

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — ENDOCRINOLOGIE — HYPOPHYSE · PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-HYP-DI · Version 2.0 — validée le 21/06/2026

DIABÈTE INSIPIDE — conduite à tenir

Objet

Diagnostiquer un diabète insipide (DI) — polyurie hypotonique par défaut d'ADH (central) ou résistance rénale (néphrogénique) — et le traiter en évitant les troubles de la natrémie.

CAT diagnostique

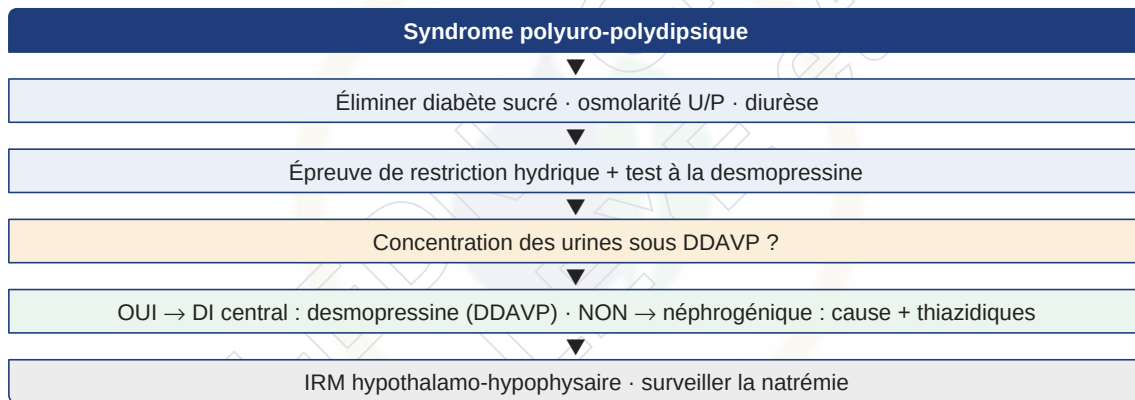
1. Signes cliniques

- **Syndrome polyuro-polydipsique** majeur : polyurie abondante et **diluée**, soif intense, nycturie.
- Risque de **déshydratation** et d'hypernatrémie si accès à l'eau limité (sujet âgé, troubles de conscience).
- Contexte : post-neurochirurgie/traumatisme (forme **triphasique**), tumeur de la région hypothalamo-hypophysaire, idiopathique.

2. Signes paracliniques

- Urines **diluées** (osmolarité urinaire basse) avec osmolarité/natrémie plasmatiques normales-hautes ; diurèse des 24 h.
- **Épreuve de restriction hydrique** ± test à la desmopressine : concentration des urines sous DDAVP → **DI central** ; absence de réponse → **DI néphrogénique**.
- **IRM hypothalamo-hypophysaire** (perte de l'hypersignal spontané de la posthypophyse ; recherche d'une lésion).
- Éliminer une polydipsie primaire et un diabète sucré (glycémie).

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **DI central : desmopressine (DDAVP)** (voie nasale, orale ou parentérale), titrée sur la diurèse et la natrémie ; assurer un libre accès à l'eau.
- **DI néphrogénique** : traiter la cause (médicaments, hypercalcémie, hypokaliémie), **diurétiques thiazidiques** + régime pauvre en sodium ± AINS ; apports hydriques adaptés.
- **Forme triphasique** post-neurochirurgicale : surveillance rapprochée de la natrémie (phases de DI puis de SIADH transitoire).
- **Traiter la lésion causale** si tumeur.

Surveillance

- Diurèse, **natrémie** et osmolarité ; poids ; éviter le surdosage en DDAVP (hyponatrémie).
- Surveillance étroite en post-opératoire (forme triphasique).

Points de vigilance

- Risque d'**hyponatrémie** par surdosage en DDAVP (limiter les apports hydriques excessifs).
- Chez le patient sans accès libre à l'eau : risque d'hypernatrémie sévère.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Diagnostic clinique + osmolarité/natrémie + épreuve de restriction hydrique (surveillée) ; IRM pour l'étiologie.
- Desmopressine à garantir pour le DI central ; thiazidiques accessibles pour le DI néphrogénique.
- Éducation : libre accès à l'eau, reconnaissance des signes de déshydratation ; surveillance de la natrémie.