

Cochez la ou les bonne(s) réponse(s)

1. Dans l'hypertrophie bénigne de la prostate.

- A- Le toucher rectal peut être normal
- B- Les diurétiques thiazidiques peuvent améliorer le débit urinaire
- C- La dégénérescence néoplasique est une évolution certaine
- D- L'hypertrophie importante est une indication opératoire
- E- L'adénomectomie par voie haute doit emporter la totalité de la prostate

2. Dans l'hypertrophie bénigne de la prostate.

- A- Le traitement bien conduit, permet d'éviter la dégénérescence néoplasique
- B- L'existence de calcifications prostatiques à l'échographie est une indication d'adénomectomie
- C- Les alpha-bloquants peuvent modifier le taux de PSA
- D- Le traitement le plus adéquat d'une HBP compliquée est le sondage vésical intermittent
- E- L'adénomectomie à ciel ouvert peut compromettre l'éjaculation antérograde

3. Devant une hématurie.

- A. Le traitement anticoagulant s'il existe dispense de faire un bilan onco-urologique exhaustif
- B. Le caractère microscopique doit déclencher une enquête étiologique
- C. La cystoscopie est indiquée en 1^{ère} intention pour confirmer l'hématurie
- D. La présence de caillots évoque une origine urétrorcervicoprostatique uniquement
- E. Le caractère terminal de l'hématurie évoque une origine rénale

4. Quelle(s) est (sont) le(s) proposition(s) thérapeutique(s) pour une tumeur de haut risque D'Amico chez un homme de 65 ans ?

- A. La surveillance active
- B. La prostatectomie radicale
- C. La radiothérapie externe
- D. L'hormonothérapie
- E. Radiothérapie + Hormonothérapie

5. Quelles sont les contres indications de l'uroscanner ?

- A. l'Infection urinaire en cours
- B. La douleur
- C. l'allergie au produit de contraste
- D. la perturbation de la fonction rénale
- E. la déshydratation

Module d'Uro-Néphrologie
Contrôle d'Anapath
Année Universitaire 2021-2022

11- La cytologie urinaire :

- a- A un double intérêt diagnostique et thérapeutique
- b- A un intérêt dans le carcinome urothélial de haut grade
- c- Est un moyen de surveillance des récurrences du carcinome urothélial
- d- détecte les cellules tumorales du carcinome de bas grade
- e- Est peu coûteux et non invasif

12- le carcinome urothélial est :

- a- Le type histologique le plus fréquent des tumeurs de vessie
- b- Se développe uniquement au niveau de la vessie
- c- Est secondaire à une infection bilharzienne
- d- Est une tumeur bénigne et récidivante
- e- Est une tumeur d'architecture papillaire

13- Dans une biopsie prostatique, on retrouve 70% de grade 5 de gleason, 20% de grade 3 et 10% de grade 4. Quelle est le score de Gleason ?

- a- 7(3+4)
- b- 7(4+3)
- c- 8(5+3)
- d- 9(5+4)
- e- 10(5+5)

14- les lésions de PIN de la prostate sont :

- a- D'aspect cribriforme et comédo-carcinomateux
- b- Des lésions précurseur de l'adénocarcinome prostatique
- c- Sont p63 (+)
- d- Sont p63(-)
- e- D'architecture glandulaire conservée et atypies cyto nucléaires marquées.

15- Le séminome spermatocytaire est :

- a- une tumeur dérivée des neoplasies germinales in situ
- b- une entité du séminome
- c- une tumeur de l'enfant
- d- non dérivée des NGIS
- e- caractérisé par un taux BHCG augmenté

16- Les Marqueurs tumoraux sériques au cours des tumeurs testiculaires sont :

- a- Des critères pronostiques
- b- Leur diminution est essentielle dans le suivi post chirurgical
- c- A doser seulement avant la chirurgie
- d- BHCG sont augmentés dans les tératomes
- e- Alpha foeto protéine est augmenté dans les tumeurs vitellines

EHSNITO UROLOGIE
DANS CO
Pr. SA
Pr. SA

17- Dans la tumeur oncocyttaire du rein :

- a- L'architecture papillaire est majoritaire
- b- On retrouve souvent une cicatrice fibreuse centrale
- c- L'architecture de la tumeur est endocriinoïde
- d- La coloration de hale est négative contrairement à la tumeur chromophile
- e- Les cellules tumorales sont oncocytaires, de grande taille et à noyau granuleux

18- quelles sont les facteurs histo-pronostiques des tumeurs rénales ?

- a- La nécrose tumorale
- b- La taille tumorale
- c- Le grade nucléolaire de l'ISUP
- d- Les embolies tumorales
- e- Le stade pTNM

19- Le carcinome des tubes collecteurs du rein ou Carcinome de Bellini est :

- a- Le type histologique le plus fréquent des tumeurs rénales
- b- Une tumeur qui se développe dans la médulla du rein
- c- Un carcinome à cellules claires du rein
- d- Est une tumeur très agressive et de très mauvais pronostic
- e- Un adénocarcinome papillaire

20- Dans les Néphropathies glomérulaires, la maladie de Berger est :

- a- Une Néphropathie secondaire et non proliférative
- b- Une Néphropathie primitive et proliférative
- c- Une Néphropathie primitive et non proliférative
- d- Une atteinte focale et segmentaire des glomérules
- e- Une atteinte diffuse et segmentaire des glomérules

LABORATOIRE NEPHROLOGIE
100 - CONSTANTINE
Service d'Urologie, Médecine Interne et Pédiatrie
Pr. SA Oued-El-Blad

Questions Néphrologie

21. Quel(s) élément(s) permet(tent) d'orienter vers le caractère chronique d'une insuffisance rénale ?

- A. Une augmentation du débit de filtration glomérulaire évoluant depuis plus de 3 mois
- B. L'existence depuis plus de 3 mois d'une protéinurie et d'une anomalie du sédiment urinaire
- C. La présence d'une hyperkaliémie associée à une acidose métabolique
- D. La présence d'une anémie normochrome normocytaire et régénérative au moment du diagnostic.
- E. La présence de reins dont la taille est significativement réduite

22. Parmi les critères suivants, lequel est le plus fiable pour différencier une insuffisance rénale aiguë d'une insuffisance rénale chronique ?

- A. L'existence de douleurs pelviennes
- B. L'hyperphosphatémie
- C. L'anémie
- D. L'hyperuricémie
- E. La mesure de la taille des reins

23. Quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) habituelle(s) d'une insuffisance rénale chronique sévère ?

- A. Une dénutrition protéino-énergétique
- B. Une Alcalose métabolique
- C. Une hyperuricémie souvent asymptomatique
- D. Une anémie normochrome normocytaire régénérative
- E. Une hypocalcémie favorisée par la diminution de production rénale de $1,25(\text{OH})_2$

24. Quelle(s) est (sont) la (les) mesure(s) de néphroprotection à mettre en place chez un patient qui présente une insuffisance rénale de stade 3 ?

- A. Contrôle tensionnel optimal avec des cibles de PA < 130/80 mmHg
- B. Traitement par inhibiteurs calciques dans les néphropathies glomérulaires
- C. Prescrire un régime hypo-protidique modéré.
- D. Traitement par érythropoïétine dès que le taux d'hémoglobine est < 12 g/dl
- E. Mise en place d'une voie d'abord pour la dialyse

25. Le meilleur moyen d'apprécier le débit de filtration glomérulaire en pratique courante donc la valeur de la fonction rénale est

- A. La mesure de la diurèse
- B. La créatininémie
- C. La clairance de la créatinine selon MDRD ou CKD-EPI
- D. La clairance de la créatinine mesurée UV /P
- E. La clairance de l'inuline

URO-NEPHROLOGIE
CONSULTATION
Faculté de Médecine Constantine
Riad

26. Quels sont les facteurs de progression de l'insuffisance rénale chronique ?

- A. Le tabac
- B. La déshydratation
- C. L'apport excessif de protéines
- D. Les dyslipidémies
- E. L'HTA

27. Parmi les données échographiques suivantes, quelles sont celles évocatrices d'une néphropathie interstitielle chronique?

1. Reins bosselés
2. Reins de taille augmentée
3. Asymétrie de taille des reins
4. Macrocytes
5. Calcifications de la médullaire

A : 1+2+3 B : 1+3+5

C : 1+2+3+4

D : 1+3+4+5

E : 1+2+3+4+5

28. Parmi les troubles hydro électrolytiques suivants, quels sont ceux pouvant être à l'origine d'une néphropathie interstitielle chronique métabolique

1. Hyperkaliémie
2. Hypokaliémie
3. Hyponatrémie
4. Hypocalcémie
5. Hypercalcémie

A : 2+5

B : 2+4

C : 4+5

D : 1 +3

E : 2+3

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

- A. Les reins sont de taille et de morphologie normale
- B. Le sédiment urinaire est pauvre
- C. La nécrose tubulaire aiguë est l'une de ses complications
- D. La natriurèse est toujours effondrée à l'ionogramme urinaire
- E. L'arrêt des médicaments agissant sur l'hémodynamique rénale est indispensable

30. Au cours de l'insuffisance rénale aiguë, l'hyperkaliémie :

- A. Est due à un défaut d'excrétion du potassium rénal
- B. Nécessite un arrêt des apports exogènes de potassium
- C. Est aggravée par une anurie
- D. Est bien tolérée comparativement à l'hyperkaliémie au cours de l'insuffisance rénale chronique.
- E. Nécessite une épuration extrarénale si échec du traitement médical.

Cochez la ou les bonne(s) réponse(s)

Mr. A. Kamel, âgé de 66 ans aux antécédents de pollakiurie nocturne, consulte pour une hématurie macroscopique un seul épisode.

31 Quel(s) est (sont) le ou les diagnostics étiologiques probables ?

- A- Une tumeur du trigone vésical.
- B- Une hypertrophie bénigne de la prostate.
- C- Une tumeur de l'uretère pelvien.
- D- Un cancer de la prostate.
- E- Un calcul vésical.

32 Quel est votre bilan de première intention ?

- A- Une cytologie urinaire
- B- Une uréthro-cystoscopie
- C- Un examen cyto bactériologique des urines
- D- Une échographie vésico-prostatique et rénale
- E- Une recherche de BK dans les urines

33 Le bilan pratiqué objective une masse rénale droite, une prostate à 65 cc. Quel sera votre démarche ?

- A- Uro-TDM
- B- Scintigraphie rénale
- C- Biopsie de la masse rénale
- D- IRM prostatique
- E- Scintigraphie osseuse

34 Le bilan objective une masse rénale droite d'allure maligne de 9 cm polaire supérieure, avec un thrombus dans la veine rénale droite, absence d'adénopathies. Quelle est votre conduite ?

- A- TDM thoracique.
- B- TEP-TDM à la 18-fluorocholine
- C- Biopsie de la masse rénale
- D- Artériographie cérébrale.
- E- Urographie intraveineuse.

35 le bilan d'évaluation est revenue sans anomalie, quel statut accordez vous à cette masse.

- A- Cette tumeur est classée « cT2aN2M0 »
- B- Cette tumeur est classée « cT3aN2M0 »
- C- Cette tumeur est classée « cT2aN0Mx »
- D- Cette tumeur est classée « cT3aN0M0 »
- E- Cette tumeur est classée « cT3bNxM0 »

Cas Clinique NEPHROLOGIE

Mme B. 69 ans., se présente à votre consultation pour des diarrhées profuses (7 selles abondantes par jour), nausées et altération de l'état général. Aux antécédents d'une HTA traitée et équilibrée depuis 10 ans Sous Aprovel* (ARA2). Elle présente une dyspnée d'effort stade 2.

A l'interrogatoire : Fièvre 39°C, frissons et tout sèche y a 6 jours auparavant, où elle a reçu 400mg d'Ibuprofène (AINS), le lendemain elle a présenté des douleurs épigastriques, une diarrhée, et ne s'alimente plus. La patiente a remarqué qu'elle n'urine plus comme avant (moins de 300ml par jour).

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. - La bandelette urinaire : Leucocyte=négatif ; Nitrite=négatif ; Hématies=négatif ; Protéines =trace.

FNS : hémoglobine : 14 g /dL, leucocytes : 700 Giga/L, plaquettes : 230 Giga/L, Protidès totaux 80g/L, Albumine : 40g/L Ionogramme sanguin : Na : 149 mmol/L, K. : 5,2 mmol/L, Bicarbonates : 22 mmol/L Urée 2g/l, créatinine : 50mg/l, Glycémie 0.9g/l (Bilan antérieur ; créatinine 7mg/l urée : 0.35g/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 ARA2 et de l' 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. TP/INR
- D. Cholestérol et Triglycérides
- E. ECG

Faculté de Médecine Constantine
Département de Néphrologie
Pr. SAÏDOU Aoud