

**Question 1 :** *Un corps thyroïdien atrophie, asymétrique, ferme, adhérent aux tissus voisins, comme s'il était le siège d'une tumeur extensive répond à :*

- a. Thyroïdite de De Quervain
- b. Thyroïdite d'Hashimoto
- c. Thyroïdite subaiguë
- d. Thyroïdite ligneuse ou thyroïdite de Riedel
- e. Thyroïdite aiguë non spécifique

**Question 2 :** *Devant une tumeur encapsulée, d'architecture folliculaire avec les caractéristiques nucléaires d'un CPT classique on pose le diagnostic de :*

- a. Carcinome anaplasique
- b. NIFTP
- c. Cancer thyroïdien indifférencié
- d. Carcinome avec invasion
- e. CPT classique

**Question 3 :** *Une infiltration tumorale de la thyroïde par des cellules RE + et RP + à l'IHC répond à une métastase d'un :*

- a. Cancer bronchique
- b. Cancer mammaire
- c. Un mélanome
- d. Cancer rénal
- e. Un tératome immature

**Question 4 :** *Une prolifération tumorale du parenchyme thyroïdien avec présence de cellules sus tentaculaires à la périphérie des nids (PS100+) au sein d'un stroma fibro-vasculaire et une calcitonine positive est en faveur de :*

- a. Carcinome indifférencié de la thyroïde
- b. Une NEM de type IIa
- c. Un CMT
- d. Maladie de graves
- e. Carcinome vésiculaire invasif

**Question 5 :** *Quelle est la conduite à tenir devant un nodule de la thyroïde qui présente des atypies de signification indéterminée ou lésion vésiculaire de signification indéterminée*

- a. Nouvelle ponction (sous écho à >3 mois)
- b. Suivi clinique / échographique
- c. Lobectomie
- d. Nouvelle ponction à 6 mois et corrélation échographique
- e. Thyroïdectomie ou lobectomie

**Question 6 :** *La parathyroïde peut être le siège d'hyperplasie qui se traduit :*

- a. Index de prolifération cellulaire élevé
- b. Des foyers nécrotiques ou hémorragiques qui la parsèment
- c. Présence d'atypies cellulaires marquées
- d. Une multiplication des cellules principales et des cellules claires
- e. La tumeur peut comporter des foyers kystiques

**Question 7 :** *L'adénome hypophysaire :*

- a. Est fait de cellules différenciées
- b. Est fait de cordons de cellules pavimenteuses
- c. Mesure en moyenne 4 cm
- d. Est limité par une capsule plus ou moins complète
- e. Est volontiers nécrotique s'il est gros

**Question 8 :** *Le Craniopharyngiome :*

- a. Est appelé adamantinome hypophysaire
- b. Présente le plus souvent une architecture diffuse
- c. Présente une disposition palissadique des cellules périphériques
- d. Peut présenter des foyers de calcification
- e. Mesure quelques millimètres à plusieurs centimètres

**Question 9 :** *Le corticosurréalome malin :*

- a. Est le siège d'un polymorphisme cellulaire marqué
- b. Présente des mitoses nombreuses et atypiques
- c. Est le siège de remaniements hémorragiques et nécrotiques
- d. Est fait de cellules malpighiennes avec des globes cornés
- e. Est un mélange de tissu adipeux et de tissu hématopoïétique

**Question 10 :** *Le Phéochromocytome :*

- a. Est fait de petites cellules à cytoplasme réduit
- b. Est fait de cellules qui se rangent en cordons, séparés par de grêles axes vasculaires
- c. Est une lésion généralement bien limitée
- d. Mesure 1 à 10 cm de diamètre
- e. Se présente sous forme d'un tissu blanchâtre

**Question 11 : Quelles sont les principales indications du traitement par les agonistes du récepteur sensible au calcium ?**

- a. Le carcinome parathyroïdien
- b. L'hypoparathyroïdie auto-immune
- c. La Pseudohypoparathyroïdie
- d. L'hyperparathyroïdie primaire secondaire au déficit en vitamine D
- e. L'hyperparathyroïdie primaire inopérable

**Question 12 : Comment expliquez l'hypercalciurie au cours de l'hyperparathyroïdie primaire ?**

- a. Effet de la PTH sur le tubule proximal du rein inhibant ainsi la réabsorption du calcium
- b. Effet de la PTH sur le tube contourné distal du rein stimulant l'élimination du calcium
- c. Augmentation de la charge filtrée du fait de l'hypercalcémie avec dépassement des capacités de réabsorption,
- d. Diminution de la réabsorption tubulaire rénale du calcium par effet inhibiteur exercé par l'hypercalcémie sur le CaSR
- e. Stimulation de l'élimination du calcium par action de la Vitamine D sur le tubule proximal rénal

**Question 13 : Cochez les propositions justes parmi les suivantes, concernant la durée d'action des différentes catégories d'insulines (administrées par voie sous-cutanée).**

- a. Les analogues rapides de l'insuline : durée d'action 3 -4 heures,
- b. Les insulines régulières ou ordinaires : durée d'action 3 heures,
- c. Les insulines à action intermédiaire : durée d'action 06 heures,
- d. Les analogues lents de l'insuline : durée d'action moyenne 24 heures,
- e. Les insulines ultra-lentes : pas plus de 28 heures.

**Question 14 : Cochez les propositions justes parmi les suivantes, concernant les analogues rapides de l'insuline :**

- a. Elles se présentent sous forme monomérique ?
- b. Pour l'insuline Lispro, les 2 AA situés en B28 et B29 sont en position inversée par rapport à celle qui est rencontrée dans l'insuline normale ?
- c. Pour l'insuline Aspart, la proline en position B28 est remplacée par la lysine ?
- d. Pour l'insuline Glulisine, la lysine en position B29 est remplacée par de l'acide aspartique ?
- e. Pour l'insuline Glulisine, une 2ème substitution est également présente en B3 où l'asparagine est remplacée par la lysine ?

**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 radiothérapie cérébrale.

**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. Hyperkaliémie

**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 Somatotrope.
- 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 en bolus sous cutanés ou à la seringue électrique
- 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 ou glucagon
- 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. Untype 2a
- b. Untype 2b
- c. Untype 3
- d. Untype 5
- e. Untype 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 : Pour le traitement d'une hypothyroïdie clinique profonde :**

- a- L'hospitalisation du sujet âgé pour débiter le traitement est indispensable.
- b- Il faut atteindre un taux de TSH normale quel que soit l'âge.
- c- Il faut atteindre un taux de TSH normale en cas de cardiopathie ischémique.
- d- Donner les premiers jours du traitement de l'hémisuccinate d'hydrocortisone avec le Levothyrox est souhaitable.
- e- En cas ce cardiopathie ischémique, faire un ECG avant chaque augmentation des doses de Levothyrox.

**Question 28 : Dans l'hypothyroïdie :**

- a- Une FT4 normale avec une TSH élevée éliminent une hypothyroïdie primaire.
- b- Une FT4 basse avec une TSH élevée confirment l'hypothyroïdie primaire.
- c- Une FT4 basse avec une TSH élevée confirment l'hypothyroïdie périphérique.
- d- L'adénome thyroïdienne peut causer une hypothyroïdie
- e- Des taux bas de LDH et de CPK sont retrouvés dans l'hypothyroïdie périphérique.

**Question 29 : Quelles sont, parmi les manifestations cliniques suivantes, celles qu'on peut rencontrer au cours de l'hypocalcémie ?**

- a. Syndrome polyuro-polydipsique
- b. Calcifications des noyaux gris centraux
- c. Cataracte sous capsulaire postérieure
- d. Paresthésies
- e. Douleurs osseuses invalidantes

**Question 30 : Préciser les actions du Magnésium dans l'homéostasie phosphocalcique :**

- a. L'hypomagnésémie aiguë stimule la sécrétion de la PTH
- b. L'hypomagnésémie profonde ou chronique inhibe la sécrétion de la PTH
- c. L'hypomagnésémie profonde ou chronique peut entraîner une résistance à l'action périphérique de la PTH
- d. L'hypermagnésémie stimule la sécrétion de la PTH
- e. L'hypermagnésémie inhibe l'élimination rénale du calcium

**Question 31 : L'acromégalie peut être dû à :**

- a- Un adénome hypophysaire somatotrope pur
- b- Une hyperplasie micronodulaire pigmentée bilatérale des surrénales
- c- Un lymphome
- d- Une tumeur carcinoïde
- e- Pachydermopériostose

**Question 32 : Devant un adénome somatotrope pur, les options thérapeutiques possibles sont :**

- a- Les antithyroïdiens de synthèse
- b- La chirurgie
- c- L'Irathérapie
- d- Les analogues de la somatostatine
- e- La gamma knife

**Question 33 : Comme retentissement endocrânien d'un adénome somatotrope à extension latéro sellaire gauche, on peut trouver :**

- a- Une altération du champ visuel
- b- Des troubles de l'oculomotricité
- c- Des crises convulsives temporales
- d- Une rhinorrhée
- e- Une hydrocéphalie

**Question 34 : la metformine présente un risque :**

- a. De cétoacidose lactique
- b. D'acidocétose lactique
- c. D'acidose lactique
- d. D'acidose lactique hypo osmolaire
- e. D'acidose lactique hyperosmolaire

**Contrôle pratique**

Une femme âgée de 50 ans sans antécédents personnels, aux antécédents chirurgicaux de 2 césariennes sur macrosomie et aux antécédents familiaux de diabète sucré et dyslipidémie, Elle consulte pour un bilan de santé de routine

Le bilan biologique comme suit : Glycémie à jeun : 1,19 g/L, Glycémie 2h après HGPO : 1,8 g/L

**Question 35 : Interprétez ce bilan biologique :**

- a. Diabète sucré
- b. Un prédiabète
- c. Bilan normal
- d. Hyperglycémie modérée à jeun
- e. Intolérance au glucose

**Question 36 : Quels sont les facteurs de risque de diabète sucré présents chez cette patiente :**

- a. Antécédents familiaux de diabète sucré
- b. Antécédents familiaux de dyslipidémie
- c. Un prédiabète
- d. ATCDS de macrosomie
- e. HTA

**Question 37 : Un an plus tard cette patiente est revenue de consulter pour une asthénie, un syndrome polyuro-polydipsique, l'examen clinique retrouve un poids de 75kg, une taille de 160cm, une TA à 150/90mmHg avec une glycémie à jeun de 2 g/L, Comment classer ce diabète :**

- a. Diabète type 1
- b. Diabète secondaire
- c. Diabète type 2
- d. Diabète type LADA
- e. Prédiabète

**Question 38 : Quels sont les examens clinico- biologiques à compléter chez cette patiente ?**

- a. Bilan lipidique complet
- b. Scintigraphie myocardique
- c. Hémoglobine glyquée
- d. Bilan rénal
- e. Examen ophtalmologique

**Question 39 : Quels sont les facteurs de risque cardiovasculaire chez cette patiente ?**

- a. Obésité
- b. HTA
- c. Surpoids
- d. L'âge
- e. Le diabète sucré

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

- a. Mesures hygiéno-diététiques
- b. Insulinothérapie
- c. Metformine
- d. ARA2
- e. Metformine + Sulfamide

