



## LE DIABETE INSIPIDE, UNE PATHOLOGIE RARE EN REANIMATION AU CNHU DE COTONOU : A PROPOS D'UN CAS

HOUNKPE P C\*, LOKOSSOU T\*, AGBOTON B\*\*, KERERKOU A\*\*\*, SOHOU P\*\*\*\*, ATCHADE D\*.

\*Service Polyvalent d'Anesthésie-réanimation, CNHU, Cotonou

\*\*Service de Néphrologie, CNHU, Cotonou

\*\*\*Service d'Endocrinologie, CNHU, Cotonou

\*\*\*\*Service de Chirurgie Viscérale, CNHU, Cotonou

Correspondant : Pierre Claver Hounkpe Email : pierclav@yahoo.fr

### RESUME

Le diabète insipide est une maladie métabolique grave qui résulte d'un trouble hormonal. La prise en charge fait recourir souvent à la réanimation. Le but de l'article était de décrire les circonstances du diagnostic et de la prise en charge d'un diabète insipide de type néphrogénique chez un patient de 68 ans. L'apparition en postopératoire d'un syndrome confusionnel coiffant une polyurie a favorisé la suspicion d'une endocrinopathie. L'appui d'un plateau technique avancé a permis les explorations diagnostiques et d'en assurer une prise en charge adéquate. Il est recommandable d'éliminer un diabète insipide devant toute polyurie même apparue en période postopératoire.

**Mots-clés** : Diabète insipide, maladie grave, polyurie, diagnostic, prise en charge.

### ABSTRACT

**Diabetes non mellitus, a rare disease at the intensive care unit of the National University Teaching Hospital of Cotonou: About a case**

Diabetes non mellitus is a serious metabolic disease that results from a hormonal disorder. The management often requires critical care support. The purpose of this paper was to describe the circumstances of the diagnosis and management of a case of kidney origin non mellitus diabetes in a 68 year-old patient. The appearance of postoperative delirium styling polyuria held to suspicion of endocrine disorder. The support of an advanced medical platform had enabled diagnosis and ensured adequate care. It is advisable to think of diabetes non mellitus when occurs polyuria even in postoperative.

**Key-words**: Diabetes non mellitus, serious disease, polyuria, diagnosis, management.

### INTRODUCTION

Le diabète insipide est une maladie métabolique grave résultant de trouble hormonal qui se caractérise par une impossibilité des reins à assurer le mécanisme de dilution/concentration des urines, entraînant primordialement une polyurie [1, 2]. Il s'agit d'une pathologie grave dont les manifestations cliniques peuvent devenir bruyantes et nécessiter une prise en charge en réanimation. Le traitement est souvent long. Le but de cet article était de rapporter un cas dont le diagnostic peu aisé et la prise en charge ont nécessité la collaboration d'un service spécialisé sur un plateau technique avancé.

### OBSERVATION

Un patient de 68 ans a été admis en urgence pour un syndrome occlusif avec indication d'une colostomie de décharge. Les antécédents montraient notamment au plan chirurgical, une prostatectomie pour adénocarcinome avec PSA à 0,14 $\mu$ mol/l. Au plan médical le patient était sous Lithium depuis environ 20 ans suite à des épisodes d'accès maniacodépressif. Il n'a pas été signalé la réalisation d'un électroencéphalogramme(EEG) [3]. En per-

opératoire, il a été découvert une tumeur rectosigmoïdienne sténosante identifiée plus tard comme un adénocarcinome du sigmoïde.

Les suites opératoires immédiates ont été marquées par l'apparition d'un syndrome confusionnel prédominant sur une polyurie [4] de l'ordre de 3,5ml/kg/h rapportée les premiers jours à l'élimination des liquides perfusés en pré et peropératoire. Etaient notamment associées une hypernatrémie sévère qui atteignait 175mol/l [1, 5] et une perturbation du bilan rénal avec une créatininémie allant au double des limites physiologiquement admises. L'osmolarité plasmatique était à 358mosmol/l, inadaptée à l'osmolalité urinaire qui était à 308mosmol/kg [5].

Le patient fut évacué au bout de 10 jours d'hospitalisation sur un plateau technique avancé devant la persistance de ce tableau clinique évocateur d'une endocrinopathie notamment, l'aggravation de la polyurie qui atteignait 5ml/kg/h malgré l'apport d'eau plate par une sonde gastrique chez un patient qui avait par ailleurs une perception émoussée de la soif [6]. Les explorations avaient permis de

conclure à un diabète insipide néphrogénique secondaire au Lithium sur la base des résultats du test au Minirin\* (desmopressine) et de l'imagerie par résonance magnétique qui a montré la non interruption de la tige pituitaire malgré l'absence de l'hypersignal physiologique [2, 6]. La prise en charge décidée comportait essentiellement l'arrêt du Lithium, l'apport de sérum glucosé hypotonique à 2,5% [7,8] en fonction de l'évolution de la courbe boisson/diurèse et la prescription de la Desmopressine (Minirin\*),. Le patient a été régulièrement suivi selon une planification bien définie. L'évolution a été favorable avec une normalisation de l'ionogramme et du bilan rénal ainsi qu'une progression satisfaisante de la courbe boisson /diurèse.

### DISCUSSION

Le diabète insipide peut être secondaire soit à un défaut de sécrétion hypophysaire (diabète insipide central), soit à un défaut de réponse rénale à l'hormone antidiurétique (diabète insipide néphrogénique) [1, 2], c'est de ce dernier cas qu'il s'agit chez notre patient.

Les circonstances de la découverte : Les défaillances fonctionnelles postopératoires rapportées par **Ait Hssain** [9] pourraient avoir été un facteur aggravant de cette polyurie massive qui serait restée jusqu'alors infra clinique ou mal appréciée par le patient qui n'en aurait pas fait un motif de consultation. Le syndrome confusionnel en lui même n'est que la conséquence de cette polyurie qui s'était révélée en postopératoire. Les épisodes maniacodépresseurs qui ont motivé 20 ans plus tôt la prescription du Lithium, pourraient eux aussi en être depuis lors la conséquence.

Par ailleurs, en raison de la possibilité de survenue de conséquences neurologiques médicamenteuses en rapport avec le Lithium, une dysfonction hypothalamique due au Lithium ne pouvait totalement être exclue [10]. L'absence de la polydipsie due à la perte de la sensation de la soif peut être elle aussi en rapport avec une dysfonction hypothalamique et l'âge du

patient pourrait constituer un facteur surajouté [1]. Les explorations ayant permis le diagnostic sont classiques notamment le test à la Desmopressine (Minirin\*) qui permet d'évaluer la fonctionnalité de la posthypophyse. L'imagerie par résonance magnétique est constamment utile et met en évidence l'hypersignal physiologique [7].

Le Lithium : parmi les médicaments incriminés dans la toxicité rénale pouvant induire le diabète insipide néphrogénique, le Lithium est cité en chef de file [1] ; il peut s'agir alors d'une intoxication chronique chez ce patient traité au Lithium depuis 20 ans en raison de son élimination rénale très importante. Cependant, le taux sanguin thérapeutique du Lithium étant connu entre 0,5 et 0,8 mmol/l, un suivi de la lithiémie en cas de traitement de longue durée peut permettre d'éviter ou de retarder l'apparition de cette toxicité rénale [11, 12]. Au delà de ces mesures préventives, une atteinte rénale ne pouvait être définitivement évitée puisque cette toxicité rénale des médicaments est globalement de l'ordre de 16% [13].

Au plan thérapeutique et évolutif, la Desmopressine, DDAVP ou désamino-D-arginine vasopressine stimule sélectivement les récepteurs V2 des cellules des tubes collecteurs rénaux et peut ainsi compenser un déficit relatif d'hormone antidiurétique [2, 14] et favoriser la bonne évolution puisque, en réalité, il n'est pas décrit une toxicité rénale directe avec le Lithium mais plutôt une insuffisance rénale fonctionnelle en liaison avec une déshydratation [11].

### CONCLUSION

Le diabète insipide est une affection peu fréquente mais grave. Il est donc important d'avoir le réflexe de l'évoquer et de l'éliminer devant un signe clinique évocateur constant qu'est la polyurie et ce, quelles que soient les circonstances de l'apparition de cette polyurie. Il est donc indispensable d'élargir notre plateau technique avec l'acquisition d'un appareil pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- OFFENSTADT G, GUGLIELMINOTTI J. Dysnatrémies in Réanimation médicale. Elsevier Masson SAS, Paris, 2009 : 1376-81.
- 2- LEGER J. Hypophyse. EMC – Pédiatrie – Maladies infectieuses 2010 : 1-16 [Article 4-107-D-10].
- 3- MICOULAUD-FRANCHI J-A, BALZANI C, VION-DURY J. Electroencéphalographie conventionnelle et psychiatrie de l'adulte : aspects diagnostiques et thérapeutiques. EMC- psychiatrie 2013, 11 (1) : 1-8 [Article 37-151-c-10].
- 4- WEISS N. Syndrome confusionnel et coma. EMC-AKOS (Traité de Médecine) 2010 : 1-8 [Article 5-0751].

- 5- PETITCLERC T. Anomalies de l'équilibre hydrosodé. EMC-Néphrologie 2011 : 1-12 [Article 18-034-A-10].
- 6- BICHET DG. Physiologie et physiopathologie de la soif. EMC-Endocrinologie-Nutrition 2013 ; 10(3) :1-9 [Article 10-308-E-10].
- 7- BONNEVILLE F, CATTIN F, BONNEVILLE J-F. Imagerie normale de la région hypothalamo hypophysaire. EMC-Radiologie et imagerie médicale : musculosquelettique-Neurologique – Maxillofaciale 2013 ; 8(1) :1-14 [Article 30-810-A-20].
- 8- GRIMALDI A. Polydipsie-polyurie. EMC-AKOS (traité de Médecine) 2011 ; 7 (1) : 1-2 [Article 1-0920].
- 9- AIT HSSAIN A, AUMERAN C, LAUTRETTE A, SOUWEINE B. Défaillances fonctionnelles post opératoires in Réanimation médicale. Elsevier Masson SAS, Paris, 2009 : 1731-37.
- 10- GUITTON E, DURRIEU G, BAGHERI H. Effets indésirables neurologiques d'origine médicamenteuse. EMC-AKOS (Traitement de Médecine) 2010 : 1-9 [Article 5-0961].
- 11- JAEGER A. Intoxication par le lithium in Réanimation médicale. Elsevier Masson SAS, 2009 : 1594-96.
- 12- MOULIN M, COQUEREL A. Psychotropes in Pharmacologie. Masson, Paris, 2009 : 617.
- 13- KARIE-GUIGUES S, ISNARD-BAGNIS C, DERAY G. Toxicité rénale des médicaments in Réanimation médicale. Elsevier Masson SAS, Paris, 2009 : 1347-54.
- 14- LANDRY Y, GIES J-P. La vasopressine et l'ocytocine, récepteurs, ligands et thérapeutique in Pharmacologie. DUNOD, Paris, 2009 : 212.