

**Question N° 1 : La définition du syndrome métabolique (SM) selon IDF/AHA/NHLBI de 2009 repose sur la présence :**

- A. de 3 des 5 critères le composant
- B. d'une obésité abdominale associée à 2 des autres critères le composant
- C. d'une microalbuminurie
- D. d'un indice HOMA augmenté
- E. de syndrome des ovaires polykystiques

**Question N° 2 : À partir de quel seuil de tour de taille définit-on une obésité abdominale chez une femme originaire de la région MENA (moyen orient et Afrique du Nord), selon l'IDF ?**

- A. 80 cm
- B. 88 cm
- C. 90 cm
- D. 94 cm
- E. 102 cm

**Question N° 3 : Une fréquence élevée du SM chez les patients présentant des affections psychiatriques a été notée dans plusieurs études. Quelles sont les raisons possibles ?**

- A. Fréquence des cancers chez ces patients
- B. Fréquence des troubles du comportement alimentaire dans cette population
- C. Cause génétiques communes
- D. Causes auto-immunes communes
- E. Traitement par les antipsychotiques de 2<sup>ème</sup> génération

**Question N° 4 : Quelle insuline est appropriée en cas de coma acido-cétosique ?**

- A. NPH
- B. Deglutec
- C. Detemir
- D. Glargine
- E. Aspart

**Question N° 5 : Dans le schéma de l'intensification de l'insuline à partir de l'an 2022 ADA-EASD, après échec des traitements oraux du diabète, on introduit d'abord :**

- A. Une insuline de base biosimilaire
- B. Un analogue du GLP1
- C. Un inhibiteur de la DPP4
- D. Une glitazone
- E. Un inhibiteur des alfa glucosidase

**Question N° 6 : Quels sont les facteurs d'aggravation de la rétinopathie diabétique (RD) ?**

- A. Néphropathie diabétique
- B. Âge inférieur à 10 ans
- C. Grossesse
- D. Neuropathie diabétique
- E. Équilibre glycémique trop rapide

**Question N° 7 : Quelles sont les complications de la RD ?**

- A. Cataracte
- B. Décollement rétinien
- C. Glaucome néovasculaire
- D. DMLA (décollement maculaire lié à l'âge)
- E. Blépharite

**Question N° 8 : Selon la classification de la néphropathie diabétique (ND) de Mogensen, dans le stade 3 :**

- A. la ND est dite incipiens
- B. il existe une macro protéinurie
- C. il existe une micro albuminurie
- D. La pression artérielle est élevée
- E. La filtration glomérulaire est élevée

**Question N°9: Dans le cas du goitre simple :**

- A. Le stade 1 correspond à un goitre visible, cou en hyper-extension
- B. Le traitement de choix est chirurgical
- C. Le traitement par Levothyroxine est indispensable
- D. On palpe souvent des adénopathies
- E. Il s'agit d'un mécanisme adaptatif thyroïdien

**Question N°10: L'exploration initiale du nodule thyroïdien comporte les examens suivants:**

- A. Le dosage de la Tg (Thyroglobuline)
- B. Le dosage de la TSH
- C. Le dosage de FT4 et FT3
- D. L'échographie cervicale
- E. Le scanner cervical

**Question N°11 : La cytoponction du nodule thyroïdien est indiquée devant :**

- A. tout type de nodule
- B. un nodule microkystique
- C. la présence d'antécédents familiaux de thyroïdite
- D. un nodule classé EU-TIRADS 5
- E. une cytoponction antérieure non contributive

**Question N°12 : En cas d'hypothyroïdie chez la femme enceinte :**

- A. la substitution doit être précoce et rapide
- B. il faut cibler une TSH inférieure à 4 mU/l au 1<sup>er</sup> trimestre
- C. il faut cibler une TSH inférieure à 2,5 mU/l au 1<sup>er</sup> trimestre
- D. en cas de TSH > 4 mU/l et anticorps anti-TPO négatifs, il faut initier le traitement hormonal
- E. en cas de TSH > 4 mU/l avec anticorps anti-TPO négatifs, une simple surveillance suffit

**Question N°13 : Quels sont les signes cliniques de l'hypothyroïdie ?**

- A. Amaigrissement.
- B. Pâleur cutanéomuqueuse.
- C. Syndrome polyuro-polydipsique
- D. Tachycardie
- E. Constipation

**Question N°14 : Le traitement de l'hypothyroïdie chez le sujet âgé :**

- A. nécessite une hospitalisation en unité de soins intensifs
- B. nécessite la pratique d'un bilan pré thérapeutique : FNS ; ionogramme sanguin.
- C. est basé sur une augmentation progressive des doses de levothyroxine par palier de 12,5µg /15– 20j.
- D. est débuté par une dose de 50 µg/j de LT4.
- E. Nécessite la pratique d'un ECG avant toute augmentation des doses de levothyroxine.

**Question N°15 : Dans la thyroïdite lymphocytaire chronique de l'adolescent :**

- A. l'âge de survenue est de 10 à 15 ans.
- B. la thyroïde est atrophiée.
- C. les anti corps Anti TPO sont positifs.
- D. la thyroïde est hypoéchogène et hétérogène à l'échographie.
- E. le traitement est chirurgical.

**Question N°16 : La thyroïdite de Riedel :**

- A. est d'origine auto immune.
- B. se caractérise par une fibrose dense.
- C. se caractérise par un goitre pierreux, fixe et compressif.
- D. est traitée par les anti inflammatoires.
- E. est de mauvais pronostic.

**Question N°17: La prise du Lithium :**

- A. est l'une des causes du diabète insipide central acquis
- B. entraîne une diminution de la transcription du gène AQP2
- C. entraîne un diabète insipide néphrogénique définitif
- D. stimule la prolifération des C intercalaires
- E. diminue la réponse à l'ADH dans le tube collecteur

**Question N°18 : Indiquez, parmi les propositions suivantes, les réponses correctes concernant les caractéristiques hormonales et immunohistochimiques des adénomes hypophysaires non sécrétants:**

- A. ce sont des tumeurs silencieuses à immuno-dosage négatif
- B. ce sont des tumeurs non fonctionnelles à immuno-dosage positif
- C. ce sont des tumeurs non fonctionnelles à immuno-dosage négatif
- D. ce sont des tumeurs fonctionnelles qui synthétisent des prohormones
- E. ce sont des tumeurs fonctionnelles à immuno-dosage négatif

**Question N°19 : Quelles sont les anomalies rencontrées au cours du complexe de Carney ?**

- A. Hypoparathyroïdie primaire
- B. Hyperparathyroïdie primaire
- C. Carcinome de la thyroïde
- D. Adénome somatotrope
- E. Syndrome de Cushing non ACTH dépendant

**Question N°20 : Dans le tableau clinique de l'insuffisance antéhypophysaire :**

- A. Le mode de début est toujours brutal et très évocateur de l'axe atteint
- B. La dépigmentation des aréoles mammaires et des organes génitaux externes est un signe lié au déficit en peptides dérivés du précurseur de la pro-opiomélanocortine POMC
- C. Le faciès est pâle, vieillot, la peau est froide, sèche, les rides sont fines
- D. Le tableau clinique est très polymorphe
- E. La dépilation est complète au niveau des aisselles et du pubis, signe très évocateur chez les patients de plus de 60 ans

**Question N°21: Le syndrome de Sheehan est :**

- A. secondaire à une hypophysite lymphocytaire du post partum
- B. caractérisé par une triade typique toujours complète définie par un accouchement hémorragique, absence de montée laiteuse et absence de retour des couches
- C. une infiltration lymphoplasmocytaire de l'hypophyse
- D. une nécrose hypophysaire du post partum
- E. un syndrome héréditaire

**Question N°22: Dans l'insuffisance surrénalienne primitive lente :**

- A. Les signes cliniques sont d'installation progressive sur plusieurs mois ou années
- B. Une destruction d'au moins 50% de la surrénale est nécessaire pour que la maladie s'exprime cliniquement
- C. La tuberculose constitue la principale cause dans les pays en développement
- D. Le traitement substitutif par Fludrocortisone est généralement indispensable sauf dans les cas où le déficit en glucocorticoïde est isolé
- E. Lors du traitement substitutif, l'ajustement des doses de glucocorticoïdes se base essentiellement sur le dosage biologique de l'ACTH et de la cortisolémie à 8h

**Question N°23 : Quelles sont les causes d'hypocalcémie ?**

- A. Prise d'anticonvulsivants
- B. Immobilisation prolongée
- C. Hungry bone disease
- D. Carence en vitamine D
- E. Sarcoidose

**Question N°24 : La pseudohypoparathyroïdie se caractérise sur le plan biologique par une :**

- A. PTH basse
- B. PTH élevée
- C. Calcémie basse
- D. Calcémie élevée
- E. hyperphosphorémie

**Question N°25 : L'hypoparathyroïdie post opératoire :**

- A. représente plus des ¾ des causes d'hypoparathyroïdie
- B. est plus fréquente chez les hommes
- C. est plus fréquente chez les enfants
- D. peut-être transitoire ou définitive
- E. est obligatoire et constante survenant après toute thyroïdectomie

**Question N° 26 : Le score de Ferriman et Gallway définit arbitrairement l'hirsutisme à partir de quel seuil ?**

- A. 2
- B. 8
- C. 14
- D. 24
- E. 28

**Question N° 27 : Quels sont les signes cliniques témoignant d'une hyperandrogénie chez une femme ?**

- A. Alopécie du vertex
- B. Atrophie des glandes mammaires
- C. Voix aigue
- D. Hypertrichose
- E. Amyotrophie des muscles proximaux

**Question N° 28 : Le bloc enzymatique en 21 hydroxylase :**

- A. est la cause la plus fréquente des hyperplasies congénitales des surrénales
- B. se manifeste par l'association HTA et hypokaliémie
- C. est une maladie génétique liée à l'X
- D. se manifeste par une ambiguïté des organes génitaux externes à la naissance quand il est complet
- E. se manifeste par un hirsutisme à l'adolescence dans sa formes non classique

Contrôle de stage

**Cas Clinique N° 1**

Une patiente de 20 ans consulte en gynécologie pour aménorrhée primaire. Elle est au stade 5 de Tanner et elle ne répond pas au traitement par progestatifs, le médecin suspecte un syndrome de Mayer Rokitansky Kuster Hauser (MRKH).

**Question N° 29 : Un syndrome de MRKH est caractérisé par les éléments suivants :**

- A. Absence d'utérus
- B. Utérus bicorne
- C. Un caryotype 46 XX
- D. Un caryotype 46 XY
- E. Un test aux œstrogènes négatif

**Question N° 30 : Indiquez les propositions correctes à propos de l'exploration de l'aménorrhée primaire :**

- A. la recherche d'une anomalie du développement sexuel est primordiale dans le protocole d'exploration
- B. un test de stimulation des gonadotrophines est nécessaire pour départager entre une cause périphérique et une cause centrale
- C. le dosage de TSH est systématique
- D. le dosage de prolactine est systématique
- E. la pratique du caryotype est systématique

**Question N° 31 : Le gynécologue élimine le diagnostic de MRKH et décide d'orienter la patiente à l'endocrinologue qui retrouve les anomalies suivantes : surpoids, hirsutisme et un acanthosis nigricans au niveau du cou. Au bout des explorations, il suspecte un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Quels sont les éléments parmi les propositions ci-dessous, qui lui ont permis d'évoquer ce syndrome ?**

- A. Taux de FSH plasmatique élevé
- B. Une hypertriglycéridémie
- C. Testostérone plasmatique à 1 ng/ml
- D. Insulinorésistance
- E. Cycle anovulatoire

**Question N°32 : L'endocrinologue a été surpris par un taux de prolactine > 200 ng/ml, l'IRM a retrouvé un macroadénome hypophysaire. Quelles sont les autres anomalies qu'il doit rechercher ?**

- A. D'autres hypersécrétions hormonales hypophysaires
- B. Une insuffisance antéhypophysaire
- C. D'autres néoplasies endocriniennes
- D. Une biopsie hypophysaire pour confirmer le diagnostic
- E. Une anomalie du champ visuel

**Cas clinique N° 2**

Monsieur L.S, âgé de 30 ans, aux antécédents d'HTA depuis 5 ans bien équilibrée sous inhibiteur calcique et furosémide, se plaint d'accès de faiblesse des membres inférieurs. Le bilan révèle une kaliémie à 1,8 mmol/l, contrôlée la deuxième fois, revenue à 2,1 mmol/l (valeurs normales : 3,6 - 5 mmol/l). L'examen clinique est normal, sans œdème des membres inférieurs.

**Question N° 33 : Quelles sont les endocrinopathies qui peuvent être responsable d'une hypertension artérielle ?**

- A. Hypoparathyroïdie
- B. Syndrome de cushing
- C. Phéochromocytome
- D. Hypoaldostérisme
- E. Hyperaldostérisme primaire

**Question N° 34 : Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?**

- A. L'hypokaliémie peut être liée au traitement
- B. Il est nécessaire de réaliser un dosage de la rénine et de l'aldostérone urinaires sous le traitement habituel
- C. Il est nécessaire de réaliser un dosage de la rénine et de l'aldostérone plasmatique après avoir modifié le traitement
- D. Il est nécessaire de réaliser un test de freinage fort à la dexaméthasone
- E. En dehors de l'hypokaliémie, il n'y a pas d'indication à rechercher une cause d'HTA secondaire

**Question N°35:** D'une façon générale, quelles sont les circonstances cliniques qui doivent faire rechercher un hyperaldostéronisme primaire?

- A. HTA résistante ( $\geq 140/90$  mmHg) à une trithérapie comprenant un diurétique thiazidique ;
- B. HTA associée à une hyperkaliémie dans un contexte d'incidentalome surrénalien  $> 10$  mm ;
- C. HTA survenant chez un sujet de plus de 50 ans
- D. Présence d'un antécédent de cardiopathie de Takotsubo
- E. HTA contrôlée au prix d'une quadrithérapie antihypertensive

**Question N°36:** Quelles sont les conditions des dosages plasmatiques d'aldostérone et rénine pour le calcul du RAR (Rapport Aldostérone Rénine) devant une suspicion d'un hyperaldostéronisme primaire ?

- A. Les antagonistes du récepteur minéralocorticoïde seront interrompus six semaines avant le dosage
- B. Les inhibiteurs de la rénine seront interrompus deux semaines avant le dosage
- C. les inhibiteurs calciques non dihydropyridines pourront être maintenus ou introduits dans la période précédant les dosages
- D. Les alphabloqueurs d'action centrale pourront être maintenus ou introduits dans la période précédant les dosages
- E. la moxonidine d'action centrale doit être interrompue deux semaines avant le dosage

**Cas clinique N°3 :**

Mme K.S âgée de 54 ans vous consulte avec un bilan biologique systématique réalisé annuellement par son médecin de travail alors qu'elle ne présente aucun signe clinique ni antécédent particulier. Vous notez une calcémie corrigée à 108 mg/l (valeur normale de 85-102). Le bilan complété par le dosage de la PTH revient à 138 pg/ml (VN : 20-65).

**Question N°37:** Quelles sont les explorations à demander pour confirmer la forme asymptomatique de cette hyperparathyroïdie primaire ?

- A. Échographie cervicale
- B. Scintigraphie parathyroïdienne
- C. Échographie abdominale
- D. Ostéodensitométrie (DMO)
- E. Scanner Thoraco-abdomino-pelvien (TAP)

**Question N° 38:** Quels sont les examens paracliniques à compléter afin de vous aider dans votre décision thérapeutique d'opérer ou non Mme K.S et ce, face à cette hyperparathyroïdie primaire asymptomatique ?

- A. Créatinine sanguine
- B. Calciurie des 24h
- C. Cytoponction de l'adénome parathyroïdien
- D. SPECT-CT
- E. Scanner cervico-thoracique

**Question N° 39 :** Quelle mesure nécessaire doit-on associer au traitement de l'hypercalcémie modérée :

- A. Régime hypoglycémique
- B. Conseiller l'utilisation des diurétiques de l'anse
- C. Régime normocalcique
- D. Régime désodée
- E. Suspendre la substitution oestrogénique chez la femme ménopausée

**Question N°40 :** Devant l'absence de critère d'opérabilité, vous décidez de surveiller la patiente. Quelles en sont les moyens ?

- A. TDM cervicale chaque année
- B. Échographie cervicale chaque 6 mois
- C. DMO tous les 1 à 2 ans
- D. Calcémie une fois par année
- E. Créatininémie une fois par année

