



ENDOCRINOLOGIE



PRÉSENTATION DU SERVICE

Patients : très variés, de tout âge, autonomes, bon état général

Service : arrivée à 8h30 le matin dans le service

Hospitalisation de semaine -> entrées en début de semaine, le mardi visite avec le chef de clinique (*présentation patients et nouvelles entrées*) et mercredi visite professorale. Jeudi staff avec tous les médecins et visite, vendredi cours, rangement des dossiers, préparation des entrées de la semaine suivante

Hospitalisation de jour -> patients viennent pour examens (*bio / imagerie*). Faire une observation (*à préparer la veille*) et un ECG puis le rapporter à l'interne



LEXIQUE

ADH = hormone anti-diurétique

ATS = antithyroïdien de synthèse

CLU = cortisol libre urinaire

CV = champ visuel

DDR = date des dernières règles

FCV = frottis cervico-vaginal

GH = hormone de croissance (*growth hormone*)

GMHNT = goitre multi-hétéro-nodulaire toxique

HGPO = hyperglycémie provoquée par voie orale

HTA = hypertension artérielle

MAI = maladie auto-immune

N/V = nausées/vomissements

PRL = prolactine

PTH = parathormone

SIADH = sécrétion inappropriée d'ADH

SMS = somatos-tatine

TA = tension artérielle

TDM = scanner

Tg = thyroglobuline

TPO = thyropéroxydase

T4L = T4 libre





RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Glande surrénale : corticosurrénale synthétise des hormones stéroïdes (*cortisol*, *aldostérone*, *androgènes*) et médullosurrénale synthétise catécholamines (*adrénaline* et *noradrénaline*)

Métabolisme phosphocalcique : régulé par la PTH (parathormone) +++ sécrétée par parathyroïde en cas de baisse du Ca plasmatique. 3 actions :

Rein -> + activation vitamine D, + réabsorption Ca, - réabsorption phosphore

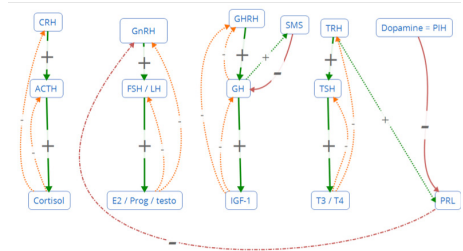
Intestin -> + absorption Ca²⁺ et P via la vitamine D

Os -> + ostéolyse qui entraîne la libération de Ca²⁺ et de P

Axes hypothalamo- adénohypophysaires :

Hypothalamus -> adénohypophyse -> glande périphérique avec un rétro-contrôle nég

Hypophyse dans la selle turcique du sphénoïde, au-dessus chiasma optique et tige pituitaire, en dessous sinus sphénoïdal, en latéral sinus caverneux (*nerfs crâniens III, IV, V, VI, carotide*)



PRINCIPALES PATHOLOGIES

Adénome micro ou macro hypophysaire : tumeur bénigne de l'hypophyse sécrétante ou non (*prolactinome*, *acromégalie*, *non-sécrétant*, *maladie de Cushing*). Accompagné parfois par insuffisance sur les autres axes (*apoplexie*) et syndrome tumoral (*compression des structures adjacentes si macro-adénome*). Autre tumeur : craniopharyngiome

Cancer thyroïdien

Hypo/hyperthyroïdie : cause auto-immune, idiopathique... Surtout en consultation

Incidentalome surrénalien : découverte fortuite d'une image tumorale sur une surrénale (*sd de Cushing*, *phéochromocytome*, *corticosurrénalome*)

Insuffisance surrénalienne

Hypoglycémie

Hyperparathyroïdie primaire



EXAMEN CLINIQUE

Examen clinique complet : cf fiche urgences/médecine interne, ici spécifique

INTERROGATOIRE

Les constantes : TA, pouls, variation du poids et IMC

MH et histoire de la maladie (**HdM**) : résumer les circonstances de découverte, évolution, traitements essayés, chirurgie, évolution des dosages hormonaux...

ATCD : personnels -> MAI +++, gynécologique, grossesse, FCV, mammographie, contraception, DDR si non-ménopausée, date ménopause

Familiaux -> pathologies endocriniennes ++

MdV (mode de vie) et facteurs de risque cardio-vasculaires (FDRCV)

Traitements : corticothérapie ? Préciser horaire des prises et posologies ++ et **allergie**

Signes fonctionnels : cf tableau donné dans le service -> en arrivant demander la fiche sur les signes d'hypo et d'hypersécrétion des hormones qui dépendent de l'axe hypothalamo-hypophysaire +++

EXAMEN PHYSIQUE

Classique : cardio vasculaire, pneumo, neuro, dig, uro, palpation thyroïde ++

Recherche des **signes d'hypo/hypersécrétion** selon contexte (cf tableau)

En post-chirurgie : demander si la chirurgie s'est bien passée, s'il y a eu des complications, quel type de chirurgie... regarder les cicatrices.

Chir adénome hypophysaire -> rhinorrhée claire ? (brèche ostéoméningée)

Si adénome hypophysaire : chercher un syndrome tumoral -> examen du champ visuel aux doigts (à env. 1m face au patient, lui demander de regarder droit devant, l'examineur place ses doigts à la limite de son propre CV et bouge les doigts, demander au patient s'il voit), examen oculomoteur, céphalée frontale et rétro-orbitaire



A NOTER SUR L'OBSERVATION

Organiser l'observation +++ car on est souvent amenés à présenter le patient

Nom, sexe, âge, MH (motif d'hospitalisation), ATCD et TTT

HdM : organiser par année/épisode puis par axe. Ne pas oublier de noter les valeurs, les unités et les normes des bio de l'époque (on regarde l'évolution+++)
et mettre les TTT en vigueur lors de ces bilans

État actuel : CLINIQUE +++ et les résultats complémentaires disponibles



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

ECG : systématique

Bio : urinaire -> CLU (*quantité de cortisol excrété dans les urines sur 24h*)

Métabolites de catécholamines (*méta et normétanéphrine*) augmentent en cas de phéochromocytome ou de paragangliome + dosage de la chromogranine A (marqueur des tumeurs endocrines)

Sanguin -> ionogramme, bilan phospho-calcique

dosages hormonaux statiques (*PTH, TSH...*) parfois à des moments précis du nyctémère (*cortisol à 0h ou 8h*) ; recherche d'anticorps (*anti TSH-R*)

Tests dynamiques : test de freination (*recherche hypersécrétion*) ou de stimulation (*hyposécrétion*) : HGPO -> acromégalie ? Norme GH < 0,4ng/mL

Freinage « minute » à la dexaméthasone -> hypersécrétion cortisol ? norme cortisolémie < 1,8g/dL // Synacthène -> analogue ACTH, insuffisance surrénalienne ou corticotrope ? Norme cortisolémie > 18 microg/dL

Imagerie : IRM hypophysaire -> adénomes + conséquences locales (*chiasma optique, sinus caverneux*). Micro-adénome = < 10mm, macro si > 10mm

Scintigraphie MIBG et MIBI (produits de contraste) -> MIBG pour les tumeurs adrénérgiques et MIBI pour les tissus parathyroïdiens

TEP-TDM -> tumeurs diverses (*bien noter le traceur*)



THÉRAPEUTIQUES

Chirurgie : adénome hypophysaire, surrénalectomie (*phéochromocytome, corticosurréalome*), thyroïdectomie (*cancer (K), hyperthyroïdie*)...

IRA-thérapie : on utilise la captation d'¹³¹I par la thyroïde pour la détruire

Médicaments : TTT substitutifs hormonaux pour compenser un déficit hormonal (Levothyrox/T4, hydrocortisone/cortisol, fludrocortisone/aldostérone, desmopressine/ADH, androtardyl/testostérone) // Agoniste dopamine -> prolactinome

Mitotane -> après chir de corticosurréalome pdt 3 ans, ou sd de Cushing

Analogue SMS -> acromégalie, tumeur carcinoïde

NOTES

