

ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE-NUTRITION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Cas clinique 1 :

Isabelle, 16 ans, consulte car elle n'a pas encore eu ses règles. Elle a un frère et une sœur aînés qui n'ont pas de problème particulier; sa sœur a été réglée à 13 ans. La mère d'Isabelle a également été réglée à 13 ans; elle est actuellement âgée de 47 ans et a toujours des cycles réguliers. Elle n'a pas d'antécédents personnels ou familiaux particuliers. Le père d'Isabelle a 48 ans; il est suivi pour un diabète de type 2 et n'a pas d'autre antécédent personnel ou familial particulier. Isabelle est scolarisée en 4^e, bonne élève, en club de natation. Elle a eu de nombreuses otites de la petite enfance avec ablation des végétations et pose de drains tympaniques vers l'âge de 4 ans pour otite séreuse.

À l'examen, on note:

- 40 kg, 1,45 m ;
- Pilosité pubienne P4 et développement mammaire bilatéral S3 ;
- Nombreux nævi cutanés

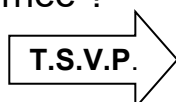
Questions :

- 1- Comment caractérisez-vous cette aménorrhée ?
- 2- Le résultat du bilan biologique est le suivant :

- FSH : 72 UI/l ; (N : 1- 4)
- oestradiol : 15 pg/ml ;
- prolactinémie : 10 ng/ml ; (N : 5-20)
- testostéronémie : 0,2 ng/ml (N : 0,15-0,5)

Comment interpréter ces résultats (préciser comment chaque dosage aide au diagnostic étiologique) ?

- 3- Quel diagnostic évoquez-vous en priorité, et sur quels arguments ?
- 4- Que demandez-vous pour le confirmer ?
- 5- Quels sont les risques auxquels est exposée Isabelle dans l'avenir ?
- 6- Quel traitement proposez-vous pour traiter cette aménorrhée ?



- 7- Le bilan a mis en évidence une hypothyroïdie. Est-ce une association attendue chez cette patiente ?

Isabelle a maintenant 23 ans et désire une grossesse. La TSH est à 3,5 mUI/l sous lévothyrox 75 µg par jour (N 0,3-4.5). Elle a arrêté sa pilule oestroprogestative depuis 6 mois et n'a pas eu de règles.

- 8- Quelles sont vos propositions médicales et thérapeutiques ?
9- Dans l'hypothèse d'une grossesse, quels examens sont à prévoir au courant du 1^{er} trimestre ?

Cas Clinique 2 :

Pauline, 28 ans, est coiffeuse. Elle a un fils de 6 ans et un autre de 6 mois. Elle fume un demi paquet de cigarettes par jour et prend une contraception par ADEPAL.

Antécédents : -Vitiligo -Coliques néphrétiques il y a trois ans.

Depuis un mois, elle a maigri de 7 kg, elle tremble, elle a toujours chaud, son mari la trouve insupportable, son travail l'épuise, elle a un larmoiement, des picotements oculaires et une diplopie dans le regard vers le haut. Elle a présenté récemment un urticaire.

A l'examen clinique, le cœur est rapide à 130/mn, la TA à 14/8. Elle présente un tremblement, une hyperréflexie, un gros goitre soufflant bilatéral. L'examen ophtalmologique note un important œdème palpébral, une exophtalmie mesurée à 30 mm à droite et 25 mm à gauche (N < à 23), un regard vers le haut difficile et douloureux, une hypertonie oculaire à 24 mmHg (N < à 20), une diminution de l'acuité visuelle à 4/10 à droite et 7/10 à gauche après correction, l'absence d'atteinte cornéenne.

Biologie :

NF : Hb = 15.1 g ; Ht = 46% ; CCMH = 33% ; GR = 6.05 M/mm³ ; VGM = 77
Leucocytes = 4500 neutros = 1400 lymphos = 2400 monos = 600 éosinos = 100

Transaminases SGPT = 93 U/l (N < à 40) Transaminases SGOT = 34 U/l (N < à 40)

T4 libre = 89 pmol/l (12-22)

TSHus < à 0.01 mU/l

Question 1 :

Quel diagnostic étiologique vous paraît le plus probable pour l'hyperthyroïdie ?

Question 2 :

Quel examen complémentaire demandez-vous pour le confirmer ?

Question 3 :

Que pensez-vous du VGM à 77, des neutrophiles à 1400 et des transaminases élevées ? Faut-il explorer ces anomalies ? Cela va-t-il modifier votre attitude thérapeutique ?

Question 4 :

Que dites-vous à la patiente au sujet de sa contraception ?

Question 5 :

Quel facteur favorisant voyez-vous à cette poussée d'hyperthyroïdie ?

Question 6 :

Que pensez-vous de l'urticaire ?

Question 7 :

Vous prescrivez du carbimazole, et, 15 jours plus tard, elle présente un prurit et des arthralgies. Que faites-vous ?

Question 8 :

Concernant l'ophtalmopathie, retenez-vous des éléments de gravité ? Si oui lesquels ?

Question 9 :

Que peut-on envisager dans l'immédiat ?

Après un mois de traitement par antithyroïdiens de synthèse, la TSH us est inférieure à 0,01 mU/l, la T4L est à 6 pmol/l (N : 12-22) et la patiente va bien. Il persiste un volumineux goitre soufflant prédominant à droite. L'ophtalmopathie est en nette amélioration avec retour à une acuité visuelle normale des deux côtés.

Question 10 :

Comment peut-on interpréter ces résultats ?

Question 11 :

Que faites-vous dans l'immédiat sur le plan thérapeutique ?

Question 12 :

La patiente s'interroge sur son avenir en particulier pour une nouvelle grossesse à moyen terme. Que lui dites-vous ?

Question 13 :

Elle a entendu parler de l'iode radioactif. A quelles conditions ce traitement pourrait-il être envisagé ?



Cas Clinique 3 :

Monsieur K, 59 ans, vient vous consulter à votre cabinet pour la première fois dans le cadre de la découverte récente d'une glycémie veineuse à 1,80 g/l à deux reprises à jeun. Le poids du patient est de 92Kg pour une taille d'1.74m. Le patient n'a pas d'antécédents personnels ni familiaux notables. Le patient ne prend pas de traitement. On note à l'interrogatoire une sédentarité favorisée par un travail dans une épicerie, où il passe la plupart du temps assis à la caisse. Il vous dit n'avoir guère le temps de manger lors de repas dédiés mais plutôt de grignoter ce qui lui fait envie dans l'épicerie tout au long de la journée. Le patient a d'ailleurs pris 3 kg sur la dernière année.

Question 1 :

Quels conseils hygiéno-diététiques lui donnez-vous ?

Question 2 :

Quel objectif d'HbA1c proposez-vous à ce patient ? Justifiez votre réponse.

Question 3 :

Monsieur K a bien suivi vos conseils portant sur les règles hygiéno-diététiques. Malheureusement l'HbA1c est supérieure à l'objectif fixé et vous décidez d'initier un traitement pharmacologique. Par quelle classe thérapeutique débutez-vous ? Comment le prescrivez-vous et quels conseils donnez-vous au patient sur ce traitement ?

Question 4 :

Vous revoyez le patient plusieurs années plus tard alors qu'il était perdu de vue avec une trithérapie antidiabétique orale (metformine, sulfamide hypoglycémiant et gliptines) et une HbA1c à 10%. Vous décidez d'un traitement injectable. Sur quels éléments cliniques et anamnestiques vous orientez-vous vers la prescription d'une insulinothérapie basale ou vers celle d'un analogue de GLP-1 ?

Question 5 :

Lors du bilan des complications, la microalbuminurie est mesurée à 200mg/24h. Quels éléments clinico-biologiques vous orientent vers une néphropathie diabétique ?

Question 6 :

Il vous raconte qu'il s'est endormi au volant de sa voiture. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques et quels autres signes cherchez-vous pour vous orienter ?

Question 7 :

Malgré votre prise en charge, l'équilibre du diabète n'est pas optimal et l'IMC du patient atteint 39 kg/m². Il souhaite une chirurgie bariatrique et vous lui rappelez les conditions pour sa réalisation. Quelles sont-elles ?

Question 8 :

Dans le bilan pré-chirurgical, vous recherchez une ischémie myocardique silencieuse. Quel(s) moyen(s) vous paraît(ssent) le(s) plus pertinent(s) pour cette recherche dans le cas de ce patient ?

Question 9 :

Le patient est opéré d'un bypass gastrique. Comment gérez-vous le traitement du diabète dans les suites immédiates de la chirurgie ?