

CF-16-ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE-NUTRITION-QCM

Q 1. Une femme enceinte à 12 SA se présente avec un tableau d'hyperthyroïdie mal tolérée confirmée biologiquement et liée à un nodule toxique. La patiente est très inquiète pour son bébé. Quel traitement proposez en première intention dans ce cas ?

- a) Carbimazole 5mg/j
 - b) Propylthiouracyl 3x50mg/j
 - c) Colestyramine 4g: 1 sachet x 4/jour à distance des repas
 - d) Prednisolone 20mg/j
 - e) Aucun traitement
-

Q 2. Parmi les signes suivants, lesquels font classiquement partie du tableau d'insuffisance thyroïdienne ?

- a) Goitre
 - b) Asthénie
 - c) _Frilosité
 - d) Constipation
 - e) Myxoedème
-

Q 3. Quels sont, parmi les signes biologiques suivants, ceux qui font partie du tableau d'hypothyroïdie primaire non traitée ?

- a) Hyperglycémie à jeun
 - b) Hypercholestérolémie
 - c) Anémie
 - d) Hyponatrémie
 - e) Hyperkaliémie
-

Q 4. Parmi les affirmations suivantes concernant la 25-OH-vitamine D, lesquelles sont exactes ?

- a) C'est une hormone stéroïde
 - b) Elle est hypercalcémiant et hyperphosphorémiant
 - c) Elle est synthétisée au niveau cutané
 - d) Elle n'a aucune action intestinale
 - e) Elle stimule fortement la réabsorption tubulaire rénale de calcium
-

Q 5. Parmi les caractères échographiques suivants, lesquels sont en faveur de la bénignité d'un nodule thyroïdien ?

- a) hypoéchogène
 - b) présence d'une vascularisation périphérique
 - c) forme ovale
 - d) forme irrégulière
 - e) présence de microcalcifications
-

Q 6. Quelles sont les anomalies ECG que l'on peut rencontrer en cas d'hypercalcémie ?

- a) QT court
 - b) Extrasystoles ventriculaires
 - c) Bloc auriculo-ventriculaire
 - d) Fibrillation ventriculaire
 - e) Onde U
-

Q 7. Une jeune femme de 31 ans, mère d'un petit de 10 mois, consulte pour une asthénie importante depuis plusieurs mois. Un bilan biologique a révélé un cortisol à 8h à 6 µg/dL (166 nmol/L). Quels sont les arguments en faveur d'une hypophysite du post-partum?

- a) absence de retour de couche
 - b) absence de montée laiteuse
 - c) saignement lors de l'accouchement à 1,2L
 - d) épisode de céphalées intenses pendant quelques jours en fin de grossesse
 - e) traumatisme crânien avec perte brève de connaissance il y a 3 mois
-

Q 8. Un macroadénome hypophysaire est découvert sur une IRM cérébrale réalisée devant des céphalées intenses chez une femme de 32 ans au 2ème trimestre de grossesse. Parmi les propositions suivantes concernant l'interprétation de son bilan hormonal, quelles sont la ou les réponse(s) vraie(s)?

- a) Un cortisol libre urinaire un peu élevé est pathognomonique d'un hypercortisolisme
 - b) Une IGF1 à 110% de la normale évoque une acromégalie
 - c) Une prolactine à 5 fois la normale évoque un macroprolactinome
 - d) Un cortisol à 8h à 500 nmol/L ne permet pas de conclure sur l'absence d'insuffisance corticotrope partielle
 - e) Une FSH et LH indétectables ne permet pas de conclure sur la présence d'une insuffisance gonadotrope
-

Q 9. Vous recevez en consultation un patient de 50 ans pour exploration d'un incidentalome surrénalien de 2 cm de densité spontanée à 8 UH. Il a pour principaux antécédents une tachycardie jonctionnelle, une HTA et un diabète de type 2. Il est traité par metformine 1000 matin et soir, valsartan 160 mg le matin. Quel(s) sont le(s) élément(s) parmi les suivants que vous prescrivez-vous au patient en première intention?

- a) cortisol libre urinaire + créatinurie/24h
 - b) test de freinage minute de cortisol
 - c) aldostérone, rénine et rapport aldostérone/rénine
 - d) métanéphrines urinaires + créatinurie/24h
 - e) SDHEA
-

Q 10. Vous suivez une patiente de 52 ans pour une maladie d'Addison diagnostiquée il y a 2 ans. Elle est traitée par hydrocortisone 10 mg: 2 cps le matin au réveil vers 6h00, 1 cp le midi, 1 cp à 17h et fludrocortisone 50 µg 1 cp le matin. Elle rapporte la persistance d'une asthénie mais qui vous semble adaptée à son activité professionnelle. Sa libido est bonne. Son poids est à 60 kgs, IMC à 25,2. Elle se plaint d'être 1 kgs au dessus de son poids de forme avant la maladie. Elle se couche tôt le soir mais a des difficultés à s'endormir. TA à 95/70. Bilan biologique : natrémie 136 mmol/L, kaliémie à 4,5 mmol/L, rénine à 130 mUI/mL (N: 5 - 40). Concernant les propositions de modifications thérapeutiques ci-dessous, laquelle (lesquelles) vous semble appropriée(s)?

- a) arrêt du comprimé d'hydrocortisone de 17h
 - b) majoration de l'hydrocortisone du midi à 2 cps
 - c) majoration de la fludrocortisone le matin
 - d) déplacer la prise de fludrocortisone du matin au soir
 - e) ajout de SDHEA
-

Q 11. Un patient de 18 ans présentant une maladie d'Addison se présente aux urgences devant un tableau d'insuffisance surrénale aiguë suite à une grippe et un arrêt de ses traitements. Sa tension artérielle est à 70/50, FC 125 bpm, Sat 99%, glycémie capillaire à 0,51 g/L. Le bilan biologique a mis en évidence une natrémie à 132 mmol/L, une kaliémie à 5,4 mmol/L.

Parmi les éléments suivant, lequel (lesquels) prescrivez vous au patient dans l'immédiat ?

- a) 1000 mL de NaCl 0,9% en débit libre
 - b) KCl 1g dans la perfusion
 - c) Hydrocortisone 100mg en intra-veineux
 - d) Fludrocortisone 100µg en intra-veineux
 - e) Sérum glucosé 5% 250mL sur 6h
-

Q 12. Une patiente de 38 ans est amenée aux urgence par son mari pour douleurs abdominales et vomissements itératifs depuis 24h. A l'anamnèse, il rapporte une altération de l'état général depuis plusieurs mois avec anorexie, perte de poids, asthénie. Elle a pour principal antécédant une thyroïdite du post-partum et un vitiligo. Constante: TA 70/60 mmHg, FC 120/minute, glycémie capillaire 0,47 g/dL, Sat 98%, température 38°4. L'examen clinique met en évidence une patiente confuse, une déshydratation extracellulaire.

Quel(s) est (sont) votre (vos) hypothèse(s) diagnostique(s) pour expliquer l'ensemble du tableau ?

- a) Méningite
 - b) Gastro-enterite
 - c) Insulinome
 - d) Insuffisance surrénale aigue
 - e) Acidocétose
-

Q 13. Un patient de 43 ans vient d'être opéré d'un macro-adénome somatotrope. Il présente un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, une HTA mais il n'a pas d'autres comorbidités. Les suites opératoires ont été simples. Vous organisez la surveillance post-opératoire.

Que proposez-vous parmi les éléments suivants?

- a) IGF1 dans 3 mois
 - b) GH en base dans 1 mois
 - c) GH sous HGPO dans 3 mois
 - d) Cycle de GH dans 6 mois
 - e) IRM hypophysaire dans un an
-

Q 14. Vous recevez en consultation une patiente de 38 ans pour un microprolactinome diagnostiqué au décours du bilan d'une aménorrhée. Vous introduisez un traitement par cabergoline.

Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) vrai(s)?

- a) vous introduisez un traitement par cabergoline 0,5 mg 1cp/jour
 - b) le traitement doit se prendre de préférence le soir au coucher
 - c) il sera poursuivi pour une période minimale de 3 ans
 - d) l'objectif thérapeutique est une prolactine indosable
 - e) sous cabergoline, l'apparition d'un trouble du comportement doit être surveillée
-

Q 15. Vous avez exploré une patiente âgée de 28 ans pour un syndrome de Cushing d'apparition progressif sur un an.

CLU à 2,8N - Cortisol à 8h à 22 µg/dL (607 nmol/L) - ACTH à 8h à 80 ng/mL (N < 45) - Test au MINIRIN : réponse du cortisol de 8%, de l'ACTH de 12% - IRM hypophysaire : négative - Scanner thoraco-abdomino pelvien : négatif.

Quel(s) est (sont) les éléments de cette observation en faveur d'une maladie de Cushing plutôt qu'une sécrétion ectopique d'ACTH?

- a) Terrain: femme jeune
 - b) Apparition progressive de l'hypercortisolisme
 - c) CLU < 3N
 - d) ACTH < 2N
 - e) Test au minirin
-

Q 16. Vous recevez en consultation un patient de 63 ans pour un incidentalome hypophysaire. Il s'agit d'un microadénome de 4 mm. L'IRM avait été réalisée dans le cadre d'un bilan de surdité brutale spontanément résolutive.

Parmi les éléments suivants, quels sont les éléments que vous devez-vous prescrire?

- a) IRM hypophysaire dans 3 mois
 - b) Cortisol, ACTH à 8h
 - c) IGF1
 - d) Prolactine
 - e) LH, FSH, testostérone
-

Q 17. Une femme de 36 ans a bénéficié d'un bilan devant une HTA sévère labile, associée à des palpitations et des épisodes de sensation de malaise.

Le bilan montre :

Métanéphrines plasmatiques : 5N

Normétanéphrines plasmatiques : normales

TDM : nodule surrénalien gauche de 2,8 cm, densité spontanée à 35 UHIRM : nodule surrénalien gauche hypersignal T2, sans chute de signal en opposition de phase, avec un rehaussement intense après injection de Gadolinum.

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s)?

- a) Les métanéphrines > 4N ne nécessite pas d'être contrôlée par un dosage urinaire
 - b) Le bilan doit être complété par un dosage de la chromogranine A
 - c) Le bilan doit être complété par une enquête génétique
 - d) Une scintigraphie au MIBG doit obligatoirement être réalisée
 - e) Un traitement par alpha-bloquants ou inhibiteurs calciques doit être introduit
-

Q 18. Un homme de 52 ans est suivi pour une HTA diagnostiquée il y a 1 an, nécessitant actuellement 2 antihypertenseurs (IEC + inhibiteur calcique). Il n'a pas d'antécédent particulier. Il n'existe pas d'hypokaliémie spontanée.

Le bilan biologique réalisé en condition standardisée montre : - Aldostérone plasmatique 280 pmol/L (méthode LC-MS/MS; N 30-250) - Rénine active directe 2 mUI/L (N: 3,3-41,8) - Rapport aldostérone/rénine à 140 (N < 52)

La TDM abdominale retrouve un nodule surrénalien droit de 15 mm, bien limité, à densité spontanée < 10 UH, une petite hypertrophie surrénalienne gauche.

Le patient souhaiterait un traitement chirurgical.

Que proposez-vous à ce stade ?

- a) test de perfusion salé
 - b) test au captopril
 - c) traitement d'épreuve par spironolactone
 - d) cathétérisme des veines surrénaliennes
 - e) surrénalectomie droite
-

Q 19. Une jeune femme de 22 ans vient aux urgences pour une asthénie, des vomissements, des diarrhées, une fièvre à 38°C, et un syndrome polyuropolydipsique. Elle n'a pas d'antécédents personnels particuliers, ni familiaux. La dernière glycémie à jeun, pratiquée en amont de la prescription d'une contraception il y a 5 mois était de 0.80g/l. La glycémie veineuse est à 4g/l, l'acétonémie à la bandelette à 4mmol/l. Son IMC est de 26kg/m²

Quel(s) diagnostic(s) sont compatibles avec ce tableau?

- a) Un diabète de type 1
 - b) Une pathologie intercurrente infectieuse décompensant un diabète
 - c) Un diabète de type 1 non auto-immun dit "africain"
 - d) Un diabète secondaire à une pancréatite aiguë
 - e) Un MODY 3
-

Q 20. Une jeune maman vient vous voir car son mari présente un diabète de type 1, sa petite fille a 1 an. Elle veut savoir si un dépistage du diabète de type 1 est intéressant dans ce cas, et quelles sont les premières démarches à suivre ?

- a) L'enfant est trop petite, il vaut mieux attendre l'âge de 6 ans
 - b) Étant donné que c'est le père qui est atteint, le risque de l'enfant n'est pas significativement augmenté, il n'y a donc pas lieu de faire un dépistage
 - c) En cas de glycémie veineuse et d'HbA1C normales, la procédure de dépistage s'arrête
 - d) Un dépistage est possible, la première prescription comporte le dosage des AC anti GAD, anti IA2, anti insuline
 - e) Dans le cadre d'un dépistage chez l'enfant, il est nécessaire de poursuivre le dépistage sur plusieurs années
-

Q 21. Un jeune homme de 20 ans est hospitalisé en urgence pour une acidocétose, un diabète de type 1 est découvert. Son IMC est de 29kg/m², après une perte de 5 kg dans le dernier mois. Quel traitement lui proposez vous dans les suites de l'insulinothérapie intraveineuse ?

- a) Un traitement associant une injection insuline lente de type glargine° et 3 injections d'analogue ultra rapide, les doses étant adaptées grâce à une mesure continue du glucose
 - b) Les objectifs du TIR sont > 70%, ceux du TBR <8%
 - c) Un traitement par pompe externe infusant un analogue ultrarapide peut être mis en place, d'emblée sous réserve de l'accord du patient et d'une ETP suffisante
 - d) L'ajout d'un traitement par analogue du GLP1, à un traitement par insuline basale permettra d'améliorer l'insulinorésistance et d'éviter une reprise du poids
 - e) Au vu de son âge, afin de permettre un équilibre parfait d'emblée, il est indispensable de mettre en place une insulinothérapie automatisée de type pancréas artificiel hybride
-

Q 22. Une patiente de 35 ans, présentant une obésité de classe 3 et un diabète de type 2 sous metformine, analogue du GLP1, rosuvastatine 10mg, vous est adressée par son gynécologue. Elle est à la 10ème semaine de grossesse sur l'échographie pratiquée. Sous stérilet en cuivre, elle présentait une spanioménorrhée et ne s'est pas aperçue tout de suite de la grossesse.

L'HbA1c prescrite par le gynécologue est à 6,5%. Quelle prise en charge proposez- vous ?

- a) Arrêter la metformine, l'analogue du GLP1 et la statine
 - b) Proposer en même temps, la mise en place très rapidement d'un schéma basal-bolus par insuline lente de type « Glargine » et analogue ultrarapide, associé à une mesure continue du glucose
 - c) Donner les objectifs de TIR : 70% entre 0,70 et 1,80g/l
 - d) Le dernier fond d'oeil, date d'un an, il est inutile de le redemander avant la fin de la grossesse
 - e) Vous conseillez un régime hypocalorique de moins d'environ 1600 calories afin d'éviter une trop forte prise de poids
-

Q 23. Une jeune patiente de 25 ans présentant un diabète de type 1 depuis l'âge de 5 ans, consulte car elle a un projet parental. Son HbA1c est à 7,5% sous pompe externe à infusion d'analogue rapide associée à une Mesure Continue du Glucose ; le TIR est à 65% depuis plusieurs mois, son TBR à 10%. Elle est sous contraception par une pilule microprogestative, l'observance est très bonne. Elle présente un tabagisme actif modéré. Dans les complications, on note une rétinopathie ischémique ayant bénéficié de plusieurs séances de laser il y a 5 mois, le bilan cardiologique et angiologique date de 6 mois et est rassurant. La microalbuminurie est normalisée sous IEC. Quelles sont les propositions vraies?

- a) Elle peut arrêter sa contraception dès que son TIR sera >70%
 - b) La stabilisation de la rétinopathie doit être vérifiée par l'ophtalmologue avant l'arrêt de la contraception
 - c) Il est important d'arrêter l'IEC et de recontrôler la microalbuminurie après l'arrêt de celui-ci
 - d) Un dosage de la TSH doit être prescrit
 - e) Une mise sous pompe externe puis un passage à l'insulinothérapie automatisée doivent être proposés
-

Q 24. Une sage-femme vous adresse pour diabète gestationnel une jeune femme de 20 ans. La glycémie à jeun, pratiquée à la 11ème semaine d'aménorrhée est à 1,10 g/l. La patiente n'a pas d'antécédent particuliers, elle a un IMC à 22. Ses deux sœurs aînées ont eu également une hyperglycémie au premier trimestre de la grossesse. La maman de la patiente a eu deux enfants macrosomes. En regardant le carnet de glycémies débuté par la sage femme après qu'elle expliquait à la patiente les principes d'un régime sans sucres simples, vous relevez des glycémies à jeun systématiquement élevées en générale aux alentours de 1,10g/l mais des glycémies postprandiales toujours dans les objectifs. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies?

- a) Les objectifs sont de moins de 0.95g/l en préprandial et de moins de 1,40g/l 2 h après le début du repas
 - b) Le profil glycémique confirme qu'il s'agit d'un diabète gestationnel classique
 - c) Vous instituez un analogue rapide avant chaque repas
 - d) Vous instituez une insuline basale
 - e) Vous pensez à un autre type de diabète, un MODY 2 par exemple
-

Q 25. Les affections suivantes peuvent se traduire cliniquement par des accès de sueurs. Pour certaines d'entre elles, l'hypersudation est liée à une augmentation des concentrations des catécholamines circulantes. Lesquelles?

- a) Hypoglycémie
 - b) Insuffisance ovarienne
 - c) Hyperthyroïdie
 - d) Phéochromocytome
 - e) Acromégalie
-

Q 26. Parmi les affirmations suivantes concernant le cancer médullaire de la thyroïde (CMT), laquelle ou lesquelles sont ou est fausse(s) ?

- a) C'est un cancer qui se développe à partir des cellules C parafolliculaires thyroïdiennes
 - b) Il se présente sous deux formes : une forme sporadique (majoritaire) et une forme familiale
 - c) La calcitonine est le marqueur biologique tumoral utilisé pour le diagnostic et le suivi
 - d) L'obtention d'une cible de TSH inférieure à 0.05 ui/ml est associée à une amélioration du pronostic
 - e) La forme familiale est le plus souvent liée à des mutations germinales du gène RET
-

Q 27. Quelles sont les maladies qui peuvent être associées à une hypocalcémie ?

- a) La pseudo-hypoparathyroïdie de type 1
 - b) Hypermagnésémie
 - c) Hypoparathyroïdie
 - d) Carence en vitamine D
 - e) Carcinome parathyroïdien
-

Q 28. Quelles molécules peuvent être utilisées pour le traitement de l'hypoparathyroïdie ?

- a) Diurétique de l'anse
 - b) Calcitriol
 - c) Calcium élément
 - d) Agoniste de la parathormone
 - e) Calcitonine
-

Q 29. Quelles sont les symptômes associés à la thyroïdite de De Quervain dans sa phase initiale ?

- a) Douleur au niveau de la portion antérieure du cou, souvent aggravée par la déglutition
 - b) Fièvre
 - c) Constipation
 - d) Tremblement
 - e) Bradycardie
-

Q 30. Vous voyez en consultation une patiente de 28 ans pour une maladie de Basedow (TSH effondrée, Anticorps anti-récepteur de la TSH positifs). Comment complétez-vous le bilan en vue d'instaurer un traitement par carbimazole ?

- a) numération formule sanguine
 - b) calcémie
 - c) ionogramme plasmatique
 - d) transaminases hépatiques
 - e) T4L, T3L
-

Q 31. Mme D, âgée de 32 ans est adressée pour une récurrence de maladie de Basedow, un traitement par carbimazole a été débuté mais s'est compliqué d'une neutropénie fébrile.

Quelles sont les affirmations vraies ?

- a) le traitement par carbimazole pourra être repris à demi dose
 - b) une corticothérapie peut être envisagée
 - c) une thyroïdectomie ou une radiothérapie devront être envisagées après stabilisation du statut thyroïdien
 - d) son traitement par bêtabloquant doit être interrompu
 - e) un traitement par Lugol peut être prescrit en vue d'une chirurgie
-

Q 32. Mme T, âgée de 77 ans vous est adressée pour TSH indosable. Elle présente une asthénie profonde, une perte de poids de 3 kg en 1 mois. Elle est traitée pour une arythmie par fibrillation auriculaire depuis 2 ans par Cordarone.

Vous évoquez une hyperthyroïdie à l'amiodarone. Quelle(s) sont /est la ou les proposition(s) fausse(s) ?

- a) L'hyperthyroïdie peut être liée à l'existence d'une dystrophie nodulaire préexistante (hyperthyroïdie de type 1)
 - b) L'hyperthyroïdie de type 2 par mécanisme de lyse cellulaire est associée à une hypo vascularisation à l'échographie doppler thyroïdienne
 - c) La T4 est souvent très augmentée dans les hyperthyroïdies de type 2
 - d) Les antithyroïdiens de synthèse sont classiquement inefficaces dans l'hyperthyroïdie de type 2
 - e) Chez cette patiente, le pronostic vital peut être engagé
-

Q 33. Mme C est adressée aux urgences pour asthénie et fourmillements intenses dans les extrémités depuis 2 jours.

Cette patiente âgée de 32 ans a été traitée pendant 18 mois par antithyroïdiens de synthèse pour une maladie de Basedow et une thyroïdectomie subtotale a été réalisée le mois précédent. Elle poursuit un traitement par l'évothyroxine à la posologie de 100 microgrammes par jour.

Quel diagnostic envisagez-vous en première intention ?

- a) Hypothyroïdie par inobservance thérapeutique
 - b) Hypothyroïdie par posologie insuffisante en hormone thyroïdienne
 - c) Hypomagnésémie
 - d) Hypoparathyroïdie postopératoire
 - e) Récidive de la maladie de Basedow
-

Q 34. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est(sont) celle(s) qui sont vraies dans la forme classique du bloc en 21 hydroxylase ?

- a) Il entraîne une insuffisance surrénale à la naissance
 - b) Il est à origine d'une ambiguïté sexuelle chez la fille
 - c) C'est la première cause d'hyperplasie surrénalienne bilatérale
 - d) Il se caractérise par un dosage de la 17OH progestérone sérique effondré
 - e) Son dépistage est systématique à la naissance par dosage de la 17OH progestérone sur buvard
-

Q 35. Chez le garçon, la présence d'une forme classique du bloc en 21 hydroxylase peut être à l'origine (une ou plusieurs réponses possibles)?

- a) D'une petite taille
 - b) D'une ambiguïté sexuelle
 - c) D'une infertilité
 - d) D'une tumeur testiculaire liée à des inclusions surrénaliennes au sein des testicules
 - e) D'une insuffisance respiratoire en cas de surdosage en hydrocortisone
-

Q 36. Parmi les médicaments suivants quel(s) est(sont) celui(ceux) pouvant entraîner une céto-acidose diabétique?

- a) La prednisone
 - b) Le propranolol
 - c) Les anti inflammatoires non stéroïdiens à forte dose
 - d) L'immunothérapie (Anti-PD1 et anti-CTLA4)
 - e) Les gliflozines chez des patients diabétiques insulino-péniques
-

Q 37. Un patient consulte pour une asthénie associée à une prise de poids. Le dosage de la TSH est 14,6 mU/l.

la palpation cervicale retrouve une thyroïde de petite taille, sans nodule palpé. Que faites -vous? (une ou plusieurs réponses exactes)

- a) Je prescris une échographie à la recherche d'un goitre multi-hétéronodulaire
 - b) Je prescris un dosage de T4 et de T3 afin d'évaluer l'importance de l'hypothyroïdie
 - c) Je débute un traitement par L-thyroxine
 - d) J'associe 10 mg/j d'hydrocortisone la première semaine dans l'hypothèse d'une insuffisance surrénalienne associée
 - e) La présence d'anticorps anti-thyropéroxydase permet de faire le diagnostic de thyroïdite
-

Q 38. Quelle est ou quelles sont les propositions exactes concernant le diabète de type 2?

- a) Le diabète de type 2 associe un déficit de l'insulinosécrétion et une diminution de la sensibilité à l'insuline
 - b) Il existe un marqueur biologique qui signe le diagnostic étiologique de cette forme de diabète
 - c) Le diabète de type 2 est la forme de diabète la plus prévalente dans le monde
 - d) La présence d'anticorps anti-GAD permet d'éliminer le diagnostic de diabète de type 2
 - e) Le diabète de type 2 est associé à une inflammation chronique de bas grade
-

Q 39. Mr Bernard, 66 ans, IMC à 30,5 kg/m², HbA1c à 7,1% sous Metformine 2g/j, a été hospitalisé il y a un mois en Unité de Soins intensifs de Cardiologie pour un infarctus du myocarde. Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles qui sont justes?

- a) L'équilibre du diabète est considéré correcte
 - b) Un agoniste du GLP1 est recommandé
 - c) L'ajout d'un sulfamide hypoglycémiant est obligatoire pour obtenir une HbA1c en dessous de 7%
 - d) Un inhibiteur SGLT2 est recommandé
 - e) Les modifications du mode de vie reposent sur l'arrêt de l'activité physique
-

Q 40. Une jeune femme présente une sensation de malaise avec l'apparition d'une difficulté d'élocution, une recherche des mots et une confusion pendant environ 15 minutes. Elle est pâle, tachycarde et a présenté des sueurs profuses.

Elle a présenté cet épisode vers 20h, alors qu'elle a marché vite vers le restaurant où elle devait retrouver ses amis. Elle n'a pas d'antécédent particulier. L'examen neurologique est normal. Les signes ont régressé après l'absorption d'un jus d'orange. A l'interrogatoire, elle rapporte le même type d'épisode le matin au réveil.

Quels examens à orientation diagnostique pouvez -vous demander dans un premier temps ?

- a) Un EEG rapidement afin d'éliminer une épilepsie partielle
 - b) Une IRM Cérébrale en urgence à la recherche d'un AIT
 - c) Une HGPO sur 5 heures afin de s'orienter vers une hypoglycémie fonctionnelle
 - d) Une épreuve de jeûne à la recherche d'une hypoglycémie organique
 - e) Un dosage des métanéphrines et normétanéphrines plasmatiques à la recherche d'un phéochromocytome
-