Durée de l'épreuve : 1 eure et 15 minutes Question 01. L'adénome thyroïdien de type trabéculaire a. Comporte des cellules principales, régulières de petite taille Comporte un stroma adipeux qui est nettement réduit Comporte des cellules qui se rangent en travées irrégulières Présente une coloration beige ou rouge-brun e.) Il est bien encapsulé Question 02. Le diagnostic de certitude du carcinome de la parathyroid rapose sur a. Un index de prolifération cellulaire (Ki67 /Mib1) élevé Des foyers nécrotiques ou hémorragiques qui la parsèment » La présence de métastases Une multiplication des cellules principales et des cellules claire (e) La tumeur peut atteindre une grande taille Question 03. Le neuroblastome a. Est un néoplasme bénin Atteignant la couche corticale de la surrénale Fréquent chez l'adolescent et l'adulte Les cellules sont monomorphes se disposent en rosettes à certie clair fibrillaire. Est synonyme de sympathome embryonnaire Question 04. Le diagnostic positif du phéochromocytome se pose sur Une tranche de section brune ou grisâtre, ferme, assez homoga-Des cellules chromaffines localisées à la médullosurrénale Des critères de malignité définis par le score de PASS Un immuno-marquage négatif à la Chromogranine A Des Remaniements nécrotiques ou hémorragiques si la tumeur est petite Question 05. Le Craniopharyngiome papillaire a. Est une tumeur maligne Développée à partir de vestiges de la poche de Rathke Appelée aussi l'adamantinome hypophysaire d. Se voit chez l'adulte e. Comporte histologiquement un épithélium squameux avec de papilles atrophiques Question 06. Le corticosurrénaiome malin : a. Est souvent bilatéral / (b) Les critères de malignité sont définis par le score de WEISS 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 Question 07. Dans quel (s) cas vous pouvez dire à quelqu'un qu'il est diabétique Sa glycémie à jeun est > 1,4 g/l à 2 reprises alors que sa glycémie après les repas est < 2 g/l Sa glycémie après les repas est > 2 g/l alors que sa glycémie à jeun est < 1,10 g/l Sa glycémie à jeun est comprise entre 1,1 et 1,26 g/l et sa glycémie après les repas est > 2 g/l Sa glycémie à jeun est comprise entre 1,10 et 1,26 g/i et sa glycémie postprandiale est comprise entre 1,4 et 2 g/l Son HbA1c plasmatique est de 5,8 % Question 08. Quels sont les facteurs étiopathogéniques incriminés dans le Diabète type 1 (DT1) ? L'obésité androide Les facteurs viraux La présence d'antigènes DR3 et DR4 La présence associée de maladies auto-immunes La présence d'anticorps anti-ilots de Langerhans Question 09. Quand faut-II penser au LADA? Présence de marqueurs immunigénétiques spécifiques de 01 Patients de plus de 50 ans et obèses Révélation brutale du diabète Le taux des anti-GAD est élevé Patients entre 30 et 50 ans Question 10. Parmi les hyperlipoprotéinémies laquelle ou lesquelles n'est (sont) pas athérogène (s) ? Les hypercholestérolémies Les hyperlipidémies mixtes Les hyperchylomicronémies Les hyperlipémies endogènes Les hypertriglycéridémies

univ.ency-education.com

Contrôle d'évaluation. Module d'Endocrinologie, 5 année me sons 3 rotation Question 11. Indiquez les propositions justes concernant la néphra thie diabétique a. Il s'agit d'une tubulopathie. K Il existe des facteurs génétiques prédisposant à sa survei Le déséquilibre glycémique aigue est un facteur de risque sa survenue. Au stade II, les lésions rénales sont histologiques sans tranction clinique L'insuffisance rénale peut s'installer au stade III Question 12. Dans la rétinopathie diabétique, L'équilibre tensionnel est indispensable en cas d'œdème aculaire La puberté est un facteur de risque de progression rapide 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'aculté vis elle chez le diabétique e. L'intensification thérapeutique est urgente en cas de Rétipopathie diabétique proliférative Question 13. Dans le coma hyperosmolaire du diabétique Le calcul de la natrémie corrigée n'a aucun intérêt pratic Il existe une alcalose métabolique décompensée 8 La déshydratation est souvent globale 0 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 l'administration initiale de sérum salé à 9 % l'administration horaire, à faibles doses, de l'insuline rapid l'administration systématique de sérum bicarbonaté à 145 d. l'arrêt de l'insuline lorsque la glycémie atteint 4 g/i 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): glycémie capillaire supérieure à 2,55 g/l (14 mmol/l) acétonémie positive (supérieure à 0,6 mmol/l) c. pH artériel supérieur à 7,3 glycosurie et cétonurie positives Kaliémie toujours inférieure à 3.5 meq/l Question 16. Les inhibiteurs des SGLT2 Inhibent la réabsorption du Na+ au niveau du tube contourné proximal Inhibent la réabsorption du glucose au niveau du tube contourné proximal Inhibent la réabsorption du Na+ au niveau du tube collecteur Inhibent la réabsorption du Na+ et du glucose au niveau du tube collecteur Inhibent la réabsorption du Na+ et du glucose au niveau duodénal Question 17. Les inhibiteurs des SGLT2 Sont contre indiqués en cas de microalbuminurie positive Sont contre indiqués en cas de clearance de la créatinine < 60 ml Sont contre indiqués en cas de clearance de la créatinine <30 mi Sont contre indiqués en cas d'hypercholétérolémie Sont contre Indiqués en cas d'HTA Question 18. La metformine présente un risque De cétoacidose lactique D'acidocétose lactique -D'acidose lactique D'acidose lactique hypo osmolaire D'acidose lactique hyperosmolaire Question 19. Le syndrome polyuro polydipsique peut être retrouvé dans les pathologies suivantes : a. Syndrome de Sheehan b. Insuffisance antéhypophysaire

Hypercorticisme exogène

otomanie /

in 20. Le bilan biologique d'une hypothyroidie périphériques peut montrer les résultats suivants :

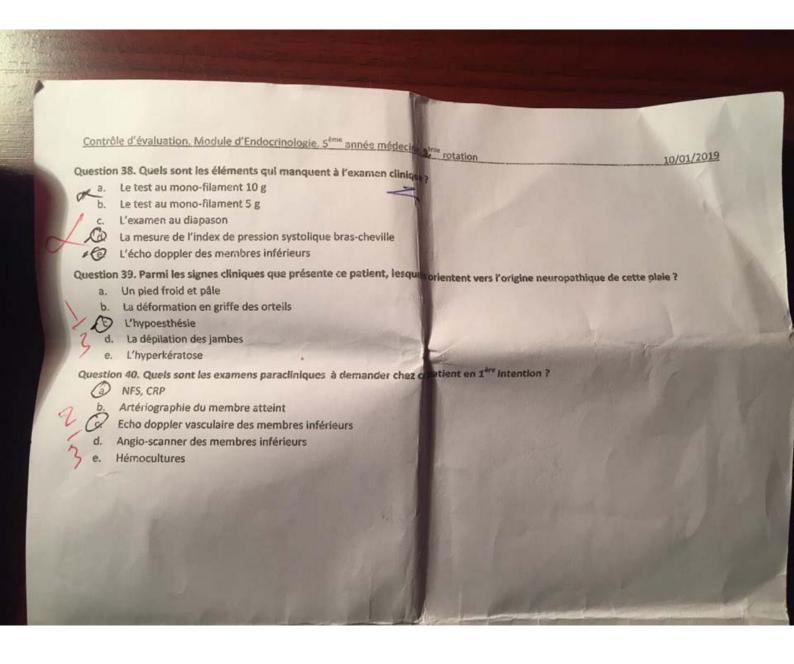
- yponatrémie de dilution
- Hypercholestérolémie
- LDH diminuée
- CPK diminuée
 - TSH élevée /

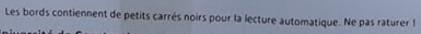
univ.ency-education.com

17.0

idiopathique

Adénome hypophysaire mixte secrétant GH et la prolactine







Université de Constantine 3 - Faculté de Médecine Pr B. Bensmail

Constantine, le Jeudi 15 Novembre 2018

Département de Médecine de Constantine - Epreuve d'Endocrinologie - A5 - R3 -

No	m:							1										prec	T T	Enc	IOCTI	1010	Rie -	A5 -	К3 -	
Prénd	m:										-				-											
Salle/P	L				-				_																	
Matri	meeting w									/				n	Date aissa	de .	1	2	1	1	0	1	1	9	8	3
				1																						
Coc	her les	case	5 311 1	styla	noir			and the						_		NESCO.	Value of	Ce	sujet	conti	ent 40	QCN	4			
	her les					vec	un a						ec un	e bar	re ho	rizont	ale ou	verti	cale (×	ou 🔀	1)				
1.					E		26		В	C		E														
2.	×		V							×																
3.				×			27.			X								•	0	-						
4.																		3								
5.			-				29.																			
6.											-	×														
	N N							X		X										0		0				
8.			X				32.		X							B	1	1	d	n		0				
9.					123		33.		X			X				1	1	V		N	d	4				
10.			×	2			34. 35.	×																1/84	S	
	A	В	C	D	E		55.	Δ	В	С	D	_				2			1		400.00	0				40
11	-	X			×		36.	-	×			×			-		h	C)(r	a	<u>il</u>	19	00	10
							37.			×		×													U	
13			×	×			38.	×		×	×					1	9		1	1	9 8			•		
14	. 🗷	×			×		39.		×	×		×					16	2/	C	1	!/	1		9		
15	. 🔀	×		×			40.	×		\boxtimes		×					57	8								
16	. E																			1						
	7. □																				OUD					
	3. □																	1	7	3	O-					
	9. 🗵																	25	C.	1)	1)					
2	0. 🗵		C															(7	_	_	_		1983	
. 2	1.																									
	2.																									
-	3. 🗵																									
	4.																									
1 2	5. 🗅	3													1200										1	
				Dan	01/1	2								200	- had	100		A Part						100		

univ.ency-education.com