

Université Abou Bekr belkaid
Département de pharmacie

Examen d'Endocrinologie (5^{ème} année de médecine /2018-2019)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

1- L'IDF utilise tous les paramètres suivants pour définir un syndrome métabolique sauf un, lequel :

- a- LDL cholestérol
- b- HDL cholestérol
- c- Triglycérides
- d- Périmètre abdominal
- e- Glycémie à jeun

2- Il est habituel de constater une prise de poids au cours des situations suivantes sauf une, laquelle :

- a- Hypothyroïdie
- b- Hypercorticisme
- c- Insuffisance surrénalienne lente
- d- Insulinome
- e- Prise d'antihistaminiques

3- Les triglycérides sont principalement contenus dans :

- a- LDL cholestérol
- b- HDL cholestérol
- c- VLDL
- d- IDL
- e- Toutes les réponses sont fausses

4- L'Apo B100 est principalement contenue dans :

- a- Chylomicrons
- b- VLDL
- c- HDL cholestérol
- d- LDL cholestérol
- e- Toutes les réponses sont justes

5- Concernant la thyroïdite d'Hashimoto, cochez les propositions justes :

- a- Peut se révéler par une hypothyroïdie frustre
- b- Peut passer par une phase fugace d'hyperthyroïdie
- c- La surveillance du traitement se fait par un dosage de la T3
- d- Est une pathologie autoimmune caractérisée par un taux d'Ac anti TPO élevé
- e- Est une pathologie d'origine infectieuse

6- A propos de la thyroïdite de Dequervain : (cochez les réponses justes) :

- a- Cette pathologie fait généralement suite à un foyer infectieux de la sphère ORL
- b- Elle peut s'accompagner d'un goitre très douloureux à la palpation
- c- C'est une affection d'origine virale
- d- Elle est caractérisée par la présence d'AC anti TPO positifs
- e- Elle évolue vers une hypothyroïdie transitoire ou définitive

7- Cochez les réponses justes :

- a- La complication cardiaque la plus fréquente de l'hyperthyroïdie est l'ACFA
- b- La maladie de Basedow est la cause la plus fréquente d'hyperthyroïdie
- c- L'association d'un nodule thyroïdien unique à un tableau clinique d'hyperthyroïdie fait évoquer un adénome toxique
- d- L'hyperthyroïdie d'origine centrale peut être en rapport avec un adénome hypophysaire sécrétant la TSH
- e- Les Ac anti récepteurs de la TSH (TRAK ou TRAB) sont spécifiques à la maladie de Basedow

8- A propos du cancer de la thyroïde (cochez les réponses justes) :

- a- Les cancers papillaires et vésiculaires se développent aux dépens des thyrocytes
- b- Le cancer médullaire de la thyroïde se développe à partir des cellules C
- c- Les cancers papillaires et vésiculaires sont traités par thyroïdectomie totale + iothérapie + du lévothyrox à vie
- d- En post opératoire, le suivi du cancer papillaire et vésiculaire se fait par l'examen clinique + un dosage de thyroglobuline (Tg) + échographie cervicale
- e- La CMT peut être une composante de NEM1

9- L'hypercalcémie PTH indépendante peut être due à toutes ces pathologies sauf une, laquelle ?

- a- Un myélome multiple
- b- Un cancer du rein
- c- Des métastases ostéolytiques
- d- Une intoxication à la vit D
- e- Une hyperparathyroïdie primaire

10- L'hypocalcémie peut être due à toutes ces étiologies sauf une, laquelle ?

- a- Une hypoparathyroïdie primaire
- b- Un déficit en vit D
- c- Une résistance à la vit D
- d- Un déficit en magnésium
- e- Une hyperparathyroïdie primaire

11- Concernant les adénomes hypophysaires (cochez les réponses justes) :

- a- Ils peuvent engendrer sur le plan clinique, un syndrome tumoral crânien, un syndrome d'hypersécrétion et parfois une insuffisance antéhypophysaire.
- b- Le syndrome tumoral crânien se manifeste essentiellement par des céphalées et des troubles du champ visuel
- c- Le syndrome tumoral crânien est très rare en cas de microadénome (<10mm)
- d- Un taux de prolactine > 200pg/ml est très en faveur d'un macroadénome à prolactine
- e- Un taux de prolactine à 50pg/ml peut être en rapport avec une hypothyroïdie périphérique

12- Au cours de la NEM2a, on observe une association de pathologies néoplasiques suivantes :

- a- Un CMT+ un phéochromocytome + une hyperparathyroïdie
- b- Un CMT + un corticosurréalome + une hyperparathyroïdie
- c- Un CMT + Une tumeur rénale + un adénome hypophysaire
- d- Un CMT + un insulinome
- e- Un adénome hypophysaire + une tumeur pancréatique + une hyperparathyroïdie

13- La polyendocrinopathie auto-immune de type 1 regroupe les pathologies suivantes :

- a- Une candidose cutané- muqueuse
- b- Une hypoparathyroïdie
- c- Une insuffisance surrénalienne
- d- Un diabète insipide
- e- Un adénome hypophysaire

14- Les pathologies pouvant être à l'origine d'un syndrome de Cushing ACTH dépendant sont :

- a- Un adénome corticotrope (maladie de Cushing)
- b- Une sécrétion paranéoplasique d'ACTH (tumeur thymique)
- c- Un corticosurréalome malin
- d- Un adénome de Conn
- e- Un phéochromocytome

Cas clinique (Diabétologie)

Mme Sakina, 59 ans, enseignante, diabétique type 2, depuis 2011.

Elle se présente en consultation de diabétologie avec les documents de bilan biologique antérieur (pratiqué en 2013) :

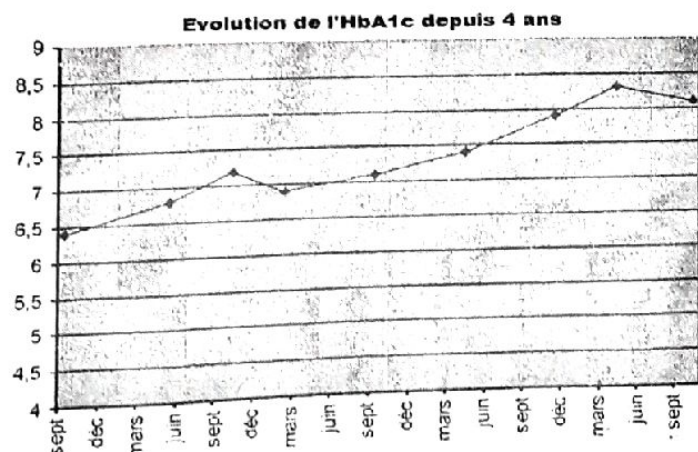
GAJ: 1.93 g/l, HbA1c = 7.9% ; Poids 109 kg, Taille 1,74 m; IMC = 35.7 ; TT = 111 cm
Un traitement par metformine 2000 mg/j avec hygiène de vie est instauré.

En 2017, elle est victime d'un infarctus du myocarde étendu

Poids 99kg ; IMC = 33.9 ; TT = 105 cm
HbA1c 11.5% ; Glycémie à jeun : 2.79g/l

1- Quels auraient été vos objectifs glycémiques ? (cocher les 3 réponses justes)

- a- HbA1c \leq 7.9%
- b- HbA1c \leq 6.5%
- c- GAJ \leq 1.20 g/l
- d- GAJ $<$ 0.70 g/l
- e- GPP \leq 1.80 g/l



2. Qu'auriez-vous proposé? (cocher la réponse juste)

- a- Ne rien faire et proposer un contrôle à 3 mois
- b- Renforcer les mesures de l'hygiène de vie
- c- Continuer uniquement la Metformine, mais à 3000mg
- d- Démarrer un traitement par un inhibiteur de l'alpha glucosidase
- e- Initier une insulinothérapie transitoire (pouvant être définitive) ± Gliclazide LM 120mg

1 an après, elle mène un rythme de vie régulier
Et n'a pas la volonté de tester sa glycémie.

Traitement:

- Metformine 1000mg x 2
- Gliclazide LM 120mg/j à 12H
- Insuline Glargine* 41u en bed time

Examen : IMC = 31.3 TT = 101 cm

GAJ moyenne: 1.36 g/l HbA1c = 8.3%

	Lever	PP	Midi	PP	Soir	PP
Lundi	1.42				0.81	
Mardi	1.39		0.89		0.76	1.86
Mercredi	1.34	1.32			0.80	
Jeudi	1.52		0.88	1.35		
Vendredi	1.36		0.86	1.15	0.68	
Samedi	1.29	1.10	0.79		0.75	2.27
Dimanche	1.41			1.18	0.89	1.90

(Lever= glycémie à jeun ; midi et soir = pré prandiales ; PP= post prandiales)

3- Que retenez-vous ? (cocher la suggestion juste)

- a- Elle présente à la fois des hyperglycémies à jeun et pré prandiales
- b- Elle présente des hypoglycémies à jeun et post prandiales
- c- Je réduis la dose (en unité) de l'insuline Glargine
- d- Je remplace l'insuline Glargine par une insuline type Novomix 30 au dîner, éventuellement au petit déjeuner, et arrête le gliclazide LM.
- e- Je propose d'ajouter, une insuline rapide au petit déjeuner, au déjeuner et au dîner

En 2019:

Metformine 1000 X 2, Atorvastatine 10 mg/j :

Novomix 30 (17u en pré dîner + 13u au petit déjeuner)

HbA1c 7.2 % LDLc = 1.31 g/l

Clearance de la créatinine estimée à 45ml/mn

4- Cocher les 2 suggestions justes :

- a- Elle présente des hyperglycémies à jeun et pré prandiales
- b- Elle présente des glycémies correctes à jeun et post prandiales
- c- J'associe du Gliclazide à dose maximales au mi-journée
- d- Je titre l'insuline novomix au dîner et au petit déjeuner
- e- Proposition (c) + (d)

	Au réveil	Matinée	Avant le déjeuner	Après-midi	Avant le dîner	Au coucher
LUNDI	2.17				1.53	
MARDI	1.60					
MERCREDI	1.86				1.49	3.6
JEUDI	2.30					
VENDREDI	1.71				2.27	
SAMEDI	1.96					

5- Cocher les 2 propositions fausses

- a- J'augmente la statine à 20 mg, pour viser un LDLc < 1g/l
- b- Je réduis la Metformine à 1000mg/j
- c- J'éduque la patiente sur le risque potentiel d'hypoglycémie
- d- Je maintiens la Metformine à 2000mg/j en prise unique/jour
- e- Je suspends l'insulinothérapie et recommande les ADO.

Université Abou Bekr belkaid

Département de pharmacie

Examen d'Endocrinologie (5^{ème} année de médecine /2018-2019)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

- Pratique -

Partie Pratique

Cas clinique N°1 :

Patiente 38 ans, admise aux urgences pour altération de l'état général, grande asthénie et palpitations. Dans ses antécédents on note une grossesse il y a 05 ans avec un accouchement très hémorragique. Au décours de cet accident on note une aménorrhée survenue 06 mois après, sur laquelle se sont greffées les autres plaintes (asthénie, frilosité, ralentissement avec hypersomnie...)

Cliniquement : Pâleur cutanéomuqueuse, peau sèche, fripée, froide avec une dépilation axillaire et pubienne complète mais partielle au niveau des sourcils. Température = 36°C, TA = 100 / 70 mm Hg. Pouls régulier à 80 pulsations / mn. Sur le plan neuropsychique, patiente consciente mais très ralentie avec des troubles de la mémoire, de l'attention et de l'élocution.

Biologie : Une anémie normochrome normocytaire à 7,6 g d'Hb/100 ml ; une élévation modérée du cholestérol total ; un ionogramme sanguin normal.

1- Votre Diagnostic le plus probable est :

- a. Polyendocrinopathie de type 2 (syndrome de Schmidt)
- b. Adénome hypophysaire
- c. NEM de type 2
- d. Syndrome de Sheehan
- e. Maladie d'Addison

2- Afin de poser votre diagnostic positif, Quelle proposition est la plus adaptée ? :

- a. TSH + dosage des anticorps thyroïdiens (anti-TG, anti-TPO)
- b. Dosage du cortisol libre urinaire (CLU) + test de freinage faible.
- c. Dosage des dérivés méthoxylés + bilan parathyroïdien + calcitonine
- d. Bilan hormonal hypophysaire (TSH+FT4, ACTH+ cortisol, FSH, LH, oestradiol)
- e. Cortisolémie de base + test de stimulation au Synacthène immédiat.

3- Par quel examen vous complétez votre Exploration ? :

- a. IRM hypophysaire
- b. Scanner thoraco-abdominal
- c. Scintigraphie au MIBG
- d. Echographie abdominale

e. Echographie thyroïdienne

4- Devant ce tableau, quel élément devriez-vous rechercher en priorité ? :

- a. Goitre
- b. Myxœdème
- c. Mélanodermie
- d. Ostéoporose
- e. Hypertension artérielle paroxystique.

5- Quel est le ou les traitement(s) que vous prescrirez à votre patiente ? :

- a. Chirurgie
- b. Hydrocortisone
- c. L thyroxine (Lévothyrox*)
- d. Aucun traitement
- e. B-bloquant (Propranolol)

Cas clinique N°2 :

Un patient âgé de 65 ans se présente en consultation d'endocrinologie suite à la constatation d'une masse cervicale antérieure par son épouse, il se plaint également de palpitation et ne présente aucun antécédent particulier.

L'examen clinique retrouve un rythme cardiaque à 100/mn, une TA 120/80mmHg, des mains chaudes et moites avec tremblement fins des extrémités.

L'examen du cou retrouve un petit goitre avec nodule totolobaire gauche

1- Quel est le diagnostic le plus probable ?

- a. Une maladie de Basedow
- b. Un adénome toxique
- c. Une thyroïdite de Dequervain
- d. Une thyroïdite d'Hashimoto
- e. Une hyperparathyroïdie

2- Dans ce contexte clinique, quels sont les 2 premiers examens à réaliser ?

- a. Un dosage de la TSH us
- b. Une échographie cervicale
- c. Un dosage de la CRP

3- Une scintigraphie thyroïdienne est réalisée, quelle sera l'image attendue ?

- a. Une hyperfixation diffuse
- b. Des zones hyperfixantes contrastant avec des zones hypofixantes
- c. Un nodule chaud éteignant le reste du parenchyme
- d. Une cartographie blanche
- e. Un nodule hypofixant

4- Quel traitement allez-vous proposer à ce patient ?

- a. Carbimazole suivi d'une thyroïdectomie totale dès l'obtention de l'euthyroidie
- b. Carbimazole suivi d'une lobectomie gauche dès l'obtention de l'euthyroidie
- c. Traitement chirurgical sans aucune préparation
- d. Carbimazole à vie
- e. Simple surveillance

5- Si le patient refuse l'option thérapeutique que vous venez de proposer, qu'allez-vous faire ?

- a. Une irathérapie
- b. Simple surveillance
- c. Prescription de Lévothyrox
- d. Prescription de corticoïdes
- e. Prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens