

RECHERCHE DE L'INSUFFISANCE HYPOPHYSAIRE APRÈS TRAUMATISME CRÂNIEN



Pour tous les traumatismes crâniens sévères
et en cas de signe clinique
après traumatisme léger ou modéré

1 En phase aiguë (*hors hospitalisation en réanimation*) : recherche de l'insuffisance surrénalienne et du diabète insipide.

Si patient en réanimation : les dosages et traitements ci-dessous ne s'appliquent pas, la prise en charge sera fonction de la situation.

↳ Insuffisance surrénalienne centrale (*déficit ACTH*) :
Dosage de cortisol plasmatique à J 5-10 après TC si signes clinico-biologiques suspects

Si cortisol < 11 µg/dL (300 nmol/L) → suspecter IS

Traitement par hydrocortisone 50 mg * 3/24h.
Puis décroissance rapidement progressive, selon état clinique.
Réévaluation lorsque le patient est stabilisé, avec dosage de cortisol plasmatique avant la prise d'Hydrocortisone +/- test au synacthène.
Arrêt du traitement possible si cortisol de base, ou à 1H post-synacthène > 18 µg/dl ; sinon : avis endocrinologue

↳ Diabète insipide (par déficit en ADH) :

- **diurèse** : excrétion de > 3 L d'urines /24h
- **ionogramme et glucose urinaire** : urines hypotoniques < 300 mosm/kg
- **natrémie** normale ou élevée > 145 mmol/l



Si les trois signes de diabète insipide sont présents :

- Traitement par Desmopressine, par exemple 60 µg per os. Mise en adéquation des apports hydriques IV+PO, aux sorties urinaires.
- Surveillance de la natrémie (pour éviter un surdosage). Adaptation du traitement en fonction des entrées/sorties hydriques, en lien avec l'endocrinologue.

2 À 3 et 6 mois post TC : évaluation de l'axe corticotrope, thyroïdienne, gonadotrope

- **Cortisol à 8H; T4L, TSH; prolactine**
- **Testostérone, LH, FSH chez l'homme** (*chez la femme : fonction de la clinique, notamment l'aménorrhée*)

3 À 12 mois post TC et si présence de FDR (cf infra) ou de signes cliniques :

- Évaluation de l'axe corticotrope, thyroïdienne, gonadotrope.
- Évaluation de l'axe somatotrope si patient candidat à un traitement, c'est-à-dire qu'il serait en accord avec l'introduction d'un traitement reposant sur des injections sous-cutanées quotidiennes.
- **Cortisol à 8H, T4L, TSH, prolactine**
- **Testostérone, LH, FSH chez l'homme** (*chez la femme : fonction de la clinique*)
- **Dosage de IgFI**

RÉÉVALUATION :

- Jusqu'à 5 ans
- Déficits possibles tardivement, même après TC mineur
- Suivi annuel si anomalie
- Récupération rare en phase chronique

4 FICHES SYNTHÈSE PAR AXE

Axe corticotrope : insuffisance surrénale d'origine centrale

Prévalence 10-12%

Clinique : déshydratation extra cellulaire, hypotension, douleurs abdo, vomissements, diarrhée, trouble conscience, convulsions, hyperthermie

Biologie : cortisol à 8h <11 ug/dl, hyponatrémie, hyperkaliémie, hypoglycémie

ACTH basse, aldostérone normale ou basse

Traitement : Hydrocortisone

Insuffisance post hypophysaire : diabète insipide

Prévalence 16-28% en phase aigüe, 7% en chronique
Apparaît surtout la première semaine post TC

Clinique : syndrome polyuro polydipsique

Biologie : natrémie normale ou élevée, urines hypotoniques < 300 mosm/kg.

En phase chronique: diagnostic par test de restriction hydrique pour patient avec DI persistant ou si symptômes évocateurs (si diurèse > 40 ml/kg/24H)

Traitement : Desmopressine (Minirin)



OptimiPS-TC

Optimisation du Parcours de Soins
de patients Traumatés Crâniens

Axe thyroïdienne : insuffisance thyroïdienne

Prévalence 6 à 11%

Clinique : hypométabolisme avec asthénie, hypothermie, bradycardie, constipation. Myalgies, troubles libido.

Biologie : T4L basse, TSH normale ou basse

Traitement : Lévothyroxin

Axe gonadotrope : hypogonadisme hypogonadotrope

Prévalence 34% les 3 premiers mois, 13% après 6 mois

Clinique : aménorrhée, baisse libido, dysérection, trouble fertilité, dépilation (homme), asthénie

Biologie : testostérone basse, LH et FSH normal ou bas

Traitement : supplémentation oestro-progestative chez les femmes avant l'âge de la ménopause, ou par testostérone chez les hommes

Axe somatotrope : insuffisance somatotrope

Prévalence 18-19% à 12 mois

Clinique : non spécifique chez l'adulte. Cassure staturale chez l'enfant. Fatigue, troubles cognitifs

Biologie : IgF1 normale ou diminuée

Dosage GH isolée : non informative

Diagnostic - par **test de stimulation** de la GH : hypoglycémie insulinique ou par Glucagon. Réalisé en milieu hospitalier.

Traitement : substitution en GH chez l'enfant, à discuter chez l'adulte