

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

1. Une HBP peut se compliquer de:

- a. Rétention vésicale aigue
- b. Insuffisance rénale
- c. Incontinence urinaire d'effort
- d. Lithiase urétérale
- e. Lithiase vésicale

2. L'antigène prostatique spécifique (PSA)

- a. Est une glycoprotéine
- b. Est pathologique quand elle est supérieure 4ng/ml
- c. Est toujours augmenté en cas de cancer de la prostate
- d. Est spécifique de la prostate mais pas du cancer
- e. Un taux normal élimine formellement le diagnostic du cancer de la prostate

3. Dans l'incontinence urinaire d'effort chez la femme

- a. les examens urodynamiques sont nécessaires pour confirmer l'incontinence urinaire d'effort
- b. Le test à la toux doit être réalisé vessie pleine
- c. Les manœuvres de soutènement positives orientent vers une hyper mobilité urétrale
- d. L'IUE par hyper mobilité urétrale répond mieux à un traitement par bandelettes de soutènement sous-urétrale (TVT, TOT).
- e. Le traitement par les antibiotiques améliore les fuites urinaires

4. Le cancer du rein

- a. Est carcinome à cellules claires dans la majorité des cas
- b. Est chimio sensible
- c. Se développe à partir des voies excrétrices
- d. Occupe la 1<sup>ère</sup> place des cancers urogénitaux
- e. Est diagnostiqué au stade localisé dans 10% des cas

5. Dans le cancer du rein

- a. La biopsie est le premier geste à faire avant la néphrectomie en cas de tumeur stade pT2
- b. La chimiothérapie 1<sup>ère</sup> facilite l'exérèse chirurgicale en cas d'envahissement locale
- c. Le stade pT1bN0M0 correspond aux tumeurs >4 cm et ≤7 cm avec bilan d'extension négatif
- d. L'uroscanner permet la caractérisation de la tumeur
- e. Le stade pT3 correspond à un envahissement veineux avec envahissement de la graisse péri rénale

6. Dans l'adénocarcinome de la prostate

- a. L'IRMmp permet une évaluation locale de la maladie
- b. L'insuffisance rénale est toujours révélatrice
- c. La RTUP est le traitement de choix
- d. La prostatectomie totale avec curage ganglionnaire est la meilleure indication dans les formes localisées
- e. L'hormonothérapie doit précéder la prostatectomie

7. Dans l'HBP

- a. Les examens urodynamiques permettent une meilleure analyse de la dysurie
- b. L'uroscanner est l'examen diagnostique de référence
- c. La prostatectomie totale est le traitement de choix
- d. La biopsie de la prostate est un geste obligatoire avant d'entamer le traitement
- e. Le drainage de la vessie est indiqué en cas de rétention vésicale aigue

8. Dans les tumeurs de vessie

- a. L'uretrorragie est un signe pathognomonique
- b. L'insuffisance rénale est un signe constant
- c. Le carcinome urothélial est le type histologique le plus fréquent
- d. La RTUV est un geste diagnostique et thérapeutique
- e. Le carcinome in situ correspond au stade pT1N0M0
- f. Le stade pT2N1M0 correspond aux formes localisées

9. Dans les tumeurs de vessie

- a. L'instillation endo vésicale de BCGthérapie est le traitement de choix quelque soit le stade de la maladie
- b. Le tabac est un facteur de risque important
- c. La chimiothérapie systémique est le traitement de référence des tumeurs non infiltrant le muscle
- d. l'homme est plus touché que la femme
- e. L'homme et la femme sont atteints à fréquence égale

10. Dans la tuberculose urogénitale

- a. La dissémination se fait exclusivement par voie hématogène
- b. L'atteinte des sujets moins de 20 ans est rare
- c. L'atteinte urogénitale est toujours contemporaine a l'atteinte pulmonaire
- d. La cystite rebelle aux antibiotiques est fréquemment révélatrice
- e. L'évolution peut se faire vers l'insuffisance rénale

ROTATION D'URO-NEPHROLOGIE  
QCM D'ANAPATHI  
Session de Rattrapage 2021

1- Histologiquement, le carcinome urothelial de la vessie classé pT2 est :

- a- un Carcinome in situ (CIS)
- b- Une tumeur qui infiltre la prostate
- c- une tumeur qui infiltre largement et profondément le chorion
- d- une tumeur qui infiltre le muscle dérusor
- e- un adénocarcinome

2- Le CIS de la vessie :

- a- est une lésion papillaire
- b- est une lésion plane
- c- se définit par l'infiltration du muscle
- d- est de mauvais pronostic
- e- est souvent associé à des lésions de haut grade

3- Le carcinome a cellules claires du rein :

- a- est aussi connu sous le nom de carcinome chromophile
- b- est composé souvent de cellules claires et de cellules oncocytaires
- c- peut être le siège de remaniements nécrotico-hémorragiques
- d- représente le cancer le plus fréquent du rein
- e- est héréditaire et familial quand il rentre dans le cadre du syndrome de Von Hippel Lindau

4- Concernant les tumeurs du testicule :

- a- les tumeurs germinales sont les plus rares
- b- les marqueurs tumoraux ne sont d'aucune utilité sauf le B HCG
- c- elles sont fréquentes chez les sujets jeunes
- d- le carcinome embryonnaire est de bon pronostic
- e- sont toujours pures

5- Les lésions de PIN de la prostate :

- a- sont des proliférations cellulaires atypiques au sein des acini prostatiques
- b- sont définies comme le stade invasif du cancer de la prostate
- c- sont p63 (+)
- d- sont des lésions infiltrantes et agressives
- e- se caractérisent par de petites glandes fusionnées

6- La cytologie urinaire :

- a- est un examen non invasif
- b- trouve tout son intérêt dans les tumeurs de haut grade
- c- est systématique dès la découverte d'un bourgeon tumoral
- d- est utile pour la surveillance des récives
- e- est d'aucun intérêt diagnostique



3 + 6

7- Sur une biopsie prostatique, on retrouve 60% Grade 3, 10% de grade 5 et 30% de grade 4. Quel est le score de Gleason ?

- a-9 (5+4)
- b-8(5+3)
- c-7(3+4)
- d-8(3+5)
- e-7(4+3)

↙

8- Le grade de l'ISUP (ancien Furhmann) :

- a-est un grade nucléolaire
- b- est utilisé dans les cancers du rein
- c- est un facteur pronostique du cancer du testicule
- d- repose sur la mise en évidence de métastases ganglionnaires
- e- prend en considération la taille tumorale

↙

9- L'oncocytome rénal :

- a-est une tumeur a triple composante musculaire, adipeuse et vasculaire
- b- est une tumeur papillaire
- c- se caractérise par une cicatrice fibreuse centrale à la macroscopie
- d- est composée de cellules oncocytaires
- e- peut donner des métastases a distance

↙

10- La classification histopronostique de Gleason repose sur :

- a- le caractère invasif 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

↙



QCM Néphrologie

- 21- Au cours de l'insuffisance rénale aiguë : **IRA**
- A- l'anurie est constante.
  - B- elle est classée IRA fonctionnelle devant une insuffisance cardiaque congestive.
  - C- la NIA est une cause peu fréquente de l'IRA.
  - D- la toxicité médicamenteuse est accrue.
  - E- le traitement par la dialyse est indiquée si hyperazotémie est supérieure à 2g/l.
- 22- Dans l'IRA par une nécrose tubulaire aiguë : **NIA**
- A- la récupération de la fonction rénale est la règle.
  - B- La PBR est indiquée devant une évolution atypique.
  - C- l'IRA peut évoluer vers une NIA en absence de traitement.
  - D- il existe une hématurie macroscopique.
  - E- la protéinurie est supérieure à 1.5g/24h.
- 23- La présence de la fibrose à la PBR au cours de néphropathie interstitielle signifie :
- A- Le passage à la chronicité d'une NIA.
  - B- Un mauvais pronostic d'une NIA.
  - C- L'origine médicamenteuse d'une NIA.
  - D- la présence d'une IRC.
  - E- une NIC.
- 24- Parmi les anomalies suivantes le(s)quelle(s) représente(nt) une cause de néphropathie interstitielle chronique d'origine Métabolique ?
- A- Acidoses métaboliques
  - B- Hyper uricémie
  - C- Hyper urémie
  - D- Hyponatrémie
  - E- Hypokaliémie
- 25- NIA secondaire à la leptospirose est caractérisée par :
- A- un syndrome ictère fébrile.
  - B- Une voie de contamination rénale hématogène
  - C- un œdème interstitielle et infiltrat lymphoplasmocytaire à la PBR
  - D- insuffisance rénale chronique
  - E- Une HTA maligne.
- 26- NIA idiopathique est caractérisée par :
- A- La fibrose interstitielle à la PBR.
  - B- C'est le 1<sup>er</sup> diagnostic étiologique à évoqué en cas de NIA
  - C- Une évolution rénale favorable sous traitement
  - D- la récurrence rénale fréquente
  - E- le syndrome rein-œil

27- Parmi ces syndromes lesquels représentent un syndrome glomérulaire :

- A - Hématurie microscopique récidivante
- B - syndrome nephrotique
- C - syndrome nephritique
- D - syndrome de perte de sel
- E - glomérulonéphrite rapidement progressive

28- cochez la ou les bonne(s) réponse(s) :

- A. la polykystose rénale autosomique récessive est la néphropathie héréditaire la plus fréquente
- B. les lithiases rénales font partie des manifestations de la cystinose
- C. l'insuffisance rénale terminale est plus précoce en cas de mutation de PKD2
- D. l'IRM cérébrale est systématique au cours de la PKRAD
- E. la néphronéphrose est une maladie kystique héréditaire de la médullaire

29- La maladie de **FABRY** : cochez la ou les bonne(s) réponse(s) :

- A. Est une maladie héréditaire transmise par le chromosome X.
- B. elle peut toucher les femmes
- C. l'acroparesthésie est la manifestation la plus caractéristique.
- D. l'atteinte rénale est de type glomérulaire.
- E. L'enzymothérapie substitutive est à poursuivre après la transplantation rénale.

30- Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles qui répondent aux critères échographiques par PEI pour le diagnostic de PKRAD

- A- présence de 2 kystes dans le rein droit chez un jeune de 20 ans
- B- présence de multiple kyste chez un sujet sous dialyse depuis 15 ans.
- C- Une femme de 56 ans porteuse de 2 kystes dans chaque rein.
- D- un homme de 60 ans porteur de 6 kystes dans un seul rein.
- E- aucune des propositions n'est juste.

Mr Mohamed 64 ans diabétique sous anti diabétiques oraux de profession consulte aux urgences urologiques pour : Uretrotragie avec rétention d'urine suite à une chute à califourchon

31. Quelle est votre conduite en urgence?

- a. Drainage des urines par cathéter sus pubien
- b. Demander une UCRM
- c. Drainage des urines par sondage vésical trans urétral
- d. Drainage des urines par néphrostomie percutanée
- e. Demander un scanner abdominopelvien

Après 15 jours le patient retrouve une miction normale, un bilan pratiqué montre :

Une augmentation du volume de la prostate à 40 grs, un nodule du lobe gauche et un taux de PSA à 8 ng/ml

32. Quelle est votre démarche?

- a. Angioscanner de la prostate
- b. Uretrocystoscopie
- c. Résection de la prostate
- d. IRM multiparamétrique de la prostate
- e. Echographie endo rectale de la prostate

33. Quelle votre conduite ultérieure?

- a. Traitement par alpha bloquants
- b. RTUP avec étude histologique des copeaux avec étude histologique des copeaux
- c. Biopsie écho guidée de la prostate
- d. Traitement par inhibiteurs de la 5 alpha réductase
- e. Contrôle du PSA après traitement par les inhibiteurs de la 5 alpha réductase

L'analyse histologique du tissu prostatique montre un adénocarcinome de la prostate occupant moins de la moitié du lobe gauche avec un petit foyer du lobe droit sans effraction capsulaire.

34. Quel statut accordez-vous à cette tumeur?

- a. PT1N0M0
- b. PT2bNxMx
- c. PT2cNxMx
- d. PT3N0M0
- e. PT1N0M0

35. Quelle est votre proposition à votre patient?

- a. Cystoprostatectomie
- b. RTUP+surveillance du taux de PSA
- c. Adenopmectomie transvésicale
- d. Scintigraphie osseuse
- e. Radiothérapie chimiothérapie

Cas Clinique Néphrologie

Mme B.A, âgée de 65 ans, antécédents de diabète type 1 depuis 20 ans, HTA mal équilibrée sous inhibiteur calcique + AINS (pèse 110 Kg) arthroses évolutives sous AINS depuis plus d'un mois, crise hémorragique compliquée de rectorragie ; orientée aux urgences néphrologiques pour une dyspnée avec insuffisance rénale.

A l'examen clinique TA 180/110mmHg fréquence cardiaque : 45bt/min ; ECG : bradycardie avec ondes T amples diffuses ;

Cédème de membres inférieures ; anurie (malade a une sonde vésicale) dyspnée type orthopnée. L'examen pleuro-pulmonaire : crépitant aux 02 champs pulmonaires.

A l'examen biologique : Créatininémie : 8mg/dl, Uree : 15mg/dl, K<sup>+</sup> : 8.5meq/l, Na<sup>+</sup> : 135 meq/l, glycémie à 2.1g/l, Hb : 4000 ée/mm<sup>3</sup>, Ht : 8.5g, Anémie hypochrome microcytaire.

Plaquettes : 130.000/e/mm<sup>3</sup>, calcémie : 78mg/dl, Phosphoremie : 60mg/l

A l'échographie abdomino-pelvienne : les reins de 9,5cm de taille mal différenciés.

36 - Quels sont les éléments en faveur de la chronicité de l'insuffisance rénale chez cette patiente ?

- A- Anémie hypochrome microcytaire
- B- HTA mal équilibrée
- C- hypocalcémie
- D- Hyper phosphorémie
- E- La thrombopénie

37 - quelle sont les éventuels facteurs dégradants de la fonction rénale chez cette patiente ?

- A- obésité
- B- déséquilibre tensionnel
- C- prise des AINS
- D- Anurie
- E- thrombopénie

38 - quelle est la néphropathie causale le plus probable(s) de l'IRC :

- A- néphropathie diabétique
- B- obésité
- C- néphroangiosclérose liée à l'HTA
- D- hypocalcémie
- E- NIC

39 - quelles sont les mesures thérapeutiques d'urgence extrême ?

- A- équilibre glycémique
- B- traitement des œdèmes
- C- hémodialyse
- D- calcium en IV pour protéger le cœur
- E- traitement de l'hypocalcémie

40 - quelles sont les autres mesures thérapeutiques de la prise en charge de cette IRC ? :

- A- régime alimentaire riche en protéine
- B- régime alimentaire pauvre en potassium
- C- calcium par voie oral
- D- transfusion
- E- érythropoïétine + fer



CORRIGE TYPE

QCM Néphrologie

- 21- BDE
- 22- ABC
- 23- ABE
- 24- BE
- 25- ABC
- 26- CE
- 27- BCE
- 28- E
- 29- ABDE
- 30- C

Cas Clinique Néphrologie

- 36- CD
- 37- BC
- 38- A
- 39- CD
- 40- BCE

QCM - Urologie

- 1. ABE
- 2. ABD
- 3. BCD
- 4. A
- 5. CDE
- 6. AD
- 7. E
- 8. CD
- 9. BD
- 10. BDE

Cas Clinique Urologie

- 31. A
- 32. D
- 33. C
- 34. C
- 35. D.

Ana path ; Pas de questions  
du 11 → 20 (logiciel)



Réponse du QCM

<u>1</u>	<u>d</u>
<u>2</u>	<u>b de</u>
<u>3</u>	<u>cde</u>
<u>4</u>	<u>c</u>
<u>5</u>	<u>ac</u>
<u>6</u>	<u>abd</u>
<u>7</u>	<u>d</u>
<u>8</u>	<u>ab</u>
<u>9</u>	<u>cd</u>
<u>10</u>	<u>bd</u>

*Dr. MABA*  
- Assistante en Anato  
- Cytologie Patholog