

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet 1 :

Une étudiante en droit âgée de 20 ans consulte pour asthénie et soif inhabituelle la réveillant 2 à 3 fois par nuit. Elle a perdu 6 kg en 3 semaines avec appétit conservé. Pas d'antécédents médicaux sauf appendicectomie à 6 ans.

Antécédent de diabète de type 2 chez la grand-mère.

Sa glycémie à jeun est à 21 mmol/l et son médecin traitant vous l'adresse en consultation spécialisée pour la prise en charge.

Examen clinique en consultation : 60kg/1,75m, FC: 90/min, TA: 12/7 mmHg, aucune autre particularité hormis une mycose des plis et un vitiligo.

Question N°1 :

Quel est le diagnostic à évoquer ? Argumentez.

Question N°2 :

Quels examens biologiques, étiologiques et pré thérapeutiques demandez-vous ?

Question N°3 :

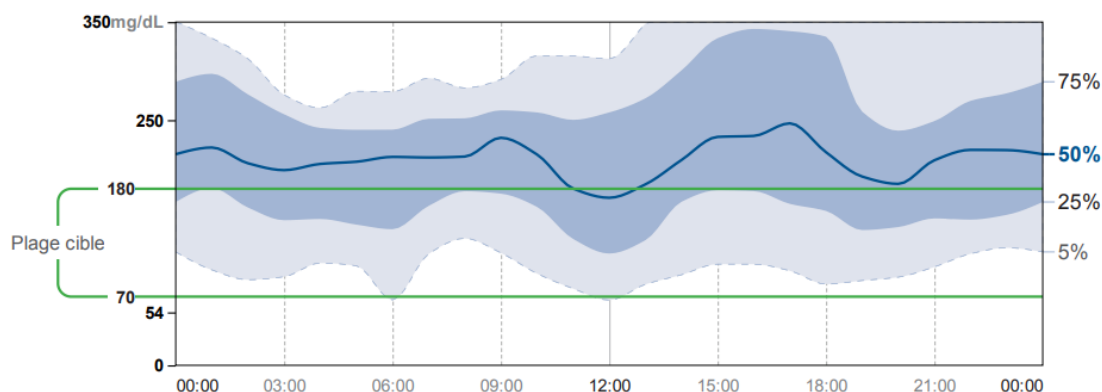
Quelle thérapeutique initiez-vous, selon quelles modalités et avec quelle surveillance (hors suivi des complications) (les grandes lignes sans les doses) ?

Question N°4 :

La patiente revient 3 mois plus tard avec ce profil glycémique sous insuline lente et rapide. Est-elle dans les objectifs souhaités après analyse de son profil ? Interprétez les paramètres de mesure continue du glucose.

PROFIL DE GLUCOSE AMBULATOIRE (PGA)

Le PGA est un récapitulatif des valeurs de glycémie pendant la période du rapport affichant la médiane (50 %) et les autres percentiles comme s'il s'agissait d'une.



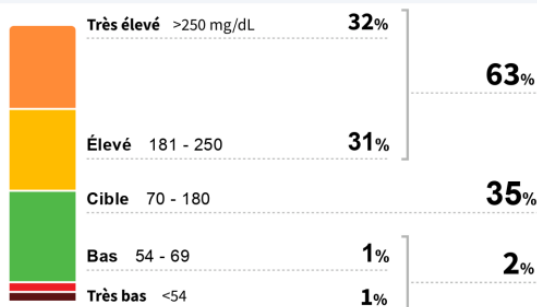
Aperçu de la tendance du taux de glucose

Généré: 19/10/2024 Page: 1 de 1

Dates sélectionnées : 22 août 2024 – 4 sept. 2024
(14 Jours)

Temps d'activité du capteur: 82%

Durée dans les plages



Statistiques de glucose

Taux de glucose moyen

218 mg/dL Objectif : ≤ 154 mg/dL

Indicateur de gestion de la glycémie (GMI)

Niveau approximatif d'A1C basé sur le taux de glucose moyen obtenu par mesure en continu du glucose.

8,5% | 70 mmol/mol Objectif : ≤ 53 mmol/mol

Le coefficient de variation (CV) est à 42%.

Question N°5 :

6 mois plus tard la patiente se présente aux urgences pour malaise avec perte de connaissance et convulsions. Quel est le diagnostic le plus probable et quelles peuvent en être les causes ?

Sujet 2 :

Mme BAS vous est adressée par son médecin généraliste pour une hyperthyroïdie diagnostiquée devant une perte de 6 kg en deux mois, des palpitations, une nervosité et une insomnie. Elle a 34 ans et n'a pas d'antécédent notable. Elle est comptable dans une entreprise locale, vit en couple et n'a pas d'enfant. Elle ne prend aucun traitement et fume 10 cigarettes par jour. A l'examen clinique, vous retrouvez un volumineux goitre homogène. Le pouls est à 110 par minute, régulier. L'ECG retrouve une tachycardie sinusale. La TSH est à 0.005 mUI/l.

Question N°1 :

Quel est le diagnostic étiologique le plus probable ? Et par quel dosage biologique le confirmez-vous ?

Question N°2 :

Quels dosages biologiques allez-vous demander avant de débiter un traitement chez Mme BAS ?

Question N°3 :

L'exploration que vous avez demandé confirme votre diagnostic sans autres anomalies. Quelle(s) classe(s) thérapeutiques prescrivez-vous à votre patiente à la phase aiguë ?

Question N°4 :

Mme Bas prend son ou ses traitements comme vous le lui avez indiqué et elle revient vous voir deux mois plus tard avec l'exploration suivante :

T4 libre : 10,1 pmol/l (N : 11-22)

Quelles adaptations de traitement proposez-vous ?

Question N°5 :

Mme BAS vous revoit 3 mois plus tard et elle va beaucoup mieux.

En revanche elle se plaint d'un larmoiement fréquent et vous constatez une exophtalmie bilatérale avec un œdème des paupières.

Quel(s) signe(s) de gravité allez-vous rechercher ?

Question N°6 :

Quels sont les deux facteurs chez cette patiente qui sont des facteurs favorisant de cette complication ophtalmologique ?

Sujet 3 :

Vous recevez en consultation un patient pour avis sur son diabète Type 2.

Ce patient est âgé de 65 ans, il ne fume plus depuis 3 ans, il a comme antécédents :

-Cardiopathie ischémique traitée par angioplastie avec pose de stents il y a 3 ans, stabilisée.

- Une HTA équilibrée sous inhibiteur de l'enzyme de conversion et bêtabloquant,

- Un diabète de type 2 connu depuis 18 ans.

Son HbA1c est à 8,2%

Son exploration lipidique retrouve : Cholestérol total : 1,3 g/l, HDL-c : 0,48 g/l, LDL-c : 0,72g/l, Triglycéridémie : 1,4g/l

Son traitement associe par ailleurs: Metformine/Sitagliptine 1000/50mg 1cp matin et soir, Gliclazide 60mg 1cp matin, et Glargine 30 UI le soir, Atorvastatine 40 mg le soir.

L'index de masse corporelle : 31 kg/m²

Ses glycémies capillaires retrouvent une moyenne à jeun à 1,95 g/l

Question N°1 :

Quelles classes thérapeutiques a-t-il actuellement pour le traitement de son diabète ?

Question N°2 :

Afin de déterminer l'objectif d'HbA1c de ce patient, quels examens complémentaires demandez-vous ?

Question N°3 :

Ces examens ne montrent pas d'anomalie. Quels sont les objectifs d'HbA1c et de LDL-c de ce patient ?



Question N°4 :

Pour parvenir à ces objectifs, que pouvez-vous proposer à ce patient ?

Question N°5 :

5 ans plus tard, le patient se présente avec la plaie suivante :



Quelle est la nature de cette plaie ?

Décrire les grands principes de la prise en charge de cette lésion.

Sujet 4 :

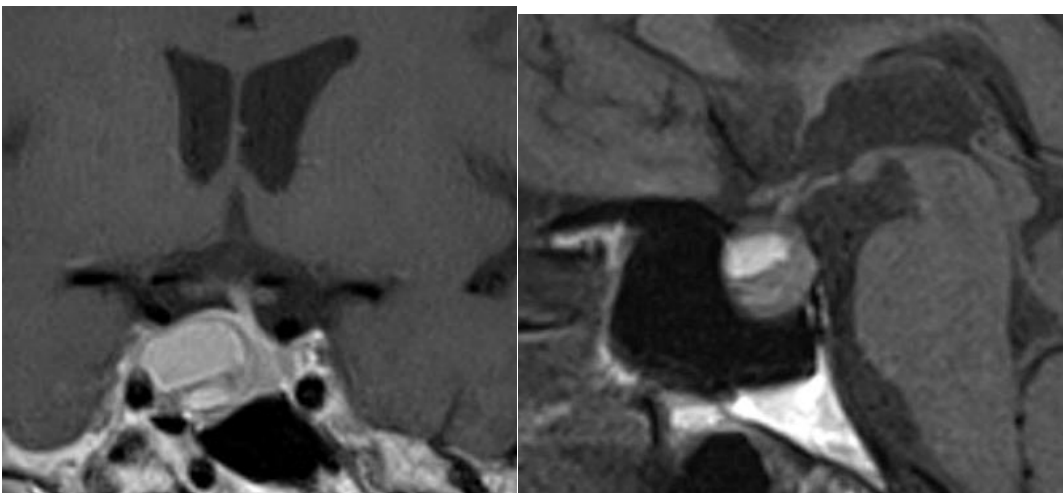
Vous voyez en consultation Mme D., 65 ans, adressée aux urgences pour des céphalées intenses, rétro-orbitaires apparues brutalement évoluant depuis la veille avec un ptosis de l'œil droit, des nausées et des vomissements incoercibles.

Elle a comme antécédents personnels un diabète de type 2 diagnostiqué il y a trois ans et une hypertension artérielle depuis 5 ans. Elle est traitée par IRBESARTAN 300 mg/jour, et METFORMINE 850 mg x3/j. Elle est ménopausée depuis l'âge de 50 ans. A l'examen clinique vous trouvez une patiente asthénique, somnolente mais consciente, Glasgow 15. Elle n'a pas de syndrome méningé et a un ptosis de l'œil droit. A l'examen abdominal, il n'y a pas de défense, pas de contracture.

Les constantes sont : Température 37,8 °C, PA 80/50 mmHg, tachycardie sinusale à 130/min à l'électrocardiogramme, SatO2 92%

Sur le plan biologique : Glycémie 0,7 g/l, créatinine 133 µmol/l (15 mg/l), natrémie 126 mmol/l, kaliémie 3,8 mmol/l, CRP 30 mg/l, exploration hépatique et numération formule sanguine sans particularité.

Un scanner cérébral est réalisé aux urgences complété ensuite par une IRM :



Question N°1 :

Quel est votre diagnostic ?

Question N°2 :

Comment expliquer le ptosis de l'œil droit ? peut-on s'attendre à une baisse de l'acuité visuelle en rapport avec ce phénomène aigu compte tenu de l'IRM ?

Question N°3 :

Quels facteurs, de façon général, peuvent favoriser cette décompensation aigu (en dehors de ce cas clinique précis) ?

Question N°4 :

Quelle est votre prise en charge initiale ?

Question N°5 :

Les explorations hormonales réalisées avant la mise en route du traitement montrent les résultats suivants :

Cortisol 2 µg/100 ml (55 nmol/l), ACTH 5 ng/l (7 à 63)

FT4 : 6,5 ng/l (9,3-17) TSH : 0,01 mU/l (0,27-4,2)

FSH 8 U/L

Prolactine 100 ng/ml (4,8 à 23,3)

IGF1 : 106 ng/ml (65 à 222),

Quelle en est votre interprétation ?