

PARTIE THEORIQUE

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 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 : Les signes spécifiques de la malignité en cas de carcinome parathyroïdien :

- A. Invasion vasculaire
- B. Les atypies nucléaires
- C. Invasion de l'espace péri-neurale
- D. Les mitoses nombreuses
- E. Effraction capsulaire avec infiltration du tissu de voisinage.

Question N° 04 : Le craniopharyngiome :

- A. Comporte parfois des cellules malpighiennes et des globes cornés
- B. A un aspect rougeâtre kystique et calcifié
- C. Est encore appelé adamantinome hypophysaire
- D. Ressemble à l'ameloblastome maxillaire
- E. Est un sarcome

Question N° 05 : L'adénome hypophysaire :

- A. A une croissance lente
- B. Fait de cellules basophiles, acidophiles et chromophobes
- C. Est mou, friable
- D. Est rosé ou rouge
- E. Est fait de cellules épithéliales bien différenciées

Question N° 06 : Le phéochromocytome :

- A. Est toujours malin
- B. Se développe aux dépens de la médullosurrénale
- C. Est fait de cellules polymorphes
- D. Est fait de cordons ou travées séparés de grêles axes vasculaires
- E. Est fait des structures tubulaires

Question N° 07 : Concernant les causes de l'insuffisance surrénalienne primaire (ISP)

- A. L'adrénoleucodystrophie est une maladie génétique liée à l'X
- B. Les surrénales sont hypoplasiques dans les cas de mutation du gène ABCD1
- C. Les surrénales sont hypoplasiques dans les cas de mutation du gène DAX-1
- D. Les patients avec mutation inactivatrice du récepteur de l'ACTH font d'abord un hypercorticisme transitoire avant l'installation de l'ISP
- E. Dans les hyperplasies congénitales des surrénales, la présence de l'HTA évoque fortement un bloc enzymatique en 21 hydroxylase

Question N° 08 : Le test au Synacthène (ACTH de synthèse) est un test de stimulation de la surrénale, lesquelles de ces propositions sont justes ?

- A. Le test est contre-indiqué si la cortisolémie est < 5 µg/dl
- B. Il est inutile en cas de déficit corticotrope (Cortisol et ACTH bas)
- C. Le cortisol ne répond pas en cas de rétraction corticale
- D. La réponse de l'aldostérone est explosive
- E. Un taux de cortisol stimulé > 200 µg/dl élimine le diagnostic d'ISP

Question N° 09 : Parmi les traitements ci-dessous lesquels sont utilisés pour le traitement d'une hyperthyroïdie en rapport avec une maladie de Basedow ?

- A. Neomercazole.
- B. Iode radioactif.
- C. Hydrocortisone.
- D. Bensylthio-uracile.
- E. Bêta bloquant.

Question N°10 : Le profil biologique suivant : TSH < 0,01 mUI/l [N = 0,3-3,5] ; T4L = 35 pmol/l [N = 12-22]; est en rapport avec :

- A. Une hypothyroïdie secondaire
- B. Une hyperthyroïdie primaire
- C. Une hyperthyroïdie secondaire
- D. Un déficit thyroïdienne
- E. Une hypothyroïdie primaire

Question N° 11 : L'hypothyroïdie primaire secondaire à une thyroïdite d'Hashimoto se manifeste classiquement par les signes suivants :

- A. Un goitre
- B. Une frilosité acquise
- C. Anticorps anti récepteurs de la TSH positifs
- D. Une TSH élevée
- E. Une mélanodermie acquise

Question N°12 : Quelles sont les anomalies biologiques qui peuvent se voir au cours d'une hypothyroïdie ?

- A. AC anti TPO positifs
- B. AC anti 21 hydroxylase positifs
- C. Hyponatrémie
- D. Hyperkaliémie
- E. Hypercholestérolémie

Question N° 13 : Concernant les critères de diagnostic du syndrome métabolique

- A. La glycémie à jeun est > 1.26 g/l
- B. La glycémie à jeun est > 1 g/l
- C. L'obésité abdominale peut manquer
- D. Le taux des triglycérides ne dépasse jamais 1,5 g/l
- E. L'hypertension artérielle est l'un des critères de diagnostic positif

Question N°14 : Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont justes concernant les complications chroniques du diabète ?

- A. La néphropathie diabétique place le diabétique dans le très haut risque cardiovasculaire
- B. La neuropathie urinaire est un facteur de risque de maladie rénale diabétique
- C. L'apparition de néo-vaisseaux dans la rétinopathie diabétique (RD) est directement liée à la présence de micro-anévrysmes
- D. Le dépistage de la RD se fait par la rétinophtographie
- E. Le dépistage de la RD se fait par l'angiographie à la Fluorescéine

Question N° 15 : Quelles sont les complications de l'acromégalie ?

- A. Syndrome du canal carpien
- B. Opsiurie
- C. Syndrome d'apnée du sommeil
- D. Hypotension orthostatique
- E. Diabète

Question N° 16 : Comment expliquer la galactorrhée en cas d'acromégalie ?

- A. Action lactotrope de la GH
- B. Déconnexion hypothalamo-hypophysaire
- C. Possibilité de sécrétion mixte de la prolactine par l'adénome somatotrope
- D. Effet stimulateur de la sécrétion de la prolactine par la dopamine
- E. Sécrétion mixte de FSH et LH

Question N° 17 : La forme génétique de l'acromégalie peut être rencontrée dans 5 à 10% des cas. Quels sont alors les syndromes à rechercher :

- A. Syndrome de Turner
- B. Jaw Tumor syndrome
- C. Complexe de Carney
- D. Néoplasie endocrinienne multiple de type 4
- E. FIPA (Familial isolated pituitary adenoma)

Question N° 18 : L'insuffisance antéhypophysaire se manifeste sur le plan clinique par les signes suivants :

- A. peau froide et sèche
- B. faciès bouffi avec des sueurs profuses
- C. frilosité
- D. hyperpigmentation
- E. hirsutisme

Question N° 19 : Le déficit gonadotrope peut se manifester sur le plan clinique par :

- A. une adiposité abdominale chez l'homme
- B. une infiltration du visage chez l'homme
- C. une Frilosité chez l'homme et la femme
- D. une aménorrhée froide chez la femme
- E. un hirsutisme chez la femme

Question N° 20 : Les signes biologiques non spécifiques retrouvés lors d'une insuffisance antéhypophysaire sont :

- A. l'hyperkaliémie
- B. l'hypokaliémie
- C. l'hyperglycémie
- D. l'hyperlipidémie
- E. l'hyponatrémie

Question N° 21 : Les poly endocrinopathies auto immune type I (PEAI I) associent :

- A. Un diabète sucré type I
- B. Une candidose cutanéomuqueuse chronique
- C. Une hyperparathyroïdie primaire
- D. Une hypoparathyroïdie primaire
- E. Une insuffisance surrénalienne lente auto immune

Question N° 22 : Le diagnostic biologique d'une hypoparathyroïdie primaire associe :

- A. Une hypocalcémie.
- B. Un taux de Vit D élevé
- C. Un taux de PTH bas ou effondré
- D. Une hypocalciurie
- E. Une hypercalciurie

Question N° 23 : comment expliquer le diabète insipide gestationnel ?

- A. Secondaire à une hyperglycémie découverte au cours de la grossesse
- B. Production par le placenta d'une ADH biologiquement inactive
- C. Insensibilité rénale partielle à l'action de l'ADH secondaire à la grossesse
- D. Défaut de sécrétion d'ADH par la post hypophyse secondaire à la grossesse
- E. Augmentation de la dégradation de l'ADH par la vasopressinase placentaire

Question N° 24 : 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° 25 : 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 positif
- D. Test de freinage fort positif
- E. A l'IRM hypothalamo hypophysaire, on visualise le plus souvent un macro adénome

Question N° 26 : Dans le syndrome de cushing ACTH dépendant dû à une sécrétion ectopique d'ACTH, on retrouve :

- A. La prise de poids est quasi constante
- B. Une mélanodermie
- C. Le tableau clinique s'installe sur plusieurs années
- D. Test de freinage fort négatif
- E. Test de freinage fort positif

Question N° 27 : Concernant le déficit potassique dans l'acidocétose diabétique, quelles sont les propositions justes ?

- A. Il est constant quel que soit la valeur de la kaliémie
- B. Il est aggravé par l'hypermagnésémie apportée par les produits de réanimation
- C. Il peut se manifester à l'ECG par des ondes T amples
- D. Il est associé à une hyperkaliurèse
- E. Il peut être aggravé par les pertes digestives

Question N° 28 : Chez un diabétique traité par antidiabétiques oraux, une hypoglycémie peut être provoquée par

- A. Acarbose à 300 mg/j
- B. Metformine à 3000 mg/jour
- C. Une ingestion importante d'alcool
- D. Une insuffisance hépatique
- E. Une hyperprotidémie

Partie pratique

Cas clinique 01 : Mr Brahim est un jeune architecte âgé de 31 ans qui consulte en médecine générale pour asthénie physique apparue il y a 6 à 8 semaines, l'examen à votre niveau retrouve un patient anxieux présentant un état général conservé avec une notion d'amaigrissement de 5 kg en un mois. Il confirme la notion de fatigue avec soif et polyurie surtout le soir depuis plus de 6 semaines. L'anamnèse retrouve une notion de thyroïdopathie familiale (frère, sœur et mère sous Levothyrox sans notion de thyroïdectomie). Il présente un début de vitiligo sur les doigts de la main gauche et les commissures labiales avec des brûlures mictionnelles sans fièvre ni frissons. Il avoue avoir fait une glycémie 8 mois plus tôt en médecine du travail revenue à 1,42 g/l sans aucune symptomatologie. Actuellement : NFS RAS hormis des GB à 12000 elts /mm³, glycémie à jeun à 2 reprises à 1,98 g/l et 2,98g/l, bandelette urinaire G +++ A+ créatinine à 16 mg/l (8-12), CRP 40 mg/l (N <6) ; vous posez le diagnostic de diabète sucré primaire.

Question N° 29 : quel type de diabète pourrait on évoquer ?

- A. Diabète de type 1
- B. Diabète de type 2
- C. Diabète de type 3
- D. Diabète de type LADA
- E. Diabète de type MODY

Question N° 30 : 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° 31 : Comment expliquer la perte pondérale ?

- A. L'insulinorésistance
- B. L'insulinodéficience
- C. L'insulinotoxicité
- D. La lipotoxicité
- E. La glucotoxicité

Question N° 32 : Comment expliquez-vous à première vue l'augmentation de la créatinine ?

- A. Une néphropathie diabétique
- B. Une insuffisance rénale légère sur néphropathie diabétique
- C. Une insuffisance rénale modérée sur néphropathie diabétique
- D. Une insuffisance rénale fonctionnelle
- E. Une insuffisance rénale terminale débutante

Question N° 33 : Comment expliquez-vous à première vue la CRP élevée ?

- A. Une possible infection COVID 19
- B. Une possible infection pulmonaire
- C. Une possible infection rénale
- D. Une possible infection pulmonaire
- E. Une possible infection du pied

Question N°34 : Les explorations de l'autoimmunité diabétique chez notre patient se sont révélées négatives, quel type de diabète pourrait on évoquer en fin de compte ?

- A. Diabète de type 1
- B. Diabète de type 2
- C. Diabète de type 3
- D. Diabète de type LADA
- E. Diabète de type MODY

Cas clinique 02 : Un échodoppler des vaisseaux du cou est réalisé chez un patient de 63 ans au décours d'un accident vasculaire cérébral, à la recherche d'un athérome. Le patient vous est adressé car des nodules thyroïdiens ont été signalés dans le compte rendu, sans plus de précision.

Question N° 35 : Quelles seraient les deux premières explorations à demander dans ce cas de figure ?

- A. Un dosage de TSH
- B. Un scanner cervico-thoracique
- C. Une IRM cervicale
- D. Une échographie cervicale
- E. Une thyroglobuline

Question N° 36 : le patient vous ramène les résultats des examens complémentaires qu'il a déjà fait de son propre chef, ils sont comme suit :

- TSH = 0,3 mUI/l [N = 0,4-4] ; scanner cervico-thoracique : thyroïde normale, présence de 2 nodules thyroïdiens
- échographie cervicale :
 - goitre multinodulaire ;
 - nodule lobaire droit de 25 × 20 × 15 mm, isoéchogène, hétérogène, bien limité ;
 - nodule lobaire gauche de 19 × 15 × 22 mm hypoéchogène, sans microcalcifications, bien limité, sans adénopathie.

Parmi les propositions suivantes concernant le résultat de TSH, lesquelles sont exactes dans ce contexte ?

- A. Le taux de TSH nécessite la réalisation d'une IRM hypophysaire
- B. Vous demandez un deuxième taux de TSH et un dosage de T4 libre
- C. Vous évoquez une hyperthyroïdie
- D. Vous dosez les anticorps anti-thyroperoxydase
- E. Une chirurgie thyroïdienne est indiquée

Question N° 37 : Une scintigraphie à l'iode 123 est réalisée. Le nodule lobaire droit est « chaud » : il capte le traceur ; le reste du parenchyme et le nodule gauche ne captent pas l'iode 123. Le jour de l'examen le bilan est le suivant :

- TSH = 0,01 mUI/l [N = 0,4–4] ;
- T4 libre = 23 pmol/l [N = 11–22].

Parmi les propositions suivantes, laquelle est exacte ?

- A. Vous dosez les anticorps anti-récepteurs de la TSH
- B. L'hyperthyroïdie périphérique est confirmée
- C. Le nodule droit est malin
- D. Vous optez pour une surveillance (dans 06 mois) sans autre exploration
- E. Une chirurgie thyroïdienne est indiquée

Question N° 38 : Quel élément retenir-vous en faveur d'une cytoponction du nodule gauche ?

- A. Sa latéralisation du côté gauche
- B. L'hypoéchogénicité
- C. L'antécédent d'AVC
- D. L'absence de microcalcifications
- E. L'âge du patient

Question N° 39 : Le cytologiste classe le nodule dans la catégorie 2 de Bethesda en faveur d'un adénome. Parmi les propositions suivantes, laquelle est exacte ?

- A. Vous proposez au patient une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire
- B. une échographie de suivi est à réaliser tous les mois pendant 2 ans
- C. le risque de cancer est estimé à plus de 80 %
- D. le risque de passage d'un adénome vers un cancer est imminent
- E. la classification de Bethesda évalue le risque de malignité

Question N° 40 : Avec ce bilan complet (biologie, échographie, scintigraphie et cytoponction), parmi les propositions suivantes, laquelle est exacte ?

- A. Une lobectomie droite expose le patient au risque d'hypoparathyroïdie
- B. Une thyroïdectomie totale conduirait à une hypothyroïdie périphérique
- C. Le risque de paralysie récurrentielle après lobectomie est nul chez ce patient
- D. Une thyroïdectomie totale conduirait à une hypothyroïdie centrale
- E. Une seconde ponction du nodule gauche expose le patient à une dissémination métastatique

Département de Médecine de Constantine-Epreuve d'ENDOCRINOLOGIE-A5-R1-(théorie+pratique) le 24-04-2022

Date de l'épreuve : 21/04/2022

Page 1/1

Corrigé Type

Barème par question : 0,500000

N°	Rép.
1	ADE
2	ABC
3	ACE
4	ABCD
5	ABCDE
6	BCD
7	AC
8	ABCE
9	ABDE
10	B
11	ABD
12	ACE
13	ABE
14	ABD
15	ACE
16	ABC
17	CDE
18	AC
19	D
20	DE
21	BDE
22	ACD
23	E
24	ACD
25	AD
26	BD
27	ADE
28	CD
29	BD
30	AC
31	B
32	D
33	C
34	B
35	AD

N°	Rép.
36	BC
37	B
38	B
39	E
40	B

S. KHENSAL - YOUSFI
Professeur Agrégé - MCA
Endocrinologie Diabétologie
N° d'ordre: 254332
CHU