

Posters du 26^e congrès de la SFE[☆]

Neuroendocrinologie

P001

Amélioration des fonctions neurocognitives sous traitement par hormone de croissance chez des patients adultes déficitaires : résultats d'un essai thérapeutique ouvert

X. Piguel^a, R. Gil^b, M.-N. Farjaud^b, F. Torremocha^b, R. Maréchaud^b, S. Hadjadj^b

^a Endocrinologie, diabétologie, CHU La-Milétrie, Poitiers, France ; ^b CHU La-Milétrie, Poitiers, France

Introduction.— Des hypothèses physiopathologiques suggèrent qu'une diminution de la stimulation des récepteurs à la GH (hormone de croissance) et à l'IGF1 des cellules cérébrales pourrait être responsable d'une altération des fonctions cognitives chez les patients déficitaires en GH.

Patients et méthodes.— Nous avons réalisé une étude de type essai thérapeutique non contrôlé ouvert chez 25 patients : 20 personnes sous traitement par GH (cas) et 5 personnes sans traitement (témoins), présentant un déficit somatotrope acquis de l'adulte. L'étude a consisté en un suivi prospectif pendant 6 mois avec une évaluation neurophysiologique à l'inclusion et à 6 mois comportant différents tests : questionnaire de qualité de vie QLS-H[®], 2 barrages de Zazzo, trail making test, test de Grober & Buschke, Rey visual design learning test, WAIS III, échelle thymique de Goldberg.

Résultats.— Après 6 mois de traitement par GH, la qualité de vie s'améliore dans le groupe cas $0,1 \pm 0,8$ D.S. vs $-0,5 \pm 1,1$ ($p < 0,05$). Des améliorations significatives des tests neurocognitifs évaluant l'attention (2 barrages de Zazzo, trail making test) et la mémoire (test de Grober & Buschke) ont pu être constatées après 6 mois de traitements par GH chez les cas, tandis qu'aucune amélioration n'était notée chez les témoins. Des analyses post hoc suggèrent que les améliorations constatées sont corrélées aux augmentations des taux d'IGF1.

Conclusion.— Six mois de traitement par GH permettent une amélioration de la qualité de vie et des fonctions neurocognitives d'attention et de mémoire.

P002

Évolution des sécrétions hormonales au cours du mois de Ramadan

L.B.S. Hachmi^a, M. Ramahi^b, H. Smida^b, C. Bouzid^b, M. Charradi^b, A. El Khadhi^b, F. B'chir^c, Z. Turki^b, C. Ben Slama^b

^a Endocrinologie et maladies métaboliques, institut national de nutrition, Tunis, Tunisie ; ^b institut national de nutrition, Tunis, Tunisie ; ^c institut Pasteur, Tunis, Tunisie

But.— Étudier l'influence du jeûne du mois de Ramadan sur la sécrétion hormonale.

Sujets et méthodes.— Étude prospective qui a concerné 12 hommes, volontaires, sains, âgés de 22 à 26 ans, non obèses et faisant le jeûne. Chaque sujet a été exploré avant (j – 10) et pendant Ramadan (j20), 6 prélèvements ont été réalisés (dosage TSH, prolactine, FSH, LH, testostérone, cortisol, GH) à la même heure (14 h, 19 h, 21 h, 0 h, 6 h, 8 h) avec une prise alimentaire équivalente à 19 h et à 6 h.

Résultats.— Il n'y avait pas de variations significatives de la sécrétion de TSH, prolactine, FSH et LH pendant Ramadan aux différents temps. Le pic nocturne de GH à 0 h était conservé mais sa valeur postprandiale à 21 h était significativement plus basse pendant Ramadan ($1,4 \pm 2,9$ vs $0,04 \pm 0,02$ mUI/l ; $p = 0,009$). On a constaté des modifications au niveau de la sécrétion du cortisol : pendant Ramadan, le pic au réveil était conservé mais un peu atténué ($413,6 \pm 171,4$ vs $313,2$ nmol/l ; $p = 0,14$) et le taux de 20 h était significativement plus élevé ($166,5 \pm 49,8$ vs $93,9 \pm 61,3$ nmol/l ; $p = 0,005$). Le taux de testostérone était significativement plus important à 18 h pendant Ramadan ($14,5 \pm 4,9$ vs $18,2 \pm 5,3$ nmol/l ; $p = 0,047$).

Conclusion.— Le mois de Ramadan n'entraîne pas de variations significatives sur le rythme de sécrétion hormonale en dehors de celui du cortisol et de la GH qui sont sensibles aux variations de la glycémie.

P003*

Complications métaboliques sévères d'un syndrome de Cushing paranéoplasique : intérêt de la mifépristone

C. Langbour^a, M. Agopianz^b, T. Cuny^b, N. Smaoui^b, M. Rancier^b, J. Chatelin^b, M. Klein^b, G. Weryha^b

^a Endocrinologie, CHU de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy, France ; ^b CHU de Nancy, Vandœuvre-lès-Nancy, France

Le pronostic de gravité immédiat d'un syndrome de Cushing paranéoplasique repose sur son retentissement métabolique, qui n'est pas toujours aisé de contrôler sans recourir à une surrénalectomie de sauvetage.

Nous rapportons l'observation d'un patient de 54 ans, inopérable, hospitalisé pour un syndrome de Cushing, ACTH-dépendant paranéoplasique sur tumeur neuroendocrine à localisations pulmonaires, hépatiques et osseuses. Les valeurs du cycle du cortisol oscillaient entre 1134 et 903 µg/l, celles d'ACTH entre 439 et 320 pg/ml.

Ce patient présentait un tableau métabolique menaçant, associant une hypokaliémie sévère, une hypertension artérielle réfractaire ainsi qu'un diabète secondaire. Des posologies massives de potassium (> 60 mmol/24 h), associées à un épargneur potassique permettaient difficilement le maintien d'une kaliémie à 3 mmol/l, au prix d'une comorbidité digestive et veineuse majeure. L'HTA sévère a nécessité le recours à une bithérapie intraveineuse continue à posologie élevée. Une insulinothérapie a été nécessaire pour contrôler les glycémies.

Une thérapeutique par métyrapone (2250 mg par jour) a été instaurée, sans réelle efficacité, rapidement associée à mifépristone (400 mg par jour), dont l'intérêt

[☆] Posters du 26^e congrès de la Société française d'endocrinologie, Nice, du 7 au 10 octobre 2009.

reposait sur son action antagoniste des récepteurs périphériques cortisoliques. L'efficacité métabolique a été obtenue rapidement, avec réduction significative des apports potassiques, normalisation tensionnelle sous trithérapie orale et interruption de l'insulinothérapie.

En dépit du contrôle des répercussions métaboliques du syndrome de Cushing, le patient est décédé en raison de l'évolution fulgurante de la maladie néoplasique. Ce tableau illustre, en dépit de l'issue fatale, l'efficacité du traitement par mifépristone dans le contrôle des complications métaboliques sévères du syndrome de Cushing.

* Poster qui sera discuté lors de la session visite des posters.

P004

Une acromégalie singulière !

R. Guinrand^a, N. Jourdan^b, S. Schuldiner^b, A.-M. Guedj^b, M. Rodier^b

^a Maladies métaboliques et endocriniennes, CHU de Nîmes, Nîmes, France ;

^b CHU de Nîmes, Nîmes, France

L'acromégalie est souvent en rapport avec une hypersécrétion hypophysaire de GH. Rarement, une sécrétion ectopique de GH-RH, voire de GH est suspectée, liée à une tumeur carcinoïde pulmonaire, parfois intestinale ou pancréatique, exceptionnellement à un adénome kystique bronchique, un phéochromocytome, un paragangliome.

Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une symptomatologie clinique typique d'acromégalie. Antécédents d'arthralgie diffuses, goitre multithéronodulaire (GMHN), OAP, HTA, canal carpien opéré bilatéral, polypes coliques bénins. Père : cancer colique, frère : cancer gastrique, GMHN chez la mère, une tante, une sœur, diabète chez la mère.

Clinique.— Dysmorphie du visage, modification de la pointure de chaussures, signe de l'alliance positif ; ronflements nocturnes ; pas de syndrome tumoral.

Bilan.— IGF-1 élevée (2,5N), GH normale, freinée sous HGPO (<0,4 mUI/l), dosage du GH-RH non fait ; reste du bilan hypophysaire et thyroïdien (calcitonine) normal ; IRM hypophysaire normale sans hyperplasie.

Traitement.— Échec clinique (arthralgies) et biologique (IGF-1 élevée) d'un traitement de 6 mois par analogues de la somatostatine. Durant le suivi et 6 ans après la prise en charge initiale, est survenue une tumeur cutanée à cellules de Merkel (neuroendocrine) de la fesse gauche, rapidement évolutive, de stade II (curage ganglionnaire positif 3/19, radiothérapie 50 Gy complémentaire), bilan d'extension négatif. Six mois après la reprise chirurgicale ganglionnaire, la normalisation de l'IGF-1 est constatée. Malgré l'absence de preuve immunohistochemique, il est possible que cette élévation de l'IGF-1 soit en relation avec la tumeur de Merkel. Il s'agit là, à notre connaissance, de la première description d'une telle association.

P005*

Impacts physiques et sociaux au long cours des traitements du craniopharyngiome : comparaison de 2 cohortes de patients avec diagnostic pédiatrique ou à l'âge adulte

A. Godbout^a, A. Gautier^b, I. Tejedor^b, R. Van Effenterre^b, J. Léger^c, M. Polak^d, C. Jublanc^e, P. Touraine^e

^a Endocrinologie de la reproduction, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France ; ^b groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris, France ;

^c hôpital Robert-Debré, AP-HP, Paris, France ; ^d hôpital Necker-Enfants

Malades, AP-HP, Paris, France ; ^e groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière,

AP-HP, Paris, France

Introduction.— Les craniopharyngiomes sont fréquemment responsables de séquelles physiques et cognitives. Peu de données dans la littérature permettent d'apprécier les répercussions au long terme d'un diagnostic de craniopharyngiome dans l'enfance comparativement à une révélation à l'âge adulte.

Objectif.— L'objectif est d'analyser l'histoire naturelle et l'impact des traitements chez des enfants et des adultes adressés pour un craniopharyngiome.

Méthode.— Cinquante-sept patients furent identifiés dont 30 diagnostiqués dans l'enfance et 27 à l'âge adulte (âge moyen initial : 9 et 35 ans). Le suivi moyen est de 21 ans.

Résultats.— Le mode de présentation le plus fréquent est un ralentissement de la croissance et/ou retard pubertaire au sein de la cohorte pédiatrique (63 %) et des

troubles visuels pour les adultes (70 %). En postopératoire, les 2 groupes présentent des fréquences identiques de panhypopituitarisme et de troubles visuels. Par contre, les répercussions cognitives et sociales sont significativement plus importantes dans la cohorte pédiatrique : invalidité : 37 vs 15 % ($p=0,06$) ; insertion en milieu scolaire régulier ou professionnel : 47 vs 85 % ($p<0,05$). Cette différence pourrait s'expliquer par une proportion plus grande dans la cohorte pédiatrique de traitement par radiothérapie (37 % vs 22 %) et de récédive (47 vs 30 %). Une hypertension intracrânienne initiale, un jeune âge à la présentation ou une chirurgie avant 1990 tendent à être des facteurs de mauvais pronostic.

Conclusion.— Au sein de notre cohorte, les patients avec révélation pédiatrique ou adulte présentent des répercussions médicales similaires mais cognitives et sociales significativement plus marquées chez les cas diagnostiqués pendant l'enfance.

* Poster qui sera discuté lors de la session visite des posters.

P006

Impact d'un stress nutritionnel sur certains paramètres métaboliques et endocriniens chez le rat des sables (*Psammomys obesus*)

N. Omari^a, Y.A. Akli^b, S. Aouichat-Bougerra^b, F.H. Bekkouche^b

^a Laboratoire de nutrition et de métabolisme, faculté des sciences biologiques, université des sciences et de la technologie Houari Boumediene (USTHB),

Alger, Algérie ; ^b université des sciences et de la technologie Houari Boumediene (USTHB), Alger, Algérie

L'apport d'un régime standard de laboratoire M25 d'extralabo, pendant 6 mois, entraîne chez 60 % des rats des sables une obésité et chez 40 % d'animaux un syndrome diabétique. Les troubles métaboliques (gains de poids, hyperglycémie, hyperinsulinémie et hyperlipidémie) observés chez ces derniers sont caractéristiques du diabète de type 2.

L'insuline immunoréactive passe de $30,61 \pm 7,44$ μ UI/ml à $389 \pm 110,56$ μ UI/ml. Au bout de 6 mois d'expérience, cette dernière, même abondante et permanente, ne peut plus réguler l'élévation de la glycémie car l'insulinorésistance est bien installée.

Nos résultats montrent également un accroissement du taux plasmatique d'ACTH qui s'accompagne, chez l'animal soumis au stress nutritionnel, d'une importante sécrétion de cortisol, qui peut être multipliée par 3 par rapport à celle de l'animal témoin (soumis aux plantes halophiles).

Les résultats concernant le dosage de la DHEAS, montrent aussi une augmentation hautement significative ($p<0,001$) au bout de 6 mois de régime standard de laboratoire. Cette réponse exagérée serait en relation avec l'état physiologique de l'animal présentant un syndrome métabolique.

Suite à ces observations, nous constatons que les manifestations métaboliques et hormonales coïncident étroitement chez nos animaux obèses et diabétiques et qu'en raison du stress nutritionnel permanent durant 6 mois d'expérimentation, la régulation de l'ACTH ne se fait pas et les niveaux des taux de cortisol et de la DHEAS plasmatiques restent élevés.

Pour une meilleure contribution à la recherche des corrélations entre ces désordres, l'étude devra être approfondie par des techniques concernant l'insulinosécrétion, le dosage du cortisol adipocytaire et des androgènes sur-rénaux.

P007

Exploration des tumeurs neuroendocrines par la scintigraphie au pentetrotide5 octréoscan

I. El Bez^a, O. Rjeb^b, H. Hammami^b

^a Médecine nucléaire, institut Salah Azeiz, Rades, Tunisie ; ^b hôpital militaire, Tunis, Tunisie

Introduction.— L'objectif de ce travail est de déterminer l'apport de l'octréoscan dans l'exploration des tumeurs neuroendocrines (TNE).

Matériel et méthodes.— Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 28 patients (16 femmes, 12 hommes), colligés sur une période de 3 ans (2006–2008). Ont été exclus de cette étude les TNE dérivant du neuroectoderme (phéochromocytome, paragangliome, cancer médullaire de la thyroïde).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3253368>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3253368>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)