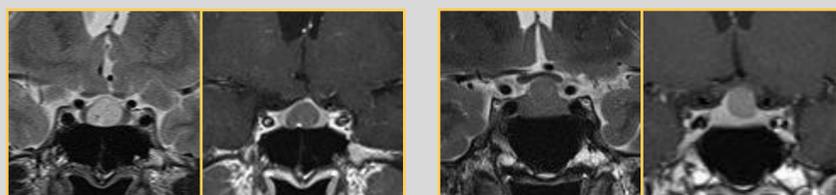


Daniela Beta<sup>1</sup>, Iulia Potorac<sup>1</sup>, Jean-François Bonneville<sup>1</sup>,  
Luaba Tshibanda<sup>2</sup>, Didier Martin<sup>3</sup>, Albert Beckers<sup>1</sup>

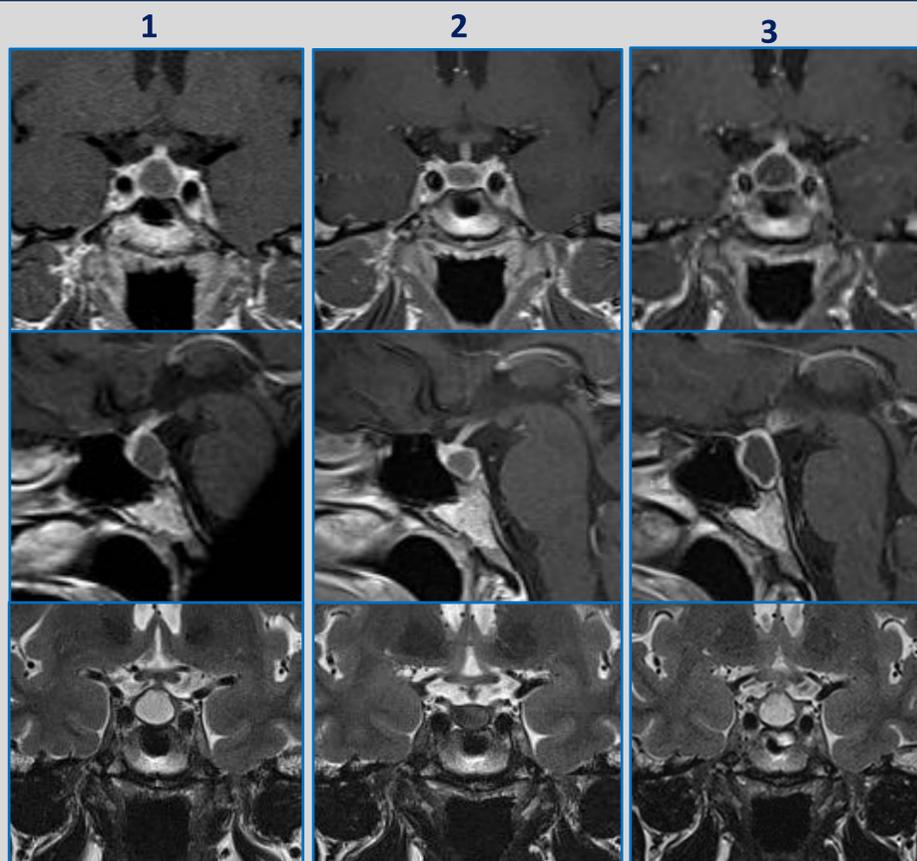
<sup>1</sup> Service d'Endocrinologie, <sup>2</sup> Service d'Imagerie Médicale, <sup>3</sup> Service de Neurochirurgie CHU Liège, Université de Liège, Belgique

**Introduction:** Les kystes de la poche de Rathke (KPR) sont des lésions hypophysaires le plus fréquemment découvertes de manière fortuite. Pourtant, des formes symptomatiques existent, manifestées par des céphalées, troubles visuels et dysfonctionnement hypophysaire.



Kyste séreux

Kyste muqueux



**Discussion:** Nous rapportons un cas de KPR avec importants retentissements cliniques et biologiques. A notre connaissance, une évolution aussi fluctuante sur une période de temps si courte n'a jamais été aussi bien documentée. Ce genre de lésions nécessite une intervention chirurgicale avec la résection la plus complète de la paroi kystique afin d'assurer les meilleures chances de guérison.

## Observation:

- patient de 45 ans qui s'est présenté aux urgences avec des céphalées frontales d'apparition brutale; découverte récente d'un KPR devant un tableau de diabète insipide

**Bilan endocrinologique:** confirmation du diabète insipide par test de restriction hydrique + découverte déficits axes thyro- (TSH=0,05uU/ml, T4L=7.8pg/ml), somato- (GH<0.27ug/l lors du test de stimulation au glucagon) et gonadotrope (testostérone totale 1.15ug/l, N>2.5, LH 2.9U/l, FSH 2.5U/l)

**IRM hypophysaire (Figure 1):** lésion sellaie et suprasellaie de 13mm diamètre crânio-caudale avec prise de contraste périphérique et atteinte méningée



Décision d'intervention neurochirurgicale Mais sur l'**IRM hypophysaire de contrôle** (Figure 2) - effondrement de la lésion sur son axe crânio-caudal + amélioration fonction thyroïdienne -> opération postposée

2 semaines après, présentation aux urgences car installation brutale des céphalées holocrâniennes, pulsatiles + nausées et vomissements + asthénie importante

**Biologie:** aggravation des déficits antéhypophysaires avec insuffisance thyro- et corticotrope

**IRM (Figure 3):** ré-augmentation de la lésion hypophysaire

**Intervention chirurgicale:** évacuation du contenu du kyste (matériel gélatineux jaunâtre) + prélèvement partie de la paroi du kyste pour analyse

**Histologie:** compatible avec KPR dans un contexte inflammatoire abcédé

Contrôle IRM 2 mois post-op: résidu ou récurrence de 6mm

