

Conférence été EDN

Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition

Interne Alexandra MONNOT

04/07/24

Q1 1: Vous recevez en consultation Mr M. 52 ans pour découverte de diabète de manière fortuite sur un bilan biologique réalisée par la médecine du travail (glycémie à jeun 1.6g/).

Son seul antécédent est une HTA traitée par amlodipine. Voici la photo de son cou.

Son père a un diabète sous anti-diabétiques oraux.

Son poids est stable à 90kg, pour 1m75, soit un IMC à 29,4 kg/m².

Son tour de taille est mesuré à 103cm.

La bandelette urinaire de retrouve pas de cétonurie.

Vous avez réalisé un bilan complémentaire: glycémie à jeun 1.8 g/L , Hba1c 7,5%, CT 2.5g/L (1.3-2.05), LDLc 1.80g/L (0.65-1.4) , HDLc 0.35 g/L (N> 0.4) , TG 2,7 g/L (0.35 -1.5).



Quels sont les arguments en faveur d'un diabète de type 2 chez ce patient ?

- a) âge
- b) antécédents familiaux
- c) HDLc bas
- d) LDLc élevé
- e) obésité
- f) syndrome métabolique
- g) signes cutanés

QI 2: Mme N 31ans consulte aux urgences pour asthénie intense, douleurs abdominales et nausées.

Elle a pour seul antécédent une thyroïdite d'Hashimoto supplémentée par Levothyroxine.

A l'admission: Glasgow 14, glycémie capillaire 5,8 g/L, cétonémie 6.5 mmol/L, TA 128/63mmHg, FC 110 BPM.

Saturation en O₂ 98%.

Elle rapporte depuis 1 mois la perte de 6kg avec appétit conservé, des mictions nocturnes inhabituelles 2 fois par nuit, et une soif intense avec consommation de boissons jusqu'à 3,5 L par jour. Le poids actuel est de 60kg pour 1m70 soit un IMC à 20,8 kg/m². L'abdomen est souple à la palpation.

Que demandez-vous?

- a) pose de voie veineuse périphérique
- b) gaz du sang veineux
- c) ionogramme sanguin
- d) bilan hépatique
- e) CRP
- f) ECG

QI 3: Mme N 31ans consulte aux urgences pour asthénie intense, douleurs abdominales et nausées.

Elle a pour seul antécédent une thyroïdite d'Hashimoto supplémentée par Levothyroxine.

A l'admission: Glasgow 14, glycémie capillaire 5,8 g/L, cétonémie 6.5 mmol/L, TA 128/63mmHg, FC 110 BPM.

Saturation en O₂ 98%.

Elle rapporte depuis 1 mois la perte de 6kg avec appétit conservé, des mictions nocturnes inhabituelles 2 fois par nuit, et une soif intense avec consommation de boissons jusqu'à 3,5 L par jour. Le poids actuel est de 60kg pour 1m70 soit un IMC à 20,8 kg/m². L'abdomen est souple à la palpation.

Voici les résultats du bilan: natrémie 129 mmol/L, kaliémie 4,2 mmol/L, créatininémie 84µmol/L, DFG 76ml/min/m², glycémie 5.8g/L soit 32mmol/L, ASAT 30 UI/L (N<34), ALAT 52UI/L (N<55), GGT 25 UI/L (N<65), PAL 88UI/L (40-150), lipases 123 UI/L (N<60) . CRP négative. Gaz du sang veineux: pH 6.84, bicarbonates 2 mmol/L (23-30) .

L'ECG montre un rythme sinusal régulier troubles significatifs de la conduction ou de la repolarisation.

Quel(s) diagnostic(s) suspectez-vous en priorité ?

- a) syndrome hyperosmolaire hyperglycémique
- b) acidocétose diabétique
- c) probable diabète secondaire à pancréatite aiguë.
- d) probable diabète de type 1.
- e) probable diabète de type 2
- f) hyperhydratation intracellulaire

QI 4: Mme N 31ans consulte aux urgences pour asthénie intense, douleurs abdominales et nausées.

Elle a pour seul antécédent une thyroïdite d'Hashimoto supplémentée par Levothyroxine.

A l'admission: Glasgow 14, glycémie capillaire 5,8 g/L, cétonémie 6.5 mmol/L, TA 128/63mmHg, FC 110 BPM.

Saturation en O₂ 98%.

Elle rapporte depuis 1 mois la perte de 6kg avec appétit conservé, des mictions nocturnes inhabituelles 2 fois par nuit, et une soif intense avec consommation de boissons jusqu'à 3,5 L par jour. Le poids actuel est de 60kg pour 1m70 soit un IMC à 20,8 kg/m². L'abdomen est souple à la palpation.

Voici les résultats du bilan: natrémie 129 mmol/L, kaliémie 4,2 mmol/L, créatininémie 84µmol/L, DFG 76ml/min/m², glycémie 5.8g/L soit 32mmol/L, ASAT 30 UI/L (N<34), ALAT 52UI/L (N<55), GGT 25 UI/L (N<65), PAL 88UI/L (40-150), lipases 123 UI/L (N<60) . CRP négative. Gaz du sang veineux: pH 6.84, bicarbonates 2 mmol/L (23-30) .

L'ECG montre un rythme sinusal régulier troubles significatifs de la conduction ou de la repolarisation.

Quelle est votre prise en charge ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- a) transfert en USC/réanimation.
- b) introduction d'une insulinothérapie sous-cutanée par schéma basal-bolus
- c) supplémentation potassique.
- d) hydratation par NaCl
- e) gélules de bicarbonates de sodium

QI 5: Mr O. 65 ans est diabétique depuis 15 ans. Il a fait un SCA il y a 2 ans sur coronaropathie monotronculaire stentée sur la circonflexe.

La FEVG est préservée, et il n'a jamais présenté de décompensation cardiaque.

La fonction rénale est normale.

Le tabagisme est sevré depuis 2ans.

Il n'a pas d'autres antécédents.

Il est autonome à domicile.

**Il est traité par Metformine 1000mg 2/j,
Ramipril 10mg/j, aspirine 75mg/j, et
Atorvastatine 80mg/j.**

Quel est son objectif d'Hba1c (%) ?



QI 6: Mr O. 65 ans est diabétique depuis 15 ans. Il a fait un SCA il y a 2 ans sur coronaropathie monotronculaire stentée sur la circonflexe. La FEVG est préservée, et il n'a jamais présenté de décompensation cardiaque. La fonction rénale est normale. Le tabagisme est sevré depuis 2ans. Il n'a pas d'autres antécédents. Il est autonome à domicile. Il est traité par Metformine 1000mg 2/j, Ramipril 10mg/j, aspirine 75mg/j, et Atorvastatine 80mg/j.

Il vous rapporte sa dernière biologie : Hba1c 8,2 %. Créatininémie 65 umol/L, DFG>90, rapport microalbuminurie/créatininurie 0.6 mg/mmol (N < 3 mg/mmol).

L'observance du traitement par Metformine est bonne. Le poids est stable à 100kg pour 1m75 soit un IMC à 32 kg/m2. Il marche environ 8000 pas 3 fois par semaine, et les repas semblent équilibrés actuellement . Il ne rapporte pas de syndrome polyuro-polydispique.

Outre des conseils de modifications du mode de vie, quelle(s) modification(s) thérapeutique(s) privilégiez-vous dans cette situation ?

- a) ajout d'un sulfamide
- b) ajout d'un glinide
- c) ajout d'un analogue du GLP1
- d) ajout d'un inhibiteur de DPP4
- e) ajout d'un inhibiteur de SGLT2
- f) ajout d'une injection d'insuline lente le soir

QI 7: Mr O. 65 ans est diabétique depuis 15 ans.

Il a présente une coronaropathie monotronculaire avec un stent sur la circonflexe depuis 2ans.

La FEVG est préservé, et il n'a jamais présenté de décompensation cardiaque. La fonction rénale est normale.

Le tabagisme est sevré depuis 2ans. Il n'a pas d'autres antécédents. Il est autonome à domicile.

Il est traité par Metformine 1000mg 2/j, Ramipril 10mg/j, Aspirine 75mg/j, et Atorvastatine 80mg/j.

Il vous rapporte sa dernière biologie : Hba1c 8,2 %. Créatininémie 65 umol/L, DFG>90, rapport microalbuminurie/créatininurie 0.6 mg/mmol.

L'observance du traitement par Metformine est bonne. Le poids est stable à 100kg pour 1m75 soit un IMC à 32 kg/m².

Il marche environ 8000 pas 3 fois par semaine, et les repas semblent équilibrés actuellement . Il ne rapporte pas de syndrome polyuro-polydispique.

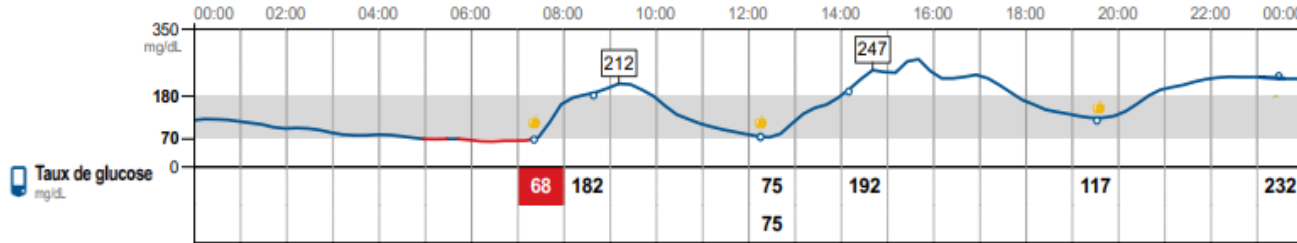
Vous envisagez un analogue du GLP1 ou un inhibiteur de SGLT2.

Pour la décision médicale partagée du choix du traitement avec le patient, quels sont les effets bénéfiques et indésirables que vous lui exposez ?

- a) Les inhibiteurs de SGLT2 et analogues du GLP1 permettent une perte de poids
- b) Les inhibiteurs de SGLT2 et analogues du GLP1 ont un bénéfice cardio-vasculaire.
- c) Le principal effet indésirable des inhibiteurs de SGLT2 sont les troubles digestifs.
- d) Les analogues du GLP1 augmentent la satiété par ralentissement de la vidange gastrique
- e) Les inhibiteurs de SGLT2 permettent une réduction d'Hba1c plus importante que les analogues du GLP1.

QI 8: Mme H 50ans est diabétique de type 1 depuis 30ans sous insulinothérapie basal-bolus, traitée par Glargine U100 30 unités le soir et NOVORAPID 8 unités au petit-déjeuner, 10 unités au déjeuner et 10 unités au dîner, et 4 unités si collation.

Voici sa courbe glycémique. Ses horaires de repas sont : petit déjeuner à 7h30, déjeuner à 12h, et dîner à 19h30.



Quelle(s) adaptation(s) d'insuline préconisez-vous au vu de ses résultats glycémiques?

- a) augmentation du bolus de NOVORAPID du matin
- b) augmentation du bolus de NOVORAPID du midi
- c) baisse du bolus de NOVORAPID du soir
- d) augmentation de la glargine U100

QI 9: Mme H 50ans est diabétique de type 1 depuis 30ans sous insulinothérapie basal-bolus, traitée par Glargine U100 30 unités le soir et NOVORAPID 8 unités au petit-déjeuner, 10 unités au déjeuner et 10 unités au dîner, et 4 unités si collation.

Voici sa courbe glycémique. Ses horaires de repas sont : petit déjeuner à 7h30, déjeuner à 12h, et dîner à 19h30.

Elle est également traitée par Irbesartan 300mg pour une hypertension artérielle.

Elle rapporte depuis 6 mois des paresthésies des 2 pieds nocturnes et parfois des douleurs à type de brûlures.

Elle vous apporte son bilan biologique: créatininémie 84 μ mol/L, DFG >90 ml/min, kaliémie 4.1mmol/L, rapport albuminurie/créatininurie sur échantillon à 35mg/mmol (N < 3 mg/mmol)

Quels sont le ou les items vrais concernant le bilan des complications microvasculaires chez cette patiente ?

- a) vous faites le diagnostic de microalbuminurie sur probable néphropathie diabétique
- b) vous suspectez une neuropathie sensitivomotrice distale des membres inférieurs
- c) vous réalisez un test au monofilament
- c) vous demandez un électromyogramme
- d) vous demandez un test d'hypotension orthostatique
- f) vous demandez un fond d'œil

Q1 10: Quels aliments contiennent des glucides dans ce plateau ?

- a) petits pois-carottes
- b) spaghettis
- c) poulet
- d) pain
- e) comté
- f) yaourt aux fruits
- g) pomme



QI 11: Vous recevez en consultation Mme U. 36 ans enceinte de 26SA (première grossesse). Elle n'a pas d'antécédents personnels ou familiaux.

Le poids avant la grossesse était de 70kg pour 1m65 soit un IMC à 25,7 kg/m². Elle a pris 7kg depuis le début de la grossesse.

La glycémie à jeun de début de grossesse était à 0.85g/L.

Le test d'HGPO (HyperGlycémie Provoquée par voie Orale) à 24SA montre une glycémie à jeun à 0,89g/L, à 1h à 1,90g/L et à 2h 1,70g/L.

Concernant le diagnostic, quels sont le ou les items vrais?

- a) La glycémie à jeun est pathologique
- b) La glycémie à 1h de l'HGPO est pathologique
- c) La glycémie à 2h de l'HGPO est pathologique
- d) Vous faites le diagnostic diabète gestationnel précoce
- e) Vous faites le diagnostic de diabète avéré découvert pendant la grossesse

QI 12: Vous recevez en consultation Mme U. 36 ans enceinte de 26SA (première grossesse). Elle n'a pas d'antécédents personnels ou familiaux.

Le poids avant la grossesse était de 70kg pour 1m65 soit un IMC à 25,7 kg/m². Elle a pris 7kg depuis le début de la grossesse.

La glycémie à jeun de début de grossesse était à 0.85g/L.

Le test d'HGPO (HyperGlycémie Provoquée par voie Orale) à 24SA montre une glycémie à jeun à 0,89g/L, à 1h à 1,90g/L et à 2h 1,70g/L.

Concernant la prise en charge, quels sont le ou les items vrais ?

- a) Une surveillance glycémique capillaire 4 à 6 fois par jour est nécessaire.
- b) L'objectif de glycémie avant le repas est <0.95g/L
- c) L'objectif de glycémie 2h après le repas est < 1.40 g/L
- d) Vous préconisez des mesures diététiques avec objectif d'apport calorique quotidien de 1500kcal/j.
- e) Vous demandez une surveillance d'Hba1c tous les mois
- f) Vous demandez une surveillance du fond d'œil tous les 3 mois

QI 13: Mr J 45 ans vous consulte pour dyslipidémie.

Son seul antécédent est une hypertension artérielle sous amlodipine 10mg/j.

Il y a une notion d'hypercholestérolémie chez son père qui a fait un infarctus vers 48ans, et chez sa sœur.

Voici une photo de l'examen de ses membres inférieurs.



Le bilan biologique montre: Cholestérol total 3,76g/L (1.3-2.70),

LDLc 2,88 g/L (0.65-1.6), HDLc 0.62g/L (N> 0.4), TG 1.3g/L (0.35 -1.5).

TSH 2mUI/L (0.4-4mUI/L) . Créatininémie 61umol/L, DFG >90ml/min. Bilan hépatique normal.

Quel sont le ou les items vrais ?

- a) Vous suspectez une hypercholestérolémie polygénique
- b) Vous suspectez une hypercholestérolémie familiale homozygote
- c) Vous suspectez une hypercholestérolémie familiale hétérozygote
- d) Vous suspectez une hyperchylomicronémie familiale
- e) Vous suspectez une hyperlipémie combiné familiale
- f) Vous suspectez une dysbêtalipoprotidémie

QI 14: Quelles sont les atteintes compatibles avec ce bilan lipidique chez une patiente de 42 ans sans traitement :
CT 2.85 g/L (1.3-2.70), LDLc 2,1 g/L (0.65-1.6), HDLc 0.57g/L (N> 0.4), TG 1.2 g/L (0.35 -1.5).

a)



b)



c)



d)



e)



QI 15: Vous recevez en consultation M. L 23ans. Il n'a pas d'antécédents personnels et ne prend pas de traitement. Il pèse 100kg pour 1m80 soit un IMC à 30.9 kg/m². Il n'y a pas de xanthomes à l'examen cutané. Le bilan biologique montre: CT 2.59 g/L (1.3-2.70), LDLc 1.85 g/L (0.65-1.6), HDLc 0.25g/L (N> 0.4), TG 2.73 g/L (0.35 -1.5), APO B 1,55 g/L (0.55-1,15). Glycémie à jeun 0.8g/L. TSH normale. DFG >90ml/min. Bilan hépatique normal.

**Il y a également une dyslipidémie chez sa mère de 60ans, dont il vous apporte son bilan biologique :
CT 2,39 g/L (1.3-2.70), LDLc 1.37 g/L (0.65-1.6), ApoB 1,42 (0.55-1,15), HDLc 0.35 g/L (N> 0.4), TG 2.77 g/L (0.35 -1.5).**

Quel(s) diagnostic(s) suspectez-vous en priorité chez Mr L.?

- a) hypercholestérolémie polygénique
- b) hypercholestérolémie familiale
- d) hyperlipémie combinée familiale
- d) Vous suspectez une hyperchylomicronémie
- e) Vous suspectez une hypertriglycéridémie familiale

QI 16: Vous recevez en consultation M. L 23ans. Il n'a pas d'antécédents personnels et ne prend pas de traitement.

Il pèse 100kg pour 1m80 soit un IMC à 30.9 kg/m². Il n'y a pas de xanthomes à l'examen cutané.

Le bilan biologique montre: CT 2.59 g/L (1.3-2.70), LDLc 1.85 g/L (0.65-1.6), HDLc 0.25g/L (N> 0.4), TG 2.73 g/L (0.35 - 1.5), APO B 1,55 g/L (0.55-1,15). Glycémie à jeun 0.8g/L. TSH normale. DFG >90ml/min. Bilan hépatique normal.

Il y a également une dyslipidémie chez sa mère de 60ans, dont il vous apporte son bilan biologique :

CT 2,39 g/L (1.3-2.70), LDLc 1.37 g/L (0.65-1.6), ApoB 1,42 (0.55-1,15), HDLc 0.35 g/L (N> 0.4), TG 2.77 g/L (0.35 -1.5).

Il a déjà réalisé 6 mois de mesures diététiques.

Quel traitement proposez-vous en 1^{ère} intention pour Mr L ? (un seul mot attendu)

QI 17: Mme F 70ans consulte aux urgences pour épisodes de « malaises » évoluant depuis environ 1an (dont le dernier survenu ce jour), accompagnés de sueurs, palpitations, teint pâle et nausées. Elle n'est pas diabétique. Les malaises surviennent au repos. Elle a constaté une glycémie capillaire à 0,42g/L au moins à deux reprises lors des malaises via le lecteur de glycémie de son mari qui est diabétique avec amélioration des symptômes après resucrage. Aux urgences, elle présente un nouveau «malaise». Lors de l'épisode, L'ECG est normal, la tension est à 110/80mmhg, la glycémie veineuse est à 0,45g/L. Il n'y a pas de perte de connaissance ou de douleur thoracique associée.

Quelles étiologies suspectez-vous ?

- a) insuffisance surrénalienne
- b) cause iatrogène
- c) insuffisance hépatique
- d) phéochromocytome
- e) insulinome

QI 18 (TCS)

Une femme, âgée de 38 ans, est hospitalisée pour le bilan d'une hypoglycémie

Hypothèse: Si vous pensez à un insulinome

Information additionnelle : Et que vous trouvez peptide C augmenté au moment d'une hypoglycémie à 0,45 g/L

L'effet sur votre proposition initiale est le suivant :

- a) Totalement rejetée
- b) Révisée
- c) Sans impact
- d) Renforcée
- e) Totalement confirmée

QI 19 (TCS)

Une femme, âgée de 38 ans, est hospitalisée pour le bilan d'une hypoglycémie

Hypothèse: Si vous pensez à une insuffisance surrénalienne

Information additionnelle : Et que vous trouvez un cortisol plasmatique à minuit bas

L'effet sur votre proposition initiale est le suivant :

- a) Totalement rejetée
- b) Révisée
- c) Sans impact
- d) Renforcée
- e) Totalement confirmée

QI 20: M. R 52ans est hospitalisé dans le service pour infection de pied diabétique actuellement traitée par antibiothérapie IV.

La plaie de pied infectée évolue depuis 4mois. Le poids était de 70kg il y a 4mois pour une taille à 183cm soit un IMC à 20.9 kg/m². Le poids il y a 1 mois était de 65kg soit un IMC à 19.4. La CRP est négative actuellement. Le poids actuel est de 60kg soit un IMC à 17,9 kg/m². L'albuminémie est 24 g/L. Les ingestas sont évalués à 5/10.

Vous diagnostiquez une dénutrition sévère.

Quel(s) élément(s) chez ce patient vous-permettent de qualifier cette dénutrition de sévère?

- a) la perte de 5kg en 1 mois en 1 mois
- b) l'IMC
- c) l'albuminémie
- d) l'évaluation des ingestas
- e) le contexte d'infection de pied diabétique

QI 21: M. R 52ans est hospitalisé dans le service pour infection de pied diabétique actuellement traitée par antibiothérapie IV.

La plaie de pied infectée évolue depuis 4mois. Le poids était de 70kg il y a 4mois pour une taille à 183cm soit un IMC à 20.9 kg/m². Le poids il y a 1 mois était de 65kg soit un IMC à 19.4. La CRP est négative actuellement. Le poids actuel est de 60kg soit un IMC à 17,9 kg/m². L'albuminémie est 24 g/L. Les ingestas sont évalués à 5/10.

Vous diagnostiquez une dénutrition sévère.

Concernant la prise en charge, quel type support nutritionnel mettez-vous en place ? (deux mots attendus, sans article)

Q1 22: Mme G 75 ans a présenté il y a 1 mois une fracture de hanche ayant nécessité une hospitalisation en orthopédie avec mise en place d'une prothèse totale de hanche, puis transfert en SSR après une semaine d'hospitalisation en orthopédie.

Le poids initial à l'entrée dans le service d'orthopédie était de 60kg, pour 1m63 soit un IMC à 22,6 kg/m². La CRP est négative.

**Le poids actuel en SSR est de 55kg soit un IMC à 20,7 kg/m². L'albuminémie est à 33 g/L (N 35-52).
Après relevé alimentaire, la diététicienne évalue les ingestas à 8 /10 des besoins depuis la fracture.**

Concernant la prise en charge de cette patiente, que proposez-vous ?

- a) hospitalisation en service de nutrition
- b) réévaluation des ingestas ou EVA 1 fois par semaine
- c) réévaluation du poids 3 fois par semaine
- e) alimentation enrichie
- f) compléments nutritionnels oraux

QI 23: Mme V 25ans est hospitalisée pour anorexie mentale. Une nutrition entérale a été débutée depuis 2 jours via une sonde naso-gastrique.

Le bilan biologique initial montrait: natrémie 137 mmol/L (135-145) , kaliémie 3,8 mmol/L (3.5-4.5), phosphorémie 1,12 mmol/L (0.94 -1.62), magnésémie 1mmol/L (0,86 -1,17).

Le bilan biologique ce jour montre : natrémie 139mmol/L, kaliémie 3.5 mmol/L, phosphorémie 0.70 mmol/L.

Cochez le ou les items vrais :

- a) vous surveillez notamment le risque d'hypertriglycéridémie
- b) vous surveillez notamment le risque de pneumopathie d'inhalation.
- c) vous suspectez en priorité une mauvaise composition de la poche de nutrition.
- d) vous suspectez en priorité un syndrome de renutrition inapproprié.
- e) vous recherchez également une hypomagnésémie et une carence en vitamine B1.

QI 24: Mme K. , 48 ans consulte dans un contexte de prise de poids progressive depuis l'adolescence jusqu'à actuellement un poids de 90kg pour une taille à 1m65, soit un IMC à 33,1 kg/m2.

Son seul antécédent rapporté est une cholécystectomie.

Elle rapporte également une asthénie, des ronflements nocturnes et dit s'endormir souvent en journée.

Il n'y a pas de notion de syndrome polyuro-polydipsique.

La tension artérielle est normale de même que la fréquence cardiaque.

L'examen clinique montre une obésité gynoïde, avec vergetures blanches fines des cuisses et de l'abdomen, sans hirsutisme ni acné.

Le score d'Epworth est à 13/24.

Quel bilan demandez en 1^{ère} intention ?

- a) glycémie à jeun
- b) test de freinage minute
- c) bilan lipidique
- d) échocardiographie
- e) polygraphie respiratoire nocturne

QI 25: Vous recevez en consultation M. P 55ans à 2 ans d'une chirurgie bariatrique par Bypass gastrique en Y. Le poids initial était 130kg pour une taille de 180cm, soit un IMC à 40,1 kg/m². Le poids pour atteindre un IMC à 25 kg/m² est d'environ 80kg. Le poids actuel était de 95kg soit un IMC à 29,3 kg/m². Il décrit des épisodes quotidiens de sensation de malaise survenant environ 25min après les repas avec palpitations et bouffées de chaleur. Il rapporte également des diarrhées évoluant depuis plusieurs mois, environ 3 à 4 épisodes par jour, d'horaire variable. Il n'y a pas de douleurs abdominales ou de vomissements.

Quelles sont la ou les réponses vraies ?

- a) vous suspectez un reflux gastro-œsophagien
- b) vous suspectez une hernie interne
- c) vous suspectez un Dumping syndrome
- d) vous suspectez une sténose de l'anastomose gastro-jéjunale
- e) vous suspectez une pullulation microbienne
- f) l'objectif de perte de poids n'est pas atteint

QI 26: Vous recevez en consultation de médecine générale Mme J 42ans qui vous demande des conseils concernant son alimentation et activité physique. Son poids est de 60kg pour 1m65, soit un IMC à 22 kg/m². Elle n'a pas d'antécédents notable et ne prend pas de traitement.

Que lui répondez-vous ?

- a) Vous lui conseillez de pratiquer au moins 45 min par jour d'activité physique modérée à élevée au moins 3 jours par semaine
- b) Vous lui conseillez de réaliser des séances de renforcement musculaire 1 à 2 fois par semaine
- c) Vous lui conseillez de consommer une poignée par semaine de fruits à coque
- d) Vous lui conseillez de consommer 3 produits laitiers par jour
- e) Vous lui conseillez de limiter la viande rouge à 500g par semaine
- f) Vous lui conseillez de limiter la consommation d'alcool à maximum 2 verres par jour et de conserver des jours sans consommation

QI 27: M. A 36ans pratique de la course à pied de manière régulière. Il va prochainement faire un marathon. Il vous demande des conseils concernant son alimentation. Il n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun traitement.

Que lui répondez-vous ?

- a) vous préconisez un apport lipidique <20% des apports énergétiques totaux dont <10% d'acides gras saturés
- b) avant la compétition, vous préconisez d'augmenter les apports glucidiques jusqu'à environ 60% des apports énergétiques totaux
- c) pendant la compétition, vous préconisez de consommer des solutions glucosées toutes les 15-30min
- d) pendant la compétition vous lui préconisez de consommer des solutions contenant du NaCl
- e) vous préconisez un apport protéique entre 1,5 et 2g/kg/j.
- f) vous lui conseillez une supplémentation en vit B1 B6 et C dont les besoins sont augmentés

QI 28: Vous recevez en consultation M. J 53 ans pour hyponatrémie.

Il a pour antécédents une appendicectomie.

TA 110/60 mmHg. Pas de vomissements ou douleurs abdominales. Il rapporte un teint de plus en plus bronzé depuis plusieurs mois.

Le bilan biologique réalisé en ville montre : natrémie à 130 mmol/L (N 135-145), kaliémie 4,8 (N 3,5 – 4,5).

A noter que la natrémie était à 132mmol/L 6 mois plus tôt, pas d'autres antécédents connus.

Cortisol à 8h à 120 nmol/L(N >138) . ACTH 8h 996 ng/l (N 7- 63)

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

- a) macroadénome hypophysaire sécrétant de l'ACTH
- b) tuberculose bilatérale des surrénales
- c) insuffisance corticotrope
- d) tumeur ectopique sécrétant de l'ACTH
- e) insuffisance surrénale primaire chronique auto-immune

QI 29: Mme T 18ans, consulte aux urgences pour asthénie intense avec nausées et douleurs abdominales.

Pas d'antécédents personnels notables. TA 80/50mmHg.

Le bilan biologique montre : Hb 150g/L (N120-160 g/L), natrémie 127 mmol/L (N 135-145 mmol/L), kaliémie 5 mmol/L (N 4.5 -5.5 mmol/L).

Bicarbonates 18mmol/L (N 22-29 mmol/L). Glycémie 4.3 mmol/L (N 3.9 -2.55 mmol/L). CRP 0.3 mg/L (N<5).

DFG 132ml/min (N >90). Bilan hépatique normal. Lipase normale.

Il est midi, vous dosez le cortisol en urgence.

Par la suite, le cortisol 12h revient à 60nmol/L, l'ACTH à 1300ng/L.

Concernant la prise en charge thérapeutique:

- a) en urgence, avant les résultats du cortisol, vous hydratez la patiente par perfusion de NaCl IV.
- b) en urgence, avant les résultats du cortisol, vous administrez une dose initiale de 10 mg IV ou IM d'hydrocortisone.
- c) le traitement au long cours comprendra de l'hydrocortisone PO et Fludrocortisone PO.
- d) au long cours, un régime enrichi en sel est nécessaire.
- e) au long cours, en cas d'évènement médical intercurrent, vous préconisez de doubler les doses d'hydrocortisone et Fludrocortisone.

QI 30: Mme C 20ans consulte pour obésité. Le poids actuel est de 90kg pour un IMC à 34. Elle rapporte depuis 1an une prise de 15kg et une aménorrhée.

Voici les photos de son examen clinique.

Devant ce tableau clinique, quelle(s) étiologie(s) évoquez-vous ?



- a) prolactinome
- b) aménorrhée hypothalamique fonctionnelle
- c) cushing
- d) acromégalie
- e) syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)

QI 31: Mme C 20ans consulte pour obésité. Le poids actuel est de 90kg pour un IMC à 34. Elle rapporte depuis 1an une prise de 15kg et une aménorrhée.

Voici les photos de son examen clinique.

Vous souhaitez éliminer un Cushing, comment complétez-vous le bilan?



- a) test de freinage minute au synacthène
- b) dosage du cortisol libre urinaire des 24h
- c) cortisol plasmatique 8h
- d) IRM hypophysaire
- e) cortisol salivaire à 00h
- f) ACTH plasmatique à 8h

**QI 32: M. R 41 ans est hypertendu, et diabétique de type 2 depuis 3 ans. Il a un SAOS récemment appareillé.
Cliniquement, obésité facio-tronculaire, vergetures pourpres abdominales, amyotrophie de la racine des membres, fragilité cutanée, bosse de bison.**

Devant une suspicion d'hypercortisolisme, vous avez réalisé les explorations suivantes:

Kaliémie 3,7mmol/L (N 3,5 -4,5 nmol/L)

Cortisol libre urinaire des 24h 500 nmol/24h (N<180nmol/24h) .

Test de freinage minute: cortisol 8h 110nmol/L (N<50 nmol/L)

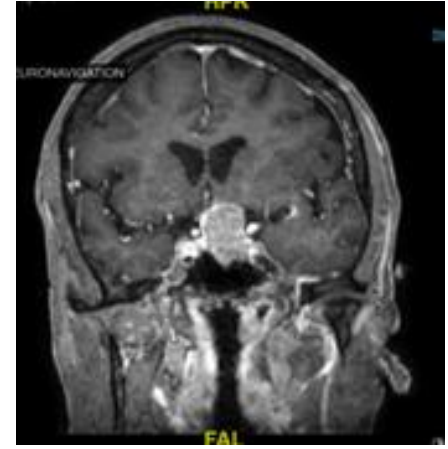
ACTH 8H: 55ng/L (N: 7 à 63ng/L)

Quels sont les 2 diagnostics que vous suspectez en priorité ?

- a) maladie de Cushing
- b) hyperplasie macronodulaire des surrénales
- c) adénome surrénalien
- d) corticosurréalome
- e) sécrétion ectopique d'ACTH

QI 33: Vous recevez en consultation Mme D 58ans pour suspicion d'acromégalie sur macroadénome hypophysaire de 25x19x16mm. Elle a une HTA traitée depuis 5ans, un SAOS appareillé depuis 2ans, et est ménopausée depuis l'âge de 51ans.

Comment complétez-vous le bilan ?



- a) prolactine
- b) TSH
- c) IGF1
- d) test au dectancyl
- e) test de restriction hydrique
- f) champ visuel

Q1 34: Vous recevez en consultation Mme D 58ans pour suspicion d'acromégalie sur macroadénome hypophysaire de 25x19x16mm. Elle a une HTA traitée depuis 5ans, un SAOS appareillé depuis 2ans, et est ménopausée depuis l'âge de 51ans.

Voici les résultats du bilan biologique:

Prolactine 40ug/L (4.8- 23.3 ug/L)

GH 4 ng/mL (N< 7 ng/mL à l'état basal)

IGF1 320 ug/ L N pour l'âge <172 ug/L) confirmé à 2 reprises

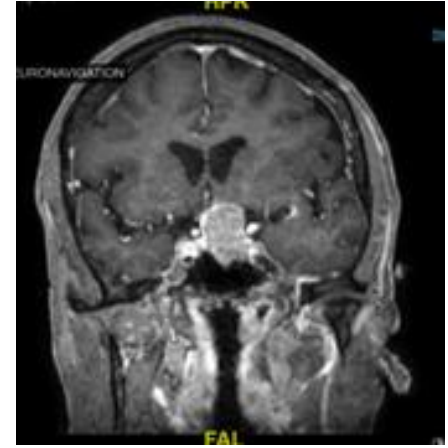
TSH 3 mui/L (N- 0.4 -4.8) T4L 10 pmol/L (N-11.9 -21.5)

oestradiol 23 pmol/L (N ménopause <73pmol/L)

FSH 4 UI/L (N ménopause 26,7 -133UI/L)

cortisol 8h 560nmol/L (N145-535nmol/L) ACTH 8h 36ng/L (N 7-63ng/L)

Glycémie à jeun 1,30g/L



Concernant l'interprétation des résultats, quel(s) sont le ou les items vrai(s) :

- a) le dosage d'IGF1 affirme l'acromégalie.
- b) il existe une insuffisance thyroïdienne.
- c) il existe une insuffisance gonadotrope.
- d) il existe une insuffisance corticotrope.
- e) vous confirmez le diagnostic de diabète

QI 35: Mme P. 28 ans consulte pour aménorrhée secondaire depuis 6 mois à l'arrêt de sa contraception microprogestative. Absence de galactorrhée. Elle mesure 1m63 pour un poids de 60kg, soit un IMC à 22,6.

Le bilan biologique montre :

Prolactine : 230 ng/ml (N 4.8 -23ng/ml) vérifiée dans plusieurs laboratoires

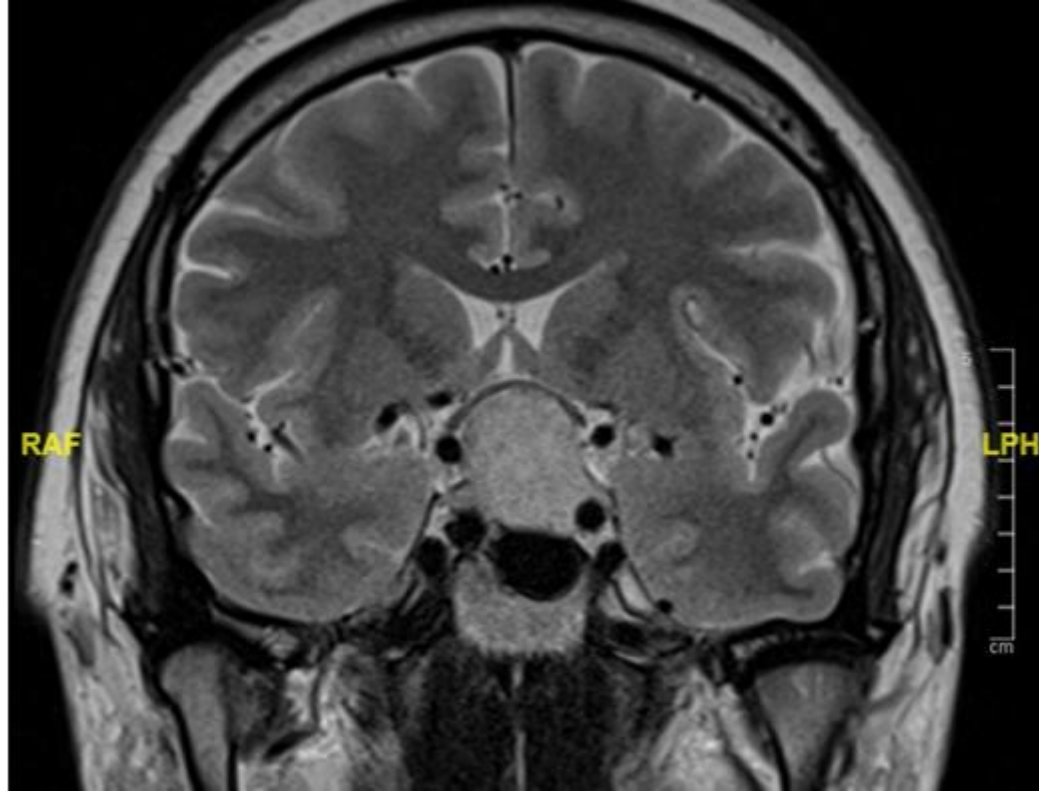
FSH 0.9 (chez la femme non ménopausée N 1.4- 16.7 UI/L) LH 0.06 (chez la F non ménopausée N 0.5- 16.7 UI/L)

Œstradiol indosable . HCG négatifs.

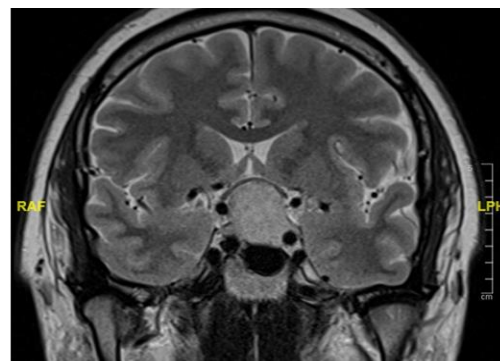
Au vu du tableau clinico-biologique, quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

- a) hyperprolactinémie de déconnexion
- b) macroprolactinome
- c) aménorrhée hypothalamique fonctionnelle.
- d) Hypothyroïdie périphérique
- e) hyperprolactinémie iatrogène

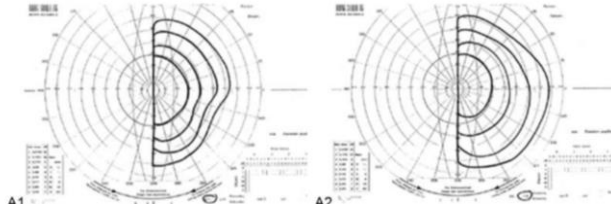
QI 36: Concernant cette imagerie d'adénome hypophysaire, pointez sur l'image: le chiasma optique et la carotide interne gauche.



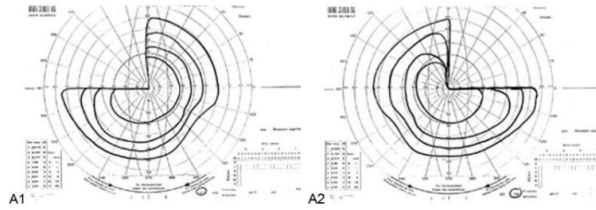
QI 37: Concernant cette imagerie d'adénome hypophysaire, quel(s) champ(s) visuel(s) pouvez-vous observer ?



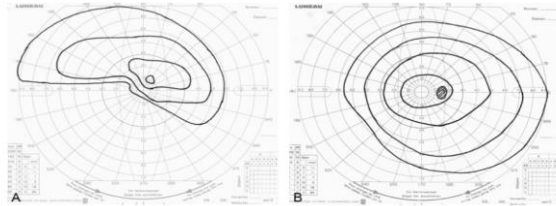
a)



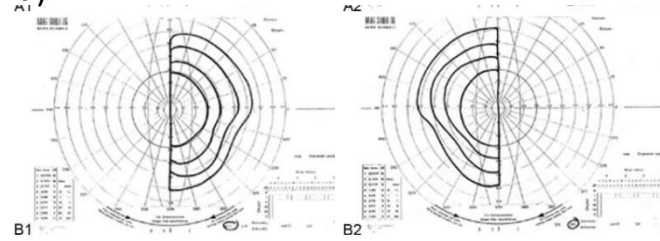
b)



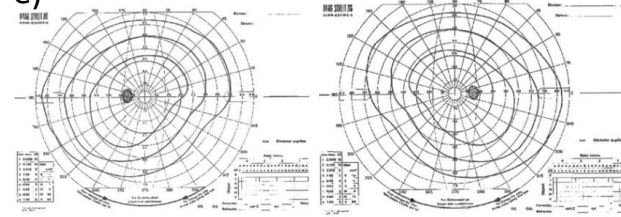
c)



d)



e)



QI 38: Mr F, 39 ans, se présente aux urgences pour céphalées brutales inhabituelles avec apparition d'une vision double.

Il rapporte également des douleurs à type de décharges électriques et brûlures du front.

A l'examen clinique, vous observez un ptosis et une paralysie de l'adduction de l'œil droit.

L'IRM faite en urgence montre un aspect hémorragique d'un macroadénome hypophysaire de 24x14x28 mm avec effet masse sur le chiasma optique et refoulement de la carotide interne droite.



Quelles sont les réponses justes concernant cette présentation clinique ?

- a) le tableau est en faveur d'une apoplexie hypophysaire
- b) vous suspectez une névralgie faciale par atteinte du VII.
- c) le ptosis est en faveur d'une atteinte du III
- d) vous recherchez un myosis.
- e) la paralysie d'adduction est en faveur d'une atteinte du VI.

QI 39: Lors de votre consultation de médecine générale, vous retrouvez un nodule à la palpation thyroïdienne chez Mr V 65 ans.

Il ne rapporte pas de dysphagie ou de troubles du transit. Le poids est stable.

Il n'y a pas d'adénopathie cervicale palpée.

Quel(s) examen(s) demandez-vous en priorité pour avancer dans le diagnostic ?

- a) calcitonine
- b) TSH
- c) T4L
- d) échographie thyroïdienne
- e) scintigraphie thyroïdienne
- f) cytoponction

QI 40: Vous recevez en consultation Mme G 33ans.

Elle rapporte des palpitations et une perte de 5kg en 6mois.

L'examen clinique montre un goitre à la palpation thyroïdienne, avec tachycardie à 105 BPM. Il n'y a pas de signes oculaires.

Le bilan biologique montre: TSH <0,01 (N 0,4 – 4), T4L 41 pmol/L (N 11.9 – 21,6), T3L 15 pmol/L (N 4.1 – 6.8)

Les ac anti-récepteurs de la TSH sont à 12 UI/L (N < 1.8).

L'échographie montre un goitre avec hypervascularisation marquée, sans nodule.

Quelles sont la ou les propositions justes.

- a) Vous demandez une scintigraphie thyroïdienne.
- b) Vous confirmez le diagnostic de Thyroïdite d'Hashimoto.
- c) Vous confirmez le diagnostic de maladie de Basedow.
- d) Vous proposez un traitement chirurgical.
- e) Vous proposez un traitement un iode radioactif.
- f) Vous proposez un traitement par antithyroïdien de synthèse.

QI 41: Mme E. 38 ans présente une asthénie, avec constipation et prise de 3kg en 4mois.

Elle n'a pas d'antécédents cardiovasculaire ou auto-immuns.

Le bilan biologique montre une TSH à 30 mUI/L (0,4-4). La T4L est à 7 pmol/L (N 11.9 – 21.6).

L'examen clinique montre une palpation thyroïdienne normale. La fréquence cardiaque est à 65 BPM.

Quels sont les examens complémentaires que vous demandez en priorité ?

- a) T3L
- b) IRM hypophysaire
- c) Ac anti-Tg
- d) Ac anti-TPO
- e) Ac anti-Rc de la TSH
- f) échographie thyroïdienne
- g) scintigraphie à l'iode

**QI 42: Vous voyez en consultation Mr V 40ans pour suivi d'hypothyroïdie de découverte récente.
Le bilan biologique initial montrait TSH 0,05 mUI/L (0,4 -4) , T4L 7.7 pmolL (11,9 -21,6) , T3L 2.2pmol/L (3,1 – 6,8).
Vous introduisez du LEVOTHYROX 75 ug/j (Lévothyroxine).**

Sur quel dosage adaptez-vous le LEVOTHYROX (un seul mot attendu) ?

QI 43: Vous recevez en consultation de médecine générale Mme C 25 ans pour vaccination de rappel DTPc(Diphtérie-Tétanos-poliomyélite-coqueluque). Son seul antécédent est une appendicectomie. Elle n'a pas de traitement. Le poids est stable à 54kg, soit un IMC à 24.

Lors de votre consultation la tension artérielle est à 150/96 mmHg, recontrôlée à 2 reprises. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Vous lui demandez de réaliser des automesures tensionnelles à domicile montrant des tensions artérielles en moyenne à 148/93 MmHg. Elle ne consomme pas de réglisse.

Vous complétez votre bilan par un ionogramme sanguin montrant: Natrémie 139 mmol/L (N135-145), Kaliémie 3,1 mmol/L (N 3,5 – 4,5 mmol/L), DFG 103 ml/min (N>90)

Quels sont les 2 diagnostics que vous évoquez en priorité ?

- a) HTA essentielle
- b) cushing
- c) phéochromocytome
- d) sténose unilatérale de l'artère rénale
- e) hyperaldostéronisme primaire
- f) acromégalie

QI 44: Mr T 22 ans consulte aux urgences pour pic tensionnel à 180/110 mmHg, décelé via le tensiomètre de sa mère lors d'un épisode de palpitations.

A l'admission aux urgences, la tension est à 150/95 aux deux bras. La fréquence cardiaque est à 102 BPM.

Après 5h d'attente aux urgences, la tension est recontrôlée à 120/60mmHg aux deux bras. Il n'y a pas de céphalées.

Il ne prend pas de traitement. Il n'a pas d'antécédents.

Il rapporte depuis 1 an des épisodes fréquents de tension élevée transitoires à domicile via le tensiomètre de sa mère. Il rapporte parfois des céphalées pulsatiles spontanément résolutive associées et des sueurs. L'examen clinique est normal. Le bilan biologique prélevé à l'admission montre une kaliémie normale à 4.2mmol/L (3.5-4.5).

Quel examen complémentaire demandez-vous en priorité ? (une seule réponse attendue)

- a) dosage de la rénine et de l'aldostérone plasmatique
- b) cortisol libre urinaire des 24h
- c) dosage des catécholamines sanguins (adrénaline et noradrénaline)
- d) dosage des métoxyamines/métanéphrines urinaires
- e) IGF1

QI 45: Mr A. 68ans vous est adressé pour incidentalome surrénalien.

Pointez sur l'image le nodule surrénalien



QI 46: Mr H 55 ans consulte pour découverte fortuite d'une hypercalcémie à 2,7 mmol/L sur une biologie de routine. Ses antécédents sont marqués par une bipolarité.

Vous complétez le bilan biologique: calcémie 2,7mmol/L, albuminémie 40g/L (35-52g/L), calcémie ionisée 1,5 mmol/L (N 1,15 – 1,32) , phosphore 0,60 mmol/L (N 0,74 – 1,52) , PTH 90 ng/L (N-15-65), vitamine D 90ng/mL (N 50-125). DFG 78ml/min .

Quelle(s) étiologie(s) suspectez-vous devant ce tableau ?

- a) hypercalcémie hypocalciurique familiale bénigne
- b) sécrétion paranéoplasique de PTHrp
- c) hyperparathyroïdie primaire
- d) sarcoïdose
- e) myelome
- f) traitement par Lithium
- g) hyperthyroïdie
- h) traitement par diurétique thiazidiques

QI 47: Lors d'un bilan réalisé pour la médecine du travail, découverte d'une hyponatrémie à 120mmol/L chez Mr N 49 ans. Son seul antécédant est une luxation de l'épaule. Il n'a pas de traitement.

L'examen clinique ne montre pas de pli cutané ou d'œdèmes.

Le reste du bilan biologique montre: glycémie 5 mmol/L (N 3.9- 5.8), kaliémie 4 mmol/L(3.5- 4.5).

Créatininémie 60 umol/L (49-90), DFG >90 , urée 3 mmol/L (2.1 – 7.1).

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

- a) syndrome néphrotique
- b) hypothyroïdie
- c) cirrhose
- d) insuffisance corticotrope
- e) SIADH (syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique)
- f) hypertriglycéridémie

QI 48: Mme P 32 ans consulte pour aménorrhée.

Elle a eu ses premières règles à l'âge de 14ans,avec règles régulières, il n'y avait pas de retard pubertaire.

Elle a pris par la suite une pilule oestroprogestative depuis l'âge de 16ans, avec arrêt de la pilule il y a 6 mois dans un contexte de désir de grossesse. Elle n'a pas eu de règles depuis l'arrêt de la contraception.

Elle ne prend pas de traitement. Elle n'a pas d'antécédents hormis une amygdalectomie dans l'enfance.

L'examen clinique de montre pas d'impubérisme, ni acné ou hirsutisme.

Vous réalisez un bilan biologique (normes données pour une femme non ménopausée) :

oestradiol 50 pmol/L (N >73 pmol/L), FSH 112 UI/L (N 3-16.7) confirmé à 2 reprises , LH 42 UI/L (1.8 – 89),

BHCG négatifs , prolactine 15 ug/L (N -4.8 – 23.3), testostéronémie 0.60 nmol/L (0.42 – 1.49)

Cochez le ou les item(s) vrai(s) :

- a) vous suspectez une ménopause
- b) vous suspectez un SOPK
- c) vous suspectez un bloc en 21-hydroxylase
- d) vous demandez une IRM hypophysaire
- e) vous demandez un caryotype
- f) une recherche de prémutation FMR1 peut être utile

QI 49: Mr G., 26 ans consulte pour gynécomastie évoluant depuis plusieurs années.

Ses antécédents sont marqués par un asthme dans l'enfance, et une fracture du bras droit.

Il ne prend pas de traitement. Il ne consomme pas d'alcool ou de tabac.

A l'examen clinique vous constatez une gynécomastie bilatérale, non douloureuse, sans galactorrhée.

Le reste de l'examen clinique est normal. Le poids est physiologique (poids de 83kg, IMC 22).

Il vous apporte un bilan biologique réalisé par la médecine du travail : créatininémie 53 $\mu\text{mol/L}$, DFG $>90\text{ml/min}$, kaliémie 4.1 (3.5 -4.5 mmol/L), ASAT 26 UI/L (5-34) , ALAT 26 UI/L (<55), TP 95% (70-90%).

La mammographie confirme une gynécomastie bilatérale.

La palpation testiculaire est normale avec 2 testicules de 15ml, sans tumeur palpée.

Comment complétez-vous le bilan ?

- a) hCG
- b) IGF1, GH
- c) prolactine
- d) LH, FSH
- e) testostérone
- f) œstradiol
- g) TSH, T4L
- h) IRM hypophysaire
- i)  échographie testiculaire

QI 50 (TCS)

Vous recevez en consultation un homme âgé de 22 ans, 180 cm, pour le bilan d'infertilité. Il présente quelques difficultés d'apprentissage.

Hypothèse: Si vous pensez à un syndrome de Klinefelter

Information additionnelle : Et que vous trouvez une atrophie testiculaire

L'effet sur votre proposition initiale est le suivant :

- a) Totalement rejetée
- b) Révisée
- c) Sans impact
- d) Renforcée
- e) Totalement confirmée

QI 51 (TCS)

Vous recevez en consultation un homme âgé de 22 ans, 180 cm, pour le bilan d'infertilité. Il présente quelques difficultés d'apprentissage.

Hypothèse: Si vous pensez à une anorexie mentale

Information additionnelle : Et que vous trouvez des dosages de LH et FSH augmentés

L'effet sur votre proposition initiale est le suivant :

- a) Totalement rejetée
- b) Révisée
- c) Sans impact
- d) Renforcée
- e) Totalement confirmée

Merci de votre attention

Des questions ?

Mail: alexandra.monnot@chu-lyon.fr