

Aspects cliniques et étiologiques du diabète insipide central acquis

C. Mhedhebi*^a (Dr), I. Ben Nacef^a (Pr), I. Rojbi^a (Dr), N. Souissi^a (Dr), N. Mchirgui^a (Pr), K. Khiari^a (Pr)

^a Service d'endocrinologie, Hôpital Charles Nicolle de Tunis, Faculté de Médecine de Tunis, Tunis, TUNISIE

Introduction :

Le diabète insipide central (DIC) est une pathologie rare, caractérisée par une perte hydrique, par défaut de sécrétion d'ADH. Cette pathologie pose le défi de la confirmation diagnostique, qui peut s'avérer difficile en dehors d'un contexte clinique évocateur. De plus, le diagnostic impose la recherche d'une étiologie dont va dépendre le traitement.

Patients et méthodes :

Etude rétrospective qui a colligé 21 dossiers de patients hospitalisés à notre service de 1990 à 2020, et diagnostiqués de DIC. Ont été exclus les DIC transitoires post-opératoires. Pour chaque patiente, nous avons étudié les paramètres clinico-biologiques, les données de l'IRM, ainsi que le moyen de confirmation diagnostique et l'étiologie retenue.

Résultats :

- L'âge moyen était de $29,6 \pm 12,5$ ans, et le sex-ratio de 1:2.
- Seuls 20% des patients avaient des antécédents de pathologies pouvant causer un DIC.
- L'épreuve de restriction hydrique (ERH) a été pratiquée chez 13 patients. Elle était concluante dans 61,6% des cas. Elle a été arrêtée pour une déshydratation dans 2 cas.
- L'IRM hypophysaire était pathologique dans 83,3% des cas où elle était pratiquée. Les deux signes les plus retrouvés étaient la perte de l'hypersignal T1 physiologique (78,6% des IRM pathologiques) et l'atteinte de la tige pituitaire (50%) (**figure 1**).
- Une atteinte antéhypophysaire associée au DIC a été retrouvée chez 58,8% des patients. Parmi eux, 80% présentaient une atteinte de l'axe corticotrope, ce qui en fait l'atteinte la plus fréquente.
- Pour le diagnostic étiologique, les deux étiologies majoritaires étaient les causes tumorales (avec 3 cas de germinome) et infiltratives (2 cas d'histiocytose et 1 cas de sarcoïdose), correspondant respectivement à 14,3% de l'effectif. Mais dans la grande majorité des cas (57,1%), aucune étiologie n'a été retrouvée (**figure 2**).

Figure 1 : Atteintes IRM retrouvées dans le cadre du DIC

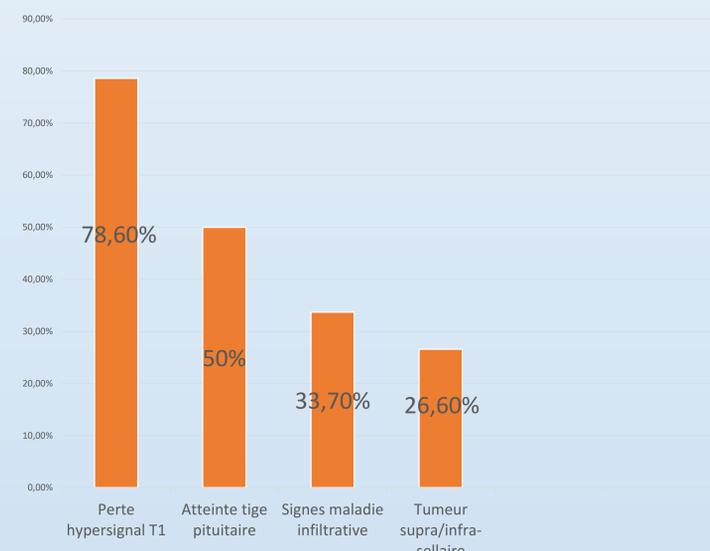
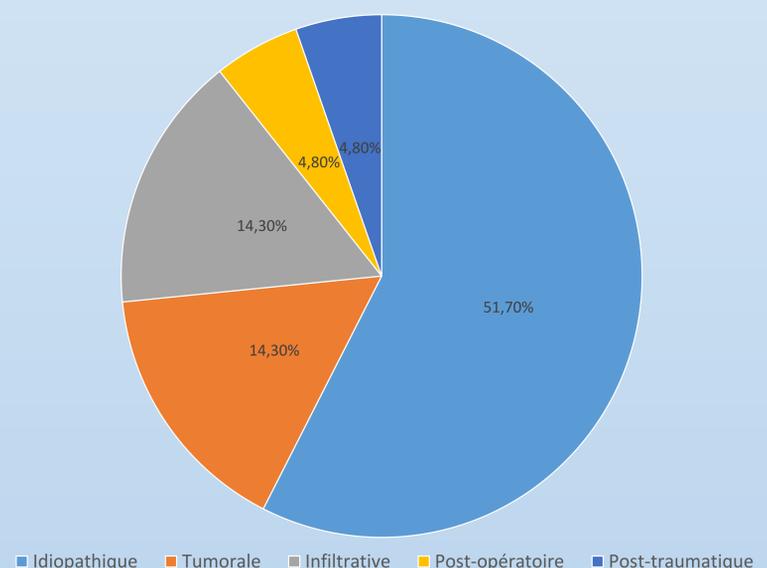


Figure 2 : Diagnostic étiologique du Diabète Insipide Central



Discussion :

- Nos résultats concordent avec les données de la littérature concernant l'apport de l'ERH dans le diagnostic de DIC, dont la sensibilité serait de 70%. Cela est dû au diagnostic différentiel avec la polydipsie primaire et les formes partielles de DI. Certains auteurs recommandent le dosage de la copeptine en complément de l'ERH pour en améliorer la sensibilité.
- L'IRM hypophysaire est donc un complément précieux pour la confirmation diagnostique du DIC, en retrouvant des anomalies radiologiques évocatrices dans un contexte de polyurie hypotonique[2].
- Concernant le profil étiologique, notre étude illustre la difficulté diagnostique que posent les nombreuses formes apparemment idiopathiques, et qui seraient en rapport avec une hypophysite auto-immune. Du fait de l'absence d'un test immunologique fiable permettant le diagnostic de cette entité, certains aspects retrouvés à l'IRM permettent là-encore d'orienter le diagnostic, à côté des antécédents personnels d'auto-immunité[3].

Conclusion :

Le DIC est une pathologie rare, le plus souvent secondaire à une atteinte de la région hypothalamo-hypophysaire. Cette atteinte est rarement rendue évidente par un contexte clinique évocateur. De ce fait, la combinaison des moyens diagnostiques, en l'occurrence l'ERH et l'IRM hypophysaire, est souvent nécessaire pour la confirmation diagnostique. L'IRM a également un apport dans le diagnostic étiologique, dominé par les formes idiopathiques.

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêt.

Références :

- [1] Fenske W, Quinkler M, Lorenz D, et al. Copeptin in the differential diagnosis of the polydipsia-polyuria syndrome—revisiting the direct and indirect water deprivation tests. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011;**96**(5):1506-1515.
- [2] Moses AM, Clayton B, Hochhauser L. Use of T1-weighted MR imaging to differentiate between primary polydipsia and central diabetes insipidus. *AJNR Am J Neuroradiol.* 1992 Sep-Oct;**13**(5):1273-7.
- [3] Pivonello R, De Bellis A, Faggiano A, et al. Central diabetes insipidus and autoimmunity: relationship between the occurrence of antibodies to arginine vasopressin-secreting cells and clinical, immunological, and radiological features in a large cohort of patients with central diabetes insipidus of known and unknown etiology. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;**88**(4):1629-1636.