

Hypoglycémie paranéoplasique : à propos d'un cas

Dr L. AFFES^a, Dr B. BEN NASR^a, Pr N. REKIK^a, Dr A. CHAÂBANE^a, Dr N. CHARFI^a, Pr M. ABID^a

^a Service d'Endocrinologie et Diabétologie CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie, Sfax

1-Introduction :

L'hypoglycémie paranéoplasique est une entité rare. Elle est due à trois types de sécrétion (IGFI, IGFII, insuline). Quelques cas d'hypoglycémie paranéoplasique par hyperinsulinisme sont rapportés dans la littérature.

Nous rapportons un cas d'hypoglycémie paranéoplasique par hyperinsulinisme chez un patient ayant un cancer du côlon à un stade avancé.

2-Observation :

*Patient âgé de 52 ans admis pour hypoglycémies sévères récidivantes nécessitant son hospitalisation et sa perfusion continue par sérum glucosé 30% ,

2-1-Antécédants: familiaux Un frère décédé par cancer du colon personnel: -adénocarcinome lieberkhunien du colon moyennement différencié grade 2-3 (p T3N0M0) opéré il y a deux ans avec sigmoïdectomie et résection complète de la tumeur puis compliqué de carcinose péritonéale et métastases hépatiques traités par chimiothérapie .associé à corticothérapie

-ATCD thrombose cave supérieur d'origine paranéoplasique sous AVK

2-2-Examen clinique: sans particularités

2-3-examens complémentaires:

2-3-1:Biologie:ASAT=24 ALAT=23 Créatinémie=68µmol/l
Cortisol 8h =130µg/l(60-285) ACTH=10pg/ml(10-50)_(après medrol)
FT4=16,3pmol/l(10,6-19,4);TSH=2,63µui/ml(0,25-5)

Insuffisance hépatique, rénal thyroïdienne, surrénalienne éliminés

Hyperinsulinisme à 60000 mu/l (VN<27)+peptide c à 27 µg/l(VN:1,1-4,4)+glycémie concomitante à 3mmol/l

IGF1 Nle : 156,6 ng/ml (VN 77-224)
IGF2 Nle : 654 ng/ml (VN : 396-1049)

Hypoglycémie par hyperinsulinisme

Grace a la présence des anticorps anti insuline, une surestimation de l'insulinémie a été découverte avec une insulinémie après précipitation à 1440 µu/ml au lieu de 10 180 µu/ml

2-3-2Radiologie:

L'octreoscan pas de fixation pathologique en particulier pancréatique.

PET scan : épaissement péritonéal discret et pas de foyer hyper métabolique au niveau du parenchyme pancréatique. ➡ Insulinome peu probable

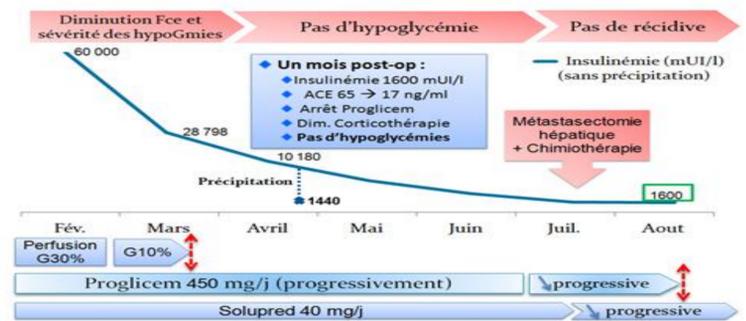
2-4-diagnostic retenu: après avoir éliminé l'origine factice (contexte n'est pas en faveur)et l'insulinome.

hypoglycémie paranéoplasique par hyperinsulinisme !!!

2-5:traitement:

-règles diététiques
-diazoxide (proglidem[®]) à la dose 5m/kg/j
-corticothérapie prednisolone 20mg*2/j .
-Un traitement étiologique +++de la tumeur et de métastase hépatique notamment chirurgical et d'autres cures de chimiothérapie sont faites.

2-6-Evolution:diminution des fréquences des hypoglycémies jusqu'à leur disparition avec ablation de perfusion glucosé avec diminution rapide de taux d'insulinémie notamment après chirurgie des métastase hépatique suivi d'une chimiothérapie oral(Xeloda[®]) associé a une diminution des taux des ACE et des CA19-9



3-Discussion:

-est une entité rare ,1^{er} cas rapporté en 1930

-appelé syndrome Doege et Potter ou NICTH (non-islet cell tumour hypoglycaemia),

-4 fois moins fréquente que l'insulinome, et une centaine de cas sont rapportés

-Survient dans les tumeurs de grande taille, de croissance lente et bien différenciées :+++**tumeurs mésenchymateuses**(fibrosarcome, léiomyosarcome, tumeur stromale gastro-intestinale (GIST), hémangiopericytome ...)Quelques cas **tumeurs épithéliales** (++)carcinomes hépatiques),plus rarement **tumeurs**

hématopoïétiques [1,2]

3 types de sécrétions:

	BIG IGFII: (la plus fréquente) [3]	IGFI	Hyperinsulinisme(Exceptionnelle)
Insulinémie	diminué	diminué	élevé
Peptide c	diminué	diminué	élevé
IGFI	diminué	élevé	diminué
IGFII(big IGFII)	élevé	diminué	diminué
GH	freiné	freiné	élevé

Pour notre patient on a retenu le diagnostic d'hypoglycémie paranéoplasique par **hyperinsulinisme** devant :

- 1/Terrain: cancer du colon métastatique (foie)
- 2/Les autres causes d'hypoglycémie éliminés
- 3/Insulinémie: à 60 000 mu/l (au moment hypoglycémie) contrôlée à 28 798 mUI/ml(de base +glycémie concomitante à 3mmol/l)
- 4/Peptide C à 27(au moment hypoglycémie)

Traitement:

1/Traitement étiologique

2/Traitement symptomatique: Règles diététiques: Perfusion de glucose en intraveineux, Corticothérapie au long cours (prednisolone 40mg/jour deux fois par jour), Diazoxide (proglidem)[4](5à 10mg/kg/j)

si sécrétion de BIG IGF II :**Analogue de somatostatine (octréotide) ou traitement par GH**

4-CONCLUSION: L'origine paranéoplasique d'une hypoglycémie sévère doit être évoquée devant un contexte de néoplasie à un stade avancé. Celle par hyperinsulinisme reste rare. Le traitement est essentiellement symptomatique et étiologique si possible

(1) Endocrine-Related Cancer (2007) 14 979–993(2) Clin Endocrinol Metab. 2007 May;92(5):1600-5
European Journal of Endocrinology (2014) 170, R147–R157(3)European Journal of Endocrinology (2014) 170, R147–R157
Endocrine-Related Cancer (2007) 14 979–993(4) European Journal of Endocrinology (2014) 170, R147–R157