

# ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISME

## Epreuve de vérification des connaissances pratiques

### **Tous les cas sont à traiter**

#### **Cas clinique N° 1**

Mme S, 32 ans présente un désir de grossesse. Elle a arrêté sa pilule oestroprogestative il y a 4 mois, elle est en aménorrhée.

Ses premières règles sont survenues à l'âge de 14 ans, elles ont toujours été irrégulières, tous les 2 à 4 mois. Elle a débuté une contraception à l'âge de 17 ans, qu'elle n'a jamais arrêtée. Elle n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun traitement.

Son poids est de 80 kilogrammes pour une taille à 1m 65, soit un IMC à 29,4 kg/m<sup>2</sup>.

#### Question N° 1

Quel bilan hormonal demandez-vous ?

#### Question N° 2

Vous suspectez un syndrome des ovaires polykystiques, quels sont les 3 critères qui font partie des critères de la définition de Rotterdam ?

#### Question N° 3

Quel signe clinique recherchez-vous en faveur de ce diagnostic ?

#### Question N° 4

Lors de votre examen, vous avez retrouvé une galactorrhée bilatérale provoquée. Quels diagnostics évoquez-vous ?

#### Question N° 5

Le taux de prolactine revient à 850 ng/ml. Voici les résultats de l'examen d'imagerie.

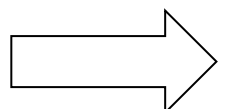
Quel est cet examen ?

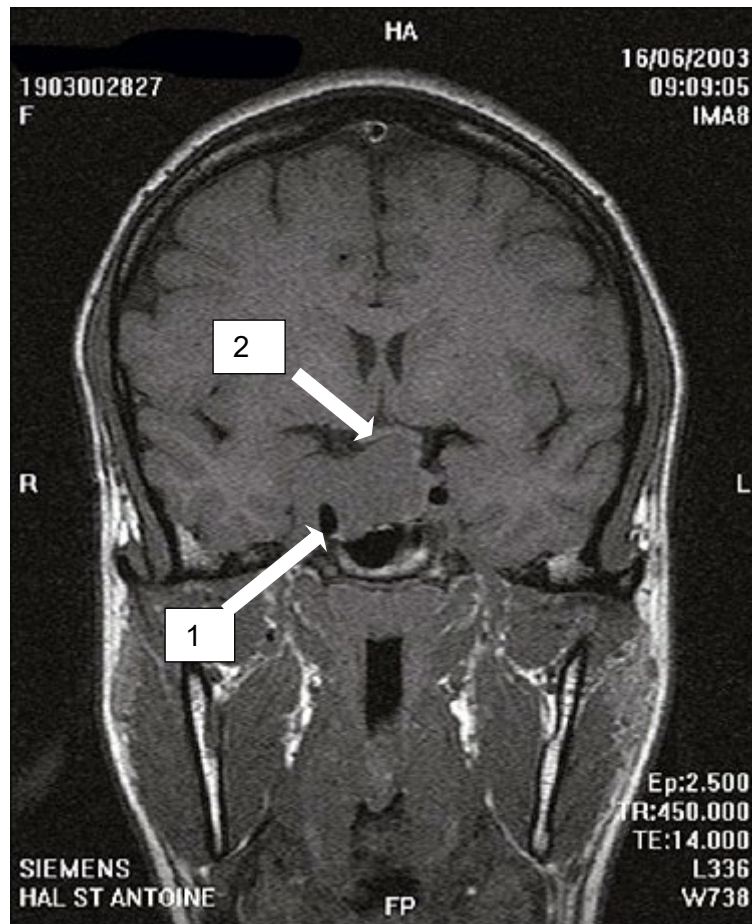
Décrivez la coupe ?

La séquence ?

#### Question N° 6

Quel examen non hormonal demandez-vous en urgence ?





Question N° 7

Quelle est la structure indiquée par la flèche 1 ?

Question N° 8

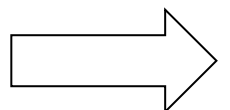
Quelle est la structure indiquée par la flèche 2 ?

Question N° 9

Quel traitement choisissez-vous en première intention ? Détaillez-le.

Question N° 10

Quels dosages hormonaux de base demandez-vous ?



## CAS CLINIQUE N°2

Une patiente de 28 ans est prise en charge aux urgences hospitalières pour un malaise avec hypotension artérielle à 85/50 mmHg. Elle est consciente à son arrivée. Elle signale une asthénie évoluant depuis plusieurs mois associée à une aménorrhée secondaire. Cet épisode aigu a été précédé 48h auparavant d'un accès fébrile rapporté à une virose. L'interrogatoire révèle que sa mère présente une maladie de Biermer. L'examen clinique montre la présence de taches dépigmentées contrastant avec des zones brunâtres touchant notamment les plis palmaires.

### Question N°1

Quel diagnostic devez vous évoquer en priorité devant cet accident aigu?

### Question N° 2

Quels seront les principes de la prise en charge de la patiente dans le cadre de l'urgence ?

### Question N° 3

Quelles anomalies montreront les dosages biologiques courants ?

### Question N° 4

Quelle pathologie chronique sous-jacente est à l'origine de ce tableau aigu?

### Question N° 5

Quel en est le mécanisme le plus probable ?  
Sur quels arguments ?

### Question N° 6

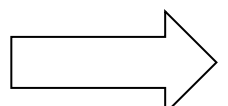
Au décours de la phase aiguë, quels seront les dosages biologiques à réaliser pour confirmer le mécanisme et l'étiologie de cette endocrinopathie ?

### Question N° 7

Quels traitements hormonaux allez-vous proposer au long cours et à quelles posologies ?

### Question N° 8

Quels conseils allez-vous donner à la patiente pour la gestion de sa pathologie au quotidien ?



## CAS CLINIQUE N°3

Mme T. 32 ans consulte pour une tuméfaction cervicale antérieure de découverte fortuite.

Il existe des antécédents familiaux de polypose colique.

La palpation retrouve facilement un nodule cervical bas paratrachéal droit, ferme, ascensionnant à la déglutition, isolé.

### Question N° 1

Listez 5 éléments cliniques présents dans cette observation ou à rechercher en faveur du risque de malignité du nodule.

Vous demandez une échographie cervicale qui objective un nodule thyroïdien, médiolobaire droit solide, hypoéchogène, dont le grand diamètre est mesuré à 33 mm, avec une adénopathie du secteur III droit de 12 mm.

### Question N° 2

Listez trois critères échographiques supplémentaires concernant le nodule thyroïdien en faveur de la malignité.

Le nodule solide hypoéchogène de la patiente présente ces trois signes supplémentaires : quel est son score TI-RADS ?

Vous effectuez une cytoponction, dont le compte-rendu est le suivant :  
Au niveau du nodule, prélèvement richement cellulaire, nombreuses cellules glandulaires de grande taille, mitoses, rapports nucléocytoplasmiques élevés et inclusions nucléaires, en faveur d'un carcinome papillaire (Bethesda 5).

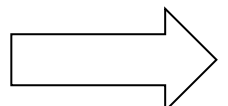
Vous lui annoncez le résultat en consultation un mois plus tard. Elle vous apporte les résultats de TSH et de calcitonine que vous aviez prescrits lors de la visite initiale.

TSH : 0.2 mU/L                      Calcitonine : 4 ng/ml

Elle annonce un retard de règles de 3 semaines et le test de grossesse est positif.

### Question N° 3

Proposer une attitude thérapeutique.



#### Question N° 4

Quatre mois après avoir accouché, la patiente revient en consultation avec son bébé qu'elle allaite. Elle a été opérée.

L'anatomopathologie est en faveur d'un carcinome papillaire pT3m N1b (6/11 avec effraction capsulaire pour 1 ganglion) Mx, avec un foyer droit de 3 cm et un foyer gauche de 1 mm.

Quelle est votre stratégie thérapeutique ?

#### Question N° 5

Après le traitement isotopique, vous prescrivez l'hormonothérapie par levothyroxine. Quel est votre objectif de TSH dans la première année ?

#### Question N° 6

A la première consultation de surveillance deux mois plus tard, la patiente se plaint d'insomnie et de palpitations.

Quel dosage biologique vous permet le mieux d'apprécier un éventuel surdosage de la lévothyroxine ?

### CAS CLINIQUE N°4

Un patient de 82 ans est adressé aux urgences pour un état de confusion mentale sévère évoluant depuis 48 heures. L'examen clinique montre une fièvre à 38°C, la tension artérielle est à 100/60 mmHg, la fréquence cardiaque à 110 par minute, il existe une langue saburrale, une hypotonie des globes oculaires et un pli cutané. L'examen neurologique ne révèle aucun déficit, le score de Glasgow est à 11.

Le bilan biologique réalisé en urgence est le suivant :

Natrémie = 152 mmol/L

Créatininémie = 200 µmol/L

Kaliémie = 4,5 mmol/L

Glycémie = 50 mmol/L (9 g/L)

Bicarbonate = 20 mmol/L

Glycosurie ++++

Urée = 25 mmol/L

Cétonurie = traces

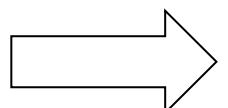
CRP = 40 mg/L

#### Question N° 1

Quel est votre diagnostic ?

#### Question N° 2

Sur quels résultats biologiques repose le diagnostic chez ce patient ?



Sa femme, qui vient d'arriver aux urgences vous apporte son ordonnance. Depuis quelques jours, il est « un peu perdu » et a toujours soif. Il est soigné pour une « bronchite » depuis 10 jours. Il n'a jamais eu de diabète d'après elle : on lui a simplement parlé de « sucre dans le sang il y a 5 ans et qu'il fallait faire attention, mais ce n'était pas du diabète, le taux n'était qu'à 1,50... ». Son ordonnance datant de 10 jours est la suivante :

Coaprovel 150/12,5 mg 1 cp le matin/j

Solupred 60 mg/j

Amoxicilline + acide clavulanique 1g : 3 sachets par jour pendant 10 jours.

### Question N° 3

Quels sont les facteurs favorisant et/ou déclenchant de son état actuel ?

### Question N° 4

Pour rechercher une maladie éventuelle qui pourrait avoir participé au développement de cette décompensation, quels examens demandez-vous ?

### Question N° 5

Quelle est la prise en charge thérapeutique dans les premières 24 heures ?