

**Durée de l'épreuve : 01 heure 15 minutes**

**Question 01.** Le phéochromocytome :

- a. Est une tumeur de la corticosurrénale
- b. Est toujours une tumeur maligne
- c. L'étude immunohistochimique à la chromogranine revient positive
- d. Est dit agressif si le score de PASS est  $\geq 4$
- e. Est dit agressif si le score de WEISS est  $\geq 3$

**Question 02.** Le carcinome corticosurrénalien (corticosurréalome malin) :

- a. Est souvent bilatérale et très agressif
- b. Est caractérisé par un polymorphisme cellulaire important et des noyaux géants et bizarres
- c. Exprime la chromogranine à l'étude immunohistochimique
- d. La présence d'envahissement vasculaire confirme le diagnostic de malignité
- e. Les foyers de nécrose et d'hémorragie sont rares

**Question 03.** L'adénome hypophysaire :

- a. Est de croissance habituellement lente
- b. Son expression clinique dépend uniquement de ses propriétés endocriniennes
- c. Est une tumeur mal limitée envahissant le tissu de voisinage
- d. Est une tumeur à limites nettes et une capsule plus ou moins complète
- e. Présente 03 catégories à l'examen microscopique : adénome acidophile, basophile et adénome chromophile

**Question 04.** Le craniopharyngiome de l'hypophyse :

- a. Est une tumeur épithéliale maligne
- b. Est aussi appelé Adamantinome hypophysaire, par ressemblance histopathologique avec l'Améloblastome du maxillaire inférieure
- c. Est une tumeur dysgénétique, développée à partir des vestiges de la poche de Rathke
- d. Comprend des cordons de cellules pavimenteuses, parfois franchement malpighiennes où les cellules périphériques sont palissadiques
- e. Les foyers de momification cellulaire et de calcification sont exceptionnels

**Question 05.** L'adénome parathyroïdien :

- a. Comporte des cellules principales, régulières de petite taille
- b. Comporte un stroma adipeux qui est nettement réduit
- c. Adhère aux tissus de voisinage
- d. Est mal encapsulé
- e. Présente une coloration grisâtre

**Question 06.** Le diagnostic positif du Carcinome médullaire de la thyroïde se pose sur :

- a. L'immuno-marquage à la calcitonine qui est positif
- b. Présence de calcosphérîtes qui sont pathognomoniques.
- c. Présence de papilles vraies comportent un axe conjonctivo-vasculaire.
- d. Présence de dépôts mucineux
- e. La colloïde qui est pâle aux limites infiltrées

**Question 07.** Concernant Les examens ophtalmologiques du patient diabétique :

- a. L'OCT est l'examen de référence pour le dépistage de la rétinopathie diabétique
- b. L'OCT permet le diagnostic de l'œdème maculaire
- c. Le fond d'œil permet de détecter l'œdème maculaire
- d. Le fond d'œil permet de détecter une cataracte
- e. L'examen du segment antérieur à la lampe à fente permet de détecter une cataracte

**Question 08.** Les manifestations cliniques d'une gastroparésie sont :

- a. Distension abdominale
- b. Vomissements
- c. Diarrhées
- d. Satiété précoce
- e. Sensation de lenteur de digestion

**Question 9.** Les situations où le risque d'avoir une neuropathie diabétique est élevé sont :

- a. Le sexe féminin
- b. L'insuffisance rénale
- c. La puberté
- d. La consommation d'alcool
- e. Le tabac

**Question 10.** Une acidocétose diabétique peut être responsable de :

- a. Un syndrome abdominal pseudo-chirurgical
- b. Un trou cationique
- c. Un coma agité avec signes de localisation
- d. Une hypothermie
- e. Une hyperkaliémie menaçante

**Question 11.** Comment expliquez-vous la perte potassique dans l'acidocétose diabétique ?

- a. transfert du K<sup>+</sup> en intracellulaire secondaire à l'acidose (système tampon)
- b. fuite rénale (Excrétion des acides cétoniques sous formes de sels de K<sup>+</sup>)
- c. vomissements
- d. l'hyperaldostéronisme secondaire à la déshydratation-
- e. alcalose respiratoire

**Question 12.** Cochez la ou les proposition(s) correcte(s) parmi les suivantes concernant les analogues ultra rapides de l'insuline :

- a. Ils ont un pic d'activité entre la 45<sup>ème</sup> et la 60<sup>ème</sup> minute
- b. Ils ont une durée d'action de l'ordre de 3 heures
- c. Ils ont une durée d'action qui ne dépasse pas 02 heures
- d. Permettent de mieux contrôler les pics postprandiaux et d'éviter les hypoglycémies
- e. Ils sont développés à partir de la voie des bio-chaperonnes

**Question 13.** L'Abasaglar® est une insuline biosimilaire de :

- a. Insuline Glargine (Lantus®)
- b. Insuline Detemir (Levemir®)
- c. Insuline Glulisine (Apidra®)
- d. Insuline Aspart (NovoRapid®)
- e. Insuline lispro (Humalog®)

**Question 14.** Origine et destinée des chylomicrons et des des VLDL (Very Low Density Lipoprotein)

- a. Les chylomicrons sont synthétisés par le foie
- b. Les chylomicrons sont synthétisés par l'intestin
- c. Les VLDL sont synthétisés par le foie
- d. Les VLDL sont synthétisés par le tissu graisseux
- e. La dégradation de ces 2 lipoprotéines est assurée par la Lipoprotéine Lipase

**Question 15.** Concernant le calcul du LDL cholestérol par la formule de Friedwald, les quelles de ses propositions sont justes ?

- a. La formule n'es applicable que si le taux des Triglycérides (TG) est > 4 g/l
- b.  $LDLc = \text{Cholestérol total} - HDLc - TG/5$
- c.  $LDLc = \text{Cholestérol total} - HDLc + TG/5$
- d.  $LDLc = \text{Cholestérol total} + HDLc - TG/5$
- e.  $LDLc = \text{Cholestérol total} - (HDLc + TG/5)$

**Question 16.** Le traitement des hypercholestérolémies consiste à prescrire

- a. Des inhibiteurs de la synthèse de l'HMG-Coa réductase type Statine
- b. Des activateurs de la synthèse de l'HMG-Coa réductase type Statine
- c. Des inhibiteurs des PCSK 9 en 1<sup>ère</sup> intention
- d. Des inhibiteurs des PCSK 9 en dernier intention
- e. Des Fibrates en association avec une Statine

**Question 17.** Une thyrotoxicose peut se manifester par :

- a. L'absence de tachycardie en cas de coexistence de bloc auriculo ventriculaire complet
- b. Une bradycardie au début de la maladie
- c. Tremblements fins des extrémités
- d. Hypoacousie
- e. Amaigrissement avec appétit conservé

**Question 18.** Quels traitements allez-vous prescrire en premier lieu à une jeune femme présentant pour la 1<sup>ère</sup> fois une thyrotoxi sur maladie de Basedow avec un petit goitre grade 1 ?

- a. Thyroïdectomie totale
- b. Thyroïdectomie subtotale
- c. Carbimazole pendant 18 à 24 mois
- d. Béta-bloquants et anxiolytiques
- e. Iothérapie à faible dose

**Question 19.** L'hypothyroïdie néo natale :

- a. Donne un retard staturo-pondéral durant les deux premières années de vie
- b. Est responsable d'un retard de maturation osseuse
- c. Non traitée, entraîne un crétinisme
- d. Nécessite un dépistage à l'âge de 6 mois
- e. Peut-être secondaire à la prise maternelle des antithyroïdiens de synthèse

**Question 20.** Quels sont les principes du traitement de l'hypothyroïdie ?

- a. Augmentation par pallier de la posologie
- b. Traitement substitutif à vie
- c. En hospitalisation obligatoire d'une semaine
- d. Surveillance électrique du cœur
- e. Epreuve d'effort pré thérapeutique

**Question 21.** Quelles sont les causes d'hypothyroïdie sans goitre ?

- a. Thyroïdite d'Hashimoto
- b. Insuffisance antéhypophysaire
- c. Dysgénésie thyroïdienne
- d. Syndrome de Pendred
- e. Hypothyroïdies iatrogènes

**Question 22.** Au cours de l'acromégalie secondaire à une sécrétion ectopique d'hormone de croissance par une tumeur insulaire pancréatique, on peut trouver :

- a. Une hypertension intracrânienne
- b. Une hypercalciurie
- c. Une hémianopsie bitemporale
- d. Un déficit corticotrope
- e. Un diabète sucré

**Question 23.** Quel est le traitement médical à proposer pour un adénome somatotrope pur ?

- a. Les analogues de la somatostatine
- b. Les antagonistes dopaminergiques
- c. Les agonistes dopaminergiques
- d. Les analogues de la somatomédine
- e. Les agonistes de la somatomédine

**Question 24.** Quelles sont les causes de l'hypercalcémie ?

- a. Hypothyroïdie
- b. Excès de vitamine A
- c. Carence en vitamine D
- d. Sarcoïdose
- e. Hyperparathyroïdie secondaire

**Question 25.** Quel(s) examen(s) préconiserez-vous pour confirmer un hypercortisolisme endogène ?

- a. Test de freinage faible
- b. Mesure du taux de cortisol salivaire à minuit
- c. Une IRM hypophysaire et une TDM (Scanner) des surrénales
- d. Un freinage fort avec mesure de l'ACTH
- e. Mesure du cortisol libre urinaire des 24 heures **سواء**

**Question 26.** Dans le syndrome de Cushing, on peut observer un :

- a. Cortisol bas et ACTH élevée
- b. Cortisol élevé et ACTH élevée
- c. Cortisol libre urinaire élevé cortisol salivaire bas
- d. Cortisol élevé et ACTH basse
- e. Test de freinage standard à la dexaméthasone positif

**Question 27.** L'insuffisance antéhypophysaire peut se manifester par :

- a. Hyperchromie des téguments.
- b. Asthénie
- c. Des sueurs froides
- d. Achromie des téguments
- e. Erythrose faciale

**Question 28.** Précisez les étiologies de l'insuffisance antéhypophysaire :

- a. Traumatisme crânien
- b. Erosion du plancher de la selle turcique
- c. Syndrome de Turner
- d. Epilepsie
- e. Interruption de la tige pituitaire

**Question 29.** Précisez les étiologies du diabète insipide central :

- a. Craniopharyngiome
- b. Prise de Lithium
- c. Traumatisme crânien
- d. Schizophrénie
- e. Néphropathie interstitielle

**Question 30.** Quels sont les diagnostics à évoquer chez une fille âgée de 03 ans présentant un retard de croissance pondéral prédominant ?

- a. Retard de croissance intra utérin sans rattrapage
- b. Petit poids constitutionnel
- c. Hypothyroïdie
- d. Déficit en GH
- e. Hypercorticisme

### CAS CLINIQUE 01

Madame Ilhem, 40 ans, sans profession, que vous suivez pour Hypothyroïdie post-chirurgicale sous traitement hormonale substitutif, exprime sa peur du diabète sucré et elle veut être rassurée. Elle n'a pas d'autres problèmes de santé particuliers. Elle a une seule fille de 10 ans née à terme par voie basse de 3 700 g à la naissance. Elle pèse 70 kg pour 171 cm (Indice de masse corporelle, IMC, de 23,9 kg/m<sup>2</sup>) et sa pression artérielle est de 123/76 mm Hg. Il n'y a pas de diabète dans sa famille.

**Question 31.** Vous expliquez à la patiente qu'elle n'a pas besoin de dépistage du diabète. Cet avis se fonde sur les éléments suivants :

- a. IMC normal
- b. Absence d'antécédents Familiaux de diabète
- ~~c. Age inférieur à 60 ans~~
- ~~d. Absence d'hypertension artérielle~~
- ~~e. Absence d'hypotrophie fœtale~~

**Question 32.** Après 10 ans de suivi, la patiente, ménopausée depuis 1 an, a reçu il y a plus de 6 mois une corticothérapie pendant deux mois pour une paralysie faciale à frigore. Son poids actuel est de 88 Kg (IMC = 30 kg/m<sup>2</sup>) avec un tour de taille de 94 cm. Vous faites le dépistage du diabète de cette patiente par une glycémie à jeun, revenant à 1,19 g/l et 1,24 g/l à 15 jours d'intervalle et par une glycémie 2 heures après HGPO de 75 g à 2,3 g/l. le bilan hormonal thyroïdien retrouve une TSH à 8 µU/ml (0.35-4) et une F-T4 à 12 pmol/l (9-11).

Quels sont les diagnostics probables ?

- ~~a. Diabète sucré démasqué par l'Hypothyroïdie~~
- ~~b. Hyperglycémie modérée à jeun~~
- ~~c. Intolérance au glucose~~
- d. Diabète sucré primaire type 2
- e. Diabète démasqué par une corticothérapie

**Question 33.** Quelles sont les explorations para-cliniques que vous allez lancer pour cette patiente ?

- a. Bilan à la recherche de complications dégénératives du diabète
- b. Bilan à la recherche de pathologies auto-immunes associées
- c. Bilan à la recherche des facteurs de risque cardiovasculaire
- d. Bilan à la recherche des causes du non contrôle de l'Hypothyroïdie
- e. Bilan hormonal à la recherche des causes endocriniennes de cette dysglycémie

**Question 34.** Parmi les propositions suivantes quels sont les facteurs de risque cardiovasculaire connus chez le diabétique ?

- a. Taux de LDL-cholestérol < 0,7 g/l
- b. Ménopause
- c. Taux de LDL-cholestérol < 1 g/l
- d. Microalbuminurie
- e. Insulinorésistance

**Question 35.** Quels sont les facteurs de risque cardiovasculaire que vous avez notés chez cette patiente ?

- a. L'âge
- b. La ménopause
- c. La sédentarité
- d. L'obésité androïde
- e. Le sexe féminin

### CAS CLINIQUE 02

Madame LM, **35 ans**, diabétique type **1** sous insuline depuis l'**âge de 10 ans**, est hospitalisée pour **douleurs abdominales** et **vomissements** depuis **24h** survenant dans un contexte **fébrile** (fièvre à 39°C), l'interrogatoire retrouve un **amaigrissement de 10 kg en 6 mois** avec **asthénie croissante**, notion de **brulures mictionnelles** récentes. A l'examen clinique la TA est à **80/50 mm Hg** et la fréquence cardiaque à **96 bpm**, vous êtes frappés par son **bronzage** et par la coloration **brune** des **plis des coudes** et des **genoux**. Le reste de l'examen retrouve un **pli cutané**. Le bilan biologique à son admission est le suivant : glycémie = **2.5 g/l**, chimie des urines = **glucosurie ++**, **cétonurie négative**, **1 croix de sang** et **1 croix de protéines**, NFS = **GB 14000**, Hb **10.8 g/dl**, VGM **110**, ionogramme sanguin = **Natrémie 122 mEq/l**, **Kaliémie 5.6 mEq/l**. Une **insuffisance surrénalienne aigüe** a été vite suspectée (ISA).

**Question 36.** Parmi les propositions suivantes, quels sont les éléments qui ont permis de suspecter une **ISA** ?

- a. Hyponatrémie
- b. Collapsus cardiovasculaire
- c. Hyperleucocytose
- d. Hyperkaliémie
- e. Anémie

**Question 37.** Parmi les propositions suivantes, quelle est l'hypothèse à émettre pour expliquer cette situation d'**urgence** ?

- a. Acidose diabétique déclenchée par une tuberculose pulmonaire
- b. Acidose diabétique déclenchée par une infection urinaire
- c. Déséquilibre diabétique par insuffisance surrénalienne aigüe
- d. Décompensation aigüe d'une insuffisance surrénalienne chronique méconnue par une infection urinaire
- e. Sepsis grave sur infection urinaire

**Question 38.** Quels sont les traitements à mettre dès l'admission ?

- a. Bolus de 10 UI d'insuline rapide en IV
- b. Adaptation des doses d'insuline en sous-cutanée
- c. Bolus de 100 mg d'hydrocortisone en IV
- d. Kayexalate de potassium
- e. Antibiothérapie empirique

**Question 39.** Compte tenu du contexte clinique de cette **patiente**, quelle est la cause la plus probable de cette **pathologie** ?

- a. Cause tuberculeuse
- b. Cause autoimmune
- c. Cause vasculaire
- d. Sarcoidose
- e. Cause infectieuse

**Question 40.** Quel est l'examen para-clinique à demander pour confirmer ce diagnostic étiologique ?

- a. Scanner surrénalien
- b. Recherche de BK par tubage
- c. Dosage d'Anticorps anti-21 Hydroxylase
- d. Radiographie du thorax
- e. Hémodiagnostic

# Département de Médecine de Constantine-Epreuve d'Endocrinologie-A5-R1-(théorie+pratique) le 16-03-2020

Page 1/1

Date de l'épreuve : 12/03/2020

Corrigé Type

Barème par question : 0.500000

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

N°	Rép.
36	ABD
37	D
38	BCE
39	B
40	C

Dr. K. BOUDJ  
Endocrinologie-Diabète  
C. M. U. C.