



Le cas de Robert

En collaboration avec



Par Carl Fournier, M.D.

Un homme âgé de 54 ans se présente à votre cabinet pour un problème de fatigue après les repas qui dure depuis plusieurs semaines. Il ne présente actuellement aucun autre symptôme, mais lors des moments en question, qui durent de 30 à 45 minutes, il éprouve des difficultés de concentration, des vertiges et une grande fatigue. S'il le peut, il se couche et dort environ une heure. Il craint de faire des erreurs à son travail dans ces moments-là. Toutefois, son appétit n'est pas affecté. En l'interrogeant, vous apprenez qu'il a perdu du poids (environ cinq kg) sans faire davantage d'exercice qu'habituellement. Il ne se plaint d'aucun autre symptôme sur le plan neurologique ou cardiovasculaire. Il n'a pas de difficulté respiratoire et son épouse ne décrit pas d'épisode de pause respiratoire la nuit.

Vous révisiez son dossier pour recueillir les renseignements suivants :

Antécédents personnels:

- Non-fumeur
Hypothyroïdie traitée depuis 10 ans
- Hypertension légère depuis 7 ans traitée par indapamide 2,5 mg die
- Aucun antécédent cardiovasculaire : pas d'angine, pas d'accident vasculaire cérébral ni de claudication
- Aucune allergie connue

Antécédents familiaux:

- Père décédé d'un infarctus à l'âge de 74 ans
- Mère âgée de 76 ans souffrant d'hypertension (traitée)
- Sœur souffrant d'hypertension (traitée)

Habitudes de vie:

- A cessé de fumer il y a 15 ans
- Pratique la marche à l'occasion
- Boit de l'alcool occasionnellement (environ 4 à 5 bières par semaine et 1 litre de vin la fin de semaine)

Médication actuelle:

- Lévothyroxine sodique : 0,150 ug, 1 comprimé par jour
- Indapamide : 2,5 mg, 1 comprimé par jour

Bilan antérieur fait il y a 6 mois:

- Formule sanguine complète normale
- Glycémie à jeun : 4,6 mmol/L
- Créatinine : 112 mmol/L
- Sodium : 142 mmol/L
- Potassium : 4,2 mmol/L
- Chlorure : 98 mmol/L
- Cholestérol total : 5,8 mmol/L
- Cholestérol HDL : 1,0 mmol/L
- Cholestérol LDL : 3,6 mmol/L
- Triglycérides : 2,9 mmol/L
- Hormone thyroïdienne : 1,86 mmol/L
- Électrocardiogramme : normal en octobre 2001

Examen physique:

- Taille : 183 cm (6 pi)
- Poids : 120 kg (264 lbs)
- Indice de masse corporelle : 35,8
- Tension artérielle : 140/80 mm Hg
- Tour de taille : 122 cm (48 po)
- Pouls : 80, régulier
- Fond d'œil : normal
- Bruits cardiaques : B1 et B2 normaux, pas de souffle
- Pas de souffle carotidien ni fémoral, pas d'œdème aux chevilles
- Pouls périphérique palpable
- Examen neurologique : normal

Discussion

1. Quel serait le diagnostic probable de Robert?

Votre hypothèse de départ peut inclure un trouble endocrinien, tel que le diabète et l'hypothyroïdie décompensée. De l'anémie peut se présenter sous la forme d'une fatigue généralisée. Le diagnostic différentiel peut être très large selon notre interrogatoire. Une cause psychique reste possible : un interrogatoire plus poussé dans cette direction pourrait en effet révéler une dépression, des épisodes anxieux ou des troubles du sommeil. On pourrait envisager l'abus de médicaments ou la prise de produits « naturels » avec des propriétés sédatives ou anxiolytiques. Sur le plan cardiovasculaire, le patient ne présente aucune plainte relative à des troubles d'arythmie ou d'insuffisance cardiaque. Sur le plan neurologique, une dystonie et une myasthénie grave sont peu probables dans le contexte d'un examen neurologique normal.

Vous le revoyez un mois plus tard avec un bilan. Il va toujours bien, n'a pas fait de nouvel épisode, mais se plaint toujours d'une perte d'endurance. Il dit bien dormir, s'alimente bien, mais a toujours soif. Il se plaint d'avoir la bouche sèche et d'aller uriner plus souvent qu'à l'habitude.

Vous consultez ses nouveaux résultats de laboratoire (encadré) :

Vous le revoyez un mois plus tard...

1. Quel serait votre diagnostic à ce stade-ci?

Il s'agit probablement d'un diabète de novo. Une deuxième valeur anormale de la glycémie pourra confirmer ce diagnostic.

Ces résultats en font un patient à risque très élevé de maladie coronarienne. Dorénavant, il faudra modifier nos objectifs de traitement et réviser à la baisse ses cibles de la maîtrise de tension artérielle et de profil lipidique.

Nouveaux résultats de laboratoire

Formule sanguine complète : normale
Glycémie à jeun : 12,1 mmol/L
Créatinine : 104 µmol/L
Sodium : 135 mmol/L
Potassium : 4,0 mmol/L
Chlorure : 98 mmol/L
Cholestérol total : 5,0 mmol/L
Cholestérol HDL : 1,3 mmol/L
Cholestérol LDL : 3,1 mmol/L
Triglycérides : 2,9 mmol/L
Hormone thyroïdienne : 2,25 mmol/L
Électrocardiogramme : normal

2. Quels seraient ses nouveaux objectifs de traitement?

Glycémie à jeun : < 7 mmol/L
Glycémie postprandiale : < 11 mmol/L
HbA1C : < 0,070
TA : < 130/80
Cholestérol total : < 4
Cholestérol LDL : < 2,5
Cholestérol HDL : > 0,9
Triglycérides : < 2,0
Microalbuminurie : < 2,8 mg/mmolL pour les hommes
(2,0 mg/mmol/L pour les femmes)
Indice de masse corporelle : < 25

3. Quelle médication doit être ajoutée à ce stade-ci?

Étant donné le profil du patient et la probabilité d'une insulino-résistance, un traitement approprié pourrait inclure soit de la metformine ou une thiazolidinedione.

Comme il s'agit d'un patient diabétique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion est introduit progressivement pour remplacer l'indapamide ou y être associé, selon la réponse.

L'acide acétylsalicylique doit être également ajouté pour diminuer le risque de complications cardiovasculaires. De plus, une statine pour atteindre les nouvelles valeurs cibles devra être envisagée. *Clin*