

Hyponatrémie dans les suites d'une chirurgie hypophysaire

Fabien AROUS, Nadège LAGUERRE, Stéphanie MALVAUX, Ludovic COUPEZ, Pierre CUNY
CHR Metz-Thionville

Nous rapportons 3 cas d'hyponatrémie sévère et symptomatique, survenue dans les suites d'une chirurgie hypophysaire...

Cas 1 Mme D.Frédérique 49 ans

Chirurgie d'un kyste de la poche de Rathke, révélé à l'occasion des troubles visuels transitoires. Suites opératoires simples si ce n'est la mise en évidence d'une insuffisance antéhypophysaire, non attendue dans ce contexte... Supplémentation instaurée sur le plan thyroïdienne et corticotrope. Sortie permise à J5 de l'intervention.

Admission aux urgences à J10 dans le cadre de signes digestifs à type de nausées et vomissements avec mise en évidence d'une **hyponatrémie sévère à 116 meq/l**. Notion récente de réduction de la supplémentation thyroïdienne puis corticotrope.

Reprise de la supplémentation hormonale avec majoration de l'hydrocortisone et restriction hydrique dans le doute d'une sécrétion inappropriée d'ADH (SIADH). Normalisation de la natrémie à J15.

Cas 2 Mme G.Joelle, 59 ans

Chirurgie d'un volumineux macroadénome non sécrétant avec envahissement du sinus caverneux et refoulement du chiasma optique, révélé par des troubles visuels. Suite opératoire simple si ce n'est l'insuffisance anté et post hypophysaire attendue dans le contexte. Sortie à J7 sous supplémentation corticotrope et thyroïdienne et sous Minirinmelt...

Réadmission à J 30 dans contexte d'état nauséux avec **hyponatrémie à 124meq/l**. Notion de fébricule 48h auparavant. Traitement symptomatique et renforcement de la supplémentation corticotrope permettant de normaliser la natrémie en a peine 72h. Insuffisance corticotrope retenue dans les suite épisode viral.

Cas 3 Mr L.Stefano, 57 ans

Chirurgie d'un macroadénome non sécrétant, révélé dans les suite de troubles visuels. Suites opératoires simples avec l'absence d'argument pour une insuffisance hypophysaire et décroissance de la supplémentation corticotrope mise en route en post opératoire. Sortie permise à J8.

Réadmission dans un hôpital de la région à **J12** aux urgences dans contexte de nausées, vomissements et vertiges avec mise en évidence d'une **hyponatrémie à 116meq/l**. Patient pris en charge aux soins intensifs avec mise en route d'hydrocortisone par voie intraveineuse à fortes doses sans amélioration...Patient transféré dans le service avec mise en place d'une restriction hydrique permettant une normalisation de la natrémie à J18. Sevrage progressif de la supplémentation corticotrope sans difficulté.

Discussion:

Le diagnostic de SIADH a donc été retenu dans les cas 1 et 3 en l'absence de réponse à la majoration de l'hydrocortisone, du délai de survenue et d'une réponse favorable à la restriction hydrique.

Dans le cas 2, hyponatrémie de survenue plus tardive, avec facteur déclenchant (épisode virale) et évolution rapidement favorable avec la majoration de l'hydrocortisone en faveur d'une insuffisance surrénalienne.

Le SIADH est une complication survenant entre J5 et J10 d'une chirurgie hypophysaire, moins connue mais de fréquence équivalente au diabète insipide. Cette dernière serait d'environ 10% notamment des formes symptomatiques avec 25 à 40% d'hyponatrémie plus modérées et asymptomatiques... Pas de facteurs prédictifs mis en évidence dans les séries publiées.

Il s'agit d'une complication non dénuée de risque en cas d'hyponatrémie sévère s'accompagnant de troubles neurologiques pouvant aller jusqu'à l'encéphalopathie hyponatrémique, d'où l'importance du diagnostic précoce...

Conclusion :

Le SIADH est donc une complication potentiellement sévère de la chirurgie hypophysaire à ne pas méconnaître... Du fait du délai de survenue, une informations quant aux signes évocateurs (nausée, aggravation de céphalées ou troubles de la conscience) doit être assurée auprès des patients. Le piège diagnostic dans ce contexte en étant l'insuffisance surrénalienne...