

Examen d'Urologie 5^{ème} Année Médecine
QCM d'Urologie
(2^{ème} rotation) du 18/11/2018 au 06/12/2018

Cochez «la» ou «les» bonnes réponses

1. **Devant une hématurie microscopique on peut évoquer :**
 - a. Un cancer de vessie
 - b. Cancer de la prostate
 - c. Rupture urétrale
 - d. Tumeur du rein
 - e. Tuberculose urogénitale.
2. **La tuberculose urogénitale**
 - a. Est une localisation exceptionnelle de la maladie
 - b. Est toujours contemporaine à la primo-infection
 - c. Est toujours secondaire
 - d. Est primitive
 - e. Est souvent diagnostiquée à un stade tardif
3. **Dans lithiase urinaire**
 - a. La localisation rénale est la plus fréquente
 - b. Le type oxalocalcique est le plus fréquent
 - c. La colique néphrétique est toujours révélatrice
 - d. L'infection urinaire est constante
 - e. Le traitement médical permet de traiter 90% des calculs
4. **Dans les tumeurs de vessies :**
 - a. L'hématurie est le signe révélateur.
 - b. L'échographie est toujours positive
 - c. La résection endoscopique est un geste exclusivement thérapeutique
 - d. Le scanner thoraco abdomino pelvien est toujours demandé
 - e. La cystectomie radicale est le traitement de référence de toutes les formes.
5. **L'incontinence urinaire d'effort :**
 - a. Est secondaire a une hyper mobilité urétrale dans 90%, et a une insuffisance sphinctérienne dans 10%
 - b. Peut être due à une infection urinaire
 - c. Peut être corrigée par la manœuvre de bonney
 - d. Favorisée par une irritation vésicale par un polype ou lithiase
 - e. Traitée exclusivement par les anticholinérgiques.
6. **Les symptômes de l'incontinence urinaire d'effort sont :**
 - a. Impériosité mictionnelle
 - b. Pollakiurie diurne et nocturne
 - c. Fuite d'urine en jet
 - d. Fuite sur urgence non prévisible indépendante de l'effort
 - e. Fuite lors de l'éternuement.

7. Le traumatisme de l'urètre postérieur se traduit cliniquement :

- a. Une incontinence urinaire
- b. Une hématurie
- c. Une rétention vésicale aigue d'urine
- d. Une uretrorragie
- e. Une défense abdominale généralisée.

8. Dans le cancer de la prostate :

- a. Le toucher rectal peut être normal.
- b. Les SBAU peuvent être absents.
- c. L'échographie endo-rectale permet le diagnostic.
- d. Le score de Gleason est la somme des deux grades les plus représentés.
- e. La radiothérapie externe + hormonothérapie longue (2 ou 3 ans) est le traitement de choix pour les patients du groupe à haut risque

9. Le traitement chirurgical de l'HBP est indiqué en cas de :

- a. Echec d'un traitement médical bien conduit
- b. Poids de la prostate > à 120 gr
- c. Résidu post mictionnel RPM < 100 cc.
- d. Insuffisance rénale par obstacle prostatique
- e. Diverticule(s) de vessie

10. Dans le cancer du rein :

- a. La triade clinique : Lombalgies – Hématurie – masse lombaire est présente dans 60 % des cas
- b. 30% des patients sont au stade métastatique au moment du diagnostic;
- c. Les carcinomes de Bellini sont des tumeurs de bon pronostic
- d. L'Uro-Scanner est un examen morphologique d'une grande valeur diagnostique
- e. L'os est le premier site métastatique

Module d'uro-Néphrologie
Questions d'Anapath

11- 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 bourgeon tumoral
- d- est utile pour la surveillance des récives
- e- est d'aucun intérêt diagnostique

12- Histologiquement, la tumeur de vessie :

- a-est fréquemment un carcinome urothélial
- b- s'associe souvent a une Bilharziose
- c-est un Adénocarcinome dans 80% des cas
- d- est d'architecture papillaire
- e- est de stade p T1 quand elle infiltre le muscle détrusor

13- Le CIS de la vessie :

- a-est une lésion plane
- b- est une lésion papillaire
- c- se définit par un épaissement urothélial
- d- est de bon pronostic
- e- est souvent associé à des lésions de haut grade

14- 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

15- 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

16- 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

17- 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- peut avoir une extension à la graisse péri rénale

18- Quels sont parmi ces facteurs, les éléments pronostiques du Carcinome a cellules rénales ?

- a- Le siège polaire supérieur
- b- le stade d'extension
- c- le grade nucléaire de Furhmann
- d- la présence de stroma lymphocytaire
- e- la présence de remaniements nécrotico-hémorragiques

19- La maladie de Berger :

- a- est une atteinte diffuse des glomérules
- b- est une atteinte segmentaire des cellules mésangiales
- c- est caractérisée par des dépôts diffus d'IgM au niveau du mésangium
- d- est caractérisée par des dépôts diffus d'IgA au niveau du mésangium
- e- est une glomérulonéphrite proliférative

20- L'angiomyolipome du rein :

- a- est une tumeur maligne
- b- est une tumeur non encapsulée
- c- est une tumeur a triple contingent dont un est toujours malin
- d- est une tumeur d'architecture papillaire
- e- est une tumeur souvent multiple et bilatérale

Contrôle des externes 5^{ème} année Médecine
Module d'Urologie-Néphrologie Année Universitaire : 2017 – 2018
2^{ème} rotation du 18/11/2018 au 06/12/2018

21-la NIA infectieuse est caractérisée par: cochez la ou les bonne(s) réponse(s)

- A-une atteinte bilatérale des deux reins
- B-une leucocyturie aseptique
- C- leucocyturie faite essentiellement des PNN
- D- un mécanisme immun allergique
- E- une sensibilité habituelle aux corticoïdes

22-la NIA est de mauvais pronostic si: cochez la ou les bonne(s) réponse(s)

- A- elle est idiopathique
- B- elle est d'origine infectieuse
- C- elle s'accompagne de la fibrose interstitielle à la PBR
- D- elle est d'origine médicamenteuse
- E-l'IRA persiste plus de 21jours

23- la NIA est dite immuno allergique si elle est

- A- idiopathique
- B-d'origine infectieuse
- C- secondaire au hanta virus
- D-d'origine médicamenteuse
- E-secondaire au syndrome sec

24- Le syndrome d'hématurie récidivante évoque :

- A- Une maladie de Goodpasture.
- B- Une néphropathie à dépôts d'IgA
- C- Une glomérulonéphrite post-infectieuse
- D- Un syndrome d'Alport
- E- Une maladie de Berger.

25-Le syndrome néphrotique à lésions glomérulaires minimales de l'enfant :

- A- Se présente habituellement comme un syndrome néphrotique impur
- B- N'est pas une indication à la réalisation d'une biopsie rénale
- C- L'aspect histologique en microscope optique est normal
- D- Est cortico-sensible dans 80 a 90 % des cas
- E- Doit être traité par bloqueur du système rénine-angiotensine

26-Parmi les éléments suivants, quel(s) est (sont) celui (ceux) présents au cours de la sarcoidose ?

- A- Taux sérique élevé de 1-25 OH vitamine D3
- B- Hypercalcémie
- C- Hypocalciurie
- D- Leucocyturie
- E- Granulomes interstitiels

27-Parmi les affirmations suivantes, indiquez celle(s) qui est (sont) juste(s) :

Au cours de la polykystose rénale autosomique dominante :

- A- Le dépistage d'un anévrisme cérébral est systématique.
- B- La Polykystose rénale autosomique dominante peut être révélée par le tableau d'une pyélonéphrite à urines stériles
- C- L'hypertension artérielle est fréquente
- D- Le TOLVAPTAN (antagoniste du récepteur V2 de la vasopressine) est couramment utilisé dans le traitement.
- E- L'âge moyen de l'insuffisance rénale terminale est 35 à 40 ans

28- parmi les néphropathies héréditaires suivantes, citez celles dont la transmission n'est pas liée à l'X :

- A- Syndrome d'Alport
- B- Maladie de Fabry
- C- Polykystose rénale
- D- Hyperoxalurie primitive
- E- Cystinurie

29- Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles qui sont justes

L'hypertension artérielle gestationnelle ;

- A- Est de diagnostic facile
- 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

30- quelle sont les réponses justes concernant la prééclampsie :

- A- Elle est définie par une hypertension artérielle associée à une protéinurie supérieure à 300mg/j apparaissant avant 20 semaines d'aménorrhée
- B- Est due à un défaut de la placentation
- C- Est précoce quant elle apparaît avant 32 semaines d'aménorrhée
- D- peut se greffer sur une HTA préexistante
- E- Impose d'emblée un traitement antihypertenseur.

Cas clinique urologie

Un homme âgé de 64 ans, diabétique, consulte pour une pollakiurie nocturne (3 levers / nuit) depuis 3 semaines

31/ Quels sont les diagnostics à évoquer ?

- A- Tumeur vésicale
- B- Lithiase vésicale
- C- HBP
- D- ADK prostatique
- E- Hyperactivité vésicale

32/ Comment peut-on progresser dans l'enquête étiologique ?

- A- ASP
- B- Échographie
- C- IRM pelvienne
- D- ECBU
- E- Biopsie prostatique

Les résultats du bilan pratiqué : prostate augmentée de volume, 80 g; homogène, épaissement de la paroi vésicale, absence d'infection urinaire, PSA : 3 ng/ml

33/ Quelle serait votre conduite ?

- A- ATB
- B- Biopsie prostatique
- C- Traitement médical par Alpha-bloquants
- D- Prostatectomie
- E- A + C

Le bilan après 3 mois de traitement : persistance de pollakiurie avec dysurie

34/ Quelle serait votre démarche ?

- A- Débit-métrie
- B- Uro-scanner
- C- Uréthro-cystoscopie
- D- A + B
- E- B + C

Résultats : débit-max = 10 ml/s

35/ Quelle est votre CAT ?

- A- Hormonothérapie
- B- Prostatectomie totale
- C- Sonde urinaire
- D- Adénomectomie par voie haute
- E- Incision cervico-prostatique

Cas Clinique Néphrologie

Monsieur B. 68 ans, ancien boulanger, se présente à votre consultation pour des diarrhées profuses (6 selles abondantes par jour), nausées et altération de l'état général. Aux antécédents d'une HTA traitée et équilibrée depuis 10 ans sous Lopril50* (IEC). Il présente une dyspnée d'effort stade 2.

L'interrogatoire :

- Le patient a présenté six jours plutôt un épisode associant : fièvre 39, frissons, tout sèche où il a reçu un anti-inflammatoire non stéroïdien Ibuprofène*.
- Le lendemain il présente des douleurs épigastriques, une diarrhée, ne s'alimente plus. Il présente une oligurie depuis 48 heures, motivant la consultation.

L'examen retrouve : Le poids : 73 kilos, la TA ; 115/58 mmHg, Ta température : 37°C et le pouls est régulier à 80/min.- Présence d'un pli cutané, l'absence de point d'appel clinique autre. - La bandelette urinaire : Leucocyte=négatif ; Nitrite=négatif ; Hématies=négatif ; Protéines =trace.

Le bilan réalisé retrouve

- FNS : hémoglobine : 15,8 g /dL, leucocytes : 8900 Giga/L, plaquettes : 222 Giga/L,
- Protides totaux 82g/L, Albumine : 47g/L Ionogramme sanguin : Na : 150 mmol/L,
- K. : 5,3 mmol/L, Bicarbonates : 22 mmol/L Urée 2g/l, créatinine : 50mg/lL,
- (Bilan antérieur ; créatinine 11mg/l urée : 04g/l) La glycémie à jeun est de 1g/l

36/ Comment décrivez-vous l'état d'hydratation du patient ?

- A- Déshydratation extracellulaire isolée
- B- Déshydratation intracellulaire isolée
- C- Bon état d'hydratation
- D- Déshydratation globale
- E- Hyponatrémie isolée

37/ Comment définissez-vous l'état rénal du patient ?

- A- Insuffisance rénale aigue fonctionnelle.
- B- Insuffisance rénale chronique terminale
- C- Insuffisance rénale obstructive
- D- Insuffisance rénale par nécrose corticale
- E- **Insuffisance rénale indéterminée.**

38/ Quels examens complémentaires demandez vous permettant de confirmer votre hypothèse diagnostique ?

- A- Echographie rénale
- B- Ionogramme urinaire
- C- Protéinurie des 24h
- D- Bilan hépatique
- E- Scanner cérébral

39/ Quelles mesures thérapeutiques prenez-vous dans l'immédiat ?

- A- Hospitalisation :
- B- Arrêt des traitements diurétiques, des IEC, Des AINS.
- C- Réhydratation par voie veineuse
- D- Éliminer tout apport de potassium.
- E- Une ponction biopsie rénale

40/Quels sont les éléments de surveillance biologiques chez ce patient ?

- A- Urée et créatinine sanguine
- B- Ionogramme sanguin
- C- Ionogramme urinaire
- D- La pesée quotidienne
- E- ECG



Département de Médecine de Constantine - Epreuve
d'Uro-néphrologie - A5 - R2 -(théorie+pratique)
10-12-2018-2019

Date de l'épreuve : 06/12/2018

Corrigé Type

Barème par question : 0.500000

N°	Rép.
1	ABD E
2	CE
3	AB
4	A
5	AC
6	CE
7	CD
8	ABE
9	ADE
10	BD
11	BD
12	AD
13	AE
14	ABE
15	BD
16	ADE
17	BCE
18	BC
19	BDE
20	BE
21	AC
22	CE
23	DE
24	BDE
25	BCDE
26	ABDE
27	BC
28	CDE
29	AD
30	BCDE
31	ABCDE
32	BD
33	C
34	A
35	D

N°	Rép.
36	D
37	A
38	ABC
39	ABCDE
40	ABC

39 → ABCD