

ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE-NUTRITION

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS DOIVENT ETRE TRAITES

Sujet 1

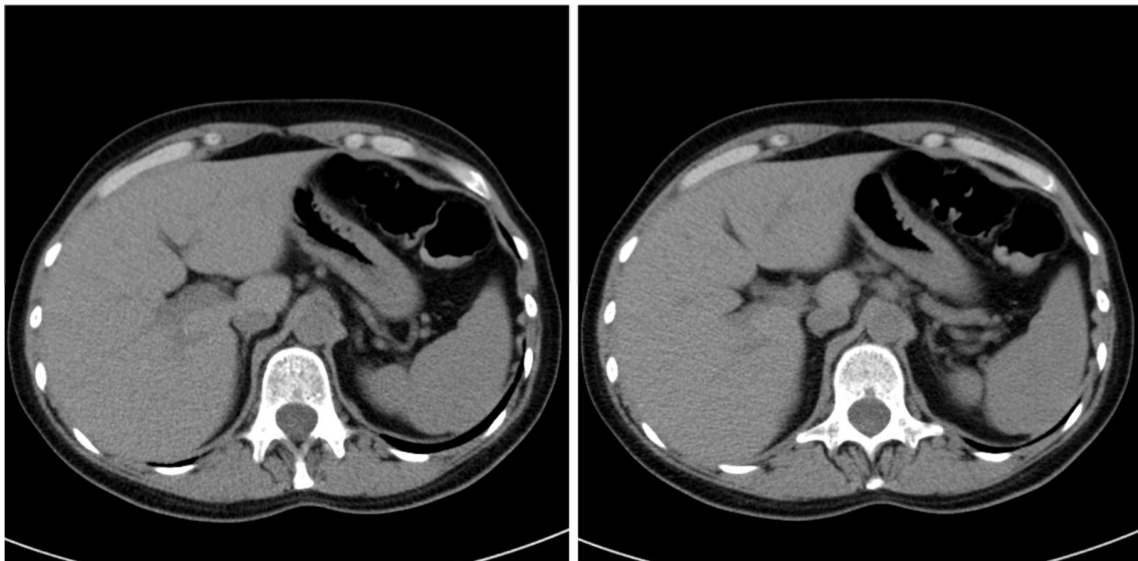
Une patiente de 34 ans, enseignante en école primaire, mère d'un enfant de 5 ans en bonne santé, consulte pour asthénie et amaigrissement. L'asthénie est apparue progressivement depuis 6 à 9 mois, se majorant dans la journée, et si intense depuis 1 mois qu'elle a été mise en arrêt de travail par son médecin généraliste depuis 10 jours. Elle explique avoir perdu 5 Kg depuis 3 mois après l'apparition de nausées et d'une tendance à l'anorexie. La contraception orale estro-progestative avait été arrêtée il y a un an en raison d'un désir de grossesse, les cycles ont alors été irréguliers et les dernières règles datent de 3 mois.

Vous notez dans ses antécédents une hypothyroïdie sur thyroïdite de Hashimoto. Dans la famille, une maladie de Basedow chez sa mère, un diabète de type 2 chez son père et un cancer du sein à 40 ans chez sa sœur.

Traitement : L thyroxine (Lévothyrox©) 75 µg/j. Chlorhydrate de metoclopramide 10mg (Primperan©) : 1 cp si nausées.

Parmi les examens biologiques sanguins demandés par le médecin généraliste qui vous l'adresse vous notez : Glycémie : 3,6 mmol/l, Natrémie : 133 mmol/l, Kaliémie : 4,5 mmol/l, Calcémie : 2,22 mmol/l, TSH : 6 mUI/L, Prolactine : 42 ng/ml ; CRP < 5.

Du fait du tableau clinique, un scanner abdominal a été prescrit par le généraliste :



Examen clinique :

56 Kg, 1m69. TA : 100/60 couché, 80/50 debout, FC : 90. Apyrexie.

Vitiligo sur les mains et la face antérieure du thorax. Petit goitre hétérogène et ferme. Pas d'hépatosplénomégalie. Abdomen un peu sensible de façon diffuse mais souple. Pas d'œdème des membres inférieurs. Auscultation cardiopulmonaire normale. Palpation mammaire sans masse palpable, discrète galactorrhée provoquée. Aires ganglionnaires libres.

Question 1 : Quel signe d'inspection recherchez-vous en priorité à l'examen clinique ?

Question 2 : Quel diagnostic positif et étiologique précis évoquez-vous en priorité ?

Question 3 : Parmi les examens biologiques que vous allez prescrire, quels sont les deux dosages hormonaux statiques que vous souhaitez avoir rapidement ?

Question 4 : Quel médicament lui demandez-vous de débiter dès ce jour sans attendre les résultats des examens biologiques ?

Question 5 : La patiente, inquiète pour sa fertilité, demande un traitement pour l'hyperprolactinémie. Que proposez-vous ?

Question 6 : Quelle(s) cause(s) évoquez-vous concernant le taux de TSH ?

Question 7 : Les examens hormonaux confirment votre diagnostic. Quel examen biologique demandez-vous pour le diagnostic étiologique ?

Question 8 : Rédigez la première ordonnance du traitement au long court de sa pathologie.

Question 9 : En plus du traitement médicamenteux que proposez-vous pour limiter les risques de décompensation ?

Question 10 : Un an plus tard la patiente vous consulte à 4 mois de grossesse. Les données cliniques et le ionogramme sanguin sont normaux. Comment allez-vous envisager l'adaptation des traitements durant la grossesse et l'accouchement ?

Sujet 2

Mme V, âgée de 20 ans est adressée aux urgences pour asthénie et intolérance digestive. Ses principaux antécédents sont représentés par un diabète de type 1 découvert à l'âge de 5 ans dont la prise en charge, en particulier l'observance thérapeutique, a toujours été difficile. Depuis 24h, la patiente a arrêté toute insulinothérapie en raison de vomissements et de douleurs abdominales. Sa pression artérielle est à 90/60 mm Hg, son pouls à 95/min. Elle n'a pas de fièvre. Elle pèse 60Kg.

Le bilan complémentaire réalisé montre les résultats suivants: pH : 7,02 ; glycémie 22 mmol /l ; kaliémie à 5,4 mmol/l (N: 3,5-5), natrémie à 131 mmol/l (N: 135 – 145), HCO3- à 8 mmol (N: 24 – 30), chlore: 96 mmol/l (N: 95 – 110), créatininémie à 120 µmol/l (N < 90 µmol/l), bandelette urinaire: sucre +++, acétone +++, cétonémie capillaire: 4,2 mmol/l (N < 0,3).

Question 1 : quelles sont les 2 anomalies principales de sécrétion hormonale responsables d'un tableau d'acido-cetose diabétique

Question 2 : comment définissez-vous précisément l'état acidobasique de la patiente ? Quel est le signe clinique qui accompagne cet état ?

Question 3 : comment interprétez-vous la natrémie ? Comment est l'état d'hydratation intracellulaire ?

Question 4 : quels sont les 2 éléments principaux qui, dans cette situation, entraîne un mouvement des ions potassium du milieu intracellulaire vers le milieu extracellulaire ?

Question 5 : détaillez vos prescriptions de traitement des 3 premières heures, sans la surveillance

Après la correction de l'acido-cétose, la patiente est transférée en service de médecine. La glycémie oscille entre 0.7 et 2.1 g/l sous insulinothérapie basale/bolus. Le sédiment urinaire retrouve: protéinurie 450 mg/l, absence d'hématurie, absence de leucocyturie. La pression artérielle est à 135/80. Son fond d'œil retrouve une rétinopathie sévère préproliférante sans œdème maculaire.

Question 6 : la protéinurie est confirmée à 2 reprises. Quel traitement médicamenteux débutez-vous ?

Question 7 : y a - t- il classiquement des signes cliniques à ce stade de rétinopathie?

Les nausées de la patiente persistent de manière intense. Vous demandez une fibroscopie oeso-gastrique. Celle-ci va avoir lieu le lendemain, à 12h, à jeun depuis minuit. Le traitement insulinique comporte de la glargine 16 unités au coucher et de l'insuline lispro entre 4 et 8 unités à chaque repas.

Question 8 : comment prescrivez-vous l'insuline en vue de cette fibroscopie ? comment anticipez-vous le risque d'hypoglycémie dans la matinée avant la fibroscopie ?