

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

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

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

INSUFFISANCE ANTÉHYPOPHYSAIRE — conduite à tenir

Objet

Diagnostiquer un hypopituitarisme (déficit d'un ou plusieurs axes antéhypophysaires) et conduire la substitution — l'insuffisance corticotrope non substituée engage le pronostic vital.

CAT diagnostique

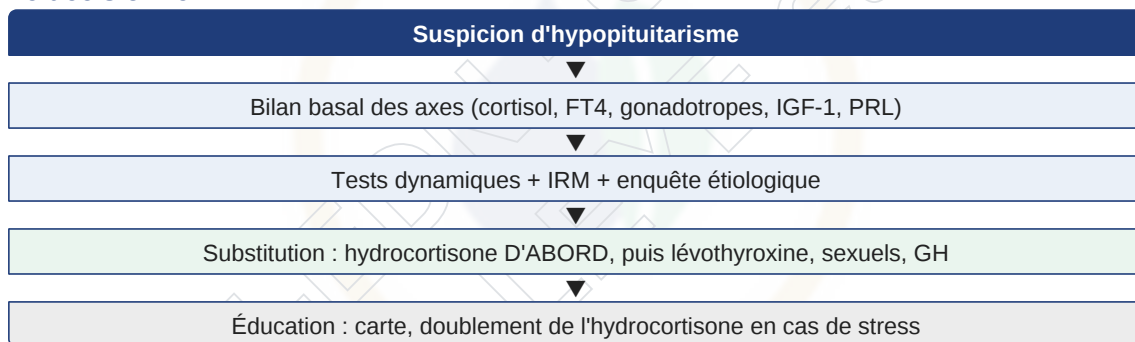
1. Signes cliniques

- **Déficit corticotrope** : asthénie, hypotension, hypoglycémie, amaigrissement (pâleur, sans mélanodermie).
- **Déficit thyroéotrope** : signes d'hypothyroïdie. **Gonadotrope** : aménorrhée/hypogonadisme, baisse de libido, infertilité.
- **Déficit somatotrope (GH)** : retard de croissance (enfant), asthénie/altération de la composition corporelle (adulte).
- Pâleur « cireuse », dépilation ; **syndrome tumoral** si adénome (céphalées, troubles visuels).

2. Signes paracliniques

- **Dosages basaux** : cortisol 8 h ($\pm$ ACTH), FT4 + TSH (TSH non interprétable seule), testostérone/oestradiol + FSH/LH, IGF-1, prolactine.
- **Tests dynamiques** (hypoglycémie insulinaire, Synacthène, etc.) selon les axes.
- **IRM hypothalamo-hypophysaire** ; enquête étiologique (adénome 1re cause, chirurgie/RT, **syndrome de Sheehan**, apoplexie, hypophysite, traumatisme crânien).

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Substitution par axe** : **hydrocortisone** (déficit corticotrope) — à **débuter AVANT la lévothyroxine** (risque de décompensation surrénale) ; **lévothyroxine** (thyroéotrope, suivi sur la FT4) ; **stéroïdes sexuels** (gonadotrope) ; **GH recombinant** (selon indication, surtout enfant).
- **Traiter la cause** (chirurgie d'un adénome, etc.).
- **Éducation thérapeutique +++** : carte d'insuffisant hypophysaire, **doublement/triplement de l'hydrocortisone** en cas de fièvre/stress/chirurgie, hydrocortisone injectable d'urgence.

Surveillance

- Clinique + dosages (FT4, cortisol selon schéma, IGF-1, stéroïdes sexuels) ; ajustement des doses.
- IRM de surveillance si lésion ; observance et règles d'adaptation.

Points de vigilance

- **Ne jamais débuter la lévothyroxine avant l'hydrocortisone** en cas de déficit corticotrope.
- Surmortalité par insuffisance corticotrope non couverte → éducation essentielle.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Hydrocortisone et lévothyroxine à garantir en continu ; substituer en priorité l'axe corticotrope.
- IRM et tests dynamiques peu accessibles : organiser le recours/téléexpertise ; substitution prudente après avis.
- Carte d'urgence + éducation de l'entourage ; penser au syndrome de Sheehan (post-partum hémorragique).