

Questions d'Anatomie - Pathologique

Question N°1 : L'adénome hypophysaire est une tumeur :

- A. de croissance rapide
- B. habituellement bien encapsulée
- C. qui présente des formes histologiques variables ?
- D. qui se développe à partir des cellules post hypophysaires
- E. faite de cellules épithéliales différenciées

Question N°2 : Le craniopharyngiome :

- A. est fait de cordons de cellules pavimenteuses
- B. est une tumeur hautement maligne
- C. est un nodule gris rougeâtre
- D. peut présenter des foyers de momifications cellulaires
- E. présente d'importants remaniements nécrotiques

Question N°3 : L'adénome surrénalien :

- A. est habituellement unilatéral et toujours encapsulé
- B. Est d'architecture typiquement endocrinienne
- C. présente des formes histologiques variables
- D. peut être le siège d'atypies cellulaires ?
- E. est une tumeur infiltrante α

Question N°4 : Le corticosurrénalome malin :

- A. est une tumeur très fréquente α
- B. présente souvent des métastases au moment du diagnostic
- C. est marqué par un polymorphisme cellulaire
- D. présente de nombreuses mitoses atypiques α
- E. présente des pseudo inclusions intra cytoplasmiques α

Question N°5 : Le phéochromocytome :

- A. est une tumeur de taille variable
- B. présente histologiquement des atypies cytonucléaires
- C. est fait de petites cellules régulières α
- D. se présente sous la forme d'un nodule à contours flous α
- E. est une tumeur de grande taille parsemée de foyers nécrotiques ou hémorragiques

Question N°6 : La cytoponction des nodules thyroïdiens est la méthode diagnostique la plus sensible actuellement pour réaliser une sélection des patients à opérer. Les lames d'étalement sont colorées au :

- A. hemalun éosine
- B. réticuline
- C. trichrome
- D. rouge congo α
- E. MGG

Question N°7 : La conduite à tenir d'un nodule thyroïdien classé : Néoplasme ou tumeur vésiculaire/oncocyttaire selon le Système Bethesda/NCI 2010 est :

- A. un suivi clinique et échographique α
- B. une lobectomie
- C. une thyroïdectomie
- D. une thyroïdectomie avec curage α
- E. une thyroïdectomie ou lobectomie

Question N°8 : Un nodule thyroïdien classé 4B selon le « SCORE TI-RADS » présente :

- A. un risque de malignité de 69 %
- B. un risque de malignité de 09 %
- C. un risque de malignité de 100 % α
- D. un risque de malignité de 96 % α
- E. un risque de malignité de 0,25 % α

Question N°9 : Le carcinome vésiculaire invasif présente :

- A. une architecture essentiellement micro-vésiculaire
- B. une architecture lobulée du corps thyroïde
- C. des noyaux modérément augmentés de taille et nucléolés
- D. une rupture capsulaire
- E. des embolies vasculaires

- Question N°10 : La variante folliculaire encapsulée du cancer papillaire de la thyroïde (MFTF) est
- A. est une tumeur encapsulée (ou très bien limitée sans véritable capsule)
 - B. présente une architecture folliculaire
 - C. Possède les caractéristiques nucléaires d'un carcinome papillaire classique
 - D. Possède des noyaux avec un aspect en verre dépoli très caractéristique
 - E. Possède des noyaux avec inclusion ou encochés en demi lune

Questions de clinique

Question N°11 : Quels sont les facteurs étiopathogéniques susceptibles de jouer un rôle dans l'apparition du diabète de type 2 ?

- A. L'obésité
- B. Une prédisposition héréditaire liée au système HLA
- C. Des mécanismes auto-immuns
- D. Certains virus
- E. Une mutation de la glucokinase

Question N°12 : Chez un DT2 de découverte récente avec un BMI à 29 Kg/m², la logique thérapeutique en première intention fera appel à :

- A. un régime hypocalorique
- B. un régime pauvre en glucides
- C. une prescription d'un sulfamide hypoglycémiant
- D. une prescription d'une insulinothérapie
- E. une prescription d'un sulfamide hypoglycémiant associé à un régime hypocalorique

Question N°13 : Devant un patient présentant un DT2 traité par régime et une trithérapie orale, quels sont les arguments en faveur d'un passage à l'insulinothérapie ?

- A. Un syndrome polyuro-polydipsie
- B. Un amaigrissement
- C. Des hypoglycémies fréquentes
- D. Une prise de poids
- E. Une acétonurie

Question N°14 : Le mode de transmission des hyperlipidémies de type II a et de type III est :

- A. autosomique récessif
- B. autosomique dominant
- C. polygénique
- D. lié à l'X
- E. lié à l'Y

LPL LDL-VLDL

?

Question N°15 : Le déficit en lipoprotéine lipase est responsable surtout d'une :

- A. hyperchylomicronémie
- B. hypocholesterolémie
- C. augmentation des VLDL
- D. augmentation des LDL
- E. augmentation des HDL

Question N°16 : Le pied diabétique à composante neuropathique se caractérise par les éléments suivants :

- A. il est chaud avec des réflexes ostéotendineux vifs
- B. il n'y a pas d'hyperkératose associée
- C. les pouls sont présents voire même bondissants
- D. il est froid avec présence d'un halo inflammatoire
- E. il n'y a pas de douleur

Question N°17 : Quelles sont les propositions justes parmi les suivantes concernant la néphropathie diabétique ?

- A. C'est 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 quel que soit le stade

Question N°18 : Dans la céto-acidose diabétique :

- A. L'apport de bicarbonates est systématique pour lutter contre l'acidose
- B. L'insulinothérapie est vitale en sous cutanée
- C. L'insulinothérapie est arrêtée systématiquement dès que la glycémie < 1g/l (risque d'hypoglycémie)
- D. Il y a une déshydratation d'abord intra cellulaire puis extra cellulaire
- E. Il y a un excès de corps cétoniques qui proviennent de la néoglucogenèse

Question N°19 : Les corps cétoniques sont :

- A. des acides faibles ionisés
- B. éliminés par voie rénale uniquement α
- C. représentés majoritairement par l'acide β hydroxybutyrique \checkmark
- D. synthétisés au niveau du rein et du foie
- E. aussi éliminé par le rein ce qui participe à l'aggravation de l'hypokaliémie

Question N°20 : Le coma hyperosmolaire est :

- A. une complication du sujet âgé diabétique généralement sans insuline
- B. associé à une cétose du fait de la diminution des acides gras libres α
- C. caractérisé par une hyperosmolarité et une hyperglycémie majeure sans cétose \checkmark
- D. caractérisé par un tableau clinique installé en quelques heures α
- E. traité surtout par une insulinothérapie à forte dose afin de baisser rapidement la glycémie

Question N°21 : L'hypoglycémie chez le diabétique sous sulfamides hypoglycémiant :

- A. peut se manifester par des signes neuroglycopéniques type tremblements des extrémités et palpitations α
- B. est souvent due à une erreur thérapeutique diététique ou surdosage médicamenteux \checkmark
- C. est plus grave et laisse plus de séquelles cérébrales
- D. est traitée par une injection de glucagon en intramusculaire ou en sous cutanée α
- E. nécessite une surveillance prolongée parfois même l'hospitalisation

Question N°22 : Le tableau biologique d'une calcémie élevée avec PTH élevée peut se voir en cas :

- A. d'hyperparathyroïdie primaire
- B. de traitement par sels de lithium chez un patient avec trouble bipolaire
- C. d'hypercalcémie familiale bénigne ou syndrome de Marx et Aurbach $?$
- D. de carence sévère en vitamine D
- E. de syndrome de malabsorption secondaire à une maladie coeliaque α

Question N°23 : Lors d'un traitement médical de la maladie de Basedow de type "block and replace", le rythme de surveillance de la TSH se fait chaque :

- A. 15 jours
- B. 3 semaines
- C. 2 mois
- D. 4 mois \checkmark
- E. 6 mois

Question N°24 : L'arrêt définitif de la prise de tout antithyroïdien de synthèse lors du traitement d'une hyperthyroïdie s'impose lorsque le nombre de polynucléaires neutrophiles est inférieur à :

- A. 2 000 éléments/mm³
- B. 1 500 éléments/mm³
- C. 1 200 éléments/mm³
- D. 500 éléments/mm³ \checkmark
- E. 100 éléments/mm³

Question N°25 : Quel est le schéma thérapeutique le plus approprié pour le traitement d'un patient de 34 ans, présentant une maladie de Basedow avec ophtalmopathie sévère, goitre volumineux et des taux très élevés d'Ac anti récepteurs de la TSH ?

- A. Iothérapie
- B. Cobaltothérapie
- C. Thyroïdectomie \checkmark
- D. Antithyroïdiens de synthèse seuls
- E. Antithyroïdiens de synthèse associés au Levothyrox®

Question N°26 : Quels sont les arguments en faveur d'une insuffisance corticotrope (insuffisance surrénale d'origine haute) ?

- A. Une ACTH basse \checkmark
- B. Une grande tolérance des symptômes α
- C. L'intégration souvent dans un tableau de panhypopituitarisme
- D. L'association d'asthénie, amaigrissement, hypotension et mélanodermie α
- E. La présence d'une hypernatrémie par sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique α

Question N°27 : Les causes hypothalamiques de l'insuffisance antéhypophysaire sont :

- A. le craniopharyngiome
- B. les macro- adénomes hypophysaires α
- C. les granulomatoses (sarcoïdose) \checkmark
- D. l'abcès hypophysaire α
- E. La nécrose ischémique du post-partum (syndrome Sheehan) α

Question 28 : Mr. B.M. âgé de 48 ans se présente en consultation pour obésité. Vous êtes frappé par son morphotype cushingoïde et vous voulez assoir votre diagnostic « en consultation externe », que faites-vous ?

- A. Un cycle de cortisol
- B. Un cortisol salivaire
- C. Un test de freinage minute
- D. Un test de freinage faible
- E. Un test de freinage fort

Question 29 : L'examen réalisé à Mr. B. M. n'a pas été contributif, vous décidez de l'hospitaliser. Quel est l'examen à demander pour confirmer ou infirmer votre hypothèse ?

- A. Un cycle de cortisol
- B. Un cortisol salivaire
- C. Un test de freinage minute
- D. Un test de freinage faible
- E. Un test de freinage fort

Question 30 : Après discussion avec les membres de sa famille, il s'avère que Mr. B. M. est alcoolique chronique depuis plus de 20 ans. Quelle serait alors votre hypothèse diagnostic ?

- A. Maladie de Cushing
- B. Syndrome de Cushing par adénome surrénalien
- C. Sécrétion paranéoplasique de cortisol
- D. Sécrétion paranéoplasique de CRH
- E. Pseudo syndrome de cushing

3 mois
4 x 9
40 36

Contrôle de stage

Cas clinique 1 :

Yanis, âgé de 6 ans et 5 mois, est vu en consultation, accompagné de ses parents, pour un retard statural. Il est né à 37 semaines d'aménorrhées avec un poids et taille normaux, cependant il a été hospitalisé à la naissance pour hypoglycémies. Le développement psychomoteur était normal. Yanis semble très éveillé mais un peu timide car c'est le plus petit de sa classe. L'examen montre une taille à 101 cm (-3DS), un poids à 16 kg (-2 DS). Il présente des bosses frontales, une ensellure nasale marquée, une adiposité abdominale et une verge < 2 cm. Le reste de l'examen est sans particularité.

Taille du père : 1.80 m, taille de la mère : 1.52 m, à noter que son frère aîné âgé de 12 ans est de taille normale.

Question N°31 : Quels sont les facteurs qui influencent la croissance staturale des enfants ayant le même âge que Yanis ?

- A. La testostérone 1,80 + 1,52
- B. L'axe GH/IGF1
- C. La génétique
- D. Les hormones thyroïdiennes
- E. Les antécédents personnels de souffrance fœtale

Question N°32 : Quel est le premier examen paraclinique à demander pour avoir une idée sur le pronostic statural ?

- A. IGF1
- B. Tests dynamiques de GH
- C. Calcul de la taille cible corrigée
- D. IRM hypophysaire
- E. Radiographie du poignet gauche

Question N°33 : Votre examen clinique vous fait suspecter un déficit en GH congénital. Quels sont les signes cliniques en faveur de ce diagnostic ?

- A. Adiposité abdominale
- B. Ensellure nasale
- C. Verge < 2 cm
- D. Hypoglycémie en bas âge
- E. Taille à -3 DS

Cas clinique 2 :

Un patient âgé de 17 ans, diabétique de type 1 découvert à l'âge de 14 ans consulte en Diabétologie pour déséquilibre de son diabète. Il est sous 2 injections d'insulines semi lente par jour. Il décrit un mode de vie très actif de type étudiantin. Il aime souvent faire du sport et jouer au football. Il se plaint depuis 2 années de malaises fréquents en particulier après son activité sportive, à type de palpitations, tremblements, étourdissements, flou visuel, diplopie et fatigue, qu'il met sur le compte de sa préparation à l'examen du baccalauréat. Il vous décrit aussi une prise de poids de 4 kg en une année.

Question 34 : A Quel diagnostic doit-on penser en premier lieu ?

- A. Surmenage
- B. Cétose diabétique
- C. Hypoglycémie
- D. Hypothyroïdie
- E. Hyperthyroïdie

Question 35 : Quels en sont les facteurs étiologiques éventuels ?

- A. Le terrain autoimmun
- B. Le sexe du patient
- C. La présence d'éventuelles lipodystrophies
- D. Une mauvaise adaptation thérapeutique lors de la pratique de l'activité sportive
- E. Le stress en rapport avec l'examen du Baccalauréat à passer

Question N°36 : Le médecin consulté décide de modifier le schéma thérapeutique de ce patient et ce, pour éviter la survenue ou à défaut retarder l'apparition des complications dégénératives du diabète. Lequel des schémas suivants est le plus approprié en sachant que ce médecin a prévu de renforcer l'éducation thérapeutique et que le patient accepte et adhère à ces modifications ?

- A. Arrêter l'insulinothérapie et la remplacer par de la Metformine
- B. Arrêter l'insulinothérapie et la remplacer par du Glibenclamide
- C. Adjoindre la Metformine au schéma déjà instauré
- D. Instaurer un schéma basal - bolus
- E. Remplacer le schéma 2 injections d'insuline semi lente par un autre de 2 injections d'insuline rapide par jour

Cas clinique 3 :

Une patiente, aux antécédents personnels de maladie de Basedow, est mise sous 60 mg/j de prédnisolone pour une poussée de lupus érythémateux disséminé (LED). Un mois après le traitement, elle présente un syndrome polyuro-polydipsique, une hypertension artérielle, une prise de poids avec vergetures pourpres au niveau de l'abdomen. Le bilan biologique a révélé une kaliémie à 3.2 mmol/l (normes : 3,5-5), une glycémie à jeun à 3 g/l et une anémie normochrome normocytaire.

Question N°37 : Quelles sont les hypothèses diagnostiques ?

- A. Un diabète sucré secondaire à la corticothérapie
- B. Un syndrome de Cushing ?
- C. Une aggravation de son LED malgré la corticothérapie
- D. Un diabète sucré démasqué par la corticothérapie
- E. Une rechute de sa maladie de Basedow sous l'effet des corticoïdes

Question N°38 : Quels sont les éléments en faveur d'un surdosage en corticoïdes ?

- A. Syndrome polyuro-polydipsique
- B. Hyperthyroïdie
- C. Hypokaliémie —
- D. Vergetures pourpres —
- E. Anémie

Question N°39 : Quels sont les mécanismes par lesquels une corticothérapie peut entraîner un diabète sucré ?

- A. Une sensibilité à l'insuline diminuée
- B. Une néoglucogenèse diminuée
- C. Une captation périphérique du glucose diminuée
- D. Une captation périphérique du glucose élevée
- E. Une production hépatique du glucose élevée

Question N°40 : Le sevrage de la corticothérapie consiste à :

- A. diminuer la dose de prédnisolone par palier de 5 mg tous les 03 jours
- B. diminuer la dose de prédnisolone par palier de 5 mg/semaine
- C. garder une dose de 20 mg de prédnisolone jusqu'à normalisation de la cortisolémie
- D. associer des injections intramusculaires de Synacthène® pendant la phase de dégression de la prédnisolone
- E. remplacer par l'hydrocortisone per os à la dernière phase de dégression de la prédnisolone

ACTH



Département de Médecine de Constantine - Epreuve d' Endocrinologie - A5 - R3 (THEORIE+PRATIQUE) le 15-11-2017

Date de l'épreuve : 09/11/2017

Page 1/

Corrigé Type

Barème par question : 0.500000

| N° | Rép. |
|----|------|
| 1 | BCE |
| 2 | ACD |
| 3 | ABD |
| 4 | BCD |
| 5 | ABE |
| 6 | E |
| 7 | B |
| 8 | A |
| 9 | ACDE |
| 10 | ABC |
| 11 | AE |
| 12 | AB |
| 13 | ABE |
| 14 | B |
| 15 | A |
| 16 | CE |
| 17 | ABC |
| 18 | D |
| 19 | ACE |
| 20 | AC |
| 21 | BCE |
| 22 | ABC |
| 23 | D |
| 24 | D |
| 25 | C |
| 26 | ABC |
| 27 | AC |
| 28 | C |
| 29 | D |
| 30 | E |
| 31 | BCD |
| 32 | E |
| 33 | CD |
| 34 | C |
| 35 | CD |

| N° | Rép. |
|----|------|
| 36 | D |
| 37 | ABD |
| 38 | ACD |
| 39 | ACE |
| 40 | BE |

K. BENMOHAMMED
Professeur
Endocrinologie Diabétologie
CHUC