



J. Grillot<sup>1</sup>, L. Meillet<sup>2</sup>, P. Gilet<sup>2</sup>, N. Kattan<sup>2</sup>, Y. Djellas Braik<sup>2</sup>, A. Bounaga<sup>2</sup>, C. Vanlemmens<sup>3</sup>, F. Schillo<sup>2</sup>, S. Borot<sup>2</sup>  
1. Service de gastro-entérologie 2. Service d'endocrinologie 3. Service d'hépatologie, CHRU Besançon

## Observation

Un patient de 58 ans, aux antécédents de cirrhose mixte nécessitant des ponctions d'ascite régulière et de maladie de Vaquez, est adressé pour **bilan d'hypoglycémies** devant des **glycémies veineuses à jeun basses** (entre 0,35 et 0,45 g/l) lors des bilans réalisés au laboratoire en externe.

L'entretien retrouve des **malaises** avec sueurs et pâleur, résolutifs après resucrage, sans signe de focalisation, perte de connaissance ou crises convulsives.

Un premier bilan retrouve une insulïnémie et un C-peptide non freinés en parallèle d'une glycémie veineuse à 0,35g/l.

Le patient est hospitalisé pour une épreuve de jeûne.

Lors de l'épreuve de jeûne, la première **glycémie veineuse est à 0,15g/l** alors que le patient est asymptomatique et que la **glycémie capillaire est à 0,98g/l**.

## Analyse

Nous avons réalisé un second prélèvement veineux dont les 4 tubes ont été acheminés différemment au laboratoire avec ceux d'un témoin sain (Figure 1)

- acheminement rapide dans la glace (T0/Glace)
- acheminement rapide à température ambiante (T0/TA)
- acheminement différé d'une heure à température ambiante (1H/TA)
- acheminement différé de 3 heures à température ambiante (3H/TA)

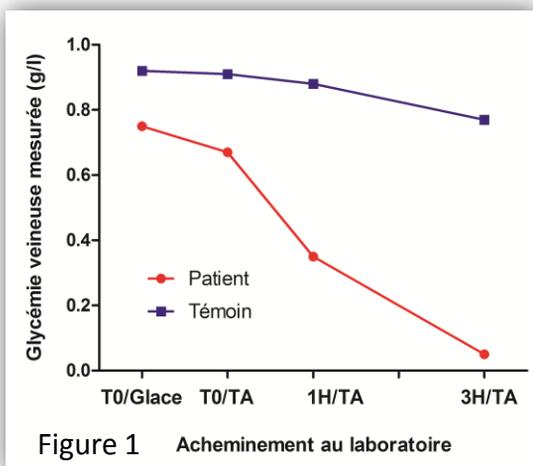


Figure 1 Acheminement au laboratoire

Par ailleurs, le **taux de glucose** au laboratoire dans le **liquide d'ascite**, acellulaire était **normal**.

La numération globulaire du patient retrouvait une **hyperleucocytose** à polynucléaires neutrophiles (20 000/mm<sup>3</sup>) s'intégrant dans le cadre de sa maladie de Vaquez avec une richesse de la moelle en éléments granuleux.

## Conclusion

Les syndromes myéloprolifératifs peuvent s'accompagner **d'hypoglycémie artéfactuelle** par consommation du glucose à l'intérieur du tube, à l'origine d'un faux diagnostic d'hypoglycémie <sup>1,2</sup>.

Il convient d'acheminer les tubes rapidement au laboratoire ou de prélever sur un tube contenant un antiglycolytique.

Ce cas rappelle bien l'importance de la recherche des **symptômes vrais de neuroglucopénie** dans la triade de Ménard.

## Bibliographie

1. Leukocytosis-Induced Artifactual hypoglycemia, Endocrine Journal, 2003
2. Artifactual hypoglycemia in a patient with alcoholic hepatitis and hyperleukocytosis, Press Med, 2009