

Kyste arachnoïdien supra sellaire à propos d'un cas

A –rahal D-meskiné

Laboratoire d'endocrinologie et métabolisme Alger

EPH bologhine Alger Algerie

I. INTRODUCTION

LES kystes arachnoïdiens représentent 1 % des tumeurs intracrâniennes. Ils sont plus fréquents chez l'homme. . Dans 50 % des cas ils sont de localisation intra- ou parasellaire, en particulier **suprasellaire**. **Congénitaux**, ils sont liés à une anomalie de développement des espaces subarachnoïdiens qui forment un diverticule arachnoïdien qui fait hernie à travers un diaphragme sellaire incomplet. Ils peuvent être aussi **secondaires** à une arachnoïdite post infectieuse, à une hémorragie.

II. **Observation** : Nous rapportons le cas de la patiente A-K qui consulte à l'âge de **21 ans** pour nanisme avec aménorrhée secondaire.

- **À l'examen** : le poids est normal, la taille est à **139 Cm (- 4 DS)** nanisme harmonieux.

Des signes d'insuffisance gonadotrope : classée S3 P3 A3 de tanner avec une aménorrhée secondaire.

Le reste de l'examen retrouve des mouvements pendulaires de la tête. Exagérée par le stress et la fatigue.

- **L'exploration hormonale révèle** :

un déficit complet en hormone de croissance, ainsi qu'une insuffisance gonadotrope sans déficit thyroïdienne ni corticotrope

devant ces déficits hypophysaires, on réalise une IRM hypophysaire qui révèle :

- **L, IRM cérébrale** retrouve une volumineuse formation kystique extra axiale, supra sellaire mesurant 66X63 X52 mm de **signal identique à celui du LCR**, elle comprime les ventricules latéraux en haut ainsi que le V3, elle présente une large base d'implantation au niveau de l'os sphénoïdale faisant empreinte sur le lobe temporelle gauche. **Très évocateur d'un kyste arachnoïdien suprasellaire** ;

Par ailleurs : le bilan ophtalmologique est normal.

L'exploration de la densité osseuse retrouve **une ostéoporose sévère**

Devant ce volumineux kyste la patiente est adressée en urgence en neurochirurgie elle bénéficie par voie endoscopique d'une évacuation et dérivation du kyste dans le 3^{me} ventricule.

L'IRM de control faite 3 années après le geste chirurgical (patiente perdue de vue) retrouve la persistance d'une formation kystique extra axiale , suprasellaire de **55 x 35 x 29 mm** se présentant en hypo signal homogène sur les séquences T1 et hyper signal T2 identique à celui du LCR

La formation soulève le plancher du V3 avec comme conséquence une dilatation des ventricules latéraux sans signes de résorption trans épendymaires,, en bas , il s'étend jusqu'en regard de la protubérance annulaire réalisant une empreinte sur le mésencéphale

Par ailleurs il Ya une extension intra sellaire laminant le parenchyme pituitaire réduit à un fin liseré

- **Discussion**

Chez notre patiente le retard de croissance évolue depuis l'enfance malgré de nombreuses consultation aucune exploration hormonale ni même morphologique n'a été envisagée

Ces kystes arachnoïdiens restent assez rare les diagnostics différentiels sont multiples mais l'aspect IRM permet d'exclure les adénomes kystiques, les kystes de la poche de RATHKE et le craniopharyngiome qui présentent une densité et un signal différent de celui du LCR en raison d'un contenu protidique plus élevé

, malheureusement la prise en charge a été tardive **22 ans** malgré une symptomatologie bruyante entravant le **pronostic statural et osseux de la patiente**

Sur le plan thérapeutique elle bénéficie d'un traitement chirurgical par voie basse, l'absence d'IRM post opératoire précoce ne permet pas de juger la qualité du geste chirurgical ; néanmoins elle reste stable

Le retentissement hypophysaire du kyste a entraîné un double déficit somato et gonadotrope sans retentissement ophtalmologique ; seul le déficit gonadotrope a été substitué et la patiente est mise sous oestroprogestatifs

III. **Conclusion** Les kystes arachnoïdiens sont des collections de liquide céphalo-rachidien qui sont situées dans les espaces sous-arachnoïdiens, ce sont des malformations congénitales qui se situent dans 10 % des cas au niveau de la citerne supra-sellaire, se manifestent par un hypopituitarisme et un "Bobble head doll syndrome".

Le diagnostic préopératoire des kystes arachnoïdiens est très important car l'approche sous frontale serait préférable car dénuées de complications post opératoires.