

QCM d'endocrinologie

GLANDE THYROÏDIENNE

- 1- La préparation avant intervention pour maladie de Basedow peut faire appel à :
- Sédatifs
 - Bétabloquants
 - Gluconate de calcium
 - Solution de Lugol
 - Antithyroïdien de synthèse
- 2- La complication la plus fréquente d'un traitement des hyperthyroïdies par ^{131}I est :
- La survenue d'un cancer thyroïdien
 - La crise aiguë thyrotoxique
 - Le choc à l'iode
 - L'hypothyroïdie secondaire
 - L'hypoparathyroïdie
- 3- L'association d'une scintigraphie thyroïdienne blanche et d'une hormonémie thyroïdienne élevée peut s'observer :
- Dans une thyroïdite subaiguë
 - Dans une hyperthyroïdie par saturation en iode
 - Dans une thyrotoxicose factice
 - Dans un goitre par trouble de l'homotéthyroïdisme
- 4- Quel médicament est susceptible d'engendrer une hypothyroïdie :
- Lithium
 - Extraits thyroïdiens
 - Diurétiques
 - Phénobarbital
 - Deltacortisone
- 5- Le nodule thyroïdien toxique est caractérisé par tous ces signes sauf un :
- Signes cliniques d'hyperthyroïdie
 - Fixe intensément l'isotope radioactif
 - Met en repos le reste de la glande
 - La sécrétion de nodule peut être freinée par l'administration de T_3
- 6- La TSH plasmatique s'élève après stimulation par la TRH en cas de :
- Syndrome de Sheehan
 - Adénome thyroïdien toxique
 - Maladie de Basedow
 - Insuffisance thyroïdienne thyroïdoprive (périphérique)
 - Aucune de ces propositions
- 7- Le bilan biologique d'une maladie de Basedow comporte (RF) :
- Une élévation de T_4
 - Un test au TRH bloqué
 - Une augmentation des IgG thyroïdostimulantes
 - Une diminution de la fixation d'iode ^{131}I
 - Une élévation de la calcémie
- 8- Éléments paracliniques de la thyroïdite subaiguë de (De Quervain) :
- Augmentation de la fixation de ^{131}I
 - Augmentation de la VS
 - Carte blanche scintigraphique
 - Réponse exagérée du test TRH sur la TSH en phase initiale
 - Hypothyroïdie discrète et inconstante en phase de récupération
- 9- Quels sont les signes qui permettent de rattacher une hyperthyroïdie à une maladie de Basedow :
- Valeur basse de TSH non simulable par TRH
 - Présence d'une exophtalmie
 - Présence d'un goitre
 - Présence d'un facteur thyroïdostimulant anormal
- 10- Les causes endocriniennes d'HTA comportent :
- Le phéochromocytome
 - L'hyperthyroïdie
 - L'insulinome langerhansien
 - Le syndrome de Conn
 - Le syndrome de Cushing
- 11- Les affections endocriniennes suivantes peuvent entraîner une aménorrhée sauf une, laquelle :
- Hypothyroïdie
 - Hyperthyroïdie
 - Hyperparathyroïdie
 - Hypercorticisme
 - Hypocorticisme
- 12- La thyroïdite subaiguë est habituellement associée à :
- une douleur de la glande thyroïde
 - une hormonémie thyroïdienne basse
 - une fixation augmentée de l'iode radioactif par la thyroïde
 - une élévation de la VS
- 13- L'hyperthyroïdie peut comporter les signes cliniques suivants sauf un :
- Amatrissement
 - Soif
 - Mains sèches et froides
 - Tachycardie
 - Diarrhée
- 14- Signe de l'hyperthyroïdie périphérique :
- Macroglossie
 - Crampes musculaires
 - Diarrhée
 - Hirsutisme
 - Acroparesthésies
- 15- Quels sont les signes retrouvés chez un sujet en hyperthyroïdie sévère :
- arythmie complète par fibrillation auriculaire
 - diarrhée
 - hypercalcémie
 - épisode pseudo-maniaque
 - hypothermie
- 16- La maladie de Basedow :
- Peut s'accompagner d'une leuco-neutropénie avant tout traitement
 - Peut être déclenché par une surcharge iodée
 - Peut être amélioré par la propranolol qui peut diminuer la conversion de T_4 en T_3
 - Peut être isolée par une exophtalmie sans hyperthyroïdie
- 17- Après une lobectomie pour nodule froid isolé, quelles sont les 2 complications les plus à craindre :
- Paralysie récurrentielle
 - Hypoparathyroïdie
 - Hypothyroïdie
 - Trachéomalacie
 - Hémorragie
- 18- Le diagnostic de thyroïdite d'Hashimoto est compatible avec :
- Une hyperthyroïdie avec \gg des Ac antithyroïdiens
 - Un nodule isofixant thyroïdien
 - Une T_4 effondrée et une TSH élevée
 - Un goitre soufflant
- 19- Quels sont les syndromes qui peuvent induire une hypercholestérolémie :
- diabète sucré
 - lithiase cholédocienne
 - syndrome néphrotique
 - hypothyroïdie
 - maladie d'Addison
- 20- Quel est l'examen le plus approprié pour le diagnostic d'une insuffisance thyroïdienne primitive :
- Dosage de la T_4 libre
 - Dosage de la T_3
 - Dosage de la TSH
- 21- L'enquête étiologique d'une hyperprolactinémie doit faire rechercher :
- Un traitement récent par œstrogène
 - Un traitement par neuroleptique
 - Une hypothyroïdie primaire
 - Un adénome hypophysaire
- 22- Le coma hypothyroïdien est caractérisé par :
- Hypothermie
 - Hypoglycémie
 - Hyponatrémie
 - Hypercapnie
 - Décès fréquent

- 23- Quel examen permet de suspecter l'origine médicamenteuse d'une hypothyroïdie :
- Une TSH plasmatique élevée
 - La présence d'Ac antithyroïdiens circulants
 - Un test au TRH négatif
 - Une iodurie totale élevée
 - Une élévation du cholestérol total
- 24- L'association d'un goitre avec hypothyroïdie évoque :
- Une maladie de Basedow
 - Un cancer de la thyroïde
 - Une thyroïdite auto-immune
 - Un adénome de Plummer
 - Un nodule hypofixant
- 25- L'association d'un goitre et d'une hypothyroïdie s'observe dans :
- Maladie de Basedow
 - Goitre simple
 - Adénome toxique de Plummer
 - Thyroïdite d'Hashimoto
 - Cancer de la thyroïde
- 26- La surveillance de la maladie de Basedow traitée par ATS nécessite :
- La vitesse de sédimentation
 - La NFS
 - Dosage de TSH_u
 - Echographie thyroïdienne
 - Scintigraphie thyroïdienne
- 27- La maladie de Basedow se caractérise par :
- Un goitre avec hypothyroïdie
 - Une tachycardie sinusale
 - Un amaigrissement par anorexie
 - Une exophtalmie inconstante
 - Un goitre multinodulaire
- 28- La thyroïdite d'Hashimoto (RF)
- C'est une maladie auto-immune
 - Infiltration lymphocytaire diffuse de la glande
 - Il existe fréquemment dans le sang des malades des Ac antithyroïdiens
 - L'évolution vers la fibrose supprime tout risque de développement d'un cancer
 - L'équilibre hormonal est fonction du stade évolutif
- 29- Les thyroïdites (RF)
- La thyroïdite d'Hashimoto est aussi appelée thyroïdite lymphocytaire
 - Dans la thyroïdite d'Hashimoto il n'y a pas d'évolution vers le myxoedème
 - La VS est accélérée dans la thyroïdite de De Quervain
 - Le goitre de la thyroïdite de Riedel est très ferme, ligneux et peut s'accompagner de signes de compression
 - La recherche des Ac dans la thyroïdite de Riedel est positive de façon inconstante et modérée
- 30- La thyrotoxicose du sujet jeune n'entraîne pas
- Polydipsie
 - Tachycardie
 - Amaigrissement
 - Anorexie
 - Thermophobie
- 31- Les anomalies biologiques de la maladie de Basedow sont :
- hypocholestérolémie
 - hypernatrémie
 - hyperkaliémie
 - hypercalcémie
 - leucopénie
- 32- Dans la maladie de Basedow, le signe de tabouret de Froment traduit
- Une myasthénie
 - Une polymyosite associée
 - Une asthénie générale
 - Une pseudo-myopathie
- 33- La cause la plus souvent retrouvée dans l'hyperparathyroïdie primaire est
- Un adénome bénin
 - Une hyperplasie des parathyroïdes
 - Une polyadénomatose endocrinienne
- 34- Une fixation d'iode radioactif effondrée chez un sujet présentant un petit goitre diffus et une thyrotoxicose
- Élimine le diagnostic d'hyperthyroïdie
 - Peut se voir au stade initial d'une thyroïdite subaiguë
 - Affirme le diagnostic de thyrotoxicose factice
 - Évoque fortement un adénome toxique
 - Peut se voir dans la maladie de Basedow chez un patient saturé en iode
- 35- En présence d'une insuffisance thyroïdienne associée à un goitre, on évoque :
- Thyroïdite chronique d'Hashimoto
 - Insuffisance antéhypophysaire
 - Trouble congénital de l'hormonosynthèse
 - Carence en iode
- 36- Il est exact que la thyroglobuline :
- Est le support plasmatique de la thyroxine
 - Est élevée dans le plasma au cours de la thyrotoxicose factice
 - Est une glycoprotéine iodée
 - Est indosable dans le sang en cas d'agénésie thyroïdienne
 - Est un bon marqueur de l'évolution des épithéliomas thyroïdiens différenciés après thyroïdectomie totale
- 37- On peut considérer comme complication d'un myxoedème primitif :
- L'hirsutisme
 - Le myxoedème prétibial
 - La péricardite liquidienne
 - La polyurie
 - L'ulcère gastroodénal
- 38- L'exophtalmie basedowienne :
- Est toujours bilatérale
 - S'accompagne souvent d'un épaississement des muscles droits inférieurs
 - Entraîne toujours une baisse d'acuité visuelle
 - Impose un traitement d'urgence en cas de forme maligne
 - Est toujours accompagné d'un œdème papillaire
- RQ : les signes cliniques peuvent être asymétriques voire unilatéraux mais l'atteinte anatomique est toujours bilatérale.
- 39- La thyroïdite d'Hashimoto se caractérise par :
- Un début brutal et fébrile
 - Des douleurs thyroïdiennes vives
 - Un goitre ferme
 - Une élévation du taux de TSH
 - Un dosage d'Ac anti-DNA positif
- RQ : l'évolution ne se fait pas systématiquement vers une hypothyroïdie (donc TSH n'est pas toujours \nearrow)
- 40- Le goitre simple diffus est caractérisé par
- Prédisposition familiale fréquente
 - Favorisé par la prise de produits iodés
 - Découverte souvent fortuite
 - Absence d'adénopathie cervicale
 - Absence de signes de dysthyroïdie
- RQ : l'excès d'iode ne provoque pas de goitre même s'il peut bloquer l'hormonosynthèse thyroïdienne
- 41- Le traitement de la thyroïdite de De Quervain comporte
- La thyroïdectomie sub-totale
 - L'iode radioactif
 - Les corticoïdes
 - Les immunosuppresseurs
 - AINS
- 42- L'exophtalmie simple de la maladie de Basedow présente le plus souvent les caractères suivants :
- Bilatérale
 - Symétrique
 - Réductible
 - Axile
 - Douloureuse
- 43- Quel est le marqueur biologique après thyroïdectomie totale pour cancer différencié
- Ag carcino-embryonnaire
 - α foetoprotéine
 - thyroglobuline
 - thyrocalcitonine
- 44- Il est exacte que :

- a. L'iodurie des 24 h donne un meilleur reflet de la teneur en iode que l'iodémie
- b. L'administration d'iode durant la grossesse a un retentissement plutôt néfaste sur la thyroïde fœtal
- c. Un traitement par amiodarone doit être interrompu 5 jours avant une scintigraphie thyroïdienne
- d. La carence iodée est une étiologie de goitre

abd

METABOLISME

1- Au cours d'une hypercalcémie, quel traitement a ne pas utilisé :

- a. Furosémide
- b. Mithramycine
- c. Prednisone
- d. Digitaline
- e. Indométhacine

2- Quel médicament à utiliser en première intention après régime dans une hypercholestérolémie familiale hétérozygote

- a. L'acide nicotinique
- b. Le ciprofibrate

d

3- Des xanthomes tendineux se voient dans :

- a. l'hyperlipidémie mixte
- b. l'hypertriglycéridémie endogène
- c. l'hyperchylomicronémie
- d. l'hypercholestérolémie essentielle

e

4- L'hypercholestérolémie peut être due à :

- a. L'insuffisance gonadique
- b. L'hypothyroïdie
- c. La maladie d'Addison
- d. Le diabète insipide
- e. L'hyperparathyroïdie

b

5- Une hypercholestérolémie à 3,50g/l peut entraîner : (RS)

- a. Un diabète
- b. Une HTA
- c. Un athérome coronarien
- d. Une pancréatite aiguë
- e. Des xanthomes cutanés

c

6- Pour le traitement d'une hypercalcémie on peut utiliser

- a. Diurétique de l'anse
- b. Thiazidiques
- c. Prednisone pour inhiber l'absorption calcique
- d. Thyrocalcitonine
- e. Mithramycine

acde

7- La phénylcétonurie

- a. Est classée parmi les génopathies métaboliques avec déficit enzymatique
- b. Est recherchée systématiquement à la naissance
- c. Caractérisée par une accumulation de tyrosine
- d. Caractérisée par une accumulation de phénylalanine
- e. Caractérisée par la présence d'acide phénylpyruvique dans les urines

abde

8- Les signes cliniques suivants peuvent se voir au cours de l'obésité commune sauf un, lequel

- a. Vergetures rosées
- b. Obésité faciotronculaire
- c. Faciès coloré
- d. Amyotrophie
- e. HTA

d

9- Les anomalies hormonales le plus souvent rencontrées dans les obésités non endocriniennes non traitées

- a. Diminution de l'insulinémie à jeun
- b. élévation du peptide C sérique à jeun
- c. Perte du rythme circadien de la sécrétion du cholestérol
- d. élévation de la cortisolémie sans perte du rythme circadien
- e. Diminution de la T3 sérique

bd

10- Une hypercalcémie est secondaire à :

- a. Un syndrome néphrotique
- b. Une hyperparathyroïdie
- c. Une immobilisation prolongée
- d. Une intoxication par la vitamine D
- e. Un traitement par la calcitonine

bcd

11- A propos de surcharge pondérale

- a. L'espérance de vie moyenne des obèses est diminuée
- b. Parmi les obèses les femmes ont plus de complications métaboliques que les hommes
- c. Le poids idéal est indépendant de l'âge après 25 ans
- d. L'obésité est rarement d'origine endocrinienne

12- Parmi les affections suivantes, lesquelles peuvent être responsable d'une hypoglycémie

- a. Insuffisance antéhypophysaire
- b. Micro-adénome à prolactine
- c. Infection systémique sévère
- d. Hyperthyroïdie
- e. Accès pernicieux palustre

13- Dans l'hyperparathyroïdie primaire par adénome parathyroïdien on a :

- a. Une phosphorémie abaissée
- b. Une calciurie augmentée
- c. Un taux de réabsorption tubulaire du Ca^{2+} est augmenté
- d. Un taux de réabsorption de phosphore est abaissé
- e. L'AMPc néphrogénique urinaire est bas

acc

14- La glycémie (RF)

- a. Celle du nouveau-né est inférieure à celle de l'adulte
- b. Elle augmente progressivement légèrement après 50 ans
- c. Elle diminue temporairement une heure après un repas
- d. Elle augmente lors de la prise d'un traitement corticoïde
- e. La glycémie à jeun est normalement la plus basse

abcd

15- Quels sont les traitements efficaces en cas d'hypertriglycéridémie de type IV :

- a. Huiles de poisson
- b. Dérivés de fibrates
- c. Colestyramine
- d. Suppression des boissons alcoolisées
- e. Régime très pauvre en graisses saturées

c

16- Quels sont les paramètres observés dans l'hyperlipoprotéïnémie type IV de Fredrickson

- a. Caractère glucido-dépendant
- b. Fréquente association avec le diabète de type 2
- c. Sérum opalescent
- d. Xanthomatose éruptive
- e. Baisse des HDL

abd

17- Quelles sont les circonstances qui peuvent révéler une hyperparathyroïdie primitive

- a. Lithiase rénale
- b. Fracture osseuse
- c. HTA

Abcde

18- L'obésité gynoïde se caractérise par :

- a. La prédominance dans la région sous-ombilicale
- b. Rapport taille/hanche > 0,9
- c. BMI > obésité androïde de même degré
- d. Faible incidence des complications cardio-vasculaires
- e. Forte incidence de diabète et de dyslipidémies

abc

19- Les manifestations d'une hypercholestérolémie homozygote de type IIa sont :

- a. Des xanthomes tendineux
- b. Un arc cornéen précoce
- c. Des douleurs abdominales
- d. Une xanthomatose éruptive
- e. Un xanthélasma

ad

abe

GONADES

1- Quelle est l'hormone à doser devant une aménorrhée post-pilule

- a. FSH
- b. LH
- c. 17 β -oestradiol
- d. prolactine
- e. progestérone

d

2- Le début de puberté normale

- a. Est marqué par l'augmentation du volume de la gonade
- b. Est corrélé à l'âge statural
- c. Est corrélé à l'âge osseux
- d. Correspond à l'apparition de la pilosité pubienne

- 3- Testicule féminisant (RF)
- Aménorrhée secondaire
 - Caryotype XXY
 - Utérus rudimentaire non fonctionnel
 - Absence de développement de sein
 - Des pilosités axillaires et pubiennes peu développées

- 4- Quelle est la pathologie qui n'est pas responsable de gynécomastie
- Syndrome de Klinefelter
 - Hyperthyroïdie
 - Hyperparathyroïdie
 - Cirrhose éthylique
 - Corticosurrénales

- 5- Quel examen nous permet de distinguer une cryptorchidie d'une anorchidie chez un enfant de 6 ans
- Testostéronémie de base
 - Test au LHRH
 - 17 céstéroïdes urinaire
 - Echographie pelvienne
 - Test aux gonadotrophines chorioniques

- 6- L'enquête d'une aménorrhée secondaire avec hyperprolactinémie doit faire rechercher
- Un traitement prolongé par les progestatifs
 - Une hypothyroïdie primaire
 - Un adénome antéhypophysaire
 - Un traitement neuroleptique
 - Un traitement dopaminergique
 - Un traitement par les oestrogènes

- 7- En cas de ménopause précoce on va trouver :
- FSH bas et LH élevé
 - FSH élevée - 17β estradiol ↗
 - FSH bas - 17β estradiol ↗
 - FSH élevé - 17β estradiol ↗

DIABETE

- 1- L'hypercétonémie de l'acidocétose diabétique est dû à
- Un accroissement de la lipolyse
 - Une réduction de la lipogénèse
 - Un arrêt de cycle de Krebs
 - Une augmentation de la cétogénèse hépatique
 - Un arrêt de l'utilisation tissulaire des corps cétoniques

- 2- La neuropathie diabétique s'accompagne de (RF)
- Hypotension
 - Impuissance sexuelle
 - Hémiplégie
 - Douleurs des membres inférieurs
 - Mauvaise évacuation de la vessie

- 3- L'exercice musculaire et la pratique d'un sport adapté chez un diabétique insulino-dépendant :
- Est bénéfique et réduit les besoins en insuline
 - Doit faire diminuer la dose d'insuline et augmenter les apports alimentaires
 - Peut entraîner une hypoglycémie pendant l'exercice musculaire
 - Peut entraîner une hypoglycémie à la fin de l'exercice musculaire
 - Risque de provoquer une acidose lactique

- 4- La neuropathie diabétique
- Peut être sensitive pure
 - Peut intéresser la VI^e paire crânienne
 - Peut s'associer à une hypotension orthostatique
 - Peut s'accompagner par une élévation de la protéinurie

- 5- L'hypercalcémie chronique doit être recherché devant les signes suivants :
- Soif
 - Polyphagie
 - Tachycardie
 - Constipation
 - Asthénie

- 6- Parmi les causes suivantes d'hypercalcémie, lesquelles sont associées à une absorption intestinale importante du calcium :
- Hyperparathyroïdie primitive

- Hypervitaminose D
- Immobilisation
- Sarcoidose

- 7- Devant un coma avec déficit neurologique segmentaire chez un DDID on évoque :
- Un coma toxique exogène
 - Un AVC
 - Un coma hypoglycémique
 - Un coma acidocétosique
 - Un coma hyperosmolaire

- 8- Un diabète peut être secondaire à :
- Un phéochromocytome
 - Une hyperparathyroïdie
 - Une insuffisance surrénale
 - Une acromégalie
 - Un syndrome de Cushing

- 9- Chez un diabétique traité par sulfamide hypoglycémiant, une hypoglycémie peut être due à
- Un surdosage de sulfamide
 - Réduction importante de l'alimentation
 - Une ingestion importante d'alcool
 - Une réaction allergique aux sulfamides
 - Le développement d'une insuffisance rénale

- 10- Désordres biologiques observés dans le coma acidocétosique
- Hypernatrémie
 - Hypokaliémie
 - Hypocalcémie
 - Réserves alcalines > 32 mmol
 - Hémococoncentration

- 11- Les symptômes d'une hypoglycémie insulino-dépendante peuvent être masqués par :
- Les glucocorticoïdes
 - Les IEC
 - Les bêtabloquants
 - Les diurétiques thiazidiques
 - Les progestatifs macro-dosés

- 12- Le diabète de type 2 :
- Est généralement cétosique
 - Survient sur un sujet porteur des Ag HLA DR3 ou DR4
 - Est favorablement influencé par la restriction glucidique
 - Est habituellement associé à un état d'insulinorésistance
 - Survient sous l'influence de facteurs héréditaires

- 13- Le cétoacidose peut comporter les signes cliniques suivants sauf un. Lequel
- Polypnée ample
 - Déshydratation globale
 - Vomissement
 - Coma calme
 - Hyperréflexie ostéotendineuse

- 14- L'hypoglycémie chez un diabétique (DDID) peut être aggravée par
- L'ingestion d'alcool
 - Une insuffisance hépatique associée
 - Un traitement par corticoïdes
 - Une insuffisance anté-hypophysaire associée
 - La prise de bêtabloquants

- 15- Le diabète insulino-nécessitant :
- Est le synonyme de diabète insulino-prive
 - Est un DDID qui demeure hyperglycémique sous sulfamide indépendamment de l'apport glucidique
 - DDID qui demeure hyperglycémique malgré une dose maximale de sulfamide + biguanides et diététique idéal
 - Nécessite une insulinothérapie définitive d'emblée
 - Peut être réversible (→ DDID) après une insulinothérapie transitoire

- 16- Une hypoglycémie peut être observée chez un diabétique après prescription isolée de glibenclamide dans les circonstances suivantes sauf une, laquelle :
- Insuffisance hépatique
 - Insuffisance rénale
 - Sujet âgé
 - Diabète modeste ne nécessitant qu'une diététique
 - Diabète insulino-dépendant

17- L'hyperosmolarité plasmatique sans cétose chez le diabétique peut survenir à l'occasion des facteurs déclenchants suivants sauf un. Lequel :

- a. Hyperhydratation globale
- b. Diarrhée
- c. Vomissements
- d. Prise de diurétiques
- e. Corticothérapie

18- Quels sont les facteurs responsables de l'hyperglycémie dans le DNID

- a. Élévation du débit hépatique du glucose
- b. Diminution de l'utilisation musculaire du glucose
- c. Insulinopénie relative des cellules B du pancréas
- d. Insulinorésistance

19- Un trouble ne peut être imputable à une neuropathie diabétique

- a. Hypotension orthostatique
- b. Gastroparésie
- c. Cruralgie
- d. Phénomène de Raynaud
- e. Paralyse oculo-motrice

20- Quelles sont les explorations qui sont utiles pour apprécier l'équilibre d'un DNID

- a. Dosage de l'hémoglobine glycosylée tous les 15 jours
- b. Dosage de la glycémie à jeun
- c. Dosage des glycémies postprandiales
- d. Surveillance de la glycosurie
- e. Dosage des triglycérides

21- Contre-indication des biguanides

- a. Obésité
- b. Insuffisance rénale
- c. DID
- d. Angor
- e. Une neuropathie périphérique

22- Le DNID avec obésité doit être traité en première intention par :

- a. Un régime hypocalorique
- b. Un sulfamide hypoglycémiant
- c. Un biguanide

23- Le bon équilibre glycémique s'apprécie sur :

- a. Hémoglobine glycosylée normale
- b. Présence de cétonurie
- c. Cycle glycémique normal
- d. Chiffre normal de peptide C urinaire
- e. Absence d'hyperglycémie

SURÉNALES

1- Quels sont les critères de malignité d'un phéochromocytome

- a. Examen anaphylaxique extemporané de la surrénale
- b. Examen anaphylaxique définitif de la surrénale
- c. Une deuxième localisation surrénalienne
- d. Une localisation ganglionnaire
- e. Une localisation hépatique

2- Quel est le test qui permet d'apprécier la réactivité de la sécrétion du cortisol lors de la suspicion d'une insuffisance surrénale primaire

- a. Test à la régitine
- b. Test à la dexaméthasone
- c. Test au Synacthène
- d. Test au TRH

3- Maladie d'Addison

- a. Arthralgie
- b. Contracture musculaire
- c. Épaississement de la peau
- d. Méno-métrorragie
- e. Syndrome dépressif

4- Dans l'hypercorticisme métabolique type Cushing

- a. Une HTA est habituelle
- b. Une note de virilisation est fréquente
- c. Le test de freination faible est négatif
- d. Un cortisol plasmatique élevé à 8 h suffit pour le DC
- e. L'ACTH plasmatique est toujours élevé

5- Quelles sont les causes de l'hyperplasie bilatérale des surrénales

- a. Le cancer surrénalien

- b. La maladie de Cushing
- c. Le syndrome de Cushing paranéoplasique
- d. Le syndrome de Cushing par corticothérapie
- e. L'adénome corticosurrénalien

6- Une hypokaliémie avec rétinémie élevée peut être due à :

- a. Un adénome de Conn
- b. L'intoxication par la réglisse
- c. La prise de diurétiques
- d. Une sténose d'une artère rénale
- e. Le traitement par bêtabloquants

7- L'insuffisance surrénale aiguë peut entraîner les désordres biologiques suivants :

- a. Hypokaliémie
- b. Hyponatrémie
- c. Hyperprotidémie
- d. Hypocalcémie
- e. Réserve alcaline diminuée

8- L'origine tuberculeuse d'une insuffisance surrénale peut être envisagée devant :

- a. Le jeune âge du malade
- b. Le sexe féminin
- c. La positivité des Ac antisurrénaliens
- d. La prédominance de l'insuffisance glucocorticoïde (au moins au début)
- e. La présence de calcifications surrénaliennes à l'ASP

9- Insuffisance corticosurrénale aiguë, biologiquement on a :

- a. Une hyponatrémie
- b. Une insuffisance rénale fonctionnelle
- c. Hyperkaliémie
- d. Acidose métabolique
- e. Activité rénine plasmatique effondrée

10- Les modifications ioniques constatées dans l'insuffisance surrénale aiguë sont :

- a. Hyponatrémie avec diurèse conservée
- b. Hyponatrémie avec diurèse effondrée
- c. Hypernatrémie avec natriurèse augmentée

11- En présence d'une HTA secondaire, quels signes évoquent un phéochromocytome :

- a. Une HTA permanente isolée
- b. Une HTA avec hypotension orthostatique
- c. L'association HTA, tachycardie, sueurs
- d. Des épisodes de flushs avec diarrhée
- e. Des malaises per-mictionnels avec poussées tensionnelles

12- En cas d'hypoglycémie chez un diabétique (DID), il faut rechercher les situations suivantes, sauf une, laquelle :

- a. Erreurs diététiques
- b. Réduction de l'activité physique
- c. Lipodystrophie
- d. Insuffisance rénale
- e. Gastroparésie

13- Quels sont les signes évocateurs de maladie d'Addison d'origine tuberculeuse

- a. Perte de poids
- b. Hypokaliémie
- c. Anorexie
- d. Hyponatrémie
- e. Calcifications surrénaliennes

20- Une alcalose hypokaliémique évoque l'une des affections suivantes

- a. Hyperaldostérionisme primaire
- b. Acromégalie
- c. Panhypopituitarisme
- d. Maladie de Basedow
- e. Hypothyroïdie

21- Dans l'insuffisance surrénale primaire, on peut observer :

- a. Asthénie physique
- b. Syndrome confusionnel
- c. Collapsus
- d. Pigmentation cutanée
- e. Polyurie

22- Le phéochromocytome est suspecté devant

- a. HTA avec accès de sueurs
- b. HTA avec souffle hypogastrique
- c. HTA avec crampes musculaires
- d. Tache café au lait (phacomatose)
- e. Hypotension orthostatique

23-Devant une hyperaldostéronisme, pour savoir s'il est primaire ou secondaire, il suffit de doser

- a. l'aldostérone
- b. l'activité rénine
- c. le potassium
- d. le sodium

RQ : l'activité rénine sera basse en cas d'hyperaldostéronisme primaire et élevé en cas d'hyperaldostéronisme secondaire

24-Les syndromes de Cushing qui s'accompagnent généralement d'une hyperplasie bilatérale des surrénales sont :

- a. Cancer surrénalien
- b. Adénome corticotrope
- c. Syndrome de Cushing paranéoplasique
- d. Syndrome de Cushing secondaire à un traitement par corticoïdes
- e. Adénome cortico-surrénalien

25-Quels sont les signes qui se rencontrent dans le syndrome de Cushing

- a. Obésité faciotronculaire
- b. Erythrose faciale
- c. Ostéoporose
- d. Hypertrophie des extrémités
- e. Faiblesse musculaire

26-Dans la maladie de Cushing, on observe les signes suivants

- a. Une obésité androïde avec hypertrophie des muscles deltoïdes et pectoraux
- b. Vergetures pourpres, fragilité cutanée
- c. HTA systolo-diastolique
- d. Douleurs osseuses
- e. Tendance dépressive

27-Traitement de l'insuffisance surrénale lente en dehors des poussées

- a. Hydrocortisone par voie orale
- b. Hydrocortisone par voie veineuse
- c. Fludrocortisone par voie orale
- d. Acétate de désoxycorticostérone

HYPOPHYSE

1-En cas d'acromégalie :

- a. L'HTA est fréquente
- b. Le rétrognathisme est habituel
- c. Une augmentation de la prolactinémie n'est pas rare
- d. La survenue de colique néphrétique signe une hyperparathyroïdie associée

2-L'acromégalie peut comporter 4 des symptômes suivants :

- a. HTA
- b. Céphalée
- c. Syndrome du canal carpien
- d. Amaigrissement
- e. Impuissance sexuelle

3-Quel signe témoigne du caractère évolutif de l'acromégalie

- a. Céphalée
- b. Hypersudation
- c. Hyperphosphorémie
- d. Elargissement de la selle turcique
- e. Aggravation d'un diabète

4-Le diabète insipide par déficit d'ADH est caractérisé par :

- a. Une glycosurie
- b. Une hyponatrémie lors de la restriction hydrique
- c. Une acidose métabolique
- d. Une pitresso-sensibilité
- e. Une étiologie tumorale probable

5-En charge hydrique maximale et avec un rein sain, l'osmolalité urinaire minimale est :

- a. 250 mmol/l
- b. 200 mmol/l
- c. 60 mmol/l

6-Une hyperprolactinémie iatrogène peut être provoquée par :

- a. Les corticoïdes
- b. Les antidépresseurs
- c. Les œstroprogestatifs
- d. L'amiodarone
- e. Les bêta-lactamines.

7-Maladie de Cushing : RJ

- a. Elle est due à la sécrétion excessive d'ACTH d'origine hypophysaire
- b. Dans la majorité des cas l'ACTH plasmatique dosée le matin est proche de la normale
- c. La sécrétion d'ACTH a conservé une sensibilité au rétrocontrôle négatif par de fortes doses de glucocorticoïdes
- d. Lors du test à la métopirone l'ACTH ne s'élève pas

8-Affections responsables du syndrome polyuropolydipsique

- a. Hypercalcémie
- b. Hyperthyroïdie
- c. Diabète insipide
- d. Insuffisance surrénale
- e. Acromégalie

9-La maladie de Cushing

- a. Est due à un microadénome hypophysaire corticotrope le plus souvent non visible sur le scanner ou l'IRM
- b. S'accompagne d'un test au CRF et à la métopirone négatif
- c. S'accompagne d'un freinage fort positif
- d. S'accompagne d'une hyperplasie bilatérale des surrénales
- e. S'accompagne parfois de mélanodermie franche

RQ : la mélanodermie oriente vers une étiologie paranéoplasique avec sécrétion de substance ACTH like

10-Syndrome polyurie-polydipsie avec urines à densité basse

- a. Diabète sucré
- b. Polomanie
- c. Diabète insipide
- d. Hypocalcémie
- e. Hyperkaliémie

11-En faveur d'adénome à prolactine (prolactinome) plutôt qu'une hyperprolactinémie fonctionnelle

- a. Un taux de prolactine > 200 ng/ml
- b. Une prolactine non stimulable par la TRH
- c. Efficacité de la bromocriptine
- d. Abaissement de la progestérone

12-Les affections endocriniennes qui s'accompagnent de constipation comportent :

- a. La maladie de Basedow
- b. L'hypothyroïdie
- c. Le syndrome de Cushing
- d. L'hyperparathyroïdie
- e. L'insuffisance antéhypophysaire