

Pratique de l'endocrinologie dans les centres hospitaliers généraux

CODEGH 6/12/2025

Dr Cordroc'h Claire

PH diabétologue-endocrinologue, CH La Rochelle-Rochefort



pas de conflits d'intérêts pour cette présentation

Intro : un sujet vaste qui mérite d'être approfondi

EDN: Une spécialité exigeante

L'endocrinologie est une spécialité à part entière regroupant des pathologies bénignes et fréquentes avec des pathologies rares et complexes

exercée en parallèle de la diabétologie et de la nutrition



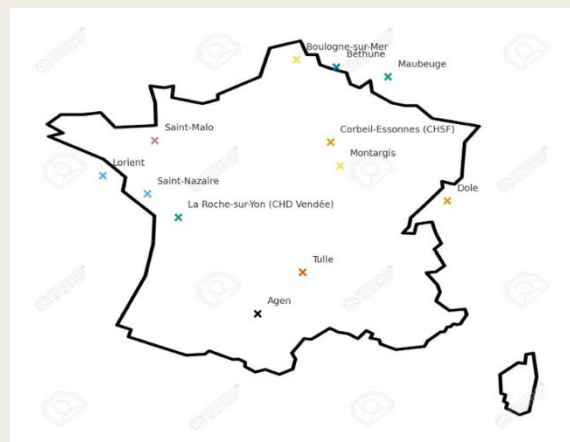
La polyvalence obligatoire en CH



Question:

Faut-il maintenir la pratique de l'endocrinologie dans les centres hospitaliers ? Et si oui, dans quelles conditions, avec quels pré-requis?

État des lieux : résultats du sondage



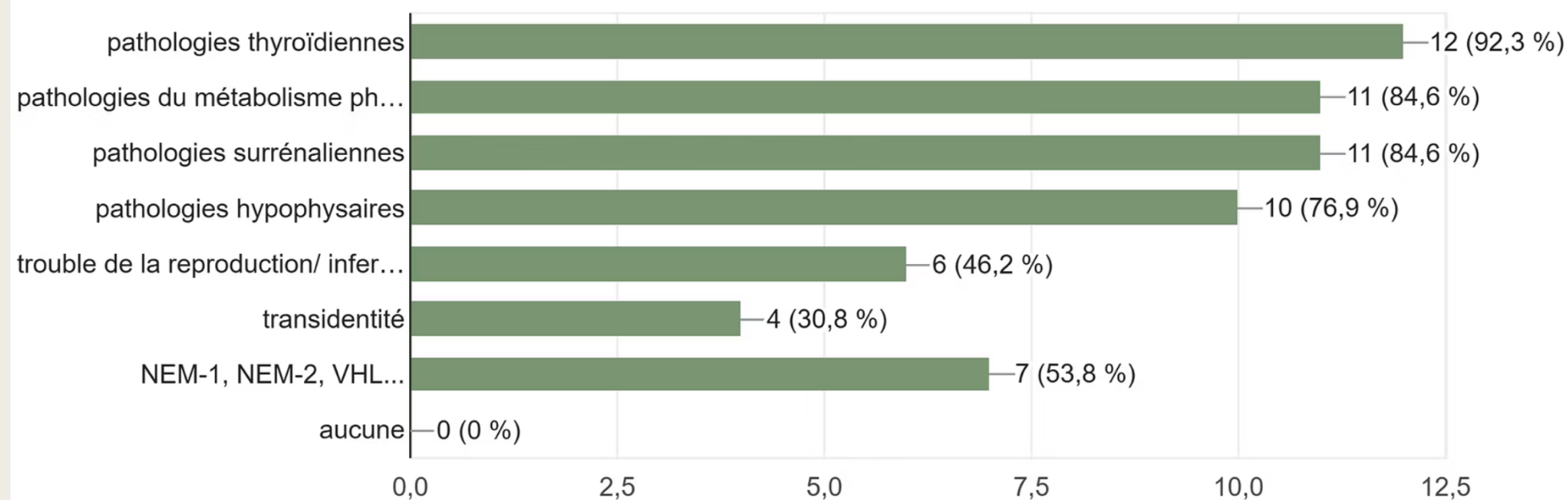
15 centres hospitaliers ont répondu au sondage

86% de PH entre 36 et 70 ans

Distance du CHU moyenne 90km (extrêmes: 20-160)

Quelles pathologies endocriniennes sont prises en charge au sein de votre centre?

13 réponses



Faut-il faire de l'endocrinologie en CH ?

Les objectifs du DES EDN (2022)



« Explorer et traiter les maladies endocriniennes courantes »

Dysthyroïdies, diabète, nodules thyroïdiens, hyperprolactinémies, troubles du métabolisme phosphocalcique, pathologies courantes de l'axe gonadotrope.



« Dépister, orienter et connaître les principes thérapeutiques des maladies endocriniennes rares et complexes »

Tumeurs neuroendocrines, pathologies surrénaliennes complexes, maladies hypophysaires rares, troubles génétiques.



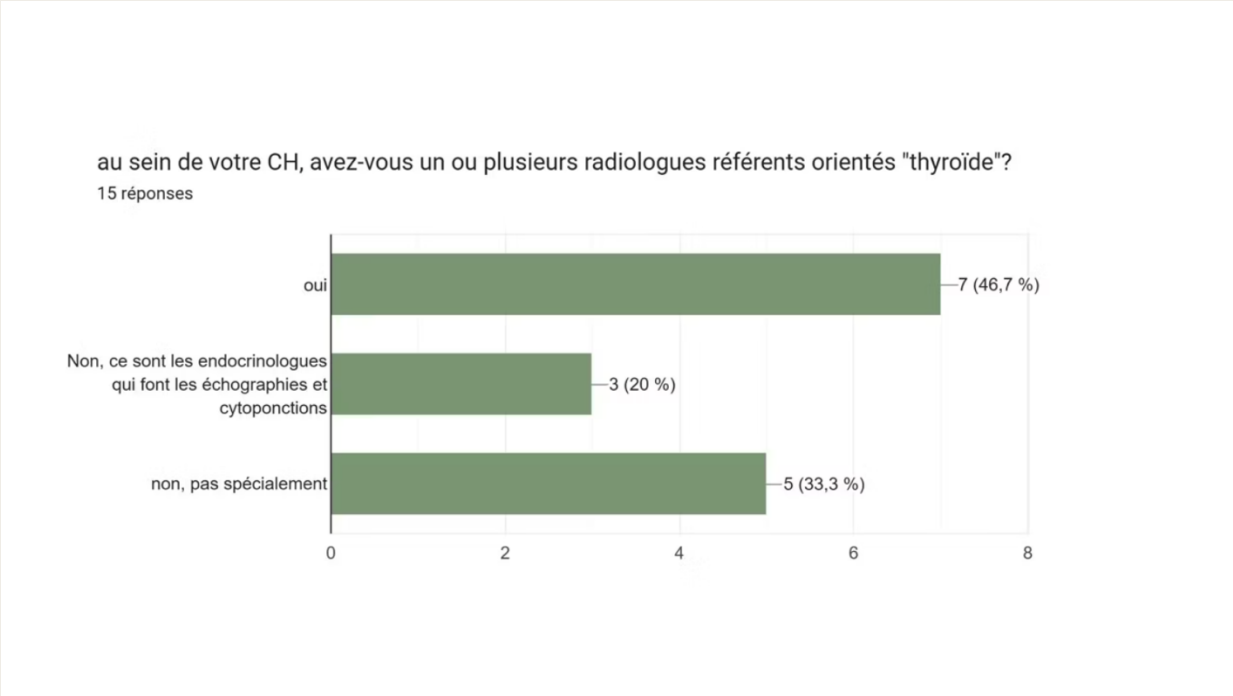
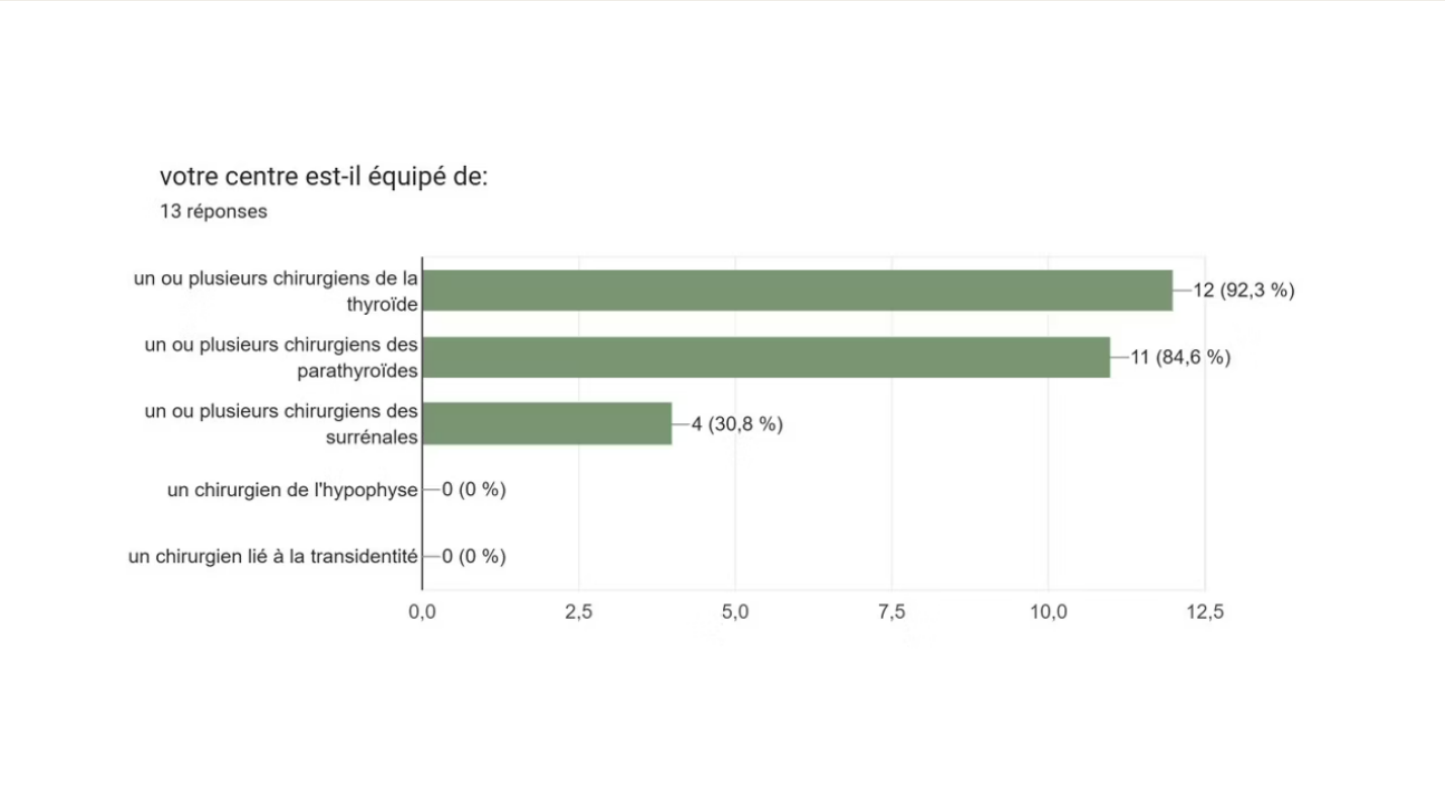
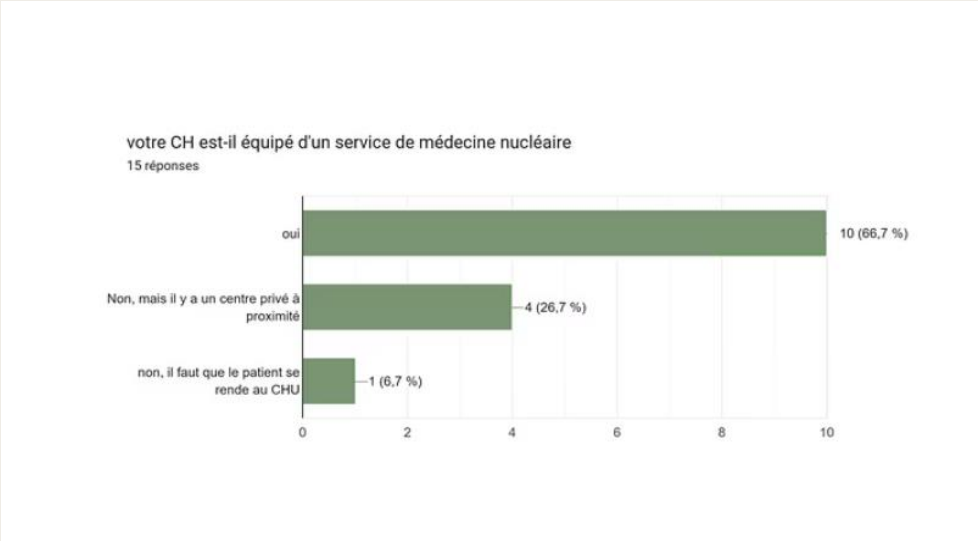
Maladies endocriniennes courantes : faciliter la prise en charge

La révolution de la télé-expertise

La chirurgie thyroïdienne et parathyroïdienne en local

L'accès à la médecine nucléaire

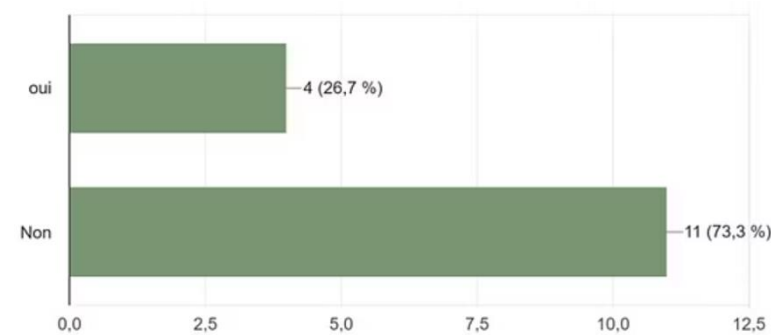
Un référent en échographie thyroïdienne



Maladies endocriniennes courantes: jusqu'ou aller?

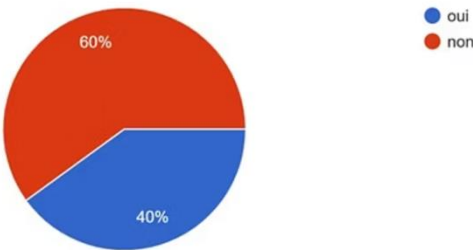
PEC de l'orbitopathie de Basedow

au sein de votre CH, avez-vous un ophtalmologue référent pour l'orbitopathie de Basedow
15 réponses



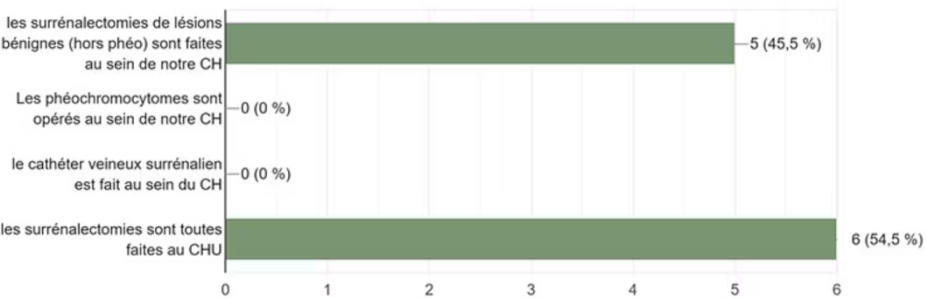
IDE formés à l'ETP en endocrino

avez-vous des IDE formées à l'ETP en endocrinologie (injections de GH, yorvipath, éducation hémisuccinate d'hydrocortisone...)
15 réponses



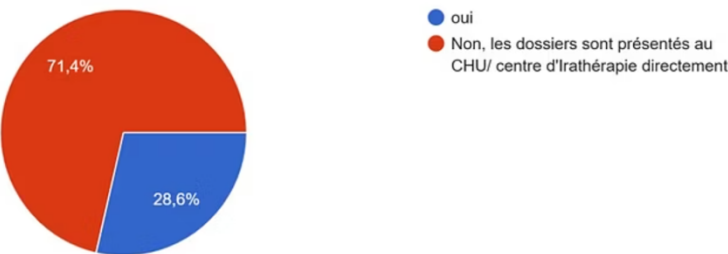
surrénalectomie en CH?

concernant les pathologies surrénaliennes,
11 réponses



RCP onco-thyroïdienne locale?

avez-vous une RCP locale pour la cancérologie thyroïdienne?
14 réponses



Cas clinique

JO: appel de la médecine polyvalente

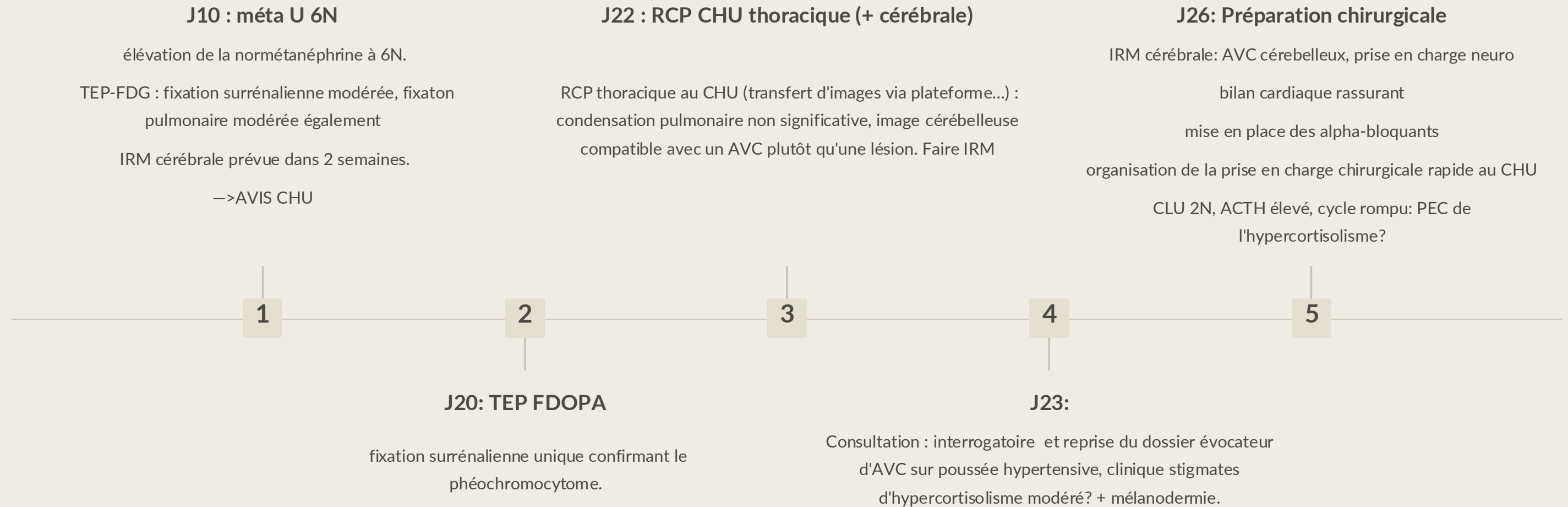
découverte d'une masse surrénalienne de 3cm, hétérogène, associée à une condensation pulmonaire suspecte et une masse

contexte: 70 ans, AEG, HTA (bithérapie) , fracture vertébrale, ostéoporose

avis tél: dosage dérivés méthoxylés urinaires, test de freinage minute et me rappeler avec les résultats. TEP-FDG programmé

hypothèse principale: métastase surrénalienne d'un carcinome bronchopulmonaire

Cas clinique : un phéochromocytome complexe



J40: surrénalectomie, suites simples, pas d'insuffisance corticotrope,

Programmation d'une réévaluation à 3 mois pour analyse génétique, TDM thorax-abdo, dosage des dérivés méthoxylés

validation ultérieure des modalités de suivi avec le CHU

Maladies rares et complexes : le CONTRE de la PEC en CH

Risque de perte de chance

manque de formation, peu de temps pour faire de la bibliographie etc..

peu d'internes de spécialité→moins de stimulation intellectuelle

« On fait bien ce que l'on fait souvent »

Limitations techniques locales

- disponibilité et expertise radiologique, anatomo-pathologique variables,
- accès limité aux dosages hormonaux spécialisés,
- difficultés pour réaliser certains tests dynamiques complexes.

La facilité d'adresser au CHU

plus simple et plus rapide d'orienter le patient vers le CHU

activité trop chronophage

présentation en RCP

transfert et partage d'images via plateformes dédiées,

coordination avec les centres experts

Maladies rares et complexes : le POUR de la PEC en CH

La proximité pour le patient

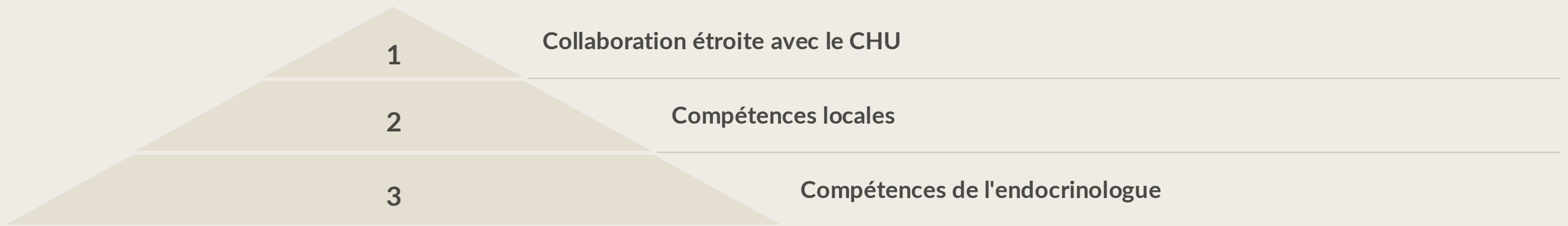
- confort, meilleure qualité de vie
- meilleure observance, meilleure acceptation de la maladie?
- moindre cout pour la sécurité sociale.

Ne pas saturer le CHU

- préserver les ressources expertes du CHU pour les situations les plus complexes

Oui à l'endocrinologie en CH, mais pas n'importe comment !

Le maintien d'une pratique endocrinologique de qualité dans les centres hospitaliers nécessite la réunion de plusieurs conditions essentielles, articulées autour de trois piliers fondamentaux.



Compétences de l'endocrinologue

- Formation initiale solide des internes
- DU/DIU de spécialisation
- Formation continue, congrès, webinaires,
- **Connaître ses limites personnelles**

Compétences locales

- Radiologue référent/ "de confiance"
- Anatomopathologiste référent/ "de confiance"
- Chirurgiens référents par organe
- biologiste orienté hormono.
- Staff de service régulier
- Équipe paramédicale formée aux tests et à l'ETP

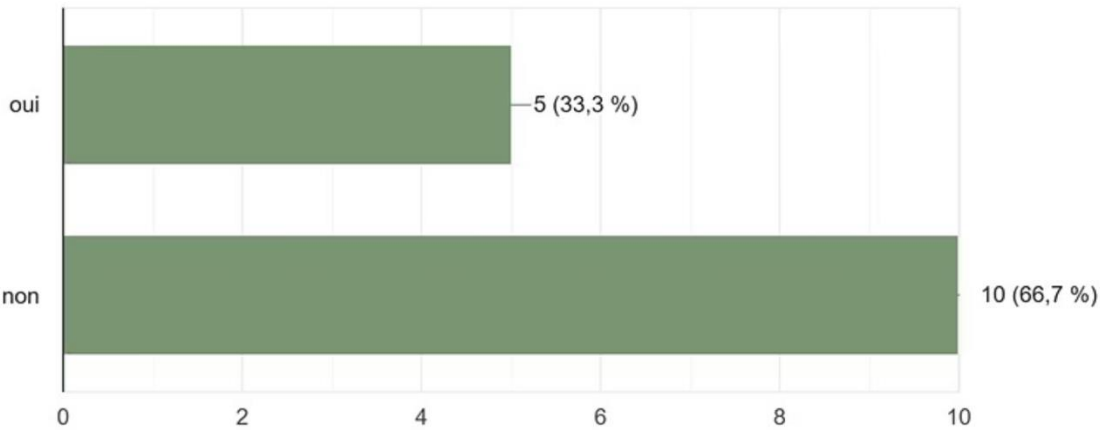
Collaboration avec le CHU

- Référent identifié par organe
- Canal de communication choisi : mail, téléphone, télé-expertise, RCP
- Accès DMP
- Suivis conjoints
- **Confiance mutuelle**

☐ La qualité de la prise en charge repose sur un équilibre subtil entre autonomie locale et collaboration avec les centres experts. Chaque structure doit définir son périmètre d'action en fonction de ses ressources réelles.

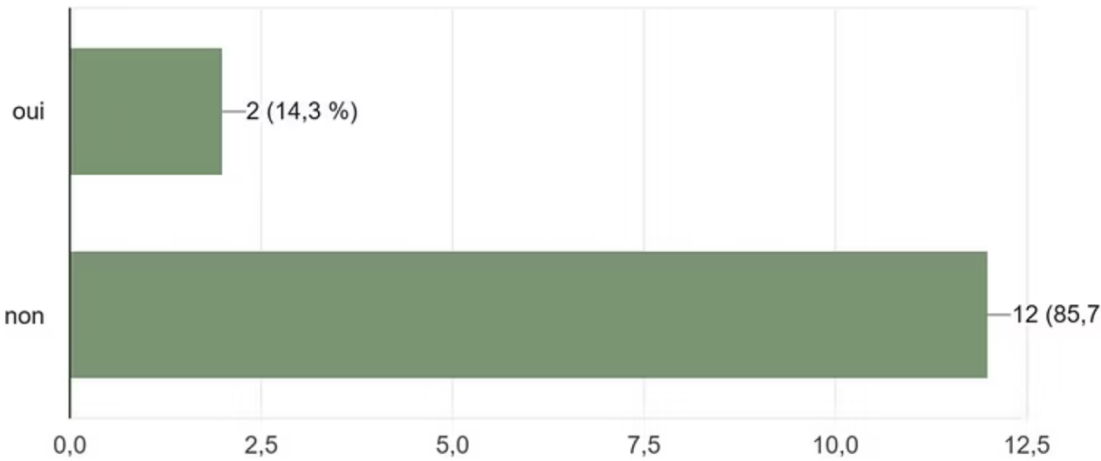
résultats du sondage: les compétences locales

du sein de votre CH, avez-vous un radiologue référent pour les relectures d'imageries
surrénaliennes, hypophysaires?
5 réponses



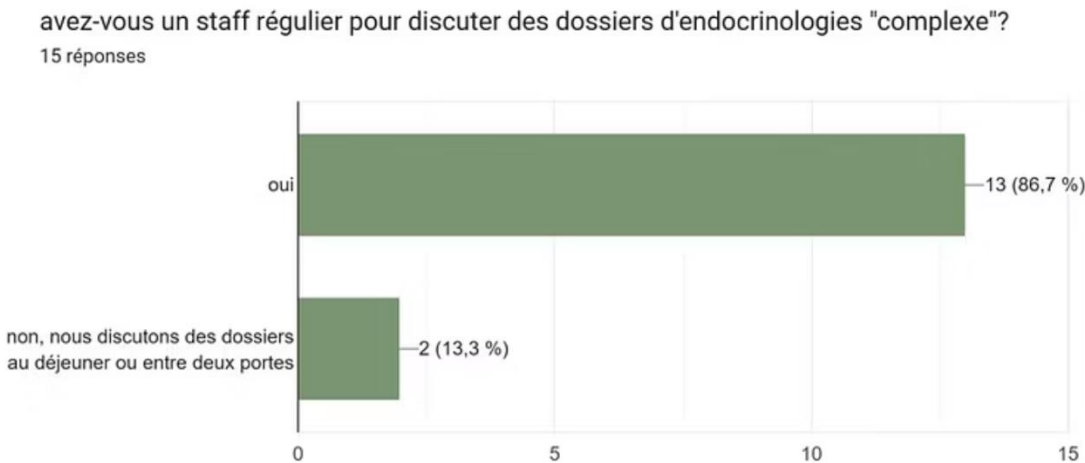
radiologue référent?

du sein de votre CH, avez-vous un anatomo-pathologiste orienté "endocrinologie"?
4 réponses

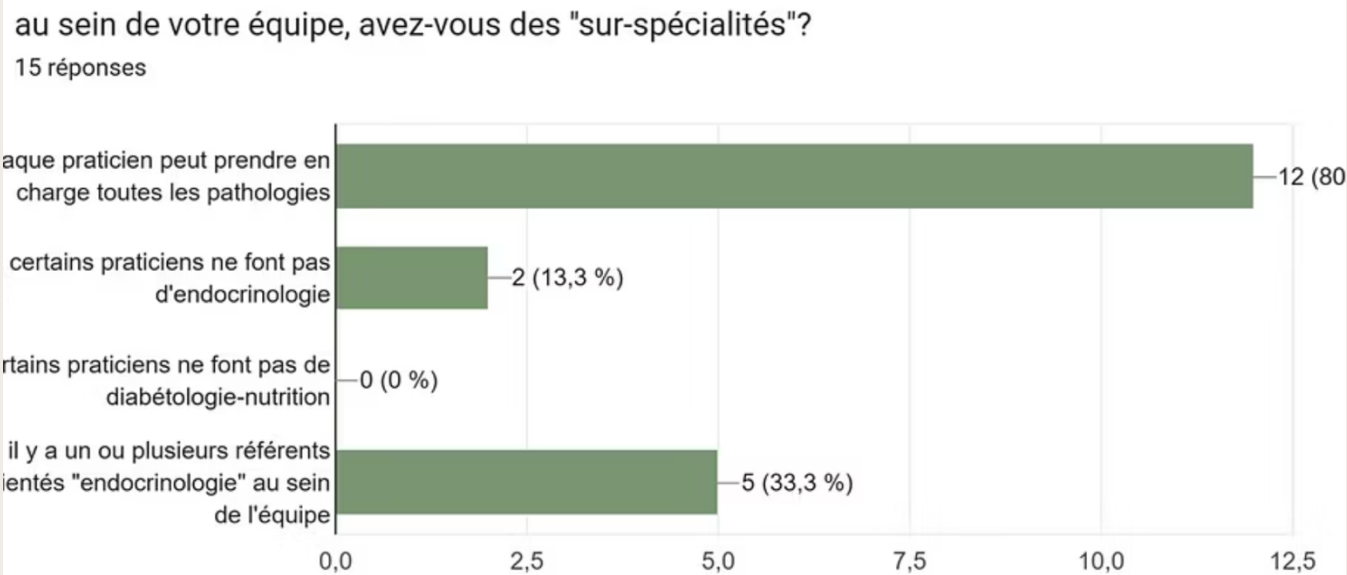


anatomo-pathologiste?

résultats du sondage: les compétences locales

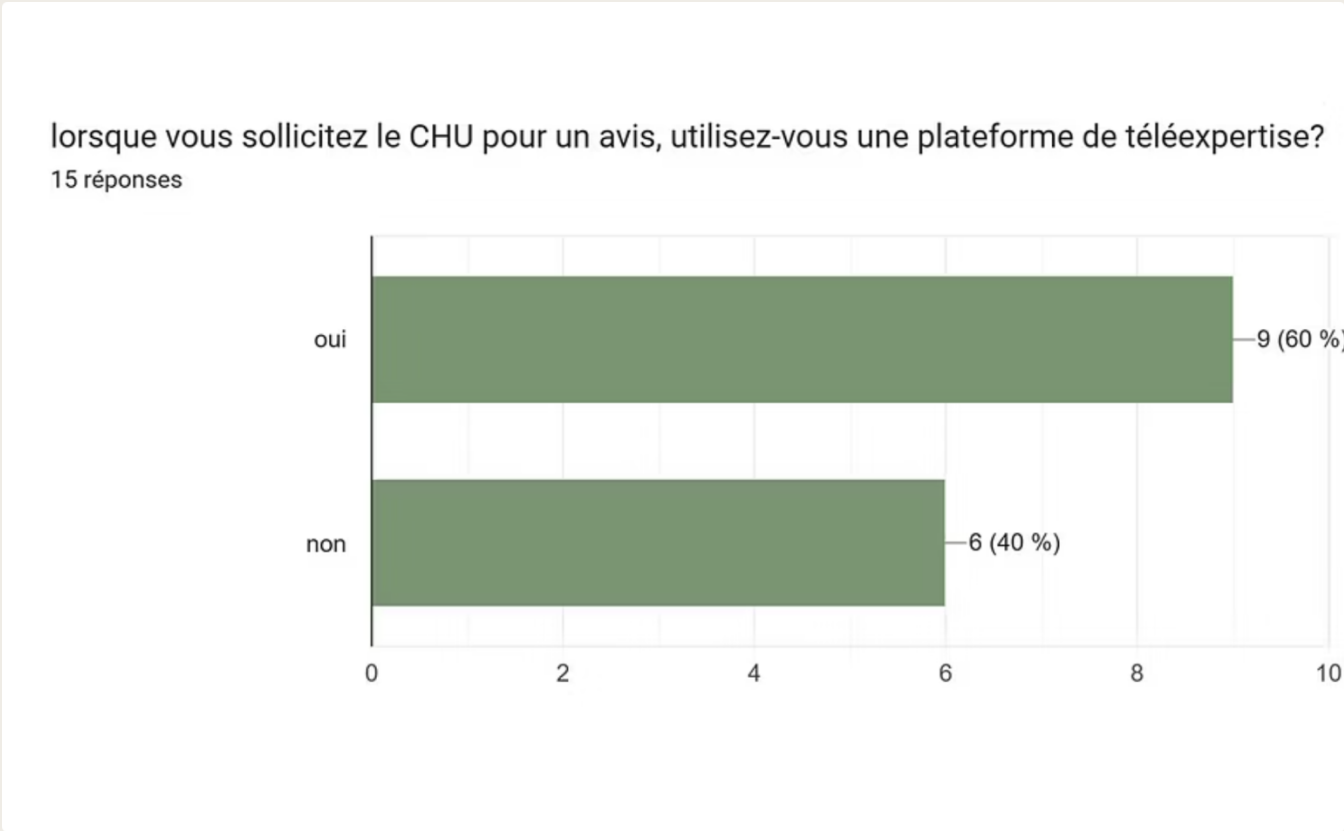


staff de service ± multidisciplinaire?

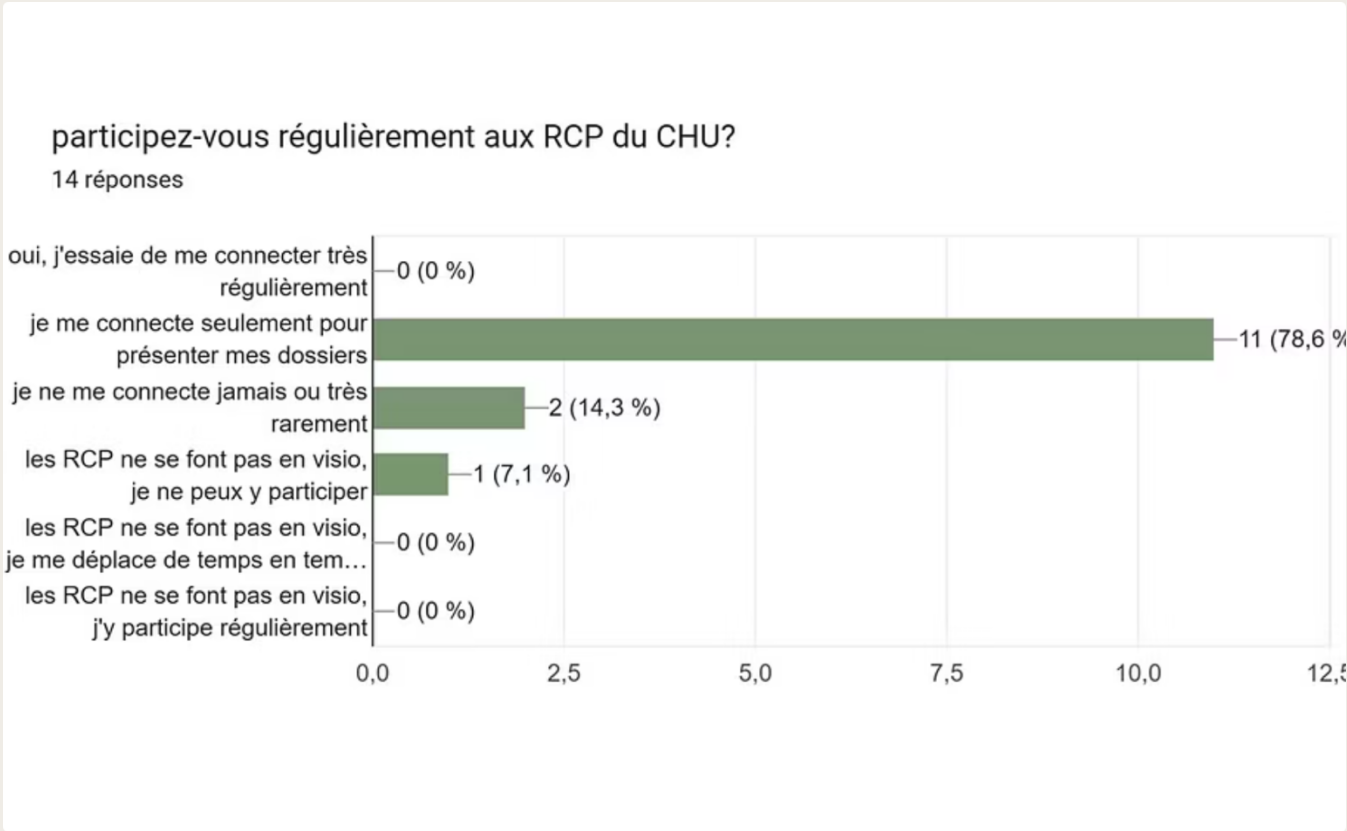


sur-spécialités?

résultats du sondage: les liens avec le CHU/centre expert



télé-expertise ?



RCP avec le CHU?

Cas clinique n°2 : la proximité fait la différence

Madame D., 54 ans, présente une hyperandrogénie d'apparition brutale en 2023. Explorée initialement par une endocrinologue libérale, la testostérone totale s'élève à 5 ng/mL, conduisant à une orientation directe vers le CHU.

Le bilan étiologique fait au CHU: origine surrénalienne écartée, pas d'hypercortisolisme.

L'hypothèse retenue est celle d'une sécrétion ovarienne occulte (IRM négative), avec indication à une annexectomie bilatérale.

—> rupture de prise en charge et suivi

—> 2 ans plus tard, je suis contactée:



Évaluation clinique et biologique	IRM pelvienne de contrôle	Coordination chirurgicale locale
Testostérone totale toujours élevée à 6 ng/mL, patiente demandeuse d'une PEC locale	en attente	Discussion avec le chirurgien gynécologue sur la faisabilité d'une annexectomie bilatérale dans notre structure

Conclusion : une endocrinologie raisonnée en CH

L'endocrinologie en centre hospitalier : oui, mais avec méthode et discernement



Équipe locale compétente



Formation continue et humilité



Partenariat avec le CHU



Questions en suspend?

Canal de communication?
Périmètre de prise en charge?
Place de la télé-expertise?

merci pour votre attention!