

Le diabète insipide central partiel acquis à imagerie par résonnance magnétique normale : à propos d'un cas :

N.ANDZOUANA ;M.RCHACHI;S.MATALI; H.EL OUAHABI ; F.AJDI
Service d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques CHU Hassan II. Fès

INTRODUCTION

Le diabète insipide central (DIC) acquis est une affection qui résulte le plus souvent d'une atteinte anatomique du système hypothalamo-post-hypophysaire(HH) (1).Dans certains cas, l'imagerie hypophysaire et le test de restriction hydrique ne permettent pas de retenir un diagnostic. Nous rapportons l'intérêt du test thérapeutique à la desmopressine

Observation médicale

Mr M.H âgé de 55ans, présentant depuis une année un syndrome polyuro-polydipsique à 6litres d'entrées et sorties. Il n'a pas d'antécédents particuliers. L'examen note une absence de signes de déshydratation, une pression artérielle à 120/70mmHg, pas de signes en faveur d'une maladie infiltrative.le bilan note une glycémie normale à 1.04g/l,HbA1C=5.2 %, la calcémie corrigée à 87mg/l, une kaliémie normale à 4.3meq/l.L'IRM hypothalamo-hypophysaire est normale, notamment conservation de l'hypersignal de la post-hypophyse, tige pituitaire fine et centrée. Le test de restriction hydrique ne note pas de signes d'intolérance,poids et hémodynamique stables. L'osmolalité plasmatique moyenne 291.91mosmol/kg, l'osmolalité urinaire à 250mosmol/kg en moyenne. Un test thérapeutique au minirin a permis d'améliorer la symptomatologie avec 2.3litres d'entrées-sorties avec natrémie normale.

DISCUSSION

Le diabète insipide central (DIC) est défini par l'excrétion anormalement importante d'urines diluées, secondaire à une carence absolue ou relative en vasopressine endogène et sensible à la vasopressine exogène (2-3),d'origine soit acquise soit congénitale.la gravité du diabète repose sur le risque de déshydratation aigue, responsables des complications sévères, pouvant engager le pronostic vital. Les étiologies du diabète insipide sont nombreuses,les causes acquises marquées par les processus tumoraux hypothalamo-hypophysaires,les maladies infiltratives,auto-immunes ,traumatiques et les causes congénitales dominées par une malformation de la tige pituitaire,une anomalie du gène de l'ADH.les causes congénitales ont un debut précoce,tandisque l'IRM hypothalamo-hypophysaire permet de visualiser une anomalie de la région,et d'apprécier l'hypersignal de la post hypophyse dont l'absence est fortement évocatrice d'un diabète insipide central.

Notre patient a présenté le syndrome polyuro-polydipsique a l'age de 54ans ce qui rendait peu probable l'hypothèse d'une cause congénitale.l'IRM hypothalamo-hypophysaire réalisée après avoir écarté les cause évidentes du syndrome polyuro-polydipsique,ne notait pas d'anomalie de l'hypophyse,ni de la selle turcique. D'où l'interet du test de restriction hydrique,qui a été réalisé en milieu hospitalier(3).le diagnostic de diabète insipide est porté par la présence d'une déshydratation associée à une hypo osmolalité urinaire (osmolalité urinaire<300mosmol/l),pour des osmolalités urinaires comprises entre 300 et 750mosmol/l ,le diagnostic de diabète insipide partiel est évoqué.notre patient n'a pas présenté de signes cliniques de déshydratation, concordant avec des osmolalités plasmatiques inferieures à 320mosmol/l,cépendant les urines demeuraient hypotoniques avec une osmolalité urinaire à 250mosmol/l,ce qui conforte le diagnostic d'un diabète insipide

Pouvant être central ou néphrogénique. Le test à la desmopressine permet de différencier un diabète insipide central d'un diabète insipide néphrogénique(4).la régression ou non du syndrome polyuro-polydipsique sous minirin(desmopressine),la variation de l'osmolalité urinaire durant les quatre qui suivent l'administration du minirin sont autant d'éléments qui permettent d'en établir la différence.

Chez notre patient le tes thérapeutique au minirin a permis une amélioration du syndrome polyuro-polydipsique,allant de 6litres avant le traitement à 2.3 litres au cours du traitement.celà témoigne de la sensibilité rénale à l'action de l'ADH permettant d'écarter le diagnostic de diabète insipide néphrogénique.

La prescription du minirin pendant ne s'est pas accompagnée par ailleurs d'une hyponatrémie, trouble rencontré en cas de potomanie. L'absence de signes de déshydratation ,l'hypotonie urinaire et la réponse favorable au minirin sans hyponatrémie, nous a permis de retenir l'hypothèse d'un diabète insipide central acquis

CONCLUSION

Le diabète insipide central à IRM hypothalamo-hypophysaire normale, nécessite la réalisation du test de restriction hydrique qui dans certains cas peut être non concluant, surtout en l'absence de déshydratation posant la difficulté diagnostique entre une polydipsie primaire et un diabète insipide partiel. Le test au minirin avec mesure de la natrémie permet de faire la part entre les deux entités.

Références:

1 -J.P.Chavoin.gynecomastie *Chirurgie plastique et esthétique*, 2009, P153-157

2-N. Matoussi, K. Aissa, Z. Fitouri, M. Hajji, S. Makni, I. Bellagha, S. Ben Becher. **Diabète insipide central : difficultés diagnostiques**.*Annales d'Endocrinologie*, Volume 69, Issue 3, June 2008, Pages 231-239

3-H. Aloulou, S. Triki, A. Ahmed, T. Kammoun, M. Hachicha **Le diabète insipide central chez l'enfant : étude de six observations**. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Volume 20, Issue 7, November 2007, Pages 289-294

4-Denis Morin. **Pathologies du récepteur V₂ de la vasopressine : diabète insipide néphrogénique congénital et syndrome d'antidiurèse inappropriée néphrogénique**.

Néphrologie & Thérapeutique, Volume 10, Issue 7, December 2014, Pages 538-546