

1. Σε ασθενή 39 ετών με οικογενειακό ιστορικό υπερτάσεως και παχυσαρκίας (BMI=32 Kg/m²) στο πλαίσιο ελέγχου διαπιστώνεται υπερκορτιζολαιμία (UFC X3) χωρίς να λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε K=3.1mEq/l, ACTH=570 pg/ml, cortisol=18 ug/dl, LDDST: F=7,8 mg/dl κορτιζόλη τα μεσάνυχτα =3,5 ug/dl. Από τον απεικονιστικό έλεγχο η MRI υπόφυσης ήταν φς όπως και η αξονική θώρακος.

Ποια είναι η πιο πιθανή διάγνωση

- Μικροαδένωμα υπόφυσης μη εμφανές στην MRI
- NET με έκτοπη έκκριση ACTH
- Όγκος με έκτοπη έκκριση CRH
- Αντίσταση στα γλυκοκορτικοειδή
- Φλοιοεπινεφριδιακό καρκίνωμα

2. Γυναίκα 42 ετών σας επισκέπτεται λόγω σημαντικής αύξησης βάρους (20 κιλά σε ένα έτος). Από την κλινική εξέταση διαπιστώνετε ΑΠ: 180/90 mmHg, εγγύς μυϊκή αδυναμία, κοιλιακή παχυσαρκία με ερυθρές ραβδώσεις. Υποψιάζεστε σύνδρομο Cushing. Ποιο ή ποια από τα παρακάτω τεστ θα ζητήσετε πρώτα για την επιβεβαίωση της υπερκορτιζολαιμίας;

- A. Χορήγηση 1 mg δεξαμεθαζόνης στις 11 μ.μ. και προσδιορισμός των τιμών της κορτιζόλης το επόμενο πρωί
- B. Προσδιορισμός κορτιζόλης πλάσματος τα μεσάνυχτα
- Γ. Ούρα 24ωρου για προσδιορισμό ελεύθερης κορτιζόλης
- Δ. Προσδιορισμός κορτιζόλης σιέλου τα μεσάνυχτα
- E. Όλα τα παραπάνω

3. Διαφυλικός άντρας 24 ετών, παραπέμπεται για δυσφορία φύλου σε ενδοκρινολόγο για φυλομετάβαση. Απο το ιστορικό του, σημειώνεται καταθλιπτική συνδρομή. Βιώνει χαρακτηριστικά δυσφορίας φύλου από ηλικία 6 ετών, ενώ σημείωσε εξαιρετική δυσφορία κατά την εμμηναρχή και την εμφάνιση στήθους και την εμμηναρχή.

Η έμμηνος ρύση αποτελεί κάτι που τον ενοχλεί αφόρητα και του επιτείνει το καταθλιπτικό συναίσθημα και θέλει να ξεκινήσει άμεσα θεραπεία για να αποκτήσει ανδρικά χαρακτηριστικά όπως η τριχοφυΐα στο πρόσωπο. Επίσης, έχει ενημερωθεί για την δυνατότητα διατήρησης της γονιμότητας και θέλει να γνωρίζει τις επιλογές που έχει για το μέλλον. Ο βιοχημικός και ορμονολογικός έλεγχος που προσκομίζει είναι φυσιολογικός.

Τι από τα παρακάτω θα του προτεινάτε ως το καλύτερο επόμενο βήμα?

α. Έναρξη διαδερμικής τεστοστερόνης

β. Έναρξη ενδομυϊκής τεστοστερόνης

γ. Έναρξη αγωνιστή GnRH μέχρι την πραγματοποίηση χειρουργείου εξαίρεσης ωθηκών και κρυσυντήρηση ωθηκικού ιστού

δ. Κρυσυντήρηση ωθηκικού ιστού πριν την έναρξη ορμονικής θεραπείας με τεστοστερόνη

ε. Ωθηκική διέγερση με γοναδοτροπίνες πριν την έναρξη ορμονικής θεραπείας με τεστοστερόνη

4. Διαφυλική γυναίκα 20 ετών προσέρχεται στο ιατρείο, για πρώτη επίσκεψη. Λόγω αλλαγής τόπου διαβίωσης - είναι πλέον φοιτήτρια - αναζητά νέο θεράποντα ιατρό. Από έτους λαμβάνει αγωγή με διαδερμικό επίθεμα οιστραδιόλης 100 μg κάθε 3,5 ημέρες και αγωνιστή GnRH. Ο βιοχημικός και ορμονολογικός έλεγχος που προσκομίζει είναι φυσιολογικός.

Παραπονείται για το μέγεθος του στήθους, πως είναι ανεπαρκές.

Τι από τα παρακάτω θα του προτεινάτε ως το καλύτερο επόμενο βήμα?

α. Αντικατάσταση διαδερμικής οιστραδιόλης με 17β-οιστραδιόλη από του στόματος, σε δόση 4 mg/ημέρα

β. Αντικατάσταση διαδερμικής οιστραδιόλης με 17β-οιστραδιόλη από του στόματος, σε δόση 6 mg/ημέρα

γ. Αύξηση της δόσης της διαδερμικής οιστραδιόλης σε 150-200 μg κάθε 3,5 ημέρες και προσθήκη αγωγής με κυπροτερόνη 25-50 mg/ημέρα.

δ. Λόγω αυξημένης πιθανότητας για ανεπιθύμητες ενέργειες, δεν συνιστάται περαιτέρω τη δόση του οιστρογόνου

ε. Δεν χρειάζεται περαιτέρω τροποποίηση της αγωγής, μόνο τακτική παρακολούθηση ανά 6μηνο

5. Σε ασθενή με διάχυτα οστικά άλγη, αδυναμία και βιοχημικά χαμηλό ασβέστιο και φωσφόρο ορού, χαμηλή 25OHD και υψηλή παραθορμόνη και αλκαλική φωσφατάση ποια η πιθανότερη διάγνωση:

- A. Υποπαραθυρεοειδισμός
- B. Ψευδοποπαραθυρεοειδισμός
- Γ. Δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός λόγω χρόνιας νεφρικής νόσου
- Δ. Οστεομαλακία**
- E. Σύνδρομο πεινασμένου οστού

6. Σε ασθενή μετά θυρεοειδεκτομή με κράμπες και αιμωδίες και βιοχημικά χαμηλό ασβέστιο και φωσφόρο ορού, φυσιολογική 25OHD, παραθορμόνη ελαφρώς αυξημένη και υψηλή αλκαλική φωσφατάση ποια η πιθανότερη διάγνωση:

- A. Υποπαραθυρεοειδισμός
- B. Ψευδοποπαραθυρεοειδισμός
- Γ. Δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός λόγω χρόνιας νεφρικής νόσου
- Δ. Οστεομαλακία
- E. Σύνδρομο πεινασμένου οστού**

7. Άνδρας ηλικίας 45 ετών υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία κοιλίας, στα πλαίσια διερεύνησης οσφυαλγίας, στην οποία διαπιστώθηκε υπόπυκνο (<10 HU) μόρφωμα ομαλών ορίων και μέσης διαμέτρου 2,9 εκ στο αριστερό επινεφρίδιο.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

Υπερλιπιδαιμία γνωστή από 6μήνου – μόνο διαιτητική αγωγή. Χειρουργηθείσα κύστη κόκκυγος. Καπνιστής (~1 ½ πακέτο / 24ωρο).

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

Απουσία γνωστού επινεφριδικού νοσήματος στην οικογένεια.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

ΒΣ : 76 Kg, Υ: 1.78 m

ΑΠ : 110/70 mm Hg , χωρίς ορθοστατικά σημεία, σφύξεις : 70/ min.

Απουσία κλινικών σημείων υπερκορτιζολαιμίας. Απουσία άλλων αξιοσημειώτων ευρημάτων.

Τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά του μορφώματος συνηγορούν για:

A) Μετάσταση αγνώστου πρωτοπαθούς εστίας

B) Μυελολίπωμα

Γ) Αδένωμα του φλοιού

Δ) Φλοιοεπινεφριδικό καρκίνωμα

E) Επινεφριδική κύστη

8. Γυναίκα ηλικίας 61 ετών υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία άνω κοιλίας στα πλαίσια διερεύνησης εύκολης κόπωσης & καταβολής από έτους. Διαπιστώθηκε συμπαγής χωροκατακτητική εξεργασία διαμέτρου 6,5cm, στο αριστερό επινεφρίδιο, με ανώμαλα και ασαφή όρια και ανομοιογενούς έντασης σήμα σε όλες τις ακολουθίες λόγω της παρουσίας περιοχών νέκρωσης, λιπώδους ιστού & μικρών αιμορραγικών και η οποία μετά την IV έγχυση σκιαγραφικού παρουσιάζει ανομοιογενή παθολογικό εμπλουτισμό.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

Νεοδιαγνωσθείς ΣΔτ2 υπό αγωγή με μετφορμίνη 1000mg.

Αρτηριακή υπέρταση γνωστή από 2ετίας υπό αμλοδιπίνη και βαλσαρτάνη (5/150) 1x1.

Οστεοπόρωση γνωστή από 4ετίας υπό ρισενδρονάτη & σκεύασμα Ca -βιταμίνης D

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:

Απουσία γνωστού επινεφριδικού νοσήματος στην οικογένεια.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

ΒΣ : 83 Kg, Υ: 1.59 m, BMI: 32,8kg/m²

ΑΠ : 110/70 mm Hg , χωρίς ορθοστατικά σημεία, σφύξεις : 70/ min.

Απουσία κλινικών σημείων υπερκορτιζολαιμίας. Απουσία άλλων αξιοσημειώτων ευρημάτων.

Ο ορμονολογικός έλεγχος έδειξε αυτόνομη έκκριση κορτιζόλης. Μπορεί να τεθεί διάγνωση με αυτό το δεδομένο και τα απεικονιστικά χαρακτηριστικά;

- A) Ναι, γιατί εφ' όσον εκκρίνεται κορτιζόλη τότε πρόκειται για νεόπλασμα του φλοιού, άρα αποκλείεται η μετάσταση και το φαιοχρωμοκύτωμα, και είναι κακόηθες βάσει των απεικονιστικών χαρακτηριστικών: φλοιοεπινεφριδικό καρκίνωμα
- B) Όχι, θα πρέπει να γίνει κατευθυνόμενη βιοψία του μορφώματος
- Γ) Όχι, θα πρέπει να γίνει μαγνητική τομογραφία με καταστολή σήματος του λίπους
- Δ) Όχι, θα πρέπει να γίνει 18F-FDG PET
- Ε) Όχι, θα πρέπει να γίνει σπινθηρογράφημα με ιωδοχοληστερόλη.

9. Γυναίκα 45 ετών με μεταστάσεις απο φαιοχρωμοκύττωμα, αργά εξελισσόμενες και γνωστή SDHB μετάλλαξη. Ποιος ο επόμενος θεραπευτικός χειρισμός:
- Έναρξη αναστοlea τυροσινικών κινασών
 - Θεραπεία με $[^{131}\text{I}]$ -MIBG
 - Θεραπεία με ραδιονουκλεοτίδια
 - Έναρξη σχήματος cyclophosphamide/vincristine/dacarbazine
 - Τεμοζολαμίδη
10. Άνδρας 28 ετών με μόρφωμα στο σώμα του αριστερού επινεφριδίου 2,6cm 25HU, αυξημένη νορμετανεφρίνη πλάσματος 1750ng/l (< 105), 3-μεθοξυτυραμίνη 47,0ng/l (< 17) και φυσιολογική ελεύθερη μετανεφρίνη πλάσματος 54,8ng/l (< 88). Ποιο από τα παρακάτω αποτελεί το επόμενο βήμα
- Λειτουργική απεικόνιση
 - Μαγνητική επινεφριδίων
 - Έναρξη β-αναστολέα
 - Μέτρηση Χρωμογρανίνης A
 - Χειρουργική εξαίρεση

11. Κορίτσι ηλικίας 3 9/12 προσέρχεται για έλεγχο χαμηλού αναστήματος. Δεν αναφέρονται συμπτώματα, διατροφή πλήρης, δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Εγκυμοσύνη χωρίς επιπλοκές. ΒΓ: 2510 γρ ΜΓ:45 εκ Χαμηλό ΒΓ αποδόθηκε σε πλακουντιακή ανεπάρκεια. Ιστορικό αιμαγγειώματος στο λεπτό έντερο χειρουργηθέν σε ηλικία 12 μ. 2 επεισόδια ωτίτιδας τον προηγούμενο χρόνο.

Ύψος στόχος : 159 εκ Την ημέρα της εξέτασης ΥΣ: 3η Ε.Θ. ΒΣ: 50η ΕΘ

Κλινική εξέταση κ.φ. Εργαστηριακός έλεγχος: ΓΑ, Βιοχ κ.φ. TSH: 1,82 μIU/ml, fT4: 1,15 ng/dl, FSH:32 mIU/ml, LH: 0,4 mIU/ml IGF-I: 79 ng/ml

Ποιο είναι το επόμενο βήμα:

A. Παρακολούθηση λόγω του ότι το ύψος παραμένει στα κατώτερα φυσιολογικά όρια
B Άμεση διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας για να αποκλεισθεί χωροκατακτητική επεξεργασία

Γ. Δοκιμασία διέγερσης αυξητικής ορμόνης

Δ. Καρυότυπος περιφερικού αίματος

Ε. Μέτρηση αντισωμάτων ιστικής τρανσγλουταμινάσης και IgA

12. Κορίτσι ηλικίας 13 9/12 προσέρχεται για έλεγχο λόγω αμηνόρροιας και χαμηλού αναστήματος αναφέρονται σποραδικές κεφαλαλγίες και αλλαγή στη διάθεση. Διαπίστωση θηλαρχή σε ηλικία 11 χρ αλλά η εξέλιξη σταμάτησε πριν 2 χρόνια. Δεν έχει χάσει βάρος. Διατροφή πλήρης, δεν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Ρυθμός 2,5 εκ/ χρ τα 2 τελευταία έτη Ύψος στόχος : 165εκ Εμμηναρχή μητέρας: 13 χρόνων

Την ημέρα της εξέτασης ΥΣ: 10-15η Ε.Θ. ΒΣ: 25-50η ΕΘ

Κλινική εξέταση Μαστοί: Tanner II Εφήβαιο Tanner III

Εργαστηριακός έλεγχος: ΓΑ, Βιοχ κ.φ. TSH: 1,5 μIU/ml, fT4: 0,75 ng/dl, FSH:0,5 mIU/ml, LH: 0,4 mIU/ml IGF-I: 95 ng/ml

Ποιο είναι το επόμενο βήμα:

A. Παρακολούθηση πιθανή ιδιοσυστασιακή καθυστέρηση αύξησης και εφηβείας

B Άμεση διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας για να αποκλεισθεί χωροκατακτητική επεξεργασία

Γ. Δοκιμασία διέγερσης αυξητικής ορμόνης

Δ. Καρυότυπος περιφερικού αίματος

Ε. Δοκιμασία διέγερσης με LHRH

13. Κοπέλα 21 ετών παραπέμπεται λόγω εμφάνισης από 4ετίας προοδευτικά επιδεινούμενου δασυτριχισμού. Εμμηναρχή σε ηλικία 12 ετών με κύκλους 30-35ημ για 4 χρόνια και στη συνέχεια αραιομηνόρροια (κύκλοι 35-50 ημ). Πάντα ήταν υπέρβαρη αλλά από ηλικίας 17 ετών μέχρι σήμερα πήρε σταδιακά 10 kg. Δεν λαμβάνει φάρμακα & δεν αθλείται.

Κλινικά: ΔΜΣ= 31kg/m², mFG-score=12 & μελανίζουσα ακάνθωση στον αυχένα.

Ατομικό ιστορικό ελεύθερο. Από το κληρονομικό ιστορικό, πατέρας παχύσαρκος, με ΣΔ2 & υπέρταση, 1 αδελφός υγιής και μητέρα χωρίς διαταραχές ΕΡ ή δασυτριχισμό.

Εργαστηριακός έλεγχος: FSH = 4,5 mIU/ml, LH = 5 mIU/ml, E2 = 55 pg/ml, TSH = 3,72 μIU/ml, PRL = 12 ng/ml (4-15), TT = 0,68 ng/ml (0.2-0.6), Δ4-A = 3,0 ng/ml (0.5-3.7), DHEAS = 324 μg/dl (35-430), SHBG = 25 nmol/L (26-110), 17OH-P = 1,2 ng/ml (0.1-2.0), Ins = 25 μIU/ml (4-22), Gly = 88 mg/dl

Ποιο από τα παρακάτω είναι το καλύτερο επόμενο βήμα;

α. Διενέργεια διακολλικού υπερηχογραφήματος έσω γεννητικών οργάνων

β. Διενέργεια καμπύλης ανοχής γλυκόζης (OGTT)

γ. Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων

δ. Σύσταση για χορήγηση τιρζεπατίδης

ε. Σύσταση για απώλεια βάρους με διατροφή και άσκηση και χορήγηση μετφορμίνης

14. Γυναίκα 54 ετών μετεμμηνοπαυσιακή παραπέμπεται λόγω εμφάνισης από 3ετίας προοδευτικά επιδεινούμενου δασυτριχισμού και αλωπεκίας. Αναφέρει ότι πάντα είχε άστατους κύκλους και ήπιο δασυτριχισμό. Εμμηνόπαυση σε ηλικία 51 ετών. Είχε 2 φυσιολογικούς τοκετούς.

Κλινικά: ΔΜΣ= 32 kg/m², ΑΠ=140/90mmHg, mFG-score=10, ανδρογενετικού τύπου αλωπεκία, μελανίζουσα ακάνθωση στον αυχένα και δεν εμφανίζει κλειτορομεγαλία.

Ατομικό ιστορικό: ψωρίαση, ΣΔ2 από 10ετίας υπό μετφορμίνη

Κληρονομικό ιστορικό ελεύθερο.

Εργαστηριακός έλεγχος: FSH = 24 mIU/ml (>30), LH = 27 mIU/ml (>30), E2 = 25 pg/ml, TSH = 2,7 μIU/ml, TT = 3,2 ng/ml (0.2-0.6), DHEAS = 120 μg/dl (55-270), 17OH-P = 1,1 ng/ml (0.1-2.0), Ins = 27 μIU/ml (4-22), Gly = 98 mg/dl, CT άνω & κάτω κοιλίας «Χωρίς παθολογικά ευρήματα»

Ποιο από τα παρακάτω είναι το καλύτερο επόμενο βήμα;

α. Διενέργεια διακολλικού υπερηχογραφήματος έσω γεννητικών οργάνων

β. Ωοθηκεκτομή άμφω

γ. Χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων

δ. Σύσταση για απώλεια βάρους με διατροφή και άσκηση

ε. Διενέργεια καθετηριασμού ωοθηκικών και επινεφριδιακών φλεβών

15. Μια γυναίκα 87 ετών επισκέπτεται τον θεράποντα ιατρό της για κόπωση. Παραπονιέται για ζάλη και αίσθημα ελαφριάς κεφαλαλγίας. Δεν κοιμάται καλά και έχει μειωμένη όρεξη. Συχνά αποκοιμείται ενώ παρακολουθεί τηλεόραση αργά το απόγευμα. Δεν έχει ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων ούτε θωρακικό άλγος, αλλά περιστασιακά αισθάνεται παλμούς που διαρκούν περίπου μισό λεπτό. Οι εργαστηριακές εξετάσεις έδειξαν TSH 6,36 mIU/L και ελεύθερη T4 1,1 ng/dL.

Έχει οστεοπόρωση με T-score σπονδυλικής στήλης -2,7 και T-score αυχένα μηριαίου, -2,6. Λαμβάνει αλενδρονάτη, 70 mg εβδομαδιαίως, εδώ και 2 χρόνια καθώς και βιταμίνη D 1000 IU καθημερινά, μαζί με ασβέστιο 500 mg δύο φορές την ημέρα και μια πολυβιταμίνη. Ο ΔΜΣ της είναι 21 kg/m².

Ποιο από τα παρακάτω αποτελεί το επόμενο βήμα;

- A. Έναρξη λεβοθυροξίνης, 25 mcg ημερησίως
- B. Έναρξη λεβοθυροξίνης, 50 mcg ημερησίως
- C. Μέτρηση αντισωμάτων TPO
- D. Παραγγελία δοκιμασίας κοπώσεως καρδιάς
- E. Επανάληψη μέτρησης TSH σε 4 έως 8 εβδομάδες

16. Μια γυναίκα 28 ετών προσέρχεται στο ενδοκρινολογικό ιατρείο με ιστορικό απώλειας βάρους 3 κιλών μέσα σε 6 εβδομάδες, καθώς και αίσθημα παλμών, τρόμο και δυσανεξία στη ζέστη. Γέννησε το πρώτο της παιδί πριν από 8 μήνες και συνεχίζει να θηλάζει. Δεν αναφέρει αξιοσημείωτο ιατρικό ιστορικό και δεν λαμβάνει καμία τακτική φαρμακευτική αγωγή. Η μητέρα της πάσχει από κοιλιοκάκη, χωρίς άλλο αξιοσημείωτο οικογενειακό ιστορικό.

Κλινική εξέταση: ύψος 165,1 cm, βάρος 55,8 kg, ΔΜΣ = 20,5 kg/m², ΑΠ 132/68 mmHg και σφύξεις 110 ανά λεπτό, τρόμος στα τεντωμένα χέρια, υγρές παλάμες. Δεν υπάρχουν σημεία θυρεοειδικής οφθαλμοπάθειας ή δερματοπάθειας. Ο θυρεοειδής αδένας είναι ψηλαφητός, χωρίς λεμφαδενοπάθεια στον τράχηλο. Τα ευρήματα από την εξέταση των συστημάτων είναι κατά τα άλλα φυσιολογικά.

Αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων:

TSH: < 0,01 mIU/L (0,5-5,0 mIU/L)

Ελεύθερη T4: 3,1 ng/dL (0,8-1,8 ng/dL)

Ποια από τις παρακάτω είναι η καταλληλότερη επόμενη εξέταση;

- A. Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς
- B. Σπινθηρογράφημα με ιώδιο-131
- C. Μέτρηση αντισωμάτων TPO
- D. Μέτρηση ελεύθερης T3 στον ορό
- E. Μέτρηση TRAb

17. Ο εργαστηριακός έλεγχος σε ασθενή ηλικίας 75 ετών με τυχαία ανεύρεση μη λειτουργικού μακροαδένωματος υποφύσεως 14 εκατοστών και ιστορικό ΣΔ2 υπό αγωγή με μετφορμίνη αναδεικνύει αδένωμα επινεφριδίου ΔΕ διαμέτρου 1.4 εκατοστών. Ο υπόλοιπος βιοχημικός και ακτινολογικός έλεγχος αναδεικνύει αναιμία (Hb 10 g/dl, MCV 98), B12 98, υποκλινικό υποθυρεοειδισμό, και αυξημένα επίπεδα γαστρίνης χωρίς αναφερόμενη λήψη PPI. Από το οικογενειακό ιστορικό αναφέρονται παθήσεις του θυρεοειδούς και λεύκη. Ποια είναι η πιο ενδεδειγμένη εξέταση που θα υποδεικνύει την πλέον πιθανή διάγνωση

A. Έλεγχος πρώτου βαθμού συγγενών επιπέδων ασβεστίου και παραθορμόνης

B. Έλεγχος μεταλλάξεων γονιδίου MEN1

Γ. 1 mg DEX suppression test

Δ. ⁶⁸Gallium DOTATATE PET scan

E. Antiparietal cell antibodies

18. Ασθενής με ACTH-εξαρτώμενο ήπιας βαρύτητας σύνδρομο Cushing και φυσιολογική απεικόνιση υποφύσεως υποβάλλεται σε καθετηριασμό λιθοειδών κόλπων που είναι ενδεικτικός έκτοπης προέλευσης της ACTH. Ποια εξέταση είναι πιο πιθανό να αναδείξει την εστία προέλευσης της ACTH

A. Αξονική τομογραφία θώρακος

B. ¹⁸F-DG-PET/CT

Γ. ⁶⁸GALLIUM PET/CT

Δ. MRI κοιλίας

E. EUS παγκρέατος

19. Ασθενής με καρκινοειδές σύνδρομο που δεν επιδέχεται χειρουργικής παρέμβασης υπο αγωγή με διπλά ανάλογα μακράς δράσης σωματοστατίνης εμφανίζει ακτινομορφολογικά πρόοδο νόσου. Ποια είναι η ενδεδειγμένη περαιτέρω αντιμετώπιση

A. Χορήγηση τελοτριστατής

B. Χορήγηση Χημειοθεραπείας

Γ. Χορήγηση θεραπείας με ραδιονουκλεοτίδια

Δ. Χορήγηση Everolimus

E. Χορήγηση Sunitinib

20. Κλινικό περιστατικό 1

Η Ιωάννα είναι το μοναδικό παιδί της οικογένειας που διαγνώσθηκε με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 σε χρονολογική ηλικία 5 ετών. Η γλυκαιμική της ρύθμιση στην παιδική ηλικία ήταν μέτρια δεδομένου ότι η μητέρα της δεν μπορούσε να κατανοήσει επαρκώς τις ανάγκες προσαρμογής των δόσεων ινσουλίνης στην περιεκτικότητα υδατανθράκων των γευμάτων. Καθώς η Ιωάννα προχωράει στην εφηβεία αναλαμβάνει προοδευτικά τη ρύθμιση του διαβήτη της και παρουσιάζει μια σημαντική βελτίωση στα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Είναι υπεύθυνη στο σχολείο της, έχει πάντα καλούς βαθμούς και ως αθλητικός τύπος ασχολείται με το μπάσκετ δύο φορές την εβδομάδα. Παρουσιάζει εμμηναρχή σε ηλικία 13,5 ετών, αρχικά με αστάθεια του εμμηνορυσιακού κύκλου. Σε ηλικία 14,5 ετών παρουσιάζει δευτεροπαθή αμηνόρροια και στον τακτικό της έλεγχο διαπιστώνεται απώλεια βάρους 10 κιλών σε ένα 6μηνο και πτώση της HbA1c σε 6,3-6,5%. Η κοινωνική Ιωάννα γίνεται ένα κλειστό, λιγομίλητο κορίτσι.

1-A Ποια από τις κατωτέρω διαγνώσεις είναι η πιο πιθανή διάγνωση για τη δευτεροπαθή αμηνόρροιά της;

- a) Μέσα στα δύο πρώτα γυναικολογικά χρόνια μία έφηβη μπορεί να παρουσιάσει διαταραχές εμμήνου ρύσεως, δεν εγείρει ανησυχία
- b) Η απότομη απώλεια βάρους λόγω έντονου αθλητισμού μπορεί να ευθύνεται για τη δευτεροπαθή αμηνόρροια
- c) Η δευτεροπαθή αμηνόρροια μπορεί να συνοδεύει διατροφικές διαταραχές, που είναι πιο συχνές σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας με σακχαρώδη διαβήτη
- d) Η απώλεια βάρους μπορεί να οφείλεται σε γλυκοζουρία λόγω μη χορήγησης της σωστής δοσολογίας ινσουλίνης
- e) Μία εφηβική εγκυμοσύνη θα μπορούσε να είναι η αιτία της δευτεροπαθούς αμηνόρροιας

1-B Ποιο είναι τα κυριότερο σημείο που θα πρέπει να επισημανθεί κατά τη διάρκεια της μετάβασης φροντίδας από το παιδιατρικό νοσοκομείο στο νοσοκομείο ενηλίκων;

- a) Έφηβες με σακχαρώδη διαβήτη έχουν αντένδειξη χορήγησης αντισυλληπτικού δισκίου
- b) Οι διατροφικές διαταραχές είναι τουλάχιστον 2 φορές συχνότερες στις έφηβες με σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με τις έφηβες χωρίς διαβήτη και συχνά υποκρύπτεται καταθλιπτικό συναίσθημα
- c) Ο αθλητισμός αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης
- d) Το χορηγούμενο σχήμα ινσουλινοθεραπείας μπορεί να επηρεάσει τον εμμηνορυσιακό κύκλο
- e) Η κατανάλωση γαλακτοκομικών μπορεί να βελτιώσει τις διαταραχές εμμήνου ρύσεως

21. Κλινικό περιστατικό 2

Η Μαρία παραπέμφθηκε σε χρονολογική ηλικία 14 ετών σε Γυναικολόγο λόγω πρωτοπαθούς αμηνόρροιας. Από το οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται ότι η μητέρα είχε εμμηναρχή σε χρονολογική ηλικία 13 ετών και παρουσίαζε στην ενήλικη ζωή παχυσαρκία και διαταραχές εμμηνορυσιακού κύκλου. Κατά την αντικειμενική εξέταση σε χρονολογική ηλικία 14,5 ετών διεπιστώθηκε βάρος σώματος 78κιλά, ύψος 168εκ., ανάπτυξη μαζικού αδένου σταδίου III κατά Tanner, τρίχωση εφηβαίου σταδίου IV κατά Tanner. Ο εργαστηριακός έλεγχος ανέδειξε χαμηλά επίπεδα γοναδοτροπινών και οιστραδιόλης και χαμηλά επίπεδα free T4 και TSH.

2-A Ποια είναι κατά σειρά προτεραιότητας η επόμενη εξέταση που θα πρέπει να ζητηθεί;

- a) Ακτινογραφία αριστερής άκρας χειρός για προσδιορισμό οστικής ηλικίας
- b) Υπερηχογράφημα ελάσσονος πυέλου για απεικόνιση των ωοθηκών
- c) Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς για απεικόνιση θυρεοειδούς αδένου
- d) Μαγνητική τομογραφία υποθαλαμο-υποφυσιακής περιοχής
- e) Δυναμικό τεστ με χορήγηση Γλυκαγόνης για αξιολόγηση εκκριντικής ικανότητας Αυξητικής ορμόνης

2-B Τι πρέπει να γνωρίζει ο Ενδοκρινολόγος ενηλίκων κατά τη μεταβατική περίοδο για την ορμονική υποκατάσταση;

- a) Όταν υπάρχει οργανικό αίτιο υποφυσιακής ανεπάρκειας δεν χρειάζεται επαναξιολόγηση της έκκρισης αυξητικής ορμόνης
- b) Εφόσον το ανάστημα της ασθενούς είναι πάρα πολύ ικανοποιητικό δεν υπάρχει ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης
- c) Η ορμονική υποκατάσταση με χορήγηση οιστραδιόλης και προγεστερόνης θα πρέπει να συνεχιστεί έως την πλήρη ανάπτυξη μαζικού αδένου
- d) Η χορήγηση θυροξίνης πρέπει να προσαρμοστεί στη χορηγούμενη δόση ορμονικής υποκατάστασης
- e) Λόγω κινδύνου εφηβικής εγκυμοσύνης η έφηβη θα πρέπει να ενημερωθεί για μεθόδους αντισυλληψης

22. Άνδρας 67 ετών προσέρχεται αιτιώμενος μειωμένη σεξουαλική επιθυμία από διαείας. Από την κλινική εξέταση ΔΜΣ 31/ΠΜ 110 εκ. - κατά τα άλλα φυσιολογική. Προσκομίζει μέτρηση ολικής τεστοστερόνη ορού 250 ng / dL (ΦΤ: 270-890 ng / dL), FSH 4 IU/L και LH 6 IU/L (ΦΤ: 1-7 IU/L).

Ποιο είναι το επόμενο καλύτερο βήμα;

- A. Μέτρηση ελεύθερης τεστοστερόνης με ανοσοενζυμική μέθοδο
- B. Μέτρηση τεστοστερόνης και SHBG σε 2^η διαφορετική ημέρα**
- Γ. Διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας υπόφυσης
- Δ. Ο ασθενής είναι ευγοναδικός, δε χρειάζεται περαιτέρω έλεγχος
- E. Έναρξη θεραπείας υποκατάστασης τεστοστερόνης

23. Άνδρας 56 ετών που επισκέπτεται τον οικογενειακό του γιατρό για ρύθμιση της υπέρτασης, σας αναφέρει σημαντική στυτική δυσλειτουργία που έχει επιδεινωθεί τους τελευταίους 8 μήνες. Αυτό του προκαλεί μεγάλη δυσφορία όπως και στη σύζυγό του, και έχει οδηγήσει σε συζυγικές εντάσεις. Λαμβάνει θεραπεία για υπέρταση τα τελευταία 5 έτη, και επί του παρόντος παίρνει συνδυασμό υδροχλωροθειαζίδης και ατενολόλης, και η αρτηριακή του πίεση είναι μέτρια ελεγχόμενη (146/92 mm Hg). Από την κλινική εξέταση διαπιστώνετε παχυσαρκία (ΥΣ 175 εκ., ΒΣ 112,5 κλά, BMI 37) και φυσιολογική αρρενοποίηση. Αναφέρεται φυσιολογική libido και καθιστική ζωή.

Με βάση τα δεδομένα αυτά, είναι η πιο κατάλληλη αρχική θεραπευτική παρέμβαση;

- A. Έναρξη θεραπείας υποκατάστασης με τεστοστερόνη και διατήρηση του τρέχοντος αντιυπερτασικού σχήματος.
- B. Συζήτηση για την έναρξη συνεδριών θεραπείας με κρουστικά κύματα για την άμεση αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας του
- Γ. Πρόταση για συμβουλευτική ζεύγους ως κύρια θεραπεία
- Δ. Συνταγογράφηση αναστολέα φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 (PDE5) και παροχή συμβουλών για αλλαγές στον τρόπο ζωής, ενώ παράλληλα βελτιστοποιείτε τη θεραπεία της υπέρτασης, αντικαθιστώντας το υπάρχον αντιυπερτασικό σχήμα.
- E. Παροχή συμβουλών για αλλαγές στον τρόπο ζωής, ενώ παράλληλα βελτιστοποιείτε τη θεραπεία της υπέρτασης, αντικαθιστώντας το υπάρχον αντιυπερτασικό σχήμα.**

24. Κορίτσι 13 ετών παραπέμπεται για χαμηλό ανάστημα και καθυστέρηση ενήβωσης. Στην αντικειμενική εξέταση το ανάστημα είναι σταθερά < 3% εκτός του γενετικού ύψους-στόχου, το βάρος στην 75% , εμφανίζει ΤΣ I Μαστό, ΤΣ III Εφήβαιο, στάδιο 2 μασχάλες , 2/6 συστολικό καρδιακό φύσημα και δεν έχει δυσμορφικά χαρακτηριστικά.

Ποια από τις παρακάτω είναι η πιο πιθανή διάγνωση

A) ιδιοσυστασιακή καθυστέρηση ανάπτυξης/ενηβωσης

B) υποφυσιακή ανεπάρκεια

Γ) υπογοναδοτροπικός υπογοναδισμός

Δ) υπεργοναδοτροπικός υπογοναδισμός

E) σ. Cushing

25. Αγόρι 14 ετών προσέρχεται λόγω στασιμότητας ανάπτυξης από έτους με πτώση του ύψους στις καμπύλες από την 25 % στην 5% και καθυστέρησης ενήβωσης με όγκο όρχεων 10 μλ άμφω, ΤΣΙV Εφήβαιο, Στάδιο 3 μασχάλες. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρονται κεφαλαλγία, πρωινοί έμετοι, διπλωπία, πρόσφατη έναρξη νυχτερινής ενούρησης και πολυουρίας.

Ποια από τις παρακάτω είναι η πιο πιθανή διάγνωση

A) Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1

B) όγκος οπισθίου βόθρου

Γ) Κρανιοφαρυγγίωμα

Δ) σ. Kallmann

E) σ. Kleinefelter

26. Άνδρας 47 ετών με τυχαίο εύρημα σε triplex καρωτίδων όζο ΔΕ λ 2 εκ με μετρίου κινδύνου υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά (EU-TIRADS 4). Δεν αναγνωρίζονται άλλοι όζοι, TSH 2,2 mIU/ml, ΑΘΑ-, CT 1,2 ng/ml. Υποβλήθηκε σε FNA όπου η κυτταρολογική ήταν BTS III. Τι από τα παρακάτω θα προτείνετε;

A. Επανάληψη της FNA σε 3-6 μήνες

B. Μοριακό έλεγχο

Γ. Λοβεκτομή

Δ. Ολική θυρεοειδεκτομή

E. Παρακολούθηση με υπέρηχο σε 6 μήνες

27. Άνδρας 47 ετών προσέρχεται με τυχαίο εύρημα σε triplex καρωτίδων όζο ΔΕ λ 2 εκ με μετρίου κινδύνου υπερηχογραφικά χαρακτηριστικά (EU-TIRADS 4). Δεν αναγνωρίζονται άλλοι όζοι ούτε ύποπτοι λεμφαδένες, TSH 2,2 mIU/ml, ΑΘΑ-, CT 1,2 ng/ml. Υποβλήθηκε σε FNA όπου η κυτταρολογική ήταν BTS V. Τι από τα παρακάτω θα συστήνατε?

A. Ολική θυρεοειδεκτομή

B. Ολική θυρεοειδεκτομή με προφυλακτικό κεντρικό λεμφαδενικό καθαρισμό

Γ. Λοβεκτομή

Δ. Θερμοκαυτηρίαση (radiofrequency ablation)

E. Ενεργό παρακολούθηση (active surveillance)

28. Ο ασθενής Μ.Σ. 62 ετών, προσέρχεται για “αδυνάτισμα” κατόπιν σύστασης του καρδιολόγου του. Από το αναμνηστικό ιστορικό αναφέρει οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου πριν 6 έτη. Ποια από τις παρακάτω διατροφικές παρεμβάσεις θα επιλέξετε βάση τεκμηριωμένου οφέλους στον συγκεκριμένο ασθενή;

A. Μεσογειακή διατροφή

B. Διατροφή χαμηλής πρόσληψης λιπαρών

Γ. Χορτοφαγική διατροφή

Δ. Διαλειματική- χρονοδιατροφή

Ε. Συνδυασμό χαμηλής πρόσληψης υδατανθράκων και χρονοδιατροφής

29. Η ασθενής Χ.Κ. την τελευταία 15ετία πήρε σταδιακά 20 κιλά. Είναι καπνίστρια (20 τσιγάρα/ημέρα από ηλικία 20 ετών), δεν τρώει καθημερινά φρούτα και λαχανικά και δε λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή

Κλινικά ευρήματα:

a. Υ: 176 εκ. & ΣΒ: 98 Kg

b. Περίμετρος μέσης: 110 εκ., Περίμετρος ισχίων: 105 εκ.

c. ΑΠ: 137/85 mmHg, Σφ: 102/min ρυθμικός

d. Κλινική εξέταση: Κοιλιακή παχυσαρκία; ήπαρ ψηλαφητό

Σας επισκέπτεται λόγω υψηλών τιμών σακχάρου που βρήκε σε τυχαίο προσυμπτωματικό έλεγχο και επιθυμεί να ενημερωθεί για το ενδεχόμενο μείωσης/ αντικατάστασης των γευμάτων της ημερησίως. Την ενημερώνετε ότι οι μερικές υποκαταστάσεις γευμάτων (αντικατάσταση ενός έως δύο γευμάτων την ημέρα στο πλαίσιο μιας παρέμβασης περιορισμένης σε θερμίδες):

A. Αποτελούν ενιαίο πρόγραμμα που εφαρμόζεται σε όλους

B. Εφαρμόζονται σε δεύτερο χρόνο μετά την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής

Γ. Σχετίζονται με απόλυτη μείωση A1C 1,0-1,9% σε άτομα με διαβήτη τύπου 1 και 0,3-2,0% σε άτομα με διαβήτη τύπου 2

Δ. Δεν έχουν καταδείξει μεταβολικά οφέλη σε άτομα με παρόμοιο υπόβαθρο

Ε. Έχουν καταδείξει καρδιαγγειακό όφελος (MACE κριτήρια)

30. Ασθενής με πολύ αυξημένα επίπεδα Lp(a) πρέπει

A) να λάβει ειδική αγωγή για μείωση των επιπέδων της

B) δεν χρειάζεται να τροποποιήσει την αγωγή του

Γ) χρειάζεται τροποποίηση της αγωγής μόνο στην δευτερογενή πρόληψη

Δ) **χρειάζεται κατάλληλη τροποποίηση της αγωγής διότι εμφανίζει καρδιαγγειακό κίνδυνο αντίστοιχο με άτομο που παρουσιάζει οικογενή υπερλιπιδαιμία**

31. Ασθενής 60 ετών που παρουσιάζει ΣΔ τύπου 2 από δεκαετίας

A) έχει στόχο LDL-X < 70 mg/dL

B) έχει στόχο LDL-X < 70 mg/dL αν δεν έχει βλάβη σε όργανα στόχους

Γ) **έχει στόχο LDL-X < 70 mg/dL και μείωση της τουλάχιστον κατά 50 % αν δεν έχει βλάβη σε όργανα στόχους**

Δ) έχει στόχο LDL-X < 55 mg/dL αν δεν έχει βλάβη σε όργανα στόχους

E) έχει στόχο LDL-X < 55 mg/dL και μείωσή της τουλάχιστον κατά 50% αν δεν έχει βλάβη σε όργανα στόχους

32. Γυναίκα 56 ετών με αναφερόμενη ΤΕΡ προ 10ετίας

Προσέρχεται για έλεγχο της θυρεοειδικής λειτουργίας και οστεοπόρωσης.

Κατά την λήψη του ιστορικού αναφέρει έντονη ξηρότητα κόλπου

Καπνίστρια, λαμβάνει αντιυπαρτασική αγωγή, σκεύασμα ασβεστίου και βιτ D, άσκηση (+), BMI εφο

ΜΟΠ: αυχεν αριστ μηριαίου T score

Οικογενειακό ιστορικό: (-) για Ca μαστού, θρομβοεμβολική νόσο

Ποια είναι η ενδεδειγμένη προσέγγιση:

1. Χορήγηση ΘΟΥ σε κυκλικό σχήμα με οιστρογόνο διαδερμικά και προγεστερόνη
2. Χορήγηση ΘΟΥ σε συνεχές σχήμα με οιστρογόνο διαδερμικά και προγεστερόνη και τοπικά στον κόλπο σκεύασμα οιστραδιόλης ή οιστριόλης
3. Τιμπολόνη
4. Ραλιξιφαίνη
5. Ραλοξιφαίνη και τοπικά στον κόλπο σκεύασμα οιστραδιόλης ή οιστριόλης

33. Γυναίκα 45 ετών προσέρχεται για διαταραχές την περιόδου από 3μήνου που χαρακτηρίζονται από αλλαγή στην συχνότητα αλλά και μεγάλη αύξηση του αίματος.

Δεν αναφέρει εξάψεις

Έχει πρόσφατα παντρευτεί και θα επιθυμούσε παιδί

Γυναικολογικό ιστορικό: 2 ΦΤ πριν από 20 και 22 χρόνια στο εξωτερικό

Ατομικό: Καπνίζει

Ποια θα ήταν η πιο ενδεδειγμένη θεραπευτική προσέγγιση, εφ' όσον από τον έλεγχο δεν προκύψουν αντενδείξεις

1. Τοποθέτηση ενδομητρίου σπειράματος Mirena
2. ΘΟΥ με κυκλικό σχήμα οιστρογόνου προγεστερόνης διαδερμικό
3. ΘΟΥ με κυκλικό σχήμα οιστρογόνου προγεστερόνης από του στόματος
4. Αναμονή και χορήγηση σκευασμάτων σιδήρου
5. ΘΟΥ με κυκλικό σχήμα οιστρογόνου (σε αυξημένη δόση) και προγεστερόνης διαθερμικό

34. Ασθενής 55 ετών με ιστορικό MASLD υποβάλλεται σε βιοψία ήπατος. Τα αποτελέσματα είναι ενδεικτικά σημαντικού βαθμού ίνωσης (στάδιο F3) χωρίς κίρρωση. Υποθέτοντας πως έχετε όλα τα παρακάτω διαθέσιμα, ποια θεραπεία θα συνταγογραφούσατε στον / στην ασθενή;

A. GLP-1 αγωνιστή

B. SGLT2 αναστολέα

Γ. Πιογλιταζόνη

Δ. Resmetirom

Ε. Τιρζεπατίδη

35. Ασθενής 47 ετών με ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και Δείκτη Μάζας Σώματος 40 kg/m^2 , εμφανίζει τιμές AST 52 IU/L, ALT 75 IU/L και γGT 60 IU/L. Δεν καταναλώνει αλκοόλ. Το υπερηχογράφημα ήπατος αναδεικνύει στεάτωση ήπατος και από τον λοιπό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο αποκλείονται άλλα αίτια χρόνιας ηπατοπάθειας. Προχωράτε στον υπολογισμό του FIB-4 score και βρίσκετε τιμή 1.2. Ποιο το επόμενο βήμα;

A. Παραπομπή σε ηπατολόγο

B. Βιοψία ήπατος

Γ. Εναρξη Resmetirom

Δ. Ελαστογραφία ήπατος

Ε. Έλεγχος των καρδιομεταβολικών παραγόντων κινδύνου (HbA1c, βάρος, λιπίδια, κτλ)

36. Βρέφος ηλικίας 2 μηνών προσκομίζεται λόγω έναρξης τριχοφυΐας στο εφήβαιο από μηνός. Το βρέφος γεννήθηκε τελειόμηνο και αναπτύσσεται φυσιολογικά. Η οστική ηλικία συμβατή με τη χρονολογική. Εμφανίζει αραιές, μαύρες, σκληρές τρίχες στο όσχεο. Οι όρχεις είναι 2 ml και το πέος έχει φυσιολογικό μήκος. Δεν διαπιστώνεται υπέρχρωση.

Σύμφωνα με την εργαστηριακό έλεγχο

Testosterone 190 ng/ml, LH 2,5 mIU/ml, 17-OH-PG 0,42 ng/ml (εφο), DHEAS 30 µg/dl (εφο)

Ποια η πιθανότερη διάγνωση:

- A. Κεντρική πρόωμη ήβη
- B. Συγγενής υπερπλασία επινεφριδίων
- Γ. Τεστοτοξίκωση
- Δ. Όγκος επινεφριδίων
- E. Φυσιολογική παραλλαγή

37. Ποιο από τα παρακάτω είναι λάθος;

Η παρακολούθηση της θεραπείας αναστολής ήβης περιλαμβάνει

- A. Ακτινογραφία οστικής ηλικίας
- B. Ταχύτητα ανάπτυξης
- Γ. Ηπατική λειτουργία
- Δ. Δυναμικές δοκιμασίες (LHRH test)
- E. Αλλαγές διάθεσης/συμπεριφοράς

38. Ασθενής ηλικίας 92 ετών με ΣΔ από 40 ετίας νοσηλεύεται λόγω ισχαιμικού ΑΕΕ. Ο ασθενής ελάμβανε αγωγή με γλικλαζίδη 60 mg ημερησίως και έχει HBA1c 5,3%. Στη διάρκεια της νοσηλείας οι τιμές σακχάρου ήταν <180 mg/dl και δε χρειάστηκε αγωγή.

Τι οδηγίες θα δώσετε για την αγωγή του μετά το εξιτήριο;

A. Να συνεχίσει την ίδια αγωγή

B. Να μειώσει τη δόση της γλικλαζίδης σε 30 mg ημερησίως

Γ. Να μειώσει τη δόση της γλικλαζίδης σε 30 mg ημερησίως και να προσθέσει 500mg μετφορμίνης

Δ. Να διακόψει τη γλικλαζίδη και να συνεχίσει μόνο με διατροφή

E. Να διακόψει τη γλικλαζίδη και να προσθέσει 10 mg εμπαγλιφλοζίνης

39. Ασθενής ηλικίας 52 ετών (BMI=31) χωρίς γνωστό ΣΔ προσέρχεται με συμπτώματα υπεργλυκαιμίας (πολυουρία, πολυδιψία και απώλεια βάρους 12 κιλών σε 2 μήνες), τιμές σακχάρου >300 mg/dl την τελευταία εβδομάδα και έντονη καταβολή και κόπωση. Δεν έχει οξόνη στα ούρα το PH στα αέρια αίματος είναι 7,34. Η HBA1c είναι 12,4%

Ποια είναι η καλύτερη θεραπευτική στρατηγική;

A. Έναρξη GLP-1 αγωνιστή

B. Νοσηλεία για ενυδάτωση και έναρξη ενδοφλέβιας ινσουλίνης

Γ. Έναρξη συνδυασμού βασικής ινσουλίνης με μετφορμίνη

Δ. Έναρξη συνδυασμού μετφορμίνης με GLP-1 αγωνιστή

E. Έναρξη συνδυασμού DPP-4 αναστολέα με μετφορμίνη

40. Γυναίκα 33 ετών στην 10^η εβδομάδα κύησης μετά από εργαστηριακό έλεγχο ρουτίνας εμφανίζει επίπεδα TSH ορού 0,15 mU/L (όρια εργαστηρίου 0,35-4,94 mU/L) με επίπεδα FT4 1,6ng/dL (όρια εργαστηρίου 0,7-1,48ng/dL). Ποιο από τα παρακάτω είναι σωστό;

A. Είναι διαγνωστικό υπερθυρεοειδισμού και χρήζει χορήγησης αντιθυρεοειδικών φαρμάκων

B. Χρειάζεται να γίνει προσδιορισμός των αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων για να τεθεί ή να αποκλειστεί η διάγνωση του υπερθυρεοειδισμού

Γ. Το κατώτερο όριο σε αυτή την εβδομάδα κύησης είναι χαμηλότερο (0,1mU/L), οπότε δεν τίθεται η διάγνωση του υπερθυρεοειδισμού

Δ. Χρειάζονται οπωσδήποτε και τα επίπεδα της ολικής T3 για να τεθεί διάγνωση

E. Τίθεται η διάγνωση του υποκλινικού υπερθυρεοειδισμού

41. Ποιο από τα παρακάτω είναι σωστό για τους προαναλυτικούς παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα προσδιορισμού ορμονών;

A. Αιμοληψία για τον προσδιορισμό της προλακτίνης μπορεί να γίνει οποιαδήποτε ώρα της ημέρας

B. Η εβδομάδα της κύησης δεν επηρεάζει την αξιολόγηση του αποτελέσματος προσδιορισμού της TSH

Γ. Η ημέρα του εμμηνορρυσιακού κύκλου έχει σημασία για την αξιολόγηση των επιπέδων της προγεστερόνης

Δ. Η λήψη βιοτίνης ως διατροφικό συμπλήρωμα επηρεάζει τον προσδιορισμό της κορτιζόλης με ανοσολογική μέθοδο

E. Η περιεκτικότητα του νερού ή των διαλυμάτων του αναλυτή σε χλωριούχα δεν επηρεάζει τον προσδιορισμό της T4

42. Η ασθενής σας Μ. Π., 37 ετών, την οποία παρακολουθείτε γιατί έχει έναν μονήρη όζο του θυρεοειδή 7 χιλιοστών, σας αναφέρει ότι επιθυμεί κύηση. Έχει εδώ και 2 χρόνια επαφές με το σύζυγό της χωρίς προστασία, ενώ αναφέρει ότι το σπερμοδιάγραμμα του συζύγου της σε πρόσφατο έλεγχο ήταν φυσιολογικό. Ο ορμονικός της έλεγχος είναι ο εξής:

- FSH 32 IU/L
- LH 40 IU/L
- Οιστραδιόλη 10 pg/mL
- Προλακτίνη 6 ng/mL
- Τεστοστερόνη 12 ng/dL
- TSH 4 mIU/ml

Ποια η πιθανή διάγνωση;

A. Υποθυρεοειδισμός

B. Πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια

Γ. Εμμηνόπαυση

Δ. Σύνδρομο Πολυκυστικών Ωοθηκών

E. Λειτουργικός υπογοναδοτροφικός υπογοναδισμός

43. Η ασθενής σας Μ. Π., 21 ετών σας επισκέπτεται για πρώτη φορά και σας αναφέρει ότι βρίσκεται σε αγωγή με θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης από την εφηβεία της. Μετά από τις σχετικές ερωτήσεις σας, σας αναφέρει ότι δεν της ήρθε ποτέ περίοδος και της είπαν ότι ποτέ δεν θα μπορούσε να κάνει παιδιά. Η ασθενής επίσης αναφέρει ότι όλοι οι έλεγχοι γίνονταν από ενδοκρινολόγο, ενώ δεν έχει πάει ποτέ σε γυναικολόγο. Η ασθενής είναι 68 κιλά, με ύψος 175 εκ και δεν έχει ακμή ή δαυστριχισμό.

Ποια η πιθανή διάγνωση;

A. Υπεργοναδοτροφικός υπογοναδισμός

B. Πρώιμη ωοθηκική ανεπάρκεια

Γ. Κλασικός υπογοναδοτροφικός υπογοναδισμός

Δ. Σύνδρομο Αντίστασης στα ανδρογόνα

E. Λειτουργικός υπογοναδοτροφικός υπογοναδισμός

44. Γυναίκα 24 ετών διεγνώσθη με μακροπρολακτίνωμα και η προλακτίνη της ήταν 1796ng/ml (4-30), ενώ η μαγνητική τομογραφία υποφύσεως ανέδειξε 1.5 εκ εξεργασία, που απωθεί το οπτικό χίασμα χωρίς να διηθεί τους σηραγγώδεις κόλπους. Ανταποκρίθηκε πολύ καλά στην θεραπεία με καμπεργολίδη και η προλακτίνη πολύ γρήγορα έπεσε εντός φυσιολογικών ορίων. 6 μήνες μετά η μαγνητική τομογραφία έδειξε σημαντική συρρίκνωση όγκου. Στην παρούσα φάση λαμβάνει καμπεργολίδη 0.25 mg 2 φορές την εβδομάδα που το ανέχεται καλά. Η νέα MRI δείχνει απουσία υπολλειματικού όγκου και η προλακτίνη είναι 5ng/ml . Η περίοδος είναι ομαλή υπό αντισυλληπτικά. Ενδιαφέρεται για τεκνοποίηση.

Από τη φυσική της εξέταση διαπιστώνεται ότι η γυναίκα είναι υγιής με φυσιολογικό BMI 23 Kg/m² και αρτηριακή πίεση 114/63 mmHg.

Ποια από τις παρακάτω επιλογές είναι η καταλληλότερη για την ασθενή?

A) Διακοπή αντισυλληπτικών και να συνεχίσει καμπεργολίδη

B) Διακοπή αντισυλληπτικών και καμπεργολίδης

Γ) Διακοπή αντισυλληπτικών και αλλαγή από καμπεργολίδη σε βρωμοκρυπτίνη

Δ) Να αναβάλλει το πλάνο τεκνοποίησης έως ότου συμπληρώσει 5 έτη θεραπείας με καμπεργολίδη

Ε) Να συνεχίσει την καμπεργολίδη και να αναζητήσει ως λύση τη δωρεά ωαρίου και την εξωσωματική γονιμοποίηση

45. Γυναίκα 32 ετών διαγιγνώσκεται με νόσο Cushing. Παρουσιάζει αύξηση σωματικού βάρους, αρτηριακή υπέρταση, διαταραχές εμμήνου ρύσεως. Η μαγνητική της τομογραφία δείχνει ένα μικροαδένωμα 6 χιλιοστά. Υποβάλλεται σε διασφηνοειδική επέμβαση και η ιστολογική της αναδुकνει ένα ACTH εκκριτικό αδένωμα. Άμεσα μετεγχειρητικά διαπιστώνεται πρωινή κορτιζόλη 1 μg/dl και ACTH <5 pg/ml. Οι οδηγίες εξόδου είναι να λαμβάνει 15 mg υδροκορτιζόνης το πρωί και 5 mg το απόγευμα.

Παραλείπει να προσέλθει τους επόμενους μήνες και επανέρχεται 11 μήνες μετεγχειρητικά. Αισθάνεται καλά, έχει χάσει 7 κιλά, έχει τακτική έμμηνο ρύση και έχει διακόψει την αντιυπερτασική της αγωγή. Συνεχίζει να λαμβάνει την υδροκορτιζόνη. Ποια από τα παρακάτω αποτελέσματα θεωρείτε ότι είναι πιο πιθανό να βρεθούν κατά τον νέο εργαστηριακό της έλεγχο το πρωί πριν τη λήψη της πρωινής υδροκορτιζόνης?

	Κορτιζόλη	ACTH	DHEAS
Απάντηση Α	Αυξημένη	Αυξημένη	Αυξημένη
Απάντηση Β	Χαμηλή	Φυσιολογική	Αυξημένη
Απάντηση Γ	Χαμηλή	Χαμηλή	Χαμηλή
Απάντηση Δ	Φυσιολογική	Φυσιολογική	Αυξημένη
Απάντηση Ε	Χαμηλή	Φυσιολογική	Χαμηλή

46. Άνδρας 63 χρονών παραπέμπεται για εκτίμηση πιθανών υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Την τελευταία 4ετία σε τυχαίους εργαστηριακούς ελέγχους η γλυκόζη ήταν 46-110mg/dl. Αναφέρει άγχος, τρόμο, νευρικότητα και επιθυμία για γλυκό πριν τα γεύματα, με σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων μετά την κατανάλωση τροφής το μεσημέρι και το βράδυ. Από το ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής δεν έχει νεφρική ανεπάρκεια, ηπατική νόσο, ή σακχαρώδη διαβήτη και δεν λαμβάνει αντιδιαβητικά δισκία ή ινσουλίνη. Το οικογενειακό ιστορικό είναι αρνητικό για ινσουλίνωμα ή πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία τύπου 1 (MEN1). Μετά από νυχτερινή 12ώρη νηστεία ο ασθενής εμφάνιζε εφίδρωση, θόλωση της όρασης, διαταραχές ομιλίας (βραδύτητα στο λόγο) και η γλυκόζη στο βιοχημικό εργαστήριο ήταν 49 mg/dl, η ινσουλίνη 17,8 μIU/ml (3-19), το c-peptide 8,2ng/ml (1,1-4,1), οι κετόνες ούρων αρνητικές, και τα αντι-ινσουλινικά αντισώματα μη μετρητά.

Ποιο από τα παρακάτω είναι το καλύτερο επόμενο βήμα;

A. Διενέργεια δοκιμασίας νηστείας 72 ωρών

B. Τα επίπεδα ινσουλίνης είναι φυσιολογικά επομένως δεν χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση καθώς πρόκειται πιθανότατα για ψευδο-υπογλυκαιμία (σ.Raynaud, καθυστέρηση στο διαχωρισμό του πλάσματος από τα ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια τα οποία μεταβολίζουν τη γλυκόζη).

Γ. Ενδογενής υπερινσουλιαιμία. Διενέργεια απεικονιστικού ελέγχου για την εντόπιση πιθανού ινσουλινώματος, ή νησιδιοβλάστωσης (παγκρεατογενές υπερινσουλιαιμικό σύνδρομο μη οφειλόμενο σε ινσουλίνωμα)

Δ. Τοποθέτηση CGM για παρακολούθηση των τιμών γλυκόζης

E. Σύσταση για πολλά μικρά και συχνά γεύματα

47. Γυναίκα 24 ετών εισήχθη στο νοσοκομείο λόγω επιληπτικών κρίσεων. Διαπιστώθηκε σάκχαρο 39 mg/dl και της χορηγήθηκε γλυκαγόνη im και ορός D/W 10% iv. Έχει ιστορικό βαριατρικού χειρουργείου χωρίς όμως να είναι σαφές το είδος του χειρουργείου. Το πρωί της επομένης της εισαγωγής, και αφού είχε διακοπεί η χορήγηση του D/W, τα επίπεδα γλυκόζης ήταν σταθερά- φυσιολογικά. Αργότερα όμως το απόγευμα η ασθενής εμφάνισε λιποθυμικό επεισόδιο και τα επίπεδα σακχάρου στο τριχοειδικό αίμα ήταν 39 mg/dl, ενώ στο εργαστήριο 23mg/dl. Ο υπόλοιπος ταυτόχρονος εργαστηριακός έλεγχος ήταν ο εξής: ινσουλίνη 21 μIU/ml (2,6-24,9), c-peptide 0,45ng/ml (1,1-4,41), β-υδροξυβουτυρικό <0,1mmol/L (υποδηλώνοντας απουσία κέτωσης), κορτιζόλη 18μg/dl, IgG αντι-ινσουλινικά αντισώματα μη μετρητά.

Ποιο από τα παρακάτω είναι η πιο πιθανή αιτιολογία της υπογλυκαιμίας της ασθενούς;

A Ενδογενής παραγωγή ινσουλίνης από ινσουλίνωμα

B Υπογλυκαιμία λόγω λήψης αντιδιαβητικών δισκίων ή ινσουλίνης

Γ Hirata syndrome

Δ Νόσος Addison

E Dumping syndrome

48. Ο Νίκος είναι 18 ετών και εισήχθη στο Νοσοκομείο με διαβητική κετοξέωση. Έγινε πρωτοδιάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Είναι 72 κιλά. Ρωτάει για το αν η νόσος του είναι κληρονομική, καθώς και για τη θεραπεία του. Ποια είναι η σωστή απάντηση;

- a) εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα χωρίς σχετικό κληρονομικό ιστορικό και θα χρειαστεί ινσουλινοθεραπεία δια βίου.
- b) εκδηλώνεται πάντα σε άτομα με σχετικό κληρονομικό ιστορικό και θα χρειαστεί ινσουλινοθεραπεία δια βίου.
- c) εκδηλώνεται πάντα σε άτομα με σχετικό κληρονομικό ιστορικό, θα λάβει ινσουλίνη εντός του νοσοκομείου και θα σταματήσει μετά.
- d) εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα χωρίς σχετικό κληρονομικό ιστορικό, θα λάβει ινσουλίνη εντός του νοσοκομείου και θα σταματήσει μετά.
- e) εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα χωρίς σχετικό κληρονομικό ιστορικό και θα χρειαστεί αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία δια βίου.

49. Η Ελένη είναι 30 ετών και έχει σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 από 20ετίας. Βρίσκεται σε σχήμα με πολλαπλές ενέσεις ινσουλινοθεραπείας (MDI) και οι συνολικές ημερήσιες μονάδες ινσουλίνης που λαμβάνει είναι 40. Πρόσφατη HbA1c 6.9%. Αποφασίσαμε τη μετάβαση σε αντλία ινσουλίνης. Ποιες από τις παρακάτω θα είναι οι αρχικές ρυθμίσεις στην αντλία:

- a) basal rate: 1u/h, 00:00 - 04:00: 2u/h, 04:00 -08:00: 0.75u/h, Carbo 1u: 30 gr, ISF 1u: 100 mg/dl
- b) pump total daily dose: 10% of total daily dose
- c) basal rate: 0.625u/h, 00:00 - 04:00: 0.5u/h, 04:00 -08:00: 0.75u/h, Carbo 1u: 17 gr, ISF 1u: 60 mg/dl
- d) basal insulin: pump total daily dose/5
- e) insulin sensitivity factor: 500/pump total daily dose

50. Αγόρι 16 ετών διερευνάται για προεγχειρητική αντιμετώπιση ενός πρόσφατα ανακαλυφθέντος φαιοχρωμοκυττώματος δεξιού επινεφριδίου, συμπτωματικό (από έτους δυσφορικά επεισόδια, αίσθημα παλμών, κεφαλαλγίες), βιοχημικά τεκμηριωμένο. Από την κλινική εξέταση ένα εύρημα φαίνεται στην φωτογραφία.



Ποιο από τα παρακάτω σύνδρομα σχετίζεται με το φαιοχρωμοκύτωμα στον εν λόγω ασθενή?

- A. Νευρινωμάτωση τύπου 1 (von Recklinghausen disease)
- B. Σύμπλεγμα Carney
- Γ. Πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασία τύπου 2B
- Δ. Οικογενές παραγαγγλίωμα με μετάλλαξη SDHD-B (succinate dehydrogenase subunit B mutation)
- E. Σύνδρομο Von Hippel-Lindau

51. Γυναίκα 26 ετών, καπνίστρια, παρουσιάζει οζώδη βρογχοκήλη με όζους έως 8 χιλ αμφοτερόπλευρα TIRADS 2. Παρουσιάζει ήπια κόπωση, σταθερό σωματικό βάρος και ήπια δυσκοιλιότητα.

Έγινε ο παρακάτω έλεγχος

free T4 = 1.3 ng/dL, Ολική T3 = 150 ng/dL, TSH = 9 mIU/L, anti-TPO ab = 2200 IU/mL, Καλσιτονίνη = 25 pg/ml (ΦΤ <16)

Σε τι είναι πιο πιθανό να οφείλεται η αυξημένη τιμή της καλσιτονίνης?

- A. Μικρο-μυελοειδές καρκίνωμα θυρεοειδούς
- B. Μικρο-θηλώδες καρκίνωμα θυρεοειδούς
- Γ. Θυρεοειδίτιδα Hashimoto
- Δ. Υποθυρεοειδισμό
- E. Κάπνισμα

52. Εξετάζετε ένα 8χρονο αγόρι με σοβαρή υπερφαγία και παχυσαρκία από την προνηπιακή ηλικία, αυξημένη λιπώδη μάζα, υπερινσουλιαιμία και ύψος στην 95^η ΕΘ. Η μητέρα του ήταν επίσης πολύ παχύσαρκα από την παιδική της ηλικία, ενώ ο πατέρας του είναι αδύνατος. Τόσο η μητέρα όσο και ο γιος έχουν σκούρα καστανά μαλλιά. Υποθέτετε ότι αυτό το αγόρι έχει μια μονογονιδιακή μορφή παχυσαρκίας. Ποιο από τα παρακάτω γονίδια είναι το ΠΙΟ πιθανό να εμπλέκεται στον φαινότυπο αυτού του αγοριού;

- A. Της λεπτίνης
- B. Του υποδοχέα της λεπτίνης
- Γ. Του υποδοχέα της μελανοκορτίνης 4 (MC4R)**
- Δ. Της κονβερτάσης 1 της προ-ορμόνης (PC1)
- E. Της προοπιομελανοκορτίνης (POMC)

53. Ένα 4χρονο κορίτσι παραπέμπεται λόγω ανησυχίας των γονιών για υπερβολική αύξηση βάρους. Από το ατομικό ιστορικό προκύπτει δυστροφία κατά τον πρώτο χρόνο ζωής. Κατά την εξέταση, το βάρος της είναι πάνω από την 75η εκατοστιαία θέση, το ύψος της βρίσκεται στην 3^η εκατοστιαία θέση, ο Δείκτης Μάζας Σώματος είναι 22 και παρουσιάζει ήπια υποτονία. Ποιο από τα παρακάτω αποτελεί χαρακτηριστικό του νοσήματος από το οποίο πάσχει η συγκεκριμένη ασθενής;

- A. Υπεργοναδοτροφικός υπογοναδισμός
- B. Μεγάλα χέρια και πόδια
- Γ. Συνήθως οφείλεται σε διαγραφή του πατρικού χρωμοσώματος 15q11-q13**
- Δ. Ανάγκη έναρξης αγωγής με rhGH κατά την εφηβική ηλικία
- E. Επαρκείς σχολικές επιδόσεις

54. Μία 32χρονη γυναίκα με ΣΔ1 από την ηλικία των 4 ετών ανακαλύπτει ότι είναι έγκυος στην 10η εβδομάδα κύησης. Για τη ρύθμιση του διαβήτη χρησιμοποιεί ινσουλίνη sc Deglutec 20 IUx1 και ultra rapid Lispro, με αναλογία υδατάνθρακα (ICR) 1/12 και δείκτη ευαισθησίας στην ινσουλίνη (ISF) 1/30. Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) της είναι 32 Kg/m² και η HbA1c της είναι 7,5%. Φέρει αισθητήρα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης με TIR 75% (70–180mg/dL) και TBR 3% (<70 mg/dL) και TAR<22% (>180 mg/dL) Έχει ιστορικό υπέρτασης για την οποία λαμβάνει ιβεσαρτάνη 150 mg x1 (με τιμές ΑΠ 130/60 mmHg). Ποια από τις παρακάτω ενέργειες είναι η πλέον ενδεδειγμένη αρχικά;

- A) Τακτική παρακολούθηση για υπογλυκαιμίες και αύξηση της δόσης της ιβεσαρτάνης
- B) Αλλαγή αντιυπερτασικής αγωγής σε ραμιπρίλη 5mg x1 και παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου με υπερηχογράφημα
- Γ) Αλλαγή των ρυθμίσεων παρακολούθησης του αισθητήρα καταγραφής γλυκόζης, αύξηση της βασικής ινσουλίνης και επανέλεγχος σε 2 εβδομάδες
- Δ) Επαναλαμβανόμενος έλεγχος της μικροαλβουμινουρίας και μείωση της δόσης ινσουλίνης για αποφυγή υπογλυκαιμιών
- Ε) Διατήρηση της αγωγής ως έχει και σύσταση για διατροφή και άσκηση

55. Μία 30χρονη γυναίκα (BMI 28 Kg/m²), έγκυος για πρώτη φορά, προσήλθε στο νοσοκομείο στις 24 εβδομάδες κύησης για προληπτικό έλεγχο. Η γυναίκα δεν έχει ατομικό ιστορικό διαβήτη, αλλά η μητέρα της είχε διαβήτη τύπου 2. Ανησυχεί για την πιθανότητα Σακχαρώδους Διαβήτη Κύησης (ΣΔΚ). Υποβλήθηκε σε καμπύλη σακχάρου με λήψη 75g γλυκόζης από του στόματος. Οι τιμές γλυκόζης πλάσματος ήταν:

- Γλυκόζη νηστείας (0') = 92 mg/dl
- Γλυκόζη 60' = 170 mg/dl
- Γλυκόζη 120' = 148mg/dl

Ποια από τις παρακάτω καταστάσεις ισχύει σύμφωνα με τα κριτήρια IADPSG;

- A) Έχει ΣΔΚ και χρήζει ενδεδειγμένης διατροφής και μετρήσεων σακχάρου κατ'οίκον
- B) Διάγνωση ΣΔΚ τίθεται λόγω της γλυκόζης στα 120' που ξεπερνά το όριο
- Γ) Η διάγνωση ΣΔΚ τίθεται λόγω υπέρβασης του ορίου γλυκόζης στα 60'
- Δ) Η καμπύλη σακχάρου έπρεπε να γίνει με λήψη 100g γλυκόζης από του στόματος
- Ε) Διάγνωση ΣΔΚ τίθεται εάν 2 τιμές γλυκόζης είναι πάνω από τα καθορισμένα όρια

56. Γυναίκα ηλικίας 35 ετών με ιστορικό θυρεοειδίτιδας Hashimoto (χωρίς αγωγή προ κύησης, ελάμβανε κατά την κύηση λεβοθυροξίνη 50 µg η οποία διεκόπη μετά τον τοκετό) προσέρχεται 2 μήνες μετά τον τοκετό με ταχυκαρδία σφ 120/min και εργαστηριακό έλεγχο: TSH 0,08 mIU/L, FT4 1.65 (0.90-1.5) ng/dl, T3 1.5 (0.8-2.4) ng/ml. Ποια είναι η θεραπευτική αγωγή που θα συστήσετε;

A. Έναρξη αντιθυρεοειδικών φαρμάκων σε χαμηλή δόση.

B. Χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου I131 θεραπευτικά λόγω υπερθυρεοειδισμού.

Γ. Θυρεοειδεκτομή.

Δ. Συντηρητική αντιμετώπιση και χορήγηση β αναστολέων εφόσον χρειαστεί, επανέλεγχος θυρεοειδικής λειτουργίας σε 1 μήνα.

Ε. Χορήγηση υψηλών δόσεων γλυκοκορτικοειδών, πρεδνιζολόνης 30-50 mg ημερησίως.

57. Γυναίκα ηλικίας 25 ετών με ελεύθερο ιστορικό προσέρχεται την 10^η εβδομάδα κύησης με υπερέμεση κύησης και TSH 0,01 mIU/L. Τι συμπληρωματικές εξετάσεις θα ζητήσετε και ποια θα είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση;

A. Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς, έλεγχος TSH receptor antibody (TRAb) και έναρξη προπυλθειουρακίλης.

B. Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς έλεγχος TSH receptor antibody (TRAb) και έναρξη προπυλθειουρακίλης.

Γ. Λήψη λεπτομερούς ιστορικού, κλινική εξέταση, έλεγχος FT4, FT3, TSH receptor antibody (TRAb) και επανέλεγχος σε 1 μήνα χωρίς να λάβει αγωγή.

Δ. Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς και επανέλεγχος σε 1 μήνα χωρίς να λάβει αγωγή.

Ε. Υπερηχογράφημα θυρεοειδούς έλεγχος FT4, FT3, TSH receptor antibody (TRAb) και έναρξη προπυλθειουρακίλης.

58. Επιλέξτε τρεις ενδείξεις για την τοποθέτηση αντλίας ινσουλίνης

- a) Πτωχός γλυκαιμικός έλεγχος ή $HbA_{1c} >9.0\%$ με MDI
- b) Ανεπίγνωστη ή υποτροπιάζουσα υπογλυκαιμία
- c) Φαινόμενο της αυγής
- d) Ηλικία άνω των 6 ετών
- e) Εγκυμοσύνη - Preconception
- f) Εντατικοποιημένο σχήμα χορήγησης ινσουλίνης

59. Επιλέξτε τέσσερεις παραμέτρους ανάγνωσης των GCM δεδομένων

- a) Time In Range
- b) Time Above Range
- c) HbA1c
- d) Coefficient of variation (CV) – δείκτης διακύμανσης
- e) Ειδοποιήσεις υψηλών και χαμηλών σακχάρων
- f) Time Below Range

60. Γυναίκα 74 ετών με ιστορικό μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης υπό αγωγή με denosumab (τελευταία δόση προ 3 μηνών) παρουσιάζει την παρακάτω βιοχημική εικόνα.

Ποια είναι η εξέταση εκλογής:

Κρεατινίνη (0.6-1.2)	0.88
Ασβέστιο (8.4-10.3)	10.2
Φώσφορος (2.7-4.7)	2.8
Λευκωματίνες	3.9
Αλ.φωσφατάση (40-120)	34
PTH (10-65)	123
25 D (ng/ml)	29
Ca U 24h (mg/24h)	118
V U 24h	2200
Creat U 24h (mg/24h)	1166.08

1. Υπερηχογράφημα παραθυρεοειδών αδένων
2. Σπινθηρογράφημα παραθυρεοειδών αδένων
3. Ιονισμένο ασβέστιο
4. 1,25 (OH)₂D

61. Έφηβος 17 ετών παρουσιάζει την παρακάτω βιοχημική εικόνα

Κρεατινίνη (mg/dl)	0,8
Ασβέστιο (mg/dl)	11,6
Φώσφορος (mg/dl)	3,0
Μαγνήσιο (mg/dl)	2,5
Ιον. Ca (mmol/L) (-1,33)	1,56
Αλβουμίνη (gr/dl)	4,8
PTH (pg/ml) (10-65)	117
25 (OH) D (ng/ml)	15
1,25 D (pg/ml)	90
Ca U 24h (mg)	118
P U 24h (mg)	816
V U 24h	860
Creat U 24h (mg)	1733
Na U 24h (mmol)	89

Ποια είναι η εξέταση εκλογής:

1. Έλεγχος συγγενών 1^{ου} βαθμού
2. Γενετικός έλεγχος για κληρονομικές μορφές υπερασβεστιαμίας
3. Προσδιορισμός επιπέδων SACE
4. Προσδιορισμός μεταβολιτών της βιταμίνης D (24,25(OH)₂D)
5. Απεικόνιση παραθυροειδών αδένων

62. Γυναίκα 70 ετών με έντονη οσφυαλγία ,2 πρόσφατα σπονδυλικά κατάγματα χαμηλής ενέργειας (Θ12-Ο1)και οστική Πυκνότητα tscore=-2,4 (ΟΜΣΣ) χωρίς άλλο σημαντικό ιστορικό.

Ποια είναι η αντιμετώπιση της;

Α) Ασβέστιο –D

Β) Κυφοπλαστική

Γ) Παραπομπή σε χειρουργό Σπονδυλικής στήλης

Δ) Αντικαταβολική αγωγή

Ε) Αναβολική αγωγή

63. Άνδρας 60 ετών με χαμηλή Οστική πυκνότητα ΟΜΣΣ TSCORE =-2,9 και γνωστή μονοκλωνική γαμαπαθία υπο παρακολούθησής σας ρωτά τι αγωγή να ακολουθήσει για την οστεοπόρωση

Α) ασβεστιο-D

Β) Ιμπαδρονατή

Γ) Denosumab

Δ) Τεριπαρατιδή

Ε) Romosozumab

64. Ζευγάρι προσέρχεται λόγω αδυναμίας τεκνοποίησης από 2 ετίας. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος της γυναίκας, ετών 35, δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Στον άνδρα, ετών 39, ο κλινικός έλεγχος έδειξε ότι είναι ευγοναδικός με φυσιολογικό μέγεθος και υφή όρχεων (18 ml έκαστος) και επιδιδυμίδων, ψηλαφητούς σπερματικούς πόρους άμφω και απουσία κισσοκήλης. Δύο σπερμοδιαγράμματα έδειξαν αζωοσπερμία με φυσιολογικό όγκο σπέρματος (2,2 και 2,5 mL) και pH (7,8 και 7,6). Ο ορμονικός έλεγχος έδειξε FSH: 7,1 IU/L [ΦΤ: 1,0-8,9], LH: 5,6 IU/L [0,8-10], τεστοστερόνη: 456 ng/dL [193-950]. Το triplex οσχέου έδειξε όρχεις με ανομοιογενή ηχοδομή και φυσιολογικό μέγεθος και κύστη 7mm στη κεφαλή της AP επιδιδυμίδας. Στο ιστορικό αναφέρεται οξεία προστατίτιδα προ πενταετίας. Αρνητικό ιστορικό κρυφορχίας, παρωτίτιδας, συστροφής ή τραυματισμού των όρχεων, ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας, πρόσφατου εμπυρέτου ή λήψης φαρμάκων ή εξαρτησιογόνων ουσιών. Ποιο πρέπει να είναι το επόμενο διαγνωστικό βήμα;

- A. Μέτρηση φρουκτόζης και καλλιέργεια σπέρματος
- B. Έλεγχος για μεταλλάξεις του γονιδίου της κυστικής ίνωσης (CFTR)
- Γ. Διορθικό υπερηχογράφημα
- Δ. Καρυότυπος και έλεγχος για μικροελλείψεις του Υq
- E. Βιοψία όρχεων

65. Ζευγάρι με πρωτοπαθή υπογονιμότητα και διάρκεια προσπαθειών 14 μηνών προσέρχεται για διερεύνηση και αντιμετώπιση. Η γυναίκα, 39 ετών, έχει κύκλο 25-27 ημερών, FSH [3^{ης} ημέρας του κύκλου]: 14,5 IU/L και υστεροσαλπιγγογραφία χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο άνδρας, 41 ετών, είναι υπέρβαρος (BMI=28,5 kg/m²), καπνιστής και δεν αναφέρει συστηματική λήψη αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών. Ατομικό αναμνηστικό ελεύθερο. Δύο διαδοχικά σπερμοδιαγράμματα [χρονική απόσταση 2 μηνών χωρίς προηγηθέν εμπύρετο] δείχνουν ολιγοασθενοτεροσπερμία (όγκος: 2,1/2,4 mL, pH: 8/7,8, συγκέντρωση σπερματοζωαρίων 1,5 και 2,1 εκατομμύρια/mL, προωθητική κινητικότητα 1^{ης} ώρας 10%/8% και ποσοστό φυσιολογικής μορφολογίας 2%/2%). Διαπιστώθηκε, επίσης, αυξημένος δείκτης κατακερματισμού του DNA (DFI). Κλινικά είναι ευγοναδικός, με μέγεθος όρχεων ΔΕ:18 mL, ΑΡ: 15mL και κισσοκήλη ΑΡ 1^{ου} βαθμού. Ο ορμονικός έλεγχος έδειξε FSH: 12,1 IU/L [ΦΤ: 1,0-8,9], LH: 5,6 IU/L [0,8-10], τεστοστερόνη: 275 ng/dL [193-950]. Ο γενετικός έλεγχος ήταν φυσιολογικός και το triplex οσχέου επιβεβαίωσε την ύπαρξη κισσοκήλης ΑΡ χωρίς άλλα παθολογικά ευρήματα. Ποια από τις παρακάτω θεραπευτικές επιλογές θα προτείνετε;

- A. Χορήγηση στον άνδρα αντιοξειδωτικών σε συνδυασμό με ταμοξιφαίνη
- B. Χειρουργική διόρθωση της κισσοκήλης
- Γ. Χορήγηση στον άνδρα γοναδοτροπινών
- Δ. Παραπομπή για ενδομήτρια σπερματέγχυση
- E. Χορήγηση στον άνδρα αντιοξειδωτικών και παραπομπή για εξωσωματική μικρογονιμοποίηση (ICSI)

66. Γυναίκα 59 ετών, σε εμμηνόπαυση από την ηλικία των 52 ετών, προσέρχεται για αρτηριακή υπέρταση από τριετίας και προδιαβήτη από 5ετίας. Έχει θετικό οικογενειακό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης στην οικογένεια της μητέρας-της. Ρυθμίζεται οριακά με Βαλσαρτάνη/Αμλοδιπίνη (160/10) mg, μία φορά την ημέρα. Ο καρδιολόγος της ζήτησε εργαστηριακό βιοχημικό έλεγχο που προσκομίζεται: ουρία 35mg/dl, κρεατινίνη 1.0 mg/dl, αλδοστερόνη 22ng/dL, ρενίνη 12mU/l, με λόγο ARR 1.83, κάλιο 4.3mmol/L νάτριο 144mmol/L. Ο ίδιος γιατρός ζήτησε και αξονική τομογραφία άνω κοιλίας, στο πόρισμα της οποίας δεν περιγράφονται αλλοιώσεις στα επινεφρίδια.

A) Θα προσθέσουμε στην ήδη υπάρχουσα φαρμακευτική αγωγή της και επλερενόνη για την καλύτερη ρύθμισή της και για καλύψουμε το ενδεχόμενο να αναπτύξει υπεραλδοστερονισμό στο μέλλον.

B) Δεν πάσχει από πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό, σύμφωνα με το κριτήριο του ARR και δε χρήζει περαιτέρω ελέγχου.

Γ) Θα τροποποιήσουμε τη φαρμακευτική της αγωγή και θα τη μελετήσουμε κλινικά και εργαστηριακά εκ νέου.

Δ) Η ασθενής πάσχει από πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό, οφειλόμενο σε αμφοτερόπλευρη υπερπλασία και θα ξεκινήσουμε θεραπεία με αναστολέα αλατοκορτικοειδών μιας και δεν απεικονίστηκε κάποιο εμφανές αδένωμα για να το χειρουργήσουμε.

E) Η ασθενής πάσχει από ιδιοπαθή υπέρταση και χρήζει προσθήκης διουρητικού ή αύξηση της δόσης της Βαλσαρτάνης.

67. Άνδρας ηλικίας 62 ετών προσέρχεται για ρύθμιση σακχαρώδη διαβήτη που εκδηλώθηκε από τριετίας. Κατά τη λήψη του ιστορικού μαθαίνουμε ότι υφίσταται αρτηριακή υπέρταση από τριετίας που ρυθμίζεται με Περινδοπρίλη/Ινδαπαμίδα/Αμλοδιπίνη (10/2.5/10)mg, μία φορά την ημέρα. Ο ασθενής αναφέρει ότι ρυθμίζεται οριακά ικανοποιητικά. Υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό από την πλευρά της οικογένειας του πατέρα με εκδήλωση ΑΕΕ σε κάποια μέλη της οικογένειας. Είναι θορυβημένος με την πιθανότητα ΑΕΕ και μας αναφέρει ότι επιθυμεί και επιδιώκει, με τη βοήθειά μας, την καλή ρύθμιση της πίεσής του για να μην κινδυνεύει. Με αυτά τα στοιχεία ζητάμε έλεγχο δειγματοληψίας. Προέκυψαν τα εξής: ουρία 48mg/dl, κρεατινίνη 1.2 mg/dl, αλδοστερόνη 28ng/dL, ρενίνη 5.8mU/l, με λόγο ARR 4.82, κάλιο 4.2mmol/L, νάτριο 145mmol/L. Στη δοκιμασία αναστολής με φόρτιση άλατος από το στόμα πήραμε τα ακόλουθα αποτελέσματα: V ούρων 24h 3100cc, κρεατινίνη ούρων 24h 1.5g/24h, Νάτριο ούρων 24h 235mmol/24h, Αλδοστερόνη ούρων 24h 16μg/24h. Στην αξονική τομογραφία οπισθοπεριτοναϊκού χώρου που ακολούθησε φάνηκε ένα τυπικό αδένωμα 2.2 εκ. στο Αριστερό επινεφρίδιο, ενώ στο Δεξί επινεφρίδιο δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα.

A) Θα προσθέσουμε και ασπιρίνη στην υπάρχουσα αγωγή του ως πρωτογενή πρόληψη για την πιθανότητα ΑΕΕ.

B) Θα προσθέσουμε και τέταρτο φάρμακο στην υπάρχουσα ανθυπερτασική αγωγή του.

Γ) Ο ασθενής πάσχει από πρωτοπαθή υπεραλδοστερονισμό και η καλύτερη λύση είναι η προσθήκη στη θεραπεία του ενός αναστολέα αλατοκορτικοειδών.

Δ) Θα προχωρήσουμε σε καθετηριασμό επινεφριδιακών φλεβών.

E) Θα προχωρήσουμε σε χειρουργική αφαίρεση του αδενώματος γιατί πρέπει να κατασταλεί οπωσδήποτε η υπερέκκριση αλδοστερόνης για να μην υπάρξει ΑΕΕ ή άλλο καρδιαγγειακό σύμπτωμα.

68. Κορίτσι 9 ετών προσέρχεται λόγω διόγκωσης θυρεοειδούς

- Ορμονολογικός έλεγχος:Υπερθυρεοειδισμός
- Ετέθη σε αγωγή με καρβιμαζόλη
- USS στο ανώτερο όριο του του ισθμού και του δεξιού λοβού, υποστρόγγυλο μórφωμα μεικτής σύστασης με σαφή όρια και σημαντική υπεραϊμάτωση

Ποιο είναι το επόμενο βήμα:

- A. Ελαστογραφία
- B. Άμεση χειρουργική εξαίρεση
- Γ. Σπινθηρογράφημα θυρεοειδούς
- Δ. Παρακολούθηση

69. Κορίτσι 15 ετών

- Θυρεοειδίτιδα Hashimoto
- με θετικά anti-Tg και anti-Tpo

από την ηλικία των 10 ετών

- Διαταραχές περιόδου PCOS
- Μητέρα:Ca παχέος εντέρου
- Τελευταίο υπέρηχο:στον κάτω πόλο του δεξιού λοβού υπάρχει ένας όζος με συμπαγή και κυστικά στοιχεία με συγκριμματα κολλοειδούς φυσιολογική περιφερική ροή
- 9X8X6mm.Επιχώριοι λεμφαδένες αντιδραστικού τύπου
- FNA:Bethesda VI.Ιστολογικό θηλώδες, Tall cell variant χωρίς διήθηση λεμφαδένων

Ποια απάντηση είναι η σωστή;

- A. δεν χρειάζεται θεραπεία με ιώδιο I131
- B. Χρειάζεται οπωσδήποτε να δώσω I131
- Γ. Δεν είναι ο ιστολογικός τύπος υψηλού κινδύνου
- Δ. Είναι ιστολογικός τύπος υψηλού κινδύνου και κατατάσσεται σε περίπτωση ενδιάμεσου ρίσκου. Το Ιώδιο I131 δίνεται κατά περίπτωση.

70. Γυναίκα 31 ετών, με BMI 39 kg/m² και ιστορικό PCOs, και επιληψίας από την εφηβεία που ελέγχεται πλέον, προσέρχεται στο ενδοκρινολογικό ιατρείο αιτιώμενη αραιομηνόρροια και ακμή από 8μήνου. Αναφέρει πρόσληψη βάρους 18 κιλών τον τελευταίο χρόνο λόγω αλλαγής του χώρου εργασίας και επιδείνωσης της καθημερινής διατροφής και έλλειψης φυσικής δραστηριότητας.

Ποια είναι η αρχική προσέγγιση:

A. Μαγνητική υπόφυσης

B. χορήγηση αντισυλληπτικών δισκίων

Γ. υποθερμιδική διατροφή χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη, άσκηση και έναρξη θεραπείας με ινκρετινικό ανάλογο

Δ. υποθερμιδική διατροφή χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη, άσκηση και έναρξη ναλτρεξόνης/βουπροπιόνης

71. Άνδρας, ετών 45, με BMI 29 kg/m², περίμετρο μέσης 115 cm, και ιστορικό υπέρτασης, προσέρχεται στο ενδοκρινολογικό ιατρείο λόγω αναφερόμενων επεισοδίων ζάλης, αδυναμίας, εφίδρωσης και αισθήματος πείνας, κυρίως τις απογευματινές ώρες. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προσκομίζει: HbA1c 5,9%, Triglycerides 245mg/dl, HDL 38 mg/dl, LDL 115 mg/dl, ALT 62 U/l, AST 50 U/l, γGT 85 mg/dl, ApoB 120mg/dl, nonHDL 145mg/dl, FPG 115mg/dl. Αναφέρει πολλαπλές προσπάθειες με οδηγίες διαιτολόγου χωρίς αποτέλεσμα.

Πως προσεγγίζουμε αρχικά?

A. μετφορμίνη 2 γραμμαρια την ημέρα, και σύσταση για απώλεια βάρους

B. τιρζεπατίδη εβδομαδιαία, ατορβαστατίνη 20 mg, και διατροφική παρέμβαση

Γ. λιραγλουτίδη στα 1,8 mg την ημέρα και διατροφική παρέμβαση

Δ. σεμαγλουτίδη 1 mg τη βδομάδα, και φαινοφιμπράτη 145 NT και διατροφική παρέμβαση