

Cas Clinique

Steven GRANGE

15 mai 2008

ÉDITORIAL

L'Institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat du groupe de recherche SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins, et en particulier à la préparation au concours de l'Internat depuis 1982. Cette démarche repose sur deux éléments clés : une méthode de travail rigoureuse, et la consultation de documents de référence, désormais disponibles gracieusement sur internet. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis 25 années (16 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales depuis 2004) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris, Lyon, Marseille, et Lille, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

L'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate propose désormais une rubrique de cas cliniques mensuels, répondant aux objectifs pédagogiques du deuxième cycle des études médicales, et qui a pour but d'optimiser votre préparation aux Épreuves Classantes Nationales, en vous permettant de vous familiariser avec la docimologie de l'épreuve.

Nous espérons vivement que ces cas cliniques vous seront pleinement profitables et nous vous souhaitons bon courage et bonne chance !

Walid Amara, Alain Combes
et toute l'équipe pédagogique de l'Institut la Conférence Hippocrate.

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

ORGANISE

Deux Epreuves Classantes Nationales blanches (ECN)

Les Samedi 10 et Dimanche 11 Janvier 2009

Les Samedi 14 et Dimanche 15 Mars 2009

Ces épreuves se dérouleront simultanément à **Paris** et dans les facultés de médecine suivantes : Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Poitiers, Reims, Rennes, Saint-Étienne, Strasbourg, Toulouse, Tours

- Chaque ECN blanche comportera **4 épreuves de 3 heures chacune** :
 - Samedi : 9 h 00 / 12 h 00 - 14 h 00 / 17 h 00
 - Dimanche : 9 h 00 / 12 h 00 - 14 h 00 / 17 h 00
 - 3 épreuves de 3 dossiers transversaux
 - 1 épreuve de Lecture Critique d'Article
- **Corrigés détaillés** distribués aux étudiants à l'issue des épreuves.
- **Classement national** de l'ensemble des candidats sous **15 jours** sur Internet : www.laconferencehippocrate.com
- **Le concours de janvier 2009** constituera l'épreuve de sélection pour le **tour de Printemps** de la Conférence Hippocrate à **Paris** :
 - **Tour de printemps**, en février-mars-avril (12 conférences) : une conférence par semaine avec 5 dossiers pluridisciplinaires et transversaux
- **Le concours de mars 2009** constituera l'épreuve de sélection pour le **tour de DCEM4** de l'Institut la Conférence Hippocrate à **Paris**

Ouverture des inscriptions sur Internet en novembre 2008

pour toute information

Paris : 01 47 07 13 46

Lille : 03 20 12 06 03

Lyon : 04 78 54 21 05

Marseille : 04 91 22 69 77

DOSSIER INTERNET

Melle Z..., jeune femme de 20 ans, caucasienne, est admise aux urgences de l'hôpital où vous êtes de garde, pour des douleurs abdominales intenses, et des vomissements. Elle n'a pas d'antécédents particuliers en dehors de troubles psychiatriques étiquetés « état limite », pour lesquels elle vous dit être traitée par HALDOL, ATHYMIL et DEPAMIDE. Elle est également très inquiète car elle a eu des saignements vaginaux de faible abondance alors qu'elle est « au milieu » de sa plaquette (Microval).

A l'examen clinique, vous notez une PA à 106/58 mm Hg, un pouls à 102/min, une haleine cétonique, et une hyperpnée manifeste. L'examen abdominal est effectivement très douloureux, mais il n'y a ni défense, ni contracture. La patiente est apyrétique. Il n'y a pas de signes fonctionnels urinaires, pas de nitrites, ni de leucocytes à la BU. En revanche celle-ci montre 4 croix de corps cétoniques et une glycosurie.

La glycémie capillaire est à 4,2 g/l.

Question n° 1

Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question n° 2

Vous récupérez les premiers résultats des examens complémentaires qui sont les suivants :

- Hb = 15,5 g/dl, Ht = 48 %, protides = 80 g/l
- Na⁺ = 130 mmol/l, K⁺ = 3,7 mmol/l, glycémie veineuse = 27 mmol/l, HCO₃⁻ = 11 mmol/l, Cl⁻ = 100 mmol/l, urée plasmatique = 14 mmol/l, créatininémie = 142 micromol/l
- Natriurèse = 5 mmol/l, Kaliurèse = 30 mmol/l, urée urinaire = 150 mmol/l, créatinine urinaire = 6000 micromol/l
- Leucocytes = 24000 avec 19000 PNN, CRP < 5 mg/l
- Radiographie de thorax normale
- Gaz du sang : pH = 7,16, PCO₂ = 32 mmHg, PO₂ = 105 mmHg

Interprétez ces résultats ;

Question n° 3

Quel traitement mettez-vous en place dans les premières 24 heures ?

Question n° 4

Après un court séjour en réanimation, vous retrouvez Mlle Z... en diabétologie où vous êtes interne. Elle vous signale alors avoir de temps en temps des tâches sur son t-shirt correspondant à un écoulement bilatéral au niveau des mamelons.

Qu'évoquez vous en priorité ? Quelles hormones dosez-vous ?

Question n° 5

Vous trouvez un dosage de prolactine à une valeur de 52 ng/ml. (normale < 20 ng/ml) Quelles sont les causes les plus probables chez cette patiente ?

Quelles autres causes connaissez-vous ?

Question n° 6

Votre externe est dubitatif sur le terme de personnalité « état limite » ou « borderline » et vous demande de lui expliquer les caractéristiques de ce trouble de la personnalité. Que lui répondez-vous ?

Question n° 7

Quels sont les grands principes de la prise en charge thérapeutique du diabète de cette patiente ?

Question n° 8

Que pensez-vous des saignements vaginaux chez Melle Z... ?

Que pensez vous de l'introduction d'œstrogestatifs chez cette patiente ?

Question n° 9

Voici l'IRM hypophysaire de la patiente. Quelle est votre interprétation ?

Figure 1.

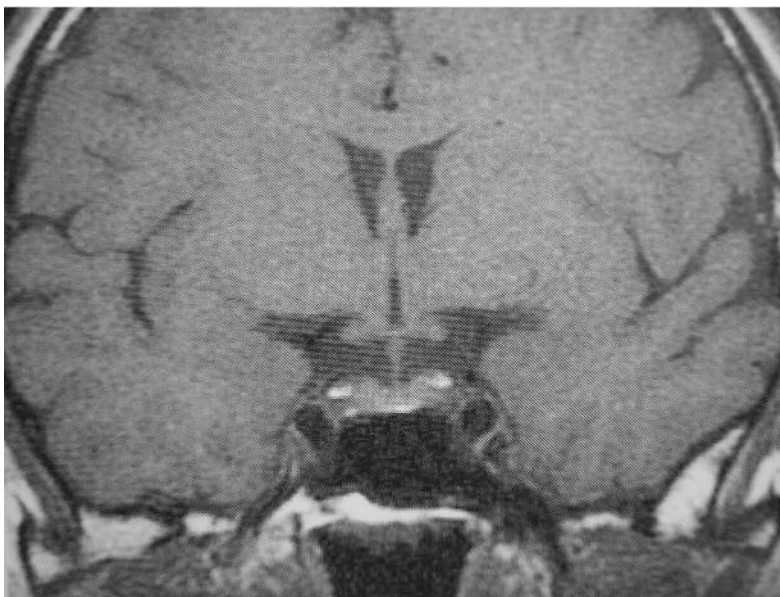


Figure 2.



CORRIGE DU DOSSIER

QUESTION N° 1

- Acidocétose diabétique inaugurale d'un diabète de type 1 8

QUESTION N° 2

- « Fausse hyponatrémie », natrémie corrigée = natrémie mesurée + 0,3 (glycémie - 5)
si glycémie exprimée en mmol/l ou = natrémie mesurée + 1,6 (glycémie - 1)
si glycémie exprimée en g/l = 130 + 0,3 (27 - 5) = 136,6 mmol/l 2
- Acidémie avec acidose métabolique à trou anionique augmenté = $(Na^+ + K^+) - (Cl^- + HCO_3^-) = 22,7$ mmol/l (normale = 16 mmol/l) 4
- Avec compensation pulmonaire par hyperventilation alvéolaire d'où la baisse de la PCO₂.
L'hyperpnée est en fait une dyspnée de Kussmaul 2
- La compensation pulmonaire est insuffisante nc
- Pas d'hypoxémie (PO₂ normale) nc
- Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles sans augmentation de la CRP, sans point
d'appel pour une cause infectieuse 2
- Insuffisance rénale fonctionnelle avec rapport Na/K inversé (inférieur à 1), (U/P)
urée supérieur à 10, (U/P) créatinine supérieur à 40 2

QUESTION N° 3

- Hospitalisation en réanimation 2

N.B. (si oublié = zéro à la question)

- Pose de 2 VVP, surveillance de la diurèse horaire (au besoin dispositif de recueil
des urines), scope
cardiotensionnel nc
- Insulinothérapie IVSE 10 UI/h, à la pompe intraveineuse jusqu'à disparition
des corps cétoniques à la bandelette urinaire, puis relais par insuline
sous-cutanée 4
- Réhydratation par voie parentérale à adapter au bilan ionique d'abord par sérum
physiologique (3 à 4 litres les 6 premières heures) 2
- Supplémentation potassique d'emblée 4

N.B. (si oublié = zéro à la question)

- Recherche et traitement d'un facteur déclenchant. Si patiente fébrile ou frissons,
hémocultures avant de commencer une antibiothérapie adaptée en fonction du point
d'appel 2
- Surveillance : 2
 - Bandelette urinaire horaire, glycémie capillaire horaire, pouls/TA/fréquence
respiratoire/saturation en oxygène/température
 - Gaz du sang
 - Prévention des complications de décubitus
 - Ionogramme sanguin/6h
 - ECG/6h surtout si dyskaliémie

QUESTION N° 4

- Il existe une galactorrhée bilatérale 2

- Il faut tout d'abord récupérer le résultat des B-HCG pour éliminer une éventuelle grossesse 3

N.B. (si oublié = zéro à la question)

- Il faut réaliser le dosage de la prolactine 2
- Il faut réaliser un dosage de la TSH car l'hypothyroïdie est une cause d'hyperprolactinémie, et plus encore chez cette patiente qui est hospitalisée pour une pathologie auto-immune qu'est le diabète de type I 2

N.B. : l'hypothyroïdie reste cependant une cause rare d'hyperprolactinémie.

QUESTION N° 5

- Cause la + probable chez Melle Z... = traitement par neuroleptique (HALDOL) 4
- Autres causes possibles chez Melle Z... :
 - Grossesse 3

N.B. : L'hyperprolactinémie est rare au premier trimestre de la grossesse.

- Hypothyroïdie 1
- syndrome des ovaires polykystiques nc
- Autres causes d'hyperprolactinémie :
 - Insuffisance rénale chronique..... nc
 - Insuffisance hépatocellulaire sévère..... nc
 - Adénome hypophysaire à prolactine ou hyperprolactinémie de déconnexion..... 1
 - Allaitement 1
 - Prise de médicaments hyperprolactinémisants : neuroleptiques, anti-dépresseurs, œstrogénostatifs, morphine, antiH2 1

N.B. : conférence de consensus sur le diagnostic et la prise en charge des hyperprolactinémies, disponible sur le site endocrino.net.

QUESTION N° 6

Les éléments en faveur de l'état limite sont :

- Instabilité affective, relationnelle et comportementale 2
 - Relations par conséquent conflictuelles avec les autres nc
- Impulsivité marquée 2
 - Avec des comportements dangereux (conduites à risque, bagarres...) 2
 - Et actes auto agressifs (automutilations, TS...) 2
 - Fréquents, peu prévisibles..... nc
- Trouble de l'identité et de l'image de soi..... 2
- Possibles phénomènes psychotiques dans des situations stressantes (dépersonnalisation, déréalisation...) nc
- Apparaît au début de l'âge adulte 2

QUESTION N° 7

- Traitement par insuline à vie (si pas mis zéro à la question) avec un schéma type basal-bolus 4
- Education thérapeutique :

N.B. (si oublié = zéro à la question)

- Ne jamais arrêter l'insuline 1
- Technique d'injection d'insuline nc
- Autosurveillance glycémique sur lecteur de glycémie capillaire (1 pt)
- Connaître les signes révélateurs d'hypoglycémie et la conduite à tenir face à celle-ci 1
- Apprendre à faire une injection de glucagon en cas d'hypoglycémie nc
- Comprendre le principe de l'adaptation des doses d'insuline nc
- Faire une BU pour dépister une cétonurie si glycémie > 3 g/l 1
- Conduite à tenir en cas de cétonurie nc
- Conduite à tenir en cas d'intolérance alimentaire nc
- Chez cette patiente « border line », il ne faut pas hésiter à prolonger l'hospitalisation initiale pour parfaire l'éducation. Si la patiente désire sortir, proposer une hospitalisation en hôpital de semaine ultérieurement 2
- Diététique : 1
 - Prise alimentaire régulière : 3 repas +/- 2 collations
 - Alimentation normocalorique
 - Sucres lents/féculents à chaque repas
- S'assurer d'une prise en charge adéquate en psychiatrie + + + : 2
 - Prise en charge conjointe avec un psychiatre, adaptation et poursuite du traitement psychotrope
- Remplir une demande de prise en charge à 100 % 1

QUESTION N° 8

- Les saignements vaginaux correspondent très probablement à des spottings (sous réserve de la négativité des BHCG) 2
- Possible introduction des œstroprogestatifs : 2
 - Les œstroprogestatifs (dosés à 20 ou 30 µg d'éthinyl-oestradiol) peuvent être utilisés chez la diabétique de type 1 :
 - Si le bilan lipidique est normal (sans hypertriglycémie) 2
 - Si la pression artérielle est normale 2
 - S'il n'existe pas de néphropathie, pas de tabagisme nc
 - Si le diabète n'évolue pas depuis plus de 15 ans.
 - La rétinopathie simple n'est pas une contre-indication nc
- En revanche, possible aggravation de l'hyperprolactinémie avec les œstroprogestatifs 2
- Mais celle-ci ne représente pas une contre-indication. Il faut avant tout s'être assuré que l'IRM hypophysaire est normale (absence de tumeur responsable d'une hyperprolactinémie de déconnexion), et que cette hyperprolactinémie est bien en rapport avec la prise de neuroleptiques. Dans ce cas, on peut introduire une contraception orale œstroprogestative nc

QUESTION N° 9

Figure 1 :

- IRM hypophysaire
- Coupe coronale 1
 - En T1 1
 - Sans injection de gadolinium 1

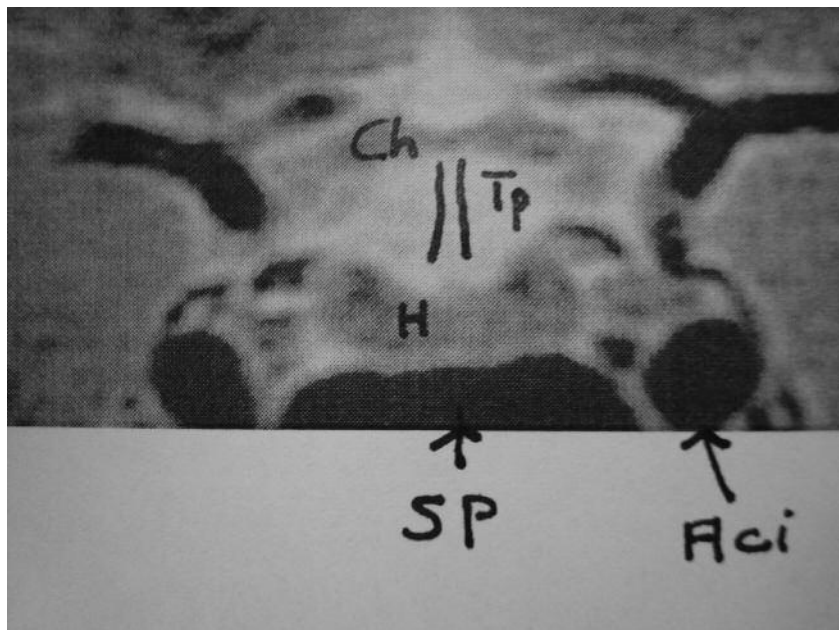
- Glande strictement intra sellaire..... 1
- Diaphragme sellaie concave vers le haut 1
- Plancher sellaie régulier sans effraction osseuse..... 1
- Tige pituitaire fine et strictement médiane..... 1

Figure 2 :

- IRM hypophysaire
- Coupe coronale en T2..... 1
- Glande strictement intrasellaie nc
- Diaphragme sellaie concave vers le haut nc
- Plancher sellaie régulier sans effraction osseuse..... nc
- Tige pituitaire fine et strictement médiane..... nc

- Au total : IRM hypophysaire normale..... 2

ch = chiasma optique
 tp = tige pituitaire
 h = hypophyse
 Sp = sinus sphenoidal
 Aci = artère carotide interne



N.B. : Si l'on avait fait une séquence pondérée en T1 avec injection de gadolinium, l'hypophyse normale aurait pris le contraste. Le diamètre de l'hypophyse normale est inférieur à 9 mm.

nc = non coté
 Total 100 points

Référence programme Epreuves Classantes Nationales 2004 :

- I-2-27 : Contraception.**
- I-11-179 : Prescription d'un régime diététique.**
- II-233 : Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte.**
- II-286 : Trouble de la personnalité.**

