

12/20

Cocher la ou les bonne(s) réponse(s)

1. **Devant une Pyélonéphrite aiguë grave**
    - a. L'hospitalisation est systématique
    - b. L'antibiothérapie à base d'imipénème est recommandée d'emblée *amox + amino*
    - c. La durée de traitement peut être prolongée en fonction de la gravité *→ 14 - 21 j*
    - d. L'URO-TDM est indiquée s'il n'y a pas de contre-indication *→ ex: nos echo*
    - e. Le risque de dégénérescence néoplasique est très élevé *(non mentionné)*
  2. **Parmi les facteurs de risque de complication d'une infection urinaire**
    - a. Sexe féminin *o?*
    - b. Sujet âgé
    - c. Grossesse
    - d. IRC modérée *grave*
    - e. L'hématurie microscopique
  3. **Quel(s) élément(s) clinique(s) oriente(nt) vers une gangrène de Fournier ?**
    - a. Nécrose cutanée
    - b. Signe de chevassu positif *?!*
    - c. Inflammation périnéale
    - d. Manœuvre de Valsalva positive *?!*
    - e. Emphysème sous-cutané
  4. **La prise en charge urologique d'urgence de l'anurie obstructive quel que soit la cause peut se faire par :**
    - a. Ureterscopie *trouble métabolique*
    - b. Néphrostomie per cutanée *rombe*
    - c. Cathéter sus pubien *contrôle*
    - d. Montée de sonde urétérale *(infection) - étrologique - on infect*
    - e. Lithotripsie extra corporelle
  5. **Quel(s) élément(s) clinique(s) oriente(nt) vers une dysfonction érectile d'origine organique prédominante ?**
    - a. L'installation progressive avec disparition des érections nocturnes *→ oui*
    - b. La présence d'une pathologie vasculaire liée à la dysfonction endothéliale par le diabète et l'athérosclérose *→ oui*
    - c. La présence de conflits conjugaux et partenaire instable *≠*
    - d. La conservation de la libido avec éjaculation à verge molle
    - e. L'existence d'un déficit androgénique lié à l'âge *→ étiologie*
  6. **Parmi les causes d'augmentation du volume scrotal suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) associée(s) à une transillumination positive ?**
    - a. Une hernie inguinoscrotale
    - b. Un volumineux kyste épiddymaire
    - c. Une orchépididymite
    - d. Une hydrocèle vaginale
    - e. Un cancer du testicule
  7. **Le cancer de la vessie chez l'homme ?**
    - a. Est un adénocarcinome primitif dans la majorité des cas *Tumeur urothéliale*
    - b. Peut-être la deuxième localisation d'une tumeur du pelvis rénal *pyélon*
    - c. Nécessite la réalisation d'une amputation abdomino-périnéale en cas de TVIM
    - d. Peut s'étendre à l'urètre prostatique
    - e. Nécessite la réalisation d'une échographie endorectale pour établir le bilan d'extension *Amputation prostatite*
- (مكانة فلکور)

8. Quelles sont les dérivations urinaires possibles pour une femme ayant une TVIM localisée ?

- a. Urétérostomies cutanées directes
- b. Urétérostomie cutanée trans-iléale
- c. Néphrostomies percutanées
- d. Hystérocystopalstie
- e. Entérocystoplastie de remplacement

9. La résection transurétrale de tumeurs vésicales :

- a. Peut se compliquer de perforation vésicale
- b. Doit emporter la graisse péri-vésicale
- c. Doit associer une résection du col vésical
- d. Se fait au bloc opératoire
- e. Nécessite plusieurs résections en cas d'envahissement de la musculuse → ذاك ولنا صايي!

10. Le traumatisme de l'urètre membraneux :

- a. Est rarement rencontré dans un contexte vital
- b. Est diagnostiqué par un scanner du bassin
- c. Est souvent une lésion bénigne
- d. Est toujours accompagné d'urétrorragies
- e. Est parfois secondaire à une fracture de Malgaigne

11. Dans les traumatismes de l'urètre antérieur :

- a. L'anurie obstructive est une complication possible RVA
- b. L'hématome peut être plus ou moins expansif à la miction → pression
- c. Le diagnostic repose sur l'IRM pelvienne
- d. L'ascension de la prostate est souvent associée → شوية في تلك الفترة
- e. L'éjaculation baveuse est une complication possible ?!

-1

12. Le syndrome de levée d'obstacle en cas de RVA :

- a) Peut survenir après drainage par cystocathéter
- b) Peut survenir après drainage par néphrostomie ← why → sus ou cyto
- c) Se prévient par clampage de la sonde vésicale
- d) Entraîne une polyurie ← néphrostomie en RVA ?!
- e) Peut se compliquer d'un état de choc

-0,25

13. Lors de l'examen clinique d'un patient présentant une rétention aigue d'urine, on trouve habituellement ?

- a) Une voussure hypogastrique à limite supérieur concave vers le haut à la palpation
- b) Une fièvre
- c) Une masse immédiatement sus-pubienne
- d) Un patient algique
- e) Un contact lombaire positif

-1

14. Dans le cancer de la prostate

- a. Le TR peut être normal
- b. Le taux de PSA peut être normal
- c. Les ATCDS familiaux du cancer de la prostate indiquent le dépistage précoce 45-50
- d. Les douleurs osseuses peuvent être révélatrices
- e. Le déficit androgénique compliquer la prostatectomie radicale

15. Un calcul du rein gauche de 09 mm invisible à l'AUSP :

- a. Peut se compliquer de colique nephretique
- b. Peut se compliquer d'anurie quel que soit le statut du rein droit
- c. Est l'indication de choix de LEC
- d. S'accompagne d'un taux de PTH toujours élevé.
- e. Peut détruire le rein en l'absence de prise en charge adaptée

-1

LEC prq Non  
cest inf < 20mm

5,25  
2,50 → 12,75

30/04/2023

**Questions de néphrologie**

16. Parmi les éléments suivants quels sont ceux évocateurs d'une néphropathie interstitielle ?
1. Protéinurie à 2 g/j avec 70 % d'albumine
  2. Natriurèse obligatoire entraînant une perte de sel
  3. Leucocyturie
  4. HTA ancienne
  5. Les contours des reins réguliers
- A : 2+4    B : 2+3    C : 2+3+5    D : 2+3+4    E : 1+2
17. Un sujet de 18 ans a été opéré dans l'enfance d'un reflux vésico-urétéral bilatéral laissant des séquelles d'hypoplasie visible à l'échographie rénale, alors que la protéinurie n'était jamais supérieur à 0.2g/l, elle atteint brusquement 3g/24h. Cette protéinurie traduit
- A. Une aggravation des lésions inflammatoires de néphrite interstitielle.
  - B. La constitution d'une sclérose du tissu interstitiel
  - C. Une dégénérescence tubulaire
  - D. Une intolérance aux anti-infectieux urinaires
  - E. Une atteinte de type hyalinose segmentaire et focale.
18. Quelle est la complication rénale du myélome la plus fréquente ? (La réponse juste)
- A. Syndrome de Randall.
  - B. Syndrome de Fanconi.
  - C. Amylose AL
  - D. Amylose AA
  - E. Tubulopathie à cylindres myéломateux.
19. L'antibiothérapie recommandée en première intention pour le traitement d'une bactériurie asymptomatique est :
- A. Amoxicilline-acide clavulanique.
  - B. Céfixime.
  - C. Fosfomycine-Trométamol.
  - D. Amoxicilline.
  - E. Ciprofloxacine
20. l'antibiothérapie probabiliste recommandée pour le traitement d'une cystite aiguë gravidique est :
1. Amoxicilline.
  2. Céfixime.
  3. Amoxicilline-acide clavulanique.
  4. Ciprofloxacine.
  5. Fosfomycine-Trométamol.
- A :1+5    B :1+3+5    C : 2+3+4    D:2+3+5    E :2+4+5
21. Pour évaluer la tolérance de l'IRA quels examens demanderiez-vous ?
- A. Dosage de l'urée et de la créatinine avec calcul du DFG
  - B. Gaz du sang artériel
  - C. Ionogramme sanguin (sans garrot)
  - D. Hémocultures si syndrome infectieux
  - E. Radio du thorax : recherche de signe D' OAP
22. Comment prévenir la survenue d'une IRA au produit de contraste ?
- A. Limiter la dose du produit de contraste iodé
  - B. Arrêt des autres néphrotoxiques avant l'examen
  - C. Hydratation parentérale encadrant le geste
  - D. Arrêt des diurétiques
  - E. Utilisation des produits de contraste iodé hyperosmotiques

30/04/2023

Faculté De Médecine Constantine-Département De Médecine  
Année universitaire 2022-2023 Contrôle d'uro-néphrologie  
Rotation 2 du 19/03/2023 au 27/04/2023

23. Parmi les cas d'acidoses métaboliques cités ci-dessous, quel est celui (quels sont ceux) qui peut (peuvent) s'accompagner généralement d'un trou anionique augmentée ?
- A. Acidose lactique
  - B. Acido cétose diabétique
  - C. Acidose tubulaire proximale
  - D. Acidose tubulaire distale
  - E. Acidose par intoxication salicylée
24. L'alcalinisation en cas d'acidose métabolique est :
- A. Toujours indiqué peu importe la cause d'acidose
  - B. A éviter si surcharge hydro-sodée et/ou d'hypokaliémie
  - C. Indispensable notamment en cas d'insuffisance rénale associée
  - D. basée sur l'administration de bicarbonate de sodium en intraveineuse
  - E. Discutable en cas d'acidose lactique
25. Une hématurie macroscopique est un mode de révélation fréquent de :
- A. Une prostatite
  - B. Une tubulopathie
  - C. Un diabète rénal
  - D. Une glomérulonéphrite mésangiale à dépôts d'IgA
  - E. Une amylose rénale.
26. Parmi les 5 propositions suivantes quelle est celle (quelles sont celles) que vous retenir devant une hématurie macroscopique récidivante, vous retenir en faveur du diagnostic de syndrome d'Alport :
- A. Antécédents familiaux
  - B. Hypoacousie
  - C. Elévation des Ig A sériques
  - D. Anomalies rétinienne
  - E. Baisse du taux du complément
27. Ces affections peuvent entraîner une hématurie, sauf une. Laquelle ?
- A. La lithiase urinaire
  - B. La maladie de la jonction pyélo-urétérale
  - C. La polykystose rénale
  - D. La tuberculose uro-génitale
  - E. Le cancer du rein
28. Parmi les examens suivants, lesquels sont nécessaires au diagnostic positif du syndrome néphrotique chez l'adulte:
- A. créatininémie
  - B. Ponction biopsie rénale
  - C. ionogramme urinaire
  - D. Protéinurie des 24h
  - E. Albumine → <40
29. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des complications fréquentes du syndrome néphrotique
- A. infections
  - B. insuffisance rénale fonctionnelle
  - C. thromboses
  - D. insuffisance rénale obstructive
  - E. E-acidose métabolique → why??
30. 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 3e-génération
  - C. Cotrimoxazole
  - D. Fluoroquinolone
  - E. Fosfomycine-trométamol
  - F. Pivmécillinam
- Acidos → hyperkaliémie*
- س نكور*
- مكاتب*
- وای*

Cocher la ou les bonne(s) réponse(s)

M. A., 54 ans, se présente aux urgences pour une douleur scrotale gauche irradiant le long du cordon.

bourse scrotale

31. Quelle(s) question(s) vous semble(nt) pertinente(s) à poser au patient ?

- a) Mode d'apparition de la douleur } → torsion
- b) Notion de traumatisme
- c) Existence d'une dysurie
- d) Notion de rapport sexuel non protégé } → orchitepididite
- e) Troubles digestifs associés → why?? ← عايش

-0,2

À l'examen clinique, on retrouve une grosse bourse gauche rouge et chaude. Le soulèvement du testicule gauche soulage la douleur. Fièvre à 38.4 °C.

→ orchitepididite

32. Quelle est votre démarche ?

- a) Pratiquer toucher rectal
- b) Indiquer une exploration chirurgicale en urgence
- c) Prescrire une échographie scrotale
- d) Demander un examen cyto bactériologique des urines
- e) Hospitaliser le patient

a + d ← why

-0,6

→ infections associées... etc  
مكافئ قلو

Après la prise en charge, l'évolution s'est vue favorable en quelques jours. Le patient revient aux urgences 3 mois plus tard pour une impossibilité douloureuse d'uriner associée à une fièvre à 39.9 °C et des frissons.

33. Quelle est votre conduite à tenir ?

- a) Hospitalisation
- b) Drainage par une sonde trans urétrale ← infection
- c) Néphrostomie per cutanée
- d) Mise en place d'un cystocathéter sus-pubien
- e) Cystoscopie avec montée de sonde JJ

RAU + fièvre

→ sus pubienne ou JJ

Bien pris en charge, le patient revient 3 semaines après. Avec une échographie qui montre : une vessie à paroi fine et une prostate à 35 g. PSAt : 2,9 ng/ml. ✓

L'épreuve d'ablation du système de drainage a échoué, le malade n'arrive pas à uriner.

34. Quelle(s) est (sont) votre (vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ?

- a) Un rétrécissement urétral
- b) Une sténose du col vésical ← épaississement
- c) Un traumatisme iatrogène de l'urètre lié à votre drainage
- d) Un calcul enclavé dans le col vésical
- e) Une fibrose rétropéritonéale

b + d → paroi fine

cas atypique

0,66

35. Comment peut-on progresser dans le diagnostic ?

- a) UCRM bipolaire
- b) IRM prostatique
- c) Bilan urodynamique
- d) Débitmétrie urinaire
- e) Echographie endorectale.

مذهب في  
حده ما قالو

30/04/2023

Mr H.M âgé de 28 ans s'est présenté aux urgences pour des céphalées, flou visuel et une hématurie macroscopique. Dans les antécédents on trouve plusieurs épisodes d'hématurie macroscopique sans notion de néphropathie familiale. *← important*

L'examen clinique : TA 180/95, *HTA + 3* fébrile, œdème des membres inférieurs d'évolution progressive, des râles crépitants aux deux bases pulmonaires avec une prise de poids de 5kg.

La chimie des urines : PH= 6, sang 4+, protéines 3+.

Bilan biologique : créatinine à 20mg/l (N : 7-12mg/l), albumine à 25 g/l (N : 35-50g/l), protide à 53g/l (N : 63-70), CRP à 12 (N<6). *← néphrotique impur*

Échographie abdomino-pelvienne objective deux reins de taille normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire, fine lame d'ascite.

Le malade a été hospitalisé en néphrologie où il a bénéficié d'une série d'exams complémentaires avec une protéinurie de 24 h à 5g/24h.

**36- Devant ce tableau clinico-biologique quels diagnostics évoquez-vous ?**

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

**37- Quels examens à réaliser chez notre patient ?**

- A. Marqueurs tumoraux.
- B. Bilan immunologique. *→ Ig 2*
- C. Biopsie rénale.
- D. Sérologie virale (HBV, HCV, HIV). *← 8 néphrotique*
- E. Dosage des composants du complément. *← hypo*

**38- Quels sont les contre-indications de la biopsie rénale ?**

- A. Troubles de l'hémostase.
- B. Reins de petites tailles dédifférenciés.
- C. HTA contrôlée.
- D. Polykystose rénale.
- E. Rein unique.

**39- La PBR a été, sans incidents et dont les résultats on trouve :**

MO : hypertrophie de la matrice mésangiales avec une prolifération des cellules mésangiales.  
IF : Des dépôts mésangiaux d'IgA +++ et de C3. Quel est votre diagnostic ?

- A. GNA post-streptococcique.
- B. Glomérulonéphrite extramembraneuse.
- C. Maladie de Berger.
- D. Prolifération endocapillaire. *← win hi*
- E. Prolifération extracapillaire.

**40- Quel est votre traitement symptomatique ?**

- A. Régime sans sels.
- B. Corticothérapie
- C. Traitement antiprotéinurique.
- D. Traitement diurétique.
- E. Traitement immunosuppresseur.

GOOD LUCK

