

Contrôle N° 3 du jeudi 22 JUIN 2017 : module d'endocrinologie

(Partie Anapath de la question 1 à la question 10)

Question 01 : La thyroïdite de De Quervain se caractérise macroscopiquement par :

- a. Une glande légèrement hypertrophique, souvent asymétrique
- b. La glande est hypotrophique, de couleur pale
- c. Elle est de consistance ferme voir rénitente
- d. Elle adhère aux tissus voisins.
- e. Elle est de consistance indurée là où la réaction fibro-inflammatoire dépasse sa capsule.

Question 02 : L'aspect microscopique de la thyroïdite granulomateuse se caractérise par :

- a. La présence d'éléments cellulaires ronds ou ovalaires de petite taille.
- b. Présente des follicules lymphoïdes munis de centres clairs
- c. La présence de granulomes tuberculoïdes
- d. La présence d'un stroma fibreux plus ou moins abondant
- e. Peut dégénérer en lymphome

Question 03 : Le carcinome papillaire présente des caractéristiques cytologiques bien définies :

- a. Aspect en verre dépoli avec chevauchement ou non des cellules.
- b. Des vésicules de grande taille.
- c. Un noyau avec incisure en grain de café.
- d. Des pseudo-inclusions intra cytoplasmiques.
- e. De larges vésicules, remplies d'un abondant colloïde.

Question 04 : Le diagnostic positif du Carcinome médullaire de la thyroïde se pose sur:

- a. L'immunomarquage à la calcitonine qui est positif
- b. Présence de calcosphérites qui sont pathognomoniques.
- c. Présence de papilles vraies comportent un axe conjonctivo-vasculaire.
- d. Présence des dépôts amyloïdes
- e. Le colloïde qui est pâle aux limites irrégulières

Question 05 : La maladie de Basedow se caractérise par :

- a. Une thyroïde diffusément augmentée de volume.
- b. Un colloïde pâle, comportant souvent des vacuoles de résorption.
- c. Une augmentation du nombre des vésicules avec un aspect de pseudo papilles
- d. Une glande tapissée de cellules hautes.
- e. Une tranche de section blanchâtre et indurée

Question 06 : le carcinome parathyroïdien est exceptionnel

- a. Il est constitué de cellules principales, claires, et ou de cellules oxyphiles.
- b. Les cellules sont de taille diverses, sont ronds ou allongés, avec des noyaux souvent volumineux et mitotiques.
- c. Le critère absolu de malignité est la présence de métastases.
- d. Présente des remaniements à type de nécrose et hémorragie
- e. Présente un immunomarquage positif à la P63.

Question 07 : - Le diagnostic du craniopharyngiome repose sur :

- a. Les foyers de momification cellulaire.
- b. Foyers de calcification et même d'ossification.
- c. Présence de foyers de nécrose.
- d. L'invasion capsulaire qui doit être recherchée.
- e. La présence d'importants remaniements hémorragiques.

Question 08 : L'hyperplasie de l'hypophyse est le plus souvent réactionnelle, dans le syndrome de Cushing elle se caractérise par :

- a. Une métamorphose des cellules basophiles en cellules de Crookes,
- b. Une dégranulation du cytoplasme des cellules qui devient homogène qui subit une transformation hyaline.
- c. Une fibrose diffuse disséquant le parenchyme.
- d. Peut-être secondaire à un syndrome d'hyperthyroïdie.
- e. les noyaux deviennent vésiculeux ou bourgeonnant dotés de gros nucléoles.

Question 09 : L'adénome hypophysaire se caractérise par :

- a. Une taille qui varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres,
- b. Des limites nettes et une capsule plus ou moins complète
- c. A la coupe, la tranche de section apparaît rouge marbrée
- d. Se présente sous forme variable : sinoïdale, en mode endocrinien parfois sous une forme papillaire.
- e. Avec des foyers d'infarctus intriqués à de vastes zones de sclérose.

Question 10 : L'hypophyse peut être le siège de troubles circulatoires caractérisés par :

- a. Des zones de nécrose de coagulation
- b. Les zones de nécrose peuvent être uniques ou multiples,
- c. Des zones de nécrose localisées ou étendues, respectant une mince couche de cellules au contact de la capsule.
- d. Un pléomorphisme nucléaire
- e. Une invasion capsulaire

Question 11 : Le déficit en aldostérone entraîne

- a. Une hypernatrémie
- b. Une hyperkaliémie
- c. Une déshydratation intracellulaire
- d. Une hyperhydratation intracellulaire
- e. Une augmentation de la rénine

Question 12 : Dans le bloc enzymatique complet en 21 hydroxylase surrénalien

- a. Le cortisol peut être normal
- b. On trouve une hypertension artérielle
- c. L'ACTH est élevée
- d. La 17 OH-progesterone est basses
- e. La 17 OH-progesterone est élevée

Question 13 : Quel objectif glycémique fixeriez-vous à un patient âgé de 40 ans, diabétique type 2 connu depuis 3 ans, sans complications dégénératives ?

- a. HbA1c < 7 %
- b. HbA1c < 8 %
- c. HbA1c < 6,5 %
- d. Glycémie postprandiale < 1,8 g/l
- e. Glycémie postprandiale < 1,4 g/l

Question 14 : Une Gliflozine

- a. Est un stimulateur du transporteur sodium/glucose de type 2
- b. Est un inhibiteur du transporteur sodium/glucose de type 2
- c. Diminue la néoglucogenèse hépatique
- d. Entraîne une glycosurie
- e. Diminue la réabsorption du glucose

Question 15 : Quels sont les médicaments qui diminuent la néoglucogenèse hépatique ?

- a. Acarbose
- b. Metformine
- c. Glitazones
- d. Gliflozines
- e. Inhibiteurs de la DPP-4

Question 16 : Toutes ces complications peuvent être observées chez l'acromégale sauf une, laquelle ?

- a. L'apnée du sommeil
- b. L'intolérance au glucose
- c. La dépression
- d. L'HTA
- e. L'hypocalcémie

Question 17 : Dans quelles situations le traitement médical peut être indiqué en première intention devant une acromégalie par adénome somatotrope ?

- a. Désir du patient
- b. Chirurgie contre-indiquée ou inaccessible.
- c. Comorbidités sévères (SAS, cardiomyopathie.....) avec risque anesthésique très élevé
- d. Le risque d'induire un déficit en GH
- e. Le risque de déficit gonadotrope

Question 18 : Devant un retard de croissance statural et pubertaire sans orientation étiologique chez la fille quel est le diagnostic que vous devez évoquer en premier ?

- a. Retard de croissance constitutionnel car c'est la cause la plus fréquente (70% des cas)
- b. Déficit isolé en GH
- c. Maladie coéliqua
- d. Syndrome de Turner
- e. Craniopharyngiome

Question 19 : Le déficit congénital en GH combiné aux autres déficits hypophysaires, se traduit cliniquement en période néonatale par ?

- a. Poids et taille inférieurs à 2 DS
- b. Epilepsie
- c. Colobome irien
- d. Micropénis
- e. Absence des points d'ossifications habituels

Question 20 : Au cours du diabète insipide central :

- a. Le syndrome polyuropolydipsique persiste la nuit (bon signe d'organicité)
- b. La polydipsie est sélective à l'eau avec une soif intense
- c. La clairance à l'eau libre est négative
- d. La densité urinaire est inférieure à 1005
- e. La polyurie est une polyurie osmotique

Question 21 : L'hormone anti diurétique (ADH) :

- a. Elle négative la clairance de l'eau libre car elle rend les urines hypertoniques
- b. En l'absence d'ADH, le rein concentre moins bien les urines
- c. L'hypoosmolarité plasmatique augmente l'ADH
- d. L'hypovolémie et l'hypotension aiguë augmentent l'ADH
- e. L'hypersignal spontané de la post hypophyse est un bon reflet de l'absence d'ADH

Question 22 : Le pied diabétique à composante neuropathique :

- a. Il est chaud avec réflexes diminués voire abolis
- b. L'absence d'hyperkératose le caractérise
- c. Les pous sont présents voire même bondissants
- d. Pied froid avec présence d'un halo inflammatoire
- e. L'absence de douleur le caractérise

Question 23 : Le pied diabétique à composante artérielle :

- a. Pied froid, dépilé avec réflexes diminués
- b. Un halo inflammatoire le caractérise
- c. Les pouls sont présents voire même bondissants
- d. Un geste de revascularisation peut être envisagé
- e. Le doppler artériel des membres inférieurs est très utile

Question 24 : Dans l'insuffisance antéhypophysaire, l'hypoglycémie est la conséquence d'un :

- a. Déficit gonadotrope et thyroïdienne
- b. Déficit corticotrope et gonadotrope
- c. Déficit somatotrope et thyroïdienne
- d. Déficit corticotrope et somatotrope
- e. Déficit lactotrope

Question 25 : Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont en faveur d'un syndrome de Sheehan chez une femme en post-partum :

- a. Céphalées intenses avec troubles visuels
- b. Notion d'accouchement hémorragique avec transfusion sanguine
- c. Insuffisance antéhypophysaire avec hyperprolactinémie
- d. Absence de montée laiteuse
- e. Absence de retour de couches

Question 26 : Le traitement du coma hyperosmolaire chez le diabétique nécessite :

- a. La correction rapide de la déshydratation
- b. L'administration systématique de potassium
- c. La perfusion de solutés hypotoniques
- d. L'administration continue de l'insuline à la seringue électrique
- e. Le traitement systématique du facteur déclenchant

Question 27 : Le(s) critère(s) diagnostic(s) biologique(s) de la cétoacidose diabétique est (sont) :

- a. Glycémie supérieure ou égale à 2.5 g/l
- b. Cétonémie supérieure à 3 mmol/l
- c. pH artériel supérieur à 7.30
- d. Glycosurie et cétonurie positives
- e. Bicarbonate supérieure à 50 mEq/l

Question 28 : la rétinopathie diabétique :

- a. Est une complication spécifique à l'hyperglycémie
- b. Fait intervenir des facteurs génétiques
- c. Son dépistage consiste à faire un examen ophtalmologique trimestriel
- d. Est aggravée par les hypoglycémies
- e. Nécessite des séances de laser à des stades précoces de rétinopathie sont nécessaires

Question 29 : la neuropathie diabétique :

- a. Est peut-être la complication la plus précoce
- b. S'exprime cliniquement le plus fréquemment dans sa forme focale
- c. Est la cause la plus fréquente des neuropathies
- d. Se dépiste par un examen des pieds et un EMG annuellement
- e. Est aggravée par l'existence d'une HTA ou d'une malnutrition

Question 30 : le test de freinage minute consiste en l'administration de :

- a. 1 mg de Cortancyl
- b. 1mg de Solupred
- c. 1 cp de Dexaméthasone
- d. 2 mg de Dexaméthasone
- e. 2 cp de Dexaméthasone

Contrôle de stage

Cas clinique : Une femme âgée de 45 ans, originaire de Jijel, célibataire, consulte en médecine générale devant l'apparition depuis un mois d'une tuméfaction basi-cervicale. A l'examen clinique vous retrouvez une patiente très anxieuse, son regard est tragique. Elle a les mains moites et une tachycarde à 110 battements réguliers/mn ; son IMC est à 18 kg/m², et a perdu 10 kg en un mois. La tuméfaction basi-cervicale est visible à distance et palpable, mobile avec les mouvements de déglutition, homogène, frémissante à la palpation, sans adénopathies cervicales et sans dysphonie, dysphagie ni dyspnée.

Question 31 : Cette tuméfaction basi-cervicale est bien un goitre :

- a. Simple
- b. Stade 1 selon la classification simplifiée de l'OMS
- c. Vasculaire
- d. Compressif
- e. Nodulaire

Question 32 : Quels sont les facteurs environnementaux incriminés dans la goitrigénèse ?

- a. La carence iodée
- b. La carence en sélénium
- c. La carence en œstrogènes
- d. La consommation de certains aliments contenant les thiocyanates
- e. La consommation de sel iodé

Question 33 : selon l'énoncé, vous suspectez quelle thyropathie chez cette patiente ?

- a. Adénome thyroïdienne
- b. Hyperemesis gravidarum
- c. Thyroïdite de De Quervain
- d. Maladie de Graves
- e. Nodule toxique

Question 34 : Précisez les propositions justes parmi les suivantes concernant cette thyropathie que vous avez suspecté :

- a. Le dosage des Ac antiTPO est indispensable pour confirmer ce diagnostic
- b. Le dosage des Ac anti récepteurs de la TSH permet le suivi et aide au choix thérapeutique
- c. Une scintigraphie thyroïdienne est indispensable pour la confirmation diagnostique
- d. La cytoponction est nécessaire dans le cas de cette patiente
- e. L'hypertrophie des muscles retro-orbitaires peut être visualisée à la TDM en cas d'exophtalmie

Question 35 : Vous avez confirmé cette pathologie par les explorations nécessaires. Le bilan de retentissement est revenu sans anomalies. Le choix thérapeutique de la patiente s'est porté sur les antithyroïdiens de synthèse. Précisez les propositions justes concernant ce choix :

- a. Le schéma "Block and Replace" est meilleur, encouragé et privilégié
- b. Le schéma "block and Replace" présente plus d'effets secondaires que le schéma de titration
- c. la durée totale du traitement est de 18 à 24 mois
- d. La TSH de contrôle est demandée chaque 2 mois si le schéma de titration est adopté et chaque 4 mois si schéma "Block and Replace"
- e. Un nombre de polynucléaires neutrophiles < 1200 éléments/mm³ impose l'arrêt définitif de la prise de tout antithyroïdien de synthèse

Question 36 : La patiente A F âgée de 52 ans diabétique type 2 et hypertendue depuis 3 ans sous metformine et

Irbésatan/Hydrochlorothiazide (ARA2 /diurétique thiazidique) et qui consulte chez son médecin traitant pour une asthénie avec des douleurs osseuses diffuses évoluant depuis quelques mois. Son médecin lui a fait un bilan complet dont le résultat du bilan calcique est revenu en faveur de : calcémie : 84mg/l (84-102), ALB : 35 g/l, PTH : 102 pg/ml (15-65). Devant ce résultat l'étape suivante chez la patiente

A F est de : (1seule réponse juste)

- a. Demander une DMO et orienter la patiente en chirurgie en cas de retentissement osseux important
- b. Orienter la patiente pour une échographie et scintigraphie à la MIBI
- c. Demander un bilan phosphocalcique sanguin et urinaire complet après régime calibré en calcium
- d. Puisque la patiente est âgée d plus de 50 ans, rassurer la patiente et lui demander de contrôler son bilan dans 3 mois
- e. L'effet hypocalcémique et hypercalciurique de l'hydrochlorothiazide pouvait être responsable de l'augmentation de la PTH chez la patiente

Question 37 : La calcémie corrigée chez la patiente est de :

- a. 94 mg/l
- b. 84 mg/l
- c. 89 mg/l
- d. 99 mg/l
- e. 109 mg/l

Question 38 : L'hyperparathyroïdie primaire est généralement sporadique. Elle peut être génétique dans 5 % des cas et la patiente est connue pour une hypertension artérielle qui fait évoquer un phéochromocytome associé à cette une hyperparathyroïdie primaire.

Quelle est l'autre tumeur endocrine qui s'associe à l'hyperparathyroïdie primaire et au phéochromocytome dans le cadre d'un néoplasie multiple de type 2

- a. L'adénome hypophysaire
- b. Le cancer médullaire de la thyroïde
- c. Le gastrinome
- d. L'adénome surrénalien cortisolique
- e. Le cancer du colon

Question 39 : En contrôlant le médicament que prend la patiente, le diurétique thiazidique peut avoir un retentissement sur le bilan phosphocalcique sanguin et urinaire de la patiente. Quel serait cet effet :

- a. Augmentation de la calcémie
- b. Diminution de la calcémie
- c. Augmentation de la calciurie
- d. Diminution de la calciurie
- e. Diminution des taux de la vitamine D

Question 40 : Toujours chez la même patiente, 1 année après la chirurgie sur un adénome parathyroïdien documenté par la scintigraphie et l'échographie cervicale, un bilan phosphocalcique de contrôle objective une hyperparathyroïdie (PTH à 70 pg/ml) normocalcémique normocalciurique normophosphorémique et hypophosphaturique avec déficit sévère en vitamine D :

- a. L'hyperparathyroïdie primaire a récidivé chez la patiente et une enquête génétique s'impose
- b. une nouvelle chirurgie parathyroïdienne est indiquée et le déficit en vitamine D doit être substitué avant la chirurgie
- c. Une nouvelle exploration radiologique par scintigraphie à la MIBI et échographie cervicale s'impose d'emblée chez la patiente
- d. Il est indispensable de substituer le déficit en vit D et de réévaluer le bilan chez la patiente avant de conclure à une hyperparathyroïdie primaire
- e. L'hyperparathyroïdie primaire normocalcémique pose toujours un diagnostic différentiel avec l'hyperparathyroïdie secondaire et le diagnostic final reste d'élimination



Département de Médecine de Constantine - Epreuve d' Endocrinologie - A5 - R1 -

Contrôle N°03.

ENDDC 22/06/2017

Nom:

Prénom:

Salle/Place
Matricule

Date de naissance

Ce sujet contient 40 QCM

Cocher les cases au stylo noir avec un astérisque épais : croix avec une barre horizontale ou verticale (ou)

- 1. A B C D E
- 2. A B C D E
- 3. A B C D E
- 4. A B C D E
- 5. A B C D E
- 6. A B C D E
- 7. A B C D E
- 8. A B C D E
- 9. A B C D E
- 10. A B C D E

- 26. A B C D E
- 27. A B C D E
- 28. A B C D E
- 29. A B C D E
- 30. A B C D E
- 31. A B C D E
- 32. A B C D E
- 33. A B C D E
- 34. A B C D E
- 35. A B C D E

01 --> ADE

29 --> AE / ACE

- 11. A B C D E
- 12. A B C D E
- 13. A B C D E
- 14. A B C D E
- 15. A B C D E
- 16. A B C D E
- 17. A B C D E
- 18. A B C D E
- 19. A B C D E
- 20. A B C D E

- 36. A B C D E
- 37. A B C D E
- 38. A B C D E
- 39. A B C D E
- 40. A B C D E

15 --> BCE / BC

19 --> BCD / CD

- 21. A B C D E
- 22. A B C D E
- 23. A B C D E
- 24. A B C D E
- 25. A B C D E