



Cas Clinique

Macroadénome Hypophysaire Découvert en Ophtalmologie à l'Occasion de Céphalées Sévères: À Propos d'un Cas

Pituitary macroadenoma revealed by severe headache: a case report

N Bra' Eyatcha Bimingo^{1,2}, VA Dohvoma³, J Njoya Mare², SG Eyoup³, I Esene², AL Bella³, C Eban Mvogo³.

RÉSUMÉ

Les céphalées représentent un symptôme fréquent et un motif de consultation en urgence ophtalmologique. Nous présentons le cas d'un homme âgé de 30 ans, référé en ophtalmologie pour céphalées intenses, persistantes, associées à un flou visuel depuis 3 mois. L'examen ophtalmologique révélait une AVL (s/c) de 9/10^e ODG. Le FO montrait un œdème papillaire modéré sans autres signes associés. L'IRM révélait un processus expansif intra-sellaire sans extension, évoquant un macro adénome hypophysaire. Ce cas attire l'attention sur la réalisation systématique du fond d'œil et la collaboration pluridisciplinaire dans la prise en charge des céphalées persistantes.

ABSTRACT

Headache represent a frequent symptom and presenting complaint in ophthalmic emergencies. We report the case of a 30-years old male was referred to the ophthalmology unit for severe persistent headache, associated with blurred vision for 3 months. Clinical examination revealed distant uncorrected visual acuity of 0.9 in both eyes. Funduscopy showed moderate disc edema without any associated signs. MRI of the brain revealed a space-occupying intra-sellar lesion without extension suggesting a probable pituitary macro adenoma. This case underline the need of systematic funduscopy and a multidisciplinary team approach in the management of patients with persistent headaches.

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Garoua (FMSBG) - Université de Ngaoundéré Cameroun

² Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Régional de Garoua - Cameroun

³ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB) - Université de Yaoundé I - Cameroun

Correspondance : Dr BRA' EYATCHA BIMINGO Noëlle ; Tel. : +237682111881

Email : noellebra7@gmail.com; nono19872020@yahoo.com

Mots clés : céphalées, œdème papillaire, adénome hypophysaire.

Keywords: headaches, disc edema, pituitary adenoma.

INTRODUCTION

Les céphalées en ophtalmologie représentent l'un des symptômes fréquents et un motif de consultation ophtalmologique d'urgence. En Afrique, les études sur la prévalence des céphalées sont peu nombreuses [1]. Eban et al. [2] trouvaient dans une étude sur les céphalées dans les amétropies au Cameroun en 2007, une fréquence de 30,6%. Kaimbo [3] quant à lui au Congo en 2003 trouvait une fréquence de 15,6%. Les céphalées en ophtalmologie regorgent de multiples tableaux cliniques. Certains sont bénignes, c'est le cas des amétropies ; Eban et al. [2] trouvaient que les amétropies étaient la cause principale des céphalées en l'occurrence l'astigmatisme dans 56,6% des cas. Une étude sur les aspects épidémiologiques et cliniques des céphalées dans le district de Bamako [4], montrait que la migraine et les céphalées de tension constituaient les types cliniques de céphalées les plus retrouvés avec respectivement 10% et 1,7% des cas. D'autres tableaux en revanche sont rares mais potentiellement graves. C'est le cas par exemple des causes intracrâniennes. Maazou et al. [5] en 2016 trouvaient que 12,5% des patients dont le motif de consultation était des céphalées, avaient une apoplexie pituitaire. L'examen ophtalmologique est un temps capital dans l'exploration des céphalées ; Il permet d'éliminer les causes ophtalmologiques des céphalées et de contribuer au

diagnostic des certaines affections non ophtalmologiques graves ; d'où l'intérêt de ce cas.

OBSERVATION

Homme âgé de 30 ans, référé au service d'Ophtalmologie pour des céphalées intenses, persistantes, de localisations diffuses, exacerbées à l'effort. Ces céphalées étaient associées à un flou visuel, des vomissements et une asthénie depuis 3 mois. L'examen ophtalmologique révélait aux deux yeux une AVL (s/c) à 9/10^e faible et de près Parinaud 2. L'examen du segment antérieur était normal. La pression intraoculaire était de 12mmhg. Les réflexions étaient normales. Le fond d'œil montrait une papille à bords flous avec les veines en péri-papillaire dilatées et rouges foncées, en relief avec des hémorragies en flammèches associés à quelques nodules cotonneux, c'est le stade d'œdème papillaire évident ; sans autres signes associés. Les versions étaient normales.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic d'un syndrome d'hypertension intracrânien a été posé. Le bilan biologique était normal (Glycémie à jeun : 0,92g/l ; NFS : Hémoglobine : 12g/dl, Nombre de globule rouge : 4,7 millions/ml, Hématocrite : 43%, Volume globulaire moyen: 80fl, Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine : 36%, Teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine : 27pg, Nombre de globule blanc : 7G/L, Polynucléaire neutrophile : 3500/mm³, Polynucléaire

éosinophile : 300/mm³, Polynucléaire neutrophile : 100/mm³, Lymphocyte : 1700/mm³, Monocyte : 300/mm³, plaquettes : 400 G/L . Le bilan hormonal à savoir les dosages hormonaux (prolactine, hormone de croissance (GH), thyroïdostimuline hormone (TSH), follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), adreno cortico tropic hormone (ATCH), cortisol) n'ont pas été réalisés faute de moyens financiers. Le champ visuel automatisé était normal (**figure 1**).

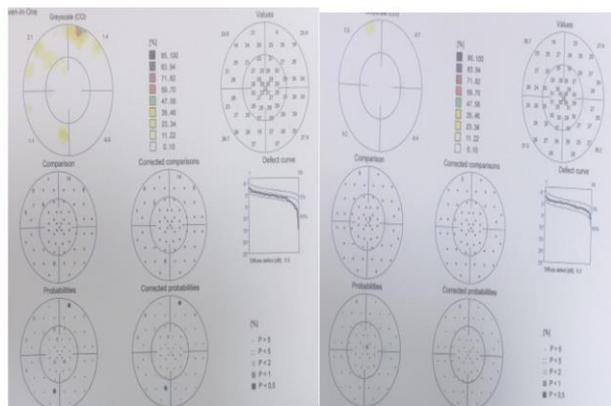


Figure 1 : Champ visuel automatisé

L'IRM cérébrale a montré un processus expansif intra-sellaire sans extension de 16mm de grand axe de densité tissulaire hypodense discrètement rehaussé par le produit de contraste évoquant un macro adénome hypophysaire probable (**figure 2**). Le diagnostic de macro-adénome intra-sellaire sans extension posé, le patient a été référé en neurochirurgie pour une prise en charge chirurgicale. La chirurgie avait consisté en une exérèse totale de la tumeur par voie d'abord endoscopique endo nasale trans-sphénoïdale sous anesthésie générale. La pièce opératoire a été envoyée pour examen anatomopathologique, qui a révélé un macro-adénome non sécrétant à cellules acidophiles. Les suites opératoires ont été simples jusqu'au 14 jour post-opératoire avec amendement des céphalées et du flou visuel. Le fond d'œil était normal avec régression complète de l'œdème papillaire. Le patient a été perdu de vue.

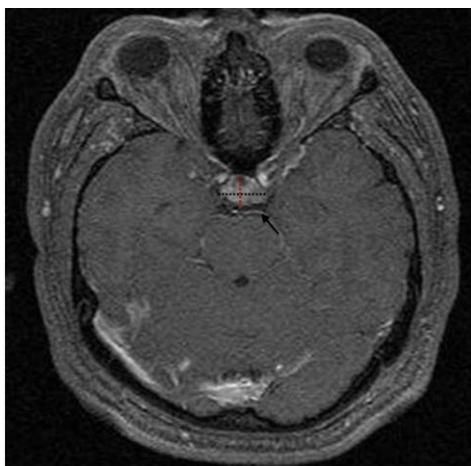


Figure 2 : IRM en coupe coronale en séquence T2 montrant un macro-adénome hypophysaire intra-sellaire

DISCUSSION

Selon la classification internationale des céphalées proposée par l'IHS en 2004, on distingue les céphalées primaires (dont les plus fréquentes sont les migraines et les céphalées de tension) et les céphalées secondaires attribuées à une cause organique [6]. Les caractéristiques des céphalées sont évocatrices de pathologies potentiellement graves comme les adénomes hypophysaires (AH) qui représentent 10-15% des tumeurs bénignes intracrâniennes [7] et 95% des tumeurs sellaires [8]. Les AH sont classés suivant leur sécrétion en adénomes hypophysaires fonctionnels (AHF) et non fonctionnels (AHNF) [7]. Les AHNF sont peu fréquents, et fonction du sexe mais graves du fait du retentissement ophtalmologiques et endocriniens [5].

L'âge de notre patient était de 30 ans. Dans la littérature, l'âge retrouvé est comprise entre 26 et 57 ans [9, 10, 11]. Les AHNF touchent plus les hommes [9, 10, 11] or les AHF (à prolactine) est l'apanage de la gente féminine [10]. Le sexe masculin retrouvé dans notre observation corrobore aux données de la littérature [9,10] parce que le sexe est fonction du type d'adénome observé.

Les causes ophtalmologiques fréquentes des céphalées sont : les amétropies, les troubles de vision binoculaire, l'uvéite, le glaucome). Toutefois, le patient peut présenter des signes de gravité faisant évoquer des étiologies générales graves (causes intracrâniennes, systémiques). Mapoure et al. [12] trouvaient une fréquence de 36,9% d'hémorragies sous arachnoïdiennes, 15,4% de migraine sans aura et 12,3% d'hémorragies intracérébrales dans les cas de céphalées en coup de tonnerre.

Les céphalées secondaires à une tumeur intracrânienne sont généralement associées à des troubles visuels. Tous deux constituent les principales circonstances de découverte retrouvées dans notre observation. Selon Maazou et al. [5], les céphalées et les troubles visuels sont les principaux symptômes respectivement chez 83,3% et 87,5% des patients. Selon Mohamed et al. [9], les troubles visuels sont représentés principalement par une baisse de l'acuité visuelle chez 50% des patients et une cécité chez 6,25% des cas. Selon plusieurs auteurs, les troubles visuels et le syndrome d'HIC sont les signes d'appel les plus fréquents des AHNF [13,14].

Devant toute céphalée, les modifications de la papille sont un signe de gravité. Chez notre patient, l'examen du fond d'œil montrait un œdème papillaire bilatéral modéré, signe pathognomonique d'HIC. La papille peut être normale chez 50% des patients avec une tumeur intracrânienne ou présenter une pâleur due à l'atrophie optique dans les stades tardifs, survenant chez 22% des cas [9]. Le syndrome tumoral fait de céphalées et des troubles visuels, représente 50% des cas dans la série de Costa [13]. Ce syndrome témoigne du développement de l'adénome venant refouler ou envahir les limites de la selle turcique formées par les méninges puis les régions anatomiques avoisinantes [14].

L'altération du champ visuel constitue également un critère de gravité pouvant faire évoquer une pathologie grave. Ces altérations s'expliquent par l'expansion supra-sellaire, elles réalisent typiquement une hémianopsie bitemporale ou moins complètement une quadransopsie ou

encoche temporale supérieure témoignant du caractère évolutif de la pathologie tumorale. Notre patient avait un champ visuel normal contrairement aux résultats de Mohamed [9] qui avait retrouvé l'hémianopsie bitemporale chez 50% de ses patients. En effet, les atteintes du champ visuel sont dues à la compression des voies optiques qui sont en rapport avec la selle turcique. Dans l'observation, l'IRM cérébral réalisé, révélait un processus expansif intra sellaire faisant évoquer un macro adénome sans extension. Mohamed [9] retrouvait 71,4% de macro adénomes chez les patients présentant un adénome hypophysaire avec 13,3% de cas d'extension dont 33,3% des cas en supra sellaire. Maazou [5] quant à lui avait 79% cas de macro adénomes, dont 70,8% avec retentissement visuel compliqué de cécité dans 16,7% des cas. L'IRM et /ou le TDM restent indispensables au diagnostic d'AH.

L'exérèse complète de la tumeur avec examen histologique de la pièce opératoire a été réalisée chez notre patient. Même conduite tenue par Maazou [5] qui a opté pour la chirurgie dans 66,7% des cas. Mohamed [9] aussi chez qui tous ont bénéficié d'une chirurgie. Ces résultats montrent que la chirurgie est le traitement de choix des AHFN en l'occurrence les macroadénomes sans extension [15,16]. Il existe un risque de récurrence ou d'exérèse incomplète. Ces cas peuvent être traités par une reprise chirurgicale ou par la radiothérapie [5].

CONCLUSION

La céphalée est un symptôme à ne pas négliger. Les étiologies sont multiples et certaines graves c'est le cas des adénomes non sécrétants que nous avons rapporté dans notre observation. La collaboration reste et demeure pluridisciplinaire pour une bonne prise en charge.

RÉFÉRENCES

- 1- OMS. Céphalées. Aide-mémoire 2004 ;277:1-7.
- 2- Ebana MC, Ellong A, Bella AL, Nyame DE. Les céphalées dans les amétropies. Méd Afr Noire 2007;5403:156-60.
- 3- Kaimbo wa kaimbo. Les céphalées en ophtalmologie. J Fr Ophtalmol 2003;26(2):143-47.
- 4- Bada AR. Etude épidémiologique et clinique des céphalées dans le district de Bamako. Thèse; 2005 Université de Bamako FMPOST.
- 5- Maazou ML, Farida A. Adénome hypophysaire non sécrétant à propos de 24 cas. Ann. Endocrinol.2016;77 (4): 146-370.
- 6- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia. 2004;24suppl 1: 59-160.
- 7- Brassier G, Poirier JY, Carsin-Nicol B, Morandi X. Tumeurs de l'hypophyse et de la région sellaire. Encycl Méd Chir Neuro 1996;17-260-A-10:18p.
- 8- Jouanneau E, Raverot G, Trouillas J, Brassier G, Adénomes hypophysaires. EMC-Neurologie 2015;12(2):1-10.
- 9- Mohamed AM. Les aspects neurochirurgicaux des adénomes hypophysaires : expérience du service de neurochirurgie du CHU Mohamed VI. Thèse n° 95;2012 Université Cadiyyad FM et de pharmacie Marrakech.
- 10- Minderman T, Wilson CB. Age-related and gender-related occurrence of pituitary adenoma. Clin Endocrinol.,1994; 41(3): 359-64.
- 11- Saito K, Kuwayama A, Yamamoto N, Sugita K. Transsphenoidal removal of non-functioning pituitary adenomas with suprasellar extension: the open sellar method and intentionally operation. Neurosurg, 1995; 36 (4): 668-76.
- 12- Mapoure Y, Pokossy A, Njock R,Njifou NA, Luma NH, Mouelle SA. Céphalées en coup de tonnerre : Aspects épidémiologiques et pronostiques à Douala. African Jr of Neurol Sciences 2016;35(1):1-25.
- 13- Costa R, Jacquet PH, Grisoli F. Les adénomes hypophysaires non sécrétants : aspects cliniques et résultats chirurgicaux à long terme. Rev.Fr, Endocrinol Clin 1989;30(1): 5-12.
- 14- Benbows J, Foy P, Jones B. Pituitary tumors presenting in the elderly: management and outcome. Clin Endocrinol. 1997;46 (6):657-60.
- 15- Brassier G, Poirier JY, Carsin-Nicol B, Morandi X. Tumeurs de l'hypophyse et de la région sellaire. Encycl. Méd Chir Neurologie 1996;17-260- A-10:18p.
- 16- Chanson PH. Traitement des adénomes hypophysaires. Press Med 1998;27: 2077-87.