

Question 01. L'adénome thyroïdien de type trabéculaire

- a. Comporte des cellules principales, régulières de petite taille
- b. Comporte un stroma adipeux qui est nettement réduit
- c. Comporte des cellules qui se rangent en travées irrégulières
- d. Présente une coloration beige ou rouge-brun ✓
- e. Il est bien encapsulé

Question 02. Le diagnostic de certitude du carcinome de la parathyroïde repose sur

- a. Un index de prolifération cellulaire (Ki67 / Mib1) élevé
- b. Des foyers nécrotiques ou hémorragiques qui la parsèment ✓
- c. La présence de métastases ✓
- d. Une multiplication des cellules principales et des cellules claires ✓
- e. La tumeur peut atteindre une grande taille

3,1 83  
S

Question 03. Le neuroblastome

- a. Est un néoplasme bénin ✓
- b. Atteignant la couche corticale de la surrénale
- c. Fréquent chez l'adolescent et l'adulte ✓
- d. Les cellules sont monomorphes se disposent en rosettes à centre clair fibrillaire.
- e. Est synonyme de sympathome embryonnaire

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 médullosurrénale
- c. Des critères de malignité définis par le score de PASS ✓
- d. Un immuno-marquage négatif à la Chromogranine A ✓
- e. Des Remaniements nécrotiques ou hémorragiques si la tumeur est petite

2/3

Question 05. Le Cranio-pharyngiome papillaire

- a. Est une tumeur maligne
- b. Développée à partir de vestiges de la poche de Rathke
- c. Appelée aussi l'adamantinome hypophysaire ✓
- d. Se voit chez l'adulte
- e. Comporte histologiquement un épithélium squameux avec des papilles atrophiques ✓

Question 06. Le corticosurrénalome malin :

- a. Est souvent bilatéral ✓
- b. Les critères de malignité sont définis par le score de WEISS
- c. L'envahissement capsulaire et vasculaire suggère la malignité.
- d. L'immuno-marquage à la Synaptophysine est souvent négatif ✓
- e. L'immuno-marquage à la Chromogranine A est positif

X

Question 07. Dans quel (s) cas vous pouvez dire à quelqu'un qu'il est diabétique

- a. Sa glycémie à jeun est  $> 1,4$  g/l à 2 reprises alors que sa glycémie après les repas est  $< 2$  g/l ✓
- b. Sa glycémie après les repas est  $> 2$  g/l alors que sa glycémie à jeun est  $< 1,10$  g/l ✓
- c. Sa glycémie à jeun est comprise entre 1,1 et 1,26 g/l et sa glycémie après les repas est  $> 2$  g/l ✓
- d. Sa glycémie à jeun est comprise entre 1,10 et 1,26 g/l et sa glycémie postprandiale est comprise entre 1,4 et 2 g/l ✓
- e. Son HbA1c plasmatique est de 5,8 %

2/3

Question 08. Quels sont les facteurs étiopathogéniques incriminés dans le Diabète type 1 (DT1) ?

- a. L'obésité androïde
- b. Les facteurs viraux ✓
- c. La présence d'antigènes DR3 et DR4
- d. La présence associée de maladies auto-immunes
- e. La présence d'anticorps anti-ilots de Langerhans ✓

1/2

Question 09. Quand faut-il penser au LADA ?

- a. Présence de marqueurs immunogénétiques spécifiques de DT1 ✓
- b. Patients de plus de 50 ans et obèses
- c. Révélation brutale du diabète ✓
- d. Le taux des anti-GAD est élevé ✓
- e. Patients entre 30 et 50 ans

2/3

Question 10. Parmi les hyperlipoprotéïnémies laquelle ou lesquelles n'est (sont) pas athérogène (s) ?

- a. Les hypercholestérolémies
- b. Les hyperlipidémies mixtes ✓
- c. Les hyperchylomicronémies
- d. Les hyperlipémies endogènes
- e. Les hypertriglycéridémies

U11

Question 11. Indiquez les propositions justes concernant la néphropathie diabétique

- a. Il s'agit d'une tubulopathie.
- b. Il existe des facteurs génétiques prédisposant à sa survenue.
- c. Le déséquilibre glycémique aiguë est un facteur de risque de sa survenue.
- d. Au stade II, les lésions rénales sont histologiques sans traduction clinique.
- e. L'insuffisance rénale peut s'installer au stade III.

Question 12. Dans la rétinopathie diabétique,

- a. L'équilibre tensionnel est indispensable en cas d'œdème maculaire.
- b. La puberté est un facteur de risque de progression rapide.
- c. Le dépistage par un Fond d'œil est annuel chez le diabétique type 2 non compliqué.
- d. La cataracte est une cause de baisse rapide de l'acuité visuelle chez le diabétique.
- e. L'intensification thérapeutique est urgente en cas de Rétinopathie diabétique proliférative.

Question 13. Dans le coma hyperosmolaire du diabétique

- a. Le calcul de la natrémie corrigée n'a aucun intérêt pratique.
- b. Il existe une alcalose métabolique décompensée.
- c. La déshydratation est souvent globale.
- d. Il n'y a habituellement pas de cétose.
- e. La glycémie est inférieure à 2.55 g/l.

Question 14. La réanimation du coma hyperosmolaire nécessite

- a. l'administration initiale de sérum salé à 9%.
- b. l'administration horaire, à faibles doses, de l'insuline rapide.
- c. l'administration systématique de sérum bicarbonaté à 14%.
- d. l'arrêt de l'insuline lorsque la glycémie atteint 4 g/l.
- e. l'administration de l'héparine à bas poids moléculaire.

Question 15. Le(s) critère(s) diagnostique(s) biologique(s) de la céto-acidose diabétique est (sont) un(e):

- a. glycémie capillaire supérieure à 2,55 g/l (14 mmol/l).
- b. acétonémie positive (supérieure à 0,6 mmol/l).
- c. pH artériel supérieur à 7,3.
- d. glycosurie et cétonurie positives.
- e. Kaliémie toujours inférieure à 3.5 meq/l.

Question 16. Les inhibiteurs des SGLT2

- a. Inhibent la réabsorption du Na<sup>+</sup> au niveau du tube contourné proximal.
- b. Inhibent la réabsorption du glucose au niveau du tube contourné proximal.
- c. Inhibent la réabsorption du Na<sup>+</sup> au niveau du tube collecteur.
- d. Inhibent la réabsorption du Na<sup>+</sup> et du glucose au niveau du tube collecteur.
- e. Inhibent la réabsorption du Na<sup>+</sup> et du glucose au niveau duodénal.

Question 17. Les inhibiteurs des SGLT2

- a. Sont contre indiqués en cas de microalbuminurie positive.
- b. Sont contre indiqués en cas de clearance de la créatinine < 60 ml.
- c. Sont contre indiqués en cas de clearance de la créatinine < 30 ml.
- d. Sont contre indiqués en cas d'hypercholestérolémie.
- e. Sont contre indiqués en cas d'HTA.

Question 18. 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.

Question 19. Le syndrome polyuro polydipsique peut être retrouvé dans les pathologies suivantes :

- a. Syndrome de Sheehan.
- b. Insuffisance antéhypophysaire.
- c. Hypercorticisme exogène.
- d. Potomanie.
- e. Hypocalcémie.

Question 20. Le bilan biologique d'une hypothyroïdie périphérique peut montrer les résultats suivants :

- a. Hyponatrémie de dilution.
- b. Hypercholestérolémie.
- c. LDH diminuée.
- d. CPK diminuée.
- e. TSH élevée.



Question 21. Quelles sont les causes possibles d'une hypothyroïdie ?

- a. Stroma ovarii
- b. Radiothérapie cervicale
- c. Prise d'iode et de produits iodés ✓
- d. Adénome thyroïdienne
- e. Prise de Carbimazole ✓

Question 22. Le traitement d'une hypothyroïdie par thyroïdite d'Hashimoto chez un sujet jeune sans antécédents particuliers nécessite

- a. Une hospitalisation
- b. Débuter un traitement par du levothyrox à faible dose avec augmentation progressive par palier de 12,5 microg/j chaque 15 jours
- c. Débuter un traitement par du Lévothyrox 25 ou 50 µg/j puis augmentation en quelques jours jusqu'à une dose de 75 ou 100 µg/j ✓
- d. Débuter le traitement en ambulatoire
- e. Faire une NFS avant chaque augmentation des doses de Lévothyrox

Question 23. La cardiomyopathie est définie par une thyrotoxicose associée à certaines manifestations cardiaques, lesquelles ?

- a. Troubles de rythme ✓
- b. Hypertension artérielle systolique
- c. Érithisme cardiovasculaire
- d. Insuffisance cardiaque
- e. Tachycardie

Question 24. Cochez la ou les réponses justes à propos de la maladie de BASEDOW

- a. Maladie auto-immune fréquente chez les femmes d'âge mur
- b. Caractérisée par un goitre d'apparition récente, diffus, indolore et soufflant ✓
- c. L'orbitopathie dysthyroïdienne est pathognomonique de la maladie et constante
- d. Scintigraphie thyroïdienne montre hyperfixation homogène et diffuse
- e. le traitement de première intention est la thyroïdectomie totale

Question 25. Quels sont les éléments paracliniques en faveur du diagnostic d'hyperthyroïdie sur goitre multinodulaire toxique ?

- a. un taux de TSH effondré et FT4 élevé ✓
- b. un taux de Thyroglobuline bas
- c. TRAK et Anticorps anti-TPO négatifs
- d. Anticorps anti-TPO et les anticorps anti TG positifs ✓
- e. Aspect scintigraphique hétérogène avec alternance hyper et hypofixation

Question 26. Quels sont les signes évoquant une hypoparathyroïdie ?

- a. Laryngospasme
- b. Diminution de l'espace QT à l'ECG
- c. Altération de l'émail dentaire
- d. Crises de tétanie ✓
- e. Calculs rénaux

Question 27. Une patiente âgée de 19 ans consulte pour crampes. Le bilan demandé : calcémie = 68 mg/l (valeur normale : 85-104), Phosphorémie = 50 mg/l (VN : 25-42), PTH = 10 pg/ml (VN : 20-60). Quelles en sont les causes possibles ?

- a. Hypomagnésémie ✓
- b. Pseudohypoparathyroïdie
- c. Hypoparathyroïdie d'origine auto-immune ✓
- d. Déficit en vitamine D
- e. Insuffisance rénale

Question 28. Dans le syndrome de Cushing on peut observer les anomalies suivantes

- a. Une atrophie musculaire à prédominance rhizomélisque ✓
- b. Une obésité facio-tronculaire avec une peau épaisse ✓
- c. Une perte pondérale dans certaines situations
- d. Une immunodépression
- e. Un ralentissement statur pondéral chez l'enfant

Question 29. Dans la maladie de Cushing

- a. Le diagnostic est évoqué généralement chez une femme jeune
- b. le diagnostic est posé devant un cortisol libre urinaire élevé et un freinage faible positif ✓
- c. l'hypercortisolisme est ACTH-indépendant
- d. le freinage fort est souvent positif avec cathétérisme des sinus pétreux sans gradient centro-périphérique
- e. le traitement passe avant tout par une chirurgie hypophysaire

Question 30. Quels sont les mécanismes possibles d'une galactorrhée chez un acromégale ?

- a. Action lactotrope de la GH
- b. Une déconnection hypothalamo-hypophysaire
- c. Idiopathique ✓
- d. Psychique ✓
- e. Adénome hypophysaire mixte sécrétant GH et la prolactine

Question 31. Quels sont les effets secondaires possibles du Pegvisomant® ?

- a. Augmentation du volume tumoral
- b. Lithiase vésiculaire
- c. Lipodystrophies ✓
- d. Hépatite médicamenteuse
- e. Diabète insipide

Question 32. Quelles sont, parmi ces affections, celles responsables d'un diabète insipide ?

- a. Hyperkaliémie
- b. Hypokaliémie ✓
- c. Sécrétion inapproprié d'ADH
- d. Hyperthyroïdie
- e. Sarcoidose

Cas clinique 01

Ahlem, âgée de 10 ans, issue d'un mariage consanguin, admise aux urgences pédiatriques pour vomissements, diarrhées et douleurs abdominales d'aggravation progressive. L'abdomen est souple, la TA est de 80/50 mmHg, le Rythme cardiaque est régulier à 100 batt/mn, et la diurèse est conservée. L'enfant est consciente, eupneique, se plaint d'alacrymie et de dysphagie depuis la naissance, on note des signes de début pubertaire.

Il y a quelques jours l'enfant a installé une crise convulsive au cours d'une science de sport à l'école corrigée par la perfusion de sérum glucosé. Le bilan d'urgence retrouve une natrémie à 130 meq/l (135-145), Kaliémie à 4 meq/l (3.5-5.5), Glycémie à 0.40 g/l (0.7-1), urée à 0.50 g/l, et une créatinine sanguine à 18 mg /l (0.5-12). Une insuffisance surrénale aigue est suspectée.

Question 33. Quel est ou quels sont les autres diagnostics à éliminer ?

- a. Insuffisance cardiaque
- b. Gastro-entérite
- c. Etat de mal épileptique
- d. Puberté précoce
- e. Hernie hiatale para-œsophagienne

Question 34. Quels autres examens demandez-vous pour votre exploration étiologique ?

- a. Cortisol plasmatique à 8 H
- b. ACTH plasmatique ✓
- c. FSH, LH plasmatiques
- d. Echographie cardiaque
- e. TDM abdominale

Question 35. Quel est le diagnostic étiologique le plus probable de cette insuffisance surrénalienne ?

- a. Syndrome d'Allgrove
- b. Hyperplasie congénitale des surrénales par bloc en 21 hydroxylase ✓
- c. Adrénoleucodystrophie liée à l'X
- d. Hypoplasie congénitale des surrénales par mutation DAX-1
- e. Hyperplasie congénitale des surrénales par bloc en 20-22 desmolase

Question 36. Quels sont les anomalies présentées par la patiente qui ont conduit à poser ce diagnostic étiologique ?

- a. Convulsion
- b. Alacrymie
- c. Puberté précoce ✓
- d. Insuffisance rénale
- e. Dysphagie

Cas clinique 02

Monsieur B.M âgé de 56 ans, maçon de profession, diabétique type 2 depuis 6 ans, consulte pour une plaie infectée au niveau de la face plantaire du gros orteil gauche suite à un traumatisme non ressenti.

A l'interrogatoire on retrouve un patient tabagique actif, hypertendu depuis 7 ans sous amiodipine en association avec metformine et glimépiride. Il est déséquilibré, non observant et se suit de façon irrégulière.

L'examen clinique retrouve un patient en bon état général, fébrile à 39°C, la plaie est une ulcération arrondie, indolore avec des bords nets, rougeur et chaleur en regard de la plaie avec écoulement purulent.

Le pied controlatéral est froid, pâle, dépillé, sec avec hyperkératose, toulis tibial postérieur et pédieux non perçus et orteils en griffe.

Question 37. Quel est le type de cette plaie ?

- a. Plaie neuropathique pure type mal perforant plantaire
- b. Plaie ischémique pure type ulcère artériel ✓
- c. Plaie mixte neuropathique et ischémique
- d. Pied de Charcot aigu
- e. Plaie infectée



Question 38. Quels sont les éléments qui manquent à l'examen clinique ?

- a. Le test au mono-filament 10 g
- b. Le test au mono-filament 5 g
- c. L'examen au diapason
- d. La mesure de l'index de pression systolique bras-cheville
- e. L'écho doppler des membres inférieurs

Question 39. Parmi les signes cliniques que présente ce patient, lesquels orientent vers l'origine neuropathique de cette plaie ?

- a. Un pied froid et pâle
- b. La déformation en griffe des orteils
- c. L'hypoesthésie
- d. La dépliation des jambes
- e. L'hyperkératose

Question 40. Quels sont les examens paracliniques à demander chez ce patient en 1<sup>ère</sup> intention ?

- a. NFS, CRP
- b. Artériographie du membre atteint
- c. Echo doppler vasculaire des membres inférieurs
- d. Angio-scanner des membres inférieurs
- e. Hémocultures

