

# Cas clinique

**N. BENFENATKI**

- BN 60ans, diabétique de type 2 depuis 10 ans, traitée par 02 comprimés de Glucophage 850 et 01 comprimé de Daonil par jour est admise pour asthénie intense.

- **H D M:**

- Amaigrissement récent non chiffré et épigastralgies que la malade attribue aux hypoglycémiantes oraux.
- Notion de déséquilibre du diabète durant les 6 derniers mois malgré le régime et l'adaptation du traitement.

- **Antécédents:**

- Diabète familial ( sœur et frère diabétiques )
- Pas de notion de prises d'autres médicaments

- **A l'examen physique:**

**Poids** 65kgs, **taille** 1,58m, **T°** 37°2, **T A** 10/6 cm Hg

**Labstix** : glu +++, acét+, alb -, sang-

Dyspnée au moindre effort

Pâleur cutanéomuqueuse intense. Turgescence spontanée des jugulaires.

Rythme régulier à 110 battements/mn, souffle systolique 2/6 au foyer mitral, sans irradiations.

Pas d'hépatosplénomégalie. Aires ganglionnaires superficielles sont libres

Le TR ramène des selles noirâtres

Le reste de l'examen est sans particularité.

- **1) Faites la synthèse de ce tableau clinique**

# Corrigé 1

**1- Diabète de type 2:** âge de découverte, BMI, ATCD familiaux, TRT ADO

**Anémie mal tolérée :** dyspnée, tachycardie, hypotension , turgescence des jugulaires, souffle systolique d'IM fonctionnelle

**Hémorragie digestive :** selles noirâtres au TR

**Anémie post-hémorragique.**

- BN 60ans, diabétique de type 2 depuis 10 ans, traitée par 02 comprimés de Glucophage 850 et 01 comprimé de Daonil par jour est admise pour asthénie intense.
- **H D M:**
  - Amaigrissement récent non chiffré et épigastralgies que la malade attribue aux hypoglycémiantes oraux.
  - Notion de déséquilibre du diabète durant les 6 derniers mois malgré le régime et l'adaptation du traitement.

- **Antécédents:**

- Diabète familial ( sœur et frère diabétiques )
- Pas de notion de prises d'autres médicaments

- **A l'examen physique:**

**Poids** 65kgs, **taille** 1,58m, **T°** 37°2, **T A** 10/6 cmHg

**Labstix** : glu +++, acét+, alb -, sang-

Dyspnée au moindre effort

Pâleur cutanéomuqueuse intense. Turgescence spontanée des jugulaires.

Rythme régulier à 110 battements/mn, souffle systolique 2/6 au foyer mitral, sans irradiations.

Pas d'hépatosplénomégalie. Aires ganglionnaire superficielles sont libres

Le TR ramène des selles noirâtres

Le reste de l'examen est sans particularité.

- **2) Quels sont les examens paracliniques à visée diagnostique et/ou thérapeutique qui vous sont nécessaires ?**

# Corrigé 2

**2- Anémie:** NFS, réticulocytes, lame de sang

Fer sérique, TIBC

Retentissement de l'anémie: Télé, ECG, échocoeur

**Diabète:** glycémie.

**Hémorragie digestive:** F O G D

**Autres examens :** VS, électrophorèse des protides,  
groupage, sérologie HIV, HBV, HCV

- **3) Quelle est votre stratégie thérapeutiques dans l'immédiat ?**

# Corrigé 3

- 3- Prise d'une voie d'abord,  
Oxygène  
Transfusion: culot globulaire isogroupe isoRh

**NFS/mm<sup>3</sup>:** GR 2,2 M, Hb 4,8g/dl, VGM 72fl, CCMH 28%  
GB 9200, Plaquettes 280 000

**Réticulocytes** 2%

**Frottis sanguin :** GR: microcytose ++, hypochromie ++  
GB: 59-01-02-37-01.

**VS** 100mm à la première heure

**Electrophorèse des protides g/l :** protides totaux : 70, albumine 28,  
alpha 1 globulines 2, alpha 2 globulines 7, Béta globulines 10,  
gamma globulines 23

**Fer sérique** 54 microg, TIBC 382 microg

**Glycémie :** 2,5g/l, urée sanguine 0,28g/l, créatininémie 7,9mg/l

**Groupage :** A Rh + , HIV -, HbS -

**Téléthorax :** cœur globuleux, parenchyme pulmonaire sans anomalie

**ECG:** rythme régulier, sinusal, troubles diffus de la repolarisation de V<sub>1</sub> à V<sub>6</sub>

**Echocardiographie :** pas de vice valvulaire, cinétique cardiaque conservée,  
pas de dilatations cavitaires.

**Fibroscopie oesogastro duodénale :** pas de varices œsophagiennes,  
lac muqueux hémorragique: processus ulcéro bourgeonnant de l'antre.

**4) Quelles sont vos conclusions diagnostiques ? Argumentez .**



# Corrigé 4

- **4- Anémie microcytaire hypochrome arégénérative**

( taux de réticulocytes : 44000 )

**sans atteinte des autres lignées,**

**Anémie ferriprive: CS= 11%.**

**Anémie post-hémorragique d'origine digestive**

( F O G D ) probablement néoplasique

**Anémie sévère avec retentissement cardiaque :**

Télé ( cœur globuleux )

ECG ( troubles de la repolarisation )

Echocoeur ( pas de vice valvulaire )

**Diabète déséquilibré:** affection intercurrente

**Syndrome inflammatoire franc :** VS accélérée, hypoalbuminémie, hyergamma en rapport avec l'origine néoplasique probable

- **5) Quels sont les examens complémentaires qui vous sont encore nécessaires ?**

# Corrigé 5

- **5- Biopsie gastrique**  
**Echographie abdominopelvienne**  
**Bilan du retentissement du diabète**  
**( organes cibles, facteurs de risque )**

- **Biopsie gastrique** : confirme le diagnostic d'adénocarcinome.

**Echographie abdomino pelvienne** : aucune anomalie péritoine libre, pas d'adénopathies profondes, pas de splénomégalie, foie de taille et de morphologie normales.

**Le reste du bilan demandé a montré:**

- Rétinopathie pré proliférative
- Microalbuminurie
- ECB urinaire négatif
- Bilan lipidique normal

**6) Quels sont vos diagnostics définitifs ?**

# Corrigé 6

- **6-Adénocarcinome gastrique, pas de métastases**  
( pulmonaires, hépatiques, péritonéales )

**Diabète de type 2 confirmé,**

**compliqué (rétinopathie, néphropathie )**

- **7) Quelle sera votre démarche thérapeutique ?**

# Corrigé 7

- **7) TRT de l'adénocarcinome : chirurgie**  
**TRT de l'anémie : Fumafer, Jectofer**  
**TRT du diabète : insulinothérapie transitoire**

- **8) Quel est votre pronostic ?**



# Corrigé 8

- **8- Pronostic:**

**Réservé à moyen terme :**

adénocarcinome,

existence de complications dégénératives.