Cochez la ou le(s) bonne(s) réponse(s)

1. Le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort chez la femme est :
   a. La promontotisation
   b. La neuromodulation des racines sacrées
   (c) La mise en place de bandelette sous urétrale
   d. Les anti cholinergiques
   e. L'injection intra détrusorienne de toxine botulique

2. Dans le cancer du rein :
   a. La chirurgie conservatrice est le meilleur traitement de toutes les formes
   (b) Le grade de Furhman est un facteur pronostic
   c. La bilatéralité des lésions et l'âge <40 ans font penser a une forme héréditaire
   d. La biopsie systématique des lésions permet d'orienter le choix thérapeutique
   e. La chimiothérapie permet de compléter la chirurgie

3. Dans l'HBP :
   a. Il n'existe pas de parallélisme entre le volume et la sévérité des SBAU
   b. L'IRM prostatique est l'examen morphologique de référence
   c. Les alpha bloquants est le traitement de 1ère ligne
   d. Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase entraînent une diminution du volume prostatique
      total de 30% et une diminution du PSA de 50% après 6 mois de traitement
   e. Le traitement médical permet d'éviter la chirurgie de manière définitive

4. La lithiase rénale
   a. Peut se manifester par une hématurie
   b. La plus fréquente des localisations
   c. Peut se traiter par EPLC
   d. Peut être asymptomatique
   e. Peut migrer vers l'uretère

5. La lithiase urinaire
   a. Peut aboutir à une insuffisance rénale
   b. Rarement radio opaque
   c. Facilement fragmenter par la LEC dans tous les cas
   d. De siège rénal dans 70 à 80% des cas
   e. Peut récidiver après traitement

6. La continence urinaire d'effort chez la femme peut être la conséquence de :
   a. Hypermobilité urétrale
   b. Infections urinaires chroniques
   c. Vésicale
   d. Prolapsus utérin
   e. Insuffisance sphinctérienne
7. Une rétention vésicale sur rupture complète de l'urètre postérieur lors d'une fracture du bassin nécessite :
   a. Drainage vésical par cathéter sus pubien
   b. Laparotomie exploratrice et réparation des lésions
   c. Mise en place d'une sonde vésicale trans urétrale
   d. Urétrorrhaphie termino-terminale
   e. Abstention thérapeutique

8. Le diagnostic radiologique de tuberculose urinaire peut être évoqué devant :
   a. Une image kystique du rein
   b. Des rétrécissements étagés des cavités pyélo-calicielles et des uretères
   c. Une petite vessie
   d. Un rétrécissement isolé de l'urètre
   e. Un muet

9. Les TVNIM
   a. Correspondent aux tumeurs ≤ pT2
   b. Se rencontrent dans 10% des cas lors du diagnostic
   c. Se traitent par RTUV uniquement
   d. Ne récidivent pas après résection endoscopique
   e. Récidivent et progressent dans 47% des cas après traitement

10. L'hématurie microscopique
    a. Peut être d'origine néphrologique
    b. Peut être associée à une protéinurie
    c. Dite idiopathique dans la majorité des cas
    d. Nécessite la même enquête étiologique que l'hématurie macroscopique
    e. Peut révéler un cancer urologique
11- Le carcinome urothélial :
(a) Siège en tout point de l’appareil excréto-urinaire
(b) Ne représente que 10 % des tumeurs des voies excrétrices
(c) Est d’architecture papillaire
(d) S’associe souvent à un CIS qui est de bon pronostic
(e) Ne récidive jamais

12- Les lésions de PIN :
(a) Sont des proliférations cellulaires atypiques au sein des acini prostatiques
(b) Sont définies comme le stade pré invasif du cancer de la prostate
(c) Sont p63 (-)
(d) Sont des lésions infiltrantes
(e) Ont une architecture acineuse conservée

13- La classification histopronostique de Gleason repose sur :
(a) Le caractère infiltrant de la tumeur
(b) Les anomalies architecturales
(c) La présence ou l’absence de métastases
(d) Le grade le plus représentatif
(e) La présence de lésions de PIN

14- L’oncocytome rénal :
(a) Est une tumeur maligne
(b) Est une tumeur non papillaire
(c) Se caractérise par une cicatrice fibreuse centrale à la macroscopie
(d) Est fréquemment nécrosée
(e) Est constitué de 100 % de cellules oncocytaires

15- Le grade de Furchmann :
(a) Est un grade nucléaire
(b) Est utilisé dans les tumeurs de vessie
(c) Est un facteur pronostique du cancer du rein
(d) Repose sur la mise en évidence de la nécrose tumorale
(e) Prend en considération la taille tumorale

16- Quels sont parmi ces facteurs, les éléments pronostiques du Carcinome à cellules rénales ?
(a) Le siège polaire supérieur
(b) Le stade d’extension
(c) Le grade nucléaire de Furchmann
(d) La présence de stroma lymphocytaire
(e) La présence de remaniements nécrotico-hémorragiques
17- La cytologie urinaire :
   a- est un examen invasif
   b- trouve tout son intérêt dans les tumeurs de haut grade
   c- est systématique dès la découverte d'un bourgeois tumoral
   d- est utile pour la surveillance des récidives
   e- est d'aucun intérêt diagnostique

18- Le CIS de la vessie :
   a- est une lésion papillaire
   b- est une lésion plane
   c- est une tumeur infiltrante
   d- est de bon pronostic
   e- est souvent associé à des lésions de haut grade

19- L'angiomylipome du rein :
   a- est une tumeur maligne
   b- est une tumeur non encapsulée avec parfois extension à la graisse péri-rénale
   c- est une tumeur à triple contingent dont un est toujours malin
   d- est une tumeur d'architecture papillaire
   e- est la tumeur bénigne la plus fréquente du rein

20- Concernant les tumeurs du testicule :
   a- les tumeurs germinales sont les plus fréquentes
   b- les marqueurs tumoraux ne sont d'aucune utilité
   c- elles sont fréquentes chez les sujets de plus de 60 ans
   d- le carcinome embryonnaire est le plus agressif
   e- sont exceptionnellement pures
QCM NÉPHROLOGIE

21. La prévention de l’atteinte rénale lors de l’injection de produit de contraste iodé nécessite :
A. Une réhydratation avant et après l’examen.
B. Un arrêt des médicaments néphrotoxiques au moins 24 h avant l’examen.
C. L’utilisation le plus petit volume possible du produit.
D. Un intervalle d’au moins une semaine entre deux examens.
E. Un contrôle la créatinine après un mois.

22. Quelles sont les indications de dialyse en urgences :
A. (Édème aigu pulmonaire ne répondant pas au traitement médical
B. Hyperkaliémie menaçante
C. Hypokaliémie
D. Alcalose métabolique
E. Urée supérieure 30 mmol/l

23. Au cours des nérophathies interstitielles chroniques :
A. L’HTA est précoce
B. L’HTA est tardive
C. La prescription des diurétiques est la règle
D. Un régime sans sel est nécessaire
E. L’inflation du secteur vasculaire et interstitiel est fréquente

24. Le reflux vésico-urétrale est :
A. La plus fréquente des uropathies de l’enfant
B. La première cause de l’HTA de l’enfant
C. Découvert le plus souvent suite à une énurésie chez l’enfant
D. Une des causes d’insuffisance rénale chronique
E. Le diagnostic est affirmé par l’urographie intra veineuse

25. Les nérophathies interstitielles aiguës comportent (cochez la réponse fausse) :
1) Protéinurie <1g/j
2) Augmentation rapide de créatinine
3) Douleurs Lombaires bilatérales
4) Anurie
5) Irrégularités des contours externes des reins
6) A : 2+5  B : 3+4  C : 4+5  D : 1+3  E : 2+3
26. Au cours des infections urinaires
A. L'hospitalisation est indispensable.
B. Chez la femme enceinte peut être un facteur d'accouchement prématuré
C. La pyélonéphrite ne nécessite qu'un traitement de 03 jours.
D. Chez le diabétique le phlegmon rénal est banal ne nécessite pas l'hospitalisation.
E. La bactériurie asymptomatique chez la femme enceinte ne nécessite pas de traitement antibiotique.

27. Au cours de la maladie de Fabry :
A. Se transmet selon un mode autosomique récessif.
B. Est diagnostiquée par le dosage de α Glucosidase A intraleucocytaire.
C. L'examen ophthalmologique peut mettre en évidence une cornée verticillée.
D. L'insuffisance rénale terminale s'installe entre 40-50ans.
E. Se manifeste par des angiokératomes.

28. L'hypertension artérielle gestationnelle :
A. Apparaît à partir de 20 SA.
B. Persiste au-delà de 42 jours post partum
C. N'est jamais sévère
D. Est la forme la plus fréquente des HTA de la grossesse
E. Son traitement nécessite uniquement des mesures d'hygiène de vie

29. La prise d'AINS peut entraîner :
A. Une inhibition de la synthèse des prostaglandines ce qui va entraîner une diminution du tonus de l'artériole afferente
B. Une hypokaliémie.
C. Un déséquilibre tensionnel
D. Une insuffisance rénale aigue à diurèse conservée.
E. Un syndrome néphrotique à lésion glomérulaire minimes

30. Parmi les définitions histologiques suivantes quelle est celle qui correspond à une gloméroluropathie aigue post-infectieuse à évolution favorable :
A. Prolifération extra capillaire généralisée diffuse
B. Gloméroluropathie extra membraneuse
C. Augmentation de la substance mésangiale avec dépôts d'immunoglobulines A en immuno-fluorescence
D. Prolifération endo capillaire généralisée diffuse exsudative
E. Hyalinose segmentaire et focale
Cochez la ou le(s) bonne(s) réponse(s)

Homme âgé de 61 ans diabétique sous antidiabétiques oraux, consulte pour une pollakiurie (2X/nuit) évoluant depuis 3 mois.

31. Quel (s) est sont (la) les cause(s) probable(s) ?
   a. Lithiases vésicale
   b. HBP
   c. CIS de la vessie
   d. Cancer de la prostate
   e. Vessie neurologique

32. Quel bilan proposez-vous chez le patient ?
   a. IRM pelvienne
   b. Uroscanner
   c. Échographie vésico prostatique
   d. Chimie des urines
   e. Cystoscopie

Les résultats du bilan demandé montrent : prostate mesurant 40 ML avec un nodule hypoéchogèrne de la base gauche, vessie a paroi fine, présence d’un nodule de 10 mm de grand axe de la paroi latérale droite de la vessie. Résidu post mictionnel insignifiant. Hématurie microscopique. PSA = 9 ng/ml.

33. Quelle sera votre démarche ?
   a. Résection de prostate
   b. Scintigraphie osseuse
   c. Pet scan
   d. IRM prostatique
   e. Contrôle de PSA

34. Quelle est votre conduite ultérieure ?
   a. Traitement de 3 mois par alpha bloquant puis évaluation
   b. Résection de vessie
   c. Échographie end rectale
   d. Biopsie prostatique
   e. B + d

35. Le cancer de la prostate
   a. Compliqué souvent une HBP
   b. Peut se compliquer de tumeur de vessie
   c. Peut être associé à une tumeur de vessie
   d. a + b
   e. Toujours symptomatique
Cas clinique néphrologie

Mr B. AMAR, 60 ans diabétique, hypertendu depuis plus de 10 ans sous inhibiteur calcique, fumeur et aux antécédents d’une nécrose myocardique postérieure y a 6 mois de cela. Il se présente aux urgences pour la survenue d’une dyspnée brutale avec à l’auscultation des râles crépitants diffus associés à une HTA à 200/140 mmHg et à une insuffisance rénale à diurèse conservée. L’examen au fond d’œil retrouve un œdème papillaire.

36. Comment qualifiez-vous l’hypertension artérielle de ce patient ?
A. HTA sévère
B. HTA secondaire
C. HTA maligne
D. HTA compliquée
E. HTA essentielle

37. Quelle est la conduite à tenir ?
A. Augmentation de la dose de son antihypertenseur
B. Prescription d’une bithérapie orale à forte dose
C. Hospitalisation
D. Antihypertenseurs par voie intraveineuse
E. Donner un antihypertenseur en sublinguale

38. Quels diagnostics étiologiques évoquez-vous en premier face à cette HTA ?
A. Insuffisance cardiaque congestive
B. Sténose athéromateuse de l’artère rénale
C. Néphropathie à IgA
D. Polykystose rénale.
E. Dysplasie fibro- musculaire

39. Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer ou infirmer votre hypothèse ?
A. Echographie rénale
B. Echographie cardiaque
C. Echodoppler des artères rénales
D. Ponction biopsie rénale
E. Angio IRM des artères rénales

40. Quelle sera la prise en charge thérapeutique en première intention de la cause de cette HTA ?
A. Tonicardiaques
B. Diurétiques
C. Corticothérapie
D. Réimplantation chirurgicale de l’artère rénale
E. Aucune réponse n’est juste
Département de Médecine de Constantine
RATTRAPAGE d'URO-NEPHROLOGIE-A5-+pratique) le 04-09-2019

Date de l'épreuve : 04/09/2019

Corrigé Type
Barème par question : 0.500000

<table>
<thead>
<tr>
<th>N°</th>
<th>Rép.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>BC</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>CD</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>ABCDE</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>ADE</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>AE</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>BC</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>E</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>ABDE</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>AC</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>ABE</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>BD</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>BCE</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>AC</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>BC</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>BD</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>BE</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>BE</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>ADE</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>ABCD</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>ABE</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>AD</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>BCDE</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>AD</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>ACDE</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>ABCDE</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>CD</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>E</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>