

Diabète insipide et maladies systémiques : a propos de 3 observations

Miniaoui Imène, Ghannouchi Neirouz, Atig Amira, Daadaa Sirine, Khalifa Mabrouk, Fethi Bahri.
Service de Médecine Interne – CHU Farhat hached – Sousse - Tunisie

Introduction :

Les étiologies des déficits de sécrétion de l'hormone antidiurétique (ADH) sont nombreuses et les causes systémiques non-endocriniennes doivent être évoquées. Nous rapportons trois observations de diabète insipide associé à des maladies systémiques.

Observation 1 :

Patiente âgée de 45 ans, est suivie pour Diabète insipide central depuis 10 ans, traité par Minirin. Elle consulte pour vertiges rotatoires associées à une baisse de l'acuité auditive. Le scanner cérébral et du rocher montre de multiples lésions ostéolytiques (figure 1) de même que les radiographies des os longs avec hyperfixation à la scintigraphie. Le diagnostic de myélome multiple ou de métastases osseuses a été éliminé, une histiocytose langerhansienne était retenu devant l'atteinte ORL, le diabète insipide et l'atteinte osseuse à type de lésions ostéolytiques diffuses bien que la biopsie de l'os temporal était non concluante avec des fragments très petits. Devant le risque de surdité, un traitement par corticothérapie a été prescrit associée a de la Vinblastine en perfusion hebdomadaire puis mensuelle. Ce traitement a conduit à une stabilisation des lésions osseuses, le diabète insipide a évolué pour son propre compte nécessitant toujours le Minirin®.

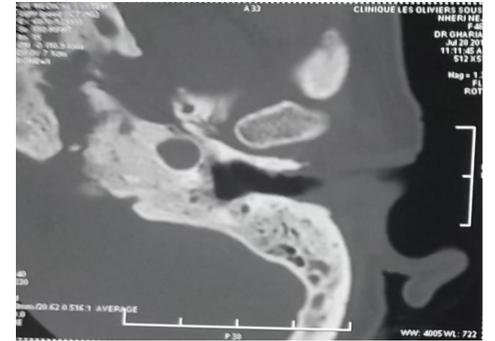


figure1- Coupe sagittale du rocher ; multiples lésions ostéolytiques

Observation 2 :

Patiente âgée de 54 ans, sans antécédents pathologiques notables, était adressée pour exploration d'un syndrome polyuropolydipsique associé à des épisodes récurrents d'hémoptysie et une sinusite chronique. L'examen physique objectivait un nodule thyroïdien gauche de 2 cm. Un test de restriction hydrique a permis de le diagnostic de diabète insipide et l'IRM hypophysaire a montré une augmentation du volume de l'hypophyse et de l'infundibulum avec disparition de l'hyper signal spontané de la post hypophyse (Figure 2). La radiographie de thorax montre la présence de multiples nodules bilatéraux. Ces nodules étaient excavés à la TDM thoracique avec un aspect d'hémorragie intra-alvéolaire. La positivité des anticorps anticytoplasme des polynucléaires vient conforter l'hypothèse d'une GA (maladie de Wegener) d'autant plus que l'examen anatomo-pathologique (figure3) du nodule thyroïdien a mis en évidence des lésions de vascularite avec une inflammation granulomateuse. En l'absence d'atteinte rénale, un traitement par corticoïdes et méthotrexate a été administré permettant de maîtriser la vascularite. Le diabète insipide a également évolué pour son propre compte justifiant toujours un traitement par Minirin®.



Figure 2 - IRM Hypophysaire en coupe sagittale : Augmentation de la taille de l'hypophyse - Perte de l'hyper signal spontané de la tige pituitaire

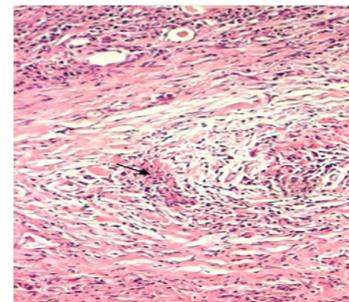


Figure 3 - infiltrat inflammatoire, entourant une paroi artériolaire, avec des cellules géantes multinucléées formant un granulome.

Observation 3 :

K L, patiente de 57 ans, aux antécédents de sarcoïdose depuis 3 ans, ayant bien évolué sous corticoïdes, s'est présentée, à 3 ans d'évolution, pour un syndrome polyuropolydipsique. Un test de restriction hydrique a permis le diagnostic de diabète insipide qui a bien évolué sous traitement par Minirin®.

Discussion :

Le diabète insipide central peut être en rapport avec plusieurs étiologies, post traumatique, post- opératoires, méningites,...des causes plus rares doivent être gardés à l'esprit.

La GA est une vascularite rare touchant les petits vaisseaux, sa prévalence est estimée entre 0,85 et 3 cas pour 100 000 habitants. Il s'agit d'une vascularite nécrosante, avec atteinte préférentielle des voies aériennes supérieures, des poumons et des reins, l'atteinte hypophysaire est exceptionnelle avec moins de 20 cas de localisation hypophysaire, décrits et il s'agit le plus souvent d'atteintes post- hypophysaires, révélées par un diabète insipide. L'imagerie hypophysaires, lorsqu'elles sont pratiquées, peuvent être normales ou montrer une infiltration de la tige pituitaire, voire une augmentation de taille de l'hypophyse, et souvent, une disparition de l'hyper signal spontané de la posthypophyse. Le diabète insipide n'a été révélateur de la GA, comme dans l'observation 2, que dans 3 cas.

L'HL est une maladie rare dont la présentation clinique, l'évolution et la gravité dépendent de la diffusion de l'atteinte et des organes touchés. Le diabète insipide est la manifestation endocrinienne la plus fréquente et son incidence varie de 15 à 20 %. Il traduit l'infiltration hypothalamique ou pituitaire et peut être révélateur de la maladie ou se manifester secondairement après la survenue des autres localisations.

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire granulomateuse. Elle se caractérise par un grand polymorphisme clinique. L'atteinte neurologique représente 3 à 5 % des observations. Il s'agit souvent d'une atteinte des nerfs crâniens. Le syndrome neuro-endocrinien a été décrit par infiltration granulomateuse hypothalamique se compliquant d'un diabète insipide.