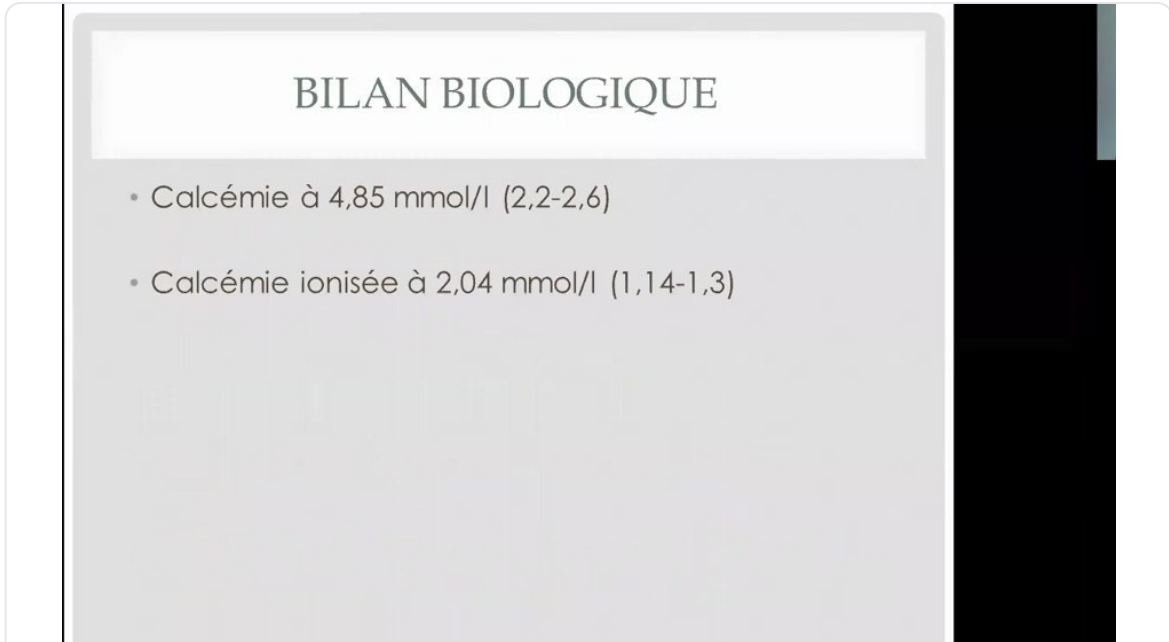


#001

Objectifs du carnet



The screenshot shows a medical report titled "BILAN BIOLOGIQUE". It lists two findings: "Calcémie à 4,85 mmol/l (2,2-2,6)" and "Calcémie ionisée à 2,04 mmol/l (1,14-1,3)". The report is partially obscured by a black redaction bar on the right side. Below the screenshot, a caption reads: "Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1."

BILAN BIOLOGIQUE

- Calcémie à 4,85 mmol/l (2,2-2,6)
- Calcémie ionisée à 2,04 mmol/l (1,14-1,3)

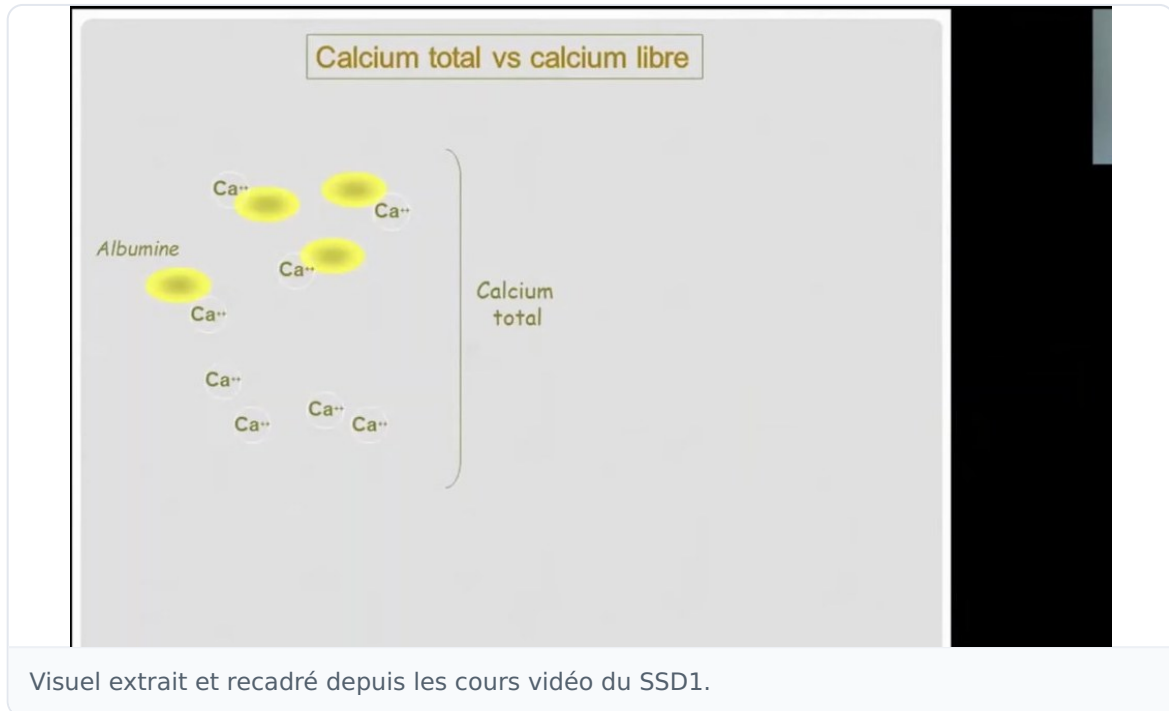
Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant troubles hydro-electrolytiques et acido-basiques en contexte EDN et en garde.
- Pour Troubles Hydro-Electrolytiques et Acido-Basiques, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Troubles Hydro-Electrolytiques et Acido-Basiques, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Troubles Hydro-Electrolytiques et Acido-Basiques, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Hyponatremie



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Evaluer gravité neurologique, vitesse d'installation et tonicité plasmatique.
- Distinguer hypovolemie, euvolemie type SIADH et hypervolemie par clinique et osmolarités.
- Correction trop rapide expose à démyélinisation osmotique.
- Convulsions ou coma: serum sale hypertonique en filière surveillée.

#003

Hypercalcémie



b) Tableau clinique

Digestif

- Anorexie, nausée, vomissement, douleur abdominale pseudo chirurgicale

Rénal

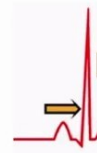
- Polyuro-polydipsie :
→ Blocage des récepteurs à la vasopressine →
Diabète insipide néphrogénique
- **Déshydratation, IRA**, hypovolémie, collapsus
- Lithiase rénale bilatérale, récidivante
- Infection urinaire

Neurologique :

- Asthénie, céphalée
- **Confusion, COMA ! Convulsion**

Cardiologique

- HTA
- Anomalie ECG : **Raccourciss** ondes T aplaties, Allongeme l'extrême trouble du rythme conduction



Toxicité cardiaque majorée par les di

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Signes: asthenie, confusion, constipation, polyurie, deshydratation, troubles du rythme.
- Verifier calcium corrige ou ionise, PTH, vitamine D, rein et ECG si severe.
- PTH elevee: hyperparathyroidie; PTH basse: cancer, vitamine D, granulomatose ou médicaments.
- Traitement urgent: hydratation, traitement etiological et avis specialise si severe.

#004

Acidose et alcalose

- Gaz du sang: pH, bicarbonates, PaCO₂ et compensation attendue orientent le trouble primaire.
- Trou anionique augmente: lactate, cétone, insuffisance rénale, toxiques.
- Acidose métabolique normale: pertes digestives ou tubulopathies.
- Corriger la cause et surveiller potassium, ventilation, rein et volémie.

#005

Pièges EDN

- Un dosage hormonal isolé ne suffit pas si le contexte, l'heure ou le traitement rendent le résultat non interprétable.
- Toujours rechercher grossesse, iatrogénie, insuffisance rénale et maladie aiguë devant une anomalie endocrinienne.
- Les urgences endocriniennes se traitent avant confirmation exhaustive si le risque vital est plausible.
- Penser au retentissement: os, cœur, rein, fertilité, nutrition, peau, sommeil et qualité de vie.

#006

Mini-cas à savoir résoudre

- Nommer l'axe hormonal atteint et dire s'il s'agit d'un excès, déficit ou résistance.
- Choisir le premier test biologique utile, puis l'imagerie seulement si elle change la conduite.
- Identifier les signes qui imposent hospitalisation ou avis spécialisé urgent.
- Prévoir surveillance, éducation du patient et adaptation au terrain.

parcours de soins du diabete de type 2; Supports locaux SSD1/Alex/3- Endocrinologie; Banque d'images recadreées SSD1/Carnets/phase1_collecte

Cahier de formation - 6 fiches - Endocrinologie