

Module d'uro-néphrologie  
QCM D'UROLOGIE (Rattrapage : Septembre 2023)

Cocher la ou les bonne(s) réponse(s)

1. Quelle(s) est/sont le(s) complication(s) possible(s) de l'hyperplasie bénigne de prostate (HBP) ?
  - a) Dégénérescence néoplasique
  - b) Hernie de l'aîne
  - c) Rétention vésicale chronique
  - d) Infection urinaire
  - e) Insuffisance rénale
2. L'hyperplasie bénigne de la prostate :
  - a) Est une maladie liée au vieillissement
  - b) Est une lésion précancéreuse
  - c) Se développe dans la zone périphérique
  - d) Peut s'associer à un cancer de la prostate chez le même patient
  - e) Peut entraîner une hématurie macroscopique
3. Les inhibiteurs de la 5 alpha réductase dans le traitement de l'HBP :
  - a) N'interfèrent pas avec le taux de PSAt
  - b) Agissent par relaxation des fibres musculaires lisses de l'urètre
  - c) Peuvent donner une gynécomastie
  - d) Diminuent le volume prostatique
  - e) Ont un effet bénéfique en cas de rétrécissement de l'urètre associé
4. Quelle(s) est/sont le(s) affirmation(s) exacte(s) concernant le cancer de la prostate ?
  - a) Le cancer de la prostate peut être asymptomatique
  - b) Le cancer de la prostate est un cancer hormonosensible
  - c) Le TR pathologique indique une biopsie prostatique quel que soit le taux de PSA
  - d) La compression médullaire peut être révélatrice
  - e) Le traitement chirurgical du cancer repose sur la RTUP au stade localisé
5. Quelle(s) est/sont le(s) option(s) thérapeutique(s) pour une TVIM localisée chez une femme ?
  - a) Cystectomie partielle + curage ganglionnaire inguinal bilatéral
  - b) Colpohystérectomie élargie + curage ganglionnaire pelvien
  - c) RTUV
  - d) Pelvectomie antérieure + curage ganglionnaire ilio-obturateur
  - e) BCG thérapie + Chimiothérapie
6. Quelle sont les complications possibles d'un sondage vésical trans urétral ?
  - a) Urétrorragie
  - b) Fausse route urétrale
  - c) Sepsis urinaire
  - d) Plaie rectale
  - e) Insuffisance rénale
7. La colique nephretique :
  - a) Est dite compliquée si elle s'accompagne de vomissements
  - b) peut céder spontanément, ce qui peut traduire la rupture de la voie excrétrice
  - c) peut s'associer à des signes d'irritation vésicale
  - d) peut-être secondaire à une ligature chirurgicale accidentelle d'un uretère.
  - e) Peut-être la manifestation d'une tumeur du pelvis rénal

8. **Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) favorisant la lithiase urinaire ?**
- a) Les anomalies du PH urinaire
  - b) Les antécédents familiaux
  - c) L'hydratation insuffisante
  - d) La consommation excessive de certains aliments
  - e) Les anomalies anatomiques des reins et/ou de la voie excrétrice
9. **Une infection urinaire peut se manifester cliniquement par :**
- a) brûlures mictionnelles
  - b) pollakiurie
  - c) rétention aigue d'urine
  - d) hématurie
  - e) douleurs pelviennes
10. **Une tumeur du rein découverte fortuitement à l'échographie :**
- a) Indique la réalisation d'un scanner abdomino-pelvien avec des coupes excrétoires tardives
  - b) Est le plus souvent une tumeur bénigne
  - c) Indique la réalisation de biopsie systématique
  - d) Nécessite une simple surveillance quel que soit la taille
  - e) Est toujours de bon pronostic
11. **Quelles sont les affirmations exactes concernant la cytologie urinaire ?**
- a) sensibilité élevée pour la détection des tumeurs de bas grade
  - b) permet de révéler une tumeur de la voie excrétrice supérieure
  - c) sensibilité élevée en cas carcinome in situ
  - d) permet d'éliminer un adénocarcinome prostatique associé
  - e) permet d'éliminer un cancer de la vessie en cas de négativité du test
12. **Un traumatisme de l'urètre membraneux**
- a) Est suspecté devant une disjonction symphysaire à la radiographie du bassin
  - b) Donne un hématome périnéal en ailes de papillon si rupture du diaphragme urogénital
  - c) Est secondaire un a rapport sexuel
  - d) Indique un sondage rétrograde en urgence
  - e) Donne une d'hématurie
13. **Quelle(s) est (sont) la (les) contre-indication(s) de la pose d'un cathéter sus-pubien ?**
- a) Tumeur de la vessie
  - b) Prostatite aigue
  - c) Troubles de la coagulation
  - d) Rétrécissement de l'urètre
  - e) Traumatisme du bassin
14. **Face à une colique nephretique :**
- a) La TDM AP permet de voir les calculs radio transparents à l'ASP
  - b) Les formes fébriles doivent faire l'objet d'un traitement antibiotique par voie veineuse
  - c) Les formes oligoanuriques sont traitées par un drainage des urines.
  - d) Une hyperkaliémie menaçante peut être associée si rein unique
  - e) Des contractions utérines peuvent apparaitre si la CN survient chez une femme enceinte
15. **Quels facteurs favorisent la survenue de l'incontinence urinaire chez les femmes ?**
- a) La ménopause
  - b) L'activité sportive intense
  - c) Antécédents de chirurgie pelvienne
  - d) Toux chronique
  - e) Surcharge pondérale

**Questions de Néphrologie**

16. L'antibiothérapie recommandée en première intention pour le traitement d'une bactériurie asymptomatique est :
- A. Amoxicilline-acide clavulanique.
  - B. Céfixime.
  - C. Fosfomycine-Trométanol.
  - D. Amoxicilline.
  - E. Ciprofloxacine.
17. Comment prévenir la survenue d'une IRA au produit de contraste ?
- A. Limiter la dose du produit de contraste iodé.
  - B. Hydratation parentérale encadrant le geste.
  - C. Arrêt des diurétiques.
  - D. Arrêt des autres médicaments néphrotoxiques avant l'examen
  - E. Utilisation des produits de contraste iodé hyperosmotiques.
18. Une hématurie macroscopique est un mode de révélation fréquent de :
- A. Une néphropathie diabétique.
  - B. Un syndrome néphrotique
  - C. Une cystite non compliquée.
  - D. Une glomérulonéphrite mésangiale à dépôts d'IgA.
  - E. Une amylose rénale.
19. Parmi les 5 propositions suivantes quelle est celle (quelles sont celles) que vous retenir devant une Hématurie macroscopique récidivante, évoquant un syndrome d'Alport :
- A. Antécédents familiaux.
  - B. Hypoacousie.
  - C. Élévation des IgA sériques.
  - D. Anomalies rétinienues.
  - E. Baisse du taux du complément.
20. Parmi les propositions suivantes, lesquels sont des complications fréquentes du syndrome néphrotique
- A. Infections.
  - B. Insuffisance rénale fonctionnelle.
  - C. Thromboses.
  - D. Insuffisance rénale obstructive.
  - E. Acidose métabolique.
21. Femme de 18 ans. Elle consulte pour brûlures mictionnelles avec pollakiurie, BU : Leucocytes++, Nitrite++, Sang+, Prot+, il s'agit d'une cystite aigue simple Quel traitement choisissez-vous ?
- A. Pénicilline A + Acide clavulanique
  - B. Céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération.
  - C. Cotrimoxazole.
  - D. Fosfomycine-trométanol.
  - E. Pivmécilliam.
22. Concernant la sténose de l'artère rénale, l'hypokaliémie est liée à :
- A. Un défaut d'apport en K<sup>+</sup>.
  - B. Une kaliurèse augmentée.
  - C. Etat d'hyperaldostéronisme primaire.
  - D. Etat d'hyperaldostéronisme secondaire.
  - E. Activité rénine plasmatique élevée.
23. Au cours des néphropathies interstitielles chroniques cochez la bonne(s) réponse(s)
- A. L'HTA est fréquente et précoce.
  - B. Le PH urinaire est toujours bas.
  - C. La prescription des diurétiques est la règle.
  - D. La fibrose interstitielle est constante.
  - E. La pyélonéphrite chronique est la cause urologique la plus fréquente.

24. **Au cours de la pré-éclampsie :**
1. Peut-être diagnostiquée dès la 15<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée.
  2. Son diagnostic repose sur l'élévation de la pression artérielle > 140/90mmHg et de la protéinurie > 0.3g/ 24h.
  3. Peut se compliquer de retard de croissance intra-utérin.
  4. N'est pas une cause d'insuffisance rénale aiguë.
  5. Se traite par la délivrance.

A : 1+5

B : 1+3+5

C : 2+3+4

D : 2+3+5

E : 2+4+5

25. **Le syndrome néphrotique de l'adulte**

- A. Se définit par une protéinurie des 24h < 1.5g/j.
- B. Se complique toujours d'une nécrose tubulaire aiguë.
- C. Traduit une atteinte tubulo-interstitielle.
- D. Traduit une atteinte glomérulaire
- E. Se définit par une protéinurie des 24h > 3g

26. **Quelles sont les caractéristiques de l'acidose métabolique :**

- A. Est définie par ph < 7.38 et taux de bicarbonates < 22
- B. La dyspnée est de type orthopnée
- C. Le calcul du trou anionique plasmatique oriente vers l'étiologie
- D. Peut être compensée par une alcalose respiratoire
- E. Est toujours une indication de dialyse en urgence

27. **La glomérulonéphrite rapidement progressive (GNRP) est caractérisée par :**

- A. La prolifération extra capillaire est pathognomonique
- B. Une protéinurie est souvent absente
- C. Parmi ces étiologies on trouve le syndrome de Goodpasture
- D. Une ponction biopsie rénale est indispensable
- E. Constitue une urgence diagnostique et thérapeutique

28. **29- Au cours de l'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle :**

- A. Les reins sont histologiquement normaux
- B. Elle se complique toujours de nécrose tubulaire aiguë
- C. Est un facteur aggravant fréquent d'une insuffisance rénale chronique
- D. Le principal traitement est de restaurer la volémie
- E. Le traitement principal est l'épuration extrarénale

29. **Parmi les signes biologiques suivants, lesquels sont évocateurs du HELPP syndrome**

1. Anémie.
2. Une diminution du taux de fibrinogène plasmatique.
3. Bilirubinémie à 50 fois la normale.
4. Elévation des transaminases.
5. Thrombopénie périphérique.

A : 1+2

B : 1+2+5

C : 1+3+4

D : 2+3+5

E : 1+4+5

30. **Quelles sont les indications de dialyse au cours de l'IRA :**

- A. Œdème aigu pulmonaire ne répondant pas au traitement médical
- B. Hyperkaliémie menaçante
- C. Hypokaliémie
- D. Alcalose métabolique
- E. Hypercalcémie modérée.

**Cocher la ou les bonne(s) réponse(s)**

Monsieur M. A., 59 ans, consulte pour une diminution progressive de la puissance du jet urinaire depuis 3 mois. Il est diabétique type II, troubles anxieux sous anti-dépresseurs.

**31. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques qui peuvent expliquer cette faiblesse du jet urinaire ?**

- a) Hypertrophie bénigne de la prostate
- b) Rétrécissement de l'urètre
- c) Fibrose retro péritonéale
- d) Insuffisance rénale modérée
- e) Tumeur du dôme vésicale

**32. Vous pratiquez un toucher rectal. Quelle(s) information(s) peut-il vous apporter ?**

- a) Estimation du volume prostatique
- b) Évaluation de l'étendu d'un rétrécissement de l'urètre
- c) Détection d'un calcul de l'urètre antérieur
- d) Evaluation de la consistance de la prostate
- e) Recherche d'un lobe médian de la prostate

**33. Quelle(s) exploration(s) vous semble(nt) adaptée(s) en première intention ?**

- a) Echographie abdomino-pelvienne
- b) Echographie endorectal
- c) Bilan urodynamique
- d) IRM prostatique
- e) UCRM

L'évaluation montre : une prostate à 90g, avec la présence d'un lobe médian, une vessie de lutte avec une induration du lobe droit de la prostate. Le taux de PSA<sub>t</sub> est à 12 ng/ml.

**34. Quel(s) critère(s) vous permet (tent) de suggérer une augmentation d'allure maligne du volume prostatique ?**

- a) Le taux de PSA<sub>t</sub> à 12 ng/ml
- b) La présence du lobe médian
- c) L'induration du lobe droit
- d) La vessie de lutte
- e) Le volume prostatique estimé à 90 g

La biopsie prostatique est en faveur d'un adénocarcinome prostatique ISUP 4. Le bilan d'extension est négatif.

**35. Quelle(s) est/sont le(s) option(s) thérapeutique(s) qu'on peut proposer au patient ?**

- a) Castration chirurgicale
- b) Prostatectomie radicale
- c) Surveillance
- d) Biphosphonates
- e) Adénomectomie trans vésicale

## Cas clinique Néphrologie

**Mme B. Fatima âgée de 54ans**, aux antécédents d'HTA, adressée par son médecin traitant pour un tableau d'anasarque évoluant depuis quelques jours. **Son traitement actuel** comporte : Nicardipine « loxen » 50 mg 2 x/jour (Inhibiteur calcique) et Tahor « statine » 10 mg le soir. **L'examen clinique** objective : TA à 150/70 mmHg, une prise de poids de 7 kg depuis 10 jours, et de volumineux œdèmes des membres inférieurs prenant le godet. Auscultation : diminution du murmure vésiculaire dans les bases, la SaPO<sub>2</sub> est à 98 % en ambient, fréquence respiratoire est à 22 cycles /min. Le sédiment urinaire actif : Protides +++, Sang +++, leucocytes -, nitrites -. **Le bilan biologique** objective : Urée : 0,45 g/L, Créatinine : 7 mg/L ; Na<sup>+</sup> : 133 mmol/L, K<sup>+</sup> : 4 mmol/L, Cl<sup>-</sup> : 100 mmol/L, NFS : GB : 9000/mm<sup>3</sup>, Hb 9 g/dl, Plaquettes 267000/mm<sup>3</sup>.

Protidémie : 45 g/L, Albuminémie : 12 g/L, glycémie 0.9g/l. L'ECBU stérile. Protéinurie 4g/24h

**36- De quel syndrome glomérulaire s'agit-il?**

- A. Syndrome d'hématurie récidivante
- B. Syndrome néphrotique impur
- C. Syndrome néphritique aigu
- D. Syndrome néphrotique pur
- E. Syndrome de glomérulonéphrite rapidement progressive

**37- Quels types d'examens allez-vous prescrire ?**

- A. Ponction biopsie rénale
- B. Bilan d'hémostase
- C. Marqueurs tumoraux
- D. Sérologie virale (HBV, HCV, HIV)
- E. Bilan immunologique

**38- Vous décidez d'hospitaliser la patiente, quelle est votre Conduite thérapeutique ?**

- A. Antiprotéinurique « ARA2 ou IEC »
- B. Restriction hydrosodée
- C. Anticoagulation
- D. Séance d'hémodialyse
- E. Diurétiques de l'anse

**39- Durant son hospitalisation, votre patiente installe une dyspnée brutale avec douleur thoracique. L'examen clinique objective un membre inférieur enflé, douloureux chaud à la palpation. On note la disparition du ballotement du mollet. Le signe de HOMANS est positif. De quelle complication s'agit-il ?**

- A. Hypothyroïdie
- B. Hyperlipidémie
- C. HTA maligne
- D. Pneumopathie bactérienne
- E. Thrombose veineuse profonde compliquée d'embolie pulmonaire

**40- Parmi les pathologies suivantes, lesquelles peuvent être à l'origine de votre syndrome ?**

- A. Lupus érythémateux disséminé
- B. Glomérulonéphrite post infectieuse
- C. Glomérulonéphrite à dépôt d'IGA
- D. Néphropathie diabétique iabète
- E. Hyalinose segmentaire et focale

Faculté de Médecine Constantine -

Département de Médecine -

Année Universitaire 2022 - 2023

Rattrapage d'urologie

05/09/2023.

Courrigé type

9CM Urologie

- 01 \* B - C - D - E.
- 02 \* A - D - E.
- 03 \* C - D.
- 04 \* A - B - C - D.
- 05 \* D.
- 06 \* A - B - C.
- 07 \* B - C - D - E.
- 08 \* A - B - C - D - E.
- 09 \* A - B - C - D - E.
- 10 \* A.
- 11 \* B - C.
- 12 \* A - B.
- 13 \* A - C.
- 14 \* A - B - C - D - E.
- 15 \* A - B - C - D - E.

Dr. Tekkari, D.  


## CORRIGE TYPE

### QCM NEPHROLOGIE

- 16- D
- 17- A- B- C- D
- 18- D
- 19- A- B- D
- 20- A- B- C
- 21- D
- 22- B- D- E
- 23- D- E
- 24- D
- 25- D- E
- 26- A- C- D
- 27- A- C- D- E
- 28- A- C- D
- 29- E
- 30- A- B

### CAS CLINIQUE

- 36- B
- 37- A- B- C- D- E
- 38- A- B- C- E
- 39- E
- 40- A- C- E

Etablissement Hospitalier Spécialisé  
Clinique d'Urologie et Néphrologie  
Pr. Souhail *OU* **OUICHI**  
Maître de Conférences  
2022-2023

Faculté de Médecine Constantine - Département  
de Médecine -  
Année universitaire 2022-2023.  
Droit page d'urologie  
05/03/2023.

Cas clinique urologie:

31\*. A - B.

32\* A - D.

33\* A.

34\* A - C.

35\* B.

Dz Teldoui . R

