

SFPC

Société française  
de pharmacie clinique



PAS DE FRONTIÈRES POUR LA PHARMACIE CLINIQUE

18<sup>e</sup> Congrès de la SFPC

Marseille Parc Chanot - 26 au 29 janvier 2020

# Pharmacie clinique en pédiatrie... un peu d'endocrinologie

Héloïse Capelle, Sébastien Chanoine,  
Sandrine Masseron, Sonia Prot-Labarthe  
Dr Sarah Castets

Groupe de travail Pédiatrie de la SFPC



Raison de consultation : Infléchissement statural depuis l'âge de 2 ans (+1 DS à -2 DS)

- Née à 40 SA,
- Poids de naissance 3190g (25<sup>e</sup> percentile)
- Taille de naissance 50,5cm (50<sup>e</sup> percentile)
- PC 35,5cm (50-75<sup>e</sup> percentile)
- Mère 167cm, 72kg
- Père 167cm, 60kg
- Age première règles mère : NC
- Consanguinité : oui
- Taille cible génétique : 173,5cm
- Douleurs abdominales chroniques : échographie colique, iléoscopie : bilan négatif sauf gastrite à H pylori traitée

Le jour de la consultation :

- Age chronologique : 9 ans
- Age osseux : 6 ans 10 mois
- Poids : 23.5 kg (10<sup>e</sup> percentile)
- Taille : 119.2 cm (- 2 DS)
- PC 50 cm
- BMI : 16.5 kg/m<sup>2</sup>
- Description de la croissance : courbe régulière sur la moyenne jusqu'à 4 ans puis infléchissement progressif (M à - 2 DS en 5 ans). Courbe poids plus ou moins régulière sur 10<sup>e</sup> percentile
- Morphologie : lèvre supérieure un peu fine, philtrum long, cou un peu court, fentes palpébrales normales, oreilles et implantations des cheveux : normales
- Stade pubertaire : A1 P1 S1 (Pilosité/Seins)
- Reste de l'examen sans particularité

# 1

## Bilan de base (11)

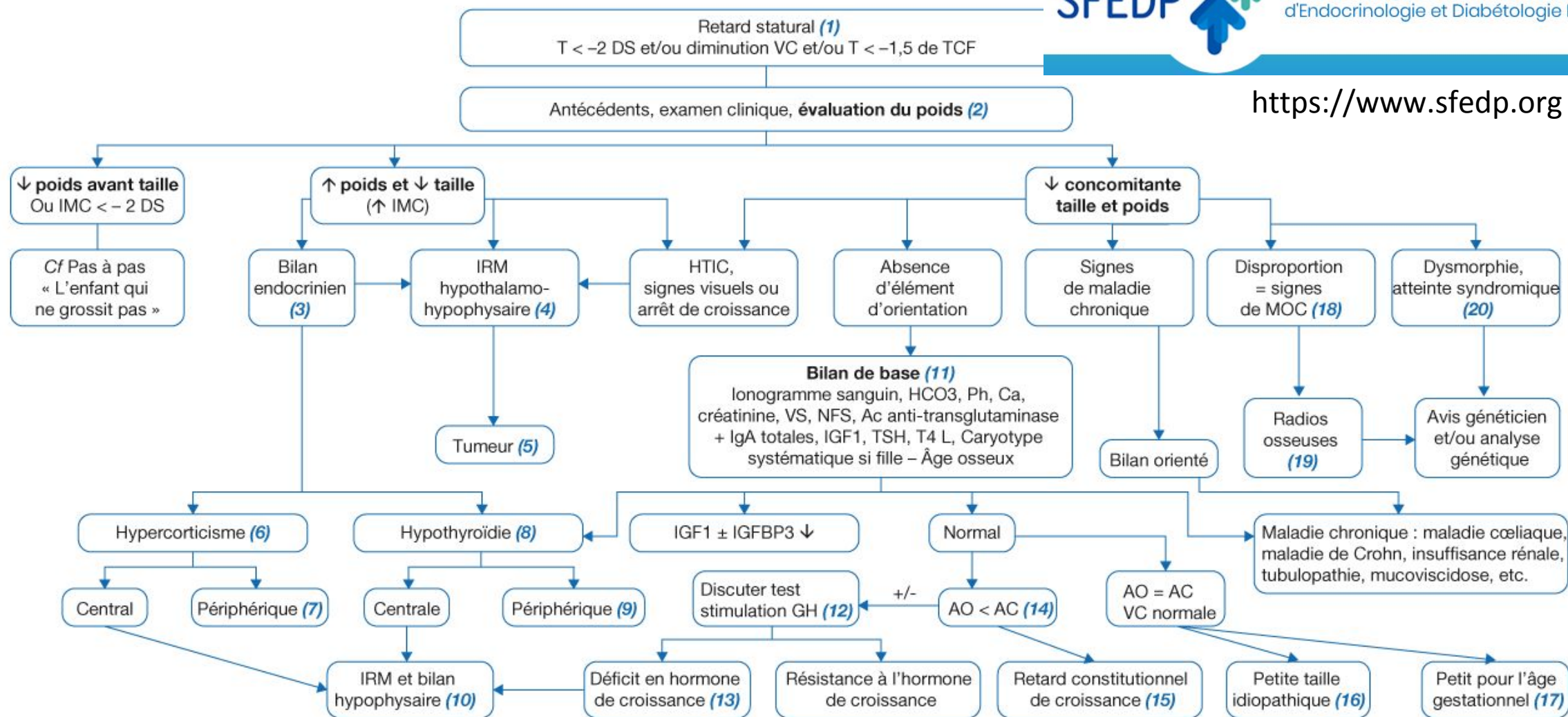
Ionogramme sanguin, HCO<sub>3</sub>, Ph, Ca, créatinine, VS, NFS, Ac anti-transglutaminase + IgA totales, IGF1, TSH, T4 L, Caryotype systématique si fille – Âge osseux

- **Fonction somatotrope** :  
IGF1 : 96 ng/ml
- **Fonction thyroïdienne** :  
T3L : 6.5 pmol/l  
T4L : 17 pmol/l  
TSH : 4.07 mUI/l
- **Fonction gonadotrope** :  
FSH de base à 1.8 UI/l  
LH < 0.1 UI/l  
E2 : < 5 pg/ml
- **Fonction post hypophyse** :  
Osmolarité urinaire en boisson libre : 858 mOsmol/kg  
Na U = 159 mmol/l
- **Régulation phosphocalcique** :  
Ca<sup>++</sup> : 2.22 mmol/l  
Ph : 1.75 mmol/l  
Mg : 0.90 mmol/l  
PTH : 36 ng/ml  
PAL : 142 UI/l  
25 OH vit D : 12 µg/l

# Cas clinique Patient A

- **Autres examens**  
Caryotype : 46 XX normal, pas de délétion du gène SHOX  
Anticorps anti transglutaminase : négatifs en novembre 2009 (en externe)
- **Bilan lipidique** :  
Cholestérol : 6.82 mmol/l soit 2,6g/L  
HDL Cholestérol : 1.9 mmol/l soit 0,7g/L  
LDL cholestérol 4.67 mmol/l soit 1,8g/L
- **Hématologie** :  
NFS : Hb : 13.7 g/dl  
VGM : 79.6 µ<sup>3</sup>  
GB : 4800 /mm<sup>3</sup>  
Plaquettes : 284000 /mm<sup>3</sup>
- **Ionogramme sanguin** :  
Na : 139 mmol/l  
K<sup>+</sup> : 4.2 mmol/l  
Bicarbonates : 24 mmol/l  
Urée : 4.9 mmol/l  
Créatininémie : 42 µmol/l  
Protéines : 67 g/l
- **Bilan hépatique** :  
ALAT : 29 UI/l  
ASAT : 20 UI/l  
γGT : 1 UI/l  
Ferritine : 19 µg/l

- Quelles hypothèses diagnostiques ?
  - Quel test suggérer ?
- Où trouver les normes des bilans hormonaux chez l'enfant ?



VC : vitesse de croissance  
TCF : taille cible familiale  
TSH : *Thyroid Stimulating Hormone*

<https://pap-pediatrie.fr/endocrinologie/enfant-trop-petit>

Enfant de 6 ans (M) diabétique de type 1 sous pompe à insuline  
Hospitalisé pour gastro entérite aigüe / déséquilibre du diabète  
Pas d'allergie, pas d'ATCD familiaux, historique vaccinal inconnu

### Histoire de la maladie

- Diagnostic diabète type 1 18 mois plus tôt → **diagnostic clinique du DT1 ?**
  - Consultation aux urgences pédiatriques pour syndrome polyuropolydipsique évoluant depuis 1 semaine, énurésie depuis 1 mois et perte d'appétit
  - Glycémie capillaire à l'arrivée aux urgences : 5,91 g/L → **diagnostic biologique du DT1 ?**  
BU: glycosurie et acétonurie  
HbA1c 10.8%
  - Faible positivité des anticorps : Ac anti GAD à 1 mUI/L et IA2 négatifs
- Début traitement par insulinothérapie SC avec schéma basal bolus → **quelles sont les 2 options/schémas thérapeutiques/galéniques permettant de reproduire une insulinosécrétion physiologique?**
- Schéma actuel : pompe à Insuline Novorapid°
  - Bolus : 4UI-3.5UI-4UI-4UI
  - Basal : 0.125 UI/h de minuit à 4h; 0.150 UI/h de 4h à 12h;  
0.2 UI/h de 12h à 16h; 0.250 UI/h de 16h à 20h;  
0.150 UI/h de 20h à minuit

# 1

## Cas clinique Patient C

- Garçon né à 36 semaines d'aménorrhées + 3 jours
- Grossesse gémellaire bi-amniotique bichoriale
- Poids de naissance : 2,320 kg
- Score APGAR à 10/10
- Découverte d'une 17-OH-P élevée au Guthrie

A quoi pensez-vous ?

- **J+24**

- Déshydratation, constipation et vomissements
- Choc avec défaillance multiviscérale puis arrêt cardiorespiratoire de 20 min
- Coagulation intravasculaire disséminée
- Biologie :
  - Natrémie : 112 mmol/L
  - Kaliémie : 8,3 mmol/L
  - Cortisol : 12 nmol/L (VN = 40-304 le matin entre S2 et M3)
  - ACTH : 19,6 nm/L soit 88,3 ng/L (VN = 10 à 60 le matin)
- Bonne évolution

A quoi pensez-vous ?



PAS DE FROID  
POUR LA  
PHARMACIE CLINIQUE

[Sarah.CASTETS@ap-hm.fr](mailto:Sarah.CASTETS@ap-hm.fr)  
[heloiscapelle@hotmail.com](mailto:heloiscapelle@hotmail.com)  
[SChanoine@chu-grenoble.fr](mailto:SChanoine@chu-grenoble.fr)  
[sandrine.masseron@parisdescartes.fr](mailto:sandrine.masseron@parisdescartes.fr)  
[sonia.prot-labarthe@aphp.fr](mailto:sonia.prot-labarthe@aphp.fr)

# 18<sup>e</sup> congrès de la SFPC