



# Cétose diabétique inaugurale révélant un syndrome hypothalamique post-opératoire

M. Amjad<sup>\*a</sup> (Dr), A. Yassine<sup>a</sup> (Dr), S. Ech-Cherif Elkettani<sup>a</sup> (Dr), S. Leghlimi<sup>a</sup> (Dr), A. Chraïbi<sup>a</sup> (Pr)  
<sup>a</sup> Service d'endocrinologie, Diabétologie et maladies métaboliques CHU Ibn Sina, Rabat, MAROC

## INTRODUCTION

Le syndrome hypothalamique est une affection grave due à un dérèglement des centres nerveux du plancher du 3<sup>ème</sup> ventricule (centre de la soif, de la satiété, de la régulation thermique...)

Ce syndrome peut être secondaire à l'infiltration tumorale de l'hypothalamus ou iatrogène à la suite d'une chirurgie ou radiothérapie. Il associe une obésité, des troubles sévères du comportement alimentaire et de troubles endocriniens et métaboliques multiples, des troubles neurovégétatifs et d'anomalies hydroélectrolytiques.

Les facteurs prédisposant semblent être le jeune âge et l'étendue de la tumeur. Nous rapportons le cas d'un syndrome hypothalamique révélé par une cétose diabétique.

## OBSERVATION

Mlle C.GH âgée de 18 ans, sans antécédent pathologiques particuliers, opérée pour astrocytome hypothalamique bénin de grade 2 découvert devant une aménorrhée secondaire.

Les suites opératoires sont marquées par des troubles du comportement alimentaire avec boulimie, prise de poids excessive et un syndrome polyuropodypsique important.

L'aggravation du syndrome polyuropodypsique avec 6 réveils nocturnes a motivé la patiente à consulter; d'où la découverte d'une glycémie à 4 g/l avec une cétonurie et une glycosurie positives à 3 croix. A l'examen la patiente pèse 73 kg (+3DS) pour une taille de 1,56 m (-1DS) soit une obésité avec un index de masse corporelle à 30.5Kg/m<sup>2</sup>, les caractères sexuels secondaires stade III de Tanner, le reste de l'examen somatique est sans particularité.

Le bilan biologique a objectivé une natrémie correcte à 135 mEq/l, kaliémie à 4mEq/l, un taux d'HbA1c élevé à 12% avec un hypogonadisme hypogonadotrope, les autres axes endocriniens étaient non déficitaires et le bilan hépatique et lipidique étaient sans particularité. Le tableau clinico-biologique fait évoquer un syndrome hypothalamique postopératoire

Un protocole d'insulinothérapie intensifiée a permis d'obtenir une amélioration au bout de 6 h, relayé par un schéma d'insulinothérapie à deux injections. Le profil glycémique est resté déséquilibré sous 1UI/kg/j d'insuline avec aggravation de la prise pondérale.

## REFERENCES

1. Gan Hw. Neuroendocrine morbidity after pediatric optic gliomas: a longitudinal analysis of 166 children over 30 years. *2015 J Clin Endocrinol Med Jul 28*;jc20152028.
2. Collet-Solberg PF. Endocrine outcome in long-term survivors of low-grade hypothalamic/chiasmatic glioma. 1997. *Clin Endocrinol (Oxf) Jul*;47(1):79-85.

## DISCUSSION

Les gliomes sont les tumeurs cérébrales primitives les plus fréquentes chez l'enfant. Leur prise en charge est difficile en raison de la proximité des organes à risque; en l'occurrence l'hypothalamus, ils sont classés en fonction de leur morphologie et de leur degré de malignité (I à IV). Les gliomes de grade 2, considérés de bas grade, représentent 15% de l'ensemble des gliomes.

La chirurgie avec exérèse représente la première option thérapeutique pour ce type de tumeur. Cependant les adhérences avec les noyaux hypothalamiques sont responsables de difficultés dans la prise en charge chirurgicale et d'une morbidité post-opératoire importante. d'autant plus s'il s'agit d'une localisation hypothalamique; comme c'est le cas de notre patiente.

En effet, le syndrome hypothalamique secondaire à la chirurgie des gliomes hypothalamique de bas grade se voit dans 53% des cas. Les facteurs pré-disposants semblent être le jeune âge et l'étendue de l'exérèse tumorale.

Le diabète rencontré dans ce syndrome est expliqué par l'existence au niveau hypothalamique d'une population de neurones glucosensibles dont la fonction peut être perturbée en cas d'atteinte hypothalamique ce qui conduit à une altération de la reconnaissance centrale des variations de la glycémie et peut être à l'origine des difficultés du traitement de diabète rencontré dans ce syndrome comme c'est le cas de notre patiente, chez qui une décompensation aiguë de son diabète a permis de poser le diagnostic du syndrome hypothalamique post opératoire, c'est un diabète qui reste difficile à équilibrer même sous forte dose d'insuline. Chez notre patiente le syndrome hypothalamique associé au diabète, des troubles du comportement alimentaire à type de boulimie avec une prise de poids très importante aggravé par l'insulinothérapie.

## CONCLUSION

Le diabète survenant dans le cadre du syndrome métabolique postopératoire associé aux complications aggrave la mauvaise qualité de vie de ces patients qui nécessitent une prise en charge précoce et multidisciplinaire.