

Durée de l'épreuve 01 heure

Question 01 : Le neuroblastome

- a. Est un néoplasme blastémateux embryonnaire ✓
- b. Atteignant la couche corticale de la surrénale ✓ *medullaire*
- c. Fréquent chez l'adolescent et l'adulte ✓ *enfant*
- d. Les cellules sont monomorphes ✓
- e. Les cellules se disposent en rosettes à centre clair fibrillaire ✓

Question 02 : Le diagnostic positif du phéochromocytome se pose sur

- a. Des cellules chromaffines localisées à la médulosurrénale ✓
- b. Des Remaniements nécrotiques ou hémorragiques si la tumeur est petite ✓
- c. Une tranche de section brune ou grisâtre, ferme, assez homogène ✓
- d. Un immuno-marquage négatif à la Chromogranine A ✓
- e. Des critères de malignité définis par le score de PASS ✓

Question 03 : Le carcinome papillaire de la thyroïde se caractérise par

- a. De larges vésicules, remplies d'une abondante colloïde ✓
- b. Des pseudo-inclusions intra cytoplasmiques ✓
- c. Aspect en verre dépoli avec chevauchement ou non des cellules ✓
- d. Un noyau avec incisure en grain de café ✓
- e. Des vésicules de grande taille ✓

Question 04 : Le Craniopharyngiome papillaire

- a. Appelé aussi l'adamantinome hypophysaire ✓
- b. Est une tumeur maligne ✓
- c. Développée à partir de vestiges de la poche de Rathke ✓
- d. Se voit chez l'adulte ✓
- e. Comporte histologiquement un épithélium squameux avec des papilles atrophiques ✓

Question 05 : Parmi les causes suivantes, les quelles sont communes entre insuffisance antéhypophysaire et diabète insipide ?

- a. Section de la tige pituitaire ✓
- b. Syndrome de Prader Willi ✓
- c. Syndrome de Sheehan ✓
- d. Syndrome de Kallmann ✓
- e. Craniopharyngiome ✓

Question 06 : L'ADH (hormone antidiurétique)

- a. Est libérée en réponse à l'hyperosmolarité urinaire ✓
- b. Est libérée en réponse à l'hyperosmolarité plasmatique ✓
- c. Est libérée en réponse à l'hypovolémie ✓
- d. Agit par le biais de son récepteur V2 des cellules du tube collecteur rénal ✓
- e. Est libérée en réponse à l'hyponatrémie ✓

Question 07 : Cochez la ou les réponses justes à propos de l'hyperthyroïdie

- a. Le goitre multinodulaire toxique est la cause la plus fréquente ✓
- b. Elle se manifeste Biologiquement par une TSH élevée et une FT4 basse ✓
- c. Elle peut être secondaire à une surcharge iodée ✓
- d. Elle est toujours définitive après une thyroïdite auto-immune ✓
- e. Les TRAK et Anticorps antithyroïdiens sont négatifs en cas de nodule toxique ✓

Question 08 : Précisez les signes cliniques habituels évoquant une thyrotoxicose

- a. Anorexie ✓
- b. Prurit ✓
- c. Constipation ✓
- d. Gynécomastie ✓
- e. Polyphagie ✓

Question 09 : La cardiomyopathie est définie par une thyrotoxicose associée à une (un)

- a. Souffle cardiovasculaire ✓
- b. Hypertension artérielle systolique ✓
- c. Arythmie complète par fibrillation auriculaire ✓
- d. Tachycardie sinusale ✓
- e. Insuffisance cardiaque ✓

Question 10 : Les signes latents d'hypocalcémie peuvent être démasqués à l'examen clinique par

- a. le signe du Tabouret
- b. le signe de Chvostek
- c. la position de serment
- d. le signe de Babinski
- e. le signe de Trousseau

Question 11 : Selon les recommandations du 4^{ème} Workshop Américain de 2014, le traitement chirurgical de l'hyperparathyroïdie primitive asymptomatique est indiqué dans les situations suivantes, les quelles ?

- a. Age > 50 ans 250 ans
- b. Calcémie > 10 mg/l au-dessus des normes du laboratoire ✓
- c. Calciurie > 200 mg/24 h 400
- d. Clearance de la créatinine < 30 ml/mn 60
- e. Calciurie > 400 mg/24h

Question 12 : Quelles sont les mesures thérapeutiques à envisager dans la prise en charge d'une hypoparathyroïdie ?

- a. Donner la vitamine D uniquement sous sa forme native, ce qui est largement suffisant pour assurer les besoins journaliers
- b. Donner les sels de calcium à raison de 1-2 g de calcium élément par jour en moyenne
- c. Associer les diurétiques de l'anse qui vont augmenter la réabsorption rénale de calcium
- d. Encourager les mesures diététiques pour réduire le risque de formation de lithiases rénales
- e. Proscrire les sels de Magnésium qui risquent de majorer l'hypocalcémie

Question 13 : L'hypothyroïdie peut se manifester cliniquement par

- a. Moiteur des mains
- b. Frilosité
- c. Sueurs froides
- d. Asthénie sexuelle - ?
- e. Hypoacousie

Question 14 : Parmi les propositions suivantes, les quelles sont responsables d'hypothyroïdie primaire ?

- a. Cholécystographie
- b. Prise de Sélénium
- c. Radiothérapie cervicale
- d. Adénome hypophysaire invasif
- e. Itrathérapie

Question 15 : Quels sont les éléments en faveur d'un surdosage en Desmopressine ?

- a. Soif intense
- b. Dégoût pour l'eau
- c. Natrémie à 155 mEq/l
- d. Natrémie à 128 mEq/l
- e. Osmolarité plasmatique de 320 mosm/l

Question 16 : Parmi les paramètres biochimiques suivant quels sont ceux en faveur du diagnostic d'insuffisance surrénale aiguë ?

- a. Kaliémie à 3,1 mEq/l
- b. Kaliémie à 5,5 mEq/l
- c. Natrémie à 145 mEq/l
- d. Glycémie à 0,5 g/l
- e. Réserves alcaline (HCO₃) élevée

Question 17 : Quel est le profil clinico-biologique d'une corticothérapie à forte doses ?

- a. Une prise de poids
- b. Un taux de cortisol plasmatique élevé
- c. Ulcères cutanés - ?
- d. Un taux d'ACTH élevée
- e. Un taux de cortisol plasmatique bas

Question 18 : Le traitement d'entretien de l'insuffisance surrénalienne par déficit en 21 hydroxylase consiste à

- a. De l'hémisuccinate d'hydrocortisone par voie orale
- b. De l'Hydrocortisone par voie orale
- c. Du Fludrocortisone par voie orale
- d. Un Régime alimentaire riche en potassium
- e. Un Régime alimentaire pauvre en sodium

Question 19 : Dans l'insuffisance surrénale secondaire à une rétraction corticale, l'atteinte touche

- a. La corticosurrénale et la médullosurrénale
- b. La couche réticulée
- c. La médullosurrénale
- d. La couche glomérulée
- e. La couche fasciculée

Question 20 : Dans la maladie de Cushing

- a. Caractérisée par un freinage fort à la dexaméthasone négatif
- b. Causée par un microadénome hypophysaire
- c. L'hyperaldostéronisme est fréquent
- d. Causée par un macroadénome hypophysaire
- e. L'imagerie hypophysaire est parfois sans anomalies

Question 21 : Parmi les pathologies suivantes, les quelles comportent une hyperplasie bilatérales des surrénales ?

- a. Les cancers surrénaliens (corticosurrenalome)
- b. Les adénomes corticotropes
- c. Les syndromes de Cushing paranéoplasiques
- d. Les adénomes cortico-surrénaliens
- e. Bloc enzymatique surrénalien en 11 beta-hydroxylase

Question 22 : Les quelles des situations suivantes sont responsables d'une baisse du taux plasmatique d'IGF1?

- a. Déficit en GH (Hormone de croissance)
- b. Grossesse
- c. Malnutrition
- d. Insuffisance hépatique
- e. Période pubertaire

Question 23 : L'hypoglycémie stimule la sécrétion de GH (hormone de croissance) par le biais de

- a. Des récepteurs α_2 adrénergiques
- b. Des récepteurs β_2 adrénergiques
- c. Des récepteurs α_1 adrénergiques
- d. Des récepteurs β_1 adrénergiques
- e. Des récepteurs dopaminergiques

Question 24 : Une insuffisance antéhypophysaire peut se manifester par

- a. Une insuffisance rénale
- b. Une hypoglycémie
- c. Une anémie
- d. Un syndrome polyuro-polydipsique
- e. Un retard pubertaire

Question 25 : Un adénome thyroïdote est évoqué devant un taux de

- a. F-T4 élevé
- b. F-T4 bas
- c. TSH normal
- d. TSH élevé
- e. TSH bas

Question 26 : Quelles sont les causes de l'hypokaliémie

- a. Acidose métabolique
- b. Acidose respiratoire
- c. Hyperaldostéronisme secondaire
- d. Alcalose métabolique
- e. Insuffisance rénale aigue

Question 27 : Le degludec est un(e)

- a. Analogue du GLP 1
- b. Analogue de l'Amyline
- c. Analogue d'Insuline basale ultra lente
- d. Analogue d'Insuline ultra lente Glargine U300
- e. Analogues d'Insuline ultra lente Détémir U300

Question 28 : L'Empagliflozine, un inhibiteurs des SGLT2 est contre indiqué en cas de

- a. Microalbuminurie positive
- b. Lithiase rénale
- c. Clearance de la créatinine < 70 ml/min
- d. Hypercholestérolémie
- e. Clearance de la créatinine < 60 ml/min

Question 29 : Concernant l'association Biguanide + Thiazolidinédione

- a. L'action est synergique et relevant de mécanismes identiques
- b. L'action est synergique et relevant de mécanismes différents
- c. L'action est asynergique et relevant de mécanismes différents
- d. L'action est asynergique et relevant de mécanismes identiques
- e. L'action est variable selon les doses administrées

Question 30 : La Détémir est un(e)

- a. Analogue du GLP 1
- b. Analogue de l'Amyline
- c. Analogue lent de l'insuline
- d. Analogue lent d'insuline U300
- e. Analogue ultra-lent de l'insuline U300

Cas clinique : Une femme âgée de 37 ans, mère de 4 enfants dont 2 nés macrosomes, hypertendue sous traitement, asthmatique obèse, aux antécédents familiaux de diabète sucré et de dyslipidémie, consulte suite à un bilan de santé de routine qui retrouve une Glycémie à jeun à 1,19 g/l, l'épreuve d'Hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) retrouve une Glycémie à 1,8 g/l à la 2^{ème} heure.

Question 31 : Interprétez ce bilan glycémique

- a. Un Diabète sucré
- b. Un Prédiabète
- c. Un Bilan normal
- d. Une Hyperglycémie modéré à jeun
- e. Une Intolérance au glucose

Question 32 : Quels sont les facteurs de risque de diabète sucré ?

- a. ATCDS de macrosomie
- b. Asthme
- c. Obésité
- d. ATCDS familiaux de dyslipidémie
- e. HTA

Question 33 : Un an plus tard la patiente consulte pour une asthénie, un syndrome polyuro-polydipsique avec une glycémie à jeun de 2 g/l. Comment typez-vous ce diabète ?

- a. Diabète type 1
- b. Diabète gestationnel
- c. Diabète type 2
- d. Diabète type LADA (Latent Autoimmune Diabetes in Adults)
- e. Diabète type MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young)

Question 34 : Quels sont les examens clinico- biologiques à compléter chez cette patiente dès la 1^{ère} consultation ?

- a. Bilan lipidique complet
- b. Epreuve d'effort
- c. Hémoglobine glyquée (HbA1c)
- d. Epreuve fonctionnelle respiratoire (EFR)
- e. Bilan rénal

Question 35 : Concernant le dosage plasmatique de l'HbA1c

- a. Il renseigne sur l'équilibre glycémique sur les 2 à 3 mois précédant son dosage
- b. L'équilibre glycémique est jugé parfait si son taux est < 8 %
- c. L'équilibre glycémique est jugé parfait si son taux est < 7,5 %
- d. Il est difficile à interpréter en présence d'une hémoglobinopathie
- e. Il reste valable en présence d'une anémie sévère

Question 36 : Sous Metformine et Gliclazide, la patiente fait des hypoglycémies profondes survenant à n'importe quel moment de la journée. Quelles sont, parmi les propositions suivantes, les anomalies pouvant expliquer une hypoglycémie ?

- a. Surdosage en Diurétiques thiazidiques
- b. Surdosage en Gliclazide
- c. Surdosage en Metformine
- d. Hypoalbuminémie
- e. Pancréatite chronique

Question 37 : La metformine présente un risque majeur de

- a. Cétacidose lactique
- b. Acidocétose lactique métabolique
- c. Acidose lactique métabolique
- d. Acidose lactique respiratoire
- e. Acidocétose lactique respiratoire

Question 38 : Dans le traitement du diabète sucré type 2 on ne peut pas associer

- a. Metformine + Glimépiride
- b. Gilmépiride + Gliclazide
- c. Insuline + Metformine
- d. Analogue de GLP-1 + Insuline

Question 39 : Quels sont les éléments qu'il faudra contrôler à chaque consultation ?

- a. Acuité visuelle
- b. ECG
- c. Poids
- d. Examen neurologique
- e. Examen des pieds

Question 40 : Quels sont les facteurs de risque cardiovasculaires de la patiente ?

- a. ATCD familiaux de diabète sucré
- b. ATCD familiaux de dyslipidémie
- c. ATCD de Macrosomie
- d. Hypertension artérielle
- e. Age de 37 ans



Les bords contiennent de petits carrés noirs pour la lecture automatique. Ne pas raturer !

Université de Constantine 3 - Faculté de Médecine Pr B. Bensmail

Constantine, 25/03/2023

Département de Médecine de Constantine - Epreuve d'Endocrinologie - A5 - R3 -

Nom: CORLIGE TYPE

Prénom:

Salle/Place Matricule / Date de naissance: 12 / 10 / 1983

Ce sujet contient 40 QCM

Cocher les cases au stylo noir avec un astérisque épais : croix avec une barre horizontale ou verticale (☒ ou ☒)

- | A | B | C | D | E | A | B | C | D | E |
|-------|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|
| 1. ☒ | ☐ | ☐ | ☒ | ☒ | 26. ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |
| 2. ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | 27. ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |
| 3. ☐ | ☒ | ☒ | ☒ | ☐ | 28. ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ |
| 4. ☐ | ☐ | ☒ | ☒ | ☐ | 29. ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | 30. ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |
| 6. ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | 31. ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | ☒ |
| 7. ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | 32. ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ |
| 8. ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☒ | 33. ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |
| 9. ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | 34. ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ |
| 10. ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | ☒ | 35. ☒ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ |
| A | B | C | D | E | A | B | C | D | E |
| 11. ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | ☒ | 36. ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☐ |
| 12. ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | 37. ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ |
| 13. ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☒ | 38. ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | 39. ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ |
| 15. ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | 40. ☐ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ |
| 16. ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | | | | | |
| 17. ☒ | ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | | | | | |
| 18. ☐ | ☒ | ☒ | ☐ | ☐ | | | | | |
| 19. ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☒ | | | | | |
| 20. ☐ | ☒ | ☐ | ☒ | ☒ | | | | | |
| A | B | C | D | E | | | | | |
| 21. ☐ | ☒ | ☒ | ☐ | ☒ | | | | | |
| 22. ☒ | ☐ | ☒ | ☒ | ☐ | | | | | |
| 23. ☒ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | | | | | |
| 24. ☐ | ☒ | ☒ | ☐ | ☒ | | | | | |
| 25. ☒ | ☐ | ☒ | ☒ | ☐ | | | | | |

Dr. K. BOUDAGH
Endo.
U. G.