

Alors qu'il est en vacances en Auvergne, Mr B 58 ans, présente brutalement une fièvre à 40° C avec des frissons. A l'arrivée aux Urgences de l'Hôpital du Puy en Velay, on découvre à l'examen clinique la présence d'une dermo-hypodermite de la plante du pied gauche associée à une plaie (voir photo) que Mr B n'avait pas remarquée. Il pèse 92 Kg pour 1.80. Il n'a aucun antécédent particulier et ne prend pas de médicament. Il fume 1 paquet par jour depuis l'âge de 22 ans. La tension artérielle est à 150/90 mmHg, le pouls à 115 /min. La bandelette urinaire décèle : glucose ++++ ; cétones + ; protéines +, leucocytes négatif ; nitrites négatif, sang négatif. Le bilan demandé aux urgences montre : NFS : leucocytes 11 200/mm<sup>3</sup> (dont 80 % de neutrophiles) ; Hb 10.2 g/dl ; Plaquettes 524 000/mm<sup>3</sup>. Glycémie veineuse= 4,36 g/l. Créatininémie 65 µmol/l, kaliémie 4,3 mM, natrémie 133 mM ; protides 67 g/l ; réserve alcaline 31 mM. CRP = 100mg/l. Gaz du sang : pH= 7,45 ; PO<sub>2</sub>= 87 mmHg ; PCO<sub>2</sub>= 36mmHg.

Les hémocultures sont négatives. Une mise à plat chirurgicale est entreprise, une antibiothérapie associant ORBENINE® (Cloxacilline), FLAGYL® (Métronidazole) GENTALLINE® (Gentamycine) est prescrite, et le patient est mis sous insuline. L'état général s'améliore. A distance de l'épisode aigu, la glycémie veineuse à 48h00 est à 2,10g/l à jeun. La tension artérielle est à 145/90. Le pouls à 75/min. La protéinurie sur 24h00 est à 0,8g/l. L'ECBU est stérile et il n'y a pas d'hématurie ni de leucocyturie.



1/ Comment expliquez-vous que le patient n'ait pas signalé à son arrivée aux Urgences la présence d'une plaie au niveau de son pied ? Comment confirmez-vous votre hypothèse ?

2/ La porte d'entrée de la dermohypodermite est la plaie située sous la tête du 1<sup>er</sup> métatarsien. Comment s'appelle ce type de plaie ? Sur quel terrain survient ce type de plaie ?

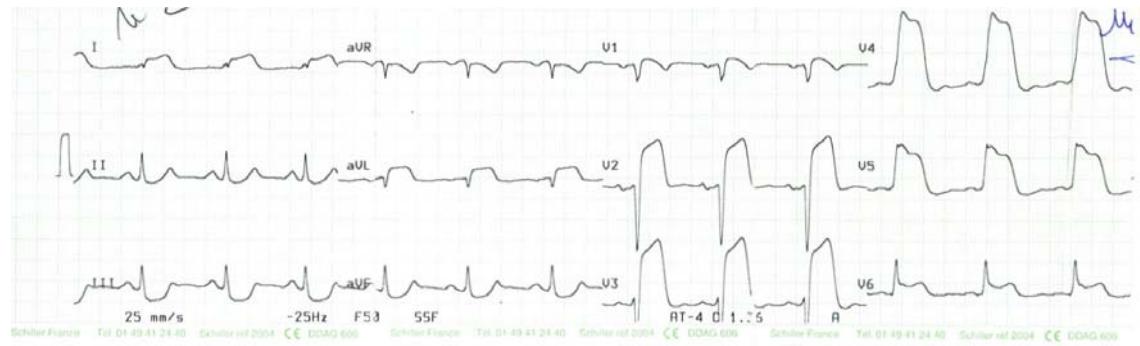
3/ Comment complétez-vous le bilan chez ce patient ? Justifiez chaque examen complémentaire prescrit.

Un fond d'œil a été prescrit dont voici le résultat.



- 4) Quel est le type de diabète le plus probable retrouvé chez ce patient ? Argumentez. Quels autres arguments en faveur de ce type de diabète recherchez vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?
- 5) Vous suspectez dans ce contexte la présence d'une néphropathie diabétique. Quels sont les arguments en faveur de ce diagnostic ? Comment le confirmez-vous ?
- 6) Quel est l'objectif à atteindre chez ce patient en terme de LDL-cholesterol ? Justifiez. Quelle classe médicamenteuse allez-vous utiliser pour y parvenir ?
- 7) Comment allez vous surveiller l'efficacité sur le long terme d'un traitement hypoglycémiant ? Quel est votre objectif ?
- 8) Quel est l'objectif tensionnel chez ce patient ? Quelle classe médicamenteuse devra faire obligatoirement partie de vos médicaments anti-hypertenseurs ? Justifiez.
- 9) Mr B se plaint d'une dysfonction érectile. Dans ce contexte, quelles peuvent en être les mécanismes ?
- 10) A la sortie de son hospitalisation, il vous réclame une prescription de Viagra (sidnédafil). Quelle précaution prenez-vous avant de le lui prescrire ?

Mr B a eu beaucoup de soucis personnels (licenciement, soucis familiaux) et n'a pas suivi à la lettre le traitement qui lui avait été prescrit à la sortie de l'hôpital. Deux ans plus tard il consulte son médecin traitant en urgence car il présente une asthénie brutale. A l'examen on retrouve des oedèmes bilatéraux des membres inférieurs, blancs, mous et prenant le godet. Le médecin traitant fait un ECG (ci-joint).



11) Quelles sont les 2 hypothèses étiologiques les plus probables concernant ces oedèmes ?  
Quel diagnostic faites-vous à partir de l'ECG ?

## Correction

Question 1 :

- Diabète non contrôlé
- glycémie à 4,36g/l non à jeun puis à 2,10g/l à jeun
- neuropathie diabétique périphérique (ou polynévrite diabétique)
- expliquant la perte de sensibilité à la douleur
- recherche d'une diminution de la sensibilité thermo-algique à l'examen clinique
- recherche d'une diminution de la sensibilité profonde à l'examen clinique
- recherche d'une abolition des ROT achilléens

Question 2 :

- mal perforant plantaire
- neuropathie périphérique (ou polynévrite)

Question 3 :

- HbA1c : évaluation du degré de contrôle glycémique dans les 3 mois précédent l'examen
- Cholestérol total et HDL, triglycérides, calcul du cholestérol-LDL : recherche d'une dyslipidémie associée au diabète, objectifs lipidiques plus sévères chez les sujets diabétiques.
- ECG : recherche d'une coronaropathie et d'une tachycardie de repos en rapport avec une neuropathie autonome cardiaque
- Fond d'œil : recherche rétinopathie diabétique
- Doppler artériel des membres inférieurs si souffle ou abolition d'un pouls : évaluation de l'atteinte artériopathique périphérique
- Doppler des carotides car haut risque cardio-vasculaire  
(la protéinurie des 24h00 a déjà été demandée)

Question 4 :

- Diabète de type 2, car :
  - . découverte fortuite
  - . âge
  - . surpoids
  - . HTA associée
  - . complications chroniques déjà présente à la découverte (rétinopathie, néphropathie, neuropathie)
- On recherche :
  - . localisation androïde du surpoids
  - . absence d'arguments à une cause secondaire de diabète, notamment par pancréatopathie, médicaments ou endocrinopathie
  - . antécédents familiaux de diabète de type 2

Question 5 :

- Présence d'autres complications du diabète, ce qui traduit son ancienneté
- Présence d'une HTA
- Protéinurie
- Pas de leucocyturie, ni hématurie

- Présence d'une rétinopathie diabétique au fond d'œil (hémorragies et exsudats)
- pas de ponction biopsie rénale car dans ce contexte le diagnostic de glomérulopathie diabétique est très probable
- échographie des reins et des voies urinaires pour recherche pathologie uro-néphrologique
- électrophorèse des protéines sanguines et urinaires de principe

Question 6 :

- LDL < 1g/l
- diabète + au moins 2 facteurs de risque (tabac, âge, HTA)
- ou diabète + protéinurie
- statine

Question 7 :

HbA1c  
Tous les 3 à 4 mois  
Objectif :  $\leq 6.5\%$

Question 8 :

- TA < 130/80 (ou 125/75)
- IEC ou sartan
- car probable néphropathie diabétique (protéinurie positive), pour en diminuer l'aggravation

Question 9 :

- psychogène
- tabac
- artériopathie
- neuropathie végétative
- diabète très déséquilibré

Question 10 :

- rechercher un angor d'effort
- ECG d'effort une fois la guérison du mal perforant plantaire obtenue, ou si le patient ne souhaite pas attendre : échocardiographie de stress ou scintigraphie myocardique.

Question 11 :

- syndrome néphrotique
- insuffisance cardiaque
- ECG : infarctus dans le territoire antérieur.