

ENDOCRINOLOGIE -DIABETOLOGIE-NUTRITION

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet 1

Mademoiselle M âgée de 16 ans vous est adressée pour une aménorrhée primaire. Elle est née au terme d'une grossesse sans événement notable avec un poids de naissance de 3100 g et une taille de 49 cm. Elle n'a aucun antécédent médical ni chirurgical. Le jour de la consultation, la taille est de 152 cm (-1.9 DS), le poids est de 52kgs.

Question 1 :

Que faut-il observer à l'examen clinique pour permettre d'orienter le diagnostic étiologique ?

Question 2 :

Quels sont les dosages hormonaux à réaliser en première intention ?

Le bilan met en évidence des gonadotrophines non élevées, un taux d'estradiol à 15pg/ml.

Question 3

Quel est le diagnostic que vous évoquez ?

Question 4 :

Quelles sont les hypothèses étiologiques associées à ce diagnostic ?

Question 5 :

Quels sont les éléments cliniques qui doivent faire évoquer une cause tumorale hypothalamo-hypophysaire ?

Question 6 :

Quelles sont les deux principales causes tumorales à évoquer ?

Question 7 :

Le bilan hormonal est le suivant :

- FSH 1.7 UI/L (N 2-6), LH 0.2 UI/L(N 2-6), estradiol 15 pg/mL
- Prolactine 800 µg/L (N 2.9-20)
- IGF1 183 ng/mL (N 95-276)
- TSH 0.74 mUI/L (N 0.3-4)
- Testostérone 0.40 ng/mL (N 0.19-0.47)



A la lumière de ce bilan, quelle hypothèse retenez-vous et quel est l'examen à réaliser pour la confirmer ?

Question 8 :

Quels dosages hormonaux complémentaires faut-il réaliser ?

Question 9 :

Quel traitement faut-il débiter ?

Question 10 :

Citer 3 éléments d'évaluation clinique de l'efficacité du traitement chez cette jeune fille ?

Question 11 :

Ce traitement est associé à un effet indésirable rare dont il faut surveiller la survenue à long terme. Quel est-il ?

Quel est l'examen complémentaire à prescrire dans le cadre de cette surveillance ?

Question 12 :

La jeune fille a des rapports sexuels réguliers : quelles sont les différentes possibilités de contraception ?

Sujet 2

Madame X, 48 ans, vous est adressée par son médecin traitant pour exploration d'une masse surrénalienne droite, découverte de façon incidentelle sur une tomodensitométrie abdominale (TDM).

Cette TDM avait été réalisée pour exploration d'une douleur lombaire, rattachée à une crise de colique néphrétique. Les images, acquises d'abord sans injection de produit de contraste, montrent une lithiase calcique urétérale G et une masse surrénalienne D de 3cm de diamètre. La surrénale G est normale.

Vous notez à l'examen clinique une tension artérielle à 160/95mm Hg, pouls 75/mn. Malgré 5 minutes de repos les chiffres tensionnels restent inchangés et la patiente vous confirme que son médecin traitant lui a déjà parlé à deux reprises de chiffres tensionnels élevés.

Son poids est de 75 kg, sa taille de 162 cm.

Cette patiente n'a pas d'autres ATCD connus, en particulier pas d'ATCD connus de cancer.

Vous vous posez la question du diagnostic de cette masse surrénalienne.



Question 1 :

Comment définissez-vous la tension artérielle et le poids de cette patiente ?

Question 2 :

Chez des patients qui n'ont pas d'ATCD connu de cancer, quelle est la cause de masse surrénalienne la plus fréquente ?

Question 3 :

Quelles causes de masse surrénalienne pourraient être responsables des chiffres tensionnels de la patiente ?

Question 4 :

Vous précisez l'examen clinique de la patiente, en particulier son morphotype : dans ce contexte de masse surrénalienne vous devez rechercher si la patiente a un type particulier de répartition des graisses : lequel ?

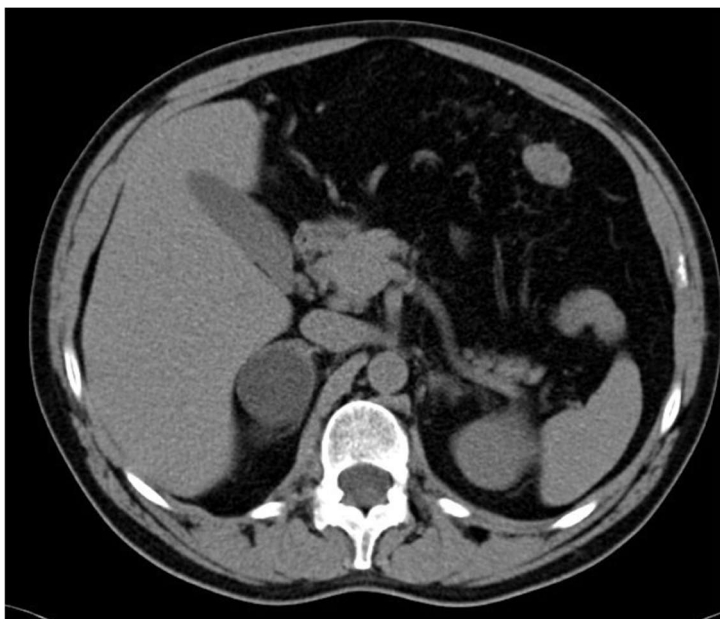
Question 5 :

Dans l'interrogatoire de la patiente, du fait de ses chiffres tensionnels et de l'existence d'une masse surrénalienne vous devez rechercher systématiquement certains symptômes, qui peuvent être uniquement intermittents : lesquels ?

Question 6 :

Vous regardez avec attention les clichés du scanner surrénalien, dont vous trouverez une image ci-dessous. On rappelle que cette TDM a été réalisée sans injection de produit de contraste. Le radiologue vous précise que la densité radiologique de cette masse surrénalienne est de 0 UH (unité hounsfield) et que cette densité est bien homogène.

De cette analyse radiologique quelles conclusions pouvez-vous tirer sur la nature de la masse surrénalienne de ce patient ?



Question 7 :

Proposez un examen ambulatoire en première intention pour savoir si la masse surrénalienne est responsable d'une hypersecrétion de cortisol ?

Question 8 :

Le médecin traitant de la patiente avait décidé de donner un traitement par un diurétique thiazidique, indapamide 2,5 mg/j, en lui demandant de faire une autre prise de sang avant de commencer le traitement. Cependant elle a fait la prise de sang alors qu'elle avait commencé ce traitement par diurétique depuis plus d'une semaine.

La prise de sang a été faite comme demandée en position assise depuis 5 minutes, en milieu de matinée.

Les résultats sont les suivants :

- Natrémie 138 mmol/L (N 135-145)
- Kaliémie 3,4 mmol/L (N 3,5-5,0)
- Créatinine plasmatique 85 µmol/L (N 70-90)
- Aldostérone plasmatique 700 pmol/L (N 150-450)
- Rénine plasmatique 50 mUI/L (N 3,5-20)
-

Interprétez ces résultats

Pouvez-vous conclure ?

Question 9 :

Quelles explorations complémentaires prescrivez-vous pour rechercher une hypersecrétion surrénalienne chez ce patient ?

Question 10 :

Vous vous demandez aussi si ce patient qui a fait une crise de colique néphrétique par lithiase calcique pourrait avoir une pathologie phosphocalcique susceptible de favoriser cette lithiase.

Vous disposez des résultats suivants :

- Calcémie 2,25 mmol/L (N 2,2-2,5)
- Albuminémie 45 g/l (N 30-45)
- PTH 90 pg/ml (N 25-50)
- Vitamine D 10 nmol/l (N >75 nmol/L)
- Créatinine plasmatique 85 µmol/L

Quelle interprétation faites-vous de ces résultats ?



Question 11 :

Finalement il a été retrouvé une hypersecrétion hormonale surrénalienne qui a justifié la réalisation d'une surrénalectomie unilatérale D par abord laparoscopique.

En post opératoire la patiente prend 10mg d'hydrocortisone le matin 10 mg le midi et vous la revoyez un mois après la chirurgie, avec un résultat de cortisol plasmatique dosé à 8h du matin : Cortisol : 25 nmol/l (N 200-500).

La patiente vous dit qu'elle ne se souvient pas si elle avait pris ou non son comprimé d'hydrocortisone en se levant le matin avant d'aller au laboratoire.

Quel est votre diagnostic ?

Sujet 3

Vous recevez en consultation un patient de 53 ans adressé par son médecin traitant pour la prise en charge d'une obésité.

Il pèse 110 kilos pour une taille de 1,70m, son IMC est de 38 kg/m² et son tour de taille est de 106 cm. Il vous explique avoir pris du poids depuis l'âge de 30 ans avec l'arrêt de ses activités sportives.

Il présente comme antécédents : une exogénose non sevrée, une thyroïdite de Hashimoto, un syndrome dépressif.

Son père est diabétique traité par médicaments oraux et a une coronaropathie diagnostiquée à 45 ans.

Son bilan biologique montre une glycémie à jeun à 1,60 g/L contre 1,36 g/l trois mois auparavant ; à cette date on notait également une hypercholestérolémie totale à 2,20 g/l.

Question 1 :

Comment qualifiez-vous son obésité ?

Question 2 :

Chez ce patient, quels sont les éléments qui répondent à une indication de chirurgie bariatrique selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Question 3

Vous évoquez un diabète : de quel type et sur quels arguments ?

Vous commencez votre prise en charge en lui donnant des conseils hygiéno-diététiques.

Vous le revoyez trois mois plus tard : il a perdu 3Kg et est sevré en alcool.

Il a vu un cardiologue qui a fait un bilan complet tout à fait rassurant.

Il a fait un relevé de sa pression artérielle à la demande du cardiologue qui montre une moyenne autour de 150/95 mmHg, une fréquence cardiaque à 82/min.

Le contrôle récent du bilan biologique montre :



HbA1C 7.1 % ; natrémie 138 mmol/L, kaliémie 4,2 mmol/L, créatinine 82 umol/L, triglycérides 3,20 g/L, HDL-cholestérol 0,30 g/L, LDL-cholestérol 1,47 g/L, cholestérol total 2,50 g/L, TSH 1,5 mUI/L. ASAT 34 UI/L (N< 30), ALAT 36 UI/L (N < 30), GGT 70 UI/L (N < 30) TP 100%.

Rapport albumine/créatinine (RAC) urinaire à 45 mg/g (N<30).

Question 4 :

Concernant son diabète, quel traitement médicamenteux initiez-vous selon quelles modalités et avec quel objectif ?

Question 5 :

Vous décidez de traiter son hypertension artérielle : quelle classe médicamenteuse choisissez-vous et sur quel argument ?

Question 6 :

Que pensez-vous de son bilan lipidique et quel traitement débutez-vous avec quel objectif ?

Question 7 :

Quels sont les 6 paramètres nécessaires à la surveillance biologique de votre prescription médicamenteuse ?

Six mois plus tard : l'exogénose est toujours sevrée, il a stabilisé son poids (IMC 37) mais l'HbA1C est à 8% et n'est pas à l'objectif ; le reste du bilan biologique retrouve un taux de triglycérides à 1.8 g/L, HDL-cholestérol 0,40 g/L, LDL-cholestérol 1g/L, ASAT 28 UI/L (N< 30), ALAT 25 UI/L (N < 30), GGT 45 UI/L (N < 30)
Le rapport albuminurie/creatininurie à est à 35 mg/g.

Question 8 :

Quelles sont les deux classes médicamenteuses à privilégier dans son contexte clinique et pour quelles raisons ?

Question 9 :

Vous le revoyez 2 ans plus tard après une chirurgie bariatrique type By-pass gastrique Roux en Y il y a 6 mois. Son traitement anti diabétique a pu être interrompu.

Il présente des malaises environ 2 heures après les repas : quelle complication évoquez-vous et quels conseils diététiques lui donnez-vous ?



Sujet 4

Un homme de 50 ans se plaignant de sueurs, d'une prise de poids, de ronflements nocturnes importants et d'un gonflement des doigts vous est référé. Vous notez un prognathisme. Il est traité pour une HTA.

Question 1 :

Quel est le diagnostic à évoquer ?

Question 2 :

Quels sont les examens à pratiquer devant ce diagnostic clinique ?

L'imagerie met en évidence un macroadénome hypophysaire de 18mm de hauteur, proche du chiasma, sans extension dans les sinus caverneux.

Question 3 :

Quels bilans allez-vous faire pour évaluer l'éventuel retentissement tumoral ?

Question 4 :

Quels examens complémentaires devez-vous programmer pour apprécier le retentissement systémique de l'acromégalie ?

Question 5 :

Quelle est l'option thérapeutique de première intention ?

Question 6 :

En cas d'échec ou de contre-indication, quelle est l'alternative thérapeutique médicamenteuse ?