

Question 01 : La thyroïdite de Quervain se caractérise macroscopiquement par :

- a. Une glande légèrement hypertrophiée,
- b. Souvent asymétrique.
- c. Elle est de consistance ferme voir rénitente
- d. Elle adhère aux tissus voisins.
- e. Elle est de consistance indurée là où la réaction fibro-inflammatoire dépasse sa capsule.

Question 02 : L'aspect microscopique de la thyroïdite granulomateuse se caractérise par :

- a. La présence d'éléments cellulaires ronds ou ovalaires de petite taille.
- b. Présente des follicules lymphoïdes munis de centres clairs
- c. La présence de granulomes tuberculoïdes
- d. La présence d'un stroma fibreux plus ou moins abondant
- e. Peut dégénérer en lymphome

Question 03 : Le carcinome papillaire présente des caractéristiques cytologiques bien définies :

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

Question 04 : Le diagnostic positif du Carcinome médullaire de la thyroïde se pose sur:

- a. L'immuno-marquage à la calcitonine qui est positif
- b. Présence de calcosphérites qui sont pathognomoniques.
- c. Présence de papilles vraies comportent un axe conjonctivo-vasculaire.
- d. Présence des dépôts amyloïdes
- e. Le colloïde qui est pâle aux limites irrégulières

Question 05 : La maladie de Basedow se caractérise par :

- a. Une thyroïde diffusément augmentée de volume.
- b. Un colloïde pâle, comportant souvent des vacuoles de résorption.
- c. Une augmentation du nombre des vésicules avec un aspect de pseudo papilles
- d. Une glande est tapissée de cellules hautes.
- e. Une tranche de section rougeâtre lobulée

Question 06 : le carcinome parathyroïdien est exceptionnel

- a. Il est constitué de cellules principales, claires, et ou de cellules oxyphiles.
- b. Les cellules sont de taille diverse, sont ronds ou allongés, avec des noyaux souvent volumineux et mitotiques. I
- c. Le critère absolu de malignité est la présence de métastases.
- d. Présente des remaniements à type de nécrose et hémorragie
- e. Présente un immunomarquage positif à la P63.

Question 07 : - Le diagnostic du craniopharyngiome repose sur :

- a. Les foyers de momification cellulaire.
- b. Foyers de calcification et même d'ossification.
- c. Présence de foyers de nécrose.
- d. L'Invasion capsulaire qui doit être recherchée.
- e. La présence d'importants remaniements hémorragiques

Question 08 : L'hyperplasie de l'hypophyse est le plus souvent réactionnelle, dans le syndrome de Cushing elle se caractérise par :

- a. Une métamorphose des cellules basophiles en cellules de Crookes,
- b. Une dégranulation du cytoplasme des cellules qui devient homogène qui subit une transformation hyaline.
- c. Une fibrose diffuse disséquant le parenchyme.
- d. Peut-être secondaire à un syndrome d'hyperthyroïdie.
- e. Les noyaux deviennent vésiculeux ou bourgeonnants dotés de gros nucléoles.

Question 09 : L'adénome hypophysaire se caractérise par :

- a. Une taille qui varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres,
- b. Des limites nettes et une capsule plus ou moins complète
- c. A la coupe, le tissu apparaît blanc-grisâtre ou rosé ou rouge,
- d. Se présente sous forme variable : sinusoïdale, en mode endocrinien parfois sous une forme papillaire.
- e. Avec des foyers d'infarctus intriqués à de vastes zones de sclérose.

Question 10 : Les surrénalites peuvent être secondaires à :

- a. Agents viraux
- b. Tuberculose fibrocaséuse chronique
- c. Nécrose de liquéfaction
- d. Surrénalite auto-immune
- e. Agents parasitaires

Question 11 : Concernant le syndrome hyperglycémique hyperosmolaire

- a. Le pouls potassique est constamment bas
- b. Il est l'apanage des diabétiques type 2 sous insuline
- c. La mortalité est retrouvée dans 15 à 50 % selon les séries
- d. Une baisse rapide de l'osmolarité plasmatique risque d'entraîner une myélinosecentropontique
- e. Une osmolarité plasmatique trop élevée risque de se compliquer de myélinosecentropontique

Question 12 : Dans l'acidocétose diabétique

- a. La glycémie peut être normale
- b. L'absence de Polypnée de Kussmaul est un signe de gravité
- c. La Réserve alcaline est > 20 mEq/l
- d. Le Trou anionique est bas
- e. La conscience peut être conservée

Question 13 : Le diabète insipide central vrai

- a. Est un défaut de concentration des urines
- b. Est l'incapacité de l'ADH à agir au niveau du tube collecteur rénal
- c. Déclenche une soif intense conduisant à une polydipsie chronique
- d. La perte de l'hypersignal posthypophysaire à l'IRM est quasi-constante
- e. L'osmolarité urinaire n'augmente pas après injection de 2 µg de Lysine Vasopressine (LVP) si le déficit en ADH est complet

Question 14 : Concernant le diabète insipide néphrogénique

- a. L'injection de LVP ne réduit pas le volume urinaire
- b. L'injection de LVP positive la clearance de l'eau libre
- c. La perte de l'hypersignal posthypophysaire à l'IRM est quasi-constante
- d. L'injection de LVP entraîne une activation des récepteurs V2 de l'ADH
- e. Le taux de copeptine est élevé

Question 15 : Le déficit gonadotrope chez la femme se traduit par :

- a. Des troubles du cycle sans bouffées de chaleur.
- b. Une atrophie de la muqueuse vaginale.
- c. Une dyspareunie.
- d. Les œstrogènes bas.
- e. FSH, LH : basses ou augmentées.

Question 16 : Parmi les causes de l'insuffisance antéhypophysaire d'origine hypophysaire on a :

- a. Les maladies infiltratives.
- b. Le craniopharyngiome.
- c. Les Prolactinomes
- d. La maladie de Sheehan.
- e. La scintigraphie osseuse

Question 17 : Quelles sont les anomalies biologiques qui peuvent être retrouvées dans l'insuffisance surrénale secondaire ?

- a. ACTH élevée.
- b. Hyponatrémie.
- c. Hypoglycémie.
- d. Hypokaliémie.
- e. Hypermagnésémie

Question 18 : Parmi les causes suivantes quelles sont celles qui peuvent être à l'origine d'une insuffisance surrénale primaire ?

- a. Mitotane.
- b. Déficit en 21 Hydroxylase.
- c. Adénome lactotrope.
- d. Syndrome d'All Grove.
- e. Anticorps anti 21 Hydroxylase.

Question 19 : Dans l'acidocétose diabétique :

- a- La glycémie peut être normale ou légèrement élevée sur certains terrains (grossesse)
- b- L'accumulation des corps cétoniques est due à la néoglucogenèse accrue
- c- La kaliémie est variable mais on a toujours un déficit du pool potassique
- d- L'insulinothérapie est administrée strictement en bolus sous cutanés
- e- L'administration de sérum bicarbonaté est systématique si acidose

Question 20 : L'hypoglycémie chez le diabétique :

- a- Est plus grave chez les malades sous insulinothérapie comparés à ceux sous sulfamides
- b- Les signes neuroglycopéniques s'installent en premier pour alerter le malade
- c- Le resucrage chez un diabétique sous sulfamides se fait par sérum glucosé
- d- On dit qu'elle est sévère (hypoglycémie) quand son traitement nécessite une tierce personne
- e- Elle survient plus fréquemment chez les malades sous incrélines ou sous biguanides

Question 21 : Le test de freinage minute dans l'exploration d'un éventuel hypercorticisme :

- a. Est appelé aussi test « overnight », et se pratique habituellement en ambulatoire
- b. Est le gold standards pour le diagnostic d'un syndrome de Cushing
- c. Peut-être faussement négatif dans l'obésité et la contraception œstroprogestative
- d. Permet d'éliminer un syndrome de Cushing s'il est négatif
- e. Consiste à donner 1 mg de dexaméthasone chaque 6h pendant 02 jours

Question 22 : Pour différencier une sécrétion eutopique d'une sécrétion ectopique d'ACTH :

- a- Un test de freinage faible et un CLU sont nécessaires
- b- Une IRM hypothalamo-hypophysaire est nécessaire
- c- On peut recourir à un cathétérisme des sinus pétreux
- d- Le dosage de l'ACTH est l'étape déterminante
- e- Une combinaison de tests est souvent nécessaire pour déterminer la source d'ACTH

Question 23 : les hypertriglycéridémies lipido-dépendantes correspondent dans la classification de FREDRICKSON à :

- a. Un type 1
- b. Un type 4
- c. Un type 5
- d. Un type 2 a
- e. Un type 3

Question 24 : la forme la plus athérogène des hyperlipidémies primaires est représentée par :

- a. Un type 2a
- b. Un type 2b
- c. Un type 3
- d. Un type 5
- e. Un type 4

Question 25 : La neuropathie autonome cardiaque peut se manifester par :

- a- Œdèmes des membres inférieurs
- b- Tachycardie permanente
- c- Syndrome d'apnée du sommeil
- d- Hypertension artérielle
- e- Claudication artérielle intermittente

Question 26 : la vessie neurogène hypoactive peut se manifester par :

- a- Un syndrome polyuro-polydipsique
- b- Brûlures mictionnelles
- c- Sensation de résidu post mictionnel
- d- Fuite urinaire
- e- Dysurie

Question 27 : La neuropathie diabétique :

- a. Le test au monofilament est utile pour apprécier la sensibilité motrice
- b. Le diapason est utile pour apprécier la sensibilité vibratoire
- c. La gastroparésie est une atteinte neuropathique autonome du bas appareil digestif
- d. La gastroparésie entraîne des hypoglycémies post prandiales
- e. La gastroparésie entraîne des hyperglycémies à distance des repas

Question 28 : la néphropathie diabétique :

- a. Il s'agit d'une néphropathie glomérulaire
- b. La susceptibilité génétique, l'équilibre glycémique et tensionnel sont ses principaux déterminants
- c. La microalbuminurie caractérise la néphropathie diabétique incipiens
- d. L'HTA est quasi constante dès le stade 3
- e. L'augmentation de la taille des reins est irréversible quelque soit le stade

Question 29 : Dans l'hypothyroïdie primaire auto-immune :

- a. La thyroïde peut être atrophique.
- b. La thyroïde peut être augmentée de taille.
- c. La présence d'un goitre est constante.
- d. La glande thyroïde est ectopique.
- e. La thyroïde peut être hétérogène à l'échographie.

Question 30 : Quelles sont les anomalies qui peuvent être en rapport avec une hypothyroïdie primaire ?

- a. TSH effondrée.
- b. Troubles de la repolarisation à l'ECG.
- c. Hyperkaliémie.
- d. Anémie microcytaire.
- e. Mélanodermie.

Question 31 : Dans la maladie de Basedow :

- a. La thyroïde est Atrophique.
- b. Le goitre peut être vasculaire.
- c. Elle liée à la présence d'anticorps antithyroperoxydase (Ac anti TPO).
- d. L'absence d'ophtalmopathie écarte le diagnostic.
- e. Le traitement consiste à donner de la Lévothyroxine au long cours.

Question 32 : Parmi les conseils suivants, quels sont ceux qui doivent être donnés à un insuffisant surrénalien ?

- Diminuer l'apport en sel et en sucre.
- Doubler ou tripler les doses d'hydrocortisone en cas de fièvre.
- Arrêter l'hydrocortisone en cas de grossesse.
- Le port permanent d'une carte mentionnant la maladie
- S'injecter l'hydrocortisone en IM en cas de vomissement

Partie pratique

Mme A. J âgé de 48 ans, diabétique type 02 depuis 10 ans sous metformine et glimépiride consulte pour une ulcération plantaire en regard du gros orteil droit évoluant depuis 02mois, avec à l'examen on note un placard érythémateux chaud et douloureux du dos du pied droit avec ulcération de 2,5 cm de diamètre plantaire en regard du gros orteil droit, le reste de l'examen retrouve un pied sec, hyperkératosique avec abolition des pouls.

Question 33 : Quel est votre diagnostic ?

- Dermo-hypodermite du pied compliquant un mal perforant plantaire
- Une plaie vasculaire sur pied à risque à double risque vasculaire et infectieux
- Une plaie vasculaire sur pied à risque infectieux
- Phlébite du membre inférieur
- Un mal perforant plantaire sur pied à risque neurologique pure

Une glycémie capillaire faite revenue à 1.96g/l, vous suspectez ostéite, une radiographie du pied droit est pratiquée revenue sans anomalies.

Question 34 : Pour le diagnostic de cette ostéite :

- Il peut être éliminé vue la normalité de la radiographie du pied
- Une deuxième radiographie du pied doit être pratiquée 10-15j plus tard
- Une IRM du pied peut être pratiquée pour rechercher cette ostéite
- Un échodoppler des membres inférieurs est parfois nécessaire
- La présence d'un contact osseux au stilet est très spécifique

Question 35 : Quelle est votre conduite à tenir :

- Instaurer une insulinothérapie
- Faire une hémoculture pour confirmer l'infection
- Faire une détersion et un débridement de la plaie
- Pratiquer un IPS et un éventuel doppler des membres inférieurs
- Commencer une corticothérapie à but antiinflammatoire

Vous instaurez une antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme, une bonne détersion est pratiquée, mais 03 semaines plus tard on note la persistance de l'ulcération et d'un écoulement purulent.

Question 36 : les facteurs incriminés dans cette mauvaise cicatrisation peuvent être :

- La présence d'une ostéite passée inaperçue
- Une ischémie des membres inférieurs non traitée
- La prescription d'antibiothérapie avec les soins locaux
- La mise en décharge
- Un mauvais équilibre métabolique et un état nutritionnel inadéquat

Un homme âgé de 44 ans sans antécédents personnels, aux antécédents chirurgicaux de lithiase vésiculaire opérée et aux antécédents familiaux de diabète sucré et de dyslipidémie consulte pour un bilan dans le cadre de la médecine du travail
Son bilan biologique comme suit : Glycémie à jeun : 1, 19 g /l, Glycémie 2h après HGPO : 1,8 g/L

Question 37 : Interprétez ce bilan biologique :

- Diabète sucré
- Un prédiabète
- Bilan normal
- Hyperglycémie occasionnelle
- Intolérance au gluten

Question 38 : Quels sont les facteurs de risque de diabète sucré présents chez cette patiente :

- Antécédents familiaux de diabète sucré
- Antécédents familiaux de dyslipidémie
- Un prédiabète
- ATCDS de lithiase vésiculaire
- Aucun facteur de risque

Question 39 : Un an plus tard ce patient consulte pour une asthénie, un syndrome polyuro-polydipsique, l'examen clinique retrouve un poids de 75kg, une taille de 185cm, une TA à 150/90mm hg avec une glycémie à jeun de 2 g /l, Comment classer cette situation :

- Diabète type 1
- Diabète secondaire
- Diabète type 2 fort probable
- Diabète type LADA
- Prédiabète

Question 40 : Quels sont les principes de votre prise en charge ?

- Mesures hygiéno-diététiques
- Insulinothérapie
- Metformine
- ARA2
- GLP1

