

CAS CLINIQUE : Homme de 60 ans

MOTIF DE CONSULTATION :

Difficultés à la miction liée à un adénome de la prostate. Début des symptômes à l'âge de 51 ans, non amélioré par la prise de Permixon et d'alpha bloquant.

Accentuation des symptômes à l'âge de 59 ans avec mictions rapprochées du fait d'une mauvaise vidange vésicale.

Adénome peu volumineux sur le lobe médian. Les PSA sont normales.

ANTECEDENTS FAMILIAUX :



Grands-parents : grands-pères non connus
grands-mères : ne sait pas



Parents : père : décédé d'un cancer de la prostate à l'âge de 73 ans
mère : HTA, hypothyroïdie



Frère : surpoids, adénome prostate

LIGNE DE VIE :



- **GROSSESSE MERE** : climat très anxieux, rejet de la famille, mère persuadée qu'elle allait décéder à l'accouchement.

Naissance : accouchement très long, forceps, crainte qu'il meure.
Allaitement artificiel

Imprégnation pendant la grossesse
et probable sur-adaptation
surrénalienne



- **BEBE**
- 4 mois : reprise du travail de la mère (enseignante)

THYROIDIENNE

◦ ENFANCE (1-13 ans)

- **3 ans** : accident de voiture avec son père, hospitalisé 5 semaines, fracture du fémur.
Naissance du frère.

Age de raison précoce
Plus TSH que TRH.

- **4 ans** : décrit comme un enfant très mûr, raisonnable.
Pas souvent malade. Ne dessine pas.

Cortico fort

- **6 ans** : entrée à l'école au CP, maladroit manuellement.

- **8 ans** : suite à conflit de couple passe un trimestre avec sa mère et son frère chez un oncle (changement d'école, oncle sévère). Mère fatiguée (dépressive?)

Choc émotionnel, cortico
et Alpha +

- **9 ans** : maladie du frère sévère. Passe ensuite avec lui 3 mois en colonie sanitaire l'été suivant sa guérison.

Aurait eu une désensibilisation (mais pas d'allergie connue)
Fait du foot, aime ça mais peu endurant et peu performant.

Androgènes faibles
et cortico faible

- **10 ans** : appendicectomie

ACTH ++, cortico faible et phase thyroïdienne
tissulaire tardive probablement liée au choc émotionnel

- **10 ans** : début des migraines au CM1 avec crises hebdomadaires.
Fin de vie de la grand-mère paternelle au domicile, vécu difficile.
Consultation d'une psychologue car sa mère le trouvait renfermé.

Terrain spasmophile
Structuro fonctionnel,
Pic TRH lié à la nécessité
de maturer l'axe T

- **11 ans** : Difficultés avec un professeur, énurésie, vite réglée.

Spasmophilie du sphincter urétral

A partir du collège les crises de migraine deviennent ponctuelles (vie familiale plus calme).

SURRENALIENNE

◦ ADOLESCENCE (13-16 ans)

- **14 ans** : décès de la grand-mère maternelle (très aimée).
Un peu d'opposition.
Très bon élève.

Re choc émotionnel et affectif

- **16-18 ans** : lycée, ne travaille pas mais arrive à des résultats corrects.
Peu de développement musculaire, pas attiré par le sport.

Cortisol fort par sur-adaptation suite au chocs.
Bloque l'axe gonado pendant la puberté, peut-être à l'origine
de l'axe gonado à la traîne à l'âge adulte qui l'amènera à l'adénome.

GONADIQUE
ENDOCRINE

- **18 ans** : baccalauréat, part faire ses études à Toulouse dans un domaine qui ne l'intéresse pas mais s'accroche.

Force son adaptation

Change de voie mais ne s'investit pas dans les études, joue (pétanque, cartes) avec un très bon niveau + sorties avec les filles.
Toujours pas attiré par les activités sportives.

Compétiteur + bonne libido, androgènes plus forts ?

◦ **ADULTE**

- **22 ans** : Réussit un concours administratif.

- **23 ans** : Toxoplasmose diagnostiquée à l'arrivée à l'armée.

- **27 ans** : hémorroïdes opérées
Ulcère duodénal

Alpha fort+ congestion pelvienne

Para fort > alpha, Cortisol et thyroïde faibles

- **26 ans** mariage puis naissance du fils

- **30 ans** : naissance fille

Reprise des migraines (période non connue mais au moment de sa vie maritale) avec crises régulières et intenses.

Reprise des spasmes sur terrain spasmophile

- **37 ans** : séparation conflictuelle.

Alpha +++

- **42 ans** : deuxième mariage, famille recomposée.

Adaptation ++

- **43 ans** : affectation dans le département voisin suite promotion. Fatigue liée aux trajets + repas au restaurant.

- **45,5 ans** : rupture d'anévrisme cérébral

Séquelles troubles de l'équilibre, parésie hémicorps gauche, HTA + apnées du sommeil appareillée. Par contre arrêt total des migraines.

- **51 ans** : premiers signes mictionnels.

- **56 ans** : fracture scaphoïde gauche suite à chute

PREMIERE IMPRESSION :

Un para fort de structure et fonction (musculature peu développée, tempérament calme, besoin de repos)

Alpha sans doute fort car impliqué dans toutes les phases adaptatives et il y en a eu beaucoup pendant la phase surrénalienne et dans sa vie adulte.

Un beta qui s'exprime peu dans l'enfance.

Une possible insuffisance gonadique et un cortisol + thyroïde qui peine à suivre la demande.



EXAMEN CLINIQUE

Hypothèses : **Para-alpha beta, Axe cortico, axe gonado, axe thyro, axe somato.**

° ASPECT GENERAL

Taille moyenne (1,73) 73 kgs, épaules larges > hanches (**Structure androgénique**)

Tenue en légère cyphose dorsale (**GH/IGF1 faible structure**)

Introversi, calme, anticipation anxieuse (besoin de tout prévoir, maîtriser). (**Para fort, alpha fort**)

Leader au travail, peut être autoritaire (**cortisol fort, androgènes présents**)

° SYMPTÔMES

- Dysurie importante (**Alpha fort, congestion active, spasmophilie sphincter urétral**)

- Frilosité (**TSH fort, T4 faible, foie**)

- Besoin de sucre important. (**Para fort, TRH fort ?** (n'a pas le profil cognitif mais Alpha fort, s'exprime probablement plus en périphérie sur le pancréas, masqué en central par une TSH plus forte), **Insuline forte, sérotonine faible en central**)

- Pas de résistance à l'effort, fatigue vite/chronique. (**Beta faible, cortisol faible, androgène faible, T4 faible**)

- Au travail est performant (**Beta fort**), travail assis (**Blocage retour veineux**)

- Au domicile, regarde beaucoup la télé ou reste devant l'ordinateur. Peut rester assis ou allongé de longs moments. (**Blocage du retour veineux**) est passif (**Beta faible**)

° COGNITION

Pensée analytique (**TSH**)

Petit vélo permanent (**Alpha fort, TRH forte**)

° SOMMEIL

Endormissement rapide en général (**Para fort**)

Réveils 2 à 3 fois la nuit pour uriner, se rendort facilement. (**Alpha fort et para fort**)

Réveil le matin lent, reste allongé si pas d'horaire à respecter. (**Para fort**)

Sommeil non réparateur, fatigue présente (malgré appareillage pour apnées du sommeil).

Somnolence post-prandiale, besoin de sieste après le repas depuis son AVC. (**Para fort**)

Dort beaucoup (> 8h) (**Para fort**)

Rêves non systématiques.

° VISAGE

Visage plutôt ovale, pointu au niveau du menton, cou court.

Cheveux drus, raides, denses, foncés (peu de cheveux blancs). (**Cortisol fort, DHEA fort > androgènes**)

Perte des cheveux au niveau des golfes temporaux. (**DHEA fort > androgènes gonadiques**)

Sourcils drus, la queue semble moins dense. (**TSH fort, T4 faible**)

Myosis (**Para fort**)

Lèvres fines (**Alpha fort en structure**)

Rhinorrhée claire toute l'année (**Para fort**)

° BOUCHE

Langue dépapillée (**Para fort, pancréas exo faible**)
Sténons congestifs (**Para fort, pancréas exo faible-protéase**)
Palais dur pâle, varicosités (**Alpha fort**)
Varices sous linguales (**congestion foie**)
Langue chargée post (**dysbiose colon**)
Piliers amygdale non colorés.

° PEAU

Nombreux naevus sur tout le corps. (**GH structure fort**)
Peau plutôt sèche, fine sur les jambes, cicatrise lentement. (**cortisol fort, Oestrogène faible ?, insuline forte**)
Empreinte des vêtements facile. (**Ald +, IVMI**)
Léger dermatographisme (**Alpha fort, beta retardé, histamine +, cortisol faible**)
Il y a une IVMI (oedèmes cheville, télangiectasies) (**Para fort, alpha fort, beta retardé, congestion bassin et foie**)

° MUSCLES

Peu de force, peu développés bras et jambes, pas de fesses. (**Oestrogène faible, Testostérone faible, insuline forte**).
Décroché du quadriceps (**cortisol faible ou fortement consommé**)

° PILOSITE

Perte pilosité jambes (frottements?), pilosité surrénalienne bras, jambes, creux lombaire présente.
Pilosité androgénique : peu face antérieure du thorax (**Testostérone faible**).

° MAINS

Doigts fins et courts (**cortisol fort en structure**)
Mains froides et sèches ainsi que les pieds (**alpha fort**)
Ongles : se cassent facilement (**T4 faible**)

° CARDIO HTA (diastolique) (**Alpha fort** mais suite à l'AVC tronc cérébral, participation centrale possible)

° DIGESTIF/ABDOMEN

Surcharge graisseuse sus et ombilicale et un peu sous-ombilicale. (**cortisol fort, testostérone faible, recherche d'oestrogènes par graisses sous ombilicale, FSH>E2, Insuline forte**)
Ballonnements, gaz non odorants (**Para fort, déficit amylase → relance TRH**)
Douleurs abdominales quotidiennes (**conflit Para/Alpha, congestion**)
Transit régulier, selles d'aspect normal.

° LIBIDO

Faible, accentué depuis son AVC (**testostérone faible, insuline forte, problème mécanique prostatique ?**)

° P/R Dououreux niveau colon droit et gauche (**FSH et LH forts**)

ANALYSE ENDOBIOGENIQUE

° EMONCTOIRES

Pancréas exo faible, sur-sollicitation du pancréas endo (insuline forte)
Congestion foie (alpha fort)
Intestins correct au niveau transit, mais douleurs.

° NEUROVEGETATIF

Para fort, Alpha fort, Beta retardé, parfois bloqué.
Terrain spasmophile
En théorie au stade de l'adénome le Para < Alpha mais il semble avoir un para encore très présent (peut-être du fait du traitement de l'hypertension par diurétique + IEC), possible aussi en terrain pré critique avec hyper para > hyper alpha

° ENDOCRINIEN

Cortisol répond à la demande mais insuffisant (Histamine +), probable ACTH ++
Androgène gonadique faible -> LH +, FSH + (ATCD d'AVC, graisse sous ombilicale), les oestrogènes n'ont pas l'air très hauts.
Thyroïde faible → TSH +
Para fort → sérotonine périphérique forte → glycémie forte → Insuline forte et résistance à l'insuline (TSH forte, graisse sus ombilicale)

CONCLUSION :

- Para et Alpha fort, Beta variable mais plutôt insuffisant,
- Cortisol insuffisant, cortisol < DHEA, aldostérone certainement forte pour favoriser le temps LH (majore congestion, dermographisme..). Donc surcompensation andro-surrénalienne, la DHT > testostérone par conversion intracrine.
- Testostérone faible, LH augmente mais faible en structure et faible en fonction avec l'âge et ne peut pas réguler les andro-surrénaux, oestrogènes < androgènes
- Thyroïde faible, TSH >>> T4, T3 avec également hyper TRH pour E2, insuline, PRL (d'où hyperplasie)
- GH forte (adénome et naevi), TSH et GH prolongés donc prolongation de la résistance à l'insuline d'où son hyper-réactivité, désynchronisation GH/insuline.
GH forte et hyperinsulinisme → PRL forte, aggravé par alpha fort et la nécessité de relancer GnRH et LH.
- Congestion pelvienne, hépatique, insuffisance pancréatique exocrine.

