

Collection dirigée
par Dr A. Charon et Dr N. Meton

BAPTISTE LABETOWIEZ
GUILLAUME SILVA

LA MARTINGALE*

ECNi-EDN

QUESTIONS ISOLÉES INDISPENSABLES

-  Méthodologie complète
-  Corrections détaillées avec explications, pièges et astuces
-  Rappels de cours (tableaux et schémas)

Comité de relecture composé de **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

ellipses

ENDOCRINOLOGIE 1^{RE} PARTIE

■ **Question 1 : Quel(s) est (sont) le(s) critère(s) de dénutrition non sévère chez l'adulte jeune ?**

- A. IMC < 21 kg/m².
- B. Perte de poids de 10 kg en 6 mois.
- C. Perte de poids de 15 % en 6 mois.
- D. MNA < 17.
- E. Albuminémie < 35 g/L.

■ **Question 2 : Quel(s) est (sont) le(s) critère(s) de dénutrition sévère chez la personne âgée ?**

- A. IMC < 21 kg/m².
- B. Perte de poids de 15 kg en 6 mois.
- C. Perte de poids de 10 % en 6 mois.
- D. MNA < 17.
- E. Albuminémie < 30 g/L.

■ **Question 3 : Vous recevez une patiente, Mme X, aux urgences pour des troubles de la conscience avec examen neurologique normal. L'examen clinique ne retrouve aucun signe de trouble du secteur extracellulaire. Vous retrouvez la biologie suivante :**

NFS :

- Hémoglobine : 12,3 g/dL.
- VGM : 91 fL.
- Plaquettes : 195 G/L.
- PNN : 5 G/L.
- Ionogramme :
 - Na⁺ : 125 mmol/L.
 - K⁺ : 4,2 mmol/L.
 - Créatininémie : 75 µmol/L.
 - Urée : 11 mmol/L.
- Glycémie veineuse : 4 mmol/L.

Quelle(s) est (sont) la (les) étiologie(s) possible(s) de cette présentation clinico-biologique ?

- A. Hypoglycémie.
- B. SIADH.
- C. Syndrome néphrotique.
- D. Hypothyroïdie.
- E. Insuffisance surrénalienne aiguë.

- **Question 4 : Concernant les insulines, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?**
- A. L'insuline rapide s'adapte sur la glycémie 2 heures après le repas.
 - B. La glargine est une insuline rapide.
 - C. La NPH est une insuline intermédiaire.
 - D. Elles sont contre-indiquées en cas d'insuffisance rénale sévère.
 - E. L'insuline lente s'adapte sur la glycémie à jeun.
- **Question 5 : Concernant les traitements antidiabétiques, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?**
- A. Le gliclazide est un sulfamide.
 - B. Le liraglutide est un analogue de la GLP1.
 - C. L'acarbose est un analogue de l'alpha-glucosidase.
 - D. La metformine est à l'origine d'une prise de poids.
 - E. On peut facilement associer des analogues de la GLP 1 avec des inhibiteurs de la DPP4.
- **Question 6 : Concernant l'obésité, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?**
- A. Un IMC > 35 kg/m² associé à un diabète constitue une indication de chirurgie bariatrique.
 - B. Un IMC > 40 kg/m² seul constitue une indication de chirurgie bariatrique.
 - C. La présence d'un rebond d'adiposité avant 6 ans est en faveur d'une obésité d'origine organique.
 - D. Le surpoids commence à partir de 25 kg/m² chez la personne âgée.
 - E. Le parcours préopératoire d'une chirurgie bariatrique nécessite un bilan multidisciplinaire et une RCP.
- **Question 7 : Concernant la maladie de Basedow, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?**
- A. Le diagnostic biologique repose sur le dosage des TRAK.
 - B. La scintigraphie thyroïdienne montre une fixation diffuse et homogène.
 - C. L'orbitopathie basedowienne est favorisée par le tabac.
 - D. La surveillance du traitement par antithyroïdiens de synthèse à 1 mois de sa mise en place se fait par le dosage de la T4I.
 - E. Il faut éviter l'IRA thérapie en cas d'orbitopathie basedowienne.
- **Question 8 : Concernant les hormones thyroïdiennes et les hyperthyroïdies, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?**
- A. Les hormones thyroïdiennes sont à l'origine d'une vasodilatation.
 - B. Les hormones thyroïdiennes sont à l'origine de l'augmentation de la résorption osseuse.
 - C. La scintigraphie de la thyroïdite de De Quervain est blanche.
 - D. La thyroïdite de De Quervain est à l'origine d'une fièvre.
 - E. Le traitement par antithyroïdiens de synthèse est à risque d'agranulocytose.

■ **Question 9 : Concernant les hypothyroïdies, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?**

- A. La cause la plus fréquente est la thyroïdite de Hashimoto.
- B. L'hypothyroïdie est à l'origine d'une hypertension artérielle.
- C. Le diagnostic d'hypothyroïdie nécessite le dosage simultané de TSH et de T4I.
- D. Le traitement est exclusivement substitutif par lévothyroxine.
- E. La surveillance d'une insuffisance thyroïdienne se fait sur le dosage de la T4I.

■ **Question 10 : Concernant les goitres et nodules thyroïdiens, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?**

- A. On parle de goitre simple seulement si un goitre n'est pas sécrétant et s'il n'est pas compliqué.
- B. Dans le cadre général, l'évolution du goitre simple est le goitre multinodulaire asymptomatique.
- C. Les nodules sécrétants ne doivent jamais être ponctionnés.
- D. Une taille très importante de nodule n'est pas un critère de malignité.
- E. On réalise une cytologie des nodules à partir du stade EU-TIRADS 3.

Correction questions n° 1 à 10

■ Question 1 : Quel(s) est (sont) le(s) critère(s) de dénutrition non sévère chez l'adulte jeune ?

- A. IMC < 21 kg/m².
- B. Perte de poids de 10 kg en 6 mois.
- C. Perte de poids de 15 % en 6 mois.
- D. MNA < 17.
- E. **Albuminémie < 35 g/L.**

Correction : E

Cette question et la suivante sont **indispensables** pour l'ECNi/EDN. Les critères de dénutrition tombent chaque année. C'est une des informations à se répéter pour la fixer et assurer des points !

Pour cela vous devez savoir calculer l'IMC d'un patient :

- Poids / Taille².

Et vous devez connaître les critères de dénutrition de l'adulte jeune et **bien les différencier des critères de dénutrition de la personne âgée de > 70 ans :**

• Adulte jeune :

- Non sévère
 - **IMC < 18,5 kg/m².**
 - **Albuminémie < 35 g/L.**
 - **Perte de poids de 5 % en 3 mois ou 10 % en 6 mois.**
- Sévère
 - **IMC < 17 kg/m².**
 - **Albuminémie < 30 g/L.**
 - **Perte de poids de 10 % en 3 mois ou de 15 % en 6 mois.**

• Personne âgée de > 70 ans :

- Non sévère
 - **IMC < 21 kg/m².**
 - **Albuminémie < 35 g/L.**
 - **Perte de poids de 5 % en 3 mois ou de 10 % en 6 mois.**
 - **MNA < 17.**
- Sévère
 - **IMC < 18 kg/m².**
 - **Albuminémie < 30 g/L.**
 - **Perte de poids de 10 % en 3 mois ou de 15 % en 6 mois.**

Si vous avez du mal à apprendre ce genre de listing, essayez de vous faire une « liste de dernière semaine » et de la répéter 2 à 3 fois la semaine avant l'ECNi/EDN !

Dernière précision, **n'oubliez pas que le surpoids n'existe pas chez la personne âgée !**

Elles sont obèses à partir de 30 kg/m² d'IMC et normal entre 21 et 30. C'est un piège fréquent pour vous demander de leur faire perdre du poids entre 25 et 30 d'IMC alors qu'il ne faut pas car il est normal !

Un IMC supérieur à 30 kg/m² définit l'obésité chez la personne âgée et un IMC entre 21 et 30 est considéré comme normal. Faites donc très attention chez une personne âgée avec un IMC à 29 kg/m², l'item « Vous recommandez une perte de poids chez ce patient » est FAUX.



- A. FAUX, critère chez la personne âgée de > 70 ans.
- B. FAUX, **Attention, piège très récurrent sur les critères de dénutrition !** Sans plus de précision sur son poids de base, vous ne pouvez pas cocher qu'une perte de 10 kg est un critère de dénutrition ! Il faut vraiment calculer le pourcentage de perte de poids.
- C. FAUX, 15 % en 6 mois est un critère de dénutrition **sévère**, attention à bien lire l'énoncé.
- D. FAUX, le MNA est un critère de dénutrition non sévère **seulement chez la personne âgée !**
- E. VRAI, voir explication ci-dessus.

■ Question 2 : Quel(s) est (sont) le(s) critère(s) de dénutrition sévère chez la personne âgée ?

- A. IMC < 21 kg/m².
- B. Perte de poids de 15 kg en 6 mois.
- C. Perte de poids de 10 % en 6 mois.
- D. MNA < 17.
- E. **Albuminémie < 30 g/L.**

Correction : E

Pour plus de précision, voir correction question précédente.



- A. FAUX, critère de dénutrition non sévère chez la personne de > 70 ans.
- B. FAUX, **Attention, piège très récurrent sur les critères de dénutrition !** Sans plus de précision sur son poids de base, vous ne pouvez pas cocher qu'une perte de 15 kg est un critère de dénutrition ! Il faut vraiment calculer le pourcentage de perte de poids.
- C. FAUX, 10 % en 6 mois est un critère de dénutrition **non sévère**, comme à la question précédente faites attention à bien lire l'énoncé. Remarquez que **les critères de perte de poids sont les mêmes chez la personne jeune et la personne plus âgée.**
- D. FAUX, le MNA est un critère de dénutrition **non sévère !**
- E. VRAI, voir explication question précédente.

■ Question 3 : Vous recevez une patiente, Mme X, aux urgences pour des troubles de la conscience avec examen neurologique normal. L'examen clinique ne retrouve aucun signe de trouble du secteur extracellulaire. Vous retrouvez la biologie suivante :

NFS :

- Hémoglobine : 12,3 g/dL.
- VGM : 91 fL.
- Plaquettes : 195 G/L.
- PNN : 5 G/L.

Ionogramme :

- Na⁺ : 125 mmol/L.
- K⁺ : 4,2 mmol/L.
- Créatininémie : 75 μmol/L.
- Urée : 11 mmol/L.

Glycémie veineuse : 4 mmol/L.

Quelle(s) est (sont) la (les) étiologie(s) possible(s) de cette présentation clinico-biologique ?

- A. Hypoglycémie.
- B. **SIADH.**
- C. Syndrome néphrotique.
- D. **Hypothyroïdie.**
- E. **Insuffisance surrénalienne aiguë.**

Correction : B D E

Le chapitre sur les troubles ioniques est particulièrement difficile à l'ECNi/EDN pour beaucoup d'entre vous et surtout la natrémie.

Pour répondre à cette question :

- D'abord on regarde la natrémie corrigée / l'osmolarité plasmatique pour voir si on est dans le cadre d'une vraie hyponatrémie :
 - **Natrémie corrigée** = $\text{Na} + 0,3 (\text{Glycémie (mmol/L)} - 5) = \text{Na} + 1,6 (\text{Glycémie (g/L)} - 1)$.
 - **Osmolarité plasmatique** = $\text{Na} + \text{Glycémie (+/- urée)}$ (réanimateur et néphrologue ne sont pas d'accord).
 - Ici on voit bien que la glycémie ne change quasiment pas notre valeur de natrémie (Na corrigée = 124 mmol/L) et qu'il existe une hypo-osmolarité (254 mOsm/L ; Norme [280 ; 300] environ...) (pas de source claire sur la valeur basse).
- Ensuite on regarde l'ionogramme urinaire s'il est donné, sinon on passe cette étape (comme ici) :
 - Il serait surtout utile dans un contexte particulier de patient avec un apport hydrique pur énorme (**potomanie**) ou avec peu d'apport protéique (**syndrome tea and toast**) et il montrerait alors une osmolarité urinaire effondrée.
- Enfin on regarde le secteur extracellulaire pour orienter son diagnostic étiologique :

Cette démarche est très bien résumée dans cet arbre :

