

Durée de l'épreuve : 01 heure 15 minutes

Question 01. La maladie de Basedow :

- a. Présente une architecture lobulée.
- b. Les vésicules thyroïdiennes sont de grande taille.
- c. L'épithélium thyroïdien présente des vacuoles de résorption.
- d. La consistance varie selon le caractère colloïde ou parenchymateux.
- e. L'épithélium émet des papilles ou franges intra-luminales.

Question 02. Le carcinome papillaire présente des caractéristiques cytologiques bien définies :

- a. Aspect en verre dépoli avec chevauchement 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'une abondante colloïde.

Question 03. 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 comportant un axe conjonctivo-vasculaire.
- d. Présence des dépôts amyloïdes positifs au rouge congo
- e. La colloïde qui est pâle aux limites irrégulières.

Question 04. Le diagnostic positif du phéochromocytome se pose sur :

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

Question 05. Le corticosurréalome malin :

- a. Est souvent unilatéral
- b. L'immuno-marquage à la synaptophysine est souvent positif
- c. Les critères de malignité sont définis par le score de PASS
- d. L'envahissement capsulaire et vasculaire confirme la malignité.
- e. Les mitoses atypiques, les foyers de nécrose et de calcification confirment la malignité.

Question 06. Le myélolipome :

- a. Est une tumeur corticosurrénalienne bénigne
- b. Apparaît comme un nodule mal limité
- c. A tranche de section jaunâtre ou rougeâtre
- d. C'est un mélange, de tissu adipeux et de tissu hématopoïétique.
- e. C'est un mélange, de tissu adipeux et de tissu musculaire.

Question 07. La cardiomyopathie est définie par une thyrotoxicose associée à des manifestations cardiaques, lesquelles ?

- a. Insuffisance coronaire
- b. Hypertension artérielle
- c. Hypotension artérielle
- d. Troubles du rythme
- e. insuffisance cardiaque

Question 08. La tachycardie peut manquer dans certaines situations d'hyperthyroïdie, lesquelles ?

- a. Anémie associée à l'hyperthyroïdie
- b. Formes débutantes d'hyperthyroïdie
- c. Coexistence de bloc auriculo-ventriculaire (BAV) complet
- d. Sujet au rythme physiologique lent
- e. En cas d'épisodes fébriles

Question 09. L'hypothyroïdie peut se manifester cliniquement par :

- a. Bradycardie
- b. Macroglossie
- c. Diarrhées
- d. Troubles de la mémoire
- e. Thermophobie

Question 10. L'hypothyroïdie chez le nouveau-né est suspectée devant :

- a. Hypothermie
- b. Hernie ombilicale
- c. Diarrhées fréquentes
- d. Croissance accélérée
- e. Ictère néonatal prolongé

Question 11. Une femme de 42 ans, sans antécédents particuliers, consulte pour des paresthésies des mains. Le bilan biologique retrouve : calcémie = 70 mg/l (valeur normale : 80-102), phosphorémie = 20 mg/l (VN : 25-42), PTH = 98 pg/ml (VN : 20-65). A quel diagnostic pensez-vous ?

- a. Pseudohypoparathyroïdie
- b. Hyperparathyroïdie primitive par adénome
- c. Hyperparathyroïdie secondaire à un déficit en vitamine D
- d. Hyperparathyroïdie tertiaire
- e. Hypoparathyroïdie fonctionnelle par hypomagnésémie

Question 12. Le signe de Chvostek :

- a. oriente vers la présence d'une hypercalcémie
- b. oriente vers la présence d'une hyperphosphorémie
- c. est considéré comme positif lors de la contraction de la joue et de la lèvre supérieure à la percussion de la face
- d. est une contraction des muscles de la main en «main d'accoucheur» lors de l'instauration d'une ischémie en aval du coude
- e. est un signe pathognomonique d'une hyperparathyroïdie

Question 13. Quelles sont les indications d'un traitement chirurgical lors d'une hyperparathyroïdie primitive asymptomatique selon les recommandations du 4^{ème} Workshop Américain de 2014 ?

- a. Age > 50 ans
- b. Clearance de la créatinine < 60 ml/mn
- c. Calcémie > 5 mg/l au-dessus des normes du laboratoire
- d. Calciurie > 200 mg/24 h
- e. T - score < - 2,5 au niveau lombaire, hanche, col fémoral, ou 1/3 distal du radius à la DMO

Question 14. Quels sont les moyens de surveillance d'une hyperparathyroïdie primitive asymptomatique selon les recommandations du 4^{ème} Workshop Américain de 2014 ?

- a. Calcémie une fois par an
- b. Calciurie une fois par an
- c. Calciurie chaque 2 ans
- d. Phosphorémie chaque année
- e. Clearance de la créatinine une fois par an

Question 15. Quelles sont les causes communes entre insuffisance antéhypophysaire et diabète insipide

- a. Syndrome de Kallmann
- b. Craniopharyngiome
- c. Syndrome de Sheehan
- d. Hypokaliémie
- e. Sarcoïdose

Question 16. L'ADH (hormone antidiurétique) :

- a. Est libérée en réponse à l'hyperosmolarité plasmatique
- b. Est libérée en réponse à l'hyponatrémie
- c. Est libérée en réponse à l'hypovolémie
- d. Agit par le biais de son récepteur V1 des cellules du tube collecteur rénal
- e. A une demi-vie très courte

Question 17. Quels sont les déficits hypophysaires associés à la mutation du gène codant pour le facteur de transcription Pit1

- a. Déficit gonadotrope
- b. Déficit somatotrope
- c. Déficit lactotrope
- d. Déficit corticotrope
- e. Déficit thyroïdienne

Question 18. Le diagnostic d'un hypopituitarisme dissociée liée à une sarcoïdose a été posé chez un patient, mis sous 25 mg d'hydrocortisone et 100 µg de L-thyroxine. Une semaine plus tard il présente un syndrome polyuro-polydipsique. A quel diagnostic pensez-vous ?

- a. Un surdosage en hydrocortisone
- b. Un sous dosage en hydrocortisone
- c. Un diabète rénal
- d. Un diabète insipide
- e. Un sous dosage en L-thyroxine

Question 19. Les analogues de la somatostatine permettent de :

- a. Faire disparaître souvent les céphalées
- b. Diminuer l'infiltration des parties molles
- c. Normaliser souvent les taux d'IGF-1
- d. Faire disparaître à 100% les adénomes
- e. Améliorer la fonction cardiaque

Question 20. L'intérêt des analogues de la somatostatine est limité par :

- a. Le prix des médicaments
- b. Le risque de lithiases biliaires
- c. Le risque d'induire une hypothyroïdie profonde
- d. Le risque d'impuissance qu'ils entraînent
- e. La contrainte thérapeutique

Question 21. 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. De la somatostatine ?
- d. De la TRH ?
- e. De la dopamine ?

Question 22. En dehors du déficit en GH, quelles sont les autres situations responsables d'une baisse du taux plasmatique d'IGF1?

- a. Période pubertaire
- b. Grossesse
- c. Malnutrition
- d. Insuffisance hépatique
- e. Syndrome de résistance à la GH

Question 23. Dans le syndrome de Cushing, on observe une hyperplasie bilatérale des surrénales dans les étiologies suivantes :

- a. Les cancers surrenaliens (corticosurrénalome)
- b. Les adénomes corticotropes (maladie de Cushing)
- c. Les syndromes de Cushing paranéoplasiques
- d. Les adénomes cortico-surrenaliens
- e. Les syndromes de Cushing ACTH-dépendants

Question 24. La mélanodermie :

- a. Est une pigmentation accrue de la peau et des muqueuses
- b. Est due à l'excès de cortisol dans le syndrome de Cushing
- c. Peut être commune au syndrome de Cushing et la maladie d'Addison
- d. Elle prédomine dans les régions couvertes et zones de flexion
- e. Elle se manifeste par des taches ardoisées au niveau des muqueuses

Question 25. La maladie de Cushing :

- a. Est la cause la plus fréquente du syndrome de Cushing
- b. Elle est due à un adénome hypophysaire
- c. Caractérisée par un freinage fort souvent négatif
- d. Prédomine chez l'homme avec des signes cataboliques francs et rapidement évolutifs
- e. L'imagerie hypophysaire (IRM) est parfois négative

Question 26. Pour confirmer le diagnostic positif du syndrome de Cushing les examens suivants sont indiqués:

- a. Le dosage du cortisol après stimulation par Synacthène
- b. Le dosage du cortisol de base et le cortisol libre urinaire des 24 heures
- c. Le test de freinage faible
- d. Le cathétérisme des sinus pétreux inférieurs
- e. Le test de freinage fort

Question 27. Le traitement du coma hyperosmolaire chez le diabétique nécessite :

- a. Une correction rapide en une heure, de la déshydratation
- b. L'administration systématique de potassium
- c. La perfusion des solutés hypotoniques
- d. L'administration continue de l'insuline à la seringue électrique
- e. Le traitement systématique du facteur déclenchant.

Question 28. Le(s) critère(s) diagnostic(s) biologique(s) de la cétoacidose diabétique est (sont) :

- a. Glycémie inférieure ou égale à 1.8 g/l
- b. Cétonémie inférieure à 1 mmol/l
- c. PH artériel inférieur à 7.30
- d. Glycosurie et cétonurie positives
- e. Bicarbonate supérieure à 50 mEq/l

Question 29. Les Complications redoutables de la rétinopathie diabétique sont :

- a. Exophtalmie bilatérale
- b. Hémorragie intra vitréenne
- c. Hémianopsie bitemporale
- d. Décollement rétinien
- e. Glaucome néo vasculaire

Question 30. Dans le cadre de dépistage de la néphropathie diabétique, la micro-albuminurie des 24 heures est dite positive si le taux est :

- a. Entre : 50 et 500 mg/24h
- b. Entre : 40 et 400 mg/24h
- c. Entre : 30 et 300 mg/24h
- d. Entre : 20 et 200 mg/24h
- e. Entre : 10 et 100 mg/24h

CAS CLINIQUE 01

Un patient âgé de 56 ans, chauffeur de taxi de profession, marié et père de 4 enfants, vient consulter pour une asthénie et une polyurie apparues il y a quelques jours. Dans ses antécédents personnels on note une hypertension artérielle (HTA) grade 1 diagnostiquée il y a 3 ans sous traitement, et dans les antécédents familiaux on note un diabète sucré chez le père, deux de ses sœurs et une tante maternelle. Il fume le tabac à raison de 20 paquets année.

L'examen clinique retrouve un état général conservé, bonne orientation temporo-spatiale, bonne coloration cutanéomuqueuse, pas de morphotype particulier.

Poids 100 Kg, Taille 1,76m, Tour de taille 104cm, BMI 32,36 Kg/m, sans notion d'amaigrissement, TA 130/70 mmHg en position debout et couché, Fréquence cardiaque (FC) : 80 bpm, Fréquence respiratoire : 18 cycles/min

Le reste de l'examen clinique est sans particularité en dehors de brûlures mictionnelles apparues il y a quelques jours.

Question 31. Quels sont les facteurs de risque cardiovasculaires déjà présents chez ce patient ?

- a. Les antécédents familiaux de diabète
- b. Le tabac
- c. L'HTA
- d. L'âge
- e. L'obésité

Question 32. Quels sont les examens à demander en 1^{ère} intention ?

- a. Une glycémie à jeun
- b. Un bilan lipidique
- c. Une épreuve d'effort
- d. Echo-doppler des membres inférieurs
- e. Un ECBU (étude cyto bactériologique des urines)

Question 33. Un bilan glycémique a été demandé chez le patient, objectivant 2 glycémies veineuses à jeun à 1,56 g/l et 1,70 g/l, la glycémie capillaire faite au cabinet est à 2,60 g/l, la chimie des urines a révélé une glycosurie sans corps cétoniques. S'agit-il de (une seule réponse juste) ?

- a. Un diabète sucré de type 2
- b. Une hyperglycémie modérée à jeun
- c. Un pré diabète
- d. Un diabète sucré de Type 1
- e. Un diabète rénal

Question 34. Quelles est le traitement de 1^{ère} intention chez ce patient ?

- a. Analogues de Glucagon Like Peptide-11 (GLP-1)
- b. Mesures hygiéno-diététiques
- c. Metformine
- d. Analogues du Glucagon
- e. Arrêt du tabac

CAS CLINIQUE 02

Merieme, âgée de 28 ans, infirmière au service de pneumo-phtisiologie, célibataire, admise au service de maladies infectieuses pour un tableau de toxi-infection alimentaire évoluant depuis 15 jours et ne répondant pas au traitement antibiotique. A sa réception chez nous, la patiente est asthénique avec une pâleur cutanéomuqueuse, un pli cutané de déshydratation et des douleurs abdominales. La TA est de 80/50 mmHg, la FC à 90 bpm. Un Abdomen sans préparation montre des calcifications sur l'aire au dessus des 2 reins, par ailleurs sans anomalies, de même que l'échographie abdominale. Le bilan biologique retrouve une TSH à 0,42 $\mu\text{UI/l}$ (Normes : 0,4- 4 $\mu\text{UI/l}$) une kaliémie à 5,3 mEq/l, une natrémie à 132 mEq/l et une glycémie à 0,65 g/l.

Question 35. Quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu ?

- a. Insuffisance surrénale aiguë
- b. Occlusion intestinale
- c. Thyrotoxicose aiguë
- d. Amibiase intestinale
- e. Ulcère gastrique

Question 36. Quels sont les signes qui vous ont conduit à poser ce diagnostic ?

- a. Pâleur cutanéomuqueuse
- b. Hypotension artérielle
- c. Douleurs abdominales
- d. TSH à 0,42 $\mu\text{UI/ml}$
- e. Kaliémie 5,3 mEq/l

Question 37. Quel bilan demandez-vous en urgence pour confirmer votre diagnostic ?

- a) Test au synacthène
- b) Cortisol plasmatique
- c) ACTH plasmatique
- d) IDR à la tuberculine
- e) F-T4 plasmatique

Question 38. Quelle est votre conduite thérapeutique immédiate ?

- a. Réhydratation avec Sérum Salé Isotonique et Sérum Glucosé Isotonique en alternance
- b. Charge potassique
- c. Hydrocortisone par voie parentérale
- d. Antithyroïdiens de synthèse
- e. Attendre les résultats du bilan biologique pour commencer le traitement

Question 39. Parmi les diagnostics étiologiques suivant, le quel est le plus probable chez notre patiente ?

- a. Maladie de Basedow
- b. Tuberculose surrénale
- c. Adénocarcinome intestinale occlusif
- d. Rétraction corticale
- e. Prise de corticoïdes au long cours

Question 40. Quels sont les signes qui permettent d'évoquer ce diagnostic étiologique ?

- a. Hyperpigmentation cutanéomuqueuse
- b. IDR à la tuberculine positive
- c. ACTH plasmatique bas
- d. Anticorps anti-récepteurs de la TSH positif
- e. Calcifications sus rénales



Département de Médecine de Constantine - Epreuve d'Endocrinologie - A5 - R3 - THEORIE + PRATIQUE

Date de l'épreuve : 15/11/2018

Page 1/1

Corrigé Type

Barème par question : 0.500000

N°	Rép./Alternatives 1&2	
1	CE	ACE
2	ACD	
3	AD	
4	AE	
5	BD	
6	ACD	
7	ADE	
8	BCD	
9	ABD	
10	ABE	
11	C	
12	C	
13	BE	
14	AE	
15	BCE	
16	ACE	
17	BCE	
18	D	
19	ABCE	
20	ABE	
21	A	
22	CDE	
23	BCE	
24	ACE	
25	ABE	
26	BC	
27	DE	
28	CD	
29	BDE	
30	C	
31	BCDE	
32	AB	
33	A	
34	BCE	
35	A	

N°	Rép./Alternatives 1&2	
36	BCE	
37	B	
38	AC	
39	B	
40	ABE	

Handwritten signature and stamp
Dr. K. BOUBNIDER
Faculté de Médecine de Constantine