



Service de gynécologie,  
obstétrique, CHU,  
Farhat Hached, Sousse

5<sup>ÈME</sup> JOURNÉE  
THÉMATIQUE  
DE L'ASEDIAC  
PATHOLOGIE HYPOPHYSAIRE  
ET MATERNITÉ



ABSTRACT  
BOOK



HÔTEL  
MARRIOTT, SOUSSE



## **D'une asthénie banale à une insuffisance corticotrope : révélation d'une atteinte hypothalamo-hypophysaire chez une patiente de 21 ans**

**Ameni Ben Abdallah** , H.Mrabet , R.Maaoui, N.Ben Saad, F.Boubaker, N.Lassoued, W.Allaya, B.Zantour

L'insuffisance corticotrope est une urgence endocrinienne au tableau clinique souvent aspécifique, responsable d'un retard diagnostique. Son exploration repose sur le bilan hormonal et l'imagerie de l'axe hypothalamo-hypophysaire."

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 21 ans admise aux urgences pour asthénie évoluant depuis une semaine. L'interrogatoire retrouvait des épisodes d'hypoglycémie symptomatique. Aucun antécédent médical particulier n'était noté, notamment absence de corticothérapie, de contexte de post-partum ou de maladie auto-immune. La patiente présentait également des cycles menstruels irréguliers sans galactorrhée, ainsi que des céphalées chroniques avec aggravation brutale sans troubles visuels.

la patiente était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire, avec une hypotension orthostatique . Le bilan biologique montrait une cortisolémie effondrée à 39 ng/mL associée à un taux d'ACTH bas à 9,9 pg/mL, en faveur d'une insuffisance corticotrope. Le bilan hypophysaire retrouvait une fonction thyroïdienne et gonadotrope conservée.

Un traitement par hydrocortisone 20 mg/j a été instauré avec amélioration clinique. L'IRM hypothalamo-hypophysaire montrait une selle turcique partiellement vide avec arachnoïdocèle, sans lésion expansive, évoquant une atteinte hypophysaire ancienne possiblement post-apoplexie hypophysaire.

"Ce cas souligne la difficulté diagnostique de l'insuffisance corticotrope chez le sujet jeune et l'importance de l'association bilan hormonal–imagerie pour un diagnostic étiologique précoce et une prise en charge adaptée.

## Hyperprolactinémies et grossesse : profil clinique, prise en charge et évolution reproductive

Badra Bannour, N.rekaya, I.bannour, S.mlaiki, S.bouguizen

### Introduction

L'hyperprolactinémie représente une cause fréquente d'infertilité féminine par inhibition de l'axe gonadotrope. Elle peut être secondaire à des prolactinomes ou à des causes idiopathiques et son traitement repose principalement sur les agonistes dopaminergiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer le profil clinique des patientes présentant une hyperprolactinémie, d'analyser le taux de grossesse après traitement et d'étudier l'évolution de la maladie après grossesse.

### Résultats

Dix patientes présentant une hyperprolactinémie ont été colligées durant la période d'étude. L'âge moyen était de 29,2 ans avec des extrêmes de 18 à 36 ans. Le désir de grossesse constituait le principal motif de consultation dans 79,1 % des cas, suivi des troubles du cycle menstruel et de la galactorrhée. Le taux de prolactinémie était compris entre 25 et 100 ng/ml chez la majorité des patientes. L'échographie pelvienne a retrouvé principalement des kystes ovariens fonctionnels et des fibromes utérins. Toutes les patientes ont bénéficié d'un traitement médical par agonistes dopaminergiques, dominé par la cabergoline. Une grossesse est survenue chez 60 % des patientes après traitement. Deux cas de prolactinomes (micro et macroprolactinome) ont été observés avec évolution favorable sous cabergoline.

### Conclusion

L'hyperprolactinémie constitue une étiologie importante d'infertilité féminine chez les femmes jeunes en âge de procréer. Le traitement par agonistes dopaminergiques permet dans la majorité des cas la restauration des cycles ovulatoires et l'obtention d'une grossesse.

## Projet de fertilité chez une patiente présentant un syndrome de Sheehan : à propos d'un cas

Farah Ayachi, T.Ach, I.Halloul, W.Saafi, H.Elfekih, G.Saad, Y.Hasni

### Introduction:

Le syndrome de Sheehan est une cause acquise d'hypopituitarisme secondaire à une nécrose ischémique hypophysaire du post-partum. L'absence de montée laiteuse et l'aménorrhée secondaire constituent des signes d'alerte. Sa prise en charge est particulière en cas de projet de fertilité, nécessitant une correction préalable des déficits hormonaux.

### Observation:

Nous rapportons le cas d'une patiente de 32 ans, G1P1, consultant pour absence de retour des couches et absence de montée laiteuse après un accouchement par césarienne en 2023. Elle présentait une aménorrhée secondaire persistante depuis l'accouchement, avec des cycles antérieurement réguliers. Le bilan hormonal objectivait un panhypopituitarisme associant une insuffisance gonadotrope hypogonadotrope avec FSH à 1,04 UI/L, LH à 0,55 UI/L et estradiol à 10 pg/mL; une insuffisance thyroïdienne avec FT4 basse à 6,3 ng/L et TSH inadaptée à 4,71 mUI/L; ainsi qu'une insuffisance corticotrope confirmée par test au Synacthène. L'IRM hypophysaire montrait une arachnoïdocèle intra-sellaire laminant le parenchyme hypophysaire, sans lésion nodulaire. Le diagnostic de syndrome de Sheehan a été retenu. Une substitution par hydrocortisone puis L-thyroxine a été instaurée.

### Discussion-Conclusion :

Ce cas souligne l'importance d'évoquer un syndrome de Sheehan devant l'association agalactie-aménorrhée du post-partum. Le projet de fertilité impose une prise en charge hiérarchisée : correction prioritaire de l'insuffisance corticotrope, optimisation thyroïdienne, puis orientation en procréation médicalement assistée pour induction de l'ovulation.

## Projet de fertilité chez une patiente opérée pour acromégalie : à propos d'un cas

Farah Ayachi, G.Saad, I.Halloul, H.Elfekih, W.Saafi, T.Ach, Y.Hasni

### Introduction:

L'acromégalie chez la femme en âge de procréer altère la fertilité par atteinte gonadotrope, hyperprolactinémie, effet de masse ou comorbidités métaboliques. Après traitement chirurgical, un projet de grossesse impose une évaluation pré-conceptionnelle rigoureuse validant le contrôle hormonal, le statut tumoral et la prise en charge des comorbidités materno-fœtales.

### Observation:

Nous rapportons le cas de la patiente F.B, âgée de 40 ans, opérée en 2022 d'un adénome hypophysaire mixte (immunohistochimie: prolactine 20%, GH 5%). L'IRM de contrôle en 2025 révélait un reliquat tumoral de 11 mm. Sous cabergoline (0,5 mg/semaine) et lanréotide LP (120 mg/mois), le bilan montrait un contrôle hormonal satisfaisant: IGF-1 normalisée (324 ng/mL), prolactinémie à 15  $\mu$ UI/mL, euthyroïdie (FT4: 16 pmol/L) et un axe gonadotrope préservé (LH: 4,35 UI/L, œstradiol: 54,4 pg/mL) avec des cycles réguliers. Ses comorbidités incluaient une hypertension artérielle équilibrée sous bithérapie et un diabète de type 2 (glycémie à jeun: 7,6 mmol/L, HbA1c: 7,2%) sous metformine et schéma basal-bolus. Malgré l'optimisation de ces paramètres, la patiente présentait une infertilité persistante.

### Discussion:

Ceci illustre la complexité de la prise en charge préconceptionnelle en présence d'un reliquat tumoral persistant. Bien que la normalisation de l'IGF-1 et la régularité des cycles soient des facteurs favorables, l'absence de conception rappelle que la fertilité demeure une problématique de couple, imposant une exploration parallèle du conjoint (notamment par un spermogramme) afin d'éliminer un facteur masculin associé.

## La sclérothérapie à l'éthanol des endométriomes par voie transvaginale : Résultats en termes de douleur, fertilité et récurrences, à propos de 17 cas

Ichrak Ben Fekih Ali, Bannour. B, N.Gaaloul, C.Ouhibi, H.Ben said, Bannour.I

### Introduction :

L'endométriose est une pathologie gynécologique, inflammatoire et chronique source de douleurs intenses et d'infertilité, nécessitant une approche thérapeutique exhaustive. La sclérothérapie est une méthode de traitement peu invasive en constante évolution. L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer l'impact de la sclérothérapie transvaginale à l'éthanol, sur les symptômes, le taux de récurrence, la réserve ovarienne, et la fertilité.

### Méthodes :

Ils'agit d'une étude rétrospective descriptive menée au service de gynécologie obstétrique Farhat Hached de Sousse sur une période de 7 ans de janvier 2017 au décembre 2023. L'étude a porté sur 17 patientes prises en charge pour endométriome ovarien et traitées par sclérothérapie à l'éthanol par voie transvaginale échoguidée.

### Résultats :

Dans notre série de 17 patientes, la douleur pelvienne a été significativement réduite après sclérothérapie à l'éthanol. En effet, La douleur a diminué d'au moins 50 % chez 10 patientes (65 %) et a disparu complètement chez 4 patientes (23 %). La fertilité a été préservée, avec 6 grossesses (50 %) sur 12 mois de suivi, dont 4 spontanées et 2 issues de PMA ; Le taux de récurrence a été limité à 29 %, principalement chez les patientes présentant des kystes volumineux ou bilatéraux

### Conclusion:

la sclérothérapie représente une méthode peu invasive qui s'est avérée efficace dans la réduction des symptômes de l'endométriose, tout en étant appropriée pour les patientes confrontées à des problèmes de fertilité, avec un impact limité sur la réserve ovarienne.

## Dépistage de l'hyperthyroïdie biologique chez les patientes hospitalisées pour hyperemesis gravidarum

Imen Bannour, N.rekaya, B.bannour, I.Saket, A.ben abdelkrim, S.bouguizen

### Introduction:

L'hyperemesis gravidarum (HG) constitue une complication sévère du premier trimestre de la grossesse et représente une cause fréquente d'hospitalisation. L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence de l'hyperthyroïdie biologique chez les patientes hospitalisées pour HG et d'analyser ses corrélations cliniques et biologiques.

### Résultats:

Parmi 86 patientes hospitalisées pour vomissements gravidiques, 71 répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de  $28,9 \pm 4,9$  ans et l'âge gestationnel moyen de  $10,1 \pm 2,2$  SA. Une hyperthyroïdie biologique a été retrouvée chez 32 patientes, soit une fréquence de 45,1 %. Les principales anomalies biologiques associées étaient l'hyponatrémie (83,1 %), l'hypokaliémie (69 %) et l'hypochlorémie (47,9 %). Une cytolysé hépatique était observée dans 21,1 % des cas. Les signes cliniques les plus fréquents étaient la tachycardie (57,7 %), l'intolérance gastrique totale (70,4 %) et les palpitations (38 %). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre les groupes hyperthyroïdie et euthyroïdie concernant l'âge, la gestité, la parité ou les antécédents obstétricaux.

### Conclusion:

L'hyperthyroïdie biologique est fréquente chez les patientes hospitalisées pour hyperemesis gravidarum. Le dosage systématique de la TSH et de la FT4 au cours de l'évaluation initiale pourrait permettre un dépistage précoce et une meilleure prise en charge des patientes à risque de complications materno-fœtales.

## Hypophysite auto-immune pendant le deuxième trimestre de la grossesse : diagnostic retardé devant une hyponatrémie profonde

Lamys Abbes, H.Marzouk, M.El Faroki, S.Fatnassi, I.Kharrat, W.Dabbebi

### Introduction:

L'hypophysite auto-immune est une affection rare survenant préférentiellement au troisième trimestre de la grossesse ou en post-partum. Sa survenue au deuxième trimestre reste exceptionnelle, rendant le diagnostic particulièrement difficile, notamment chez les patientes ayant un terrain auto-immun.

### Observation:

Ils'agit d'une patiente âgée de 34ans, suivie pour un diabète de type 1 évoluant depuis 20ans, admise à 20semaines d'aménorrhée pour diabète instable avec épisodes d'hypo- et d'hyperglycémies. Le bilan réalisé au premier trimestre de grossesse était strictement normal. L'évolution était marquée par l'apparition brutale de céphalées intenses, vomissements incoercibles et altération rapide de l'état de conscience. Le bilan biologique objectivait une hyponatrémie profonde à 104mmol/L associée à une hypocalcémie à 1,65mmol/L. L'exploration hormonale montrait une insuffisance thyroïdienne et corticotrope avec TSH à 0,075 $\mu$ UI/mL, FT4 à 7,01pmol/L et cortisolémie à 49nmol/L. La PTH était basse à 1,38pmol/L, compatible avec une hypoparathyroïdie primaire. La sérologie cœliaque était positive. L'IRM cérébrale retrouvait une hypophyse augmentée de taille. La patiente a été mise sous hydrocortisone, L-thyroxine, calcium et vitamineD active avec bonne évolution clinique et biologique.

### Conclusion:

La survenue concomitante d'une hypophysite auto-immune, d'une hypoparathyroïdie et d'une maladie cœliaque au deuxième trimestre de grossesse est exceptionnelle et représente un véritable défi diagnostique.

## Apoplexie hypophysaire en post-partum : mode de révélation d'un macro-adénome silencieux au cours de la grossesse

**Malek Hadrich**, T.Ach, L.Abbes, K.E.Mahmoud, I.Halloul, W.Saafi, H.Elfekih, G.Saad, Y.Hasni

### Introduction:

L'apoplexie hypophysaire est une urgence endocrinienne rare, survenant chez environ 3% des patients porteurs d'un adénome hypophysaire, définie par un infarctus hémorragique ou ischémique de l'adénome. Sa survenue en post-partum est exceptionnelle et son diagnostic peut être retardé en raison d'un tableau clinique polymorphe mimant d'autres complications neurologiques du post-partum, notamment la thrombose veineuse cérébrale (TVC).

### Cas clinique:

Une patiente de 31 ans, sans antécédents, G1P1, a consulté au 7<sup>ème</sup> jour du post-partum pour des céphalées holocrâniennes associées à un flou visuel et une asthénie intense. Une TVC a été initialement évoquée. La TDM cérébrale a éliminé ce diagnostic et objectivé une masse sellaire et supra-sellaire de 22 mm avec effet de masse sur le chiasma optique et érosions osseuses du dos de la selle turcique. L'IRM hypothalamo-hypophysaire a confirmé un macroadénome hypophysaire de 24 × 12 × 20 mm, à extension supra-sellaire et latéro-sellaire (Knosp 3A à droite, 1 à gauche), comportant des remaniements hémorragiques en faveur d'une apoplexie hypophysaire. Le champ visuel était normal. Le bilan hormonal a révélé une insuffisance corticotrope et thyroïdienne, justifiant un traitement substitutif par hydrocortisone et lévothyroxine.

### Conclusion:

L'apoplexie hypophysaire en post-partum, bien que rare, doit être évoquée devant toute céphalée inhabituelle dans ce contexte, même sans antécédent connu d'adénome. Le bilan hormonal complet est indispensable pour dépister une insuffisance surtout corticotrope dont la substitution précoce conditionne le pronostic.

## Éducation thérapeutique et risque de décompensation hyperglycémique chez la femme enceinte DT1

**Oumaima Dimassi**, Houcem Elomma Mrabet, Hamza Elfekih, Wiem Saafi, Ameni ben abdallah, Fadia Boubaker, Sawssen Noura, Imen Halloul, Wafa Alaya, Najoua Lassoued, Taeib Ach, Ghada Saad, Yosra Hasni, Baha Zantour

### Introduction:

L'éducation thérapeutique représente un pilier fondamental de la prise en charge du DT1 pendant la grossesse.

Ce travail a pour objectif d'évaluer l'impact du score éducationnel sur le risque de décompensation hyperglycémique pendant la grossesse.

### Méthodes:

Ils'agit d'une étude observationnelle bicentrique menée entre janvier 2012 et décembre 2025 dans les services d'Endocrinologie-Diabétologie des hôpitaux universitaires de Mahdia et de Sousse. Un score éducationnel sur 5 points a été calculé à partir de l'observance thérapeutique, de l'autosurveillance glycémique, du comptage glucidique, de la connaissance des objectifs glycémiques et de l'observance hygiéno-diététique.

### Résultats:

Cent trente grossesses ont été incluses. L'âge moyen des patientes était de  $30,3 \pm 5,2$  ans. Une décompensation hyperglycémique aiguë de diabète était observée dans 26,2% des grossesses. Les patientes ayant présenté des complications hyperglycémiques avaient un score éducationnel significativement plus faible : 1,5 [0,25–3,75] versus 4 [2–5] ( $p < 10^{-4}$ ). En analyse multivariée, le score éducationnel constituait le seul facteur protecteur indépendant contre les complications hyperglycémiques (OR=0,65 ; IC95% [0,43–0,96] ;  $p=0,033$ ).

### Conclusion:

Le niveau d'éducation thérapeutique apparaît comme un déterminant majeur du contrôle métabolique pendant la grossesse chez les femmes DT1. Des programmes éducatifs structurés pourraient réduire significativement les complications aiguës.

## Évolution des complications microangiopathiques au cours de la grossesse chez les femmes atteintes de diabète de type 1

**Oumaima Dimassi**, Houcem Elomma Mrabet, Hamza Elfekih, Wiem Saafi, Nada Hassairi, Fadia Boubaker, Sawssen Noura, Imen Halloul, Wafa Alaya, Najoua Lassoued, Taeib Ach, Ghada Saad, Yosra Hasni, Baha Zantour,

### Introduction:

La grossesse chez les femmes diabétiques de type 1 (DT1) est associée à un risque accru d'aggravation des complications microangiopathiques. L'objectif de cette étude était d'évaluer leur évolution au cours de la grossesse chez les patientes DT1.

### Matériels:

Étude observationnelle bicentrique menée entre janvier 2012 et décembre 2025 dans les services d'Endocrinologie des hôpitaux universitaires de Mahdia et Sousse.

### Résultats:

L'âge moyen des patientes était de  $30,3 \pm 5,2$  ans parmi 130 grossesses incluses, avec une ancienneté médiane du DT1 de 8 ans [4–15]. En préconceptionnel, une rétinopathie diabétique (RD) était présente chez 14,7% des patientes, une néphropathie chez 4,6% et une neuropathie périphérique ou autonome chez respectivement 20% et 11,5%. Un fond d'œil a été réalisé chez 78,3% des patientes au premier trimestre, 56,6% au deuxième et 34,6% au troisième trimestre. Une RD a été retrouvée chez 24,8% des patientes explorées, dominée par les formes non proliférantes légères (70%). Une aggravation de la RD a été observée chez 10 patientes durant la grossesse. Une néphropathie diabétique était présente chez 10% des patientes, majoritairement au stade G1 (80%). Aucune aggravation de la neuropathie n'a été documentée. La présence d'une RD préexistante était significativement associée aux complications métaboliques hyperglycémiques ( $p=0,002$ ).

### Conclusion:

La grossesse chez les femmes DT1 peut aggraver les complications microangiopathiques, surtout la rétinopathie diabétique, justifiant un dépistage préconceptionnel et une surveillance ophtalmologique régulière.

## Profil des hospitalisations en diabétologie au cours de la grossesse chez les femmes atteintes de diabète de type 1

**Oumaima Dimassi**, Houcem Elomma Mrabet, Hamza Elfekih, Wiem Saafi, Nada Hassairi, Fadia Boubaker, Sawssen Nouria, Imen Halloul, Wafa Alaya, Najoua Lassoued, Taeib Ach, Ghada Saad, Yosra Hasni, Baha Zantour,

### Introduction:

Les femmes enceintes diabétiques de type 1 (DT1) présentent un risque élevé de déséquilibres glycémiques nécessitant fréquemment une hospitalisation.

L'objectif de cette étude était d'analyser le profil des hospitalisations pour motif diabétologique au cours de la grossesse chez les patientes atteintes de DT1

### Matériels:

Ils'agit d'une étude observationnelle bicentrique menée entre janvier 2012 et décembre 2025 dans les services d'Endocrinologie des hôpitaux universitaires de Mahdia et de Sousse.

### Résultats:

Parmi 130 grossesses, 60,9% des patientes ont nécessité au moins une hospitalisation pour motif diabétologique. La majorité des patientes hospitalisées ont eu une seule hospitalisation (77,1%), avec un maximum de 4 hospitalisations. La durée médiane d'hospitalisation était de 8 jours [6–11], avec des extrêmes allant de 4 à 25 jours. Les principales indications d'hospitalisation étaient les hypoglycémies (16,2%), les hyperglycémies simples (15,4%), les cétooses simples (15,4%) et les acidocétoses diabétiques (6,9%). Les hospitalisations survenaient principalement au premier trimestre (39,6%), puis au deuxième trimestre (24,2%), et rarement au troisième trimestre (5,2%). Les principaux facteurs déclenchants étaient les écarts diététiques (52,38%), le stress aigu (27,61%), les infections intercurrentes et les erreurs thérapeutiques.

### Conclusion:

Les hospitalisations au cours de la grossesse chez les patientes DT1 sont fréquentes, surtout au premier trimestre, liées aux déséquilibres glycémiques. Une prise en charge préconceptionnelle adaptée pourrait les prévenir.

## Secondary hypertension in an adolescent: when suspected endocrine hypertension reveals Takayasu arteritis with severe coronary involvement

**Rawen Jaziri**, Ines Bayar, Ilief Guirar, Bilel Ben Amor, Sana Abid, Ekram Hajji, Héra Marmouch, Hanene Sayadi, Inès Khochteli

### Background:

Secondary hypertension in adolescents requires etiological investigation. Although endocrine causes may be suspected in paroxysmal hypertensive episodes, vascular etiologies should also be considered in the presence of pulse abnormalities or inflammatory syndrome.

### Case presentation:

A 17-year-old girl was referred for severe hypertension with suspected endocrine etiology because of two weeks of paroxysmal chest pain, palpitations, and hot flashes, mainly at night. On admission, blood pressure was 170/80 mmHg with sinus tachycardia 134 bpm. Examination revealed asymmetric carotid pulses, with a bounding right pulse and a markedly diminished left pulse. Investigations showed marked inflammatory syndrome CRP 56 mg/L, ESR 120 mm/h, mild stable troponin elevation and negative plasma metanephrines. Echocardiography showed progressive left ventricular systolic dysfunction (LVEF 51% to 35%) while cardiac MRI ruled out myocarditis. Supra-aortic ultrasound suggested Takayasu arteritis. CT angiography confirmed large-vessel vasculitis involving the thoracoabdominal aorta and supra-aortic trunks, with segmental stenoses and an infrarenal abdominal aortic aneurysm. Coronary CT angiography revealed severe inflammatory left main coronary artery stenosis 80–85%. The patient was transferred to cardiology.

### Conclusion:

Takayasu arteritis may mimic endocrine hypertension in adolescents. Pulse asymmetry and inflammatory syndrome were key diagnostic clues, highlighting the importance of vascular examination and early recognition of life-threatening coronary involvement.

## Successful Pregnancy Following IVF in a Woman with Sellar Meningioma, Complete Hypopituitarism and Central Diabetes Insipidus

Rihab Khochteli, T.Ach , K.Mahmoud , A.Yanes, I.Bannour , I.Halloul , W.Saafi , H.Elfekih , G.Saad , Y.Hasni

### Background:

Pregnancy in women with complete hypopituitarism remains rare and challenging, particularly in the setting of hypothalamic-pituitary tumors and previous radiotherapy. Case presentation: We report the case of a 37-year-old woman with a sellar Meningioma diagnosed at the age of 23 years after progressive visual impairment leading to right blindness and complete hypopituitarism, including corticotropic, thyrotropic, and gonadotropic deficiencies associated with Central Diabetes Insipidus. Imaging revealed an extensive sellar lesion involving the optochiasmatic region and right orbital structures. Histopathological examination confirmed a fibrocystic meningioma. The patient subsequently underwent radiotherapy, resulting in radiological stability of the lesion but persistent panhypopituitarism requiring lifelong hormone replacement therapy with Hydrocortisone 20 mg/day, Levothyroxine 100 µg/day, and Desmopressin 60 µg/day. Three years after radiotherapy, pregnancy was successfully achieved through In Vitro Fertilization. Pregnancy follow-up was uneventful without endocrine or obstetrical complications under close multidisciplinary monitoring. Cesarean section was performed at term, delivering a newborn weighing 2000 g with an Apgar score of 10. Postpartum evolution was favorable.

### Conclusion:

This case highlights that successful pregnancy through assisted reproductive technologies is feasible in women with severe hypothalamic-pituitary dysfunction when optimal hormonal replacement and multidisciplinary monitoring are ensured throughout pregnancy and postpartum follow-up.

## **Adénome hypophysaire non fonctionnel au cours de la grossesse : stratégie thérapeutique et évolution – à propos d'un cas**

**Rihab Khochteli**, T.Ach, N.Haj Slama ,I.Bannour , A.Yanes ,C.Bayoudh ,I.Halloul ,W.Saafi ,H.elfekih ,G.Saad ,Y.Hasni

### **Introduction :**

Les adénomes hypophysaires non fonctionnels (AHNF) diagnostiqués au cours de la grossesse sont exceptionnels. Leur prise en charge est complexe en raison des contraintes materno-fœtales.

### **Observation:**

Nous rapportons le cas d'une patiente de 39 ans, enceinte de 17 semaines, présentant un syndrome tumoral avec céphalées et baisse de l'acuité visuelle. L'IRM hypophysaire sans injection a objectivé un macroadénome de 19 mm avec extension suprasellaire et compression chiasmatique. Le bilan hormonal initial n'a mis en évidence ni hypersécrétion ni insuffisance hypophysaire. Devant le refus d'une chirurgie immédiate et la présence de signes compressifs, un traitement par cabergoline (3 mg/semaine) a été instauré, associé à une substitution par hydrocortisone dans un contexte à risque d'apoplexie hypophysaire. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique et une stabilité tumorale à l'imagerie. La grossesse a été menée à terme avec accouchement vaginal d'un nouveau-né sain. Une chirurgie transsphénoïdale a été réalisée en post-partum avec à l'anatomopathologie un adénome hypophysaire plurihormonal exprimant l'ACTH, la prolactine et de rares cellules GH. L'évolution postopératoire a été marquée par une insuffisance corticotrope et somatotrope avec la persistance d'un résidu tumoral de 8 mm, motivant la poursuite de la cabergoline et d'hydrocortisone .

### **Discussion :**

Ils'agit du 10<sup>e</sup> cas rapporté d'AHNF diagnostiqué pendant la grossesse. Les données sur les agonistes dopaminergiques restent limitées mais suggèrent un effet stabilisateur tumoral.

## Dépistage de l'hyperthyroïdie biologique chez les patientes hospitalisées pour hyperemesis gravidarum

Rkaya Nouha, Imene Bannour

### Introduction:

L'hyperemesis gravidarum (HG) constitue une complication sévère du premier trimestre de la grossesse et représente une cause fréquente d'hospitalisation. Les modifications hormonales gravidiques, notamment l'élévation de l'hCG, peuvent être associées à des anomalies du bilan thyroïdien, parfois révélatrices d'une hyperthyroïdie biologique transitoire. L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence de l'hyperthyroïdie biologique chez les patientes hospitalisées pour HG et d'analyser ses corrélations cliniques et biologiques.

### Méthodes:

Ils'agit d'une étude descriptive transversale monocentrique réalisée au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Hôpital Farhat Hached sur une période de 12 mois (janvier-décembre 2020). Ont été incluses les patientes hospitalisées pour hyperemesis gravidarum avant 14 semaines d'aménorrhée. Les grossesses multiples, molaires ainsi que les patientes ayant une pathologie thyroïdienne connue ont été exclues. Les données cliniques, biologiques et évolutives ont été recueillies à partir d'une fiche standardisée. Le bilan thyroïdien comportait le dosage de la TSH et de la FT4.

### Résultats:

Parmi 86 patientes hospitalisées pour vomissements gravidiques, 71 répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen était de  $28,9 \pm 4,9$  ans et l'âge gestationnel moyen de  $10,1 \pm 2,2$  SA. Une hyperthyroïdie biologique a été retrouvée chez 32 patientes, soit une fréquence de 45,1 %. Les principales anomalies biologiques associées étaient l'hyponatrémie (83,1 %), l'hypokaliémie (69 %) et l'hypochlorémie (47,9 %). Une cytolysé hépatiqu

## Hyperprolactinémie et infertilité : à propos d'un cas

Yasmine Ben Ahmed, S.Kerkeni, I.Ben.Fekih, R.Dahleb, M.Mellouli, B.Bannour, S.Bouguizane

### Introduction:

L'hyperprolactinémie est l'une des causes endocriniennes les plus fréquentes d'infertilité féminine. Elle agit par inhibition de la sécrétion pulsatile de GnRH, entraînant une hypogonadisme hypogonadotrope responsable de troubles du cycle et d'anovulation. Son diagnostic et sa prise en charge sont accessibles et permettent dans la majorité des cas de restaurer la fertilité.

### Observation:

Patiente de 28 ans, sans antécédents particuliers, consultée pour infertilité primaire depuis 2 ans associée à une aménorrhée secondaire et une galactorrhée bilatérale. Le bilan hormonal a révélé une prolactinémie élevée à 120 ng/mL, avec des gonadotrophines basses et un estradiol effondré. L'IRM hypophysaire a mis en évidence un microprolactinome de 6 mm. Un traitement par cabergoline a été instauré avec normalisation rapide de la prolactinémie, reprise d'une ovulation spontanée et obtention d'une grossesse spontanée après 4 mois de traitement.

### Discussion:

L'hyperprolactinémie doit être recherchée systématiquement devant toute infertilité féminine associée à des troubles du cycle. Le microprolactinome en est la cause organique la plus fréquente. Les agonistes dopaminergiques, notamment la cabergoline, constituent le traitement de référence avec un taux de normalisation de la prolactinémie supérieur à 80% et une restauration de la fertilité dans la majorité des cas.

### Conclusion:

L'hyperprolactinémie est une cause d'infertilité curable. Son dépistage systématique devant toute aménorrhée ou infertilité inexplicée permet une prise en charge rapide et efficace.

## Syndrome de Sheehan : une cause méconnue d'aménorrhée du post-partum — à propos d'un cas

Yasmine Ben Ahmed, M.Ben.Hmida, R.Guerouchi, M.Mellouli, A.Saidi, A.Halouani, N.B.Aissia, A.Triki

### Introduction:

Le syndrome de Sheehan est une nécrose ischémique de l'antéhypophyse secondaire à un choc hémorragique obstétrical. Il demeure sous-diagnostiqué en raison d'une présentation clinique insidieuse, avec un retard diagnostique pouvant atteindre plusieurs années.

### Observation:

Nous rapportons le cas d'une patiente de 32 ans, G3P3, qui consulte pour aménorrhée persistante, asthénie profonde et frilosité inhabituelle évoluant depuis 14 mois, dans les suites d'un accouchement compliqué d'une hémorragie du post-partum ayant nécessité une transfusion de 4 culots globulaires. Une agalactie totale dès le post-partum immédiat avait été banalisée. L'examen clinique retrouvait une pâleur cutanéomuqueuse et une dépilation des sourcils. Le bilan hormonal a objectivé un panhypopituitarisme : TSH basse avec T4 libre effondrée, cortisol de base à 38 nmol/L, prolactine indétectable, gonadotrophines basses avec estradiol effondré. L'IRM hypophysaire a mis en évidence une selle turcique vide partielle. Un traitement substitutif par hydrocortisone et lévothyroxine a été instauré avec amélioration clinique significative.

### Discussion:

Le SS survient après toute hémorragie obstétricale sévère. L'agalactie du post-partum immédiat en est le signe le plus précoce, souvent négligé. L'insuffisance surrénalienne doit être traitée en priorité en raison du risque vital. Un bilan hormonal systématique après toute HPP sévère permettrait de réduire le retard diagnostique.

### Conclusion:

Le syndrome de Sheehan doit être systématiquement évoqué devant toute agalactie ou aménorrhée persistante après

## Thrombophlébite cérébrale du post-partum : à propos d'un cas

Yasmine Ben Ahmed, I.Ben.Fekih, S.Kerkeni, R.Dahleb, A.Sellami, I.Bannour, S.Bouguizane

### Introduction:

La thrombophlébite cérébrale (TVC) est une complication rare mais grave du post-partum, dont l'incidence est estimée à 1/10 000 accouchements. Sa présentation clinique polymorphe en rend le diagnostic difficile et souvent tardif.

### Observation:

Nous rapportons le cas d'une patiente de 27 ans, G2P2, sans antécédents particuliers, admise à J5 du post-partum pour des céphalées diffuses intenses, rebelles aux antalgiques, associées à des vomissements et une fièvre à 38,5°C, sans signe neurologique focal ni signe méningé franc. Le scanner cérébral sans injection était normal. Devant la persistance des céphalées, un angioscanner veineux cérébral a confirmé une thrombose du sinus longitudinal supérieur. Une anticoagulation curative par HBPM a été instaurée avec une évolution favorable.

### Discussion:

La TVC survient dans un contexte d'hypercoagulabilité physiologique du post-partum. Le scanner initial est fréquemment normal et ne doit pas faire récuser le diagnostic. L'angioscanner veineux, plus accessible que l'IRM en urgence, représente une alternative diagnostique fiable.

### Conclusion:

La TVC doit être évoquée devant toute céphalée inhabituelle du post-partum, même sans signe neurologique. Un bas seuil de recours à l'angioscanner veineux est indispensable pour ne pas retarder l'anticoagulation.