



Société Algérienne
d'Endocrinologie
et Métabolisme

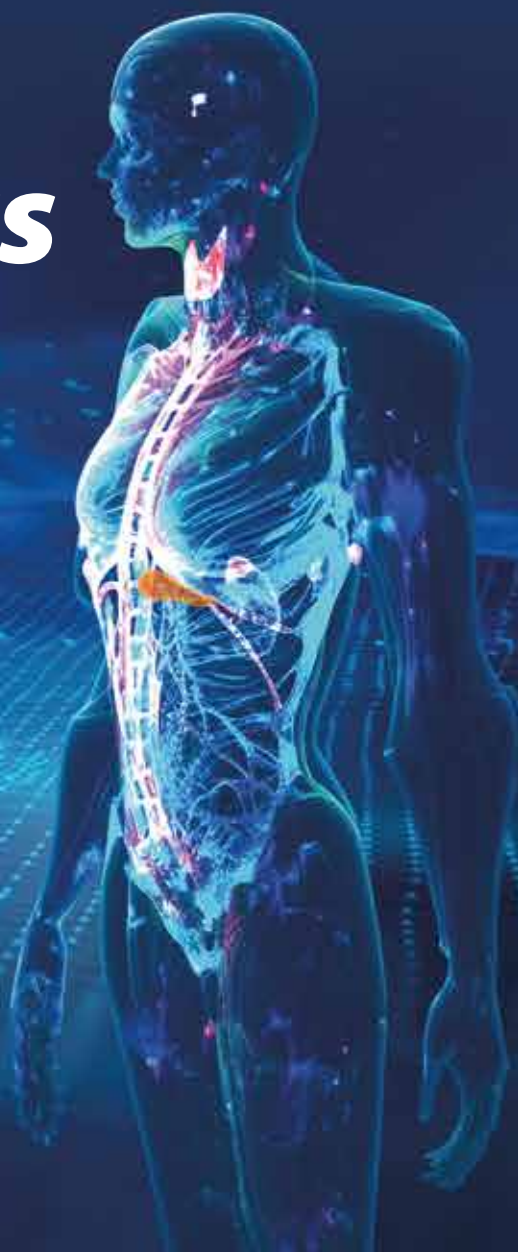


ème
38

Congrès
national de la
saem

19, 20 et 21 Octobre 2023
Hôtel El Aurassi - Alger

Recueil des Abstracts



P-001. FACTEURS PREDICTIFS DE RESISTANCE AUX AGONISTES DOPAMINERGIQUES DANS LES PROLACTINOMES

MELBOUCI K

Dr.I. Boukheche, Dr.M. Djaidir, Dr.F. Chabour, Pr. S. Hadj Arab, Pr.S. Mimouni
kenzymelbouci@gmail.com

Objectifs :

Déterminer les facteurs prédictifs de résistance aux agonistes dopaminergiques chez des sujets avec prolactinomes.

Matériel / Patients et méthodes :

Etude observationnelle rétrospective, allant de janvier 2018 à mai 2023, portant sur 30 patients avec prolactinomes. Sujets classés en trois groupes : mauvais répondeurs, répondeurs intermédiaires, et bons répondeurs.

Résultats :

30 cas ont été collectés avec un âge moyen au diagnostic de 35,6 ans et une prédominance féminine (sexe ratio 1,5). L'hétérogénéité de la portion tissulaire à savoir, les portions nécroticokystiques et hémorragiques (62,2% des cas), l'invasion des sinus caverneux (75% des cas), l'hypersignal T2 (57% des cas), et le taux élevé de prolactine au moment du diagnostic (2092ng/ml) étaient plus souvent retrouvés chez les mauvais répondeurs. Le sexe masculin était associé à une réponse mauvaise ou intermédiaire au traitement médical avec un pourcentage de 60 % vs 50% . La taille tumorale initiale, les plus fortes doses d'agonistes dopaminergiques (11mg/semaine), et l'existence d'une prédisposition génétique étaient plus élevés chez les mauvais répondeurs.

Discussion :

Dans notre série, le sexe masculin, le délai prolongé de normalisation de la prolactine, les taux initiaux plus élevés de prolactine, les caractéristiques morphologiques des prolactinomes résistants, rejoignent les données de la littérature. La prédominance masculine des résistances pourrait s'expliquer par l'incidence plus élevée des macroprolactinomes chez les hommes qui pourrait être due à une pathogenèse des prolactinomes différentes chez les hommes et les femmes. Ceci est étayé par la preuve selon laquelle un nombre plus élevé de cellules présentent des marqueurs de prolifération Ki67 positifs chez les hommes par rapport aux femmes pour un même volume tumoral.

Conclusion :

- L'hyper signal T2, la portion nécrotico-kystique, l'invasion du sinus caverneux, le sexe masculin, l'hypersécrétion hormonale, et le long délais pour la normalisation de la prolactine étaient associés à une résistance à la Cabergoline dans notre étude.

Mots clés

Cabergoline, Resistance, hypersignal, prolactine, hétérogénéité tumorale.

P-002. PLACE DE LA SCINTIGRAPHIE AUX ANALOGUES DE LA SOMATOSTATINE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE SUIVI DES TUMEURS NEUROENDOCRINES.

M.BENRABAH

R.LONGO, K.ATTIA

Hôpital militaire regional universitaire oran

Introduction :

Les tumeurs neuroendocrines (TNE), sont des tumeurs rares d'évolution lente, leur incidence est de 2 à 5 nouveau cas pour 100000habitants/an. Ces tumeurs atteignent les différent organes avec prédilection pour les organes digestifs (estomac, intestin grêle, colon et rectum) et au niveau bronchique (carcinome à petites cellules).

Observation(s) :

Nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 60 ans hypertendue qui s'est présentée au urgences pour douleurs abdominales chronique datant de 6mois devenu de plus en plus insupportable, diarrhées aqueuses, et œdèmes récent des membres inférieurs.

Echographie abdominal objectivant une volumineuse formation liquidienne hépatique occupant les segments IV,V,VII a paroi épaissie, avec épanchement liquidien minime inter anse.

Echocardiographie: -insuffisance tricuspide importante sur cavités droites dilatées.

-VG non dilaté non hypertrophié, FeVG=60%

TDM Abdomino-pelvienne+ ponction SG:

Formation mixte nécrosée et tissulaire appendu au segments V hépatique , associé a un nodule du dôme.

Nodule mésentérique rétractile hyper vasculaire faisant évoquer

-un processus grélique type TNE avec localisation hépatique!!!

-un primitif hépatique avec localisation secondaire !!!

Endoscopie digestive haute: sans anomalies

Bilan biologique standard: normal hormis une gamma Gt 2 fois la normale.

Etude anatomo-pathologique:

1-biopsie colique: légère colite chronique non spécifique.

2- cytologie du liquide (malignité ++)

Conclusion :

intérêt diagnostique majeur de la scintigraphie aux analogues de la somatostatine est d'être complémentaire à d'autres techniques d'exploration notamment histologique et radiologique.

Bibliographie:

-Irvin M. Modlin, Kjell Oberg A Century of Advances in Neuroendocrine Tumor Biology and Treatment 2009.

-Guidelines EANM .

-Consensus européen de prise en charge des tumeurs endocrines.

Mots clés

Tumeurs neuroendocrines digestives (TNE), Scintigraphie aux analogues de la somatostatine (SRS), Tektrotyd-Tc99m, imagerie fonctionnelle,

P-003. UNE DYSFONCTION ERECTILE CHEZ UN DIABÉTIQUE REVELANT UN MACROPROLACTINOME HYPOPHYSAIRE.

Blel Takoua

k. BOUDAUD N. NOURI

Service d'Endocrinologie, Diabétologie CHU Benbadis Constantine

Introduction :

La prévalence des troubles érectiles chez le diabétique de type 2 est élevée, jusqu'à près de 75% des cas. La dysfonction érectile doit être recherchée systématiquement chez le diabétique ; les causes sont multiples de nature psychologique, iatrogène, vasculaire, neurologique, urologique, métabolique et endocrinienne. L'origine diabétique doit être un diagnostic d'élimination.

Observation(s) :

Patient de 62 ans sans antécédents particuliers, est hospitalisé pour diabète de découverte récente avec 14,7% d'HbA1c avec syndrome métabolique. Il présente une baisse de la libido et trouble de l'érection. Le bilan hormonal retrouve une prolactine > 3180 mUI/l, des déficits gonadotrope et thyroïdienne. L'IRM hypothalamo-hypophysaire objective un macroadénome hypophysaire mesurant 23.8 x 18 mm, extensif et engainant la carotide interne droite sur $\approx 180^\circ$. Le patient est mis sous Cabergoline avec une nette amélioration clinique et biologique après 3 mois de traitement.

Conclusion :

Les troubles érectiles s'associent souvent à des facteurs de risque multiples et intriqués tels l'âge, les comorbidités (affections cardiovasculaires, diabète, HTA, dyslipidémies), les états anxiodépressifs, le tabac et l'alcool. Le diabète et l'hypogonadisme constituent les principales causes endocriniennes d'un trouble érectile doivent être recherchés systématiquement après 50ans.

Mots clés

TROUBLE ERECTILE HYPOPHYSE PROLACTINOME ADENOME DIABETE

P-004**DECOMPENSATION MIXTE SEVERE REVELANT UN PROBABLE DIABETE TYPE 2 CETONURIQUE : A PROPOS D'UN CAS**

Zouagui I

Boucelma F

Hôpital central de l'armée HCA ALGER

Introduction :

Le diabète de type 2 cétonurique est la forme atypique la plus fréquente, et pourrait représenter 10 à 16 % des diabètes. Il est révélé par une cétose voire une acidocétose, et exceptionnellement par une décompensation mixte.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 41 ans, hospitalisé en réanimation pour décompensation mixte inaugurale. Pris en charge avec bonne évolution clinicobiologique. A notre niveau, son HbA1C était 12.6%, le patient dispose d'un bilan glycémique normal remontant à 1 an, et rapporte un syndrome polyuro-polydipsique et un amaigrissement involontaire de 9kg, évoluant depuis 3 semaines. Il a bénéficié d'une insulinothérapie schéma basal bolus à raison d'une DT 0.80 UI/kg/jr dont 0.42 UI/kg/jr DB avec titration à la baisse des bolus jusqu'à arrêt total. Nous avons maintenu la basale à raison de 0.20 UI/kg/jr et introduit la metformine 850 mg 2xjr. Avec obtention d'un bon équilibre au bout de 15 jours. Le dosage de peptide C non disponible, et des auto-anticorps sont revenus négatifs.

Conclusion :

Le diabète de type 2 cétonurique est une forme atypique non rare, et doit être connue, car elle n'est pas synonyme d'insulinothérapie à vie. Seul un suivi rapproché et méticuleux des patients permettrait de mieux adapter la thérapeutique et d'améliorer le pronostic.

Mots clés

Diabète africain, diabète cétonurique, décompensation mixte

P-005. LE DEFICIT EN HORMONE DE CROISSANCE CHEZ L'ENFANT : PARTICULARITES CLINICO- BIOLOGIQUES ET EVOLUTIVES

DEBBAH Wissame

A. Rahal ,M .Azzouz

Service d'Endocrinologie-diabétologie, EPH Bologhine, Alger.

Objectifs :

L'objectif de notre travail est d'étudier les caractéristiques clinico-biologiques et évolutives du GHD

Matériel / Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers des enfants suivis et traités pour déficits en GH en consultation d'endocrinologie de l'EPH Bologhine pendant la période allant de janvier 2015 à juillet 2023

Résultats :

Nous avons colligé 25 enfants dont 17 garçons et 8 filles, dont l'âge moyen au moment du diagnostic est de 09 ans. Ils avaient un retard statural moyen de -2,9 DS. Un retard statural sévère était noté chez la moitié des patients. L'âge osseux était en moyenne de 7,5 ans.

L'exploration hormonale a conclu à un déficit complet en GH dans 72 % en GH.

L'étiologie retrouvée pour le DGH est surtout idiopathique.

Tous ces enfants ont été traités par la GHr. La durée moyenne du traitement était de 3 ans et 8 mois. La vitesse de croissance lors de la première année de traitement était de 8,4 cm/an avec un gain statural moyen de 25,3 cm.

Discussion :

Le déficit en GH chez les patients est le plus souvent isolé.

Le traitement par la GHr est utilisé depuis 1985 pour améliorer la croissance staturale chez les enfants ayant une petite taille dont le déficit en GH reste l'indication la plus courante de cette thérapie .

Cependant plusieurs facteurs peuvent affecter le pronostic statural, d'où l'idée d'analyser les facteurs influençant le gain statural sous traitement par GH recombinante.

On a trouvé dans notre étude une corrélation significative à la durée du traitement. **Edward et al** ont trouvé que le traitement dès le jeune âge permet

d'achever une taille définitive dans la limite inférieure de la normale, toutefois, les enfants ayant une insuffisance hypophysaire multiple avaient de meilleurs résultats .

Conclusion :

Le déficit en GH est une cause minoritaire parmi les autres étiologies de petite taille et tout médecin devrait savoir éliminer un certain nombre de pathologies avant de l'évoquer.

Un traitement par GH doit être administré en cas de déficit prouvé en GH le plus tôt possible .

P-006. PHEOCHROMOCYTOME DANS LE CADRE DE LA MALADIE DE VAN HIPPEL LINDEAU

HANNOUS Idris

Chanegriha Mounira, Droumaguet Céline , Aitabderrehmane Samir, Goudeau Bertrand

Service Diabétologie Hopital central de l'armée

Introduction :

Les phéochromocytomes sont des tumeurs rares de la glande surrénale. Ils sont bilatéraux dans 10% des cas, et dans ce contexte une affection génétique sous-jacente est souvent diagnostiquée, parmi lesquelles la maladie de Von Hippel-Lindau (VHL).

Observation(s) :

Nous présentons ici le cas d'un patient âgé de 29 ans, aux antécédents personnels d'HTA non explorée. Le patient a consulté pour des douleurs thoraciques, une hémoptysie légère et un état de malaise. Les examens ont révélé la présence d'un phéochromocytome bilatéral, sans autres localisations extra surrénaliennes. Une intervention chirurgicale a été réalisée pour retirer les tumeurs après préparation médicale, avec une bonne suite opératoire.

Une étude génétique systématique a été effectuée, confirmant ainsi le diagnostic de la maladie de Von Hippel Lindau (VHL), malgré l'absence des autres localisations classiquement retrouvées dans la maladie (angiome rétinien, un hémangioblastome du système nerveux central, un carcinome des cellules rénales, des kystes pancréatiques et des tumeurs neuroendocrines)

Conclusion :

Cette observation souligne l'importance de considérer la possibilité d'une condition héréditaire telle que la maladie de Von Hippel Lindau chez les patients atteints de phéochromocytome, surtout en présence d'antécédents familiaux de carcinome rénal. L'étude génétique systématique a permis d'établir le diagnostic de la maladie de VHL dans ce cas.

Mots clés

Phéochromocytome, maladie de Von Hippel-Lindau, hémangioblastome, carcinome des cellules rénales, étude génétique

P-007. HYPOTHYROÏDIE SECONDAIRE A LA PRISE D'UN INHIBITEUR DE PROTEINE KINASE

HANNOUS Idris

Droumaguet Celine , Aitabderrehmane Samir, Goudeau Bertrand

Service Diabétologie, Hopital central de l'armée

Introduction :

Le sunitinib est un agent antinéoplasique, inhibiteur de protéine-tyrosine kinase impliqué dans la croissance tumorale,

l'angiogénèse pathologique et la progression métastatique du cancer. Il est indiqué dans le traitement de certains cancers avancés

Plusieurs études ont mis en évidence la survenue de dysthyroïdies chez des patients sous sunitinib.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une hypothyroïdie chez une patiente sous sunitinib , la patiente était suivie pour un adénocarcinome rénal à cellules claires métastatiques depuis plus de deux ans pour lequel elle a subi une intervention chirurgicale en 2010 la tumeur était inextirpable et métastatique , ensuite la patiente était mise sous sunitinib 50mg/j, elle présentait depuis deux mois une asthénie croissante progressivement invalidante, une frilosité et une prise de poids de 7 kg. L'examen clinique retrouvait une patiente en état général moyen. La TSH était élevée > 100 mUI/L avec la FT4 effondrée à 3,2 pmol/L. Les anticorps anti-thyroglobuline et anti-thyroperoxydase étaient négatifs. L'échographie montrait une atrophie majeure du corps thyroïde. Une hormonothérapie substitutive à posologie progressive entraînait une amélioration du tableau clinique et une normalisation de la TSH et de la T4L.

Conclusion :

Le sunitinib présente de nombreux effets secondaires dont l'hypothyroïdie, Cet effet secondaire mérite probablement d'être dépisté par un dosage régulier de la TSH. Il doit être connu des cliniciens, qui ne doivent pas rattacher les signes de l'hypothyroïdie à l'évolution de la maladie cancéreuse.

Mots clés

Hypothyroïdie, inhibiteur de tyrosine kinase, sunitinib, cancer du rein,

P-008. MALADIE DE DUPUYTREN : A PROPOS D'UN CAS

M.M'HAMMEDI BOUZINA

H. ALLAL, I. HANNOUS, S.AIT ABDERRAHMANE

Service de Diabétologie, HCA, Docteur Mohamed Seghir Nekkache Kouba-Alger.

Introduction :

La maladie de Dupuytren est une maladie fibrosante chronique potentiellement handicapante, liée à un dépôt pathologique de collagène dans l'aponévrose palmaire moyenne de la main, dont la conséquence en est la formation de nodules et de brides, pouvant induire la rétraction en flexion des articulations métacarpo-phalangienne, et interphalangiennes proximales.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 63 ans, DT2 depuis 28 ans au statut de complication microangiopathie type maculopathie diabétique, qui présente à l'examen clinique un surpoids avec une répartition androïde des graisses, un épaissement de la paume de la main, avec rétraction irréductible en flexion du quatrième doigt gauche de l'articulation métacarpo-phalangienne, associée à des brides digito-palmaire, et des ombilications cutanées évoluant depuis (06) mois.

Conclusion :

Fréquentes et méconnues, les pathologies ostéoarticulaires du diabète sucré à savoir la maladie de Dupuytren sont à rechercher chez tout diabétique ancien, déséquilibré afin de soulager, limiter l'impotence fonctionnelle et d'éviter des chirurgies inutiles.

Mots clés

Maladie de Dupuytren, maladie fibrosante chronique, dépôt de collagène, aponévrose palmaire moyenne, nodules, brides, rétraction en flexion, maladie handicapante, cause inconnue.

P-009. SYNDROME DE MERRF : A PROPOS D'UN CAS

M. M'HAMMEDI BOUZINA

F. BOUCELMA, H. ALLAL, I. HANNOUS, S. AIT ABDERRAHMANE

Service de Diabétologie, HCA, Docteur Mohamed Seghir Nekkache Kouba-Alger

Introduction :

Le syndrome de MERRF est une encéphalomyopathie mitochondriale, à présentation très polymorphe, dont le diagnostic se fait sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, histologique, et radiologiques après avoir fait la différence avec de multiples diagnostics différentiels. Des données supplémentaires sur ce syndrome sont nécessaires pour améliorer le diagnostic.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas, d'un patient âgé de 45 ans, diabétique depuis 15 ans, admis pour prise en charge d'un déséquilibre glycémique chronique attesté par une HbA1c à 12,6%.

Un diabète sucré de type mitochondrial a été retenu sur les arguments anamnestiques, cliniques, et paracliniques, il est très probablement porteur d'un syndrome de MERRF, avec cliniquement une épilepsie partielle secondairement généralisée, myoclonies, ataxie cérébelleuse, myopathie avec faiblesse musculaire et atrophie du quadriceps, associées à d'autres manifestations cliniques fréquentes au cours de ce syndrome, ainsi qu'une hyperlactatémie au repos, une dyslipidémie, une atrophie cortico-sous corticale diffuse avec atrophie hippocampique à l'IRM cérébral, et une polyneuropathie sensitivomotrice axonale aux deux membres inférieurs à l'EMG.

Conclusion :

Le syndrome de MERRF est une encéphalopathie mitochondriale très rare et polymorphe, son diagnostic est difficile à établir ; l'étude génétique permet de poser le diagnostic de certitude, néanmoins l'association d'une symptomatologie clinique caractéristique et la présence de fibres déchiquetées à la biopsie musculaire peut être une alternative.

Mots clés

Mitochondriopathie, Syndrome de MERRF, épilepsie myoclonique, ataxie cérébelleuse, diabète sucré, myopathie, fibres rouges déchiquetées.

P-010. DES BULLES SUR LES ORTEILS : A QUOI PENSER CHEZ UN DIABETIQUE !

M. M'HAMMEDI BOUZINA

M. HANI, I. HANNOUS, S.AIT ABDERRAHMANE

Service de Diabétologie, HCA, Docteur Mohamed Seghir Nekkache Kouba-Alger

Introduction :

La bullose diabétique fait partie des complications cutanées du diabète sucré ; rare avec une incidence de 0,16 % par an et une prévalence de 0,5 % chez le diabétique, atteignant principalement les hommes (SR=2/1) ; son étiopathogénie est hypothétique, touchant souvent des diabétiques anciens au statut de complications microangiopathique.

Observation(s) :

Nous rapportons un cas de notre service, M.A âgé de 69 ans, DT2 depuis 39 ans au statut de complications microangiopathiques type RD proliférante.

Admis pour la prise en charge d'un pied diabétique droit, siège de multiples bulles sur sa face plantaire, d'apparition soudaine, de différentes tailles allant de 0,5 à 2 cm de diamètre à contenu hémorragique.

- L'examen au monofilament retrouve une perte de sensibilité de protection.

- A l'exploration :
 - Glycémie : 0,98 g/l ; HbA1c à 6,9 %.
 - Bilan infectieux négatif : GB à 7683 e/mm³ ; CRP négative.
 - Radiographie du pied atteint : absence de signe d'ostéite
 - Bilan rénal : DFG à 72 ml/min selon CKD-EPI sans protéinurie ni hématurie.
 - Bilan hépatique et lipidique sous Atorvastatine 40 mg corrects.
 - Echodoppler artériel des membres inférieurs : surcharge athéromateuse sans retentissement hémodynamique.

Conclusion :

La bullose diabétique, une complication rare du diabète sucré souvent ancien, qui doit être évoquée et reconnue chez le patient diabétique devant des lésions évocatrices. La surinfection est la préoccupation du médecin lors de la prise en charge ; généralement auto-limitante son traitement reste principalement symptomatique et conservateur.

Mots clés

Bullose diabétique, bulles, vésicules, complication microangiopathique, parties acrales du corps, bouts des orteils, contenu clair, hémorragique, évolution favorable, surinfection, ostéite, traitement symptomatique.

P-011. SYNDROME DE MAURIAC OU GLYCOGENOSE DIABÉTIQUE : À PROPOS D'UN CAS

BENAMMAR AMMAR Soraya

Praticien spécialiste en Endocrino-Diabétologie, EPH Bougtob –El Bayadh

Introduction :

Le syndrome de Mauriac est une pathologie rare, touchant les diabétiques de type 1 (DT1) mal équilibrés. Il associe un retard staturo-pondéral et pubertaire, une cytolysse hépatique et une hépatomégalie.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 16 ans, connu DT1 depuis dix ans, mal suivi avec notion d'hospitalisations répétées pour des épisodes de céto-acidose. L'examen clinique montrait un retard staturo-pondéral sévère (< -3DS), abdomen distendu avec une hépatomégalie indolore. La biologie objectivait un diabète déséquilibré (HbA1c à 15%), une cytolysse modérée (5xN) et une choléstase anictérique. L'échographie abdominale avait montré une hépatomégalie homogène. Les hépatites virales, les hépatopathies auto-immunes et les maladies de surcharge ont été éliminées. L'étude anatomopathologique de la biopsie hépatique était en faveur d'une glycogénose hépatique. L'évolution sous traitement était favorable.

Conclusion :

La découverte d'une hépatomégalie avec retard staturo-pondéral chez un DT doit faire évoquer plusieurs diagnostics mais celui du syndrome de Mauriac bien que rare, ne doit pas être omis par le praticien surtout en cas de diabète déséquilibré.

Mots clés

dt1, complication chronique, retard pubertaire ,hépatomégalie.

P-012. PTOSIS RÉVÉLATEUR D'UN DIABETE DE TYPE 2 MECONNU: À PROPOS D'UN CAS

BENAMMAR AMMAR Soraya

Praticien spécialiste en Endocrino-Diabétologie, EPH Bougtob –El Bayadh

Introduction :

Les paralysies oculomotrices au cours du diabète sont des mononeuropathies focales. Il s'agit d'une complication neurologique diabétique, relativement rare. Les nerfs oculomoteurs touchés sont essentiellement le nerf oculomoteur externe et le nerf oculomoteur commun.

Observation(s) :

Patiente âgée de 53 ans, non connue diabétique. Elle a présenté 3 jours avant son admission des douleurs périorbitaires gauches vives et insomniantes avec un ptosis de l'œil gauche d'installation brutale évoluant dans un contexte d'apyrexie concomitante à une décompensation cétosique pour laquelle elle a été admise dans notre service. L'examen clinique a révélé un ptosis unilatéral gauche sans exophtalmie, sans signes d'inflammatoires oculaires ou périoculaires, sans masse palpable. La biologie a montré une glycémie à 4,83 g/l avec une HbA1c à 15,9 %. Après un examen ophtalmologique et une imagerie cérébrale, on a retenu le diagnostic d'une paralysie du nerf oculomoteur commun secondaire à la neuropathie diabétique. L'évolution de la symptomatologie est marquée par la disparition de la douleur au bout de six semaines et la régression totale de la paralysie oculomotrice après 3 mois de l'insulinothérapie.

Conclusion :

Les Neuropathies diabétiques avec atteinte des paires crâniennes sont relativement rares. Le diagnostic de mononévrite diabétique ne doit être retenu qu'après avoir exclu les autres causes de neuropathie.

Mots clés

Neuropathie diabétique, mononévrite, ptosis

P-013. TUMEUR THYROÏDIENNE MALIGNE D'EVOLUTION RAPIDE : CANCER ANAPLASIQUE OU LYMPHOME THYROÏDIEN ?

BENAMMAR AMMAR Soraya

Praticien spécialiste en Endocrino-Diabétologie, EPH Bougtob –El Bayadh

Introduction :

Lymphome malin non hodgkinien (LMNH) primitif constitue au sein des tumeurs thyroïdiennes une entité anatomo-clinique rare. Il ne représente que 1 % à 5% des tumeurs malignes de cette glande et moins de 2 % des LMNH.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 49ans, sans antécédents pathologiques, qui a consulté devant l'apparition de façon brutale d'une tuméfaction basi-cervicale droite sans signes de compression. Le patient était en euthyroïdie (TSH = 2.3 mU/L, Ac anti-TPO et anti-TG négatifs) . Une échographie cervicale complétée par un scanner cervico-thoracique ont été réalisées objectivant un volumineux nodule thyroïdien droit plongeant, hypodense mal limité mesurant 42*68*26mm et un micronodule pulmonaire droit de 4mm. La cytoponction était en faveur d'un carcinome anaplasique.

Le patient a bénéficié d'une thyroïdectomie totale dont l'étude anatomopathologique et immuno-histochimique ont conclu au diagnostic d'un LMNH B diffus à grande cellule non centre germinatif, puis d'un traitement complémentaire par une chimio-radiothérapie.

Conclusion :

Le lymphome non hodgkinien de la thyroïde est une tumeur rare, mais à ne pas méconnaître devant toute augmentation rapide et douloureuse du volume de la glande. Seuls les données histologiques et immunohistochimiques permettent de confirmer le diagnostic.

Mots clés

lymphome thyroïdien, cancer anaplasique, augmentation rapide

P-014. UN CAS DE PUBERTE PRECOCE REVELANT UN CORTICOSURRENALOME

Dr S.BOUMAIZA

PR K.BOUDAUD PR N.NOURI

CHU Constantine

Introduction :

La puberté précoce est devenue de plus en plus fréquente en consultation d'endocrinologie, le principal défi de l'endocrinologue est de ne pas omettre une pathologie grave notamment tumorale qui pourrait mettre en jeu le pronostic vital de l'enfant, nous rapportons le cas d'un corticosurrénalome avec un syndrome de cushing ACHT indépendant révélé par une pseudo puberté précoce.

Observation(s) :

B.A âgé de 7 ans, sans antécédents pathologiques particuliers consulte pour une pilosité pubienne débutant à l'âge de 6ans et demi, , poids=45 kg, taille=132 cm, BMI=26kg/m²(Obésité degré2 selon les courbes de corpulence française), testicules en place symétriques de 3 ml, TannerG1P4A2, verge de 6cm, **Biologie:** testostérone=0,37ng/ml, LH=0.1mu/ml, FSH=1.7mu/ml, Œstradiol=12pg/ml, Cortisol=sur3 prises:5/6.6/12.8ug/dl, CLU=N, Cortisol après freinage faible = 14,9ug/dl, ACTH =6,87pg/ml, SDHEA=65,92ug/dl(24,4-209,7), Delta4A=7,59ng/ml(0.7-4), 17OHP=5,29ng/ml, Méтанephrintes/Normétanéphrintes:Normales, **Radiologie:** Age osseux=12ans, **Échographie abdominopelvienne:** masse surrénalienne Gauche arrondie bien limitée de contours réguliers hétérogène de 3,67*3,49 cm, **TDMTAP:** Masse tissulaire surrénalienne gauche ovalaire de 31*39 *28mm exerçant un effet de masse sur le pole supérieur du rein DS=40UH, washoutabsolu=63%, washoutrelatif=42%. L'enfant a été opéré par surrénalectomie gauche, étude anatomopathologique: Corticosurrénalome (Score de Weiss4, Ki67:1%,R0).

Conclusion :

Malgré la rareté des corticosurrénalomes chez l'enfant, une puberté précoce périphérique doit toujours attirer l'attention vers ces tumeurs pour assurer un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée afin d'améliorer leur pronostic

P-015. FOIE METABOLIQUE ET OBESITE : INTERET D'UNE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE ; A PROPOS D'UN CAS.

M.Benzagouta

D.kerbi

Service de physiologie clinique et explorations fonctionnelles -CHU Ibn Rochd-ANNABA

Introduction :

la NAFLD englobe un large spectre qui va de la stéatose hépatique isolée bénigne à la NASH.

La NASH associe stéatose avec inflammation lobulaire et ballonnisation hépatocellulaire.

Elle correspond à la forme agressive. Notre objectif à travers cette observation clinique est de mettre l'accent sur l'importance de la prise en charge nutritionnelle dans l'amélioration du pronostic du foie métabolique.

•

Observation(s) :

nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 70ans, aux antécédents d'HTA et d'hypothyroïdie, qui se fait suivre à notre niveau « unité métabolisme et nutrition » pour la prise en charge d'une NASH et d'obésité grade3.

Le diagnostic formel relève de la biopsie hépatique objectivant : stéatose estimée à 5%, fibrose portale extensive avec activité inflammatoire portale A2-F3 (METAVIR).

Le bilan biologique objective : PAL = 112 mmol/l, TGO = 34u/l, TGP=25u/l, TP = 87,8%, ferritine = 30 plaq= 191, Albumine=37,82, en plus d'un bilan de routine correct.

Conclusion :

La prise en charge nutritionnelle dans le cadre d'une NASH, permet sa stabilisation , la prévention de son évolution vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire, voire même sa résolution histologique ; et donc l'amélioration de son pronostic.

Bibliographie : EASL recommandations 2020 / Société francophone nutrition clinique et métabolisme 2021

Mots clés

Foie métabolique / prise en charge nutritionnelle / obésité /insulinoresistance/

P-016. CARCINOME THYROÏDIEN CHEZ UN ENFANT DE 07 ANS, A PROPOS D'UN CAS.

Redhouane LONGO

Abdenour BOURIHANE, Mourad BENRABAH, Mohamed EL HORRI, Abdallah GHALMI

Hôpital Militaire Régional Universitaire, Oran, Algérie

Introduction :

Les nodules thyroïdiens sont moins fréquents chez les enfants. La plupart des cancers pédiatriques de la thyroïde sont des cancers différenciés. Bien qu'extrêmement rares, il existe deux types : Les cancers papillaires et folliculaires. Le taux de guérison est élevé et le taux de survie est supérieur à 95 %.

Observation(s) :

Une fille âgée de 07 ans, sans antécédents particuliers, suite à l'apparition d'une masse basi-cervicale.

C'est une masse dure, indolore, de forme grossièrement ovalaire d'environ 03 cm de grand axe mobile avec les mouvements de déglutition, non compressive, sans signes inflammatoires, et en euthyroïdie clinique. Le reste de l'examen clinique n'objective rien de particuliers.

L'échographie cervicale met en évidence une formation nodulaire solide au niveau isthmique, avec présence de micro calcifications mesurant 23x14mm, classée EU-TIRADS V, associée à de multiples adénopathies cervicales bilatérales.

Par ailleurs, le taux de TSH, de la thyrocalcitonine sont revenus normaux.

La malade a bénéficié d'une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire et mise sous lévothyroxine 100 µg/m²/j.

L'étude anatomo-pathologique conclut à un carcinome papillaire intrathyroïdien de 04 cm non encapsulé avec 04 métastases ganglionnaires récurrentielles, classé pT2N1bMx.

Malade actuellement adressée en médecine nucléaire pour complément de prise en charge.

Conclusion :

Le cancer de la thyroïde chez l'enfant est rare, il dominé par le type papillaire dans 9 cas sur 10. Le pronostic global demeure très bon après traitement initial bien conduit. Le dosage de la thyroglobuline, et l'échographie cervicale annuelle et à vie constituent la base du bilan de surveillance.

Mots clés

Carcinome thyroïdien, Enfant, Thyroïdectomie totale, Facteur pronostic

P-017. ACROMEGALIE & GROSSESSE : A PROPOS DE 2 CAS

M Selloum

R Abdelaziz, D Chaouki

Service d'Endocrinologie & Maladies Métaboliques , CHU Batna , Algérie

Introduction :

Il est établi que la fertilité est souvent altérée dans l'acromégalie. Néanmoins la survenue d'une grossesse est possible eu égard aux récentes avancées thérapeutiques .

Observation(s) :

Nous rapportons 2 cas de grossesse chez des acromégales opérées et traitées en pré et post-opératoire par des analogues de la somatostatine et/ou bromocriptine . Ces 2 patientes ont bénéficié d'évaluations : clinique , hormonale et radiologique (IRM hypophysaire pré et post gestationnelles). Dès la confirmation de la grossesse, le traitement médical (analogues de la somatostatine et/ou bromocriptine) a été interrompu. Au cours de la grossesse, Il n'a pas été noté de résurgence du syndrome tumoral hypophysaire ni de diabète gestationnel ou d'hypertension artérielle gravidique . Les valeurs médianes de GH sont restées relativement stables durant les 3 trimestres mais une hausse substantielle est observée dans le post-partum (GH médiane = 31 ng/ml). Les concentrations moyennes d'IGF1 diminuent légèrement entre le 1er et le 3e trimestre : 442 ± 14 ng/ml et 372 ± 10 ng/ml , respectivement .

Conclusion :

Chez les gestantes non opérées avant conception (médicalement contrôlées) , une surveillance clinique et biologique est indispensable à la recherche d'un éventuel syndrome tumoral , d'un diabète gestationnel ou d'une toxémie gravidique dont les effets délétères sont établis .

Mots clés

Acromégalie , grossesse , GH , IGF1 , IRM hypophysaire

P-018. UNE HYPERPLASIE CONGENITALE DES SURRENALES PAR DEFICIT EN 21 HYDROXYLASE ET UN DIABETE TYPE 1 : SIMPLE COÏNCIDENCE OU EXISTE-T-IL UN LIEN GENETIQUE

BENAMMAR AMMAR Soraya

Praticien spécialiste en Endocrino-Diabétologie, EPH Bougtob –El Bayadh

Introduction :

L'association d'une hyperplasie congénitale des surrénales(HCS) par déficit en 21 hydroxylase et un diabète type 1(DT1) est exceptionnelle, jusqu'à présent seul 3 cas ont été rapportées dans la littérature.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une fille de 9ans issue d'un mariage consanguin aux antécédents de DT1 depuis 2ans, consultant pour une acné androgénique sur anomalie de différenciation sexuelle (ADS) découverte dès la naissance mais non suivie. Cliniquement elle présente une avance staturale, des signes d'hyperandrogénie fait d'acné, de raucité de voix avec un hirsutisme coté à 18. L'examen des organes génitaux externes(OGE) trouve une ADS classé2 selon prader. La biologie montre des taux élevés de testostérone et de 17OHP. Le caryotype est 46,XX. L'imagerie retrouve des organes génitaux internes de type féminin. Le traitement repose sur le freinage de la production d'androgènes par l'hydrocortisone et d'une vaginoplastie.

Conclusion :

l'association de ses deux affections est plutôt inhabituelle, s'agit-il d'une association fortuite ? Ou bien existe il un lien physiopathologique ou génétique entre ces deux pathologies? Sans doute les avancées dans la compréhension de la détermination sexuelle et de la génétique pourraient un jour répondre à cette question.

Mots clés

diabète type1, HCS , virilisante pure

P-019. TROUBLE DU COMPORTEMENT REVELATEUR D'UN KYSTE DE LA GLANDE PINEALE, A PROPOS D'UN CAS.

Redhouane LONGO

Abdallah GHALMI, Abdenour BOURIHANE, Mourad BENRABAH, Mohamed EL HORRI

Hôpital Militaire Régional Universitaire, Oran, Algérie

Introduction :

Les tumeurs de la région pinéale sont rares. Leur localisation explique leurs difficultés de prise en charge. Des kystes de la glande pinéale peuvent passer inaperçus, mais certains kystes sont symptomatiques et entraînent des signes en relation avec la compression de l'aqueduc de Sylvius ou de la lame tectale.

Observation(s) :

Patient âgé de 20 ans, sans antécédents particuliers, est amené par son père au service de psychiatrie pour trouble de comportement à type d'instabilité psychomotrice avec insomnie subtotale.

Durant son séjour en psychiatrie, et devant le dosage négatif des toxiques, une cause organique fut suspectée justifiant son transfert à notre niveau (Service de médecine interne) où une IRM cérébrale réalisée chez lui objective une lésion kystique simple de la glande pinéale mesurant 18,5 x 13 mm.

Par ailleurs, absence de processus expansif intra crânien ou d'anomalie hypothalamohypophysaire.

Le dosage de la 6-sulfatomélatonine urinaire (ELISA) ; de la bêta hCG plasmatique ; et du taux d'alpha-fœtoprotéine sont revenus normaux.

Un avis en neurochirurgie est demandé préconisant une surveillance radiologique semestrielle, avec éventuelle ponction évacuatrice aux moindres dégradations cliniques ou apparition de signe de compression.

Conclusion :

Les kystes épithéliaux de la région pinéale sont des formations bénignes. L'imagerie par résonance magnétique pose plus souvent le diagnostic. Cependant, certains kystes augmentent de taille et sont à l'origine d'une décompensation clinique en entraînant une sténose de l'aqueduc de Sylvius ou par syndrome de masse dans la fosse postérieure.

Mots clés

Glande pinéale, Kyste, Mélatonine, Surveillance

P-020. ATTEINTE NEURO-ENDOCRINE REVELANT UNE SARCOÏDOSE SYSTEMIQUE : A PROPOS D'UN CAS

BENAMMAR AMMAR Soraya

DJOUDI Nassima

1-Praticien spécialiste en Endocrino-Diabétologie, EPH Bougtob –El Bayadh / 2-Service De Médecine Interne De L'hôpital Militaire Régional Universitaire D'oran

Introduction :

La neurosarcoïdose est une situation relativement rare de cause inconnue. Elle nécessite une démarche diagnostic méthodique et une prise en charge multidisciplinaire.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 63 ans qui se plaignait d'un syndrome polyuropolydipsique. L'examen clinique ainsi que le bilan hormonal avaient mis en évidence une insuffisance antéhypophysaire, un diabète insipide et une hyperprolactinémie modérée. L'IRM cérébrale mettait en évidence un épaississement nodulaire de la région suprasellaire indissociable du chiasma optique prenant fortement le contraste mesurant 31*22mm, un épaississement du cervelet et une prise de contraste lepto-méningée. Le diagnostic de neurosarcoïdose avec atteinte multisystémique a été retenu après avoir éliminé les autres granulomatoses notamment la tuberculose devant l'élévation de l'enzyme de conversion, l'aspect d'une sarcoïdose médiastino-pulmonaire au TDM et les données anatomopathologiques de la biopsie des adénopathies médiastinales. Le patient était mis sous traitement hormonal substitutif et corticothérapie. L'évolution était marquée par une amélioration clinique sans bénéfice pour les axes endocriniens.

Conclusion :

L'atteinte neuro-endocrine est rarement révélatrice de la sarcoïdose et peut poser un diagnostic différentiel avec les autres granulomatoses. Cette atteinte est souvent d'évolution favorable sous traitement spécifique.

Mots clés

neurosarcoïdose, rare , diabète insipide, corticothérapie

P-021. TECHNIQUE D'ANGIOPLASTIE VASCULAIRE PERIPHERIQUE CHEZ LE DIABETIQUE

Nassime ZAOUI

Nabil IRID, Amina BOUKABOUS, Katia BABOU, Hedjila REKHOU.

EHS Omar YACEF Draa Ben Khedda

Introduction :

L'angioplastie est une technique en plein essor permettant de traiter des lésions endoluminales (le plus souvent athéromateuses) par voie « mini-invasive » réduisant ainsi le risque procédural, la durée d'hospitalisation et les complications de la chirurgie vasculaire surtout chez le sujet diabétique

Observation(s) :

Deux patients diabétiques porteurs d'une sténose de l'artère sous Clavière gauche insuffisants rénaux au stade de dialyse tous deux avec dysfonction de fistule artérioveineuse droite.

La procédure chez ces deux patients a été réalisée par voie fémorale droite 6Fr avec sonde porteuse dédiée, un guide d'angioplastie a été mis à travers la lésion puis mise en place d'un stent autoexpandable pour chacun des deux

Deux patients diabétiques porteurs d'une sténose de l'artère rénale avec HTA résistante

La procédure chez ces deux patients a été réalisée par voie fémorale droite 6Fr avec sonde porteuse dédiée, un guide d'angioplastie a été mis à travers la lésion puis mise en place d'un stent balloon expandable.

Deux patients diabétiques porteurs d'une sténose iliofémorale avec claudications

La procédure est effectuée par la fémorale homolatérale avec franchissement de la lésion par guide d'angioplastie sans sonde porteuse, dilatation et mise en place de stent autoexpandable

Conclusion :

L'angioplastie vasculaire périphérique est une technique accessible, nécessitant une courbe d'apprentissage et une connaissance du matériel et des indications de revascularisation

Elle permet d'améliorer le pronostic fonctionnel des patients diabétiques mais aussi dans certains cas, elle aura aussi un effet sur le pronostic vital

Mots clés

artériopathie, angioplastie, stent périphérique, athérosclérose

P-022. ASPECTS CLINIQUES, ET METHODOLOGIES EXPLORATRICES D'UNE TUMEUR NEUROENDOCRINE BRONCHIQUE.

Redhouane LONGO

Mourad BENRABAH, Mohamed EL HORRI, Abdallah GHALMI, Abdenour BOURIHANE

Hôpital Militaire Régional Universitaire, Oran, Algérie

Introduction :

Les tumeurs neuroendocrines (TNE) sont des tumeurs qui peuvent apparaître dans tout l'organisme, touchent généralement le tube digestif et poumon. Ce sont des tumeurs rares ; l'incidence est estimée à 4-5 nouveaux cas pour 100000 personnes /année, la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 50 et 60 ans.

Observation(s) :

Patient âgé de 73ans, tabagique sevré depuis 30 ans, admis à notre niveau pour diagnostic étiologique d'une TNE objectivée par une IRM abdominale réalisée suite à l'apparition depuis 03 mois de douleurs abdominale qui a dévoilé la présence d'un

nodule hépatique suspect dont l'étude anatomopathologique revient en faveur d'une métastase hépatique d'une TNE à petite cellule.

L'immunohistochimie de la pièce revient positive aux anticorps anti-CgA ; anti-Synaptophysine, et anticorps anti-Ki67 à 80%.

Une TDM thoraco-abdominale met en évidence une condensation pulmonaire systématisée au dépend du lobe moyen droit, avec localisations secondaires hépatiques et médiastinales.

Un octréoscan conclut à l'existence d'une néoplasie pulmonaire exprimant des récepteurs à la somatostatine au stade de métastases ganglionnaires et hépatiques.

Le malade avait bénéficié d'une fibroscopie bronchique avec biopsie au niveau du lobe moyen et inférieur droit dont les résultats sont en faveur d'un aspect histopathologique et profil immunohistochimique d'un carcinome à petites cellules bronchique.

Conclusion :

Le cancer bronchique à petites cellules n'est pas le plus fréquent des cancers du poumon, mais c'est l'un des plus agressifs. Il se caractérise par la présence d'une TNE dont il existe une grande variété.

La diversité des symptômes, et leur rareté présentent un défi majeur pour le personnel soignant.

Mots clés

Tumeurs neuroendocrines, Clinique, Octréoscan, Exploration.

P-023. LOCALISATION CUTANÉE SECONDAIRE D'UN CARCINOME DIFFÉRENCIÉ DE LA THYROÏDE : A PROPOS DE 3 CAS

Fella HASBELLAOUI

Ouidad BAZ, Lynda BELABAS, Safia MIMOUNI-ZERGUINI.

Service d'Endocrinologie et des Maladies Métaboliques du Centre Pierre et Marie Curie.

Introduction :

Les carcinomes différenciés de la thyroïde sont en majorité de bon pronostic. Il existe des formes métastatiques pulmonaires et osseuses. Les localisations métastatiques cutanées sont exceptionnelles néanmoins quand elles existent elles témoignent de l'agressivité du carcinome.

Observation(s) :

Patient 1: âgé de 62 ans présentant un carcinome papillaire à cellules hautes.

Il présente une masse lipomateuse au niveau scapulaire augmentant progressivement de volume. Après exérèse, le résultat histologique est en faveur d'une métastase cutanée d'un carcinome papillaire de la thyroïde.

patient 2 :

âgé de 14 ans présentant un carcinome papillaire.

Le patient rapporte un kyste latéro cervical superficiel qui augmente de volume. Une exérèse du « kyste » est réalisée révélant une métastase de carcinome papillaire.

patient 3 :

âgé de 47 ans présentant un carcinome oncocytaire du thyroïde.

Il est opéré thyroïdectomie totale et curage récurrentiel bilatéral et latéral gauche.

Le patient présente une lésion d'allure lipomateuse dorsale haute d'environ 6 cm qui augmente rapidement de volume devenant hémorragique mettant en jeu le pronostic vital. Il est opéré par la suite avec mise en place d'une greffe cutanée, l'histologie conclut à une métastase.

Conclusion :

les carcinomes thyroïdiens métastatiques représentent moins de 20% des cancers différenciés. les localisations cutanées sont exceptionnelles. leur présence témoigne d'une agressivité et d'un pronostic plus sombre.

Mots clés

cancer thyroïde- localisation cutanée - pronostic

P-024. L'ASSOCIATION D'UNE THYROÏDE ECTOPIQUE ET D'UNE THYROÏDE EN POSITION NORMALE : À PROPOS D'UN CAS

Y.HADDADI (Dr)

F.CHABOUR (Dr) ,S.HADJ ARAB (Pr) ,S.MIMOUNI (Pr)

haddadiyousra25@gmail.com

Introduction :

L'ectopie thyroïdienne est une pathologie rare liée à un défaut de migration de la glande thyroïdienne lors de son développement embryonnaire le long du canal thyroïdienne. Néanmoins l'association d'une thyroïde ectopique et d'une thyroïde en position habituelle est exceptionnellement décrite.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 33 ans qui présentait une masse basio-cervicale latéralisée à gauche révélée par une gêne esthétique. A l'examen clinique : présence d'une Tumeur cervicale basse visible en inspiration profonde d'environ 03 cm , mobile à la déglutition, de consistance ferme , associée à une turgescence de

la jugulaire gauche avec Signes de compression .Par ailleurs Thyroïde palpable en position normale classé Ib , anodulaire sans signes de dysthyroïde

- L'échographie cervicale : formation tissulaire cervico-thoracique gauche , calcifiée de contours réguliers de 27/21/12 mm , localisée entre les vaisseaux de la gerbe aortique ; Glande thyroïde de taille normale.
- cytoponction: présence de cellules folliculaires de la thyroïde isolées ou groupées en amas avec TG in situ > 500 ng/ml +++.

scintigraphie thyroïdienne : glande thyroïde en place, relativement hypercaptante, avec fixation arrondie moins fixante que le parenchyme thyroïdien, au dessous du lobe thyroïdien gauche

Conclusion :

Nous rapportons un cas supplémentaire de la coexistence d'une ectopie thyroïdienne et d'une thyroïde à localisation normale.

Mots clés

thyroïde ectopique ,

P-025. PHÉOCHROMOCYTOME BILATÉRAL ASYNCHRONE RENTRANT DANS LE CADRE DE VHL : A PROPOS D'UN CAS

Y.HADDADI (Dr)

F.CHABOUR (Dr) ,S.HADJ ARAB (Pr) ,S.MIMOUNI (Pr)

haddadiyousra25@gmail.com

Introduction :

Le Phéochromocytome bilatéral asynchrone est une pathologie fréquente dans les syndromes de prédisposition génétique . Comme le démontre la maladie de Von Hippel Lindau qui est une affection héréditaire AD dont l'expression phénotypique est variable et multi-viscérale ,responsable de 25 -30 % des cas familiaux de phéochromocytome .

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'un phéochromocytome bilatéral asynchrone chez un enfant âgé de 11 ans. Aux ATCDs personnel de phéochromocytome initial droit sécrétant traité par surrénalectomie droite , rentrant dans le cadre d'un VHL confirmé par étude génétique.

Dans l' évolution : 06 ans post opératoire réapparition d'une triade de Ménard incomplète faite de Sueur / palpitation.À l'examen Clinique : maigreur , pâleur, HTA diastolique . Sur le plan biologique : a la NFS une polyglobulie, hyperplaquétose . Une récurrence contralatérale d'un phéochromocytome a été confirmée par dosage des dérivés méthoxylés urinaires des 24h et a l'imagerie (TDM centrée sur les surrénales)

.

Conclusion :

Comparativement aux adultes, le phéochromocytome de l'enfant revêt un caractère génétique , récidivant à potentiel malin . Cette observation illustre à la fois la prédominance de sécrétion de normétanéphrine en cas de VHL ; l'importance de la surveillance biochimique annuelle à vie du phéochromocytome familiale .

P-026. MENORRAGIE A L'AGE ADULTE REVELANT UNE HYPOTHYROÏDIE CONGENITALE

Dr SOUILAH Ismail

EPH Akbou , Béjaia

Introduction :

L'hypothyroïdie congénitale est l'endocrinopathie congénitale la plus fréquente. Elle touche 1 sur 400 nouveau-nés dans le monde, elle présente la première cause du retard mental évitable.

Bien que l'hypothyroïdie soit une cause fréquente des ménorragies, ces dernières sont une présentation rare d'une hypothyroïdie congénitale.

Nous rapportons le cas d'une hypothyroïdie congénitale se présentant à l'âge adulte pour des ménorragies abondantes. Malgré la présentation tardive, la patiente avait un tableau clinique complet suggérant l'hypothyroïdie depuis sa naissance

Observation(s) :

Une patiente âgée de 22 ans aux conditions socioéconomiques défavorables est amenée dans le cadre de l'urgence pour une perte de connaissance avec une histoire de ménorragies abondantes évoluant depuis quelques mois et négligées

L'examen clinique retrouve : un tableau complet et typique d'une hypothyroïdie avec un retard statural sévère à – 3DS contrastant avec une obésité généralisée

Les examens complémentaires ont confirmé l'impression clinique avec un bilan en faveur d'une hypothyroïdie primaire : TSH à 437 et une FT4 indétectable (<1), l'échographie cervicale n'a pas retrouvé de thyroïde

La patiente a été mise sous levothyroxine, nous avons assisté à une nette amélioration de clinique et la TSH de contrôle à 3 mois était à 251 uUI/ml

Bien qu'elles soient le trouble menstruel le plus fréquent chez les femmes hypothyroïdiennes, les ménorragies sont une présentation rare de l'hypothyroïdie congénitale chez l'adulte

Plusieurs facteurs conduisent à ces saignements notamment une diminution de la SHBG avec augmentation des estrogènes circulants, une diminution de la progestérone et d'autre part, un défaut intrinsèque des mécanismes de coagulation.

Toutes ces anomalies sont réversibles après mise sous traitement substitutif

Conclusion :

L'hypothyroïdie congénitale est la première cause du retard mental évitable, son dépistage est simple et son traitement est facile

Il est bien dommage de diagnostiquer cette pathologie à l'âge adulte suite à des ménorragies et de passer à côté d'un tableau clinique aussi riche, complet et évident depuis la naissance.

Mots clés

ménorragie , hypothyroidie congénitale , retard diagnosticr

P-027. A PROPOS D'UNE MALADIE DE CUSHING PERSISTANTE

Dr K.Melbouci

Dr F.CHABOUR, Pr. S. HADJARAB, Pr. S. MIMOUNI

kenzymelbouci@gmail.com

Introduction :

Le taux de guérison de la maladie de cushing de l'adolescent est globalement inférieur à celui de l'adulte, avec une médiane de récidence plus courte, et des difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Nous rapportons le cas d'une persistance de la maladie de cushing durant la phase de transition.

Observation(s) :

Patient B.D, âgé de 17ans, sans antécédents pathologiques notables, présentant une maladie de cushing par micro adénome hypophysaire latérosellaire gauche de 6mm, avec un infléchissement de la courbe staturale, obésité facio-tronculaire et des signes cataboliques. Sur le plan thérapeutique, la chirurgie transphénoïdale, suivie de l'analyse immunohistochimique a confirmé le diagnostic. L'évolution était marquée par une persistance de la maladie, avec un cortisol en postopératoire immédiat de 1176 nmol/l, un cortisol de 00H à 6semaines postopératoires à 387,3 nmol/l, avec un freinage faible à 1052 nmol/ml. L'IRM à 3mois de la chirurgie était strictement normale, justifiant l'introduction du ketoconazole, avec une nette régression des signes clinico-biologiques. L'IRM hypophysaire reconstrôlée à 9 mois et à 12mois postopératoires, a objectivé un processus de 6*5mm à droite, soit du coté controlatéral. L'enjeu de cette phase de transition étant la reprise de la croissance, et le développement pubertaire, une reprise chirurgicale sera envisagée ultérieurement.

Conclusion :

Il n'existe aucun consensus sur la stratégie thérapeutique à adopter en cas de récidence/persistance d'une maladie de cushing durant la période de transition, et doit donc être discutée, au cas par cas, de manière pluridisciplinaire et idéalement, avec le patient.

Mots clés

Maladie de cushing, persistance, ketoconazole, transition.

P-028. A PROPOS D'UNE HYPOPARATHYROIDIE POSTOPERATOIRE RESISTANTE AU TRAITEMENT CONVENTIONNEL

Dr. A. REMAKI

Dr. K. MELBOUCI, Pr. S. HADJARAB, Pr. S. MIMOUNI

amirarem94@gmail.com

Introduction :

L'hypoparathyroïdie est une complication postopératoire fréquente dans le traitement chirurgical de la thyroïde et des parathyroïdes.

La substitution par PTH recombinante (PTHrh) demeure une alternative thérapeutique dans l'hypoparathyroïdie réfractaire au traitement conventionnel (hors AMM).

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 42 ans, suivie pour néoplasies endocriniennes multiples de type 1 (NEM1) associant hyperparathyroïdie primaire, macroprolactinome, et tumeurs neuroendocrines multiples.

Devant la présence d'une ostéoporose, l'indication opératoire de l'hyperparathyroïdie a été posée, le geste ayant consisté en une parathyroïdectomie totale avec thymectomie. Au 2^{ème} jour postopératoire, la patiente a présenté un tableau d'hypoparathyroïdie biologique associée à des phosphatases alcalines normales (éliminant ainsi un hungry bone syndrome), malgré une supplémentation orale par carbonate de calcium atteignant 6g/j et 1-alpha 4µg/j, ayant nécessité une supplémentation calcique intraveineuse en perfusion continue.

Devant le caractère réfractaire de cette hypoparathyroïdie, une substitution par Teriparatide a été initiée à raison de 20µg *2/j, nous permettant ainsi l'arrêt de la supplémentation calcique intraveineuse, avec maintien de la supplémentation orale par carbonate de calcium, avec pour objectif thérapeutique, une calcémie à la limite inférieure de la normale sans hypercalciurie.

Conclusion :

Le tériparatide pourrait être un traitement alternatif efficace pour les patients souffrant d'hypoparathyroïdie non contrôlée sous supplémentation vitamino-calcique conventionnelle.

Mots clés

hypoparathyroïdie, réfractaire, teriparatide.

P-029. RETARD DE CROISSANCE SUR KYSTE DE LA POCHE DE RATHKE

Boulkadid Soumaya

S. Khensal, C. Mouats, N. Nouri

Service d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques. CHU

Constantine, Algérie

Introduction :

Les kystes de la poche de Rathke (KPR) sont des lésions kystiques bénignes très fréquentes de la région sellaire. Majoritairement petits, intrahypophysaires et asymptomatiques, les formes plus volumineuses peuvent être symptomatiques en comprimant les structures voisines. Leur diagnostic est fortement suggéré en IRM devant des critères radiologiques rigoureux.

Observation(s) :

Enfant 14 ans, sans antécédents personnels, issu d'un mariage consanguin consulte pour un retard de croissance statural à -2.3 DS, taille cible à 178 cm, A1P1G3, poids normal, âge osseux 12 ans, micropenis. Biologie: déficit complet en GH, Pic de GH au test d'Hypoglycémie insulinique : 2.14 ng/mL) et déficit thyroïdienne. • IRM hypophysaire : Lésion de 2 cm évoquant un kyste de la poche de Rathke Le patient a été mis sous Lévothyrox et il a bénéficié d'une neurochirurgie : vidange du kyste avec exérèse partielle de la paroi. L'anapath a confirmé la nature kystique de la lésion. Une année après, IRM de contrôle montrant un résidu kystique, Sa vitesse de croissance était de 3 cm/an ; après discussion, mise de traitement par GH avec surveillance radiologique. à 16 ans, le patient a atteint 162 cm , âge osseux de 14 ans, l'IRM Hypophysaire: stabilité du résidu kystique.

Conclusion :

Le KPR symptomatique est rare. Le traitement chirurgical est indiqué devant les KPR symptomatiques: exérèse partielle, la récurrence est fréquente. Aucune relation entre le traitement par GH et l'évolution de la taille d'où la sécurité de la mise de traitement par GH et son bénéfice sur le pronostic statural.

Mots clés

kyste poche de Rathke, GHD, retard de croissance, déficit en GH

P-030. INCIDENTALOME SURRENALIEN BILATERAL REVELANT UN SYNDROME DE CUSHING

Sekkat hanane

Ehu Oran

Introduction :

Si les incidentalomes surrénaliens bilatéraux sont rares (10-15 % des d'incidentalomes), leur caractère sécrétant l'est encore plus. Nous rapportons le cas d'un volumineux incidentalome bilatéral avec sécrétion autonome de cortisol.

Observation(s) :

Patient âgé de 64 ans, diabétique , hypertendu et atteint d'une fibrillation auriculaire, présente deux masses surrénaliennes bilatérales découvertes fortuitement sur scanner mesurant à droite 35× 45× 65 mm et à gauche 45× 40× 45, de densité spontanée de 14 UH et 10UH, se rehaussant à 60 UH et 55 UH respectivement; puis de densité tardive à 09 UH pour les deux. Le bilan sécrétoire est en faveur d'un syndrome de Cushing ACTH-indépendant(freinage minute = 3.8 µg/dL ,cortisol

salivaire à 23h = 10.4 nmol/L , freinage faible = 2.92 µg/dL , ACTH à 8h = inférieur à 5 pg/mL)

Conclusion :

A notre connaissance, la majorité des incidentalomes surrénaliens sont des lésions bénignes non sécrétantes, tandis que la prévalence des adénomes à sécrétion autonome de cortisol est de 5 à 12 % des incidentalomes, et pourtant l'hypersécrétion de cortisol à minima serait plus fréquente en cas d'incidentalomes bilatéraux.

Mots clés

Incidentalomes surrénaliens bilatéraux , sécrétion autonome de cortisol , ACIC

P-031. ETUDE CLINIQUE DES KYSTES OVARIENS CHEZ LA FEMME

AIT ISSAD Nassima

MIMOUNE Nora, KHELEF Djamel 1

n.mimoune@ensv.dz

Objectifs :

L'objectif de l'étude était de faire connaître la fréquence des kystes ovariens (KO) chez la femme, la clinique, les complications et la prise en charge thérapeutique.

Matériel / Patients et méthodes :

Ce travail s'agit d'une enquête rétrospective portant sur l'étude épidémio-clinique des KO à propos des cas observés au service de gynécologie obstétrique d'une clinique privée, Alger. Au cours de notre étude, nous avons colligé 110 cas de masses ovariennes diagnostiquées dans le service dans la période comprise entre 2018 et 2019. Parmi ces masses, 7 cas (6.36%) étaient des tumeurs épithéliales borderline et 77 cas soit de 69% des tumeurs ovariennes (bénignes et malignes) exclus de notre étude, seuls les kystes fonctionnels et endométriosiques ont été étudiés selon : l'état marital, le motif de consultation, l'âge de ménarche, le type de kyste, l'âge des patientes, l'antécédent familial, le siège, la taille et le traitement.

Résultats :

Les résultats obtenus montrent que les KO sont moins fréquents que les autres masses avec un taux de 23.63% par rapport aux tumeurs (76.36%). Les femmes célibataires étaient plus atteintes (69.23 %). L'hémorragie était le motif de consultation le plus fréquent (50%). L'âge moyen de ménarche était de 12.96 ans avec des extrêmes allant de 11 ans à 16 ans. Parmi les kystes, 7 cas soit 26.92% sont représentés par des kystes folliculaires, 13 cas soit 50% de kystes lutéaux et 6 cas soit 23.07% des kystes endométriosiques. La majorité des KO étaient diagnostiqués à gauche (50%) et l'atteinte bilatérale était dans 7.26% des cas. Le kyste atteinte toutes les classes d'âges principalement les femmes en âge de procréation. La taille maximale des kystes était de 12 cm et la taille minimale était de 2 cm.

Discussion :

A travers les résultats, on constate que 77% des cas ont bénéficié d'une hormonothérapie, alors que seulement 23% ont été opérés.

Conclusion :

A la fin, ce travail a mis le doigt sur les KO dans un hôpital à Alger. Cependant, d'autres études plus étalées d'un point de vue échantillon, région, et facteur épidémiologique seront à envisager.

Mots clés

ovaire, kyste, infertilité, hémorragie, enquête, épidémiologie, clinique.

P-032. LYMPHOMES THYROIDIENS: EXPERIENCE DU SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DU CPMC

Fella HASBELLAOUI

Ouidad BAZ, Safia MIMOUNI-ZERGUINI

Service d'Endocrinologie et de Maladies Métaboliques. Centre Pierre et Marie Curie Alger

Objectifs :

Les lymphomes thyroïdiens constituent une entité rarissime, ils représentent moins de 2%.

Il s'agit de lymphomes non hodgkiniens le plus souvent de type B.

L'objectif est d'évaluer la prise en charge diagnostique et thérapeutique de cette entité au CPMC.

Matériel / Patients et méthodes :

Nous rapportons 6 cas de lymphomes de la thyroïde diagnostiqués au service d'Endocrinologie du CPMC (2008-2023) et pris en charge en collaboration avec les équipes d'Hématologie ; en précisant les particularités cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

Résultats :

La moyenne d'âge est de 55 ans avec des extrêmes de 24 à 68 ans.

Le motif de consultation était un goitre devenant rapidement compressif avec dysphonie et dyspnée.

Le diagnostic a été posé sur une pièce de thyroïdectomie totale dans 2 cas, une cytoponction thyroïdienne et/ ou adénopathie dans 3 cas et une biopsie ganglionnaire dans 1 cas.

La chimiothérapie indiquée dans 4 cas.

L'évolution est marquée par la survenue d'un décès non lié au lymphome. Les autres patients sont suivis régulièrement sous traitement substitutif sans récives à ce jour.

Discussion :

Les lymphomes thyroïdiens se présentent cliniquement comme des goitres compressifs.

Le diagnostic de certitude est histologique en pré thérapeutique, néanmoins les progrès en cytologie ont permis d'évoquer le diagnostic chez 3 patients.

La prise en charge thérapeutique est discutée en pratique, l'indication de chimiothérapie complémentaire si le patient est opéré dépend de l'histologie.

Le pronostic est lié à la rapidité de la prise en charge et à la tolérance du traitement.

Conclusion :

Les lymphomes thyroïdiens constituent une entité rare à évoquer devant un goitre compressif de constitution rapide.

La cytoponction confortée par une biopsie permet d'établir un protocole thérapeutique.

Mots clés

lymphome thyroïde- chimiothérapie- étude histologique- pronostic

P-033. PANCREATITE AIGÜE REVELANT UNE DYSLIPIDEMIE MIXTE, A PROPOS D'UN CAS

F- Berkoune

A.Mehdi -M.Hani - H.Allal- Ait Abderrahman

Service de diabétologie, HCA

Introduction :

Les hyperlipidémies mixtes se caractérisent par une augmentation des concentrations plasmatiques de cholestérol total et de triglycéride. Elles englobent l'hypercholestérolémie combinée familiale (HCF) ou type IIb et la dysbêtalipoprotéïnémie ou type III de la classification de Frederickson.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 57 ans aux antécédents personnels d'obésité grade 2, DT2 depuis 20 ans sous Metformine, Répaglinide et insulinothérapie schéma bed time, HTA depuis 14 ans sous hexa thérapie. Aux antécédents familiaux chargés de dyslipidémie dont une hypertriglycéridémie sévère compliqué d'une pancréatite aigüe chez un oncle maternel. Ce patient présente une

dyslipidémie mixte sévère révélé par une pancréatite aiguë stade C à l'âge de 50 ans, Le bilan initial retrouve un taux de triglycéride à 20 g/l et cholestérol total à 3.5 g/l mis sous fénofibrate 200 mg et rosuvastatine 40 mg. L'examen clinique est sans particularité. Les examens complémentaires retrouvent un taux de TG à 3.8 g/l et un taux de CT à 2.3 g/l, ECG et échographie trans thoracique sans anomalies et l'échodoppler des troncs supra-aortique retrouve une surcharge athéromateuse diffuse des axes carotidiens compliqué de quelques plaques bulbaires bilatérales.

Conclusion :

Les hyperlipidémies mixtes sont des dyslipidémies fréquentes, souvent intriquées avec un syndrome métabolique. Elles se caractérisent par un fort pouvoir athérogène. Même si l'hyper- triglycémie prédomine sur la présentation phénotypique, la base de leur traitement repose sur l'utilisation de statines en complément des mesures hygiéno-diététiques.

Mots clés

pancréatite aiguë, hyperlipidémies mixtes, hypercholestérolémie combinée familiale, dysbêtaipoprotéïnémie

P-034. INSULINOME DE L'ADULTE : A PROPOS D'UN CAS

Dr Chaouche A

Pr Merad M S, Dr Mohammedi F.

Service d'Endocrinologie – Diabétologie - Maladies Métaboliques. Clinique Larribère, CHU Oran

Introduction :

L'insulinome est une tumeur neuroendocrine rare, il s'agit dans 90 % des cas d'une tumeur unique de petite taille, de caractère bénin et le plus souvent sporadique. L'insulinome peut survenir à n'importe quel âge de la vie, avec une prédominance entre 35 et 55 ans et une discrète prépondérance féminine.

Observation(s) :

Il s'agit d'un patient âgé de 57 ans, hospitalisé pour exploration des hypoglycémies à répétitions sans aucun antécédent personnel ou familial de diabète.

Le patient présente des hypoglycémies veineuses inférieurs à 0,5g/l et des signes neuroglucopéniques cédant au resucrage confirmant la triade de Whipple, le reste de l'examen clinique retrouve une prise de poids de 5kg et une errance diagnostique depuis 1 an.

Le diagnostic d'hyperinsulinisme endogène est confirmé suite à une épreuve de jeûne dès les premières 24 h devant une glycémie veineuse basse (0,31g/l), un peptide C élevé (3,57ng/ml) et une insulinémie élevée (12,12 uUI/ml).

Morphologiquement, une IRM pancréatique objective un processus tumoral corporel pancréatique situé à distance du canal de Wirsung sans signes

d'envahissement locorégional mesurant 21x18,5x11,3 mm faisant évoqué un insulinome.

Le patient a bénéficié d'une résection chirurgicale par laparoscopie à type d'énucléation et l'étude anatomopathologique revient en faveur d'un insulinome avec limites chirurgicales saines.

Conclusion :

Le diagnostic d'insulinome devrait être évoqué devant tous cas d'hypoglycémie inexpiquée avec errance diagnostique, l'énucléation lorsque la tumeur est unique et de petite taille reste l'indication de choix en règle générale.

Mots clés

Tumeur neuroendocrine - insulinome - adulte

P-035. SYNDROME DE POLAND ET GYNECOMASTIE UNILATERALE

Dr Chaouch A

Pr M S Merad, Dr F Mohammedi.

Service d'Endocrinologie – Diabétologie - Maladies Métaboliques. Clinique Larribère, CHU Oran

Introduction :

Le syndrome de Poland est un syndrome rare dont le diagnostic est essentiellement clinique associant une malformation du thorax et des malformations non constantes des doigts et de l'avant-bras.. Il s'agit d'un syndrome congénital .

L'association d'une gynécomastie unilatérale à cet âge est non encore décrite dans la littérature.

Observation(s) :

Il s'agit d'un patient âgé de 19 ans, hospitalisé pour une gynécomastie unilatéral gauche dont l'apparition remonte à 2 ans. L'examen clinique retrouve une augmentation du volume mammaire gauche avec à la palpation une masse glandulaire ovale, ferme, homogène, mobile, retro-mamelonnaire sans adénopathies axillaires.

À l'examen urogénital on retrouve un stade G5P5 de Tanner avec testicule de taille normal sans masse palpable.

Le bilan hépatique et rénal est normal, le bilan hormonal (la TSH, la FSH, LH, la testostérone, la prolactine, l'œstradiol et l'HCG) lui aussi est sans particularité.

L'échographie mammaire objective la présence d'une formation ovale de 28 mm de grand axe, non encapsulé, retro-mamelonnaire débordant les quadrants externes. L'échographie scrotale est sans anomalies.

L'examen de la cage thoracique retrouve une asymétrie par absence de développement du muscle grand pectoral droit, la manœuvre d'adduction contrariée met en évidence l'agénésie du pectoralis major ce qui confirme le syndrome de Poland.

Conclusion :

Le syndrome de Poland est une anomalie congénitale rare impliquant des structures musculo-squelettiques thoraciques unilatérales nécessitant une chirurgie esthétique, mais dans notre cas cette chirurgie doit être précédée de la prise en charge de la gynécomastie idiopathique associée, ce qui est très rare.

Mots clés

Le syndrome de Poland - gynécomastie

P-036. SYNDROME DE CUSHING, INDICATION CHIRURGICALE ET FLUCONAZOLE INJECTABLE (A PROPOS DE 2 CAS)

Dr Khebach Y

Pr Merad M S, Dr Hassani M A ,Dr Mohammedi F.

Service d'Endocrinologie – Diabétologie - Maladies Métaboliques. Clinique Larribère, CHU Oran.

Introduction :

Le syndrome de Cushing est une pathologie rare corrélée à une morbi mortalité élevée nécessitant un contrôle rapide de l'hypercorticisme en attendant le traitement étiologique.

Le présent travail l'effet du fluconazole dans le contrôle de l'hypercortisolisme chez 2 patients atteints de syndrome de Cushing .

Observation(s) :

Le premier cas est celui d'un homme de 33 ans ,suivi depuis septembre 2020 pour un syndrome de Cushing ACTH paranéoplasique thymique et d'aggravation rapide compliquée de diabète, HTA et d'ostéoporose , quand au deuxième cas c'est un homme âgé de 32 ans suivi depuis Novembre 2022 pour un corticosurrénalome gauche sécrétant avec des métastases pulmonaires compliqués d'insuffisance cardiaque sur un tableau d'hypercorticisme.

Les deux patients étaient candidats à un traitement chirurgical radical.

En raison de la non-disponibilité du kétoconazole ou du mitotane et après une discision collégiale, on a opté pour la FLUCONAZOLE à raison de 400 mg / jour par voie parentérale avec contrôle du cortisol et des enzymes hépatiques toutes les 72 heures.

Les deux patients ont répondu au protocole avec une normalisation totale de la cortisolémie et du CLU des 24 h sur une durée moyenne de 20 jours sans présenter un effet secondaire notable.

Conclusion :

Le fluconazole semble une alternative sûre et efficace pour le contrôle rapide de l'hypercorticisme en vue de la chirurgie et mérite d'être étudié sur des échantillons plus large comme un anti cortisolique de synthèse.

Mots clés

Fluconazole - Syndrome de cushing

P-037. UNE TUMEUR THYMIQUE CARCINOÏDE ATYPIQUE : EVOLUTION A 33 MOIS POST OPERATOIRE

Dr Khebach Y

Pr Merad M S, Dr Mohammedi

Service d'Endocrinologie – Diabétologie - Maladies Métaboliques. Clinique Larribère, CHU Oran

Introduction :

Le syndrome de cushing paranéoplasique est une manifestation rare due à une sécrétion ectopique d'ACTH dont les tumeurs en cause sont presque toujours malignes, elles sont par ordre de fréquence bronchopulmonaires, pancréatiques et plus rarement thymiques, cette dernière localisation est corrélée à un pronostic mal connu.

Observation(s) :

Nous rapportons l'observation d'un homme de 33 ans , suivi depuis septembre 2020 pour un syndrome de cushing ACTH dépendant en relation avec tumeur paranéoplasique thymique, d'aggravation rapide compliqué de diabète, HTA et d'ostéoporose.

Après une préparation par fluconazole injectable , une résection totale du thymus emportant la masse causale est faite retrouvant à l'étude anapath un aspect histologique d'une tumeur carcinoïde atypique du thymus classée

T1aNxMx (AJCC2017), le profil immunohistochimique : chromogranine et Synaptophysine positif, ki67 élevé (40 %). L'évolution est rapidement favorable en postopératoire, avec régression du syndrome de cushing .

La surveillance clinico-biologique et morphologique menée après 33 mois du geste initial est marquée par une évolution toujours favorable, avec un cortisol après farinage minute inférieure à 50 nmol/l et un cortisol libre urinaire des 24 h dans les normes, la DMO est actuellement en cour de réalisation. Enfin, le bilan d'extension ne retrouve aucune localisation secondaire.

Conclusion :

Une tumeur carcinoïde atypique dans le cadre du syndrome de cushing paranéoplasique est très rare et de pronostic sombre, mais cet état de fait peut être amélioré a plus au moins long terme par une prise en charge chirurgicale précoce et adéquate.

Mots clés

Tumeur carcinoïde -thymus - syndrome de cushing -paranéoplasique

P-038. UNE CAUSE RARE DE RETARD STATURO-PONDERAL ASSOCIE A UNE HYPOTHYROÏDIE

Benchaabane

ladjouze

be.chahra16@gmail.com

Introduction :

Le syndrome de van wyk Grumbach est caractérisé par une hypothyroïdie primaire, un retard de l'âge osseux, une puberté précoce et un adénome hypophysaire.

Observation(s) :

Une fille âgée de 15 ans qui présente un retard staturo-pondéral. L'examen clinique objective un poids : 32 kg (-3DS), taille : 126 cm (-5.06 DS), stade pubertaire Tanner : A1 P1 S2 R0, dysmorphie crânio-faciale : ensellure nasale, petit front, hypertélorisme, cou court, avec écartement mamelonnaire, scoliose dorsale. On note une diminution du rendement scolaire, céphalée ainsi une constipation. Par ailleurs : pas de goitre palpable.

Biologique, TSH : >100 µu/ml, FT4 : <1 pmol/l, Ac anti TPO: 7.1 UI/ml, FSH: 9.78 UI/L, LH: 0.03 UI/L, cortisol: 210 nmol/l,

Radiologique : Echographie cervicale : glande thyroïde de volume réduit, lobe droit de volume 1.3 cc (9x10x26 mm), lobe gauche de volume 0.7 cc (6.8x9x23 mm).

Echographie abdominale : utérus mesuré à 40 mm d'échostructure homogène, ovaire droit : de taille réduite mesuré à 40 mm, ovaire gauche non vu.

IRM hypothalamo-hypophysaire : Aspect d'un macro-adénome hypophysaire, mesurant 13.6 mm de grand axe, tige pituitaire fine, post hypophyse en place de signal habituel. Un âge osseux de 10 ans.

Conclusion :

Devant l'association d'un retard staturo-pondéral, une hypothyroïdie primaire et une hypertrophie de l'hypophyse à l'imagerie on évoque le syndrome de VAN WYK GRUMBACH. A noté que dans notre cas on à eux un retard pubertaire due au déficit de la sécrétion des hormones de l'antéhypophyse. Sa pathogénèse présumée est que l'hypothyroïdie primaire de longue durée provoque une hypertrophie et hyperstimulation de l'hypophyse, lesquelles à leur tour provoquent une hyperstimulation ovarienne Dans certains cas cette hypothyroïdie primaire peut induire une puberté précoce avec retard d'âge osseux.

Mots clés
syndrome

P-039. MÉNINGIOME & NEUROFIBROMATOSE TYPE 1

Dr-Hamiti
Oran

Introduction :

Le méningiome est une tumeur encapsulée et souvent bénigne dans 95 % des cas [1] du névraxe qui se développe au dépens des méninges et se voit communément dans la neurofibromatose de type 2

La maladie de Von Recklinghausen (neurofibromatose type 1, NF1) est la plus fréquente des neurofibromatoses [2] et se caractérise par une mutation différente de celle du type 2

Observation(s) :

Madame G. âgée de 50 ans, consulte pour un syndrome tumoral abdominal. Un scanner met en évidence une masse surrénalienne solidokystique mesurant 49×40×40 mm (Fig.1)

L'examen clinique retrouve une triade de Menard et les dérivés méthoxylés plasmatiques

sont élevés à 13 fois la normale en faveur d'un phéochromocytome.

Par ailleurs l'examen clinique avait noté des taches café au lait, neurofibromes cutanés

diffus lentigines axillaires (Fig 2) et nodule de Lisch à l'examen ophtalmologique.

Ces éléments cliniques ont permis de poser le diagnostic de Neurofibromatose de type 1.

L'IRM orbitocérébrale retrouve une formation méningée frontale gauche à large base d'implantation mesurant 13.5×06mm étendue sur une hauteur de 06mm iso signal T1 et T2

fortement rehaussée après injection correspondant probablement à un méningiome (Fig. 1)

Conclusion :

Le méningiome étant plutôt l'apanage de NF2, sa découverte dans une NF1 est soit une simple association sans lien physiopathologique, soit une réelle prédisposition. L'extrême rareté de cette présentation et l'absence de corrélation génotype-phénotype ne permettent pas de tirer une conclusion à l'heure actuelle car notre cas ne constitue que le cinquième à être décrit.

Une éventuelle généralisation des tests génétiques pourrait apporter une pierre à l'édifice.

P-040. REVELATION INHABITUELLE D'HYPERPARATHYROÏDIE PRIMAIRE : TUMEURS BRUNES MULTIPLES SECONDAIRES A UN ADENOME PARATHYROÏDIEN ECTOPIQUE MEDIASTINAL

H.ZEGUIR

S.ACHIR,S.AZZOUG

Service d'endocrinologie et diabétologie CHU Benimessous.

Introduction :

La tumeur brune (TB) est une lésion rare, bénigne, faite de cellules géantes plurinucléées, pouvant affecter tout le squelette. Elles sont une manifestation tardive, rare et exceptionnellement révélatrice de l'hyperparathyroïdie primaire (HPP) ou secondaire (HPS). Lorsqu'elles se présentent sous la forme de lésions ostéolytiques diffuses, elles sont à tort prise pour des métastases.

Nous rapportons le cas d'une patiente chez qui l'HPP ectopique médiastinale a été découverte devant des TB multiples disséminées.

Observation(s) :

Patiente âgée de 36 ans, sans antécédents, suivie en oncologie depuis 2 ans pour tumeur médiastinale avec Tumeurs à cellules géantes multiples, sous Denosumab ; admise pour exploration d'une hypercalcémie. Patiente présentant des signes d'hypercalcémie. Biologie : hypercalcémie à 109 mg/l, PTH=1318 pg/ml soit 15 fois la normale. L'échographie cervicale : masse tissulaire rétro claviculaire interne droite, para trachéale, hyperéchogène, à limites nettes de 35*26*51mm a extension intra médiastinale ; concordante avec la Scintigraphie au MIBI ; soit un gros adénome parathyroïdien médiastinale.

DISCUSSION :

Les TB sont plus communément associés à une HPP comme dans notre cas.

Elles peuvent être totalement asymptomatiques, se manifester par des fractures pathologiques ou encore des douleurs osseuses.

Les sites classiques d'atteinte sont les os de la face, les côtes, le pelvis, le fémur, les autres os longs et rarement les vertèbres ce qui est le cas chez notre patiente.

Radiologiquement, c'est des lésions lytiques, comme chez notre patiente.

Il est difficile de différencier histologiquement les TB d'autres lésions à cellules géantes. L'association avec l'hyperparathyroïdie est donc essentielle au diagnostic.

Conclusion :

Les TB devraient être systématiquement évoquées devant des lésions osseuses lytiques, et doivent faire rechercher une hyperparathyroïdie.

Mots clés

hyperparathyroïdie primaire, hypercalcémie, tumeur brune, tumeur à cellules géantes.

P-041

carcinome parathyroïdien

N.Khenniane

K.Boudaoud, N.Nouri

khennianenarimane@gmail.com

Introduction :

Le carcinome parathyroïdien (CP) est très rare (<1 % des causes des hyperparathyroïdies) 1. Le tableau habituel

est celui d'une hypercalcémie sévère dans le cadre d'une hyperparathyroïdie primaire. Son traitement est chirurgical, mais l'étendue de la

résection reste un sujet de discussion

Observation(s) :

Il s'agit de 02 femmes et 01 homme âgés de 52 ans en moyenne, hospitalisés au service d'Endocrinologie-CHU Constantine durant l'année 2020-2022. Nous avons relevé pour chaque patient les circonstances de découverte, le profil clinique, les résultats des bilans phosphocalcique, topographique et de retentissement, ainsi que les données thérapeutiques et évolutives

Conclusion :

Le diagnostic de cancer parathyroïdien est établi sur la conjonction de signes cliniques, radiologiques et surtout histologiques, la gravité de cette pathologie et due à l'hypercalcémie sévère, aggravant la mortalité, au risque de récurrence et de métastase à distance justifiant la surveillance prolongée

Mots clés

analyser les difficultés diagnostiques de carcinome parathyroïdien

P-042. Pré tamponnade cardiaque révélatrice une hypothyroïdie

Melais Marwa

Zeraoulia faiza, nibouche nadia wafia

Eph ain taya

Introduction :

L'épanchement péricardique de grandes abondances secondaires à l'hypothyroïdie a été bien décrit mais la tamponnade cardiaque est très rare au cours de l'hypothyroïdie.

Dans la littérature peu d'observation en rapport avec la pathologie péricardique au cours de l'hypothyroïdie ont été rapportées

Observation(s) :

Nous rapportons une observation d'une femme de 41 ans sans antécédents était hospitalisée pour d'une dyspnée stade 4 associée avec des douleurs thoraciques rétro sternale.

Le début de la symptomatologie remonte à 2 semaines marquée par l'installation d'une douleur abdominal avec une dyspnée stade 2, asthénie et sueur nocturne. Un T.A.P a été fait objectivant un épanchement péricardique de moyenne abondance, un épanchement pleural bilatéral et un ascite avec une cholicystite alithiasique réactionnelle.

A l'admission, la patiente était dyspnéique stade 4, Apyrétique. IMC : 21 La pression artérielle était à 100/50mm Hg et la fréquence cardiaque 118 bpm. Les veines jugulaires étaient Turgescentes , œdème des membres inférieurs avec distension abdominale. L'auscultation cardiaque notait un assourdissement des bruits du cœur, l'examen pleuro-pulmonaire mettait en Evidence une matité et un silence auscultatoire aux bases. Les phanères et téguments étaient normaux, les aires ganglionnaires étaient Libres. ECG : rythme sinusal, micro voltage avec alternance électrique. La radiographie thoracique de face montrait Une cardiomégalie avec index cardiothoracique à 0,70 et un épanchement pleural bilatéral.

Echocardiographie transthoracique: épanchement péricardique de grande abondance avec aspect de swimming Heard. Le drainage péricardique chirurgical a ramené 2000 mL d'un Liquide xanthochromique riche en protéines (50 g/L), contenant de rares lymphocytes Sans germe à l'examen direct et la culture aussi revenant négative et une cytologie inflammatoire.

Diagnostic : pré tamponnade cardiaque

Evolution : favorable après le drainage, disparition d'ascite, d'épanchement pleural et cardiaque et OMI

Biologie : Hémogramme : anémie microcytaire hypochrome , Sd inflammatoire, Profil lipidique normal, Sérologie virale négative, IDR à la tuberculine négative, Bacilloscopie négative, Bilan immunologique négatif, Dosage hormonal objectivant une hypothyroïdie TSH : 9.2 (0.5_4.5mUI/L)

Echographie cervical : hypoplasie du lobe thyroïdien gauche.

Diagnostic finale : hypothyroïdie révélée par pré tamponnade cardiaque

Traitement : Substitution hormonale progressif

Conclusion :

Pré tamponnade cardiaque révélatrice une hypothyroïdie

Auteurs : Melais Marwa, Zeraoulia faiza, nibouche nadia wafia Service de médecine interne

EPH ain taya, CHU mustapha

Introduction

L'épanchement péricardique de grandes abondances secondaires à l'hypothyroïdie a été bien décrit mais la tamponnade cardiaque est très rare au cours de l'hypothyroïdie.

Dans la littérature peu d'observation en rapport avec la pathologie péricardique au cours de l'hypothyroïdie ont été rapportées

Observation

Nous rapportons une observation d'une femme de 41 ans sans antécédents était hospitalisée pour d'une dyspnée stade 4 associée avec des douleurs thoraciques rétro sternale.

Le début de la symptomatologie remonte à 2 semaines marquée par l'installation d'une douleur abdominal avec une dyspnée stade 2, asthénie et sueur nocturne. Un T.A.P a été fait objectivant un épanchement péricardique de moyenne abondance, un épanchement pleural bilatéral et un ascite avec une cholicystite alithiasique réactionnelle.

A l'admission, la patiente était dyspnéique stade 4, Apyrétique. IMC : 21 La pression artérielle était à 100/50mm Hg et la fréquence cardiaque 118 bpm. Les veines jugulaires étaient Turgescentes , œdème des membres inférieurs avec distension abdominale. L'auscultation cardiaque notait un assourdissement des bruits du cœur, l'examen pleuro-pulmonaire mettait en Evidence une matité et un silence auscultatoire aux bases. Les phanères et téguments étaient normaux, les aires ganglionnaires étaient Libres. ECG : rythme sinusal, micro voltage avec alternance électrique. La radiographie thoracique de face montrait Une cardiomégalie avec index cardiothoracique à 0,70 et un épanchement pleural bilatéral.

Echocardiographie transthoracique: épanchement péricardique de grande abondance avec aspect de swimming Heard. Le drainage péricardique chirurgical a ramené 2000 mL d'un Liquide xanthochromique riche en protéines (50 g/L), contenant de rares lymphocytes Sans germe à l'examen direct et la culture aussi revenant négative et une cytologie inflammatoire.

Diagnostic : pré tamponnade cardiaque

Evolution : favorable après le drainage, disparition d'ascite, d'épanchement pleural et cardiaque et OMI

Biologie : Hémogramme : anémie microcytaire hypochrome ,Sd inflammatoire, Profil lipidique normal, Sérologie virale négative, IDR à la tuberculine négative, Bacilloscopie négative, Bilan immunologique négatif, Dosage hormonal objectivant une hypothyroïdie TSH : 9.2 (0.5_4.5mUI/L)

Echographie cervical : hypoplasie du lobe thyroïdien gauche.

Diagnostic finale : hypothyroïdie révélée par pré tamponnade cardiaque

Traitement : Substitution hormonale progressif

Conclusion :

hypothyroïdie doit être écartée chez tous les patients avec un épanchement péricardique inexpliqué, même en absence de signes cliniques de l'hypothyroïdie.

Mots clés

Hypothyroïdie, pré tomponnade cardiaque, substitution hormonale

P-043. hyperparathyroidie primaire révélé par des tumeurs brunes

N.Khenniane

S.Khensal,S.Benmohammed,N.Nouri

khennianenarimane@gmail.com

Introduction :

L'hyperparathyroïdie primaire(HPTP) est une endocrinopathie fréquente. Le diagnostic se fait souvent au stade asymptomatique. Les tumeurs brunes(TB) une des complications osseuses de l'HPTP, en représentant une circonstance de découverte exceptionnelle.

Observation(s) :

Une patiente âgée de 42 ans présentait une tuméfaction du 4eme métatarsien du pied droit.

Elle rapportait des arthralgies associées à une altération de l'état général.

La biologie révélait une hypercalcémie et une hypophosphatémie.

Le bilan radiologique objectivant des multiples images lytiques osseuses.

Le parathormone (PTH) est élevée à 1041 pg/ml.

L'échographie cervicale montrait un nodule parathyroïdien inférieur droit.

La scintigraphie parathyroïdienne (voir images) a montré une formation hyperfixante évoquant un adénome parathyroïdien polaire inférieur droit avec présence de foyers osseux d'hyperfixation au niveau sus orbitaire droit, maxillaire supérieur gauche, à hauteur de la 3^{ème} côte gauche, extrémité inférieure du fémur gauche, les deux tibias et le métatarse droit évoquant les tumeurs brunes.

Le diagnostic d'une HPTP était retenu.

Une exérèse chirurgicale de l'adénome était faite. Il s'agissait d'un adénome parathyroïdien.

Conclusion :

Les tumeurs brunes sont des manifestations osseuses rarement révélatrices des HPTP primaires. Leur découverte impose l'exploration des glandes parathyroïdes sièges le plus souvent d'adénome. La parathyroïdectomie reste le traitement de référence de cette affection.

Mots clés

tumeur brune , hyperparathyroïdie

P-044. Le carcinome parathyroïdien: analyse de trois cas

N.Khenniane

K.Boudaoud,N.Nouri

khennianenarimane@gmail.com

Introduction :

Le carcinome parathyroïdien (CP) est très rare (<1 % des causes des hyperparathyroïdies) 1. Le tableau habituel

est celui d'une hypercalcémie sévère dans le cadre d'une hyperparathyroïdie primaire. Son traitement est chirurgical, mais l'étendue de la

résection reste un sujet de discussion

Observation(s) :

Il s'agit de 02 femmes et 01 homme âgés de 52 ans en moyenne, hospitalisés au service d'Endocrinologie-CHU Constantine durant l'année 2020-2022. Nous avons relevé pour chaque patient les circonstances de découverte, le profil clinique, les résultats des bilans phosphocalcique, topographique et de retentissement, ainsi que les données thérapeutiques et évolutives

Conclusion :

Le diagnostic de cancer parathyroïdien est établi sur la conjonction de signes cliniques, radiologiques et surtout histologiques, la gravité de cette pathologie et due à l'hypercalcémie sévère, aggravant la mortalité, au risque de récurrence et de métastase à distance justifiant la surveillance prolongée

Mots clés

Analyser les difficultés diagnostiques du Carcinome parathyroïdien

P-045. phéochromocytome kystique dans le cadre de NF1

Khawla HADJ HENNI

S.BENAMMAR AMAR,M.M.BENGHANI,M.A.AMANI

EHU ORAN

Introduction :

Les kystes surrenaliens sont généralement non fonctionnels et les phéochromocytomes kystiques sont relativement rares et difficile à distinguer des kystes simples .Nous rapportons le cas d'un phéochromocytome kystique chez une patiente atteinte d'une Neurofibromatose de type 1(NF1)

Observation(s) :

L'examen clinique retrouve une triade de Ménard incomplète, lentigines, taches café au lait, neurofibromes cutanés et nodules de lisch posant le diagnostic de NF1

. L'évaluation des dérivés

méthoxylés(normétanéphrines :2.89nmol/l,métanéphrines :1.49nmol/l soit à 4 fois la normale) a confirmé le phéochromocytome qui a été réséqué après préparation médicale .L'examen anatomopathologique décrit un phéochromocytome avec remaniement kystique et hémorragique (score PASS 6)

Conclusion :

La forme kystique représente 3.2% des formes de phéochromocytome.

La NF1 s'associe classiquement à des formes solides de phéochromocytome.

A notre connaissance, l'association de NF1à des phéochromocytomes kystiques n'a été rapportée que chez un seul cas dans la littérature, faisant du notre cas le 2^{ème}.

P-046. UN CHOC HYPOVOLEMIQUE REVELE UN PHEOCHROMOCYTOME CHEZ UNE PATIENTE

TEBIB NESRINE

CHU DR BEN BADIS CONSTANTINE

Introduction :

Le phéochromocytome est une tumeur neuroendocrine sécrétant des catécholamines, il se manifeste généralement par des palpitations, des céphalées et des sueurs accompagnées d'hypertension. Il peut se représenter initialement par un choc secondaire à une hémorragie intra-abdominale spontanée, une complication rare et hautement mortelle

Observation(s) :

Patiente de 32 ans est admise aux urgences pour perte de connaissance + hypotension (60/40 mmHg) et pâleur cutanéomuqueuse. L'échographie abdominale

retrouve une masse surrénalienne gauche avec remaniement hémorragique. La TDM abdominale objective un hématome surrénalien gauche de 70x95 mm rompu avec épanchement hétérogène diffus intra/rétro-péritonéal sur une masse nécrosée. La patiente bénéficie d'une transfusion sanguine + antibiothérapie. La TDM après 15 jours retrouve une collection surrénalienne gauche avec résorption de l'épanchement hémorragique. Les métanéphrines/normétanéphrine urinaires sont 1,36xNormale(N) et 4,7xN, respectivement. La patiente est perdue de vue pendant 3 ans, durant lesquelles elle mène une grossesse à terme. Elle reconsulte pour des pics hypertensifs (220/120 mmHg) + triade de Ménard. La masse surrénalienne est plus volumineuse (93x67x109mm), remaniée et nécrosée au centre. Les métanéphrines/normétanéphrines urinaires sont 9,86xN et 39,2xN, respectivement. La patiente bénéficie d'une surrénalectomie gauche après traitement par alpha et bêtabloquants. L'Histopathologie objective un phéochromocytome agressif (score PASS >4).

Conclusion :

L'hémorragie surrénalienne spontanée est rare, potentiellement mortelle. Elle est en rapport avec un phéochromocytome rompu dans ≈50 % des cas avec une mortalité de ≈30 %. L'état de choc est le résultat d'un saignement massif ou d'une chute brutale des catécholamines plasmatiques ou d'une libération excessive de catécholamines, suivie d'un choc cardiogénique. Une chirurgie urgente doit être évitée si l'hémorragie rétro-péritonéale est contenue, la mortalité y est associée dans ≈25 % des cas. L'optimisation médicale doit inclure une réanimation sanguine adéquate, la correction de toute coagulopathie, un soutien hémodynamique, et un α-blocage suivi d'une expansion volémique et d'un β-blocage en milieu hospitalier. L'embolisation artérielle transcathéter préopératoire peut être proposée, particulièrement chez les patients ne répondant pas au traitement médical initial. Une intervention chirurgicale urgente est envisagée dans les cas réfractaires à une prise en charge initiale maximale

P-047. Syndrome de Wolf-Hirschhorn : petite taille sévère et déficit en hormone de croissance

O. Ould Mohand

K. Allali (2), Z. Zeroual (1), A. Mekki (1)

Service de Pédiatrie CHU Hussein dey ex Parnet (1), Service de Pédiatrie CHU Mustapha (2)

Introduction :

Le syndrome de Wolf-Hirschhorn (SWH) est une maladie congénitale rare survenant chez environ 1/50 000 naissances, avec une prédominance féminine. Il résulte de la délétion hémizygote englobant la région 4p16.3. Le phénotype crâniofacial typique est décrit comme une « apparence de casque de guerrier grec ».

Observation(s) :

Un garçon de 5 ans est amené pour une petite taille. Il est né à terme d'un couple non consanguin avec un retard de croissance intra-utérin. Suivi pour épilepsie et mise sous traitement de fond. L'examen clinique a objectivé un phénotype crânio-facial particulier : une ensellure nasale large, une microcéphalie, un front haut et une glabelle proéminente, un hypertélorisme, un nez aux bords droits et parallèles, une lèvre supérieure fine et des commissures tombantes, un petit menton et une micrognathie. L'examen des organes génitaux retrouve un hypospadias avec cryptorchidie. En outre, il existe un retard mental, un langage pauvre et un retard de croissance sévère. L'âge osseux correspondait à un retard de 3 ans. Le reste de l'examen somatique était sans particularité en dehors d'un hémangiome. Le taux d'IGF1 était bas avec un pic de GH à < 7 ng/ml lors des tests de stimulation. L'IRM cérébrale était sans anomalie.

Conclusion :

Le diagnostic de SWH est basé sur l'examen physique et confirmé par la génétique moléculaire ou l'analyse cytogénétique. La plupart des cas sont sporadiques, mais une translocation déséquilibrée peut être héritée d'un parent avec un réarrangement équilibré. Le traitement est symptomatique et nécessite une approche multidisciplinaire.

Mots clés

wolf-hirschhorn, génétique, hormone de croissance, petite taille

P-048. Syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes

L.BOULOUH

CPMC alger

Introduction :

Le syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes affecte un individu sur 50000 environ.

Quelques signes d'hyperthyroïdie peuvent donc apparaître: palpitations souvent (ou lors d'efforts physiques), nervosité, une tendance à la diarrhée, à la transpiration. Il existe assez souvent une augmentation du volume de la glande thyroïde qu'on appelle un goitre.

Observation(s) :

Patiente âgée de 32 ans , aux ATCD personnels de gastrite, et familiaux d'hypothyroïdie, diabète type 2, hypertension artérielle et cardiopathie, suivie depuis 3 ans pour une hyperthyroïdie mise sous ATS pendant 2ans (Carbimazole puis Basdène) avec notion d'hypoglycémie, chez qui l'examen clinique retrouve des signes de thyrotoxicose à type d'asthénie, palpitations, tremblements, diarrhée, thermophobie, hypersudation des extrémités, anxiété, insomnie, un goitre grade 2 non compressif.

Sur le plan biologique : TSH normale en regard d'une FT4 légèrement élevée avec Ac (anti TSI et anti TPO) négatifs.

Sur le plan radiologique : un GMN à l'échographie cervicale, une scintigraphie thyroïdienne en faveur d'un goitre diffus hypercaptant.

IRM hypothalamo-hypophysaire revient sans visualisation de micro ou de macroadénome hypophysaire.

Devant ces résultats, le diagnostic de résistance centrale aux hormones thyroïdiennes est évoqué on complète l'exploration par le rapport sous unité alpha/TSH qui revient <1 en faveur de diagnostic

patiente mise sous bêta-bloquants

Conclusion :

La plupart du temps, l'organisme a trouvé son propre équilibre. Il est important de respecter cet équilibre personnel sans chercher à modifier la quantité d'hormones thyroïdiennes circulantes. On est amené à traiter les symptômes dont se plaint le patient. Par exemple, les palpitations peuvent être gênantes et nécessiter un traitement spécifique.

P-049. Une obésité morbide révélant une maladie génétique rare

O. Ould Mohand

K. Allali (2), Z. Zeroual (1), A. Mekki (1)

Service de Pédiatrie CHU Hussein dey ex Parnet (1), Service de Pédiatrie CHU Mustapha (2)

Introduction :

Le syndrome de Prader-Willi (SPW) est une maladie génétique rare, caractérisée par un dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire associé à une hypotonie néonatale majeure. A l'enfance, les problèmes principaux sont l'apparition d'une hyperphagie avec le risque d'obésité morbide, des difficultés d'apprentissage et des troubles du comportement. Il concerne un cas sur 25.000 naissances.

Observation(s) :

Un garçon âgé de 15 ans, issu d'un mariage non consanguin. Adressé à notre consultation spécialisée pour prise en charge d'une obésité sévère. Les parents rapportent la notion d'une hyperphagie avec absence de satiété. L'examen clinique a mis en évidence : des yeux en amande, lèvre supérieure fine et coins de la bouche tombants avec une obésité abdominale ainsi qu'un impubérisme. Par ailleurs on note un syndrome métabolique retenu selon les critères de l'IDF 2007. Le reste du bilan biologique et hormonal était sans anomalie. L'échographie abdominale était normale. L'étude génétique a pu confirmer le diagnostic.

Conclusion :

Le SPW nécessite une prise en charge multidisciplinaire. L'utilisation de la GH a transformé la qualité de vie de ces enfants. Le syndrome métabolique chez notre patient constitue un véritable facteur de risque vasculaire et sa prise en charge doit intervenir des comportements alimentaires sains ainsi qu'une activité physique.

Mots clés

prader-willi, génétique, obésité, GH

P-050. Syndrome de Silver-Russell : savoir y penser

O. Ould Mohand

K. Allali (2), Z. Zeroual (1), A. Mekki (1)

Service de Pédiatrie CHU Hussein dey ex Parnet (1), Service de Pédiatrie CHU Mustapha (2)

Introduction :

Le syndrome de Silver-Russell (SSR) est une maladie génétique rare dont la prévalence est estimée à 1/100 000. Elle se caractérise par l'association d'un retard de croissance intra-utérin sévère, d'un retard de croissance postnatal, d'une dysmorphie faciale particulière et d'une asymétrie des membres.

Observation(s) :

une petite fille de 30 mois, née à terme d'un couple non consanguin. Elle est née avec un retard de croissance intra-utérin et une macrocéphalie. Elle a été hospitalisée à l'âge de 18 mois pour dénutrition sévère avec difficultés alimentaires. L'examen clinique a montré un retard psychomoteur avec un retard de croissance sévère : poids à -4,6 Zs, taille à -3 Zs, IMC à -4 Zs et macrocrairie relative +1,8 Zs avec un visage triangulaire. Le reste de l'examen somatique est sans particularité. L'âge osseux correspond à un retard de 1 an. Le bilan malformatif est revenu normal.

Conclusion :

La SSR nécessite un suivi multidisciplinaire, précoce et spécialisé. Les principaux objectifs thérapeutiques sont le soutien nutritionnel, la prévention de l'hypoglycémie et la correction de la petite taille. L'administration d'hormone de croissance accélère la croissance et augmente la taille finale, mais n'atteint pas la taille cible.

Mots clés

Silver-russel, génétique, RCIU, hormone de croissance.

P-051. Congenital Hypopituitarism : a pathology not to be ignored

O. Ould Mohand (1)

K. Allali (2), Z. Zeroual (1), A. Mekki (1)

Department of Pediatrics UH of Hussein dey ex Parnet (1), Department of Pediatrics HU of Mustapha (2)

Introduction :

Pituitary deficiency, or hypopituitarism is defined by insufficient synthesis of one or more anterior pituitary hormones (growth hormone, TSH, ACTH, LH- FSH, prolactin) associated or not with diabetes insipidus (ADH deficiency). In children it is more frequently congenital, due to abnormal pituitary development.

Observation(s) :

A 2-month-old female infant, the first full-term born of a consanguineous couple. The diagnosis is revealed by the presence since the neonatal period: of hypotonia, prolonged jaundice as well as recurrent hypoglycaemia suggestive of a hypothalamo-pituitary deficit. Hormonal exploration revealed combined pituitary damage: adrenal insufficiency, central hypothyroidism with GH deficiency. RMI showed hypoplasia of the anterior pituitary. The malformative assessment returned to normal.

Conclusion :

Congenital hypopituitarism is a rare disease. responsible for an isolated or combined deficit. MRI is currently the most efficient means for diagnosis and a prognostic approach. Treatment is based on hormone replacement therapy. Between 80 and 90% of congenital hypopituitarism cases remain unresolved in terms of molecular genetics.

Mots clés

hypopituitarism, congenital, MRI, GH

P-052. Syndrome de McCune-Albright : une pathologie rare

O. Ould Mohand (1)

K. Allali (2), Z. Zeroual (1), A. Mekki (1)

Service de Pédiatrie CHU Hussein dey ex Parnet (1), Service de Pédiatrie CHU

Mustapha (2)

Introduction :

Le syndrome de McCune-Albright (SMA) est caractérisé par une dysplasie fibreuse (DF), des taches cutanées café au lait et une puberté précoce (PP). C'est une maladie rare et sa prévalence est estimée entre 1/100 000 et 1/1 000 000.

Observation(s) :

Une petite fille âgée de 6 ans et 5 mois adressée par son médecin traitant pour une puberté précoce. Elle avait une taille à 122 cm et un poids à 23 kg. L'examen clinique a objectivé un S2 avec des lèvres développées et pigmentées, et poils pubiens de type P2. Le bilan biologique a montré un taux E2 à 75 pg/ml avec des gonadotrophines indosables. L'échographie pelvienne a montré un utérus stimulé avec des ovaires polykystiques. Par ailleurs on note une tache café au lait unique et irrégulière sur le flanc droit. L'âge osseux est avancé de 1 an. Le bilan thyroïdien était normal ainsi que le taux des androgènes. Un traitement par un inhibiteur de l'aromatase a été instauré.

Conclusion :

le SMA est une maladie rare. Un conseil génétique doit être proposé bien que le SMA ne soit pas héréditaire. Des mutations somatiques activatrices du gène GNAS situé sur le chromosome 20q13 codant pour la sous-unité α de la protéine régulatrice Gs α sont responsables de l'entité.

Mots clés

McCune-Albright, puberté précoce, taches café au lait, inhibiteur de l'aromatase.

P-053. Hypertriglycémie sévère : Une complication rare mais grave de l'acidocétose diabétique chez l'enfant

O. Ould Mohand

S. Ouatah, L. Belouadah, Khalfat, Z. Zeroual, A. Mekki

Service de Pédiatrie, CHU Hussein dey ex Parnet

Introduction :

L'acidocétose est une complication métabolique aiguë souvent révélatrice du diabète chez l'enfant. Elle peut être sévère mettant en jeu le pronostic vital surtout lorsqu'elle est compliquée par une hypertriglycémie majeure (HTg). Cette association est rare en pédiatrie mais à ne pas méconnaître.

Observation(s) :

Une petite fille de 10 ans, admise pour prise en charge d'une acidocétose diabétique (ACD) sévère. Le bilan biologique en dehors des critères de diagnostics a mis en évidence un aspect opalescent du sérum avec une glycémie à 27.5 mmol/L, une HTg à 96 mmol/L, une Apoprotéine B (ApoB) sup à 4,5 g/L. Le lipidogramme a montré un taux élevé de chylomicrons et de VLDL confirmant ainsi le diagnostic HTg type V. Par ailleurs la lipasémie et l'amylasémie étaient normales. Une PEC a été instaurée dans une unité de soins intensifs selon le protocole d'ACD ISPAD 2022 avec une insulinothérapie intensive, une hydratation adéquate.

Conclusion :

Tout patient atteint d'une HTg majeure compliquant une ACD doit être informé du risque des excès alimentaires et de l'importance de consulter en cas de survenue de douleurs abdominales pouvant révéler une véritable urgence à savoir une pancréatite aiguë.

Mots clés

hypertriglycémie, acidocétose diabétique, insuline, lipasémie.

P-054. Une myosite orbitaire révélant une maladie de Basedow à TRAb négatifs : une situation exceptionnelle

O. Ould Mohand (1)

K. Allali (2), Z. Zeroual (1), A. Mekki (1)

Service de Pédiatrie CHU Hussein dey ex Parnet (1), Service de Pédiatrie CHU Mustapha (2)

Introduction :

La maladie de Basedow (MB) est une hyperthyroïdie auto-immune caractérisée par la présence d'anticorps anti-récepteur de la TSH (TRAb). La MB est la cause la plus fréquente d'exophtalmie, entrant dans le cadre de l'orbitopathie basedowienne (OB). La présence d'une OB est très rare chez les patients ayant des TRAb négatifs.

Observation(s) :

Il s'agit d'une fille âgée de 12 ans, sans antécédents, qui a consulté pour une exophtalmie unilatérale droite, d'installation brutale, associée à une douleur. A l'examen ophtalmologique de l'œil droit, l'acuité visuelle était conservée à 10/10. L'examen des annexes montrait une hyperhémie conjonctivale localisée en nasal, une exophtalmie axiale, une limitation douloureuse de l'abduction. Le fond d'œil était sans anomalies. L'examen ophtalmologique de l'œil gauche était normal. L'examen général n'avait pas montré de signes cliniques extra-orbitaires associés. IRM crânio-orbitaire a objectivé une myosite du muscle droit interne droit. Le bilan étiologique (inflammatoire, immunologique et infectieux) était négatif. Le bilan thyroïdien revenant en faveur d'une hyperthyroïdie à TRAb négatifs. L'échographie thyroïdienne était normale. La scintigraphie thyroïdienne a montré une hyperfixation homogène. L'OB a été traitée par corticoïdes en bolus IV puis relais per os et une dégression. Après 4 semaines de surveillance, l'évolution était favorable sous traitement.

Conclusion :

Un bilan minimal doit être envisagé devant toute exophtalmie unilatérale afin d'exclure un processus tumoral, inflammatoire ou un lymphome. Cependant, une OB doit être évoquée devant toute exophtalmie, et le bilan thyroïdien doit être complet. Le syndrome d'inflammation intra-orbitaire idiopathique reste le principal diagnostic différentiel.

Mots clés

Basedow, myosite orbitaire, TRAb, corticoïdes.

P-055. Encéphalopathie de Gayet-Wernicke : une pathologie exceptionnelle en pédiatrie

O. Ould Mohand (1)

K. Allali (2), Z. Zeroual (1), A. Mekki (1)

Service de Pédiatrie CHU Hussein dey ex Parnet (1), Service de Pédiatrie CHU Mustapha (2)

Introduction :

L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (EGW) est un trouble caractérisé par une confusion de début aigu, un nystagmus, une ophtalmoplégie partielle et une ataxie due à une carence en thiamine. Le diagnostic est principalement clinique. Le trouble

peut se résorber sous l'effet du traitement. Le pronostic dépend de la rapidité du diagnostic.

Observation(s) :

Un petit garçon âgé de 5 ans, né à terme, adressé à notre consultation spécialisée pour un retard de croissance. L'examen clinique a objectivé un retard staturo-pondéral sévère. Par ailleurs on a noté un strabisme divergent, une exophtalmie d'œil gauche avec ptosis. L'examen ophtalmologique a montré une paralysie de l'adduction de OG avec limitation de l'élévation. Le fond d'œil était normal. L'angio-IRM cérébrale a objectivé un aspect évocateur d'une EGW. Par ailleurs le taux d'IGF1 était bas avec un pic de GH à < 7 ng/ml lors des tests de stimulation et l'âge osseux correspondait à 2 ans.

Conclusion :

EGW est une pathologie exceptionnelle en pédiatrie. Un diagnostic précoce ainsi qu'un traitement urgent sont nécessaires pour rétablir cette carence. Le petit a été mis d'emblée sous vitamine B1 ainsi que de multiples vitamines hydrosolubles. Par ailleurs son déficit en GH a été traité selon les recommandations consensuelles.

Mots clés

Encéphalopathie de Gayet-Wernicke, IRM Cérébrale, ophtalmoplégie, vitamine B1.

P-056. Sevrage corticoïde et fonction surrénalienne : à propos de 70 cas.

Dr Nassima Djoudi¹

Dr M BENGHANI², Dr A CHALABI², Dr S BENAMMAR AMAR², Dr H BENDAOU², Pr MEA AMANI².

¹Unités de diabétologie-endocrinologie service de médecine interne HMRUO, ²

Service d'endocrinologie EHU.

Objectifs :

Déterminer la fonction surrénalienne post corticothérapie au long cours, ainsi que l'éducation des patients sous corticoïdes

Matériel / Patients et méthodes :

Etude rétrospective descriptive sur dossiers de 70 patients sous corticothérapie au long cours, adressés en endocrinologie pour sevrage et évaluation de la fonction surrénalienne.

Calculs réalisés par logiciel SPSS.

Résultats :

Notre population est représentée majoritairement par des femmes 77.1%. La moyenne d'âge est de 42.27 années). La prise de corticoïdes est justifiée par une prescription médicale dans 95.7% des cas. La dose moyenne de corticoïde est de 29.4mg/j de prednisone avec une durée moyenne de 28.68mois. 65/70 patients étaient éduqués par rapport à la prise de corticoïdes mais deux ont eu un épisode de

décompensation. L'évaluation de la fonction surrénalienne retrouve une reprise de celle-ci dans 32.9% des cas avec un délai moyen de reprise de 06 mois. 12.9% des patients ont présenté des symptômes d'insuffisance surrénalienne (ISR) , notamment une asthénie dans 31.4% des cas.

Discussion :

Plusieurs auteurs recommandent le dosage du cortisol basal en première intention et plusieurs valeurs ont été proposées pour affirmer ou exclure le diagnostic d'insuffisance surrénalienne post-corticothérapie. Actuellement une cortisolémie de base $>550\text{nmol/l}$ élimine l'insuffisance surrénalienne et $<138\text{nmol/l}$ confirme l'insuffisance. Entre ces deux taux des tests dynamique sont nécessaires. La faisabilité des tests sur le terrain n'est pas si simple (entre pénuries et manque de moyens) d'où la nécessité par fois de laisser les patient sous hydrocortisone à défaut de statuer sur leur état.

Conclusion :

Le sevrage en corticoïdes est une situation de plus en plus fréquente. L'éducation lors d'un traitement par corticothérapie est très importante vu le risque de décompensation aiguë, bien que la fréquence de l'insuffisance corticotrope reste faible.

P-057. Hyperplasie congénitale des surrénales à révélation tardive : à propos d'un cas

Bechoua Ioubna

Cité Othmani Houcine numéro 23 Ibn badis Constantine

Introduction :

- Les hyperplasies congénitales des surrénales (HCS) sont des pathologies génétiques secondaires à un déficit de l'une des enzymes de la stéroïdogénèse. Nous rapportons un cas rare d'une hyperplasie congénitale des surrénales à révélation tardive par déficit partiel en 21 hydroxylase.

Observation(s) :

Mlle F.L âgée de 33 ans, a consulté pour aménorrhée primo secondaire. L'examen clinique a trouvé un morphotype masculin, hirsutisme ancien apparu en post pubertaire, coté a 26 selon Ferriman et Gallaway, hyper séborrhée au niveau de dos, sans lésions acnéiques, hypertrophie clitoridienne avec organe peéniforme, on retrouve également une alopecie des golfes temporaux avec raucité de la voix.

Le scanner abdomino-pelvienne a objectivé une hypertrophie pseudo nodulaire du bras médial des surrénales, utérus de type pubertaire avec endomètre visibles mesurant 6.5 cm de hauteur, ovaires globuleux micro-folliculaires.

Le dosage de la 17 OH progestérone (20 ng/ml) après test de synactene posant le diagnostic d'hyperplasie congénitale des surrénales à révélation tardive. Ainsi la

patiente a été mise sous hydrocortisone à raison de 20 mg/ j qui a permis le déclenchement des cycles menstruels 2 mois après le début du traitement.

Conclusion :

L'HCS à révélation tardive est l'un des diagnostics devant être systématiquement recherché devant des patientes adolescentes voir même adulte présentant des signes d'hyperandrogénie avec virilisation associés ou non à des troubles du cycle ou à une infertilité.

P-058. Paragangliome récidivant chez un enfant avec mutation de gène VHL

H. Adel

K.faraoun,F.mohammed

Service endocrinologie-diabetologie CHU Oran

Introduction :

Les phéochromocytomes et les paragangliomes sont des tumeurs neuro endocrines développées aux dépens des cellules chromaffines de la médullo-surrénale et des ganglions sympathiques et parasympathiques du système nerveux central qui restent une pathologie très rare aussi bien dans la population pédiatrique que chez les adultes.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas de notre patient, un enfant âgé de 13 ans, issu d'un mariage non consanguin sans ATCD personnels et familiaux particuliers, qui a présenté en décembre 2014, des sueurs ,palpitations et des vomissements ainsi qu'une HTA dont l'exploration a révélé une tumeur de la région surrénalienne gauche avec un taux élevé des dérivés méthoxylés urinaires, une exérèse de la tumeur avec surrénalectomie homolatérale par laparotomie a eu lieu en 2015 compliquée d'une atrophie rénale gauche une HTA qui a persisté en post-opératoire motivant le maintien d'un traitement anti hypertenseur (minipress+nicardipine), arrêté en 2015 suite à la normalisation des chiffres tensionnels et des taux des dérivés méthoxylés . Une relecture du dossier par la suite était faite qui a conclu qu'il s'agissait d'une tumeur para rachidienne et non surrénalienne ce qui a conduit à évoquer un paragangliome para rénal gauche plutôt qu'un phéochromocytome. Le bilan génétique a montré un variant de signification inconnue de VHL non retrouvé chez les parents qui pourrait s'agir d'un variant pathogène. L'IRM post opératoire de contrôle a objectivé une anomalie du signal de l'aileron sacré de S1 gauche avec une fixation en regard au TEP scanner, une biopsie de la lésion était faite avec un traitement par radiofréquence, l'examen histologique n'a pas montré de cellules tumorales. La scintigraphie MIBG et l'Octréoscan était négatifs. En 2019, est survenue une récurrence d'une lésion surrénalienne droite à l'IRM thoraco-abdominale mesurant 16,5x11,5 mm avec un taux des dérivés méthoxylés urinaires des 24 heures élevés (Normétanéphrine /créatinine= 913 Nmol/mmol(N<300), Noradrénaline/créatinine = 76 nmol/mmol (N <50)) sans HTA, il persistait une atrophie rénale gauche avec rein non fonctionnel à la scintigraphie DMSA. Une surrénalectomie partielle droite ainsi

qu'une néphrectomie gauche dans le contexte de risque de tumeurs secondaires type angiomyolipome mais aussi un carcinome dans le spectre VHL ont été décidés, l'IRM abdomino-pelvienne faite en octobre 2022 a montré une progression tumorale (19,5x17 mm versus 16,5x11,5 mm), et l'intervention n'a été faite qu'en mois de Mars 2023 en raison de la pandémie covid 19. Le patient était mis sous Hydrocortisone, un test au Synacthène fait 2 mois en post-opératoire est en faveur d'une insuffisance surrénalienne.

Conclusion :

les paragangliomes (PGL) et les phéochromocytomes peuvent se révéler par un syndrome de compression ou par un syndrome sécrétant responsable de survenue des signes ou complications cardiaques ou vasculo-cérébrales (cas de notre patient qui a présenté une HTA à l'âge de 8 ans). Environ 40% des PGL et PH sont génétiquement déterminés secondaire à des mutations constitutionnelles dans une quinzaine des gènes de prédisposition connus. Les mutations constitutionnelles du gène VHL sont retrouvées dans la maladie de Von Hippel-Lindeau à transmission autosomique dominante dont l'incidence est de 1/36000. Chez 20% des personnes atteintes, cette maladie est causée par une nouvelle mutation spontanée non héréditaire qui pourra être le cas de notre patient. Deux grands cadres phénotypiques ont été décrits chez les patients, fondés sur le risque de développer un PGL/PH : le type 1 où le risque est bas et le type 2 où le risque est élevé. Les patients porteurs d'une mutation dans le gène VHL ont des PGL volontiers précoces avant l'âge de 20 ans, de localisation surrénalienne ou abdominale et fréquemment bilatérale (40 à 60% des cas) cas de notre patient. La recherche des autres atteintes dans le cadre de la maladie de Von Hippel-Lindeau chez notre patient est en cours.

P-059. Une thrombose inhabituelle révélant une pathologie métabolique rare : aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques avec une revue de littérature

O. Ould Mohand

S. Henniche, M. Ouadou, A. Boulainine, L. Lattafi, Khalfat, Sadaoui, Kassa, Z. Zeroual, A. Mekki

Service de Pédiatrie, CHU Hussein dey ex Parnet

Introduction :

L'homocystinurie par déficit en cystathionine-bêta-synthase (CBS) est une anomalie rare du catabolisme de la méthionine. Le diagnostic est suspecté sur l'augmentation de l'homocystéine totale plasmatique (Hcyt) et de la méthionine plasmatique (Met). Le diagnostic est confirmé par la recherche de mutations bi-alléliques dans le gène CBS.

Observation(s) :

Un garçon âgé de 14 ans, issu d'un mariage consanguin sans antécédents. 48h avant son admission, il présentait 02 épisodes de convulsions dans un contexte apyrétique. L'examen clinique a mis en évidence un examen neurologique perturbé : somnolence, aphasie motrice, paralysie faciale gauche, paralysie de la 6ème paire crânienne

gauche et une hémiparésie gauche. Par ailleurs on note un aspect clinique marfanoid. La TDM cérébrale est revenue en faveur d'une thrombose veineuse (TV) du sinus sagittal compliquée d'un infarctus œdémato-hémorragique. On a noté une hyper-Hcyt à 340 µmol/L, une homocystinurie à 140 µmol/L avec un taux élevé de (Met). Le reste du bilan était normal notamment le dosage vitaminique.

Conclusion :

Le dosage de l'Hcyt doit faire partie du bilan de thrombophilie avec une analyse génétique devant un tableau de thrombose inhabituelle de site insolite chez un sujet jeune. La prise en charge de la TV, implique souvent un traitement anticoagulant à long terme pour prévenir de nouvelles thromboses.

Mots clés

homocystéine, méthionine, cystathionine-β-synthase, génétique, thrombose, anticoagulant.

P-060. IRA THERAPIE DANS L'HYPERTHYROÏDIE (MALADIE DE BASEDOW, GMHN ET NODULE TOXIQUE) : PLACE ET EFFICACITE.

Dr. BENADDA SOUAD

Dr I.BENASLA, Dr M.Z.CHAMEKH, Dr S.LAMRAOUI, Pr F.HASBELLAOUI, Pr S.MIMOUNI

Service d'endocrinologie, Centre Pierre et Marie Curie Unité de médecine nucléaire

Objectifs :

L'objectif : évaluation de l'efficacité du traitement à l'iode 131 dans l'hyperthyroïdie (maladie de basedow, GMHN et nodule toxique)

Matériel / Patients et méthodes :

Etude prospective, allant de Juin 2022 à Aout 2023, portant sur 46 patients ayant reçu de l'iode radioactif (I131) pour hyperthyroïdie secondaire à une maladie de basedow, nodule toxique ou goitre multi-hétéro-nodulaire toxique.

La moyenne d'âge est d'environ 40 ans avec une prédominance féminine (2.5F/1H).

Résultats :

Les activités thérapeutiques prescrites d'iode 131 étaient variables, allant de 370 à 740MBq (10 à 20 mCi) avec une moyenne proche de 15mci≈14.8mci.

Le suivi post-ira thérapeutique réalisé à 3, 6, 9 mois, biologique basé sur le contrôle des taux de FT4, FT3 et TSH.

Au bout de 6 mois de suivi une rémission a été observée chez plus de 89% des cas (80% en hypothyroïdie et 20% en euthyroidie)

Discussion :

Les éléments prédictifs de rechute observés, étaient les suivant : le sexe masculin, un âge jeune moins de 40 ans, traitement initial à base d'ATS, le taux de FT4 pré-irathérapie ($\geq 30\text{pmol/l}$) et l'activité administrée $\leq 555\text{Mbq}$, vomissement dans les 6h post-irathérapie

Conclusion :

Le traitement à l'I 131 demeure simple, peu agressif, présentant très peu d'effets secondaires notables avec un taux de rémission élevé.

C'est un traitement **à recommandé** fortement dans les maladies de Basedow, et **à privilégier** dans les GMHN et les nodules toxique surtout chez les sujets âgés (> 65 ans), avec comorbidite ou contre indication à la chirurgie.

Mots clés

Irathérapie, iode 131 (I131), maladie de basedow, goitre multi-hétéro-nodulaire toxique GMHN, nodule toxique, hyperthyroïdie, activité thérapeutique administré, antithyroïdiens de synthèse ATS

P-061. DIABETE MITOCHONDRIAL, A PROPOS D'UN CAS

F Berkoune

A Mehdi M Hani S Ait Abderrahman

Service de diabétologie, HCA

Introduction :

Le MIDD (*maternally inherited diabetes and deafnes*), est la forme la plus fréquemment rencontrée de diabète par mutation ou délétion de l'acide désoxyribonucléique (ADN) mitochondrial. Il est caractérisé par une transmission maternelle et un phénotype évocateur et représente 0,2 à 3 % de tous les cas de diabète

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 63 ans aux antécédents familiaux maternels chargés de diabète et de surdité de perception depuis l'enfance. aux antécédents personnels d'obésité grade 2, HTA depuis 7 ans sous bithérapie, surdité neurosensorielle bilatérale depuis l'enfance appareillé associé à un diabète sucré évoluant depuis 11 ans mis initialement sous traitement orale puis sous insulinothérapie, l'examen clinique est sans particularité hormis des troubles

mnésiques, l'exploration retrouve à l'IRM cérébrale une leuco-encéphalopathie vasculaire chronique avec atrophie cortico sous corticale diffuse, le fond d'œil retrouve une rétinopathie hypertensive stade 2 , l'échographie cardiaque, abdomino-pelvienne, EMG sont revenus sans anomalies.

Conclusion :

Une approche multidisciplinaire et en équipe des différents problèmes cliniques est nécessaire pour ces patients. Ce diagnostic doit être évoqué chez tous les patients atteints de diabète sucré associé à une surdité neurosensorielle.

Mots clés

surdité neurosensorielle, Le MIDD, ADN mitochondrial

P-062. DIFFICULTE DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE ANOMALIE DE LA DIFFERENCIATION SEXUELLE 46 XY

A.Mehdi

M.labbassen, S.Aroua, M.Bensalah, S.Ould Kablia

Service de diabétologie, HCA

Introduction :

Les hyperlipidémies mixtes se caractérisent par une augmentation des concentrations plasmatiques de CT et TG. Elles englobent l'hypercholestérolémie combinée familiale (HCF) ou type IIb et la dysbêtalipoprotéïnémie ou type III de la classification de Frederickson

Observation(s) :

Nourrisson F.A âgée de 4 mois, admise pour exploration et prise en charge d'une anomalie de la différenciation sexuelle 46 XY.

L'examen clinique retrouve des organes génitaux externes féminins avec un score de masculinisation externe EMS à 2 /12, sans syndrome de perte de sel.

Hormone Taux

LH 0,34 mUI/ml

AMH 363 ng/ml

Testosterone 0,2 ng/ml

DHT 0,14 ng/ml

Delta4 < 0,3 ng/ml

Nous disposons d'un taux AMH normal à 363 ng/ml avec absence des dérives mulleriens

à l'échographie et à la genitoscopie confirmant une bonne fonction sertolinienne et excluant une dysgenésie gonadique.

Les anomalies de la sensibilité aux androgènes par insensibilité ou déficit en 5alpha reductase sont peu probables devant un taux bas de testosterone à 0,2 ng/ml, DHT à 0,14 avec un rapport testo/DHT à 4 et LH basse à 0,34 mUI/ml.

Les ADS 46XY par anomalies de synthèse de la testostérone qui restent le diagnostic le plus probable , dans ce cadre nous discutons

Conclusion :

Les hyperlipidémies mixtes sont des dyslipidémies fréquentes, souvent intriquées avec un syndrome métabolique. Elles se caractérisent par un fort pouvoir athérogène. Même si l'hyper- triglycémie prédomine sur la présentation phénotypique, la base de leur traitement repose sur l'utilisation de statines en complément des mesures hygiénodététiques.

P-063. Grossesse chez une patiente acromégale: à propos d'un cas

Dr. Meghouache

Pr. Khensal, Dr. Sebti, Pr. Nouri

CHU Constantine

Introduction :

La survenue d'une grossesse chez une acromégale est rare, vu l'âge moyen de diagnostic et les troubles de fertilité souvent associés à l'acromégalie.

En plus la grossesse peut aggraver la sécrétion de GH et le volume tumoral.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une patiente acromégale âgée de 36 ans, aux antécédents d'un vitiligo généralisé, intolérance au glucose, G2P1, opéré pour un macroadénome hypophysaire (27*14*16mm). Anapath: tumeur neuroendocrine hypophysaire lacto-somatotrope non proliférante invasive.

IRM HH 3 mois après l'intervention: lésion nodulaire mesurant 18*13*12 mm. Igf1: 292ng/ml (0,7DS).

Patiente mise sous Somatuline et Dostinex.

Après 2,5 ans de l'opération elle a arrêté son traitement et tombé enceinte spontanément. À la 12^{ème} SA elle a présenté des céphalées intenses l'IRM HH de contrôle faite en urgence objective une stabilité du volume du macroadénome avec remaniement à type de kystisation intra tumoral.

L'indication d'une surveillance rapprochée a été posée.

Conclusion :

La grossesse est rare chez les acromégales vu l'infertilité associée par le biais de plusieurs mécanismes: l'hypopituitarisme, l'hyperprolactinémie dans les adénomes sécrétant GH-PRL, et la compression de la tige pituitaire.

La grossesse peut aggraver la sécrétion de GH, le volume tumoral et les complications métaboliques de l'hypersecretion GH-IGF1.

Mots clés

Hypophyse, acromégalie, grossesse

P-064. Les troubles trophiques du pied diabétique

Dr GUEDMANI.H

Pr BOUZID.A. Pr. AZZOUZ.M

Service d'endocrinologie EPH de Bologhine Alger

Objectifs :

Un diabète mal équilibré peut générer plusieurs complications à long terme , le pied diabétique qui est un problème majeur de santé publique en fait partie.

La participation du patient à son traitement est primordiale pour limiter l'impact des Complications.

Matériel / Patients et méthodes :

Une étude ude faite sur une série de 06 cas de patients atteints d'un diabète de type 2 dont la durée moyenne d'évolution était de 15,16 ans avec un age moyen de 59 ans et un sex ratio de 5H/1F

Résultats :

100% des patient étaient au stade de complications microangiopathiques (100% de RD , 33% de Néphropathie.D). 33% étaient au stade de complications macroangiopathique .

Le principal facteur etiopathogenique retrouvé etait la neuropathie (presente chez 100% des cas) ainsi 33% avaient à la fois une arteriopathie et une neuropathie,100% des plaies etaient infectées dont 83,33% avaient une ostéite.

50 % des lesions etaient clasées grade 3 de wagener et 33,33 % des patients ont dû subir une amputation.

A l'écho doppler des membres inférieurs des plaques atheromateuses étaient retrouvées chez 33,33% des patients ,une mediacalcosse chez 83,33%

Et en fin tous les patients étaient inobservants au traitement et ne respectaient pas les règles hygiéno- diététiques.

Discussion :

Les troubles trophiques du pied chez le diabétique sont la conséquence de plusieurs mécanismes physiopathologiques , trois complications du diabète sont principalement en cause : la neuropathie, l'artériopathie et l'infection

La neuropathie diabetique est fréquente et représente la principale complication à l'origine des lésions du pied. L'artériopathie est un facteur d'aggravation très

important responsable de retard de cicatrisation et de gangrène à l'origine fréquente d'amputation.

L'infection est aussi un facteur d'aggravation majeur par son risque d'extension profonde, notamment vers l'os qui peut conduire à l'amputation, et d'extension générale.

Conclusion :

La lutte contre ce fléau passe par l'éducation des patients et du personnel soignant et par une prise en charge multidisciplinaire et concertée.

Mots clés

Artériopathie , Neuropathie, Neuropathie , diabète déséquilibré

P-065. LE CORTICOSURRENALOME DE L'ADULTE : UNE SERIE DE 07 CAS OBSERVES AU SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE CHU CONSTANTINE

N. Boulakzaz¹

K. Boudaoud^{1,2,3}, S. Khensal^{1,2}, N. Nouri^{1,2}

1Service d'Endocrinologie, Diabétologie CHU Benbadis Constantine 2Faculté de médecine, Université Constantine 3. ³Laboratoire de Biologie et de Génétique Moléculaire, Université Constantine 3

Introduction :

Le corticosurrénalome est rare¹ avec une incidence annuelle de 0,5-2 par million d'habitant^{2,3}, un pic entre 40 et 60 ans et une prédominance féminine¹. Il est sécrétant dans 55 à 60%^{1,2}. Son pronostic est sombre. Son traitement est basé sur la chirurgie, complétée par un traitement médical selon le stade de la maladie¹. D'autres thérapeutiques sont en cours de développement¹.

Observation(s) :

Objectif. Etudier les caractéristiques cliniques, hormonales et évolutives du corticosurrénalome.

Patients et Méthodes. Etude rétrospective portée sur 07 cas de corticosurrénalome confirmés à l'histopathologie, pris en charge au service d'Endocrinologie-Diabétologie CHU Constantine sur une durée s'étalant de Janvier 2020 à Mai 2023. La quasi-totalité des patients avaient bénéficié d'un examen clinique, d'une explorations biologiques et radiologiques (TDM, IRM). Tous les patients avaient subi un bilan d'extension (TDM, IRM, scintigraphie osseuse ± TEP-FDG).

Résultats. L'âge moyen des patients était de 39±9 ans avec une prédominance féminine 5/7. La tumeur était découverte suite à un syndrome tumoral dans 71% des cas. Elle était sécrétante dans 4 cas, essentiellement le cortisol, responsable d'un morphotype cushingoïde chez 2 patients. Le diagnostic anatomopathologique était

fait sur 4 pièces opératoires et 3 biopsies. La tumeur était d'emblée métastatique chez 2 patients et son évolution était marquée par l'apparition de métastases dans 4 cas avec 3 décès.

Conclusion :

Le diagnostic du corticosurrénalome n'est pas toujours évident, suspecté devant l'association de critères cliniques, biologiques ou radiologiques et confirmé par l'examen anathomopathologique^{1,2}. L'exérèse chirurgicale doit être précoce, effectuée dans un délai de quatre semaines selon les principes de la chirurgie carcinologique^{1,3}, afin d'améliorer le pronostic et la survie. La TEP 18FDG est un examen clé pour le diagnostic positif, le bilan d'extension, le pronostic et le suivi^{1,2,3}. L'indication du traitement adjuvant diffère selon le stade TNM, le KI et le statut de la résection^{1,2}. La compréhension de la pathogenèse de l'ACC est nécessaire pour ouvrir la voie aux progrès thérapeutiques.

Mots clés

Corticosurrénalome, Clinique, Biologie, Radiologie, Evolution

P-066. NEOPLASIE ENDOCRINIENNE MULTIPLE 2B: A PROPOS D'UN CAS

M.A.Sadi

H. Kherrab, A. Rahal, M. Azzouz

EPH BOLOGHINE

Introduction :

La néoplasie endocrinienne multiple de type 2B (NEM2B), est une affection héréditaire rare, associant une atteinte multiglandulaire : Un cancer médullaire de la thyroïde (CMT) dans 100% des cas, associé à un phéochromocytome dans 50% des cas, un syndrome marfanoïde avec hyperlaxité ligamentaire et anomalies squelettiques, ainsi qu'une ganglioneuromatose digestive.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'un enfant âgé de 12 ans et 6 mois, issu d'un mariage consanguin, aux antécédents d'hospitalisation dans l'enfance à plusieurs reprises pour exploration d'une diarrhée chronique, présentant un carcinome médullaire de la thyroïde avec taux de TCT à 12.600 pg/ml, dont le bilan d'extension est revenu négatif, opéré d'une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire central et latéral bilatéral.

L'examen clinique retrouve un aspect marfanoïde avec hyperlaxité ligamentaire, une scoliose modérée, un pectus excavatum, et un faciès particuliers fait d'un visage long, un menton étroit et un palais ogival. L'examen digestif retrouve de multiples ganglioneuromes au niveau lingual et de la face interne de la lèvre inférieure. L'antécédent de diarrhée chronique pourrait également évoquer une localisation intestinale de la ganglioneuromatose.

A la recherche d'un phéochromocytome associé, un dosage de dérivés méthoxylés plasmatiques a été réalisé revenant négatif.

Conclusion :

La néoplasie endocrinienne multiple de type 2 (NEM2) est une maladie héréditaire autosomique dominante dont l'expression et la pénétrance varient selon les familles et les individus atteints secondaire ,à une mutation du proto-oncogène RET.

Le pronostic de la maladie est lié à l'évolution du CMT ; il dépend essentiellement du stade auquel il est opéré d'où l'importance de poser le diagnostic le plus précocement possible.

L'identification de la mutation permet d'identifier les sujets à risque au sein d'une famille et d'entreprendre chez eux les dépistages précoces, notamment du CMT.

P-067. TUMEUR NEUROENDOCRINE BRONCHO-PULMONAIRE DÉCOUVERTE À L'OCCASION D'UN LYMPHOME T SOUS-CUTANÉ TYPE PANNICULITE

H.GOUTAL

K.BOUDAUD, N.NOURI

CHU Constantine

Introduction :

Le lymphome T sous-cutané de type panniculite est un type rare de lymphome non-hodgkinien. On le prend souvent pour une panniculite.

Nous rapportons le cas d'un patient qui présente une TNE broncho-pulmonaire découverte dans le cadre d'exploration d'un lymphome T sous-cutané type panniculite.

Observation(s) :

Le patient B.R, âgé de 32 ans, sans antécédant pathologique particulier, a été diagnostiqué d'un lymphome malin non-hodgkinien diffus sous-cutané panniculite-like de type T, suite à l'installation de nouures sous-cutanées siégeant au niveau du tronc et des 4 membres.

Une TDM TAP faite dans le cadre d'exploration a révélé à l'étage thoracique une formation inter-bronchique para-hilaire gauche. Une microbiopsie pulmonaire a été faite, et l'aspect histologique et l'étude immunohistochimique étaient compatibles avec une localisation broncho-pulmonaire primitive d'une TNE bien différenciée.

Le bilan biologique a objectivé un syndrome de cushing paranéoplasique.

Conclusion :

En plus de notre cas exceptionnel, l'association du lymphome non-hodgkinien à des TNE a été décrite dans la littérature, suggérant que cette présentation pourrait être plus qu'une coïncidence.

Cependant, des études sont nécessaires pour confirmer ou affirmer la corrélation entre ces deux affections.

P-068. HTA secondaire et volumineux corticosurrénalome malin métastatique chez un sujet jeune

Dr Hassani M A

Pr Merad M S ,Dr Mohammedi F.

Service d'Endocrinologie – Diabétologie - Maladies Métaboliques. Clinique Larribère, CHU Oran

Introduction :

La survenue d'un corticosurrénalome malin chez le sujet jeune est rare. Les signes cliniques révélateurs peuvent être trompeurs rendant le diagnostic difficile et parfois tardif, le volume initial de la tumeur ainsi que le caractère métastatique conditionnent aussi le pronostic de cette affection.

Observation(s) :

Nous rapportant l'observation d'un homme de 31 ans qui présente une HTA compliquée d'insuffisance cardiaque orienté par le service de cardiologie à notre niveau pour suspicion d'une HTA secondaire.

L'examen clinique retrouve des signes d'hypercorticisme avec une obésité faciotronculaire, un Buffalo neck et des vergetures pourpres.

Le bilan hormonal a confirmé l'hypercorticisme endogène avec un freinage minute négatif à 582,9nmol/l et un freinage standard à 574,8nmol/l

Une ACTH plasmatique à 16 h basse a déterminé l'origine ACTH indépendante, une TDM centrée sur les surrénales a objectivé une volumineuse masse surrénalienne gauche suspecte de malignité mesurant 205*191*156 mm avec infiltration de la graisse péri-lesionnelle. Le bilan d'extension retrouve des métastases pulmonaires. Une surrénalectomie unilatérale gauche totale par laparotomie exploratrice avec étude anatomopathologique est effectuée révélant un corticosurrénalome malin classé R0 T3N0M1 avec score de Weiss à 7. Le patient a été adressé à l'équipe d'oncologie pour un complément de chimiothérapie.

Conclusion :

Un corticosurrénalome peut être à l'origine d'une HTA secondaire chez le sujet jeune, bien que le volume et l'extension de la tumeur semblent conditionner le pronostic de cette affection, la surrénalectomie radicale reste le gold standard pour la maladie localisée afin d'améliorer la qualité de vie chez les jeunes patients.

Mots clés

Corticosurrénalome -HTA secondaire- Métastase

P-069. SYNDROME DE RESISTANCE AUX GLUCOCORTICOÏDES : A PROPOS D'UN CAS

DEBBAH wissame

H. Kherab ,A. Rahal ,I. Bessaou ,M. Azzouz

Service d'Endocrinologie-diabétologie, EPH Bologhine, Alger.

Introduction :

Le syndrome de résistance aux glucocorticoïdes (GRS) est une affection familiale ou sporadique rare. Elle se caractérise par une résistance partielle généralisée des tissus cibles à l'action du cortisol et une élévation compensatoire de l'ACTH avec une hypersécrétion subséquente de cortisol, de minéralocorticoïdes et d'androgènes.

Observation(s) :

il s'agit d'une patiente âgée de 42ans, qui présentait un syndrome de cushing ACTH dépendant sans adénome visualisé à l'imagerie, diagnostiqué en 2012 soit à l'âge de 32ans avec un gradient centro-périphérique au cathétérisme des sinus pétreux inférieurs sans latéralisation, étiquetée comme une maladie de cushing, compliquée d'une HTA et d'un diabète sucré sans retentissement osseux.

Avec présence à la TDM surrénalienne de deux nodules surrénaliens bilatéraux adénomateux

L'évolution était marquée par un hypercorticisme biologique toujours évolutive, sans freinage de l'ACTH et surtout sans signes cliniques de syndrome de Cushing en dehors des signes d'hyperandrogénies , sans les conséquences délétères sur la peau, les muscles, les os, retrouvés dans le syndrome de Cushing clinique (DMO toujours normal : col -0.9 z score et rachis -0.5 z score.).

Devant la réunion des éléments ci-dessus, le diagnostic de la résistance aux glucocorticoïdes est posé.

Conclusion :

Notre cas répond aux critères diagnostiques de la résistance aux glucocorticoïdes.

Ce syndrome doit être considéré comme un diagnostic différentiel chez les patients présentant un hypercortisolisme persistant avec taux élevé d'ACTH mais sans aucune caractéristique du syndrome de Cushing et sans retentissement osseux chez une jeune hypertendu.

P-070. VARIANTE DE TYPE WARTHIN DU CARCINOME PAPILLAIRE DE LA THYROÏDE : A PROPOS D'UN CAS

DEBBAH Wissame

A. Rahal ,L. Benabed ,S. Azzouz, A. Bouzid ,M .Azzouz

Service d'Endocrinologie-diabétologie, EPH Bologhine, Alger.

Introduction :

La tumeur Warthin-like de la thyroïde (WLPTC) est une variante rare du carcinome papillaire thyroïdien caractérisée par un stroma lymphoïde. Comme le carcinome papillaire, la tumeur Warthin-like de la thyroïde est une tumeur de bon pronostic.

A ce propos, nous rapportons un cas de WLPTC en raison de sa rareté.

Observation(s) :

Patiente âgée de 56 ans, suivie depuis 2012 pour hypothyroïdie d'origine auto-immune, ce n'est qu'il y a 1 an lors d'un contrôle échographique : thyroïde d'échostructure hypoéchogène hétérogène, présences de deux nodules supra-centrémittiques (droite et gauche), classé EU TIRADS 5. La cytoponction évoquant fortement carcinome sur une thyroïdite.

La patiente a été opérée 6 mois après, le geste consistait en une thyroïdectomie totale avec un curage ganglionnaire centrale bilatérale.

L'examen anatomopathologique objectivait au niveau de son lobe droit et gauche d'une prolifération tumorale maligne de nature épithéliale et d'architecture majoritairement papillaire. Ces papilles sont de taille variable, à axe richement lymphocytaire bordée par un épithélium fait de grandes cellules polygonales à cytoplasme éosinophiles granuleux abondant, et aux noyaux volumineux à chromatine mottée en verre dépoli à membrane nucléaire irrégulière incisive.

Cet aspect correspond à un carcinome papillaire de la thyroïde variante warthin like.

Le suivi postopératoire s'est déroulé sans incident.

Conclusion :

Le but de ce travail est de dégager les caractéristiques cliniques, histologiques, immunohistochimiques ainsi que les diagnostics différentiels et le pronostic de cette entité rare.

P-071. PROLACTINOME ECTOPIQUE : à propos d'un cas

Dr Ouadia

Dr Khellaf- Pr Achir

nesrineouadia@gmail.com

Introduction :

Les tumeurs neuroendocrines hypophysaires ectopiques (PitNET) sont des affections rares qui se développent en dehors de la selle turcique. Ces tumeurs ont tendance à se développer principalement dans le sinus sphénoïdal, suivi de la région supra-sellaire, du clivus et du sinus caverneux. Nous rapportons le cas d'un patient présentant un prolactinome ectopique localisé au niveau de la partie sphénoïdale de clivus.

Observation(s) :

Patient âgé de 37 ans, qui bénéficie d'une IRM cérébrale dans le cadre d'exploration de céphalées persistantes, objectivant un processus tumoral de la base du crane occupant la partie sphénoïdale de clivus, comblant la selle turcique, évoquant une tumeur à cellules géantes, un plasmocytome ou un lymphome. L'exploration hormonale à la recherche d'un retentissement hypophysaire retrouve une prolactinémie d'ordre tumoral à 5118 ng/ml. Un traitement par cabergoline a été instauré avec une bonne réponse biologique et une réduction du volume tumoral de 45% retenant le diagnostic de prolactinome.

Conclusion :

Bien que les PitNET ectopiques localisées au niveau du sinus sphénoïdal soient rares, la présence d'une masse occupant la base du crane doit inciter à faire un bilan hormonal afin de mener à un diagnostic. Cependant, étant donné la présentation clinique variable la prise en charge sera guidée par la combinaison de preuves cliniques, biochimiques et radiologique

P-072. ASSOCIATION D'UN CARCINOME PAPILLAIRE DE LA THYROÏDE À UN MYÉLOME MULTIPLE : A PROPOS D'UN CAS

DEBBAH Wissame

A. Rahal ,S. Azzouz, L. Benabed, A. Bouzid ,M .Azzouz

Service d'Endocrinologie-diabétologie, EPH Bologhine, Alger.

Introduction :

Le carcinome thyroïdien différencié est la tumeur maligne endocrinienne la plus courante. Un risque accru de deuxième tumeur maligne primaire non thyroïdienne chez les patients DTC a été déjà rapporté.

A ce propos, nous rapportons l'observation d'un malade ayant une tumeur papillaire du thyroïde associé à un myélome multiple.

Observation(s) :

Patient âgé de 64 ans, qui était admis pour totalisation isotopique d'un carcinome papillaire classique de la thyroïde à haut risque de récurrence, classé **PT3b N0 Mx R1 selon classification p TNM 2017**. Le patient avait reçu d'iode I ¹³¹ radioactif sans incident.

Un mois après, une symptomatologie bruyante s'installe faite d' : Une fracture spontanée de cote avec des douleurs osseuses diffuses, associées à un amaigrissement chiffré à 3 kg en 2 mois, une opacité parenchymateuse au niveau du lobe inferieur droit, ovalaire de **5 cm** de grand axe non fixante au balayage toto corporel post irathérapie, sur le plan biologique : une anémie normochrome normocytaire arégénérative à 5.5 g / dl d'hémoglobine, une insuffisance rénale terminale avec une créatinémie à 75 mg/l (clearance à 7.8 ml/mn), et une protéinurie massive à 12.9 g/l.

Le diagnostic de myélome multiple était fortement évoqué puis confirmé

Conclusion :

Ce cas met en évidence la nécessité d'une surveillance médicale étroite et l'utilisation de modalités de dépistage avancées pourraient conduire à la détection de deuxième tumeurs primaires dans les DTC.

P-073. DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE DE BASEDOW CHEZ L'ENFANT : A PROPOS D'UN CAS

DEBBAH Wissame

A. Rahal ,H. Kherab ,M .Azzouz

Service d'Endocrinologie-diabétologie, EPH Bologhine, Alger

Introduction :

La maladie de Basedow est une maladie rare et sévère, qui touche surtout le grand enfant.

Sa prise en charge adéquate chez l'enfant reste un sujet de controverse.

A ce propos, Nous rapportons l'observation d'un enfant chez qui la maladie de Basedow a posé d'énormes difficultés de prise en charge.

Observation(s) :

Il s'agit d'un enfant âgé de 15 ans, qui présentait à l'âge de 13ans et 10 mois des signes clinique typique de maladie de basedow associé à une exophtalmie. Les données cliniques et paracliniques ont permis de retenir le diagnostic de la maladie de Basedow. Le patient a été mis sous traitement médical.

Le suivi était difficile chez lui : patient non compliant, avec une prise irrégulière du traitement

Devant la majoration de la symptomatologie, le patient a bénéficié de plusieurs hospitalisations à notre niveau.

Au bilan de retentissement : on avait objectivé une ostéopénie à la DMO avec perturbation de son bilan hépatique.

L'évolution a été marquée par la persistance de l'exophtalmie et devant l'inobservation de traitement, une chirurgie (thyroïdectomie totale) a été indiquée.

Conclusion :

Certe, le diagnostic de la maladie de Basedow chez l'enfant est souvent facile, mais qui pose surtout des difficultés de prise en charge. Le traitement médical n'est pas toujours anodin comme pour le cas de notre patient. La thyroïdectomie ou le traitement par iode radioactif sont les deux alternatives thérapeutiques

P-074. SYNDROME DE BRADEL BIEDL :A PROPOS D'UN CAS

DR BEDAR WIAM

DR DJAGHLOUL AMIRA

EPH RAS EL OUED BBA

Objectifs :

Le syndrome de Bardet Biedl (SBB) est une maladie génétique rare. Elle présente un large spectre de manifestations cliniques, associant une dystrophie rétinienne, une obésité, une polydactylie, un hypogonadisme, un retard mental et une atteinte rénale

Matériel / Patients et méthodes :

On rapporte le cas d'une patiente âgée de 20 ans issue d'un mariage consanguin, hospitalisée dans notre service pour l'exploration d'une obésité associée à une baisse de l'acuité visuelle et strabisme .

Résultats :

L'examen clinique trouve une obésité, une hexadactylie, des difficultés d'apprentissage sans anomalies cardiaques ni des organes génitaux externes. La biologie montre une insuffisance rénale modérée associée à une protéinurie . L'échographie rénale montre deux reins de tailles normales moyennement différenciés. Le fond d'œil objective une rétinopathie pigmentaire permettant de retenir le diagnostic de SBB sur les critères Beales

Discussion :

Le SBB est une ciliopathie entraînant une atteinte multiviscérale. A ce jour, 12 gènes sont incriminés dans cette affection, ils codent pour des protéines impliquées dans le développement et la fonction des cils primitifs. L'absence ou la dysfonction de ces protéines entraîne une atteinte des cils de certains organes comme le rein ou l'œil. Le SBB doit être reconnu car il permettra un conseil génétique familial et un éventuel diagnostic anténatal. La prise en charge médicale est multidisciplinaire. Le pronostic vital est lié à l'atteinte rénale.

Conclusion :

Le syndrome de Bardet-Biedl est une maladie génétique rare multiorganique qui entre dans le cadre des ciliopathies dont le diagnostic repose sur des critères cliniques .

P-075. Hyperemesis gravidarum révélant une hyperparathyroïdie primaire

Dr djebri

Dr ababsa pr khansal pr noury pr abes

Chu constantine

Introduction :

Introduction

L'hyperparathyroïdie pendant la grossesse est diagnostiquée chez 0,5–1,4 % des femmes.

Elle est associée à un risque important des complications maternelles et fœtales

Observation(s) :

Devant l'apparition d'une polyurie-polydipsie avec exagération des signes symptomatiques de la grossesse chez une patiente de 27 ans, sans d'antécédents personnels ou familiaux ; une hypercalcémie a été découverte au décours du 16^e me SA.

Le bilan biologique était en faveur d'une hyperparathyroïdie primaire : calcémie : 126mg/l , PTH :120,8 pg/ml , calciurie :323mg/24h PTH in situ :2154 .

L'échographie thyroïdienne objectivant un nodule parathyroïdien postéro-inferieur gauche de 21mm de grand axe.

Une para thyroïdectomie par abord focalisé sous anesthésie local a été réalisée à la 18^e me SA.

Les suites postopératoires ont été bonnes, PTH : 20.15pg/ml et la calcémie : 73,5mg/l.

L'examen anatomopathologique, l'aspect histologique est compatible avec une hyperplasie parathyroïdienne à cellules principales.

L'accouchement était à terme sans complication materno-foetales

Conclusion :

Conclusion

1. Le traitement définitif de l'HPTP symptomatique pendant la grossesse est la para thyroïdectomie, préférentiellement au deuxième trimestre, ou au début du 3^{ème} trimestre.

P-076

Hyperthyroïdie et cancer de la thyroïde: à propos de deux cas

Dr Nassima Djoudi

Dr S Belhadj, Dr M Dahmani, Dr R Longo, Dr I Ouanezar, Dr I Chenak

Unités de diabétologie-endocrinologie médecine interne HMRUO

Introduction :

L'hyperthyroïdie qui semblait rassurante quant à la survenue d'un cancer thyroïdien, ne l'est plus, cette association n'est pas rare.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas de 2 patients suivis pour hyperthyroïdie chez qui une association fortuite avec un carcinome papillaire de la thyroïde est retrouvée. Le premier patient âgé de 42ans présentant une hyperthyroïdie clinico-biologique franche dont la scintigraphie thyroïdienne retrouve un goitre hyper captant type basedowien porteur d'un nodule froid, correspondant à l'échographie à un nodule suspect de 16x13.8mm classé EU-TIRADS V. Après thyroïdectomie totale, l'étude anatomopathologique conclue à carcinome papillaire de la thyroïde bifocale de 1.5 et 1cm avec effraction capsulaire peritumorale classé pT1bN0Mx. Le second cas une patiente de 44ans suivie durant deux ans pour hyperthyroïdie infraclinique chez qui l'échographie retrouve un nodule lobaire gauche suspect classé EU-TIRADS V, d'où la réalisation d'une thyroïdectomie totale retrouvant un carcinome papillaire intra thyroïdien de 1.2cm non encapsulé. Les deux patients sont classés à faible risque. Le premier a reçu une cure d'irathérapie, et la seconde est programmée pour.

Conclusion :

La malignité doit toujours être gardée à l'esprit même devant une hyperthyroïdie. Les microcarcinomes papillaires ont une plus grande prévalence dans cette association. Les nodules suspects associés à une hyperthyroïdie doivent être évalués avec attention.

Mots clés

Basedow, carcinome papillaire, hyperthyroïdie

P-077. Adénomes parathyroïdiens multiples ectopiques et carcinome différencier de la thyroïde : à propos d'un cas

Dr Nassima Djoudi

S Belhadj, L Saidani ^a, K Khezzar^b, M Bouchikhi ^c, Hocine ^e, M Dahmani, R Longo, I Ouanezar, I Chenak, M Chemli.

Unités d'endocrinologie-diabétologie service de médecine interne HMRUO.

^aService ORL HMRUO . ^bService de chirurgie cardio-vasculaire HMRUO. ^cService de Néphrologie HMRUO. ^eService Médecine Nucléaire HMRUO.

Introduction :

La cause la plus fréquente d'échec à la chirurgie parathyroïdienne est l'adénome ectopique. Ce dernier est responsable d'hyperparathyroïdie dans 10% des cas. L'association carcinome différencié de la thyroïde et hyperparathyroïdies primaire est rare.

Observation(s) :

Homme âgé de 55ans, suivi pour goutte présente une insuffisance rénale aigue avec hypercalcémie maligne et PTH à 12x la normale. L'échographie retrouve 02 adénomes parathyroïdiens basi-cervicaux associés à un nodule thyroïdien lobaire inférieur gauche classé EU-TIRADS IV. La scintigraphie au sesta MIBI conforte la

présence de deux adénomes parathyroïdiens basi-cervicaux par une fixation bilatérale.

Une adénoméctomie bilatérale est réalisée avec un échec à la chirurgie attesté par une PTH post OP à 15x la normale.

La réalisation d'une seconde scintigraphie couplée au SPECT-CT retrouve la persistance d'un adénome parathyroïdien volumineux au niveau médiastinal. Concernant la thyroïde une cytoponction est réalisée avant la reprise chirurgicale revenant en faveur de la bénignité (Bethesda 2). La décision d'une thyroïdectomie totale avec l'adénomectomie parathyroïdienne est prise. L'étude anatomopathologique confirme la présence de 03 adénomes parathyroïdiens dont le plus volumineux était médiastinal associés à un microcacinome papillaire de la thyroïde.

Conclusion :

Notre cas présente, en outre un adénome parathyroïdien ectopique médiastinal, occulté initialement vu l'existence d'un adénome parathyroïdien basi-cervical homolatéral rendant compte de l'importance parfois du SPECT-CT, l'association fortuite avec un carcinome différencié de la thyroïde le rendant encore plus rare. La recherche de NEM2 a été négative.

Mots clés

hyperparathyroïdie, thyroïde, carcinome papillaire, PTH.

P-078

Corticothérapie dans la cécité par apoplexie hypophysaire: à propos d'un cas Dr Djoudi Nassima

R Longo, S Belhadj, M Dahmani.

Unités de diabétologie-endocrinologie, service de médecine interne HMRUO

Introduction :

L'apoplexie hypophysaire est un syndrome clinique aigu et rare en rapport avec une hémorragie soudaine ou un infarctus hypophysaire, pouvant révéler les adénomes hypophysaires (Adénomes non fonctionnels dans 80%). Elle associe des céphalées brutales, des troubles de conscience, des signes endocriniens et des troubles visuels parfois sévères.

Observation(s) :

Homme âgé de 63 ans, hypertendu, admis aux urgences suite à l'installation brutale de céphalées intenses en casque, vomissements évoluant depuis une semaine ne cédant pas au traitement symptomatique. Patient scoré à 15/15 selon Glasgow, tension artérielle: 190/130mmHg, ptosis et cécité de l'œil droit avec une baisse importante de l'acuité visuelle (AV) de l'œil gauche (scoré à 5 selon The Pituitary Apoplexy score). Une IRM orbito-cérébrale objective un processus intra-sellaire nécrotico-hémorragique à extension supra-sellaire. Le fond d'œil normal, acuité visuelle impossible à évaluer à droite et à 4/10e à gauche, champ visuel très rétréci à gauche. Le bilan hormonal conclut à un adénome hypophysaire non fonctionnel avec

déficit corticotrope et gonadotrope. Le patient a bénéficié d'une prise en charge de son déficit corticotrope ainsi qu'une corticothérapie par Dexaméthasone. A J3 disparition du ptosis, une amélioration nette de l'acuité visuelle à gauche, une légère amélioration à droite, et un élargissement du champ visuel.

Conclusion :

L'apoplexie hypophysaire complique 2-12% des adénomes hypophysaires. La prise en charge optimale reste controversée, une décompression chirurgicale précoce ou une approche plus conservatrice chez les patients qui n'ont pas de troubles ophtalmologiques et neurologiques. Notre traitement conservateur est motivée par l'état de conscience normal et confortée par une évolution favorable.

Mots clés

apoplexie, hypophyse, cécité.

P-079. corticosurrenalome: à propos d'un cas

Dr Belhadj Sihem

Dr Djoudi Nassima-Dr Dahmani Mehdi-Dr Chenak Ilyes

hôpital militaire régional universitaire d'Oran

Introduction :

Les incidentalomes surrénaliens sont fréquents puisqu'ils sont observés chez 2% à 3% des patients bénéficiant d'un scanner abdominal.

Une des principales questions soulevées est de déterminer s'il s'agit d'une tumeur à risque endocrinien ou tumoral justifiant son exérèse chirurgicale.

Les tumeurs à risques représentent au plus 5% des incidentalomes surrénaliens.

Observation(s) :

Nous rapportant le cas d'un patient âgé de 53 ans sans ATCDs pathologiques particuliers admis pour l'exploration d'une volumineuse masse surrénalienne gauche de 76mm de diamètre révélé par un syndrome compressif (dyspepsies et vomissements post prandiaux tardifs).

Après exploration biologique et radiologique complète le diagnostic de corticosurrénale sécrétant du cortisol est posé.

Le patient a bénéficié d'une chirurgie exérèse R0.

L'examen anatomopathologique de la pièce conclu à un carcinosarcome de siège surrénalien avec emboles tumoraux endovasculaire, présence d'effraction capsulaire, présence de nécrose tumorale estimée à plus de 50% de la tumeur, index de prolifération élevé estimé à 70%. Classée PT3NxMx

Classant ainsi le malade stade 3 à très haut risque de récurrence d'où l'indication du mitotane en adjuvant.

Évaluation à 6 mois post op retrouve des localisations secondaires pulmonaire et ganglionnaire, d'où la mise en route d'une chimiothérapie adaptée, mais le pronostic reste sombre

Conclusion :

Les carcinomes surrenaliens sont des tumeurs rares connues pour leur comportement agressif, leur potentiel métastatique et leur faible survie à 5ans.

Le seul traitement curatif est l'exérèse complète par un chirurgien expérimenté.

Les traitements adjuvants sont peu nombreux et leur efficacité incertaine.

Mots clés

corticosurrenalome, pronostic sombre, tumeur agressive

P-080. LOCALISATION SECONDAIRE CUTANÉE DE CARCINOME DIFFÉRENCIÉ DE LA THYROÏDE: A PROPOS DE 3 CAS

Fella HASBELLAOUI

Ouidad BAZ, Lynda BELABAS, Safia MIMOUI-ZERGUINI

service d'Endocrinologie et de maladies métaboliques, centre pierre et marie curie Alger

Introduction :

Les carcinomes différenciés de la thyroïde sont en majorité de bon pronostic. Il existe des formes métastatiques pulmonaires et osseuses. Les localisations métastatiques cutanées sont exceptionnelles néanmoins quand elles existent elles témoignent de l'agressivité du carcinome.

Observation(s) :

Patient 1 âgé de 62 ans présentant un carcinome papillaire à cellules hautes. Opéré un temps thyroïdectomie totale et curage ganglionnaire central et latéral gauche.

Il présente une masse lipomateuse au toucher au niveau scapulaire, le résultat histologique est en faveur d'une métastase cutanée d'un carcinome papillaire de la thyroïde.

Patient2 âgé de 14 ans présentant un carcinome papillaire. Après traitement, le patient rapporte un kyste latéro cervical superficiel 'kyste sébacé' qui augmente de volume. L'exérèse révéla une métastase de carcinome papillaire.

Patient 3 âgé de 47 ans présentant un carcinome oncocytaire du thyroïde.

Le patient présente une lésion d'allure lipomateuse dorsale haute d'environ 6 cm qui augmente rapidement de volume.. Le patient a bénéficié dans l'urgence de radiothérapie hémostatique. Il est opéré, l'histologie conclut à une métastase de carcinome oncocytaire de la thyroïde.

Conclusion :

La présence de localisations cutanées même si elle est exceptionnelle signe l'agressivité de la tumeur et le pronostic est plus péjoratif

Mots clés

cancer thyroïde- localisation cutanée - pronostic

P-081. Peripheral Precocious Puberty due to autonomous ovarian cyst, to Treat or Not to treat !: A Case Report

Boumahammed Djamel Eddine

KESRI Nadia, MIMOUNI Safia

Service d'endocrinologie CPMC

Introduction :

Precocious puberty is defined as the onset of pubertal development before the age of 8 years in girls. Peripheral precocious puberty, characterized by early activation of the hypothalamic-pituitary-gonadal axis, is a rare condition. We present a case of peripheral precocious puberty in a 2-year-old girl.

Observation(s) :

The patient, presented with symptoms of peripheral precocious puberty, including vaginal bleeding and breast development. The first episode was at the age of 17months, She had a history of normal development and no significant medical or surgical history. Hormonal evaluation revealed elevated levels of estradiol, low follicle-stimulating hormone (FSH), and luteinizing hormone (LH), consistent with peripheral precocious puberty. Imaging studies showed an enlarged uterus and a cystic ovarian mass. However, at the time of examination at 2 years and 11 months of age, the child was asymptomatic with no signs of accelerated growth or advanced

bone age. Pelvic ultrasound did not show any ovarian mass, and hormonal evaluation was within normal limits. Two similar episodes were noted after with the same clinical, hormonal and morphological findings.

Conclusion :

This case highlights the importance of recognizing early signs of peripheral precocious puberty.

A multidisciplinary approach is crucial for appropriate management. Surgical management should be deferred as long as possible to avoid the risk of repeated surgery.

A careful longer-term follow up and molecular studies may be necessary .

Mots clés

precocious puberty, mccune albright, autonomus ovarian cyst, fonctionnal ovarian cyst, peripheral precocious puberty, gnrh test,

P-082. Hyperplasie hypophysaire secondaire à une hypothyroïdie profonde

Dr. AKLI. Lylia

Pr.Fedala.Saida Pr.Azzouz.Malha

EPH Bologhine Alger

Introduction :

L'hyperplasie hypophysaire thyroïdienne est rare, il s'agit d'une augmentation de la taille de l'hypophyse suite à l'hyperplasie des cellules endocrines thyroïdiennes secondaire à l'hypothyroïdie périphérique entraînant une augmentation de la TRH par levé du feed back.

Observation(s) :

Nous décrivons le cas de la patiente B.E âgée de 33ans suivie depuis l'âge de 10ans pour une hypothyroïdie primaire.

Dans le cadre d'exploration d'une paraparésie, une masse hypophysaire de 13*11*11mm a été découverte en iso signal T1, hyper signal T2 se rehaussant de manière homogène après injection de produit de contraste, cliniquement la patiente n'avait pas de signes d'hypothyroïdie francs du fait probablement de l'ancienneté de l'hypothyroïdie, le bilan a mis en évidence une hypothyroïdie profonde TSH>100 avec une inobservance de sa thérapeutique depuis plusieurs années.

Vu le contexte et l'aspect IRM, il s'agit plus probablement d'une hyperplasie hypophysaire secondaire à cette hypothyroïdie périphérique profonde et ancienne.

Conclusion :

L'hyperplasie hypophysaire est une pathologie rare qu'il faut évoquer devant la présentation clinique et le bilan biologique qui montre une TSH élevée, elle pourra rentrer dans l'ordre après euthyroïdie.

Mots clés

L'hyperplasie hypophysaire, hypothyroïdie profonde

P-083. Paragangliome révélé par un tableau digestif

Dr. AKLI. Lylia

H. Kherrab (Dr), A. Rahal (Pr), A.Bouزيد (Pr), M. Azzouz (Pr)

EPH Bologhine Alger

Introduction :

Le paragangliome est une tumeur neuroendocrine rare pouvant se développer aux dépens des ganglions sympathiques et parasympathiques, qui est à l'origine de sécrétion de catécholamines responsable dans la majorité des cas d'une HTA avec triade de Ménard, parfois d'hypotension. Elle est exceptionnellement responsable d'un tableau digestif.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une patiente S.L âgée de 31ans qui consulte dans le cadre de l'urgence pour douleurs abdominales avec diarrhées profuses d'allure motrices, chez qui l'imagerie avait mis en évidence une masse vasculaire rétro péritonéale para-aortique gauche de 52 mm de grand axe compatible avec hémangiome, le complément d'exploration a retrouvé un taux de chromogranine A et des dérivés méthoxylés positifs à savoir la normétanéphrine à 6,5 fois la normale posant le diagnostic d'un paragangliome.

Une MAPA a été réalisée ne retrouvant pas d'HTA mais plutôt des épisodes d'hypotension, avec un complément par scintigraphie au MIBG objectivant la fixation de la masse sans autres localisations à distance.

Un dosage des 5HIAA à la recherche d'une tumeur neuroendocrine digestive a été fait revenant normal.

La patiente a été préparée pour le geste chirurgical par blocage alpha et bêta, elle a bénéficié d'une résection chirurgicale sans incidents per ni post-opératoire.

Conclusion :

Le paragangliome est un diagnostic qui doit être évoqué devant toute masse siégeant sur le trajet des ganglions sympathique même en absence d'arguments évocateurs vu le risque per-opératoire que présentent ces tumeurs.

Mots clés

paragangliome diarrhée

P-084. Thyroïde ectopique sus sternale concomitante avec une thyroïde normale en place

Dr. AKLI.Lylia

Pr. Azzouz. Malha

EPH Bologhine

Introduction :

La thyroïde ectopique est une anomalie rare du développement embryonnaire de la glande thyroïde au cours de sa migration.

Le tissu thyroïdien peut très rarement être présent dans le médiastin, la découverte est souvent fortuite ou liée à des symptômes de compression.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une patiente K.M âgée de 42ans chez qui dans le cadre d'exploration d'une dyspnée, une échographie cervicale a été faite retrouvant une glande thyroïde de volume normal et une masse tissulaire sus-sternale sans continuité avec cette dernière, médiane de **44*38*18mm** hétérogène complété par un bilan thyroïdien normal.

Un scanner a été fait pour mieux caractériser masse concluant à une masse tumorale hétérogène sus-sternale dont l'origine reste à déterminer par une étude histologique. Une cytoponction a conclu à une bénignité évoquant un nodule thyroïdien ectopique avec dosage de thyroglobuline in situ revenant **>500ng/ml**.

Un complément par scintigraphie au technétium a été réalisé objectivant une fixation de la thyroïde normale avec fixation de la masse sus sternale.

Vu le peu d'études disponibles et le risque de transformation maligne, l'indication opératoire a été posée chez elle.

Conclusion :

La thyroïde ectopique située sous le l'os hyoïde est très rare mais elle doit être considérée comme diagnostic différentiel de toute masse médiastinale.

Mots clés

thyroïde ectopique

P-085. Ganglioneurome surrénalien découvert au cours d'exploration d'une appendicite aigue

Dr. AKLI.Lylia

M. Mezoued (Pr), K. Bessaid (Dr), M. Azzouz (Pr)

EPH Bologhine Alger

Introduction :

Le ganglioneurome surrénalien est une tumeur nerveuse bénigne rare de l'enfant et de l'adulte jeune. Elle appartient au groupe des tumeurs neurogènes, se développant

aux dépens des chaînes ganglionnaires sympathiques. Diagnostiquée le plus souvent dans le contexte d'un incidentalome comme c'est le cas chez notre patiente.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une patiente T.M âgée de 9ans sans antécédents pathologiques particuliers qui présente un incidentalome surrénalien droit découvert sur une échographie faite dans un contexte d'appendicite aigu.

Sur le plan clinique, la patiente ne présente aucun symptôme d'hypersécrétion hormonale, une angio-TDM a été demandée retrouvant une masse tissulaire surrénalienne droite bien limitée aux contours réguliers, présentant un contingent tissulaire d'une densité spontanée de 33 UH avec absence de washout, siège de rares calcifications mesurant 48mm de grand axe.

Un screening biologique complet de la masse surrénalienne a été réalisé à savoir : un freinage minute positif, SDHEA, testostéronémie, 17OHP, dérivés méthoxylés urinaires des 24h, acide homovanillique et vanylmandélique normaux.

Une scintigraphie au MIBG revenant en faveur d'un processus tumoral d'origine neuro ectodermique surrénalien droit sans atteinte ostéo- médullaire à distance.

La patiente a été opérée, le compte rendu anatomopathologique a conclu à un ganglioneurome surrénalien.

Conclusion :

Les ganglioneuromes surrénaliens sont des tumeurs le plus souvent de grande taille, classiquement non sécrétantes radiologiquement malignes cependant il s'agit bien de tumeurs bénignes sans aucune récurrence décrite dans la littérature.

Mots clés

ganglioneurome surrénalien

P-086. Test de génération d'IGF1, quel intérêt diagnostique ?

: À propos d'un cas

O. Zeghouane (Dr)

A. Rahal (Pr) S. Fedala (Pr), H. Kherrab (Dr), M. Azzouz (Pr)

EPH Bologhine Ibn Ziri, Alger, Algérie.

Introduction :

Les tests de génération de l'IGF-I sont connus pour étudier la résistance à l'hormone de croissance, L'application pratique la plus évidente est l'établissement de critère d'insensibilité complète, permettant d'évoquer chez un sujet de très petite taille, une anomalie moléculaire sur la voie de signalisation de la GH : notamment la mutation in-activatrice du récepteur de la GH du syndrome de Laron, souvent évoquée par l'observation de concentrations normales ou élevées de GH, contrastant avec des taux d'IGF-I très bas.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une fille âgée de 13 ans, issue d'un mariage consanguin, sans antécédents pathologiques particuliers, adressée à notre service pour exploration d'un retard de croissance staturo-pondérale (Poids : <-3DS, Taille : <-2.5DS) _un déficit en GH a été éliminé devant un test de stimulation du GH par glucagon explosif (GH supérieure à 100 Mui/l) avec des taux d'IGF1 à la limite basse.

En examinant la patiente, on a constaté

: _un retard pubertaire et retard de l'âge osseux _un syndrome malformatif fait de : endurance musculaire réduite, malpositions dentaire, cheveux fins et fragiles avec sclérotiques bleutés

Ce qui nous a fait suspecter le diagnostic du syndrome d'insensibilité à la GH, et en premier lieu le syndrome de Laron

* on a complété par un test de génération de l'IGF1 revenant positif, taux d'IGF1 restait stable après injection de 0.025 mg/kg de GH par jour pendant 5 jours

Confirmant ainsi le diagnostic, et notre patiente est donc candidate à un traitement par IGF1 recombinante.

Conclusion :

Les tests de génération de l'IGF-I sont l'élément clé du diagnostic d'insensibilité à la GH, ils s'imposent devant toute suspicion clinico-biologique de cette entité pathologique, une confirmation diagnostique permet d'initier un traitement adéquat et améliorer le pronostic statural et psycho-social

Mots clés

Les tests de génération de l'IGF-I

P-087. Syndrome lipoatrophique à propos de 2 frères

O. Zeghouane (Dr)

K. Bessaid (Dr) , M. Mezoued (Pr) , M. Azzouz (Pr)

EPH Bologhine Ibn Ziri, Alger, Algérie

Introduction :

Les lipodystrophies constituent une entité de maladies rares congénitales ou acquises caractérisées par une atrophie généralisée ou partielle du tissu adipeux, ce qui à l'origine d'un syndrome métabolique avec une insulino-résistance majeure, une hypertriglycéridémie et autres signes variables d'un patient à un autre.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas de deux frères : Mohamed âgé de 15 et Anes qui a 11 ans, issus d'un mariage consanguin de 2ème degré, aux ATCDs de rétraction du tendon d'Achille opérée et neuropathie périphérique sensitivomotrice (pour les 2)

A l'examen clinique : les frères présentent une lipoatrophie généralisée avec musculature proéminente et lésions cutanées d'insulinorésistance (acanthosis nigricans et Molluscum pendulum).

Avec sur le plan biologique : un diabète sucré attesté par une HBA1C de l'ordre de 7 %, une hypertriglycémie et cytolysé hépatique avec une stéatose hépatique objectivée à l'échographie abdominale.

L'ensemble de ces données nous a orienté vers un syndrome lipoatrophique d'où le complément de l'exploration par DEXA corps entier qui a montré un déficit généralisé en masse grasse chez Mohamed et un déficit partiel avec répartition tronculaire de la grasse chez Anes

Il s'agit donc très probablement d'une forme généralisée en cours d'installation, ou d'une expression différente de la maladie, un traitement à base de Metformine est instauré et une étude génétique est en cours pour confirmation diagnostique

Conclusion :

Bien que ces pathologies sont très rares, leur pronostic est sombre vu les complications du diabète, et surtout les complications cardiovasculaires. Des études plus approfondies seront donc nécessaires pour mieux comprendre les facteurs pouvant être incriminés dans la genèse de ce type de diabète à fin d'améliorer la prise en charge thérapeutique qui reste le plus grand challenge

Mots clés

Les lipodystrophies

P-088. Phéochromocytome composite : À propos d'un cas

Zeghouane (Dr)

L. Kedad (Dr), I. Bessaou (Dr), M. Azzouz ((Pr).

EPH Bologhine Ibn Ziri, Alger, Algérie

Introduction :

Le phéochromocytome composite est une tumeur médullosurrénalienne rare associant une tumeur distincte d'origine neuronale en plus d'une tumeur à cellules chromaffines (phéochromocytome ou paragangliome). Nous présentons le cas d'un phéochromocytome composite combinant un phéochromocytome avec une tumeur sarcomateuse type MPNST (tumeur maligne des gaines nerveuses périphériques).

Observation(s) :

Il s'agit d'une patiente de 76 ans présentait des épisodes de douleurs abdominales associés à des céphalées intermittentes et une hypertension artérielle résistante. Biologiquement, le dosage des dérivés méthoxylés plasmatiques était élevé à prédominance de Normétanéphrine.

L'imagerie montrait une volumineuse masse surrénalienne gauche nécrosée ovale bien limitée de 140x130x150mm.

À l'examen anatomopathologique, la tumeur était composée d'un phéochromocytome combiné à une tumeur sarcomateuse type MPNST (tumeur maligne des gaines nerveuses périphériques) probablement sur ganglioneurome dégénéré, faisant porter le diagnostic de phéochromocytome composite.

Il s'agit d'une tumeur fréquemment associée à la neurofibromatose de type 1, la mutation germinale du gène *NF1* pouvant être impliquée dans sa physiopathologie.

Conclusion :

Le phéochromocytome composite est une tumeur rare dont la composante phéochromocytome est suspectée cliniquement mais le diagnostic est anatomopathologique.

Le pronostic reste mal connu du fait de la rareté de ces tumeurs.

Mots clés

Le phéochromocytome composite

P-089. Syndrome H à propos d'un cas

O. Zeghouane (Dr)

K. Bessaid (Dr) , M. Mezoued (Pr) , M. Azzouz (Pr)

EPH Bologhine Ibn Ziri, Alger, Algérie.

Introduction :

Le syndrome H correspond à une nouvelle forme d'histiocytose non langerhansienne secondaire à une mutation du gène *SLC29A3* codant pour la protéine de transport nucléotidique hENT3, c'est une maladie rare de la peau et une histiocytose systémique héréditaire principalement caractérisée par une hyperpigmentation, une hypertrichose et une hépatosplénomégalie associée souvent à un diabète.

Nous rapportons le cas d'un jeune homme âgé de 20 ans qui a été admis au sein de notre service d'endocrinologie pour déséquilibre glycémique chronique.

Observation(s) :

Il s'agit d'un patient âgé de 20 ans, aux ATCD de Mutisme avec surdité diagnostiqués à l'âge de 02 ans, connue diabétique depuis l'âge de 10 ans, mis sous

insulinothérapie schéma basal bolus, actuellement en déséquilibre glycémique, HBA1C à 9.1%

Avec un tableau d'insuffisance pancréatique exocrine fait d'une stéatorrhée évoluant depuis 5 ans, traité par Créon.

Nous avons évoqué un diabète woolfram, un diabète sucré associée à une surdité. C'est à ce moment-là que l'on a remarqué des plaques hyperpigmentée, au niveau des cuisses et des jambes, avec une hypertrichose

Cela a conduit à envisager le syndrome H comme une possibilité de diagnostic, une biopsie cutanée a été effectuée sur la tache hyperpigmentée, revenant positive aux marqueurs : PS100 et CD68 confirmant alors le diagnostic.

Conclusion :

Bien que cette pathologie soit très rare, un examen clinique minutieux permet de l'évoquer en cherchant des signes mêmes si non spécifiques ; ils nous orientent vers un diagnostic que

l'étude histologique permet de confirmer

Mots clés

Le syndrome H

P-090. HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE REVELEE PAR UNE PANCREATITE AIGUE

DR DJAGHLOUL AMIRA

DR BEDAR WIAM

EPH RAS EL OUED BBA

Objectifs :

L'hypercalcémie de l'hyperparathyroïdie primaire compliquée d'une pancréatite aiguë est une association rare, qui présente des particularités diagnostiques thérapeutiques et pronostiques .

Matériel / Patients et méthodes :

Le patient âgé de 53 ans suivie pour Dt2 qui consulte pour des epigastralgie une serie d'exploration a été fait visant a eliminer les urgence medicales et chir ,un bilan metabolique a ete lancer en attendant resultats .

Résultats :

bilan metabolique initiale revenant en faveur d' une augmentation de lipasemie a 9 fois la normale , d'une hypercalcemie a 115 mg/l . Le diagnostique d ' une pancreatite aigue est evoqué devant les criteres clinico biologique puis confirme par une TDM abd plv revennat en faveur d 'une pancreatite stade C de Balthazar secondaire a cette

hypercalcémie dont l'étiologie est rattachée à hyperparathyroïdie primaire retrouvée au terme des explorations .

Discussion :

L'hypercalcémie est une cause rare de la pancréatite aiguë, néanmoins, la recherche de sa cause est indispensable car il peut s'agir d'une étiologie curable comme hyperparathyroïdie primaire dont le traitement chirurgical de l'adénome parathyroïdien prévient la récurrence et la transformation en pancréatite chronique calcifiante .

Conclusion :

L'hyperparathyroïdie primaire, qui est une cause curable de la pancréatite aiguë, doit être recherchée systématiquement devant toute pancréatite aiguë

Mots clés

Hyperparathyroïdie .Hypercalcémie. pancréatite aiguë. urgence diagnostique et thérapeutique .

P-091. OBESITE ET CANCER :LIEN DE CAUSALITE

DR DJAGHLOUL AMIRA

DR BEDAR WIAM

EPH Mohamed benani Ras El oued BBA

Objectifs :

L'obésité est une maladie à part qui altère la qualité de vie, expose à diverses complications, réduit l'espérance de vie et expose au cancer . Le désir de grossir par plusieurs méthodes exposant à des complications graves allant jusqu'au cancer

Matériel / Patients et méthodes :

Patiente âgée de 43 ans sans ATCD pathologique admise pour thrombose jugulaire. La patiente est stable asymptomatique. Une obésité facio-tronculaire avec aspect grêle des membres évoquant un syndrome cushingoïde secondaire à la prise de corticoïdes dans le but de grossir

Résultats :

Une série d'explorations a été faite dans le cadre d'exploration de thrombose de localisation insolite revenant négative . Une TDM TAP revenant en faveur d'une masse hépatique de 3 cm de lobe V avec quelques ADP du hile hépatique ,une biopsie scannée guidée avec étude ant path revenant en faveur d'un cholangiocarcinome hépatique . La patiente est orientée au CAC pour PEC spécialisée .

Discussion :

Les mécanismes physiopathologiques de la relation entre l'obésité et les risques de cancer restent hypothétiques et suggèrent que les anomalies hormonales associées à

l'obésité pourraient être en cause . La corticothérapie prolongée a aussi beaucoup des effets secondaires entre autres le cancer hépatique décrit dans une série .

Conclusion :

L'obésité a des complications graves pouvant aller jusqu'au cancer dont le lien a été établi .

Mots clés

Obésité, corticoïde ,thrombose ,cancer

P-092. LYMPHOME PRIMITIF DE LA THYROÏDE SURVENANT CHEZ UN SUJET JEUNE

A.BOURAOUI

Y.TOUMI - L.OUCHERIF - S.ACHIR

hikoubouraoui@gmail.com

Introduction :

le lymphome thyroïdien primitif représente 5 % des tumeurs malignes de la thyroïde avec un âge médian de 60 ans et par conséquent fait errer le diagnostic chez un sujet jeune . il est défini comme un lymphome qui découle de la glande thyroïde excluant les lymphomes qui envahissent la glande thyroïde soit en raison de métastases ou dans le prolongement direct d'un ganglion lymphatique adjacent.

Observation(s) :

patient âgé de 33ans, sans antécédents pathologiques, Consulte pour tuméfaction cervicale antérieure augmentant rapidement de volume visible apparue il y a 5 mois

Exam physique : goitre volumineux aux dépens du lobe droit de consistance ferme et de surface lisse indolore, sans signes de compression ou de signes inflammatoires locaux ou généraux.

Biologie : TSH: 4 mui/l AC ANTI TG : 722 ui /ml AC ANTI TPO : 18 ui/ml TCT : 0,05 pg/ml

FNS VS CRP LDH TSH : sans anomalies

Echographie cervicale objective : glande thyroïde de volume important au dépens de son lobe droit (60X32X87 mm) = 88cc ; d'aspect remanié et hétérogène de façon diffuse délimitant par endroit des nodules de diamètre allant jusqu' à 40 mm , déviation de la carotide primitive et de la veine jugulaire , LG : 10 cc remanié hypoéchogène sans nodule , ADPs bilatérales cervicales.

PREMIERE CYTOPONCTION :

1-fond nécrotique comportant de nombreux polynucléaires neutrophiles (cytologie bénigne en faveur d' une thyroïdite aigue bactérienne) 2-présence d' infiltration

lymphocytaire dispersée et mal conservée (en faveur d' une thyroïdite lymphocytaire)

patient mis sous AINS puis double antibiothérapie et le Contrôle a J7 du traitement : révèle une progression volumique, remettant en question le diagnostic cytologique .

Patient réadressé pour une DEUXIEME CYTPONCTION: en faveur d'un lymphome malin non hodgkinien type B diffus a grande cellules .

biopsie échoguidée et étude anapath : aspect d'un lymphome B diffus a grandes cellules CD 20 (+) de phénotype Centro germinatif.

Immunohistochimie : CD20 + MuM1 - Bcl6 + Bcl2 - Myc
- Ki67 80% CD10+

Le protocole de chimiothérapie : a été initié en urgence en hématologie a cause de l'apparition des signes de compressions (dyspnée nocturne avec une dysphagie plus ou moins sévère aux solides)

RCHOP chaque 14 jrs:

Rituximab : 375 mg/ m2

Cyclophosphamide 750mg/ m2

Adriamycine 50mg/m2

Oncovin 1.4 mg/m2

Prednisolone 40 mg/m2

Bilan d'extension: -Examen ORL avec nasofibroscopie: normal ; -TDM CCTAP: masse latéro cervicale droite à point de départ thyroïdien avec ADP cervicale ; -Ponction Biopsie Osseuse et ponction lombaire: sans anomalies .

L'évolution sous traitement a été marqué par une nette amélioration clinique avec disparition des signes de compressions et réduction volumique significative.

Conclusion :

Le lymphome primitif de la thyroïde est une tumeur rare , Se présentant par un goitre qui grossit rapidement et parfois des signes compressifs ,le diagnostic doit être évoqué même chez un sujet jeune particulièrement dans terrain d' auto-immunité thyroïdienne car un diagnostic rapide et précis permet une prise en charge adéquate.

P-093. Syndrome de Mauriac à propos de deux cas

Dr Issouli

Dr Kherrab, Pr Rahal

EPH BOLOGHINE IBN ZINI

Introduction :

Le déséquilibre glycémique pendant l'enfance expose à de nombreuses complications. La surcharge glycogénique hépatocytaire, nommée syndrome de Mauriac, en fait partie.

Observation(s) :

1er cas :

Patiente 12ans, diabétique type 1 depuis 7ans, hospitalisée pour déséquilibre glycémique chronique.

L'interrogatoire retrouve une inobservance thérapeutique. L'examen clinique : un retard

staturopondéral à -2.5DS, distension abdominale. L'échographie: hépatomegalie à 18cm. Le Bilan a objectivé une cytolyse à 3 fois la normale ,HbA1c à 12%. Les sérologies coeliaque et virales négatives. Une insulinothérapie a été instaurée avec bonne évolution. Après 6 mois , HbA1c 6 %, on note une amélioration de la flèche hépatique , normalisation du bilan hépatique , amélioration de la taille.

2ème cas :

fillette 12ans et 9 mois, déséquilibre glycémique avec une HbA1C à 12.5% sur DT1 depuis 06 ans.

L'interrogatoire retrouve des erreurs diététiques et thérapeutiques.

L'examen clinique retrouve un retard staturopondéral à -3 DS et une distension abdominale. L'échographie abdominale a montré une hépatomegalie. Le Bilan biologique a objectivé une cytolyse à 2 fois la normale et une HbA1c à 12.5%.

Conclusion :

Le syndrome de Mauriac est une pathologie rare caractérisée par la présence chez un diabétique de type 1 d'un retard staturo-pondéral et pubertaire, d'une hépatomegalie et

d'une perturbation du bilan hépatique. La certitude diagnostique est histologique, cependant

la réversibilité des symptômes sous insulinothérapie intensive a permis de confirmer le diagnostic

P-094. LE SYNDROME D' ALSTRÖM : UNE CAUSE RARE D'OBESEITE SYNDROMIQUE. A PROPOS D'UN CAS

A.KHELLAF

S.ACHIR A.BOURAOUI

CHU BENIMESSOUS

Introduction :

le syndrome d'Alström (SA) est une maladie multisystémique rare. Sa prévalence est de 1 cas/1million. Elle est caractérisée par une dystrophie des cônes et des bâtonnets, une surdité, une obésité, une résistance à l'insuline et une hyperinsulinémie, un diabète sucré de type 2, une cardiomyopathie dilatée (CMD) et un dysfonctionnement hépatique et rénal progressif.

Observation(s) :

: Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 5 ans et 4 mois hospitalisée pour prise en charge d'une obésité d'allure syndromique. Le diagnostic de syndrome d'Alstrom a été retenu devant la présence d'un critère majeur (nystagmus avec une dystrophie rétinienne diagnostiquée à l'âge de 1 an), et de 2 critères mineurs (obésité + signes d'insulinorésistance à type d'acanthosis nigricans), associés à d'autres signes tels que l'avance de l'âge osseux, des pieds plats et des signes d'hyperandrogénie (pilosité pubienne) et une hypertriglycémie. Le bilan hépatique et rénal, l'échographie cardiaque et abdominales sont revenues sans anomalies.

Conclusion :

Le SA est dû à des mutations du gène *ALMS1* (2p13.1). Sa fonction moléculaire demeure inconnue à ce jour. La transmission se fait selon un mode autosomique récessif. Le diagnostic repose sur les signes cliniques (majeurs/mineurs) observés comme c'est le cas chez notre patiente. La confirmation se fait par le test génétique. L'obésité avec hyperphagie, la résistance à l'insuline et l'hyperinsulinémie sont des manifestations précoces et constantes. La prise en charge consiste à surveiller et à traiter les manifestations cliniques dès leur apparition. Bien que l'espérance de vie des patients atteints de SA puisse être réduite, un diagnostic et une intervention précoces peuvent avoir un impact sur la progression de la maladie et améliorer la durée et la qualité de vie des patients.

P-095. Puberté précoce sur hématome du Tuber Cinerum : à propos d'un cas

O. Zeghouane (Dr)

H. Kherrab (Dr) , L. Akli (Dr) , Rehal (Pr) , M. Azzouz (Pr)

EPH Bologhine Ibn Ziri, Alger, Algérie.

Introduction :

La puberté précoce est définie par le développement précoce des caractères sexuels secondaires avant l'âge de 8 ans chez la fille et 9 ans chez le garçon. Bien que le plus souvent elle est centrale idiopathique, les causes organiques doivent être cherchées à savoir l'hamartome hypothalamique, d'où la nécessité du recours à la neuro-imagerie qui s'avère indispensable dans la prise en charge de la puberté précoce centrale afin de déceler une cause organique.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une petite fille G.A âgée de 4 ans chez qui le début de la puberté remonte à l'âge de 3 mois marqué par une ménarche sans développement des caractères sexuels secondaires. L'évolution était marquée par l'apparition d'un deuxième cycle à 9 mois de vie, puis régulièrement chaque 6 mois avec une télarche à l'âge de 3 ans, actuellement elle est classée S3P3.

L'exploration a retrouvé : Un œstradiol élevé à 21pg/ml (>20pg/ml) en regard d'une FSH élevée à 16,27ui/ml et LH à 4,53mui/ml soit en faveur d'une puberté précoce centrale.

Elle a présenté aussi une avance d'âge osseux de 4 ans et un aspect pubère des organes génitaux internes.

Le complément d'imagerie par IRM hypothalamo_hypophysaire a objectivé aspect caractéristique d'un hamartome du Tuber Cinerum mesurant 16*14mm sans effet sur les structures avoisinantes.

Elle a été mise sous traitement freinateur à base de Décapeptyl 11,25mg/3mois dont l'évolution est favorable avec disparition des règles.

Conclusion :

L'hamartome représente une des causes organiques de puberté précoce qu'il faut absolument ne pas négliger devant une symptomatologie clinique en bas âge même en absence de crises gélastiques, et initier rapidement un traitement adéquat pour prévenir l'impact de la puberté précoce surtout sur le plan psycho-social.

Mots clés

L'hamartome

P-096. Dysplasie septo-optique à propos d'un cas

Dr. AKLI. L

H. Kherrab (Dr), A. Rahal (Pr), M. Azzouz (Pr)

EPH Bologhine

Introduction :

La dysplasie septo-optique est un syndrome congénital hétérogène faisant partie de groupes d'anomalies de la ligne médiane, il se définit par l'association de deux des trois éléments suivants : l'hypoplasie du nerf optique, l'agénésie des structures de la ligne médiane et l'hypoplasie de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une petite fille S.R âgée de 11ans et 10mois qui présente un strabisme convergent chez qui le diagnostic d'insuffisance corticotrope a été posé dans un service de pédiatrie.

Sur le plan clinique, patiente impubère à 0 DS de la taille moyenne avec un BMI à + 2DS, elle ne présente aucun signe d'autre déficit de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Un test de stimulation de la GH par le glucagon a été effectué revenant négatif. Le bilan thyroïdien est normal.

Le complément d'exploration objective un syndrome d'interruption de la tige pituitaire avec agénésie du corps calleux.

La patiente est mise sous hydrocortisone, le déficit somatotrope doit être confirmé par un deuxième test afin de substituer, elle sera régulièrement réévaluée pour guetter l'apparition d'autres déficits.

Conclusion :

La dysplasie septo-optique est une cause congénitale rare de déficit hypophysaire du fait de l'interruption de la tige et fait partie des étiologies d'interruption de la tige qu'il faudra évoquer.

Mots clés

dysplasie septo-optique

P-097. Abscès hypophysaire : à propos d'un cas

Dr. Zeghouane. O

H. Kherrab (Dr) , A. Rehal (Pr) , M. Azzouz (Pr)

EPH Bologhine Ibn Ziri, Alger, Algérie

Introduction :

L'abcès hypophysaire est une pathologie rare représente 1 % des lésions hypophysaires, sa présentation clinique est polymorphe d'où le retard diagnostique fréquent, Il peut être évoqué devant un tableau clinique d'hypertension

intracrânienne, une dysfonction hormonale hypophysaire surtout dans un contexte infectieux.

Observation(s) :

Nous rapportons le cas d'une femme âgée de 29 ans, sans antécédents pathologiques particuliers qui consulte pour des céphalées d'installation progressive rebelles aux antalgiques avec asthénie, vomissement et baisse de l'acuité visuelle, Le bilan biologique a objectivé un déficit corticotrope et diabète insipide substitués sans syndrome infectieux

Une IRM H-H faite : retrouve une atteinte infectieuse de la glande anté hypophysaire, de la tige pituitaire et du l'infundibulum réalisant l'aspect d'une hypophysite infectieuse abcédée (prise de contraste périphérique épaisse) avec signe de souffrance du chiasma optique et des bandelettes optiques.

Le traitement institué comportait une antibiothérapie parentérale probabiliste à large spectre à base de claforan, flagyl et gentamycine, l'évolution clinique-biologique était favorable avec sur le plan morphologique une diminution importante du volume.

Conclusion :

Les abcès hypophysaires sont exceptionnels et de diagnostic difficile car les symptômes sont aspécifiques, surtout en l'absence du syndrome infectieux, Le traitement repose sur la neurochirurgie complétée d'une antibiothérapie si possible adaptée aux germes.

Mots clés

abcès hypophysaire

P-098. CORTICOSURRENALOME OU SARCOME: à propos d'un cas

Allaoua Zohra

H.Kherrab, A.Rahal, M.Azzouz

Service d'Endocrinologie ,EPH Bologhine

Introduction :

Le corticosurrénalome est une tumeur maligne de la corticosurrénale, rare et agressif, le principal diagnostic différentiel c'est le sarcome .

Les sarcomes des tissus mous sont plus fréquents entre 50 et 70 ans. Environ 15% sont localisés dans le rétropéritoine.

Observation(s) :

Il s'agit d'une patiente âgée de 79 ans, présentant une masse rétropéritonéale droite découverte dans un contexte des douleurs lombaires.

La patiente a été jugée inopérable par les chirurgiens.

Biologiquement:freinage minute:positif,Kaliémie:normale,les métanéphrines,les androgènes et leurs précurseurs sont négatifs.

Morphologiquement:à l'uroscanner:masse rétropéritonéale droite de siège surrénalienne irrégulière,mesurant113x51x96mm,hyperdense,siege de microcalcifications avec des signes d'infiltration réalisant un bourgeon endovasculaire de la VCI et engaine la veine rénale droite avec une extension vers les segments hépatiques en contact(VI,VetVIb).

À l'angio-scanner abdominal:masse surrénalienne droite avec envahissement vasculaire subtotal de la VCI sus rénale étendue jusqu'à son segment intrahépatique.

La TEP FDG n'évoquant pas l'origine corticosurrénalienne,la masse présentant une hyperavidité pédiculaire semble d'origine urothéliale avec extension vers la région surrenalienne droite.

Dans ce contexte,on a complété par une ponction biopsie percutanée concluant à un sarcome peu différencié à cellules fusiformes de grade intermédiaire selon FNLCC.

On a confié la patiente au service d'oncologie pour chimiothérapie.

Conclusion :

Malgré la bonne connaissance de la sémiologie et des caractéristiques radiologiques de ces

tumeurs,le diagnostic entre corticosurrenalome et sarcome n'est pas évident lorsque la lésion n'est pas sécrétante.

Le traitement est chirurgical lorsque la lésion est résécable.

la biopsie surrénalienne est indiquée lorsque le résultat modifie la prise en charge.

Mots clés

Masse rétropéretoneale, corticosurrenalome, TEP 18-FDG, ponction biopsie percutanée.

P-099. PREVALENCE DE LA SURCHARGE PONDERALE ET DE L'OBESITE DANS UNE POPULATION PEDIATRIQUE DE LA VILLE DE BECHAR

HANNOUS Idris

Chanegriha Mounira, Ait Abderrahmane Samir, Meskine Djamila

Service Diabétologie Hopital central de l'armée

Objectifs :

Estimer la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité chez des enfants scolarisés en primaire dans la ville de Béchar

Matériel / Patients et méthodes :

Une enquête descriptive transversale a porté sur 509 enfants d'âge scolaire, sélectionnés aléatoirement parmi les élèves du primaire de la ville de Béchar. Les données comprennent l'anthropométrie, le calcul de l'IMC, et les scores Z de l'IMC selon l'OMS.

Résultats :

509 élèves avec un sex-ratio (garçons / filles) de 1.11. L'âge moyen des élèves, tout sexe confondu, est de 9.07 ± 1.53 ans

L'IMC moyen global est de 15.84 ± 2.66 kg/m². Chez les filles, l'IMC moyen est de 15.85 ± 2.81 Kg/m² et chez les garçons de 15.83 ± 2.53 kg/m², sans différence statistiquement significative ($p= 0.92$)

En fonction de l'âge, 78.38% (n=399) des élèves présentent un IMC dans les normes, 15.71% (n=80) un IMC bas i.e. une maigreur et 5.89% (n=30) un IMC élevé i.e. une surcharge pondérale ou une obésité.

En fonction du sexe: 5.8% des filles et 6.0% des garçons présentent une surcharge pondérale ou une obésité, mais sans différence significative en fonction du sexe ($p=0,48$)

Discussion :

Par comparaison, une étude à Tébessa entre 1995 et 2007 a montré une prévalence plus élevée de surcharge pondérale incluant l'obésité, atteignant 11,37 % chez les enfants de 4 à 13 ans. La répartition par sexe n'était pas significativement différente ($p=0,333$).

Une étude de l'INSP en 2019 chez les moins de 5 ans a trouvé une prévalence de surcharge pondérale ou d'obésité modérée de 19,4 %, avec 20,7 % chez les garçons et 17,9 % chez les filles. Cette prévalence atteint 20,7 % dans le sud du pays.

Les données varient selon les pays, soulignant la nécessité de surveiller et de prévenir le problème de manière adaptée à chaque contexte.

Conclusion :

Dans la présente étude le taux de surcharge pondérale et d'obésité dans la région de Béchar est inférieur aux données nationales et internationales. Les habitudes

alimentaires, le mode de vie et les préparations culinaires de cette région semble être un facteur protecteur contre l'obésité infantile.

Mots clés

Obésité, surcharge pondérale, IMC, enfants, Béchar

P-100. TROUBLES TROPHIQUES DU PIED DIABÉTIQUE

Dr GUEDMANI

Pr BOUZID - Pr AZZOUZ

EPH Bologhine Ibn ziri

Objectifs :

Un diabète mal équilibré peut générer plusieurs complications à long terme , le pied diabétique qui est un problème majeur de santé publique en fait partie.

La participation du patient à son traitement est primordiale pour limiter l'impact des complications.

Matériel / Patients et méthodes :

A propos d'une série de 06 cas , ce sont des patients atteints d'un diabète de type 2 dont la durée moyenne d'évolution était de 15,16 ans avec un age moyen de 59 ans et un sex ratio de 5H/1F

Résultats :

100% des patient sont au stade de complications microangiopathiques (100% ont une RD , 33% ont une ND). 33% sont au stade de complications macroangiopathique .

Le principale facteur etiopathogenique retrouvé etait la neuropathie (presente chez 100% des cas) ainsi 33% ont à la fois une arteriopathie et une neuropathie,100% des plaies etaient infectées don't 83,33% ont une ostéite.

50 % des lésions etaient clasées grade 3 de wagener et 33,33 % des patients ont bénéficie d'une amputation.

Des plaques atheromateuses étaient retrouvées a l'écho doppler des membres inférieurs chez 33,33% des patients ,une mediocalcose chez 83,33%

Et en fin tous les patients étaient inobservants au traitement et ne respectaient pas les règles hygiéno- diététiques.

Discussion :

Les troubles trophiques du pied chez le diabétique sont la conséquence de plusieurs mécanismes physiopathologiques , trois complications du diabète sont principalement en cause : la neuropathie, l'artériopathie et l'infection

La neuropathie diabetique est fréquente et représente la principale complication à l'origine des lésions du pied. L'artériopathie est un facteur d'aggravation très important responsable de retard de cicatrisation et de gangrène à l'origine fréquente d'amputation.'

L'infection est aussi un facteur d'aggravation majeur par son risque d'extension profonde, notamment vers l'os qui peut conduire à l'amputation, et d'extension générale.

Conclusion :

La lutte contre ce fléau passe par l'éducation des patients et du personnel soignant et par une prise en charge multidisciplinaire et concertée.

Mots clés

Diabète , Complications , Neuropathie, Artériopathie

P-101. LE RETENTISSEMENT DE L'HYPERPLASIE CONGENITALE DES SURRENALES SUR LE DEVELOPPEMENT STATURO-PONDERAL : A PROPOS DE 52 CAS

T.BLEL

M.Mahboul A. Boukri, K.Boudaoud. S.khansel. N.Nouri

Service d'Endocrinologie, Diabétologie CHU Benbadis Constantine

Objectifs :

Cette étude vise à analyser l'impact de la maladie sur les paramètres anthropométriques des patients atteints d'HCS et traités.

Matériel / Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique (Service d'Endocrinologie, Diabétologie CHU Benbadis Constantine) de 52 patients atteints d'HCS, suivis entre 1990 et 2023. Nous avons évalué la maturation squelettique (âge osseux), la vitesse de croissance et les résultats de la taille adulte projetée et réelle, ainsi que les facteurs d'influence potentiels, tel que le sexe, le génotype, la forme et la corticothérapie.

Résultats :

48% des patients atteints d'une HCS avaient une taille moyenne au moment du diagnostic à -1 DS ; l'âge osseux était accéléré chez 76 % avec une taille finale réduite chez plus de 95 % des patients.

Discussion :

Les patients atteints d'HCS n'atteignent souvent pas leur plein potentiel de croissance. La maturation osseuse peut être accélérée et la croissance altérée.

Conclusion :

L'obtention d'une taille adulte régulière reste un défi avec le traitement conventionnel aux glucocorticoïdes chez les patients atteints d'HCS, c'est pourquoi de nouvelles formulations d'hydrocortisone et de nouvelles options thérapeutiques pour l'HCS sont en cours de développement.

Mots clés

HCS ,vitesse de croissance , age osseux ,DEVELOPPEMENT STATURO-PONDERAL

P-102. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DE L'OBESITE ET DU SURPOIDS CHEZ UNE POPULATION DE MEDECINE INTERNE A LAGHOUAT (PIED DE L'ATLAS SAHARIEN)

Dr Boudina hayet

hayet.boudina@gmail.com

Objectifs :

L'obésité est un problème de santé publique, nous avons recherché la prévalence de l'obésité dans une population de médecine interne et ces caractéristiques clinique.

Matériel / Patients et méthodes :

C'est une étude descriptive, transversale à visée analytique s'étalant sur 3 mois.

L'analyse de 72 patients hospitalisés pour différent motifs : connectivités et maladies auto-immunes, pathologies digestives, pathologies vasculaires et métaboliques :

Résultats :

48,61 % des patients avaient un IMC ≥ 25 versus 51,39% avaient un IMC <25 .

26.39% étaient en surpoids et 22,23 % étaient obèses, avec une prédominance féminine dans 60 % vs 40% d'homme, avec un sexe ratio de 1,5.

Le surpoids est nettement plus important chez les hommes 64.28% vs 47.62 % des femmes.

L'obésité est morbide (IMC ≥ 40) chez 5.88% des obèses.

Près de la moitié des patients 52.94% avec IMC ≥ 25 ont une obésité Sévère IMC (35- 39,99) dont 88.24% sont des femmes et 11.76 % des hommes.

L'obésité androïde affecte 66.67% des femmes.

Les motifs d'hospitalisations sont dominés par les complications vasculaires du diabète 25 % et les thromboses veineuses 16,20%.

Discussion :

La prévalence du surpoids et de l'obésité progresse rapidement partout dans le monde et surtout en Algérie, l'atlas saharien n'est plus épargné à cause de l'industrialisation comme le démontre cette présente étude.

Conclusion :

L'obésité est une pathologie fréquente entraîne plusieurs complications. En absence de traitement efficace l'éducation thérapeutique a un Intérêt primordiale afin de prévenir les complications.

Mots clés

Obésité, surpoids, complications, prévention.

P-103. CORRELATION ENTRE OBESITE ET DESORDRE LIPIDIQUE CHEZ LES DIABETIQUES TYPE 2.

Redhouane LONGO

Mohamed EL HORRI, Abdallah GHALMI, Abdenour BOURIHANE, Mourad BENRABAH

Hôpital Militaire Régional Universitaire, Oran, Algérie

Objectifs :

Le lien entre l'obésité et le diabète de type 2 ne cesse de se renforcer.

Notre objectif est d'apprécier la corrélation entre obésité et profil lipidique chez les patients diabétiques de type 2 suivis à l'hôpital du jour.

Matériel / Patients et méthodes :

Etude transversale descriptive incluant 67 cas de diabétiques type 2.

La population est répartie en 3 groupes : Groupe (1) : $18,5 \leq \text{IMC} \leq 25 \text{ Kg/m}^2$;

Groupe (2) : $25 \leq \text{IMC} \leq 30 \text{ Kg/m}^2$; et le Groupe (3) avait un $\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2$.

Résultats :

L'âge moyen était de 56,51 ans ; un sex ratio de 1,68.

L'obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) est objectivée à 31,3 %, dont 4,5 % était de type morbide.

La glycémie à jeun moyenne est revenue à 1,63 g/l, un minimum de 0,81 g/l, et un maximum de 4,95 g/l. L'HbA1c moyenne est de 7,6 %

Le coefficient de corrélation (r) entre l'IMC et la triglycéridémie moyenne (TG) est revenu à 0,31 (p=0,023).

L'équation de la régression linéaire est comme suit :

$$\text{IMC} = (2,27 \times \text{TG}) + 26,082.$$

Par contre, le coefficient de corrélation (r) entre l'IMC et la cholestérolémie totale moyenne, le LDL, et le HDL cholestérol est revenu respectivement à 0,127 ; 0,078 ; et 0,066, p non significatifs.

Discussion :

L'obésité à elle seule est associée à une élévation des triglycérides, parfois du LDL-cholestérol, et une diminution du HDL-cholestérol.

Nos résultats ont pu démontrer de corrélation statistiquement significative entre l'IMC et la triglycéridémie moyenne (p=0,023).

Abdesselem dans son étude chez des adultes obèses objective une corrélation positive entre les triglycérides et le tour de taille. Khaled conclut dans son étude que l'obésité chez les femmes est liée à une forte concentration de TG.

Conclusion :

Une triade métabolique athérogène incluant une élévation des triglycérides, une baisse du HDL-cholestérol et un excès de la fraction des LDL petites et denses caractérise la dyslipidémie classiquement associée à l'obésité abdominale. Ces anomalies participent à l'augmentation du risque cardiométabolique.

Mots clés

Obésité, Dyslipidémie, Corrélation, Hôpital du jour de diabétologie.

P-104. DIABETES PREGRAVIQUES & COMPLICATIONS FŒTO-MATERNELLES

Y Haoues

S Chaouki **, A Laabed *, M Selloum *, D Chaouki *

Service d'Endocrinologie & Maladies métaboliques , CHU de Batna

Objectifs :

Les buts de notre étude sont de déterminer la prévalence des principales complications materno-fœtales, néonatales du diabète prégravidique et l'impact éventuel de certains facteurs de risque.

Matériel / Patients et méthodes :

Cette étude prospective concerne 480 parturientes diabétiques connues : DT1 (n=110) , DT2 (n=370) qui ont bénéficié d'un examen clinique et de bilans : glucidique, hormonal (FT4, TSH, vitamine D totale, calcémie) et d'une échographie obstétricale.

Résultats :

L'âge médian de nos parturientes est de 18 ans, avec un BMI médian élevé ($36,1\text{kg/m}^2$) et une parité (> 4) dans 41%. Au 1er trimestre l'HbA1c moyenne excède 7% dans 58% des cas vs 43% et 19% au 2ème et au 3ème trimestre respectivement. Les glycémies à jeûn et post-prandiale moyennes sont de $1,2 \pm 0,4$ et $2,1 \pm 1,1$ g/l respectivement. L'hypoglycémie maternelle est la complication métabolique prévalente (11%) vs acido-cétose (2%). Les prévalences respectives de l'HTA gravidique (23%), de la macrosomie (13%), de l'hydramnios (8,2%), de l'accouchement prématuré (6,3%), des avortements (4,5%) sont significativement élevées.

Discussion :

Une euthyroïdie clinique et biologique maternelle est objectivée dans tous les cas avec une hypovitaminose D maternelle (vitamine D moyenne = $11 \pm 3,3$ ng/ml). L'hypoglycémie néonatale précoce est relativement fréquente (12%) vs hypocalcémie néonatale (3,6%). L'accroissement des différentes complications objectivées est corrélée positivement ($p < 0,01$) à l'excès pondéral (mère + nouveau-né), au déséquilibre glycémique et à l'hypovitaminose D, maternels.

Dans notre étude les anomalies maternelles, fœtales et néonatales seraient donc la résultante de plusieurs facteurs de risque maternels isolés ou associés. L'hypocalcémie et l'hyperinsulinisme pré et post natus secondaires, constitueraient des facteurs aggravants supplémentaires.

Conclusion :

L'éradication des principaux facteurs de risque sus-indiqués contribuera indubitablement à la baisse de la fréquence et de la sévérité de ces complications dont la prise en charge doit être précoce et efficace.

Mots clés

Diabète sucré , HbA1c , avortements , hydramnios , macrosomie

P-105. ASPECTS DES HYPERPARATHYROÏDIES PRIMAIRES

N Benmeddour

A Laabed, Y Houes, R Derbal, D Chaouki

Service d'Endocrinologie & Maladies métaboliques , CHU de Batna

Objectifs :

Notre étude rétrospective (Janvier 2018 - Juin 2023) a pour objectif de déterminer les aspects des hyperparathyroïdies primaires .

Matériel / Patients et méthodes :

Elle a concerné 113 patients (20 , 93) qui ont bénéficié d'une évaluation clinico-biologique, radiologique et d'une scintigraphie (Te99-TL ou Te99-MIBI).

Résultats :

L'âge moyen est de 39 ± 13 ans (Extrêmes : 21 - 84) avec une prédominance féminine nette (sex-ratio = 7F / 1H) . Dans les 2 sexes , les fréquences de l'hyperparathyroïdie asymptomatique (HPPAS) et de l'hyperparathyroïdie symptomatique (HPPS) sont de 53% et 47% respectivement. Dans ces 2 types , les signes rénaux (36%) sont prééminents comparativement aux symptômes osseux (21%). Les PTH moyennes sont plus élevées dans l'HPPS = $321 \pm 172,3$ pg/ml vs HPPAS = 102 ± 16 et les différences sont très significatives ($p < 0,001$) . Les taux de PTH sont plus bas dans les formes lithiasiques (111 ± 10 pg/ml) que dans les formes osseuses (271 ± 87 pg/ml).

Discussion :

Après supplémentation vitaminique D, la cure chirurgicale a abouti à : une normalisation de la PTH (93%), une persistance de taux élevés (4%) , une hypoparathyroïdie permanente (3%). Aucune relation n'existe entre taux de vitamine D et le volume de l'adénome dans les 2 formes d'HPP et entre calcémie-PTH dans l'HPPAS .

Conclusion :

L'HPP revêt plusieurs aspects et les complications secondaires sont parfois invalidantes. Son traitement chirurgical paraît actuellement bien codifié mais des controverses perdurent quant aux indications opératoires dans l'HPPAS .

Mots clés

Calcémie , PTH , hyperparathyroïdie asymptomatique , Vitamine D

P-106. Dysthyroïdies du sujet âgé

ME Chemmam

H Lamouadaa

Service d'Endocrinologie & Maladies métaboliques, CHU de Batna

Objectifs :

Notre objectif est de déterminer la fréquence globale des dysthyroïdies chez les sujets âgés (> 65 ans), d'apprécier leurs aspects étiologiques, évolutifs et leur retentissement cardio-vasculaire éventuel.

Matériel / Patients et méthodes :

Notre étude prospective a concerné 189 patients (76 , 113) présentant une anomalie du bilan thyroïdien. Ils ont tous bénéficié d'un bilan thyroïdien complet et d'une évaluation du statut cardio-vasculaire clinique et paraclinique.

Résultats :

La prévalence globale des DSA (6,13%), s'accroît avec l'âge dans les 2 sexes avec un pic entre 70-75 ans. La prédominance féminine est nette (sex-ratio = 4F/1H) avec un âge moyen de 77±13 ans (extrêmes : 66 - 87 ans). Les DSA infracliniques sont plus fréquentes que les patentes (73% vs 27%) avec prééminence des hypothyroïdies (62%). La symptomatologie clinique n'est ni sensible ni spécifique dans la majorité des cas (93%). L'apport iodé demeure insuffisant chez 73 patients (38,6%). La thyroïdite de Hashimoto est la 1ère étiologie des hypothyroïdies avec une positivité des ATPO dans 89%. L'adénome toxique et le GMNT (77%) sont les causes les plus fréquentes des hyperthyroïdies patentes.

Discussion :

Hormis les cardiopathies hypertensives, la prévalence des autres pathologies cardiovasculaires est plus élevée dans les DSA franches comparativement aux formes infracliniques et les différences sont significatives ($p < 0,01$). Dans notre étude les DSA franches ou frustes sont fréquentes, précoces, graves et de prise en charge délicate quand elles sont iodo-induites. Leur diagnostic est souvent tardif en rapport avec une symptomatologie insidieuse. L'impact négatif fréquent des interférences médicamenteuses est confirmé dans notre travail. Contrairement à la TSH, les concentrations de la FT4 ne varient pas significativement avec l'âge confirmant ce qui a été rapporté par d'autres auteurs. La positivité des anti-TPO augmente avec l'âge mais n'est pas prédictive des DSA.

Conclusion :

Si dans les DSA patentes l'impact cardiovasculaire est bien établi, dans les formes frustes habituellement asymptomatiques, ce risque paraît également réel. Les résultats ainsi obtenus plaident en faveur de la prévention, du dépistage voire du traitement éventuel de ces DSA.

Mots clés

sujet âgé , Thyroïdite de Hashimoto, carence iodée , dysthyroïdies frustes

P-107. DYSTHYROÏDIES INFRACLINIQUES A BATNA

A Laabed *

Y Haoues* , HE Ferrah , D Chaouki* , ML Chaouki****

***Service d'Endocrinologie & Maladies Métaboliques , CHU ; ** Cabinet d'Endocrinologie – Batna**

Objectifs :

Les objectifs de notre travail sont de déterminer la prévalence des différentes formes de DIC et d'apprécier leurs aspects clinico-biologiques étiologiques et thérapeutiques.

Matériel / Patients et méthodes :

Notre étude prospective concerne 866/29114 patients consultants (consultations publiques et privées d'Endocrinologie & Diabétologie).

Résultats :

Indépendamment du type de DIC, la prédominance féminine est nette. Dans les 2 sexes, la tranche d'âge 56-65 ans est la plus touchée. L'hypothyroïdie infraclinique (DIC prépondérante = 75%) est 4,8 fois plus fréquente dans le sexe féminin. L'apport iodé est insuffisant (62%) dans les 2 types de DIC. Les causes exogènes de DIC, existent dans les 2 formes et sont dues au traitement par LT4 (surdosage ou sous dosage).

Les anomalies cardiovasculaires sont plus fréquentes dans les hyperthyroïdies infracliniques (HIC=36%) vs hypothyroïdies infracliniques (hIC= 14,6%) avec prééminence de l'HTA isolée dans les 2 formes. L'évolution vers une DIC définitive (hIC = 6,7% vs HIC = 3,3%) est assez fréquente et ne constitue pas une conséquence inéluctable.

Discussion :

Dans notre travail la prééminence des hIC vs HIC est évidente. La variabilité des conséquences des DIC dépend de son ancienneté et des valeurs de TSH. Les complications cardiovasculaires objectivées dans les 2 formes de DIC sont corrélées aux taux de TSH, l'âge et à la durée d'évolution de la DIC (> 5 ans). Dans notre étude, le dosage des excréctions iodées urinaires confirme : la persistance de la carence iodée dans notre région et le rôle du statut iodé dans l'étiopathogénie des DIC. La contribution de la carence iodée à l'augmentation de l'incidence des hIC est fonction de : la sévérité de ce déficit iodé, la séroprévalence des anti-TPO et du BMI.

Conclusion :

Les DIC, assez fréquentes sont dues à la conjonction de plusieurs facteurs. La stratification des valeurs de TSH est indispensable au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique.

Mots clés

Hypothyroïdie infraclinique, Hyperthyroïdie infraclinique , carence iodée , anomalies cardio-vasculaires

P-108. INTERRELATIONS DIABETE TYPE 2 , VITAMINE D & SAHOS

A Tafrount*

F Chaouki, H Sekkiou***, N Benmeddour*, D Drias***

*** Service d'Endocrinologie & Maladies métaboliques, CHU Batna , ** Service de Pneumologie EPH Batna , *** EPH Thniet Elabed – Arris**

Objectifs :

Les buts de ce travail sont de déterminer chez des diabétiques de type 2 : la fréquence de cette déficience vitaminique D et son impact sur certaines comorbidités inhérentes au DT2.

Matériel / Patients et méthodes :

Cette étude a concerné 363 diabétiques de type 2 qui ont bénéficié d'un examen clinique, d'explorations biologiques (bilans glucidique et P/Ca, lipidogramme, vitamine D totale, d'une polysomnographie et d'une ostéodensitométrie .

Résultats :

L'âge moyen de nos diabétiques est de $51,4 \pm 9$ ans (43–76). Les durées moyennes d'évolution du DT2 et de la ménopause sont : $8,7 \pm 6,3$ et $17,5 \pm 12$ années, respectivement. Les fréquences respectives de l'obésité (40%), attesté par un BMI médian = $31,5 \text{ kg/m}^2$, et de l'HTA (63%) réfractaire à la bithérapie (36%) sont élevées. Les valeurs moyennes de 25(OH)D sont basses ($11,2 \pm 7,6 \text{ ng/ml}$) vs témoins ($22 \pm 6,2 \text{ ng/ml}$). Ce déficit affecte la majorité des patients diabétiques type 2 (91%).

Discussion :

Hormis la neuropathie diabétique, les autres complications macro et microangiopathiques semblent indépendantes du statut vitaminique D. La prévalence du syndrome d'apnée du sommeil (SAS) est élevée (72%) et sa sévérité (index d'apnée hypopnée = IAH) est proportionnelle à la gravité de la carence vitaminique D ($< 10 \text{ ng/ml}$). La déminéralisation osseuse est diffuse et la densité minérale osseuse fémorale proximale est basse (T score = $- 0,29 \pm 1,1$). Le déséquilibre glycémique, la dyslipidémie, l'obésité, l'HTA diastolique, la survenue du SAS (et son importance) sont corrélés positivement ($p < 0,01$) au degré d'insuffisance vitaminique D.

Conclusion :

Chez nos diabétiques le statut vitaminique D n'est pas associé significativement au risque de survenue de complications microangiopathiques. Une prévention de la carence en vitamine D aura des effets bénéfiques indubitables.

Mots clés

Vitamine D , DT2 , obésité, HTA, SAHOS

P-109. Néphropathie induite par le produit de contraste en Cardiologie interventionnelle: mesures préventives risques et gestion Résultats d'une étude rétrospective sur 3 ans concernant 117 patients diabétiques

Nassime ZAOUI

**Amina BOUKABOUS, Nabil IRID, Hedjila REKHOU, Sabrina BENAMARA
EHS Omar YACEF Draa Ben Khedda**

Objectifs :

Décrire les modalités évolutives et la gestion d'un groupe de patients diabétiques avec insuffisance rénale chronique (Clairance de la Créatinine <60 ml/mn) ayant subi une coronarographie +/- angioplastie et d'évaluer l'impact des mesures préventives sur la fonction rénale à 48Heures.

Matériel / Patients et méthodes :

Etude retrospective 117 patients de 30-75 ans avec IRC (Cl < 60). 47.86% HTA, 75,21% Statine, 57.26% BSRA et 29.91% avec FE<40%.

Clairance moyenne 40 +/-3 ml/mn.

100% Ultravist 300-370 avec une quantité moyenne 92 +/- 15 ml (30-250 ml).

Résultats :

Tous les patients ont bénéficié d'une réhydratation parentérale +/- Furosémide 20 mg/12H (53 patients/117) et contrôle de créatinine à 48H.

NPCI a été défini comme augmentation de la créatinine >5 mg/l dans les 48H qui suivent, celle-ci a concerné 8.55% des patients avec une Clairance moyenne 22 +/- 4 ml/mn et 3 indications de dialyse en urgence.

L'âge > 65 ans, BSRA, FE basse, contraste> 150ml et volume réhydratation<1.5 L étaient associés avec un risque de NPCI P<0.05.

L'association d'un traitement par furosémide 20 mg/12H avec la réhydratation était associée à moins de risque de NPCI avec P à 10⁻¹⁰

Discussion :

L'absence de donnée sur la concentration des produits de contraste a rendu impossible l'analyse de ce paramètre

L'âge, un traitement par BSRA ou Furosémide, la FE basse et la quantité importante de contraste sont associés avec un risque de NPCI (P<0.05).

L'HTA et le traitement par statines ne semble pas influencer le risque de NPCI.

Un traitement par Furosémide associé à la réhydratation semble être un bon facteur protecteur contre l'évolution vers une NPCI (P 10⁻¹⁰).

Conclusion :

Les facteurs prédisposant à NPCI chez les diabétiques sont l'Age>65 ans, BSRA ou Furosémide, la FGE basse et quantité contraste suggérant une réhydratation et surveillance plus longue. Le principal facteur protecteur: Furosémide+réhydratation.

Avant une coronarographie chez un diabétique en insuffisance rénale: Arrêt BSRA et diurétiques, réhydratation parentérale +20 mg Furosémide/12H

Mots clés

Insuffisance rénale, coronarographie, Néphropathie, produit de contraste

P-110. Cétose diabétique inaugurale, quelles particularités dans le diabète de type 2 ?

Mohammed GHAZALI

M.L. DJAMA, A. MAHDJOUBI ; K. CHIBA ; R. ABOURA ; A. BENREDOUANE ; M. BENMIMOUNE ; M. ZITOUNI ; H. BACHA ; M. BOUCELMA

Service du Médecine Interne - EPH BACHIR MENTOURI Kouba Alger

Objectifs :

La cétose diabétique inaugurale (CDI) est une urgence métabolique fréquente du diabète type 1 (DT1). Sa survenue pose un problème majeur de typage du diabète chez l'adulte. Notre objective est de savoir les particularités des CDI chez patents de DT2.

Matériel / Patients et méthodes :

Etude rétrospective monocentrique (Janvier 2016 – Mars 2023) incluant les patients hospitalisés pour CDI. L'échantillon séparé en deux groupes DT1 et DT2 selon les critères d'âge et syndrome métabolique. Une étude descriptive et analytique avec SPSS version 27.

Résultats :

100 patients, un sexe ratio de 1.56. La moyenne d'âge est de 38.94 [16-84]. Le pourcentage de DT1 est de 47%, de DT2 est de 53%. Les antécédents familiaux de DT1, DT2, antécédent du cardiopathie, infection Covid-19 et HTA familiale n'ont pas une différence significative. La moyenne du délai symptômes-diagnostic est de (34.55 vs 19.84 jour, $p=0.016$). Le syndrome polyurique-polydipsie et l'amaigrissement sont marqués chez les DT1 ($p<0.001$ et $p=0.003$ respectivement). Le facteur infectieux retrouvé (31.9% vs 49.1%, $p=0.082$). La moyenne de glycémie et de Hb1Ac est identique entre les deux groupes. L'hyperleucocytose (17% vs 35.8%), thrombocytose (4.3% vs 17%), la moyenne de CRP (9.52 vs 63.92 gl, $p<0.001$), la moyenne de débit de filtration est (127.15 vs 101.94, $p<0.001$).

Discussion :

La CDI est le plus souvent rapporté chez les enfants et la population plus jeune. Peu des études ont évalué la CDI pour but de typage de diabète, nos critères de classification étaient simples. Une étude similaire utilisant les critères de classifications immunologiques, une différence significative a été objectivé pour les antécédents familiaux de DT1 (DT1) ou DT2 (DT2), d'obésité familiale (DT2), d'HTA personnelle (DT2), délai symptôme-diagnostic plus long (DT2), facteur infectieux (DT1), une

discordance marquée avec nos résultats. Notre étude nous avons objectivé une différence significative pour certains caractères notamment hyperleucocytose, thrombocytose, CRP élevé (DT2) relevons l'hypothèse d'inflammation chronique de bas grade chez DT2 secondairement accentué lors des états de stress notamment cétose.

Conclusion :

Au terme de notre étude, certains caractères identifiés comme particularités de la CDI chez DT2 : délai symptôme-diagnostic plus long, syndrome cardinal moins fréquent, un syndrome inflammatoire biologique plus marqué. Cependant le recours à d'autres critères de classification notamment immunologiques et évolutifs pour typer le diabète restent indispensables.

Mots clés

Cétose diabétique inaugurale, typage diabète, syndrome inflammatoire

P-111. L'hyperglycémie et Infections pulmonaires : une grande leçon de la COVID-19

Mohammed GHAZALI

R.RABAH; M.L. DJAMA; M. ZITOUNI; H. BACHA; M. BOUCELMA

Service du Médecine Interne EPH BACHIR MENTOURI Kouba – Alger

Objectifs :

« L'hyperglycémie aggrave l'hypoxie » un concept connu depuis longtemps dans les modèles expérimentaux. L'infection SARS COV-2 nous a confirmé ce principe in vivo. Notre objectif est de confirmer l'hypothèse et souligner l'importance de l'équilibre glycémique lors des infections pulmonaires.

Matériel / Patients et méthodes :

Etude rétrospective monocentrique (Avril 2020 – Mars 2022) incluant 398 patients hospitalisés pour infection COVID-19. Une étude descriptive de la série et analytique des taux de la glycémie veineuse pour rapporter les formes graves et la mortalité.

Résultats :

398 patients, un sexe ratio 1.67. La moyenne d'âge est de $(63.61 \pm 0.7 \text{ ans})$ $[62.23-64.98]$ IC 95%. Les formes graves sont retrouvées dans 61.8 % des cas. L'atteinte pulmonaire scanographique de 25-50 % est la plus fréquente (38.3%) et l'atteinte sévère (>50%) dans 29.6 % ; les comorbidités associées sont : HTA (44.5%), Diabète (42.2%), cardiopathie (16.3%). La moyenne des glycémies à jeûn et des glycémies postprandiales est respectivement : 1.48 ± 0.79 ($p=0.0001$) et 2.84 ± 1.08 ($p=0.002$). L'hyperglycémie est corrélée significativement avec : le degré d'atteinte scanographique ($p=0.001$), l'hyperleucocytose ($p=0.044$), la survenue de choc septique OR à 4.16 IC 95% $[1.23-14.10]$ ($p=0.022$) et le taux de mortalité OR à 1.86 IC 95% $[1.35-2.58]$ ($p=0.0001$).

Discussion :

Au début du 21^{em} siècle certaines études ont montré que l'hyperglycémie est associée à un risque accru de mauvais pronostic en cas d'infection respiratoire. Dès la pandémie de la COVID -19 de nombreuses études ont évalué le risque d'hyperglycémie dans la morbi-mortalité et la relation entre le diabète et la COVID -19, nos résultats concordent avec les données publiées et soulignent l'importance de ce sujet. L'équilibre glycémique a un rôle majeur même dans l'homéostasie glucidique des voies aériennes le qu'en fait une nouvelle cible dans la prévention et le traitement des infections pulmonaires.

Conclusion :

Comme le traitement antimicrobien, l'équilibre glycémique joue un rôle primordial dans la prise en charge de l'infection pulmonaire. L'hyperglycémie reste un facteur déterminant et à explorer dans les processus infectieux.

Mots clés

Hyperglycémie, Covid-19, Infections pulmonaires, Equilibre glycémique

P-112. FREQUENCE DES MALADIES AUTO-IMMUNES DANS LE DIABETE DE TYPE 1 DE L'ENFANT

Noumi Mustapha

Allali Kawthat ; Ounis Maissa ; Boukari Rachida ; Reda Belbouab

Clinique Médicale Infantile CHU Mustapha

Objectifs :

Le diabète de type 1 s'accompagne fréquemment d'autres maladies auto-immunes qui peuvent parfois s'intégrer dans des polyendocrinopathies auto-immunes.

L'objectif de cette étude est de décrire la fréquence des maladies auto-immunes chez les enfants diabétiques de type 1.

Matériel / Patients et méthodes :

Une étude rétrospective et descriptive, incluant 102 patients (54 G, 48 Fille) diabétiques de type 1 suivis dans notre service. Tous nos patients avaient bénéficié d'une recherche systématique de maladies auto-immunes selon les recommandations de ISPAD.

L'hypothyroïdie est dépistée par le dosage de TSH et anti-thyroïd peroxydase (anti TPO) lors du diagnostic de diabète et par la suite, tous les deux ans chez les personnes asymptomatiques.

La maladie cœliaque est dépistée par le dosage des anticorps antitransglutaminases et biopsie duodénale au moment du diagnostic du diabète, puis à 2 et 5 ans par la suite.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de $07 \pm 2,9$ ans. Les maladies auto-immunes ont été notées chez 12 patients dont 04 garçons (33 %) et 08 filles (67%). L'hypothyroïdie était la plus fréquente chez 08 patients (08%). La maladie cœliaque était notée chez 04 patients (4%).

Discussion :

Les maladies auto-immunes ont précédés le diabète de type 1 chez 03 patient, et chez 06 patients pendant la première année après le diagnostic de diabète.

Conclusion :

La fréquence des maladies auto-immunes chez les diabétiques de type 1, incite à les dépister. Le diagnostic précoce permettra une prise en charge précoce de ces troubles et évitera d'autres complications.

Mots clés

Diabète ;Maladie auto-immune

P-113. Résultats de croissance après traitement par la GH des enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique

Noumi Mustapha

Nora Akretche, Reda Belbouab

Clinique Médicale Infantile

Objectifs :

La petite taille est une complication très fréquente de l'arthrite juvénile idiopathique (AJI). L'inflammation chronique, la corticothérapie au long cours, l'atteinte hépatique, la dénutrition diminuent les effets biologiques de l'IGF-1 et de la GH.

Le traitement par l'hormone de croissance (GH) peut améliorer les résultats de croissance staturale chez les patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) sévère.

Le but de l'étude était d'évaluer la réponse au traitement par l'hormone de croissance (GH) chez les patients atteints d'une AJI.

Matériel / Patients et méthodes :

Dix enfants (09 F, 06G) atteints d'AJI et présentant une petite taille sévère ont été inscrits et suivis (mesurée en scores d'écart-type (SD)). Les caractéristiques cliniques de la croissance de base ont été comparées aux données après 12 mois de traitement à la GH.

Résultats :

L'âge moyen été de $08,54 \pm 2,30$ ans, Il y a eu une augmentation significative de la taille moyenne des patients ($-2,9 \pm 0.7$ vs -2.1 ± 0.68 , $P < 0,01$) après 12 mois de traitement à la GH. La dose moyenne de GH était de $0,037$ mg/kg/jour.

Discussion :

L'âge moyen été de $08,54 \pm 2,30$ ans, Il y a eu une augmentation significative de la taille moyenne des patients ($-2,9 \pm 0.7$ vs -2.1 ± 0.68 , $P < 0,01$) après 12 mois de traitement à la GH. La dose moyenne de GH était de $0,037$ mg/kg/jour.

Conclusion :

La croissance totale chez les patients atteints d'AII traités par GH a été significativement augmentée après 12 mois de traitement par la GH, Pour maximiser la taille finale, le traitement par GH doit être initié tôt.

Mots clés

Croissance ;AII

P-114. PROFIL ETIOLOGIQUE DES INCIDENTALOMES SURRENALIENS : A PROPOS DE 60 CAS

F. Chabour

fadilachabour@gmail.com

Objectifs :

Le but de notre travail est de décrire l'aspect clinique ; le profil étiologique et évolutif des incidentalomes surrénaliens.

Matériel / Patients et méthodes :

Etude rétrospective s'étalant sur une période de 5 ans (2018-2022), incluant des patients admis dans notre service pour exploration et prise en charge d'un incidentalome surrénalien .

Résultats :

60 cas d'incidentalome surrénalien ont été collectés durant la période d'étude . L'âge moyen était 56.66 ans. La masse surrénalienne était de découverte fortuite, sur les données d'une imagerie demandée pour un autre motif dont 42% il s'agissait d'une symptomatologie digestive .La surrénale droite a été la localisation la plus concernée et elle est bilatérale dans 10% . La taille moyenne était de 27 mm. L'exploration clinique et hormonal trouvait que 46 patients ont des masses bénignes non sécrétantes ; contre 14 cas de masses secretantes. Une simple surveillance était indiquée dans 55% , Le traitement était chirurgical dans 40% et médical dans 5% des cas .Quant a l'évolution , une Rémission a été marqué chez 83% des patients .

Discussion :

Dans notre étude sur les incidentalomes surrénaliens, nous avons observé une concordance avec la littérature médicale existante, notamment en ce qui concerne les aspects cliniques, biologiques et étiologiques. Cependant, il est essentiel de noter

deux limitations importantes : l'absence d'inclusion des patients en consultation externe et la réalisation de l'étude dans un seul centre médical. Ces limitations peuvent influencer la généralisation de nos résultats, soulignant la nécessité de futures recherches dans des contextes plus diversifiés pour évaluer la validité externe de nos conclusions

Conclusion :

En conclusion, cette étude renforce notre compréhension des incidentalomes surrénaliens, en mettant en évidence des constatations concordant avec la littérature. Elle souligne l'importance de la surveillance et de la prise en charge individualisée de ces lésions, tout en reconnaissant les limites de notre échantillon et de notre contexte spécifique.

P-115. Hyperthyroïdie chez les enfants

Noumi Mustapha

Yacine Ferhani ; Rachid Terrak ; Rachida Boukari ; Reda Belbouab

Clinique Médicale Infantile

Objectifs :

Hyperthyroïdie est un trouble rare mais potentiellement grave de l'enfance qui, s'il n'est pas contrôlé, peut entraîner un large éventail de complications, y compris des effets sur la croissance et le développement .L'anamnèse, l'examen physique et les tests de la fonction thyroïdienne aident à diagnostiquer l'hyperthyroïdie. La maladie de Basedow est la cause la plus fréquente d'hyperthyroïdie chez les enfants, représentant plus de 95 % des cas, elle est causée par des anticorps stimulants dirigés contre le récepteur de l'hormone stimulant la thyroïde (TSH).

Matériel / Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective portant sur les dossiers de 11 patients suivis au service de pédiatrie du CHU Mustapha Alger.

Le but de l'étude est d'analyser le profil épidémiologique des patients et les possibilités thérapeutiques.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 10 ans, nous avons retrouvé une prédominance féminine avec 10 patients de sexe féminin et 01 patient seulement de sexe masculin.

La maladie était symptomatique chez tous les patients (amaigrissement, tachycardie, insomnie), l'exophtalmie était présente chez 03 patients, et l'examen clinique a retrouvé un goitre chez tous les malades.

Discussion : La maladie de Basedow était la cause la plus fréquente dans 09 cas, et les deux autres étiologies correspondent à un nodule chauds toxique.

Le traitement chirurgical a été nécessaire chez une patiente avec deux nodules chauds toxiques, et une Itrathérapie a été réalisé après la fin de la puberté pour une autre patiente qui présentée une maladie de Basedow mal contrôlé sous traitement médicale (carbimazole).

Pour les autres patients la maladie a été bien contrôlée sous traitement médicale (Carbimazole), avec deux patients en rémission complète.

Conclusion :

L'hyperthyroïdie est un trouble rare mais grave de l'enfance, survenant le plus souvent à la suite de la maladie de Graves. Les options de traitement de la maladie de Basedow chez les enfants comprennent les médicaments antithyroïdiens, l'iode radioactif et la chirurgie. Les médicaments antithyroïdiens sont couramment utilisés comme traitement de première intention chez les enfants.

Mots clés

Hyperthyroïdie ; Enfants

P-116. Dysthyroïdies et grossesse

Akdader-Oudahmane Samira

Kamel Assia ; Kherrab Hanane; Hamouli-Said Zohra ; Meskine Djamil

Faculté des Sciences Biologiques et Agronomiques, UMMTO, Tizi-Ouzou.

LBPO/Equipe Endocrinologie, Faculté des Sciences Biologiques, BP 32, USTHB, 16123 Bab-Ezzouar, Alger. 3 EPH Bologhine., Alger.

Objectifs :

Le but de notre travail est de déterminer la fonction thyroïdienne au cours de la grossesse chez une population de femme enceinte dans la région d'Alger.

Matériel / Patients et méthodes :

Des femmes enceintes (n=172) en bonne santé ont été recrutés dans une zone urbaine (Alger). Des échantillons de sang veineux ont été prélevés pour évaluer le statut iodé (les concentrations sériques d'hormones thyroïdiennes (TSH, FT4) et d'anticorps anti-TPO.

Résultats :

Une différence significative est observée entre les taux sériques moyens de la TSH des femmes enceintes du premier et ceux du troisième trimestre. La fréquence d'hypothyroïdie infraclinique chez les femmes enceintes est plus élevée. Environ 72,7%, 75,4% et 75,5% des femmes enceintes étaient positives aux anticorps anti-TPO respectivement au premier, second et au troisième trimestre de leurs grossesses.

Discussion :

Les taux sériques plus faibles en TSH au 1^{er} trimestre pourraient être expliqués par le taux élevé de la hCG; qui stimule le corps jaune à produire de la progestérone, essentielle pour le maintien de la grossesse. L'hCG est structurellement similaire à la TSH et a également des effets thyroïdiques, conduisant à une augmentation au 1^{er} trimestre de la FT4 et FT3 et une suppression concomitante de la TSH circulante (Glinioer, 1997a; Moleti et al., 2014) puisque sa glande thyroïdienne n'a toujours pas la capacité de synthétiser ses propres hormones. La présence des titres élevés en anti-TPO au cours de la grossesse pourrait être un facteur de risque de fausses couches ou de prématurité (Stagnaro-Green et Glinioer, 2004).

Conclusion :

Environ 75% des femmes enceintes étaient AC anti-TPO+ et la prévalence de l'hypothyroïdie subclinique était élevée. Le suivi et la surveillance de la fonction thyroïdienne au cours de la grossesse doit être étroitement surveillé, afin de prévenir les troubles thyroïdiens pouvant être à l'origine des malformations fœtale

Mots clés

Dysthyroïdies, anticorps antithyroïdiens, femmes enceintes, hypothyroïdies infraclinique.

P-117. Athérosclérose sur maladie cœliaque : un véritable danger (revue systématique en 2023)

N. Boutrid

H. Rahmoune, H. Boutrid, M Amrane

Laboratoire LMCVGN, Université Sétif 1; Pédiatrie, EHS El Eulma

Objectifs :

Peu d'études ont été menées pour démasquer le rôle potentiel de la maladie cœliaque (MC) en tant que facteur de risque cardio-vasculaire supplémentaire chez les patients développant une athérosclérose.

Nous avons effectué une revue systématique pour explorer cette association particulière.

Matériel / Patients et méthodes :

Nous avons effectué une recherche systématique sur PubMed* pour trouver tous les articles étudiant la relation potentielle entre la MC et l'athérosclérose.

La requête bibliographique Medline* a été mise à jour le 15 juillet 2023

Résultats :

Nous avons colligé 6 études expérimentales :

- l'épaisseur intima-média carotidienne "cIMT" était significativement plus élevée chez les diabétiques + MC (Atherosclerosis, 2011)

- Les patients atteints de diabète + MC avaient un HDL bas (J Pediatr Endocrinol Metab, 2014)
- La coexistence diabète + MC n'était pas associée à une plus grande valeur de cIMT (Pediatr Endocrinol Diabetes Metab, 2016)
- La valeur moyenne de l'indice d'athérosclérose en cas de diabète + MC était plus élevée (Clin Biochem, 2018)
- Sur 371.776.860 patients, les jeunes femmes + MC présentaient une prévalence plus élevée d'athérosclérose (Mayo Clin Proc , 2021)

La cIMT était significativement corrélée à la positivité des anticorps coeliaques. (Turk J Pediatr. 2016)

Discussion :

Les études ont montré que les patients atteints de maladie coeliaque présentent un risque accru de développer une athérosclérose , notamment chez les diabétiques et le jeunes femmes. L'inflammation chronique, caractéristique de la maladie coeliaque, est un mécanisme possible derrière ce sur-risque . Cette inflammation peut libérer des médiateurs immunitaires et accélérer le processus de l'athérosclérose et, par conséquent, accroître le risque cardiovasculaire.

Conclusion :

La maladie coeliaque est un puissant facteur de risque d'athérosclérose, en particulier chez les patients diabétiques et les jeunes femmes.

D'autres études avec de grandes séries sont nécessaires pour clarifier ce lien et guider le dépistage éventuel de la maladie coeliaque et sa prise en charge dans la pratique clinique.

Mots clés

Athérosclérose, Maladie coeliaque, Diabète, Revue systématique

P-118. HYPERPARATHYROIDIE ET OSTEOPOROSE

N.NEBTI

Dr A.Safer-Tabi, Dr A.Bouraoui, Dr S.Ayad, Dr A.Mokrane, Pr S.Achir.

Service d'endocrinologie-diabétologie, CHU Beni-Messous. Alger, Algerie

Objectifs :

Le but de notre travail est de déterminer le profil ostéo-densitométrique des patients hospitalisés pour hyperparathyroïdie et de définir les caractéristiques de l'atteinte osseuse.

Matériel / Patients et méthodes :

Étude rétrospective de 48 dossiers de patients hospitalisés pour hyperparathyroïdie au service d'endocrinologie- diabétologie du CHU Beni- Messous d'Alger et ayant bénéficié d'une DMO (Densitomètre osseuse), de juin 2017 à juin 2023.

Résultats :

La moyenne d'âge des patients était de 55,64 ans (32 – 90 ans), avec une nette prédominance féminine et un sex-ratio de 5.85. Ils s'agissaient essentiellement d'hyperparathyroïdie primaire à 87.5%, asymptomatique dans 47,91 % des cas. L'étude a révélé que 41.02 % des patients présentaient une ostéoporose et 48.71 % une ostéopénie, seuls 10.25 % des patients présentaient une DMO normale.

L'atteinte de la densité minérale osseuse était plus fréquente au niveau du rachis (59,37%) avec un T-score moyen de -2.11 DS et de -1,42 DS au niveau du fémur.

Discussion :

L'hyperparathyroïdie est le plus souvent diagnostiquée au stade asymptomatique. Dans notre étude les patients étaient asymptomatiques dans **39,58% des cas**, les douleurs osseuses ont précédé le diagnostic dans **29,16% des cas**.

L'hyperparathyroïdie était primaire **dans 88% des cas**, par un adénome parathyroïdien unique dans **79,16%** des cas.

La DMO a révélé une ostéopénie dans **47,83%** des cas , avec une atteinte des deux sites fémoral et rachidien dans **27% des cas**. Une ostéoporose a été retrouvé dans **41,66%** des cas avec une prédominance sur le rachis lombaire dans 25% des cas. Seuls **10,43%** des patients présentaient une DMO normale. les autres résultats obtenus concordaient avec ceux de la littérature

Conclusion :

Ainsi il est nécessaire de rechercher une atteinte osseuse dès le diagnostic d'une hyperparathyroïdie, élément essentiel qui conditionne la prise en charge mais aussi la morbi-mortalité à court et à long terme

Mots clés

Hyperparathyroïdie, ostéoporose.

P-119. Intérêt de la Scintigraphie couplée au scanner (SPECT-CT) à la 131I-mIBG dans le Phéochromocytome

Pr Amel KHELIFA

**Dr. Djawida TAHMI, Pr Ag. Skander RAHABI, Pr. Salah Eddine BOUYOUCHEF
BOULVARD SAID TOUATI BAB EL OUED ALGER**

Objectifs :

Apport de la scintigraphie à la 131I-mIBG couplée au scanner en mode SPECT- CT (Single Photon Emission Computed Tomography- Computed Tomography) dans le diagnostic, le bilan d'extension et le suivi du Phéochromocytome.

Matériel / Patients et méthodes :

60 patient explorés, parmi lesquels 24 (15F et 9H) ont eu une scintigraphie à la 131I-mIBG en mode SPECT-CT. Blocage de la Thyroïde, injection du radiotraceur et acquisition en mode corps entier +SPECT-CT à 24 heure au niveau abdomino pelvien.

Résultats :

La scintigraphie SPECT-CT à la 131I-mIBG est revenue positive chez 8 patients (2 NEM2, 4 suivis pour suspicion de récurrence d'un Phéo et 2 pour bilan d'extension d'un Phéo connu). La localisation et le caractère fonctionnel (intensité et homogénéité) et morphologique (taille, rapports anatomiques et densité) de la tumeur ont été précisés

L'exploration était négative chez 16 patients chez qui un Phéo a été suspecté cliniquement et sur incidentalome. Les fixations physiologiques et celles non spécifiques ont été confirmées par le SPECT-CT.

Les localisations secondaires ont été objectivées et évaluées de manière précise chez 7 patients siégeant au niveau osseux (Crâne et Rachis) hépatique, pulmonaire et ganglionnaire.

Discussion :

La scintigraphie à la 131I-mIBG, est pauvre en détails morphologiques, l'iode 131 a une résolution spatiale diminuée liée à son énergie gamma à 364 Kev. Les fixations physiologiques gênent l'interprétation. Le scanner joue un rôle dans la correction d'atténuation et apporte plusieurs avantages.

Le SPECT-CT a confirmé l'absence d'un Pheochromocytome, identifiant les fixations physiologiques, les faux positifs et évitant des acquisitions multiples tardives à 48 et 72h.

Lorsque la scintigraphie était positive, le SPECT-CT a une grande valeur diagnostique, apportant des renseignements anatomiques.

Les localisations secondaires ont été évaluées avec précision par leur siège et leur caractère agressif notamment dans le suivi d'un patient métastatique avec une possible approche théranostique pour un traitement à base d'131I-mIBG.

Conclusion :

L'imagerie multimodale SPECT-CT est un puissant outil diagnostique qui augmente la spécificité et la sensibilité de la scintigraphie à la 131I-mIBG, dans le diagnostic, le bilan d'extension et le suivi du Phéochromocytome, à chaque fois que disponible, elle doit être préférée à une imagerie planaire seule.

Mots clés

131I-mIBG, SPECT-CT, Phéochromocytome

P-120.ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DU CARCINOME DIFFÉRENCIÉ DE LA THYROÏDE AU NIVEAU DU SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE DU CPMC DE 2020 A 2022

LYNDA.BELABAS

SAFIA.MIMOUNI.ZERGUINI
CENTRE PIERRE ET MARIE CURIE ALGER

Objectifs :

Evaluer l'impact de cette Pandémie sur la prise en charge du CDT de 2020 à 2022 à travers la description des caractéristiques épidémiologiques, cliniques, anatomo-pathologiques, et évolutives.

Matériel / Patients et méthodes :

Etude rétrospective de 720 patients atteints d'un CDT au sein du Service d'Endocrinologie au CPMC sur une durée de 02 ans (de Mai 2020 à Mai 2022).

A travers les données anamnestiques, cliniques, para-cliniques, modalités d'administration de l'I¹³¹.

Résultats :

Nous avons colligés 720 patients, ayant bénéficié d'une thyroïdectomie totale dans 90% des cas, d'un curage ganglionnaire dans 30% des cas, 16 cas de métastases osseuses, 19 cas de métastases pulmonaires et 93 cas de métastases ganglionnaires.

Discussion :

Nos patients avaient eu un retard de prise en charge chirurgicale d'environ 1an, lié à l'accès limité aux structures de soins, et un délai moyen entre la chirurgie et l'irathérapie d'un an et demi du aux perturbations d'approvisionnement en I¹³¹ et aux restrictions sanitaires imposées par le confinement. Concernant les modalités de défreination des patients candidats à l'irathérapie, nous avons privilégié la défreination sous rhTSH.

Il ya eu une bonne évolution de nos patients, avec stabilité de la maladie métastatique.

Conclusion :

L'activité de cancérologie thyroïdienne dans notre service a été préservée durant la pandémie de COVID-19, et ceci malgré les retards de chirurgie, et d'administration de l'I¹³¹. Nous avons eu des résultats rassurants concernant le pronostic et l'évolution du CDT.

P-121. DIABETE GESTATIONNEL CHEZ LA FEMME OBESE

CHABOU SANA
REMACHE DALILA
EHS MATERNITE SIDI MABROUK CONSTANTINE

Objectifs :

évaluation de l'incidence du diabète gestationnel chez une population de femmes obèses durant la grossesse

Matériel / Patients et méthodes :

étude observationnelle prospective menée sur une population de 150 patientes obèses au sein de la maternité de SIDI MABROUK à CONSTANTINE

Résultats :

Les patientes étudiées avaient un IMC moyen de $35,63 \text{ Kg/m}^2$, 52,6% présentaient une obésité modérée, 30% une obésité sévère et 17,33% une obésité morbide.

La grossesse des femmes obèses était plus fréquemment marquée par des complications à type d'hypertension artérielle gravidique 40%, de pré-éclampsie 29,87 %, de diabète gestationnel 12 %, de SAOS 53,3%; Ces complications augmentaient avec l'IMC et le gain pondéral.

Dans notre étude, le diabète gestationnel touche 12% des patientes, l'âge moyen des patientes qui présentent un DG est de $36,67 \pm 4,55$ ans ($p=0,017$), leurs IMC moyen est de $35,88 \pm 5,29 \text{ Kg/m}^2$ ($p=0,795$), le gain pondéral moyen pour les patientes obèses avec DG de notre série était de $11,06 \pm 4,79 \text{ Kg}$ ($p=0,344$).

Discussion :

Notre étude confirme que l'obésité maternelle est à l'origine de complications gravidiques importantes devant considérer ces grossesses comme à risque

Conclusion :

L'obésité maternelle est un problème de santé publique en nette augmentation dans notre société, dans le cadre de l'obésité pré-conceptionnelle ; il existe une relation linéaire entre l'augmentation de l'IMC et le risque de développement d'un DG

Mots clés

obésité, grossesse, diabète gestationnel

P-122. MACROSOMIE FŒTALE CHEZ LA PARTURIENTE OBESE : IMPLICATIONS DU DIABETE

CHABOU SANA

OUCHTATI MOHAMED , AISSAOUI ZITOUN HOUDA

EHS MATERNITE SIDI MABROUK CONSTANTINE

Objectifs :

Évaluation de l'incidence de la macrosomie fœtale chez les nouveau-nés de mères obèses.

étude de la corrélation entre le poids maternel de la parturiente obèse et celui des nouveau-nés

Matériel / Patients et méthodes :

étude observationnelle prospective menée sur une population de 150 patientes obèses au sein de la maternité de SIDI MABROUK à CONSTANTINE

Résultats :

Dans notre série l'incidence de la macrosomie fœtale est de 38,67%, elle est répartie en

fonction des différentes classes de l'obésité comme suit.

- Dans 31,65% des cas chez les parturientes à obésité modérée ;
- Dans 42,22% des cas chez les parturientes à obésité sévère ;
- Dans 53,85% des cas chez les parturientes à obésité morbide.

On remarque que l'incidence de la macrosomie augmente proportionnellement avec les

classes d'obésité, mais l'analyse croisée ne trouve pas de relation statistiquement significative

($p=0,110$).

On note par contre, qu'il existe une corrélation positive entre l'IMC pré-conceptionnel et

le poids des nouveau-nés de la population étudiée ($r=0,197$, $p=0,016$).

Discussion :

La grossesse des femmes souffrant d'obésité doit être suivie avec une attention toute particulière, les risques maternels, fœtaux et néonataux augmentant avec l'accroissement de l'IMC préconceptionnel.

Conclusion :

L'association entre macrosomie fœtale et obésité maternelle est particulière. En effet, la préexistence d'une obésité augmente considérablement le risque de macrosomie et celui de dystocie de l'épaule qui lui est associé. Une prise de poids adaptée à l'IMC devrait être définie dès le début de la grossesse avec la parturiente obèse.

Mots clés

obésité, grossesse, macrosomie fœtale

P-123. PREDIABETE : SEUIL DE GLYCEMIE A JEUN A PARTIR DE 1 G/L (ADA) OU 1,10 G/L (OMS) ?

FAID Ilyes

TORKI Housseyn

Laboratoire de Biologie Médicale SinDia Oran

Objectifs :

Définir la limite appropriée de Glycémie à jeun (GAJ) pour le diagnostic du prédiabète en tenant compte du mécanisme sous-jacent au développement du diabète, l'insulinorésistance (IR), à travers la détermination de l'index HOMA 2 – IR.

Matériel / Patients et méthodes :

Notre étude a porté sur des patients non diabétiques, un dosage de la GAJ et de l'insuline a été réalisé sur les automates **Respons 920** et **Cobas 6000** respectivement. L'étude statistique a été effectuée par le logiciel **MedCalc V20**.

Résultats :

L'étude a porté sur 82 patients, l'âge moyen ($\pm$ ET) est de 41 ($\pm$ 15 ans), dont 62 femmes et 20 hommes.

La GAJ a présenté une corrélation positive statistiquement significative avec l'indice de HOMA2-IR ($r = 0,7076$, IC 95 % du r 0,5796 à 0,8016, $P < 0.0001$).

La sensibilité et spécificité du seuil de l'OMS de 1.10 g/L : Se 10.64, Sp 100%

La sensibilité et spécificité du seuil de l'ADA de 1 g/L : Se 36.17, Sp 100%

La sensibilité et spécificité du seuil proposé de 0.95 g/L : Se 68.08, Sp 91.42%

Discussion :

En 1997, l'American Diabetes Association (ADA) a recommandé comme critère diagnostic de prédiabète une glycémie à jeun (GAJ) de **1,10** à 1,25 g/L. En 2003, ils ont revu à la baisse la GAJ à **1,00**–1,25 g/L. Cependant, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une limite inférieure de GAJ à 1,10 g/L. L'étude de la sensibilité et la spécificité (%) de détection des personnes ayant une IR ont été déterminées pour les seuils de l'OMS (Se 10.64, Sp 100), de l'ADA (Se 36.17, Sp 100). Vu que la faible sensibilité des deux seuils, nous avons proposé un seuil de 0.95 g/L extrapolé du diagramme de dispersion permettant une sensibilité améliorée de 68.08 avec une spécificité acceptable de 91.42.

Conclusion :

Un seuil de diagnostic plus bas présente une meilleure sensibilité pour la détection des patients prédiabétiques, ce qui permet de motiver les patients dépistés à adopter des mesures préventives hygiéno-diététiques, permettant de réduire leur IR et ralentir la progression du diabète, voire même prévenir le développement du diabète.

Mots clés

Prédiabète, insulinorésistance, HOMA2-IR, Glycémie à jeun

P-124. phéochromocytome : une observation anatomo-clinique à propos d'un cas

R.KOZZI

L.TOUAITIA,F.YASSI

CHU ANNABA

Objectifs :

l'objectif de notre travail est de préciser les caractéristiques histologiques et immunohistochimiques de cette tumeur avec revue de la littérature

Matériel / Patients et méthodes :

Il s'agit d' une étude descriptive anatomopathologique a propos d'un cas de phéochromocytome diagnostiqué chez un femme de 46 ans en insistant sur ses caractéristiques histologiques et immunohistochimiques, avec revue de la littérature

Résultats :

Nous rapportons le cas de M. S. âgée de 46 ans chez qui une lésion surrénalienne gauche a été mise en évidence suite à la réalisation d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien pour douleurs lombaires, celle-ci est de composante mixte, avec une densité à plus de 10 UH pour la partie centrale, et une partie périphérique avec une densité mesurée à près de 100 UH, le wash-out était de 45 %. Dans le contexte, et avec la perturbation des tests biologique une surrénalectomie gauche est réalisée et l'anatomopathologie confirme un phéochromocytome de 5 cm de grand axe. Celui-ci présente un marquage tumoral par des anticorps anti-ACTH se situant surtout en périphérie de la tumeur. Le Ki-67 est évalué à 3,2 %

Discussion :

Le phéochromocytome est un **paragangliome apparaissant dans la glande surrénale** . macroscopiquement les phéochromocytomes sont **bien circonscrits et encapsulés** . Ils sont **doux, jaune-beige à légèrement bruns**. Les tumeurs plus grosses peuvent présenter **des zones d'hémorragie, de formation de kystes et de nécrose** . Un mince bord comprimé de cortex surrénalien jaune vif est **souvent** visible étiré sur la tumeur.L'aspect histologique des phéochromocytomes peut être très variable. Dans un cas typique, la tumeur est constituée de **cellules polygonales ou fusiformes** disposées en **petits nids (Zellballen)** entourés de **cellules sustentaculaires** (mieux visibles avec l'immunocoloration S-100 ; voir image 35). Les nids sont séparés par un **délicat stroma fibrovasculaire** . Les noyaux sont ronds ou ovales et possèdent des nucléoles proéminents.

Conclusion :

Le phéochromocytome est une pathologie rare, grave, d'expression clinique variable , plus courante dans les pièces de surrénalectomie et 7 % des tumeurs surrénaliennes primitives ,Les progrès actuels de la génétique ont permis un dépistage précoce des formes familiales. La chirurgie reste à l'heure actuelle le seul traitement curatif.

Mots clés

phéochromocytome , surrénale , clinique , histopathologie

P-125. Induction de l'autophagie, stress oxydant dans les testicules des rats hyperthyroïdiens immatures

KAMEL Assia

AKDADER-OUDAHMANE Samira, LAKABI Lynda, HAMOULI-SAID Zohra

Équipe d'endocrinologie, LBPO, FSB, USTHB, Bab Ezzouar, Alger

Objectifs :

L'objectif de cette étude était de déterminer les effets de l'administration de T3 sur le testicule au cours du développement et de la maturation sexuelle chez le rat.

Matériel / Patients et méthodes :

La méthodologie a consisté en l'administration de la (T₃) à raison de 8µg /100g PC pendant 21 jours et dès la mise bas. Au cours de cette étude nous avons exploré une étude ultra structurale et évaluation du statut oxydatif

Résultats :

Le traitement à la T3 a entraîné une diminution significative du poids corporel à tous les âges testés et une augmentation du poids des testicules pendant la période de traitement. Le traitement a entraîné un déséquilibre du statut redox des testicules, reflété par une augmentation significative de la quantité de substances réactives à l'acide thiobarbiturique et de la teneur en carbonyle des protéines dans les homogénats testiculaires des rats âgés de 20 jours. Nous avons observé une augmentation significative des activités du système antioxydant - catalase et superoxyde dismutase - et de la teneur en glutathion réduit.

Discussion :

L'exposition à la T3 s'accompagne d'une altération sévère de l'ultrastructure testiculaire qui se manifeste par une vacuolisation du cytoplasme des cellules de Sertoli, une désorganisation de l'épithélium séminifère et une augmentation de l'autophagie et de la mitophagie.

Conclusion :

L'exposition néonatale chronique à la T3 a entraîné des altérations de l'état d'oxydoréduction qui contribuent à l'altération des testicules.

Mots clés

Autophagie, Catalase, GSH, hyperthyroïdie. Stress oxydant, T3

P-126. Chronic exposure to Bisphenol A induces endocrine disrupting gonadal function in male gerbil

KACIMI Lilia

BENMOULOUD Abdelouafi, ZATRA Yamina, AKNOUN-SAIL Nawel, CHARALLAH Salima, KAMMAR Farida, AMIRAT Zaina, KHALDOUN Mounira.
Laboratoire de Recherche sur les Zones Arides, FSB, USTHB, BP 32, El Alia, 16111, Alger, Algérie

Objectifs :

We suggest that *Gerbillus tarabuli* rodent living in harsh environment, is suitable animal model for studying the effects of endocrine disruptor chemicals such as Bisphenol-A (BPA) in reproductive function.

Matériel / Patients et méthodes :

Adult male gerbils were treated by orally administration of BPA (50 mg/kg and 100mg/kg, respectively) for five weeks. The biochemical assays were used to measure oxidant/antioxidant status of the testis homogenates and ECLIA assay to measure the endocrine status.

Résultats :

Results showed that the testis and vesicle seminal weights were decreased following the BPA administration. The testosterone and estrogen plasma levels were also decreased. Severe histopathological changes in testes were observed including degeneration of seminiferous tubules and depletion of germ cells. These changes were associated with alterations of oxidative stress markers. Levels of lipid peroxidation and SOD and CAT activities were increased, while activity of GPx and GSH levels were decreased.

Discussion :

Low doses BPA exposure reduced sperm quality mainly by impairing germ cell proliferation, leading to reduced male fertility.

Conclusion :

Conclusively, the study would provide relevant information for investigation on molecular mechanisms and protective strategy on male reproduction. These findings suggest that *Gerbillus tarabuli* is a useful translational model of BPA-induced testicular impairment in order to explore novel therapeutic approach and diagnostic discoveries in human patients.

Mots clés

Fertility; bisphenol A; endocrine disruptors; animal model

P-127. La dyslipidémie et la rétinopathie diabétique

La dyslipidémie et la rétinopathie diabétique

S. Benferhat, A. Kamel, W Benchira. M. Ouzir ,M. Hadj Habib

Service d'Endocrinologie-Diabétologie CHU de SIDI-BEL-ABBES

Objectifs :

L'objectif de notre étude était de rechercher une corrélation de la RD avec les différents facteurs de risque cardio-vasculaires notamment la dyslipidémie chez un groupe de patients diabétiques de type 2

Matériel / Patients et méthodes :

Une étude transversale descriptive, incluant 136 patients suivis dans notre service et ayant bénéficié d'un fond d'œil et d'une exploration biologique complète avec le bilan de retentissement du diabète. Notre population diabétique a été répartie en deux bras : le 1^{er} bras contient la population diabétique avec la rétinopathie diabétique (groupe1) et le 2^{ème} bras contient des patients sans signes de RD.

Résultats :

Le 1^{er} groupe comportait 70 patients et le 2^{ème} groupe contenait 66 patients avec une prévalence de 51% .

→ Les patients qui présentent une RD étaient plus âgés ($56,53 \pm 7,5$ ans versus $53,63 \pm 5,5$)

→ Avec une répartition égale selon le genre en faveur du sexe féminin .

→ Les patients du groupe 1 avaient une durée de diabète plus élevée par rapport au groupe 2 avec une différence statistiquement significative ($p= 0,05$) .

→ L'hypertension artérielle a été trouvée chez 82,3% dans le groupe 1 versus 52,1% dans le groupe 2 .

→ Un taux de LDL au-delà des objectifs était retrouvé chez 95% des patients versus 90,8% dans le groupe 2 mais sans différence significative .

→ Le taux d'HypoHDLémie était très élevé dans le groupe 1 (53,3% vs 38,7%) avec un p significatif $p=0,002$.

→ La fréquence de l'hypertriglycéridémie était plus importante dans le groupe1 versus le groupe 2 (58,5 % vs 36,7%) avec un p significatif $p=0,004$

Discussion :

A travers cette étude nous avons noté une prévalence très importante de la rétinopathie diabétique et l'analyse des facteurs associés nous avons trouvé l'implication de la dyslipidémie plus particulièrement .

L'hypertriglycéridémie et l'HypoHDLémie, dans la pathogénie de la RD, par conséquent,

un traitement adéquat de la Dyslipidémie devrait faire partie intégrante de la prise en charge de cette complication dégénérative du diabète

Conclusion :

L'hypertriglycémie et l'HypoHDLémie, dans la pathogénie de la RD, par conséquent, un traitement adéquat de la Dyslipidémie devrait faire partie intégrante de la prise en charge de cette complication dégénérative du diabète

Mots clés

Rétinopathie - hypertriglycémie - HypoHDLémie- complications dégénérative

P-128. Facteurs prédictifs de l'apparition des troubles mictionnels chez les diabétiques

K. Talha

S. Benferhat, A. Kamel, W Benchira. M. Ouzir ,M. Hadj Habib

Service d'Endocrinologie-Diabétologie CHU de SIDI-BEL-ABBES

Objectifs :

Les troubles mictionnels (TM) représentent l'une des plaintes les plus rapportée en consultation . Ils peuvent altérer la qualité de vie sociale et professionnelle des patients diabétiques. Notre travail vise à déterminer les facteurs prédictifs de l'apparition de troubles mictionnels (TM) chez les patients diabétiques.

Matériel / Patients et méthodes :

étude cas-témoins colligeant 400 patients diabétiques de type 2 suivis à la consultation du service d'Endocrinologie-Diabétologie de CHU de Sidi-Bel-Abbès. Pour déterminer facteurs prédictifs de l'apparition des TM, nous avons analysé les caractéristiques de deux sous-populations : G1 (n=318) souffrant de TM (cas) G2 (n=82) indemnes de TM (témoins)

Résultats :

Facteurs prédictifs de l'apparition de TM OR 95% IC Sig. Stat. Ancienneté du diabète 1.07 [1.01 -1.16] p=0.033 HbA1C >7% 0.38 [0.15-0.57] p=0.045 Neuropathie périphérique 6.43 [2.39-17.28] p=0.001. Influence de l'équilibre glycémique sur la survenue des TM. Association entre complications chroniques et apparition des TM chez le patient diabétique

Discussion :

Une stratégie préventive contre l'installation des TM chez les patients diabétiques doit être envisagée en agissant sur les facteurs prédictifs modifiables. Les piliers de cette stratégie seraient de dépister plus précocement le diabète, maîtriser l'équilibre glycémique, recourir à

l'insulinothérapie au moment opportun et retarder l'apparition des complications chroniques.

Conclusion :

Les troubles mictionnels (TM) représentent l'une des plaintes les plus rapportée en consultation de diabétologie. Ils peuvent altérer la qualité de vie sociale et professionnelle des patients diabétiques. Les piliers de la prise en charge c'est la stratégie préventive afin de dépister plus précocement le diabète, maîtriser l'équilibre glycémique, recourir à l'insulinothérapie au moment opportun et retarder l'apparition des complications chroniques.

Mots clés

Diabete type2- troubles mictionnels - complications chroniques - equilibre glycémique

P-129. LES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES ET LES ETIOLOGIES DU RETARD STATURO-PONDERAL CHEZ LES ENFANTS DANS UN SERVICE D'ENDOCRINOLOGIE

Dr Azzoug samira

Dr Adimi amel, Pr Achir samia

CHU beni messous

Objectifs :

L'objectif dans cette étude est d'analyser les caractéristiques épidémiologiques ainsi que les étiologies du retard staturo-pondéral des enfants consultants dans le service d'endocrinologie.

Matériel / Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective des dossiers médicaux de 156 enfants âgés de 2 à 21 ans ayant présentés un retard staturo-pondéral

Résultats :

Dans notre étude le diagnostic de retard statural a été objectivé chez 156 patients, le nombre de garçon dépasse le nombre des filles avec un sexe-ratio de 1.7, la moyenne des âge est de 10.66. Dans 58.33% des cas une étiologie pathologique a été objectivée avec une prédominance des déficit en hormone de croissance (68 enfants soit 43.5% de tous les patients). dans 41.6% des cas aucune pathologie n'a été objectivée, l'étiologie la plus commune été la petite taille familiale suivie par le retard simple de croissance et de puberté.

Discussion :

Dans 52,33 % des cas, on a identifié une étiologie pathologique, principalement un déficit en hormone de croissance (43,5 % des patients). Cette prévalence concorde avec une étude jordanienne similaire. Parmi ces enfants, seuls trois présentaient une cause congénitale, tandis que l'origine idiopathique prévalait pour les autres cas de déficit en GH. Un retard de croissance intra-utérin non compensé a touché 7,7 % des

patients, tandis que l'origine génétique n'a été confirmée que chez 4 patients (deux syndromes de Noonan et deux syndromes de Turner). Dans 41,66 % des cas, aucune étiologie pathologique n'a été objectivée, la petite taille familiale étant la constatation la plus fréquente, suivie du simple retard de croissance et de puberté.

Conclusion :

Le diagnostic et le suivi du retard de croissance chez les enfants devrait commencer à un âge précoce afin de les traiter à temps et leur permettre une bonne intégration au sein de la société.

P-130. Le diabète gestationnel et le devenir métabolique à moyen terme

K. Talha

S. Benferhat, A. Kamel, L.Mehenni, Amrani,M.Hadj Habib

Service d'Endocrinologie-Diabétologie CHU de SIDI-BEL-ABBES

Objectifs :

Le diabète gestationnel (DG) est une complication fréquente de la grossesse, il expose la mère à un risque considérable de développer une dysglycémie après l'accouchement, notre étude s'est intéressée au devenir métabolique à moyen terme de patientes et les facteurs de risque (FR) pouvant influencer cette évolution métabolique péjorative

Matériel / Patients et méthodes :

Étude observationnelle concernant 110 patientes ayant présenté un DG, le diagnostic de DG est défini selon les critères IADPSG avec la réalisation d'une hyperglycémie provoquée par voie orale à 75 grammes de glucose entre la 24 – 28 ème semaine d'aménorrhée (SA) . Le suivi moyen est de 6,1 ans (4,4 – 8,6 ans).

Résultats :

6,1 ans en moyenne après le DG, nous constatons la survenue d'un trouble du métabolisme glucidique chez 49,1% des patientes de notre étude dont – 30,9% d'intolérance au glucose 18,2% de diabète. Nous avons identifié 3 facteurs de risque de développer un trouble dysglycémique après le DG ; indice de masse corporel (IMC) plus élevé en pré-conceptionnel, per et post partum . Valeur plus élevée de glycémie à jeun(GAJ) lors de l'HGPO au diagnostic. Valeur plus élevée d'HbA1c lors du diagnostic. Un pourcentage élevé de patientes adhère au suivi métabolique pour le dépistage des troubles métaboliques en post-partum, En effet, 70% des femmes de l'étude avaient réalisé le bilan biologique simple de dépistage.

Discussion :

Notre étude indique que 49,1% des patientes ont développé une dysglycémie en moyenne 6,1 ans après leur DG les femmes ont présenté un DG sont prédisposées à présenter des intolérance au glucose ou un diabète puisque le DG représente un facteur de risque de trouble du métabolisme glucidique 1 femme sur 3 dans le

postpartum . Un IMC plus élevé en post-partum constitue un FR d'évolution péjorative sur le plan métabolique, L'application des mesures hygiéno-diététiques et la perte de poids peut éviter l'évolution vers un diabète de type 2 A travers cette étude nous concluons que la nécessité de la stratégie de suivi en post-partum par une GAJ et une HGPO d'une façon régulière

Conclusion :

Le diabète gestationnel (DG) est une complication fréquente de la grossesse, il expose ma mère à un risque considérable de développer une dysglycémie après l'accouchement, notre étude s'est intéressée au devenir métabolique à moyen terme de patientes suivies dans notre service d'Endocrinologie-Diabétologie. Nous avons également recherché des facteurs de risque (FR) pouvant influencer cette évolution métabolique péjorative

Mots clés

Dysglycémie- troubles métabolique - facteurs de risque - post partum- diabète gestationnel

P-131. IMPACTS OF BISPHENOL A CHRONIC EXPOSURE ON THE GONADAL AXIS OF PUBERTAL FEMALE MICE

BELAIDI Sara

**KACIMI Lilia, AKNOUN-SAIL Nawel, ZATRA Yamina, CHARALLAH Salima, BENMOULOUD Abdelouafi
LRZA, USTHB**

Objectifs :

The present study was undertaken to elucidate the effects of BPA on adult female mice fertility, it aimed to investigate the effects of pubertal exposure to BPA on female reproductive hormones and ovarian follicle development.

Matériel / Patients et méthodes :

Two groups of pubertal female mice ($n = 6/\text{group}$): Control (received vehicle only) BPA (received 50mg/kg/day of BPA) through 4 weeks by gavage. Collection of ovaries for histological study and collection of plasma for Estradiol assay by ECLIA method.

Résultats :

Pubertal female exposure to BPA decreased body and ovary weights. Plasma estradiol levels of BPA group were significantly lower than control. In BPA group, the ovary structure was altered compared to control and the number of follicles, showed marked decreases compared to control group.

Discussion :

The adult exposure to BPA may cause adverse effects in female reproductive system. These results suggest that as for female fertility, the exposure of estrogenic chemicals is associated with adverse effects in the regulation of ovarian function.

Conclusion :

In conclusion, We found that exposure to estrogenic effects of environmental endocrine disruptors such as BPA in adult female mice causes deleterious effects on ovary tissues as well as by causing estradiol plasma reduction that affect female fertility.

Mots clés

Endocrine disruptors, bisphenol A, female reproductive function, mice

P-132. Hypothyroïdie et Résistance au traitement : Problème de malabsorption ou de pseudo malabsorption ? A propos de 4 cas

Kadi S

N.Kesri , D.Boumehamed, M.Houari, M.Chamekh M.Chaya,, S.Mimouni
CPMC

Objectifs :

Montrer le rôle du test d'absorption de la lévothyroxine dans le diagnostic et la prise en charge des problèmes de pseudo et de malabsorption des hormones thyroïdiennes

Matériel / Patients et méthodes :

Nous rapportons les observations de 4 patients hospitalisés pour hypothyroïdie persistante qui ont nécessité un test d'absorption de la thyroxine. Le protocole a consisté en une administration d'une dose unique . Faisant l'objet d'une réévaluation de leur statut thyroïdien.

Résultats :

Il s'agissait de 4 jeunes femmes d'âge moyen de 32 ans , durée moyenne de l'hypothyroïdie de 11 ans . Les notions d'interférence médicamenteuse ou de mauvaise adhésion thérapeutique étaient infirmées à l'interrogatoire. La dose moyenne administrée de LT4 était de 3.48 mcg/kg/j. Le test d'absorption a conclu chez deux patientes à une malabsorption de T4. Les deux derniers cas avaient une absorption normale de LT4 liée à une pseudo malabsorption.

Au plan thérapeutique, pour 2 cas / 4, un changement de la forme galénique a été décidé parallèlement au traitement radical de la maladie gastrique.

Chez les deux patientes sans malabsorption, après sensibilisation, diminution des doses de LT4 .

Discussion :

Parfois, on peut voir des patients avec des signes cliniques ou biologiques évidents d'hypothyroïdie malgré une thérapie à haute dose de lévothyroxine. Plusieurs cas de figure sont possibles : 1/ TSH élevée et T4 libre élevée à considérer une résistance aux hormones thyroïdiennes, un adénome hypophysaire, des interférences dans le dosage de la TSH. 2/ T4 basse et TSH élevée à considérer une non-compliance, une malabsorption (médicale ou interactions médicamenteuses) . Avant d'incriminer la compliance du patient, il convient donc d'éliminer les causes organiques et les interactions alimentaires et médicamenteuses.

Une fois cette étape franchie le test de charge orale en L-thyroxine devient indispensable pour trancher entre une vraie malabsorption et une pseudo malabsorption.

Conclusion :

Le test de charge orale en L-thyroxine est indispensable à l'exploration d'une situation de « résistance apparente aux hormones thyroïdiennes » et doit être complété par un bilan étiologique digestif à la recherche d'une cause organique de malabsorption permettant un réajustement de l'opothérapie substitutive

P-133. HTA GRAVIDIQUE ET HYPERALDOSTERONISME PRIMAIRE : Association fortuite ou lien de cause à effet ?

F. CHELOUCHE, H. BACHSAIS, N.KESRI, S.MIMOUNI
service d'endocrinologie et maladies métaboliques, CPMC

Objectifs :

On estime que les troubles hypertensifs affectent environ 5 à 10 % des grossesses et représentent une cause majeure de morbi-mortalité maternelle, foetale et néonatale, dont la cause peut être secondaire dominée par l'hyperaldostéronisme primaire (HAP)

Matériel / Patients et méthodes :

Étude rétrospective de 04 patientes hospitalisées entre juin 2021 et juin 2023 pour prise en charge d'un HAP et qui ont mené des grossesses avant le diagnostic d'HAP. Toutes ont bénéficié d'un bilan clinico-biologique et morphologique et de retentissement de l'HTA ainsi qu'une réévaluation post thérapeutique.

Résultats :

Série composée de 04 femmes en âge de procréation, d'âge moyen de 35 ans, 2 avaient un antécédent d'HTA gravidique persistante dans le post partum et 2 d'HTA diagnostiquée entre les grossesses.

Le tableau comportait 2 HTA grade 3, 2 HTA grade 2 avec des signes d'hypokaliémie chez 2 cas, rapport aldostérone/ rénine élevé $>64 = 153.5$ [71-156] avec hypokaliémie chez $2/4 = 3$ mmol/l [2.9/3.1] et coexistence d'un adénome surrénalien chez $3/4$ cas et d'une hyperplasie bilatérale des surrénales HBS chez $1/4$.

Cardiopathie hypertrophique, une insuffisance rénale modérée stade 3 chez $1/4$ et une protéinurie chez $1/4$.

Prise en charge chirurgicale indiquée dans 3 cas, réalisée chez $1/4$ et médicale dans $1/4$.

Discussion :

La grossesse physiologique est caractérisée par des changements spectaculaires d'un certain nombre de systèmes endocriniens et en particulier par une activation marquée du système rénine-angiotensine-aldostérone (SRAA). Les oestrogènes produits par le placenta en croissance stimulent la synthèse hépatique de l'angiotensinogène qui associée à la stimulation rénale des oestrogènes, entraînent une augmentation importante de la concentration et de l'activité de la rénine plasmatique qui favorise l'augmentation des taux d'angiotensine II, ce qui stimule la production d'aldostérone à des concentrations élevées entraînant une rétention de sodium et une surcharge hydrique essentielle pour obtenir une perfusion placentaire adéquate. Néanmoins, la progestérone, dont les niveaux augmentent progressivement pendant la grossesse et qui agit comme un concurrent de l'aldostérone (en bloquant les récepteurs minéralocorticoïdes et diminuant la sensibilité des récepteurs de l'angiotensine de type 1 (AT1)) empêche l'apparition de symptômes d'hyperaldostéronisme, une autre explication possible est le développement d'une résistance des vaisseaux maternels à l'effet vasopresseur de l'angiotensine II. En somme, le diagnostic d'HAP pendant la grossesse est difficile en raison de l'augmentation physiologique de la libération d'aldostérone, de l'effet antagoniste de la progestérone suscitée et de l'évolution clinique normokaliémique fréquente.

Conclusion :

Dans cette étude, 2 des patientes présentaient un antécédent HTA gravidique évoluant par la suite vers un HAP. Dans les autres cas, se discute l'hypothèse d'une HTA secondaire à un HAP **gravidique latente** non diagnostiqué. A ce jour peu de données existent sur l'influence possible de l'HTA gravidique sur la survenue d'hyperaldostéronisme primaire d'autant plus que son diagnostic reste difficile pendant la grossesse du fait des modifications physiologiques du SRAA.

P-134. Radiothérapie postopératoire dans le carcinome médullaire de la thyroïde, à propos d'un cas.

A.BENDERBAL

A.YEZLI, C.TAYEB

Radiothérapie oncologie

Introduction : Le cancer médullaire de la thyroïde est un cancer rare qui se développe aux dépens des cellules C para-folliculaires thyroïdiennes responsables de la sécrétion de calcitonine. Il représente 5–10 % des cancers de la thyroïde. Le traitement est chirurgical associé à la radiothérapie. Le dépistage des formes familiales est obligatoire. Le pronostic est essentiellement lié au stade anatomoclinique et à la qualité de l'exérèse chirurgicale initiale.

Matériel et méthodes : Il s'agit du patient O.M âgé de 61ans, sans antécédents particulier, adressé à notre service par son endocrinologue via la RCP tête et cou pour prise en charge complémentaire d'un carcinome médullaire de la thyroïde. Le patient a consulté pour tuméfaction cervicale. L'examen physique a montré un nodule lobaire droit associé à une adénopathie cervicale droite.

Résultat : L'échographie cervicale a objectivé des critères de malignité. La cytoponction était en faveur d'un processus carcinomateux. Le patient a bénéficié d'une loboisthmectomie droite avec curage ganglionnaire latéral droit, compliqué d'un choc hémorragique avec arrêt cardiaque récupéré en peropératoire. Une IRM postopératoire faite objective une persistance d'une glande thyroïde faite d'un lobe augmenté de taille. Le dossier est présenté en RCP dont la décision est de récuser la reprise chirurgicale et réaliser une radiothérapie. Le patient est suivi régulièrement dans notre service.

Conclusion : L'exérèse tumorale est un important facteur pronostique en termes de survie globale et de survie sans récurrence. La radiothérapie postopératoire avec une optimisation de ses paramètres a un intérêt dans l'amélioration du taux de contrôle local et dans la minimisation de la toxicité en l'absence d'autres armes thérapeutiques (radiothérapie métabolique et chimiothérapie) en situation adjuvante dans ce sous-groupe.

P-135. Insulinome et traitement médical : à propos de deux cas.

Dr Nassima Djoudi

Dr S Belhadj, Dr M Dahmani, Pr R Longo, Dr I Ouanezar, I Chenak.

Unités de diabétologie-endocrinologie, service de Médecine interne HMRUO.

Introduction :

L'insulinome constitue la cause la plus fréquente des hypoglycémies organiques, tumeur neuroendocrine rare de siège presque exclusivement pancréatique avec un âge de prédilection entre 40 et 60ans.

Nous rapportant les cas de deux patients présentant un insulinome et ayant été traités par analogues de la somatostatine.

Observation 1 : Patient âgé de 32ans, dont le diagnostic d'insulinome est suspecté devant des malaises (signes de neuroglucopénie) avec une glycémie veineuse à 0.42g/l, puis confirmé par la présence d'un hyperinsulinisme endogène (insulïnémie 10UI/ml , peptide C 3.95ng/ml). Les explorations morphologiques objectivent sur l'écho-endoscopie une formation de 9.2x7mm au niveau de la tête du pancréas (les autres explorations sont négatives).

Le patient à été mis sous somatostatine 90mg/mois en attendant la chirurgie avec pour réponse l'absence d'hypoglycémies. Le traitement a été prolongé durant 2ans (pandémie covid19), avant une chirurgie qui s'est soldée par une abstention car l'échographie pancréatique per opératoire n'a pas retrouvé la formation. Le patient est toujours sous traitement médical, sans hypoglycémie mais avec des effets secondaires gênants.

Observation 2 : Patient âgé de 76ans, aux antécédents d'HTA et de TVP du membre inférieur gauche sous anti coagulation, présentant un insulinome corporel de 17mm, la chirurgie a été refusée par le patient, d'où la prescription d'un traitement médical par somatostatine 90mg/mois avec une bonne réponse à savoir l'absence d'épisodes hypoglycémiques. Patient âgé de 83ans actuellement et toujours sous traitement sans hypoglycémies ni d'effets secondaires notables.

Conclusion : le traitement médical au long cours de l'insulinome reste une bonne alternative au traitement chirurgical, qui est le traitement de choix, lorsque ce dernier n'est pas possible.

P-136. Une hyperparathyroïdie primaire révélé par des tumeurs brunes

N.Khenniane

S.Khensal,S.Benmohammed,N.Nouri

Endocrinologie Chu constantine

UNE HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE REVELEE PAR DES TUMEURS BRUNES

N. Khenniane, S. Khensal, K.Benmohammed, N. Nouri

Service d'endocrinologie diabétologie et maladie métaboliques, CHU

Constantine UC3, Faculté de médecine de Constantine

Introduction :

L'hyperparathyroïdie primaire(HPTP) est une endocrinopathie fréquente. Le diagnostic se fait souvent au stade asymptomatique. Les tumeurs brunes(TB) une des complications osseuses de l'HPTP, en représentant une circonstance de découverte exceptionnelle.

Observation :

Une patiente âgée de 42 ans présentait une tuméfaction du 4eme métatarsien du pied droit.

Elle rapportait des arthralgies associées à une altération de l'état général.

La biologie révélait une hypercalcémie et une hypophosphatémie.

Le bilan radiologique objectivant des multiples images lytiques osseuses.

Le parathormone (PTH) est élevée à 1041 pg/ml.

L'échographie cervicale montrait un nodule parathyroïdien inférieur droit.

La scintigraphie parathyroïdienne a montré une formation hyperfixante évoquant un adénome parathyroïdien polaire inférieur droit avec présence de foyers osseux d'hyperfixation au niveau sus orbitaire droit, maxillaire supérieur gauche, à hauteur de la 3 eme cote gauche, extrémité inférieure du fémur gauche, les deux tibias et le métatarse droit évoquant les tumeurs brunes.

Le diagnostic d'une HPTP était retenu.

Une exérèse chirurgicale de l'adénome était faite. Il s'agissait d'un adénome parathyroïdien.

Conclusion :

Devant toute fracture pathologique, douleurs osseuses ou hypercalcémie inexpliquée, la recherche d'une hyperparathyroïdie s'impose. Le traitement chirurgical des adénomes parathyroïdiens permet la régression des TB et réduit le risque de fractures de fragilité.

Mots clés

Hyperparathyroïdie, tumeurs brunes

P-137. association d'un carcinome papillaire thyroïdien et d'un phéochromocytome a propos d'un cas

F.Isnasni

O.Zaroud, I. Merabet, M.moumene, A.Rahab, A.Gazibo, B.Bourafa, G.Chalal,

R.Belakroum, M.Medjaher

service de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire de l'hôpital central de l'armée

Introduction :

L'association d'un carcinome papillaire thyroïdien et d'un phéochromocytome représente un phénomène rare et intrigant qui suscite l'intérêt des professionnels de la santé. Ces deux affections tumorales distinctes, affectant respectivement la thyroïde et

les glandes surrénales, ont des caractéristiques cliniques et biologiques différentes, ce qui rend leur coexistence d'autant plus remarquable. Dans ce cas clinique nous examinerons de plus près cette association inhabituelle et nous soulignerons également l'importance d'une approche multidisciplinaire

Cas clinique :

Il s'agit de la patiente G.S âgée de 46 ans, suivie pour un nodule thyroïdien suspect et hypertendu depuis l'âge de 31 actuellement sous quadrithérapie.

Opérée en janvier 2016 par thyroïdectomie totale dont l'étude anatomo-pathologique revenue en faveur d'un CPT classé pT1bNxMx.

la patiente a bénéficiée d'une 1^{ère} cure d'irathérapie dont scintigraphie corps entier post thérapeutique a objectivé un important reliquat thyroïdien.

Durant son suivi des taux de Tg bas mais des ATG revenait élevés.

La présence des ATG et leur ascension a motivé la réalisation de deux balayages à dose traceuse en défreination ; revenus sans anomalies de fixations.

une TDM TAP en octobre 2020 retrouve une **formation surrénalienne droite** de 30mm de grand axe avec nécrose centrale.

Un PET FDG en décembre 2021 : 3 lésions ganglionnaire hyper métaboliques médiastinales et une masse surrénalienne droite hyper métabolique

On a réalisé une scintigraphie à la MIBG marquée à l'I 131 qui a objectivé un foyer d'hyperfixation en regard de la loge surrénalienne droite.

Discussion :

Le contexte particulier de cette patiente à savoir un CPT avec des taux d'ATG élevés et surtout leur ascension au cours de son suivi à mener à explorer une éventuelle maladie métastatique, un incidentalome surrénalien droit, le fait que cette patiente ait souffert d'hypertension pendant 16 ans sans diagnostic étiologique pose un défi supplémentaire.

Conclusion :

En conclusion, le cas de cette patiente présentant à la fois un carcinome papillaire thyroïdien et un phéochromocytome soulève des questions importantes et souligne la complexité de la prise en charge de telles affections concomitantes et la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire

Mots clés

carcinome papillaire thyroïdien, phéochromocytome, MIBG,

P-138. La néoplasie endocrinienne multiple type 1

H.Adel , S.Chaib

K.Faraoun, Z.Benzian, F.Mohammed

Service d'endocrinologie-diabétologie CHU Oran

Introduction : La Néoplasie Endocrinienne Multiple de Type 1 (NEM1) ou syndrome de Wermer est une pathologie héréditaire rare caractérisée par l'association chez le même patient ou sujet apparenté, d'atteintes tumorales d'au moins deux glandes endocrines incluant une hyperparathyroïdie, un adénome hypophysaire, une tumeur endocrine du pancréas ou duodénum avec d'autres atteintes possibles : tumeurs endocrines de la corticosurrénale fonctionnelle ou non , bronchiques , thymiques ou gastriques et des proliférations non endocrines : lipomes sous cutanés ou viscéraux, angiofibromes et tumeurs du système nerveux central . Nous rapportons le cas d'une patiente présentant trois atteintes glandulaires avec lipome.

Observation : Il s'agit d'une patiente âgée de 35ans célibataire, aux ATCD d'ulcère gastroduodéal traité, d'un lipome, qui a présenté en Mars 2022 des épigastralgies, des diarrhées et des vomissements, dont l'exploration échographique révéla un nodule pancréatique de 7 mm complétée par une écho endoscopie biliopancréatique objectivant 4 lésions pancréatiques hypoéchogènes évoquant une origine neuroendocrine et dont l'examen cytopathologique a confirmé le diagnostic de tumeurs neuroendocrines bien différenciées.

En septembre 2022, notre patiente a présenté des céphalées frontales avec un flou visuel et aménorrhée secondaire, l'IRM hypophysaire a objectivé un processus solide hypophysaire de 21x26x20mm refoulant la tige pituitaire avec un débord de la loge caverneuse comblée partiellement avec une prolactinémie à 2895 ng /ml, le reste de bilan hormonal était normal. La patiente a été opérée par voie trans sphénoïdale puis mise sous agonistes dopaminergiques ; l'IRM hypophysaire de contrôle a montré une nette régression de volume tumoral avec Prolactinémie à 20 ng/ml.

Dans le cadre de recherche de NEM1, une hyperparathyroïdie primaire a été révélée par une hypercalcémie à 119,4 mg/l (corrigée à 108 mg/l), une hypophosphatémie et PTH à 210 pg/ml (3N), l'échographie cervicale a mis en évidence deux nodules parathyroïdiens inférieurs droit et gauche avec une hyperfixation en regard à la scintigraphie MIBI. Une parathyroïdectomie est en attente.

La patiente est mise sous analogues de la somatostatine, une nette régression des signes digestifs sus-cités est notée, en attendant le recours à la chirurgie des TNE pancréatiques.

Discussion : La NEM1 est une pathologie génétique rare à transmission autosomique dominante due à une mutation de gène MEN1, gène suppresseur de tumeur, code pour une protéine la ménine, dont la prévalence est estimée à 1-9/100000 avec une légère prédominance féminine. Au moment du diagnostic, chacune des principales atteintes majeures parathyroïdienne, hypophysaire et pancréatique peut être inaugurale. Le mode de révélation chez notre patiente était la tumeur neuroendocrine du pancréas, ces tumeurs sont non fonctionnelles le plus souvent, l'insulinome est le plus sécrétant mais le gastrinome est le plus fréquent responsable du syndrome de Zollinger –Ellison dont la localisation pancréatique est rare (cas de notre patiente). L'adénome hypophysaire est la deuxième manifestation chez notre patiente, ce sont volontiers des macroadénomes, l'adénome à prolactine est le plus fréquent suivi de l'adénome à GH puis l'adénome à ACTH. Dans la majorité des cas, l'hyperparathyroïdie primaire dans la NEM1 est en relation avec une hyperplasie diffuse des glandes parathyroïdes volontiers asymétriques dans les 2/3 des cas et d'un adénome parathyroïdien dans 1/3 des cas qui peuvent être multiples dans 16% des cas (cas de notre patiente), le carcinome parathyroïdien est rare dans la NEM1.

Conclusion : La NEM1 est un syndrome héréditaire rare qu'il faut savoir évoquer devant l'association de différentes atteintes endocrines chez un individu donné ou dans la même famille, les patients NEM1 ont un risque accru de décès par rapport à la population générale, le pronostic est principalement lié au risque métastatique des tumeurs pancréatiques et thymiques et aux complications liées aux diverses hypersécrétions hormonales.

P-139. ASSOCIATION TUMEUR NEUROENDOCRINE PRIMITIVE DU SEIN ET PHEOCHROMOCYTOME : RAPPORT D'UN CAS

Dr Babaa

Pr boudaoud Pr Nouri

Endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques CHU Constantine

Introduction.

Les tumeurs neuroendocrines prennent naissance dans les cellules du système neuroendocrinien, ces cellules sont dispersées dans tout le corps, y compris le tube digestif, le pancréas, les poumons, les seins

Observation.

Patiente âgée de 45 ans aux ATCDs d'un néo du sein à l'âge de 29 ans traité et déclaré guéri présente une douleur lombaire gauche isolée rebelle aux antalgiques. Echographie A/P : une masse solide rétro-splénique de 10.5 cm dont l'origine est pancréatique ou surrénalienne. TDM TAP : processus expansif rétro-péritonéal surrénalien gauche mesurant 10.3*6.1*10 cm, pas de lésion parenchymateuse pulmonaire suspecte ; volumineuse masse tumorale lisant l'arc

postérieur de la 7^{ème} cote droite d'allure métastatique associée à qqs lacunes osseuses du corps vertébral de D8 et D9 , ADP inter-bronchique droit d'allure secondaire avec qqs ADPs axillaires gauches. Mammographie : nodule mammaire dans le QSE droit de 6.3*5.5 mm classé ACR. Bilan hormonal était normal . la biopsie surrénalienne: en faveur d'un phéochromocytome agressif KI 67 à 70% score de Pass 03 .Biopsie mammaire: biopsie exigue ne pouvant pas faire l'objet d'une interprétation histopathologique adéquate .Biopsie osseuse et ganglionnaire : extension d'un carcinome infiltrant de type neuroendocrine mammaire : AE1AE3+ ;mammaglobine +/-, RO+,GATA3+, chromogranineA+. il s'agit d'un carcinome neuroendocrine mammaire métastatique associé à un phéochromocytome suspect non fonctionnel probable.La patiente était mise sous chimiothérapie

Discussion.

Les TNE primitives du sein sont un sous type rare et méconnu du carcinome mammaire ,le diagnostic est histologique et elles sont traitées de la même manière que les autres carcinomes invasifs du sein .

Association TNE mammaire et phéochromocytome est très rare et méconnue dans la littérature

P-140 iabète sucré associé à une surdité neurosensorielle, quel diagnostic ?

Berkoune Fatma

H-Allal- A-Mehdi – S-Ait Abderrahman

Service de diabetologie, HCA

Introduction L'association d'un diabète à une surdité de perception évoquerait deux diagnostic : diabète mitochondrial et syndrome de wolframe.

Observation

Patient âgée 46 ans , aux antécédents d'obésité morbide, présente un diabète révélé à l'âge de 34 ans par une cétose diabétique spontanée mis sous insulinothérapie avec bilan d'auto-immunité négatifs, associé à d'autres manifestations extra-pancréatiques : une surdité neurosensorielle à l'âge de 40 ans, des troubles neuropsychiatriques à type de syndrome dépressif, troubles mnésique, vessie neurogène sous autosondage, polyneuropathies sensitivo-motrice, nystagmus avec strabisme et troubles de la déglutitions, atteinte endocrinienne à type de dysfonction érectile. Le fond d'œil retrouve une rétinopathie diabétique non proliférante modérée. Fonction rénale, échographie abdominopelvienne et cardiaque, échodoppler des troncs supra aortiques et des membres inférieurs sont revenus sans anomalies.

Discussion

Devant l'association d'un diabète sucré à une surdité neurosensorielle, le diabète mitochondrial est évoqué, les autres manifestations extrapancréatiques présentes sont :

- Neuropsychiatriques à type de troubles mnésiques, syndrome dépressif, paralysies oculomotrices, polyneuropathie périphérique et une neuropathie autonome (vessie neurogène chez notre patient).

- Des troubles gastro-intestinaux, une néphropathie, une cardiomyopathie, absent chez notre patient.

Le deuxième diagnostic est le syndrome de Wolfram, dont le diagnostic est posé soit par deux critères majeurs qui sont un DT1 et une atrophie optique avant l'âge de 16 ans ou un critère majeur et deux critères mineurs : DT1 et l'atrophie optique après l'âge de 16 ans, diabète insipide, surdité neurosensorielle, manifestations neurologiques, anomalies urinaires.

Mais devant la complexité du tableau et la grande variabilité inter individuelle dans l'ordre d'apparition des différentes manifestations cliniques ce diagnostic pourrait être évoqué devant la présence d'un diabète sucré insulino-dépendant associé à une surdité de perception bilatérale avec atteinte neuropsychique type de syndrome dépressif, d'un nystagmus et des troubles de la déglutition vessie neurogène souvent présente dans le Wolfram, atteinte oculaire: bien que la lésion typique soit l'atrophie optique mais il y a présence d'une cataracte peut-être la manifestation précoce.

Conclusion

Le tableau clinique est très polymorphe le mode d'installation et la chronologie des lésions sont très variables d'où l'intérêt de suivi du patient avec un examen ophtalmologique annuel et rechercher les autres atteintes extrapancréatiques.

P-141. Résistance aux hormones thyroïdiennes

Dr BOULOUEH

Endocrinologie-CPMC

Syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes : à propos d'un cas

L.Boulouh, N. Kesri, S. Mimouni

Service d'endocrinologie et maladies métaboliques ; centre Pierre et Marie Curie ;
Alger ; Algérie

Le syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes (thyroid hormone resistance syndrome des anglo-saxons), encore appelé syndrome de Refetoff, du nom du médecin qui l'a découvert et décrit pour la première fois, affecte un individu sur 50000 environ.

Dans le syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes, le thermostat est réglé sur une température plus élevée. C'est-à-dire que le signal de démarrage de la glande thyroïde est donné plus tôt, lorsque la quantité d'hormones thyroïdiennes est encore suffisante, et il n'est éteint que plus tard lorsque la quantité d'hormones thyroïdiennes est plus élevée que la quantité nécessaire.

Quelques signes d'hyperthyroïdie peuvent donc apparaître: palpitations souvent (ou lors d'efforts physiques), nervosité, une tendance à la diarrhée, à la transpiration. Il existe assez souvent une augmentation du volume de la glande thyroïde qu'on appelle un goitre.

Objectif : rapporter le cas d'une patiente atteinte d'hyperthyroïdie secondaire à une résistance aux hormones thyroïdiennes.

Observation :

Patiente âgée de 32 ans , aux ATCD personnels de gastrite, et familiaux d'hypothyroïdie, diabète type 2, hypertension artérielle et cardiopathie, suivie depuis 3 ans pour une hyperthyroïdie mise sous ATS pendant 2ans (Carbimazole puis Basdène) avec notion d'hypoglycémie, chez qui l'examen clinique retrouve des signes de thyrotoxicose à type d'asthénie, palpitations, tremblements, diarrhée, thermophobie, hypersudation des extrémités, anxiété, insomnie, un goitre grade 2 non compressif.

Par ailleurs, pas d'exophtalmie ni de signes évoquant une polyendocrinopathie auto-immune.

Sur le plan biologique : TSH normale en regard d'une FT4 légèrement élevée avec Ac (anti TSI et anti TPO) négatifs.

Sur le plan radiologique : un GMN à l'échographie cervicale, une scintigraphie thyroïdienne en faveur d'un goitre diffus hypercaptant.

Une cause centrale a été suspectée chez notre patiente, d'où la demande d'une IRM hypothalamo-hypophysaire qui revient sans visualisation de micro ou de macroadénome hypophysaire.

Devant ces résultats, le diagnostic de résistance centrale aux hormones thyroïdiennes est évoqué et on complète l'exploration par le rapport sous unité alpha/TSH qui revient <1 confirmant le diagnostic.

La patiente est mise sortante sous bêta-bloquants (traitement symptomatique des palpitations)

Conclusion : La plupart du temps, l'organisme a trouvé son propre équilibre. Il est important de respecter cet équilibre personnel sans chercher à modifier la quantité d'hormones thyroïdiennes circulantes. On doit éviter au maximum, d'opérer le patient pour enlever son goitre. De la même façon, il est important d'éviter autant que possible, tout ce qui peut perturber le fonctionnement de la glande thyroïde et notamment certains médicaments comme la Cordarone®. On est amené à traiter les symptômes dont se plaint le patient. Par exemple, les palpitations peuvent être gênantes et nécessiter un traitement spécifique. On peut donner un traitement contre la diarrhée, contre l'ostéoporose, contre les troubles du rythme cardiaque,Mais il n'y a, à ce jour pas de traitement spécifique du syndrome.

Mots clés

Syndrome de résistance aux hormones thyroïdiennes

P-142. Azoospermie sur aneuploïdie inhabituelle : à propos d'un cas

Dr.Yahi.A

Dr.Maachi.F, Dr.Nafiou.M, Dr.Mezghache.A, Pr.Ould-Kablia.S

Service d'Endocrinologie, HCA. Alger

Introduction : Les dysgonosomies sont les anomalies de nombre des gonosomes X et Y. Ces anomalies ont beaucoup moins de répercussions sur le plan Phénotypique que les aneuploïdies impliquant les autosomes, et sont la plupart du temps viables.

Observation : Patient âgé de 38 ans, sans antécédents particuliers qui consulte pour hypofertilité primaire. Chez qui l'examen clinique retrouve un patient en surpoids, sans autre anomalie. Le spermogramme a objectivé une azoospermie sans anomalies biologique ni à l'échographie scrotale. Le caryotype a révélé une anomalie exceptionnelle avec un mosaïcisme chromosomique 46 xy/47 xxy/47 xyy. Par ailleurs l'exploration de l'épouse est sans anomalies. Le patient est orienté vers un centre d'assistance médicale à la procréation (PMA) pour biopsie testiculaire à visé thérapeutique avec cryoconservation.

Discussion : Les anomalies de chromosome sexuel (dysgonosomie) sont en rapport avec une non-disjonction parental lors de la méiose II, donnant des chromosomes sexuels supplémentaires. La prévalence de cette anomalie est certainement sous-estimée étant donné le phénotype souvent normal. Souvent il n'existe pas de dysgénésie gonadique (ADS) et pas d'infertilité

Conclusion : Le spermogramme doit être prescrit en première intention devant une infertilité masculine. Le caryotype à la recherche d'une anomalie chromosomique est toujours réalisé en cas d'azoospermies ou oligospermie sévère, ou bien devant une insuffisance testiculaire primitive inexpliquée.

Mots clés

Hypofertilité, Azoospermie, caryotype,

P-143. Maladie de Von Hippel-Lindau révélée par un syndrome cérébelleux : à propos d'un cas

A.Yahi

I. Zouagui¹ (Dr), A.Lacheckham¹ (Dr), K.Benabdellatif¹ (Dr), M.Benfiala¹ (Dr), R.Trad² (Dr), A.Mahtout² (Pr), S.Ould-Kablia (Pr)¹

1 Service d'Endocrinologie, HCA. Alger 2 Service de Neurochirurgie, HCA. Alger

Introduction : La maladie de von Hippel-Lindau (VHL) est une affection génétique rare qui prédispose au développement de tumeurs richement vascularisées.

Observation : Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 28 ans, sans antécédents personnels ou familiaux particuliers qui consulte en neurologie pour troubles de l'équilibre. Une IRM cérébro-médullaire a été faite revenant en faveur d'une formation kystique de la fosse cérébrale postérieure évoquant un hémangioblastome. Une TDM Thoraco abdomino-pelvienne revenue en faveur d'un complexe lésionnel à savoir : une masse surrénalienne droite suggestive d'un phéochromocytome mesurant 30x31 mm, deux formations tissulaires rénales gauches suspectes, et 4 formations kystiques pancréatiques. L'examen clinique a retrouvé un patient en surpoids, normo-tendu, ne présentant pas de triade de Ménége ni de signes vasomoteurs. Le dosage des dérivés méthoxylés urinaires des 24H, revenu à 3 fois la normale. Ainsi qu'une scintigraphie à la MIBG, qui a objectivé une fixation en regard de la masse surrénalienne sans autres localisations secondaires. Par ailleurs le fond d'œil est sans anomalie

Discussion : la maladie de VHL associe un phéochromocytome dans 15-20 % des cas, il est souvent silencieux et expose le patient à un risque accru de mortalité si le diagnostic n'est pas établi à temps. Dans ce contexte, du fait d'une faible expression de la tyrosine hydroxylase, la production globale de catécholamines est moins importante et le tableau clinique moins bruyant.

Conclusion : cette observation souligne l'intérêt de rechercher un phéochromocytome même devant un hémangioblastome du SNC d'apparence sporadique.

Mots clés

VHL, hémangioblastome, Phéochromocytome.

P-144. Tumeur du ventricule gauche découverte lors de l'exploration endocrinienne d'un enfant atteint de syndrome Carney : à propos d'un cas.

R.Lakehal

K.Khacha, A.Babouri, R.Daoud , R.Boukarroucha.

Service de chirurgie cardiaque, EHS Dr Djaghri Mokhtar, Constantine, Algérie.

Introduction: Le complexe de Carney est une maladie génétique caractérisée par l'association d'anomalies pigmentaires de la peau, de myxome, de tumeurs ou de dysfonctionnement des tumeurs endocrines et des schwannomes. La prévalence est inconnue. Le but de ce travail est de rapporter ce rare syndrome.

Méthodes : Nous rapportons l'observation d'un enfant âgé de 10 ans aux antécédents de tumeurs testiculaires présentant une masse intra VG. En préopératoire .Radiographie pulmonaire : ICT a 0 ,50. ECG : RRS. Echocardiographie : Masse homogène bilobée a base d'implantation large implantée au niveau du VG . Exploration per opératoire : Masse 07/05 cm blanchâtre, polylobée a base d'implantation large incrusté au niveau de la paroi postérieure du VG .Le geste était une résection de la masse emportant sa base d'implantation.

Résultats : Les suites post opératoires étaient simples.

Conclusion : Affection rare a transmission autosomique dominante responsable de myxomes, pigmentation cutanée et hyperactivité endocrine. Les myxomes cardiaques se manifestent à tout âge et se rencontrent dans n'importe quelle cavité cardiaque. Les manifestations comprennent [embolie](#), insuffisance cardiaque et arrêt cardiaque. Les myxomes se rencontrent aussi au niveau de la peau, du sein, de l'oropharynx et l'appareil génital féminin. Les myxomes cardiaques doivent être retirés par chirurgie. Le traitement des autres manifestations doit être discuté et peut inclure un suivi, de la chirurgie, ou un traitement médical en fonction de la localisation de la tumeur, de sa taille, de l'existence de signes cliniques de masse tumorale ou d'excès hormonal, et de la suspicion d'une tumeur maligne.

Mots clés

Myxome, Complexe de Carney, chirurgie, circulation extracorporelle.

P-145. Hypertension artérielle secondaire à une tumeur cardiaque type Paragangliome cardiaque : à propos d'un cas.

R.Lakehal

K.Khacha, A.Babouri, R.Daoud , R.Boukarroucha.

Service de chirurgie cardiaque, EHS Dr Djaghri Mokhtar, Constantine, Algérie.

Introduction : Le paragangliome cardiaque est très rare, ce qui constitue seulement 1% des tumeurs cardiaques, d'évolution lente qui posent un problème diagnostique et thérapeutique. Les localisations carotidienne et jugulo-tympanique sont les plus

fréquentes, très rarement la localisation aortique. L'association de deux, trois ou quatre localisations est possible dans les formes multiples. Ces formes sont le plus souvent rencontrées dans un cadre familial. L'exérèse chirurgicale est le traitement de première intention de ces tumeurs. Dans les formes multiples, la stratégie thérapeutique doit être adaptée à chaque cas : on commence le plus souvent dans un premier temps, par la localisation carotidienne. Le but de ce travail est de rapporter ce cas et de montrer la gravité de cette affection.

Méthodes : Nous rapportons l'observation d'une femme âgée de 57ans hypertendue diabétique en AC/FA présentant depuis un moi de palpitations dont exploration écho cardiographique a révélée une volumineuse masse intra OG échogène solide avec des excavations mesurant 5/5cm infiltrant le SIA. Examen physique : sans particularité. Radiographie pulmonaire : ICT : 0,58. TDM thoracique :masse cardiaque a centre nécrosé. Opéré sous CEC. Exploration per opératoire : volumineuse masse du SIA infiltrant le toit de l'OG, la racine de la VCS et la paroi de l'OD. Elle a bénéficié d'une résection de la masse emportant avec elle une partie de la paroi atriale droite, le toit de l'oreillette gauche et la paroi postérieure de la racine de la veine cave supérieure et du septum inter auriculaire avec reconstitution du toit, la paroi postérieure de la racine de la VCS et le SIA par un PPA et reconstitution de la paroi atriale droite par un patch en dacron.

Résultats : Les suites post opératoires étaient simples avec étude anatomopathologique en faveur d'un paragangliome cardiaque avec envoi de la patiente vers un service d'endocrinologie pour exploration.

Conclusion : Les paragangliomes cardiaques primaires peuvent présenter avec double approvisionnement en sang de la circulation coronaire. Les études d'imagerie multimodalité dans l'évaluation de tumeur cardiaque sont importantes dans la planification d'une stratégie chirurgicale. Excision de paragangliome cardiaque peut être effectuée en toute sécurité en utilisant la circulation extracorporelle. À long terme de suivi est justifiée pour une récurrence de la tumeur et la réponse de la pression sanguine.

Mots clés

Paragangliome, cœur, circulation extracorporelle.

P-146. NASH et Obésité : intérêt d'une prise en charge nutritionnelle

Benzagouta Meriem

R.Boucheritt-Benarab / D.kerbi

**Physiologie clinique et explorations fonctionnelles -CHU Ibn Rochd- Annaba -
NASH et Obésité : intérêt d'une prise en charge nutritionnelle ; à propos d'un cas :**

Auteurs : M.Benzagouta ; R.Boucheritt-Benarab ; D.Kerbi ; Service de physiologie clinique et explorations fonctionnelles - Chu Ibn Rochd - Annaba -

Introduction : la NAFLD (non-alcoholic fatty liver disease) englobe un large spectre qui va de la stéatose hépatique isolée bénigne à la NASH.

La NASH associe stéatose avec inflammation lobulaire et ballonnisation hépatocellulaire.

Elle correspond à la forme agressive. Notre objectif à travers cette observation clinique est de mettre l'accent sur l'importance de la prise en charge nutritionnelle dans l'amélioration du pronostic du foie métabolique.

Observation : nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 70ans, aux antécédents d'HTA et d'hypothyroïdie, qui se fait suivre à notre niveau « unité métabolisme et nutrition » pour la prise en charge d'une NASH et d'obésité grade3.

Le diagnostic formel relève de la biopsie hépatique objectivant : stéatose estimée à 5% ,fibrose portale extensive avec activité inflammatoire portale A2-F3 (METAVIR).

Le bilan biologique objective : PAL = 112 mmol/l, TGO =34u/l, TGP=25u/l, TP =87,8%, ferritine = 30 Plaq= 191, Albumine=37,82, en plus d'un bilan de routine correct.

Discussion : la NASH évolue dans un contexte dysmétabolique et d'insulinorésistance, d'où l'intérêt porté sur la prise en charge nutritionnelle

L'évaluation des habitudes alimentaires et du niveau d'activité physique chez notre patiente, a permis de prescrire un régime hypocalorique équilibré ,à index glycémique bas , et d'une activité physique régulière type : aérobie /résistance ;tout en corrigeant les erreurs diététiques antérieures.

Le calcul du Fib4 qui combine (âge/transaminases/numération des plaquettes), nous aide à évaluer la sévérité de la fibrose.

Résultat : le suivi de notre patiente sur une durée de 15 mois a révélé : une perte pondérale progressive de 18% ; perte de 10cm de son tour de taille ; maintien d'une activité physique régulière ; amélioration biologique de quelques paramètres du bilan hépatique ; l'échographie hépatique de contrôle montre un foie de taille normale ,avec des signes de fibrose non extensive sans HTP ; la lecture anatomopathologique de la biopsie-hépatique de contrôle est en cours de réalisation ;

Conclusion : la prise en charge nutritionnelle dans le cadre d'une NASH, permet la stabilisation de la NASH, la prévention de son évolution vers la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire, voire même sa résolution histologique ; et donc l'amélioration de son pronostic.

Mots clés

Nash / Obésité / insulino-résistance / stéatose / inflammation / prise en charge nutritionnelle / dysmétabolique

P-147. un choc hypovolémique révélant un phéochromocytome

docteur Tebib Nesrine

endocrinologie diabétologie CHU Ibn Badis Constantine

UN CHOC HYPOVOLEMIQUE REVELE UN PHEOCHROMOCYTOME CHEZ UNE PATIENTE

1. Tebib¹, K. Boudaoud^{1, 2,3}, N. Nourj^{1, 2}

¹Service d'Endocrinologie, Diabétologie CHU Benbadis Constantine

²Faculté de médecine, Université Constantine 3.

³Laboratoire de Biologie et de Génétique Moléculaire, Université Constantine 3.

Introduction. Le phéochromocytome est une tumeur neuroendocrine sécrétant des catécholamines, il se manifeste généralement par des palpitations, des céphalées et des sueurs accompagnées d'hypertension. Il peut se représenter initialement par un choc secondaire à une hémorragie intra-abdominale spontanée, une complication rare et hautement mortelle.

Observation. Patiente de 32 ans est admise aux urgences pour perte de connaissance + hypotension (60/40 mmHg) et pâleur cutanéomuqueuse. L'échographie abdominale retrouve une masse surrénalienne gauche avec remaniement hémorragique. La TDM abdominale objective un hématome surrénalien gauche de 70x95 mm rompu avec épanchement hétérogène diffus intra/rétro-péritonéal sur une masse nécrosée. La patiente bénéficie d'une transfusion sanguine + antibiothérapie. La TDM après 15 jours retrouve une collection surrénalienne gauche avec résorption de l'épanchement hématique. Les métanéphrines/normétanéphrine urinaires sont 1,36xNormale(N) et 4,7xN, respectivement. La patiente est perdue de vue pendant 3 ans, durant lesquelles elle mène une grossesse à terme. Elle reconsulte pour des pics hypertensifs (220/120 mmHg) + triade de Ménard. La masse surrénalienne est plus volumineuse (93x67x109mm), remaniée et nécrosée au centre. Les métanéphrines/normétanéphrines urinaires sont 9,86xN et 39,2xN, respectivement. La patiente bénéficie d'une surrénalectomie gauche après traitement par alpha et bêtabloquants. L'Histopathologie objective un phéochromocytome agressif (score PASS >4).

Discussion. L'hémorragie surrénalienne spontanée est rare, potentiellement mortelle. Elle est en rapport avec un phéochromocytome rompu dans ≈50 % des cas avec une mortalité de ≈30 %. L'état de choc est le résultat d'un saignement massif ou d'une chute brutale des catécholamines plasmatiques ou d'une libération excessive de

catécholamines, suivie d'un choc cardiogénique. Une chirurgie urgente doit être évitée si l'hémorragie rétro-péritonéale est contenue, la mortalité y est associée dans ≈25 % des cas. L'optimisation médicale doit inclure une réanimation sanguine adéquate, la correction de toute coagulopathie, un soutien hémodynamique, et un α -blocage suivi d'une expansion volémique et d'un β -blocage en milieu hospitalier. L'embolisation artérielle transcathéter préopératoire peut être proposée, particulièrement chez les patients ne répondant pas au traitement médical initial. Une intervention chirurgicale urgente est envisagée dans les cas réfractaires à une prise en charge initiale maximale.

P-148. Suivi d'un corticosurrénalome traité par mitotane

Dr Mehidi

Pr Amani Dr Benguani

Endocrinologie EHU Oran

Introduction :

Le corticosurrénalome est une tumeur rare, au pronostic sombre lié à la fréquence des récurrences et l'évolution métastatique la résection chirurgicale complète ainsi que le traitement adjuvant par mitotane peut cependant améliorer le pronostic

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente R âgée de 47 ans consulte pour des douleurs lombaires, un scanner fait objectivant une masse surrénalienne droite à contenu kystique et hémorragique par endroit mesurant 70x60mm , l'examen clinique retrouve une patiente pauci symptomatique , l'exploration hormonale sans particularités

La patiente a bénéficié d'une résection chirurgicale qualifiée R0

L'examen anatomopathologique retrouve un score WEISS 7 , Ki67 à 8%

Patient classée à risque intermédiaire bénéficiant d'un traitement adjuvant par mitotane développant ultérieurement une hépatite sous mitotane ,mitotanémie 13 mg/l

Imposant l'arrêt de traitement avec reprise de la normalité du bilan hépatique

Discussion :

Bien que rare avec une incidence annuelle de 0.5-2 cas par millions , le corticosurrénalome sub-clinique doit être suspecté devant le caractère malin à l'imagerie de la masse surrénalienne ou le stade précoce du diagnostic et le caractère complet de la chirurgie améliore la survie

Un traitement adjuvant par mitotane peut suivre une chirurgie avec une surveillance régulière des paramètres clinico-biologique afin de détecter les effets secondaires en l'occurrence l'hépto-toxicité qui reste rare avec une prévalence de moins 5 %

P-149. Chémodectome : tumeur bénigne, d'aspect malin !

Abdelkader. YAH

A.Yahi1, A.Lachekham1, A.Derriche2, A.Staifi3, M.Benfiala1, A.Benamara4, M.Medjahar5, S.Ould-Kablia1

1Service d'Endocrinologie, Hôpital Central de l'Armée, Alger. 2Service de Radiologie, Hôpital Central de l'Armée, Alger. 3Service d'Ophtalmologie, Hôpital Central de l'Armée, Alger. 4Service de Chirurgie thoracique, Hôpital Central de l'Armée, Alger. 5Service de Médecine Nucléaire, Hôpital Central de l'Armée, Alger.

Introduction:Le chémodectome carotidien est un paragangliome parasymphatique développé au niveau glomus carotidien, structure chémoréceptrice située dans la bifurcation carotidienne. Ces paragangliomes(PGL) sont des tumeurs neuroendocrines rares, le plus souvent bénignes et d'évolution lente et locale.

Observation:Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 60 ans, sans antécédents particuliers, admise pour exploration d'une masse latéro-cervicale gauche suspecte de malignité à caractère vasculaire. Apparue il Ya plus de 3 ans, avec augmentation progressive du volume ; accompagnée de vertige et tremblement de l'extrémité céphalique. A l'angioscanner cervical, volumineuse formation cervicale gauche (6.7x6x5.9cm) centrée sur la bifurcation carotidienne évoquant un chémodectome du corpuscule carotidien. L'exploration biologique a éliminé le caractère sécrétoire. La scintigraphie(MIBG) est sans anomalie. Patiente opérée en chirurgie vasculaire (résection de la masse tumorale, carotide externe et du lobe thyroïdien). L'étude histopathologique est en faveur d'une prolifération tumorale bénigne de nature endocrine.

Discussion:Les PGL associés au système parasymphatique se développent dans le cou et la base du crâne. Rarement fonctionnels, ils sont souvent pris en charge par les chirurgiens(ORL) et/ou neurovasculaires. L'acte chirurgical est rendu difficile par le caractère hypervasculaire et les rapports intimes avec le réseau vasculo-nerveux locorégional. Lorsque les tumeurs sont invasives, étendues ou récidivantes avec risque chirurgical élevé, la radiothérapie externe dédiée à stabiliser la progression tumorale est une alternative thérapeutique surtout chez le sujet âgé.

Conclusion:Le seul traitement curatif des PGL est l'exérèse chirurgicale, la plus précoce possible par une équipe chirurgicale et anesthésique entraînée; le suivi est nécessaire car risque de récurrences et exceptionnellement de métastases.

Mots clés

paragangliome, parasymphatique,

P-150. Syndrome d'angelman associé à une hypothyroïdie congénitale et une insuffisance corticotrope

SAIDI Amira

Benghani mahieddine

Endocrinologie diabétologie

Introduction :

Le syndrome d'Angelman est un trouble neurogénétique rare par mutation similaire à celle du syndrome de Prader-Willi mais d'origine parentale différente. Son association avec une hypothyroïdie est peu rapportée dans la littérature.

Observation :

Nous rapportons le cas d'un nourisson âgé de 22 mois suivi en neuropédiatrie pour SA génétiquement prouvé orienté à notre niveau pour hypothyroïdie congénitale. L'ensemble des explorations était en faveur d'une erreur d'hormonosynthèse. Le bilan hormonal avait mis en évidence par ailleurs une insuffisance corticotrope avec une petite hypophyse à l'IRM. Le patient est resté stable sous hydrocortisone et levothyrox pendant son suivi de 10 années.

Discussion :

Un seul cas d'association d'hypothyroïdie et Syndrome d'Angelman est rapporté dans la littérature sans mécanisme suggéré. Tandis qu'aucune association avec une insuffisance corticotrope n'a été décrite faisant de notre cas le premier à rassembler ces trois pathologies. Là où la simple association paraît la plus plausible dans notre cas, l'éventuelle description future de situations similaires suggérerait une relation causale.

Mots clés

Syndrome d'angelman, hypothyroïdie congénitale, insuffisance corticotrope, aucun cas similaire n'est publié

P-151. La dysplasie septo-optique à propos d'un cas

L. Akli (Dr)

H. Kherrab (Dr), A. Rahal (Pr), M. Azzouz (Pr)

Service d'endocrinologie-diabétologie EPH Bologhine Ibn Ziri, Alger, ALGÉRIE

Introduction :

La dysplasie septo-optique est un syndrome congénital hétérogène faisant partie de groupes d'anomalies de la ligne médiane, il se définit par l'association de deux des trois éléments suivants : l'hypoplasie du nerf optique, l'agénésie des structures de la ligne médiane et l'hypoplasie de l'axe hypothalamo-hypophysaire.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une petite fille S.R âgée de 11ans et 10mois qui présente un strabisme convergent chez qui le diagnostic d'insuffisance corticotrope a été posé dans un service de pédiatrie.

Sur le plan clinique, patiente impubère à 0 DS de la taille moyenne avec un BMI à + 2DS, elle ne présente aucun signe d'autre déficit de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Un test de stimulation de la GH par le glucagon a été effectué revenant négatif. Le bilan thyroïdien est normal.

Le complément d'exploration objective un syndrome d'interruption de la tige pituitaire avec agénésie du corps calleux.

La patiente est mise sous hydrocortisone, le déficit somatotrope doit être confirmé par un deuxième test afin de substituer, elle sera régulièrement réévaluée pour guetter l'apparition d'autres déficits.

Conclusion :

La dysplasie septo-optique est une cause congénitale rare de déficit hypophysaire du fait de l'interruption de la tige et fait partie des étiologies d'interruption de la tige qu'il faudra évoquer.

Mots clés

dysplasie septo-optique

P-152. Mutations AIP dans les adénomes hypophysaires : À propos d'un cas

Dr Zeghouane

S. Fedala (Pr), Y. Sellami (Dr), M. Azzouz (Pr)

service d'endocrinologie et diabétologie EPH Bologhine Ibn Ziri Alger

Introduction :

Les FIPA sont des adénomes hypophysaires familiaux dont l'atteinte endocrinienne est limitée à l'hypophyse. La recherche d'un locus chromosomique associé a abouti à la découverte de mutations du gène AIP. Des mutations AIP sont retrouvées dans 15% des FIPA, ces adénomes se caractérisent par un âge de survenue plus précoce que celui observé dans les adénomes sporadiques ou dans les FIPA sans mutation AIP.

Cas clinique :

Il s'agit d'un adolescent âgé de 13 ans, qui présente un macro adénome hypophysaire somato-lactorope révélé par un syndrome tumoral intra crânien et une avance statural de +2.5 DS.

Sur le plan hormonal une prolactinémie élevée à 347.43 ng/ml (0-20), IGF1 : 584.9 ng/ml (247-396) et une GH non freinable à l'HGPO.

L'IRM hypothalamo_hypophysaire objective un processus intra sellaie de 26X23X22, envahissant le sinus caverneux droite.

Une étude génétique faite objectivant une mutation AIP chez le patient, le père et 2 sœurs.

En attendant, le patient a été mis sous Dostinex à raison d'1 comprimé par semaine avec injection de Somatuline 90 ug/ 28 jours

L'évaluation faite 3 mois après, montrant une normalisation des taux de prolactine et d'IGF1 avec régression tumorale passant du 29/22mm à 17/10 avec libération du sinus caverneux.

Conclusion :

Les adénomes hypophysaires avec mutation AIP sont souvent des macro adénomes somatotrope ou somato-lactotrope agressifs, résistants aux traitements contrairement au cas de notre patient qui a très bien répondu au traitement médical sur le plan sécrétoire et tumoricide lui permettant ainsi d'être opéré dans de meilleures conditions

Mots clés

AIP

P-153. Déficit en Hormone de croissance sur kyste de la poche de Rathke: à propos d'un cas

S. Boulkadid (Dr)

S. Khensal (Pr), C. Mouats (Dr), N. Nouri (Pr)

CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE CONSTANTINE, Constantine

Introduction:

Les kystes de la poche de Rathke (KPR) sont des lésions kystiques bénignes très fréquentes de la région sellaie. Majoritairement petits, intrahypophysaires et asymptomatiques, les formes plus volumineuses peuvent être symptomatiques en comprimant les structures voisines. Leur diagnostic est fortement suggéré en IRM devant des critères radiologiques rigoureux. Une fois le diagnostic envisagé. Une surveillance espacée clinique et par IRM suffit en cas de kyste asymptomatique, alors qu'un traitement chirurgical est proposé aux rares kystes symptomatiques.

Observation :

Enfant, 14 ans, issu d'un mariage consanguin de 1er degré qui présente un retard de croissance statural à -2.3 DS : taille 148 cm. taille cible à 178 cm, Tanner A1P1G3,

poids normal, âge osseux 12 ans, micropenis

Les explorations biologiques : déficit complet en GH + un déficit thyroïdarien.

- Exploration morphologique par IRM hypophysaire : Lésion de 2 cm évoquant un kyste de la poche de Rathke

Le patient a été mis sous Lévothyrox puis il a bénéficié à la neurochirurgie en Italie d'une vidange du kyste avec exérèse partielle de la paroi avec confirmation anapath. Une année après, il a reconsulté en post-opératoire avec une IRM de contrôle montrant un résidu kystique, Vitesse de croissance : 3 cm/an ; après discussion, mise de traitement par hormone de croissance avec surveillance radiologique, à l'âge de 16 ans, il a atteint une taille de 162 cm (VC : 11 cm/an), âge osseux de 14 ans, et un déficit thyroïdarien bien substitué, l'IRM a montré une stabilité du résidu kystique.

Discussion et conclusion:

L'incidence des KPR symptomatiques est très rare. Quand il est symptomatique, le KPR peut être révélé par des céphalées, des troubles endocriniens ou visuels. Le traitement chirurgical est indiqué devant les KPR symptomatiques et il consiste généralement à une exérèse partielle qui diminue la morbidité post-opératoire en comparaison avec l'exérèse totale, cependant le risque de récurrence n'est pas rare. Les données de la littérature ne trouvent aucune relation entre le traitement par hormone de croissance et l'évolution de la taille d'où la sécurité de la mise de traitement par GH et son bénéfice sur le pronostic statural.

P-154. Déséquilibre glycémique révélant une maladie du cushing : À propos d'un cas

Dr zeghouane

L. Kedad (Dr), M. Azzouz ((Pr).

service d'endocrinologie et diabétologie EPH Bologhine Ibn Ziri Alger

Introduction :

Le syndrome de Cushing est une affection hormonale provoquée par un excès prolongé de corticoïdes, des hormones stéroïdiennes naturellement présentes dans l'organisme. Provoquant des troubles endocriniens qui tendent à s'aggraver avec le temps, Il est caractérisé par la diversité de ses circonstances de découverte. Nous rapportons le cas d'une patiente connue diabétique chez qui un syndrome du cushing a été diagnostiqué à l'occasion d'un déséquilibre glycémique.

Cas clinique :

Il s'agit d'une patiente âgée de 61 ans suivie pour un diabète type 2 depuis 17 ans sous insulinothérapie, elle présentait des chiffres glycémiques élevés avec HBA1C de l'ordre de 11%

Un freinage minute fait dans le cadre d'exploration de son déséquilibre revenant négatif à 337 nmol/l, le complément d'exploration a trouvé :

Sur le plan clinique : la patiente présentait une obésité facio-tronculaire avec vergetures décolorées au niveau de l'abdomen

Sur le plan biologique : un syndrome de cushing ACTH dépendant

Sur le plan morphologique : une IRM hypothalamo_hypophysaire faite montrant un macro-adénome hypophysaire de 25*14mm.

La patiente a été opérée et bénéficié d'une radiothérapie ce qui a permet d'obtenir un équilibre glycémique.

Conclusion :

Le syndrome de cushing est responsable d'une sécrétion excessive du cortisol, hormone hyperglycémiant. D'où l'intérêt de son dépistage devant tout déséquilibre inexplicable d'un diabète sucré, car son traitement peut améliorer sensiblement l'équilibre glycémique.

Mots clés

Déséquilibre glycémique révélant cushing

P-155. Caractéristiques cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives d'une cohorte de 52 patients atteints d'hyperplasie congénitale des surrénales.

M mahboul

Constantine endocrino

L'hyperplasie congénitale des surrénales (HCS) est une maladie rare, il s'agit d'une altération de la stéroïdogénèse surrénalienne causée par un trouble génétique dans l'une des enzymes stéroïdogènes Les symptômes de la maladie dérivent d'une carence en produits finaux stéroïdiens et des effets des précurseurs stéroïdiens accumulés à proximité de l'étape désordonnée.

Le déficit en 21-hydroxylase représente environ 90% de tous les cas, et survenant dans un large éventail de variantes cliniques.

METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique ayant inclus 52 patients porteurs d'une HCS, nous avons relevé pour chaque patient les données cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.

Les variables analysés étaient l'âge du diagnostic, le motif de la consultation, le sexe civil, l'identité du genre, le caryotype, les données de l'examen clinique, les explorations paracliniques faits, la prise en charge et les complications.

RÉSULTATS: Dans notre étude on a 41 cas de bloc 21 hydroxylase (28 cas formes classiques/ 13 cas formes non classiques), 7 cas de bloc 11 beta hydroxylase, 2 cas de bloc 3 Beta hydrostéroïde deshydrogenase et 1 cas de 17 alpha. L'âge du diagnostic était de 12 ans et 6 mois. Le motif de consultation le plus fréquent était le désordre de différenciation sexuelles (n= 33). Pour le sexe civil, il était féminin dans 65,4 % des cas, masculin dans 32,7 %, avec un cas de sexe non déclaré à la naissance. L'identité du genre était compatible avec le sexe civil dans plus de 95 % des cas. Pour le cayrotype, un caryotype XX était dans 73 % des cas, un caryotype XY dans 11% des cas et dans 9% des cas le caryotype est non précisé. Cliniquement, plus de 90 % des patient présentent des signes de virilisations mineurs et majeurs allant de la simple clitoromégalie à un organe péniforme complet.

Tous les patients ont bénéficié d'une exploration paraclinique biologique et morphologiques confirmant le diagnostic. Pour le traitement, 88% des patients sont sous hydrocortisone, 5,7% sous fludrocortisone associé, 2% sous décapeptyl, 2% sous dexaméthasone, 5% sous traitement antiandrogénique. La majorité des sujets 46 XX ont bénéficié de génitoplastie féminisante. Les complications étaient dominées par la petite taille définitive (n=7), le SOPK (n=6), l'infertilité(n=4), la puberté précoce (n=3) et l'HTA (n=3). Dans notre étude on a eu un seul cas de grossesse menée à terme.

CONCLUSIONS :

L'HCS est une maladie rare qui résulte de déficit d'une des enzymes de la stéroïdogenèse. Elle est caractérisée par un large spectre de variantes cliniques et biologiques en fonction de l'étiologie et de la forme du déficit.

P-156. The impact of Flaxseed oil on aluminum chloride-induced changes in blood biochemical parameters and weight evolution in young rats

Wafaa LOUNIS

Zehor CHOUARI 1, Khadjidja KESSAS 1, Imène BENYETTOU 1.2, Abdelkader AOUS 1, Omar KHAROUBI1

**laboratory of experimental biotoxicology, biodepollution and phytoremediation
- BTE-BD-PR university oran1 abb Algeria**

Flaxseed oil (FO) has a variety of biological roles, due to its significant amount of omega-3 (ω -3) fatty acids. Numerous studies have reported that ω -3 provides bioactivity of value to the health of animals and humans through their therapeutical activities on many chronic diseases. The present study aimed to evaluate the effect of FO on weight development disturbances, modifications of blood glucose, and lipid

profile induced by aluminum chloride (AL) in young Wistar rats. Female rats were divided into 2 groups that served as control, and intoxicated groups, the intoxicated rats were treated with Al (75 mg kg b.wt.) after that they were placed in separate cages for the coupling gestation period. The newborn pups received FO supplementation for 3 weeks. The offspring were further divided into 4 subgroups of (n=6): groups issue from control rats served as **CL+** control and **CL+ FO** treated control which was the administration with (0.5 ml) of FO, groups issued from intoxicated females served as intoxicated **AL+** and **AL+FO** which were rats used as intoxicated and treated group receiving (0.5 ml) of FO. An increase in the plasma concentration of glucose, triglyceride, and total cholesterol was recorded in the aluminum-intoxicated group Al+(+25.49%, 53.48%, 32.95%) respectively we also noted a decrease in weight growth was observed in the **AL+** group compared to the control group **CL+**. The administration of FO indicates a remarkable restoration of the glycemia and serum lipid balance to normal compared to the intoxicated group. FO supplementation by gavage significantly increases the body weight of omega-treated pups from intoxicated dams compared to untreated pups from intoxicated dams, bringing them closer to the control value. The study shows that aluminum has an inhibitory effect on weight development and increases biochemical parameters related to diabetic diseases. Dietary supplementation of the diet with FO rich in omega 3 convincing evidence of a beneficial action on metabolic and diabetic regulation parameters.

Mots clés

Flaxseed oil, diabetic diseases, triglyceride, and total cholesterol

P-157. Maladie de Van Recklinghausen et adénocarcinome Pancréatique : Une association rare .

S.Hamoudi

N.Touabet; S.Aouiche; S.Azzoug.

Service de Diabétologie CHU Mustapha pacha, Alger, Algérie

Introduction : La neurofibromatose de type 1(NF1) est un syndrome génétique à expression multisystémique, elle prédispose au développement de tumeurs bénignes et malignes. Nous rapportons le cas d'une association rare de la NF1 avec un adénocarcinome pancréatique.

Observation : il s'agit d'un homme âgé de 45 ans, diagnostiqué comme ayant une NF1 à l'âge de 05 ans ; qui consulte en urgence pour douleurs abdominales aiguës, chez qui le diagnostic de pancréatite aiguë a été posé, la TDM abdominale retrouve des signes de pancréatite stade E de Balthazar, sur un processus kystique multiloculé qui a fistulisé dans l'angle colique gauche, avec une dilatation kystiques des conduits pancréatiques (principal et secondaires), évoquant une tumeur intracanalair

papillaire et mucineuse(TIPMP) avec des signes de dégénérescence, les biopsies réalisées par Echoendoscopie sont en faveur de TIPMP avec dysplasie de haut grade, avec un taux de CA19-9 élevé . Il a subi une duodénopancréatectomie totale avec splénectomie et une colectomie segmentaire de nécessité. L'étude anatomopathologique est en faveur d'un adénocarcinome mucineux sur des lésions de TIPMP ; il a présenté en postopératoire un diabète secondaire instable.

Discussion: le risque de dégénérescence des TIPMP passe de 10% pour les TIPMP des canaux secondaires à 50% pour celle du conduit principal; notre patient présente de nombreux facteurs de risques de dégénérescence, vue l'étendue du processus touchant la totalité du pancréas, une pancréatectomie totale a été réalisée. L'association de la NF1 avec les tumeurs pancréatiques en dehors de tumeurs neuroendocrines est exceptionnelle ; jusqu'aux années 90, uniquement 07 cas ont été décrits, avec un âge moyen de 43ans.

Conclusion: bien que le lien de causalité n'a pas été établi, Notre cas suggère l'existence possible d'une relation entre la NF1 et le cancer du pancréas.

P-158. Maladie de Basedow compliquée d'une ACFA sur cœur sain et d'une cholestase anictérique

L. Kaced

F. Bouyoucef ,AEM.Haddam

Service Diabétologie CHU de Bab el oued

Introduction :

La maladie de Basedow est la cause la plus fréquente d'hyperthyroïdie avec une prévalence de 0,3 à 0,5 % dans les zones où l'iode est suffisant. Les effets d'un excès d'hormones thyroïdiennes sur la musculature et le système de conduction cardiaque, la musculature vasculaire et la coagulation sont associés à un risque accru de manifestations cardiovasculaires ; La FA étant le type le plus courant d'arythmie cardiaque soutenue ;

Alors que l'atteinte hépatique au cours des maladies thyroïdiennes est fréquente, en particulier chez les patients hyperthyroïdiens ,l'association hyperthyroïdie- atteinte hépatique clinique et/ou biologique pose pour le clinicien un problème de diagnostic étiologique.

Cas clinique :

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 46 ans asthmatique qui présente une maladie de Basedow compliquée d'une ACFA sur cœur sain et d'une cholestase anictérique

Le diagnostic a été posé à l'occasion d'un bilan hormonal réalisé dans le cadre de l'exploration d'un tableau de thyrotoxicose franc avec à l'échographie cervicale: thyroïdite active sur thyroïde augmentée de volume avec hyperhémie au doppler couleur ,sans nodules visualisables.

ECG : fibrillation atriale et échographie cardiaque : sans anomalies

La malade a été mis sous Carbimazole associé à un betabloqueur cardio sélectif le Nebivolol .lors de la surveillance du bilan hépatique on note un tableau de cholestase sans cytolysé hépatique ; la cause alcoolique et virale éliminée, il a été décidé de switcher vers la basèdene mais sans amélioration du tableau de cholestase, raison pour laquelle le traitement par carbimazole a été repris ;

Malgré la restauration de l'euthyroidie ; on note la persistance de la FA et de la cholestase an ictérique la patiente a donc été présentée pour cure radicale thyroïdectomie totale

On post opératoire, la patiente été mise sous levothyroxine, avec contrôle du bilan hépatique en euthyroidie ; Et devant la persistance de la FA elle sera candidate à une cardioversion électrique

Discussion et conclusion:

Le risque de FA ne semble pas disparaître après traitement radical par thyroïdectomie totale; quant aux manifestations hépatiques ne sont pas spécifiques et ne peuvent être imputées à l'hyperthyroïdie qu'après avoir éliminé une pathologie hépatique sous-jacente .

Mots clés

maladie de Basedow ,FA ,cholestase an ictérique

P-159. Induction pubertaire par les gonadotrophines dans le syndrome de Kallmann : A propos d'un cas

Dr Sellami

Pr Kedad Pr Azzouz

**Endocrinologie -Diabétologie- Maladies Métaboliques ; EPH Bologhine Ibn Ziri
Induction pubertaire par les gonadotrophines dans le syndrome de Kallmann : A
propos d'un cas**

1. Sellami, L. Kedad, S. Fedala, M. Azzouz. Service d'Endocrinologie. EPH Bologhine Ibn Ziri, Alger. Laboratoire d'Endocrinologie et métabolisme Alger 1.

Introduction :

Le syndrome de Kallmann de Morsier (KS) est une maladie génétique rare (1/10000) caractérisée par un défaut de migration des cellules neuroendocrines à GnRH dans la région naso-frontale à l'origine d'un hypogonadisme hypogonadotrophique et d'une anosmie ou hyposmie. De nombreuses mutations génétiques sont impliquées dans le syndrome de Kallmann, tel que *KAL1* dans sa forme récessive liée à l'X qui code pour l'Anosmine-1.

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 18 ans aux antécédents personnels de cryptorchidie bilatérale opérée, adressé pour exploration d'un impubérisme. Le diagnostic de syndrome de Kallman a été posé sur des arguments cliniques, biologiques et morphologiques. Sur le plan clinique, le patient présentait un volume testiculaire inférieur à 1 ml, un micropenis (longueur de la verge : 5,5 cm) (G1, P3, A1 selon Tanner), une gynécomastie bilatérale et une hyposmie. Le bilan hormonal était en faveur d'un hypogonadisme hypogonadotrope [Testostérone : 0,07 ng/ml (0,1-0,8), FSH : 1,44 mu/ml (1,5-12,4), LH : 0,24 mu/ml (1,7-8,6)]. L'IRM hypophysaire et des bulbes olfactifs a objectivé une atrophie des bulbes olfactifs, sans anomalie hypophysaire. L'induction pubertaire a été réalisée par de la FSH recombinante (FSHr) en pré-traitement, pendant trois mois avec augmentation progressive des doses (dose maximale : 150 UI, 3 fois par semaine). L'évaluation faite à 3 mois a objectivé une augmentation du volume testiculaire avec cependant une légère augmentation de la gynécomastie. Par la suite L'HCG sera associée à la FSH, à raison de 500 UI une fois par semaine puis 1000 UI une fois par semaine avec une surveillance clinique et morphologique régulière.

Conclusion :

Dans le syndrome de Kallmann, l'induction pubertaire fait appel le plus souvent à de la testostérone injectable cependant, compte tenu des avantages qu'offre cette approche thérapeutique notamment en ce qui concerne l'augmentation du volume testiculaire ainsi qu'un effet probable sur la fertilité future, ce traitement serait plus intéressant chez notre patient.

Mots clés

Kallmann Induction puberté Gonadotrophines

P-160. Thyroïde ectopique sublinguale: à propos d'un cas

N.Touabet

A.Guedioura, S.Azzoug

Service de Diabétologie CHU Mustapha pacha, Alger

L'ectopie thyroïdienne est une pathologie rare estimée entre 1/4000 à 1/8000 des patients hypothyroïdiens liée à une défaillance de la migration de la glande thyroïde

lors de son développement embryonnaire, la localisation sublinguale représente 90% des ectopies.

C'est le cas de notre patiente fillette de 9 ans et demi, sans antécédents pathologiques particuliers qui s'est révélée par une gêne cervicale avec hypertrophie, explorée par un ORL qui effectue une IRM de la langue revenue en faveur d'une ectopie thyroïdienne en position sublinguale, complétée par une échographie cervicale et une scintigraphie thyroïdienne au TC99 qui a objectivé une thyroïde ectopique siégeant au niveau de la base de la langue, associée à une hypothyroïdie clinique substituée par hormonothérapie pour obtenir l'euthyroïdie biologique.

L'ectopie thyroïdienne est une anomalie embryonnaire rare, nécessitant une exploration morphologique et une hormonothérapie substitutive adéquate

P-161. Mode de révélation inhabituel d'une hyperparathyroïdie primaire du sujet jeune: à propos d'un cas

A.Guedioura

N.Touabet , S.Azzoug

Service de Diabétologie CHU Mustapha pacha, Alger,

Introduction : L'hyperparathyroïdie primaire(HPTP) est classique chez le sujet âgé. Les formes du sujet jeune sont rares et posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques, le mode de révélation osseux s'avère atypique particulièrement atteinte de l'humérus.

Observation : Un patient B âgé de 29 ans aux antécédents de colique néphrétique et de gastrite à *Helicobacter Pylori*, qui à l'occasion d'un traumatisme au niveau de l'épaule et devant l'accentuation de la douleur qu'il consulte où une radiographie de l'épaule a été faite objectivant une lyse de la corticale de l'humérus avec un aspect tumoral compléter par une TDM de l'épaule qui a objectiver l'aspect d'une tumeur brune avec 2 incidentalomes rétrothyroïdiens dont le complément d'exploration est revenu en faveur d'une hypercalcémie maligne (121-145 mg/ml) ,une Phosphorémie basse(23-24mg/ml) et une Calciurie des 24H estimée à 485mg/24h en regard d'un taux de PTH élevé à 669pg/ml soit une hyperparathyroïdie primaire dans sa forme rénale et osseuse. Le patient a bénéficié d'une cervicotomie exploratrice avec résection des 4 parathyroïdes adénomateuses avec résection du thymus ,dont l'étude anatomo-pathologique est revenue en faveur

Conclusion : La rareté de l'hyperparathyroïdie primaire du sujet jeune est bien classique. Le tableau clinique est dominé par les formes rénales, le mode de révélation osseux n'est pas habituel, d'où l'intérêt du diagnostic précoce de l'HPTP afin d'éviter les redoutables complications

P-162

Thyroïde sublinguale à propos d'un cas

N.Touabet

A.Guedioura , S.Azzoug

Service de Diabétologie CHU Mustapha pacha, Alger

L'ectopie thyroïdienne est une pathologie rare estimée entre 1/4000 à 1/8000 des patients hypothyroïdiens liée à une défaillance de la migration de la glande thyroïde lors de son développement embryonnaire, la localisation sublinguale représente 90% des ectopies.

C'est le cas de notre patiente fillette de 9 ans et demi, sans antécédents pathologiques particuliers qui s'est révélée par une gêne cervicale avec hypertrophie, explorée par un ORL qui effectue une IRM de la langue revenue en faveur d'une ectopie thyroïdienne en position sublinguale, complétée par une échographie cervicale et une scintigraphie thyroïdienne au TC99 qui a objectivé une thyroïde ectopique siégeant au niveau de la base de la langue, associée à une hypothyroïdie clinique substituée par hormonothérapie pour obtenir l'euthyroidie biologique.

L'ectopie thyroïdienne est une anomalie embryonnaire rare, nécessitant une exploration morphologique et une hormonothérapie substitutive adéquate.

P-163. CARCINOMES INFIRMES DE LA THYROÏDE : SERIE DU CPMC

BAZ Ouidad

F.HASBELLAOUI, D.BOUMAHAMMED, S.BENTALEB , COMITE THYROÏDE CPMC, S.MIMOUNI.

Endocrinologie. Pierre et Marie Curie

L'anatomopathologiste est un maillon-clé dans la chaîne du diagnostic des cancers. Pour les cellules thyroïdiennes distinguer le bénin du malin se voit parfois à défaut. Ainsi dans certaines descriptions il est utile de pratiquer une relecture anatomopathologique afin de confirmer ou d'infirmer le premier diagnostic posé. L'objectif de notre travail est d'évaluer un groupe de patients avec un diagnostic de cancer thyroïdien sur une première étude anatomopathologique infirmé après relecture.

Il s'agit de 30 dossiers colligés de la consultation spécialisée des carcinomes thyroïdiens. Les données puisées pour ces patients ont permis de retrouver un sexe ratio de 3/1 à prédominance féminine, une moyenne d'âge de 46+13 ans. La cytoponction préalable est retrouvée dans 15 cas avec 03 bénignes et 12 malignes. Le geste chirurgical est une thyroïdectomie totale pour tous les patients. La relecture des pièces opératoires a permis d'infirmer le diagnostic de carcinome pour les 30 patients. Avec un suivi à 05 ans et à 10 ans sans récurrence.

P-164. Hyper prolactinémie modérée révélant un double foyer d'adénome hypophysaire latérosellaire

L. Kaced*

F. Boyoucef AEM Heddam

Service Diabétologie, CHU Bab el oued

Introduction:

Les adénomes hypophysaires avec plusieurs types histologiques ont rarement été abordés et La présence d'un adénome hypophysaire multiple est généralement détectée à l'autopsie avec une incidence de 8,9% dans une grande série.

Cas clinique :

C'est le cas d'une patiente âgée de 19 ans asthmatique qui présente une hyperprolactinémie modérée et isolée avec à l'IRM hypothalamo hypophysaire 2 images hypophysaire latérosellaire

A l'occasion d'un bilan hormonal réalisé dans le cadre de l'exploration d'un tableau de troubles du cycle l'hyperprolactinémie a été décelée avec mise en route d'un traitement par cabergoline par son gynécologue ; et devant la persistance de cette hyper prolactinémie à l'arrêt du traitement une IRM hypothalamo hypophysaire a été réalisé : « deux microadénome hypophysaire l'un latéralisé à gauche de 6mm*5.5mm et l'autre de 7.5*5.5mm latéralisé à droite ;avec le parenchyme hypophysaire pris au centre entre ces deux lésions »

Après consultation de l'endocrinologue, le diagnostic de prolactinome sans autre retentissement endocrinien ou ophtalmologique a été posé et le traitement par Carbergoline 0.5mg/15j a été poursuivi permettant une réponse biologique (prolactine écrasée) mais son réponse morphologique avec aspect stable de l'imagerie après un an de traitement ;

Devant l' Hyperprolactinémie isolée, la probabilité d'une double composante tissulaire des adénomes: non fonctionnelle et lactotrope a été évoqué et la patiente sera candidate à une fenêtré thérapeutique afin d'évaluer la nécessité du traitement par cabergoline ;

Mais cette hypothèse ne pourra être confirmée que par une étude immunohistologique des deux lésions.

Discussion et conclusion:

La pathogénie possible des adénomes hypophysaires doubles ou multiples est la suivante : concomitance de deux tumeurs indépendantes, distinctement séparées sans lien de causalité ; transformation partielle d'un type d'adénome en un autre avec

des caractéristiques histochimiques, immunocytologiques et/ou ultrastructurales différentes ; ou induction d'un second adénome avec des caractéristiques biologiques et histologiques différentes par une stimulation excessive.

Mots clés

Hyper prolactinémie, double foyer d'adénome hypophysaire

P-165. MDRD ou CKD-EPI cystatine C: quelle formule à utiliser chez les patients diabétiques type1?

Otmane Amel

Naceur Mourad, Saidani Khalissa, Ibouchriten Nesrine, Mohamed Makrelouf
Laboratoire central de Biologie, Hopital Mohamed Lamine Debaghine, CHU de Bab El Oued

Introduction: L'évaluation de la fonction rénale des patients diabétiques par l'estimation de DFG est un test indispensable au cours du diabète . **L'objectif** de cette étude est de comparer entre les performance de la formule MDRD et les 3 équation de CKD-EPI avec et sans cystatine C, et observer la pertinence de l'utilisation de la cystatine C comme un marqueur endogène alternatif à la créatinine.

Matériel et méthodes: C'est une étude rétrospective descriptive d'une série de 153 patients diabétiques type1. Le bilan biologique complet est réalisé sur le Cobas Integra 400 plus et la cystatine c par méthode immunoturbidimétrique ,l'estimation du DFG est calculé par 4 formules différentes : MDRD , CKD-EPI créat, CKD-EPI cys C et CKD-EPI Mixte.

Résultats et discussion: L'âge moyen de cette population est de 23+/- 3,72 ans avec une prédominance du sexe féminin, l'ancienneté du diabète est de 8 +/-2,637 ans. On observe que 79,1 % ont une valeur de cystatine C dans les normes et plus de 80 % des sujets ont une valeurs de HbA1c > 7% , et seulement 1,3% ont une créatininémie > 13 mg/l . Plus de 80% sont classés dans le stade1 de DFG avec une fonction rénale conservée. Tous les patients qui ont un DFG < 60 ml/min / 1,73m² ont un bilan glycémique perturbé, les 3 formule de CKDEPI ont presque la même spécificité mais les formules basées sur la cystatine C on une sensibilité supérieure.

Conclusion: L'utilisation de la cystatine C comme un marqueur endogène pour l'estimation du DFG est plus précise que les formules basées sur la créatinine chez les DT1.

Mots clés

MDRD, CKD-EPI, cystatine C, DFG

P-166. Complication maternelles et fœtales des hyperglycémies découvertes durant la grossesse : étude cas-témoin.

A.Khellaf

N.Feghoul 2 – S.Achir 1 - H.Bendaoud 2

1 : Service d'endocrinologie-diabétologie, CHU Béni Messous, Alger, Algérie. 2 : Service de gynécologie obstétrique, EHS Bachir Mentouri, Alger, Algérie.

Introduction :

Il existe de nombreuses controverses qui persistent encore sur les critères de diagnostic du diabète gestationnel et sur les objectifs thérapeutiques à rechercher pour limiter les complications de l'hyperglycémie au cours de la grossesse. Cette hyperglycémie est associée à une augmentation de la morbidimortalité maternelle représentée par l'hypertension artérielle gravidique mais surtout fœtale et néonatale liés à l'hyperinsulinisme réactionnel du fœtus en particulier la macrosomie.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude cas-témoin comparant un groupe de 100 patientes chez qui le diagnostic d'hyperglycémie a été porté durant la grossesse, à un groupe de 200 patientes témoins sans troubles de la tolérance glucidique. Les facteurs étudiés sont les complications maternelles de la grossesse ainsi que les complications fœtales et néonatales.

Résultats : le diagnostic d'hyperglycémie a été porté à 25 SA en moyenne, 49% des patientes ont été insulínées. La toxémie gravidique est retrouvée chez 81% des cas contre 7,5% des témoins ($p < 0,001$). L'hydramnios et l'accouchement par césarienne était significativement plus élevés chez les patientes avec hyperglycémie comparé aux patientes sans hyperglycémie (72 et 60% VS 6% et 45%). Concernant les complications fœtales, la plus fréquente était la macrosomie retrouvée chez 31% en cas d'hyperglycémie contre 15,5% ($p < 0,01$), le taux de prématurité n'était pas significativement plus élevé (9% VS 5,5%), ainsi que la détresse respiratoire (5% VS 3%). L'atteinte du plexus brachial et l'hypoglycémie néonatale étaient de 2% chez les cas et absente chez les témoins, cette différence était significative. Aucun cas d'ictère néonatal n'a été décrit dans les deux groupes.

Discussion et conclusion : la toxémie gravidique est de loin la complication la plus fréquente chez les patientes avec hyperglycémie avec un OR de 52, et ce malgré le traitement et un diagnostic précoce. Ceci est expliqué par la présence d'autres facteurs de risques de toxémie indépendant en particulier le surpoids et l'obésité et peut être la non atteinte des objectifs glycémiques. Les complications néonatales sont rares mais restent supérieures aux patientes sans hyperglycémies. Les progrès diagnostiques et thérapeutiques acquis depuis quelques années ont permis d'améliorer la prise en charge et le pronostic des grossesses chez les patientes ayant un diabète gestationnel, celles-ci restent quand même des grossesses à haut risque nécessitant un suivi obstétrical rapproché.

P-167. QUAND LE DESTIN SE SCILLE : APOPLEXIE HYPOPHYSAIRE REVELANT UN MACROADENOME AVEC COMPLICATIONS VASCULAIRES - UN CAS COMPLEXE D'AVC ISCHEMIQUE PAR COMPRESSION DE L'ARTERE SYLVIANNE GAUCHE

Amir Sellal

Bahi Brik , Mehdi Merdaci , Hamid Lebcir, Karima Seddiki

Service de radiologie et d'imagerie médicale- Hôpital central de l'armée

QUAND LE DESTIN SE SCILLE : APOPLEXIE HYPOPHYSAIRE REVELANT UN MACROADENOME AVEC COMPLICATIONS VASCULAIRES - UN CAS COMPLEXE D'AVC ISCHEMIQUE PAR COMPRESSION DE L'ARTERE SYLVIANNE GAUCHE

L'apoplexie hypophysaire, caractérisée par une hémorragie aiguë dans la glande hypophyse, peut être une complication rare mais grave des adénomes hypophysaires. Nous présentons un cas clinique complexe d'apoplexie hypophysaire révélant un macroadénome avec une complication vasculaire majeure : un AVC ischémique par compression de l'artère sylvienne gauche chez un jeune patient âgé de 28ans.

La patiente a été admise aux urgences pour une céphalée sévère, une vision floue et une faiblesse du côté droit du corps. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du cerveau a été réalisée en urgence, révélant un macroadénome hypophysaire avec une hémorragie intra tumorale. L'analyse approfondie de l'IRM a mis en évidence une compression de l'artère sylvienne gauche, entraînant un AVC ischémique dans le territoire vasculaire profond de cette artère.

La prise en charge du patient a été complexe et exigeante, impliquant des neurochirurgiens, des endocrinologues et des neurologues. Le traitement a été axé sur la gestion de l'apoplexie hypophysaire aiguë et la prévention des complications vasculaires. Une intervention neurochirurgicale d'urgence a été réalisée pour décompresser le macroadénome et soulager la pression sur les structures vasculaires critiques.

Au fil du temps, le patient a montré une amélioration progressive de la vision et de la force musculaire du côté droit du corps. Une surveillance étroite de la fonction hormonale et de la perfusion cérébrale a été maintenue pour détecter toute récurrence ou nouvelle complication.

Ce cas met en évidence les défis diagnostiques et thérapeutiques complexes associés à l'apoplexie hypophysaire révélant un macroadénome avec AVC ischémique par compression de l'artère sylvienne gauche. Une approche multidisciplinaire et une prise en charge rapide sont essentielles pour prévenir les conséquences graves de cette affection.

Mots clés

Apoplexie hypophysaire, macroadénome, AVC ischémique, complication

P-168. Tumeur Neuroendocrine du Système Digestif : A propos d'un cas

Amir Sellal

Zakarya Mouici, Hamid Lebcir , Karima Seddiki

Service de radiologie et d'imagerie médicale - Hôpital Central de l'Armée

Tumeur Neuroendocrine du Système Digestif : A propos d'un cas

Les tumeurs neuroendocrines (TNE) du système digestif sont rares et complexes, nécessitant une approche diagnostique méticuleuse.

Nous présentons ici le cas clinique d'une patiente âgée de 45 ans atteinte d'une tumeur neuroendocrine du système digestif.

Le début de la symptomatologie a été marqué par des douleurs abdominales chroniques et des épisodes de diarrhée. Une tomodensitométrie abdominale a été réalisée, révélant une masse solide localisée au niveau de l'intestin grêle, de forme ovale, de rehaussement homogène et intense, soulignant sa nature hyper vascularisée caractéristique des tumeurs neuroendocrines. Des tests sanguins ont montré des taux élevés de certaines hormones, notamment la sérotonine renforçant les soupçons d'une tumeur neuroendocrine.

Une biopsie guidée par imagerie a été réalisée pour confirmer le diagnostic de tumeur neuroendocrine du grêle. L'histopathologie et l'immunohistochimie ont confirmé la nature neuroendocrine de la tumeur.

La localisation de la tumeur dans le grêle a rendu la prise en charge complexe. Une approche multidisciplinaire impliquant des gastro-entérologues, des oncologues, des chirurgiens et de radiologues a été mise en place. La décision a été prise d'opter pour une résection chirurgicale de la tumeur, suivie d'une évaluation complète de l'extension tumorale et des ganglions lymphatiques régionaux.

Ce cas clinique met en évidence les défis de prise en charge des tumeurs neuroendocrines du système digestif, en particulier en ce qui concerne la localisation de la tumeur dans le grêle. Une évaluation approfondie de l'imagerie médicale et une approche multidisciplinaire sont essentielles pour établir un diagnostic précis et déterminer le meilleur plan de traitement pour ces tumeurs rares et complexes.

Mots clés

Tumeur neuroendocrine, intestin grêle, diagnostic, prise en charge.

P-169. Hyperaldostéronisme primaire : a propos d'un cas atypique

Ryma Merrouche

Samia Achir, Amina Khellaf

Endocrinologie diabetologie Beni Messous

Introduction :

L'hyperaldostéronisme primaire constitue (HAP) une cause rare d'hypertension artérielle (HTA). Il est classiquement défini par une production excessive d'aldostérone, responsable d'une hypervolémie avec hypertension artérielle et une hypokaliémie.

Nous rapportons le cas d'un patient qui présente un hyperaldostéronisme primaire atypique.

Cas clinique

Patient âgé de 50 ans, aux antécédents personnels d'HTA résistante traitée par quadrithérapie anti hypertensive compliquée d'une insuffisance rénale chronique terminale, ayant bénéficié d'une transplantation rénale. Aux antécédents familiaux d'HTA chez le père, d'HTA et d'insuffisance rénale terminale chez le frère et la sœur les trois décédés respectivement à l'âge de 66 ans, 45 ans et 38 ans. Admis pour exploration d'une hypertension résistante. Le patient présentait des signes cliniques d'hypokaliémie (crampes musculaires). Biologie : kaliémie à 3,2 mmol/l, taux d'aldostérone élevé à 586 pg/ml, avec un rapport aldostérone rénine (RAR) élevé à 39. Imagerie : Tomodensitométrie injectée centrée sur les glandes surrénales : nodule surrénalien droit de 15 × 14 mm de diamètre compatible avec un adénome de Conn. Une surrénaléctomie droite a été pratiquée chez lui. 17 mois après le traitement chirurgical Le patient s'est représenté à notre niveau avec des chiffres tensionnels élevés et sur le plan biologique : kaliémie à 2,88 mmol/l, taux d'aldostérone élevé à 745 pg/ml, un RAR élevé à 76,5.

Discussion :

Bien que la majorité des cas d'HAP soit sporadique, il existe à ce jour quatre formes connues d'HAP transmises de façon autosomique dominante, les hyperaldostéronismes familiaux (FH) de type I à IV. Le FH-II est l'entité la plus fréquente d'hyperaldostéronisme familial sa prévalence est d'environ 4%, avec une transmission autosomique dominante. Les patients avec FH-II ne se distinguent en rien sur le plan phénotypique des autres patients atteints d'HAP sporadique. Le diagnostic se base sur la présence de deux ou plusieurs membres atteints dans une même famille. Cette forme est fortement suspectée chez notre patient devant l'association d'un hyperaldostéronisme primaire persistant après le traitement chirurgical avec une histoire familiale d'HTA du sujet jeune.

Conclusion :

Les formes familiales d'HAP sont rares mais importantes à dépister compte-tenu de leurs implications sur le plan de la prise en charge des patients et de leurs familles.

P-170. Hyperparathyroïdie et ostéoporose

Dr N.NEBTI

Dr A.Safer Tabi, Dr A.Bouraoui, Dr S.Ayad, Dr A.Mokrane, Pr S.Achir

Endocrinologie-Diabétologie CHU Beni-Messous

L'hyperparathyroïdie est la troisième endocrinopathie la plus fréquente. Anciennement révélée par ses complications, essentiellement rénales et osseuses, elle est actuellement souvent de découverte fortuite.

De par l'action catabolique de la PTH, l'ostéoporose parathyroïdienne prédomine sur l'os cortical, particulièrement au niveau du tiers proximal du radius et à un moindre degré à l'extrémité supérieure du fémur. Le rachis lombaire est plus souvent atteint chez la femme ménopausée. Son pronostic est essentiellement lié au risque fracturaire.

Le but de notre travail est de déterminer le profil ostéo-densitométrique des patients hospitalisés pour hyperparathyroïdie et de définir les caractéristiques de l'atteinte osseuse.

Il s'agit d'une étude rétrospective, menée chez 48 patients hospitalisés pour hyperparathyroïdie au service d'endocrinologie- diabétologie du CHU Beni- Messous d'Alger, de 2017 à juin 2023.

La moyenne d'âge des patients était de 55,64 ans (32 – 90 ans), avec une nette prédominance féminine et un sex-ratio de 5.85. Ils s'agissaient essentiellement d'hyperparathyroïdie primaire à 87.5%, asymptomatique dans 47,91 % des cas. L'étude a révélé que 41.02 % des patients présentaient une ostéoporose et 48.71 % une ostéopénie, seuls 10.25 % des patients présentaient une DMO normale.

L'atteinte de la densité minérale osseuse était plus fréquente au niveau du rachis (59,37%) avec un T-score moyen de -2.11 DS et de -1,42 DS au niveau du fémur.

Ainsi il est nécessaire de rechercher une atteinte osseuse dès le diagnostic d'une hyperparathyroïdie, élément essentiel qui conditionne la prise en charge mais aussi la morbi-mortalité à court et à long terme.

Mots clés

Hyperparathyroïdie, ostéoporose, ostéopénie.

P-171. Pied Diabétique

Dr Guedmani.H

Pr Bouzid.A

Endocrinologie diabétologue, EPH Bologhine Ibn Ziri

Introduction : Un diabète mal équilibré peut générer plusieurs complications à long terme , le pied diabétique qui est un problème majeur de santé publique en fait partie .

Observation : A propos d'une série de 6 cas , des patients atteints d'un diabète de type 2 dont la durée moyenne d'évolution était de 15,16 ans , avec un âge moyen de 59 ans , un sex ratio de 5H/1F , (83,33 % homme) , le principal facteur étiopathogénique retrouvé était la neuropathie (présente chez 100% des cas) ainsi 33% ont une artériopathie et une neuropathie la majorité des lésions (50 %) étaient classées grade 3 de Wagner et 33,33 % des patients ont bénéficié d'une amputation . 100% des patients sont au stade de complications microangiopathiques (100% ont une RD , 33% ont une ND) , et 33% sont au stade de complications macroangiopathiques . L'interrogatoire retrouve une inobservance thérapeutique ainsi que le non respect des règles hygiéno-diététiques chez 100 % des patients, l'examen clinique retrouve des plaies aux différents stades, 66,66% sont des plaies neuropathiques , 33,33% sont de nature mixte : neuropathique et artériopathique. 100% des plaies étaient infectées dont 83,33% ont une ostéite . La radiographie standard montrait des lésions osseuses chez 100% des patients. L'échodoppler des membres inférieurs et les TSA retrouvent des plaques athéromateuses chez 33,33% des cas , médialcalcose chez 83,33% .

Discussion: Les troubles trophiques du pied chez le diabétique sont la conséquence de plusieurs mécanismes physiopathologiques , trois complications du diabète sont principalement en cause : la neuropathie, l'artériopathie et l'infection La neuropathie diabétique est fréquente et représente la principale complication à l'origine des lésions du pied. L'artériopathie est un facteur d'aggravation très important responsable de retard de cicatrisation et de gangrène à l'origine fréquente d'amputation. L'infection est aussi un facteur d'aggravation majeur par son risque d'extension profonde, notamment vers l'os qui peut conduire à l'amputation, et d'extension générale. La lutte contre ce fléau passe par l'éducation des patients et du personnel soignant et par une prise en charge multidisciplinaire et concertée.

Mots clés

Plaie chronique , Neuropathie , Artériopathie, Facteurs de risque

P-172. Une thyroïde surnuméraire : à propos d'un cas

Y.HADDADI

F. Chabour, S ; Hadj Arab, S. Mimouni

Service d'endocrinologie et maladies métaboliques ; Centre Pierre et Marie Curie ; Alger ; Algérie

L'ectopie thyroïdienne est une pathologie rare liée à un défaut de migration de la glande thyroïdienne lors de son développement embryonnaire le long du canal thyroïdienne. Néanmoins l'association d'une thyroïde ectopique et d'une thyroïde en position habituelle est exceptionnellement décrite

Objectif : Nous rapportons un cas supplémentaire de la coexistence d'une ectopie thyroïdienne et d'une thyroïde à localisation normale.

Observation :

C'est une patiente âgée de 33 ans qui présente une masse basi-cervicale latéralisée à gauche révélée par une gêne esthétique. L'examen clinique retrouve une tuméfaction cervicale basse visible en inspiration profonde bloquée et à la toux, d'environ 03 cm, mobile à la déglutition, de consistance ferme, indolore associée à des signes de compression à type de dyspnée et dysphagie au solide sans adénopathies cervicales.

Par ailleurs Thyroïde palpable en position normale classé Ib, anodulaire sans signes de dysthyroïdie.

L'échographie cervicale objective une formation tissulaire cervico-thoracique gauche, calcifiée de contours réguliers de 27/21/12 mm, localisée entre les vaisseaux de la gerbe aortique. Glande thyroïde de taille normale. Cytoponction faite revenue en faveur de la nature thyroïdienne par la présence de cellules folliculaires de la thyroïde isolées ou groupées en amas avec TG in situ > 500 ng/ml + + +. Complétée par une scintigraphie thyroïdienne qui met en évidence la présence d'une glande thyroïde en place, relativement hypercaptante, avec fixation arrondie moins fixante que le parenchyme thyroïdien, en dessous du lobe thyroïdien gauche.

Conclusion : La présence d'une thyroïde surnuméraire demeure rarissime ; Son étiopathogénie reste mal élucidée, à expression clinique variée. L'exérèse chirurgicale n'est pas systématique, elle dépendra du caractère symptomatique ou pas, du degré de retentissement et de la sévérité de la compression.

P-173. Impact de l'obésité préconceptionnelle sur l'évolution du diabète gestationnel

TALHA.K

Kamel. A, Benfarhat.S, Mehenni.L, Hadjhabbib.M

Service d'Endocrinologie-Diabétologie CHU de SIDI-BEL-ABBES

Introduction

L'impact de la glycémie sur la survenue de complications ainsi que sa correction sur leur prévention souligne l'importance capitale du TRT.

L'impact de l'obésité préconceptionnelle sur l'évolution du diabète gestationnel

DG est une préoccupation de santé publique mondiale tant est grand l'impact sur le fœtus puis sur l'enfant et chez l'adulte qu'il deviendra

Objectif :

Etudier l'impact de l'obésité préconceptionnelle sur l'évolution du diabète gestationnel (DG).

Population et Méthodes :

Il s'agissait d'une étude comparative analytique auprès de 220 patientes suivies pour DG à l'unité de diabète et grossesse répartie en deux groupes Le premier groupe (G1) comportait 110 patientes ayant un indice de masse corporel (IMC) préconceptionnel $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$. Le deuxième groupe (G2) comportait 110 patientes ayant un poids préconceptionnel < 30 . Une macrosomie fœtale était définie par un poids à la naissance $\geq 4000\text{g}$.

Résultats :

Le terme de grossesse au moment du diagnostic du DG était comparable dans les deux groupes. L'IMC préconceptionnelle moyen était de $33,11 \pm 4,56 \text{ Kg/m}^2$ pour G1 et de $24,68 \pm 2,72$

Kg/m^2 pour G2. Les caractéristiques des gestantes associées à l'obésité préconceptionnelle

L'âge des patientes du G1 est $30,36 \pm 4,562$ $33,09 \pm 3,449$ avec un p NS 0,688

Une nette différence entre la prise de poids (Kg) entre les deux groupes $3,71 \pm 8,41$ versus $10,77 \pm 7,53$ avec $p < 0,005$. Recours à l'insulinothérapie chez les deux populations 60% vs 32% avec $p < 0,005$

Les facteurs de risque retrouvés en analyse univariée : niveau socio-économique bas, antécédent de SOPK, antécédent de prééclampsie, antécédent de toxémie gravidique

Les complications maternelles associées au DG en analyse univariée : macrosomie foetale a été noté chez 44% vs 8% avec $p < 0,05$ l'accouchement par césarienne 59% 35 avec $p < 0,05$, prématurité et l'hydramnios

Facteurs associés à l'indication de césarienne en analyse multivariée, Prééclampsie OR = 11,4, nulliparité OR = 4,0 OR = 8,6, macrosomie OR = 3,7, obésité familiale OR = 3,5, diabète familial OR = 2,5, hydramnios OR = 2,4

Mots clés

L'impact de la glycémie, obésité préconceptionnelle, DG, IMC, macrosomie, SOPK, prééclampsie, hydramnios

P-174. Acromegalie et cancer papillaire de la thyroïde :a propos de un cas et revue de la littérature.

AHMED ALI LEILA

NS FEDALA

ENDOCRINOLOGIE ET MALADIE SMETABOLIQUES CHU DE BAB EL OUED

* leila73fr@yahoo.fr

Introduction :L'acromégalie est une pathologie rare en rapport avec un excès d'hormone de croissance . Plusieurs études ont indiqué qu'un excès chronique d'insulin-like growth factor-1 stimule la prolifération de divers types cellulaires et induit un effet anti-apoptotique dans les cellules folliculaires et dans la littérature, le risque de cancer de la thyroïde a été rapporté supérieur à cinq fois chez les acromégales .Nous rapportons un cas et ferons une revue de la littérature

Observation :Patiente âgée de 53 ans admise pour prise en charge d'un carcinome papillaire de la thyroïde composante trabeculovesiculaire classé PT3 NxMx .L'hypersomatotropisme a été suspecté devant un syndrome dysmorphique typique acquis et confirmé par un taux de GH élevé a 8ng/ml et un taux d'IGF1 élevé a 578ng/ml (43-286) soit 2 fois la normale et une GH non freinée a l'HGPO. L'IRM hypothalamohypophysaire a objectivé un micro adénome hypophysaire de 09x09mm latéralisé a gauche non invasif.Le bilan de retentissement de l'hypersomatotropisme retrouve une HTA. la patiente est adressée pour irathérapie complémentaire effectuée avec un statut actuel de remission pour sa neoplasie .

Conclusion : Il existe une augmentation significative de la fréquence de la neoplasie thyroïdienne dans l'acromegalie d'ou la nécessité de dépister la pathologie nodulaire thyroïdienne par une echographie cervicale systématique et la pratique d'une cytoponction au moindre doute.

Mots clés

ACROMEGALIE CANCER DE LA THYROÏDE

P-175. McCune-Albright syndrome et acromégalie :A propos de un cas et revue de la littérature

AHMED ALI LEILA

FEDALA NORA SOUMEYA

ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES CHU DE BAB EL OUED

Introduction :

Le syndrome de Mc Cune Albright (MAS) est une maladie génétique acquise rare due à une mutation somatique gain de fonction du gène GNAS. Elle se caractérise par des lésions squelettiques, une hyperpigmentation cutanée et des endocrinopathies hyperfonctionnelles dont l'acromégalie .Nous rapportons un cas et ferons une revue de la littérature.

Observation :

Patient de 34 ans admis pour acromégalie. L'examen clinique note une dysplasie polyostotique (os du crane et de la face, fémur droit, une cypho-scoliose), et un syndrome dysmorphique acromégaloïde acquis. Biologiquement, un hypersomatotropisme majeur : GH : 30,8 ng/ml, IGF-1 : 370 ng/ml. L'IRM hypothalamo-hypophysaire retrouve une dysplasie craniofaciale hypertrophique exerçant un effet de masse sur les structures encéphaliques notamment antérieur (fronto-pariétale), et une selle turcique vide avec ptose de la citerne opto-chiasmatique .Il est mis sous traitement a base d'analogues de la somatostatine en première intention .

Discussion -Conclusion : L'acromégalie touche entre 20 et 30 % des patients atteints de MAS Le diagnostic d'acromégalie est généralement posé à l'âge adulte et peut être retardé vu la dysplasie fibreuse craniofaciale, masquant la dysmorphie de l'acromégalie comme chez notre patient.la prise en charge des morbidités associées à l'acromégalie est similaire chez les patients atteints de MAS et d'acromégalie classique. Une différence clé est le rôle de la chirurgie hypophysaire, qui est difficile ou impossible chez ces patients, de ce fait le traitement médical est préféré chez eux.

P-176. déficit en leptine

Dr Akkadi Dr Adimi Pr NS Fedala

endocrinologie et maladies métaboliques mohammed lamine debaghine

introduction: La leptine est l'hormone la plus connue sécrétée par le tissu adipeux blanc., la voie de la mélanocortine régulée par la leptine est la composante majeure du contrôle de l'équilibre énergétique dans le corps humain, la leptine régule non seulement le métabolisme énergétique, la prise alimentaire et la sensibilité à l'insuline, mais joue également des rôles spécifiques dans la reproduction, la santé osseuse et la régulation immunitaire. Le déficit congénital en leptine est un syndrome génétique humain rare entraînant le plus souvent une hyperphagie sévère et une obésité précoce.

observation: Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 05ans, issu d'un mariage non consanguin, cadet d'une fratrie de 03enfants, aux antécédents familiaux chargés d'obésité cotée paternelle.

Il est né à 38SA semaines de gestation avec un poids de naissance normal (3200 g) après une souffrance fœtale aigüe due à une infection materno-fœtale.

Il présente comme des antécédents personnels des infections respiratoires hautes à répétition durant son enfance.

La prise de poids rapide était remarquée à partir de l'âge de 02ans de façon progressive avec changement des habitudes alimentaires, et vu les antécédents familiaux d'obésité les parents n'étaient pas motivés pour consulter à cet âge, mais devant l'aggravation de l'obésité à l'âge de 05ans ils ont décidé de consulter chez un médecin libéral qui a orienté le patient à notre niveau.

L'examen clinique : trouve un patient pesant 45kg avec une IMC à 30,7kg/m² qui correspond à une obésité grade 2 selon la courbe de l'IMC (>99.9th percentile) à répartition androïde et un TT à 90cm (soit élevé) ; toiser à 121cm (+3DS/TM et +1,5DS/TC) sans VC ; les OGE de morphotype masculin, son volume testiculaire était à 2,2cc selon l'orchidomètre de Prader et une verge mesurant 04cm (absence de micropénis) avec la présence d'adipomastie bilatérale et acanthosis nigricans au niveau de la nuque. Il ne présentait aucun syndrome dysmorphique anormal. La maman a signalé un comportement de recherche de nourriture et une hyperphagie qui est devenue importante ces derniers temps, le patient peut consommer plusieurs aliments à IG élevé en temps très rapide.

Le bilan biologique: a

objectivé **une dyslipidémie** avec **une insulino-résistance (indice de HOMA à 4,6)**, le dosage de la leptine était à 28,30 ug/l soit un taux **déficitaire** (selon le BMI, le poids et la taille, le taux de la leptine doit être à 118ug/l).

obésité sévère précoce survenant dans la petite enfance.

discussion: Le gène **ob** est présent sur le **chromosome 7** chez l'homme code pour la leptine (peptide de 167 acides aminés) qui est majoritairement exprimé dans le tissu adipeux blanc. Néanmoins, son expression a également été mise en évidence dans

d'autres organes tels que le sein, les ovaires, l'hypophyse, les muscles squelettiques, l'os, l'estomac, et le tissu lymphoïde

La leptine régule l'homéostasie énergétique et la fonction neuroendocrinienne au niveau de l'axe hypothalamohypophysaire elle a un **effet anorexigène** et elle intervient dans la régulation de la sécrétion des **hormones thyroïdiennes**, de **l'hormone de croissance**, de **cortisol**, de **stéroïdes sexuels** et de **l'insuline**, elle est également importante pour la modulation des réponses inflammatoires, la carence en leptine peut entraîner un dysfonctionnement des **lymphocytes CD4+**

Les concentrations de leptine varient au cours de nycthémère selon

un **rythme inverse** de celui de l'ACTH et du cortisol, elle varie en fonction de poids et le BMI

Dans une étude publiée en 2021, chez 67 cas de déficit en leptine (52 % de femmes) confirmé par des études génétiques de différentes origines (Pakistanaï, indien; Turc, Égyptien) ont été révisés, tous les patients avaient comme point commun l'obésité et l'hyperphagie (100%), l'hypogonadisme a été trouvé chez (5cas), l'hypothyroïdie chez (6cas), la perturbation de bilan métabolique (hyperglycémie hyperinsulinémie, dyslipidémie) chez (4cas) et la perturbation de bilan inflammatoire chez (2cas) ce qui confirme qu'il existe une variabilité clinique et biologique dans le cas de déficit en leptine, chose qui était trouvée chez notre patient ou le bilan biologique et l'examen clinique n'a pas objectivé la présence de l'hypogonadisme ou de l'hypothyroïdie (les explorations de bilan immunitaire n'étaient pas faites pour voir le déficit de fonction lymphocytaire CD4+ mais reste fort probable vu les antécédents des infections respiratoires à répétition)

Après l'administration des injections en sous cutané des analogues de la leptine (**metreleptine**) à des doses de 0,028UI/KG/J chez ces patients y'avait une amélioration de poids sur 12 semaines d'utilisations (jusqu'à moins de 16,4kg) avec changement de comportement alimentaires et amélioration de l'hyperphagies, y'avait aussi un déclenchement de la puberté chez les gens qui ont eu un hypogonadisme et amélioration de bilan métabolique et thyroïdien

Notre patient avait un poids normal à la naissance et il a été admis pour la prise en charge d'une obésité précoce avec changement des habitudes alimentaires (hyperphagie), le bilan biologique a confirmé un taux déficitaire de la leptine mais vu le niveau socioéconomique des parents on n'a pas réussi à faire des études génétiques pour confirmer la mutation de gène de la leptine, ni d'introduire les analogues de la leptine (metreleptine) qui reste non disponible en Algérie. Il a bénéficié des RHD avec surveillance clinique rapprochée afin de voir l'évolution clinicobiologique

conclusion:

La leptine reste une hormone très indispensable dans le corps humain, son déficit n'est pas un rôle seulement sur le changement des habitudes alimentaires avec l'apparition d'une obésité précoce qui constitue un fardeau lourd sur la qualité de vie de la personne atteinte mais également sur les autres fonctions endocrinienne et

métabolique, les analogues de la leptine ont prouvé leurs efficacité sur la réversibilité des symptômes clinique et biologique

Mots clés

Leptine

P-177. Etude rétrospective sur l'hospitalisation au service d'endocrinologie bab el oued pour hypoglycémie non diabétique: Caractéristique des patients, étiologie et prise en charge thérapeutique

**Dr.N.Bouchmat Dr.H.Akkadi Dr.I.Benoumechiara Pr.NS.Fedala
endocrinologie mohammed lamine debaghine**

Introduction : L'hypoglycémie en dehors de diabète est une situation rare dont les étiologies sont multiples ; Dans une étude rétrospective portant sur 37 898 hospitalisations non diabétiques et non critiques, la fréquence estimée des hypoglycémies $\leq 0.55\text{g/l}$ était de 36 pour 10 000 admissions. Notre but est d'évaluer les caractéristiques des patients hospitalisés pour hypoglycémie non diabétique ; les étiologies ainsi que leur prise en charge en dehors de l'urgence

Matériels et méthodes : Étude rétrospective sur dossiers de patients hospitalisés au niveau du service d'endocrinologie du CHU Mohamed Lamine Debaghine entre janvier 2011 et janvier 2023 pour exploration et prise en charge d'une hypoglycémie chez les non diabétiques

Résultats :

Cette étude portait sur 34 patients présentant des épisodes d'hypoglycémie. La moyenne d'âge des patients était de 32 ans avec une prédominance féminine (sex ratio 2/11) .

Les antécédents familiaux de diabète sucré (70,59%). 20,58% avaient des antécédents personnels d'endocrinopathies et 14,7% de maladies auto-immunes.

50% des patients avait un BMI normal, 17,65% un surpoids ,obésité chez 26,47%, maigre chez 5,88% et prise de poids chez 35,29% des malades

Les signes neurovégétatifs rapportés chez 44,12% et glucopéniques dans 8,82% les hypoglycémies ont été observées à jeun chez 23,53% et postprandiale chez 32,35% des cas. L'épreuve de jeune a été réalisée chez 47,06% des patients, avec une hypoglycémie constatée chez 8,82%.

L'insulinémie et le peptide ont été dosés chez 32,29% des patients, révélant une origine endogène dans 20,59% des cas et exogène dans 5,88%. Chez les patients présentant un hyperinsulinisme endogène, les anticorps anti-insuline ont été dosés chez 28,57% des patients, avec un résultat positif dans 14,28%.

L'imagerie a été réalisée chez 85,71% des patients, avec une écho endoscopie chez 3 patients révélant dans tous les cas un insulinome en regard d'imagerie négative.

L'hypoglycémie a été infirmée chez 47,05% des patients, et l'étiologie la plus

fréquente était l'hypoglycémie fonctionnelle (17,65%), suivie de l'insulinome (8,82%) et de la cause factice (5,88%). Chez 8,82% des patients, aucune cause n'a pu être identifiée

Discussion :

l'hypoglycémie non diabétique (HND), une entité rare qui se caractérise par une glycémie plasmatique inférieure à 0,55 g/l, la présence de symptômes neuroglycopéniques et leur disparition après la prise de sucre. L'HND est rarement confirmée souvent confondue avec un abaissement de la glycémie qui est beaucoup plus fréquent et ne nécessite que rarement des investigations complémentaires . En effet dans notre étude l'HND n'a pas pu être confirmée dans 38.23 % .chez les patients ayant une pathologie chronique les causes de l'hypoglycémie sont multiples et fréquentes, notamment par atteintes d'organes, la dénutrition (retrouvée chez 2 de nos patients qui avaient une maladie digestive) où suite aux médicaments , dont les plus cités sont les quinolones, la pentamidine, la quinine, les bêtabloquants, les IEC et certains anti dépresseurs (5.8% de nos patients étaient sous l'un de ces médicaments (quinine, anti dépresseurs)

Dans certaines étiologies extrêmement rares d'hypoglycémie, il faut rechercher une étiologie tumorale de type NICT

Une fois que toutes les causes évidentes ont été exclues, L'étape suivante consiste à déterminer l'heure des hypoglycémies. Les hypoglycémies postprandiales peuvent être liées à une chirurgie bariatrique, responsable d'un "dumping tardif" sur hyperinsulinisme réactionnel. Une autre entité controversée est le syndrome postprandial idiopathique ou l'hypoglycémie réactive, qui provoque des malaises neuro-végétatifs à distance des repas. En se basant sur ces critères et sur l'HGPO sur 4 à 5h , 11.67%de nos patients ont étaient classés comme hypoglycémie fonctionnelle, Le traitement est symptomatique et consiste en une modification des habitudes alimentaires avec fractionnement, des repas, diminution des aliments à IG élevé et éviction de l'alcool

Devant Une hypoglycémie survenant à jeun on doit écarter l'insulinome, qui dans de rares cas peut être révélé par une Hypoglycémie postprandiale (1 patient dans notre étude et 6%dans la littérature).

Une fois l'HND confirmée ,l'insulinémie/peptide c sont dosés; soit en regard de l'hypoglycémie ou après une épreuve de jeune .une insulinémie élevée peptide c bas est en faveur d'une origine factrice et la prise en charge sera psychiatrique ; en revanche un hyperinsulinisme endogène pose le diagnostic différentiel entre un insulinome et la prise inavouée de sulfamides hypoglycémiants, facilement écartée par un dosage sanguin et urinaire . Ceci peut également se voir dans les rares cas d'hypoglycémie auto-immune avec présence d'anticorps anti-insuline ou à ses récepteurs, retrouvé chez une patiente dans notre étude rentrant de la cadre du syndrome d'hiata.

Quand le diagnostic d'insulinome est suspecté il est nécessaire de compléter par une imagerie (IRM ,TDM).Généralement de petite taille, l'insulinome est difficile à localiser d'où l'intérêt de l'échoendoscopie qui bien qu'opérateur-dépendante, a une

excellente sensibilité (approchant 100%) lorsqu'elle est combinée à la TDM (le cas chez 3 de nos patients dont le le diagnostic d'insulinome s'est fait par l'échoendoscopie alors que l'imagerie était négative)

Conclusion :

La triade de Whipple est essentielle pour débiter l'enquête étiologique. Les hypoglycémies chez les personnes malades sont souvent multifactorielles et liées à des problèmes de santé sous-jacents. Chez les personnes en apparence saines avec une hypoglycémie de jeûne, avant tout faut éliminer une origine exogène puis considérer l'origine endogène principalement l'insulinome,

Références:

1.ref : [Hypoglycemia in non-diabetic in-patients: clinical or criminal? Nirantharakumar K, Marshall T, Hodson J, Narendran P, Deeks J, Coleman JJ, Ferner RE .PLoS One. 2012;7\(7\):e40384. Epub 2012 Jul 2.\)](#)

[Service FJ. Classification of hypoglycemic disorders. Endocrinol Metab Clin North Am 1999;28:501.](#)

3.[Murad MH, Coto-Yglesias F, Wang AT, et al. Clinical review : Drug-induced hypoglycemia : A systematic review. J Clin Endocrinol Metab 2009;94:741](#)

4.[service GJ, Thompson GB, Service FJ, et al. Hyperinsulinemic hypoglycemia with nesidioblastosis after gastric-bypass surgery. N Engl J Med 2005;353:249.](#)

5.[palardy J, Havrankova J, Lepage R, et al. Blood glucose measurements during symptomatic episodes in patients with suspected postprandial hypoglycemia](#)

[De Herder WW, Niderle B, Scoazec JY, et al. Well-differentiated pancreatic tumor/carcinoma : Insulinoma. Neuroendocrinology 2006;84:183-8](#)

Mots clés

hypoglycémie

P-178

Thyroidite de Riedel, a propos d'un cas !

Dr D.Bouزيد, Pr D.E.Boudiaf, Pr N.S.Fedala.

Service d'endocrinologie, CHU Mohamed Lamine Debaghine BEO ,Alger, ALGERIE

Introduction :

La thyroidite de Riedel, encore appelée thyroidite sclérosante ou thyroide fibreuse invasive, caractérisée par une fibrose extensive, elle représente la forme la plus rare des thyroidites chroniques

Observation :

Nous rapportons ici un cas de thyroïdite de Riedel chez une patiente âgée de 56 ans qui présentait un GMN suspect (Eu-Tirads 4 et Bethesda V) en euthyroïdie. La patiente avait bénéficié d'une thyroïdectomie totale type R1 avec un processus tumoral adhérent à la trachée et l'œsophage, laissant une pastille de 10 mm sur le trajet. L'histologie est revenue en faveur d'une : Thyroïdite lymphocytaire chronique (au stade de fibrose), sans processus malin associé. L'échographie faite en post opératoire montrait un processus invasif s'étalant sur 64X34X28 mm engainant complètement la carotide commune en regard d'un taux faible et stable de thyroglobuline. Devant ces arguments cliniques une corticothérapie est alors mise en route avec une bonne évolution clinique. Une réévaluation morphologique est programmée à 3 mois.

Discussion :

La thyroïdite de Riedel constitue une forme rare de thyroïdite chronique caractérisée par une fibrose extensive de la glande thyroïde entraînant sa destruction et atteignant les tissus avoisinants.

Plusieurs diagnostics différentiels sont évoqués particulièrement le cancer anaplasique, la forme fibreuse de la thyroïdite d'Hashimoto et le lymphome thyroïdien.

Son étiopathogénie demeure inconnue. Certains auteurs suggèrent que la thyroïdite de Riedel pourrait être une manifestation locale d'une maladie systémique fibrosante de type fibrosclérose multifocale, notamment du spectre des maladies systémiques à IgG4. Son diagnostic est anatomopathologique et sa prise en charge reste discutée. En l'absence de compréhension de la pathogénie de la maladie, l'approche thérapeutique est empirique et imparfaite. La corticothérapie reste la base du traitement médical.

Mots clés

thyroïdite, Riedel , igG4, anaplasique ,

P-179. CANCERS THYROÏDIENS AU COURS DE LA GROSSESSE. QUELLE PEC?

Dr Karima Boudour

Pr Dia Eddine Boudiaf, Pr Nora Soumeia Fedala

Endocrinologie CHU Mohamed Lamine Debaghine, Babeloued, Alger

Introduction : Les nodules thyroïdiens sont fréquents au cours de la grossesse. Leur prévalence varie de 6 à 30%, néanmoins le cancer aurait une prévalence estimée à 14,4 pour 100 000, le cancer papillaire étant le type le plus fréquent. L'ATA et la SFE ont récemment élaborés des recommandations pour une meilleure prise en charge.
Méthodes : Etude rétrospective de 2018 à 2023 sur dossiers de CPT chez des

patientes gestantes qui se sont présentées pour nodule thyroïdien découvert fortuitement au cours de la grossesse et jugé hautement suspect à l'échographie. Résultats : Nous avons revu 10 dossiers, l'âge moyen était de 33 ans (extrêmes de 26-38), l'âge gestationnel moyen était de 15 SA, le nodule a été classé selon la classification EUTIRADS avec une TCT normale, une cytoponction a été réalisée chez toutes les patientes revenues suspecte de malignité (Bethesda V) chez 7 patientes, franchement maligne chez 2 patientes (Bethesda VI), une avait un Bethesda III. Après concertation multidisciplinaire, une décision de chirurgie a été prise chez 7 patientes, le geste a été effectué au 2ème trimestre, aucun incident per ou post opératoire n'a été marqué. Les trois autres patientes avaient bénéficié d'une surveillance échographique active et la chirurgie a été différée après l'accouchement. Discussion : Les nodules thyroïdiens découverts pendant la grossesse présentent des défis. Un équilibre prudent est nécessaire entre l'établissement d'un diagnostic définitif et l'instauration d'un traitement tout en évitant les interventions qui peuvent avoir un impact négatif sur la mère et le fœtus. Si la majorité des nodules ne nécessite qu'une surveillance et la chirurgie peut être différée au post-partum, quelques signes prédictifs d'agressivité comme l'effraction capsulaire ou l'infiltration ganglionnaire imposent à considérer une chirurgie. Pendant la grossesse, Si la cytologie est indicative de CPT le nodule doit être surveillé par échographie et, s'il présente des critères péjoratifs, une chirurgie doit être envisagée au deuxième trimestre. Il faut toujours considérer le risque post-opératoire de l'hypothyroïdie et de l'hypoparathyroïdie, fatales pour le fœtus. Si le cancer est avancé au moment du diagnostic ou la cytologie indique un carcinome médullaire ou anaplasique, la chirurgie est indiquée.

Mots clés

Cancer thyroïdien, grossesse, chirurgie, surveillance

P-180. Syndrome de Prader Willi : a propos un cas

Dr bedar wiam

Dr djaghloul amira

Medecine interne EPH ras el oued

Introduction :

Le syndrome de Prader willi est une affection génétique caractérisée par l'association d'un dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire, une hypotonie néonatale à des troubles du développement psychomoteur et une obésité précoce sévère. Son diagnostic repose sur la découverte d'anomalies dans la région 15q11-q13 du chromosome 15 d'origine paternelle .

Materiels et Méthodes

nous rapportons le cas de notre patiente âgée de 18 ans admise dans notre service pour une obésité morbide associée à un retard statural et mental . L'interrogatoire retrouvait un antécédent d'hypotonie néonatale avec retard d'acquisitions

psychomotrices. L'exploration clinique et paraclinique notait une dysmorphie acrofaciale, un syndrome d'apnée du sommeil et un hypogonadisme hypogonadotrope et une aménorrhée primaire .

Résultats :

du syndrome de Prader Willi a été porté devant l'association de plusieurs critères majeurs et mineurs de Holm(l'étude génétique n'a pas pu être faite devant l'association de plusieurs critères majeurs et mineurs de Holm(l'étude génétique n'a pas pu être faite), associé à - un déficit en GH - un hypogonadisme hypogonadotrope une obésité qui s'est aggravée au fil des années et qui s'est compliquée par un syndrome d'apnée de sommeil.

Conclusion :

Le syndrome de Prader Willi reste une pathologie génétique rare. Il devrait être systématiquement recherché devant une hypotonie néonatale ou une obésité précoce sévère. Sa prise en charge demeure complexe et multidisciplinaire .

P-181. Incidentalome surrénalien gauche révélant un carcinome papillaire rénal, à propos d'un cas.

Djebri salima
Endocrinologie

Incidentalome surrénalien gauche révélant un carcinome papillaire rénal, à propos d'un cas.

Dr S.Djebri , Pr S.Khansal ,Pr N. Nouri

Service d'Endocrinologie, Diabétologie CHU Benbadis Constantine

Introduction

La découverte d'une masse surrénalienne est devenue fréquente, source de problème diagnostique étiologique et surveillance.

Observation

Devant l'installation des douleurs abdominales diffuses spontanées résistantes au traitement symptomatique chez une patiente de 56 ans, aux antécédents personnels de déficit corticotrope post corticothérapie ; une échographie A/P a été demandée objectivant une masse inter hépatorénale droite hétérogène d'appartenance surrénalienne complétée par une TDM A/P objectivant une volumineuse masse surrénalienne droite ,ovale, plus ou moins bien limitée présentant un bord

exophytique au niveau du pôle inférieur, hypodense, densité spontanée à 30 UH à rehaussement hétérogène ménageant quelque zone de nécrose (densité de 69UH au temps portal et 39UH au temps tardif) mesurant 50 *40*48mm, Le Wash out revient :WA à 77% WR :43%

-Le bilan biologique est revenant :

- ACTH :10,6 pg/ml, Cortisol de base :2,3 ng/dl
- Dérivés méthoxylés: négatif
- 17 OHP : 0,1ng/ml (0,13-0,5)
- SDHEA :89ng /dl(80-2000)
- Testosterone : 0.9ng/ml (inf à 1.5)
- Kaliémie :4,33meq/l

-La PEC : Une surrenalectomie droite a été réalisée, étude Anapath objectivant un aspect morphologique et phénotypique en faveur d'un carcinome papillaire du rein grade 2 de FUHERMAN et l'immunohistochimie :cytokeratine 7et CD10 : positif
cytokeratine20 :négatif

Discussion

L'incidence des MS atteint 2 % au cours des incidentalomes surrénaliens et si le contexte oncologique est connu, la fréquence des métastases parmi les lésions surrénaliennes peut atteindre plus de 50 %. Les MS revêtent divers aspects macroscopiques : hématomes, nécrose et peuvent être uni ou bilatérales. La tumeur primitive peut être bronchopulmonaire, mammaire, digestive, un lymphome ou rénale comme dans ce cas

P-182. Les particularités de l'ostéoporose endocrinienne

W. Debbah

A. Bouzid, M. Azzouz

Service d'Endocrinologie-diabétologie, EPH Bologhine, Alger.

Introduction :

L'ostéoporose endocrinienne devrait devenir rare aujourd'hui puisque les endocrinopathies ont bénéficié d'un diagnostic plus précoce. Cependant elle reste

fréquente, sous diagnostiquée et peu prise en charge. **L'objectif** de notre travail est de déterminer le profil ostéodensitométrique des patients suivis pour endocrinopathie et définir les caractéristiques de l'ostéoporose et de l'ostéopénie chez ces patients.

Matériel / Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 87 patients suivis pour endocrinopathies au service d'endocrinologie-diabétologie de l'EPH Bologhine s'étalant sur une période de 03 ans allant du début du mois de juillet 2020 au mois de juillet 2023.

Résultats :

L'âge moyen était de 43 ± 17.2 ans, avec une prédominance féminine.

Les pathologies endocriniennes étaient dominées par l'hyperparathyroïdie primitive, l'hypogonadisme, les hypercorticismes et les hyperprolactinémies.

67.8% des patients présentaient une anomalie de la densité osseuse. La prévalence de l'ostéoporose était de 34.5 %. L'ostéopénie a été retrouvé chez 33.3 % des patients.

Discussion :

La plupart des endocrinopathies peuvent s'accompagner de complications ostéoarticulaires notamment d'une ostéoporose. En effet La plupart des glandes endocrines, via les hormones qu'elles sécrètent, peuvent influencer la balance formation-résorption, le plus souvent au profit de la résorption.

Le tissu osseux fait l'objet d'un perpétuel remodelage lié schématiquement à l'action conjuguée des ostéoclastes (résorption) et des ostéoblastes (formation). Cette balance formation-résorption est placée sous l'influence de nombreux facteurs, notamment nutritifs et endocriniens.

Conclusion :

L'ostéoporose au cours des pathologies endocriniennes est fréquente mais reste sous diagnostiquée, d'où l'intérêt de rechercher systématiquement l'atteinte osseuse devant toute endocrinopathie.

P-183. APOLIPOPROTEINES ET EVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE CHEZ LES PATIENTS HYPERTENDUS

OTMANE A

CHACHOU Y, LOUAM D, MAKRELOUF M.

Laboratoire central de Biologie, CHU de BEO/ Université Alger1.

Résumé de la communication :

L'athérosclérose est une maladie multifactorielle, elle résulte de plusieurs mécanismes complexes comme l'accumulation de lipides, l'inflammation et la thrombose.

Le but de cette étude est l'exploration du bilan lipidique (EBL) et le dosage des apolipoprotéines, ainsi qu'évaluer le rapport ApoB/ApoA1 chez les patients hypertendus avec et sans syndrome métabolique.

Matériels et méthodes :

C'est une étude transversale descriptive, réalisée chez 150 patients hypertendus d'âge moyen : 54 ± 8.49 ans, 195 femmes et 55 hommes.

Un bilan métabolique à jeun a été effectué (glycémie, un bilan rénal, l'acide urique, un bilan lipidique complet : cholestérol total, triglycérides, HDLc, LDLc, les apolipoprotéines A1 et B100, la CRPus et l'insulinémie, ces paramètres ont été dosés par méthodes certifiées sur Cobas 6000. L'insulinorésistance a été estimée par le HOMA-IR, couplée aux mesures anthropométriques (poids, IMC et tour de taille). Pour le syndrome métabolique, la définition du NCEP-ATPIII a été utilisée.

Résultats et discussion :

La prévalence du syndrome métabolique dans notre série est de 48%, on retrouve que 45% des patients sont sédentaires, 47% sont en surpoids et 36,25% d'entre eux sont obèses.

L'insulinorésistance évaluée par l'indice de HOMA est de 45%. Les résultats de l'uricémie chez les patients révèlent des taux de $(51,81 \pm 13.8)$ mg/l pour les HTA avec sMet, et 45.73 ± 13.7 pour le groupe sans sMet. La concentration moyenne de l'Apo A1 est (1.76 ± 0.30) g/l, celle de l'Apo B100 (2 ± 0.21) g/l. On observe chez les patients HTA avec syndrome métabolique et dyslipidémie, que les concentrations de l'apo B sont élevées, le risque athérogène est important en cas de LDLc élevé chez ces malades.

Conclusion :

Bien que, la plupart des recommandations pour l'estimation du RCV ne tiennent pas compte des différents rapports des paramètres du bilan lipidique. Ces derniers, peuvent compléter chez certains groupes de patients avec les facteurs de risque classiques (LDLc) l'évaluation du risque athérogène.

Mots clés : Lipoprotéines, apoA1, apo B100, hypertension artérielle, risque athérogène.