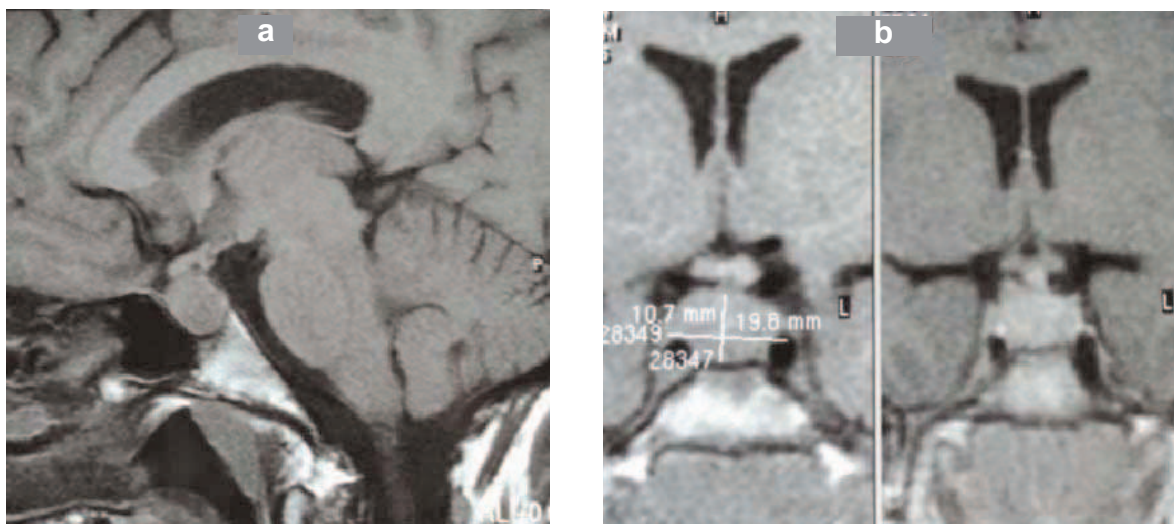


Fig. 1 : IRM en coupe sagittale (a) et coronale (b) : Lésion ovale intrasellaire comblant la citerne optochiasmatique et refoulant latéralement les sinus caverneux.

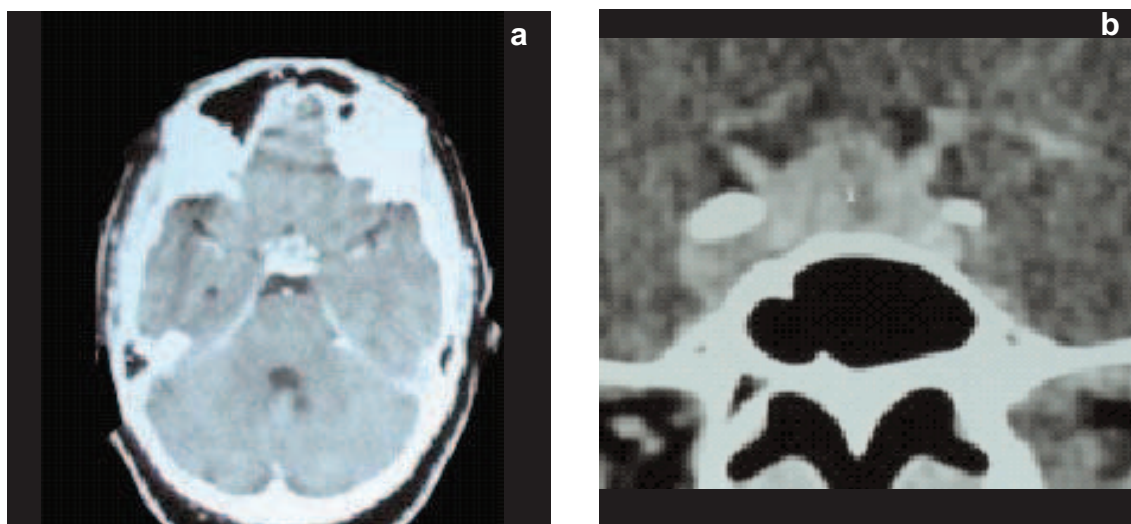


Fig. 2 : TDM en coupe axiale (a) et en coronale (b) : Lésion légèrement hyper dense comblant la citerne optochiasmatique et venant latéralement au contact des axes vasculaires

Un traitement médical à base de bromocriptine à dose progressive a été instauré avec surveillance régulière, mais devant la persistance et l'aggravation des symptômes cliniques, la chirurgie s'est imposée. L'intervention a été réalisée par la voie transnasotranssphénoïdale et incision suslabiale, donnant un accès à la selle turcique par sa face inférieure à travers le sinus sphénoïdal. c'est la voie qui a été utilisée, car nous étions au début de notre expérience d'endoscopie ; trois tentatives ont été vouées à l'échec car le plancher de la selle était très dure chose, ce qui a été confirmé lors de l'abord microscopique, c'est la particularité opératoire par rapport à l' adénome de l'hypophyse. A notre grande surprise, l'étude antomo-pathologique a conclu à une tuberculose de l'hypophyse (Fig 3).

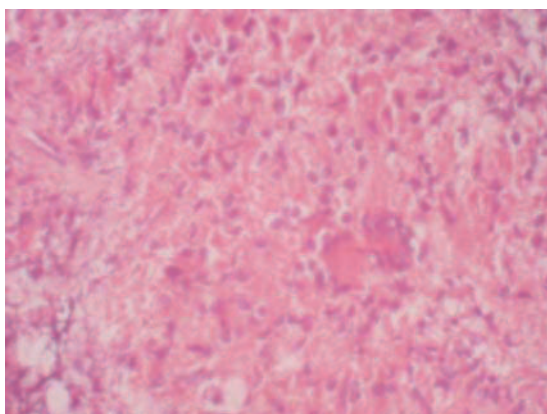


Fig. 3 : Follicules tuberculeux composés de cellules grantes, de cellules épithélioïdes et de lymphocytes (coloration HE)

Un traitement médical est entamé à base d'antibactériens, selon le schéma déterminé par le plan national antituberculeux, aboutissant à une régression des lésions sur les IRM de contrôle (Fig 4 a et b).

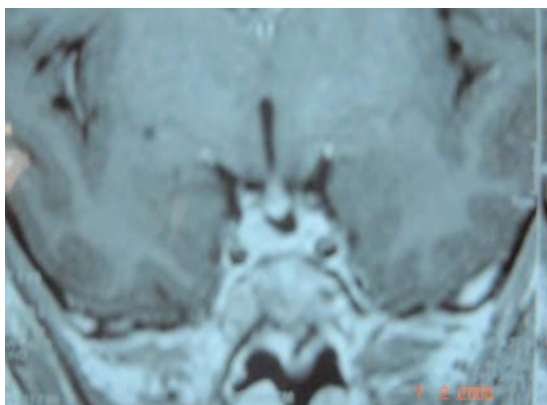


Fig 4 a : IRM en T1 en coupe coronale : Régression de la lésion

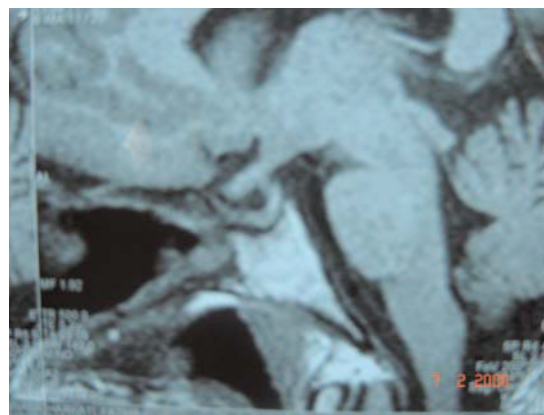


Fig 4 b : IRM en T1 en coupe sagittale : Régression de la lésion

DISCUSSION

La tuberculose hypophysaire demeure une pathologie exceptionnelle, sa fréquence est difficile à déterminer car seulement quelques rares cas sporadiques ont été publiés dans la littérature, la plus grande série ayant été publiée en 2000 par une équipe indienne rapportant 18 cas de tuberculose hypophysaire sur 1143 cas d'atteintes hypophysaires [2].

La symptomatologie clinique simule celle d'un adénome hypophysaire non sécrétant. Néanmoins l'atteinte du sinus caverneux est très fréquemment observée selon la littérature.

Le diagnostic est difficile quand il s'agit d'une complication tardive d'une primo-infection tuberculeuse qui passe inaperçue, le B.K. restant quiescent au niveau de l'hypophyse, et c'est à l'occasion d'un terrain d'insuffisance immunitaire qu'il ressurgit donnant la tuberculose dans sa forme patente [3]. Le diagnostic est moins difficile au décours d'une méningite tuberculeuse [4].

L'imagerie est non spécifique, se superposant en tous points à celle d'un adénome de l'hypophyse [1] ; néanmoins, le diagnostic peut être évoqué après une analyse attentive des structures de voisinage à la recherche de réaction inflammatoire à type de :

1. Hypertrophie de la tige pituitaire
2. Arachnoidite des citerne péri hypophysaires
3. Epaississement des méninges hypophysaire
4. Sinusite sphénoïdale et/ou ethmoïdale.
5. Rehaussement important lors de l' injection de produit de contraste

CONCLUSION

Le défi commun au clinicien et au médecin radiologue est de déterminer les patients susceptibles d'avoir un tuberculome et de pouvoir ainsi être traités médicalement.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] FELDMAN L, MIAUX Y, MARSAULT C, ET COLL.
Pathologie infectieuse intracranienne.
Dans : Buthiau D. TDM et IRM cliniques. Editions frison-roche. 1991.
Releve des maladies transmissibles au canada compte rendu de la conférence nationale de concertation sur la tuberculose : juin 1998 volume 24 s 2
- [2] SHARMA M. C., R. ARORA, A. K. MAHAPATRA, P. SARAT-CHANDRA, S. B. GAIKWAD
SARKAR, intrasellar tuberculoma - an enigmatic pituitary infection: a series of 18 cases departments of pathology, neurosurgery and neuroradiology, all india institute of medical sciences, ansari nagar, new delhi-110029, india received 15 november 1999; revised 18 january 2000; accepted 18 january 2000. Available online 15 may 2000.
- [3] TEKLALI (1)YOUSSEF, FELLOUS EL ALAMI ZOUHEIR, EL MADHI TARIK, GOURINDA HASSAN, MIRI ADBELHAMID : European journal of orthopaedic surgery & traumatologie (eur. J. Orthop. Surg. Traumatol.) Issn 1633-8065 2003, vol. 13, no1, pp. 52-54 [3 page(s) (article)] (7 ref.)
- [4] TRABELSI L., MAJDOUB-REKIK MNIF-FEKI M., HAMMEMI B., MAALOUL I., JMAA M. BEN, ABID
La tuberculose hypophysaire : à propos d'un cas = pituitary tuberculosis : a case report annales d'endocrinologie *** (ann. Endocrinol.) 2005, vol. 66, no4, pp. 340-346