

Le syndrome de la selle turcique vide découvert au 3eme trimestre de grossesse : à propos d'un cas et revue de la littérature

D. Benrahhal, N Guiri, FZ. Fdili Alaoui, Y. belhaj , S. Jayi, H. Chaara, A. Melhouf

Centre Hospitalier Hassan II, Service de Gynécologie et Obstétrique II, Fès, Maroc

Abstract : Le syndrome de la selle vide est une affection dans laquelle la selle turcique est partiellement ou complètement remplie de liquide céphalorachidien (LCR), entraînant un déplacement de l'hypophyse. Nous rapportons le cas d'un patient de 33 ans, suivie en neurochirurgie pour HTIC sur arachnoidocèle de la selle turcique, enceinte de 34SA qui présente une cécité unilatérale gauche et chez qui l'IRM cérébral a été en faveur d'un syndrome de la selle turcique vide.

Mots clés : selle turcique, HTIC, grossesse

1. INTRODUCTION :

Le syndrome de la selle turcique vide (SSTV) est un trouble impliquant la selle turcique qui est une structure osseuse située à la base du cerveau et entourant la glande pituitaire. Le syndrome de la selle vide est une affection dans laquelle la selle turcique est partiellement ou complètement remplie de liquide céphalorachidien (LCR), entraînant un déplacement de l'hypophyse. Nous rapportons le cas d'un patient qui présente une hypothyroïdie révélant un syndrome de la selle turcique..

2. CAS CLINIQUE :

Il s'agit de Mme J.R, âgée de 33ans, mariée sans notion de consanguinité; suivie en neurochirurgie pour HTIC sur arachnoidocèle de la selle turcique pour lequel elle a bénéficié de plusieurs ponctions lombaires déplétives (pas d'indication de dérivation ventriculaire externe) puis fut mise sous acetazolamide arrêté d'elle-même au cours de la grossesse. A noter que la patiente avait en 2019 au niveau de l'œil gauche un œdème papillaire stade 4 avec une cécité unilatérale; par ailleurs pas de diabète ni de cardiopathie ni de néphropathie

G3P0: (2FCS a 2 mois)

Grossesse actuelle estimée à 34SA, de déroulement apparemment normal , non suivie chez qui l'examen général trouve une TA=13/08cmhg ; pas de céphalées ni de brouillard visuel; examen neurologique: pas de signes de focalisation, pas de paralysie du 4eme nerf crânien ; présence d'une cécité gauche

Examen obstétrical sans particularité

Une IRM cérébrale objective une déhiscence de la paroi externe droite du sinus sphénoïde avec issu du parenchyme temporal à ce niveau ; Glande hypophysaire est augmentée de taille, siège d'une formation de signal liquidien au niveau de la post hypophyse mesurant 6mm , signes d'HTIC fait de dilatation de la gaine des nerfs optiques

Le bilan biologique est revenue sans particularité notamment pas d'hyper ou hypothyroïdie, pas d'hyperprolactinémie, ACTH, GH et LH normales.

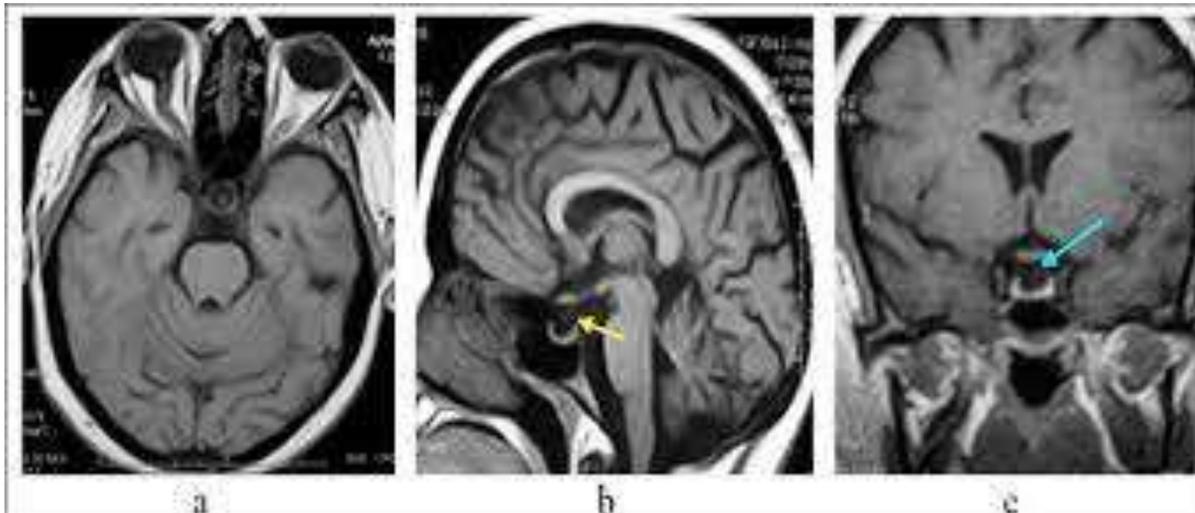


Fig. 1 : Images d'IRM hypothalamo-hypophysaire montrant des images de selle turcique vide

3. DISCUSSION :

La selle turcique vide (STV) est une hernie à travers le diaphragme sellaire de l'arachnoïde suivie de l'espace sous-arachnoïdien supra-sellaire, rempli de liquide céphalorachidien, dans la selle turcique. Le terme STV est incorrect car en réalité la selle turcique n'est pas vide. Elle est plutôt complètement rempli par l'hypophyse, sa tige, l'arachnoïde, le LCR et parfois le système optique et le troisième ventricule. C'est pourquoi certains auteurs préfèrent utiliser le terme arachnoidocèle intrasellaire car il exprime clairement cette entité. Il existe deux types de SSTV: primaire et secondaire. Le SSTV primaire survient suite à un petit défaut anatomique au-dessus de l'hypophyse qui augmente la pression dans la selle turcique et provoque l'aplatissement de la glande le long des parois intérieures de la cavité de la selle turcique. Le syndrome primaire se rencontre généralement chez les femmes d'âge moyen, obèses et hypertendues. Le trouble peut être un signe d'hypertension intracrânienne idiopathique. Parmi les facteurs de risque il y a l'obésité chez la femme et la multiparité. L'obésité entraîne l'apnée du sommeil obstructive avec une hypercapnie qui peut augmenter la pression du LCR et prédisposer au SSTV.

Le SSTV secondaire résulte de la régression de l'hypophyse dans la cavité après une blessure, une chirurgie ou une radiothérapie. Les personnes atteintes de SSTV secondaire en raison de la destruction de l'hypophyse présentent des symptômes qui traduisent la perte des fonctions hypophysaires, telles que la cessation des menstruations, la stérilité, la fatigue et l'intolérance au stress et aux infections

La selle turcique vide peut se traduire par plusieurs signes cliniques. Les céphalées, classiquement fronto-orbitaires, sont présentes dans 50% des cas, mais la responsabilité de la selle turcique vide est discutée par de nombreux auteurs. Notre patiente présentait aussi des céphalées frontales avec cécité unilatérale

La fréquence des troubles visuels varie selon les séries mais semble peu élevée: l'altération du champ visuel (hémianopsie bitemporale voire quadransopsie bitemporale supérieure) est le symptôme le plus fréquent; un œdème papillaire voire une atrophie optique sont plus exceptionnels. Notre patiente présentait une cécité unilatérale gauche

Les signes endocriniens ne sont pas exceptionnels et peuvent se présenter sous forme de syndrome d'hyposécrétion hormonale ou d'hypersécrétion hormonale. Le syndrome d'hyposécrétion hormonale ou hypopituitarisme, souvent partiel est retrouvé dans 15 à 30% des syndromes de selles turciques vides primaires. Parfois, les tests hormonaux dynamiques peuvent être discrètement perturbés: absence de stimulation de la fonction thyroïdienne ou corticotrope ou, le plus souvent, somatotrope. Le pan hypopituitarisme est très rare. Dans notre cas, la patiente n'avait aucun trouble endocrinien, ainsi que le bilan biologique était parfaitement normal

Du point de vue du diagnostic en imagerie médicale, la radiographie latérale du crâne peut révéler une selle de taille normale ou être agrandie. La selle vide typique montre une «montgolfière symétrique», c'est-à-dire une cavité régulière et incurvée de la selle. Actuellement, elle est devenue obsolète et insuffisante. Des tomographies informatisées montreront que la fosse pituitaire est occupée en grande partie par la substance du LCR ou la densité de l'eau plutôt que par une glande normale.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM), méthode de choix dans l'exploration de la région hypophysaire, peut facilement confirmer le diagnostic d'un sella vide. Sur les images IRM sagittales T1, l'extension du LCR dans la selle est facilement identifiable et la glande restante est comprimée le long du sol. La position centrale typique de l'infundibulum est un signe utile d'une selle vide qui permet d'éliminer une lésion kystique dans la région supra-sellaire. L'IRM démontrera que la sella est remplie de LCR et que l'infundibulum traverse l'espace, excluant ainsi une masse kystique. C'est ce que l'on appelle le signe de l'infundibulum.

4. CONCLUSION

La STVP est une entité neuroradiologique fréquemment retrouvée chez les patients explorés pour des céphalées et/ou une insuffisance hypophysaire. Il s'agit d'une maladie évolutive pouvant induire des troubles hormonaux, visuels et neurologiques variables d'où la nécessité d'un suivi régulier avec une évaluation clinique, hormonale, ophtalmologique et radiologique.

5. REFERENCES :

1. Hossain MS, Mumu MA, Moyenuddin PK. Primary empty sella syndrome: a case report. *AKMMC J.* 2010;1(1):23–25.
2. Fouad Wael. Review of empty sella syndrome and its surgical management. *Alexandria Journal of Medicine.* 2011;47:139–147.
3. Agrawal JK, Sahay RK, Bhutada SK, Reddy VS, Agrawal NK. Empty sella syndrome. *Indian Academy of Clinical Medicine.* 2001;2(3):198–02.
4. Sander EC, Peter WC., Jr . Empty sella syndrome. In: Wilkins R, Rengachery S, editors. *Neurosurgery.* New York: McGraw-Hill; 1996. pp. 1367–73.
5. Jordan RM, Kendall JW, Kerber CW. The primary empty sella syndrome: analysis of the clinical characteristics, radiographic features, pituitary function and cerebrospinal fluid adenohypophysial hormone concentrations. *Am J Med.* 1977;62:569.
6. De Marinis L, Bonadonna S, Bianchi A, Maira G, Giustina A. Primary empty sella. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90:5471–7.

7. Deshpande PK, Deoke S, Yesankar V, Banait A, Sawarkar S, Dhande S. Empty sella syndrome: a case report. *Panacea J Med Sci.* 2015;5(1):52–3.
8. Braatvedt GD, Corral RJM. The empty sella syndrome: much ado about nothing. *Br J Hosp Med.* 1992;47:523–5.