



## Kyste De La Neurohypophyse: À Propos D'un Cas

Dr S. Chakdoufi<sup>1</sup>, Pr A.A. Guerboub<sup>2</sup>

Corresponding Author: Sanae Chakdoufi

<sup>1,2</sup>Service d'endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques de l'Hôpital Militaire D'instruction Mohammed V

Copyright: © 2021 The Authors. Published by Medical Editor and Educational Research Publishers Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



### Introduction

L'incidentalome, terme largement diffusé en endocrinologie à la surrénale et à la thyroïde, s'applique tout autant à l'hypophyse.

En effet, avec l'utilisation fréquente des techniques d'imagerie moderne, des anomalies de l'hypophyse, chez des patients asymptomatiques ou suivis pour d'autres pathologies, sont de plus en plus identifiées.

Certaines lésions peuvent augmenter de taille engendrant ainsi des complications endocriniennes et/ou endocrâniennes alors que d'autres resteront stationnaire à l'imagerie et sans retentissement biologique, c'est le cas du kyste simple de la neurohypophyse.

L'hypophyse est subdivisée en deux parties :

- L'adénohypophyse (lobe antérieur, lobe cystiforme et lobe tubéral), glandulaire, synthétisant les hormones antéhypophysaires.
- La neurohypophyse (éminence médiane, tige infundibulaire et lobe postérieur) nerveuse, réservoir d'hormones hypothalamiques. Les 2

termes « posthypophyse » et « neurohypophyse » ne sont pas synonymes. Le premier est en réalité une partie intégrante du deuxième.

L'origine embryonnaire du complexe hypothalamo-hypophysaire est double.

- L'hypothalamus et la neurohypophyse dérivent du neurectoblaste, coloré en bleu. L'adénohypophyse provient de l'entoblaste, coloré en rouge (Image 1 du Schéma 1).
- Le diencéphale émet une évagination qui migre caudalement dans le mésenchyme sous-jacent. En même temps, l'entoblaste stomodéal forme une vésicule, la poche de Rathke, qui migre cranialement et s'accole à l'ébauche nerveuse (Image 2 du Schéma 1).
- Après s'être détachée de son épithélium d'origine (Image 3 du Schéma 1), l'ébauche entoblastique forme l'adénohypophyse. Elle entoure partiellement l'ébauche neurectoblastique, devenue la posthypophyse (Image 4 du Schéma 1).

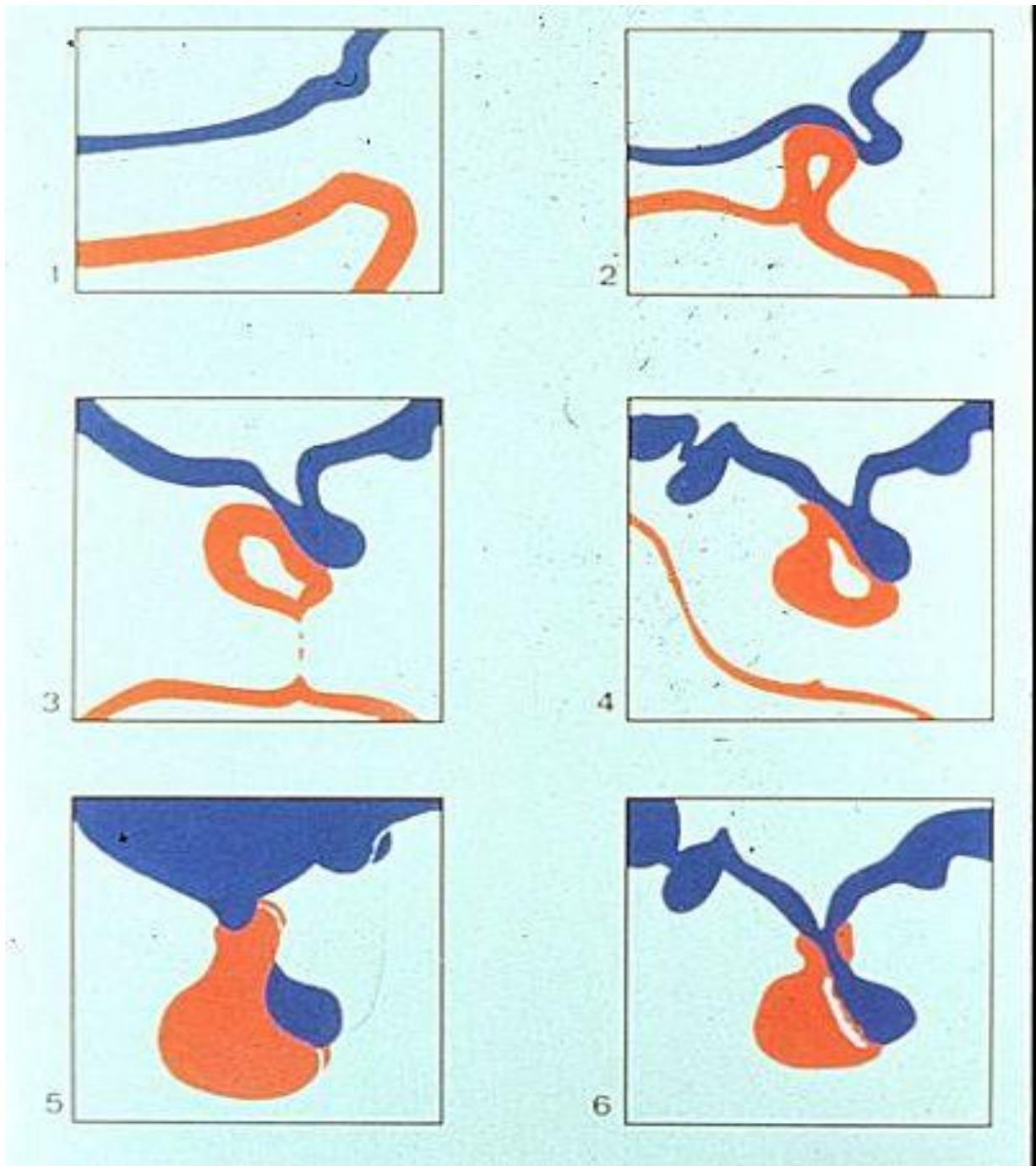
## Kyste De La Neurohypophyse: À Propos D'un Cas

- La paroi antérieure de la poche de Rathke forme le lobe antérieur.

Sa paroi postérieure forme le lobe médian et sa cavité persiste sous forme d'une mince fente

ou de kystes selon les espèces. Ce stade terminal est représenté en vue (Image 5 du Schéma 1) et en coupe (Image 6 du

Schéma 1).

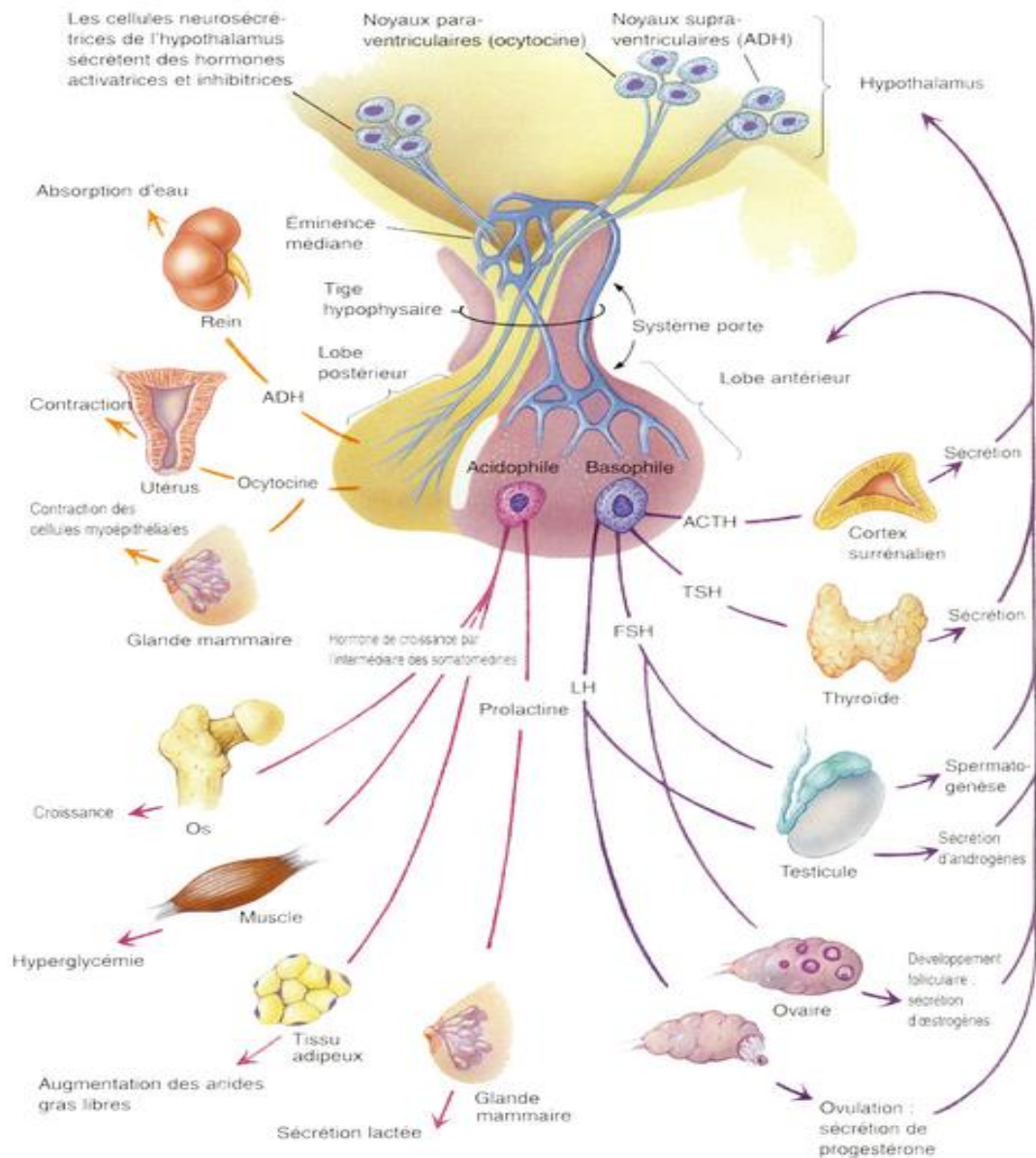


A la première vue la neurohypophyse ne ressemble ni à une glande endocrine ni à un centre nerveux. En effet, elle est constituée par l'association complexe de fibres nerveuses amyéliniques, de cellules névrogliales dont une variété est appelée pituicytes et d'un riche réseau de capillaires sanguins. Ainsi est réalisé, selon

l'expression de Stutinsky (1955), un « élément neuro-gliovasculaire ».

Les deux produits de la neurohypophyse sont l'ocytocine et la vasopressine, peptides de neuf acides aminés dont deux seulement diffèrent; ceci explique leur activité biologique croisée. (Schéma 2).

## Kyste De La Neurohypophyse: À Propos D'un Cas



### Observation :

Cette observation illustre un cas de kyste simple de la posthypophyse découvert fortuitement lors d'un bilan de suspicion d'insuffisance surrénalienne.

Il s'agit d'une patiente âgée de 48 ans, mère de 2 enfants, suivie dans notre formation pour une suspicion d'insuffisance surrénalienne.

On note dans les antécédents, une mastose bilatérale opérée à 3 reprises en 1993, 2008 et 2012 ; deux myomes utérins sous surveillance médicale et enfin, deux oncles paternels diabétiques et asthmatiques.

L'histoire de la maladie remonte à deux ans, par l'installation de façon progressive d'une asthénie avec bradycardie et d'une hypotension, aggravées par les phénomènes de pré ménopause notamment les bouffées de chaleur.

La patiente a consulté un cardiologue qui l'a mise sous traitement symptomatique à base de Stimulant du système cardiovasculaire à savoir le chlorhydrate d'heptaminol et des fortifiants sans aucune amélioration, puis la patiente a été adressée ensuite chez un endocrinologue en privé qui l'a mise sous 30 mg d'hydrocortisone par jour, malgré un bilan hormonal notamment surrénalien et métabolique complet qui s'est avéré normal.

## Kyste De La Neurohypophyse: À Propos D'un Cas

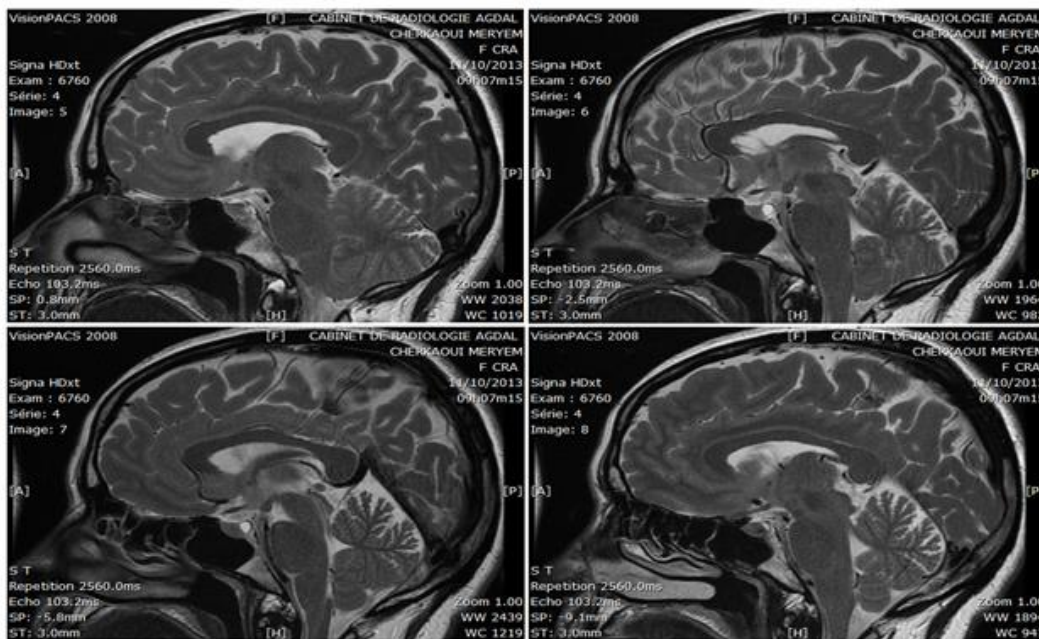
Devant la persistance de la symptomatologie, la patiente a été adressée dans notre formation pour prise en charge.

L'examen clinique retrouve un poids à 66 kg, pour une taille de 162 cm, avec un IMC à 25 kg/m<sup>2</sup> et un tour de taille à 82 cm. A noter aussi une tension artérielle à 105/55 mmHg avec une fréquence cardiaque à 54 battements par minute, confirmées par les holter E.C.G et tensionnel. Le reste de l'examen est sans particularités.

Le bilan étiologique réalisé retrouve une hyperactivité parasympathique (vagale) périphérique à l'exploration du système nerveux

autonome, et à l'IRM hypophysaire : un kyste simple de la neurohypophyse (une formation ovale au niveau de la post hypophyse, bien limitée, en hyposignal T1, hypersignal T2 franc, ayant une paroi régulière, ne se rehaussant pas après injection de Gadolinium, mesurant 6 x 7,5 mm). Cette formation est à contenu homogène, lamine le parenchyme de la post hypophyse qui garde un signal et une cinétique normaux.

L'antéhypophyse est d'aspect et de signal normaux, isosignal T1, T2, rehaussée après injection de gadolinium. (Photo 1 et 2).



Un traitement à base de phénobarbital 10 mg par jour a été instauré en première intention associé à un complexe vitaminé. L'utilisation de fludrocortisone reste envisageable en deuxième intention.

L'évolution a été marquée après deux mois de traitement par la disparition complète des symptômes avec une nette amélioration de la qualité de vie de la patiente.

Pour le kyste simple de la neurohypophyse, il n'explique pas le tableau clinique de la patiente et ne nécessite pas de suivi particulier.

### Discussion:

La prise en charge des incidentalomes hypophysaires est controversée. Certaines lésions peuvent augmenter en taille risquant de conduire à

une insuffisance hypophysaire ou peuvent comprimer le chiasma optique alors que d'autres ne changeront pas de taille et ne produiront jamais aucun symptôme tumoral ou hormonal.

Les prévalences des incidentalomes hypophysaires rapportées dans la littérature sont difficiles à interpréter.

➤ Dans les séries autopsiques et neuroradiologiques d'incidentalomes hypophysaires, les micro-adénomes sont fréquents, les macro-adénomes rares et les kystes très rares.

- Selon les séries neuroradiologiques, lorsque l'évaluation est faite par IRM, environ 10 % des sujets d'une population générale « normale » ont un incidentalome hypophysaire dont la

## Kyste De La Neurohypophyse: À Propos D'un Cas

taille est inférieure à 10 mm, et seuls 1 % ont une lésion qui fait plus de 10 mm.

Le kyste simple de la post hypophyse est retrouvé chez 2 à 3% de la population générale, et il est toujours asymptomatique.

- Dans les études autopsiques, des lésions kystiques hypophysaires sont retrouvées dans 1 à 2 % des cas :
  - 60% sont des kystes de la poche de Rathke.
  - 5% sont des kystes simples de la posthypophyse qui dépassent rarement 3 à 4 mm de grand axe, ce qui différencie notre cas dont les dimensions sont de 6 x 7.5 mm.
- Dans les séries cliniques rapportant des incidentalomes hypophysaires, les macro-adénomes sont deux fois plus souvent rapportés que les micro-adénomes, alors que les kystes simples de la posthypophyse ne sont rapportés que dans 2 % des cas. Ceci correspond probablement à différents biais de recrutement et de prise en charge par les endocrinologues ou neurochirurgiens.

Le premier problème est d'ordre diagnostique, comment faire la différence parmi les différentes lésions kystiques hypophysaires ?

Lorsqu'un kyste de la région séllaire est trouvé de façon fortuite sur une TDM ou une IRM, il faut faire la différence entre un craniopharyngiome kystique, un kyste de la poche de Rathke, un adénome kystique ou un kyste simple de la posthypophyse.

Par conséquent, le problème le plus difficile devant une lésion kystique est d'en faire le diagnostic différentiel.

À l'IRM, l'aspect du craniopharyngiome est variable selon que la proportion des caractéristiques solides ou kystiques est importante, et selon la présence ou non de calcifications.

Tous les patients qui ont un kyste hypophysaire de découverte fortuite doivent donc avoir un scanner cérébral afin de vérifier la présence de calcifications, qui non spécifique, restent très suggestive d'un craniopharyngiome.

Les kystes de la poche de Rathke surviennent chez l'adulte. Généralement, ils restent de petite taille, intrasellaires et asymptomatiques mais un tiers peuvent dépasser la région suprasellaire.

Rarement, ils peuvent donc devenir symptomatiques, entraînant une compression optique ou des anomalies fonctionnelles hypophysaires.

Le troisième diagnostic différentiel est l'adénome kystique ou hémorragique qui d'une part se situe au niveau de l'antéhypophyse et d'autre part se rehausse en couronne périphérique épaisse et irrégulière ; le parenchyme hypophysaire normal est situé au dessus ou autour de la lésion.

La quatrième lésion qui pourrait poser un problème diagnostique avec les kystes de la région séllaire est le kyste arachnoïdien qui présente un signal identique à celui du liquide cérébro-spinal et siège en général en supra-sellaire.

Pour les kystes de la posthypophyse, ils apparaissent généralement sous la forme d'une lésion purement kystique sur l'IRM. Typiquement, ils sont hypo-intenses en séquence pondérée en T1 et hyperintenses sur les séquences pondérées en T2. Cette formation est à contenu homogène, lamine le parenchyme de la post hypophyse qui garde un signal et une cinétique normaux.

Pour le traitement, une simple attitude de surveillance est décidée, basée sur l'imagerie et sur l'évaluation hormonale surtout pour les très rares cas des kystes de grande taille comme notre cas.

Une autre cause fréquente d'incidentalome est l'hypertrophie hypophysaire normale des jeunes femmes. Un examen soigneux des images IRM permet de la distinguer des tumeurs hypophysaires et des lésions infiltrantes afin d'éviter une chirurgie aussi lourde qu'inutile.

### Conclusion:

La découverte, de façon fortuite, d'un kyste hypophysaire est assez fréquente et justifie souvent l'avis d'un endocrinologue.

Faire la différence entre un kyste simple et une masse mixte kystique et solide, préciser sa topographie et évaluer son retentissement potentiel endocrinien et/ou endocrânien sont les principaux problèmes qui influencent de façon importante la décision thérapeutique.

Une surveillance peut être décidée lorsque la lésion est petite, non sécrétante et qu'on peut

## Kyste De La Neurohypophyse: À Propos D'un Cas

facilement la surveiller, et de ce fait reléguant la chirurgie à d'autres indications.

### Bibliographie :

1. E Meary, C Mellerio, O Naggara, M Petkova, M Gobin-Meteil, S Rodrigo, C Oppenheim, Jf Meder Démarche diagnostique en irm devant une lésion parenchymateuse cérébrale à composante kystique de l'adulte. *Jfr* **2009**.
2. Imagerie des lésions kystiques intracrâniennes. E. Giordana, s. Chanalet, I. Mondot, s. Stolar, b. Padovani - nice. Congrès **2009**.
3. F. Bonneville, F. Cattin, J.-F. Bonneville. Imagerie par resonance magnetique de la region hypophysaire : aspects pathologiques. *Emc* **2007** ; 31-630-a-10.
4. Anne G. Osborn. Michael T. Preece. Intracranial cysts: radiologic-pathologic correlation and imaging approach. *Radiology*: volume 239: number 3—june **2006**.
5. Preece Mt, Osborn Ag, Chin Ss, Smirniotopoulos Jg. Intracranial neurenteric cysts: imaging and pathology spectrum. *Ajnr am j neuroradiol*. **2006** jun-jul ; 27.
6. Ag Osborn, Si Blaser, Kl Salzman. *Diagnostic imaging: brain*. 1st ed. Salt lake city. Amirsys. **2004**.
7. F. Bonneville, F. Cattin, J.-F. Bonneville, G. Jacquet, G. Viennet, D. Dormont . Kystes de la poche de Rathke. *J.neuroradiol*.**2003**; 30:238-248.
8. F Domengie, Mc Petit-Lacour, C Iffenecker, D Doyon. *Exploration radiologique de la region hypophysaire*. *Emc* **2001**; 10-017-e-10.

**How to Cite: Chakdoufi , S. ., & Guerboub, P. A. (2023). Kyste De La Neurohypophyse : À Propos D'un Cas. Journal of Medical Research and Health Sciences, 6(3), 2484–2489. <https://doi.org/10.52845/JMRHS/2023-6-3-3>**