

# Un cas de diabète insipide atypique



L. Hergott<sup>a</sup>, A. Beeli<sup>a</sup>, N. Zenati<sup>a</sup>, D. Nelson<sup>a</sup>, H. Mutlu<sup>a</sup>, M. Rasamisoa<sup>a</sup>, M. Tschudnowsky<sup>a</sup>  
<sup>a</sup>, service de diabéto-endocrinologie, CH Louis Pasteur de Dole

## INTRODUCTION

Nous rapportons le cas d'un patient de 70 ans atteint d'un adénocarcinome bronchique ayant présenté un diabète insipide

## OBSERVATION

- M. B, 70 ans : dyspnée aiguë -> épanchement péricardique  
découverte adénocarcinome bronchique métastatique
- Syndrome polyuro-polydipsique de début brutal ; Diurèse : 7 L/24h
- Biologie à l'entrée :
  - Na : 149 mmol/L ; Glycémie : 1.35 g/L ;
  - Osmolarité plasmatique : 315 mOsm/kg ;
  - Osmolarité urinaire : 163 mOsm/kg
  - ADH : 0.7 pmol/L
  - Reste du bilan hypophysaire sans anomalie
- Test au Minirin : Osmolarité P et U : T+1h : 305 et 163 mOsm/kg ;  
T+2h : 301 et 175 mOsm/kg ;  
T+3h : 300 et 195 mOsm/kg ;  
T+4h : 290 et 216 mOsm/kg
- IRM hypophysaire : pas d'anomalie décelée
- Traitement : Minirinmelt -> disparition du syndrome polyuro-polydipsique

## DISCUSSION

- Cancer pulmonaire à petites cellules : cause la plus fréquente de SIADH ou syndrome de Schwartz-Bartter. Diabète insipide plus rarement décrit.
- Cancer du sein et pulmonaire : les plus fréquemment responsables de métastases hypophysaires.
- Diagnostic ante mortem de métastases hypophysaires difficile car la majorité des lésions est cliniquement silencieuse et indécélable radiologiquement.

## BIBLIOGRAPHIE

- Schleich FI et al. Diabète insipide dans le cadre d'un carcinome pulmonaire à petites cellules : un paradoxe ? Ann. Endocrinol., 2005 ; 66, 4 : 355-360
- Castinetti F et al. Pathologies de l'hormone antidiurétique. Mises au point cliniques d'endocrinologie. Paris. Nov 2012