

Nom/prénom:

Date de naissance:

Partie Théorique :

1. Concernant le pré diabète (cocher la ou les réponses fausses) :

- a. Il est défini par une glycémie à jeun (GAJ) $\leq 1,26$ g/l
- b. Il est défini par une GPP : $1.40 \text{ g/l} > \text{Glycémie} < 2 \text{ g/l}$
- c. Il peut être un critère s'intégrant dans le syndrome métabolique
- d. La metformine et les mesures de l'hygiène de vie sont la base du traitement
- e. L'acarbose est préconisé dans le traitement du pré diabète (et du diabète de type II)

2. Concernant le diabète de type I (cocher la ou les réponses fausses) :

- a. Il est inutile de doser le peptide C
- b. Il inutile de demander une échographie/ tomodensitométrie du pancréas
- c. Il est inutile de rechercher les auto- anticorps sauf si doute diagnostique
- d. L'insulinothérapie par un schéma de type pré mix (2 à 3 fois par jour) est conseillée
- e. Peut s'y associer à un vitiligo, une thyroïdite ou une maladie cœliaque

3. Concernant le diabète gestationnel (cocher la ou les réponses justes):

- a. Le dépistage s'adresse à toutes les femmes
- b. Le diagnostic est posé si In GAJ $\geq 0.90 \text{ g/l}$ ou GPP $\geq 2.0 \text{ g/l}$
- c. Les malformations son fréquentes
- d. L'insulinothérapie par un schéma de type basal bolus est recommandée
- e. L'auto surveillance glycémique (ASG) est aléatoire et surtout non conseillée

4. Concernant le traitement du diabète de type II (cocher la ou les réponses justes) :

- a. Une stratégie thérapeutique par monothérapie est le plus souvent efficace et suffisante
- b. L'arrêt de la metformine est conseillé quand la clearance de la créatinine est à 45 ml/mn
- c. Il est utile d'associer les sulfamides aux insulines pré mix (pré mélangées)
- d. L'HbA1c et l'ASG sont les éléments clefs de la stratégie thérapeutique
- e. L'éducation thérapeutique n'améliore que peu la qualité de prise en charge de la maladie

5. Indications actuelles de l'insulinothérapie (cochez la (les) réponse (s) juste (s) :

- a. Quand une HbA1c = 6.5% chez un diabétique
- b. Perte de poids soudaine et persistante avec cétose
- c. Quand un traitement par des antidiabétiques (ADO) est efficace
- d. Sujet présentant un syndrome métabolique avec une simple intolérance
- e. En période transitoire (acte opératoire, corticothérapie, affections aiguës...)

6. L'association d'hyperthyroïdie clinico-biologique et un goitre avec nodule totalitaire droit confirmé par l'échographie, correspond généralement à :

- a. Un goitre multi nodulaire toxique
- b. Une thyroïdite de Dequervain
- c. Un cancer médullaire de la thyroïde
- d. Un lymphome thyroïdien
- e. Un adénome toxique

7. L'aspect de scintigraphie blanche peut se voir dans les pathologies suivantes :

- a. Le goitre simple
- b. L'hyperthyroïdie factice
- c. La surcharge iodée
- d. La thyroïdite du post-partum dans sa phase de début
- e. La thyroïdite tuberculeuse

8. Le cancer papillaire de la thyroïde peut se révéler par :

- a. Des adénopathies cervicales
- b. Un nodule thyroïdien suspect à la cytoponction
- c. Des métastases à distances
- d. Des angines à répétition
- e. Une dysphonie

9. Le coma myxœdémateux est un coma:

- a. Calme et profond
- b. S'accompagne d'une hyperthermie
- c. S'accompagne d'une bradypnée et bradycardie
- d. S'accompagne de ROT vifs
- e. Peut-être déclenché par une infection sévère

10. Une patiente âgée de 25 ans, enceinte de 08 SA et présentant une maladie de Basedow traitée jusque-là par Carbimazole, se présente chez vous pour consultation, que pouvez-vous lui dire :

- a. On peut arrêter le Carbimazole et prescrire le PTU durant la grossesse
- b. La TSH peut être basse le premier trimestre de grossesse sans que cela ne soit pathologique il faut se baser donc sur le dosage de la F14
- c. L'hyperthyroïdie mal contrôlée pendant la grossesse expose au risque d'avortement ou d'accouchement prématuré
- d. On peut faire une scintigraphie pendant la grossesse
- e. Le dosage des TRAB au 3^{ème} trimestre de grossesse permet de prévenir l'hyperthyroïdie du nouveau-né

11. Parmi les causes des HTA endocrines on cite :

- a. L'Hyperaldostéronisme
- b. Le diabète insipide
- c. Le syndrome de Cushing
- d. Le phéochromocytome
- e. La Maladie d'Addisson

12. Chez un patient sous corticothérapie au long cours vous craignez:

- a. Le risque d'ostéoporose
- b. La survenue d'une hypotension artérielle.
- c. L'apparition d'un Diabète
- d. La survenue d'une insuffisance surrénalienne à l'arrêt
- e. La survenue d'une mélanodermie.

13. Parmi les anomalies biologiques au cours d'une corticothérapie on cite :

- a. Hyperleucocytose
- b. Leucopénie
- c. Hyperglycémie
- d. Hypokaliémie
- e. Hyperkaliémie

14. Une hyperprolactinémie modérée (20-100ng/ml) est plus évocatrice :

- a. D'une Hypothyroïdie
- b. D'un Macro adénome hypophysaire
- c. De la prise de certains médicaments
- d. D'une déconnexion (lésion de la tige pituitaire)
- e. D'un Micro-adénome hypophysaire

15. Concernant les NEM:

- a. Ce sont de pathologies d'origine génétique
- b. Sont des pathologies d'origine auto-immune
- c. S'expriment le plus souvent par une insuffisance d'au moins deux glandes.
- d. Doivent être recherchées systématiquement devant une hyperparathyroïdie.
- e. Doivent être recherchées systématiquement devant un adénome hypophysaire.

16. La neuropathie diabétique :

- a. C'est une mononévrite plus souvent qu'une polynévrite
- b. Elle réalise une atteinte motrice pure
- c. La polynévrite réalise une atteinte bilatérale et symétrique
- d. Peut se manifester par un syndrome du canal carpien, des diarrhées et une impuissance
- e. Elle ne complique que les diabètes de type 2

17. L'hyperlipidémie de type IV se caractérise par :

- a. Une hypercholestérolémie associée à une hypertriglycéridémie
- b. Une hypertriglycéridémie isolée
- c. Un caractère exclusivement lipido-dépendant
- d. L'aspect du sérum à jeun est clair
- e. Une absence d'augmentation du risque cardio-vasculaire.

18. Concernant les comas métaboliques du diabète

- a. Le coma acidocétosique s'installe généralement en quelques minutes
- b. Le coma hyperosmolaire se caractérise par une glycémie à 3g/l
- c. L'insulinothérapie au cours de l'acidocétose diabétique est utilisée à raison de 10U/h jusqu'à l'obtention d'une glycémie à 2g/l
- d. L'infection et la corticothérapie sont des facteurs déclenchant du coma hyperosmolaire et de l'acidocétose diabétique
- e. Le coma hyperosmolaire se caractérise par une déshydratation globale avec absence de signes de cétose

19. L'évolution d'une hypoglycémie chez un diabétique traité à l'insuline peut être aggravée par:

- a. L'ingestion d'alcool
- b. Une insuffisance hépatique associée
- c. Une insuffisance respiratoire associée
- d. Un traitement par corticoïdes
- e. Le grand âge

20. Au cours des complications dégénératives du diabète :

- a. La micro angiopathie est secondaire uniquement à l'hyperglycémie chronique.
- b. La recherche de la rétinopathie diabétique se fait dès le diagnostic d'un diabète de type 1.
- c. Le dépistage de la glomérulopathie diabétique se fait par le dosage de la créatinémie avec calcul de sa clairance et la réalisation d'une bandelette urinaire
- d. Un IPS entre 0.91 et 1.30 est de valeur normale.
- e. L'impuissance est d'installation progressive et est due à la neuropathie mais aussi à l'artériopathie.



Les bords contiennent de petits carrés noirs pour la lecture automatique. Ne pas raturer !

Université ABOU BEKR BELKAID de Tiemcen - Faculté de Médecine BENZERDJEB BENAOUA

Tiemcen, le Jeudi 08 Mars 2018

Endocrinologie, programme d'examen de : "Examen", de la : Cinquième année

Médecine

7

Ce sujet contient 20 QCM

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

- | | A | B | C | D | E | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:AE
T:A
0.000/1.000 |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:D
T:D
1.000/1.000 |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:C
T:BD
0.000/1.000 |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:D
T:D
1.000/1.000 |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:BE
T:DE
0.000/1.000 |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:E
T:E
1.000/1.000 |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BCD
T:BCD
1.000/1.000 |
| 8. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ABCE
T:ABCE
1.000/1.000 |
| 9. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:AC
T:ACE
0.000/1.000 |
| 10. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ABC
T:ABCE
0.000/1.000 |

- | | A | B | C | D | E | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 11. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ACD
T:ACD
1.000/1.000 |
| 12. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ACD
T:ACD
1.000/1.000 |
| 13. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ACD
T:ACD
1.000/1.000 |
| 14. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ACD
T:ACD
1.000/1.000 |
| 15. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:AC
T:A
0.000/1.000 |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:CD
T:CD
1.000/1.000 |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:B
T:B
1.000/1.000 |
| 18. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ADE
T:DE
0.000/1.000 |
| 19. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:AE
T:ABE
0.000/1.000 |
| 20. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ACDE
T:ACDE
1.000/1.000 |

Examen du module d'Endocrinologie (Session Décembre 2017)

- 1- La thyroïdite d'Hashimoto (cochez les réponses justes) :
 - a. Est associée au typage HLAB8, DR3et DR5
 - b. Peut être à l'origine d'une hypercholestérolémie
 - c. Les Ac anti TPO peuvent être négatifs dans 10% des cas
 - d. Peut être responsable d'un syndrome du canal carpien bilatéral
 - e. Est une pathologie d'origine virale

- 2- Le coma myxoédémateux : (cochez les réponses justes)
 - a. Est un coma calme et profond
 - b. Est une complication très fréquente de l'hypothyroïdie
 - c. Peut être déclenché par une exposition au froid
 - d. Il s'accompagne d'une tachycardie, HTA et hyperthermie
 - e. Son traitement nécessite l'utilisation d'hydrocortisone et de Lévothyrox par voie IV

- 3- Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles qui se manifestent par une cartographie blanche à la scintigraphie ?
 - a. Une maladie de Basedow
 - b. Une Thyroïdite de Dequervain dans sa phase de début
 - c. Un goitre simple
 - d. Une surcharge iodée
 - e. Une athyréose

- 4- Quelles sont les situations cliniques pouvant être responsables d'hypercalcémie :
 - a. La sarcoïdose
 - b. L'intoxication à la Vit A
 - c. L'hyperparathyroïdie primaire
 - d. L'hyperthyroïdie
 - e. L'hypothyroïdie

- 5- A propos du cancer de la thyroïde : (cochez les réponses justes)
 - a. Le cancer papillaire représente 80% des cancers thyroïdiens
 - b. Le cancer médullaire (CMT) est le cancer thyroïdien le plus fréquent
 - c. Le cancer papillaire peut être diagnostiqué en préopératoire par un dosage de thyroglobuline (Tg)
 - d. Le cancer papillaire peut être diagnostiqué en préopératoire par une cytoponction
 - e. Le traitement du CMT est basé sur une thyroïdectomie totale avec curage ganglionnaire du compartiment central et jugulo-carotidien à fin d'augmenter les chances de rémission

- 6- Parmi les signes de l'insuffisance surrénalienne décompensée, on peut citer :
- L'insuffisance rénale
 - Les douleurs abdominales
 - L'Hypotension artérielle
 - L'hypertension artérielle
 - L'Hypoglycémie
- 7- Parmi les signes du phéochromocytome, on peut citer :
- Les Flushs
 - Les douleurs abdominales
 - L'hypotension artérielle orthostatique
 - L'hypertension artérielle
 - L'Hypoglycémie
- 8- Une hyperprolactinémie modérée (20-100ng/ml) est plus évocatrice :
- D'un Macroadénome hypophysaire
 - D'un Microadénome hypophysaire
 - D'une Hypothyroïdie
 - De La prise de certains médicaments
 - D'une déconnexion (lésion de la tige pituitaire)
- 9- Au cours du diabète insipide :
- Les urines sont concentrées
 - Les urines sont hypotoniques
 - Le test de restriction hydrique est sans effet sur les urines
 - Le test de surcharge saline est sans effet sur la sécrétion d'ADH.
 - La desmopressine est sans effet sur les urines
- 10- Au cours de l'hyperaldostéronisme primaire :
- L'aldostéronémie est élevée
 - L'activité rénine plasmatique est élevée
 - L'activité rénine plasmatique est basse
 - Le rapport rénine/aldostérone est élevé
 - Le rapport aldostérone/rénine est élevé
- 11- Cocher l'anomalie biologique non rencontrée dans la DT1
- Les haplotypes HLA-DR3 et 4
 - Anticorps ICA : isletcellantibodies
 - Anti GAD et Anti IA2
 - Anticorps Anti insuline IAA et anti TPO
 - Les haplotypes HLA-B27
- 12- Le diabète de type 2 est défini aujourd'hui par :(cochez la réponse juste)
- Glycémie à jeun capillaire $\geq 1,26$ g/l, vérifiée à 2 reprises
 - Glycémie casuelle ≥ 2.5 g/l
 - HbA1c $> 6,5\%$

- d. Anticorps anti TPO (+)
 - e. Toutes les propositions sont fausses
- 13- Les anomalies physiopathologiques du diabète de type 2 sont complexes et multiples: (cocher la réponse juste)
- a. Excès de la lipolyse
 - b. Baisse de l'absorption intestinale du glucose
 - c. Augmentation de l'effet incrétine
 - d. Baisse de l'excrétion rénale du glucose
 - e. Toutes les propositions sont fausses
- 14- Parmi les causes du mauvais contrôle glycémique (cocher la réponse fausse)
- a. Une stratégie thérapeutique insuffisante en monothérapie
 - b. Une mauvaise observance du traitement
 - c. L'évolution naturelle de la maladie
 - d. La non application de l'approche interventionnelle précoce et plus agressive
 - e. Toutes les propositions sont fausses
- 15- Indications de l'insulinothérapie (cochez la réponse fausse)
- a. HbA1c $\geq 10\%$
 - b. Perte de poids soudaine et persistante avec cétose
 - c. Le schéma prémix est souvent indiqué dans le diabète de type 1
 - d. Echec au traitement bien conduit par les anti diabétiques (ADO)
 - e. Le schéma prémix est efficace, simple, pratique et acceptable par les patients
- 16- Au cours des dyslipidémies et selon la classification de Frederickson :
- a. L'hypertriglycéridémie de type I est d'origine alimentaire
 - b. L'hypertriglycéridémie de type IV est d'origine exogène et endogène
 - c. Les types IIb et III correspondent à des dyslipidémies mixtes
 - d. L'aspect du sérum au cours de la dyslipidémie type IIa est lactescent
 - e. Le risque d'athérogénicité est présent lors des dyslipidémies type : III, IIb, IV, V et IIa.
- 17- Concernant les comas métaboliques du diabète :
- a. Dans le coma céto-acidosique, la kaliémie augmente sous l'influence de l'insulinothérapie
 - b. Le coma hyperosmolaire est caractérisé par une déshydratation globale avec une natrémie basse
 - c. L'évolution d'une hypoglycémie chez un diabétique traité à l'insuline peut être aggravée par une insuffisance hépatique associée et l'ingestion d'alcool
 - d. Les comas hypoglycémiques et acido-cétosiques peuvent compliquer un diabète type 1 ainsi qu'un diabète type 2
 - e. Le coma hyperosmolaire est caractérisé par une glycémie $> 5g/l$, une hyperprotidémie et une urée élevée.
- 18- La neuropathie diabétique autonome peut entraîner :
- a. Une gastroparésie
 - b. Des troubles de la sudation
 - c. Une impuissance
 - d. L'ostéarthropathie diabétique
 - e. Une hypotension orthostatique

- 19- Les complications dégénératives du diabète sont caractérisées par
- a. La rétinopathie diabétique s'accompagne toujours d'une baisse de l'acuité visuelle
 - b. Le dépistage de la glomérulopathie diabétique se fait par le dosage de la créatinémie avec calcul de la clairance et la réalisation d'une bandelette urinaire
 - c. La neuropathie diabétique peut intéresser certains nerfs crâniens
 - d. Le dépistage de l'AOMI se fait par l'écho-doppler
 - e. Les trois mécanismes diversement associés et impliqués dans la survenue des lésions du pied diabétique sont : neuropathie, artériopathie et l'infection.

20- Le cancer médullaire de la thyroïde (CMT) :

- a. S'accompagne d'une augmentation de la sécrétion de la calcitonine.
- b. En association à des neuromatoses cutanées constitue le syndrome de Wermer.
- c. Lorsqu'il rentre dans le cadre d'une néoplasie endocrinienne (NEM) multiple il est à transmission autosomique dominante et une enquête familiale s'impose.
- d. Son existence est constante au cours des NEM type 2.
- e. L'atteinte des parathyroïdes est constante avec le CMT au cours des NEM2A.



Les bords contiennent de petits carrés noirs pour la lecture automatique. Ne pas retourner !

Université ABOU BEKR BELKAID de Tiemcen - Faculté de Médecine BENZERDJEB BENAOUA

Tiemcen, le Jeudi 21 Décembre 2017

Endocrinologie, programme d'examen de : "Examen", de la : Cinquième année
Médecine

Ce sujet contient 20 QCM

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

- | | A | B | C | D | E | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BD
T:ABCD
0.000/1.000 |
| 2. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ACD
T:ACE
0.000/1.000 |
| 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ABC
T:BCD
0.000/1.000 |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BD
T:ABCD
0.000/1.000 |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ACE
T:ADE
0.000/1.000 |
| 6. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ABD
T:ABCE
0.000/1.000 |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:BE
T:ABCD
0.000/1.000 |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BD
T:CDE
0.000/1.000 |
| 9. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:AC
T:BCD
0.000/1.000 |
| 10. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ACE
T:ACE
1.000/1.000 |
| | A | B | C | D | E | |
| 11. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:AC
T:E
0.000/1.000 |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:E
T:E
1.000/1.000 |
| 13. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:A
T:A
1.000/1.000 |
| 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:E
T:E
1.000/1.000 |
| 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:C
T:C
1.000/1.000 |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ACE
T:ACE
0.000/1.000 |
| 17. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BC
T:CDE
0.000/1.000 |
| 18. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BD
T:ABCDE
0.000/1.000 |
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BC
T:ACE
0.000/1.000 |
| 20. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ABC
T:ACD
0.000/1.000 |

Examen du module d'Endocrinologie (Session Décembre 2017)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Cas clinique 1 :

Patient C.A âgé de 41 ans admis pour déficit hémicorporel secondaire à un AVC ischémique. Dans ses antécédents vous notez une HTA sévère sous trithérapie (IEC + Diurétique thiazidique + Inhibiteur calcique) et un diabète déséquilibré malgré le respect des règles hygiéno-diététiques et le traitement par ADO. Sa dernière HbA1C était à 9,5% conduisant à une insulinothérapie rapidement intensive.

Votre examen général, retrouve un tour de taille élevé contrastant avec des membres grêles et vous remarquez un teint bronzé. Par ailleurs, votre patient se plaint de douleurs osseuses et il est céphalalgique depuis quelques mois. Le reste de l'examen ne relève pas d'autres anomalies et le bilan cardio-vasculaire effectué dans le cadre du bilan étiologique est sans grandes particularité.

1. Vu le contexte clinique vous pensez à :
 - a. Une HTA essentielle
 - b. Une HTA probablement secondaire
 - c. Un diabète de type 1
 - d. Un diabète de type 2
 - e. Un diabète probablement secondaire.

2. Parmi les diagnostics que vous évoquez, quels sont ceux responsables de cette association (Diabète + Hypertension artérielle) ? :
 - a. Cushing
 - b. Acromégalie
 - c. Phéochromocytome
 - d. syndrome métabolique
 - e. syndrome de Sheehan

3. En réexaminant votre patient vous remarquez une amputation du champ visuel bitemporal, Votre attitude serait :
 - a. De ne rien faire dans l'immédiat car cela est en rapport avec son accident vasculaire et il sera proposé à une rééducation spécifique.
 - b. De Pousser les investigations car cela est plutôt en rapport avec d'autres atteintes.