

# Microprolactinome ou kyste de la poche de Rathke : un défi diagnostique

A .Safer-tabi,, M.Semrouni,Z. Arbouche

Service d'endocrinologie diabétologie, CHU BENI MESSOUS,Alger, 2018

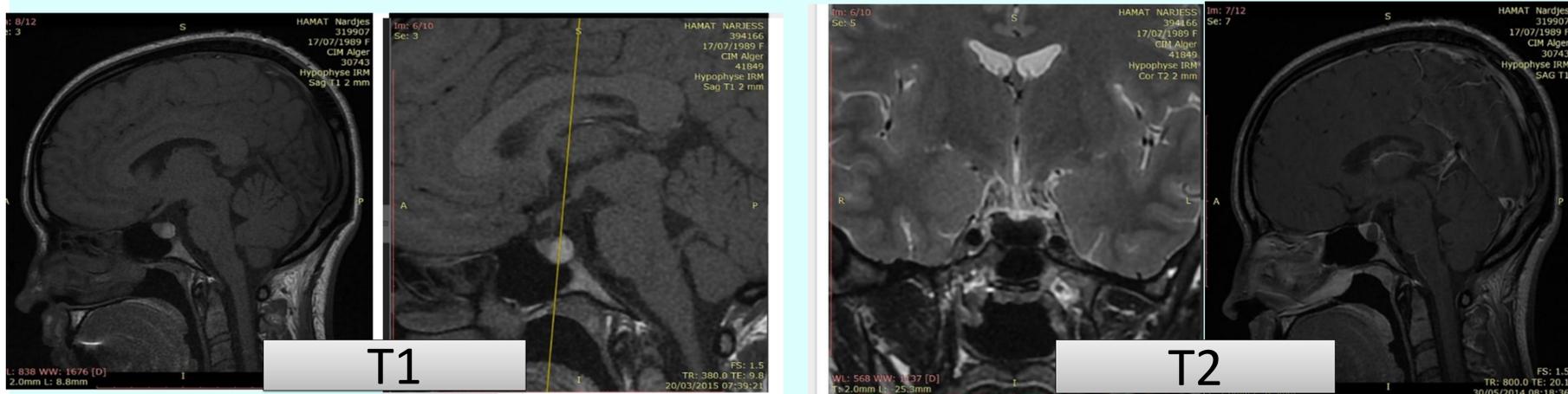
## Introduction :

Les kystes de la poche de Rathke (KPR) sont des lésions kystiques bénignes très fréquentes de la région sellaïre (13 à 22 %). Ils sont dans la grande majorité des cas petits, intra hypophysaires et asymptomatiques. Beaucoup plus rarement, les KPR peuvent devenir symptomatiques en grossissant et en comprimant les structures voisines (antéhypophyse, tige pituitaire ou le chiasma optique). L'aspect radiologique de ces lésions en IRM est très variable et le diagnostic différentiel avec les lésions de la région sellaïre peut être difficile. Nous rapportons le cas d'une patiente dont le KPR était pris pendant des années comme un microprolactinome.

## Cas clinique :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 28 ans migraineuse, anxieuse aux antécédents d'une bêta thalassémie hétérozygote, suivie pour irrégularité menstruelle sans hirsutisme ni galactorrhée, le bilan hormonal avait objectivé une hyperprolactinémie minime à 35 ng/ml. L'IRM hypothalamo-hypophysaire était en faveur d'un iso-adénome hypophysaire à 10 mm plaqué contre la poste hypophysaire qui garde son aspect habituel spontanément hyper intense. La patiente était mise sous agoniste dopaminergique (cabergoline) pendant 2 ans, devant la non amélioration clinique à savoir la persistance des troubles menstruel et l'apparition d'un déficit gonadotrope partiel malgré la normalisation de la prolactinémie et un syndrome polyuro-polydipsique. Plusieurs IRM de contrôle ont été pratiquées n'ont pas objectivé de modification de la sémiologie radiologique mettant en doute le diagnostic d'un adénome hypophysaire hémorragique et le diagnostic de KPR stable était retenue.

En effet, dans de rares cas, ce dernier peut se présenter en hypersignal en T1 et hyposignal sur la séquence pondérée en T2 (signal mucoïde). Une surveillance clinico-biologique-radiologique était préconisée avec hormonothérapie substitutive des déficits.



## Discussion et conclusion:

Les kystes de la poche de Rathke (KPR) sont fréquents (33 % selon les séries autopsiques). Ils s'avèrent le plus souvent asymptomatiques mais lorsqu'ils sont volumineux peuvent survenir des complications telles qu'un déficit antéhypophysaire (40 à 80 %), des troubles visuels (38 %) ou un diabète insipide (16%). Il est important d'éliminer les autres lésions kystiques de la région sellaïre tel que les adénomes kystiques et les craniopharyngiomes. Le diagnostic des premiers repose sur l'identification d'un fin contingent charnu dans les parois d'une lésion kystique à point de départ sous-diaphragmatique. Le diagnostic des KPR est fortement suggéré en IRM devant des critères rigoureux : la lésion doit être sur la ligne médiane, entre l'antéhypophyse et la posthypophyse ou en avant du pied de la tige pituitaire, et ne doit pas se rehausser après injection de Gadolinium. Son signal, s'il est variable et dépend directement de la concentration intrakystique en protéines, doit être homogène, sans niveau liquide.

Un dysfonctionnement d'au moins une lignée hypophysaire est commun en cas de KPR symptomatique, avec des fréquences variables selon les séries de 39 à 100 % des patients. L'hyperprolactinémie est très fréquente en cas de lésions intra et suprasellaïres comprimant le système infundibulaire et inhibant le PIF (Prolactin Inhibitory Factor). Cette hyperprolactinémie est modérée (< 100 ng/ml) et se manifeste essentiellement par une aménorrhée, plus rarement une galactorrhée, ou une baisse de la libido chez l'homme, d'où le diagnostic différentiel d'un KPR avec le prolactinome qui peut se traduire comme une plage en hyper signal T1, résultant probablement d'une transformation hémorragique qui est assez fréquente. Une fois le diagnostic de KPR est posé, une surveillance espacée clinique et par IRM suffit en cas de kyste asymptomatique, alors qu'un traitement chirurgical est proposé aux rares kystes symptomatiques.

## références:

- [1]. osborn ag, preece mt. intracranial cysts: radiologic-pathologic correlation and imaging approach. radiology. 2006 jun;239
- [2]. fabrice bonneville jkystes et pseudokystes de la région sellaïre jfr2014
- [3]. n mnif et al. irm dans le diagnostic des kystes de la poche de rathke/j radiol 2003;84:699-704
- [4]. f. bonneville et al. kystes de la poche de rathke. j. neuroradiol., 2003, 30, 238-248
- [5]. shin jl et al. cystic lesions of the pituitary: clinicopathological features distinguishing craniopharyngioma, rathke's cleft cyst, and arachnoid cyst - j clin endocrinol metab. 1999 nov;84(11):3972-82