

Questions d'Anatomie - Pathologique

Question N°1: La thyroïdite lymphocytaire d'Hashimoto :

AC

- A présente une hypertrophie régulière
- B est une inflammatoire d'origine virale ✗
- C présente des follicules lymphoïdes munis de centres clairs
- D peut dégénérer en lymphome
- E présente des éléments cellulaires ronds ou ovales ✗

Question N°2: Dans la maladie de Basedow :

glande hypertrophiée

E

- A l'architecture est lobulée ✗ (*unipol*)
- 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 N°3: Le carcinome parathyroïdien :

ABCE

- A présente une tranche de section brune, beige ou grisâtre
- B peut se présenter comme un nodule bien limité
- C les cellules se disposent en amas entourés de grossières coulées fibreuses
- D est constitué de cellules principales ✗
- E comporte parfois des cellules oxyphiles.

Question N°4: L'adénome parathyroïdien :

ABE

- A comporte des cellules principales, régulières de petite taille.
- B comporte un stroma adipeux qui est nettement réduit.
- C est rond ou ovalaire.
- D est non encapsulé.
- E présente une coloration beige ou rouge-brun.

Question N°5: La variante folliculaire encapsulée du cancer papillaire de la thyroïde (NIFTP)

ABE

- A est une tumeur encapsulée
- 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 incisure ou encoché en demi-lune

Question N°6: L'adénome hypophysaire est une tumeur :

ACD

- A de croissance habituellement lente.
- B mal limitée.
- C qui présente une architecture histologique variable.
- D qui se développe à partir des cellules antéhypophysaire.
- E faite de cellules mésenchymateuses différenciées.

Question N°7: Le craniopharyngiome :

BCD

?

- A est fait de cellules cylindriques ciliées.
- B est une tumeur bénigne.
- C se présente sous deux sous-types histologiques principaux.
- D présente une disposition palissadique des cellules périphériques.
- E ne se voit que chez les sujets âgés.

Question N°8: L'adénome surrénalien :

BD

- A est habituellement bilatéral ✗
- B est d'architecture typiquement endocrinienne.
- C ne présente jamais d'atypies cytonucléaires ✗
- D est de taille très variable.
- E est une tumeur bien encapsulée.

Question N°9: Le corticosurrénalome malin :

CD

- A est une tumeur peu fréquente.
- B ne présente jamais des métastases au moment du diagnostic.
- C est marqué par un polymorphisme cellulaire.
- D présente de nombreuses mitoses atypiques.
- E présente un aspect palissadique des noyaux.

Question N°10 : Le phéochromocytome :

- A. est une tumeur de la corticosurrénale. ✗
 B. est fait de cellules à cytoplasme abondant et granuleux.
 C. présente des pseudo-inclusions intra cytoplasmiques.
 D. se présente sous la forme d'un nodule à contours nets.
 E. est une tumeur de couleur brune ou grisâtre et de consistance ferme.

Questions de clinique

Question N°11 : Quels sont les facteurs étiopathogéniques incriminés dans le DT1 ?

- A. L'obésité androïde ✗
 B. Les facteurs viraux
 C. La présence d'antigènes DR3 et DR4
 D. La coexistence de maladies autoimmunes
 E. La sédentarité

Question N°12 : Quand faut-il penser au diabète de type « LADA » ?

- A. Présence de marqueurs immunogénétiques spécifiques du diabète de type 1
 B. Patient âgé de plus de 50 ans et obèse ✗
 C. Patient âgé de plus de 60 ans et obèse ✗
 D. Révélation brutale du diabète ✗
 E. Le taux des anticorps anti GAD est élevé

Question N°13 : Parmi les hyperlipoprotéïnémies laquelle n'est pas athérogène ?

- A. Les hypercholestérolémies ✗
 B. Les hyperlipidémies mixtes ✗
 C. Les hyperchylomicronémies
 D. Les hyperlipidémies ~~mixtes~~ de Type 2.
 E. Les hypertriglycéridémies

Question N°14 : Quel est le profil lipidique plasmatique le plus retrouvé chez le diabétique de type 2 ?

- A. LDLc élevé de façon isolée
 B. LDLc élevé et HDLc diminué
 C. HDLc diminué et Triglycérides élevés
 D. LDLc élevés et triglycérides élevés
 E. LDLc élevés, HDLc diminué et triglycérides augmentés

Question N°15 : L'effet incrétine chez le diabétique de type 2 est :

- A. due à l'action de la metformine
 B. due à l'action du GLP1 natif
 C. diminué
 D. élevé à jeun
 E. élevé la nuit

Question N°16 : La metformine est contre indiquée en cas de débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieure

- A. 30 ml/min
 B. 40 ml/min
 C. 50 ml/min
 D. 55 ml/min
 E. 60 ml/min

Question N°17 : Quel est le meilleur site d'injection d'une insuline lente ?

- A. Abdomen
 B. Bras
 C. Face interne de la cuisse
 D. Face antérieure de la cuisse
 E. Face antéroexterne de la cuisse

Question N°18 : Quels sont les éléments qui caractérisent la polyneuropathie périphérique ?

- A. Atteinte du nerf vague
 B. Aréflexie achilléenne
 C. Amyotrophie bilatérale du quadriceps
 D. Topographie distale
 E. Atteinte de la sensibilité proprioceptive

Question N°19 : Parmi les paramètres suivants, quels sont ceux qui permettent de distinguer le coma acido-cétonique hyperosmolaire ?

- A. Trou anionique
- B. Réserves alcalines
- C. Ionogramme sanguin
- D. Osmolarité urinaire
- E. PH sanguin

Question N°20 : Quels sont les facteurs de risque d'hypoglycémie chez un diabétique sous Glimépride ?

- A. Diarrhées motrices
- B. Prise de Propranolol
- C. Diminution de la ration protidique
- D. Prise de corticoïdes
- E. Gastroparésie

Question N°21 : Au cours de la thyrotoxicose, on observe classiquement :

- A. une agitation psychomotrice ✗
- B. une tachycardie survenant par paroxysmes
- C. une prise de poids
- D. anhidrose du tronc
- E. une faiblesse musculaire

Question N°22 : Dans quels types d'hyperthyroïdies une absence complète de fixation isotopique est observée à la

- A. Maladie de Basedow.
- B. Adénome toxique.
- C. Thyrotoxicose factice.
- D. Goitre multinodulaire toxique.
- E. Surcharge iodée.

Question N°23 : Quels sont les arguments échographiques faisant suspecter un cancer thyroïdien ?

- A. Nodule solide hypoéchogène
- B. Contours réguliers et nets
- C. Macrocalcifications
- D. Hypervascularisation intranodulaire
- E. Coexistence d'adénopathies

Question N°24 : Quelles sont les situations devant faire rechercher une hypothyroïdie ?

- A. Diarrhée chronique ✗
- B. Anémie arégénérative non microcytaire ✗
- C. Hyponatrémie à secteur extra cellulaire normal
- D. Dyslipidémie
- E. Une diminution des enzymes musculaires

Question N°25 : Le diabète insipide par déficit en ADH est caractérisé par :

- A. Une glucosurie
- B. Une augmentation de l'osmolarité urinaire après injection de la Desmopressine
- C. L'IRM hypophysaire retrouve un hypersignal spontané en T1
- D. Une étiologie tumorale peut être à son origine
- E. Un syndrome polyuro-polydipsique chiffré à 2 L

Question N°26 : Le diabète insipide centrale peut être dû :

- A. au syndrome de wolfram
- B. à la maladie de scheehan ✗
- C. à la prise du lithium
- D. à la mutation du gène de l'aquaporine 2
- E. à la schizophrénie

Question N°27 : Une femme de 40 ans présente une masse surrénalienne gauche de 2 cm sécrétant le cortisol.

- A. la surrénale controlatérale est typiquement hyperplasique ✗
- B. les cellules corticotropes hypophysaires sont hyperplasiques
- C. il n'y a pas de freinage de la sécrétion du cortisol au test de freinage faible par la Dexaméthasone
- D. les taux plasmatiques d'ACTH sont nettement augmentés ✗
- E. la patiente est susceptible d'avoir une hyperpigmentation généralisée

Question N°28 : Dans la maladie de cushing :

- A. l'hypercorticisme est ACTH dépendant par sécrétion ectopique d'ACTH
- B. la cortisolémie après freinage faible est $> 1.8 \mu\text{g/dl}$
- C. la cortisolémie diminue de plus de 50% au test de freinage fort
- D. l'absence de mélanodermie élimine complètement le diagnostic
- E. le traitement de première intention est chirurgical

Question N°29 : Quels sont les mécanismes possibles d'une hyperprolactinémie chez un acromégale ?

- A. Compression de la tige pituitaire
- B. Prise d'agonistes dopaminergiques
- C. Adénome mixte sécrétant prolactine et GH
- D. Adénome mixte sécrétant ACTH et GH
- E. Déficit gonadotrope

Question N°30 : Quelles sont les contre-indications du test à l'hypoglycémie insulinaire ?

- A. Retard de croissance sévère
- B. Crises de comitialités
- C. Antécédents neurologiques
- D. Diabète sucré
- E. Obésité

Contrôle de stage

Question N°31 : En dehors du déficit en GH, quelles sont les autres situations responsables d'une baisse du taux d'IGF1 ?

- A. Période pubertaire
- B. Grossesse
- C. Malnutrition
- D. Insuffisance hépatique
- E. Adénome gonadotrope

Cas clinique 1

Question N°32 : Une fille âgée de 3 ans, sans antécédents particuliers, est ramenée par sa mère qui constate l'apparition d'un bourgeonnement mammaire. A l'examen clinique, vous retrouvez un TANNER A1P1S2 sans avance staturale et un âge osseux normal par rapport à son âge civil. Son utérus a un aspect prépubère à l'échographie pelvienne. Le diagnostic le plus probable est donc :

- A. une prématuration thélarche isolée
- B. une puberté précoce centrale
- C. une pseudo puberté précoce
- D. un stade pubertaire normal
- E. un retard pubertaire fonctionnel probable

Question N°33 : La puberté précoce, et en dehors de sa cause, expose à deux complications principales. Lesquelles ?

- A. Petite taille définitive
- B. Retardissement psychologique important
- C. L'infertilité à l'âge adulte
- D. Le risque néoplasique
- E. Le retard mental

Cas clinique 2

Question N°34 : Une dame âgée de 59 ans aux antécédents d'HTA sous traitement, et de microlithiases rénales bilatérales, consulte pour asthénie, douleurs et fatigues musculaires. Le bilan biologique retrouve : glycémie = 0.98 g/l, créatinine = 10mg/l (normes : 6-12), albumine = 32 g/l (normes : 35-50), calcémie = 86 mg/l (normes : 85-108), phosphorémie = 28 mg/l (normes : 25-45), PTH = 188 pg/ml (normes : 15-65), 25 hydroxyvitamine D3 = 10 ng/ml (normes : 30-80).

Quelle est la valeur calculée de la calcémie corrigée par l'albuminémie ?

- A. 78 mg/l
- B. 94mg/l
- C. 86mg/l
- D. 96 mg/l
- E. 90 mg/l

$$40 - 32 = 8 \rightarrow \frac{8}{94} = \frac{86}{x} \rightarrow x = 94$$

Question N°35 : Cette patiente a été mise sous vit D (ampoules) et calcium. Le bilan de contrôle fait quelques mois après revient comme suit : Calcémie = 104 mg/l, phosphorémie = 24 mg/l, albumine = 34 g/l, créatinine = 9.6mg/l, PTH = 155pg/ml, vitamine D = 40 ng/ml, échographie rénale multiples microlithiases bilatérales. Selon ces résultats quel est le diagnostic à retenir ?

- A. hyperparathyroïdie primaire
- B. hyperparathyroïdie secondaire
- C. intoxication en vit D
- D. hyperparathyroïdie tertiaire
- E. bilan phosphocalcique correct

Question N°36 : L'échographie cervicale a montré une thyroïde multi-nodulaire, les nodules sont irréguliers avec des microcalcifications ainsi qu'une image rétro-thyroïdienne droite de 21 mm de diamètre faisant évoquer un adénome parathyroïdien. Le TSH est normal à 2,70 mUI/ml. Quel est le traitement à envisager chez notre patiente ?

- A. Un traitement vitamino-calcique pour normaliser les taux de PTH
- B. Une thyroïdectomie totale associée à une adénomectomie parathyroïdienne
- C. Une surveillance biannuelle de la calcémie pour éventuelle chirurgie
- D. Prescrire des calcimimétiques pour faire baisser la PTH et la taille de l'adénome
- E. Traiter les lithiases rénales par lithotripsie puis chirurgie parathyroïdienne seulement si récidive des lithiases

Cas clinique 3 :

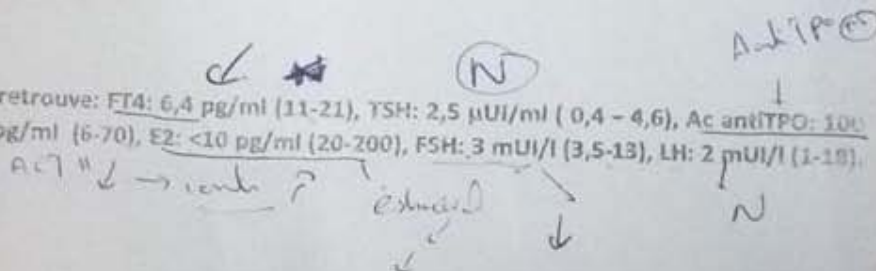
Question N°37 : Une patiente âgée de 30 ans, consulte pour ménorrhée secondaire sans bouffée de chaleur remontant à 2 ans depuis la naissance de sa petite fille. Elle ne rapporte pas la notion de contexte d'accouchement hémorragique et a pu allaiter son bébé. A l'examen clinique, on retrouve une pâleur cutané-muqueuse, une dépigmentation des aréoles mammaires et des organes génitaux externes, une dépilation complète des aisselles et du pubis, une TA: 70/40 mmHg, une fréquence cardiaque à 60/min.

A quel diagnostic pensez-vous ?

- A. Syndrome de Sheehan
- B. Hypophysite auto-immune
- C. Maladie d'Addison
- D. Thyroïdite d'Hashimoto
- E. Ménopause physiologique

Question N°38 : Le bilan biologique de la patiente retrouve: FT4: 6,4 pg/ml (11-21), TSH: 2,5 µUI/ml (0,4 - 4,6), Ac antiTPO: 100 UI/ml (<35), Cortisol 8h: 2,5 µg/dl (5-18), ACTH: 5 pg/ml (6-70), E2: <10 pg/ml (20-200), FSH: 3 mUI/l (3,5-13), LH: 2 mUI/l (1-10). Ce bilan montre :

- A. Un hypogonadisme d'origine périphérique
- B. Un hypogonadisme d'origine central
- C. Une insuffisance surrénalienne primitive
- D. Un déficit thyroïdienne
- E. Un déficit corticotrope



Question N°39 : La prise en charge thérapeutique repose sur la prescription :

- A. d'hydrocortisone à la posologie de 20 mg/j en moyenne
- B. de régime hyposodé
- C. de fludrocortisone
- D. de DHEA
- E. de Levothyroxine

Question N°40 : la surveillance biologique repose sur le dosage de :

- A. FT4
- B. TSH
- C. Cortisolémie à 8 h
- D. ACTH
- E. FSH

Handwritten note: "ad. hypophysaire"



Département de Médecine de Constantine - Epreuve d'
Endocrinologie - A5 - R3 -(THEORIE + PRATIQUE) le
26-12-2017

Date de l'épreuve : 21/12/2017

Page 1/1

Corrigé Type

Barème par question : 0.500000

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

N°	Rép.
36	B
37	B
38	BDE
39	AE
40	A