

Génération

ENDOCC NUT

endocrinologie • diabétologie • nutrition

numéro

03

Mars
2025

DOSSIER

Attractivité de l'EDN

Quand notre spécialité inspire : Une dynamique en route

LES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Mise au point sur les cotations

RETOUR DU CONGRÈS SFE

Grâce à nos rapporteurs internes, le congrès
comme si vous y étiez



FENAREDIAM

Fédération Nationale des
Associations Régionales
d'Endocrinologie
Diabétologie et Métabolisme



Association Nationale des
Internes de Diabétologie,
Endocrinologie & Nutrition



D^r Emmanuelle LECORNET-SOKOL

Endocrinologue

Paris

Présidente de la FENAREDIAM

À l'image de notre société, la médecine d'aujourd'hui se transforme et nos pratiques évoluent.

Notre spécialité voit ainsi arriver dans le soin courant des nouveautés majeures : les systèmes d'insulinothérapie automatisée dans le diabète de type 1, les médicaments anti-obésité, la thermoablation des nodules thyroïdiens bénins et des micro-carcinomes papillaires, et bientôt peut-être les nouveaux traitements de la ménopause par antagonistes NK3.

Notre organisation est aussi en train d'être bouleversée : la rémunération de la télésurveillance pour les patients vivant avec un diabète valorise un travail que nous faisons depuis de nombreuses années, sans reconnaissance. La nouvelle convention va aussi permettre de coter une consultation couplée à une échographie thyroïdienne, justifiant ainsi notre expertise et ouvrant certainement la possibilité à nombre d'entre nous de faire rentrer l'imagerie dans le prolongement de notre diagnostic clinique. Les recommandations HAS ouvrent (enfin) la possibilité de ne plus nécessairement recourir à une hospitalisation pour initier une pompe à insuline ou une boucle fermée. Et enfin l'ANSM reconnaît le rôle central des endocrinologues comme spécialistes de l'obésité en recommandant la primo-prescription des agonistes GLP-1 aux spécialistes en EDN.

À nous désormais de nous emparer des opportunités offertes pour améliorer les possibilités de travailler en équipe : création d'ESS (équipes de soins spécialisées), élaboration de projets au sein des CPTS, collaboration avec des Infirmières de Pratique Avancée, recours aux assistants médicaux.

Autant de possibilités pour enrichir notre travail, améliorer la prise en charge de nos patients et bien sûr notre qualité de vie.

Soraya BELHABIB

Interne en Endocrinologie

Présidente sortante de l'ANIDEN

UN MANDAT S'ACHÈVE...

Cette année aura été l'occasion de perpétuer la volonté d'union et de centralisation des informations pour ANIDEN.

Le site internet étant un vrai outil de passage d'informations fiables pour les néo-internes, les médecins de ville à la recherche de remplaçants ou pour les services hospitaliers en France métropolitaine et Outre-Mer.

Pendant cette année, ANIDEN a pu poser de nouveau la question de la cinquième année d'internat pour la spécialité EDN, élément central de la formation des futurs praticiens endocrino-diabéto-nutritionnistes.

L'avis des internes est encore en cours de sondage et les résultats seront publiés prochainement.

Ce début d'année signe aussi pour moi la fin de mon mandat, pour me concentrer sur ma phase d'approfondissement.

Pour ANIDEN, les projets sont loin d'être terminés et l'aventure ne fait que continuer.



À retrouver sur

- 06** LA PAGE COLLABORATIVE
- 07** MOT DES RÉDACTEURS
Dr Thomas DEMANGEAT & Dr Edouard GHANASSIA
- 08** CAS CLINIQUES
Cas clinique Hypophyse / Pédiatrie
Cas Clinique Thyroïde
Mélissa BENALLOU & Dr Vlad RADILESCU
- 15** ENDOC 2.0
Comment diagnostiquer une obésité génétique ?
Pr Christine POITOU BERNERT
- 18** COMMENT JE VIS MON ENDOC-NUT...
Mon expérience d'endocrinologue à l'étranger :
L'expérience nord-américaine
Dr Géraldine SKURNIK
Mon expérience d'endocrinologue à l'étranger :
L'expérience belge
Dr Luc DERDELINCKX
- 22** LES MISES AU POINT
Les arbres de Clotilde
Dr Clotilde SAIE
Les points clés des recommandations de la HAS de mai 2024
sur la prise en charge du diabète de type 2
Camille JUBERT
- 28** RETOUR DE CONGRÈS : SFE 2024
Tout ce que vous vouliez savoir sur l'hyperaldostéronisme primaire
Mélissa BENALLOU
Communications orales : Thyroïde
Mélissa BENALLOU
Atelier Hypersudation : Pourquoi l'endocrinologue transpire ?
Dr Vlad RADILESCU
- 38** ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES
La nouvelle convention et ses changements :
Une occasion de se remettre au point sur les cotations
Dr Edouard GHANASSIA, Dr Mathilde BLANQUET & Dr Claude COLAS
- 44** DOSSIER : ATTRACTIVITÉ DE L'EDN, UNE DYNAMIQUE EN ROUTE
Les présidentes des collègues vous parlent
Pr Anne BACHELOT & Pr Sophie BELIARD
Quand une carrière inspire : De médecin libéral à PUPH Chef de service
Interview du Pr Laurent MEYER
Quand la diabétologie inspire : Le CIRDIA
Dr Sylvie PICARD
Quand la thyroïdologie inspire : La naissance de l'AFTHY
Dr Edouard GHANASSIA
Quand la nutrition inspire : L'aventure du Médipôle de Villeurbanne
Dr Anne-Cécile PAEPEGAEY & Dr Erika CORNU
- 63** LA PAROLE À...
La FENAREDIAM : Bilan de l'année 2024
Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL
- 66** DANS LA CIBLE DE NINA
Alors, on danse ? Les pas de base pour ouvrir les congrès aux patients
Nina TOUSCH
- 68** AGENDA
Congrès & Formations à venir



FENAREDIAM

Fédération Nationale des Associations
Régionales d'Endocrinologie Diabétologie
et Métabolisme
<https://fenarediam.fr>



Association Nationale des Internes de
Diabétologie, Endocrinologie & Nutrition
<http://aniden.fr>

Rédacteurs en chef

Dr Edouard GHANASSIA
Dr Thomas DEMANGEAT

Régie publicitaire

Réseau Pro Santé
M. TABTAB Kamel, Directeur
14, Rue Commines - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
Email : contact@reseauprosante.fr
Web : www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page
We Atipik - www.weatipik.com

Crédit photos

123RF, Adobe Stock, FENAREDIAM, ANIDEN

ISSN : 3000-4780

Fabrication et impression en UE.
Toute reproduction, même partielle, est
soumise à l'autorisation de l'éditeur et
de la régie publicitaire. Les annonceurs
sont seuls responsables du contenu de
leur annonce.



LA PAGE COLLABORATIVE

Chères consœurs et chers confrères libéraux, chères et chers collègues internes,

La **FENAREDIAM** et l'**ANIDEN** poursuivent leur collaboration dont les buts sont la communication, le partage et la diffusion de toutes les informations non seulement scientifiques, médicales, professionnelles et même au-delà.

La mission que nous nous sommes fixée vise au rayonnement de notre belle spécialité et à la synergie entre toutes ses composantes, entre toutes ses générations. À l'image d'une auberge espagnole, chacun y amène quelque chose, ce qu'il sait, ce qu'il a envie de partager... chacun y apporte un peu de soi, finalement.

Tout comme dans le cadre de votre activité médicale, le temps, l'énergie, la créativité que vous y consacrez ont une valeur, ont un prix.



Voilà pourquoi nous vous proposons 3 formes de contributions rémunérées.

LA BOURSE

FENAREDIAM : "LIBÉRAUX À VOUS DE JOUER"

Tu es endocrinologue libéral(e) ?
Tu as un projet innovant ? Tu as mis en place une organisation originale ?

La FENAREDIAM offre **2 bourses** de financement de **500€**.

Thème 2025 : Modèle organisationnel dans la prise en charge de l'obésité.

Dossier (1 page Word maximum) à envoyer par mail à fenarediam@gmail.com

Date limite d'envoi des projets : 1^{er} juin 2025

Félicitations à l'équipe du CIRDIA qui a bénéficié de la première bourse 2024 et dont vous trouverez un article inspirant dans ce numéro.

LA BOURSE

GÉNÉRATIONS-ENDOCS "INTERNES : À VOUS DE JOUER"

Tu es interne EDN ? Tu as une âme de reporter et tu souhaites assister à un des grands congrès de la spécialité tout en contribuant à ton magazine ?

GÉNÉRATIONS ENDOC-NUTS prend en charge **ton congrès** à hauteur de **500 euros** (entrée + déplacement + hébergement).

Prochains congrès :

SFD 2025 (Paris), SFE 2025 (Lille)

Conditions

- Être rapporteur : assister à 3 sessions désignées et/ou choisies et les rapporter sous forme de brèves.
- Rédiger un cas clinique pour le prochain numéro de la revue.

Candidature à envoyer à generationsendoc@gmail.com

Date limite de candidature :

15 mars 2025 (SFD), 15 août 2025 (SFE)

Félicitations à VLAD RADILESCU et MELISSA BENALLOU, rapporteurs du congrès SFE 2025 dont vous trouverez les retours dans ce numéro.

LA PIGE

GÉNÉRATIONS-ENDOCS "INTERNES & LIBÉRAUX : À VOS PLUMES, À VOS CAMS"

Tu es libéral(e) ou intern(e) ? Tu as envie de prendre la plume (et la cam) pour soumettre tes cas cliniques, un témoignage, un article original ? Tu as envie de faire partie de notre équipe pour être sollicité(e) à chaque numéro ? Écris-nous vite pour nous rejoindre et faire partie des pionniers d'une équipe grandissante, motivée et dynamique à generationsendoc@gmail.com (et tu pourras dire : dès le début, j'y étais !!).

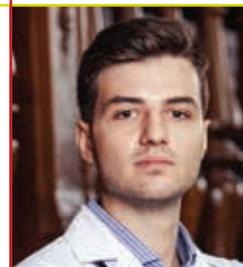
Conditions :

- Rédaction d'un cas clinique : 100 euros (vidéos incluses).
- Rédaction d'un témoignage : 50 euros (interview incluse).
- Rédaction d'un article : 100 euros la page de magazine / 200 euros 3 pages / 300 euros 5 pages / 50 euros demi-page.
- Les éditoriaux, les communiqués de Sociétés Savantes, les billets d'humeur et courrier des lecteurs ne sont pas rémunérés.
- La ponctualité est appréciée par les rédac'chefs et leurs surrénales !!!

Nous vous proposons
cas cliniques
de patients que nous avons eu l'occasion de voir dans nos services respectifs.



MéliSSa BENALLOU
Interne EDN, 6^{ème} semestre
Autrice Cas 1



D' Vlad RADILESCU
Actuellement FFI à l'hôpital Avicenne, Bobigny
Interne en endocrinologie 3^{ème} année
en Roumanie, Bucarest - Institut Nationale
d'Endocrinologie "C.I Parhon"
Auteur Cas 2



Cas clinique - Hypophyse / Pédiatrie

Cas n° 01

Vous recevez en consultation Lucas, âgé de 11 mois, pour une cassure de croissance staturale. Il est né à 40 SA + 5 jours avec un poids de naissance à 3745 g, une taille de 52,5 cm, un périmètre crânien à 36 cm, APGAR 9/10. Les parents rapportent un antécédent d'ictère néonatal prolongé d'évolution favorable spontanée sans étiologie retrouvée.

1. Concernant la cassure de croissance staturale

- A. Vous calculez la taille cible génétique.
- B. Un ictère néonatal prolongé doit faire rechercher une insuffisance surrénalienne.
- C. Un ictère néonatal prolongé doit faire rechercher une hypothyroïdie.
- D. Une cassure pondérale précédant la cassure staturale évoque une maladie endocrinienne.
- E. Un caryotype est réalisé systématiquement chez la fille avec retard de croissance.

La maman mesure 170 cm et a pour antécédent une thyroïdectomie dans le cadre d'une maladie de Basedow. Le papa mesure 168 cm et a pour antécédent une hydrocéphalie avec dérivation ventriculo-péritonéale. Il rapporte également un traitement par hormone de croissance depuis l'enfance. Cliniquement, Lucas présente une hypotonie axiale importante avec tenue de tête difficile, un petit faciès poupin avec ensellure nasale marquée, un micropénis, un retard psychomoteur important.

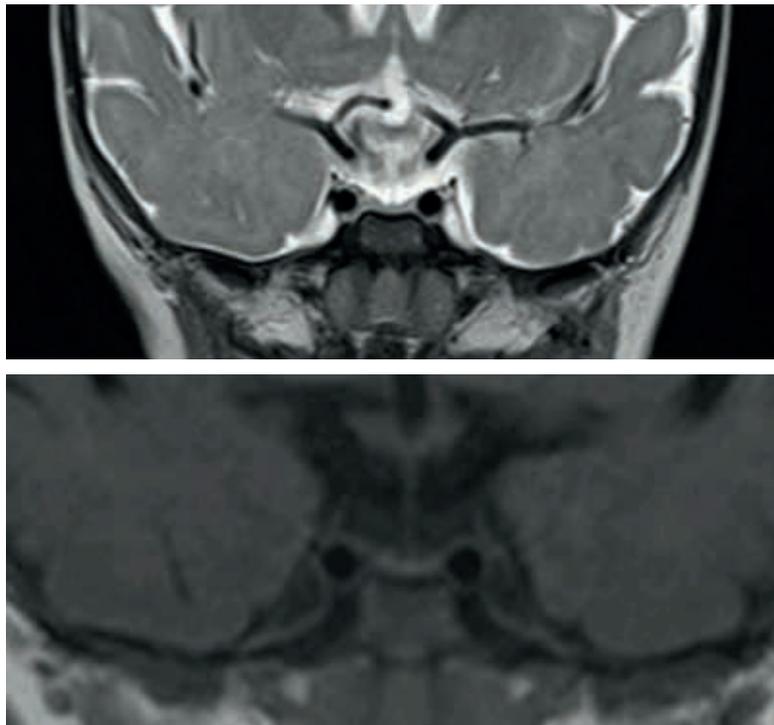
2. En reprenant l'interrogatoire, Lucas avait bénéficié d'un bilan complet dans le cadre de son ictère néonatal avec notamment un bilan thyroïdien qui retrouvait une TSH à 3.46 mUI/L (N : 0.87 – 6.14) et une T4L à 4.37 pmol/L (N : 12.1 – 18.6). Les parents rapportent plusieurs épisodes d'hypoglycémies au domicile contrôlés en capillaire.

- A. Le bilan thyroïdien est évocateur d'une insuffisance thyroïdienne.
- B. Le bilan thyroïdien est évocateur d'une hypothyroïdie périphérique.
- C. Vous recherchez d'autres déficits antéhypophysaires.
- D. Vous demandez une échographie +/- scintigraphie thyroïdienne.
- E. Vous demandez une IRM centrée sur la région hypothalamo-hypophysaire.

Lucas est hospitalisé pour poursuite du bilan. Vous instaurez un traitement par L-THYROXINE à la dose de 15 µg, soit 2 µg/kg initialement.

3. Le bilan réalisé au moment d'une hypoglycémie retrouve un cortisol à 24 µg/L, une ACTH à 9.9 pg/mL, une GH indosable (< 0.15), une IGF-1 à 5,5 ng/mL (N : 27.4 – 113.2). Un contrôle du cortisol réalisé 1h plus tard est mesuré à 60 µg/L. Le reste de l'hypophysiogramme retrouve une prolactine à 1.98 ng/mL, une TSH à 2.57 mUI/L, une T4L à 4.59 pmol/L.
- A. Le bilan est évocateur d'une insuffisance corticotrope.
 - B. Le bilan est évocateur d'une insuffisance somatotrope.
 - C. Le bilan est évocateur d'une insuffisance thyroïdienne.
 - D. Il est pertinent d'évaluer l'axe gonadotrope.
 - E. Vous introduisez un traitement par HYDROCORTISONE.

Vous réalisez une IRM centrée sur la région hypothalamo-hypophysaire. L'IRM retrouve une antéhypophyse hypoplasique avec une tige pituitaire assez longue, fine et médiane sans interruption, et une post-hypophyse en hypersignal T1 spontané en position eutopique.



4. De manière générale, concernant les déficits hypophysaires congénitaux :

- A. Il peut exister une région hypothalamo-hypophysaire normale ou une antéhypophyse hypoplasique.
- B. Il peut exister une posthypophyse ectopique.
- C. Il peut exister une selle turcique vide.
- D. Une dysplasie septo-optique doit être recherchée (syndrome de De Morsier).
- E. Il peut exister un syndrome d'interruption de tige.

5. Concernant l'insuffisance corticotrope :

- A. Un PAI doit être réalisé pour l'école ou la crèche.
- B. En cas de fièvre, il faut doubler ou tripler la dose d'HYDROCORTISONE.
- C. Une éducation à l'HEMISUCCINATE D'HYDROCORTISONE n'est pas systématique car le risque de décompensation est exceptionnel chez l'enfant.
- D. Le traitement sera à poursuivre à vie.
- E. L'instauration de l'HYDROCORTISONE permettra de limiter les hypoglycémies (associé au traitement par hormones de croissance).

6. Concernant le traitement par hormone de croissance :

- A. Il est indiqué en cas de déficit en hormone de croissance prouvé.
- B. Il est indiqué même en cas de processus tumoral évolutif.
- C. Le traitement consiste en une injection quotidienne uniquement.
- D. Il peut être utilisé en cas de syndrome de Prader-Willi.
- E. Il est indiqué en cas de retard de croissance chez les enfants nés petits pour l'âge gestationnel sans rattrapage après l'âge de 4 ans.



Cas clinique - Thyroïde

Mme D, 52 ans, consulte pour une masse cervicale et des symptômes d'inconfort. Elle présente des épisodes de diarrhée, une fatigue importante, des bouffées de chaleur, et une perte de poids inexplicable de 8 kg sur trois mois. Son frère a eu un cancer de la thyroïde à 40 ans, mais aucun détail n'est disponible.

1. Quels examens initiaux demanderiez-vous pour évaluer la masse cervicale et orienter le diagnostic de Mme D ?

- A. Échographie cervicale pour évaluer les caractéristiques du nodule et les ganglions cervicaux.
- B. Dosage de la TSH, T4L, T3L en cascade pour évaluer la fonction thyroïdienne.
- C. Cytoponction (FNA) pour analyse cytologique du nodule.
- D. Scintigraphie thyroïdienne pour déterminer si le nodule est chaud ou froid.
- E. Dosage de la calcitonine et de l'ACE pour identifier un éventuel cancer médullaire de la thyroïde.
- F. Des antécédents de cancer colorectal au plan familial.

L'échographie montre un nodule hypoéchogène, à contours irréguliers, de 3 cm de grand axe avec adénopathies cervicales.

2. Quels examens demanderiez-vous pour confirmer le diagnostic de cancer médullaire de la thyroïde ?

- A. Dosage de la calcitonine sanguine pour détecter un potentiel cancer médullaire.
- B. IRM cervicale pour évaluer l'extension locale du nodule.
- C. Dosage de la thyroglobuline pour surveiller un possible cancer thyroïdien.
- D. Recherche de mutation du proto-oncogène RET.
- E. TEP-scan au 18F-FDG pour rechercher des métastases à distance.

3. La calcitonine est de 230 pg/mL (norme <10), et l'ACE est également élevé à 12 ng/mL (norme <5), confirmant une suspicion de cancer médullaire. Quelle prise en charge initiale recommandez-vous pour Mme D ?

- A. Thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire extensif bilatéral pour éliminer la tumeur et les ganglions atteints.
- B. Chimiothérapie adjuvante pour réduire la charge tumorale avant l'opération.
- C. Radiothérapie cervicale pour contrôler localement la tumeur.
- D. Inhibiteurs de tyrosine kinase (TKI) en première intention pour une approche ciblée.
- E. Surveillance active avec contrôle de la calcitonine et du CEA.

Mme D subit la thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire. Trois mois après l'opération, les niveaux de calcitonine sont toujours élevés à 150 pg/mL, indiquant une maladie résiduelle.

4. Quel suivi et traitement recommanderiez-vous maintenant ?

- A. PET-scan au 18F-FDG pour rechercher des métastases.
- B. IRM thoracique pour visualiser des métastases pulmonaires.
- C. Inhibiteurs de tyrosine kinase pour traiter la maladie métastatique résiduelle.
- D. Radiothérapie externe pour la zone cervicale si douleur ou des symptômes compressifs.
- E. Chimiothérapie systémique.

Mme D commence un traitement par TKI, mais après six mois, la calcitonine continue d'augmenter, et un PET-scan montre des métastases hépatiques et pulmonaires nouvelles.

5. Quelles sont les options suivantes de traitement pour Mme D, compte tenu de la résistance aux TKI ?

- A. Essai clinique avec une combinaison d'inhibiteurs ciblant RET et MEK.
- B. Radio-embolisation des métastases hépatiques pour contrôle local.
- C. Augmentation de la dose de TKI actuelle.
- D. Immunothérapie par inhibiteur de checkpoint pour stimuler la réponse immunitaire.
- E. Radiothérapie palliative.

6. Quels marqueurs ou examens de suivi sont recommandés pour évaluer l'efficacité du traitement chez Mme D ?

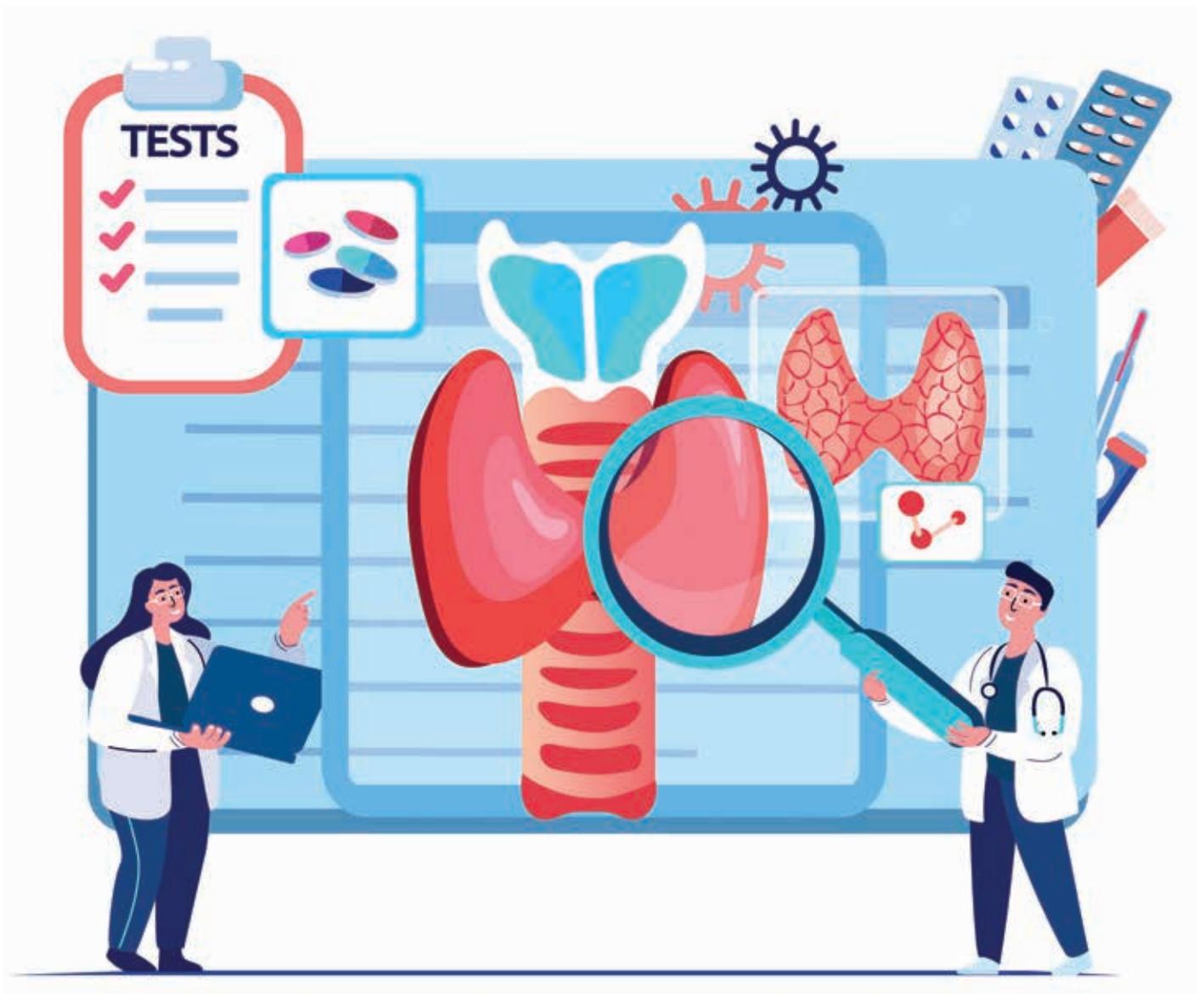
- A. Dosage de la calcitonine pour surveiller la progression du cancer médullaire.
- B. Dosage de la thyroglobuline pour détecter toute récurrence.
- C. Scanner thoraco-abdomino-pelvien tous les trois mois.
- D. Dosage de l'ACE pour surveiller la progression tumorale.
- E. Biopsie régulière des métastases pour suivre les mutations.

7. En cas de progression malgré les traitements, quelles mesures de soins palliatifs ou de confort peuvent être proposées ?

- A. Analgésie opioïde pour la gestion de la douleur.
- B. Radiothérapie ciblée sur les zones métastatiques douloureuses.
- C. Soins de support nutritionnel en cas de perte de poids.
- D. Assistance psychologique pour le soutien émotionnel.
- E. Toutes les réponses ci-dessus.

8. Quelle serait la meilleure façon de gérer le risque potentiel de cancer médullaire dans la famille de Mme D ?

- A. Analyse génétique des membres de la famille pour le gène RET.
- B. Dosage annuel de la thyroglobuline chez tous les membres de la famille.
- C. Echographie thyroïdienne annuelle pour les proches de Mme D.
- D. Surveillance clinique avec examen physique tous les ans.
- E. Prise de TKI prophylactique pour prévenir le cancer.



RÉPONSES



Réponses cas clinique - Hypophyse / Pédiatrie

1

- A. Vrai. Afin de déterminer le couloir génétique de l'enfant. Donc il faut recueillir la taille des parents !
- B. Vrai.
- C. Vrai.
- D. Faux. Un enfant qui ne grossit pas, ne grandit pas. Une évaluation nutritionnelle est nécessaire dans un premier temps. Une cause de dénutrition doit être recherchée.
- E. Vrai. Recherche d'un syndrome de Turner.

2

- A. Vrai. T4 basse avec TSH inadaptée en faveur d'une origine centrale.
- B. Faux.
- C. Vrai. Un déficit antéhypophysaire doit faire évaluer tous les axes d'autant plus dans ce contexte d'hypoglycémies répétés et d'ictère prolongé qui doivent faire éliminer rapidement une insuffisance corticotrope.
- D. Faux. Ce bilan est réalisé pour le bilan d'une hypothyroïdie congénitale afin de déterminer l'étiologie (athyréose, thyroïde ectopique ou thyroïde en place). Ici la cause est centrale et nécessite donc une imagerie hypophysaire.
- E. Vrai.

3

- A. Vrai. Le cortisol et la GH étant des hormones hyperglycémiantes, elles sont inadaptées en contexte d'hypoglycémie, faisant évoquer une insuffisance respective. ACTH basse pour un cortisol bas évocateur d'une origine centrale.
- B. Vrai.
- C. Vrai. T4 basse avec TSH inadaptée en faveur d'une origine centrale.
- D. Faux. En dehors d'une période de « mini-puberté » juste après la naissance (avec une production de stéroïdes sexuels semblable à une production pubère), le bilan gonadotrope n'a pas d'intérêt car les taux seront systématiquement effondrés.
- E. Vrai. La dose initiale est entre 8-10 mg/m² en trois prises chez l'enfant.

4

- A. Vrai. Il existe une hypoplasie si l'antéhypophyse est mesurée < 3 mm.
- B. Vrai.
- C. Vrai.
- D. Vrai.
- E. Vrai. Se caractérise par une tige pituitaire interrompue ou fine (< 1 mm).

5

- A. Vrai.
- B. Vrai.
- C. Faux. Il existe un risque plus important de décompensation chez l'enfant justifiant des doses de base plus importantes que chez l'adulte.
- D. Vrai.
- E. Vrai.

6

- A. Vrai.
- B. Faux. Contre-indication formelle.
- C. Faux. Il existe une hormone de croissance hebdomadaire indiquée dans le déficit en GH de 3 à 18 ans, qu'il soit partiel ou complet.
- D. Vrai. Améliore la croissance et la composition corporelle.
- E. Vrai. Il est remboursé en cas de taille ≤ -3 DS.

Réponses cas clinique - Thyroïde

1

- A. Échographie cervicale - Correct : L'échographie est l'examen de première ligne pour évaluer la taille, la structure, et la vascularisation du nodule. Elle permet également de rechercher des adénopathies cervicales suspectes.
- B. Dosage de la TSH, T4L, T3L en cascade : Devant la symptomatologie une hyperthyroïdie doit être exclue.
- C. Cytoponction (FNA) - Non encore indiquée ici sans une évaluation échographique préalable. La FNA est réalisée en fonction des caractéristiques échographiques du nodule.
- D. Scintigraphie thyroïdienne - Non indiquée car elle est principalement utilisée pour évaluer les nodules fonctionnels dans le cas d'hyperthyroïdie. Le cancer médullaire est généralement "froid".
- E. Dosage de la calcitonine et de l'ACE - Bien qu'utiles, ces dosages sont en général demandés après l'imagerie pour confirmer le diagnostic si une suspicion de cancer médullaire existe.

2

- A. Dosage de la calcitonine - Correct : La calcitonine est spécifiquement élevée dans le cancer médullaire de la thyroïde et sert de marqueur tumoral sensible.
- B. IRM cervicale - Non nécessaire à ce stade. L'IRM est réservée à la recherche de récurrence ou pour des nodules qui envahissent les structures voisines.
- C. Dosage de la thyroglobuline - Non utile pour le cancer médullaire, car la thyroglobuline est un marqueur utile pour le suivi des cancers thyroïdiens différenciés (papillaire et folliculaire), pas du cancer médullaire et inutile en préopératoire dans tous les cas.
- D. Recherche de mutation du proto-oncogène RET - Bien que pertinente pour les cas héréditaires, elle n'est pas un examen de première intention sans confirmation initiale de cancer médullaire par la calcitonine.
- E. TEP-scan au 18F-FDG - Inutile ici car réservé aux cas où des métastases à distance sont suspectées après confirmation du cancer.

3

- A. Thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire extensif bilatéral - Correct : Le traitement standard du cancer médullaire est la thyroïdectomie complète avec curage ganglionnaire pour contrôler la maladie localement.
- B. Chimiothérapie adjuvante - Inappropriée ici, car le cancer médullaire ne répond pas bien à la chimiothérapie conventionnelle.
- C. Radiothérapie cervicale - Non indiquée en première ligne sauf pour des récurrences non opérables. Elle est réservée aux cas avancés.
- D. Inhibiteurs de tyrosine kinase (TKI) - Bien qu'ils puissent être utilisés dans des stades avancés, les TKI ne sont pas utilisés en première intention avant la chirurgie.
- E. Surveillance active - Inappropriée pour une tumeur confirmée et potentiellement agressive, où une intervention chirurgicale est indiquée.

4

- A. PET-scan au 18F-FDG - Pertinent pour rechercher l'extension métastatique, mais non nécessaire si la calcitonine reste stable sans progression rapide.
- B. IRM thoracique - Réservée à la recherche de métastases spécifiques mais non justifiée seule ici.
- C. Inhibiteurs de tyrosine kinase - Correct : Les TKI (ex. vandétanib, cabozantinib) sont indiqués dans les cancers médullaires métastatiques ou résiduels après chirurgie.
- D. Radiothérapie externe - Utilisée pour le contrôle local mais pas pour le traitement systémique.
- E. Chimiothérapie systémique - Inefficace pour le cancer médullaire, qui ne répond généralement pas à la chimiothérapie traditionnelle.

- 5**
- A.** Essai clinique - Correct : Dans les cancers résistants aux TKI, participer à un essai clinique pour des thérapies expérimentales, comme des combinaisons ciblant RET et MEK, est une option appropriée, car elles peuvent offrir une efficacité accrue chez des patients présentant une résistance.
 - B.** Radio-embolisation des métastases hépatiques - Bien qu'elle puisse être envisagée pour contrôler localement les métastases hépatiques, elle ne traite pas la maladie de façon systémique et est moins efficace pour un cancer disséminé.
 - C.** Augmentation de la dose de TKI - Non recommandée, car les résistances aux TKI sont souvent dues à des mutations secondaires. Une augmentation de la dose risque d'entraîner des effets indésirables sans bénéfice significatif.
 - D.** Immunothérapie par inhibiteur de checkpoint - Non validée dans le cancer médullaire de la thyroïde ; ce type de tumeur n'est généralement pas immunogène.
 - E.** Radiothérapie palliative - Indiquée uniquement pour soulager des symptômes spécifiques, comme la douleur, mais pas pour traiter des métastases systémiques.

- 6**
- A.** Dosage de la calcitonine - Correct : La calcitonine reste le marqueur le plus sensible pour évaluer l'activité du cancer médullaire et la réponse au traitement.
 - B.** Dosage de la thyroglobuline - Inapproprié ici, car la thyroglobuline ne reflète pas le cancer médullaire mais plutôt les cancers thyroïdiens différenciés.
 - C.** Scanner thoraco-abdomino-pelvien - Bien qu'utile pour l'imagerie des métastases, il n'est pas nécessaire à une fréquence aussi élevée en l'absence de progression clinique.
 - D.** Dosage de l'ACE - Pertinent, mais il doit être combiné avec la calcitonine, car elle est plus spécifique.
 - E.** Biopsie des métastases - Non nécessaire en routine, car elle est invasive ; elle est réservée aux cas où de nouvelles mutations ou résistances doivent être explorées.

- 7**
- E.** Toutes les réponses ci-dessus - Correct : Une approche multidisciplinaire en soins palliatifs incluant l'analgésie, la radiothérapie palliative, le support nutritionnel et l'assistance psychologique permet de prendre en charge les symptômes et d'améliorer la qualité de vie.

- 8**
- A.** Analyse génétique des membres de la famille pour le gène RET - Correct : Une mutation du gène RET peut être à l'origine de formes familiales de cancer médullaire de la thyroïde ; un dépistage génétique permettra d'identifier les porteurs et d'envisager un suivi ou une prise en charge préventive.
 - B.** Dosage de la thyroglobuline - Non pertinent car la thyroglobuline n'est pas un marqueur du cancer médullaire.
 - C.** Echographie thyroïdienne - Inutile sans preuve de mutation RET ou de symptômes, car un suivi génétique est plus précis.
 - D.** Surveillance clinique - Peu efficace seule sans test génétique, car ce cancer peut être asymptomatique à un stade précoce.
 - E.** Prise de TKI prophylactique - Non recommandée, car elle n'a pas de justification en prévention pour des personnes à risque uniquement.

Comment diagnostiquer une obésité génétique ?

Obésité génétique : de quoi parle-t-on ?

Les obésités dites communes sont d'origine **polygénique**, c'est-à-dire qu'il existe une **prédisposition génétique** à la prise de poids, liée à plusieurs gènes. De nombreux polymorphismes génétiques interagissent avec des facteurs environnementaux à risque d'induire une prise de poids (sédentarité, alimentation hyper-énergétique, stress, etc.) et confèrent un risque élevé de développer une obésité. L'individu a souvent des antécédents familiaux d'obésité. Il n'est pas recommandé de faire de diagnostic génétique dans ce cas.

Dans des formes plus rares, un seul gène ou une région chromosomique est altéré, à l'origine des obésités dites **monogéniques et/ou syndro-**

mique. On parle d'obésité monogénique quand l'anomalie concerne un gène de la voie des mélanocortines et d'obésité syndromique quand l'obésité est associée à d'autre(s) anomalie(s) développementale(s). Mais ces formes se recoupent car elles ont en commun une anomalie génétique à l'origine d'un **dysfonctionnement de la voie hypothalamique** leptine/mélanocortines, impliquée dans la régulation du comportement alimentaire (signaux de faim et satiété) et de la dépense énergétique. On estime que ces formes plus rares représentent environ 10 % des formes d'obésité sévère, celles-ci touchant 6 % de la population française) mais cette prévalence est sûrement sous-estimée compte tenu des difficultés d'accès au séquençage génétique.



Pr Christine POITOU BERNERT
PU-PH de Nutrition au GHU Sorbonne-Pitié Salpêtrière
Coordinatrice du Centre de Référence Maladies Rares (CRM) adultes PRADORT (Syndrome de Prader-Willi et autres obésités rares avec troubles du comportement alimentaire), travaille depuis 20 ans sur ce questionnement au sein du Centre Spécialisé de l'Obésité Île de France Centre



Pourquoi est-il important d'identifier une cause génétique ?

Le diagnostic étiologique génétique permet d'intégrer le patient dans un **parcours de soin adapté** avec une prise en charge globale, médicale, rééducative et socio-éducative précoce. Chez l'enfant, **la guidance parentale** est indispensable pour aider à réguler le comportement alimentaire et éviter l'aggravation de l'obésité au cours du temps.

Il permet de **déculpabiliser et de mieux faire reconnaître l'obésité comme une maladie**, l'obésité étant fréquemment stigmatisée et associée à un manque de volonté. L'annonce est alors vécue comme un soulagement après un parcours parfois long et constitué souvent de ruptures, d'errances diagnostiques et d'échec de prise en charge. La reconnaissance du handicap s'il existe est alors aussi facilitée.

Parfois un diagnostic génétique aboutit à un traitement ciblé sur la voie hypothalamique (setmélanotide par exemple). Enfin, chez l'adulte pour lequel une chirurgie bariatrique peut être discutée, une information éclairée est nécessaire car la chirurgie peut être moins efficace voire plus risquée.

Quand et comment repérer une obésité génétique rare ?

Un diagnostic génétique doit se discuter devant une obésité dite complexe, c'est-à-dire : précoce, sévère, réfractaire aux prises en soin, avec altération du comportement alimentaire apparue tôt dans la vie et plus ou moins associée à des anomalies développementales.

L'élément clinique clé est le début de l'obésité dès l'enfance, que l'on définit au-delà de la courbe IOTF 30. Il est donc impératif de retracer l'histoire de l'obésité avec la courbe d'IMC de 0 à 18 ans en fonction du sexe¹. Si le carnet de santé est perdu, il est utile de demander des photos d'enfance par exemple avant 2 ans, entrée au CP vers 6 ans, puis au collège 11 ans.

Dans le cas des variants bi-alléliques des gènes majeurs de la voie leptine-mélanocortines (LEPR, POMC, PCSK1), l'obésité s'installe avant 2 ans. Dans les formes syndromiques comme les syndromes de Prader-Willi ou le Bardet-Biedl, l'obésité s'installe en général vers 5-6 ans et s'aggrave très nettement au moment de l'adolescence

et surtout de la prise d'autonomie du jeune adulte. Dans le cas de variants pathogènes MC4R, l'obésité s'installe le plus souvent avant la puberté.

QUELQUES REPÈRES

En fonction de l'âge de début, une origine génétique rare :

- » Est très probable si < 2 ans
- » Doit être évoquée si < 6 ans
- » Est peu probable si >12 ans
- » Entre 6 et 12 ans, l'origine génétique de l'obésité sera d'autant plus probable qu'il existe d'autres signes associés.

Le deuxième critère est la sévérité car ces formes génétiques rares sont associées à des obésités sévères (IMC>35 kg/m²), résistantes aux traitements habituels (reprise de poids rapide après une chirurgie par exemple).

Le troisième critère est la présence d'altérations du comportement alimentaire apparues dans l'enfance. Il

est donc important de retracer l'histoire du comportement alimentaire en interrogeant l'entourage. Les signaux de faim/rassasiement/satiété sont altérés précocement, puis d'autres troubles apparaissent : impulsivité alimentaire, perte de contrôle, alimentation émotionnelle, préoccupations alimentaires pouvant envahir la vie psychique et sont associées à des comportements de recherche de nourriture.

Enfin, **des signes en lien avec une atteinte hypothalamique** peuvent être présents (retard statural, retard pubertaire, hypogonadisme, troubles du sommeil, dysautonomie) et des **troubles du neurodéveloppement** (troubles du développement intellectuel ou adaptatifs ou du spectre de l'autisme par exemple).

Devant toute obésité sévère, il est important de retracer la trajectoire développementale du patient (apprentissages et acquisitions) et **d'identifier les expériences traumatiques de l'enfance** (score ACE).

¹ <https://afpa.org/outil/courbes-de-croissance-filles-francaises>
<https://afpa.org/outil/courbes-de-croissance-garcons-francais>

ObsGen, un outil numérique gratuit pour aider au diagnostic de l'obésité génétique

Obsgen, disponible gratuitement sur internet, aide à diagnostiquer les obésités génétiques. Créé par l'équipe du CRMR PRADORT, c'est un formulaire avec des questions cliniques destiné aux médecins (généraliste, pédiatre, endocrinologue, chirurgien bariatrique...).

L'outil a été conçu pour être utilisé **lors de vos consultations ou en hospitalisation et lorsque vous suspectez une obésité monogénique et/ou syndromique devant l'apparition précoce, la sévérité, des altérations du comportement alimentaire et/ou des signes hypothalamiques ou neuro-développementaux.**

À partir de l'observation clinique, cet outil permet d'orienter la prescription de tests génétiques. Il faut prévoir environ 10 minutes pour remplir ce questionnaire à l'aide du dossier médical du patient. Une fois complété avec l'accord oral du patient, l'outil génère une réponse et oriente vers un groupe de pathologies (par exemple, une anomalie d'un gène situé dans la voie hypothalamique des mélanocortines) et propose des contacts dans les laboratoires génétiques pouvant réaliser le diagnostic ainsi que des centres cliniques experts pouvant aider au diagnostic et l'évaluation du patient concerné.

ObsGEN en quelques mots

Lancé en mars 2019, ObsGEN c'est l'outil informatique en ligne d'aide au diagnostic génétique des obésités sévères et complexes. À partir de l'observation clinique, il permet d'orienter vers une cause génétique probable et d'aider à la prescription de tests génétiques.

<http://obs-gen.nutriomics.org>



Pour aller plus loin

- <https://pro.followsurg.com/lobesite-genetique-une-maladie-encore-sous-estimee-quelle-solution-pour-la-diagnostiquer/>
- Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Générique Obésités de causes rares https://www.has-sante.fr/jcms/p_3280217/fr/generique-obesites-de-causes-rares
- Calcul du score ACE : <https://www.ifemdr.fr/wp-content/uploads/2018/12/questionnaire-sur-les-experiences-traumatiques-de-lenfance.pdf?x92995>

Mon expérience d'endocrinologue à l'étranger

L'expérience nord-américaine

Après un parcours assez classique (internat, une année de DEA appelée maintenant Master, et un clinicat de 2 ans), je me suis retrouvée dans un avion avec deux enfants en bas âge pour aller retrouver mon mari, parti 3 semaines avant nous, qui venait lui aussi de terminer son clinicat pour son "post doc", une étape indispensable de 2-3 ans, pour lui qui envisageait une carrière hospitalo-universitaire.

Direction Boston dans le Massachusetts, avec un anglais plutôt très moyen, soyons honnête (mais ça j'allais le découvrir rapidement). Je n'avais jamais envisagé de carrière universitaire. Mon DEA, qui était un projet clinique, m'avait bien plu mais je ne pensais pas être faite pour la recherche. Et puis cette pause de quelques semaines qui s'annonçait devant moi me plaisait bien : un nouveau pays dans lequel il allait falloir s'acclimater avec deux enfants de 4 et 2 ans, cela valait bien quelques semaines/mois de pause !

Pour plein de raisons, la décision fut prise de prolonger cette pause. Les deux enfants sont devenus trois et ma vie de Desperate Housewives me convenait parfaitement. Le retour sur Paris se profilait rapidement donc pourquoi ne pas en profiter ?

Et puis finalement notre expérience américaine se poursuit. Et bien que mon nouveau rôle me plaisait en tout point, en étant à Boston, les hôpitaux affiliés à Harvard Medical School étaient tout près. Grâce au mentor de mon mari, j'ai rencontré une personne formidable, Ellen Seely, directrice de la recherche clinique du service d'endocrinologie du Brigham And Women's Hospital. Sa thématique de recherche portait sur les facteurs de risque cardiovasculaires de la femme après complications métaboliques pendant sa grossesse (ce qui finale-

ment collait bien avec mon sujet de Master et mes centres d'intérêt).

J'avais le bon VISA (très important aux États-Unis), et elle m'a alors proposé de faire un stage de 3 mois dans son équipe de recherche : lecture de protocole, apprentissage des différentes régulations nécessaires pour mettre en place un protocole, récupérer les données, création de base de données, assister aux staffs de recherche, aux staffs de présentation de dossiers cliniques, etc.

Les trois mois sont passés extrêmement vite, et je me suis rendue vite compte que cela me passionnait ! Je restais quelques heures par jour et je récupérais mes enfants à la sortie de l'école, c'était parfait !

On m'a alors proposé de rester et les trois mois sont devenus six, puis neuf...

Plus les choses avançaient, plus je prenais goût aux projets. J'avais une mentor qui répondait à toutes mes interrogations, me poussait à en faire toujours plus, avec gentillesse et en me faisant comprendre que j'étais complètement à ma place, légitime et surtout, surtout, trouvait cela parfaitement normal que je veuille avoir une bonne balance entre ma vie personnelle et ma vie professionnelle : un rdv chez le pédiatre, aucun souci ! Les vacances scolaires, pas de souci. À condition que le travail soit fait.



D^r Géraldine SKURNIK
Endocrino-diabétologue libérale
Paris

Le temps a passé. Mon visa s'est transformé, et j'ai changé de rôle. Je suis passé de volontaire, à research assistant, puis co-investigateur.

J'ai vu deux études se créer de A à Z, se lancer, recruter des patients, créer les outils pour récupérer les bases de données, analyser les données. Les deux études portaient sur la mise en place d'un programme de modifications de style de vie, en ligne, avec coaching pour les femmes durant leur premiers mois post-partum après soit une grossesse compliquée d'une prééclampsie, soit d'un diabète gestationnel dans l'espoir de limiter l'apparition de complications cardiovasculaires ou d'un diabète de type 2 dans le futur. En gros le DPP (Diabetes Prevention Program) appliqué en post-partum pour les deux complications métaboliques les plus fréquentes de la femme enceinte.

Je gérais les research assistants et les stagiaires (finalement comme une chef de clinique avec les internes et les externes), j'ai même eu à encadrer une externe française qui voulait découvrir la recherche clinique pendant plusieurs semaines.



J'ai eu la chance d'avoir des formations en biostatistiques, éducation thérapeutique, écriture de grants... Puis j'ai soumis des Grants de recherche : un au NIH (National Institute of Health) et un à l'American Heart Association. Ma mentor était là, toujours : des réunions fixes tous les quinze jours et un accompagnement intense pour la soumission des grants. Ces deux grants, je les ai eu au final !

Les études se sont terminées, les données ont été analysées. J'ai soumis et publié des articles scientifiques, non sans difficultés : le processus d'écriture, de soumission, les revues, les rejets... Il n'avait jamais été question pour moi de passer les différents examens pour obtenir une licence américaine médicale. Cela consiste en plusieurs examens qui reprennent notamment les fondamentaux : je laisse la biochimie, l'anatomie aux plus jeunes ! Je savais ce que cela impliquait : à savoir ne pas pouvoir soumettre des grants réservés aux cliniciens qui faisaient de la recherche mais à ce moment-là de ma vie personnelle, ce n'était pas envisa-

geable. Peut-être que j'aurais changé d'avis à un moment donné... qui sait ?

Mais après 10 ans, nous avons pris la décision de rentrer sur Paris.

Et je me suis finalement installée en libéral... ce que je souhaitais depuis mon internat. Je suis impliquée dans l'amicale régionale, je participe à des projets pour les libéraux.

Alors certes je ne fais plus de biostatistiques mais ce que j'ai appris sur l'éducation thérapeutique, les programmes de "Lifestyle" qui avaient été mis en place pour les études, tout cela me sert au quotidien. Je tiens toujours à être présente pour ma famille qui reste une priorité pour moi (avec des besoins différents pour mes deux aînés notamment qui sont aujourd'hui étudiants).

Je suis heureuse de mon parcours atypique et de mon choix actuel de carrière et je ne changerai pas un détail de ces vingt dernières années. Et je resterai à vie une fan des Red Sox !

Je suis heureuse de mon parcours atypique et de mon choix actuel de carrière et je ne changerai pas un détail de ces vingt dernières années. Et je resterai à vie une fan des Red Sox !



Mon expérience d'endocrinologue à l'étranger

L'expérience belge

Pouvez-vous nous parler un peu de vous ?

Dr Luc.- Luc, 61 ans, je travaille à Namur depuis 30 ans. J'exerce à 80 % dans un hôpital semi-public (hôpital Saint-Luc à Bouge) et à 20 % dans mon cabinet également à Namur.

J'ai choisi l'endocrinologie lors de mon assistantat (= internat) de médecine interne à l'hôpital de la Louvière. Je me souviens que l'un des premiers staffs que j'ai présenté, encore sur transparents à l'époque, portait sur la voie des polyols et les complications liées au diabète. Ce côté réflexion physiopathologique m'intéressait. Je ne suis sans doute pas très technique, ce qui a pu participer à mon choix. Le côté chronique avec le fait de suivre des patients sur le long terme me plaisait aussi.

Quelles études pour exercer l'endocrinologie dans votre pays ?

Dr Luc.- Après un socle de médecine (6 ans actuellement), j'ai commencé le tronc commun de 3 ans de médecine interne en 1988. On décidait ensuite de s'orienter vers une spécialité (cardiologie, pneumologie, etc.) ou l'on restait interniste général avec éventuellement un tropisme pour l'infectieux ou autre.

La spécialité d'endocrino-diabète n'existait pas encore à part entière. Il n'en reste pas moins qu'en deuxième année d'assistantat, je me suis retrouvé à la Louvière dans le service d'un professeur qui avait un intérêt pour la diabétologie. Il faisait déjà de l'éducation thérapeutique et une prise en charge spécifique pour les patients diabétiques ce qui m'a particulièrement intéressé.

Maintenant, les étudiants font trois ans de formation en médecine interne où toutes les spécialités de la médecine interne doivent être balayées. À partir de la quatrième année, il leur est demandé de faire un choix spécifique vers une sous-spécialité de la

médecine interne. Il se rajoute une formation de deux ans en endocrino-diabète en général dans un service universitaire.

Pourriez-vous nous expliquer rapidement le système de santé ?

Dr Luc.- Le système de santé en Belgique fonctionne sur un système de solidarité. Il est financé par des cotisations sociales proportionnelles prélevées sur les revenus de la population. L'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) gère ces montants et les redistribue ensuite aux mutuelles. Les mutuelles sont des associations à but non lucratif qui ont pour but d'utiliser ces sommes pour les remboursements de leurs affiliés. En effet, chaque belge a la possibilité de s'affilier à la mutuelle de son choix, qui est souvent politiquement colorisée (mutualité socialiste, mutualité chrétienne, etc.). Tous les frais de santé sont remboursés au moins partiellement.

Pour les surplus ou dépassements non pris en charge, le patient peut souscrire des assurances complémentaires qu'il finance lui-même soit via sa mutuelle ou via des assurances privées.

Quels sont les modèles d'exercice pour un endocrinologue dans votre pays ?

Dr Luc.- En Belgique, pour ce qui touche le diabète de type 1 et les diabètes traités par multi-injection, les patients doivent passer par le système de la convention pour qu'ils puissent bénéficier de toute la prise en charge nécessaire qu'elle soit thérapeutique ou éducative.

La convention est un contrat que le patient signe avec un service hospitalier spécialisé. Le financement du diabète est très encadré en Belgique : les praticiens et les services sont obligés de répondre à une série de conditions qui ont été définies par INAMI. Une de ces conditions est de faire partie



D' Luc DERDELINCKX

*Endocrinologue libéral et hospitalier
Namur*

d'une structure qui au-delà du diabétologue comprend les personnes qui participent à l'éducation et à la prise en charge du patient telles que les éducatrices, les diététiciennes, psychologues et podologues.

Pour faire du suivi de patient de diabète en multi-injection, il faut donc un lien avec l'hôpital. On pourrait l'imaginer en pratique privée mais par exemple une pompe à insuline serait alors intégralement à charge du patient, ce qui paraît difficilement envisageable.

La majorité des endocrinologues belges travaillent donc au moins en partie à l'hôpital. Quelques endocrinologues travaillent exclusivement en libéral avec de l'endocrinologie générale, de la thyroïdologie et du diabète de type 2 jusqu'à l'insuline basale.

Comment exercez-vous ?

Dr Luc.- Mon activité est essentiellement une activité de polyclinique. Il n'y a pas de lit d'hospitalisation officielle. Nous essayons de faire un maximum en externe que ce soit pour l'insulinothérapie fonctionnelle, les mises sous pompe ou même les boucles fermées. Les hospitalisations sont rares pour des complications comme la décompensation hyperosmolaire ou l'acido-cétose qui deviennent de plus en plus rares compte tenu des modalités de suivi qui existent maintenant.

L'activité est donc principalement une activité de consultations.



Vue aérienne sur la ville de Namur, Belgique

Quelle pathologie prenez-vous en charge ? Qu'est-ce qui est le plus fréquent ?

Dr Luc.- En Belgique, l'endocrino-diabétologue fait de tout, il n'y a pas de différence officielle entre endocrinologue et diabétologue. En pratique, il y a des praticiens qui vont se consacrer davantage à la diabétologie car avec les avancées cela devient très spécifique et technologique. D'autres peuvent aller plus vers l'endocrinologie générale et la thyroïdologie pour une prise en charge plus spécifique.

L'hôpital où je travaille a été l'un des premiers du sud de la Belgique à avoir un service de diabétologie spécialisé avec des patients diabétiques de type 1 venant de toutes les provinces alentour. Certains y sont suivis maintenant depuis des dizaines d'années.

Y a-t-il des spécificités pour la prise en charge / remboursements des patients ? Les patients peuvent-ils venir en consultation directement ou est ce qu'il faut qu'ils soient adressés ?

Dr Luc.- En Belgique, le patient a une grande liberté pour le choix de son médecin. Il a la liberté de prendre immédiatement un rendez-vous en médecine spécialisée. C'est quelque chose qu'on essaie de ne pas encourager afin d'essayer d'impliquer la première ligne (médecin généraliste) dans la prise en charge de cette pathologie chronique qu'est le diabète.

C'est à ce point encouragé que, pour certaines prises en charge, telle que la convention évoquée plus haut, le patient est tenu d'avoir un dossier médical chez le médecin généraliste. Il existe même certains contrats signés également par les médecins généralistes, les endocrinologues et les patients tels que le démarrage du diabète (patients sous ADO) ou de trajets de soins (une injection analogue GLP-1 ou basale) pour améliorer les remboursements.

Quelles sont vos relations avec les autres spécialités ? Avec les autres endocrinologues dans votre pays ou ailleurs ?

Dr Luc.- Au sein de l'hôpital, il existe une bonne collaboration avec les cardiologues à l'ère de la prise en charge cardio-métabolique. Pendant longtemps, les services étaient même réunis au sein d'un pool de médecine interne. Ce pool n'existe plus, mais il reste une forte collaboration et également avec la chirurgie vasculaire.

Entre les endocrinologues en Belgique, les relations sont confraternelles et agréables avec une bonne entente. Le système belge est en effet peu concurrentiel avec peu d'endocrino-diabéto et énormément de patients diabétiques.

Avec les endocrinologues des autres pays, il s'agit plutôt de relations amicales avec les gens que je connais

personnellement. Je n'ai pas de lien professionnel avec, par exemple, des participations à des études internationales.

Une anecdote ou une spécificité ?

Dr Luc.- Lorsque je suis arrivée à Namur, on suivait des enfants de bateaux diabétiques de type 1 qui vivaient donc sur un bateau. Nous fixions donc les consultations quand le bateau passait sur la Meuse à Namur.

Une de mes patientes est suivie depuis la découverte de son diabète à l'âge de deux ans en... 1944 ! Elle a maintenant 82 ans et vient à toutes ses consultations sur ses deux pieds et avec ses deux yeux. Elle est toujours autonome à domicile pour faire ses courses, son ménage et son marché. Après 80 ans de diabète, c'est un beau message pour les diabétiques de type 1 surtout que la prise en charge du diabète n'était pas la même à son diagnostic.

Note de Clotilde Saïe (endocrinologue française expatriée en Belgique) : Lors d'une consultation un patient m'a dit : « c'est normal que mon diabète ne soit pas bon : je mange beaucoup de crasse ». J'étais bien surprise ! Mais en belge, une crasse veut dire « cochonneries » et autres snack trop sucrés.



Dr Clotilde SAIE
Endocrinologue
à l'Hôpital d'Arlon, Belgique

Les arbres de Clotilde

INCIDENTALOME SURRENALIEN

La découverte fortuite d'un incidentalome surrénalien unilatéral sur un scanner non dédié est fréquente (environ 3 % chez les plus de 50 ans).

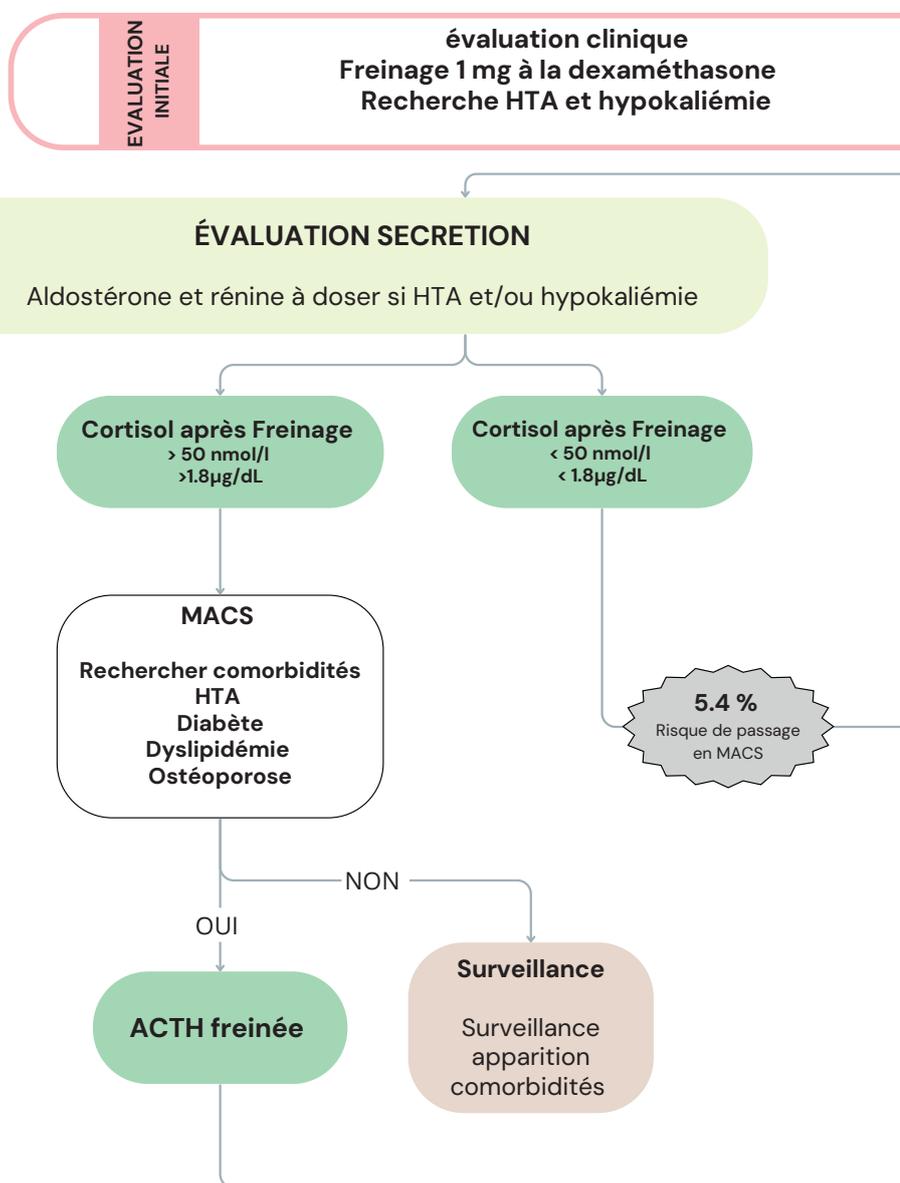
Ces lésions se révèlent bénignes dans 80 à 85 % des cas.

Cette recommandation insiste donc sur l'importance d'un bilan initial permettant une bonne catégorisation de ces nodules. Pour cela, il convient :

1. De préciser le risque de malignité avec en premier lieu une mesure de la **densité spontanée** sur un scanner non injecté. En cas de doute, une imagerie complémentaire peut-être proposée (TEP FDG, IRM ou scanner avec wash-out). Pour chacun de ses examens la détermination du cut-off est problématique.
2. De rechercher une **sécrétion autonome** en s'appuyant sur la clinique et des examens de dépistage dont le **test de freinage minute à la dexaméthasone** recommandé chez tous.

Si le bilan initial est rassurant sur ces deux points, la surveillance peut être stoppée permettant d'alléger le suivi des patients.

En cas de **sécrétion modérée du cortisol** (repris ici sous le nom de **MACS**), il y a peu d'évolution rapportée vers un **syndrome de Cushing** manifeste (1 %). Le dépistage et la prise en charge des complications métaboliques et cardiovasculaires sont indispensables. La chirurgie surrénalienne dans ces conditions reste discutée et peut être proposée notamment en présence de comorbidités progressives, difficiles à traiter, multiples, inhabituelles pour l'âge ou précocement compliquées.



Ce tableau ne reprend pas le cas des sujets âgés (où il faut prendre en compte un possible bénéfice clinique), les examens réalisés chez des patients suivis pour un cancer ni les incidentalomes bilatéraux qui feront l'objet d'une mise au point future.

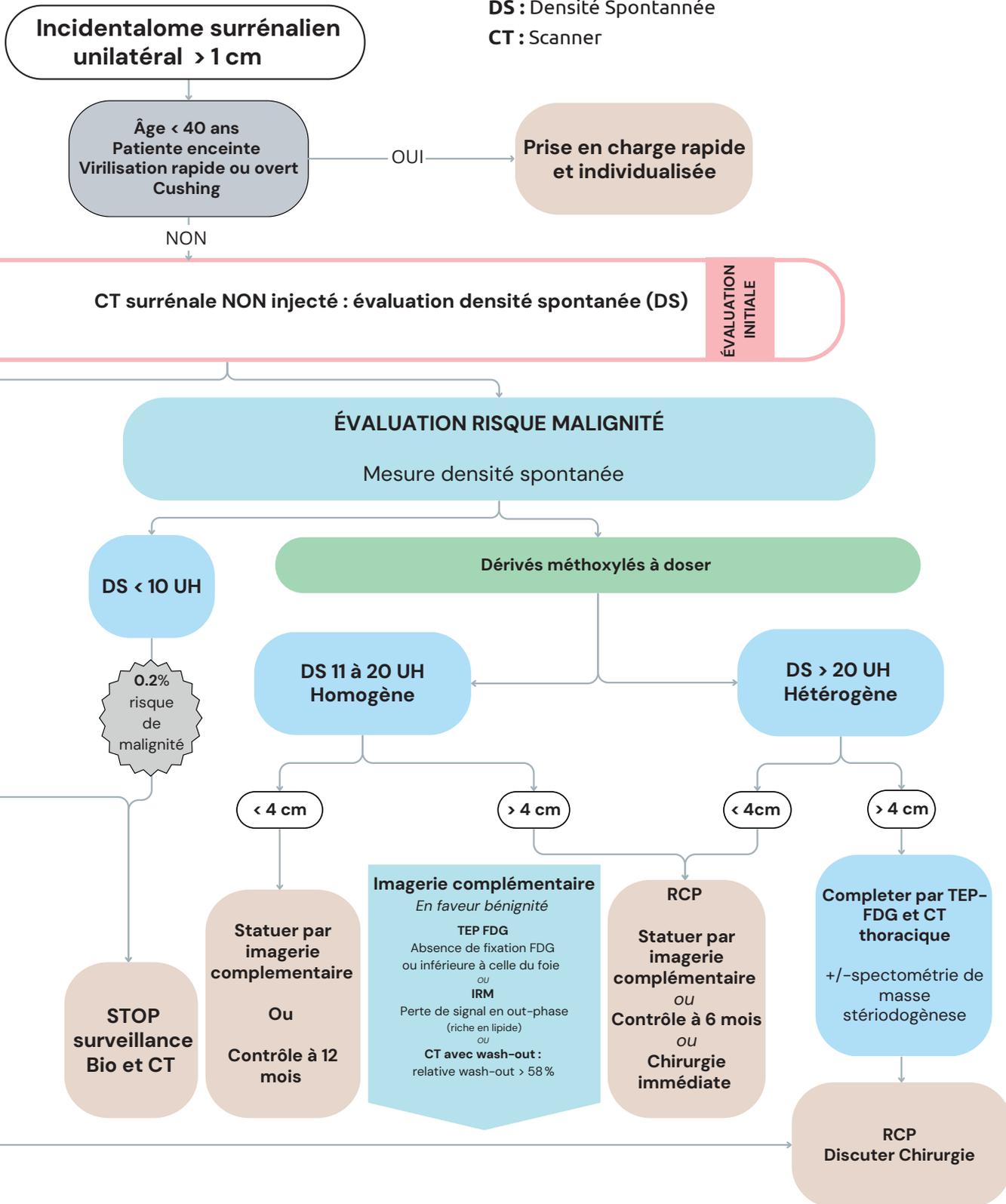
ABRÉVIATIONS

MACS : Mild Autonomous Cortisol Secretion

RCP : Réunion de concertation comprenant au moins 1 endocrino, 1 radiologue et 1 chirurgien

DS : Densité Spontanée

CT : Scanner





Dr Clotilde SAIE
Endocrinologue
à l'Hôpital d'Arlon, Belgique

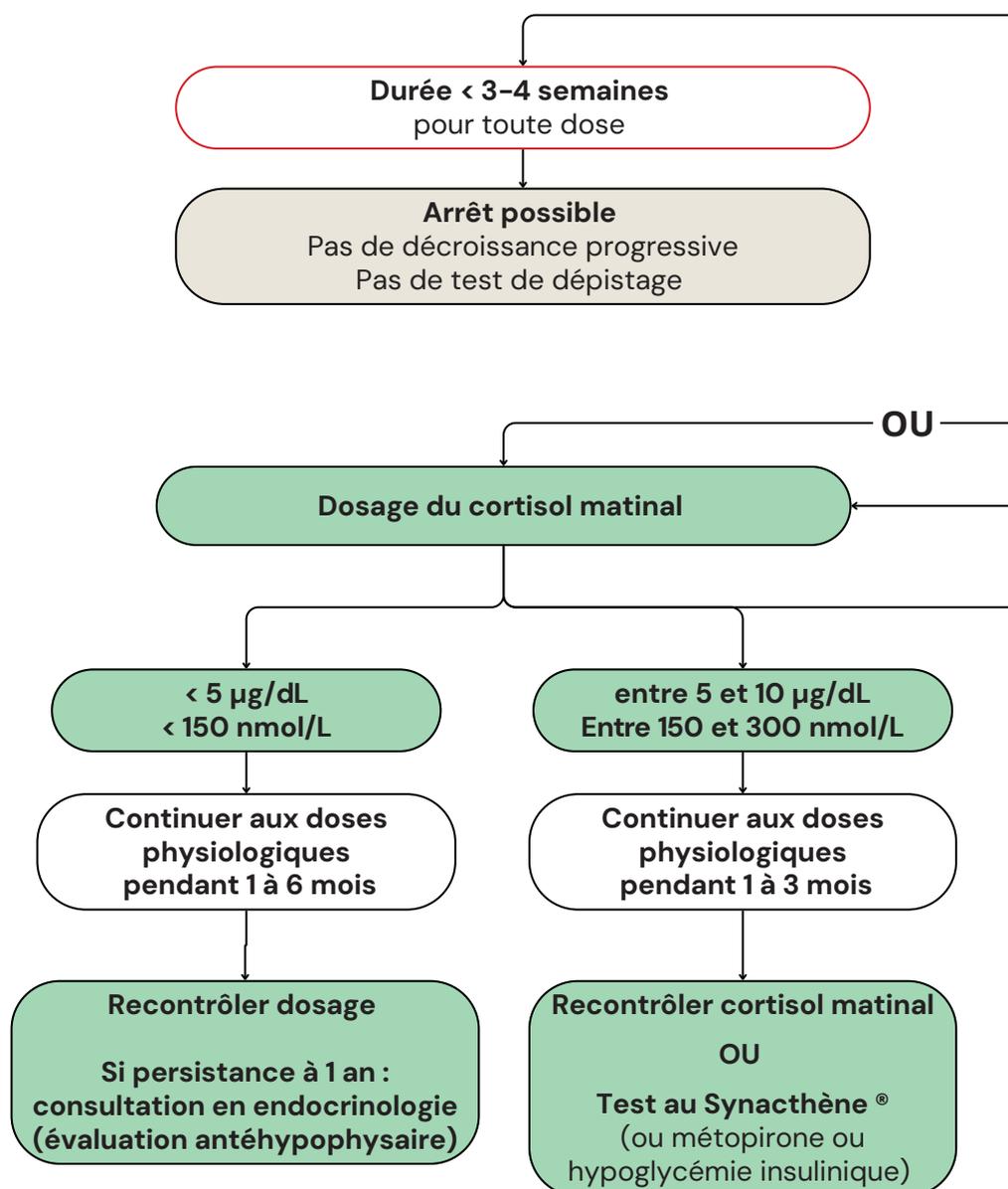
Les arbres de Clotilde

L'INSUFFISANCE CORTICOTROPE

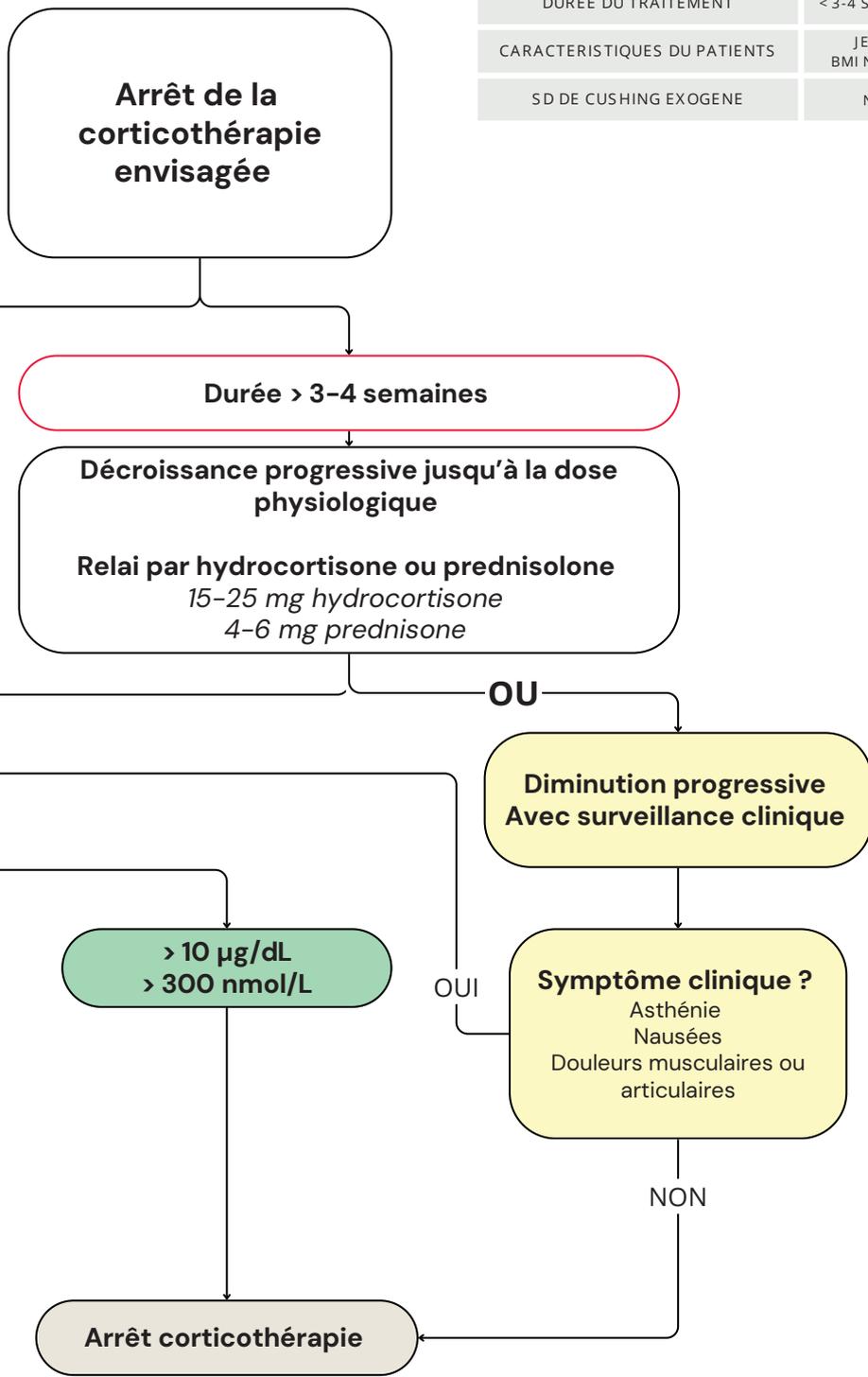
Étant donné les nombreuses indications des glucocorticoïdes, environ 1 % de la population peut en recevoir. La fréquence de l'insuffisance corticotrope post-corticothérapie est variable, selon plusieurs facteurs, avec une fréquence allant de 1 % pour les traitements inhalés à près de 50 % pour les traitements en intra-articulaire. Il est à souligner que la survenue d'une insuffisance corticotrope aiguë clinique reste bien plus rare.

Dans les messages clés de ces recommandations, concernant les patients chez qui l'arrêt de la corticothérapie est envisagée :

- Aucune décroissance ni dépistage n'est recommandé chez les patients traités moins de 3 à 4 semaines.
- En cas de décroissance, aucun schéma uniforme est recommandé formellement.
- Le rôle du cortisol matinal à 8 heures est valorisé (presque plus d'indication pour les tests dynamiques), à considérer comme un continuum et non uniquement comme des cut-off.
- Les facteurs de risque sont connus et cumulatifs (corticoïdes de forte puissance en durée prolongée chez une personne âgée par exemple).
- Tout patient ayant reçu récemment des corticoïdes présentant une instabilité hémodynamique, des vomissements ou des diarrhées doit être considéré en insuffisance surrénalienne et recevoir des corticoïdes en IV et un remplissage.



FACTEURS DE RISQUE DE L'INSUFISANCE CORTICOTROPE	FAIBLE	MOYEN	ÉLEVÉ
PUISSANCE DES GLUCOCORTICOIDES	HYDROCORTISONE	PREDNISONE PREDNISOLONE METHYLPREDNISONE	DEXAMETHASONE BETAMETHASONE
MODE D'ADMINISTRATION	NASALE CUTANÉE OPHTALMIQUE	INHALÉ	ORALE INTRA-ARTICLAIRE INTRA-VEINEUSE
DOSE			ÉLEVÉE SUPRAPHYSIOLOGIQUE
DURÉE DU TRAITEMENT	< 3-4 SEMAINES	3-4 SEMAINES A 3 MOIS	> 3 MOIS
CARACTERISTIQUES DU PATIENTS	JEUNE BMI NORMAL	SURPOIDS	ÂGÉ OBÈSE
SD DE CUSHING EXOGENE	NON		OUI



À retrouver sur



Les points clés des recommandations de la HAS de mai 2024 sur la prise en charge du diabète de type 2

Focus sur la prise en charge non médicamenteuse en première intention et à maintenir tout au long de la prise en charge (Grade B)

Au diagnostic : Dépistage et prise en charge de tous les autres facteurs de risques cardiovasculaires (Grade A). L'un des éléments essentiels est de travailler au sevrage tabagique (Grade A).

Modifications thérapeutiques du mode de vie (anciennement règles hygiéno-diététiques) :

- Prise en charge nutritionnelle adaptée à chaque patient.
- Lutte contre la sédentarité.
- Reprise d'activité physique avec l'aide d'enseignants en activité physique adaptée si nécessaire.

ATTENTION

➔ Vigilance particulière à apporter aux patients avec un diabète de type 2 instable à risque d'hypoglycémies réactionnelles ou d'hyperglycémies instables, ceux avec une rétinopathie diabétique proliférante souhaitant réaliser une activité physique avec effort à glotte fermée, ceux avec un mal perforant plantaire et les personnes âgées (Accord d'expert).

➔ Il est impossible d'introduire uniquement des modifications thérapeutiques du mode de vie chez les patients présentant une hyperglycémie majeure au diagnostic ou bien chez les patients avec un haut risque ou un très haut risque cardiovasculaire (Grade B).



Camille JUBERT
Interne de 3^{ème} semestre
d'endocrinologie -
diabétologie - nutrition
CHU de Rouen

La mise en place d'une éducation thérapeutique du patient dès la découverte de la pathologie lui permettra de mieux comprendre sa pathologie chronique et ainsi de s'investir davantage dans le soin (Accord d'expert).

Choix des thérapeutiques médicamenteuses en deuxième intention en fonction du profil du patient

Les inhibiteurs de SGLT-2 et analogues du GLP1 sont à choisir en priorité en cas de maladie cardiovasculaire avérée.

L'instauration d'un traitement médicamenteux dans la prise en charge d'un diabète de type 2 se fera systématiquement **de façon progressive en débutant aux doses minimales et jusqu'à atteindre l'objectif d'HbA1c ou la dose maximale tolérée** (Accord d'expert).

MONOTHÉRAPIE

1^{er} intention : METFORMINE (grade C)
OU si intolérance à la metformine et présence d'une insuffisance cardiaque chronique, néphropathie diabétique, maladie cardiovasculaire artérioscléreuse avérée ou patient à haut risque ou très haut risque CV : iSGLT2 (grade C).

OU si intolérance à la metformine chez un patient ne présentant pas une des situations citées précédemment et selon l'ordre de préférence de l'accord

d'expert : iSGLT2, aGLP1, iDPP4 ou les autres thérapeutiques antidiabétiques.

➔ **Attention :** Les monothérapies par iSGLT2, aGLP1 ou iDPP4 ne sont pas remboursées.

BITHÉRAPIE

Association de la METFORMINE avec :

- iSGLT2 : en cas d'antécédents de maladie cardiovasculaire, insuffisance cardiaque, maladie rénale chronique (grade A) ou d'albuminurie pathologique (grade C), et ce indépendamment de l'HbA1C. Molécule pouvant également être choisie pour les patients à haut risque cardiovasculaire (grade B).

➔ **Attention :** Il est nécessaire d'évaluer le risque d'acidocétose diabétique car augmentation du risque avec iSGLT2.

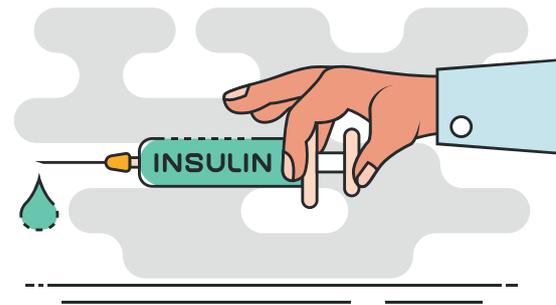
- aGLP1 : en cas d'antécédents de maladie cardiovasculaire (grade A) ou de situation d'obésité (grade C), et ceux indépendamment de l'HbA1C. Molécule pouvant également être choisie pour les patients à haut risque cardiovasculaire (grade B) ou présentant une NASH/NAFLD (grade C).
- iDPP4.
- Sulfamides hypoglycémisants mais attention aux risques d'hypoglycémies.
- Répaglinide pour les patient avec une prise alimentaire irrégulière mais attention aux risques d'hypoglycémies.
- Inhibiteurs de l'alpha 1 glucosidase intestinale (utilisation devenue très rare aujourd'hui).

Si une bithérapie s'avère inefficace, il est conseillé d'en tester d'autres avant d'envisager une trithérapie (Accord d'expert).

TRITHÉRAPIE en cas d'échec de la bithérapie

- Ajout d'un iSGLT2 ou d'un aGLP1 si il n'est pas inclus dans la bithérapie initiale.
- Puis par ordre de préférence : iDPP4 (sauf si présence d'un aGLP1 dans la bithérapie), sulfamides hypoglycémisants, répaglinide ou inhibiteurs de l'alpha glucosidase.

- **INSULINE** : Introduction d'une insuline basale à 0,1 UI/kg avec adaptation de la dose tous les 3 jours en fonction de la glycémie à jeun. Puis, intensification avec un schéma basal-bolus (solution préférentielle) ou avec injection d'un mélange d'insuline lente et rapide (Accord d'expert).



Situations particulières

Pour tout diabète déséquilibré (HbA1c >10 % ou glycémie >3g/L à plusieurs reprises) : indication à introduire un schéma insulinaire dès le départ.

Pour les patients de plus de 75 ans

- Mise en place des modifications thérapeutiques du mode de vie en priorité avec le même type de recommandations en termes d'activité physique que pour les personnes âgées fragiles non diabétiques.
- Pour les personnes âgées malades ou fragiles, il est conseillé **de ne pas introduire de traitement** si l'HbA1c du patient est à moins de 0.5 point de pourcentage de l'HbA1c cible (Accord d'expert).
- Lors de l'introduction des traitements médicamenteux du diabète, il est essentiel de prendre en compte le **risque de dénutrition en lien avec les effets indésirables digestifs** de ceux-ci (grade C).
- Ordre d'introduction des traitements :
 - La METFORMINE en première intention si la fonction rénale le permet.
 - Les iSGLT2 en surveillant le risque d'hypovolémie associé.
 - Les aGLP1.
 - Les iDPP4 en cas de contre-indication à la metformine.
 - Le répaglinide en cas de contre-indication à la metformine et aux iDPP4.
 - Il est préférable d'éviter les sulfamides hypoglycémisants.
 - L'introduction d'insuline sera à discuter en cas d'indisponibilité des autres traitements antidiabétiques pour le patient.

Pour les personnes en situation d'obésité

- Objectif initial : **perte de poids de 5 % du poids initial**.
- Modifications thérapeutiques du mode de vie avec reprise d'une activité physique, adaptée en cas de besoin.
- **Recherche d'un trouble du comportement alimentaire**, d'une dénutrition et d'une sarcopénie.
- Traitements antidiabétiques instaurés préférentiellement : **metformine en bithérapie avec un aGLP1, et ceux quelle que soit l'HbA1c**.

Pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque

- Metformine.
- iSGLT2 quelque soit l'HbA1c.
- aGLP1 en cas de contre-indication aux iSGLT2.
- iDPP4.

Pour les patients présentant une maladie cardiovasculaire avérée (antécédents d'infarctus du myocarde, coronaropathie, AOMI symptomatique, AVC)

- iSGLT2 ou aGLP1 quelque soit le taux d'HbA1c.
- Association de ces 2 classes thérapeutiques si l'équilibre glycémique n'est pas atteint.

Pour les patients avec une maladie cardiovasculaire silencieuse mais avérée grâce à des tests diagnostics

- aGLP1 en cas de score calcique augmenté sans dysfonction ventriculaire gauche.
- iSGLT2 en cas de dysfonctionnement systolique ou diastolique.

➔ **Quelque soit le taux d'HbA1c.**

Pour les patients souffrant de maladie rénale chronique

- iSGLT2 si la fonction rénale le permet.
- aGLP1 en cas de contre-indication aux iSGLT2.

Pour les femmes en âge de procréer avec un projet de grossesse

- **Planification** de la grossesse.
- Mise en place ou la poursuite d'une contraception indispensable en dehors du projet de grossesse.
- **Taux d'HbA1c cible inférieur à 6,5 % au moins 2 mois avant le début de la grossesse** (grade A).
- Poursuite des modifications thérapeutiques du mode de vie et de l'activité physique, adaptée si nécessaire.
- L'ensemble des traitements antidiabétiques, excepté l'insuline, doivent être arrêtés dès la phase préconceptionnelle. On équilibre donc le diabète avec des injections d'insulines lente et rapide avec pour objectifs glycémiques < 0,95 g/L à jeun et < 1,20 g/L en post-prandial.



Retour du congrès SFE 2024

Tout ce que vous vouliez savoir sur l'hyperaldostéronisme primaire

Génétique de l'hyperaldostéronisme primaire : de la maladie rare à la maladie fréquente (Dr ZENNARO)

Pour commencer, on évoque une nouvelle définition plus nuancé de l'HAP comme une production d'aldostérone inappropriée, autonome par rapport au système rénine-angiotensine et non suppressible par charge sodée.

Selon les séries on retrouve jusqu'à 27 % d'HTA secondaire dans le service dont 11 % d'HAP sur une série de l'HEGP (M. Azizi, L. Amar), voire cela concernerait 5 à 6 % des patients hypertendus en soins primaires.

Il s'agit également d'une pathologie dont le diagnostic est complexe puisque < 2 % de patients à risque qui sont dépistés et < 1 % sont diagnostiqués permettant la mise en place d'un traitement approprié.

Depuis l'apparition de la génétique à haut débit, on a pu identifier des formes familiales notamment, la découverte d'HAP à des phases spécifiques de la vie comme pendant la puberté ou la grossesse.



Mélissa BENALLOU
Interne EDN, 6^{ème} semestre

Synthèse des formes familiales d'hyperaldostéronisme primaire :

Disease	Prevalence %	Age of onset	Specific features	Gene	Transmission	Treatment
Familial hyperaldosteronism type I	~1 (3% in pediatric HT cohorts)	Variable Often before 20 ys	Cerebrovascular events at young age (<30 ys)	Chimeric CYP11B1/B2	AD	Glucocorticoids, MRA
Familial hyperaldosteronism type II	1.2-4%	Variable Young onset in patients with CLCN2 mutations	none	CLCN2	AD	MRA
Familial hyperaldosteronism type III	NA	Before 20 ys Variable in mild forms	Massive bilateral adrenal hyperplasia in severe cases	KCNJ5	AD	MRA Bilateral adrenalectomy in severe cases
Familial hyperaldosteronism type IV	NA	Variable Most frequent before 20 ys	Developmental disorder in some cases	CACNA1H	AD	MRA
Primary Aldosteronism, Seizures and Neurologic Abnormalities (PASNA)	NA	Childhood	Seizures and neurological abnormalities	CACNA1D	? (de novo)	Calcium channel blocker

Ces formes familiales s'associent des particularités spécifiques qu'il convient de dépister. Seul le type 1 est suppressible par les glucocorticoïdes.

En dehors des formes familiales, on retrouve également des formes somatiques qui ne sont retrouvées que dans la partie adénomateuse de l'adénome

de Conn (et pas dans la surrenale saine). Ces mutations touchent tous les gènes des formes familiales ainsi que d'autres gènes (codant pour les ATPases notamment), correspondant à > 90 % des adénomes de Conn.

Certaines de ses mutations somatiques ont également des particu-

larités. Les mutations KCNJ5 représentent environ 40 % de nos patients en France, touchant des patients plus jeunes et la 1^{ère} mutation chez la femme. La 2^{ème} mutation la plus fréquente (jusqu'à 10 %) est CACNA1D, touchant préférentiellement des hommes d'âge plus avancé. Les mutations CTNNB1, plus fréquentes chez

la femme, s'associent également à d'autres mutations (GNA11/GNAQ) avec développement à la grossesse, à la puberté ou à la ménopause, s'expliquant par une expression particulière de l'ARN (expression du récepteur au LHRH et hCG, le LHCGR).

Au niveau de la zone glomérulée, on retrouve une diminution de l'expression de cellules exprimant l'aldostérone synthase avec l'âge mais plutôt

la présence de certains regroupement de cellules dans la glomérulée (APCC) sans adénome qui peuvent être la cible de mutations génétiques somatiques et vont être autonomes par rapport au reste de la surrénale.

Dans les données de recherche actuelle, on retrouve les gènes CASZ1 et RXFP2, qui, lorsqu'ils sont surexprimés en raison d'un polymorphisme, vont aboutir à la suppression de la production

d'aldostérone sans affecter la production de cortisol. Parmi les mécanismes évoqués, on fait l'hypothèse qu'une diminution de la production d'aldostérone va stimuler de manière chronique la surrénale, via le SRAA, augmentant la production d'aldostérone, à terme cela stimulerait une prolifération cellulaire et donc un environnement propice à l'apparition de mutations somatiques.

La place de la médecine nucléaire dans l'hyperaldostéronisme primaire (Pr TAIEB)

Il existe certaines limitations à l'imagerie puisque le foyer sécrétoire d'aldostérone peut être de petite taille. En ce qui concerne le cathétérisme veineux, cela reste une technique invasive, difficilement réalisable, protocoles différents et opérateur dépendant en faisant une exploration de centre très spécialisé.

La question de ce jour est donc : peut-on disposer d'un outil d'imagerie fiable, disponible, non invasif et qui pourrait caractériser les patients ?

	Mécanisme	Points positifs	Points négatifs	Remarques
Scintigraphie Noriodocholestérol (¹³¹ I-NP-59)	Traceur fonctionnel de l'utilisation du cholestérol dans la stéroïdogénèse		Pas de sélectivité propre (nécessité de prémédication par Dexaméthasone) Mauvaise qualité des images Un des examens les plus irradiants en médecine nucléaire	
Imagerie TEP (¹⁸ F, ⁶⁸ Ga, ⁶⁴ Cu)	Détection de photons	Nouvelles TEP grand champ (en 3 minutes) dont le facteur de sensibilité est augmenté de > 10	Perte de résolution avec l'utilisation de ⁶⁸ Ga Nécessité de corriger les mouvements respiratoires	Demi-vies différentes selon l'isotope utilisé
¹¹ C-Metomidate	Cible la 11β-HSD et l'aldostérone synthase		Cible d'expression mais pas fonctionnel Prémédication par DXM Nécessité un cyclotron sur site car demi-vie très courte	Concordance de 30 % entre la scintigraphie et le cathétérisme (étude MATCH)
¹⁸ F-fluoro-ethyletomidate		Pourrait être intéressant pour les adénomes cortisoliques	Pas de prémédication réalisée dans les études	
CXCR4 (dont le ⁶⁸ Ga-pentifaxor, le ¹⁸ F-ALF-NOTA-pentifaxor)	Famille des récepteurs aux chémokines Impliqué dans la mobilisation des progéniteurs hématopoïétiques	Sélectivité sans prémédications car expression dans les cellules qui expriment l'aldostérone synthase Images de bonne qualité, performances intéressantes		Grande utilisation en hématologie ou oncologie
FNP-59	Agent fluoré Traceur fonctionnel illustrant la captation du cholestérol Régulation par l'ACTH	Bonne résolution Peu irradiant Fixation rapide (1h) pour la forme estérifiée		
¹⁸ F-Aldoview	Fixation sélective de l'aldostérone synthase	Absence de fixation hépatique permettant de mieux caractériser les fixations à droite		Pas de données disponibles pour le moment
¹⁸ F-ASP-002	Ligand sélectif de l'aldostérone synthase			Début des recherches l'année prochaine

Traitements médicamenteux de l'hyperaldostéronisme (Pr Michel BURNIER)

L'hyperaldostéronisme primaire (HAP) est fréquent en cas d'hypertension apparemment résistante au traitement (environ 20-30 % des cas) et s'associe à davantage de complications cardiovasculaires ou rénales que l'HTA essentielle.

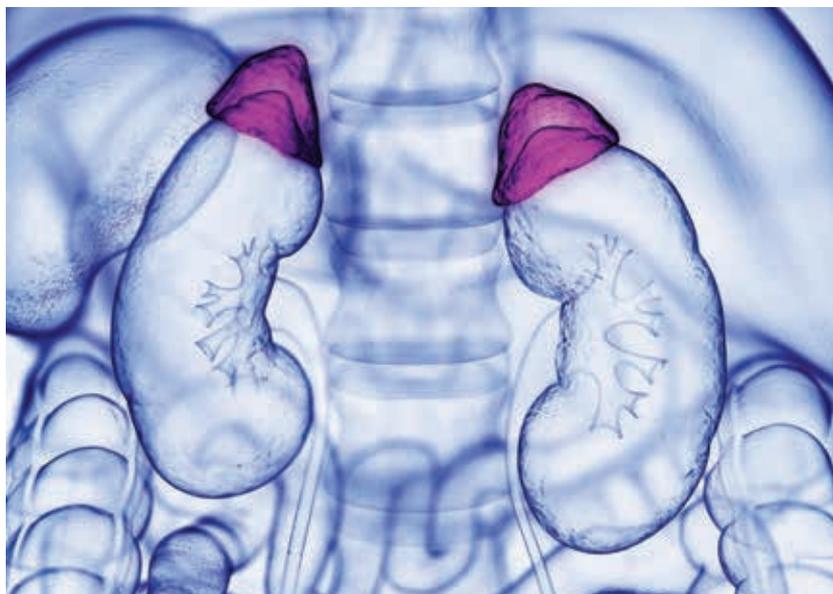
Selon les guidelines de l'ESH le traitement semble simple : traitement chirurgical en cas d'adénome surrénalien unilatéral (adénome de Conn), traitement médicamenteux en cas d'atteinte surrénalienne bilatérale.

Dans la littérature, on retrouve beaucoup de données sur les traitements utilisés habituellement dans l'HAP, mais dans d'autres indications.

Notamment l'étude PATHWAY 2 qui évaluait les traitements dans l'HTA résistante et montrait que le médicament le plus efficace était la SPIRONOLACTONE.

Parmi les nouvelles thérapeutiques évoquées dans l'HAP on note les antagonistes non-stéroïdiens des récepteurs de l'aldostérone et les inhibiteurs de l'aldostérone synthase. Cependant ces thérapeutiques ont été investiguées essentiellement dans d'autres pathologies que l'HAP (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique).

Antagonistes sélectifs non stéroïdiens		Inhibiteurs de l'aldostérone synthase		
FINERENONE	Autres molécules	BAXDROSTAT	DEXFADROSTAT	VICADROSTAT + EMPAGLIFLOZINE
Haute affinité et sélectivité pour le récepteur aux minéralo-corticoïdes (MR) Pas d'effets secondaires sexuels qui sont connus avec les antagonistes stéroïdiens (ex: gynécomastie)	Esaxeronone et KBP-5074 dont le développement est en cours	Réduction des taux d'aldostérone sans effet sur le cortisol total	Réduction des taux d'aldostérone sans effet sur le cortisol et l'ACTH Demi-vie entre 8 et 11h	
Étude principale dans le diabète de type 2 (étude FIDELITY): ↘ de la morbidité cardio-vasculaire et du risque de progression vers l'insuffisance rénale chronique Études en Chine sur l'HAP mais en cours de recrutement ou non débuté		Étude de phase 2 dans l'HTA résistante: effet dose avec action satisfaisante sur la PAS et la PAD avec ↘ de l'aldostérone	Étude de phase 3 dans l'HTA résistante: ↘ de l'aldostérone Étude de phase 1 dans l'HAP (Mulatero et al.): rapport aldostérone/rénine ↘ amélioration tensionnelle en <u>ambulatoire</u>	Étude dans l'IRC et/ou le diabète de type 2: effet additif de l'association dont un effet sur l'albuminurie et l'HTA



AU TOTAL

Le traitement classique reste la chirurgie pour les atteintes unilatérales et les antagonistes stéroïdiens des récepteurs aux minéralocorticoïdes pour les atteintes bilatérales.

De nouvelles approches sont en cours de développement cependant peu de molécules sont étudiées spécifiquement dans l'hyperaldostéronisme primaire, notamment à grande échelle.

Retour du congrès SFE 2024

Communications orales : Thyroïde

La lobo-isthmectomie thyroïdienne en ambulatoire : résultats de la plus large série monocentrique française

Contexte : Historiquement la chirurgie en ambulatoire n'était pas recommandée en raison du risque d'hématome cervical avec surveillance. Or on note un élargissement des indications de chirurgie thyroïdienne en parallèle d'une amélioration des techniques chirurgicales rendant le mode ambulatoire incontournable en dehors de critères d'exclusion spécifiques.

Étude : Étude de la place de la chirurgie thyroïdienne ambulatoire dans le parcours de la Pitié-Salpetrière.

Résultats : Étude sur environ 2500 patients pris en charge en ambulatoire entre 2018 et 2024. On retrouve un faible taux de conversion en hospitalisation complète (1.4 %) suite à des hématomes de loges principalement (0.6 %). Score de qualité de vie après retour à domicile (SF-12) très satisfaisant (moyenne 94/100).



MéliSSa BENALLOU

Interne EDN, 6^{ème} semestre

TAKE-HOME MESSAGE : Chirurgie ambulatoire à réaliser par une équipe expérimentée, chez des patients sélectionnés, nécessité de présence de ressources pour réhospitalisations en urgence si besoin, d'une surveillance post-opératoire adaptée et d'une bonne information du patient.

Facteurs prédictifs de la malignité des nodules thyroïdiens cytologiquement bénins, récusés pour la thermoablation : étude de cohorte observationnelle

Contexte : La thermoablation est une alternative chirurgicale pour des nodules bénins asymptomatiques (identifiés avec 2 cytologies bénignes) et après validation en RCP dédiée. Le risque reste de réaliser une thermoablation sur des nodules qui s'avèrent finalement cancéreux à l'histologie après prise en charge chirurgicale, malgré les 2 cytologies bénignes avant thermoablation.

Étude : L'objectif était de déterminer l'intérêt de valider les indications de thermoablation en RCP en évaluant la

proportion d'histologie non-bénigne au sein d'une cohorte de patients récusés de la thermoablation en RCP dédiée, soit une cohorte de 131 patients.

Résultats : Au total, on retrouve 47 % des patients récusés qui ont été opérés dont 6 histologies non-bénignes comprenant 4 NIFT-P, un carcinome vésiculaire et un carcinome papillaire qui étaient pT3. Absence de facteurs retrouvés statistiquement associés à un risque de malignité mais tendance retrouvée chez les sujets jeunes.

TAKE-HOME MESSAGE : Étude rassurante car les patients avec cancers thyroïdiens ont probablement été récusés par la RCP, ce qui renforce l'intérêt d'un passage en RCP en centre expert avant traitement afin de ne pas méconnaître un cancer thyroïdien qui serait au moins pT3 compte-tenu de la taille des nodules traités.



Facteurs prédictifs d'évolution vers une maladie réfractaire à l'iode dans une cohorte prospective de patients atteints de cancers thyroïdiens différenciés

Contexte : Pronostic du cancer thyroïdien globalement excellent avec une survie à 10 ans > 90 % mais 5 à 10 % d'entre eux ont une évolution métastatique dont 2/3 deviendront réfractaires à l'iode avec, dans ce cas, un pronostic sombre avec une survie d'environ 10 % à 10 ans.

Étude : Cohorte prospective dont l'objectif est d'identifier des facteurs prédictifs cliniques et anatomopathologiques d'évolution vers une maladie réfractaire chez des patients atteints de cancers de la thyroïde à risque de récidive.

Résultat : Les carcinomes de haut grade étaient 8 fois plus à risque d'évoluer vers une maladie réfractaire. Facteurs prédictifs de l'évolution vers une maladie réfractaire étaient : un âge > ou = 55 ans, la présence d'une nécrose tumorale, la présence de métastases ganglionnaires, un taux de thyroglobine > ou = 20 ng/mL à la première dose d'iode, critères histologiques de carcinome de haut grade.

TAKE-HOME MESSAGE : Importance de la notion de caractéristiques prolifératives en plus de la classification de l'architecture lors de la lecture des comptes-rendus anatomopathologiques.

Pronostic : facteurs pronostiques de survie globale des cancers différenciés de la thyroïde réfractaires à l'iode et métastatiques à distance, issues des données multicentriques du réseau ENDOCAN-TUTHYREF

Contexte : Il existe une grande hétérogénéité d'évolution clinique parmi les patients iodo-réfractaires mais on retrouve peu de facteurs pronostiques chez les patients métastatiques.

Étude : Évaluation de la survie globale de ces patients iodo-réfractaires métastatiques et identifier les facteurs pronostiques associés à la survie globale sur une population de 1000 patients.

Résultat : Survie médiane de 9 ans avec taux de survie à 5 ans de 73 % et à 10 ans à 46 %, concordant avec les séries françaises récentes.

Facteurs associés au mauvais pronostic : âge > 55 ans, le type peu différenciés, ratio neutrophiles/lymphocytes élevé, présence d'au moins 2 sites métastatiques, présence d'un cancer primitif non réséqué. Parmi les lésions métastatiques on retrouvait les macro-métastases, la fixation à la TEP-FDG, les métastases symptomatiques et synchrones. Le statut moléculaire n'était pas connu pour la moitié de la population et n'était pas associé à la survie globale.

TAKE-HOME MESSAGE : Survie globale meilleure que celle observée dans les cohortes historiques pouvant refléter l'efficacité des traitements (loco-régionaux, ITK) et la présence de stratégie thérapeutique adaptée au patient.

Prise en charge d'un cancer thyroïdien pédiatrique de souche folliculaire en France : une enquête nationale du réseau TUTHYREF

Contexte : Il s'agit d'une pathologie rare chez l'enfant mais dont l'incidence mondiale est en augmentation.

Étude : Description du parcours de soins des patients atteints d'un cancer thyroïdien pédiatrique de souche folliculaire dans les centres français du réseau TUTHYREF, ainsi que les modalités de traitement et de suivi et les séquelles éventuelles.

Résultat : Grande hétérogénéité de prise en charge de ces patients avec faible taux de prise en charge psychologique (12 %) et évaluation scolaire et sociale (6 %). L'ensemble des patients sont traités par thyroïdectomie totale dont 31 % d'hypoparathyroïdie transitoire, 5 % d'hypoparathyroïdie définitive et 1 % de dysphonie. La tolérance de l'irathérapie est bonne avec peu d'effets indésirables qui sont mi-

neurs (dont 8 % de vomissements) et une réponse à l'iode globalement satisfaisante avec 69 % de rémission. On retrouve 22 % de récurrence (dont 75 % locorégionale) après thyroïdectomie. En cas de métastases à distance (soit 12 % des cas), on retrouve 73 % de métastases synchrones.



TAKE-HOME MESSAGE : Proposition de parcours de soins standardisés avec passage systématique en RCP pour décrire les modalités de prise en charge dont la chirurgie qui sera à réaliser en centre expert. Un accompagnement psychologique, social et scolaire semble indispensable.

Description d'une série de 30 patients traités par alcoolisation de nodule thyroïdien au CHU de Lille

Contexte : L'alcoolisation des nodules thyroïdiens est une technique simple, peu invasive, réalisable en ambulatoire avec injection d'éthanol sous contrôle échographique.

Étude : Étude rétrospective monocentrique chez des patients présentant un nodule symptomatique (gêne esthétique ou compression) correspondant à des nodules kystiques purs (Bethesda I ou II) ou mixtes à pré-

dominance kystique (> 50 % liquide, Bethesda II) qui récidivaient après une évacuation simple.

Résultat : Réduction moyenne de volume à 6 mois de 62 % mais hétérogène en lien avec une part tissulaire

persistante dans les nodules mixtes puisque pour les nodules kystiques purs on retrouve une réduction de volume moyenne de 80 %. Peu de complications retrouvées (gonflement, douleurs, seulement 2 rechutes à 3 mois).

TAKE-HOME MESSAGE : *Technique très simple et peu invasive avec réduction des symptômes chez 100 % des patients, Efficacité très satisfaisante sur les nodules kystiques purs. Possibilité d'y associer la thermoablation sur les nodules mixtes sous réserve d'une cytoponction bénigne réalisée sur la part solide pour éliminer les carcinomes papillaires kystiques.*

Mise en place d'un parcours de soins dédié aux cancers thyroïdiens graves se présentant comme une masse cervicale urgente

Contexte : Le parcours de soins des patients atteints de cancers thyroïdiens réfractaires agressifs est un défi organisationnel et de coordination. Ces présentations cliniques avec une évolution rapide nécessitent une prise en charge spécialisée multidisciplinaire en urgence.

Étude : Mise en place du parcours COMPACT avec pour objectif de réduire les délais diagnostic, de mise en

place du traitement, intégrer précocement les soins de support et palliatifs et faciliter la transition vers les soins ambulatoires.

Résultat : Parmi les 38 patients inclus, le délai médian entre le 1^{er} contact et la 1^{ère} consultation est de 2 jours et le délai médian entre la 1^{ère} consultation et le traitement de 26 jours.

TAKE-HOME MESSAGE : *Intérêt de populariser ces parcours de soins dédiés pour permettre aux patients d'accéder à une prise en charge rapide et optimale.*

L'obésité n'est pas un facteur de risque de complications en chirurgie thyroïdienne

Contexte : L'obésité est un facteur de risque indépendant de complications post-opératoires mais il n'y a pas de données spécifiques à la chirurgie thyroïdienne.

Étude : Étude des complications chez l'ensemble des patients opérés dans le centre entre 2002 et 2023 avec une classification selon l'IMC soit près de 30 000 patients inclus.

Résultat : Après analyse multivariée, l'IMC n'est pas un facteur de risque indépendant de complications chirurgicales (paralysie récurrentielle, hypocalcémie, hématome, abcès). Parmi

les patients opérés pour des cancers, l'étendue de la thyroïdectomie et la réalisation d'un curage ne sont pas non plus un facteur de risque chez les patients en situation d'obésité. On note par ailleurs un risque accru d'hypocalcémie en cas d'IMC < 25 kg/m²

TAKE-HOME MESSAGE : *L'obésité n'est pas un facteur de risque de complications en chirurgie thyroïdienne et ne doit donc pas être un facteur limitant dans notre décision thérapeutique.*



Retour du congrès SFE 2024

Atelier Hypersudation

Pourquoi l'endocrinologue transpire ?

Pour commencer à discuter de l'hypersudation c'est toujours une bonne idée de définir le mot.

L'hyperhidrose est définie comme une sudation excessive, quantitativement supérieure à celle nécessaire pour la thermorégulation normale.

Il existe 2 types des glandes sudorales :

- La glande sudorale apocrine qui libère son fluide dans le follicule pileux et dont on ne connaît pas la fonction.
- **La glande sudorale eccrine** qui libère son fluide directement à la peau et qui est impliquée dans la thermorégulation. Elle a une activité antimicrobienne et est impliquée dans la régénération épidermique. Nous n'avons pas de glandes eccrines sur les lèvres.

Il existe un test utilisé pour mesurer la concentration de chlore dans la glande sudorale sous-cutanée – historiquement utilisé pour le diagnostic de mucoviscidose (test de la sueur).

Le volume sudoral moyen est de 50 uL.

Les glandes sudorales ont une innervation :

- Cholinergique pour la régulation de la température.
- Adrénérgique et noradrénérgique impliquée dans la sueur émotionnelle.

Quand un patient se plaint des sueurs il faut toujours garder en tête :

- À quels moments ? Dans quelles circonstances ?
- Topographie ? Persistance la nuit (spécialement pour la partie émotionnelle) ?
- Tolérance à la chaleur et à la variation de température ?
- Quantité de fluide sudoral ?
- Dans quelle mesure cela impacte le quotidien ? (Echelle de gravité de l'hyperhidrose HDSS).

Dans la majorité des cas (90 %) il s'agit d'une hyperhidrose primaire, focale, symétrique. La localisation habituelle est palmaire ou axillaire.

Le traitement d'une hyperhidrose focale est progressif :

En 1^{ère} ligne : les antiperspirants topiques (blocage anticholinergique), à mettre sur une peau sèche, le soir.

En 2^{ème} ligne : la iontophorèse

En 3^{ème} ligne : la toxine botulinique

En 4^{ème} ligne : la chirurgie qui consiste en une sympathectomie.

S'y adjoignent les traitements adjuvants : absorbants pour les vêtements, des stylos anti-dérapants. Parmi les médicaments, on peut utiliser le catapresan, l'oxybutinine ou la paroxétine.

La forme focale asymétrique est décrite dans les infections, par exemple le zona.

Discuter de l'hyperhidrose en endocrinologie revient à distinguer hyperhidrose primaire et secondaire.

Pour rappel : l'hyperhidrose primaire focale est diagnostiquée d'après 2 critères majeurs et 2 critères mineurs.

Les 2 critères majeurs sont :

1. Sans cause apparente, souvent localisée sur des zones spécifiques du corps.
2. Transpiration excessive depuis plus de 6 mois sans cause identifiable.

Les 2 critères mineurs parmi les 5 suivants :

1. Symétrique, bilatérale.
2. Au moins un épisode par semaine.
3. Début avant 25 ans.
4. Histoire familiale.
5. Absence de transpiration nocturne.



Dr Vlad RADILESCU

Actuellement FFI à l'hôpital Avicenne Interne en endocrinologie 3^{ème} année en Roumanie, Bucarest - Institut Nationale d'Endocrinologie "C.I Parhon"



Toute hyperhidrose généralisée doit faire évoquer une forme secondaire.

Une étude récente de Collercandy et al en Annals of Medicine 2022 sur 420 patients suivi au moins un an, a montré que l'étiologie la plus fréquente est un cancer solide (14.3 %), ensuite un cancer hématologique (14 %) et enfin des causes endocrines (5.2 %). Malheureusement, dans 16.7 % des cas l'étiologie n'a pas été retrouvée.

Pour différencier l'hyperhidrose primaire et secondaire l'interrogatoire est utile.

1. Depuis quand dure-t-elle ?
2. Y'a-t-il des antécédents familiaux ?
3. Est-elle focale ou généralisée ?
4. Est-elle symétrique/bilatérale ?
5. Est-elle nocturne ?

L'orientation étiologique se fait ainsi sur le contexte et les signes associés :

1. Causes endocriniennes évidentes : ménopause, hypoglycémie, hyperthyroïdie.
2. Causes endocriniennes plus rares : Phéochromocytome, Acromégalie.

3. Causes neurologiques : lésions encéphaliques, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, AVC, syndrome dysautonomique, syringomyélie.
4. Causes infectieuses : Tuberculose, VIH, Endocardite.
5. Causes malignes : cancer, lymphome, etc.
6. Causes iatrogènes : amiodarone, opiacés, bêtabloquants, anti-estrogènes.
7. Causes toxiques : alcool, sevrage, drogues.

L'hyperhidrose nocturne est un diagnostic complexe : évoquer RGO et syndrome d'apnées du sommeil.



VIGNETTE CLINIQUE 1

Sueurs et drôle de tête

Hypertrophie des glandes sudorales et sébacées – sueur grasse avec une odeur particulière.

Patiente de 32 ans adressée pour une problématique de sueurs depuis environ 10 ans avec des antécédents de prognathisme opéré en 2019, déjà présent depuis l'adolescence. IGF-1 à

326 ng/ml soit 2.6 DS fait par le médecin traitant. Les sueurs sont essentiellement nocturnes, pas de flush, généralisée prédominant tête et tronc.

Cliniquement à 171 cm, placée en famille d'accueil (donc pas de taille cible), syndrome dysmorphique sauf une macroglossie.

Pendant une hospitalisation du jour : IGF-1 356 ug/l soit 3.72 DS. Le test HGPO : GH à T0 = 0.73 mUI/L et après 1H à 1.81 mUI/L. Sur l'IRM – petite image de 4-5 mm aileron hypophysaire droite.

Pas de traitement immédiat et recherche d'une apnée du sommeil recommandée.

VIGNETTE CLINIQUE 2

Flush et sueurs à la ménopause

Femme de 54 ans, ménopausée depuis l'âge de 51 ans avec syndrome climatérique pour laquelle elle est sous THM (E2 voie percutanée + progestérone naturelle), adressée en consultation pour des bouffées de chaleur invalidantes.

Découverte récente d'une HTA traitée par bithérapie (bêtabloquant et IEC) => 3 mois plus tard réapparition des bouffées des chaleurs avec malaises et céphalées.

Dans la ménopause il y a des signes typiques :

1. Nocturnes et/ou diurnes.
2. Le plus souvent sans signe prémonitoire.

3. Favorisées par émotions, températures élevées, stress, prise d'alcool.
4. Sensation soudaine de chaleur accompagnée de sueurs profuses ± rougeur cutanée.
5. Soulagées par un THM adapté.

Et des signes atypiques :

1. Ne cèdent pas sous hormonothérapie substitutive adaptée.
2. Réapparaissent à distance de la ménopause.
3. Caractéristiques sémiologiques, bouffées de chaleur atypiques.
4. Associés à d'autres signes fonctionnels : céphalées, palpitations, malaises, diarrhées, poussée hypertensive.

Chez cette patiente, les bouffées de chaleurs étaient très différentes des épisodes précédents avec des épisodes paroxystiques 4 fois par jour environ avec céphalées occipitales, palpitations et sueurs profuses.

Un bilan hormonal a été fait : Méтанé- phrines urinaires à 5N et Norméтанé- phrines urinaires 4N.

Scanner surrénalien : lésion surrénalienne droite de 41 mm, 22UH, wash-out absolu à 75 %, wash-out relatif à 71 %.

Le diagnostic d'un paragangliome surrénalien (phéochromocytome) a été posé.

VIGNETTE CLINIQUE 3

Sueurs et diarrhée

Patient de 62 ans, bouffées vasomotrices de courte durée de 1 à 5 minutes avec une érythrose qui touche le visage, le cou et la partie supérieure du thorax. Notion de diarrhée hydrique 6 fois par jour. Le diagnostic de syndrome carcinoïde débutant a été posé.

Dans un syndrome carcinoïde les signes les fréquents sont :

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1. Flush 90 %. | 5. Pellagre 5 %. |
| 2. Diarrhée 60-80 %. | 6. Cardiopathie carcinoïde 19-60 %. |
| 3. Douleur abdominale 35 %. | 7. Fibrose mésentérique 50 %. |
| 4. Bronchospasme 15 %. | |

VIGNETTE CLINIQUE 4

Very Important People

Patient de 61 ans, DT2. Tableau de diarrhées hydriques importantes avec flush minime et quelques sueurs. Imagerie abdominale et pelvienne : TNE pancréatique grade II Ki 67 à 6 % sur une PBH au niveau hépatique.

Dégradation rapide de l'état clinique. Séjour en réanimation pour diarrhées profuses (>6 L par jour), hypokaliémie à 1.8 mmol/l (nécessitant une perfusion de 20g de KCl par jour), acidose métabolique sur pertes digestives.

Devant la symptomatologie un dosage de VIP a été fait et le diagnostic de VIPome confirmé.

NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

La nouvelle convention et ses changements : une occasion de se remettre au point sur les cotations



D^r Edouard GHANASSIA
*Endocrino-diabétologue,
Echographiste - Sète, Paris*



D^r Mathilde BLANQUET
*Endocrino-diabétologue
Angers*



D^r Claude COLAS
*Endocrinologue-diabétologue, Paris
SEDMEN et Avenir Spé*



La convention a (enfin) remplacé le règlement arbitral et s'applique, pour de nombreux actes cliniques, depuis le 22 décembre 2024 et pour de nombreux actes techniques depuis le 1^{er} janvier 2025.

Deux autres étapes sont prévues : le 1^{er} juillet 2025 et le 1^{er} janvier 2026.

À notre demande, Claude COLAS, syndicaliste de longue date qui a beaucoup contribué à notre cause, a rédigé cet article.

Lors des secondes journées de l'EDN libérale à Paris, Mathilde BLANQUET et Edouard GHANASSIA ont mis au point un atelier et il nous semblait intéressant d'y inclure son contenu, à la lumière de précisions que nous avons obtenues.

Nous l'avons conçu pour qu'il puisse vous guider dans la jungle (pas si touffue) de la nomenclature. Nous avons également évoqué les points restant obscurs qui seront précisés dans les numéros à venir.

En préambule : Oui, nous allons parler argent

Un premier fait qui peut vous paraître étonnant : nous sommes soi-disants, c'est notre métier. Grâce à nos compétences, nous rendons un service à la société à laquelle nous appartenons qui nous donne ainsi une place (et non des moindres... s'occuper de la santé des autres) en son sein. Or notre société repose sur le fait que tout travail mérite rémunération et appliquer ce principe engage une double responsabilité :

- **Responsabilité individuelle envers les nôtres** : assurer notre survie et celle de notre famille.
- **Responsabilité collective envers nos collègues** : un acte fait gratuitement (à contrecœur) est un acte qui... ne vaut rien... au propre comme au figuré.

Il est notoire que dans notre pays, et en particulier dans notre milieu, parler d'argent met mal à l'aise et est souvent tabou. Ceci n'étant pas l'objet de cet article, posez-vous simplement la question de votre rapport à l'argent et de l'influence de celui-ci dans votre démarche de cotation.

Un second fait que vous devez garder à l'esprit est le suivant : le nombre crée la norme (clin d'œil à l'ami Gauss qui a balisé nos études de médecine et nos lectures d'articles). Lorsque les textes sont clairs et nets, il n'y a pas lieu d'hésiter. Mais lorsque les textes sont plus ambigus, plus flous, plus sujets à interprétation, dans ce cas précis, si 95 % des EDN ont une pratique audacieuse, solidaire et homogène, cela crée et définit... la norme.

Si cette norme est le fruit d'un courage concerté, alors nos pratiques observées en comparaison à cette norme échappera ainsi aux viseurs des "mal intentionnés".



Il est notoire que dans notre pays, et en particulier dans notre milieu, parler d'argent met mal à l'aise et est souvent tabou.



Pourquoi maîtriser la cotation ?

La base de remboursement est le fruit de dures négociations et la respecter, l'appliquer, est une forme de respect pour ceux d'entre nous qui ont pris temps et énergie pour mener ces combats : Claude COLAS, Gérard CHABRIER, Nicolas GUERITEE, Patrick BOUILLLOT, Nathalie GERVAISE, François MOREAU pour ne citer qu'eux...

Il s'agit avant tout d'une démarche gagnant/gagnant, dans l'esprit du soin centré sur le patient et le soignant

évoqué dans le précédent numéro. N'oublions pas que le patient nous paie (sauf dans le cas des tiers payant) et que c'est son assurance (la CPAM en l'occurrence) qui le rembourse par la suite. Maîtriser la cotation, c'est donc faire en sorte que le patient soit **le mieux remboursé possible**. Accessoirement, le remboursement du patient par rapport à ses possibilités financières conditionne (en partie) **notre rémunération**.

Il faut accepter de respecter les règles : non pas ce qui vous paraît juste mais ce que vous avez le droit de faire. La nomenclature n'a aucune corrélation avec la pratique : elle est issue de négociations purement financières en suivant une ligne médico-économique.

Les bases : Parlez-vous CPAM ?

Petit Glossaire : Les tarifs vont varier selon le secteur d'exercice, dans cet article, nous distinguerons :

- Les "SO" : secteurs à part opposable - secteur 1, secteur 2 OPTAM.
- Les "S2" : secteurs 2 sans OPTAM.

LA NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels - ce sont les cotations des actes cliniques. Dans cet article, nous distinguerons :

- Les lettres-clés : C, CS+MCS, APC.
- Les majorations "universelles" : MOP, MCU, MHP.
- Les majorations "contextuelles" : MCE (MCX et MTX très peu utilisées).

Chacun de ces codes a une valeur monétaire. Ils peuvent se combiner entre eux et le résultat final constitue le **"tarif opposable"**, la base de remboursement au patient à laquelle peuvent s'ajouter différents types de compléments d'honoraires.

Ainsi, les lettres-clés ne peuvent pas se combiner entre elles, ni les majorations "contextuelles".

Les majorations "universelles", en revanche, peuvent se cumuler entre elles selon différentes règles :

- **MOP** (majoration pour patient > 80 ans) : 5 € en SO, non autorisée en S2 non OPTAM.

- **MHP ou MHN** (majoration de nuit ou férié non régulée) : 5 € pour tous, SO ou S2.

- **MCU** (majoration d'urgence si vu dans les 48h après adressage, délai porté à 4 jours le 1/01/26) : 15 € pour tous SO ou S2, mais uniquement si tarif opposable.

CCAM : les actes techniques

La 1^{ère} règle d'or de la CCAM : Lorsqu'un médecin réalise dans le même temps deux actes cotés en CCAM, il doit mentionner un « code association » qui précise les modalités de tarification de chaque acte. C'est toujours l'acte le plus onéreux qui est coté à 100 %. Les actes sont codés avec 4 lettres et 3 chiffres.

Voici l'exemple d'une cytoponction avec guidage échographique :

- Code 1 : l'acte est tarifé à 100 % (la cytoponction : KCHJ001 38,40).
- Code 2 : l'acte est tarifé à 50 % (le guidage écho : YYYY028 34,97/2 = 17,49).
- Code 3 : l'acte est tarifé à 75 % - très exceptionnel (dans la majorité des cas, le 3^{ème} acte n'est pas facturable).
- Total : 38,40 + 17,49 = 55,89.

La 2^{ème} règle d'or de la CCAM : Les actes NGAP et les actes CCAM ne se cumulent pas, sauf très rares exceptions, même s'il est parfois logique de les faire lors d'une même consul-

tation (souvenez-vous : ce qui paraît juste vs ce qu'on a le droit de faire). Il existe cependant quelques exceptions à cette règle :

- **L'ECG** : DEQP003 (14,92 €) : code NGAP + DEQP003 - utile à l'EDN dans les dysthyroïdies, les dyscalcémies, les dyskaliémies et chez les diabétiques.
- **En gynéco endocrino** : frottis et biopsie (JKHD001).
- Dans d'autres spécialités, ces couplages existent depuis longtemps (pneumo, rhumato).
- Mais de très nombreux couplages ont été autorisés durant la convention 2024.

La grande nouveauté est le couplage, effectif au 1^{er} janvier 2026, d'une consultation de référence ou coordonnée avec l'acte d'échographie thyroïdienne, à taux plein (sans code association). Ce combat de longue haleine, mené pendant 8 ans par Edouard GHANASSIA appuyé par de nombreux syndicats, ouvre la voie à un exercice économiquement viable de ce pan important de l'endocrinologie qu'est la thyroïdologie et sera conté dans le prochain numéro, à l'aube de l'application de ce tarif.

L'avis ponctuel de consultant (APC) est passé à 60 €

L'APC devrait être notre acte de référence à nous, médecins spécialistes correspondants.

Il a une définition précise : c'est l'avis donné par un médecin spécialiste dit correspondant à la demande explicite du médecin traitant par lettre, mail, appel ou, plus récemment, dans les 3 mois suivant une télé-expertise. À ce jour, il ne permet pas l'adressage d'un spécialiste à un autre : le seul cas admis est l'adressage au chirurgien.

Il est conseillé de ne traiter qu'un seul motif de consultation : pour éviter le burn-out, pour bien faire une seule chose plutôt qu'en bâcler deux ou trois et, surtout, parce que vous pouvez revoir le patient pour une nouvelle APC dans un délai libre pour un autre motif.

Il faut faire un retour au médecin traitant : Le correspondant adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques (le célèbre « laisse au médecin traitant le soin d'instaurer les prescriptions » a été supprimé). Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et laisse au MT le soin de surveiller l'application de ses prescriptions.

Il faut respecter la règle des 4 mois : Ne pas avoir vu le patient dans les 4 mois précédents pour le même motif (hors télé-expertise) et ne pas prévoir de le revoir dans les 4 mois suivants pour le même motif sauf dans les 3 situations suivantes :

1. **Des bilans complémentaires sont nécessaires pour éclairer l'avis** : on peut alors le revoir en cotant,

pour les consultations suivantes, les lettres clés historiques à condition de ne pas avoir réalisé un acte technique.

2. **Un acte technique est nécessaire** : on ne peut alors coter une nouvelle consultation clinique.
3. **De nouveaux éléments cliniques sont apparus, non prévisibles au moment de l'APC** : on peut revoir le patient et coter ce qui est nécessaire... en dehors d'une APC.

Comme nous l'avons écrit plus haut, on peut bien sûr revoir le patient pour un autre motif dans le délai de son choix : les mêmes règles s'appliquent alors à cet autre motif.

On peut ajouter au montant de l'APC :

- **Les majorations "universelles" qui peuvent aussi se cumuler entre elles** : MHP, MHN (majorations de nuit et fériés : 5 € pour tous), MCU (urgence reçue dans les 2 jours : 15 € en tarif opposable), MOP (patient > 80 ans : 5 € en SO, pas autorisé aux S2 non OPTAM).
- **Les actes techniques autorisés** : ECG, Frottis, Biopsie, Echographie thyroïdienne (à compter du 01/01/2026).
- **Les dépassements** (sauf avec la MCU et avec la MOP pour les S2).



Quelques exemples : en rouge, les majorations possibles uniquement si tarif opposable, en vert si SO :

- APC : cas simple - 60 €.
- APC + MOP : consult chez sujet âgé - 65 €.
- APC + MCU : consult en urgence - 75 €.
- APC + MCU + MOP : consult en urgence chez un sujet âgé - 80 €.
- APC + MCU + MOP + MHN : consult en urgence chez un sujet âgé après 20h - 85 €.
- Et on peut ajouter un DEQP003 - 14,92 € - dans tous ces cas.

Les flous actuels concernent :

- *Le mot "ponctuel" et la règle des 4 mois* : ponctuel signifie-t-il unique ? Nous plaçons pour un certain bon sens : si la règle des 6 mois a été ramenée à 4 mois, cela signifie qu'on a considéré que voir un patient après 4 mois ne constituait pas de soins continus.
- *L'adressage par courrier* : en fait, quel que soit le mode d'adressage, en pratique, renvoyer une lettre au médecin traitant marque le respect du parcours de soins.

- *L'apparition d'éléments cliniques non prévisibles* : qu'est-ce qui est prévisible et qu'est-ce qui ne l'est pas ?

Notre conseil est le suivant : **s'il existe une réelle pertinence** à l'enchaînement des actes et consultations et qu'il est réellement absurde de ne pas continuer à suivre le patient, vous n'aurez aucun souci.

Les lettres clés diffèrent selon le secteur d'exercice

La consultation de référence est le socle et une différence marquée apparaît entre les SO et les S2 aussi bien en présentiel qu'en téléconsultation.

- **Pour les SO** (secteur 1, secteur 2 OPTAM) **et les secteurs 2 lorsqu'ils appliquent le tarif opposable : la CS est la lettre clé - la MPC disparaît** puisqu'elle est désormais intégrée à la CS. Seule reste la MCS (majoration de coordination) sauf pour les téléconsultations.
- **Pour les S2** (secteur 2 sans OPTAM) : **la CS ne peut plus être utilisée et c'est la C qui devient leur lettre-clé.** Ils n'ont pas accès à la MCS.

Pour chiffrer :

- SO et S2 si TO : CS (26,50 €) + MCS (5 €) = 31,50 € / téléconsultation : TCS = 30 €.
- S2: C (23 €) - pas d'utilisation de CS et MCS / téléconsultation TC = 23 €.

On peut ajouter à la lettre-clé :

- *Les majorations "universelles" qui peuvent aussi se cumuler entre elles :*

MHP, MHN (majorations de nuit et fériés : 5 € pour tous), MCU (urgence reçue dans les 2 jours : 15 € en tarif opposable), MOP (patient > 80 ans : 5 € en SO).

- *Une majoration contextuelle : MCE* (et les anecdotiques MCX et MTX pour les SO).
- *Les actes techniques autorisés* : ECG, frottis, biopsie, échographie thyroïdienne (à compter du 01/01/2026).
- *Les dépassements* (sauf avec la MCU et avec la MOP pour les S2).

Exemples en secteur opposable, tarif opposable :

- CS + MCS : cas simple - 31,50 €.
- CS + MCS + MOP : consult chez sujet âgé - 36,50 €.
- CS + MCS + MCU + MOP : consult en urgence chez un sujet âgé - 51,50 €.
- Et on peut ajouter UNE majoration contextuelle dans tous ces cas.
- Et on peut ajouter UN acte technique autorisé dans tous ces cas.

Exemples en secteur opposable avec dépassement : pas de MCU :

- CS + dép + MCS : cas simple - 31,50 € + dép.
- CS + dép + MCS + MOP : consult chez sujet âgé - 36,50 € + dép.
- CS + dép + MCS + MOP + MHN : consult chez un sujet âgé après 20h - 41,50 € + dép.
- Et on peut ajouter UNE majoration contextuelle dans tous ces cas (sauf MCX PEG)
- Et on peut ajouter UN acte technique autorisé dans tous ces cas.

Exemples en secteur 2 avec dépassement : pas de MCU, pas de MOP, pas de MCS :

- C + dép : cas simple - 23 € + dép.
- C + MHN : consult après 20h - 28 € + dép.
- Et on peut ajouter une MCE - 26,50 € (30,50 € en juillet) dans tous ces cas.
- Et on peut ajouter UN acte technique autorisé dans tous ces cas.

La MCE est passée à 26,50 € et passe à 30,50 € au 1^{er} juillet 2025

Il faut connaître ses conditions d'utilisation.

1. Le praticien doit :

- Recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical ;
- Réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, l'insulinothérapie, l'auto-surveillance, les mesures hygiéno-dié-

tétiques, le suivi à court et moyen terme du diabète, les interférences médicamenteuses, les prescriptions ;

- Synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants
- Remettre au patient un compte-rendu de consultation ainsi que des documents pédagogiques.

2. Cette majoration s'applique dans le cadre du parcours de soin. Voici les règles de cumul :

- Elle ne se cumule pas avec l'APC.
- Elle se cumule avec les lettres C, CS + MCS et les majorations "universelles".
- Elle se cumule avec la TC et la TCS.
- SO : CS + MCS + MCE +/- dép = 57,50 € (62 € au 1/07) +/- dép - TCS + MCE +/- dép = 56,50 € (60,50 € au 1/07) +/- dép.

- S2 avec dep : C + MCE + dep ou TC + MCE + dep = 49,50 € + dep (53,50 au 1/07).

MCE et diabète

- Diabète inaugural ou compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant.
- Diabétiques de type 1.
 - Lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 1.
 - Lors de la première consultation pour adaptation du protocole d'insulinothérapie dans les suites d'une affection ayant déstabilisé la maladie.
 - Lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied).

- Diabétique de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant.
- Lors de la consultation initiale d'un patient.
- Lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied).
- Lors de la première consultation après hospitalisation pour affection intercurrente ayant déstabilisé la maladie.
- Lors de la ou des consultations pour mise en œuvre de l'insulinothérapie chez un patient non contrôlé par antidiabétiques oraux et mesures hygiéno-diététiques.

MCE et endocrinologie

- **Thyroïdite** : toutes les thyroïdites auto-immunes, même en euthyroïdie et quasiment toutes les hypothyroïdies au moins 1 fois.
- **Cancer thyroïdien.**
- **Maladie de Basedow, hyperthyroïdie nodulaire ou induite par l'iode, avec complications** : Quasiment toutes les hyperthyroïdies
- **Pathologie hypothalamo – hypophysaire.**
- **Pathologie du métabolisme hydrique.**
- **Pathologie des glandes surrénales.**
- **Pathologie des glandes parathyroïdes.**
- **Tumeur endocrine de l'ovaire ou du pancréas.**
- **Affection pluri-endocrinienne (NEMs).**

Les actes techniques de thyroïdologie

La nouveauté est donc, au 1^{er} janvier 2026, la possibilité de couplage en 1 consultation à taux plein de :

- Consultation de référence ou coordonnée : APC, C, CS + MCE et les majorations.
- Échographie thyroïdienne : KCQM001.
- On notera donc : APC + KCQM001, CS + MCS + KCQM001.

Échographie

- Thyroïde : KCQM001 : 34,97 €.
- Parathyroïde : KDQM001 : 37,80 €.
- Doppler des troncs supra-aortiques : 69,93 € (mesurer les 4 artères et l'ACI).

Prélèvements échoguidés

- Cytoponction 1 nodule + guidage : KCHJ001 + YYYY028/2 = 38,40 + 17,49 = 55,89 €.
- Cytoponction 2 nodules + guidage : KCHJ004 + YYYY028/2 = 47,99 + 17,49 = 65,48 €.
- Microbiopsie + guidage : KCHJ003 + YYYY028 = 76,80 + 17,49 = 94,29 €.

Évacuation échoguidée avec ou sans alcoolisation

- Simple : KCJB001 + YYYY028 = 38,40 + 17,49 = 55,89 €.
- Avec alcoolisation : HORS NOMENCLATURE (devis à part).



Un mot sur les équipes de soins spécialisés (ESS)

Extrait du cahier des charges fournis par la CNAM

L'activité des ESS doit contribuer à :

- Faciliter la coordination des médecins spécialistes de ville ;
- Favoriser l'articulation Ville-Hôpital ;
- Structurer l'offre de second recours sur les territoires, dans une logique de parcours gradués entre les soins primaires, la médecine de ville spécialisée et les centres hospitaliers de référence ;
- Appuyer les professionnels de santé de ville, notamment les médecins traitants ;

- Renforcer les compétences et les expertises de proximité ;
- Apporter des réponses en matière d'accessibilité et de continuité des soins, plus spécifiquement dans les territoires en tension en termes de démographie médicale ;
- Organiser et faciliter l'accès aux soins de premier recours pour les spécialités en accès direct ;
- Inciter l'accueil des internes de spécialité par les médecins adhérents à l'ESS.

Cela peut, par exemple, se matérialiser par :

- La mise en place ou l'optimisation de filières de soins ;
- Le développement d'une offre de télé-expertise ;
- La participation à la réponse aux besoins de soins non programmés, etc.

Les équipes de soins spécialisées ne sont pas des structures de soins et ne peuvent pas facturer de soins aux patients.

Elles doivent aborder la majorité des problématiques liées à une spécialité médicale et non circonscrire leur action à une seule pathologie.

En fonction des réalités de terrain et à titre dérogatoire sur validation de la CPN, une ESS pourra regrouper plusieurs spécialités médicales, notamment dans les territoires particulièrement en tension démographique ne permettant pas de constituer une ESS mono-spécialisée.

Le financement d'une ESS s'effectue selon deux dotations :

1. Un crédit d'amorçage de 80 000€, attribué en deux fois :

- 50 % du crédit dévolu à l'amorçage sera versé dès validation de la lettre d'intention simplifiée par l'agence régionale de santé (ARS) et

la caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM), assortie de la signature d'un contrat tripartite ARS-CPAM-ESS). Ce premier règlement doit permettre d'assurer le démarrage des actions de la mission socle et la rédaction du projet de santé.

- 50 % du crédit sera ensuite versé par la CPAM de rattachement de l'ESS après validation du projet de santé par l'ARS et avis de la caisse.

2. Une dotation annuelle de 50 000 à 100 000€, affectée à la réalisation de l'ensemble des missions prévues dans la convention médicale.

Son montant sera déterminé en fonction de la taille de l'ESS :

- De 50 000€ pour 10 médecins adhérents (ayant signé le formulaire d'adhésion) ;

- À 100 000€ pour 100 médecins ou plus.
- Elle sera proratisée en fonction de sa taille (au nombre exact de médecins sur l'année).
- Le premier versement interviendra dès la signature du contrat de dotation annuelle.
- Les versements annuels suivants s'effectueront à date anniversaire du contrat et dès réception des pièces justificatives par la CPAM.

En guise de conclusion et des pistes pour avancer

Pour conclure cette nouvelle convention nous a donné d'un côté et repris de l'autre (MPC et ROSP), nous restons donc au bas de l'échelle des revenus libéraux.

L'augmentation de la MCE cantonnée à quelques consultations ne peut nous satisfaire et comment expliquer à nos patients qu'une première consultation sera mieux remboursée que les prochaines **dont le remboursement sera inférieur à celles du médecin traitant.**

Notre spécialité est en perpétuelle évolution avec de nouvelles thérapeutiques, de nouvelles technologies et une part importante dédiée à l'ETP, ces avancées très positives pour nos patients n'ont pas été reconnues par nos tutelles.

NOS PROCHAINS COMBATS SERONT DONC :



La reconnaissance de la consultation d'endocrinologie diabétologie nutrition à part entière sans émiettement en créant une lettre « CEDN » comme il existe une « CNPSY ».



Une APC à aligner sur la réalité d'aujourd'hui et les parcours de soins qui alternent actes techniques et actes cliniques en fonction du résultat de chaque étape.



Un élargissement des cumuls d'actes techniques : associer consultation, écho, cytoponction ou microbiopsie en 1 temps.



Remboursement de l'alcoolisation, de la thermoablation, de la cartographie ganglionnaire, des actes de diabétologie (holter, pose de pompe, courbes de BF).

Une formation FENAREDIAM - SEDMEN sur les cotations sera prochainement disponible en e-learning et classes virtuelles (DPC et FAF).

Consultez régulièrement le site de la FENAREDIAM et le site www.capeden.fr. et nous vous préviendrons dès qu'elle sera disponible.



ATTRACTIVITÉ DE L'EDN UNE DYNAMIQUE EN ROUTE



Pr Anne BACHELOT
*Présidente sortante du CEEDMM
Paris*



Pr Sophie BELIARD
*Présidente du CEN
Marseille*

Les présidentes des collèges vous parlent



Chers étudiants,

L'endocrinologie-diabète-nutrition (EDN) est une spécialité riche, passionnante et en pleine évolution, qui occupe une place centrale dans la médecine moderne. Elle est au carrefour de nombreuses pathologies chroniques qui touchent des millions de personnes dans le monde, et en France telles que le diabète, les troubles métaboliques, les maladies thyroïdiennes, les pathologies hormonales ou encore l'obésité et la dénutrition. Notre spécialité s'occupe de patients de tous les âges, des plus jeunes enfants aux patients âgés.

Cette spécialité vous offre l'opportunité d'agir sur des problématiques de santé publique majeures, tout en développant une approche personnalisée, alliant science, éducation thérapeutique et soin du patient. Vous serez amenés à travailler sur des stratégies thérapeutiques innovantes et multidisciplinaires, en lien étroit avec les domaines de la nutrition, de la génétique, de la biologie et des sciences comportementales.

Les enjeux sont multiples : prévenir les complications à long terme des pathologies chroniques (diabète, obésité, dyslipidémies, dénutrition, etc.), améliorer la qualité de vie des patients, et participer à la recherche clinique.

Les modalités d'exercice sont multiples, hospitalières, universitaires, libérales, mixtes.

Rejoindre l'EDN, c'est choisir une spécialité dynamique, au cœur des défis contemporains de la santé. Nous vous invitons à découvrir ces facettes stimulantes, à en explorer les multiples dimensions et à contribuer à un avenir où la médecine sera toujours plus préventive et personnalisée.

L'endocrinologie, la diabétologie et la nutrition vous attendent !

Quand une carrière inspire De médecin libéral à PUPH - Chef de service

Interview du Pr Laurent MEYER

Endocrino-diabétologue, chef de service EDN
aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg



Pr Laurent MEYER

D^r Edouard GHANASSIA.- Cher Laurent, merci de te prêter au jeu de l'interview. Nous aimons partager avec nos lecteurs les parcours inspirants et le cœur du projet de mandat de notre présidente, Emmanuelle Lecornet-Sokol, était de valoriser le monde libéral. Or, tu l'as plus que mis en valeur puisque d'une pratique libérale avec vacations hospitalières, tu es passé à une pratique hospitalo-universitaire exclusive avec chefferie de service. Accepterais-tu de nous faire remonter le temps et de nous faire voyager du début de ton parcours médical jusqu'à l'émergence de ce projet ?

Pr Laurent MEYER.- Il est vrai que c'est un parcours qu'on peut qualifier d'atypique encore que dans ce domaine là, je crois qu'il n'y a pas de règle d'or. Il y a des habitudes, des traditions mais je crois qu'il faut casser un petit peu les codes dans notre métier, savoir être un peu imaginatif et s'adapter aux circonstances.

Mon parcours initial est un parcours classique : j'ai fait tout mon internat à Reims, internat que j'ai beaucoup apprécié avec une maquette très enrichissante et qui s'est poursuivi par un clinat de 4 ans à Nancy, ma ville d'origine, avec une année de recherche clinique dans un Centre d'Investigation Clinique parce que j'étais très intéressé par la recherche clinique et, à l'époque, je n'avais pas du tout l'idée de m'installer et j'étais plutôt dans le moule hospitalo-universitaire mais il faut être là au bon moment au bon endroit et ça n'était pas tout à fait mon cas. Et donc j'ai décidé à ce moment-là de m'installer en libéral.

On pourrait qualifier cela de choix par défaut. Cependant, a posteriori, il s'est révélé un choix aussi utile que positif et j'ai décidé d'aller m'installer dans un cabinet libéral à Strasbourg, ville que je ne connaissais pas.

Nous étions en l'an 2000 et ce qui m'a motivé, c'était le fait de pouvoir intégrer un cabinet de groupe de quatre personnes, ce qui était assez singulier en France. Je me souviens avoir été très chaleureusement accueilli par mes quatre collègues et j'ai très vite compris tout l'avantage qu'on pouvait avoir à exercer en libéral et que cette liberté pouvait nous servir à faire plein de choses et entre autres, à avoir toujours un pied dans le milieu hospitalier. Je consultais au cabinet sur des grosses demi-journées et le reste du temps, j'étais vacataire donc aux HUS (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) où je pouvais poursuivre des activités comme les pompes implantées et la recherche clinique. J'y ai trouvé un équilibre magnifique pendant de nombreuses années : c'était pour moi un vrai bonheur de pouvoir alterner cette pratique clinique libérale et cette activité hospitalo-universitaire qui étaient totalement complémentaires l'une de l'autre, ce qui m'a permis d'ailleurs pendant ces longues années de poursuivre des publications, des présentations en congrès et de rester finalement avec cette valence hospitalo-universitaire. Certes, je démarrais souvent assez tôt le matin et je terminais assez tard le soir mais avec le sentiment d'avoir

passé des journées extraordinaires. Pas plus que pour mon choix du libéral, celui de retrouver une carrière hospitalo-universitaire à temps plein n'a pas été un choix par défaut et sûrement pas la fuite d'une situation qui ne m'épanouissait plus : j'avais un CV parfaitement compatible avec une carrière hospitalo-universitaire et l'opportunité s'est présentée de reprendre une activité à temps plein sur un poste universitaire et la chefferie de service.

Vu de loin, on pourrait considérer que c'était un cap majeur à passer mais je ne l'ai pas tout à fait vécu comme ça parce que c'était plutôt un virage. Je continue à faire le même métier, c'est juste le décor qui est différent et je considère qu'il n'y a pas d'énormes différences dans l'état d'esprit.

Alors bien sûr, on a moins de liberté et plus de contraintes en milieu hospitalier, ça c'est une évidence mais c'est un challenge qui m'intéresse. D'ailleurs, à ce jour, je suis déjà chef de service en fonction alors que j'ai encore mon activité libérale pour trois petites semaines et ensuite, je basculerai totalement en activité hospitalière.

D' E. G.- C'est une belle promenade dans tous les secteurs de notre discipline, finalement.

P' L. M.- Exactement : c'est une promenade au cœur de notre discipline large et pleine de charme parce qu'on peut y faire beaucoup de choses.

Et au-delà des thèmes médicaux, mon parcours traduit aussi la diversité des modes d'exercice et montre que l'on peut toujours changer de chemin en

coups de route, même si ça n'est pas l'usage, même si ça n'est pas l'habitude et bien c'est possible, voilà.

Et je veux simplement dire aux jeunes générations qu'il ne faut pas s'enfermer dans la vision de parcours univoques et irréversibles.

D' E. G.- Ton exemple, bien que rare, n'est pas unique puisque Chantal Simon a suivi ce chemin il y a quelques années... Chantal Simon qui, d'ailleurs, exerçait également dans ce même cabinet décidément très inspirant que tu as intégré et où a aussi exercé Gérard Chabrier, ancien président du SEDMEN et qui, lorsqu'il présentait l'activité libérale aux internes, disait toujours : « c'est la seule spécialité où vous avez le même recrutement en ville et à l'hôpital ».

P' L. M.- Ce que disait Gérard est tout à fait vrai et tu comprends pourquoi je dis que pour moi ça n'est pas un virage majeur et pourquoi je n'ai pas le sentiment d'avoir une pratique différente. Bien sûr, les missions sont différentes en termes de management d'équipe, de recherche clinique ou d'enseignements mais sur la pra-

tique clinique, c'est une activité principalement ambulatoire. Je le souligne : la notion de pratique hospitalière ou libérale s'est mise à voler en éclats au fur et à mesure du temps.

En diabétologie, par exemple, le développement de la télémédecine et des nouvelles technologies qui nous per-



Je veux simplement dire aux jeunes générations qu'il ne faut pas s'enfermer dans la vision de parcours univoques et irréversibles.



mettent de mettre des pompes, voire des boucles fermées en ambulatoire et l'évolution des pratiques font que la spécificité hospitalière disparaît progressivement.

D' E. G.- Alors justement, j'aime ce parcours très inspirant que je te remercie d'avoir détaillé et je voudrais préciser un point : parfois, on a finalement l'impression que si on a manqué une étape sur le chemin de la carrière hospitalo-universitaire ou qu'on a dépassé un certain âge que finalement on ne peut pas avoir l'habilitation à diriger les recherches ou l'épreuve de titres, tout est fichu... mais finalement, sur le plan administratif, ton parcours a été fluide et c'est donc un message encourageant à nos lecteurs qui ont peut-être en arrière de la tête le souhait de reprendre ce parcours.

P' L. M.- C'est tout à fait possible et je crois qu'il ne faut pas se brider. Effectivement, on vit une époque où il existe des passerelles et il faut savoir suivre ses envies et ne pas hésiter, même tardivement. La vie est courte et il faut donc saisir les opportunités quand elles se présentent.

D' E. G.- Je pense que tu as conscience que tu as aujourd'hui une certaine responsabilité puisque, ce parcours t'a donné une position de décideur, de leader dans le monde hospitalo-universitaire de l'EDN. As-tu une idée de ce que tu as envie de diffuser, de transmettre, non pas aux médecins EDN mais à l'Endocrino-Diabétologie-Nutrition française de 2025 ? Qu'as-tu envie d'inspirer ?

P' L. M.- C'est ça la bonne question Édouard et car c'est probablement ce type de question qui m'a aussi décidé à franchir le pas et de revenir dans le milieu hospitalo-universitaire. J'ai envie de casser ces codes-là et je crois qu'il faut les casser, en tout cas dans notre discipline.

J'ai pour principal projet, en tout cas localement, de casser ces barrières entre le monde hospitalier et le monde libéral. Je suis la preuve vivante qu'on

peut faire les deux et là je crois que tous mes collègues hospitaliers ont bien conscience de ce que j'amène à leur univers à travers ces liens que nous sommes en train de créer avec le monde libéral. Ainsi, nous sommes en train de fluidifier les parcours des patients qui nous sont adressés par nos collègues EDN libéraux. Avant, il fallait constamment référer à un médecin sénior. Nous avons mis au point des fiches informatisées pour qu'ils puissent hospitaliser les patients sans

passer par une sorte de « guichet ». Nous avons la même formation et un collègue EDN libéral qui doit hospitaliser un patient ne doit pas voir se dresser une barrière devant lui.

Un autre exemple de ce que mon expérience libérale va nous apporter : on parlait tout à l'heure des pompes ou des boucles fermées en diabétologie. Jusqu'ici, cela se faisait lors d'une hospitalisation de quelques jours. Et bien, sur le modèle du libéral que j'ai pu créer avec des IPA, nous allons de

plus en plus vers une pratique ambulatoire en hôpital de jour voire totalement en externe.

Ainsi, plutôt que de parler de pratique libérale d'un côté ou hospitalière de l'autre, je crois qu'il faut qu'on ait un modèle spécifique pour chaque type

de patient et de prise en charge et créer des passerelles pour que l'on fonctionne comme une espèce de grande famille avec certains qui pratiquent à l'hôpital, d'autres en libéral, d'autre en pratique et qu'il n'y ait plus ce cloisonnement : c'est un choix aussi de la direction des HUS de fluidifier

les rapports entre la ville et l'hôpital et je crois que c'est aussi pour créer cette osmose entre la ville et l'hôpital que mes collègues ont souhaité que je sois chef de service dès mon arrivée.

D' E. G.- Je pense que tu devines déjà ma prochaine question et j'enfonce donc une porte ouverte : vois-tu aussi cette osmose dans le domaine de l'enseignement et de la recherche ?

P' L. M.- Exactement : je crois qu'il n'y a pas de barrière à avoir en matière de recherche clinique, j'ai continué à faire de la recherche clinique aussi bien pendant ces 20 années à l'hôpital que dans le cabinet où j'exerçais riche de ma formation au CIC à Nancy. Et il

y a d'autres exemples en France de cabinet libéraux et de cliniques privées qui participent activement à des protocoles de recherche clinique donc là aussi pour ceux et celles qui sont intéressés et qui ont une pratique libérale, il ne faut pas, là encore, se brider.

C'est tout à fait faisable de faire des protocoles pharmaco de phase 3 par exemple en milieu libéral : c'est très très enthousiasmant, très valorisant, et ça permet de garder cet esprit curieux de recherche clinique.

D' E. G.- Concernant l'enseignement et en particulier l'accueil des internes : tu as été l'un des premiers, avec des libéraux de Nancy à le mettre en place pendant que, dans d'autres régions, des résistances sont encore à l'œuvre. Je souhaitais t'interroger sur ta perception de l'attractivité de notre discipline. Ça fait 17 ans que je vais tous les matins à mon cabinet en sifflotant et je souhaite vraiment cela à tout le monde mais on parle beaucoup du manque d'attractivité de l'endocrinologie. Toi qui es donc au contact des internes, quelle est ton opinion sur ce sujet ?

P' L. M.- Je pense qu'il y a des différences régionales. Ici, on a beaucoup d'internes qui rentrent dans notre belle discipline et j'ai vraiment l'impression qu'ils sont très épanouis au quotidien et si tu veux évoquer l'aspect financier, parce que c'est un point évidemment qui n'est pas négligeable, je crois qu'il y a moyen quand même, quand on pratique notre discipline en milieu libéral, de bien vivre.

Pendant ces 20 années, j'ai très bien vécu financièrement. J'exerçais en secteur 2 conventionné. J'étais formé

pour la lecture d'enregistrements du sommeil et, donc, je pratiquais aussi la lecture des polygraphies ventilatoire, ce qui était là aussi un apport financier non négligeable.

J'ai fait de l'échographie thyroïdienne, de la cytoponction, de la télésurveillance depuis le passage en droit commun. Tout cela est rémunéré et plutôt bien rémunéré et fait que l'on peut vraiment très bien en vivre. Donc, je pense que l'image de l'endocrinologue qui est un grand intellectuel qui vit d'amour et d'eau fraîche, ne reflète

pas tout à fait la réalité et que l'on peut parfaitement bien vivre de cette discipline sans s'épuiser.

En tout cas, je veux vraiment dire à nos jeunes générations que c'est une discipline passionnante et que, comme toi, tous les matins, je vais travailler en sifflotant et je me dis que j'ai la chance d'être heureux dans mon quotidien depuis que j'ai fait ce choix de m'installer en libéral et qu'il n'y a rien de mieux que ça dans la vie que d'être heureux quand on va travailler et je crois que ça n'a pas de prix.

D' E. G.- Et nous concluons là-dessus en disant que ton engagement envers le monde libéral est tel que tu co-organises avec Sylvie Boullu-Sanchis et nos collègues libéraux de Strasbourg le congrès de la FENAREDIAM à Strasbourg en janvier 2026, ce dont je te remercie infiniment parce que cela promet déjà d'être un très beau congrès et merci vraiment d'avoir partagé ce parcours inspirant qui va, je pense, inspirer nos jeunes générations et nos collègues en libéral.

Et qui sait ? Dans quelques années, nous aurons peut-être un témoignage qui nous dira : « je suis tombé sur l'interview de Laurent Meyer et ça a changé le cours de ma carrière ».

Et donc, merci Laurent.

P' L. M.- Merci à toi, c'était un plaisir de discuter avec toi.

À retrouver sur



Quand la diabétologie inspire

Le CIRDIA : un nouveau concept d'organisation des soins pour l'initiation des boucles fermées



D^r Sylvie PICARD
Présidente du CIRDIA

CIRDIA

Centre Inter-Régional D'Insulinothérapie Automatisée

Point Médical – Rond-Point de la Nation – 21000 Dijon
contact@cirdia.fr

Naissance du CIRDIA

Le 7 février 2023, le Journal Officiel publiait la naissance d'une nouvelle association : le CIRDIA. Le CIRDIA est l'acronyme de « Centre Inter-Régional D'Insulinothérapie Automatisée » – mais il reprend aussi le DIA de Diabète et le CIR de CIRculaire – comme

une boucle fermée... Le point sur le i de DIA représente le rond bleu, symbole de l'unité contre le diabète. En résumé un nom et un sigle soigneusement choisis au bout d'un long parcours de réflexion mais aussi et surtout le début d'un long chemin.

Le CIRDIA est en fait un centre initiateur de boucles fermées (BF) (et de ce fait aussi de pompes) multi-sites et à prédominance libérale. Il s'agit du premier centre de ce type et il représente un nouveau concept d'organisation des soins.

Objectifs du CIRDIA

L'objectif initial était de permettre aux endocrino-diabétologues libéraux (EDL) d'initier et bien sûr de suivre des boucles fermées chez des personnes vivant avec un diabète de type 1 (PVDT1).

Tout d'abord parce qu'initialement les listes d'attente pouvaient atteindre et même dépasser 12 mois dans certains centres hospitaliers (CH) ce qui représentait une perte de chance pour les patients en même temps qu'une frustration importante pour tout le monde. À ce jour cette situation semble malheureusement perdurer dans certains CH.

Ensuite parce que les CH doivent rester disponibles pour s'occuper des pathologies lourdes et/ou complexes. Ils doivent évidemment équiper les patients qu'ils suivent et/ou qui dé-

sirent une initiation en CH mais ils ne peuvent pas gérer tous les patients. Si l'on estime que 10 % des 4 millions de personnes avec un diabète en France sont des PVDT1 et que 85 % n'atteignent pas leurs objectifs de traitement, cela signifie que plus de 300.000 PVDT1 sont éligibles à la BF. Il y aurait environ 30.000 PVDT1 actuellement équipés de BF en France et cela signifie donc que moins de 10 % des personnes éligibles sont équipées alors que cela fait 2 ans que les premiers systèmes ont été remboursés... Je vous laisse faire le calcul du temps qu'il va falloir pour équiper tout le monde si le rythme reste identique...

Enfin parce que c'est essentiel pour l'avenir de la diabétologie libérale. Il est absolument essentiel que les internes/assistant(e)s qui ont été formé(e)s dans des centres experts de



10 % des personnes éligibles sont équipées alors que cela fait 2 ans que les premiers systèmes ont été remboursés...



BF puissent avoir la perspective de pouvoir utiliser leur expertise une fois installé(e)s. Sinon, on peut affirmer sans aucun doute que ce serait la fin de la prise en charge des PVDT1 en diabétologie libérale ce qui serait terrible en premier lieu pour les PVDT1 qui n'auraient plus la liberté de choisir leur mode de suivi.

Nécessité du DIU d'insulinothérapie automatisée

Pour que l'initiation et le suivi de PVDT1 sous BF puissent se faire en toute sécurité, il est indispensable d'avoir une formation initiale de très haut niveau et de la maintenir. On ne s'improvise pas centre initiateur. Il y a un cahier des charges très complet qui a été publié par un collège d'experts issus des sociétés savantes et en particulier de la SFD. Nous avons pris en compte l'ensemble de ces éléments et avons rajouté un élément sécuritaire supplémentaire : nous exigeons que tout membre du CIRDIA qui initie des BF soit titulaire bien entendu du DES d'endocrinologie-diabète (et nutrition pour les plus jeunes) mais aussi du DIU d'insulinothérapie automatisée. Cela demande un investissement en temps – et donc en argent – conséquent car il faut compter 2 à 3 semaines sans consultations et il faut rajouter le prix du DIU (1000 €), les frais de scolarité et pour ceux/celles qui ne résident pas dans la ville où ils/elles feront le stage il faut aussi rajouter le transport et l'hébergement. Mais c'est le

garant de l'acquisition d'une expertise de haut niveau. Car même lorsqu'on croit maîtriser la technique, on apprend toujours. Et il est peu probable que l'ensemble des points abordés dans le DIU puisse être abordé lors du DES dans la mesure où le temps d'enseignement de la nutrition qui s'ajoute à l'enseignement du DES ne permettra pas de rajouter l'équivalent des 40h d'enseignement théorique du DIU (qui comporte aussi 60 heures de stage pratique).

Et il est essentiel de pouvoir maîtriser tous les systèmes : même si dans l'ensemble nous maîtrisons toujours 1 ou 2 systèmes plus que les autres sur les 5 qui existent actuellement, il est important de tous les connaître : on ne peut pas (heureu-

sement !) refuser un patient qui serait sous un autre système et il faut pouvoir assurer les astreintes pendant lesquelles les patients de tous les membres du CIRDIA équipés de tous les systèmes peuvent appeler.



Les astreintes du CIRDIA

Les astreintes inquiètent parfois les candidats au CIRDIA. Il faut savoir que tous les patients inclus dans le CIRDIA signent un consentement notamment au partage de leurs données (pompe et capteur) et doivent être capables de les télécharger – ou de les faire télécharger. Le CIRDIA possède un compte sur toutes les plateformes de déchargement des données correspondant aux systèmes utilisés. Les patients in-

clus dans le CIRDIA ont accès à un numéro de téléphone en « 09 » qui bascule automatiquement sur le portable du médecin d'astreinte. La plateforme d'astreinte est payée par le CIRDIA indépendamment de tout industriel ou prestataire. Nous sommes actuellement 8 médecins prescripteurs dans le CIRDIA ce qui représente 1 semaine d'astreinte toutes les 8 semaines avec une souplesse importante puisque je

fais le planning en tenant compte des absences et contraintes de chacun et qu'ensuite les échanges sont bien entendu possibles (mais finalement très rares) ... Ensuite les appels sont exceptionnels – essentiellement parce que les patients sont bien formés initialement par des médecins/équipes très performant(e)s avec un haut degré d'expertise.

Fonctionnement du CIRDIA

Chaque médecin garde son mode de fonctionnement. Actuellement 2/3 des membres prescripteurs travaillent avec une IDE et/ou une diététicienne. Je fais partie du tiers restant : j'effectue l'ensemble de la formation - y compris le comptage des glucides - et dans tous les cas le rôle du prestataire se limite à la formation technique du patient (pose du capteur, manipulation de la pompe / du récepteur...) et à la création des divers comptes pour le déchargement des données ainsi qu'à la gestion des problèmes de connectivité...

Nous avons par ailleurs mis en place des RCP au moins trimestrielles. Par définition, le CIRDIA étant multisites, les RCP se font en ligne. Elles se passent sur une plateforme sécurisée (ROFIM) et chaque médecin peut également demander une réunion entre les RCP planifiées en cas de difficulté spécifique. Nous avons établi une liste de situations nécessitant un avis collégial pour initier ou poursuivre une BF.

Le CIRDIA est composé des médecins, de paramédicaux (actuellement une IDE, une diététicienne), de 2 conseil-

lères médicales et scientifiques, d'une conseillère éthique et déontologie (membre du Conseil de l'Ordre des Médecins) et d'un représentant des patients. Ce représentant des patients est d'ailleurs membre du Conseil d'Administration du CIRDIA et est donc associé à toutes les décisions importantes.

Financement du CIRDIA

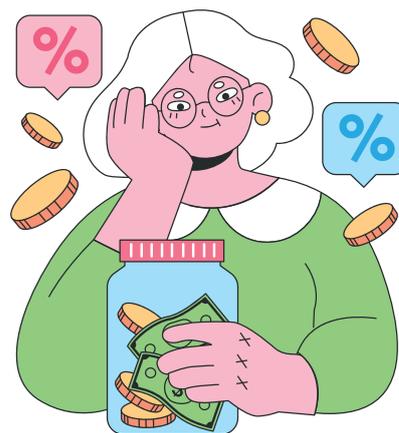
Comme pour toutes les associations Loi 1901, le financement n'est pas simple. Nous avons heureusement reçu des dons : un grand merci à l'AFD de Bourgogne-Franche-Comté, à la Mutualité Française 39 et à la FENAREDIAM qui a mis en place les bourses « Libéraux : À vous de jouer ». La première édition - 2024 - portant sur l'organisation des soins autour de la BF nous avons candidaté et gagné ! 😊

Les cotisations annuelles ne sont pas très élevées (48 € par an pour les médecins, 24 € par an pour les non-médecins) et il a fallu compléter – par des apports personnels. Nous avons actuellement un dossier en cours avec l'ARS pour une demande d'ESS (Équipe de

Soins Spécialisés). Cette demande est médiée par l'URPS Médecins Libéraux de Bourgogne-Franche-Comté.

Par ailleurs, le CIRDIA s'inscrit comme un centre investigateur pour la recherche (cela figure dans ses statuts) et nous avons plusieurs protocoles qui vont démarrer dont un grand projet réalisé avec une entreprise chargée d'essais cliniques (CRO) et ce projet sera cofinancé par la Fondation Clément-Drevon (Dijon) qui a sélectionné notre projet dans la catégorie « Soins centrés sur la personne ».

Enfin nous envisageons une évaluation médico-économique du CIRDIA et allons répondre à un appel à projets dans ce but.



Communication du CIRDIA

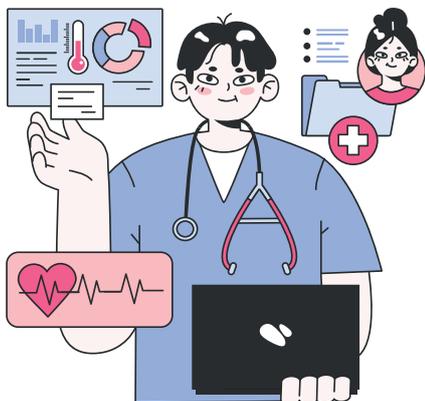
La communication est essentielle. D'abord pour faire connaître aux jeunes – et aux moins jeunes (il n'y a pas d'âge limite !) – ce type d'organisation et montrer que la prise en charge avec une haute technicité de PVDT1 est possible en libéral. La publication en septembre 2024 des nouvelles recommandations de la HAS met d'ailleurs fin aux réticences de certains face aux anciens textes de loi qui imposaient une hospitalisation pour la formation initiale des patients. Grâce à une mobilisation concertée, le texte stipule en effet désormais que la formation initiale PEUT être faite en hospitalisation (et non plus DOIT

être faite en hospitalisation). Un mot qui change tout... Mais bien entendu le texte rappelle l'absolue nécessité du respect d'un cahier des charges calqué sur la prise de position de la SFD. Nous répondons donc parfaitement à ces recommandations HAS et bénéficions d'ailleurs du soutien de la SFD (une de nos conseillères médicale et scientifique fait d'ailleurs partie du bureau de la SFD) mais aussi du CODEHG (qui regroupe les CHG), du CNP-EDN et bien entendu de la FENAREDIAM.

Nous avons développé des outils de communication : page LinkedIn du CIRDIA (que je vous invite à suivre)

et site internet (<https://cirdia.fr>) où nous avons commencé à mettre sur la page « Vous vivez avec un DT1 » des documents d'ETP sur les différents systèmes en accès libre. Tout est fait « maison » et je me suis improvisée Webmaster alors que je n'avais jamais créé ou géré de site internet... Mais on apprend vite avec la motivation ! Et les membres du CIRDIA ont également accès à un site extranet avec des liens techniques (merci à notre infirmière qui les a réalisés !) mais aussi des références bibliographiques dans le domaine de la BF et d'autres documents.

Résultats du CIRDIA



La communication concerne aussi bien entendu nos résultats. Il est important pour nous de montrer que les initiations de BF dans le cadre du CIRDIA donnent des résultats tout à fait conformes à la littérature. Nous avons ainsi eu des résumés sélectionnés avec nos premiers résultats au congrès de la SFD 2024 à Toulouse (communication affichée discutée) et à celui de la SFE 2024 à Clermont-Ferrand (communication orale). Nous avons même tenté un abstract au congrès de l'ATTD 2025 à Amsterdam

et nous avons soumis un résumé pour la SFD 2025 ; résultats en fin d'année... Et nous essayons de communiquer sur notre activité auprès de nos CPTS et dans de nombreuses réunions présentes ou à distance.

Après presque 18 mois d'activité nous suivons plus de 300 patients qui ont accès à l'astreinte. Parmi eux, plus de 200 PVDT1 sont équipés de BF (dont plus de 190 BF initiées dans le cadre du CIRDIA).

Et le futur ?

Nous avons vocation à nous étendre pour essayer de « mailler » le territoire français pour que chaque PVDT1 puisse choisir son mode d'initiation de BF : en CH ou en libéral. Nous accueillons les médecins titulaires du DES d'ED(N) et du DIU d'insulinothérapie automatisée sur décision du conseil d'administration. Bien entendu pour intégrer le CIRDIA, il faut s'engager à en respecter les statuts et le règlement intérieur.

Nous accueillons bien entendu des libéraux mais aussi des hospitaliers. Ceux qui travaillent en CHU ou dans un CHG avec une équipe complète

n'auront probablement pas besoin du CIRDIA mais un(e) interne/assistant(e) formé(e) dans un service de pointe qui part ensuite en périphérie et se retrouve isolé(e) pourra apprécier de partager les astreintes et les RCP notamment. Sans parler des projets de recherche et de l'émulation scientifique...

Cependant il y a des situations peu propices : il est difficile d'accueillir des médecins des DOM-TOM pour essentiellement des questions d'horaires liés au décalage horaire pour les appels à l'astreinte (même si celle-ci est 24/7) et les réunions en ligne. Par

ailleurs nous avons refusé l'inclusion de pédiatres car il est impossible de demander à un médecin d'astreinte de gérer une cétose chez un enfant de 3 ans...

Pour ceux/celles qui souhaiteraient nous rejoindre, vous trouverez toutes les modalités pratiques sur la page dédiée de notre site. Alors à bientôt !



Liste des membres du CIRDIA

(fonction éventuelle et département d'exercice) au 26/10/2024
par ordre alphabétique

- Dr Fabienne AMIOT-CHAPOUTOT (89)
- Dr Sophie BOROT (Conseillère médicale et scientifique, 25)
- Dr Clara BOUCHÉ (75)
- Dr Blandine COURBEBASSE (94)
- Dr Joëlle DUPONT (42)
- Mme Audrey DUSART (IDE, 73)
- Mme Laurence GANDOLFI (diététicienne, 75)
- Dr Françoise GIROUD (Conseillère éthique et déontologie, 21)
- Pr Sandrine LABLANCHE (Conseillère médicale et scientifique, 38)
- Dr Emmanuelle LECORNET-SOKOL (Secrétaire, 75)
- Dr François MOUGEL (39)
- Dr Estelle PERSONENI (Trésorière, 71)
- Dr Sylvie PICARD (Présidente, 21)
- M. Philippe RACLET (représentant des patients, AFD21, AFD-BFC, FFD)

MERCI à tous !

CIRDIA

Centre Inter-Régional D'Insulinothérapie Automatisée

www.cirdia.fr



À retrouver sur



Quand la thyroïdologie inspire La naissance de l'AFTHY

Il est des événements marquants dans la vie d'un soignant. Assister à l'épanouissement d'une spécialité est une chance, faire partie de l'aventure qu'est la naissance d'une société est un privilège et avoir la chance de la conter et de la partager est un bonheur.

Partie de notre spécialité, l'endocrinologie, qui, décidément, prouve une fois de plus, qu'elle peut être attractive, la thyroïdologie est une surspécialité à part entière qui mêle les spécificités cliniques des maladies aussi bien aiguës que chroniques à un aspect technique essentiel.

Cet article se veut aussi un hommage unanime à Hervé Monpeyssen, endocrinologue libéral et premier thyroïdologue déclaré en France, aujourd'hui premier président de l'AFTHY, qui nous a montré le chemin et nous a inspiré la légitimité de faire rayonner « l'art thyroïdologique ».

Installez-vous confortablement, prenez-vous un café, un thé, ou toute autre boisson qui égayera ce moment et plongez dans l'histoire de l'AFTHY et dans l'univers d'un pan inspirant de notre belle spécialité.



D^r Edouard GHANASSIA
Endocrino-diabétologue,
Echographiste, Sète
Vice-Président de l'AFTHY

LA PÉRIODE 2016-2018 : LES 2 BESOINS

Besoin n°1 : Encadrer la pratique de la thermoablation

L'histoire a commencé en 2016. Initialement, nous étions un petit groupe d'amis passionnés qui venions de commencer la thermoablation sous l'impulsion d'Hervé Monpeyssen qui avait effectué sa 1^{ère} procédure en 2013. Issus de diverses disciplines (endocrinologie, radiologie, chirurgie), nous souhaitions créer le « club TAT (pour ThermoAblation Thyroïdienne) » que nous comptions ensuite appeler AFTI (Association Francophone de Thyroïdologie Interventionnelle).

Nous nous étions dits qu'il fallait que la pratique de la thermoablation balbutiante, pratiquée par 5 ou 6 praticiens

dont certains encore en courbe d'apprentissage (2 endocrinologues, Hervé Monpeyssen et Edouard Ghanassia, 1 chirurgienne, Eveline Slotema et 2 radiologues, Gilles Russ, Pierre-Yves Marcy) soit encadrée, homogène, rigoureuse et surtout partagée.

Il nous paraissait crucial et naturel de partager nos expériences, nos doutes et nos idées, pendant que le groupe était encore à taille humaine.

Simultanément, en tant que membres du groupe « SFE interventionnel », nous avions pour ambition de rédiger rapidement des recommandations en

vue d'obtenir un remboursement et ainsi de favoriser la diffusion de cette technique.

Très vite, nous avons compris que la bonne pratique de la thermoablation impliquait ce que j'ai qualifié de réhabilitation du diagnostic thyroïdologique. **Il est devenu évident que les versants diagnostique et interventionnel de la thyroïdologie étaient indissociables.** Ainsi, **l'AFTI est devenue l'AFTHY (Association Francophone de Thyroïdologie).** Sans une expertise diagnostique solide, les interventions peuvent se révéler inappropriées, voire dangereuses.

Besoin n°2 : Une association de thyroïdologie

La thyroïdologie d'expertise peut se définir par l'association d'une compétence experte en clinique des maladies thyroïdiennes (qu'assurent le DES EDN et/ou le DIU de thyroïdologie) et en imagerie diagnostique (qu'assurent le DES de radiologie et/ou le DIU d'échographie) et idéalement interventionnelle (prélèvements échoguidés, alcoolisation, thermoablation).

Imaginée en 2017, l'AFTHY (Association Francophone de Thyroïdologie) est née pour accompagner l'évolu-

tion de la thyroïdologie, tant dans sa conception que dans sa pratique.

Elle s'inscrit dans la lignée d'autres sociétés multidisciplinaires dédiées à la thyroïde, telles que l'ETA en Europe ou encore l'ATA aux États-Unis. De nombreux pays, comme les États-Unis, l'Italie ou la Belgique, voient coexister des sociétés multidisciplinaires dédiées à la thyroïde et des sociétés d'endocrinologie. Le même schéma existe dans d'autres domaines, comme le diabète.

En France, il n'existait jusqu'à présent que le GRT (Groupe de Recherche sur la Thyroïde), initialement indépendant avant d'être rattaché à la SFE (Société Française d'Endocrinologie) en 2012. Bien que son objectif principal soit la recherche, le GRT a également contribué à l'enseignement à travers des journées annuelles et des webinars récents. Cependant, le GRT n'a pas été conçu pour accueillir en son sein et rassembler tous les acteurs du soin de la thyroïde.

De nombreux endocrinologues surspécialisés en thyroïdologie se sentent isolés dans leur pratique et recherchent une formation continue spécifique. Or, les réunions des sociétés scientifiques d'organe ne peuvent pas toujours consacrer une part importante de leur programme à la thyroïde. Par ailleurs, les congrès de la SFE abordent rarement des sujets tels que la pratique échographique diagnostique ou

interventionnelle, ce qui laisse un vide pour les praticiens en quête d'une formation efficiente sur la durée, concentrant la diffusion des connaissances et des savoir-faire avec une unité de lieu et de temps. Dans toutes les autres spécialités concernées (imagerie, médecine nucléaire), nos collègues vivent d'ailleurs la même chose.

Tous ressentent le besoin d'une association qui leur permettrait de se retrouver, de s'identifier, d'échanger, de bénéficier d'une veille documentaire et de l'accès à des experts. Avec le temps, cette association pourrait constituer une base de données, des groupes de pairs, et fournir des avis experts.

LA PÉRIODE 2018-2021 : L'ÉCRITURE DU PROJET À PARTIR D'UNE PHILOSOPHIE D'ÉCHANGE ET DE PARTAGE

Le rôle initial de l'AFTHY visait à offrir une cohésion, une visibilité, des échanges et un partage d'informations, tout en assurant une veille documentaire, une voix dans l'établissement des recommandations et une formation continue à travers des journées scientifiques dédiées.

Le véritable « plus » de l'AFTHY est né d'une idée inspirée par l'accord des Bermudes, également connu sous le nom de « Wellcome Trust ». En 1995, l'ICR, aux USA, découvre les gènes BRCA1 et 2 et se lance dans une course avec Myriad qui brevète et commercialise le test en situation de monopole. Les chercheurs du projet génome humain ont alors entrevu non seulement les conséquences financières au niveau diagnostique mais également sur toute thérapeutique découlant des gènes BRCA. Les chercheurs du projet génome humain ont alors convenu que toutes les informations sur la séquence du génome devaient rester publiques, afin d'éviter une appropriation privée. Pour les citer : « *Il était clair que la communauté internationale des chercheurs devait s'engager à laisser dans le domaine public toutes les informations sur la séquence du génome humain, pour éviter de les disséminer çà et là au gré d'accords passés avec des entreprises.* ».

Et c'est lors d'une réunion aux Bermudes, îles britanniques proches des USA (symbole de la réunion des 2 continents), qu'un accord avait alors été conclu entre chercheurs : « *C'était la première fois que les chercheurs de notre discipline échangeaient sans restriction leurs idées. L'ampleur du projet nous obligeait à travailler ensemble et*

personne ne pouvait espérer effectuer tout seul l'ensemble du séquençage. Chacun inscrivit donc, sur des bouts de papier, les régions du génome sur lesquelles il avait l'intention de travailler, et tous les doublons furent éliminés. ».

« *À l'époque, nous n'avions prévu aucun mécanisme de publication de résultats préliminaires ; les bases de données publiques n'acceptaient que des données finies. Or, même dans un état brut, les brouillons de séquence que nos machines produisaient pouvaient s'avérer utiles, très vite, à d'autres chercheurs désireux de localiser un gène ou de vérifier une hypothèse.* ».

Ainsi était né le WELLCOME TRUST et ses 3 principes :

1. *Diffusion automatique des assemblages des séquences de plus de 1000 bases (sous 24 heures) ;*
2. *Publication immédiate des séquences annotées finies ;*
3. *Objectif : rendre toute la séquence librement accessible, dans le domaine public, à la fois pour la recherche et le développement, dans le but de maximiser les avantages pour l'ensemble de la société.*

Et ainsi, à contrepied de la tradition de diffusion après publication :

« *À l'institut Sanger, nous avons décidé de diffuser sur notre site Internet toutes les données produites, afin que chacun puisse les télécharger pour en faire ce qu'il jugeait utile.* ».

« *Nos seules exigences étaient que le caractère préliminaire des informations soit explicite dans toute utilisation, et que leur provenance soit citée dans toute publication.* ».

C'est cet esprit de partage et d'ouverture que l'AFTHY cherche à promouvoir. Nous avons présenté cette idée lors des 7^{èmes} Ateliers Thyroïde de Sète en mai 2018, et l'enthousiasme généré a permis de constituer un conseil scientifique composé d'experts motivés venant de divers horizons (endocrinologues, chirurgiens, isotopistes, biologistes).

Ce mouvement de partage a d'ailleurs commencé après un dîner aux JFR en 2016, avec la création d'un groupe WhatsApp qui incarne déjà « **l'esprit AFTHY** » : Une banque de cas avec images et vignettes cliniques, des avis collégiaux, des partages d'articles et l'idée que l'excellence repose aussi sur l'amitié et les relations humaines.



MAI 2021 : L'ACTE DE SÈTE

Malgré les doutes exprimés par certains sur la pertinence ou l'utilité d'un tel projet, l'AFTHY a continué d'avancer avec ouverture d'esprit et résilience. Les remarques ont été accueillies, analysées, et ont permis au projet de mûrir et de se renforcer. La pandémie de COVID-19 n'a pas non plus freiné l'initiative.

En mai 2021, lors des 10^{èmes} Ateliers Thyroïde à Sète, sept membres fondateurs ont signé l'acte de naissance de l'AFTHY, seulement deux jours après la fin du déconfinement en France.

Ces sept membres reflètent notre philosophie et aux côtés de médecins issus des mondes universitaires et libéraux et représentant diverses disciplines, nous avons accueilli la voix des patients en la personne de Beate Bartes, Présidente de l'Association *Vivre sans Thyroïde*.

Cet acte a marqué officiellement la création de l'AFTHY, malgré le fait que l'association n'était pas encore totalement fonctionnelle. Il lui manquait encore un bureau, un conseil



Signature de l'acte de naissance de l'AFTHY à Sète par les sept membres fondateurs

d'administration, un site internet, et surtout un espace de partage de données, éléments essentiels pour son fonctionnement.

Cependant, les trois années suivantes allaient révéler que l'AFTHY était bien plus qu'un simple projet en développement.

Avant même de devenir une société pleinement opérationnelle, l'AFTHY allait s'affirmer comme un esprit, une philosophie unissant les professionnels de la thyroïdologie autour d'un objectif commun : le partage des connaissances et la production de projets concrets.

LA PÉRIODE 2021-2024 EST CELLE DE LA « MATURATION FINALE »

Moi qui vous conte cette histoire, j'ai eu mes moments de doute et je me suis parfois demandé quelle était la véritable utilité de l'AFTHY. C'est en assistant aux événements décrits ci-dessous que j'ai compris que ce projet était non seulement solide, mais qu'il reposait d'abord et avant tout sur des femmes et des hommes engagés.

Durant cette période, de nombreux contacts ont été établis et des « endorsements » (approbations, ou soutiens) ont suivi. Grâce à ses activités de formation, ses projets, et surtout l'esprit qui anime ses membres, l'AFTHY a été officiellement adossée (ou « approuvée », j'aime ces deux traductions) par l'European Thyroid Association, grâce au soutien de son comité exécutif et à la bienveillance

de son président Leonidas Duntas. De plus, elle a été adoptée par le groupe « euro-MITT », dont Hervé Monpeyssen et moi sommes parmi les membres fondateurs.

L'AFTHY a également été accueillie par la Société Francophone d'Échographie et la Société Marocaine d'Endocrinologie Diabétologie Nutrition (SMEDIAN). Bien que l'officialisation ne soit encore qu'une formalité, il s'agit simplement d'un échange de mails à finaliser.

Des signes tangibles d'approbation ont également été observés dans les enseignements. Plusieurs membres ont intégré le logo de l'AFTHY dans leurs présentations, symbolisant ainsi l'esprit de partage qui anime ceux qui enseignent et échantent.



Les premières publications « On behalf of AFTHY » ont aussi vu le jour. Cette mention témoigne de l'engagement collectif des auteurs et de la cohésion autour d'une charte commune. Les premiers articles sont parus dans le Journal d'Imagerie Diagnostique et Interventionnelle (JIDI), suivis par des publications dans Current Oncology puis dans European Radiology. D'autres projets ambitieux sont également en cours, en partenariat avec certains CHU.

L'ÉCLOSION DE L'AFTHY : LE 17 MAI 2024

Trois ans après sa fondation, l'AFTHY est officiellement née le 17 mai 2024 à Sète, marquant une étape importante dans l'histoire de la thyroïdologie francophone.

L'AFTHY vise, par ses actions, au rayonnement de la thyroïdologie francophone en contribuant, par leur union, à l'excellence et au bien-être tant professionnel que personnel des femmes et des hommes qui la constituent

NOUS AVONS CHOISI POUR DEVISE L'ACRONYME « BEST » BIENVEILLANCE, EXCELLENCE, SYNERGIE, TRANSMISSION

B IENVEILLANCE

L'AFTHY est une association/union/mise en relation de femmes et d'hommes, soignants, patients unis par la passion de leur métier et qui vise l'excellence au service du bien-être des patients ET des soignants.

E XCELLENCE

Toutes les actions des membres de l'AFTHY visent l'excellence dans la pratique clinique et scientifique, ambition qu'ils croient et veulent accessibles à tous ceux qui se donnent la peine de l'acquérir.

S YNERGIE

- La (para)thyroïdologie se veut fondamentale et clinique, libérale, hospitalière et universitaire, endocrinologique, échographique, isotopique, cyto-histologique, chirurgicale, interventionnelle... entre autres.
- Les membres de l'AFTHY savent que l'union fait la force et que les plus grandes réussites sont le fruit d'une interdépendance choisie. L'AFTHY est une association où chacun peut s'y épanouir individuellement tout en faisant progresser l'intérêt commun, où chacun a sa place, joue collectivement et aide à tirer tout le monde vers le haut.
- Faire rayonner l'AFTHY, c'est nous faire tous avancer. C'est un esprit de partage où tout le monde est gagnant. Plus il y a de monde qui s'implique, moins chacun a de la charge, plus c'est agréable.

T RANSMISSION

Les membres de l'AFTHY sont généreux : ils transmettent sans rétention et sans concession leur savoir-faire à des hommes et femmes qui acceptent ce partage.

Les 6 membres du bureau reflètent la diversité des disciplines et des pratiques, tout comme les membres du conseil d'administration et du conseil scientifique.



D' Hervé MONPEYSSEN
Président



D' Edouard GHANASSIA
Vice-Président



D' Louise GOGLIN
Secrétaire Générale



P' Bogdan Catargi
Secrétaire Adjoint



D' Patrick AIDAN
Trésorier



D' Pierre-Yves MARCY
Trésorier Adjoint

L'AFTHY AU PRÉSENT : LES ACTIONS CONCRÈTES

NOTRE PROJET EN 8 POINTS

- | | |
|--|---|
| 1. Le RCP nationale de thermoablation | 5. L'annuaire |
| 2. La télé-expertise nationale | 6. La base de données AFTHY/WELCOME TRUST |
| 3. Les enseignements & formations | 7. La recherche et les publications |
| 4. La veille bibliographique commentée | 8. Les liens et mains tendues |



1. LA RCP virtuelle nationale de thermoablation a débuté le 28 août

Le consensus 2022 a recommandé, sans en faire une obligation légale, une présentation en RCP des dossiers de patients candidats à une thermoablation. La RCP de l'AFTHY est, à ce jour, la seule e-RCP francophone entièrement dédiée à cette technique de thyroïdologie interventionnelle. Notre spécificité est d'y rassembler des experts de différentes spécialités (endocrinologues, radiologues, échographistes, chirurgiens) ayant en commun une expertise théorique et pratique de la thermoablation, ren-

dant ainsi des avis pertinents reposant aussi bien sur les règles de bonne pratique issues des recommandations françaises et internationales que sur leur expérience, qu'ils sont toujours prêts à partager.

Ces RCP, d'une durée d'1h30 environ ont lieu, pour le moment, le dernier mardi du mois de 19h à 20h30 sur la plateforme OMNIDOC (tous les détails se trouvent sur le site www.afthy.fr). Pour les médecins libéraux, la présentation d'un dossier et la discussion

sont rémunérés par l'Assurance maladie. Le dépôt de dossier est intuitif et rapide. Les participants à la RCP ont la possibilité de les consulter en amont.

Nous avons le souhait d'en faire une RCP de référence, en second recours pour ceux qui disposent d'une RCP locale et en premier recours pour les praticiens plus isolés.

Merci et bravo aux Docteurs Eveline SLOTEMA (Marseille) et Jean-Marc MALECOT (Brest) qui coordonnent.

2. La télé-expertise de l'AFTHY a débuté le 16 septembre 2024

En cette période de pénurie médicale, nombre de praticiens de soins primaires ou même de second recours qui se découragent et ont parfois fait le deuil d'avis experts pour leurs patients.

Nous souhaitons proposer un maillage national d'expertise et l'essor de la télé-expertise nous a permis de concrétiser notre vision.

Le réseau AFTHY met à disposition les meilleurs spécialistes francophones en pathologies thyroïdiennes et parathyroïdiennes dans leurs disciplines respectives : thyroïdologues, endocrinologues, radiologues, échographistes, cytopathologistes, chirurgiens, spécia-

listes en médecine nucléaire, néphrologues, biologistes. Ces médecins ont tous été co-optés par le CA de l'AFTHY et leur expertise est consensuellement reconnue.

Tout médecin à la possibilité de recourir à leur expertise, tantôt pour un avis sur la prise en charge globale d'un patient, tantôt pour l'interprétation d'un bilan biologique, d'une imagerie, d'un résultat de prélèvement cytopathologique ou d'un examen isotopique (scintigraphie, PET-Scan).

Ils ont aussi la possibilité de se confier les expertises les uns aux autres et il se peut ainsi que l'avis rendu soit finalement collégial.

Forts de la confiance qui leur est accordée, les experts de l'AFTHY tâchent de rendre une réponse reflétant sa devise.

À ce jour, plus d'une centaine d'avis ont déjà été rendus avec une moyenne de réponse de moins de 48 heures.

La télé-expertise est également accueillie par la plateforme OMNIDOC et, comme pour la RCP, médecins requérant et médecins experts sont également rémunérés par l'Assurance Maladie.

Nous souhaitons par la suite créer des relais locaux et régionaux d'expertise en thyroïdologie.

3. Les formations : certaines sont déjà effectives et d'autres en préparation

Le partage d'expérience et les échanges passent par des temps de formation. Transmettre, enseigner, partager les connaissances et le savoir-faire est une passion qui a toujours animé le « noyau dur » de l'AFTHY et qui est l'un des moteurs de l'amitié et de la complicité qu'ils partagent. Les étudiants du DIU d'échographie

et de tous les enseignements dispensés par les membres de l'AFTHY ont pu le ressentir et nous en font part régulièrement.

À ce jour, les formations de l'AFTHY ont lieu :

- Aux Ateliers Thyroïde de Sète (14^{ème} édition prévue à Pentecôte 2025 – voir la page formations).

- Aux Journées francophones de radiologie.
- Aux journées de la société francophone d'échographie.
- Au congrès européen EURO-MITT de thermoablation thyroïdienne.
- Aux congrès de la SMEDIAN, de la FENAREDIAM, de la SFE.

Nous avons pour projet de mettre en place des formations continues en thyroïdologie pour différents publics. Nous devons assurer la formation continue des endocrinologues et préparer l'avènement d'une inéluctable vague de jeunes thyroïdologues (voir encadré).

Nous devons transmettre à nos collègues généralistes les clés pour assurer un tri de qualité en amont des avis d'expertise qui nous sont demandés, permettant notre disponibilité pour les cas où notre expertise fait réellement la différence

Nous devons contribuer à la formation continue dans les domaines de la thyroïdologie isotopique, chirurgicale, histopathologique, biologique afin que toutes les spécialités concernées

puissent intégrer leurs connaissances de façon homogène en comprenant le point de vue de chacun des intervenants.

Ces formations seront aussi bien des DPC et des FAF que des formations soutenues par des industriels ou réalisées, aussi gracieusement que chaleureusement, pour les associations et structures locales, tel qu'un webinaire sur la thermoablation pour l'association *Vivre Sans Thyroïde* en février 2024.

- Échographie niveau débutant ou avancé (CAP EDEN).
- Hypothyroïdies difficiles (en collaboration avec la FENAREDIAM).
- Formations spécifiques par spécialité : MG, MN, anapath, chirurgiens.
- Conférences et tables rondes dédiées patients et grand public.

Dans un esprit de partage et d'ouverture, avec notre partenaire CAP EDEN, agréé DPC et FAF, nous avons imaginé un modèle de financement qui permet à celles et ceux qui souhaitent mettre sur pied une formation et d'être rémunéré pour le temps et l'énergie passés.

Nous avons également le projet de monter une formation diplômante de haut niveau en thermoablation thyroïdienne en collaboration avec plusieurs universités. Enfin, nous avons également le projet de développer de l'e-ETP. Toutes les informations seront disponibles sur www.afthy.fr.

Merci et bravo aux Drs Emmanuelle LECORNET-SOKOL (Paris) et Edouard GHANASSIA (Sète) qui coordonnent.

PRÉPARER L'AVÈNEMENT D'UNE VAGUE DE JEUNES THYROÏDOLOGUES

Jusqu'ici, la pratique d'une thyroïdologie d'expertise se heurtait à un obstacle majeur : l'absence de modèle économique viable pour s'équiper d'un échographe de qualité, indispensable pour produire des images à la hauteur de l'expertise attendue.

En effet, il était interdit de coupler la facturation d'une consultation et d'une échographie en un même temps, alors qu'il s'agit du fondement de l'acte thyroïdologique.

Cela a été mon combat pendant 8 ans : refusant de travailler avec un seul syndicat, aidé par les universitaires, les syndicats pluricatégoriels, les patients représentés par *Vivre Sans Thyroïde* et sa présidente Beate Bartès, j'ai pu accéder à la table des négociations et faire accepter l'idée d'un couplage des facturations à taux plein de la consultation et de l'échographie.

Cette victoire, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2026 et vous sera contée dans un prochain numéro, acte surtout la naissance d'un modèle économique permettant aux jeunes (et aux moins jeunes) qui le souhaitent d'envisager une pratique thyroïdologique viable à long terme.

Et ces soignants auront besoin, en complément d'une formation initiale essentielle, d'une formation continue de qualité pour maintenir leur expertise dans les domaines non seulement de la clinique mais surtout de l'imagerie diagnostique et interventionnelle... et c'est aussi cela que l'AFTHY prépare.

4. La veille bibliographique commentée : la première vague d'articles est prévue cet hiver

Se discipliner à lire des articles n'est pas chose facile et pourtant tellement essentielle. L'AFTHY se propose non seulement de faire gagner du temps à chacun par une sélection d'articles de qualité et essentiels mais également d'offrir une analyse experte afin d'apprendre à chacun la lecture critique d'articles !!!

Lorsque les articles sont en open access, le PDF sera disponible sur le site. En revanche, si l'accès est payant, seul

l'abstract sera disponible mais, souvent, les points essentiels de l'article seront présents dans le commentaire. Nous réfléchissons, selon le nombre d'adhérents intéressés, à prendre un abonnement institutionnel à certaines revues.

Merci et bravo au Docteur Gilles RUSS (Paris) entouré du Pr Peter KOPP (Lausanne), du Pr Philippe VIELH (Paris), du Dr Pierre-Yves MARCY (Ollioules) et du Dr Jean-Marc MALECOT (Brest).



5. L'annuaire du réseau AFTHY

Mettre en relation des soignants passionnés, c'est aussi partager leurs coordonnées, leur savoir-faire et leur donner la possibilité de communiquer les uns avec les autres.

Il nous est donc apparu naturel de créer cet annuaire, tout d'abord des centres de thermoablation mais, dans

l'esprit de l'AFTHY, celle-ci étant indissociable de la thyroïdologie, cet annuaire va ensuite s'étendre à tous les membres qui souhaiteront y figurer, formant ainsi un réseau amical, professionnel, efficace qui constituera la base de la « seconde vague » de projets : la base de données, la recherche et les registres.

Cet annuaire sera disponible dans le courant du printemps 2025 sur www.afthy.fr.

Merci et bravo aux Dr Jean-Guillaume MARCHAND (Paris), Dr Marine PERIA (Amiens) et Dr Guillaume VESSELLE (Bayonne) de s'en occuper.

6. Constituer la base de données d'imagerie puis cliniques réservée aux membres de l'AFTHY (en construction)

« La multidisciplinarité, l'internationalisation et la base de données sont les trois clés du succès de l'AFTHY » (Dr Charles Raffaelli, chef de pôle imagerie au CHU de Nice).

L'idée est de créer un outil accessible à tous les membres de l'AFTHY, où les données (anonymisées bien sûr mais rattachables à un praticien et un numéro de dossier) essentielles, définies dès le départ, puissent être rentrées manuellement par une secrétaire bien sûr mais, à terme, à partir des fichiers HPRIM pour la bio, des macros des logiciels médicaux pour les données cliniques, des données machines pour l'échographie.

Et à partir de cette base de données, l'idée c'est que chacun puisse y puiser le matériel pour construire des case reports ou des études rétrospectives voire des cohortes rétrospectives (servant de base à de plus grandes



études prospectives ou randomisées qui ne sont pas, pour le moment, la vocation de l'AFTHY mais plutôt des centres universitaires).

Cette base de données permettrait aussi la constitution de registres.

Nous travaillons avec plusieurs CHU concernant l'entrepôt de données en tenant compte, bien sûr, des obligations juridiques (RGPD,...). Toutes les informations concernant la base de données seront proposées en temps réel sur www.afthy.fr.

7. Contribuer aux publications avec l'appui de la base de données

Hors milieu universitaire, nombre de soignants montrent un intérêt croissant pour la recherche (comme en témoigne les articles de Laurent Meyer ou de l'équipe du Medipôle).

Les données dont nous disposons en médecine de ville ou en clinique sont rarement exploitées alors qu'elles représentent un vivier de données inédites, reflétant la majorité de la population présentant un problème de thyroïde ou de parathyroïdes.

Les obstacles au développement de la recherche en libéral sont le manque de savoir-faire, de temps et de financement.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, certains d'entre nous ont déjà publié « On behalf of AFTHY ». Les articles seront recensés et publiés sur www.afthy.fr.

Et dans l'esprit de l'AFTHY, ces femmes et ces hommes vont concevoir des tutoriels qui seront mis en ligne sur les thèmes suivants : faire et organiser sa biblio, rédiger et publier un case report, monter et publier une revue de la littérature ou une étude rétrospective.

Nous travaillons aussi à la recherche des financements pour permettre la réalisation de ces travaux.



Nous espérons qu'un système de tutorat et de collaboration avec les équipes universitaires se mettra en place pour garantir la synergie et la rigueur scientifique, ce qui amène fort logiquement au point N°8.

S. Un lien permanent et espérons-le bienveillant

Avec les sociétés savantes (la SFE, le GRT, l'AFCE, la SFORL, la SFECHO, la SFR, la SFACP, la SFMN, le CNGE mais aussi la SMEDIAN, LA STED, la SADEN, l'ETA, l'ATA, l'euro-MITT), avec les associations (Vivre Sans Thyroïde, Hypoparathyroïdisme France), avec les partenaires de l'industrie (les laboratoires IBSA et PAPILLON ont adhéré et ont cru au projet dès le début) et toutes celles qui le souhaiteront.

Ce lien existera à travers les 3 activités que sont l'enseignement, la recherche, les échanges de pratique et toutes les initiatives et les visions qui naîtront d'un fonctionnement que nous espérons synergique et épanouissant.

Ainsi, durant l'été 2024, Deux forces complémentaires se sont alors rencontrées : d'une part, le Groupe de Recherche sur la Thyroïde (GRT), solidement établi, et d'autre part, l'AFTHY, nouvelle mais prometteuse. Le symbole de cette union a été le "dîner des présidents" où Lionel Groussin et Hervé Monpeyssen ont entamé un processus d'ouverture permettant d'envisager l'avenir tout en respectant les singularités de chacun. Cette alliance entre une association comme l'AFTHY et un groupe de recherche serait unique en Europe et promettrait de riches échanges scientifiques et de nouveaux horizons pour la recherche et la pratique de la thyroïdologie.

Autre exemple : une entreprise à mission basée à Lille nommée THRD, ayant produit, entre autres, une remarquable application d'aide au diagnostic nommée ThyroCheck, est née pratiquement en même temps que l'AFTHY et, lorsque nous nous sommes rencontrés, nous avons réalisé que THRD et l'AFTHY étaient naturellement complémentaires. Nul doute que vous en entendrez parler dans les mois à venir.

EN CONCLUSION : TOUS ENSEMBLE... TOURNÉS VERS LE FUTUR

Nous voici arrivés à l'épilogue de cet article.

Nous espérons que vous en retiendrez que cette formidable aventure n'a pu exister qu'à travers l'union des femmes et des hommes qui y ont contribué, chacun avec sa petite pierre et à son niveau et qui contribuent à l'illustration de la synergie et des relations « tous gagnants ».

Et si cet enthousiasme a été, comme nous l'espérons, communicatif... nous espérons que vous nous rejoindrez, comme participant actif, comme adhérent ou que, tout simplement, nous vous aurons donné le goût de la thyroïdologie.

Dans tous les cas, nous espérons et souhaitons, après avoir terminé cet article, que l'endocrinologie vous apparaisse aussi inspirante et attractive qu'elle l'est pour nous.



www.afthy.fr



Quand la nutrition inspire L'aventure du Médipôle de Villeurbanne



D^r Anne-Cécile PAEPEGAËY
Endocrino-diabetologue



D^r Erika CORNU
Endocrino-diabetologue



Faire de la recherche clinique en dehors du CHU c'est possible et probablement souhaitable !

Pourquoi continuer à en faire ?

Lors du cursus universitaire des études de médecine, chacun de nous participe de façon plus ou moins importante à l'activité de recherche du service. Cela peut être à travers la collecte et l'analyse de données cliniques ou la publication d'articles dans le cadre d'un mémoire ou d'une thèse. Certains d'entre nous vont également se former à la recherche fondamen-

tales en laboratoire à l'occasion d'un master 2 de sciences ou d'une thèse de médecine. Cependant, à la fin de l'internat et du clinat, du fait de nos choix professionnels et des opportunités, nous ne travaillons pas tous en CHU. Pourtant, l'intérêt que nous avons porté vers la recherche clinique ou fondamentale peut perdurer. On peut donc continuer parce qu'on en

a envie ! C'est probablement le plus important. Il nous paraît également nécessaire que la recherche sorte des murs du CHU pour qu'elle soit le plus représentative possible de la diversité des patients suivis et que tous les patients puissent en bénéficier.

Que faut-il pour en faire ?

Des idées ! On ne peut pas chercher si on ne se pose pas de questions, si on ne garde pas son esprit curieux. Se poser des questions, avoir envie de découvrir des choses est indispensable pour faire de la recherche.

Ensuite, il est probablement important de ne pas s'inhiber. Débuter une activité de recherche dans son activité actuelle ne signifie pas débiter par un essai prospectif multicentrique randomisé ! Il faut évidemment être humble, débiter par de petits pro-

jets puis construire petit à petit. Cela peut être par exemple à travers des case reports en rapportant des cas patients inhabituels ou en continuant de soumettre des posters aux différents congrès nationaux.

Comment faire en pratique ?

Une première idée peut être la mise en place de séances de bibliographies au sein de son établissement ou avec les autres membres du cabinet, même si cela concerne des spécialités différentes. Le but est de poursuivre une activité régulière de

lecture d'articles scientifiques et de les discuter à plusieurs. Pourquoi les discuter ? Parce que c'est le collectif qui permettra de donner des idées et d'avoir envie de monter des projets. L'idée n'est pas pour autant de mettre un cadre contraignant et scolaire. Le

mieux ? un rythme pas trop soutenu, à définir ensemble, une fois par mois par exemple et un choix libre d'articles. Il est plus facile de lire quelque chose qui nous intéresse et il sera plus facile de monter un projet sur un sujet qui nous plaît !

Une autre première étape dans la poursuite de la recherche clinique hors CHU, peut être aussi de collaborer avec de plus grands centres :

expliquer que vous êtes intéressés pour inclure vos patients dans des protocoles de recherche par exemple. Les investigateurs cherchent toujours à inclure des patients et il n'est pas toujours facile d'atteindre le nombre

de patients prévu. Il peut ensuite être intéressant de lancer des projets observationnels avec des idées simples, un petit nombre de patients, un suivi adapté et pas trop contraignant. Pour les projets plus compliqués, la création d'une unité de recherche clinique au sein de l'établissement où l'on travaille avec un ou deux attachés de recherche clinique sera pro-

bablement nécessaire. Cela permet de déléguer quelques tâches technico-réglementaires et d'avoir de l'aide pour planifier le suivi des patients et collecter les données. Enfin, il peut être intéressant lors des congrès de discuter avec des fondamentalistes pour s'associer à des laboratoires de recherche fondamentale et partager des projets ensemble.

Qu'avons-nous pu mettre en place au Médipôle de Lyon Villeurbanne ?

Le Médipôle Lyon Villeurbanne est un ESPIC, établissement de santé privé à but non lucratif, qui a ouvert en janvier 2019. Dès son ouverture, une unité de recherche clinique (URC) a été mise en place afin de favoriser la recherche clinique au sein de l'établissement auprès des praticiens. Cette URC est composée du directeur médical, Dr Carlos El Khoury, d'une coordinatrice de recherche clinique, Dr Laetitia Paradisi-Prieur, et de deux attachés de recherche clinique, Séverine Burgain et Danaëlle Peninguy. Actuellement, 61 études différentes sont en cours au Médipôle hôpital Mutualiste avec 1417 patients inclus.

Concernant le service d'endocrinologie, nous avons débuté par rapporter des cas cliniques inhabituels de patients dans des revues indexées Pubmed (1-3). Nous avons également participé à recueillir des données en vie réelles : nous avons ainsi pu participer à l'étude sur l'efficacité de l'osilodrostat dans les syndromes de Cushing secondaires aux corticosurrénales dirigés par les Pr Young et Tabarin (4).

Concernant les études initiées par notre équipe d'endocrinologie, nous avons pu mettre en place en tant qu'investigateur principal :

- Des évaluations professionnelles sur notre activité : nous avons évalué l'efficacité de notre prise en charge psycho-nutritionnelle sur les patients en situation d'obésité (5) ou encore nos choix de proposition de chirurgie métabolique aux patients diabétiques en situation d'obésité de grade 1.
- Des études randomisées en ouvert en unicentrique : une étude sur l'intérêt de l'évaluation nutritionnelle précoce dans la dénutrition en can-



L'équipe d'endocrinologie du Médipôle Lyon Villeurbanne. De gauche à droite : Dr Vincent Mezzarobba, Dr Julie Beauvy, Dr Pauline Juttet, Dr Anne-Cécile Paepegaey, Dr Erika Cornu, Dr Jean-Philippe Le Berre.

cérologie (295 patients inclus), une étude sur l'intérêt de la rééducation du goût et de l'odorat pour les patients ayant des troubles du goût et de l'odorat post-chimiothérapie (54 patients inclus), une étude sur l'intérêt d'un programme d'activité physique avant et après chirurgie bariatrique pour la conservation de la masse musculaire post-chirurgie bariatrique (130 patients inclus).

- Une étude randomisée en aveugle multicentrique sur le choix de la technique chirurgicale dans la chirurgie métabolique (8 patients inclus à date).

Nous sommes également centre d'inclusion dans des essais contrôlés randomisés en double aveugle, internationaux de phase III et nous avons pu participer à l'accès précoce du WEGOVY.

Enfin, il peut être utile de réaliser des lettres à l'éditeur sur des sujets qui nous tiennent à cœur : nous avons par exemple réalisé cela pour discuter l'encadrement des patients sous traitements médicamenteux de l'obésité (6).



Nous sommes centre d'inclusion dans des essais contrôlés randomisés en double aveugle, internationaux de phase III...



À retrouver sur



Quelles sont les limites et les difficultés ?

La première limite est bien entendu le temps ! En dehors du cursus universitaire, il n'y a en effet pas de temps consacré à la recherche pour les praticiens. En exercice libéral pur, prendre ce temps est à la fois difficile pour la gestion des patients et représente par définition un manque à gagner.

Cela est moins directement vrai en exercice salarié mais il sera néanmoins difficile de convaincre sa direction de vous laisser du temps pour faire cette activité de recherche. Cela est d'autant plus vrai que la règle concernant les points SIGAPS a changé depuis quelques années.

Pour rappel, une publication dans un journal rapporte des points SIGAPS et chaque point SIGAPS rapporte environ 530 euros à l'établissement et une revue en premier auteur dans une revue de catégorie C (catégorie intermédiaire) rapportera 16 points SIGAPS soit 8 480 euros pendant 4 années consécutives.

Or, depuis 2021, ces points ne sont versés qu'aux 2/3 des établissements qui réalisent le plus de recherche. Pour exemple, en 2021, un établissement devait avoir réalisé 120 publications pour pouvoir toucher le premier euro de ces points SIGAPS. Difficile dans

ces conditions de motiver les établissements de santé privés à laisser du temps à leur praticien pour la recherche clinique ou à embaucher des attachés de recherche clinique. Cette nouvelle règle limite grandement la recherche en dehors du CHU et il sera nécessaire qu'elle soit rediscutée. Il faudra donc probablement prendre sur votre temps libre, en comptant sur votre motivation, pour poursuivre la recherche clinique. De la même façon, la reconnaissance que vous aurez de ces travaux sera votre satisfaction personnelle mais c'est néanmoins important.

Qu'est-ce qui pourrait faciliter la recherche en dehors du CHU ?

Les CHU, les établissements hospitaliers hors CHU et la médecine libérale pure ne devraient pas être opposés actuellement en France. Ils font partie du maillage de notre système de santé et essaient tous de répondre au mieux aux besoins de santé des populations.

Il nous paraît donc important que la recherche soit présente dans l'ensemble de ce maillage pour être le plus représentative possible.

Une première étape pourrait être une intégration systématique de tous les modes d'exercice de l'endocrinologie

lors de l'écriture des recommandations des sociétés savantes.

Comme expliqué précédemment, la remise en cause de la règle des rétrocessions financières selon les points SIGAPS mérite d'être rediscutée.

Références

1. Pembrolizumab-induced cyclic ACTH-dependent Cushing's syndrome treated by a block-and-replace approach with osilodrostat. Paepegaey AC, Dot JM, Beauvy J, Juttet P, Le Berre JP. Ann Endocrinol (Paris) 2021 Dec.
2. Closed-loop insulin delivery may help prevent metabolic complications during bariatric surgery in patients with type 1 diabetes: a case report. Cornu E., Gaulier C., Juttet P., Beauvy J., Mezzarobba V., Proust AL., Le Berre JP, Paepegaey AC. Diabetes Technol Ther Jan 2024.
3. To biopsy or not to biopsy adrenal mass: is that the question ? Purenne E., Cornu E., Mezzarobba V., Juttet P., Cimerelli S., Watkin E., Paepegaey AC. Acta Radiol Open Aug 2024.
4. Efficacy and tolerance of osilodrostat in patients with Cushing's syndrome due to adrenocortical carcinomas. Tabarin A, Haissaguerre M, Lassolet H, Jannin A, Paepegaey AC, Chabre O, Young J. Eur J Endocrinol 2022 Jan.
5. Impact de la mise en place d'une prise en charge psycho-nutritionnelle sur la qualité de vie des patients obèses. Le Roy Feret E., Caron E., Hermann J., Proust AL., Gaulier C., Cornu E., Paepegaey AC. Médecine des maladies métaboliques octobre 2023
6. Don't these patients deserve better? Cornu E., Gaulier C., Proust AL., Paepegaey AC. Obes Surg Sep 2024

Bilan de l'année 2024

Que retenir de cette année 2024 ?



FENAREDIAM



D^r Emmanuelle LECORNET-SOKOL
Endocrinologue, Paris
Présidente de la FENAREDIAM

Un congrès de Rennes réussi...

Avec une mobilisation incroyable de Perrine Pichon et de toute l'équipe de nos collègues de l'ADELO. En point d'orgue une grande table ronde autour des perturbateurs endocriniens. Profitons en pour vous rappeler que les vidéos sur les PE sont toujours disponibles : Julie Sarfati nous propose sur une douzaine de vidéos des interviews d'experts autour de thèmes que nous rencontrons au quotidien et d'outils pour nous aider à mieux parler des PE avec nos patients. Ce travail a d'ailleurs fait l'objet d'un poster avec présentation orale au congrès de la SFE de Clermont-Ferrand.

Félicitations à l'équipe du CIRDIA pour avoir remporté la 1^{ère} bourse Fenarediam...

Dont le thème était « Innovation dans la prise en charge des patients en boucle fermée ». Sa présidente, Sylvie Picard nous explique dans ce numéro le fonctionnement de cette association qui regroupe des endocrinologues, pour la plupart libéraux, et qui initient les patients en boucle fermée. Prochaine bourse : soutenir les parcours de soins originaux et innovants en libéral.

Afin de soutenir les internes, nous avons aussi mis en place la 1^{ère} bourse destinée à financer la participation de nos jeunes aux congrès

Bravo à **Melissa BENALLOU** et **Vlad RADILESCU** ! En échange, ils ont pour mission de nous rapporter les sessions qui les ont le plus intéressés. Avis aux intéressés pour les futurs congrès.

Le diabète gestationnel a fait l'objet d'un focus particulier, avec le soutien institutionnel des laboratoires Lilly

Gestalib est né, associant endocrinologues hospitaliers et libéraux, gynécologues, mais aussi médecins généralistes, sage-femmes, infirmiers, IPA, diététiciens et éducateurs sportifs. Objectif : améliorer la collaboration pluriprofessionnelle pour les femmes ayant un diabète gestationnel, optimiser l'utilisation de la télésurveillance et surtout sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé à l'augmentation du risque cardio-vasculaire des femmes ayant eu un DG. Le webinaire est toujours disponible sur le site de la FENAREDIAM et viendront prochainement des fiches pratiques, des présentations en congrès et un article dans la presse professionnelle.



Cette année a aussi permis de mettre en place un programme d'accompagnement des patients en situation d'hypothyroïdie pour lesquels la prise en charge est parfois difficile

En partenariat avec IBSA, 6 réunions ont lieu dans plusieurs villes de France à destination des médecins généralistes et des endocrinologues : diagnostic, spécificités du traitement, TSH instable, persistance de symptômes. Nous avons aussi réalisé une série de vidéos d'éducation thérapeutique à destination des patients afin de les accompagner, en sus des échanges de la consultation.

Ce programme s'est fait également en collaboration avec l'AFTHY, Association francophone de thyroïdologie, récemment créée sous l'impulsion d'un groupe de passionnés, notamment son président Hervé Monpeyssen et son vice-président Edouard Ghanassia qui nous en livre la genèse dans ce numéro.

Nous avons essayé de continuer à vous informer que ce soit dans ce magazine mais aussi via les newsletters, notre site internet, les réseaux sociaux

LinkedIn, Youtube (n'hésitez pas à nous suivre). Un travail est aussi fait dans les médias grand public pour mieux faire connaître nos problématiques (presse, radio, télévision)

Enfin, ce que vous ne voyez pas toujours...

Nous sommes régulièrement sollicités par les autorités de santé (DGS, ministère, HAS), les représentants (Conseil de l'Ordre, CNP), les sociétés savantes (SFD, SFE...) : ainsi nous avons participé :

- Au consensus Hyperparathyroïdie de la SFE ;
- À la Prise de position de la SFD sur le dépistage du Diabète de type 1 pré-clinique ;
- À la mise à jour de la prise en charge des patients traités par insulinothérapie automatisée ;
- À la relecture des recommandations HAS (diabète de type 2, technologies dans le diabète) ;
- À la modification des actes dans le cadre de la réforme en cours par le Haut Conseil à la Nomenclature.

Pour accomplir tout cela, nous avons besoin de monde...

N'hésitez pas à nous envoyer vos remarques, commentaires et suggestions et surtout à vous manifester si vous souhaitez vous engager que ce soit ponctuellement ou régulièrement.



À retrouver sur



Alors, on danse ?

Les pas de base pour ouvrir les congrès aux patients

Les personnes vivant avec un diabète revendiquent leur place dans les rencontres scientifiques. Cependant, leur inclusion est loin d'être systématique. Comment faire bouger les organisateurs ?

L'échauffement

En guise d'étirements, j'invite chacun à ouvrir son esprit et à imaginer un congrès où les patients déambulent entre les stands, assistent aux sessions scientifiques, puis partagent ce qu'ils ont appris auprès de leur communauté, que ce soit sur les réseaux sociaux ou lors d'un futur café-diabète.

En réalité, la plupart des congrès internationaux et européens sur le diabète pratiquent cette chorégraphie depuis plusieurs années. L'*European Association for the Study of Diabetes*, l'*International Study of Pediatric and Adolescent Diabetes* et l'*American Diabetes Association*, pour ne citer que les plus reconnus, accueillent chaque année une quarantaine de patients, en présentiel ou en ligne, via le programme de bourse #dedoc° voices, créé par des patients qui voulaient à tout prix « danser » avec les scientifiques. La bourse, financée par l'industrie, offre aux patients engagés dans l'accès à l'information et la recherche scientifique l'opportunité de participer aux grandes messes de la diabétologie. Lors de ces congrès destinés aux professionnels de santé, il arrive également que des patients présentent leur projet ou leur témoignage, à la manière d'un chercheur rapportant les derniers résultats de son étude. Mais ce genre de programme et de mise en avant de la parole du patient peinent encore à exister en France.

Les crampes

Vous l'avez sûrement déjà observé : les patients ne sont présents à la rencontre annuelle de la Société Francophone du Diabète (SFD) que dans l'espace réservé aux associations de patients, sur le stand d'un industriel ou d'un prestataire de santé à domicile, ou encore autour d'une table-ronde animée par l'un de ces acteurs. En règle générale, les patients présents sur place - qui se comptent sur les doigts de la main - ne sont pas autorisés à assister aux sessions scientifiques.

Pourtant, danser avec des personnes vivant avec un diabète est très bénéfique pour la santé des professionnels de santé.

D'après mon expérience de #dedoc° voices, qui m'a permis d'assister à mon tout premier congrès *Advanced Technologies and Treatments for Diabetes* (ATTD) à Barcelone en 2022, à l'époque où je tenais mon blog *Diabetopole*, ancêtre de *Glucose toujours*, les interventions des patients enrichissent le débat et permettent de recentrer la discussion sur les préoccupations des patients. Je me souviens d'une phrase prononcée par l'actuelle présidente de l'EASD, fervente partisane de #dedoc°, qui enjoignait les patients participants à poser des questions et à demander aux intervenants : "Pourquoi ce que vous présentez est-il pertinent pour moi en tant que patient ?".



Nina TOUSCH

Journaliste et activiste vivant avec un diabète de type 1

La présence de patients aux congrès joue aussi un rôle de catalyseur, en particulier sur les réseaux sociaux, où ils sont majoritairement actifs. Les comptes X (ex-Twitter) les plus actifs et influents pendant un congrès sont ceux des patients qui, à coup de publications, partagent, commentent, questionnent ce qu'ils ont entendu et vu lors d'un symposium. Les patients amplifient ainsi la voix des chercheurs, la rendant plus accessible à leur pair, et contribuent à accroître la visibilité de ces événements.

Les faux-pas

Les patients invités à intervenir en tant qu'orateur à ces rencontres sont encore trop peu nombreux. À l'ISPAD ou à l'EASD par exemple, ils ont leur propre symposium, à destination des professionnels de santé, intitulé "Ce que nous aimerions que vous sachiez, et pourquoi". Un tel espace de parole, réunissant des patients d'horizons différents et pas forcément issus du milieu associatif, n'aurait-il pas sa place au congrès de la SFD ?

Cependant, la participation de patients orateurs soulève de nombreuses questions, notamment éthiques, et je distingue principalement trois faux-pas.



Le diabète n'est pas une battle de danse entre les patients et les soignants. C'est une valse à trois temps : un les patients, deux les professionnels de santé, trois les industriels.



Le grand final

Le diabète n'est pas une battle de danse entre les patients et les soignants. C'est une valse à trois temps : un les patients, deux les professionnels de santé, trois les industriels.

Les exemples européens et internationaux de participation active de personnes vivant avec un diabète prouvent qu'un congrès scientifique peut adopter des formats variés et, sous certaines conditions, accueillir les patients sur le *dancefloor*. A contrario, l'exemple français montre que la chorégraphie n'est pas encore maîtrisée. Les rencontres de professionnels de santé organisées dans l'hexagone peuvent devenir plus inclusives et valoriser davantage l'expertise des patients et l'indépendance des débats et des partenariats.

En 2025, il est inconcevable de parler de nous sans nous. Et nous, patients, ne resterons pas les bras croisés à attendre les prochaines recommandations ou le futur dispositif, décidés derrière les portes closes d'un palais des congrès.

Organisateurs, si vous redoutez les patients engagés, souvenez-vous des paroles prophétiques de Stromae : "Quand y en a plus et ben y en a encore". Alors, on danse ?

Inviter un patient à prendre la parole sans le rémunérer est un premier pas de travers. Leur intervention doit être valorisée au même titre que celle du professionnel de santé présent à la même table-ronde.

Deuxième faux-pas : inviter des patients pour se donner bonne conscience sans collaborer avec eux le reste de l'année. La bachata à deux, c'est mieux.

Enfin, force est de constater qu'aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique est celle qui invite le plus fréquemment les patients à intervenir, lors de symposiums, par exemple. Reconnaissons qu'elle a le mérite de rémunérer généralement les patients pour leur intervention. Cependant, cette relation financière entre le patient et l'industrie pharmaceutique est problématique à plusieurs égards. Comment, dans ce contexte, concilier l'importance d'entendre la voix des patients, la juste valorisation de leur expertise, tout en préservant l'éthique et l'indépendance des débats ? La question se pose et se posera avec encore plus d'acuité les prochains mois avec la montée en charge des débats sur le dépistage du diabète de type 1, menés en grande partie par l'industrie et qui mobilise tous les acteurs du diabète, même les patients.



À retrouver sur



Congrès & Formations à venir

La liste est certainement incomplète mais reflète bien la richesse de formation de notre spécialité. Si vous entendez parler, assistez ou organisez une formation, n'hésitez pas à nous en faire part... mais aussi et surtout si vous découvrez des "perles" qui gagneraient à être connues. Écrivez-nous à generationsendoc@gmail.com.

AVRIL 2025

Du 1^{er} au 4 avril 2025

Congrès de la Société Francophone du Diabète | SFD
Palais des Congrès de Paris
<https://www.sfdiabete.org>

Du 7 au 10 avril 2025

Congrès de l'International Diabetes Federation | IDF
Bangkok, Thaïlande
<https://idf.org/fr/events/idf-congress/>

MAI 2025

Du 10 au 13 mai 2025

Congrès de l'European Society of Endocrinology | ESE
Copenhague, Danemark
<https://espe-ese-congress2025.org>

Du 11 au 14 mai 2025

The 32nd European Congress on Obesity | ECO
Malaga, Espagne
<https://eco2025.org>



JUIN 2025

6 et 7 juin 2025

14^{èmes} Ateliers Thyroïde de Sète
Sète

La plus importante manifestation francophone dédiée à la thyroïdologie. Ateliers cliniques côtoyant des ateliers d'échographie, il y en a pour tous les goûts. Sans oublier la thermoablation.



12 et 13 juin 2025

67^{èmes} Journées Internationales d'Endocrinologie Clinique | Henri-Pierre KLOTZ
Faculté Cochin, Paris
<https://www.sfendocrino.org/journees-klotz-2025/>

JUIN 2025

12 et 13 juin 2025

Journées de Printemps de Nutrition Clinique | JDP
Espace Charenton, Paris
<https://www.jdprintemps.fr>



18 et 22 juin 2025

17th International Thyroid Congress | ITC
Rio de Janeiro, Brésil
<https://itc2025.com/itc2025>

Du 20 au 23 juin 2025

85^e Session scientifique de l'American Diabetes Association | ADA
Chicago, USA
<https://annual2025meeting.com/ada-2025/>

AOÛT 2025

Du 24 au 29 août 2025

23rd International Congress of Nutrition | IUNS-ICN
Palais des Congrès, Paris
<https://www.icn2025.org>

SEPTEMBRE 2025

Du 24 au 26 septembre 2025

41^{ème} congrès de la Société Française d'Endocrinologie | SFE
Grand Palais, Lille
<https://www.congres-sfe.com>

OCTOBRE 2025

Du 3 au 6 octobre 2025

Les Journées Francophones de Radiologie | JFR
Palais des Congrès, Paris
<https://www.jfr.plus/jfr-2025>

NOVEMBRE 2025

Du 19 au 21 novembre 2025

Congrès du Sommeil
Palais des Congrès, Strasbourg
<https://www.lecongresdusommeil.com>

Outils en Endocrinologie

PulseLife (ex 360 medics) est une application gratuite qui donne accès à une base de connaissances fiable et experte : informations sur les médicaments, recommandations, arbres de décision interactifs, scores et calculateurs.

Inscrivez-vous dès maintenant !



ALGORITHMES | Pathologies diabétiques

Avec PulseLife, bénéficiez d'un accès direct aux ressources clés en endocrinologie : des algorithmes d'aide à la pratique basés sur les dernières recommandations, les protocoles thérapeutiques selon la pathologie de vos patients, et bien davantage.



ALGORITHMES | Pathologies diabétiques

Édités par l'ANIDEN et la FENAREDIAM, d'après les dernières recommandations de la SFE et la HAS.

Petites annonces

LOUE LOCAL À PARTIR DE FIN MARS 2025

15m² sur plateau de 115m² en cours de **rénovation complète** (y compris huisseries extérieures pour isolation efficace, et climatisation).

 Nantes super quartier Procé/Monselet

NOUS CHERCHONS UN ENDOCRINO OU GYNÉCO. POUR COMPLÉTER NOTRE ÉQUIPE CONVIVIALE

Activités en place : endocrinologie/gynécologie médicale/échographie obstétricale et pelvienne.

Local PMR sur un plateau (4 bureaux au total) au RDC d'un bel immeuble des années 70.

Une salle de pause toute équipée, salle d'attente sécurisée, WC privés ET un WC PMR pour les patients. Accoustique renforcée. Double accès : accès via rue pour les patients, et accès privatif pour les praticiens par l'immeuble (pour aller et venir en toute discrétion ;-)).

Bureau intégralement refait à neuf équipé d'un lave main individuel + paillasse inox et rangements sous paillasse, et d'un autre placard déjà intégré à la pièce.

Possibilité d'intégrer la SCI à terme si tout se passe bien.

 **LOYER 800 EUROS**

+ charges de SCM évaluées autour de 300 euros
(charges de copropriété réévaluées chaque année,
internet fibre orange, eau, électricité, ménage).

CONTACT LANDAU Ester  docteurlandau@gmail.com  06 81 52 82 80



JE PROPOSE LA VENTE D'UN ÉCHOGRAPHE SONOSCANNER

Formée aux Ateliers Thyroïde de Sète, je me suis lancée dans l'écho il y a 3 ans, grâce à ces excellents enseignements et grâce à l'acquisition d'un échographe. Ce fut un grand plus dans ma carrière.

Étant à la retraite le mois prochain je souhaite le revendre pour en faire profiter un confrère ou une consœur qui pourrait ainsi se lancer.

Ci-dessous les détails techniques :

- Echographe Orcheo Lite(Sonoscanner) mis en service en 03/2018
- Sonde linéaire
- Doppler
- Prix de vente : 1900 €
- Disponible à partir de 12/2024

CONTACT Isabelle Raynaud, Tours  06 81 52 82 80

