

On considère classiquement que les kystes de la poche de Rathke (KPR) sont des lésions bénignes développées à partir de reliquats épithéliaux de la poche de Rathke. Cette poche issue d'une excroissance du stomodeum, ou cavité orale primitive, va s'individualiser puis affronter un autre diverticule issu du tube neural : le processus infundibulaire, le tout formant ainsi la glande pituitaire. La lumière résiduelle de cette poche s'obstrue le plus souvent, mais peut parfois persister et donner une fente bordée d'un épithélium de type respiratoire pouvant produire du mucus. L'accumulation des sécrétions de cet épithélium serait à l'origine d'une dilatation de cette fente et donc de la formation d'une lésion expansive kystique située exactement entre l'anté et la posthypophyse, appelée kyste de la poche, ou de la fente, de Rathke.

Les KPR sont des lésions extrêmement fréquentes retrouvées dans 13 à 22 % des hypophyses normales lors de séries autopsiques. Ces kystes sont majoritairement petits (moins de 3 mm) intrasellaires et asymptomatiques. Leur découverte fortuite est de plus en plus fréquente en IRM. Beaucoup plus rarement, les KPR peuvent devenir symptomatiques en grossissant et en comprimant les structures voisines (antéhypophyse, tige pituitaire, chiasma optique). Les céphalées seraient expliquées par la mise en tension du diaphragme sellaire par une kyste suffisamment volumineux, comme dans notre observation.

En imagerie, on décrit habituellement les KPR comme des lésions kystiques intrasellaires ou intra et supra-sellaires, bien limitées, volontiers arrondies, sur la ligne médiane, d'une densité identique ou proche du liquide cérébro-spinal (LCS), ne prenant pas le contraste et ne comportant pas de calcification. L'aspect en IRM est très variable et le diagnostic différentiel avec d'autres lésions kystiques de la région sellaire peut être difficile (adénome kystique, crâniopharyngiome, kyste arachnoïdien, kyste épidermoïde). Le signal est en effet variable et dépend du contenu biochimique du kyste. Il varie tant en T1 qu'en T2 d'un hyposignal franc à un hypersignal intense, avec toutes les combinaisons possibles. On peut toutefois regrouper ces kystes de signaux différents en 2 grandes sous-catégories:

- des kystes d'un contenu séreux, clair et fluide, qui apparaissent en hyposignal T1 et hypersignal T2, c'est-à-dire d'un signal liquidien identique ou proche de celui du LCS
- des kystes d'un contenu mucoïde épais, crémeux et visqueux, qui présentent un hypersignal T1 et un hyposignal T2 marqués. Cet hypersignal T1 homogène, sans niveau liquide-liquide, que l'on retrouve dans au moins 50% des KPR et qui reste très évocateur du diagnostic, est attribué à une concentration en protéines élevée. Ainsi, on comprend mieux qu'entre ces deux types extrêmes de signal, liquidien et mucoïde, toute une gamme de tonalité de signal existe et dépend essentiellement de la teneur en protéines du contenu et de son degré d'hydratation.

Cet hypersignal T1 doit être différencié du saignement récent d'un adénome hémorragique, principal diagnostic différentiel des formes intrasellaires de KPR. Le signal des KPR est en général parfaitement homogène, tant en T1 qu'en T2. Le sang, présent à des stades de dégradation différents dans l'adénome hypophysaire, a par conséquent un signal hétérogène sur toutes les séquences, particulièrement net sur le T2. De plus, ces produits de dégradation sanguins présentent rapidement une sédimentation déclive dans les adénomes et forment ainsi des niveaux liquide-liquide.

Les KPR sont des lésions qui ne prennent habituellement pas le contraste : ni les parois du kyste ni son contenu ne se rehaussent après injection de Gadolinium. A l'opposé, une prise de contraste doit faire évoquer un crâniopharyngiome. Cependant, les KPR intrasellaires purs, situés entre l'anté et la posthypophyse peuvent être entourés d'un rehaussement de signal après Gadolinium, correspondant à l'hypophyse saine tassée située au contact de ces lésions.

En résumé, si le signal, la taille, l'homogénéité, la topographie, et le comportement après injection de Gadolinium des KPR sont extrêmement variables, un aspect est cependant quasi pathognomonique, et fréquent: lésion sellaire, située en pleine ligne médiane exactement entre l'anté et la posthypophyse, apparaissant en hypersignal T1 et hyposignal T2, parfaitement homogène, sans niveau liquide-liquide et sans aucune prise de contraste après injection de Gadolinium.