

Insuffisance hypophysaire : une pathologie sous-diagnostiquée

Dans un précédent article, nous avons évoqué le fait qu'une part non négligeable des patients victimes d'un traumatisme cérébral conservent une insuffisance hypophysaire. Nous avons fait le point sur cette séquelle méconnue avec le Professeur Albert Beckers, chef du service d'endocrinologie au CHU de Liège, et le Docteur Hernan Valdes-Socin, chef de clinique et clinicien chercheur FNRS.

Pouvez-vous rappeler brièvement la fonction de l'hypophyse et des hormones hypophysaires ?

Pr Beckers : L'hypophyse sécrète plusieurs hormones. L'antéhypophyse sécrète essentiellement l'hormone de croissance, la prolactine, les hormones de l'axe gonadotrope (FSH et LH), l'ACTH, qui contrôle la surrénale, et la TSH, qui contrôle la thyroïde. La posthypophyse, quant à elle, stimule la rétention d'eau par l'intermédiaire de l'hormone antidiurétique.

On comprend dès lors que les désordres peuvent être liés à la totalité de ces systèmes hormonaux ou à certains d'entre eux seulement. De plus, contrairement à ce qui s'observe dans les lésions compressives, où l'axe somatotrope et l'axe gonadotrope sont les plus sensibles, dans le cas des lésions



Pr Albert Beckers : Il est important, pour le généraliste comme pour le spécialiste, de ne pas banaliser les plaintes du patient, et de conserver présent à l'esprit qu'un patient qui a été victime d'un traumatisme crânien peut souffrir d'une insuffisance hypophysaire.

traumatiques il n'y a pas véritablement de règle.

En cas de section de la tige hypophysaire, les choses sont nettes, et l'on observe une chute de toutes les hormones concernées à l'exception d'une élévation de la prolactine (par perte du contrôle négatif hypothalamique). Le diagnostic est alors manifeste, et posé à la phase aiguë.

La situation est beaucoup plus insidieuse, en revanche, en l'absence de diabète insipide, car les effets des diverses insuffisances ne sont pas toujours patents d'emblée. D'autant que les degrés d'insuffisance peuvent être variables. Nous avons récemment vu un patient victime d'un accident de voiture il y a plusieurs années, atteint d'une insuffisance antéhypophysaire majeure,

qui altérait de façon importante sa qualité de vie mais n'avait jamais été diagnostiquée.

Comment expliquer que ces patients échappent totalement au diagnostic ?

Pr Beckers : Ces patients ont encore juste assez d'hormones pour vivre – mais pour vivre mal. L'atteinte de leurs fonctions cognitives est mise sur le compte de la commotion cérébrale, d'une situation de revendication éventuelle, d'une dépression, de l'arrêt de travail, etc. Ce qui postpose malheureusement le diagnostic approprié de l'insuffisance hypophysaire.

Peut-on évaluer l'incidence de ces cas de non-diagnostic ?

Pr Beckers : Il existe différentes études sur le sujet. Chez les traumatisés crâniens qui ont été victimes d'une commotion, on rapporte des chiffres compris entre 5 et 20 % des cas qui seraient atteints d'une insuffisance hypophysaire. Ce n'est donc pas une rareté. De plus, on ne dispose d'études que depuis très peu de temps, car si sur le plan anatomique on connaît l'entité pathologique de longue date, en pratique personne ne recherchait cette complication après les traumatismes courants. Ce n'est qu'à la fin des années '90 et au début des années 2000 que certains

endocrinologues se sont intéressés de façon systématique à la question.

Quels sont les manifestations cliniques qui doivent attirer l'attention ?

Pr Beckers : Lors de l'hospitalisation du patient, l'insuffisance hypophysaire n'est pas obligatoirement marquée. De plus, le déficit peut survenir à un délai variable, de plusieurs semaines à plusieurs mois, par rapport au traumatisme causal. Enfin, dans certains cas le déficit n'est pas constant et le patient peut récupérer, plus ou moins totalement.

Le patient peut présenter des troubles cognitifs, de la fatigue, ainsi que tous les signes liés aux différentes déficiences hormonales : hypotension, amaigrissement, perte des cheveux, sécheresse des téguments, frilosité, etc. Le diagnostic d'une insuffisance isolée en hormone de crois-

sance est plus difficile : on observe une modification de la composition corporelle, avec une augmentation de la masse grasse, une diminution de la force musculaire, de la fatigue, un sommeil de moins bonne qualité. On constate aussi une diminution de la libido qu'il ne faut pas attribuer erronément à la fatigue. Il s'agit donc de symptômes relativement peu pathognomoniques. Les patients souffrent, et on leur répond généralement que c'est psychologique. C'est pourquoi il est important, pour le généraliste comme pour le spécialiste, de ne pas banaliser les plaintes du patient, et de conserver présent à l'esprit qu'un patient qui a été victime d'un traumatisme crânien peut souffrir d'une insuffisance hypophysaire.

Interview réalisé par le Dr R. Dehesbaye
Conception : Roularta Medica

Prise de sang de dépistage d'une insuffisance hypophysaire

- TSH (*)
- T4 libre
- Cortisol (matin)
- LH
- FSH
- Testostérone
- Somatomédine C (IGF-I)

Attention aux faux négatifs :

La clinique est essentielle : en présence de signes évocateurs, une prise de sang de dépistage négative ne suffit pas à exclure le diagnostic d'insuffisance hypophysaire.

Il faut donc adresser le patient à un endocrinologue, afin d'évaluer la fonction hypophysaire au moyen de tests de provocation spécialisés.

(*) Le dosage de la TSH seule, parfois réalisé, est insuffisant pour diagnostiquer une insuffisance secondaire.

Enjeu : une vie normale pour le patient

Les patients atteints d'une insuffisance hypophysaire suivent un long cheminement, entre la réanimation, la neurochirurgie, la revalidation, les médecins-experts, etc. Souvent, durant tout ce trajet, personne ne s'interroge sur les fonctions hormonales.

Dr Valdes-Socin : Nous avons connu le cas d'un patient âgé de 18 ans, adepte du triathlon, qui avait été fauché par une voiture alors qu'il roulait à vélo. Ce patient a connu le coma, le passage par toutes les salles de réanimation, la revalidation, etc. C'est à l'occasion d'une réhospitalisation pour fièvre et hypotension qu'un bilan hormonal a finalement été réalisé. Le bilan a montré une atteinte de tous les axes hor-

monaux. L'hypotension était liée à l'insuffisance surrénalienne. A l'examen, nous avons pu constater une absence de pilosité pubienne. A l'interrogatoire, nous avons découvert que le patient ne se rasait plus non plus. L'hypogonadisme était donc évident, et pourtant depuis plus de dix-huit mois le diagnostic avait échappé aux nombreux praticiens qui suivaient le patient.

L'enjeu est pourtant majeur :

au-delà de ses séquelles neurologiques, grâce à l'instauration d'un traitement substitutif adapté, le patient se réintègre progressivement à une vie active. Chez un patient sans atteinte neurologique, le traitement permet de récupérer une fonction hypophysaire normale, grâce à une substitution en hormone de croissance, en cortisone, en hormones thyroïdiennes et en hormones gonadiques. Ceci signifie que grâce au trai-



Dr Hernan Valdes-Socin : « Grâce au traitement hormonal substitutif, le patient peut retrouver une vie sociale et affective. »

tement hormonal substitutif, le patient peut retrouver une vie sociale et affective. Reprendre le travail, d'une part, mais aussi envisager un avenir, avoir des enfants, etc.

Dr R. D

A retenir

La déficience antéhypophysaire :

- concerne 5 à 20 % des patients deux à trois mois après un traumatisme crânien et doit donc être dépistée de manière active ;
- peut hypothéquer la récupération du patient non seulement à court terme, mais aussi à long terme ;
- est aisément accessible au traitement substitutif, qui permet de restaurer une fonction endocrinienne normale chez les patients.

Références : H. Valdes-Socin et al. Hypopituitarisme consécutif aux atteints cérébrales : le traumatisme crânien et l'hémorragie sous-arachnoïdienne mis en cause. Rev Med Liège 2009;64:9:457-463.

Pour plus d'information : Helga.Smets@pfizer.com ou 02/554 64 69

Pfizer Endocrine Care

