

Partie théorique

Question N° 01 : Le carcinome papillaire de la thyroïde présente macroscopiquement :

- A. Un aspect scléreux étoilé
- B. Un aspect de nodule à contours réguliers
- C. Une capsule épaisse irrégulière
- D. Une consistance dure parfois calcifiée
- E. Un aspect caractéristique en œuf de poisson

Question N° 02 : Le carcinome papillaire est caractérisé microscopiquement par :

- A. Des noyaux en verre dépoli
- B. Des noyaux incisurés en grain de café
- C. Un chevauchement des noyaux en pile d'assiettes
- D. Des noyaux avec une chromatine en poivre et sel
- E. Des dépôts amyloïdes

Question N° 03 : Le carcinome parathyroïdien :

- A. Est fréquent, prédomine chez la femme de plus de 50 ans
- B. S'exprime par un nodule assez ferme blanc, ou gris
- C. Est positif pour la calcitonine
- D. Est confirmé par la présence de métastases
- E. Présente en extra capsulaire un liseré de parathyroïde normale

Question N° 04 : Un corps thyroïdien discrètement hypertrophié, de consistance élastique, infiltré de granulomes épithélioïdes non caséifiés peut répondre à :

- A. Une thyroïdite de De Quervain
- B. Une thyroïdite lymphocytaire de Hashimoto
- C. Une sarcoïdose thyroïdienne
- D. Une thyroïdite de Riedel
- E. Une maladie de Basedow

Question N° 05 : Le phéochromocytome :

- A. Est une tumeur toujours bénigne
- B. Prend naissance à partir de la médullosurrénale
- C. Est souvent bilatéral
- D. Est caractérisé par des cellules organisées en cordons, séparés par de grêles axes vasculaires.
- E. Est fait de cellules au cytoplasme basophile granuleux

Question N° 06 : Le carcinome corticosurrénalien :

- A. Est une tumeur corticosurrénalienne peu fréquente
- B. S'exprime par une masse ferme, hétérogène, supérieure à 05 cm
- C. D'architecture le plus souvent glandulaire
- D. Ne présente pas d'envahissement capsulaire ou vasculaire
- E. Est évoqué devant un score de PASS ≥ 3

Question N° 07 : La néoplasie endocrinienne multiple de type 1 associe :

- A. Tumeur endocrine digestive
- B. Carcinome médullaire de la thyroïde
- C. Dysplasie fibreuse
- D. Adénome hypophysaire
- E. Adénome surrénalien

Question N° 08 : Le seuil du nadir de la GH, après test de freinage à l'HGPO, chez un patient obèse, pour lequel le diagnostic d'acromégalie est posé, est :

- A. 1 $\mu\text{g/L}$
- B. 0,5 $\mu\text{g/L}$
- C. 0,4 $\mu\text{g/L}$
- D. 0,3 $\mu\text{g/L}$
- E. 0,2 $\mu\text{g/L}$

Question N° 09 : L'HTA est présente chez 20 à 50% des patients acromégales. Par quel mécanisme se développe-t-elle ?

- A. Hypervolémie chronique par diminution de la réabsorption de sodium au niveau du tube contourné distal
- B. Hypervolémie chronique par diminution de la réabsorption de sodium au niveau du tube contourné proximal
- C. Dysfonction endothéliale
- D. Hypokaliémie
- E. Hypocalcémie

Université de Constantine 3-Faculté de Médecine
Examen de Rattrapage, module d'endocrinologie –diabétologie (5^{ème} A médecine)
06 Septembre 2022 (Durée de l'épreuve 01 H 15mn)

Question N° 10 : *Devant un tableau clinique fait de fatigue intense chez une patiente de 42 ans sans antécédents notables, vous lancez une première série d'explorations dont les résultats sont les suivants : FT4: 7,5 pg/ml (11-21), TSH: 20,4 µUI/ml (0,4 – 4,6), Cortisol 8h: 1,1 µg/dl (5-18), ACTH : 155 pg/ml (6-70), glycémie à jeûn : 1,24 g/l. Les anomalies biologiques notées sont :*

- A. Déficit thyroïdienne
- B. Déficit en hormones thyroïdiennes d'origine périphérique
- C. Anomalie de la tolérance glucosée
- D. Diabète sucré
- E. Déficit en glucocorticoïdes d'origine central

Question N° 11 : *Quels sont les signes biologiques rencontrés lors d'une insuffisance antéhypophysaire ?*

- A. Hypo HDL émie
- B. Hyperlipidémie
- C. Hyperkaliémie
- D. Hyponatrémie
- E. Hypoglycémie

Question N° 12 : *La surveillance du traitement d'une insuffisance antéhypophysaire se fait par le dosage de :*

- A. FT4
- B. TSH
- C. Cortisolémie à 8h
- D. Test au synacthène ☒
- E. Cortisol libre urinaire des 24h

Question N° 13 : *Dans le syndrome de cushing ACTH dépendant dû à une sécrétion ectopique d'ACTH, on retrouve :*

- A. Une perte de poids
- B. Une mélanodermie
- C. Le tableau clinique s'installe sur plusieurs années
- D. Test de freinage fort négatif
- E. Taux de cortisol bas

Question N° 14 : *Dans le bilan biologique du syndrome de cushing, on peut trouver :*

- A. Une hypokaliémie
- B. Une polyglobulie
- C. Un LDL cholestérol diminué
- D. Un diabète sucré
- E. Une alcalose métabolique

Question N° 15 : *Dans la maladie de cushing :*

- A. Le syndrome de cushing est ACTH dépendant
- B. Le syndrome de cushing est ACTH indépendant
- C. Test de freinage faible négatif
- D. Test de freinage fort positif
- E. A l'IRM hypothalamo hypophysaire, on visualise le plus souvent un micro adénome

Question N° 16 : *Les anomalies biologiques non spécifiques de l'hypercorticisme :*

- A. Des hypoglycémies à répétitions
- B. Un diabète sucré
- C. Une hyperleucocytose
- D. Une augmentation de la synthèse hépatique du VLDL
- E. Une polyglobulie

Question N° 17 : *Dans la néphropathie diabétique*

- A. L'hypertension artérielle est à rénine est élevée
- B. L'hypertension artérielle est à rénine basse
- C. L'Hyperfiltration glomérulaire est inhibée par le co-transporteur 2 sodium-glucose
- D. Le débit de filtration glomérulaire est toujours bas
- E. L'albuminurie est un excellent indicateur de l'atteinte glomérulaire

Question N° 18 : *L'examen neurologique annuel du diabétique comporte :*

- A. Une exploration de la sensibilité douloureuse par le monofilament
- B. Une exploration de la sensibilité à la pression par le monofilament
- C. Une exploration de la sensibilité superficielle vibratoire par le diapason
- D. Une évaluation des paires crâniennes
- E. Un EMG en cas de paresthésie

Université de Constantine 3-Faculté de Médecine
Examen de Rattrapage, module d'endocrinologie –diabétologie (5^{ème} A médecine)
06 Septembre 2022 (Durée de l'épreuve 01 H 15mn)

Question N° 19 : Concernant le diagnostic étiologique de l'insuffisance surrénalienne primaire (ISP), quelles sont les propositions justes ?

- A. Dans le bloc enzymatique en 11 bêta-hydroxylase, le 11-Désoxycorticostérone est élevé responsable de l'HTA
- B. L'aldostérone plasmatique est basse dans l'ISP tuberculeuse
- C. La kaliémie est toujours élevée
- D. Une ACTH < 10 µg/dl est en faveur d'une ISP
- E. Une ACTH > 65 µg/dl est en faveur d'une ISP

Question N° 20 : Parmi les propositions suivantes lesquelles sont exactes concernant l'insuffisance surrénalienne ?

- A. L'insuffisance surrénale aiguë associe collapsus cardiovasculaire, hyponatrémie et hyperkaliémie
- B. L'insuffisance surrénalienne aiguë associe collapsus cardiovasculaire, hypernatrémie et hypokaliémie
- C. Une hypokaliémie signe un surdosage en hydrocortisone
- D. Le bloc enzymatique en 21-hydroxylase est responsable de puberté précoce iso-sexuelle chez le garçon
- E. Le bloc enzymatique en 21-hydroxylase est responsable de puberté précoce iso-sexuelle chez la fille

Question N° 21 : cochez les propositions correctes, parmi les suivantes, concernant le retard de croissance

- A. L'axe GH-IGF1 est le principal facteur responsable de la croissance staturale avant l'âge de 03 ans
- B. La nutrition est le premier facteur responsable de la croissance staturale avant l'âge de 03 ans
- C. La ghréline freine la sécrétion de GH au niveau hypophysaire
- D. L'hormone de croissance à fortes doses est indiquée chez un enfant ayant un craniopharyngiome évolutif
- E. L'hormone de croissance à fortes doses est contre-indiquée chez un enfant ayant un craniopharyngiome évolutif

Question N° 22 : Devant une suspicion clinique d'un déficit somatotrope chez un nourrisson, quel serait le bilan biologique à demander en première intention ?

- A. IGF1 de base
- B. Test à l'hypoglycémie insulinique sur GH
- C. Test d'avlocardyl-glucagon
- D. GH de base
- E. IGFBP3

Question N° 23 : identifier les propositions justes parmi les suivantes concernant la mise en route du traitement par hormone de croissance :

- A. La première ordonnance doit émaner d'un service hospitalier
- B. Le déficit en GH a l'AMM et le remboursement en Algérie
- C. Le déficit en GH a l'AMM et non le remboursement en Algérie
- D. L'insuffisance rénale implique des doses faibles en hormone de croissance
- E. L'insuffisance rénale nécessite des doses plus fortes que celles des enfants ayant un déficit en GH profond

Question N° 24 : cochez les propositions correctes, parmi les suivantes, concernant le retard de croissance

- A. La puberté précoce est une cause de petite taille à l'âge adulte
- B. La puberté précoce est responsable d'une grande taille avant la puberté
- C. Le retard pubertaire n'influence pas la croissance staturale
- D. Au cours de la première année de vie on peut avoir un gain statural moyen de 24 centimètres
- E. Une cassure de la courbe de croissance staturale doit faire pratiquer une IRM cérébrale

Question N° 25 : Identifier les marqueurs cliniques du risque de cancer en présence d'un nodule thyroïdien

- A. Nodule dur, irrégulier
- B. Sexe féminin
- C. Age < 16
- D. Age < 65 ans
- E. Coïncidence de maladie de Cowden

Question N° 26 : quels sont les signes échographiques évocateurs de la malignité d'un nodule thyroïdien ?

- A. Vascularisation périphérique dominante
- B. Augmentation rapide de volume (de plus de 10% en une année) lors de la surveillance
- C. Macrocalcifications périphériques dominantes
- D. Microcalcifications
- E. Index de dureté élevé à l'échographie

Question N° 27 : Dans l'hypothyroïdie centrale :

- A. La TSH est élevée et la FT4 est basse.
- B. La TSH est basse et la FT4 élevée.
- C. La TSH est basse et la FT4 est basse.
- D. La TSH est normale et la FT4 est basse.
- E. La TSH est élevée et la FT4 normale.

Université de Constantine 3-Faculté de Médecine
Examen de Rattrapage, module d'endocrinologie –diabétologie (5^{ème} A médecine)
06 Septembre 2022 (Durée de l'épreuve 01 H 15mn)

Question N° 28 : la persistance de l'hypersignal spontané de la post hypophyse à l'IRM Hypothalamo-hypophysaire fait évoquer

- A. Diabète insipide néphrogénique ancien.
- B. Polydipsie primaire.
- C. Diabète insipide central familial par défaut de maturation de l'AVP.
- D. Diabète insipide central par atteinte des osmorécepteurs.
- E. Déplétion du stock d'ocytocine.

Question N° 29 : parmi les affections suivantes quels sont celles qui peuvent être responsable d'une polyurie osmotique ?

- A. Hypercalcémie.
- B. Hypokaliémie.
- C. Hyperkaliémie.
- D. Diabète sucré.
- E. Sarcoidose.

Question N° 30 : l'exploration d'un syndrome polyuro-polydipsique comporte :

- A. Une imagerie cervicale.
- B. Test de restriction hydrique est demandé systématiquement devant tout syndrome polyuro-polydipsique.
- C. Le test de restriction hydrique est inutile devant un tableau clinique évocateur.
- D. Test d'hyperosmolarité provoquée par sérum salé hypertonique.
- E. Test non spécifiques pour éliminer une polyurie osmotique.

Partie pratique

Cas clinique N°01 : Monsieur B.A âgé de 54 ans, diabétique de type 2 sous Metformine depuis 05 ans, Hypertendu sous Irbésartan 300mg, tabagique, actuellement sous Chimiothérapie pour un carcinome pulmonaire ; se présente aux urgences médicales avec un état général très altéré, asthénie le confinant au lit qui s'est aggravée depuis quelques jours, nausées et vomissements, douleurs abdominales et diarrhées. Les membres de sa famille vous disent qu'il s'alimente très peu depuis quelques semaines et qu'il a perdu beaucoup de poids.

A l'arrivée du patient vous êtes frappés par son teint bronzé, la tension artérielle est à 09/06 cmHg, Fc à 120 bat/min, polypnée, fièvre à 39°C. Quand vous poussez encore l'examen clinique vous remarquez que l'hyperpigmentation est aussi présente au niveau des plis de flexions des mains, des coudes. L'auscultation pulmonaire retrouve des râles ronflants diffus et une absence de la perception du murmure vésiculaire en regard du lobe pulmonaire supérieur droit.

Question N° 31 : Quelles sont les hypothèses diagnostiques chez ce patient :

- A. Ce tableau clinique est attendu chez un patient sous chimiothérapie.
- B. Une maladie de Cushing.
- C. Une décompensation surrénalienne aiguë
- D. Une acidocétose diabétique
- E. Une acidose lactique.

Le bilan d'urgence demandé, est comme suit : Glycémie : 0,70g/l, Natrémie : 129 mEq/l (135 -145) Kaliémie : 5,5mEq/l (3,5-5), Créatinine 17 mg/l.

Question N° 32 : Quelle est votre attitude dans l'immédiat ?

- A. Mise en condition, réhydratation veineuse, insulinothérapie en PSE, antibiothérapie.
- B. Mise en condition, réhydratation veineuse, Levothyroxine en IV, antibiothérapie.
- C. Mise en condition, réhydratation veineuse, Hydrocortisone en PSE, antibiothérapie.
- D. Mise en condition, réhydratation veineuse, 3 ampoules de SG à 30%, antibiothérapie.
- E. Mise en condition, réhydratation veineuse, Kétoconazole à forte dose, antibiothérapie.

Question N° 33 : Après stabilisation du patient, vous demandez un bilan biologique pour confirmer le diagnostic suspecté, les résultats au quels vous vous attendez sont les suivants :

- A. Cortisol à 08h élevé après freinage minute, ACTH élevé.
- B. Cortisol à 08h élevé après freinage minute, ACTH effondré
- C. Cortisol à 08h bas, ACTH élevé
- D. Cortisol à 08h bas, ACTH basse
- E. Cortisol à 08 h bas, ACTH normale.

Question N° 34 : Quels sont les autres examens complémentaires que vous devez demander afin d'établir le diagnostic étiologique dans ce contexte particulier ?

- A. IRM hypothalamo hypophysaire.
- B. Cathétérisme du sinus pétreux.
- C. Scanner centré sur les surrénales.
- D. IDR à la tuberculine.
- E. Scanner cérébral.

Université de Constantine 3-Faculté de Médecine
Examen de Rattrapage, module d'endocrinologie –diabétologie (5^{ème} A médecine)
06 Septembre 2022 (Durée de l'épreuve 01 H 15mn)

Question N° 35 *Après stabilisation du patient et reprise de l'alimentation, qu'est-ce que vous proposez comme traitement ?*

- A. Insulinothérapie basale Bolus
- B. Hydrocortisone 30 mg/j.
- C. Diminuer l'apport en sucre et en sel.
- D. Kétoconazol 3 cp/j.
- E. Lévothyroxine 1,6 microg/Kg/j.

Cas clinique N° 02 : *vous êtes de garde au niveau du service de diabétologie ; vous recevez Samir : un patient de 37 ans orienté pour malaise général fait de fatigue et nausées. Ce patient vous montre une glycémie à jeun (faite le jour même) à 3,6 g/l ; cet examen avait été demandé deux mois auparavant en raison d'un syndrome polyuro-polydipsique associé à un amaigrissement spontané de 09 kg mais négligé par le patient.*

Lors de votre interrogatoire vous découvrez un diabète sucré sous régime seul chez le père, un surpoids et HTA chez la mère. L'examen clinique de votre patient est pauvre ne retrouvant qu'un amaigrissement spontané de 12 kg, BMI à 27 kg/m², un syndrome polyuro-polydipsique important ainsi qu'un vitiligo.

Question N° 36 : *quel est le premier bilan paraclinique à réaliser rapidement chez Samir ?*

- A. IRM cérébrale
- B. Holter ECG
- C. Hémoglobine glyquée
- D. Bandelette urinaire à la recherche de cétonurie et glycosurie
- E. Glycémie à jeun

Question N° 37 : *cet examen s'avère franchement positif et vous incite à activer la prise en charge. Vous décidez de faire d'emblée des injections répétées d'insuline rapide. Quels sont les deux risques à redouter ?*

- A. Acidose sévère
- B. Hypoglycémie
- C. Hypokaliémie
- D. Hyperkaliémie
- E. Œdème cérébral

Question N° 38 : *après votre prise en charge initiale, le patient s'est amélioré et vous demande de lui expliquer son type de diabète.*

Quel type d'anomalie glucidique pourrait être évoqué chez ce patient ?

- A. Diabète de type 1
- B. pré diabète
- C. Intolérance au glucose
- D. Diabète de type LADA
- E. Diabète de type MODY

Question N° 39 : *quels paramètres pourrait-on demander pour assoir notre diagnostic*

- A. Ac anti GAD
- B. Ac anti endomysium
- C. Peptide C
- D. TDM pancréatique
- E. Echographie hépatique

Question N° 40 : *Les explorations de l'auto-immunité diabétique chez notre patient se sont révélées positives, Quels sont les types de diabète qui doivent être évoqué en fin de compte ?*

- A. Diabète de type 1
- B. Diabète de type 2
- C. Diabète de type 2 à début cétonique
- D. Diabète de type LADA
- E. Diabète de type MODY

Partie théorique

Question N° 01 : Le carcinome papillaire de la thyroïde présente macroscopiquement :

- A. Un aspect scléreux étoilé
- B. Un aspect de nodule a contours réguliers
- C. Une capsule épaisse irrégulière
- D. Une consistance dure parfois calcifiée
- E. Un aspect caractéristique en œuf de poisson

Question N° 02 : Le carcinome papillaire est caractérisé microscopiquement par :

- A. Des noyaux en verre dépoli
- B. Des noyaux incisés en grain de café
- C. Un chevauchement des noyaux en pile d'assiettes
- D. Des noyaux avec une chromatine en poivre et sel
- E. Des dépôts amyloïdes

Question N° 03 : Le carcinome parathyroïdien :

- A. Est fréquent, prédomine chez la femme de plus de 50 ans
- B. S'exprime par un nodule assez ferme blanc, ou gris
- C. Est positif pour la calcitonine
- D. Est confirmé par la présence de métastases
- E. Présente en extra capsulaire un liseré de parathyroïde normale

Question N° 04 : Un corps thyroïdien discrètement hypertrophié, de consistance élastique, infiltré de granulomes épithélioïdes non caséifiés peut répondre à :

- A. Une thyroïdite de De Quervain
- B. Une thyroïdite lymphocytaire de Hashimoto
- C. Une sarcoïdose thyroïdienne
- D. Une thyroïdite de Riedel
- E. Une maladie de Basedow

Question N° 05 : Le phéochromocytome :

- A. Est Une tumeur toujours bénigne
- B. Prends naissance à partir de la médullo-surrénale
- C. Est souvent bilatéral
- D. Est caractérisé par des cellules organisées en cordons, séparés par de grêles axes vasculaires.
- E. Est fait de cellules au cytoplasme basophile granuleux

Question N° 06 : Le carcinome corticosurrénalien :

- A. Est une tumeur corticosurrénalienne peu fréquente
- B. S'exprime par une masse ferme, hétérogène, supérieure à 05 cm
- C. D'architecture le plus souvent glandulaire
- D. Ne présente pas d'envahissement capsulaire ou vasculaire
- E. Est évoqué devant un score de PASS ≥ 3

Question N° 07 : La néoplasie endocrinienne multiple de type 1 associe :

- A. Tumeur endocrine digestive
- B. Carcinome médullaire de la thyroïde
- C. Dysplasie fibreuse
- D. Adénome hypophysaire
- E. Adénome surrénalien

Question N° 08 : Le seuil du nadir de la GH, après test de freinage à l'HGPO, chez un patient obèse, pour lequel le diagnostic d'acromégalie est posé, est :

- A. 1 $\mu\text{g/L}$
- B. 0,5 $\mu\text{g/L}$
- C. 0,4 $\mu\text{g/L}$
- D. 0,3 $\mu\text{g/L}$
- E. 0,2 $\mu\text{g/L}$

Question N° 09 : L'HTA est présente chez 20 à 50% des patients acromégales. Par quel mécanisme se développe-t-elle ?

- A. Hypervolémie chronique par diminution de la réabsorption de sodium au niveau du tube contourné distal
- B. Hypervolémie chronique par diminution de la réabsorption de sodium au niveau du tube contourné proximal
- C. Dysfonction endothéliale
- D. Hypokaliémie
- E. Hypocalcémie

Université de Constantine 3-Faculté de Médecine
Examen de Rattrapage, module d'endocrinologie –diabétologie (5^{ème} A médecine)
06 Septembre 2022 (Durée de l'épreuve 01 H 15mn)

Question N° 10 : *Devant un tableau clinique fait de fatigue intense chez une patiente de 42 ans sans antécédents notables, vous lancez une première série d'explorations dont les résultats sont les suivants : FT4: 7,5 pg/ml (11-21), TSH: 20,4 µUI/ml (0,4 – 4,6), Cortisol 8h: 1,1 µg/dl (5-18), ACTH : 155 pg/ml (6-70), glycémie à jeûn : 1,24 g/l. Les anomalies biologiques notées sont :*

- A. Déficit thyroïdienne
- B. Déficit en hormones thyroïdiennes d'origine périphérique
- C. Anomalie de la tolérance glucosée
- D. Diabète sucré
- E. Déficit en glucocorticoïdes d'origine central

Question N° 11 : *Quels sont les signes biologiques rencontrés lors d'une insuffisance antéhypophysaire ?*

- A. Hypo HDL émie
- B. Hyperlipidémie
- C. Hyperkaliémie
- D. Hyponatrémie
- E. Hypoglycémie

Question N° 12 : *La surveillance du traitement d'une insuffisance antéhypophysaire se fait par le dosage de :*

- A. FT4
- B. TSH
- C. Cortisolémie à 8h
- D. Test au synacthène
- E. Cortisol libre urinaire des 24h

Question N° 13 : *Dans le syndrome de cushing ACTH dépendant dû à une sécrétion ectopique d'ACTH, on retrouve :*

- A. Une perte de poids
- B. Une mélanodermie
- C. Le tableau clinique s'installe sur plusieurs années
- D. Test de freinage fort négatif
- E. Taux de cortisol bas

Question N° 14 : *Dans le bilan biologique du syndrome de cushing, on peut trouver :*

- A. Une hypokaliémie
- B. Une polyglobulie
- C. Un LDL cholestérol diminué
- D. Un diabète sucré
- E. Une alcalose métabolique

Question N° 15 : *Dans la maladie de cushing :*

- A. Le syndrome de cushing est ACTH dépendant
- B. Le syndrome de cushing est ACTH indépendant
- C. Test de freinage faible négatif
- D. Test de freinage fort positif
- E. A l'IRM hypothalamo hypophysaire, on visualise le plus souvent un micro adénome

Question N° 16 : *Les anomalies biologiques non spécifiques de l'hypercorticisme :*

- A. Des hypoglycémies à répétitions
- B. Un diabète sucré
- C. Une hyperleucocytose
- D. Une augmentation de la synthèse hépatique du VLDL
- E. Une polyglobulie

Question N° 17 : *Dans la néphropathie diabétique*

- A. L'hypertension artérielle est à rénine est élevée
- B. L'hypertension artérielle est à rénine basse
- C. L'Hyperfiltration glomérulaire est inhibée par le co-transporteur 2 sodium-glucose
- D. Le débit de filtration glomérulaire est toujours bas
- E. L'albuminurie est un excellent indicateur de l'atteinte glomérulaire

Question N° 18 : *L'examen neurologique annuel du diabétique comporte :*

- A. Une exploration de la sensibilité douloureuse par le monofilament
- B. Une exploration de la sensibilité à la pression par le monofilament
- C. Une exploration de la sensibilité superficielle vibratoire par le diapason
- D. Une évaluation des paires crâniennes
- E. Un EMG en cas de paresthésie

Université de Constantine 3-Faculté de Médecine
Examen de Rattrapage, module d'endocrinologie –diabétologie (5^{ème} A médecine)
06 Septembre 2022 (Durée de l'épreuve 01 H 15mn)

Question N° 19 : Concernant le diagnostic étiologique de l'insuffisance surrénalienne primaire (ISP), quelles sont les propositions justes ?

- A. Dans le bloc enzymatique en 11 bêta-hydroxylase, le 11-Désoxycorticostérone est élevé responsable de l'HTA
- B. L'aldostérone plasmatique est basse dans l'ISP tuberculeuse
- C. La kaliémie est toujours élevée
- D. Une ACTH < 10 µg/dl est en faveur d'une ISP
- E. Une ACTH > 65 µg/dl est en faveur d'une ISP

Question N° 20 : Parmi les propositions suivantes lesquelles sont exactes concernant l'insuffisance surrénalienne ?

- A. L'insuffisance surrénale aiguë associe collapsus cardiovasculaire, hyponatrémie et hyperkaliémie
- B. L'insuffisance surrénalienne aiguë associe collapsus cardiovasculaire, hypernatrémie et hypokaliémie
- C. Une hypokaliémie signe un surdosage en hydrocortisone
- D. Le bloc enzymatique en 21-hydroxylase est responsable de puberté précoce iso-sexuelle chez le garçon
- E. Le bloc enzymatique en 21-hydroxylase est responsable de puberté précoce iso-sexuelle chez la fille

Question N° 21 : cochez les propositions correctes, parmi les suivantes, concernant le retard de croissance

- A. L'axe GH-IGF1 est le principal facteur responsable de la croissance staturale avant l'âge de 03 ans
- B. La nutrition est le premier facteur responsable de la croissance staturale avant l'âge de 03 ans
- C. La ghréline freine la sécrétion de GH au niveau hypophysaire
- D. L'hormone de croissance à fortes doses est indiquée chez un enfant ayant un craniopharyngiome évolutif
- E. L'hormone de croissance à fortes doses est contre-indiquée chez un enfant ayant un craniopharyngiome évolutif

Question N° 22 : Devant une suspicion clinique d'un déficit somatotrope chez un nourrisson, quel serait le bilan biologique à demander en première intention ?

- A. IGF1 de base
- B. Test à l'hypoglycémie insulinique sur GH
- C. Test d'avlocardyl-glucagon
- D. GH de base
- E. IGFBP3

Question N° 23 : identifier les propositions justes parmi les suivantes concernant la mise en route du traitement par hormone de croissance :

- A. La première ordonnance doit émaner d'un service hospitalier
- B. Le déficit en GH a l'AMM et le remboursement en Algérie
- C. Le déficit en GH a l'AMM et non le remboursement en Algérie
- D. L'insuffisance rénale implique des doses faibles en hormone de croissance
- E. L'insuffisance rénale nécessite des doses plus fortes que celles des enfants ayant un déficit en GH profond

Question N° 24 : cochez les propositions correctes, parmi les suivantes, concernant le retard de croissance

- A. La puberté précoce est une cause de petite taille à l'âge adulte
- B. La puberté précoce est responsable d'une grande taille avant la puberté
- C. Le retard pubertaire n'influence pas la croissance staturale
- D. Au cours de la première année de vie on peut avoir un gain statural moyen de 24 centimètres
- E. Une cassure de la courbe de croissance staturale doit faire pratiquer une IRM cérébrale

Question N° 25 : Identifier les marqueurs cliniques du risque de cancer en présence d'un nodule thyroïdien

- A. Nodule dur, irrégulier
- B. Sexe féminin
- C. Age < 16
- D. Age < 65 ans
- E. Coïncidence de maladie de Cowden

Question N° 26 : quels sont les signes échographiques évocateurs de la malignité d'un nodule thyroïdien ?

- A. Vascularisation périphérique dominante
- B. Augmentation rapide de volume (de plus de 10% en une année) lors de la surveillance
- C. Macrocalcifications périphériques dominantes
- D. Microcalcifications
- E. Index de dureté élevé à l'échographie

Question N° 27 : Dans l'hypothyroïdie centrale :

- A. La TSH est élevée et la FT4 est basse.
- B. La TSH est basse et la FT4 élevée.
- C. La TSH est basse et la FT4 est basse.
- D. La TSH est normale et la FT4 est basse.
- E. La TSH est élevée et la FT4 normale.

Université de Constantine 3-Faculté de Médecine
Examen de Rattrapage, module d'endocrinologie –diabétologie (5^{ème} A médecine)
06 Septembre 2022 (Durée de l'épreuve 01 H 15mn)

Question N° 28 : la persistance de l'hypersignal spontané de la post hypophyse à l'IRM Hypothalamo-hypophysaire fait évoquer

4

- A. Diabète insipide néphrogénique ancien.
- B. Polydipsie primaire.
- C. Diabète insipide central familial par défaut de maturation de l'AVP.
- D. Diabète insipide central par atteinte des osmorécepteurs.
- E. Déplétion du stock d'ocytocine.

Question N° 29 : parmi les affections suivantes quels sont celles qui peuvent être responsable d'une polyurie osmotique ?

- A. Hypercalcémie.
- B. Hypokaliémie.
- C. Hyperkaliémie.
- D. Diabète sucré.
- E. Sarcoïdose.

Question N° 30 : l'exploration d'un syndrome polyuro-polydipsique comporte :

- A. Une imagerie cervicale.
- B. Test de restriction hydrique est demandé systématiquement devant tout syndrome polyuro-polydipsique.
- C. Le test de restriction hydrique est inutile devant un tableau clinique évocateur.
- D. Test d'hyperosmolarité provoquée par sérum salé hypertonique.
- E. Test non spécifiques pour éliminer une polyurie osmotique.

Partie pratique

Cas clinique N°01 : Monsieur B.A âgé de 54 ans, diabétique de type 2 sous Metformine depuis 05 ans, Hypertendu sous Irbésartan 300mg, tabagique, actuellement sous Chimiothérapie pour un carcinome pulmonaire ; se présente aux urgences médicales avec un état général très altéré, asthénie le confinant au lit qui s'est aggravée depuis quelques jours, nausées et vomissements, douleurs abdominales et diarrhées. Les membres de sa famille vous disent qu'il s'alimente très peu depuis quelques semaines et qu'il a perdu beaucoup de poids.

A l'arrivée du patient vous êtes frappés par son teint bronzé, la tension artérielle est à 09/06 cmHg, Fc à 120 bat/min, polypnée, fièvre à 39°C. Quand vous poussez encore l'examen clinique vous remarquez que l'hyperpigmentation est aussi présente au niveau des plis de flexions des mains, des coudes. L'auscultation pulmonaire retrouve des râles ronflants diffus et une absence de la perception du murmure vésiculaire en regard du lobe pulmonaire supérieur droit.

Question N° 31 : Quelles sont les hypothèses diagnostiques chez ce patient :

- A. Ce tableau clinique est attendu chez un patient sous chimiothérapie.
- B. Une maladie de Cushing.
- C. Une décompensation surrénalienne aiguë
- D. Une acidocétose diabétique
- E. Une acidose lactique.

Le bilan d'urgence demandé, est comme suit : Glycémie : 0,70g/l, Natrémie : 129 mEq/l (135 -145) Kaliémie : 5,5mEq/l (3,5-5) , Créatinine 17 mg/l.

Question N° 32 : Quelle est votre attitude dans l'immédiat ?

- A. Mise en condition, réhydratation veineuse , insulinothérapie en PSE, antibiothérapie.
- B. Mise en condition, réhydratation veineuse, Levothyroxine en IV, antibiothérapie.
- C. Mise en condition, réhydratation veineuse, Hydrocortisone en PSE, antibiothérapie.
- D. Mise en condition, réhydratation veineuse, 3 ampoules de SG à 30%, antibiothérapie.
- E. Mise en condition, réhydratation veineuse, Kétoconazole à forte dose, antibiothérapie.

Question N° 33 : Après stabilisation du patient, vous demandez un bilan biologique pour confirmer le diagnostic suspecté, les résultats au quels vous vous attendez sont les suivants :

- A. Cortisol à 08h élevé après freinage minute, ACTH élevé.
- B. Cortisol à 08h élevé après freinage minute, ACTH effondré
- C. Cortisol à 08h bas, ACTH élevé
- D. Cortisol à 08h bas, ACTH basse
- E. Cortisol à 08 h bas, ACTH normale.

Question N° 34 : Quels sont les autres examens complémentaires que vous devez demander afin d'établir le diagnostic étiologique dans ce contexte particulier ?

- A. IRM hypothalamo hypophysaire.
- B. Cathétérisme du sinus pétreux.
- C. Scanner centré sur les surrénales.
- D. IDR à la tuberculine.
- E. Scanner cérébral.

Question N° 35 Après stabilisation du patient et reprise de l'alimentation, qu'est-ce que vous proposez comme traitement ? 5

- A. Insulinothérapie basale Bolus
- B. Hydrocortisone 30 mg/j.
- C. Diminuer l'apport en sucre et en sel.
- D. Kétoconazol 3 cp/j.
- E. Lévothyroxine 1,6 microg/Kg/j.

Cas clinique N° 02 : vous êtes de garde au niveau du service de diabétologie ; vous recevez Samir : un patient de 37 ans orienté pour malaise général fait de fatigue et nausées. Ce patient vous montre une glycémie à jeun (faite le jour même) à 3,6 g/l ; cet examen avait été demandé deux mois auparavant en raison d'un syndrome polyuro-polydipsique associé à un amaigrissement spontané de 09 kg mais négligé par le patient.

Lors de votre interrogatoire vous découvrez un diabète sucré sous régime seul chez le père, un surpoids et HTA chez la mère. L'examen clinique de votre patient est pauvre ne retrouvant qu'un amaigrissement spontané de 12 kg, BMI à 27 kg/m², un syndrome polyuro-polydipsique important ainsi qu'un vitiligo.

Question N° 36 : quel est le premier bilan paraclinique à réaliser rapidement chez Samir ?

- A. IRM cérébrale
- B. Holter ECG
- C. Hémoglobine glyquée
- D. Bandelette urinaire à la recherche de cétonurie et glycosurie
- E. Glycémie à jeun

Question N° 37 : cet examen s'avère franchement positif et vous incite à activer la prise en charge. Vous décidez de faire d'emblée des injections répétées d'insuline rapide. Quels sont les deux risques à redouter ?

- A. Acidose sévère
- B. Hypoglycémie
- C. Hypokaliémie
- D. Hyperkaliémie
- E. Œdème cérébral

Question N° 38 : après votre prise en charge initiale, le patient s'est amélioré et vous demande de lui expliquer son type de diabète.

Quel type d'anomalie glucidique pourrait être évoqué chez ce patient ?

- A. Diabète de type 1
- B. pré diabète
- C. Intolérance au glucose
- D. Diabète de type LADA
- E. Diabète de type MODY

Question N° 39 : quels paramètres pourrait-on demander pour assoir notre diagnostic

- A. Ac anti GAD
- B. Ac anti endomysium
- C. Peptide C
- D. TDM pancréatique
- E. Echographie hépatique

Question N° 40 : Les explorations de l'auto-immunité diabétique chez notre patient se sont révélées positives, Quels sont les types de diabète qui doivent être évoqué en fin de compte ?

- A. Diabète de type 1
- B. Diabète de type 2
- C. Diabète de type 2 à début cétonique
- D. Diabète de type LADA
- E. Diabète de type MODY