

ECN intensif



Collection sous la direction de
Pierre Seners et Clément Cholet

Urologie

Victor Basset
Jean-Baptiste Beauval
Cyrille Blion
Damien Carnicelli
Steeve Doizi
Jean-Alexandre Long
Romain Mathieu
Marie-Aimée Perrouin-Verbe
Thomas Seisen

Validé par le
Collège français des urologues



ENTRAÎNEMENT

Questions isolées

Dossiers progressifs

TCS

Fiches de synthèse

+ Dossiers progressifs en ligne



Retrouvez plus de livres médicaux à télécharger gratuitement sur notre page Facebook:

Le trésor des Médecins (www.facebook.com/LeTrsorDesMedecins)

[facebook.com/LeTrsorDesMedecins](https://www.facebook.com/LeTrsorDesMedecins)

Urologie



Chez le même éditeur

Dans la même collection

ORL, par Diane Evrard et Vincent Trevillot, validé par le Collège français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, 2014, 288 pages.

Médecine physique et réadaptation, par l'AJMER, validé par le Collège français de médecine physique et de réadaptation, 2014, 288 pages.

Urologie par le Collège français d'urologie, 2014, 288 pages.

Dans la collection Les Référentiels des collèges

Anatomie pathologique, par le Collège français des pathologistes (CoPath), 2013, 416 pages.

Cardiologie, par le Collège national des enseignants de cardiologie – Société française de cardiologie (CNEC-SFC), 2^e édition, 2014, 464 pages.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, par le Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, 3^e édition, 2014, 272.

Dermatologie, par le Collège des enseignants en dermatologie de France (CEDEF), 6^e édition, 2014, 528 pages.

Gynécologie – Obstétrique, par le CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français), 3^e édition, 2014, 504 pages.

Handicap – Incapacité – Dépendance – Module 4, par le Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, 2012, 4^e édition, 188 pages.

Hématologie, par la Société française d'hématologie, 2^e édition, 2014, 448 pages.

Hépatogastroentérologie, par la Collégiale des universitaires en hépatogastroentérologie (CDU-HGE), 2012, 496 pages.

Neurologie, par le Collège français des enseignants en neurologie (CEN), 2012, 3^e édition, 464 pages.

Ophthalmologie, par le Collège des ophtalmologistes universitaires de France (COUF), 2^e édition, 2013, 304 pages.

ORL, par le Collège français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, 3^e édition, 2014, 392 pages.

Parasitoses et mycoses des régions tempérées et tropicales, par l'Association française des enseignants de parasitologie et mycologie (ANOFEL), 3^e édition, 2013, 504 pages.

Pédiatrie, par le Collège national des professeurs de pédiatrie, A. Bourrillon, G. Benoist, Collège national des professeurs de pédiatrie, 6^e édition, 2014, 880 pages.

Réanimation et urgences, par le Collège national des enseignants de réanimation (CNER), 2012, 4^e édition, 676 pages.

Imagerie médicale – Radiologie et médecine nucléaire, par le CERF (Collège des enseignants de radiologie de France) et le Collège national des enseignants de biophysique et de médecine nucléaire (CNEBMN), 2^e édition, 2014, 400 pages.

Rhumatologie, par le COFER (Collège français des enseignants en rhumatologie), 5^e édition, 2014, 560 pages.

Santé publique, par le Collège universitaire des enseignants de santé publique (CUESP), 2013, 336 pages.

Urologie, par le Collège universitaire de France (CFU), 2013, 408 pages.

Gériatrie, par le Collège national des enseignants de gériatrie (CNEG), 3^e édition, 2014, 272 pages.

ECNintensif

Sous la direction de

Clément Cholet

Interne en radiologie et imagerie médicale, Paris

Pierre Seners

Interne en neurologie, Paris

Urologie

Collège français des urologues

Coordonné par Alain Ruffion

Préface de Alain Ruffion



Retrouvez plus de livres médicaux à télécharger gratuitement sur notre page Facebook:

Le trésor des Médecins (www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins)



[facebook.com/LeTrésorDesMedecins](https://www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins)



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2014, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
ISBN : 978-2-294-74076-3
e-ISBN : 978-2-294-74154-4

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex
www.elsevier-masson.fr

Retrouvez plus de livres médicaux à télécharger gratuitement sur notre page Facebook:
Le trésor des Médecins (www.facebook.com/LeTresorDesMedecins)



facebook.com/LeTresorDesMedecins

Préface

Cet ouvrage, comme celui d'enseignement du même auteur, est le fruit d'un travail collectif des enseignants d'urologie, associés aux internes de la spécialité. Je tiens à tous les remercier pour leur implication dans ce travail qui est particulièrement difficile et je crois qu'ils ont fourni un travail de haut niveau. J'ai personnellement veillé à ce que chaque question soit rédigée dans l'esprit de ce qui vous sera demandé lors de l'ECN : exclusion de questions trop spécialisées et tentative de trouver des questions suffisamment difficiles pour être « sélectives ». La plupart de ces questions sont en total accord avec l'ouvrage du collègue qui reste, pour les enseignants d'urologie, la référence « source ». Compte tenu du rythme de mise à jour, cependant, certaines petites différences peuvent apparaître. Nous avons dans ces cas-là indiqué et justifié ces différences. Il faut souligner que cet exercice nous permet également de « mettre à l'épreuve » les questions rédigées ainsi que les fiches de synthèse du livre du collègue et nous sert d'ores et déjà pour les futures évolutions de ce document de référence.

Nous avons pris un soin particulier sur cet ouvrage puisque nous savons que vous allez vous en servir en n'ayant aucune annale disponible. C'est la raison pour laquelle j'ai tenu à ce que cet ouvrage soit le plus « seniorisé » possible.

Bonne chance pour l'épreuve qui vous attend.

Alain Ruffion

Président du collège d'urologie

V

L'esprit de la collection *ECNintensif*

Chers étudiants,

Le mode de validation des ECN a changé (BO du 16 mai 2013) : dans ce contexte, cette nouvelle collection *ECNintensif*, que nous sommes heureux de vous présenter, met à votre disposition toute une batterie d'entraînements variés, conformes au programme du DFASM et aux nouvelles épreuves ECNi : dossiers progressifs, également en ligne, pour vous tester dans les conditions réelles, questions isolées QCM ou QROC, et, selon les ouvrages, TCS ou LCA.

Nous avons conçu ces livres comme un outil de travail essentiel et complet pour vos révisions, en nous inspirant de nos attentes lorsque nous étions à votre place. Nous avons voulu créer des ouvrages dont nous rêvions à cette époque.

La préparation aux ECN est une épreuve longue et angoissante. La masse de connaissances à acquérir est énorme et son apprentissage est un défi. Le temps est difficile à gérer : malgré les deux années de préparation dont on dispose, et tout passe toujours trop vite. Enfin, le choix parmi les ouvrages proposés est difficile. Qui n'a pas hésité une heure, voire plus, dans une librairie médicale spécialisée, entre différents ouvrages plus alléchants les uns que les autres, pour au final toujours se demander si l'on a fait le bon choix ? La qualité et la validité de l'information procurée sont au centre de vos préoccupations, nous le savons.

C'est pourquoi nous avons voulu vous transmettre d'une part l'expérience de jeunes internes brillants, encore formatés au concours et qui ont su s'adapter pour vous aux nouveaux types de questions, et d'autre part le point de vue et la caution des collèges de spécialité, afin de vous procurer de solides informations.

Les ouvrages de cette nouvelle collection sont tous relus et validés par les enseignants de la spécialité concernée, vous offrant ainsi des contenus solides et de qualité afin que vous soyez certains de vous entraîner de façon efficace et utile pour les ECN.

Au-delà des exercices proposés, ces ouvrages allient la précision des corrections aux fiches de synthèse qui vous permettent de revoir rapidement les points essentiels des items abordés au fur et à mesure de votre entraînement.

L'étudiant se préparant au concours est un sportif de haut niveau. Au même titre que l'apprentissage de cours, nous sommes convaincus que l'entraînement répété est une des clés essentielles de la réussite, car il permet d'améliorer son score, son temps, son classement.

Vous serez les premiers à découvrir le nouvel ECN : dans cette collection, comme vous le constaterez, qui se démarque des autres collections d'entraînements existantes par le label des collèges, gage de la qualité des contenus et par la diversité des exercices, conformes au programme et aux épreuves des ECN 2016, toutes les conditions sont réunies pour que vous soyez le mieux préparé possible.

Votre succès est l'objectif de notre travail.

Bonne chance.

Clément Cholet & Pierre Seners

Collaborateurs

Auteurs des cas cliniques :

Victor Basset, interne, CHU Paris.
Jean-Baptiste Beauval, interne, CHU Toulouse.
Karim Bensalah, PUPH, CHU Rennes.
Cyrille Blion, interne, CHU Nîmes.
Alexandre de La Taille, PUPH, Hôpital
Henri Mondor, CHU Paris.
Steve Doizi, interne, CHU Paris.
Stéphane Droupy, PUPH, CHU Nîmes.
Xavier Gamé, PUPH, CHU Toulouse.
Jean Alexandre Long, MCUPH, CHU Grenoble.
Romain Mathieu, interne, CHU Rennes.
Marie-Aimée Perrouin-Verbe, CCA, CHU Brest.
Morgan Roupret, PUPH, Hôpital Pitié Salpêtrière,
CHU Paris.
Thomas Seisen, interne, CHU Paris.
Olivier Traxer, PUPH, Hôpital Tenon, CHU Paris.
Antoine Valérie, PUPH, CHU Brest.

Relectures, conseils et critiques

Inès Dominique, interne, Lyon.
Mélanie Fouquet, interne, Tours.
Benjamin Gabay, interne, Lyon.
Logan Martin, interne, Lyon.
Mélodie Mathé, interne, Lyon.
Valérie Pierrard, interne, Lyon.

This page intentionally left blank

Retrouvez plus de livres médicaux à télécharger gratuitement sur notre page Facebook:
Le trésor des Médecins (www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins)




 [facebook.com/LeTrésorDesMedecins](https://www.facebook.com/LeTrésorDesMedecins)

Table des matières

Préface	V
L'esprit de la collection ECNintensif	VI
Collaborateurs	VII
Abréviations	XI
Note au lecteur sur les barèmes et le principe retenu dans l'ouvrage	XIII

I Énoncés

1 Cas cliniques	3
2 QCM	59
3 QROC	71
4 Test de concordance de script (TCS)	79

II Corrigés

5 Cas cliniques corrigés	91
6 QCM corrigés	167
7 QROC corrigés	175
8 Test de concordance de script (TCS) corrigés	183

This page intentionally left blank

Abréviations

ABCD	agénésie bilatérale des canaux déférents
ADAM	<i>Androgen Deficiency of Aging Male</i>
AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens
ASP	abdomen sans préparation
AVC	accident vasculaire cérébral
AVH	adénomectomie par voie haute
BLSE	bêtalactamase à spectre élargi
BMR	bactéries multirésistantes
BSU	bandelette sous-urétrale
BU	bandelette urinaire
CECOS	Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains
CPRC	cancer de prostate résistant à la castration
CRP	<i>C-Reactive Protein</i>
DALA	déficit androgénique lié à l'âge
DE	dysfonction érectile
ECBU	examen cyto bactériologique des urines
EVA	échelle visuelle analogique
FENa⁺	fraction excrétée de sodium
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
HBP	hypertrophie bénigne de prostate
HTA	hypertension artérielle
ISAR	inhibiteur de la 5 α -réductase
ICSI	injection intracytoplasmique de spermatozoïdes
IEC	inhibiteur de l'enzyme de conversion
IIEF	<i>International Index of Erectile Function</i>
IMRT	<i>Intensity-Modulated Radiation Therapy</i>
IPDES	inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5
IPSS	<i>International Prostate Symptom Score</i>
IRA	insuffisance rénale aiguë
ISRS	inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine
IST	infection sexuellement transmise
IU	incontinence urinaire
IUE	incontinence urinaire d'effort
KTSP	cathétérisme sus-pubien
LEC	lithotritie extracorporelle
LHRH	<i>Luteinizing-Hormone-Releasing Hormone</i>
MDRD	<i>Modification of Diet in Renal Disease</i>
MVAC	méthotrexate, vinblastine, Adriamycine® (doxorubicine), cisplatine
NFS	numération-formule sanguine
NLPC	néphrolithotomie percutanée
OATS	oligo-astheno-térato-spermie
P	plasmatique
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PGE1	prostaglandine E1
PSA	<i>Prostate Specific Antigen</i>
PVP	photovaporisation de la prostate
RCP	réunion de concertation pluridisciplinaire

RTUP	résection trans-urétrale de prostate
RTUV	résection trans-urétrale de vessie
SAD	sondage vésicale à demeure
SBAU	symptômes du bas appareil urinaire
TDM	tomodensitométrie
TGNS	tumeur germinale non séminomateuse
TUNA	<i>Transurethral Needle Ablation of the prostate</i>
TURP	<i>Transurethral Resection of the Prostate</i>
TVIM	tumeur de vessie avec infiltration musculaire
TVNIM	tumeur de vessie non infiltrante du muscle
TVT	<i>Tension-free Vaginal Tape</i>
U	urinaire
UFC	unités formant colonie

NOTE AU LECTEUR SUR LES BARÈMES ET LE PRINCIPE RETENU DANS L'OUVRAGE

DOSSIERS CLINIQUES

• Questions sous forme de QRM :

Aux ECNi, le score des questions à réponses multiples est fondé sur le nombre de discordances* entre les réponses de l'étudiant et la grille de correction.

Les questions peuvent proposer de 5 à 15 items maximum. Concernant la notation : à titre d'exemple, pour une QRM comportant 5 items et notée sur 10 points :

- en l'absence de discordance, l'étudiant a la note maximale (donc 10 points),
- dans le cas d'1 discordance, la note est divisée par 2 (elle passe donc de 10 points à 5 points),
- dans le cas de 2 discordances, la note est divisée par 5 (elle passe donc de 10 points à 2 points).

Dans le cas de 3 discordances ou plus, la note est de zéro. En l'absence de réponse, la note est de zéro.

Ce barème peut être modifié selon les mêmes Principes pour des questions à plus de 5 items.

Une réponse peut être indispensable (PMZ) ou inacceptable (SMZ). En cas d'erreur sur cet item, cela entraîne un zéro à la question.

• Questions sous forme de QROC :

Le nombre de points fonctionne par mot-clé trouvé.

Aux ECNi le nombre de mots attendus aux QROC ne dépassera pas 2-3. **Dans le cadre des ouvrages de la collection *ECNintensif*, ce nombre est fréquemment dépassé pour des raisons pédagogiques.**

Dans le cadre des ouvrages de la collection *ECNintensif*, nous avons noté chaque dossier progressif sur 100 points. Pour s'autoévaluer, il faut appliquer les règles mentionnées ci-dessus. **Les dossiers sont accessibles en ligne également** et permettent un **calcul automatique des scores aux QRM**.

Dans le cadre des ouvrages de la collection *ECNintensif* et en raison du support papier, les dossiers peuvent apparaître moins « progressifs » qu'ils le seront le jour des ECNi.

TCS

Établissement des scores à partir d'un panel de 10 experts

Au moment de la rédaction des contenus des ouvrages de la collection *ECNintensif*, le modèle de notation exact des TCS n'est pas encore consensuel; le lecteur est donc invité à consulter les textes officiels qui paraîtront à l'avenir pour pouvoir bénéficier de la méthode exacte de notation.

	-2	-1	0	+1	+2	Commentaires
Nombre de réponses parmi les membres du panel	0	0	5	4	1	Identifier la réponse la plus choisie (ici la valeur 0)
Mécanisme de création des scores	0	0	5/5	4/5	1/5	Division par le nombre de membres ayant donné la réponse la plus choisie (5 ici)
Crédit pour l'item	0	0	1	0,8	0,2	Points obtenus par l'étudiant pour cet item

* **Une discordance** : un item attendu n'a pas été coché, ou un item non attendu a été coché.

This page intentionally left blank



Énoncés

This page intentionally left blank

Cas cliniques¹

Cas clinique 1++

Un patient de 65 ans se présente à votre consultation d'andrologie pour une dysfonction érectile évoluant depuis plusieurs mois. Il est en couple depuis 25 ans avec sa femme et leurs rapports sexuels sont devenus de plus en plus rares. Il se plaint d'une baisse de son désir et d'une légère fatigue. Il présente comme principaux antécédents un surpoids (IMC = 31 kg/m²) compliqué d'un syndrome d'apnées du sommeil ainsi qu'une intoxication alcoolico-tabagique chronique.

Question 1 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quels sont les éléments orientant vers une dysfonction érectile d'origine organique ?

- A** Persistance des érections matinales
- B** Début brutal
- C** Dépression
- D** Évolution chronique
- E** Masturbation inefficace
- F** Absence de trouble anxieux
- G** Changement récent de partenaire sexuel

Question 2 – QROC

Quel questionnaire vous permet d'évaluer simplement la sévérité de la dysfonction érectile ?

Question 3 – QCM

L'interrogatoire est évocateur d'une dysfonction érectile organique modérée avec cependant un important retentissement sur la qualité de vie conjugale.

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les deux plus fréquentes étiologies de dysfonction érectile organique ?

- A** Sclérose en plaques
- B** Dysthyroïdie
- C** Athérosclérose
- D** Maladie d'Alzheimer
- E** Alcoolisme chronique
- F** Diabète
- G** Déficit androgénique lié à l'âge

Question 4 – QROC

Après avoir éliminé une étiologie en rapport avec une athérosclérose ou un diabète, vous évoquez la possibilité d'un déficit androgénique lié à l'âge.

Quel symptôme spécifique associé à une dysfonction érectile organique en rapport avec un trouble hormonal faut-il rechercher à l'interrogatoire ?

Question 5 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quels sont les autres symptômes fréquemment retrouvés au cours du déficit androgénique lié à l'âge ?

- A** Bouffées de chaleurs
- B** Douleurs articulaires
- C** Humeur dépressive
- D** Asthénie
- E** Hyperphagie
- F** Faiblesse musculaire
- G** Céphalées
- H** Troubles de l'attention

Question 6 – QROC

Quel outil diagnostique peut être utilisé afin de dépister un déficit androgénique lié à l'âge ?

Question 7 – QCM

Parmi les dosages suivants, lequel (lesquels) demandez-vous en première intention afin de confirmer votre diagnostic ?

- A** Testostérone libre
- B** LH/FSH
- C** Testostérone totale
- D** Prolactine
- E** Testostérone biodisponible

Question 8 – QROC

Le score ADAM est à 5 et le taux de testostérone totale est à 4 nmol/ml.

Quel est votre diagnostic ?

Question 9 – QROC

Quel examen complémentaire doit absolument être réalisé en cas de déficit androgénique lié à l'âge profond ?

Question 10 – QROC

Quel(s) facteur(s) favorisant(s) doit (doivent) être pris en charge chez ce patient avant de débiter un traitement médical ?

Question 11 – QROC

En dépit du respect de règles hygiéno-diététiques assez strictes, la plainte du patient demeure identique. Quel traitement proposez-vous alors ?

Question 12 – QCM

Parmi les voies d'administration suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) disponible(s) pour ce traitement ?

- A** Transdermique
- B** Sous-cutanée

¹. Des éléments de réponse pouvant apparaître au fil de la progression des dossiers, il est recommandé au lecteur de ne pas lire les questions à l'avance.

- C *Per os*
- D Intramusculaire
- E Intraveineuse
- F Sublinguale

Question 13 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) contre-indication(s) absolue(s) à la prescription d'une supplémentation en testostérone recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- A Cancer du testicule
- B Antécédent de délinquance sexuelle
- C Cancer de la prostate
- D Polyglobulie
- E Cancer du sein
- F Diabète
- G Tabagisme

Question 14 – QROC

Quelle contre-indication relative à une supplémentation en testostérone existe chez ce patient ?

Question 15 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quels sont les examens complémentaires indispensables à réaliser dans le cadre du bilan préthérapeutique ?

- A Bilan lipidique
- B Ionogramme sanguin
- C PSA
- D Glycémie
- E NFS
- F α -foetoprotéine
- G Bilan hépatique
- H Lipase

Question 16 – QROC

Quel élément de l'examen clinique doit systématiquement être réalisé avant de prescrire une supplémentation en testostérone ?

Question 17 – QCM

Grâce à une supplémentation en testostérone par voie transdermique, le taux de testostérone totale remonte à 13 nmol/ml. Le patient dit que sa libido a été restaurée mais présente toujours une dysfonction érectile.

Parmi les propositions suivantes, quel traitement prescrivez-vous en première intention ?

- A Inhibiteur de la 5 α -réductase
- B Injections intracaverneuses de prostaglandine E1
- C Vacuum
- D Inhibiteurs de la phosphodiésterase de type 5
- E Implants pénis

Question 18 – QROC

Quelle principale contre-indication devez-vous rechercher à l'interrogatoire avant de le prescrire ?

Question 19 – QROC

Citez les trois molécules disponibles pour cette classe thérapeutique.

Question 20 – QROC

Sachant que le patient présente également certains symptômes du bas appareil urinaire probablement en rapport avec une hypertrophie bénigne de la prostate, quelle molécule allez-vous choisir et selon quelle modalité allez-vous la prescrire ?

Question 21 – QROC

De quelle particularité devez-vous prévenir le patient avant qu'il ne se rende à la pharmacie pour prendre ce médicament ?

Cas clinique 2++

Un jeune homme de 26 ans vient consulter aux urgences de votre hôpital pour une violente douleur lombaire droite évoluant depuis quelques heures. Cette douleur a débuté brutalement sans facteur déclenchant particulier et irradie à présent vers le testicule droit. Il a bien essayé de prendre des antalgiques à la maison mais rien n'y fait et la douleur est de plus en plus intense. Le patient vous explique par ailleurs qu'il est né avec le testicule droit « trop haut » selon ses propres termes et qu'il a été opéré pour cela à l'âge de 1 an.

Question 1 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelles pathologies vous évoque l'antécédent chirurgical du patient ?

- A Ectopie testiculaire droite
- B Hernie inguinale droite
- C Agénésie testiculaire droite
- D Cryptorchidie droite
- E Varicocèle droite
- F Hydrocèle droite

Question 2 – QROC

Avant même d'avoir examiné le patient, quelle urgence chirurgicale devez-vous évoquer compte tenu de sa gravité ?

Question 3 – QROC

La palpation testiculaire bilatérale et comparative retrouve un testicule droit normal sans aucun signe en faveur d'une torsion du cordon spermatique droit. L'abdomen est souple et indolore mais vous provoquez tout de même une importante douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire droite.

Quel est alors le diagnostic le plus probable ?

Question 4 – QROC

Quel autre signe clinique devez-vous impérativement rechercher afin d'éliminer une urgence chirurgicale ?

Question 5 – QROC

Quel examen réalisé aux urgences par l'infirmière pourrait vous aider à confirmer simplement ce diagnostic de crise de colique néphrétique d'origine lithiasique ?

Question 6 – QCM

La bandelette urinaire retrouve une hématurie microscopique isolée. Le patient est apyrétique et vous pensez qu'il s'agit d'une colique néphrétique droite non compliquée. Parmi les examens complémentaires suivants, quels sont les examens à prescrire de première intention, au sein d'une structure hospitalière dans un contexte d'urgence, dans cette situation ?

- A NFS
- B Échographie rénale
- C ASP
- D Ionogramme sanguin
- E Créatinine
- F Scanner abdominal sans injection
- G ECBU
- H Ionogramme urinaire

Question 7 – QROC

Le bilan biologique réalisé est le suivant : leucocytes = $13\,000/\text{mm}^3$, Hb = 12,5 g/dl, plaquettes = $230\,000/\text{mm}^3$, Na^+ = 140 mmol/l, K^+ = 3,8 mmol/l, créat. = 100 $\mu\text{mol/l}$, CRP < 5 mg/l, examen direct de l'ECBU négatif : compte de leucocytes : $100/\text{mm}^3$ non altérés, compte de GR : $5000/\text{mm}^3$.

Compte tenu des résultats de ce bilan biologique, le diagnostic de colique néphrétique simple vous semble-t-il probable ?

Question 8 – QROC

Comment expliquer l'hyperleucocytose de ce patient ?

Question 9 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles faisant partie du traitement que vous prescrivez en première intention ?

- A Pose d'une voie veineuse périphérique
- B Paracétamol (Perfalgan®)
- C Hyperhydratation
- D Titration morphinique
- E Kétoprofène (Profénid®)
- F Phloroglucinol (Spasfon®)
- G Prednisolone (Solumédrol®)
- H Restriction hydrique
- I Ceftriaxone (Rocéphine®)
- J Apports hydriques adaptés à la soif

Question 10 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quels sont les principaux mécanismes d'action antalgique de l'anti-inflammatoire non stéroïdien dans la colique néphrétique ?

- A Vasoconstriction de l'artériole glomérulaire efférente
- B Diminution de l'œdème urétéral au niveau de l'obstacle
- C Vasodilatation de l'artériole glomérulaire efférente
- D Diminution du tonus musculaire strié de l'uretère
- E Vasoconstriction de l'artériole glomérulaire afférente
- F Diminution du tonus musculaire lisse de l'uretère

Question 11 – QROC

Le traitement médical initialement débuté aux urgences est efficace et la douleur du patient disparaît. Vous décidez donc de le laisser rentrer à domicile. Dans quel délai le patient doit-il idéalement réaliser un bilan d'imagerie ?

Question 12 – QROC

Quel est l'examen d'imagerie de référence actuellement recommandé dans le bilan de la colique néphrétique ?

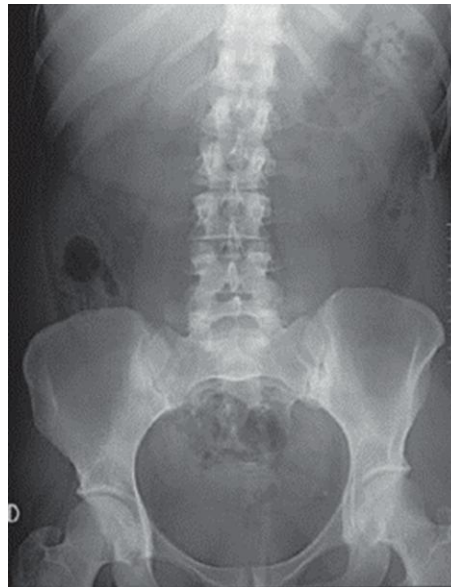
Question 13 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les informations à donner au patient avant qu'il ne rentre à domicile ?

- A Tamiser les urines afin de récupérer le calcul
- B Apports hydriques adaptés à la soif au cours de la crise
- C Consulter en urgence en cas de douleur
- D Consulter en urgence en cas de fièvre
- E Cure de diurèse en dehors de la crise
- F Consulter un urologue avec les résultats du scanner

Cas clinique 3++

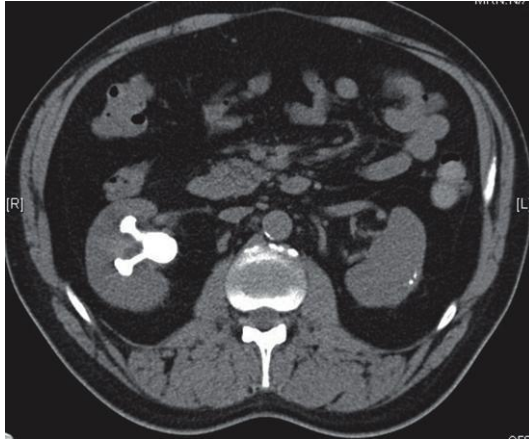
Vous recevez en consultation d'urologie un homme de 58 ans pour la prise en charge d'un calcul rénal droit. Ce patient est adressé par son médecin traitant qui avait initialement réalisé l'ASP suivant dans le cadre du bilan de douleurs abdominales non spécifiques et récidivantes.

**Question 1 – QROC**

Quelle(s) anomalie(s) voyez-vous sur cet ASP ?

Question 2 – QROC

Le médecin traitant a alors complété le bilan d'imagerie en réalisant l'examen complémentaire suivant. De quel examen complémentaire s'agit-il ?



Question 3 – QROC

Quelle anomalie est visible sur cet examen complémentaire ?

Question 4 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) composition(s) envisageable(s) de ce calcul ?

- A** Phosphate ammoniaco-magnésien
- B** Oxalate de calcium dihydraté
- C** Phosphate de calcium
- D** Oxalate de calcium monohydraté
- E** Acide urique

Question 5 – QROC

Quel élément vous oriente vers ce type de calcul ?

Question 6 – QROC

Quelle anomalie du pH urinaire favorise la formation d'un calcul d'acide urique ?

Question 7 – QROC

Que prescrivez-vous afin de l'évaluer simplement ?

Question 8 – QROC

La bandelette urinaire vous confirme qu'il s'agit bien d'un pH urinaire acide. Par ailleurs, le patient présente un abdomen pléthorique et vous explique qu'il est souvent gêné le matin au réveil ou au cours de ses parties de chasse par des douleurs au niveau du gros orteil droit.

Quel diagnostic suspectez-vous concernant le gros orteil droit de ce patient ?

Question 9 – QROC

Quelle pathologie pourrait expliquer l'ensemble du tableau clinique ?

Question 10 – QROC

Comment le confirmer ?

Question 11 – QCM

Le patient présente une hyperuricémie à 120 mg/l. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) mesure(s) hygiéno-diététique(s) proposez-vous en première intention afin de réduire l'hyperuricémie de ce patient ?

- A** Perte de poids
- B** Régime pauvre en oxalate

- C** Régime pauvre en purines
- D** Régime pauvre en calcium
- E** Régime pauvre en fructose
- F** Régime riche en protéines
- G** Activité physique régulière
- H** Arrêt de l'alcool

Question 12 – QROC

À l'examen clinique, il semble exister des nodules blanchâtres et durs au niveau de la peau du pavillon de l'oreille droite.

Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Question 13 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quel(s) médicament(s) doit (doivent) être prescrit(s) au long court pour le traitement de fond de l'hyperuricémie primitive de ce patient ?

- A** Colchicine (Colchicine opocalcium®)
- B** Captopril (Lopril®)
- C** Allopurinol (Zyloric®)
- D** Tiopronine (Acadione®)
- E** D-pénicillamine (Trolovol®)

Question 14 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quel(s) traitement(s) proposez-vous en première intention pour la prise en charge du calcul rénal droit ?

- A** Lithotritie extracorporelle
- B** Urétéroscopie souple
- C** Alcalinisation des urines
- D** Néphrolithotomie percutanée
- E** Urétéroscopie rigide
- F** Cure de diurèse

Question 15 – QCM

Vous choisissez de réaliser dans un premier temps un traitement médical avec une cure de diurèse et alcalinisation des urines.

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) méthode(s) permettant de réaliser une alcalinisation des urines ?

- A** Captopril (Lopril®)
- B** Bicarbonate de sodium (Eau de Vichy®)
- C** Eau gazeuse (Badoit®)
- D** Citrate de potassium (Alcaphor®)
- E** Tiopronine (Trolovol®)

Question 16 – QCM

À la consultation de contrôle 6 mois plus tard, le patient vous explique qu'il n'a pas refait de nouvelle crise douloureuse au niveau du pied droit et qu'il a suivi toutes vos recommandations. Cependant, le scanner réalisé retrouve la persistance d'un calcul rénal droit faisant encore 38 mm de diamètre. Vous décidez donc de proposer au patient une prise en charge chirurgicale de ce calcul.

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) différente(s) alternative(s) thérapeutique(s) envisageable(s) ?

- A** Lithotritie extracorporelle
- B** Urétéroscopie souple
- C** Néphrolithotomie percutanée

- D Urétéroscopie rigide
- E Chirurgie à ciel ouvert

Question 17 – QCM

En accord avec le patient, vous choisissez de réaliser une néphrolithotomie percutanée droite.

De quelle(s) complication(s) peropératoire(s) devez-vous prévenir le patient ?

- A Hématome rénal
- B Plaie de l'uretère
- C Plaie hépatique
- D Plaie colique
- E Plaie des vaisseaux rénaux
- F Fistule artérioveineuse

Question 18 – QROC

Après l'intervention chirurgicale, comment confirmer qu'il s'agit bien d'un calcul d'acide urique ?

Cas clinique 4++

Par une froide nuit d'hiver, vous êtes une fois de plus de garde en urologie lorsque les urgences de votre hôpital vous appellent pour venir examiner une patiente de 71 ans amenée par son fils pour une douleur lombaire droite associée à une forte fièvre évoluant depuis maintenant 24 heures. Cette patiente est également suivie dans le service d'oncologie médicale pour un cancer de l'ovaire métastatique diagnostiqué 6 ans auparavant et initialement traité par chirurgie. En relisant le dossier médical, vous comprenez qu'une chimiothérapie a été débutée il y a 2 ans devant l'apparition d'une carcinose péritonéale mais peu d'informations sont disponibles sur l'évolution récente de la maladie. Elle ne présente aucun autre antécédent majeur mais prend tout de même du Kardégic® 75 mg/j. À l'arrivée aux urgences, la patiente est fébrile à 39,8 °C et se met soudainement à frissonner. La tension artérielle est à 8/6, le pouls à 123/min et la SaO₂ à 93 % en air ambiant. L'examen clinique complet ne retrouve pas d'autre point d'appel pour cette fièvre qu'une violente douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire droite.

Question 1 – QROC

Quelle urgence chirurgicale suspectez-vous ?

Question 2 – QROC

Compte tenu des antécédents de cette patiente, quel mécanisme pourrait expliquer la survenue de cette pathologie ?

Question 3 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) mesure(s) prenez-vous et quel(s) traitement(s) de première intention prescrivez-vous immédiatement ?

- A Scope cardiotensionnel
- B Position demi-assise
- C Oxygénothérapie adaptée à la SaO₂
- D Pose de deux voies veineuse périphérique
- E Remplissage vasculaire par Ringer lactate
- F Remplissage vasculaire par sérum physiologique
- G Adrénaline
- H Noradrénaline
- I Paracétamol (Perfalgan®)

- J Ceftriaxone (Rocéphine®)
- K Piperacilline-tazobactam (Tazocilline®)
- L Gentamicine (Gentalline®)

Question 4 – QROC

Quels sont les deux examens complémentaires à demander en urgence dans les minutes qui suivent l'admission de la patiente avant de débiter l'antibiothérapie ?

Question 5 – QCM

Parmi les examens biologiques suivant, lesquels vous paraissent indispensables à réaliser en urgence dans les minutes qui suivent l'arrivée de la patiente ?

- A NFS
- B Ionogramme sanguin
- C CA 125
- D Lipase
- E CRP
- F Hémostase
- g Ionogramme urinaire
- H CA 15.3
- I Gaz du sang

Question 6 – QCM

La tension artérielle remonte à 11/7 grâce au remplissage vasculaire mais la patiente reste fébrile à 39,1 °C et présente toujours des épisodes de frissons alternant avec des sueurs profuses. Les premiers résultats du bilan biologique vous parviennent rapidement : leucocytes = 21 000/mm³; Hb = 11 g/dl; plaquettes = 555 000/mm³; Na⁺ = 141/mmol/l; K⁺ = 3,9 mmol/l; créat. = 45 μmol/l; CRP = 285 mg/l; TP = 85 %; TCA normal; lactate = 2 mmol/l.

Parmi les antibiotiques suivants, lequel (lesquels) choisissez-vous de prescrire après avoir réalisé les prélèvements bactériologiques ?

- A Piperacilline-tazobactam (Tazocilline®)
- B Amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®)
- C Metrodinazole (Flagyl®)
- D Ceftriaxone (Rocéphine®)
- E Imipénème (Tiénam®)
- F Gentamicine (Gentalline®)
- G Vancomycine (Vancocine®)

Question 7 – QROC

L'examen direct de l'ECBU réalisé sur les urines mictonnelles est négatif.

Cela élimine-t-il le diagnostic de pyélonéphrite obstructive ?

Question 8 – QROC

Comment expliquer la possibilité d'un ECBU négatif au cours d'une pyélonéphrite obstructive ?

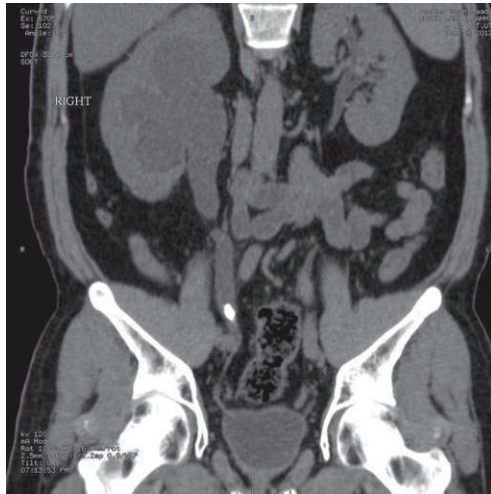
Question 9 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quel bilan d'imagerie demandez-vous en urgence ?

- A Échographie rénale
- B ASP
- C Urographie intraveineuse
- D Uroscanner
- E IRM rénale

Question 10 – QROC

Le radiologue vous appelle pour venir analyser avec lui les premières images du scanner demandé. De quel type de scanner s'agit-il ?



Question 11 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelles anomalies sont visibles sur cette reconstruction scanographique ?

- A** Retard de sécrétion du rein droit
- B** Retard d'excrétion du rein droit
- C** Foyer de néphrite droite
- D** Nodule de carcinose péritonéale
- E** Dilatation des cavités pyélocalicielles droites
- F** Épanchement péri-rénal
- G** Calcul urétéral droit
- H** Globe vésical
- I** Fécalome
- J** Ascite

Question 12 – QROC

Il s'agit donc d'un scanner abdominopelvien sans injection. Le radiologue vous demande s'il est indispensable d'injecter du produit de contraste et d'attendre suffisamment afin de réaliser des coupes d'uroscanner. Que lui répondez-vous ?

Question 13 – QCM

Vous estimez qu'il est inutile de perdre du temps à réaliser un uroscanner puisque le diagnostic de pyélonéphrite obstructive est évident. En discutant avec le fils de la patiente, vous comprenez qu'elle en est déjà à la 5^e ligne de chimiothérapie et que l'évolution de la maladie ne semble pas favorable. Il est à présent 2 h du matin et l'oncologue médical référent de la patiente n'est pas joignable.

Parmi les propositions suivantes, quels sont alors les grands principes de la prise en charge que vous décidez d'organiser ?

- A** Abstention thérapeutique
- B** Traitement chirurgical
- C** Soins de support
- D** Traitement palliatif
- E** Antibiothérapie

Question 14 – QROC

Vous décidez de proposer un traitement chirurgical en urgence. Quel est l'objectif principal de ce traitement ?

Question 15 – QROC

Le traitement par Kardegic® 75 mg/j est-il une contre-indication au traitement chirurgical d'une pyélonéphrite obstructive ?

Question 16 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) intervention(s) chirurgicale(s) peut (peuvent) être proposée(s) en première intention ?

- A** Pose de néphrostomie percutanée droite
- B** Montée de sonde double J
- C** Néphrectomie droite
- D** Urétérostomie cutanée droite
- E** Montée de sonde urétérale droite

Question 17 – QROC

De quel risque devez-vous prévenir la patiente et son fils en cas d'échec de la montée de sonde double J ou urétérale droite ?

Question 18 – QROC

Après avis de l'anesthésiste de garde, la patiente peut supporter une anesthésie générale et est donc conduite rapidement au bloc opératoire.

Que faut-il systématiquement réaliser au cours de la montée d'une sonde double J ou urétérale pour pyélonéphrite obstructive ?

Question 19 – QCM

Vous décidez donc de monter une sonde double J droite et de réaliser un relais antibiotique *per os* en relais du traitement parentéral après 48 h d'apyrexie. Au cours de l'hospitalisation de la patiente, son oncologue médical référent lui rend visite pour lui expliquer qu'il a l'intention de l'inclure dans un essai thérapeutique et que tout n'est pas perdu. Il vous demande alors de prévoir la même prise en charge qu'une patiente sans cancer de l'ovaire métastatique puisqu'avec ce nouveau traitement, son espérance de vie n'est pas négligeable.

Quel(s) traitement(s) chirurgical(aux) est-il envisageable de programmer ?

- A** Néphrolithotomie percutanée droite
- B** Urétéroscopie souple droite
- C** Lithotritie extracorporelle
- D** Urétéroscopie rigide droite

Question 20 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quel(s) délai(s) vous semble(nt) raisonnable(s) avant de réaliser le traitement chirurgical de ce calcul urétéral droit ?

- A** 1 semaine
- B** 3 semaines
- C** 1 mois
- D** 3 mois
- E** 6 mois

Question 21 – QROC

Que devrez-vous absolument vérifier dans les jours précédant l'intervention avant de traiter chirurgicalement le calcul de cette patiente s'il n'a pas été évacué spontanément ?

Cas clinique 5+++

Un patient de 72 ans se présente à votre consultation d'urologie à la suite de plusieurs épisodes d'hématurie macroscopique intermittents spontanément résolutifs. À l'interrogatoire, il décrit bien à chaque fois l'apparition brutale et impressionnante de sang dans les urines parfois accompagné de quelques petits caillots. Par ailleurs, il se plaint d'une douleur lombaire gauche chronique qui semble s'être aggravée depuis l'épisode d'hématurie. Le patient est fatigué et a de plus en plus de mal à faire des efforts physiques puisqu'il n'arrive même plus à prendre dans les bras son petit-fils qui vient tout juste d'avoir 1 an. Il pense que cela vient probablement du fait qu'il a récemment perdu l'appétit et que donc il s'alimente difficilement.

Question 1 – QROC

Quel signe clinique présent chez ce patient est évocateur d'une hématurie macroscopique d'origine urologique ?

Question 2 – QROC

Comment expliquer la présence de caillots de sang lors d'une hématurie macroscopique d'origine urologique ?

Question 3 – QROC

Quelle est la chronologie mictionnelle d'une hématurie macroscopique urologique d'origine rénale ?

Question 4 – QROC

Quel diagnostic pourrait expliquer l'ensemble du tableau clinique ?

Question 5 – QROC

Quel autre signe clinique faisant parti de la triade classique évocatrice d'un cancer du rein gauche recherchez-vous à l'examen physique ?

Question 6 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quels facteurs de risque de cancer du rein recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- A** Hypertension artérielle
- B** Diabète
- C** Insuffisance rénale chronique
- D** Tabagisme
- E** Traumatisme rénal
- F** Kyste rénal
- G** Maladie de von Hippel-Lindau
- H** Obésité

Question 7 – QROC

Le patient est fébrile à 39,4 °C. Il vous explique que cela lui arrive plusieurs fois par jour depuis quelques mois et que parfois il se réveille au milieu de la nuit

avec les draps trempés. Par ailleurs, il présente une hémodynamique stable.

Quelle urgence chirurgicale devez-vous éliminer ?

Question 8 – QCM

Vous décidez donc d'hospitaliser le patient afin de réaliser un bilan et d'éliminer ainsi une pyélonéphrite obstructive gauche.

Parmi les propositions suivantes, quels examens complémentaires demandez-vous en urgence ?

- A** ECBU
- B** Cytologie urinaire
- C** Uroscanner
- D** NFS
- E** Ionogramme sanguin
- F** Créatinine
- G** Hémocultures
- H** Gaz du sang
- I** CRP

Question 9 – QROC

Les résultats du bilan biologique vous parviennent rapidement : leucocytes = 8 500/mm³ ; Hb = 14,2 g/dl ; plaquettes = 355 000/mm³ ; créat. = 87 µmol/l ; CRP = 12 mg/l ; examen direct de l'ECBU négatif.

Sur la base de ces résultats, le diagnostic de pyélonéphrite obstructive gauche vous semble-t-il probable ?

Question 10 – QROC

Vous récupérez le scanner abdominopelvien injecté suivant.



Quel est le temps d'acquisition de cette coupe de scanner abdominopelvien injecté ?

Question 11 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) anomalie(s) est (sont) visible(s) sur ce scanner abdominopelvien injecté ?

- A** Dilatation des cavités pyélocalicielles gauches
- B** Cancer du rein gauche
- C** Foyers de néphrite gauche
- D** Envahissement colique gauche
- E** Adénopathies locorégionales
- F** Tumeur de la voie excrétrice supérieure gauche
- G** Métastases hépatiques

- H Envahissement pariétal gauche
- I Cancer du rein droit

Question 12 – QROC

Quelle anomalie non citée précédemment faut-il également rechercher sur ce scanner abdominopelvien ?

Question 13 – QROC

Quel signe clinique spécifique aurait pu être retrouvé à l'examen physique si ce patient avait présenté un thrombus veineux rénal gauche ?

Question 14 – QROC

Le scanner abdominopelvien retrouve une volumineuse masse rénale gauche fortement évocatrice d'un cancer du rein gauche. Comment expliquer alors la fièvre de ce patient ?

Question 15 – QCM

Parmi les examens complémentaires suivants, lequel (lesquels) demandez-vous en première intention afin d'avancer dans la démarche diagnostique ?

- A Scanner cérébral
- B Scintigraphie osseuse
- C Scanner thoracique
- D Biopsie rénale
- E TEP-scan au ¹⁸F

Question 16 – QROC

Le scanner thoracique réalisé est le suivant.



Décrivez la coupe thoracique

Question 17 – QROC

Quel est votre diagnostic sur le plan pulmonaire ?

Question 18 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quel(s) traitement(s) proposez-vous de débuter sans plus attendre ?

- A Cryothérapie
- B Chimiothérapie
- C Radiofréquence
- D Antiangiogéniques
- E Hormonothérapie
- F Aucun

Question 19 – QROC

Que faut-il impérativement réaliser avant de débuter le traitement d'un probable cancer du rein métastatique ?

Question 20 – QROC

Quel est le traitement de référence du cancer du rein métastatique ?

Cas clinique 6++

Une jeune patiente de 30 ans vous est adressée en consultation d'urologie pour une tumeur rénale gauche découverte fortuitement sur une échographie rénale réalisée dans le cadre du bilan de douleurs abdominales chroniques probablement en rapport avec des troubles du transit. Elle vous explique que son médecin traitant l'a rassurée car il s'agirait d'un simple kyste rénal. À l'interrogatoire, la patiente n'a aucun antécédent particulier et ne présente pas le moindre symptôme spécifique en rapport avec cette tumeur.

Question 1 – QROC

Existe-il certains kystes rénaux pouvant présenter un caractère malin ?

Question 2 – QROC

Vous récupérez le compte rendu de l'échographie rénale et celui-ci vous semble très imprécis puisqu'il est juste évoqué la présence d'un kyste rénal gauche de 5 cm sans plus de détail.

Quelle information indispensable auriez-vous aimé voir apparaître dans ce compte rendu ?

Question 3 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quel(s) examen(s) complémentaire(s) vous semble(nt) le(s) plus adapté(s) afin d'avancer dans la démarche diagnostique ?

- A IRM abdominopelvienne
- B Échographie abdominale de contraste
- C TDM abdominopelvienne
- D TEP-scan au ¹⁸F
- E Échographie-Doppler abdominale

Question 4 – QROC

Vous décidez d'adresser la patiente au radiologue de votre hôpital afin qu'il réalise un scanner abdominopelvien plus précis que l'échographie dans l'évaluation des kystes rénaux. Elle revient donc vous voir en consultation 2 semaines plus tard avec le résultat de l'examen demandé. Le compte rendu vous apprend qu'il s'agit en réalité d'une tumeur kystique rénale gauche de 5 cm classée Bosniak 4. Qu'est-ce qu'un kyste rénal classé Bosniak 4 ?

Question 5 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les anomalies présentes dans les tumeurs kystiques rénales fortement évocatrices de cancer comme celles classées Bosniak 4 ?

- A Parois épaisses et régulières
- B Cloisons fines et nombreuses
- C Végétations ou nodule mural
- D Fines calcifications pariétales
- E Rehaussement des parois après injection de produit de contraste
- F Absence de rehaussement des végétations après injection de produit de contraste

Question 6 – QROC

Le scanner abdominopelvien ne retrouve pas d'adénopathies abdominales ou de localisations secondaires hépatiques.

Quel autre élément devez-vous vérifier sur ce scanner dans l'optique d'un traitement chirurgical ?

Question 7 – QCM

Vous annoncez alors à la patiente qu'elle présente un très probable cancer à forme kystique du rein gauche sans métastases sur le scanner abdominopelvien et avec un rein controlatéral normal.

Comment complétez-vous le bilan de ce kyste rénal classé Bosniak 4 ?

- A** TDM cérébrale
- B** Scintigraphie osseuse
- C** IRM abdominopelvienne
- D** TDM thoracique
- E** TEP-scan au ^{18}F FDG
- F** Biopsie rénale
- G** Aucun bilan

Question 8 – QROC

Pourquoi la biopsie rénale est-elle contre-indiquée dans ce contexte ?

Question 9 – QROC

Quel autre élément non cité précédemment manque-t-il dans votre bilan ?

Question 10 – QCM

Compte tenu du caractère kystique de cette tumeur, quel sous-type histologique de carcinome à cellules rénales est le plus probable ?

- A** Carcinome papillaire
- B** Oncocytome
- C** Carcinome à cellules claires
- D** Carcinomes chromophobes
- E** Carcinome de Bellini

Question 11 – QROC

La patiente revient vous voir en consultation une semaine plus tard avec le résultat du scanner thoracique qui ne retrouve pas d'anomalie particulière. Par ailleurs, le dosage de la créatinine plasmatique est à $55 \mu\text{mol/l}$. Sachant que la patiente pèse 55 kg, quelle est la clairance de la créatinine selon Cockcroft arrondie à la dizaine inférieure ?

Question 12 – QROC

S'agit-il d'une clairance de la créatinine normale ?

Question 13 – QCM

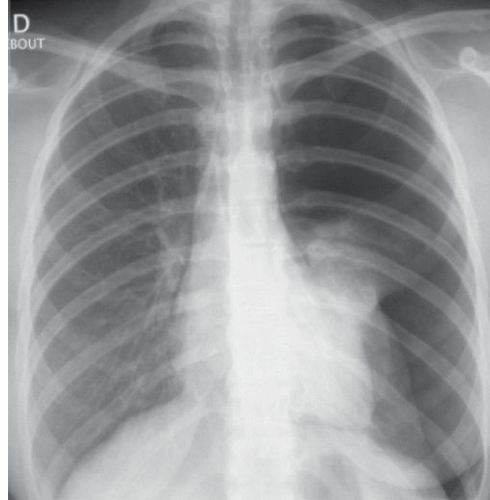
Parmi les propositions suivantes, quel(s) traitement(s) proposez-vous alors à la patiente ?

- A** Cryothérapie
- B** Néphrectomie élargie
- C** Néphrectomie partielle
- D** Surveillance active
- E** Radiofréquence

Question 14 – QROC

Vous décidez en accord avec la patiente de réaliser une néphrectomie partielle gauche par lombotomie. À J1 postopératoire, la patiente est essoufflée et se

plaint d'une violente douleur thoracique gauche. Elle présente une hémodynamique stable avec une tension artérielle à 130/72. Cependant, le pouls est à 118/min et la saturation en oxygène est à 90 % en air ambiant. L'ECG retrouve une tachycardie sinusale et, parmi les autres examens demandés, vous récupérez la radiographie de thorax suivante.



Quel est votre diagnostic ?

Question 15 – QCM

Vous décidez de poser un drain thoracique par voie axillaire gauche au niveau du 4^e espace intercostal.

Quel(s) point(s) de ponction vous semble(nt) envisageable(s) afin d'éviter le pédicule vasculo-nerveux intercostal ?

- A** Le bord supérieur de la côte inférieure
- B** Le bord inférieur de la côte inférieure
- C** Le bord inférieur de la côte supérieure
- D** Le bord supérieur de la côte supérieure

Question 16 – QROC

Comment expliquer la survenue d'un pneumothorax chez cette patiente ?

Question 17 – QROC

Sur l'avis du réanimateur, le drain pleural est retiré à J3 postopératoire. Cependant, la patiente présente une importante distension abdominale sans douleur particulière. Le transit a pour l'instant du mal reprendre puisqu'elle n'a pas encore eu de gaz depuis l'intervention. À l'examen clinique, l'abdomen est souple et sans défense.

Que vous évoque ce tableau clinique ?

Question 18 – QROC

Vous décidez de retirer le redon et de laisser rentrer la patiente à domicile. Elle a maintenant repris un transit normal et le bilan de sortie ne présente aucune anomalie particulière. Vous revoyez cette jeune patiente à la consultation de contrôle 1 mois plus tard. Celle-ci est très satisfaite de votre prise en charge puisque tout s'est bien passé à la maison depuis l'intervention et elle a même repris le travail depuis peu. Par ailleurs,

le dosage de la créatinine plasmatique est normal. Vous avez récupéré les résultats de l'analyse anatomopathologie de la pièce opératoire qui confirmeront bien qu'il s'agit d'un carcinome à cellules claires. Que devez-vous alors proposer à la patiente ?

Cas clinique 7+

Un patient de 27 ans vous consulte pour des brûlures mictionnelles depuis 48 heures associées à un écoulement urétral matinal qu'il a constaté le matin même. Son unique antécédent est un asthme bien équilibré.

Question 1 – QROC

Quel est votre diagnostic ?

Question 2 – QCM

Vous suspectez une urétrite aiguë. Quels autres signes cliniques conforteraient votre suspicion diagnostique ?

- A Une fièvre importante
- B Des partenaires sexuels multiples
- C Une pollakiurie
- D Une hématurie
- E Un prurit urétral
- F Un globe vésical

Question 3 – QROC

Quel examen à visée diagnostique va vous permettre de faire le diagnostic étiologique ?

Question 4 – QCM

Dans l'attente des résultats de cet examen, quels traitements instaurez-vous ?

- A Traitement antibiotique monoprise ambulatoire
- B Traitement antibiotique intraveineux
- C Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- D Dépistage et traitement des partenaires
- E Dosage du PSA
- F Réalisation d'une échographie prostatique en ville
- G Protection lors des rapports sexuels

Question 5 – QROC

Les résultats de l'ECBU demandé reviennent positifs pour une infection urétrale à gonocoque. Quelle mesure de santé publique prenez-vous auprès de l'Institut de Veille sanitaire ?

Question 6 – QROC

Le patient ne vient pas à sa consultation de contrôle à J7 et se présente à J14. Il n'a pas pris le traitement prescrit et présente désormais un scrotum droit rouge, douloureux et tendu. Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question 7 – QCM

En dehors de la mauvaise observance, quels autres mécanismes pourraient être responsables de l'absence de guérison et de l'aggravation chez ce patient ?

- A Une résistance à l'antibiothérapie
- B Une hypertrophie bénigne de prostate associée
- C Un foyer pharyngé
- D Une tumeur testiculaire
- E Une réinfection par le partenaire non traité
- F Une diurèse trop abondante

Question 8 – QROC

En dehors de la douleur et de l'examen testiculaire, quel autre signe clinique devez-vous rechercher pour conforter votre diagnostic d'orchite-épididymite aiguë gauche ?

Question 9 – QCM

Quels sont les risques de complications de cette pathologie ?

- A Un cancer du testicule
- B Une infertilité
- C Une cryptorchidie
- D Une torsion du cordon spermatique
- E Une abcédation
- F Des douleurs testiculaires chroniques

Question 10 – QCM

Vous décidez de traiter le patient avec des fluoroquinolones *per os* pendant 2 semaines. Quels sont les effets secondaires potentiels de cette classe d'antibiotiques ?

- A Amyotrophie
- B Tendinopathies
- C Phototoxicité
- D Diarrhées
- E Alopécie
- F Allongement du QT
- G Hépatotoxicité

Question 11 – QROC

Malgré le traitement, l'état du patient empire. Le patient est toujours fébrile, avec une douleur sourde et une masse fluctuante à l'examen testiculaire gauche. Vous suspectez un abcès testiculaire gauche. Quel examen demandez-vous pour confirmer ce diagnostic ?

Cas clinique 8+

Un patient de 63 ans, toujours en activité professionnelle, vient vous consulter pour des informations sur le dépistage du cancer de prostate. Il a comme unique antécédent une HTA traitée et une cure de hernie inguinale bilatérale par voie coelioscopique il y a 2 ans.

Question 1 – QCM

Quels sont les facteurs de risque de cancer de prostate ?

- A Une origine afro-antillaise
- B Une origine caucasienne
- C Une dysurie
- D Un antécédent familial au premier degré
- E Une faible activité sexuelle
- F L'obésité
- G Une prostatite chronique
- H Le tabagisme actif
- I Un diabète de type 2

Question 2 – QROC

Y a-t-il un dépistage de masse du cancer de prostate en France ?

Question 3 – QROC

Quel est le symptôme clinique principal retrouvé chez un patient porteur d'un cancer de la prostate localisé ?

Question 4 – QCM

Après information, ce patient désire un dépistage individuel. Quels éléments celui-ci va-t-il comprendre ?

- A** Un toucher rectal
- B** Une débitmétrie
- C** Une échographie de prostate endorectale
- D** Une IRM prostatique
- E** Un scanner abdominopelvien avec injection
- F** Le dosage du PSA plasmatique total
- G** Le dosage du PSA libre avec un rapport libre/total
- H** Un dosage de la testostéronémie plasmatique

Question 5 – QCM

Quelles valeurs de PSA plasmatique vont vous inciter à poursuivre les investigations chez ce patient ?

- A** PSA entre 0 et 2 ng/ml
- B** PSA entre 2 et 4 ng/ml
- C** PSA entre 4 et 10 ng/ml
- D** PSA entre 10 et 20 ng/ml
- E** PSA au-dessus de 20 ng/ml

Question 6 – QROC

Le toucher rectal de ce patient est normal et son PSA est à 12 ng/ml. Quel acte va permettre de faire un éventuel diagnostic de cancer de la prostate ?

Question 7 – QCM

Quelles sont les complications possibles de la réalisation de cet acte ?

- A** Choc septique
- B** Fécalome
- C** Prostatite aiguë
- D** Éjaculation rétrograde
- E** Décès
- F** Rétention aiguë d'urine
- G** Sténose urétrale

Question 8 – QROC

Qu'est-ce que le score de Gleason ?

Question 9 – QROC

Si les biopsies reviennent positives pour un adénocarcinome prostatique de score de Gleason 6 (3 + 3), dans quelle catégorie de risque classeriez-vous ce patient ?

Question 10 – QROC

Les biopsies reviennent finalement négatives. Le patient, rassuré, décide de vous adresser son père, 86 ans, en bon état général, afin qu'il soit lui aussi dépisté d'un éventuel cancer de prostate. Il a apporté un dosage de PSA réalisé en ville, à 5 ng/ml. Réalisez-vous ce dépistage ?

Cas clinique 9++

Un patient de 68 ans vous est adressé pour la découverte d'un PSA plasmatique à 9,1 ng/ml. Son dernier dosage remonte à 3 ans et était à 2,6 ng/ml. Le patient n'a aucun trouble urinaire. Ses antécédents sont une PTH droite et une cataracte bilatérale opérée il y a 6 mois.

Question 1 – QCM

Quelles sont les causes d'augmentation du PSA plasmatique ?

- A** Antécédent de chirurgie prostatique
- B** Hypertrophie bénigne de prostate

- C** Syndrome grippal
- D** Urétrite aiguë
- E** Prostatite aiguë
- F** Toucher rectal
- G** Cancer de prostate

Question 2 – QROC

Vous réalisez un toucher rectal. Celui-ci retrouve une prostate de 40 g, souple à l'exception d'un nodule unique de l'apex prostatique droit, ne semblant pas atteindre ou franchir la capsule. Quel diagnostic redoutez-vous ?

Question 3 – QROC

Dans le cas où celui-ci serait confirmé, quel serait le stade au niveau local de ce cancer ?

Question 4 – QROC

Afin de réaliser votre diagnostic, vous réalisez chez ce patient des biopsies prostatiques échoguidées, avec les règles de sécurité d'usage. 48 heures après celles-ci, le patient se présente aux urgences pour une fièvre à 39,4 °C, accompagnée d'une impossibilité d'uriner depuis plus de 12 heures et d'une douleur sus-pubienne. Quel est votre diagnostic ?

Question 5 – QCM

Vous faites le diagnostic de prostatite aiguë compliquée de rétention aiguë d'urine. Quels vont être les principes de votre traitement ?

- A** Antibiothérapie orale en ambulatoire adaptée aux prélèvements
- B** Antibiothérapie intraveineuse en hospitalisation
- C** Pose d'une sonde vésicale
- D** Pose d'un cathéter sus-pubien
- E** Montée de sondes urétérales au bloc opératoire
- F** Résection trans-urétrale de prostate
- G** Prostatectomie totale

Question 6 – QCM

Le patient se remet de cet épisode et vous le voyez en consultation 1 mois plus tard pour lui annoncer les résultats des biopsies. Celles-ci sont positives pour un adénocarcinome prostatique de score de Gleason 6 (3 + 3), sur deux des biopsies, 2 mm sur une biopsie, 3 mm sur l'autre. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous en vue du bilan d'extension ?

- A** Échographie endorectale
- B** IRM prostatique multiparamétrique
- C** TDM thoracique sans injection
- D** PET-scan à la choline
- E** Scintigraphie osseuse
- F** Cystoscopie
- G** Aucun en systématique

Question 7 – QROC

À quelle catégorie de risque appartient-il selon la classification de D'Amico ?

Question 8 – QCM

Quelles sont les options thérapeutiques que vous pouvez instaurer chez ce patient ?

- A** Suppression androgénique par hormonothérapie
- B** Radiothérapie externe conformationnelle
- C** Résection trans-urétrale de prostate
- D** Prostatectomie totale

- E Surveillance active
- F Curiethérapie
- G Chimiothérapie

Question 9 – QCM

Quelles sont les contre-indications d'une radiothérapie externe conformationnelle prostatique ?

- A Port d'un pacemaker
- B Prostate d'un volume supérieur à 60 g
- C Antécédent d'irradiation pelvienne
- D Antécédent de résection trans-urétrale de prostate
- E Rectocolite hémorragique
- F Leucémie aiguë lymphoblastique

Question 10 – QCM

Le patient a finalement opté pour un traitement chirurgical. Le geste est réalisé sans complication peropératoire et les suites sont simples. Quelles seront les modalités de la surveillance chez ce patient ?

- A Celle-ci durera 2 ans
- B Celle-ci durera 5 ans
- C Celle-ci durera 10 ans
- D Réalisation de biopsies de contrôle annuelles
- E Réalisation de biopsies de contrôle tous les 2 ans
- F Dosage du PSA plasmatique tous les 6 mois
- G Dosage du PSA plasmatique à 5 ans
- H Le PSA doit initialement avoir été divisé par 2
- I Le PSA doit initialement être indosable

Question 11 – QCM

Vous voyez le patient 6 mois après la chirurgie. Il vous décrit désormais une dysurie franche, contrastant avec des fuites minimales au décours de la chirurgie. Son PSA est indosable; sa débitmétrie montre un débit maximum (Qmax) à 3 ml/s. Cette symptomatologie est accompagnée d'une sensation de pesanteur sus-pubienne; il n'y a pas d'altération de l'état général ou de douleurs. Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

- A Récidive locale du cancer de prostate
- B Syndrome de la queue de cheval sur une métastase rachidienne
- C Sténose de l'anastomose uréthro-vésicale
- D Apparition d'une hypertrophie bénigne de prostate
- E Incontinence urinaire par impériosité

Cas clinique 10++

Un patient de 83 ans est admis aux urgences pour un syndrome confusionnel non fébrile. La famille l'accompagnant vous rapporte aussi une altération de l'état général depuis plusieurs mois, avec des douleurs rachidiennes d'horaire plutôt inflammatoire. Le bilan biologique prélevé aux urgences indique une calcémie à 3,9 mmol/l.

Question 1 – QROC

Quel examen devez-vous réaliser au vu de ce résultat ?

Question 2 – QCM

Vous réalisez un ECG. Quels sont les signes typiques d'hypercalcémie ?

- A Tachycardie
- B Bradycardie

- C Allongement du QT
- D Raccourcissement du QT
- E Aplatissement de l'onde T
- F Ondes T en pointe
- G Allongement de l'espace PR
- H Troubles du rythme

Question 3 – QCM

Quelles sont les principales causes d'hypercalcémie ?

- A Tumorales
- B Diabète
- C Iatrogènes
- D Insuffisance rénale chronique
- E Hyperparathyroïdie primaire
- F Hyperparathyroïdie secondaire

Question 4 – QROC

La prise en charge est assurée par les réanimateurs de votre établissement. Le patient est ensuite adressé à la consultation d'urologie en raison d'un PSA plasmatique dosé à 280 ng/ml. Le toucher rectal retrouve une prostate volumineuse, pierreuse et indurée dans son ensemble.

Quel est votre diagnostic le plus probable concernant la cause de son hypercalcémie ?

Question 5 – QROC

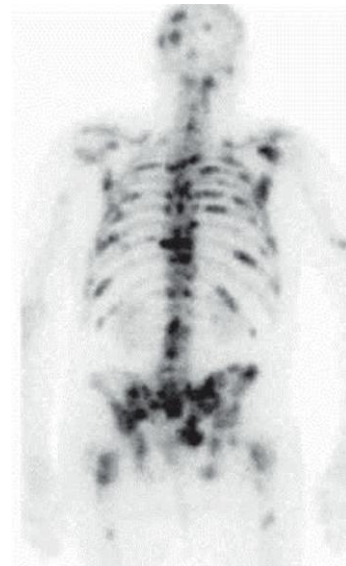
Comment allez-vous confirmer ce diagnostic primitif ?

Question 6 – QROC

Vous retrouvez sur les biopsies un adénocarcinome prostatique sur 12 biopsies (sur 12), Gleason 8 (4 + 4). Quel examen paraclinique allez-vous effectuer pour le bilan d'extension ?

Question 7 – QCM

La scintigraphie osseuse est la suivante.



Comment prenez-vous en charge son cancer prostatique primitif ?

- A Prostatectomie totale

- B Radiothérapie prostatique externe conformationnelle
- C Curiethérapie
- D Chimiothérapie
- E Hormonothérapie
- F Biphosphonates

Question 8 – QROC

Quel est l'effet physiologique de l'hormonothérapie dans le cancer de prostate ?

Question 9 – QROC

Vous décidez de lui prescrire une hormonothérapie par injection d'un agoniste de la LHRH (forme à libération prolongée pour 6 mois) en traitement unique. Quatre jours après l'injection, le patient se plaint brutalement d'un déficit moteur bilatéral des membres inférieurs. Quel effet secondaire du traitement peut expliquer cette dégradation ?

Question 10 – QROC

Quelle mesure préventive aurait dû être associée pour éviter cet effet ?

Question 11 – QCM

Quels sont les principaux effets secondaires de l'hormonothérapie par agonistes de la LHRH ?

- A Anorexie, amaigrissement
- B Diarrhées
- C Troubles de la libido
- D Bouffées de chaleur
- E Constipation
- F Ostéoporose secondaire
- G Hyperkaliémie
- H Troubles du rythme cardiaque
- I Troubles neuropsychiques
- J Perte musculaire

Question 12 – QROC

Le patient est suivi pendant 2 ans, sans effets secondaires notables avec un PSA stable à 6 ng/ml. Lors de la dernière consultation, son PSA monte brutalement à 78 ng/ml. Quelle est votre première prescription ?

Question 13 – QROC

Le dosage de testostéronémie plasmatique est inférieur à 0,5 ng/ml. Le patient se plaint de nouveau de douleurs rachidiennes et son dosage de PSA de contrôle, malgré une prescription puis un arrêt des anti-androgènes, est à 93 g/ml, puis 140 ng/ml. Quel est votre diagnostic ?

Question 14 – QROC

En cas de cancer de prostate résistant à la castration associé à des métastases osseuses, quelle classe médicamenteuse est recommandée pour la prévention des événements osseux ?

Question 15 – QROC

Quelle est la principale précaution à effectuer avant son administration ?

Cas clinique 11++

Vous voyez en consultation un patient de 63 ans. Il a pour antécédents une prothèse de hanche gauche,

une HTA, une dyslipidémie, une colique néphrétique droite traitée médicalement en 2006, un diabète sous antidiabétiques oraux. Il vous dit qu'il présente depuis 3 jours une dysurie franche avec une miction goutte à goutte et des brûlures mictionnelles. Il vous signale également de la fièvre à 39 °C avec des frissons depuis le matin et une impossibilité d'uriner associée à une douleur hypogastrique importante.

Question 1 – QROC

Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?

Question 2 – QCM

Vous drainez ses urines grâce à un cathéter sus-pubien et traitez le sepsis par antibiothérapie adaptée. Vous désirez lui retirer son cathéter sus-pubien dans 15 jours en consultation. Quel traitement allez-vous introduire pour favoriser la reprise des mictions ?

- A Alphabloquant
- B Bêtabloquant
- C Inhibiteur de la 5 α -réductase
- D Dérivés des plantes/phytothérapie
- E Agoniste de la LHRH

Question 3 – QCM

Vous avez introduit un traitement par alphabloquant. Quels sont les effets secondaires que vous allez notifier au patient ?

- A Hypotension artérielle orthostatique
- B Éjaculation rétrograde
- C Baisse de la libido
- D Baisse de 50 % du taux du PSA
- E Troubles de l'érection

Question 4 – QCM

Après introduction d'un traitement par alphabloquant, le patient reprend ses mictions à l'ablation du cathéter sus-pubien. Il consulte 6 mois plus tard pour une symptomatologie urinaire avec dysurie importante, pollakiurie et urgenturie malgré votre traitement. L'échographie retrouve une prostate de 40 g. Quel traitement chirurgical lui proposez-vous ?

- A Incision cervicoprostatique
- B Résection trans-urétrale de prostate
- C Prostatectomie totale
- D Adénomectomie voie haute
- E Aucun des traitements précédents

Question 5 – QCM

Vous programmez une résection trans-urétrale de prostate. Quelles sont les complications dont il faut avertir le patient ?

- A Trouble de l'érection
- B Éjaculation précoce
- C Incontinence
- D Troubles de la libido
- E Éjaculation rétrograde

Question 6 – QROC

En postopératoire immédiat, le patient est confus, agité et vous signale des troubles visuels. À l'examen, il est légèrement bradycarde et hypotendu. Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

Question 7 – QROC

Comment confirmez-vous ce diagnostic ?

Question 8 – QROC

Le patient sort finalement de votre service après une reprise satisfaisante des mictions. Les résultats anatomopathologiques indiquent un adénocarcinome de prostate Gleason 7 (4 + 3) sur 20 % des copeaux de résection. Quel est le stade clinique local de ce cancer ?

Question 9 – QCM

Le PSA plasmatique postopératoire du patient est à 6 ng/ml. Le bilan d'extension ne montre aucun franchissement capsulaire, ni anomalie ganglionnaire ni métastase. Après discussion en RCP, le patient opte pour un traitement curatif par radiothérapie prostatique conformationnelle externe. Quelles sont les complications potentielles de ce traitement ?

- A** Cystite radique
- B** Fistule rectovésicale
- C** Tumeur de vessie radio-induite
- D** Lymphome secondaire
- E** Dysfonction érectile
- F** Dysurie par sténose urétrale
- G** Atrophie testiculaire

Question 10 – QROC

Le traitement est efficace et le PSA plasmatique décroît, sans que le patient signale d'effets secondaires. Durant les deux premières années de son suivi, le taux le plus bas de PSA plasmatique mesuré est à 1,3 ng/ml. Comment s'appelle ce taux ?

Question 11 – QROC

Le patient est perdu de vue pendant 3 ans et revient vous consulter suite à une prise de sang demandée par son médecin traitant. Son PSA est désormais à 23 ng/ml. Le patient décrit une altération légère de son état général. Son taux de créatininémie est à 270 $\mu\text{mol/l}$. L'échographie réalisée en ville vous indique une dilatation bilatérale des cavités pyélocalicielles, des uretères sur toute leur longueur, ainsi qu'une vessie vide. Quel est le problème médical urgent chez ce patient ?

Question 12 – QROC

Quel en est le mécanisme précis ?

Question 13 – QCM

Comment pouvez-vous traiter ce patient ?

- A** Pose d'une sonde vésicale
- B** Pose d'un cathéter sus-pubien
- C** Pose de sondes urétérales bilatérales
- D** Pose de néphrostomie bilatérale
- E** Nouvelle résection endoscopique de prostate

Question 14 – QROC

Une scintigraphie osseuse que vous réalisez montre des atteintes osseuses au niveau du septième arc costal antérieur droit et au niveau de l'aile iliaque gauche. Le patient choisit une méthode chirurgicale de suppression androgénique pour le traitement de sa récidue. Quel est ce geste chirurgical ?

Cas clinique 12++

Un homme de 69 ans consulte pour découverte d'une augmentation de son taux plasmatique de PSA à 6 ng/ml contre 2,3 ng/ml il y a 3 ans. Le patient ne se plaint pas de symptômes urinaires. Il est retraité d'une entreprise d'agroalimentaire et son seul antécédent est un accident de la voie publique avec fracture du fémur à l'âge de 33 ans.

Question 1 – QCM

Quels sont les facteurs de risque de cancer de prostate ?

- A** Une origine afro-antillaise
- B** Une origine caucasienne
- C** Une dysurie
- D** Un antécédent familial au premier degré
- E** Une faible activité sexuelle
- F** L'obésité
- G** Une prostatite chronique
- H** Le tabagisme actif
- I** Un diabète de type 2

Question 2 – QCM

Après discussion avec le patient et information sur le dépistage individuel, vous faites un toucher rectal. Quels sont les signes suspects de cancer de prostate ?

- A** Une prostate lisse et régulière
- B** Un nodule dur sur un des lobes prostatiques
- C** Une prostate douloureuse dans son ensemble
- D** Un lobe prostatique induré
- E** Un blindage pelvien

Question 3 – QROC

Le patient présente à l'examen une prostate plus ferme au niveau du lobe droit; le reste de l'examen est normal, excepté une adénopathie inguinale droite. Celle-ci a-t-elle une forte probabilité d'être en rapport avec un cancer de prostate avec extension lymphatique ?

Question 4 – QROC

Devant ce tableau, vous décidez de rechercher un cancer de prostate. Quel geste proposez-vous au patient ?

Question 5 – QCM

De quelles complications potentielles devez-vous prévenir le patient avant ce geste ?

- A** Choc septique
- B** Fécalome
- C** Prostatite aiguë
- D** Éjaculation rétrograde
- E** Décès
- F** Rétention aiguë d'urine
- G** Sténose urétrale

Question 6 – QCM

Quels éléments pourront fournir les biopsies prostatiques ?

- A** Le score histopronostique de Gleason
- B** Le risque de progression selon la classification de D'Amico
- C** L'existence d'une extension ganglionnaire
- D** Le franchissement de la capsule prostatique
- E** L'envahissement des canaux déférents

Question 7 – QROC

Les biopsies reviennent positives pour un adénocarcinome prostatique de score de Gleason 7 (3 + 4). Vous informez le patient de ces résultats et celui-ci est particulièrement inquiet quant à une extension osseuse de ce cancer. Quel est l'examen que vous allez réaliser qui permet de détecter une telle extension ?

Question 8 – QCM

Après un bilan d'extension complet, le patient présente au final un cancer localisé à la prostate, de score de Gleason 7 (3 + 4). Quelles sont les différentes options thérapeutiques que vous pouvez lui proposer ?

- A Surveillance simple
- B Surveillance active
- C Prostatectomie totale
- D Hormonothérapie
- E Radiothérapie
- F Ultrasons focalisés

Question 9 – QCM

Le patient est intéressé par l'option chirurgicale. Concernant celle-ci, quelles propositions sont vraies ?

- A Les risques d'anéjaculation sont modérés
- B L'incontinence urinaire est une constante en postopératoire
- C C'est un traitement validé chez le patient jeune
- D Le contrôle carcinologique est augmenté par voie robot-assistée
- E L'exérèse doit emporter les vésicules séminales
- F En cas de bas risque, une ablation de l'adénome suffit

Question 10 – QROC

Le patient bénéficie donc d'un traitement curatif par prostatectomie totale. Les suites opératoires sont simples et le PSA postopératoire est indosable. Après 2 ans de suivi, le patient déménage et vous le perdez de vue. Il revient vous voir 5 ans après la prostatectomie, après avis de son médecin généraliste, qui lui a fait réaliser un bilan sanguin montrant un taux de PSA plasmatique à 18 ng/ml. Quel est votre diagnostic ?

Question 11 – QCM

Après un bilan d'extension, confirmant l'extension métastatique, et discussion en RCP, vous décidez d'effectuer chez ce patient une suppression par blocage androgénique complet (association analogue LHRH et bicalutamide). Quelles sont ses complications éventuelles ?

- A Anorexie, amaigrissement
- B Diarrhées
- C Troubles de la libido
- D Bouffées de chaleur
- E Ostéoporose secondaire
- F Hyperkaliémie
- G Troubles du rythme cardiaque
- H Troubles neuropsychiques
- I Perte musculaire

Question 12 – QCM

Vous prévenez le patient que ce traitement aura une efficacité limitée dans le temps avant l'apparition

d'une résistance à la castration. Quels seront les éléments nécessaires au diagnostic d'un cancer de prostate résistant à la castration ?

- A L'absence d'une prostatectomie totale
- B Une augmentation de PSA sur trois dosages successifs
- C L'apparition d'une ostéoporose secondaire
- D Une testostéronémie normale
- E Une testostéronémie effondrée
- F Une progression clinique ou radiologique
- G Le retrait de l'anti-androgène

Cas clinique 13+

Une patiente de 55 ans vous consulte pour des fuites urinaires devenant gênantes. Elle n'a pas d'antécédent hormis un tabagisme actif. Sur le plan obstétrical, elle a eu trois grossesses avec trois accouchements par voie basse dont le dernier pesant 4,100 kg. Elle pèse 85 kg pour 1,60 m. Elle vous rapporte qu'elle a bien suivi sa rééducation du *post-partum*. Ces fuites sont apparues il y a maintenant 1 an et surviennent majoritairement lors des efforts physiques avec une majoration de celles-ci depuis 3 mois, l'obligeant à porter trois protections par jour.

Question 1 – QROC

Quels peuvent être les mécanismes d'incontinence urinaire chez cette patiente ?

Question 2 – QCM

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

- A Aucun
- B ECBU
- C Bilan urodynamique
- D Échographie réno-vésicale avec mesure du résidu postmictionnel
- E Cystographie
- F Fibroscopie uréthro-vésicale

Question 3 – QCM

Quelles sont vos propositions thérapeutiques de première intention ?

- A Perte de poids
- B Bandelette sous-urétrale
- C Rééducation périnéale
- D Sphincter urinaire artificiel
- E Œstrogénothérapie locale
- F Traitement palliatif simple (protections)
- G Anticholinergiques

Question 4 – QROC

Vous la revoyez 4 mois plus tard après le traitement. Elle se plaint de la persistance de fuites urinaires exclusivement à l'effort.

Que lui proposez-vous, sachant qu'il s'agit d'une incontinence par hypermobilité urétrale ?

Question 5 – QROC

Quel élément clinique pourra orienter cette décision ?

Question 6 – QCM

Quels examens complémentaires peuvent être discutés devant ce tableau clinique ?

- A** Cytologie urinaire
- B** Bilan urodynamique
- C** Échographie réno-vésicale avec mesure du résidu postmictionnel
- D** Cystographie
- E** Fibroscopie uréthro-vésicale
- F** IRM pelvienne

Question 7 – QROC

Depuis ce nouveau traitement, elle n'a plus de fuites mais des urgenturies qui sont apparues après 6 mois. Citez deux examens complémentaires à réaliser en priorité ?

Question 8 – QROC

Vos bilans clinique et paraclinique reviennent normaux. Que pouvez-vous proposer comme traitement de première intention ?

Question 9 – QROC

La patiente revient en urgence pour un œil droit devenu très douloureux et rouge. Quel diagnostic évoquez-vous ?

Cas clinique 14+

Un patient de 58 ans, ouvrier dans une usine de caoutchouc, se présente aux urgences pour un premier épisode de rétention aiguë d'urine. Vous notez dans ses antécédents une hypertrophie bénigne de la prostate traitée par dutastéride (Avodart®), un infarctus du myocarde stenté il y a 2 mois pour lequel il prend depuis de l'aténolol (Ténormine®), aspirine, clopidogrel (Plavix®), atorvastatine (Tahor®). Vous notez un tabagisme actif. Il n'a jamais quitté la France. Il rapporte depuis l'introduction de ces médicaments quelques épisodes d'hématurie sans gravité puisqu'ils passent spontanément en augmentant sa prise de boisson. Il vous signale cependant une hématurie depuis 3 jours et l'émission de nombreux caillots depuis ce matin. Les constantes vitales sont les suivantes : T° : 37,3 °C ; TA : 130/80 mm Hg ; FC : 70/min ; SaO₂ : 97 % en air ambiant. Poids 70 kg pour 1,80 m.

Question 1 – QROC

De quel examen paraclinique avez-vous besoin en urgence pour confirmer le diagnostic de rétention aiguë d'urine ?

Question 2 – QROC

Quel est selon vous le mécanisme à l'origine de cet épisode de rétention d'urines ?

Question 3 – QCM

Quelle est votre attitude thérapeutique immédiate aux urgences ?

- A** Pose d'une sonde vésicale simple
- B** Pose d'une sonde vésicale à double courant
- C** Pose d'un cathéter sus-pubien simple

- D** Pose d'un cathéter sus-pubien à double courant
- E** Sondage aller-retour pour évacuer la vessie
- F** Scanner abdominopelvien injecté avec temps excrétoire avant tout traitement
- G** IRM pelvienne avant tout traitement
- H** Hyperhydratation simple pour éclaircir les urines
- I** Décaillotage vésical après pose d'une sonde à demeure
- J** Sondage évacuateur et introduction d'alphabloquants
- K** Décaillotage vésical après pose d'un cathéter sus pubien

Question 4 – QROC

Vous posez une sonde vésicale à double courant et réalisez un décaillotage au lit du patient. Après ce traitement, les urines redeviennent rosées et une échographie sus-pubienne confirme l'absence de caillot résiduel. Trois heures plus tard, le patient devient confus et vous apprenez que la diurèse est de 3 litres depuis votre intervention. Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question 5 – QCM

- Quelle prise en charge proposez-vous ?
- A** ECG
 - B** Scanner cérébral
 - C** Ionogramme sanguin
 - D** Réhydratation par voie orale
 - E** Réhydratation par voie parentérale

Question 6 – QCM

- Le syndrome confusionnel s'améliore grâce à votre prise en charge et vous décidez de vous concentrer sur la prise en charge de cette hématurie. Quelle(s) pathologie(s) peut (peuvent) être responsable(s) du tableau dans le cas particulier de ce patient ?
- A** Bilharziose urogénitale
 - B** Hyperplasie bénigne de la prostate
 - C** Tumeur rénale
 - D** Tumeur vésicale
 - E** Tumeur de la voie excrétrice supérieure
 - F** Envahissement vésical par un organe de voisinage
 - G** Calcul rénal
 - H** Calcul vésical
 - I** Cause iatrogène (bi-antiagrégation plaquettaire)
 - J** Néphropathie glomérulaire

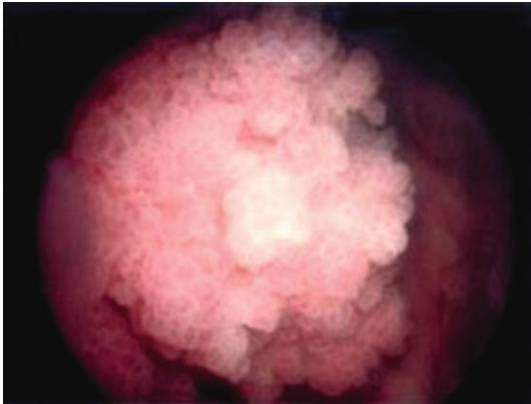
Question 7 – QCM

- Quels examens paracliniques sont les plus adaptés afin d'étayer votre suspicion diagnostique ?
- A** Aucun examen complémentaire
 - B** Radiographie d'ASP
 - C** Échographie réno-vésicale
 - D** Scanner abdominopelvien non injecté
 - E** Scanner abdominopelvien sans et avec injection de produit de contraste
 - F** Scanner abdominopelvien sans et avec injection de produit de contraste avec temps excrétoire
 - G** Scanner thoraco-abdomino-pelvien sans et avec injection de produit de contraste
 - H** Uro-IRM
 - I** TEP-FDG
 - J** Cytologie urinaire

- K** Biopsie rénale
- L** Urétéroscopie diagnostique
- M** Fibroscopie uréthro-vésicale
- N** ECBU

Question 8 – QCM

La fibroscopie uréthro-vésicale retrouve ceci. (Source : <http://www.oncoprof.net>.)



L'échographie retrouvait également cette anomalie. Le haut appareil est considéré comme normal d'après le scanner injecté avec clichés excrétoires.

Quelle est alors votre conduite à tenir ?

- A** Biopsies de cette lésion avec analyse histologique
- B** Résection complète de la lésion par résection endoscopique de tumeur de vessie avec analyse histologique
- C** Résection complète de la lésion en emportant du muscle par résection endoscopique de tumeur de vessie avec analyse histologique
- D** Instillations endovésicales par chimiothérapie intravésicale par mitomycine C
- E** Instillations endovésicales par immunothérapie par le BCG
- F** Cystoprostatectomie totale avec dérivation des urines

Question 9 – QROC

Quelles sont les trois informations essentielles que vous attendez du compte-rendu d'anatomopathologie ?

Question 10 – QCM

Celui-ci vous revient et il s'agit d'un carcinome urothélial de haut grade classé pT2 minimum.

Que signifie carcinome urothélial pT2 minimum ?

- A** Tumeur de vessie sans infiltration du muscle (TVNIM)
- B** Tumeur de vessie avec infiltration du muscle (TVIM)
- C** Carcinome *in situ*
- D** Polype inversé

Question 11 – QCM

L'histologie est donc la suivante : carcinome urothélial de haut grade classé pT2 minimum. Muscle vu sur plusieurs fragments de résection. D'après le compte-rendu opératoire, la résection endoscopique était incomplète du fait du volume.

Quel bilan complémentaire allez-vous prescrire (en supposant qu'ils n'aient pas déjà été faits) ?

- A** Aucun examen
- B** Scanner cérébral
- C** Scanner thoracique
- D** Uro-IRM
- E** IRM pelvienne
- F** Scintigraphie osseuse
- G** TEP-FDG

Question 12 – QCM

En cas de bilan d'extension négatif, quel est le traitement de référence ?

- A** Cystectomie isolée avec dérivation continente ou non continente des urines
- B** Cystectomie partielle emportant la lésion avec une marge de sécurité de 3 cm
- C** Cystectomie partielle emportant la lésion avec une marge de sécurité de 1 cm
- D** Radiothérapie externe exclusive
- E** Cystoprostatectomie totale avec dérivation continente ou non continente des urines
- F** Curage ganglionnaire inguinal
- G** Curage ganglionnaire ilio-obturbateur étendu

Cas clinique 15+++

Vous voyez à votre consultation un patient de 62 ans que vous suivez annuellement pour une hyperplasie bénigne de la prostate (HBP) traitée depuis de nombreuses années par tamsulosine et dutastéride. Mais cette fois-ci, il vous rapporte une dysurie marquée, des levers nocturnes plus fréquents (quatre par nuit) et des épisodes d'hématurie en début de jet sans autre signe fonctionnel associé. Il a pour autre antécédent une néphrectomie droite à 20 ans pour rein détruit suite à de nombreux épisodes de pyélonéphrite. Il est ancien fumeur et a travaillé toute sa vie en tant qu'enseignant.

Question 1 – QROC

Quels sont vos éléments de surveillance annuelle d'un patient ayant une hyperplasie bénigne de la prostate symptomatique ?

Question 2 – QCM

Quel est(ont) le(s) examen(s) paraclinique(s) le(s) mieux adapté(s) pour explorer cette hématurie macroscopique ?

- A** Aucun, l'origine prostatique étant fort probable
- B** ECBU
- C** Échographie réno-vésicale
- D** Scanner abdominopelvien non injecté
- E** Scanner abdominopelvien sans et avec injection de produit de contraste
- F** Scanner abdominopelvien sans et avec injection de produit de contraste avec temps excrétoire
- G** Uro-IRM
- H** TEP-FDG
- I** Cytologie urinaire
- J** Urétéroscopie diagnostique
- K** Fibroscopie uréthro-vésicale

Question 3 – QROC

Votre bilan revient normal et retrouve un volume prostatique estimé à 50 ml sans retentissement sur le

haut appareil urinaire. Il existe par ailleurs une dysurie objective sur la débitmétrie. Il n'y a en revanche pas de résidu post mictionnel significatif. Quelle est votre attitude thérapeutique quant à l'HBP ?

Question 4 – QROC

En postopératoire immédiat, vous constatez que le retour des irrigations vésicales est plutôt hématurique et encouragez votre patient à boire. Durant la nuit, vous êtes appelé car il est dyspnéique, tachycarde à 110/min et a une lombalgie gauche intense. L'infirmière vous rapporte qu'il a bu 3 litres d'eau pour éclaircir ses urines mais qu'il n'a pas de diurèse depuis l'intervention. Que recherchez-vous cliniquement ?

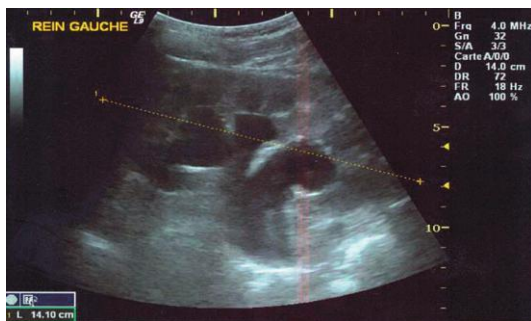
Question 5 – QCM

Vous ne retrouvez pas de globe vésical cliniquement. Vous vous aidez d'un *bladder-scan* qui objective une vessie vide avec une sonde vésicale en place. Quels examens complémentaires demandez-vous ?

- A** D-dimères
- B** Ionogramme sanguin
- C** ECG
- D** Ionogramme urinaire
- E** Créatininémie
- F** Échographie réno-vésicale
- G** CRP
- H** Troponine Ic
- I** Doppler des artères rénales
- J** Uroscanner
- K** Hémocultures
- L** Angioscanner thoracique
- M** Radiographie de thorax

Question 6 – QROC

L'échographie rénale et la radiographie de thorax que vous avez demandées retrouvent ceci. (Source : www.urofrance.org.)



Quelle est l'information majeure apportée par le cliché échographique ci-dessus ?

Question 7 – QROC

Quelle est votre suspicion diagnostique devant ce tableau ?

Question 8 – QCM

Quelle est votre attitude thérapeutique ?

- A** Oxygénothérapie nasale
- B** Ventilation non invasive
- C** Intubation orotrachéale avec ventilation mécanique
- D** Diurétiques de l'anse
- E** Épuration extrarénale
- F** Réhydratation intraveineuse
- G** Bi-antibiothérapie synergique et bactéricide à bonne diffusion urinaire
- H** Changement de sonde vésicale
- I** Drainage des urines par sonde JJ
- J** Drainage des urines par néphrostomie
- K** Anticoagulation à dose efficace

Question 9 – QROC

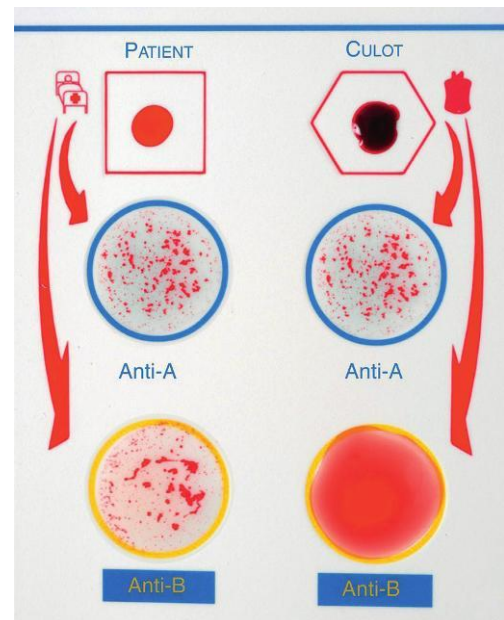
Grâce à vos mesures, les éléments précédents se sont corrigés. Mais vous constatez sur le bilan biologique de contrôle un taux d'Hb à 8,2 g/dl et décidez de le transfuser.

Quel est le test de vérification ultime fait au lit du patient ?

Question 10 – QCM

Le test effectué retrouve ceci. (Source : www.urofrance.org.)

Quel est le groupe sanguin du patient ?



- A** Groupe O
- B** Groupe A
- C** Groupe B
- D** Groupe AB

Question 11 – QCM

Quel est le groupe sanguin du culot globulaire ?

- A Groupe O
- B Groupe A
- C Groupe B
- D Groupe AB

Question 12 – QCM

Lors de la transfusion du 2^e culot globulaire, l'infirmière vous appelle car votre patient frissonne et sa température est à 39,3 °C, la TA est de 110/72 mm Hg.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A Incompatibilité ABO
- B Syndrome frisson-hyperthermie
- C Choc endotoxinique
- D Infection bactérienne
- E Infection parasitaire
- F Réaction allergique
- G Œdème pulmonaire lésionnel post-transfusionnel
- H Infection virale
- I Allo-immunisation antileucocytaire
- J Réaction de greffon contre l'hôte

Cas clinique 16+

Un patient de 47 ans consulte aux urgences à 18 h pour une douleur lombaire gauche apparue brutalement irradiant dans l'aîne et les bourses le matin. Il est par ailleurs nauséux et vous rapporte qu'il a pris des anti-inflammatoires pour soulager la douleur. De plus, vous apprenez qu'il souffre régulièrement d'épisodes de colique néphrétique à cause d'un syndrome du grêle court et élimine d'ailleurs souvent des calculs. Il est traité par rivaroxaban (Xarelto®) et amiodarone (Cordarone®) pour une fibrillation auriculaire et une association ramipril-hydrochlorothiazide (Cotriatec®) pour une HTA. Vous apprenez qu'il a eu une néphrectomie droite dans l'enfance pour néphroblastome ainsi que de la radiothérapie adjuvante compliquée à l'origine de son grêle court.

L'examen clinique trouve un patient algique mais en bon état général avec des orifices herniaires libres, une douleur majorée à l'ébranlement de la fosse lombaire gauche. Sa créatininémie de base est à 80 µmol/l pour une clairance de 70 ml/min.

Un bilan biologique réalisé le matin à 10 h retrouvait : leucocytes : 12 000/mm³; Na : 140 mmol/l; K : 4,8 mmol/l; créatininémie : 190 µmol/l; CRP : 5. Les constantes sont les suivantes : T° : 37,4 °C; TA : 150/90 mm Hg; FC : 85/min; SaO₂ : 99 % en air ambiant.

Vous vous orientez vers un diagnostic de colique néphrétique.

Question 1 – QCM

Quels examens complémentaires vous semblent indispensables à prescrire ?

- A Aucun
- B Scanner abdominopelvien non injecté
- C Scanner abdominopelvien sans et avec injection de produit de contraste
- D NFS
- E Ionogramme sanguin

- F Créatininémie
- G CRP
- H ECRU
- I Hémocultures
- J Hémostase (TP, TCA, plaquettes)
- K Ionogramme urinaire
- L ECG

Question 2 – QCM

Le scanner retrouve une urétéro-hydronephrose gauche en amont d'un calcul urétéral. Il n'y a pas d'urine intravésicale. Que proposeriez-vous comme prise en charge ? Quelle est votre attitude thérapeutique de première intention ?

- A Réhydratation
- B Drainage des urines par pose d'un cathéter sus-pubien
- C Drainage des urines par pose d'une sonde vésicale
- D Drainage des urines par sonde JJ ou sonde urétérale
- E Drainage des urines par néphrostomie
- F Lithotripsie extracorporelle
- G Urétéroscopie
- H Bi-antibiothérapie synergique et bactéricide après prélèvements bactériologiques

Question 3 – QROC

Malgré votre prise en charge, 12 heures après la pose d'une sonde JJ, la fonction rénale continue de se détériorer et la diurèse est de 300 ml/jour.

Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?

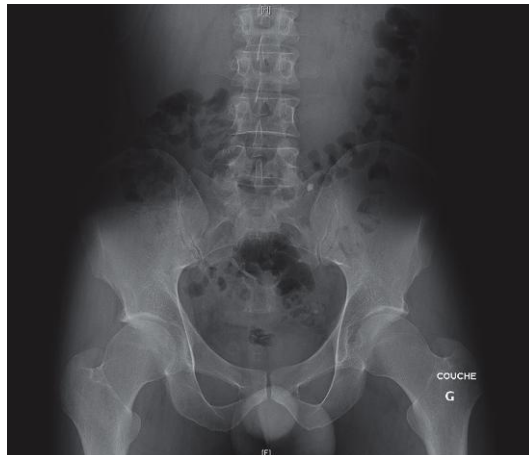
Question 4 – QCM

Sur quels arguments paracliniques pouvez-vous l'étayer ?

- A Échographie rénale normale
- B Urée/Créatinine P < 50
- C Urée/Créatinine P > 100
- D U/P urée > 10
- E U/P urée < 10
- F U/P créatinine > 30
- G U/P créatinine < 30

Question 5 – QCM

Après une évolution favorable, vous revoyez votre patient à distance. Sa sonde JJ a été retirée en raison d'une très mauvaise tolérance. Il n'a pas éliminé de calcul et vous ramène cette radiographie d'ASP.



Que proposez-vous, sachant que le calcul mesure 8 mm ?

- A Surveillance annuelle
- B Alcalinisation des urines
- C Lithotripsie extracorporelle
- D Urétéroscopie
- E Néphrolithotomie percutanée

Question 6 – QCM

De quel type de calcul s'agit-il selon vous ?

- A Oxalate de calcium
- B Acide urique
- C Phospho-ammoniac-magnésien
- D Cystine
- E Médicament

Question 7 – QROC

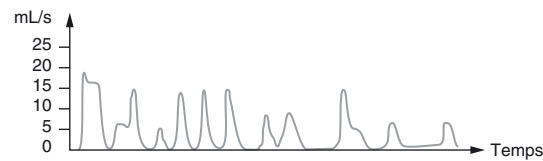
Pourquoi ?

Cas clinique 17++

Vous voyez en consultation un patient de 65 ans pour difficulté à uriner depuis de nombreux mois avec un jet urinaire faible, une pollakiurie nocturne avec trois levers. Il a pour seul antécédent une HTA bien équilibrée par aténolol.

Question 1 – QROC

Interprétez l'examen que vous réalisez en consultation sachant que le volume uriné a été de 300 ml sur 1 min 30. (Source : Boujnah S. Comment interpréter un bilan urodynamique, Réalités en gynéco-obstétrique, n° 142, janvier 2010.)



Question 2 – QCM

Quels examens complémentaires faites-vous ?

- A Bandelette urinaire
- B ECBU
- C NFS
- D Ionogramme sanguin
- E Créatininémie
- F ECG
- G PSA total
- H PSA libre/total
- I Biopsies de prostate
- J Échographie réno-vésico-prostatique
- K IRM prostatique
- L Bilan urodynamique
- M Cystomanométrie
- N Fibroscopie uréthro-vésicale

Question 3 – QCM

Le bilan retrouve un volume prostatique estimé à 50 ml, sans retentissement sur le haut appareil

urinaire, avec un résidu postmictionnel mesuré à 80 ml. La fonction rénale est normale et le PSA est à 3,8 ng/ml. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

- A Biopsies de prostate
- B Éducation
- C Mesures hygiénodiététiques
- D Résection endoscopique de prostate
- E Adénomectomie voie haute
- F Incision cervicoprostatique
- G Traitement médicamenteux par alphabloquant
- H Traitement médicamenteux par inhibiteur de la 5 α -réductase
- I Traitement médicamenteux par phytothérapie

Question 4 – QCM

Vous le revoyez annuellement dans le cadre de son suivi. Il vous rapporte 3 ans plus tard l'apparition depuis quelques semaines une pollakiurie associée à des urgenturies. Il a par ailleurs la sensation que son jet mictionnel a nettement diminué.

Quelles peuvent être les hypothèses diagnostiques ?

- A Calcul vésical
- B Tumeur de vessie
- C Hyperactivité de vessie réactionnelle à l'HBP
- D Infection urinaire
- E Rétention chronique d'urines
- F Introduction de corps étranger

Question 5 – QCM

Quels examens demandez-vous ?

- A Aucun
- B Fibroscopie uréthro-vésicale
- C Cytologie urinaire
- D Échographie réno-vésicale
- E ECBU
- F Bilan urodynamique

Question 6 – QROC

Vous avez fait une fibroscopie uréthro-vésicale qui est normale, montrant simplement une prostate obstructive et un calcul intravésical de 3 cm. Il se présente le lendemain soir aux urgences pour une pollakiurie majeure associée à des brûlures mictionnelles et l'impossibilité d'uriner.

À son arrivée, sa température est de 39 °C et vous le voyez en train de frissonner. Les constantes vitales sont les suivantes : TA : 110/80 mm Hg ; FC : 90/min ; SaO₂ en air ambiant : 97 %. Vous constatez une voussure hypogastrique et une matité sus-pubienne lors de votre examen.

Quels sont les deux diagnostics associés à évoquer dans ce contexte ?

Question 7 – QROC

Quel geste est nécessaire en urgence afin de soulager rapidement le patient ?

Question 8 – QROC

Quelles en sont les deux contre-indications formelles ?

Question 9 – QCM

L'évolution de cet épisode sera favorable à la suite de votre prise en charge. Votre bilan, avant cette com-

plication, avait retrouvé un calcul vésical de 3 cm de diamètre, expliquant l'aggravation des symptômes urinaires.

Quel va être votre traitement sachant que le volume prostatique estimé est de 150 ml ?

- A Poursuite du traitement médical initié
- B Bithérapie (alphanbloquant + inhibiteur de la 5 α -réductase)
- C Lithotripsie extracorporelle
- D Incision cervicoprostatique
- E Résection endoscopique de prostate
- F Adénectomie voie haute

Cas clinique 18+

Une patiente de 57 ans consulte aux urgences à 15 h en raison d'une fièvre à 39 °C associée à des frissons. Elle se plaint d'une lombalgie gauche qui est apparue brutalement la veille au matin pour laquelle elle a pris des anti-inflammatoires non stéroïdiens. Ses antécédents principaux sont un diabète de type 2, qu'elle a depuis 10 ans, traité par des hypoglycémifiants oraux, et une HTA traitée par ramipril (Triatec®) et hydrochlorothiazide (Esidrex®).

À l'examen clinique, la patiente est agitée et douloureuse. Les constantes à l'arrivée sont les suivantes : TA : 92/57 mm Hg; FC : 120/min; pouls régulier. On retrouve de discrètes marbrures au niveau des genoux. La fosse lombaire gauche est sensible. L'abdomen reste souple, sans défense et le toucher rectal est indolore. La bandelette urinaire obtenue après sondage vésical retrouve : GR : sang fort; GB : +++; Nitrites : +; Cétone : +.

Biologie : 22 000 GB/mm³; Hb : 16,5 g/dl (Ht : 52 %); 125 000 plaquettes; TP : 54 %; fibrine : 0,8 g/l; créatininémie : 150 μ mol/l; urée : 12 mmol/l; Na : 135 mmol/l; K : 5,2 mmol/l; Cl : 101 mmol/l; Ca : 2,78 mmol/l; réserve alcaline : 17 mmol/l; glycémie : 18 mmol/l. Gazométrie artérielle en air ambiant : pH : 7,27; PaO₂ : 80 mm Hg; PaCO₂ : 35 mm Hg.

À 17 h, et malgré une expansion volémique de 1 litre de NaCl 0,9 % en débit libre, la pression artérielle reste à 88/59 mm Hg et la sonde vésicale ne s'est pas remplie.

Question 1 – QROC

Quels sont les deux diagnostics associés les plus probables devant ce tableau clinique ?

Question 2 – QCM

Quels autres examens réalisez-vous dans l'urgence ?

- A Aucun examen complémentaire
- B Scanner abdominopelvien non injecté
- C Scanner abdominopelvien sans et avec injection de produit de contraste
- D Scanner abdominopelvien sans et avec injection de produit de contraste avec temps tardif
- E ASP face couché
- F β -HCG
- G ECBU
- H Hémocultures aéro-anaérobies

- I Lactates
- J D-dimères
- K HbA1c
- L Ionogramme urinaire
- M Protéinurie

Question 3 – QCM

Le scanner retrouve une urétéro-hydronéphrose gauche en amont d'un calcul urétéral.

Quelle est votre attitude thérapeutique ?

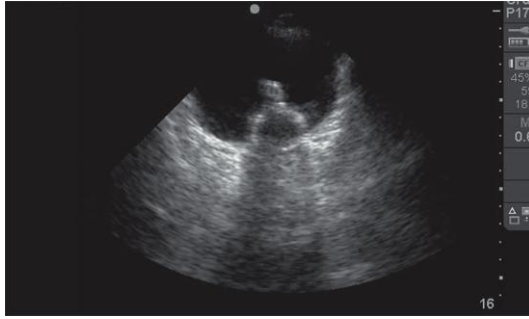
- A Antibiothérapie par céphalosporine de 3^e génération
- B Antibiothérapie par fluoroquinolones
- C Bi-antibiothérapie par céphalosporine de 3^e génération + aminoside
- D Bi-antibiothérapie par amoxicilline + aminoside
- E Remplissage vasculaire
- F Catécholamines d'emblée
- G Catécholamines si remplissage inefficace
- H Drainage des urines par sonde JJ
- I Drainage des urines par sonde urétérale
- J Drainage des urines par sonde de néphrostomie

Question 4 – QROC

Malgré votre prise en charge, qui permet une amélioration hémodynamique et une apyrexie durable, la fonction rénale continue de se détériorer. La diurèse est de 200 ml/jour.

Une échographie rénale est réalisée. (Sources : <http://www.radiologiemontereau.com> et <http://www.srlf.org>.)





Quelles sont les deux informations essentielles que vous apporte cet examen ?

Question 5 – QROC

Quelle est la cause la plus probable de cette insuffisance rénale ?

Question 6 – QROC

Quel est le pronostic de cette insuffisance rénale ?

Question 7 – QCM

Quelles sont, parmi les données suivantes, celles en faveur de l'origine organique de l'insuffisance rénale ?

- A** $\text{Na}^+/\text{K}^+ \text{ U} < 1 \%$
- B** $\text{Na}^+/\text{K}^+ \text{ U} > 1-2 \%$
- C** U/P urée < 10
- D** U/P urée > 10
- E** U/P créatinine < 30
- F** U/P créatinine > 30
- G** Urée/Créatinine P > 100
- H** Urée/Créatinine P < 50
- I** Fraction d'excrétion de l'urée $> 35 \%$
- J** Fraction d'excrétion de l'urée $< 35 \%$

Question 8 – QROC

À J3 d'hospitalisation, la patiente toujours oligo-anurique présente une dyspnée aiguë et sévère. Quelle est votre suspicion diagnostique ?

Question 9 – QCM

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

- A** Examen cyto bactériologique des crachats
- B** Hémocultures
- C** Gazométrie artérielle
- D** Radiographie de thorax
- E** Angioscanner thoracique
- F** Scintigraphie de ventilation perfusion
- G** Échographie rénale
- H** Scanner abdominopelvien
- I** Ionogramme sanguin
- J** D-dimères
- K** ECG

Question 10 – QCM

Quelles mesures thérapeutiques prenez-vous ?

- A** Position demi-assise
- B** Décubitus dorsal strict
- C** Oxygénothérapie nasale
- D** Ventilation non invasive
- E** Intubation avec ventilation mécanique
- F** Antibiothérapie probabiliste secondairement adaptée
- G** Expansion volémique

- H** Diurétiques de l'anse
- I** Épuration extrarénale
- J** Anticoagulation à dose efficace

Question 11 – QROC

Finalement, l'évolution est favorable. À distance de cet épisode aigu, le bilan biologique de contrôle retrouve un calcium à 2,9 mmol/l, avec une protidémie à 70 g/l. Quelle est votre hypothèse principale ? Quel est le diagnostic à évoquer ?

Cas clinique 19+

Un jeune homme de 17 ans, consulte en urgence pour douleur scrotale droite brutale évoluant depuis 6 heures. La douleur est apparue brutalement. Il décrit des épisodes douloureux spontanément résolutifs du même côté. La douleur siège à droite, irradie dans l'aîne. Le jeune patient n'est calmé par aucune position antalgique.

Question 1 – QCM

Parmi les éléments cliniques suivants, quels sont ceux évoquant le diagnostic de torsion du cordon spermatique ?

- A** Augmentation du volume de la bourse
- B** Ascension du testicule
- C** Signes mictionnels irritatifs associés
- D** Perte du réflexe crémastérien
- E** Douleur soulagée par le soutènement du testicule

Question 2 – QCM

Quels éléments cliniques sont en faveur d'une épидидymite aiguë ?

- A** Hyperthermie à 38,5 °C
- B** Début brutal
- C** Augmentation du volume de la bourse
- D** Signes mictionnels associés
- E** Douleur lombaire

Question 3 – QCM

La température du patient est de 37 °C ; le testicule est ascensionné ; le cordon spermatique est très douloureux ; la bandelette urinaire ne montre aucune anomalie. Quels examens envisagez-vous ?

- A** Échographie scrotale
- B** Scanner abdominal
- C** Doppler scrotal
- D** CRP
- E** Aucun examen

Question 4 – QROC

Si, à l'examen clinique, vous pouvez manipuler les deux testicules sans difficulté, qu'ils sont parfaitement indolores, que le scrotum est normal et enfin qu'il existe une hématurie microscopique et détectable sur la bandelette urinaire, quel diagnostic évoquez-vous ?

Question 5 – QCM

Le patient présente un tableau de torsion aiguë du testicule droit. Quelles thérapeutiques pouvez-vous proposer en urgence ?

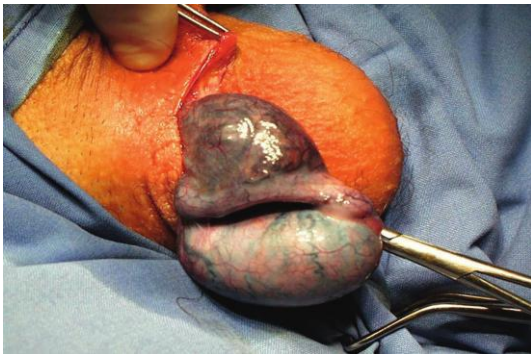
- A** Tentative de détorsion manuelle avant exploration chirurgicale

- B Exploration chirurgicale
- C Surveillance et traitement antalgique
- D Antibiothérapie
- E Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Question 6 – QCM

Quels sont les principes de l'exploration chirurgicale ?

- A Abord chirurgical inguinal
- B Détorsion du cordon spermatique
- C Clampage premier du cordon spermatique
- D Fixation du testicule controlatéral
- E Résection de la vaginale testiculaire

**Question 7 – QROC**

Si l'exploration chirurgicale retrouve un testicule comme décrit sur la photo, qu'envisagez-vous ?

Question 8 – QROC

Qu'évoquent les douleurs spontanément résolutive que présentait le patient ?

Question 9 – QCM

L'exploration retrouve en fait un aspect d'épididymite très inflammatoire. Il n'existe pas de tour de spire du cordon. Quel traitement mettez-vous en place ?

- A Orchidectomie
- B Épididymectomie
- C Antibiothérapie
- D Antalgiques
- E Acide acétylsalicylique

Question 10 – QROC

Quelle est la durée d'antibiothérapie minimale d'une épididymite aiguë qui ne semble pas consécutive à une IST ?

Question 11 – QCM

Quels prélèvements bactériologiques effectuez-vous devant une suspicion d'épididymite aiguë ?

- A Spermocultures
- B Prélèvements urétraux
- C ECBU
- D Hémocultures si fièvre > 38,5 °C
- E Prélèvement peropératoire épididymaire

Question 12 – QCM

Quelles familles d'antibiotiques sont recommandées devant une épididymite aiguë (seules ou en association) ?

- A Fluroquinolones

- B Céphalosporines de 3^e génération
- C Glycopeptides
- D Macrolides
- E Aminopénicillines

Cas clinique 20++

Un homme de 55 ans vient vous consulter pour une augmentation progressive du volume de sa bourse évoluant depuis plusieurs mois. Il ne présente pas de douleur mais est gêné par le volume de la bourse. Le scrotum est déformé sur le côté gauche.

Question 1 – QROC

Quel élément clinique permet de rassurer le patient sur une origine non néoplasique ?

Question 2 – QCM

Quel(s) élément(s) clinique(s) évoque(nt) une hydrocèle vaginale ?

- A Palpation d'une masse pierreuse du testicule
- B Masse développée aux dépens du cordon spermatique
- C Absence de possibilité de distinguer au toucher le testicule
- D Absence de transillumination du scrotum
- E Adénopathies inguinales

Question 3 – QROC

Quel examen effectuez-vous pour confirmer le diagnostic d'hydrocèle ?

Question 4 – QROC

Ce même patient vous ramène son fils de 20 ans, il présente cet aspect de la verge survenu après une masturbation. De quoi s'agit-il ?

**Question 5 – QCM**

Quelles lésions prédisposent à ce type de phénomène ?

- A Frein court
- B Tumeur de la verge
- C Phimosis
- D Lichen scléro-atrophique du prépuce
- E Cryptorchidie

Question 6 – QCM

Le patient décrit une gêne pour se décalotter depuis de nombreuses années. Quels traitements envisagez-vous en urgence chez ce jeune patient ?

- A Corticoïdes locaux
- B Ponction évacuatrice
- C Réduction manuelle
- D Incision de l'anneau de striction
- E Corticoïdes par voie générale

Question 7 – QCM

Quelles complications peuvent émailler l'évolution d'un phimosis ?

- A Balano-posthites à répétition
- B Carcinome
- C Paraphimosis
- D Dysurie
- E Rétention aiguë d'urine

Question 8 – QCM

Quelles sont les possibilités de traitement d'un phimosis ?

- A Corticoïdes locaux
- B Corps gras en pansement
- C Circoncision
- D Traitement antibiotique local
- E Antibiothérapie générale

Question 9 – QROC

Dans le cas particulier de ce patient, que lui proposez-vous pour traiter son phimosis ?

Question 10 – QCM

Quel(s) type(s) de carcinome(s) peu(ven)t émailler une évolution chronique d'un phimosis ?

- A Carcinome basocellulaire
- B Carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire)
- C Carcinome urothélial
- D Carcinome à cellules claires
- E Carcinome papillaire

Cas clinique 21++

Un homme de 30 ans vient vous voir pour une infertilité. Il essaie d'avoir depuis 2 ans un enfant avec son épouse plus jeune de 4 ans. Le bilan réalisé chez son épouse s'est révélé être normal. Le spermogramme réalisé chez lui montre une azoospermie. Il est évoqué une origine sécrétoire.

Le patient vous est adressé dans le cadre de ce bilan pour découverte d'une masse scrotale gauche.

Question 1 – QCM

Quelles sont parmi les réponses suivantes les masses scrotales associées à une azoospermie sécrétoire ?

- A Hydrocèle
- B Kyste sébacé
- C Varicocèle
- D Cancer du testicule
- E Épидидymite aiguë

Question 2 – QCM

Quels sont les signes compatibles avec une varicocèle ?

- A Côté gauche plus fréquent
- B Testicule de volume normal
- C Testicule hypotrophique
- D Épидидyme induré
- E Impulsivité à la toux

Question 3 – QCM

L'examen clinique retrouve une masse testiculaire gauche, déformant le pôle supérieur du testicule, indépendante de l'épididyme. Le testicule droit n'est pas palpé. Quels examens d'imagerie pratiquez-vous à visée étiologique ?

- A Biopsie testiculaire
- B Échographie scrotale
- C IRM testiculaire
- D Micro-scanner testiculaire
- E Scanner abdominal

Question 4 – QCM

Une échographie est réalisée. Celle-ci retrouve une masse testiculaire associée à des microcalcifications. Qu'est-ce que cela évoque ?

- A Tumeur germinale du testicule
- B Tumeur à cellules de Leydig
- C Épидидymite calcifiante
- D Épидидymite chronique
- E Épидидymite aiguë

Question 5 – QROC

Les marqueurs tumoraux sériques retrouvent des α -fœtoprotéines à 150 ng/l (N < 10), des HCG à 30 UI/l (N < 5), des LDH à 300 UI/l (N : 190–390). Quel diagnostic évoquez-vous préférentiellement ?

Question 6 – QCM

Quels facteurs orientent vers le diagnostic de tumeur germinale non séminomateuse ?

- A Âge du patient
- B Infertilité sécrétoire
- C Cryptorchidie associée
- D Antécédents infectieux testiculaires
- E Oreillons à l'âge adulte

Question 7 – QROC

Quel traitement de la masse testiculaire envisagez-vous ?

Question 8 – QCM

La conservation de sperme permet de retrouver des précurseurs des spermatozoïdes. Quels sont les moyens de procréation médicalement assistée disponibles dans l'arsenal ?

- A Injection intracytoplasmique
- B Insémination artificielle
- C Fécondation *in vitro*
- D Stimulation hormonale masculine
- E Don de sperme

Question 9 – QCM

La grossesse tant attendue arrive enfin après ICSI. À la naissance, le testicule droit du nourrisson n'est pas palpé dans la bourse.

Quels sont les risques évolutifs de cette anomalie ?

- A Torsion du testicule
- B Hypoandrogénie
- C Infertilité
- D Tumeur germinale du testicule
- E Sarcome testiculaire

Cas clinique 22+++

Un homme de 27 ans vous consulte, inquiet, pour une induration scrotale gauche, perçue depuis la semaine précédente. Le patient en excellente forme ne souffre d'aucun symptôme douloureux. Il n'a pas de gêne fonctionnelle urinaire. Il a bénéficié d'une chirurgie inguinale du même côté dans l'enfance dont il ne connaît pas exactement la raison : « Le testicule remontait. » Il est joueur de basket en équipe professionnelle, a eu des rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples depuis 1 mois. Son frère a été traité pour un cancer du testicule. Il est apyrétique, présente des constantes normales. Cliniquement, le testicule droit est de petite taille, le gauche hypertrophié, dur.

Question 1 – QCM

Parmi les éléments cliniques, quels sont ceux orientant vers un cancer ?

- A Un scrotum transilluminable
- B Un épaississement épiddymaire
- C Des adénopathies inguinales
- D Une gynécomastie
- E Une consistance pierreuse du testicule

Question 2 – QCM

L'examen clinique du scrotum trouve une lésion indurée testiculaire gauche de 3 cm de diamètre. Décrivez le bilan à réaliser avant traitement.

- A Dosage de l' HCG
- B Dosage de l' α -fœtoprotéine
- C Dosage des LDH
- D Scanner thoraco-abdomino-pelvien
- E Échographie scrotale

Question 3 – QCM

Le bilan biologique retrouve les valeurs suivantes :

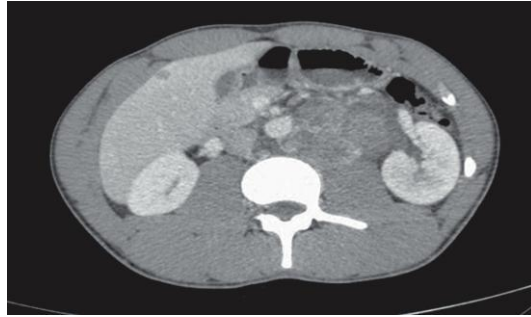
- α -fœtoprotéine : 15 000 ng/l (N < 10);
- LDH : 830 UI/l (N : 190–390);
- HCG : 80 UI/ml (N < 5).

Qu'en déduisez-vous ?

- A Il s'agit d'une tumeur germinale non séminomateuse
- B Il ne peut pas exister de séminome
- C Il existe un contingent de carcinome embryonnaire
- D La masse tumorale est importante
- E Un contingent de choriocarcinome est présent

Question 4 – QCM

Le scanner abdominopelvien est joint. Le scanner thoracique est normal.



Quelle en est votre interprétation ?

- A Dilatation pyélocalicielle gauche
- B Adénopathie rétro-péritonéale
- C Métastase hépatique
- D Métastase osseuse
- E Calcul rénal

Question 5 – QROC

Comment confirmez-vous votre diagnostic ?

Question 6 – QCM

Une orchidectomie inguinale a été réalisée. La pièce confirme une tumeur comprenant 50 % de carcinome embryonnaire, 20 % de tumeur vitelline, 20 % de choriocarcinome et 10 % de séminome. Celle-ci mesure 40 mm, est classée pT2 et présente de nombreux embolus lymphatiques et vasculaires

Quelle est la prise en charge thérapeutique optimale ?

- A Chimiothérapie intraveineuse type bléomycine, étoposide, cisplatine
- B Chimiothérapie type MVAC : méthotrexate, vinblastine, Adriamycine® (doxorubicine), cisplatine
- C Curage ganglionnaire rétro-péritonéal
- D Radiothérapie lombo-aortique
- E Surveillance scannographique uniquement après l'orchidectomie

Question 7 – QCM

Quels sont les critères d'efficacité du traitement ?

- A Normalisation de l' α -fœtoprotéine
- B Diminution de la taille des adénopathies
- C Normalisation du scanner thoraco-abdomino-pelvien
- D Normalisation du spermogramme
- E Normalisation des LDH

Question 8 – QCM

Les marqueurs se sont négativés ; il persiste seulement à 3 mois après la fin de la chimiothérapie une adénopathie rétro-péritonéale de 4 cm de diamètre. Quelle est la prise en charge ?

- A Radiothérapie lombo-aortique
- B Nouvelle ligne de chimiothérapie
- C Curage lombo-aortique
- D Surveillance scannographique
- E Ponction sous scanner

Question 9 – QCM

Un curage lombo-aortique est réalisé. Quelles sont les formes histologiques qui peuvent être retrouvées dans les ganglions ?

- A Fibrose

- B Cellules tumorales actives
- C Tératome
- D Séminome
- E Adénocarcinome

Question 10 – QCM

Le curage ganglionnaire retrouve de la fibrose ainsi que du tératome. Qu'envisagez-vous ?

- A Surveillance scannographique
- B Surveillance des marqueurs
- C Radiothérapie lombo-aortique
- D Reprise de la même chimiothérapie
- E Deuxième ligne de chimiothérapie

Question 11 – QCM

Quelle est votre attitude concernant le testicule restant ?

- A Radiothérapie prophylactique
- B Surveillance clinique
- C Orchidectomie préventive
- D Enseigner l'autopalpation
- E Biopsie du testicule

Question 12 – QCM

Quels sont les facteurs de risque d'infertilité chez ce patient ?

- A L'orchidectomie
- B La chimiothérapie
- C Les troubles de l'érection
- D Une obstruction épидидymaires
- E L'hypogonadisme

Question 13 – QCM

Quels sont les risques potentiels de la chimiothérapie ?

- A Développement d'hémopathies malignes
- B Infertilité
- C Développement de tumeurs solides
- D Insuffisance rénale
- E Tératogénicité

Question 14 – QCM

Quels sont les facteurs de risque de développement d'un cancer du testicule restant chez ce patient ?

- A Infections génitales par maladies sexuellement transmissibles
- B Cryptorchidie probable traitée dans l'enfance
- C Antécédent de cancer controlatéral du testicule
- D Sport à risque de traumatisme testiculaire
- E Antécédents familiaux de cancer du testicule

Cas clinique 23++

Monsieur Y., 39 ans, consulte en raison d'une tuméfaction qu'il vient de découvrir en palpant sa bourse droite. Il n'a aucune idée de l'ancienneté de cette anomalie.

Question 1 – QCM

Quels éléments de l'examen clinique vous permettront de suspecter le diagnostic de tumeur testiculaire ?

- A Masse dure
- B Masse indolore
- C Sillon épидидymo-testiculaire respecté (signe de Chevassu)
- D Signes fonctionnels urinaires
- E Douleur dans le cordon

Question 2 – QCM

Votre examen clinique confirme la présence d'une masse strictement intratesticulaire, sans infiltration du cordon. Comment affirmez-vous le diagnostic de cancer du testicule ?

- A Marqueurs tumoraux positifs
- B Examen histologique d'une pièce d'orchidectomie
- C Biopsie testiculaire percutanée
- D Adénopathies sur le scanner thoraco-abdomino-pelvien
- E Cytoponction

Question 3 – QCM

Une tumeur testiculaire étant confirmée, quels examens complémentaires prescrivez-vous ?

- A Scanner thoracique et abdominopelvien
- B Échographie testiculaire bilatérale
- C α -fœtoprotéine
- D HCG
- E LDH

Question 4 – QROC

Quelle précaution doit être proposée systématiquement et enregistrée dans le dossier du patient avant réalisation d'une orchidectomie pour cancer ?

Question 5 – QCM

Une orchidectomie est pratiquée : quelles sont les grandes règles oncologiques qui accompagneront ce geste chirurgical pour confirmer le type histologique de cette masse ?

- A Abord scrotal
- B Curage ganglionnaire inguinal
- C Clampage premier du cordon spermatique
- D Fixation du testicule controlatéral
- E Examen histologique extemporané

Question 6 – QCM

Quelles sont les différentes histologies possibles d'une tumeur germinale du testicule ?

- A Tumeur à cellules de Leydig
- B Adénocarcinome à cellules claires
- C Séminome
- D Choriocarcinome
- E Carcinome embryonnaire

Question 7 – QROC

Le patient vous confie qu'il a été opéré dans la petite enfance, pour un « testicule qui n'était pas descendu ». Comment se nomme cette pathologie ?

Question 8 – QCM

Finalement l'histologie conclut à un séminome pur de 4 cm de diamètre avec infiltration du rete testis.

Indiquez les attitudes thérapeutiques possibles dans le cas d'un séminome de stade 1 (scanner-TAP normal) :

- A Radiothérapie externe avec irradiation sous-diaphragmatique des chaînes ganglionnaires lombo-aortiques bilatérales et iliaque primitive homolatérale
- B Surveillance
- C Chimiothérapie
- D Curage ganglionnaire rétropéritonéal
- E Radiothérapie du testicule controlatéral

Question 9 – QCM

En présence de métastases viscérales pulmonaires, quelle thérapeutique est envisageable ?

- A Chimiothérapie palliative
- B Chimiothérapie curative
- C Radiothérapie métabolique
- D Radiothérapie lombo-aortique
- E Chirurgie des métastases

Question 10 – QCM

Quels sont les modalités de la surveillance une fois la rémission complète obtenue ?

- A CRP
- B Marqueurs tumoraux
- C Échographie du testicule controlatéral
- D Spermogramme
- E Scanner thoraco-abdomino-pelvien

Cas clinique 24++

Vous recevez une patiente de 47 ans présentant une voussure abdominale sus-pubienne apparue progressivement depuis moins d'une semaine. Elle se plaint de difficultés mictionnelles évoluant depuis quelques jours. Il existe une dysurie avec nécessité de poussées abdominales. On note à l'interrogatoire des métrorragies moyennement abondantes. Le toucher vaginal retrouve un col utérin induré, fixé. Le pelvis est également fixé.

Question 1 – QCM

Quels sont les éléments cliniques évoquant un globe vésical ?

- A Masse hypogastrique
- B Palpation non douloureuse
- C Tympanisme à la percussion
- D Matité convexe vers le haut
- E Absence de miction

Question 2 – QROC

L'examen clinique retrouve une masse hypogastrique mate à la percussion. La patiente n'urine plus. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

Question 3 – QCM

Quel est le bilan étiologique de cette rétention aiguë d'urine ?

- A Examen neurologique périnéal
- B Cystoscopie
- C Biopsies du col utérin
- D Dosage du PSA
- E IRM pelvienne

Question 4 – QCM

Après évacuation de 1,5 litre d'urines hématuriques par un sondage vésical, le bilan biologique revient et retrouve une créatininémie à 895 $\mu\text{mol/l}$ associée à une kaliémie à 6,3 mmol/l.

Quelle prise en charge pouvez-vous effectuer ?

- A Perfusion de chlorure de calcium
- B Résines échangeuses d'ions
- C Perfusion de sérum glucosé associée à une insulinothérapie
- D Épuration extra-rénale par hémodialyse
- E Dialyse péritonéale

Question 5 – QROC

Quelle manifestation redoutez-vous après sondage vésical d'une rétention aiguë d'urine en insuffisance rénale ?

Question 6 – QCM

Après sondage vésical et traitement par résines échangeuses d'ions, la diurèse est de 50 ml/h. La créatininémie prélevée 6 heures après le sondage retrouve une créatininémie à 960 $\mu\text{mol/l}$; la kaliémie est à 4,9 mmol/l.

Quelles hypothèses pouvez-vous évoquer ?

- A Caillottage vésical
- B Mauvais positionnement de la sonde
- C Blocage urétéral sus-trigonal
- D Nécrose tubulaire aiguë
- E Déshydratation aiguë

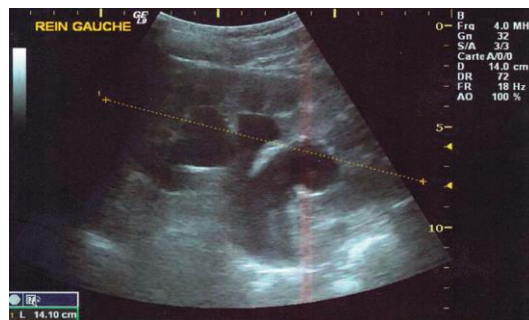
Question 7 – QCM

Quel(s) examen(s) effectuez-vous ?

- A Scanner abdominal injecté
- B Échographie abdominale
- C Biopsie rénale
- D Mesure de l'urée sanguine
- E Ionogramme urinaire

Question 8 – QROC

L'échographie rénale retrouve un aspect similaire sur les deux reins.



La vessie est vide. Qu'effectuez-vous en urgence chez cette patiente ?

Question 9 – QCM

La fonction rénale s'améliore après mise en place d'une néphrostomie bilatérale. La biopsie du col utérin retrouve un carcinome peu différencié du col de l'utérus. La cystoscopie retrouve un envahissement du trigone vésical. L'IRM retrouve plusieurs adénopathies suspectes iliaques internes bilatérales.

Quels sont les facteurs de risque d'un cancer du col de l'utérus ?

- A Nulliparité
- B Début précoce des rapports sexuels
- C Tabagisme
- D Infection à papillomavirus
- E Obésité

Question 10 – QCM

Quel est le stade de la maladie selon la FIGO ?

- A Stade 1

- B Stade 2
- C Stade 3
- D Stade 4

Question 11 – QCM

Quelles sont les modalités thérapeutiques d'un cancer du col de l'utérus localement avancé ?

- A Radiothérapie
- B Chimiothérapie
- C Curiethérapie
- D Immunothérapie
- E Curage ganglionnaire

Question 12 – QCM

Une sonde double J est mise en place de manière bilatérale par voie antérograde après dérivation par néphrostomie. La fonction rénale s'améliore. La créatininémie est stable à 110 $\mu\text{mol/l}$.

Trois mois après le début d'une radiochimiothérapie concomitante, la patiente décrit des fuites urinaires. Elle est obligée de porter des protections de jour comme de nuit. Elle ne présente plus de miction spontanée. L'abdomen est souple.

Quel(s) mécanisme(s) pourrai(en)t expliquer l'apparition de ces fuites urinaires ?

- A Insuffisance sphinctérienne
- B Incontinence par impériosités
- C Fistule vésico-vaginale
- D Regorgements vésicaux
- E Hypermobilité cervico-urétrale

Question 13 – QCM

Quel bilan proposez-vous si vous suspectez le diagnostic de fistule vésico-vaginale ?

- A Examen gynécologique
- B Cystographie rétrograde
- C Cystoscopie
- D Urographie intraveineuse
- E Test au bleu de méthylène instillé en intravésical

Cas clinique 25++

Monsieur B., un homme de 62 ans, vous consulte pour des difficultés à obtenir des érections de qualité durant les rapports sexuels. Il est cadre et présente une intoxication tabagique évaluée à 20 paquets-années non sevrée. Dans ses antécédents, on retient une cure de hernie inguinale bilatérale, une hypertension artérielle, un diabète non insulino-dépendant, un infarctus du myocarde avec pose de stent actif il y a 1 an. Son traitement comprend Kardegic®, dérivés nitrés à la demande, metformine et un bêta-bloquant. Son dernier bilan biologique, réalisé il y a 2 mois et comprenant une NFS, un ionogramme sanguin, une créatininémie et un bilan hépatique, est normal. Il est inquiet car il a peur que sa femme de 40 ans le quitte.

Question 1 – QROC

Quel est le pourcentage des hommes présentant une dysfonction érectile après 40 ans ?

Question 2 – QCM

Quels éléments de l'interrogatoire orientent vers une origine psychogène ?

- A Début progressif
- B Apparition brutale
- C Disparition des érections nocturnes
- D Conservation des érections nocturnes
- E Conservation de la libido
- F Diminution de la libido
- G Éjaculation verge molle
- H Absence d'éjaculation
- I Partenaire stable
- J Conflits conjugaux
- K Absence de facteur déclenchant
- L Facteur déclenchant

Question 3 – QROC

Le patient vous dit être fatigué depuis plusieurs mois. Il n'est plus aussi dynamique qu'avant et est facilement irritable. Durant votre consultation, il présente des sueurs et décrit des bouffées de chaleur. Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question 4 – QCM

Chez ce patient, quelles sont les autres étiologies à évoquer ?

- A Causes sexologiques
- B Causes médicamenteuses
- C Causes traumatiques
- D Causes neurologiques
- E Complications chirurgicales
- F Artériopathie
- G Causes psychiatriques

Question 5 – QCM

Quel est votre bilan de première intention ?

- A Rigidométrie nocturne
- B Échographie pénienne et scrotale
- C Glycémie à jeun
- D Hémoglobine glyquée
- E Cholestérol total
- F Testostéronémie totale
- G Testostéronémie biodisponible
- H Triglycéridémie
- I LH, FSH
- J HDL

Question 6 – QCM

La testostérone totale est à 1,6 ng/ml (N = 3–10 ng/ml). Quelle est votre attitude concernant ce résultat ?

- A Introduction d'une supplémentation androgénique
- B Introduction d'un inhibiteur de la 5 α -réductase
- C Dosage de la dihydrotestostérone
- D Biopsie testiculaire
- E Dosage de la prolactine
- F LH
- G 2^e dosage de la testostéronémie totale à distance
- H Test de stimulation de LHRH

Question 7 – QROC

Vos nouveaux examens permettent de confirmer le DALA. Vous décidez donc d'introduire une supplémentation androgénique.

Quel examen clinique et quel prélèvement biologique sont indispensables avant la mise en place de ce traitement ?

Question 8 – QCM

Vous revoyez Monsieur B. quelques mois après le début de son traitement. Il se plaint d'une dysfonction érectile sévère malgré une nette amélioration de ses autres symptômes.

Parmi les traitements du patient, quelle classe médicamenteuse est le plus souvent incriminée dans la dysfonction érectile ?

- A Kardegic®
- B Dérivés nitrés
- C Metformine
- D Bêtabloquant
- E Androgène injectable

Question 9 – QROC

Chez ce patient, quel avis est souhaitable avant d'introduire un traitement de sa dysfonction érectile ?

Question 10 – QCM

Le contrôle cardiologique est satisfaisant. Le cardiologue propose de remplacer le bêtabloquant par un inhibiteur calcique. Malgré cette adaptation, la dysfonction érectile persiste.

Afin d'améliorer sa fonction érectile, quels traitements pourront être proposés à ce patient ?

- A IPDE5
- B Injection intracaverneuse de PGE1
- C Injections intra-urétrales de PGE1
- D Intervention de revascularisation de la verge
- E Vacuum
- F Implants péniers

Cas clinique 26+

Un patient de 65 ans vous consulte pour une érection douloureuse et persistante depuis 6 heures.

Question 1 – QROC

Quel est votre diagnostic ?

Question 2 – QROC

Quelle prise médicamenteuse recherchez-vous à l'interrogatoire ?

Question 3 – QROC

Le patient vous confirme en effet souffrir de dysfonction érectile et avoir réalisé une injection intracaverneuse.

Quel est le type de ce priapisme ?

Question 4 – QCM

Quelles sont les autres causes de priapisme à bas débit.

- A Traumatisme
- B Hémoglobinopathie
- C Trouble de la coagulation
- D Leucémie myéloïde chronique
- E Envahissement néoplasique avec compression extrinsèque
- F Traumatismes médullaires par lésion du système sympathique

- G Diabète
- H Artériopathie

Question 5 – QROC

Quel est le principal risque ?

Question 6 – QROC

Quel examen complémentaire est indispensable avant de débiter le traitement ?

Question 7 – QCM

Quel(s) traitement(s) proposez-vous ?

- A Surveillance 1 à 2 heures
- B Administration d'anti-androgènes
- C Administration d'alphabloquants
- D Embolisation en urgence
- E Ponction évacuatrice du corps spongieux suivie si besoin d'une injection d'alphastimulants
- F Ponction évacuatrice des corps caverneux suivie si besoin d'une injection d'alphastimulants

Question 8 – QROC

En cas d'échec, quel geste doit-on réaliser ?

Question 9 – QROC

L'évolution est finalement favorable après administration d'alphastimulants. Trois mois plus tard le patient reconseille dans les suites immédiates d'un rapport sexuel. L'aspect de la verge est le suivant.



Que suspectez-vous ?

Question 10 – QCM

Quelle prise en charge proposez-vous ?

- A Bilan d'imagerie par scanner pelvien avec injection intracaverneuse de produit de contraste
- B Urétrocystographie rétrograde et mictionnelle
- C Surveillance
- D Ponction évacuatrice
- E Traitement chirurgical dans les 24 heures
- F Traitement chirurgical différé à 7 jours

Cas clinique 27+

Monsieur C., 68 ans, consulte pour des troubles mictionnels. Il présente dans ses antécédents une HTA, un diabète non insulinodépendant, un traumatisme

crânien avec une hospitalisation en réanimation durant plusieurs semaines il y a 5 ans. Depuis plusieurs mois, le jet urinaire est diminué l'obligeant « à pousser pour uriner ». Le patient ne décrit pas d'autres signes fonctionnels urinaires, d'hématurie ou de fuite. Au toucher rectal, la prostate est augmentée de volume, avec deux lobes souples, symétriques, réguliers, de 50 ml.

Question 1 – QCM

Quelles sont vos deux principales hypothèses diagnostiques ?

- A** Hypertrophie bénigne de la prostate
- B** Cancer de la prostate
- C** Vessie flasque périphérique acontractile
- D** Vessie spastique centrale hyperactive
- E** Tumeur vessie
- F** Maladie du col vésical
- G** Hyperactivité détrusorienne
- H** Lithiase vésicale
- I** Prostatite chronique
- J** Prostatite aiguë
- K** Sténose urétrale

Question 2 – QROC

Quel examen simple permet lors de la consultation d'objectiver la dysurie ?

Question 3 – QROC

Le patient a réalisé avant votre consultation un dosage du PSA. Celui-ci est à 9 ng/ml.

Quelle investigation complémentaire peut être proposée afin d'éliminer un cancer de prostate ?

Question 4 – QCM

Les biopsies de prostate ne retrouvent pas de lésion carcinomateuse. Vous retenez le diagnostic d'hypertrophie bénigne de prostate.

Quelles investigations doivent être réalisées dans le bilan de toute hypertrophie bénigne de prostate symptomatique ?

- A** ECBU
- B** Créatininémie
- C** Ionogramme sanguin
- D** Ionogramme urinaire
- E** Échographie rénale et vésicale (pré- et post-mictionnelle)
- F** Urétrocystographie mictionnelle
- G** Compte d'Addis
- H** Bilan urodynamique
- I** Abdomen sans préparation face couché
- J** Fibroscopie uréthro-vésicale

Question 5 – QROC

Le bilan échographique ne retrouve pas d'anomalie notable sur l'appareil urinaire. Il n'existe pas de résidu postmictionnel. La créatininémie est de 75 µmol/l soit un MDRD > 60 ml/min.

Quelles sont les trois classes médicamenteuses remboursées pouvant être proposées dans l'hypertrophie bénigne de prostate ?

Question 6 – QCM

Vous optez pour la mise en place d'un traitement par alphabloquants.

Quels sont les principaux effets indésirables de ce traitement ?

- A** Céphalées
- B** Dyspepsie
- C** Paresthésie
- D** Vertiges
- E** Hypotension orthostatique
- F** Hypoacousie
- G** Troubles de l'accommodation
- H** Éjaculation rétrograde
- I** Crises comitiales

Question 7 – QCM

Quel suivi préconisez-vous ?

- A** Consultation dans 6 semaines puis 6 mois et 1 an
- B** Consultation dans 1 an
- C** Cytologie urinaire
- D** Débitmétrie
- E** Évaluation du résidu postmictionnel
- F** Calendrier mictionnel
- G** Biopsies prostatiques systématiques
- H** PSA
- I** Bilan urodynamique
- J** Scanner abdominopelvien

Question 8 – QROC

Le patient vous reconseille l'année suivante. Malgré un traitement alphabloquant bien conduit, il se plaint de nouveau des mêmes symptômes avec un examen clinique inchangé.

Quelle est votre proposition médicamenteuse ?

Cas clinique 28+

Monsieur T., âgé de 85 ans, consulte pour des fuites urinaires. Dans ses antécédents, on retient une HTA essentielle et un épisode de rétention aiguë d'urine il y a 2 ans. Il pèse 80 kg pour 182 cm. Son traitement ne comprend qu'un diurétique thiazidique.

Depuis plusieurs années, il doit pousser pour uriner et déclare se lever trois fois par nuit. Actuellement, il déclare ne pouvoir se retenir plus d'une heure dans la journée sans aller aux toilettes. Il décrit quelques épisodes de besoins urgents. Son jet lui paraît moins puissant qu'auparavant. Depuis quelques semaines, il décrit des fuites urinaires nocturnes.

Question 1 – QCM

Identifiez les symptômes d'hyperactivité vésicale présentés par le patient :

- A** Dysurie de poussée
- B** Mictions en plusieurs temps
- C** Pollakiurie diurne
- D** Pollakiurie nocturne
- E** Dysurie d'attente
- F** Brûlures mictionnelles
- G** Gouttes retardataires
- H** Urgenturies

Question 2 – QCM

À l'examen, la palpation abdominale met en évidence une discrète hernie inguinale droite parfaitement réductible. Au toucher rectal, la prostate est augmentée de volume (40 ml), souple, indolore, régulière avec

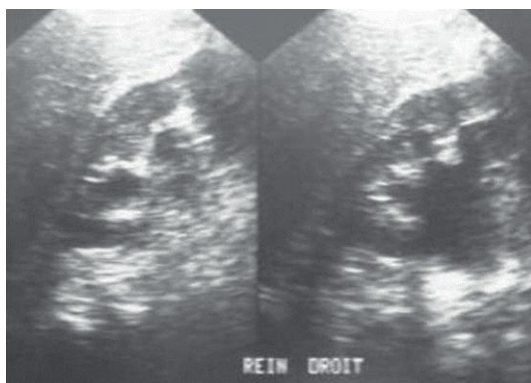
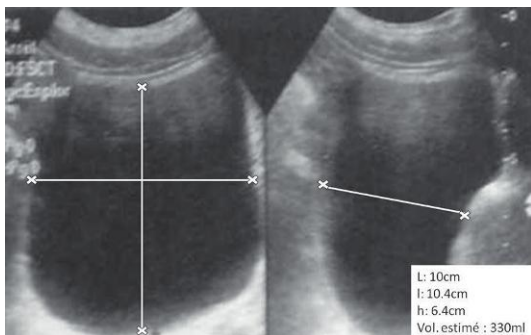
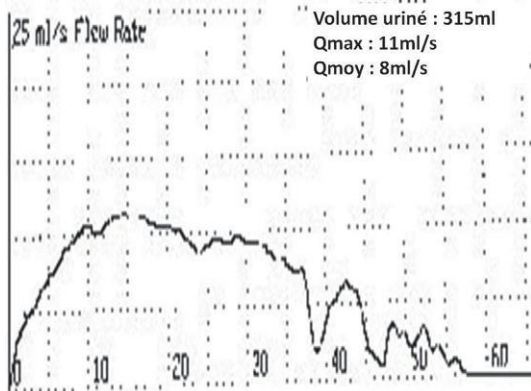
une perte du sillon médian. Son médecin lui a prescrit un traitement à base de plantes. Ce traitement n'est pas efficace selon le patient.

Parmi ces examens, lesquels proposez-vous en première intention ?

- A PSA
- B Débitmétrie
- C Échographie rénale et vésicale
- D Bilan urodynamique
- E Créatininémie
- F Fibroscopie urétrovésicale
- G ECBU
- H Scanner abdominopelvien injecté avec temps tardifs

Question 3 – QROC

La créatininémie est à 210 $\mu\text{mol/l}$. La fibroscopie retrouve une vessie trabéculée sans autre lésion notable. La débitmétrie du patient et l'échographie réno-vésicale réalisée immédiatement après la miction sont les suivantes.



Quel mécanisme suspectez-vous pour les fuites urinaires nocturnes ?

Question 4 – QROC

En cas de sondage vésical, quel est le principal risque pour ce patient justifiant une surveillance les premières heures ?

Question 5 – QROC

Quel traitement curatif de l'hypertrophie bénigne de prostate proposez-vous ?

Question 6 – QCM

Quelles sont les autres indications de prise en charge chirurgicale d'une hypertrophie bénigne de prostate ?

- A Préférence du patient
- B Rétention aiguë d'urine avec échec de sevrage de drainage vésical
- C Lithiase vésicale
- D Rétention aiguë d'urine récidivante
- E Symptômes dysuriques prédominants
- F Symptômes irritatifs prédominants
- G Hématuries récidivantes en lien avec l'HBP
- H Prostatites à répétition en lien avec l'HBP
- I Symptômes invalidants du bas appareil urinaire modérés ou sévères résistants au traitement médical
- J Intolérance du traitement médicamenteux

Question 7 – QROC

Le patient est pris en charge par l'équipe d'urologie pour la réalisation d'une résection trans-urétrale de prostate. Indépendamment des données de ce dossier, quelle est l'autre technique endoscopique validée pour la prise en charge chirurgicale de l'hypertrophie bénigne de prostate ?

Question 8 – QROC

Quel est le principal critère de choix entre l'incision cervico-prostatique et la résection de prostate ?

Question 9 – QROC

Dans la salle de réveil, le patient présente des troubles de la conscience, des céphalées associées à une hypotension.

Que suspectez-vous ?

Question 10 – QROC

Quel bilan biologique vous permet de le confirmer ?

Cas clinique 29++

Vous recevez en médecine générale une patiente de 40 ans suivie depuis de nombreuses années pour une insuffisance rénale chronique sur polykystose hépatorenale, sans autre antécédent personnel ou familial notable. La créatininémie est depuis quelques mois à 350 $\mu\text{mol/l}$ soit une clairance à 13 ml/min/1,73 m^2 . Elle ne présente pas de symptomatologie urinaire.

Question 1 – QROC

Quel est le stade de l'insuffisance rénale présentée par la patiente ?

Question 2 – QROC

Elle n'est pas dialysée actuellement. Elle souhaite cependant plus d'informations sur la transplantation rénale.

Y a-t-il actuellement une indication à une transplantation rénale chez cette patiente ?

Question 3 – QROC

En transplantation rénale en France, sur quel type de donneur est le plus souvent réalisé le prélèvement d'organes ?

Question 4 – QCM

Quelle est la survie à 10 ans d'un greffon rénal issu de donneur en mort encéphalique ?

- A Moins de 25 %
- B 25 à 50 %
- C 50 à 75 %
- D Plus de 75 %

Question 5 – QCM

Vous évoquez avec elle la greffe par donneur vivant. Quel est actuellement le taux de transplantation rénale par donneur vivant en France ?

- A Moins de 15 %
- B 15 à 25 %
- C 25 à 50 %
- D Plus de 50 %

Question 6 – QCM

Pour cette patiente, qui est susceptible d'être donneur vivant ?

- A Le père ou la mère du receveur
- B Son conjoint
- C Son frère ou sa sœur
- D Son fils ou sa fille
- E Un grand-parent
- F Son oncle ou sa tante
- G Son cousin germain ou sa cousine germaine
- H Le conjoint de son père ou de sa mère
- I Toute personne pouvant justifier d'au moins 2 ans de vie commune avec le malade
- J Donneur croisé

Question 7 – QCM

Elle vous informe que son frère de 48 ans serait volontaire. Quel(s) examen(s) obligatoire(s) demandez-vous chez ce potentiel donneur ?

- A Typage HLA
- B Caryotype
- C Dosage de la créatininémie, clairance (Cockcroft/MDRD)
- D Scanner thoracique et cérébral
- E TDM abdominopelvienne injectée
- F Scintigraphie rénale
- G Bilan biologique général : hémogramme, bilan lipidique, bilan glycémique bilan hépatique
- H ECG, échographie cardiaque
- I Fibroscopie digestive haute, Hemocult II®
- J Sérologies virales

Question 8 – QCM

Quel bilan paraclinique proposeriez-vous de principe chez cette patiente ?

- A Réalisation d'un Quantiféron®
- B Fibroscopie digestive haute et Hemocult II®
- C Coloscopie
- D TDM abdominopelvienne injectée
- E Cystoscopie

- F Cytologie urinaire
- G TDM abdominopelvienne sans injection
- H Recherche et identification d'anticorps anti-HLA
- I TDM abdominopelvienne non injectée
- J Sérologies virales

Question 9 – QROC

Quel test sera réalisé afin de vérifier la compatibilité entre donneur et receveur ?

Question 10 – QROC

Quel geste chirurgical avant transplantation devra être discuté en fonction des données cliniques et radiologiques chez ce patient ?

Question 11 – QROC

Le donneur et le receveur sont compatibles. La greffe a lieu et vous la revoyez à 3 mois de l'intervention. Elle est actuellement sous Prograf® et de faibles doses de corticoïdes.

Quel est le principal risque concernant les reins natifs ?

Cas clinique 30+++

Un patient de 50 ans est hospitalisé en réanimation pour un accident vasculaire cérébral hémorragique. À l'examen, il existe une absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, une abolition de tous les réflexes du tronc cérébral et l'absence totale de ventilation spontanée.

Question 1 – QROC

Que doit-on suspecter ?

Question 2 – QROC

Quels sont les deux types d'examens indispensables pour confirmer un état de mort encéphalique ?

Question 3 – QROC

Comment vérifier légalement l'opposition du patient pour le prélèvement d'organe ?

Question 4 – QCM

L'état de mort encéphalique est confirmé. Avec l'accord de la famille et en l'absence de refus sur le registre, le prélèvement est organisé.

Quels critères sont pris en compte dans l'attribution du greffon rénal ?

- A Origine du greffon
- B Nombre de greffes réalisées annuellement dans le centre de destination
- C Compatibilités de groupe sanguin
- D Nombre de patients en attente dans le centre
- E Attribution pour greffes pédiatriques
- F Un « score rein » intégrant notamment la compatibilité tissulaire, la différence d'âge entre donneur et receveur, la durée d'attente du receveur sur liste
- G Attribution pour greffes combinées (rein + organe vital, greffe rein-pancréas)
- H Le nombre de greffons reçus par le centre depuis le début d'année écoulé
- I Attribution pour patients hyperimmunisés
- J Rhésus

Question 5 – QROC

Mme R., 35 ans, insuffisante rénale terminale, hémodialysée trois fois par semaine sur une fistule artérioveineuse va recevoir un des reins.

Quel test est réalisé juste avant la greffe ?

Question 6 – QROC

Le cross-match est négatif. Quel phénomène ce test a-t-il pour but d'éviter ?

Question 7 – QCM

Décrivez les principes généraux de la chirurgie de transplantation rénale :

- A Transplantation hétérotopique
- B Transplantation autotopique
- C En fosse iliaque
- D En fosse lombaire
- E Après exérèse du rein natif
- F Avec anastomose artérielle avec l'aorte
- G Avec anastomose veineuse la veine iliaque externe
- H Avec anastomose urétéro-vésicale

Question 8 – QCM

Huit semaines après la greffe rénale, la patiente présente une fièvre à 38,9 °C sans point d'appel clinique. Quel bilan préconisez-vous de première intention ?

- A NFS
- B CRP
- C ECBU
- D Échographie abdominale et du greffon
- E Recherche de CMV
- F Bilan hépatique
- G Hémocultures
- H Coproculture, viroculture, parasitologie des selles
- I Ponction lombaire
- J Radiographie pulmonaire

Question 9 – QROC

Le bilan biologique objective une dégradation rapide de la fonction rénale. Le bilan bactériologique est sans particularité. Une échographie du greffon réalisée en seconde intention retrouve un greffon augmenté de volume, des anastomoses perméables, pas de dilatation des cavités pyélocalicielles, ni d'épanchement. Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ?

Question 10 – QROC

Afin de confirmer le diagnostic de rejet aigu, quel examen préconisez-vous ?

Question 11 – QROC

En cas de confirmation histologique du rejet, quel traitement mettez-vous en place ?

Cas clinique 31++

Monsieur P., 59 ans, est adressé à votre consultation pour des troubles de l'érection. Il ressent depuis quelques mois une diminution du désir sexuel et ses érections semblent durer moins longtemps, entraînant depuis plusieurs semaines un arrêt progressif de son activité sexuelle. Ses antécédents sont marqués par un angor instable traité par antiagrégants plaquettaires (acide acétylsalicylique), statines, bêtabloquant (bisoprolol) et dérivés nitrés en cas de crise.

Par ailleurs, ce patient présente un diabète de type 2 traité par metformine. Le patient présente par ailleurs des bouffées de chaleur, une fatigue musculaire et se sent « déprimé ». Vous constatez par ailleurs à l'examen une légère dépilation.

Retrouvez plus de livres médicaux à télécharger gratuitement sur notre page Facebook:

Le trésor des Médecins (www.facebook.com/LeTresorDesMedecins)

Question 1 – QCM

Quelles peuvent être les origines des troubles de l'érection chez ce patient ?

- A Cause cardiovasculaire
- B Iatrogénie : acide acétylsalicylique
- C Iatrogénie : bisoprolol
- D Dépression
- E Iatrogénie : statines
- F Diabète

Question 2 – QCM

Quel bilan proposez-vous en première intention devant ces troubles de l'érection ?

- A Glycémie à jeun
- B PSA total
- C Rapport PSA libre/PSA total
- D Bilan hépatique si absence de bilan dans les 5 dernières années
- E Pharmaco-écho-Doppler pénien
- F Testostéronémie totale et biodisponible
- G Bilan lipidique
- H ECG

Question 3 – QROC

Le bilan biologique retrouve une testostéronémie à 1,75 ng/ml. Le reste du bilan est normal. Quel est votre diagnostic ?

Question 4 – QROC

Le reste du bilan biologique est en faveur d'un hypogonadisme testiculaire (= hypogonadisme périphérique). Quel est votre diagnostic final ?

Question 5 – QROC

Après discussion avec le patient, celui-ci souhaite une prise en charge de sa dysfonction érectile.

Vous introduisez une androgénothérapie (= hormonothérapie substitutive) afin de lutter contre les conséquences de l'hypogonadisme, sans associer d'autre traitement de sa dysfonction érectile dans un premier temps. Quelles sont les trois formes de testostérone que l'on peut doser dans le sang ?

Question 6 – QCM

Quelles sont les contre-indications absolues de l'androgénothérapie (= l'hormonothérapie substitutive) ?

- A Cancer de la prostate
- B Cancer de vessie
- C Cancer du sein
- D Leucémie myéloïde chronique
- E Polyglobulie
- F Antécédents de délinquance sexuelle

Question 7 – QROC

Quelles sont les voies d'administration possibles de l'androgénothérapie (= hormonothérapie substitutive) ?

Question 8 – QROC

Trois ans plus tard, vous revoyez Monsieur P. Il est satisfait de la qualité de ses érections et de ses rapports sexuels depuis le début de l'androgénothérapie. Il ne nécessite aucun autre traitement pour ses érections. Cependant, lors du coït, son épouse de 57 ans décrit des douleurs génitales. Ces douleurs sont apparues plusieurs mois après son hystérectomie et ovariectomie bilatérale par



voie vaginale pour fibromes utérins. Elles surviennent quelques minutes après le début du rapport. Que suspectez-vous ?

Question 9 – QCM

Quelles peuvent en être les causes chez cette patiente ?

- A** Vaginite
- B** Mycose vaginale
- C** Neuropathie d'étirement
- D** Atrophie de la muqueuse vaginale
- E** Raccourcissement vaginal postopératoire
- F** Sténose vaginale cicatricielle

Question 10 – QCM

La veille de ses 70 ans, Monsieur P. revient vous voir en consultation car il a constaté une diminution de la rigidité de ses érections. Par ailleurs, celles-ci semblent durer de moins longtemps et les rapports ne sont plus satisfaisants pour le couple. Il souhaite des informations quant aux différents traitements possibles. Vous vérifiez le reste de son traitement médical qui est inchangé depuis la première consultation. Quels traitements pouvez-vous lui proposer en première intention ?

- A** Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5)
- B** Injections intracaverneuses de prostaglandines (PGE1)
- C** Injections intra-urétrales de prostaglandines (PGE1)
- D** Vacuum
- E** Implants péniens

Question 11 – QROC

Malgré vos conseils avisés, le patient a préféré s'automédiquer *via* des achats sur Internet. Il est transféré à minuit par le Samu aux urgences pour arrêt cardiaque. Sa femme est catastrophée et vous dit que c'est de sa faute, que cet arrêt cardiaque est survenu pendant un rapport sexuel il y a moins d'une heure. Que suspectez-vous ?

Question 12 – QROC

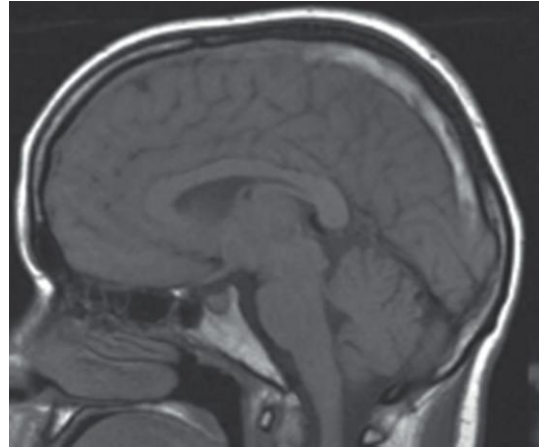
Votre patient est hospitalisé en cardiologie pour surveillance. Les cardiologues vous expliquent qu'il présente des céphalées inhabituelles. Celles-ci ne cèdent pas malgré un traitement antalgique bien conduit. Le patient présente une baisse d'acuité visuelle et des vomissements semblant soulager les céphalées.

Alors que vous lui rendez visite, il fait un malaise et présente des mouvements anormaux des quatre membres. Le patient est apyrétique, il n'a pas d'autres troubles neurologiques. La biologie retrouve une hémoglobine à 18,5 g/dl, des plaquettes à 221 giga/l, des polynucléaires neutrophiles à 4,5 giga/l et un hématokrite à 57 %. Le reste du bilan biologique est sans particularité. Vous réalisez une imagerie en urgence. (Source : Archives du CHRU de Brest, 2013.) Quel est votre diagnostic ?

Question 13 – QCM

Sur quels arguments cliniques ?

- A** Céphalées



- B** Signes d'hypertension intracrânienne
- C** Thrombocytose
- D** Crise convulsive généralisée
- E** Polyglobulie

Question 14 – QCM

Quelles en sont les causes possibles chez ce patient ?

- A** Polyglobulie iatrogène liée à la prise d'androgènes
- B** Troubles de l'hémostase
- C** Collapsus cardiovasculaire
- D** Déséquilibre du diabète
- E** Complication de décubitus

Question 15 – QCM

Quels sont les principes de traitement ?

- A** Traitement anticoagulant
- B** Traitement de l'hypertension intracrânienne
- C** Traitement antiépileptique
- D** Traitement antalgique
- E** Déplétion sanguine (saignées)

Cas clinique 32++

Monsieur S., 37 ans, vient vous consulter pour troubles de l'éjaculation. Ce patient est un acteur, sportif, en bonne santé, et est accompagné de sa petite amie, elle aussi actrice. Sa plainte essentielle est une éjaculation précoce. En effet, il décrit une éjaculation survenant moins d'une minute après le début des rapports. Il a le sentiment de ne pas satisfaire sa compagne.

Question 1 – QCM

Quelles affirmations concernant l'éjaculation précoce sont vraies ?

- A** Elle touche 20 à 30 % des hommes adultes
- B** Il peut s'agir d'une incapacité à retenir une éjaculation avant pénétration vaginale (= éjaculation antepostas)
- C** Il peut s'agir d'une incapacité à obtenir un orgasme (= anorgasmie)
- D** Il peut s'agir d'une incapacité à retarder l'éjaculation lors de toutes ou de presque toutes les pénétrations vaginales
- E** Elle est définie par un délai pour éjaculer après la pénétration vaginale inférieur à une minute toujours ou presque toujours

Question 2 – QCM

Parmi les molécules suivantes, lesquelles peuvent être proposées en cas d'éjaculation précoce ?

- A** Alphabloquants
- B** Anesthésiques locaux
- C** Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- D** Agonistes dopaminergiques
- E** Anxiolytiques

Question 3 – QCM

En fin de consultation, le patient vous avoue le genre de film « particulier » auquel il participe avec son amie. Ils débutent actuellement un nouveau tournage et avec le stress, il avoue ne pas toujours avoir des érections de qualité.

Quel bilan biologique de première intention réalisez-vous en cas de dysfonction érectile ?

- A** Glycémie à jeun
- B** Bilan lipidique : cholestérol total, HDL, triglycérides
- C** Testostéronémie totale et biodisponible
- D** ECBU
- E** LH, FSH
- F** PSA

Question 4 – QCM

Quels sont les traitements médicamenteux que l'on peut proposer en général en cas de dysfonction érectile ?

- A** Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) *per os*
- B** Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- C** Agonistes dopaminergiques
- D** Prostaglandine E1 (PGE1) en injections intracaverneuses ou endo-urétrales
- E** Alphabloquants

Question 5 – QROC

Après plusieurs essais, Monsieur S. semble répondre préférentiellement aux injections intracaverneuses, et choisira alors ce traitement. Quelques semaines plus tard, il revient en urgence. Il est affolé car son érection dure depuis plus de 7 heures, en dehors de toute stimulation sexuelle. À l'examen clinique, la verge est en érection, le gland et le corps spongieux sont mous. Quel est votre diagnostic ?

Question 6 – QCM

Quels en sont les traitements possibles ?

- A** Traitement par alphastimulants *per os*
- B** Glace en application locale
- C** Traitement en urgence
- D** Ponction évacuatrice intracaverneuse
- E** Alphastimulants en injection intracaverneuse

Question 7 – QROC

Après traitement, vous revoyez avec Monsieur S. les modalités de traitement de sa dysfonction érectile. Celui-ci ne veut plus entendre parler des injections intracaverneuses et souhaite essayer le traitement *per os* dont vous lui aviez parlé. Vous le revoyez réguliè-

ment en consultation, ses érections sont satisfaisantes avec ce traitement.

Six mois plus tard, il revient aux urgences pour douleur aiguë et augmentation de volume de la verge. Monsieur S. vous explique que la douleur est survenue au moment d'un rapport, en raison d'un traumatisme de la verge il y a 2 heures. Il a très mal et est très angoissé.

À l'examen clinique, il existe en effet une verge très augmentée de volume, de couleur aubergine et douloureuse. (Source : Archives CHRU de Brest, service d'urologie, 2014.)



Quel est votre diagnostic ?

Question 8 – QCM

Quels sont les principes de prise en charge de cette pathologie ?

- A** Prise en charge en urgence
- B** Glace en application locale
- C** Ponction évacuatrice intracaverneuse
- D** Injection d'alphastimulants en intracaverneux
- E** Localisation de la rupture de l'albuginée par imagerie (échographie ou IRM)
- F** Chirurgie en urgence pour évacuation hématome et fermeture de l'albuginée des corps caverneux

Question 9 – QCM

Deux mois plus tard, vous revoyez Monsieur S. Il semble conserver des érections satisfaisantes grâce au traitement médicamenteux. Vous ne programmez pas de consultation de suivi systématique.

Treize ans plus tard, la veille de ses 50 ans, Monsieur S. est adressé aux urgences par son médecin traitant pour douleurs abdominales intenses et impossibilité totale d'uriner depuis le matin. Il présente une hyperthermie à 39 °C. Vous suspectez une rétention aiguë d'urine sur prostatite. Vous remettez à jour ses antécédents :

- antécédents médicaux :
 - diabète de type 2 depuis 5 ans ;
 - AVC ischémique en 2008 ;
 - angor d'effort ;
 - dépression ;

- antécédents chirurgicaux :
 - cure de hernie inguinale droite en 2007 ;
 - cholécystectomie coelioscopique en 2011 ;
- traitements :
 - Aspégic® 75 mg ;
 - paroxétine ;
 - metformine ;
 - trinitrine.

Quels seront les arguments en faveur d'une prostatite aiguë ?

- A** Toucher rectal douloureux
- B** Un syndrome d'hyperactivité vésicale (pollakiurie, urgenturies, brûlures mictionnelles)
- C** ECBU : hématurie + leucocyturie > 10⁴/ml, *E. coli* > 10³ UFC/ml
- D** Dilatation urétéro-pyélocalicielle bilatérale à l'échographie
- E** Incontinence urinaire d'effort pure

Question 10 – QCM

Quels seraient les signes cliniques évocateurs d'une orchite-épididymite associée ?

- A** Douleur testiculaire brutale
- B** Signe de Prehn positif (le soulèvement du testicule soulage la douleur)
- C** Signe de Chevassu positif (persistance d'un sillon inter-épididymo-testiculaire)
- D** Augmentation de volume de l'épididyme
- E** Peau scrotale inflammatoire et chaude
- F** Abolition du réflexe crémasterien
- G** Funiculite

Question 11 – QCM

Quelle est votre prise en charge en urgence de la rétention aiguë d'urine sur prostatite : thérapeutique et examens complémentaires ?

- A** Dérivation des urines par cathétérisme sus-pubien
- B** Échographie endorectale
- C** Échographie abdominale avant cathétérisme sus-pubien
- D** Hospitalisation pour surveillance de diurèse
- E** ECBU et hémocultures

Question 12 – QCM

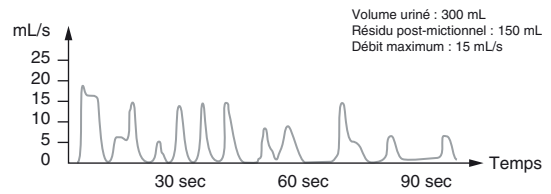
Parmi ces propositions, lesquelles sont des contre-indications relatives ou absolues à la pose d'un cathéter sus-pubien ?

- A** Obésité
- B** Pontage artériel iliofémoral
- C** Prise de traitement anticoagulant
- D** Antécédent de tumeur vésicale
- E** Absence de globe vésical

Question 13 – QCM

Votre patient a été soulagé par votre prise en charge. Vous le revoyez 2 mois plus tard à la fin de son traitement antibiotique en consultation de suivi. Il n'a pas présenté de nouvel épisode de rétention aiguë d'urine mais se plaint de dysurie et urgenturies sans incontinence. Son ECBU est négatif.

Vous réalisez une débitmétrie. (Source : Boujnah S. Réalités en gynéco-obstétrique, n° 142, janvier 2010.)



Que montre cet examen ?

- A** Miction par poussées
- B** Débit maximum normal pour l'âge
- C** Résidu postmictionnel normal pour l'âge
- D** Temps mictionnel allongé
- E** Miction en deux temps

Question 14 – QCM

Quelles sont les causes les plus probables de dysurie chez Monsieur S. ?

- A** Hypertrophie bénigne de prostate
- B** Prostatite aiguë
- C** Sténose de l'urètre post-infectieuse ou post-traumatique
- D** Vessie acontractile
- E** Vessie neurologique centrale

Question 15 – QCM

Monsieur S. vous parle de la réapparition de ses dysérections depuis plusieurs mois. Il souhaite que vous lui rédigiez une nouvelle ordonnance de Viagra®. Que lui dites-vous ?

- A** Contre-indication absolue des IPDE5 car prise de dérivés nitrés
- B** Contre-indication car antécédent de fracture de verge
- C** Contre-indication car dysurie associée
- D** Contre-indication car risque de collapsus cardiovasculaire
- E** Vous préférez prescrire le générique

Cas clinique 33+

Un jeune homme de 17 ans vous consulte aux urgences pour des brûlures mictionnelles apparues depuis 2 jours. Il n'a pas d'antécédent particulier. Il vous avoue à demi-mot qu'il a depuis quelque temps plusieurs rapports sexuels avec diverses amies lors de soirées alcoolisées répétées; la dernière il y a 10 jours. Il est d'autant plus embêté qu'il a appris à l'occasion de cette soirée qu'une de ses « amantes » était enceinte et qu'elle hésitait à se faire avorter malgré ses forts encouragements. À l'examen, il est apyrétique; vous remarquez quelques taches dans le fond du slip mais, à l'examen de la verge, le méat est sec; les testicules sont sans anomalie et le toucher prostatique non douloureux.

Question 1 – QROC

Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question 2 – QROC

Quels sont les deux germes le plus fréquemment rencontrés ?

Question 3 – QROC

Duquel s'agit-il probablement ?

Question 4 – QCM

Quels examens biologiques lui prescrivez-vous ?

- A** ECBU + PCR *Chlamydia* sur le premier jet urinaire
- B** Sérologies HSV-1, HSV-2
- C** Sérologies VIH-1, VIH-2
- D** Antigène p24
- E** Antigène HBs, anticorps anti-HBs
- F** Antigène HBC
- G** Sérologie VDRL-TPHA

Question 5 – QCM

Quel traitement pharmacologique mettez-vous en place ?

- A** Ceftriaxone 500 mg IV ou IM
- B** Azithromycine 1 g *per os*
- C** Ceftriaxone 500 mg IV ou IM + azithromycine 1 g *per os*
- D** Vous attendez les résultats des analyses bactériologiques avant d'instituer le traitement adapté
- E** Bains de verge aux antiseptiques (pendant 5 jours)

Question 6 – QCM

Vous lui faites vos prescriptions, vous lui donnez vos bonnes recommandations et l'encouragez à faire dépister ses partenaires puis vous le revoyez en consultation de suivi après 1 semaine avec ses résultats. Il va beaucoup mieux, d'autant plus que son amant a choisi de se faire avorter. Les résultats sont en faveur d'une infection à *Chlamydia*. En effet, le reste du bilan est négatif et avec un taux protecteur des anticorps anti-HBs.

Quel mode de contraception masculine est le plus adapté à votre patient ?

- A** Préservatif masculin
- B** *Coitus interruptus*
- C** Vasectomie
- D** Port d'un suspensoir pour l'hyperthermie scrotale
- E** Abstinence sexuelle

Question 7 – QCM

À propos de l'indice de Pearl (IP%) :

- A** $IP = \frac{(\text{Nombre d'échecs de grossesses désirées} / \text{Nombre de mois d'utilisation d'une méthode contraceptive}) \times 1200}{100}$
- B** $IP = \frac{(\text{Nombre de mois d'utilisation d'une méthode contraceptive} / \text{Nombre d'échecs de grossesses désirées}) \times 1200}{100}$
- C** $IP = \frac{(\text{Nombre de grossesses non planifiées} / \text{Nombre de mois d'utilisation d'une méthode contraceptive}) \times 1200}{100}$
- D** $IP = \frac{(\text{Nombre de mois d'utilisation d'une méthode contraceptive} / \text{Nombre de grossesses non planifiées}) \times 1200}{100}$
- E** Plus l'indice de Pearl d'une méthode contraceptive est élevé, plus celle-ci est efficace

Question 8 – QCM

Votre patient est ravi du bon déroulement de sa méso-aventure et, sensible aux bons conseils que vous avez pris le soin de lui prodiguer, il vous a recommandé à son père.

Votre nouveau patient à 47 ans. Dans ses antécédents, on note une hypertrophie bénigne de prostate sous phytothérapie, une HTA essentielle et une sigmoïdectomie pour maladie diverticulaire. Il souhaiterait bénéficier d'une vasectomie car il a rencontré une nouvelle compagne plus jeune que lui avec qui « ça devient sérieux ». Il aimerait être opéré rapidement car il part dans 5 semaines « sous les tropiques avec sa belle ».

Quelles raisons sont licites à donner au patient pour ne pas accéder à sa demande ?

- A** Non-respect du délai de réflexion légal de 4 mois
- B** Âge du patient inférieur à 50 ans
- C** Nécessité pour le patient d'être marié ou pacsé depuis au moins 3 mois
- D** Nécessité pour le patient d'être père d'au moins deux enfants
- E** Refus d'effectuer l'acte médical par le médecin selon sa clause de conscience

Question 9 – QCM

Quelles sont les informations à donner au patient avant une vasectomie ?

- A** Contraception masculine irréversible
- B** Opération possible sous anesthésie locale
- C** Obligation de recueillir un consentement écrit du patient
- D** Obligation de cryoconservation du sperme au CECOS
- E** Électrocoagulation des canaux éjaculateurs
- F** Réservée aux sujets majeurs
- G** Création d'une anéjaculation iatrogène

Question 10 – QROC

Quel examen lui prescrivez-vous à la sortie de l'hospitalisation ?

Question 11 – QCM

Qu'en attendez-vous ?

- A** Azoospermie
- B** Oligospermie
- C** Nécospermie
- D** Tératospermie
- E** Hypospermie

Cas clinique 34++

Un homme de 24 ans vous consulte avec sa femme pour un problème d'infécondité primaire. Au niveau de ses antécédents, on note : deux crises de coliques néphrétiques lithiasiques, des épisodes de bronchites à répétition, une exérèse de kyste sacrococcygien. Depuis 1 an, ils désirent avoir un enfant... en vain. Sa femme a déjà réalisé un bilan qui ne trouve pas d'anomalie, ce qui a amené son gynécologue à prescrire un spermogramme à son conjoint.

À l'examen, il pèse 51 kg pour 1,75 m. L'examen des organes génitaux externes retrouve deux testicules en place de tailles normales, les déférents ne sont pas palpables. La verge est sans anomalie. Le toucher rectal retrouve une prostate souple de petit volume.

Question 1 – QCM

Quelles sont les bonnes conditions de réalisation d'un spermogramme ?

- A** Délais d'abstinence de 6 à 8 jours
- B** Recueil au laboratoire
- C** Recueil par masturbation
- D** Analyse après congélation du sperme

Question 2 – QROC

Il vous montre son spermogramme :

- délais d'abstinence : 4 jours;
- pH : 5,4 (7,2–8);
- volume éjaculé : 0,8 ml (1,5–6 ml);
- numération : 0 million/ml (N > 15 millions/ml);
- numération par éjaculat : 0 (N > 39 millions);

Interprétez ce spermogramme.

Question 3 – QCM

Un second spermogramme confirme les données du premier. Quels autres examens complémentaires demandez-vous pour la prochaine consultation ?

- A** Échographie scrotale
- B** Échographie endorectale
- C** FSH
- D** Testostéronémie
- E** HCG plasmatique

Question 4 – QROC

L'échographie scrotale et endorectale montre une absence totale de la voie spermatique à droite et à gauche, et l'absence de vésicules séminales. La FSH et la testostérone sont normales.

Ce bilan vous oriente-t-il vers une cause excrétoire ou sécrétoire de l'azoospermie ?

Question 5 – QROC

Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question 6 – QCM

Quelles sont les autres étiologies possibles d'azoospermie excrétoire ?

- A** Syndrome de Klinefelter
- B** Varicocèle
- C** Cryptorchidie
- D** Vasectomie
- E** Microdélétion du chromosome Y
- F** Séquelles d'épididymites et de vésiculo-prostatites
- G** Syndrome Kallman de Morsier

Question 7 – QCM

Quel(s) examen(s) génétique(s) proposez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- A** Caryotype
- B** Recherche d'une microdélétion du chromosome Y
- C** Recherche d'une mutation du gène *ABCC7* (anciennement *CFTR*)
- D** Étude de la région chromosomique 15q par hybridation *in situ* en fluorescence (FISH)
- E** Recherche sur l'ADN mitochondrial de la délétion 4977 pb ADNmt

Question 8 – QCM

Votre diagnostic est confirmé par l'analyse génétique qui retrouve une forme de mutation hétérozygote composée du gène *ABCC7*.

Le couple décide d'avoir recours à l'aide médicale à la procréation pour avoir un enfant. Que pouvez-vous leur proposer ?

- A** Recueil de spermatozoïdes par masturbation
- B** Recueil de spermatozoïdes par prélèvement chirurgical épидидymaire ou testiculaire
- C** Cryoconservation des spermatozoïdes recueillis
- D** Insémination avec sperme de donneur
- E** Insémination intra-utérine des spermatozoïdes prélevés
- F** FIV-ICSI (fécondation *in vitro* avec injection intracytoplasmique de spermatozoïde) avec les spermatozoïdes prélevés

Question 9 – QROC

Avant d'envisager une procréation médicalement assistée que proposez-vous alors à sa femme ?

Question 10 – QROC

Dans les antécédents de votre patient, quel élément est en concordance avec votre diagnostic ?

Question 11 – QROC

Que montrerait un scanner thoracique pour confirmer ce diagnostic ?

Cas clinique 35++

Un homme de 25 ans consulte pour une infertilité primaire. Depuis 2 ans, il essaye de faire un enfant en vain. Sa compagne a déjà eu un enfant d'une relation précédente et son gynécologue lui a dit que tout allait bien de son côté.

Dans ses antécédents, on note : cryptorchidie à droite avec orchidopexie droite à l'âge de 4 ans, une cure de hernie inguinale droite avec mise en place d'une prothèse pariétale à 22 ans. Il est tabagique à 7 paquets-années, il est chauffeur routier.

Depuis 2 ans, il se plaint de sensations de pesanteur scrotale au niveau du testicule gauche en fin de journée.

Il pèse 90 kg pour 1,78 m. À l'examen des organes génitaux, la verge est sans anomalie; les testicules sont en place dans le scrotum, le testicule gauche est de petit volume, le droit de taille normale. À gauche, on palpe un cordon variqueux et à la manœuvre de Valsalva, les varices augmentent de volume et deviennent visibles. Les deux déférents sont présents. Le toucher prostatique est sans anomalie.

Question 1 – QCM

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous concernant les anomalies scrotales ?

- A** Une cryptorchidie gauche
- B** Une varicocèle gauche
- C** Une hernie inguinale gauche
- D** Une tumeur du testicule gauche
- E** Une hydrocèle gauche

Question 2 – QCM

Quel(s) examen(s) prescrivez-vous ?

- A** Un spermogramme
- B** Un spermocytogramme

- C Un écho-Doppler du contenu scrotal
- D Un caryotype
- E Une recherche de la mutation du gène *ABCC7* (anciennement *CFTR*)

Question 3 – QCM

L'échographie scrotale confirme le diagnostic que vous évoquiez cliniquement. Le spermogramme est le suivant :

- délais d'abstinence : 4 jours;
- volume : 3 ml (N = 1,5–6 ml);
- pH : 7,4 (N = 7,2–8);
- numération par ml : 4 millions/ml (N > 15 millions/ml);
- numération par éjaculat : 12 millions (N > 39 millions);
- mobilité totale : 20 % (N > 40 %);
- vitalité : 70 % (N > 58 %);
- formes normales : 22 % (N > 30 %);
- leucocytes : 0,5 million (N < 1 million).

Interprétez ce spermogramme (une ou plusieurs réponses exactes).

- A Oligospermie
- B Asthénospermie
- C Nécospermie
- D Tératospermie
- E Hypospermie

Question 4 – QCM

Quels éléments peuvent être en cause dans ces anomalies du spermogramme ?

- A Varicocèle gauche
- B Antécédents de cryptorchidie
- C Cure de hernie inguinale droite
- D Tabagisme
- E Hyperthermie scrotale

Question 5 – QCM

Vous revoyez ce couple 1 mois plus tard avec un nouveau spermogramme qui montre les mêmes anomalies. Quel(s) conseil(s) donnez-vous afin de tenter d'améliorer le spermogramme ?

- A Traitement antibiotique probabiliste 3 semaines
- B Sevrage tabagique
- C Embolisation ou traitement chirurgical de la varicocèle
- D Traitement anti-inflammatoire 1 mois
- E Traitement par testostérone

Question 6 – QCM

Quelles sont les conditions pour pouvoir accéder à un traitement d'une varicocèle ?

- A Avoir une varicocèle douloureuse (gêne, pesanteur...) avec échec des antalgiques simples
- B Avoir une hypofertilité documentée associée à une varicocèle
- C Avoir une hydrocèle symptomatique associée à la varicocèle non symptomatique
- D Avoir une hypotrophie testiculaire homolatérale à la varicocèle, chez l'adolescent
- E Ressentir une gêne esthétique liée à la varicocèle

Question 7 – QCM

Vous convenez avec lui d'un traitement de sa varicocèle gauche. Quelle(s) méthode(s) lui proposez-vous ?

- A Ligature chirurgicale de la veine spermatique gauche par abord inguinal
- B Ligature chirurgicale coelioscopie de la veine spermatique gauche
- C Traitement médical par veinotoniques
- D Embolisation par radiologie interventionnelle de la veine spermatique gauche
- E Traitement médical par inhibiteurs calciques

Question 8 – QROC

Six mois plus tard et après l'embolisation de la varicocèle gauche, vous revoyez le patient avec un spermogramme de contrôle. Il a suivi vos conseils de traitement et de modification d'habitudes de vie mais le couple n'a toujours pas obtenu de grossesse.

Le spermogramme est le suivant :

- délais d'abstinence : 3 jours;
- volume : 2,5 ml (N = 1,5–6 ml);
- pH : 7,4 (N = 7,2–8);
- numération par ml : 10 millions/ml (N > 15 millions/ml);
- numération par éjaculat : 25 millions (N > 39 millions);
- mobilité totale : 33 % (N > 40 %);
- vitalité : 65 % (N > 58 %);
- formes normales : 28 % (N > 30 %);
- leucocytes : 0,2 million (N < 1 million).

Le test de migration survie montre 3 millions de spermatozoïdes mobiles inséminables.

Que proposez-vous au couple en première intention comme technique d'AMP ?

Cas clinique 36+

Vous voyez aux urgences un homme de 63 ans adressé pour des hématuries macroscopiques évoluant depuis 5 jours. Il est ancien légionnaire. Dans ses antécédents, on note :

- une hyperplasie bénigne de prostate sous traitement alphabloquant;
- des épisodes d'urétrites durant sa jeunesse;
- une fibrillation auriculaire sous Préviscan® et Flécaïne®;
- un diabète de type 2 sous Diamicon® (sulfamide);
- une BPCO post-tabagique (tabagisme actif estimé à 35 paquets-années);
- une psychose hallucinatoire chronique équilibrée sous neuroleptiques;
- une cholécystectomie.

À l'examen, il pèse 57 kg pour 1,80 m. Les constantes : SatO₂ : 88 %; TA 11/7; FC 105. Il existe une pâleur cutanéomuqueuse; l'examen cardiopulmonaire met en évidence des ronchus diffus; l'abdomen est souple non douloureux; il se plaint par ailleurs de dorsalgies diffuses le soir.

Au niveau urologique : il n'y a pas de masse lombaire perçue; les organes génitaux externes sont sans anoma-

lie ; la prostate est augmentée de volume, estimé à 40 cc, mais souple. Il urine devant vous sans difficulté des urines rouges sans caillot. Le résidu postmictionnel est estimé par écho-Doppler sus-pubien (*bladder scan*) à 30 ml. Le bilan biologique montre : Hb 7,2 g/dl ; plaquettes 250 giga/l ; CRP 3 ; ionogramme normal ; créatinémie 68 $\mu\text{mol/l}$; INR 2,5.

Question 1 – QCM

L'infirmière vous demande quel conditionnement urinaire mettre en place.

- A** Pas de sondage vésical, surveillance de la diurèse et de la couleur des urines
- B** Sondage vésical simple voie
- C** Sondage vésical double voie avec irrigation après décaillotage
- D** Mise en place d'un cathéter vésical sus-pubien simple voie
- E** Mise en place d'un cathéter vésical sus-pubien double voie

Question 2 – QROC

Quel(s) examen(s) biologique(s) demandez-vous aux urgences en vue de la prise en charge thérapeutique immédiate ?

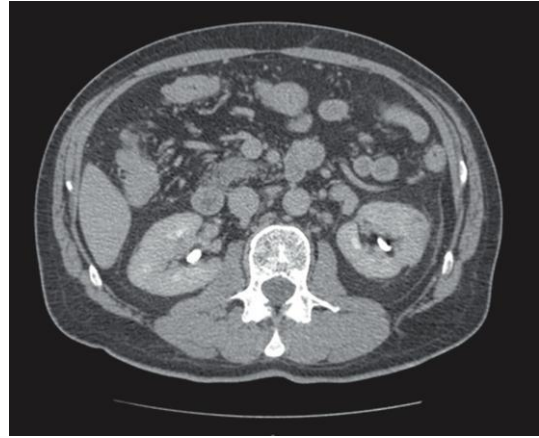
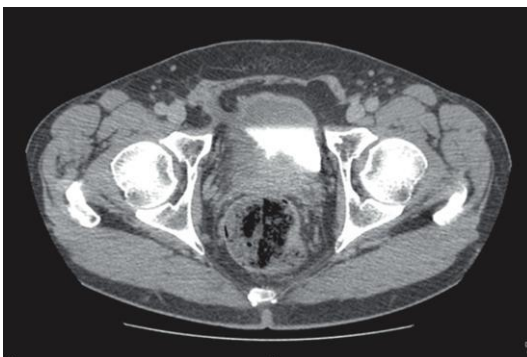
Question 3 – QCM

Quel(s) examen(s) iconographique(s) pouvez-vous demander aux urgences en vue du bilan étiologique ?

- A** Échographie abdominale (urinaire)
- B** Scanner abdominopelvien sans injection
- C** Scanner abdominopelvien injecté avec temps tardif (uroscanner)
- D** Cystographie
- E** IRM pelvienne

Question 4 – QCM

Vous obtenez l'uroscanner suivant.



Quel diagnostic le plus probable évoquez-vous ?

- A** Tumeur du rein gauche
- B** Tumeur de la vessie
- C** Tumeur de la prostate
- D** Lithiase rénale bilatérale
- E** Fistule rectovésicale

Question 5 – QCM

Quelle prise en charge médicale mettez-vous en place ?

- A** Hospitalisation eu urologie
- B** Arrêt du Préviscan® (avis cardiologique)
- C** Arrêt des antidiabétiques oraux
- D** Transfusion de culots globulaires
- E** Antagonisation par PPSB

Question 6 – QROC

Quel geste vous permettra d'avoir le diagnostic de certitude ?

Question 7 – QCM

L'analyse anatomopathologique retrouve un carcinome urothélial envahissant le muscle de haut grade. Quels examens complémentaires demandez-vous pour la suite de la prise en charge ?

- A** Scanner thoracique
- B** Scintigraphie osseuse
- C** TEP-scan FDG
- D** Scanner cérébral
- E** IRM prostatique

Question 8 – QROC

Le bilan d'extension est réalisé car ce cancer infiltre le muscle. Ces examens ne retrouvent pas d'extension à distance. Donnez la classification TNM de cette tumeur : T_N_M_.

Question 9 – QCM

Quel(s) traitement(s) peut (peuvent) être retenu(s) après discussion du dossier en RCP?

- A Surveillance active
- B Résections trans-urétrales vésicales itératives
- C Instillations endovésicales d'améticyne
- D Instillations endovésicales de BCG
- E Cystoprostectomie avec lymphadénectomie
- F Chimiothérapie néoadjuvante
- G Radiochimiothérapie concomitante

Cas clinique 37++

Vous recevez aux urgences un homme de 76 ans adressé pour altération de l'état général. Sa fille vous explique que depuis le décès de sa femme il y a 2 ans, il se laisse aller, n'a plus le goût à rien. Il passe ses journées à boire ou fumer quand il n'est pas au lit; il a toujours été un gros fumeur. Depuis quelques jours, il ne se nourrit même plus et il commence à être confus. Il était ramoneur pendant 40 ans. Dans ses antécédents, on note : HTA essentielle, diabète de type 2 sous régime, dyslipidémie.

Cliniquement, le patient est apyrétique, ses constantes sont : TA 15/10; FC 80; SatO₂ 92 %. Il pèse 42 kg pour 1,70 m. Il est en effet en état d'incurie, sale. Sa langue est sèche. Il n'est pas très coopérant mais se plaint tout de même de douleurs diffuses du rachis lors de la mobilisation. L'examen cardiopulmonaire est sans particularité; l'abdomen est souple; les organes génitaux sont sans anomalie. Le toucher rectal difficilement réalisé retrouve une prostate augmentée de volume, sans réel nodule palpé. Il n'a pas de difficulté majeure pour uriner habituellement; cependant, depuis 8 heures qu'il attend dans le brancard des urgences, il n'a uriné que 30 ml d'urines rosées.

Sa fille vous indique qu'il y a 5 ans, quand il était encore en bonne forme, son médecin traitant lui avait fait réaliser lors d'un bilan de routine entre autres un dosage du PSA qui était à 5 ng/ml. Il avait été contrôlé 2 ans après et avait augmenté à 6 ng/ml. Il avait été alors adressé à un de vos confrères urologues qui, après l'avoir examiné, avait jugé bon de ne rien faire. Vous regardez le bilan réalisé aux urgences : Hb 13,4 g/dl; GB 8,5 giga/l; plaquettes 225 giga/l; Na⁺ 134 mmol/l; K⁺ 5,8 mmol/l; Ca²⁺ : 2,3 mmol/l; urée 31,5 mmol/l; créatinémie 410 μmol/l; protéines 59 g/l.

Question 1 – QCM

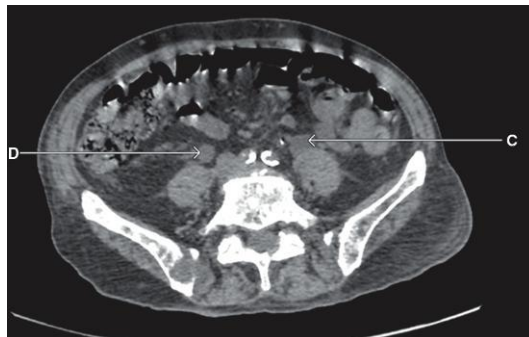
Devant ce bilan, quels examens complémentaires demandez-vous pour apprécier le retentissement clinique et avancer dans votre démarche diagnostique?

- A ECG
- B Échographie abdominale et pelvienne
- C Uroscanner (scanner injecté avec clichés excrétoires en hyperhydratation)

- D Biopsies prostatiques
- E ECBU
- F Scanner abdominopelvien sans injection

Question 2 – QROC

Un ECG est réalisé, il est sans anomalie. Vous obtenez l'imagerie suivante.



À quoi correspondent les structures « A », « B », « C », « D », « E » ?

Question 3 – QROC

Comment interprétez-vous les résultats des examens biologiques ?

Question 4 – QROC

Quelle est la cause la plus probable de cette insuffisance rénale au vu de vos différents examens ?

Question 5 – QCM

De façon générale, quelles peuvent être les étiologies d'une insuffisance rénale aiguë obstructive chez un homme ?

- A** Cancer de la prostate
- B** Hyperplasie bénigne de la prostate
- C** Tumeur de vessie infiltrant le muscle
- D** Déshydratation
- E** Syndrome de Goodpasture
- F** Lithiases urétérales bilatérales
- G** Fibrose rétropéritonéale
- H** Thrombose bilatérale des artères rénales

Question 6 – QCM

Sa fille s'interroge sur l'attitude du médecin traitant et de l'urologue vis-à-vis du PSA. Quelles sont les causes d'une augmentation du taux de PSA ?

- A** Cancer de la prostate
- B** Hyperplasie bénigne de la prostate
- C** Prostatite aiguë
- D** Toucher rectal récent
- E** Kyste de l'utricule prostatique

Question 7 – QCM

Après la réalisation d'un drainage des urines par néphrostomies bilatérales et amélioration de la fonction rénale, le patient n'est plus confus. Dans un second temps, vous profitez de l'hospitalisation pour réaliser une résection trans-urétrale de vessie. Vous recevez l'analyse anatomopathologique du matériel de résection :

- « Copeaux de résection vésicale abondante :
- *carcinome urothélial infiltrant de haut grade (OMS 2004), avec un contingent tumoral minoritaire micropapillaire;*
 - *invasion massive du chorion muqueux avec atteinte de la musculature sous-jacente;*
 - *présence de plusieurs embolies tumorales intralymphatiques. »*

Au niveau anatomopathologique, il s'agit au minimum d'un stade :

- A** pTa
- B** pT1
- C** pT2
- D** pT3
- E** pT4

Question 8 – QCM

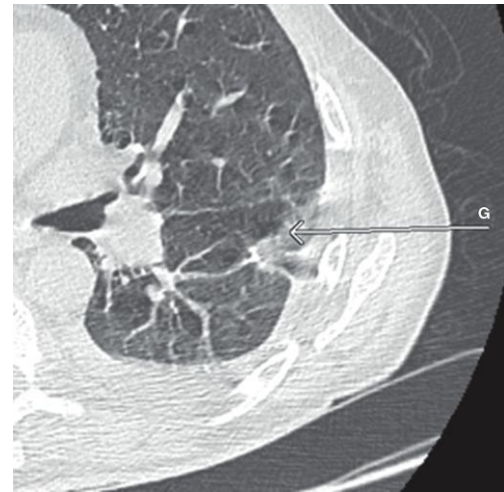
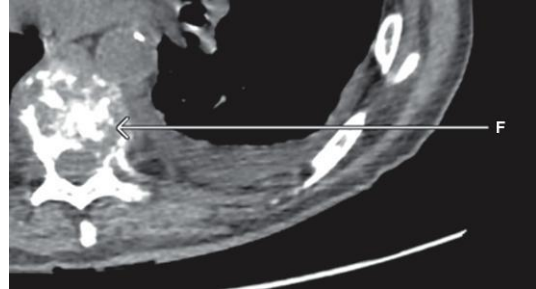
Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont nécessaires afin de prendre une décision thérapeutique pour ce patient ?

- A** Scanner TAP + injection
- B** Scanner cérébral
- C** Scintigraphie osseuse

- D** Biopsie de la prostate
- E** Évaluation onco-gériatrique

Question 9 – QROC

Vous obtenez les clichés suivants : Décrivez les structures « F » et « G ».



Question 10 – QROC

La scintigraphie trouve également une fixation osseuse diffuse du rachis. Quelle peut être la nature de la lésion pulmonaire gauche dans ce contexte ?

Question 11 – QCM

La lésion pulmonaire a été biopsiée sous scanner et analysée; il s'agit bien d'une métastase du cancer vésical. Quelle(s) proposition(s) thérapeutique(s) peut(vent) être retenue(s) en RCP ?

- A** Soins de support (prise en charge palliative)
- B** Résections-coagulation vésicales palliatives itératives en cas de symptômes
- C** Instillations endovésicales de BCG
- D** Cystoprostatectomie + lymphadénectomie
- E** Chimiothérapie

Question 12 – QCM

Quels sont les grandes étapes et principes de la reconnaissance en maladie professionnelle ?

- A** Fournir une déclaration de maladie professionnelle demandée par un médecin thésé
- B** Fournir un certificat médical initial rédigé par un médecin thésé

- C** Fournir des preuves de l'exposition (certificat de travail, attestation de salaire...)
- D** Les tableaux de maladies professionnelles renseignent sur la description de la maladie, le délai de prise en charge et les travaux susceptibles de provoquer la maladie
- E** Chez notre patient tabagique, il existe une présomption d'origine de la maladie professionnelle sur sa tumeur de vessie
- F** La reconnaissance en maladie professionnelle permet une prise en charge à 100 % des frais médicaux liés à la maladie professionnelle
- G** Il peut y avoir une indemnisation des séquelles en rente ou en capital selon le taux d'incapacité permanente

Cas clinique 38++

Vous recevez à votre consultation une patiente de 53 ans adressée pour des urgenturies qui deviennent invalidantes. Dans ses antécédents, on note : asthme allergique, cystites à répétition durant sa jeunesse, maladie de Ménière. Elle a eu deux enfants sans difficulté lors de l'accouchement ; elle est ménopausée depuis 2 ans avec une bonne tolérance.

Elle a constaté ces troubles depuis quelques mois et qui s'amplifient. Actuellement elle ressent ces envies soudaines d'uriner à peu près toutes les heures, parfois même la nuit. Il lui arrive d'avoir quelques fuites, ce qui lui oblige le port de deux protections par jour. Elle travaille comme préparatrice en colorants dans une industrie textile et est très invalidée par ses symptômes. À l'examen, elle pèse 52 kg pour 1,74 m. L'examen en position gynécologique montre une vulve avec une trophicité médiocre, pas de prolapsus, le toucher vaginal est souple et il existe une bonne force de contraction du périnée. Il n'y a pas de déficit sensitif. Lorsque vous lui demandez de tousser, vous ne constatez pas de fuites. L'examen au spéculum est sans anomalie notable. Elle vous présente un ECBU réalisé en ville qui est normal.

Question 1 – QCM

Quelles sont les causes d'incontinence urinaire par urgenturie (ex-impériosités, hyperactivité vésicale) ?

- A** Séquelles d'accouchement(s) difficile(s)
- B** Cystite infectieuse
- C** Calcul vésical
- D** Compression vésicale extrinsèque
- E** Constipation
- F** Toux chronique
- G** Cystite radique
- H** Tumeur vésicale
- I** Pathologie touchant le système nerveux central
- J** Causes psychogènes

Question 2 – QROC

Quel outil diagnostique simple allez-vous lui donner pour décrire précisément sa gêne clinique lors de la prochaine consultation et faire le diagnostic différentiel entre polyurie et pollakiurie ?

Question 3 – QCM

Vous mettez en place un traitement par œstrogénothérapie locale vaginale et par anticholinergiques. Vous la revoyez en consultation après 3 mois. Le traitement n'a pas amélioré ses symptômes et un nouvel ECBU montre une hématurie microscopique sans germes. Le calendrier mictionnel confirme une pollakiurie invalidante, la capacité vésicale fonctionnelle étant de 125 à 170 ml.

Quels examens complémentaires lui prescrivez-vous et quel bilan envisagez-vous d'organiser ?

- A** Cytologies urinaires
- B** Échographie urinaire
- C** UIV (urographie intraveineuse)
- D** IRM pelvienne
- E** Urétrocystoscopie
- F** Bilan urodynamique

Question 4 – QROC

Elle revient pour faire la cystoscopie avec les examens suivants :

- Cytologies urinaires sur 3 jours de suite : « *Liquide urinaire faiblement hématique et modérément inflammatoire, avec desquamation urothéliale anormalement élevée et atypies modérées.* »
- L'échographie urinaire montre une formation polypoïde de 25 mm sur la face latérale droite.

Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question 5 – QROC

Quel examen pourra permettre le diagnostic de certitude ?

Question 6 – QCM

Vous réalisez une résection trans-urétrale de vessie d'un polype unique de 2,5 cm et de trois autres petits polypes infracentimétriques. L'analyse anatomopathologique met en évidence un carcinome urothélial de vessie pTaG2.

Quel bilan complémentaire réaliser ?

- A** Uroscanner
- B** Scanner TAP
- C** Scintigraphie osseuse
- D** PET-scanner
- E** IRM pelvienne

Question 7 – QCM

Ce bilan est négatif. Quel traitement pourra être proposé après RCP ?

- A** Surveillance simple cystoscopique et par cytologies urinaires
- B** Instillations endovésicales d'amétycine ou de BCG
- C** Pelvectomie antérieure
- D** Chimiothérapie
- E** Radiothérapie exclusive
- F** Radiochimiothérapie

Question 8 – QROC

Quelles mesures sociales sont à effectuer ?

Question 9 – QCM

Quels sont les principaux carcinogènes reconnus des cancers de vessie ?

- A** Tabac

- B Alcool
- C Silice
- D Amiante
- E Amines aromatiques
- F Hydrocarbures polycycliques
- G Arsenic
- H Bilharziose urinaire
- I Goudrons, suies
- J Poussières de bois

Cas clinique 39+++

Vous voyez à votre cabinet une jeune femme de 17 ans. Elle consulte en raison de l'apparition depuis 2 jours de brûlures mictionnelles avec pollakiurie. Elle n'a pas d'antécédents particuliers ni d'allergie médicamenteuse.

Question 1 – QROC

Quel diagnostic suspectez-vous ?

Question 2 – QROC

Si vous devez faire un seul examen complémentaire avant de débiter un traitement, lequel demandez-vous ?

Question 3 – QCM

Parmi les antibiotiques suivants, lequel prescrivez-vous en première intention pour traiter cette jeune femme ?

- A Pénicilline A + acide clavulanique
- B Céphalosporine de 3^e génération
- C Cotrimoxazole
- D Fluoroquinolone
- E Fosfomycine-trométamol
- F Pivmécillinam

Question 4 – QCM

Vous revoyez Mlle M. 4 mois plus tard pour le même type de symptomatologie. Quel traitement choisissez-vous ?

- A Pénicilline A + acide clavulanique
- B Céphalosporine de 3^e génération
- C Cotrimoxazole
- D Fluoroquinolone
- E Fosfomycine-trométamol
- F Pivmécillinam

Question 5 – QCM

Elle est malheureusement toujours symptomatique lorsque vous la revoyez 48 heures plus tard. La bandelette urinaire réalisée à la première consultation montrait trois croix de leucocytes mais pas de nitrites. Quel(s) germe(s) peut (peuvent) être responsable(s) de cet épisode d'infection urinaire selon vous ?

- A *Enterococcus faecalis*
- B *Enterobacter cloacae*
- C *Escherichia coli*
- D *Klebsiella pneumoniae*
- E *Proteus mirabilis*
- F *Staphylococcus saprophyticus*

Question 6 – QCM

Quel traitement choisissez-vous si l'ECBU trouve 10^3 *Streptococcus* du groupe B ?

- A Aucun
- B Cycline
- C Cotrimoxazole
- D Fluoroquinolone
- E Glycopeptide
- F Macrolide
- G Nitrofurantoïne
- H Pénicilline A

Question 7 – QCM

Quel traitement antibiotique mettez-vous en place si l'ECBU trouve 10^4 *Enterococcus faecalis* ?

- A Aucun
- B Cycline
- C Cotrimoxazole
- D Fluoroquinolone
- E Glycopeptide
- F Macrolide
- G Pénicilline A

Question 8 – QCM

Quel serait votre choix si elle avait un antécédent d'œdème de Quincke après un traitement par amoxicilline-acide clavulanique ?

- A Aucun
- B Cycline
- C Cotrimoxazole
- D Fluoroquinolone
- E Glycopeptide
- F Macrolide
- G Nitrofurantoïne

Question 9 – QCM

Mlle M. consulte quelques mois plus tard suite à la découverte d'un diabète insulino-requérant. Elle présente à nouveau des signes fonctionnels urinaires irritatifs aigus. Quelle est la bactérie le plus souvent en cause dans les infections urinaires communautaires ?

- A *Enterococcus faecalis*
- B *Enterobacter cloacae*
- C *Escherichia coli*
- D *Klebsiella pneumoniae*
- E *Proteus mirabilis*
- F *Pseudomonas aeruginosa*
- G *Staphylococcus saprophyticus*

Question 10 – QCM

Un ECU lui est prescrit et votre remplaçant a débuté un traitement probabiliste. Lorsque vous la réévaluez à 72 heures avec les résultats de son ECU, elle boite avec une sensibilité au niveau du tendon achilléen gauche. Parmi les antibiotiques suivants, lequel a été utilisé ?

- A Pénicilline A + acide clavulanique
- B Céphalosporine de 3^e génération
- C Cotrimoxazole
- D Fluoroquinolone
- E Fosfomycine-trométamol
- F Pivmécillinam

Question 11 – QROC

Le traitement probabiliste instauré n'a pas amélioré la symptomatologie clinique. L'antibiogramme est le suivant.

10 ⁵ <i>Escherichia coli</i>	
Antibiotique	Sensibilité
Amoxicilline	R
Amoxicilline + acide clavulanique	R
Ticarcline	R
Ticarcline + acide clavulanique	I
Pipéracilline	R
Pipéracilline + tazobactam	S
Céfalotine	R
Ceftriaxone	R
Céfépime	S
Imipénème	S
Gentamycine	S
Tobramycine	S
Amikacine	S
Acide pipémidique	R
Ofloxacin	I
Ciprofloxacine	S
Cotrimoxazole	S
Colistine	S
Nitrofurantoïne	S
NB : BLSE	

Quelle est la signification de l'abréviation BLSE ?

Question 12 – QCM

Quelle est votre antibiothérapie ?

- A** Carbapénème
- B** Céfépime
- C** Colimycine
- D** Cotrimoxazole
- E** Fosfomycine
- F** Fluoroquinolone
- G** Pipéracilline + tazobactam

Question 13 – QCM

Mlle M. revient 3 mois plus tard. Elle présente une lombalgie droite avec hyperthermie. Sa tension artérielle est à 84/45 et son pouls à 118 bpm. La tension remonte après 1000 cc de remplissage vasculaire. Vous posez le diagnostic de pyélonéphrite droite. Elle ne présente pas d'iléus réflexe. Aux urgences, une antibiothérapie probabiliste est débutée après réalisation de l'ECBU et des hémocultures.

Quelle est votre antibiothérapie probabiliste ?

- A** Carbapénème
- B** Ceftriaxone
- C** Colimycine
- D** Cotrimoxazole
- E** Gentamycine
- F** Ofloxacin

Question 14 – QCM

Vous demandez un examen en urgence, lequel ?

- A** Bladder-scan
- B** Cystographie rétrograde
- C** Échographie des voies urinaires excrétrices
- D** Imagerie par résonance magnétique (IRM)
- E** Urographie intraveineuse (UIV)
- F** Uroscanner

Question 15 – QCM

En cas de visualisation d'un obstacle urétéral (calcul), quelle(s) est (sont) votre (vos) proposition(s) thérapeutique(s) ?

- A** Lithotripsie extracorporelle
- B** Néphrectomie
- C** Néphrostomie percutanée
- D** Pose de sonde double J
- E** Pose de sonde à demeure

Question 16 – QCM

L'évolution est favorable. Vous la voyez à nouveau 2 ans plus tard à l'occasion de sa première grossesse puisque vous en effectuez le suivi. La bandelette urinaire faite au 3^e mois est positive. Vous avez prescrit un ECBU qui trouve 10⁴ *Escherichia coli* sauvages. Elle est par ailleurs totalement asymptomatique. Que décidez-vous ?

- A** Aucun traitement (bactériurie asymptomatique)
- B** Cotrimoxazole
- C** Fluoroquinolone
- D** Nitrofurantoïne
- E** Pénicilline A

Cas clinique 40++

Un homme de 75 ans, vivant seul, vient aux urgences pour des douleurs de l'hypogastre évoluant depuis 24 heures. Il décrit également des brûlures mictionnelles, une pollakiurie, une dysurie ainsi que des frissons. La température est à 39,5 °C. La TA est 110–75 mm Hg. Il dit ne pas avoir d'antécédent médical particulier en dehors « d'une infection urinaire traitée à domicile par antibiotiques qui lui ont donné une tendinite il y a 4 mois ». Il a comme unique traitement médical du *Serenoa repens* depuis 2 ans car « il urine assez souvent notamment la nuit ». Le toucher rectal est douloureux. Le reste de l'examen est sans particularité.

Question 1 – QCM

Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- A** Une pyélonéphrite aiguë
- B** Une cystite
- C** Une prostatite
- D** Une rétention aiguë d'urine
- E** Une urétrite aiguë

Question 2 – QCM

Quels sont les examens complémentaires à effectuer en urgence ?

- A** NFS
- B** ECBU ± antibiogramme
- C** Hémocultures si persistance de la fièvre dans 24 heures
- D** Ionogramme sanguin et créatininémie
- E** Bilan de coagulation
- F** PSA
- G** Massage prostatique
- H** Échographie prostatique transrectale
- I** Arbre urinaire sans préparation
- J** Uroscanner

Question 3 – QCM

Quelles sont les causes favorisantes les plus fréquentes de cette affection ?

- A** Obstacle sous-vésical
- B** Adénome prostatique
- C** Sténose urétrale
- D** Colique néphrétique
- E** Pyélonéphrite aiguë
- F** Infection ascendante sur urétrite
- G** Infection iatrogène
- H** Infection hématogène

Question 4 – QROC

Quelle est la cause la plus probable chez ce patient ?

Question 5 – QROC

Quelle est la complication possible la plus grave de cette affection ?

Question 6 – QCM

Quelles sont les complications précoces possibles de cette affection ?

- A** Rétention aiguë d'urine
- B** Orchi-épididymite aiguë
- C** Bactériémie
- D** Pyélonéphrite aiguë
- E** Pyonéphrose
- F** Abscès prostatique

Question 7 – QCM

Concernant la prise en charge en urgence. Quelles sont les propositions qui sont le plus adaptées à ce tableau clinique ?

- A** Retour à domicile
- B** Hospitalisation
- C** Traitement de l'hyperthermie (paracétamol)
- D** Antalgiques de palier 1, 2
- E** Alphabloquants
- F** Voie d'abord veineux

Question 8 – QCM

Concernant l'antibiothérapie à mettre en place chez ce patient, quelles sont les propositions qui sont le plus adaptées à ce tableau clinique ?

- A** Attendre les résultats de l'ECBU avant de débiter l'antibiothérapie afin de traiter une infection documentée d'emblée
- B** Traitement probabiliste
- C** Ceftriaxone en 1^{re} intention

D Ceftriaxone + aminosides en 1^{re} intention

E Ofloxacine en 1^{re} intention

F Ofloxacine à poursuivre après résultats de l'antibiogramme si germe sensible

G Relais par TMP-SMX si germe sensible

Question 9 – QCM

Le patient vous demande quelle sera *a priori* la durée du traitement antibiotique. Que lui répondez-vous ?

- A** 5 jours habituellement
- B** 7 jours en moyenne
- C** 14 jours minimum
- D** 21 jours minimum
- E** 4 à 12 semaines

Question 10 – QCM

Si la fièvre se poursuit à J3, à quoi pensez-vous en premier lieu ?

- A** Une allergie aux antibiotiques
- B** Présence de bactériémie
- C** Pyonéphrose
- D** Abscès prostatique
- E** Rétention d'urines

Question 11 – QCM

Quelle imagerie est possible pour étayer l'hypothèse d'un abcès prostatique ?

- A** Échographie prostatique transrectale
- B** Échographie pelvienne
- C** Uroscanner
- D** IRM prostatique et pelvienne
- E** Cystographie sous scanner

Question 12 – QCM

Concernant le traitement de l'abcès prostatique, quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- A** Le traitement médical est le plus souvent suffisant
- B** Il faut réaliser en règle générale un drainage à l'aiguille (sous échographie, voie périnéale)
- C** Il faut réaliser en règle générale un drainage à l'aiguille (sous échographie, voie transrectale)
- D** Il faut réaliser en règle générale un drainage à l'aiguille (sous scanner, voie sus-pubienne)
- E** Un drainage chirurgical est rarement nécessaire

Question 13 – QCM

Notre patient a eu une évolution favorable après le traitement probabiliste par ceftriaxone puis par TMP-SMX, l'ECBU ayant identifié une *E. coli* multisen-sible, résistant aux fluoroquinolones mais sensible aux β -lactamines et au TMP-SMX. Il est sorti de l'hôpital après 48 heures d'apyrexie sous TMP-SMX pour un traitement antibiotique total de 3 semaines ainsi que des alphabloquants.

Que prévoyez-vous pour la suite ?

- A** ECBU à 8 jours de la sortie
- B** ECBU à 8 jours après la fin du traitement
- C** Bilan ultérieur avec consultation d'urologie
- D** Uroscanner
- E** Bilan ultérieur avec échographie de l'appareil urinaire et mesure du résidu postmictionnel
- F** Bilan ultérieur avec débitmétrie urinaire

Question 14 – QCM

Vous revoyez le patient en consultation 1 mois après sa sortie. Il n'a pas présenté de nouvel épisode fébrile. Ses douleurs et brûlures mictionnelles ont disparu. Il persiste une dysurie par poussée qui existait déjà avant l'épisode infectieux ainsi que la pollakiurie nocturne à trois mictions. L'échographie montre des reins sans particularité, pas de dilatation pyélocaliciale, une vessie multi-diverticulaire et un résidu postmictionnel de 180 cc. Au toucher rectal, vous notez une HBP de volume modéré, souple, indolore. La courbe de débitmétrerie montre pour un volume uriné de 300 cc, une diminution du débit maximum à 9 ml/s avec un temps mictionnel de 55 secondes et un résidu de 170 cc.

Quelle prise en charge thérapeutique lui proposez-vous ?

- A** Poursuite de l'alphabloquant et nouvelle consultation dans 3 mois
- B** Poursuite de l'alphabloquant et nouvelle consultation dans 6 mois
- C** Poursuite de l'alphabloquant et prescription d'inhibiteurs de la 5 α -réductase
- D** Incision cervicoprostatique
- E** Résection trans-urétrale de prostate
- F** Adénomectomie transvésicale (voie haute)

Question 15 – QCM

Concernant la résection transurétrale de prostate, quelles est (sont) la (les) affirmation(s) vraie(s) ?

- A** Elle est indiquée en cas de volume prostatique < 30 cc
- B** Elle consiste à réaliser une incision du col vésical et de l'adénome prostatique
- C** L'hématurie et la rétention aiguë d'urines peuvent être des complications aiguës
- D** L'hyponatrémie peut être une complication aiguë
- E** La sténose du méat urétéral est une complication classique
- F** L'éjaculation rétrograde est une complication chronique fréquente

Cas clinique 41++

Monsieur B., âgé de 67 ans, consulte aux urgences pour douleurs sus-pubiennes évoluant depuis 12 heures. Il a pour antécédent médical : hypercholestérolémie ; antécédent chirurgical : cholécystectomie. Le patient est fumeur à 10 paquets-années. Il n'a pas de traitement actuellement. À son arrivée, il a une FC à 110 bpm, TA 15/9, température 37,5 °C, une EVA à 8.

Question 1 – QCM

Que recherchez-vous lors de votre interrogatoire et examen clinique ?

- A** Pollakiurie
- B** Dysurie
- C** Impériosités mictionnelles
- D** Brûlures mictionnelles
- E** Hématurie
- F** Recherche de frissons

- G** Palpation abdominale à la recherche d'un météorisme
- H** Palpation abdominale à la recherche d'une matité hypogastrique
- I** Toucher rectal
- J** Examen des organes génitaux externes

Question 2 – QROC

Votre examen retrouve une matité sus-pubienne. Quel est votre diagnostic ?

Question 3 – QROC

Quel geste devez-vous réaliser en urgence ?

Question 4 – QROC

De manière générale, dans le cadre du diagnostic que vous avez posé, quel paramètre important parmi les signes généraux peut influencer sur le type de drainage que vous allez instituer ?

Question 5 – QCM

Quelle(s) technique(s) pouvez-vous utiliser pour le drainage vésical ?

- A** Néphrostomie percutanée
- B** Cathétérisme sus-pubien en l'absence de fièvre et de troubles de la coagulation
- C** Cathétérisme sus-pubien en l'absence de troubles de la coagulation
- D** Sondage vésical en l'absence de fièvre
- E** Sondage vésical en l'absence de troubles de la coagulation
- F** Sonde double J

Question 6 – QCM

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous après le drainage ?

- A** Créatininémie
- B** Dosage du PSA total
- C** Dosage du PSA libre et analyse du ratio PSA libre/total si PSA total > 4 ng/ml
- D** ECBU \pm antibiogramme
- E** Uroscanner avec clichés postmictionnels
- F** Échographie de l'appareil urinaire

Question 7 – QROC

Citez une complication métabolique possible de la rétention aiguë d'urines.

Question 8 – QROC

Citez une complication métabolique pouvant survenir dans les suites du drainage vésical.

Question 9 – QCM

L'interrogatoire révèle qu'avant l'épisode de rétention, le patient présentait depuis 6 mois des troubles mictionnels avec pollakiurie nocturne (trois mictions), diurne (toutes les heures), diminution du jet, impériosités mictionnelles et parfois quelques fuites. Si vous aviez vu le patient à cette époque, quel aurait été votre bilan ?

- A** Toucher rectal
- B** Examen des organes génitaux externes
- C** Échographie de l'appareil urinaire
- D** ECBU \pm antibiogramme
- E** Créatininémie

- F Fibroscopie uréthro-vésicale
- G Uroscanner

Question 10 – QCM

Quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) possibles de rétention aiguë d'urine chez l'homme ?

- A Cancer de la prostate
- B Sténose de l'urètre
- C Adénome prostatique
- D Diabète
- E Fécalome
- F Phimosi
- G Origine médicamenteuse

Question 11 – QCM

Que faudra-t-il prévoir sur le plan thérapeutique sachant que vous avez mis en évidence par votre bilan une hypertrophie prostatique dont le volume est d'environ 45 cc : quelle(s) est (sont) la (les) possibilité(s) de traitement ?

- A Phytothérapie
- B Traitement anti-inflammatoire
- C Antibiothérapie par fluoroquinolones
- D Incision cervicoprostatique
- E Traitement alphabloquant
- F Inhibiteurs de la 5 α -réductase
- G Résection endoscopique de prostate
- H Adénomectomie transvésicale (par voie haute)

Question 12 – QCM

Le patient accepte la résection endo-urétrale de la prostate. Quelles en sont les complications chroniques (ou séquelles) dont vous devez prévenir le patient ?

- A Hypotension
- B Vertiges
- C Tendinite
- D Hématurie
- E Prostatite
- F Éjaculation rétrograde
- G Sténose urétrale
- H Sténose urétérale

Question 13 – QCM

Si le volume prostatique avait été de 100 cc, quel(s) traitement(s) auriez-vous choisi ?

- A Phytothérapie
- B Traitement anti-inflammatoire
- C Antibiothérapie par fluoroquinolones
- D Incision cervicoprostatique
- E Traitement alphabloquant
- F Inhibiteurs de la 5 α -réductase
- G Résection endoscopique de prostate
- H Adénomectomie transvésicale (par voie haute)

Question 14 – QCM

Le patient a bénéficié d'une résection endoscopique et les suites immédiates ont été simples. Le patient vous consulte à nouveau 1 an plus tard car il est obligé de pousser pour uriner depuis quelques semaines et cela l'inquiète. Que faites-vous ?

- A Vous le rassurez car c'est habituel après ce type d'intervention
- B Vous le rassurez car comme il a été opéré de son hypertrophie prostatique, il ne peut y avoir d'obstacle sous-vésical

- C Vous pensez qu'il n'y a aucun rapport avec son intervention précédente
- D Vous pensez que cela peut être en rapport avec une complication de l'intervention initiale
- E Vous pensez que c'est probablement une étiologie infectieuse

Question 15 – QCM

Sur le plan pratique :

- A Aucun examen n'est nécessaire
- B Vous demandez un ECBU
- C Vous demandez un uroscanner
- D Vous demandez une débitmétrie avec mesure de résidu postmictionnel
- E Vous pratiquez une fibroscopie uréthro-vésicale

Cas clinique 42++

Un homme de 67 ans est adressé en 2014 aux urgences par son médecin traitant pour altération de l'état général brutale (2–3 jours), douleurs abdominales et sang au toucher rectal. On note dans les antécédents :

- urologiques : coliques néphrétiques sur maladie lithiasique en 1985 et 1987 et 2004, dernier PSA dosé à 2 ng/ml en 2007 avec alors toucher rectal normal ;
- chirurgicaux : glaucome chronique bilatéral opéré en 1980, chirurgie de la cataracte OG en 2011 ;
- médicaux : AVC ischémique en 2007, lombosciatique L5-S1 gauche, rachialgies chroniques, vitiligo, zona en 1990.

Son traitement médical actuel est le suivant : Forlax®, Coversyl® 5 mg, clopidogrel. Aux urgences, on note : un patient confus à son arrivée, se plaignant essentiellement de douleurs abdominales sus-pubiennes, de dysurie, pas de nausée, pas de vomissement. À l'examen clinique initial, on note : une désorientation temporo-spatiale, T = 37,7 °C, TA = 154/81 mm Hg, FC = 93, Hémocue® = 13 g/dl, une matité sus-pubienne remontant jusqu'à l'ombilic, douloureuse à la palpation et à la percussion, des bruits hydroaériques ; au toucher rectal, une HBP de 90 cc non douloureuse souple, des hémorroïdes internes.

Question 1 – QROC

Quel geste technique réalisez-vous en 1^{re} intention pour soulager le patient ?

Question 2 – QROC

Quel examen paraclinique demandez-vous immédiatement après le drainage ?

Question 3 – QROC

Le bilan biologique montre : hémoglobine : 13,8 g/dl ; GB : 14,4 giga/l ; fibrinogène : 4,82 UI ; créatininémie : 567 μ mol/l ; urée : 37,1 mmol/l ; natrémie : 143 mmol/l ; kaliémie : 4,4 mmol/l ; bilan hépatique sans particularité.

Quel sera l'impact de ces résultats sur votre prescription médicale ?

Question 4 – QCM

Le drainage effectué en deux temps permet d'évacuer 1,2 litre d'urines claires. Vous craignez un syndrome de levée d'obstacle. Celui-ci a pour mécanisme :

- A** Le rôle osmotique du glucose
- B** Le rôle osmotique de l'urée
- C** Une tubulopathie fonctionnelle
- D** Un syndrome glomérulaire
- E** Une incapacité transitoire de concentration des urines

Question 5 – QCM

Quel type de réhydratation choisissez-vous ?

- A** Réhydratation orale exclusive
- B** Perfusion de sérum salé 1,5 l/24 heures + compensation volume/volume au-dessus de 600 cc/4 heures
- C** Perfusion de G5 % multi-ionique (6 g NaCl/l, 2 g KCl/l) 1,5 l/24 heures + compensation volume/volume au-dessus de 600 cc/4 heures
- D** Perfusion de G5 % multi-ionique (4 g NaCl/l, 2 g KCl/l) 1,5 l/24 heures + compensation volume/volume au-dessus de 600 cc/4 heures
- E** Perfusion de G5 % multi-ionique (4 g NaCl/l, 2 g KCl/l) 3 l/24 heures

Question 6 – QCM

La famille du patient est inquiète après que vous lui avez donné les résultats de la fonction rénale. Que lui dites-vous ?

- A** Que la fonction rénale s'améliore habituellement en quelques semaines
- B** Que la fonction rénale s'améliore habituellement en quelques mois
- C** Que la fonction rénale s'améliore habituellement en quelques jours
- D** Qu'on ne peut pas se prononcer sur l'avenir de la fonction rénale
- E** Que le pronostic dépend de la réponse à l'hémodialyse
- F** Qu'habituellement l'insuffisance rénale est définitive

Question 7 – QCM

L'évolution de la créatininémie est la suivante : créatininémie à J1 de la pose de SAD : 293 $\mu\text{mol/l}$; urée : 33 mmol/l ; syndrome de levée d'obstacle avec 4 l de diurèse/24 heures; kaliémie normale. L'échographie rénale montre une persistance de la dilatation pyélocaliciale observée à l'entrée, bien qu'à un degré moindre. Quelle est votre attitude ?

- A** Vous posez un cathéter sus-pubien pour améliorer le drainage vésical
- B** Vous posez une sonde de néphrostomie unilatérale du côté le plus dilaté pour diminuer le retentissement sur le haut appareil urinaire
- C** Vous posez une sonde de néphrostomie bilatérale car le retentissement sur le haut appareil est habituellement symétrique
- D** Vous posez une sonde double J unilatérale du côté le plus dilaté pour diminuer le retentissement sur le haut appareil urinaire

- E** Vous posez une sonde double J bilatérale car le retentissement sur le haut appareil est habituellement symétrique
- F** Vous ne faites rien de plus que de réhydrater le patient malgré la dilatation pyélocaliciale

Question 8 – QCM

La suite de l'évolution est la suivante : créatininémie à J2 de la pose de SAD : 70 $\mu\text{mol/l}$; urée : 18,6 mmol/l ; kaliémie normale. Que faites-vous pour la suite ?

- A** Vous demandez une consultation d'anesthésie en vue d'un traitement chirurgical futur
- B** Vous prescrivez un alphabloquant en vue de retirer la sonde et tenter une reprise des mictions
- C** Vous proposez au patient comme attitude possible : de retirer la sonde et tenter une reprise des mictions sous couvert de traitement médical
- D** Vous proposez au patient comme attitude possible : une surveillance simple si le patient reprend des mictions
- E** Vous proposez au patient comme attitude possible : de retirer la sonde et tenter une reprise des mictions et un traitement chirurgical secondairement même s'il reprend des mictions
- F** Vous proposez au patient comme attitude possible : un traitement chirurgical d'emblée

Question 9 – QCM

Le malade préférerait éviter le traitement chirurgical et vous demande quels sont en général les résultats possibles de l'ablation de la sonde avec tentative de reprise des mictions sous couvert de traitement médical.

- A** Habituellement peu de malades se remettent en rétention dans les suites
- B** Habituellement une majorité de patients se remettent en rétention dans les suites
- C** Habituellement le risque de récurrence de rétention est d'environ 1 sur 3
- D** Habituellement le risque de récurrence de rétention est d'environ 1 sur 2
- E** Chez ce patient particulier, le risque de récurrence de rétention est élevé car le globe vésical était important

Question 10 – QCM

À l'ablation de la sonde vésicale, il n'y a pas de reprise des mictions; le patient est resondé. Les anesthésistes sont d'accord pour envisager un geste chirurgical. Lequel vous paraît le plus adapté ?

- A** Résection endoscopique de prostate
- B** Prostatectomie totale
- C** Adénomectomie par voie haute
- D** Mono-incision cervicoprostatique
- E** Double incision cervicoprostatique

Question 11 – QCM

Le malade vous demande quelles sont les complications possibles de l'intervention. Que lui répondez-vous ?

- A** TURP-syndrome
- B** Réabsorption peropératoire de liquide d'irrigation dans la circulation générale
- C** Anéjaculation

- D Éjaculation rétrograde
- E Dysfonction érectile
- F Incontinence urinaire

Question 12 – QCM

Le malade est opéré; les suites sont simples sur le plan chirurgical, mais il ne reprend pas ses mictions à l'ablation de la sonde. À quoi peut-on attribuer très probablement ce résultat fonctionnel ?

- A Cause iatrogène médicamenteuse
- B Importance du globe vésical initial
- C Syndrome de levée d'obstacle
- D Insuffisance rénale initiale
- E Claquage vésical initial
- F Troubles de la contractilité vésicale

Question 13 – QCM

Le malade reprend des mictions à 3 semaines de l'opération. Vous le revoyez en consultation 3 mois plus tard pour une consultation de suivi. Que recherchez-vous à l'interrogatoire ?

- A Pollakiurie
- B Dysurie
- C Impériosités mictionnelles
- D Fuites urinaires
- E Brûlures mictionnelles
- F Hématurie

Question 14 – QCM

Le malade n'a plus de trouble mictionnel et vous demande s'il faut prévoir un suivi sur le plan prostatique, notamment pour le dépistage du cancer de la prostate. Que lui répondez-vous ?

- A Qu'il a moins de 10 ans d'espérance de vie à son âge et qu'il n'y a pas d'intérêt à dépister ce cancer
- B Qu'il n'y a pas d'intérêt à dépister ce cancer s'il n'a pas d'antécédent familial de ce cancer
- C Qu'on peut réaliser un dosage du PSA et un toucher rectal annuellement jusqu'à 75 ans
- D Qu'il sera convoqué par la Sécurité sociale pour un dépistage de masse de cette affection par dosage du PSA
- E Qu'il sera convoqué par la Sécurité sociale pour un dépistage de masse de cette affection par dosage du PSA et toucher rectal

Question 15 – QCM

Il vous demande si le toucher rectal est vraiment nécessaire pour le diagnostic de cancer de la prostate. Que lui répondez-vous ?

- A Qu'il sert à confirmer l'indication de biopsies prostatiques lorsque le PSA est augmenté
- B Qu'il fait partie du bilan systématique sans réel intérêt
- C Qu'il permet de dépister des cancers à PSA normal
- D Que dans environ 10 % des cas le PSA peut être normal en cas de cancer de la prostate et qu'alors seul le toucher rectal permet d'évoquer le diagnostic
- E Qu'un nodule perçu au toucher rectal est en rapport avec un cancer dans environ 30 % des cas

Cas clinique 43++

Mme D., 32 ans, consulte pour des fuites urinaires et une pollakiurie. Elle a comme antécédents un tabagisme actif et une appendicectomie dans l'enfance. Elle a un suivi gynécologique régulier, est porteuse d'un stérilet. Elle travaille pour une chaîne de télévision locale. Vous reprenez son interrogatoire : elle ne peut pas se retenir quand elle veut uriner ou est obligée de se dépêcher pour éviter la fuite.

Question 1 – QCM

Concernant cette incontinence urinaire, il s'agit probablement :

- A D'une incontinence urinaire par regorgement
- B D'une incontinence urinaire par urgenturie
- C D'une incontinence urinaire par hypermobilité urétrale
- D D'une fistule vésico-vaginale
- E D'une énurésie

Question 2 – QROC

Quel test connaissez-vous pour quantifier l'importance des fuites d'urines ?

Question 3 – QROC

Quel syndrome est caractérisé par l'association pollakiurie-urgenturie et parfois nycturie et des fuites d'urine ?

Question 4 – QCM

Devant la survenue d'une incontinence urinaire brutale associée à des urgenturies, quel examen demandez-vous en première intention ?

- A Une urétrocystographie rétrograde.
- B Un examen cytot bactériologique des urines
- C Un bilan urodynamique
- D Un calendrier mictionnel
- E Une débitmétrie mictionnelle

Question 5 – QCM

Mme D. vous indique avoir eu deux épisodes récents d'une hématurie macroscopique. Dans le contexte, vous évoquez :

- A Une tumeur vésicale
- B Une infection urinaire
- C Une salpingite
- D Un corps étranger intravésical
- E Une lithiase rénale

Question 6 – QCM

L'ECBU réalisé question 4 est stérile. On retrouve en revanche une leucocyturie et une hématurie microscopique. Quel examen paraclinique demandez-vous ?

- A Une fibroscopie uréthrovésicale
- B Un compte d'Addis
- C Une uro-TDM
- D Un bilan d'hémostase
- E Un frottis utérin

Question 7 – QCM

L'examen est normal et vous prescrivez un anticholinergique.

Trois mois plus tard, vous revoyez Mme D. pour juger de l'efficacité du traitement instauré. Elle vous décrit l'apparition d'épisodes de diminution de la vision à

trois reprises pendant quelques heures. Son hyperactivité vésicale s'est un peu améliorée grâce au traitement prescrit. En reprenant son interrogatoire, elle vous décrit également des fourmillements dans la jambe droite quelques semaines auparavant.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

- A Un accident vasculaire cérébral
- B Des épisodes d'hypoglycémie
- C Un effet indésirable du traitement
- D Une polyradiculonévrite
- E Une NORB

Question 8 – QCM

En cas de NORB, le fond d'œil pourrait montrer :

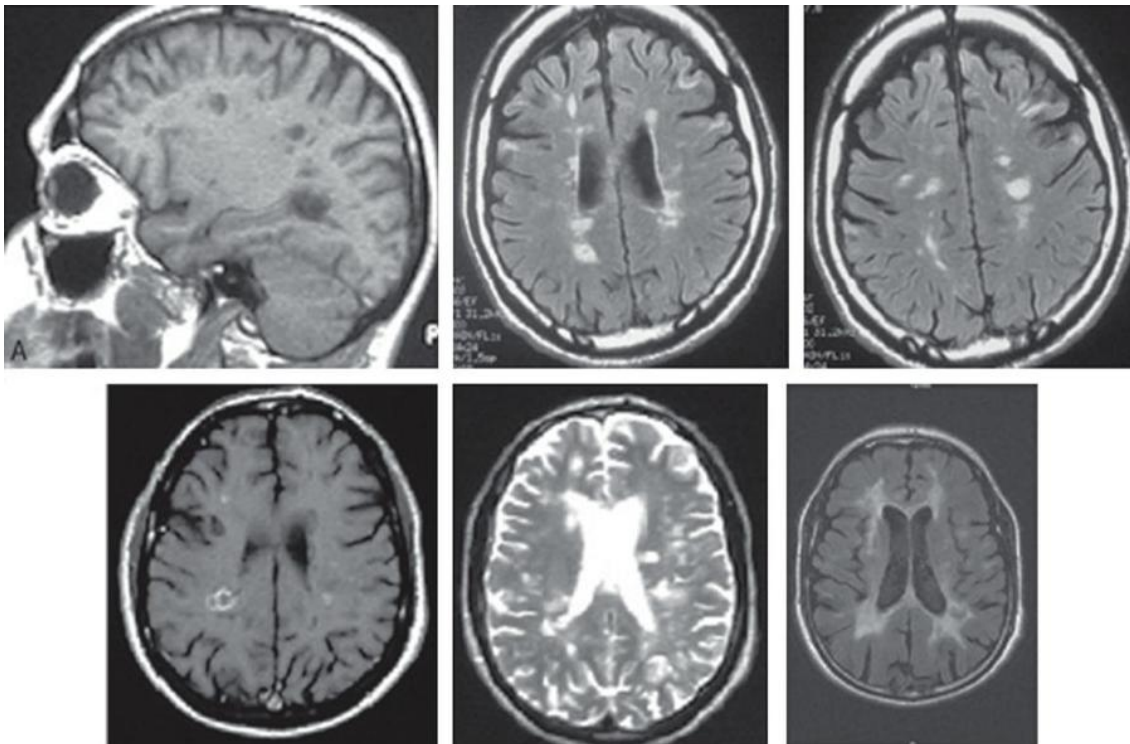
- A Un œdème papillaire

- B Un fond d'œil normal
- C Une anomalie maculaire
- D Une dyschromatopsie
- E Une uvéite postérieure

Question 9 – QCM

Interprétez cet examen :

- A Imagerie par résonance magnétique nucléaire en T1 avec injection de gadolinium et en T2
- B TDM cérébrale avec injection en coupes horizontales
- C Hypersignal périventriculaire et cortical
- D Hématome sous-dural
- E Atrophie corticale



Question 10 – QCM

Le diagnostic de sclérose en plaques est posé. Quels sont les examens indispensables à réaliser pour évaluer ses symptômes du bas appareil urinaire ?

- A Une évaluation de la fonction rénale
- B Un bilan urodynamique
- C Une uro-TDM
- D Une mesure du résidu postmictionnel par échographie
- E Une IRM pelvienne

Question 11 – QCM

Quels symptômes du bas appareil urinaire peuvent survenir en cas de sclérose en plaques ?

- A Dysurie
- B Pollakiurie
- C Incontinence urinaire
- D Rétention urinaire chronique
- E Hématurie

Cas clinique 44+

Monsieur Yves T., 62 ans, jeune retraité, vous est adressé par son médecin traitant pour dysurie et pollakiurie. Il a comme principal antécédent une hyperuricémie, une HTA traitée et un surpoids (110 kg pour 1,90 m).

Question 1 – QCM

Quelle(s) peu(ven)t être la(les) cause(s) de ses symptômes du bas appareil urinaire ?

- A** Le diabète
- B** L'hyperuricémie
- C** Une polyurie
- D** Une infection urinaire
- E** Une hyperplasie bénigne de la prostate

Question 2 – QROC

Quel outil permet de faire le diagnostic de polyurie ?

Question 3 – QROC

La lecture de ce dernier affirme le diagnostic de syndrome polyuro-polydipsique. Quels sont les deux examens que vous réalisez en première intention pour rechercher la cause de ce syndrome ?

Question 4 – QCM

La glycémie à jeun de votre patient est de 1,43 g/l. Quelles sont vos propositions diagnostiques ?

- A** Diabète insipide
- B** Diabète de type 2
- C** Diabète de type 1
- D** Acidocétose
- E** Hyperglycémie

Question 5 – QCM

Quelles anomalies auraient pu vous orienter vers ce diagnostic ?

- A** Une balanite
- B** Une dyslipidémie
- C** Une cétonurie
- D** Des antécédents familiaux
- E** Un IMC > 20 kg/m²

Question 6 – QCM

Le patient est surtout inquiet pour sa situation mictionnelle. Quels examens paracliniques prescrivez-vous en première intention ?

- A** Une uro-TDM
- B** Une débitmétrie mictionnelle
- C** Un examen cytot bactériologique des urines
- D** Une cystographie rétrograde
- E** Une créatininémie

Question 7 – QROC

La dysurie est confirmée. Quels peuvent en être les deux mécanismes physiopathologiques ?

Question 8 – QCM

La prostate a un volume de 35 cm³. Le score IPSS est de 12/35. Vous pouvez proposer :

- A** Une abstention thérapeutique
- B** Un traitement alphabloquant
- C** Un traitement chirurgical endoscopique
- D** Un traitement par phytothérapie
- E** Une équilibration de sa glycémie

Question 9 – QCM

Un traitement a été instauré et le patient est soulagé. Il a en revanche une douleur lombaire droite depuis 2 jours, d'installation rapidement progressive, sans fièvre. Vous évoquez :

- A** Une lombalgie
- B** Une colique néphrétique
- C** Une prostatite
- D** Une appendicite
- E** Une rétention urinaire chronique

Question 10 – QROC

La tomодensitométrie sans injection de produit de contraste montre une lithiase urétérale droite de 6 mm, d'une densité de 350 UH.

Quelle est la constitution principale probable de cette lithiase ?

Cas clinique 45+

Monsieur R., âgé de 61 ans, se présente aux urgences pour une douleur sus-pubienne avec impossibilité d'uriner depuis plus de 6 heures. Ce patient est traité pour une HTA par amlodipine. Il avait déjà eu des difficultés pour uriner il y a quelques mois, de résolution spontanée.

Question 1 – QCM

Parmi les diagnostics suivants, lequel (lesquels) peut (peuvent) être évoqué(s) pour expliquer la symptomatologie ?

- A** Colique néphrétique gauche
- B** Prostatite aiguë
- C** Rétention aiguë d'urine
- D** Occlusion intestinale
- E** Hernie inguinale étranglée

Question 2 – QROC

À l'examen clinique, que recherchez-vous particulièrement ?

Question 3 – QROC

En présence d'un globe vésical et en l'absence de fièvre, quelle prise en charge proposez-vous immédiatement ?

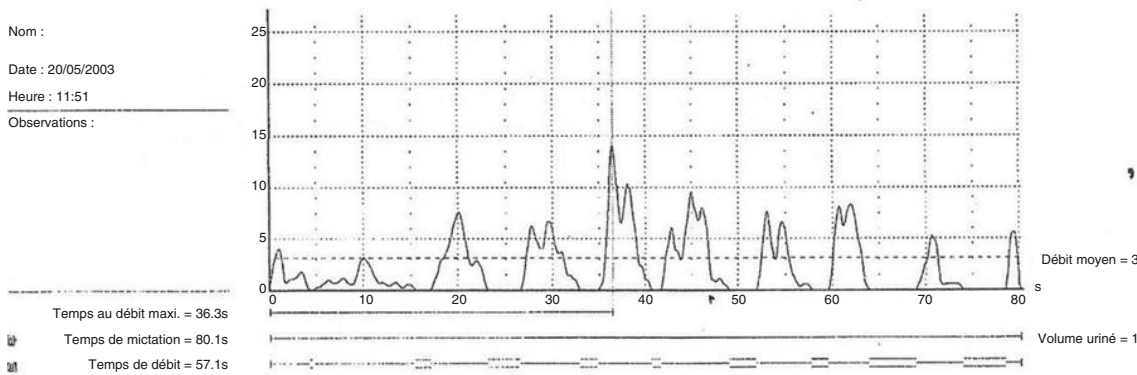
Question 4 – QCM

Vous revoyez votre patient en consultation. Le sevrage de la sonde a été réalisé après 72 heures de traitement par alphabloquants.

Une débitmétrie est réalisée :

Volume uriné = 170 ml, temps de miction : 80 s, débit moyen = 3,1 ml/s.

QUESTION 1 : Vous réalisez cet examen à la consultation pour orienter votre diagnostic.



Quelle en est votre interprétation ?

- A** Miction normale
- B** Dysurie
- C** Pollakiurie
- D** Temps de miction prolongé
- E** Débit urinaire faible

Question 5 – QROC

Le patient présente à l'interrogatoire une faiblesse du jet et une difficulté d'initiation de la miction. Son score IPSS est de 12/35. À l'examen clinique, son volume prostatique est estimé à 50 ml. La prostate est souple, symétrique, indolore. Définissez le symptôme principal du bas appareil urinaire chez ce patient et sa cause.

Question 6 – QCM

Quelles familles thérapeutiques sont en théorie utilisables chez ce patient ?

- A** Alphabloquant
- B** Inhibiteur de la 5 α -réductase
- C** Diurétique
- D** Phytothérapie
- E** Anticholinergique

Question 7 – QCM

Quel est le bilan recommandé en 1^{re} intention en cas d'indication opératoire ?

- A** Un toucher rectal
- B** Un bilan urodynamique
- C** Un examen cytot bactériologique des urines
- D** Une UIV
- E** Une créatininémie

Question 8 – QROC

Le traitement alphabloquant reçu par le patient est de la tamsulosine. Quel est le principal effet secondaire urologique dont il faut informer le patient ?

Question 9 – QCM

Quelles sont les raisons impliquant un traitement chirurgical premier ?

- A** Calcul de la vessie.
- B** Infections urinaires récidivantes

- C** Résidu postmictionnel
- D** Insuffisance rénale obstructive
- E** Hématuries macroscopiques récidivantes

Question 10 – QCM

Finalement, vous décidez de réaliser un traitement par résection endo-urétrale.

L'anesthésiste convient avec votre patient de réaliser une rachianesthésie. Après 1 heure et demie d'intervention, l'anesthésiste vous signale que votre patient décrit un épisode de baisse visuelle fugace ? Quel(s) est (sont) votre (vos) diagnostic(s) ?

- A** Trouble du rythme
- B** Amaurose en rapport à un *TURP-syndrome*
- C** Accident ischémique transitoire
- D** Hyperkaliémie
- E** Hypophosphatémie

Cas clinique 46+

Madame N., 57 ans, ancienne agricultrice, consulte pour des fuites urinaires invalidantes survenant en dehors de tout effort. Elle a des mictions fréquentes, des envies impérieuses d'uriner, parfois accompagnées de fuites, majorées notamment quand elle rentre chez elle. Elle a un suivi gynécologique régulier, est G3P2, ménopausée depuis 2 ans, sans THS. Elle fume 10 cigarettes par jour. Elle a eu deux épisodes d'infection urinaire non fébriles l'année dernière. Elle est traitée par Lévothyrox® et Kardégic®. Elle a du mal à estimer ses apports hydriques quotidiens, mais met un point d'honneur à vider au moins une bouteille d'eau de 1,5 l une fois par jour « pour maigrir ».

Question 1 – QCM

La symptomatologie décrite correspond à :

- A** Une dysurie
- B** Une incontinence urinaire par hyperactivité vésicale
- C** Une pollakiurie
- D** Une incontinence urinaire par hypermobilité urétrale
- E** Une pyélonéphrite

Question 2 – QROC

Quel examen devez-vous réaliser en cas d'apparition rapide de cette urgenturie ou d'une pollakiurie ?

Question 3 – QCM

L'examen cyto bactériologique des urines montre des urines stériles et une hématurie microscopique. Dans le contexte, quel(s) examen(s) réalisez-vous ?

- A** Une échographie réno-vésicale
- B** Une IRM dynamique pelvienne
- C** Une fibroscopie uréthro-vésicale
- D** Une radiographie thoracique
- E** Un recueil d'urine pour étude cytologique

Question 4 – QCM

Le bilan réalisé est normal. Il n'y a pas de résidu postmictionnel. Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

- A** Des condylomes génitaux
- B** Un prolapsus urogénital
- C** Un fécalome
- D** Des troubles de la sensibilité périnéale
- E** Des fuites d'urine à la toux

Question 5 – QCM

Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) favorisant une incontinence par hyperactivité vésicale ?

- A** L'infection urinaire
- B** Le cancer du rein
- C** Le diabète
- D** La colopathie fonctionnelle
- E** La maladie de Lapeyronie

Question 6 – QROC

Comment pouvez-vous quantifier objectivement l'incontinence ?

Question 7 – QCM

Parmi les règles hygiéno-diététiques suivantes, lesquelles lui indiquez-vous ?

- A** Arrêt du tabac
- B** Diminution des apports hydriques
- C** Diminution de la prise de café
- D** Régularisation du transit
- E** Prendre des dérivés de canneberge

Question 8 – QCM

Les règles hygiéno-diététiques bien suivies n'ont pas été efficaces. Quel(s) type(s) de traitement(s) médicamenteux proposez-vous ?

- A** Alphabloquant
- B** Anticholinergique
- C** Hormonothérapie locale
- D** Hormonothérapie antidiurétique
- E** Fluoroquinolone

Question 9 – QCM

Quel(s) est(sont) l'(es) effet(s) secondaire(s) possible(s) des anticholinergiques ?

- A** Larmolement
- B** Sécheresse buccale
- C** Photosensibilisation
- D** Diarrhée
- E** Troubles de la mémoire

Cas clinique 47+

Mme Brigitte S., 49 ans, consulte pour des fuites urinaires. Elle a comme principal antécédent une hypothyroïdie traitée depuis 2 ans, des infections urinaires (deux par an). Elle est archiviste, n'a pas de suivi gynécologique régulier et est G2P2. Elle n'a pas de difficulté à uriner ; elle perd des urines lors du port de ses cartons au travail et pendant ses cours de tennis. Elle ne doit pas se dépêcher quand elle a envie d'uriner. Elle ne se lève pas la nuit.

Question 1 – QCM

Quels sont les symptômes du bas appareil urinaire décrits par la patiente ?

- A** Une incontinence urinaire par urgenturie
- B** Une pollakiurie
- C** Une nycturie
- D** Une incontinence urinaire à l'effort
- E** Une polyurie

Question 2 – QCM

Devant ce symptôme, que recherchez-vous à l'examen clinique ?

- A** Une hypermobilité du col vésical
- B** Un trouble neurologique périnéal
- C** Une manœuvre de Bonney positive
- D** Un signe de Chevassu
- E** Un testing des releveurs diminué

Question 3 – QCM

Quels sont les facteurs de risque de ce type d'incontinence que vous retiendriez chez elle ?

- A** Le tabac
- B** Les infections urinaires
- C** Les antécédents gynéco-obstétricaux
- D** L'hypothyroïdie
- E** L'âge

Question 4 – QROC

Quel est le traitement de première ligne de ce type d'incontinence urinaire ?

Question 5 – QROC

Ce traitement bien conduit est un échec et vous envisagez un traitement chirurgical.

Quels examens paracliniques préopératoires prescrivez-vous, en dehors du bilan biologique demandé par l'anesthésiste ?

Question 6 – QROC

Six mois après l'opération chirurgicale, elle a un écoulement vaginal nauséabond : vous voyez la bandelette à travers une ouverture du vagin et vous voyez sourdre un liquide blanchâtre en appuyant dessus. Quelle complication évoquez-vous ?

Question 7 – QROC

Comment caractérisez-vous cette infection ?

Question 8 – QCM

Les germes le plus fréquemment rencontrés dans cette situation sont :

- A** *Escherichia coli*

- B *Clostridium perfringens*
- C *Staphylococcus aureus*
- D *Pseudomonas aeruginosa*
- E *Proteus mirabilis*

Question 9 – QROC

Quel est le délai pour pouvoir définir ainsi cette complication ?

Question 10 – QROC

Quel type de déclaration devez-vous faire ?

Cas clinique 48++

Monsieur F., 65 ans, se présente à votre consultation pour un tremblement de repos et une bradykinésie d'apparition progressive. Il n'a pas d'antécédent particulier et ne prend pas de traitement.

Question 1 – QCM

Quels sont les diagnostics que vous évoquez ?

- A Une maladie de Wilson
- B Une maladie de Parkinson
- C Une dégénérescence cortico-basale
- D Une sclérose en plaques
- E Une intoxication médicamenteuse

Question 2 – QCM

Le diagnostic de maladie de Parkinson est établi. La supplémentation dopaminergique par L-dopa est efficace sur la symptomatologie motrice. Il indique cependant avoir des envies fréquentes d'uriner, parfois accompagnées de fuites d'urines.

Quels sont les symptômes urinaires décrits ici ?

- A Une dysurie
- B Une pollakiurie
- C Une urgenturie
- D Une incontinence urinaire
- E Une nycturie

Question 3 – QROC

Quel outil utilisez-vous pour confirmer les dires du patient ?

Question 4 – QROC

Le patient avoue un tabagisme de 30 paquets année. Quel examen complémentaire allez-vous proposer de première intention après avoir vérifié la stérilité des urines ?

Question 5 – QROC

La cystoscopie visualise deux lobes prostatiques hypertrophiés, une vessie trabéculaire avec un diverti-

cule, mais pas de lésions tumorales ni de plages suspectes. En revanche, les cytologies urinaires réalisées suspectent un carcinome urothélial. Quel examen complémentaire prescrivez-vous ?

Question 6 – QROC

Comment expliquez-vous l'aspect endoscopique de la vessie ?

Question 7 – QCM

Finalement, la pathologie néoplasique urothéliale est éliminée, la cytologie recontrôlée à plusieurs reprises étant normale par ailleurs. Le patient vous indique que depuis la prise de solifénacine, il est obligé de pousser pour uriner. Dans le contexte, quel mécanisme physiopathologique suspectez-vous en premier ?

- A Une oligurie
- B Une hypertonie sphinctérienne
- C Une majoration de l'hyperplasie bénigne de la prostate
- D Un défaut de relaxation prostatique
- E Une diminution de la contractilité vésicale

Question 8 – QROC

Quel est le risque principal d'ajouter chez ce patient un traitement alphabloquant ?

Question 9 – QCM

Selon vous, quelle peut être l'origine des symptômes du bas appareil urinaire de ce patient ?

- A La maladie de Parkinson
- B Un cancer de vessie
- C Une hyperplasie bénigne de la prostate
- D Une lithiase de l'uretère iliaque
- E Une sténose de l'urètre

Question 10 – QROC

L'origine prostatique paraissant prédominante et devant la survenue d'une rétention aiguë d'urine, une résection trans-urétrale de prostate a été pratiquée. Une semaine après l'intervention chirurgicale, le patient a de la fièvre et des brûlures mictionnelles ? Son ECBU montre :

- leucocytes : $10^4/ml$;
- germes : $10^4/ml$ type *Klebsiella oxytoca*.

Quel est votre diagnostic ?

Question 11 – QROC

Quel est le délai postopératoire définissant le caractère nosocomial d'une infection ?

This page intentionally left blank

QCM 1

Parmi les propositions suivantes, quels sont les différents sous-types histologiques de carcinome à cellules rénales ?

- A** Carcinome à petites cellules
- B** Carcinome papillaire
- C** Carcinome chromophile
- D** Carcinome urothélial
- E** Carcinome à cellules claires
- F** Carcinome de Bellini
- G** Carcinome épidermoïde

QCM 2

Parmi les propositions suivantes, quels symptômes font partie de la triade classique parfois révélatrice d'un carcinome à cellules rénales ?

- A** Fièvre
- B** Hématurie macroscopique
- C** Varicocèle
- D** Contact lombaire
- E** Altération de l'état général
- F** Douleur lombaire
- G** Masse abdominale palpable

QCM 3

Lors de la découverte d'une tumeur rénale, le bilan paraclinique doit systématiquement comprendre :

- A** Un scanner thoraco-abdomino-pelvien
- B** Une biopsie rénale
- C** Une IRM abdominopelvienne
- D** Une créatininémie
- E** Une scintigraphie osseuse
- F** Un scanner cérébral
- G** Un PET-scan

QCM 4

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les indications de biopsie tumorale dans le cadre de la découverte d'une tumeur rénale polaire supérieure gauche ?

- A** En cas de tumeur rénale métastatique pulmonaire
- B** En cas d'antécédent de cancer extrarénal connu
- C** En cas de doute diagnostique
- D** En cas de tumeur rénale unique localisée > 7 cm chez un patient jeune

- E** En cas de tumeur rénale métastatique osseuse
- F** En cas de tumeur rénale localisée chez un patient âgé

QCM 5

Parmi les propositions suivantes, quels sont les trois facteurs pronostiques reconnus d'un carcinome à cellules rénales ?

- A** Le stade de Fuhrman
- B** L'anémie
- C** La nécrose tumorale
- D** Le stade tumoral
- E** L'altération de l'état général
- F** L'hypercalcémie
- G** La présence d'une composante sarcomatoïde

QCM 6

Les différents traitements standards et options thérapeutiques envisageables pour le traitement d'un carcinome à cellules rénales de 3 cm exophytique de la lèvre antérieure du rein, avec bilan d'extension négatif sont :

- A** La néphrectomie partielle
- B** La cryothérapie
- C** Les antiangiogéniques
- D** La néphrectomie élargie
- E** La radiothérapie
- F** La radiofréquence

QCM 7

Parmi les propositions suivantes, quel(s) traitement(s) peut (peuvent) être indiqué(s) dans la prise en charge d'un carcinome rénal à cellules claires métastatique ?

- A** La chimiothérapie
- B** La radiothérapie
- C** Les antiangiogéniques
- D** L'hormonothérapie
- E** La cryothérapie

QCM 8

Parmi les propositions suivantes, lesquelles constituent certaines étapes communes de la formation des calculs urinaires ?

- A** Sursaturation
- B** Nucléation

- C Alcalinisation
- D Démargination
- E Agrégation

QCM 9

Les trois types de calculs urinaires les plus fréquents sont constitués de :

- A Phosphate de calcium
- B Cystine
- C Phosphate ammoniaco-magnésien
- D Oxalate de calcium
- E Acide urique

QCM 10

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des facteurs favorisant la formation de calculs urinaires ?

- A Anomalies du pH urinaire
- B Tabagisme actif
- C Syndrome de la jonction pyélo-urétéral
- D Diabète mal équilibré
- E Infections urinaires
- F Traitement par indinavir (Crixivan®)
- G Rein en fer à cheval
- H Éthylisme chronique
- I Traitement par enalapril (Renitec®)

QCM 11

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des examens paracliniques à réaliser dans le cadre du bilan étiologique d'une maladie lithiasique ?

- A Spectrophotométrie infrarouge
- B Fibroscopie vésicale
- C ECBU
- D Ionogramme sanguin
- E Bilan hépatique
- F pH urinaire
- G Ionogramme urinaire
- H Uroscanner
- I Cristallurie
- J Bilan lipidique

QCM 12

Aux urgences, le traitement médical initial d'une crise de colique néphrétique non compliquée chez un patient diabétique doit comprendre :

- A Paracétamol (Paracétamol®)
- B Kétoprofène (Profenid®)
- C Hyperhydratation
- D Titration morphinique
- E Phloroglucinol (Spasfon®)
- F Tramadol (Topalgic®)

QCM 13

Les différentes options thérapeutiques envisageables pour le traitement chirurgical d'un calcul

rénal gauche radio-opaque de 1,6 cm symptomatique sont :

- A Urétéroscopie souple
- B Néphrolithotomie percutanée
- C Abstention thérapeutique
- D Urétéroscopie rigide
- E Lithotritie extracorporelle

QCM 14

Le bilan paraclinique de première intention à réaliser chez un homme de 66 ans en cas de suspicion d'un déficit androgénique lié à l'âge doit comprendre un dosage de la :

- A Testostérone biodisponible
- B LH et FSH
- C Testostérone totale
- D Prolactine
- E TSH
- F Testostérone libre

QCM 15

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les principales contre-indications absolues du traitement hormonal substitutif par testostérone prescrit chez l'homme dans le cadre d'un déficit androgénique lié à l'âge ?

- A Polyglobulie
- B Cancer de la prostate
- C Syndrome d'apnées du sommeil
- D Diabète
- E Cancer du sein
- F Antécédent personnel de condamnation pour délinquance sexuelle
- G Glaucome chronique
- H Cancer du testicule

QCM 16

Quels sont les principes du traitement d'une urétrite non compliquée ?

- A Traitement antibiotique monodose probabiliste
- B Traitement intraveineux en milieu hospitalier
- C Sondage vésical jusqu'à la guérison
- D Abstinence ou port de préservatifs jusqu'à la guérison
- E Déclaration obligatoire à l'InVS
- F Dépistage et traitement des partenaires
- G Dépistage systématique des autres IST

QCM 17

Quels sont les éléments cliniques en faveur d'une orchio-épididymite aiguë ?

- A Un début brutal avec une douleur directement à son acmé
- B Une fièvre associée
- C La palpation d'un nodule dur testiculaire non douloureux

- D Une bourse douloureuse et augmentée de volume
- E Une notion d'IST
- F L'aggravation de la douleur par le soulèvement du testicule
- G Une notion de traumatisme testiculaire récent
- H Une douleur exquise au toucher rectal

QCM 18

Quels éléments peuvent avoir un impact sur votre traitement en cas d'orchi-épididymite aiguë non compliquée ?

- A L'âge du patient
- B Le dosage plasmatique de PSA
- C L'échographie testiculaire
- D L'existence d'un écoulement urétral
- E L'existence d'une hydrocèle homolatérale associée
- F Une prise de stupéfiants
- G Une atteinte bilatérale
- H Les résultats de l'ECBU

QCM 19

Quelles sont les complications éventuelles des biopsies prostatiques ?

- A Infertilité secondaire
- B Augmentation du PSA
- C Rétention aiguë d'urine
- D Prostatite aiguë
- E Occlusion intestinale aiguë
- F Hématurie
- G Incontinence urinaire d'effort

QCM 20

Quels éléments pourront fournir les biopsies prostatiques ?

- A Le score histopronostique de Gleason
- B Le risque de progression selon la classification de D'Amico
- C L'existence d'une extension ganglionnaire
- D Le franchissement de la capsule prostatique
- E L'envahissement des canaux déférents

QCM 21

Le toucher rectal d'un patient ayant un cancer de prostate peut retrouver :

- A Une prostate lisse et régulière
- B Un nodule dur sur un des lobes prostatiques
- C Une prostate douloureuse dans son ensemble
- D Un lobe prostatique induré
- E Un blindage pelvien

QCM 22

Quels sont les risques d'une radiothérapie conformationnelle pour cancer de prostate ?

- A Leucémie secondaire
- B Cystite radique
- C Priapisme
- D Tumeur de vessie radio-induite
- E Dysfonction érectile
- F Rectite radique
- G Maladie de Crohn

QCM 23

Quels sont les traitements possibles pour un cancer de prostate localisé, de faible risque, chez un patient sans antécédent de 65 ans ?

- A Surveillance simple
- B Surveillance active
- C Prostatectomie totale
- D Hormonothérapie
- E Radiothérapie
- F Radio-hormonothérapie

QCM 24

Quels sont tous les éléments qui permettent de poser le diagnostic de cancer de prostate résistant à la castration ?

- A L'absence d'une prostatectomie totale
- B Une augmentation de PSA sur trois dosages successifs
- C L'apparition d'une ostéoporose secondaire
- D Une testostéronémie normale
- E Une testostéronémie effondrée
- F Une progression clinique ou radiologique
- G Le retrait de l'anti-androgène

QCM 25

Quels sont les facteurs de risque de cancer de prostate ?

- A Hypertrophie bénigne de prostate
- B Origine afro-antillaise
- C Dysfonction érectile
- D Tabagisme
- E Origine asiatique
- F Âge supérieur à 60 ans
- G Antécédent familial au premier degré

QCM 26

Un cancer de prostate de risque intermédiaire correspond à :

- A Un PSA inférieur à 10 ng/ml
- B Un PSA entre 10 et 20 ng/ml
- C Un PSA supérieur à 20 ng/ml
- D Un score de Gleason strictement inférieur à 7
- E Un score de Gleason égal à 7
- F Un toucher rectal normal
- G Un envahissement capsulaire au toucher rectal

QCM 27

Parmi ces signes cliniques, lesquels correspondent à des effets secondaires d'une suppression androgénique ?

- A Anorexie, amaigrissement
- B Troubles de la libido
- C Bouffées de chaleur
- D Diarrhées
- E Ostéoporose
- F Insuffisance rénale
- G Troubles du rythme cardiaque
- H Dépression
- I Perte musculaire

QCM 28

À propos de la curiethérapie de prostate, quelles sont les propositions vraies ?

- A Elle est indiquée dans les cancers à haut risque
- B Elle permet un traitement sans anesthésie générale
- C La prostate doit avoir un volume inférieur à 50 ml
- D Il est nécessaire de pratiquer une résection endoscopique préalable
- E Les effets secondaires sont les mêmes que pour la radiothérapie externe
- F Ce traitement permet de diminuer les troubles urinaires du bas appareil

QCM 29

Concernant la prostatectomie totale pour cancer de prostate :

- A Les risques d'anéjaculation sont modérés
- B L'incontinence urinaire est une constante en post-opératoire
- C C'est un traitement validé chez le patient jeune
- D Le contrôle carcinologique est augmenté par voie robot-assistée
- E L'exérèse doit emporter les vésicules séminales
- F En cas de bas risque, une ablation de l'adénome suffit

QCM 30

Lors de la découverte d'un cancer de prostate de risque élevé, le bilan d'extension doit systématiquement comprendre :

- A Une IRM prostatique multiparamétrique
- B Une échographie endorectale
- C Une IRM cérébrale
- D Une scintigraphie osseuse
- E Un PET-scan à la choline
- F Un scanner thoracique sans injection

QCM 31

Quels examens complémentaires peuvent être discutés avant un geste chirurgical dans le cadre d'une incontinence urinaire d'effort pure ?

- A Bilan urodynamique
- B Échographie réno-vésicale avec mesure du résidu postmictionnel
- C Cystographie
- D Fibroscopie uréthro-vésicale
- E IRM pelvienne

QCM 32

Vous voyez une patiente pour incontinence urinaire par urgenturie. Parmi les examens suivants, lesquels réaliseriez-vous ?

- A Aucun examen complémentaire
- B Fibroscopie urétrovésicale
- C Bilan urodynamique
- D Échographie réno-vésicale
- E ECBU

QCM 33

Une patiente de 60 ans souffre d'incontinence urinaire d'effort pure. Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles peuvent être proposées en première intention ?

- A Bandelette sous-urétrale
- B Rééducation périnéale
- C Sphincter urinaire artificiel
- D Œstrogénothérapie locale
- E Traitement palliatif simple (protections)

QCM 34

Un patient de 61 ans vous consulte pour troubles du bas appareil urinaire à prédominance d'hyperactivité vésicale : pollakiurie diurne et nocturne avec six levers nocturnes ainsi que des urgenturies. Il vous rapporte un jet urinaire faible, une dysurie et une sensation de vidange incomplète. Il est non-fumeur et était enseignant. Parmi les examens suivants, lesquels demandez-vous en première intention ?

- A Débitmétrie mictionnelle
- B Échographie réno-vésicale
- C Uroscanner
- D ECBU
- E Fibroscopie uréthro-vésicale

QCM 35

Vous suivez un patient depuis 2 ans pour HBP traitée médicalement par un alphabloquant. Il vous rapporte une pollakiurie invalidante depuis 15 jours. Il a réalisé un ECBU revenant stérile. Parmi les examens suivants, quels sont ceux que vous demandez ?

- A Échographie réno-vésicale
- B Cytologie urinaire
- C Fibroscopie uréthro-vésicale
- D Bilan urodynamique
- E Aucun examen complémentaire

QCM 36

Parmi les examens suivants, lesquels peuvent affirmer le diagnostic de bilharziose urinaire ?

- A ECBU
- B Biopsies vésicales
- C Biopsies rectales
- D Sérologie bilharziose
- E Cystoscopie

QCM 37

Vous avez opéré un patient d'une résection endoscopique de vessie en urgence pour une hématurie avec déglobulisation qui avait permis de découvrir une volumineuse tumeur de vessie sur une échographie réno-vésicale. La conclusion du compte-rendu d'anatomopathologie est la suivante : carcinome urothélial classé pT2. Parmi les examens suivants, lesquels demanderez-vous pour le bilan d'extension ?

- A Cytologie urinaire
- B Fibroscopie uréthro-vésicale
- C Scanner thoracique
- D TEP-FDG
- E Uroscanner

QCM 38

Un patient de 30 ans consulte aux urgences pour hématurie apparue suite à un effort intense. Il n'a aucun facteur de risque de tumeur urothéliale. Quels examens complémentaires demandez-vous ?

- A Aucun
- B ECBU
- C Cytologie urinaire
- D Fibroscopie uréthro-vésicale
- E TEP-FDG
- F Uroscanner

QCM 39

Un patient de 40 ans, tabagique, vous consulte pour un épisode récent d'hématurie totale isolée. Il vous ramène un scanner abdominopelvien non injecté réalisé il y a 3 mois pour une colique néphrétique gauche. Cet examen retrouve un calcul caliciel inférieur gauche. Le patient n'a pas eu de récurrence douloureuse depuis cet épisode. Quels examens complémentaires demandez-vous ?

- A Aucun
- B ECBU
- C Scanner abdominopelvien non injecté
- D Scanner abdominopelvien sans et avec injection de produit de contraste
- E Scanner abdominopelvien sans et avec injection de produit de contraste avec temps excrétoire
- F Scanner thoraco-abdomino-pelvien sans et avec injection de produit de contraste
- G TEP-FDG

- H Cytologie urinaire
- I Biopsie rénale
- J Urétéroscopie diagnostique
- K Fibroscopie uréthro-vésicale

QCM 40

Vous découvrez une insuffisance rénale chez un patient de 45 ans traité par hydrochlorothiazide (Esidrex®) pour une HTA. L'échographie réno-vésicale ne retrouve pas de dilatation des cavités pyélocalicielles et les reins sont de taille normale. Vous demandez un ionogramme sanguin et urinaire. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont en faveur d'une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle ?

- A Natriurèse < 20 mmol/l
- B Na⁺/K⁺ urinaire < 1
- C Fraction d'excrétion de l'urée < 35 %
- D Fraction d'excrétion de l'urée 35–40 %
- E Fraction d'excrétion du sodium > 1–2 %

QCM 41

Une chimiothérapie est initiée chez un patient de 50 ans pour un lymphome non hodgkinien. La masse tumorale a rapidement diminué. Cependant, quelques jours après la séance de chimiothérapie, le patient rapporte une oligurie. Sa créatininémie, jusqu'alors normale, est à 350 µmol/l. Quelle est l'origine la plus probable de cette insuffisance rénale aiguë ?

- A Obstructive
- B Fonctionnelle
- C Organique

QCM 42

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont en faveur de l'origine organique de cette insuffisance rénale ?

- A Na⁺ U : 60 mmol/l
- B Créatinine U : 15 mmol/l
- C K⁺ U : 30 mmol/l
- D Urée P : 12 mmol/l
- E Fraction d'excrétion du sodium < 1 %

QCM 43

Au final, parmi les propositions diagnostiques suivantes, laquelle vous paraît la plus probable ?

- A Nécrose tubulaire aiguë ischémique
- B Néphrite interstitielle aiguë toxique
- C Insuffisance rénale aiguë fonctionnelle
- D Nécrose tubulaire aiguë toxique
- E Nécrose tubulaire aiguë par obstruction tubulaire

QCM 44

Un patient vous consulte car il a réalisé un bilan complet pour check-up et celui-ci retrouve une créatininémie à 600 $\mu\text{mol/l}$ alors qu'elle était normale auparavant. Il ne se plaint de rien. Quel(s) est(sont) l'(es) examen(s) à faire en priorité ?

- A** Recherche de globe vésical
- B** Échographie réno-vésicale
- C** Ionogramme urinaire
- D** Protéinurie
- E** Aucun examen complémentaire

QCM 45

Quels sont les facteurs de risque d'un cancer du testicule ?

- A** Un testicule cryptorchide
- B** Le testicule controlatéral à un testicule cryptorchide
- C** Un syndrome de Klinefelter
- D** Une varicocèle
- E** Des antécédents familiaux de cancer du testicule

QCM 46

Les marqueurs tumoraux des tumeurs germinales du testicule :

- A** Contre-indiquent l'orchidectomie en cas de normalité
- B** Sont réalisés à chaque étape de la surveillance
- C** Se négativent après orchidectomie en cas de tumeur localisée
- D** Réaugmentent en cas de reprise évolutive de la maladie
- E** Sont constamment augmentés en cas de maladie métastatique

QCM 47

L' α -foetoprotéine est :

- A** Élevée dans les carcinomes embryonnaires
- B** Spécifique des cancers testiculaires
- C** Caractéristique des choriocarcinomes
- D** Inférieure à 20 ng/ml pour les valeurs normales
- E** Élevée dans les pathologies hépatiques, bénignes ou malignes

QCM 48

L'orchidectomie pour tumeur testiculaire est :

- A** Associée à une préservation peropératoire du sperme
- B** Réalisée par voie inguinale
- C** Précédée d'une biopsie par voie scrotale
- D** Contre-indiquée en cas de métastases ganglionnaires
- E** Curative dans les tumeurs localisées

QCM 49

Un choriocarcinome du testicule est suspecté devant une tumeur du testicule sur :

- A** Une élévation de l' α -foetoprotéine
- B** Une élévation des HCG plasmatiques
- C** Une gynécomastie
- D** Une galactorrhée
- E** Des adénopathies inguinales

QCM 50

Une douleur aiguë du scrotum peut correspondre à :

- A** Une épидидymite aiguë
- B** Une torsion du cordon spermatique
- C** Une hydrocèle
- D** Une tumeur testiculaire
- E** Une varicocèle

QCM 51

Devant une suspicion de torsion du cordon spermatique, les signes cliniques en faveur sont :

- A** Douleur d'apparition progressive
- B** Scrotum inflammatoire
- C** Testicule ascensionné
- D** Palpation d'un tour de spire du cordon
- E** Abolition du réflexe crémasterien

QCM 52

Un phimosis chez un homme de 60 ans expose au risque de :

- A** Paraphimosis
- B** Carcinome malpighien de la verge
- C** Troubles de l'érection
- D** Balano-posthites à répétition
- E** Cancer du testicule

QCM 53

La description clinique d'un phimosis correspond à :

- A** Une absence de prépuce
- B** Un prépuce ne permettant pas un décallotage
- C** Un prépuce avec un frein court
- D** Un méat urétral abouché sur la face ventrale de la verge
- E** Une infection du prépuce

QCM 54

Un testicule cryptorchide est un testicule :

- A** Absent dans le fond de la bourse
- B** À risque de dégénérescence néoplasique
- C** Pouvant se situer dans l'abdomen
- D** Devant être abaissé avant l'âge de 2 ans
- E** À risque de torsion du cordon spermatique

QCM 55

Deux jours après une résection endoscopique de prostate pour adénome symptomatique, un patient de 75 ans présente une augmentation douloureuse du volume de la bourse droite, quel est votre diagnostic ?

- A Torsion du cordon spermatique
- B Orchi-épididymite aiguë
- C Résorption de liquide de lavage au cours de la résection
- D Hydrocèle
- E Caillottage vésical

QCM 56

Une épididymite aiguë peut compliquer l'évolution de :

- A Une prostatite
- B Une résection de la vaginale pour hydrocèle
- C Une infection urinaire
- D Une torsion du testicule
- E Un geste endoscopique urinaire

QCM 57

Une patiente de 75 ans présente une masse pelvienne. Quel élément évoque une tumeur de l'ovaire ?

- A Masse latéro-utérine en échographie
- B Masse pré-vésicale étendue vers l'ombilic
- C Diminution de la masse après sondage vésical
- D Hématurie macroscopique
- E Métorragie

QCM 58

Une rétention aiguë d'urine chez la femme fait rechercher :

- A Une cystocèle
- B Un diabète compliqué
- C Une compression pelvienne
- D Un calcul urétéral
- E Un fécalome

QCM 59

Une masse pelvienne peut évoquer une tumeur de vessie en présence de :

- A Dilatation urétéro-pyélo-calicielle bilatérale
- B Métorragie
- C Hématurie macroscopique
- D Masse latéro-utérine
- E Constipation

QCM 60

Concernant la physiopathologie de l'érection, quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- A La relaxation musculaire lisse permet l'ouverture des espaces sinusoïdes et la vasodilatation artérielle
- B Un des principaux médiateurs est le monoxyde d'azote provenant des neurones et des cellules endothéliales des espaces sinusoïdes

C Le blocage du retour veineux au niveau des veines sus-albuginéales est un des principaux phénomènes de l'érection

D Durant l'érection, le système sympathique maintient la cellule musculaire lisse relâchée

E Afin d'améliorer les érections, les IPDE5 diminuent l'activité de la guanosine monophosphate cyclique

F L'innervation somatique sensitive est sous la dépendance du nerf pudendal

QCM 61

Quelles sont les caractéristiques de la prostate au toucher rectal en cas d'hypertrophie bénigne de prostate ?

- A Le plus souvent inaccessible au toucher rectal
- B Augmentée de volume
- C De plus de 50 ml minimum
- D Souple
- E Indolore
- F Symétrique
- G Irrégulière
- H Volume corrélé à la symptomatologie urinaire

QCM 62

Citez les complications aiguës et chroniques de l'hypertrophie bénigne de prostate :

- A Rétention aiguë d'urine
- B Tumeurs de vessie
- C Hématurie
- D Insuffisance rénale chronique
- E Maladie du col vésical
- F Lithiases urétérales
- G Infections urogénitales
- H Cancer de prostate
- I Insuffisance rénale aiguë

QCM 63

Quels sont les principaux effets secondaires dont peuvent être responsables les inhibiteurs de la 5 α -réductase ?

- A Aucun
- B Troubles de l'accommodation
- C Dysgueusie
- D Vertiges
- E Troubles de l'érection
- F Diminution de la libido
- G Constipation
- H Gynécomastie
- I Diminution de 50 % du taux de PSA
- J Chute de cheveux

QCM 64

Quels sont les effets secondaires les plus fréquents du tacrolimus ?

- A Diabète
- B Néphrotoxicité
- C Hyperthyroïdie
- D Neuropathies périphériques

- E Hyperlipidémie
- F Hyperuricémie
- G Vitiligo
- H Perturbations du bilan hépatique
- J Hypertrichose, alopecie

QCM 65

Dans la définition clinique du vaginisme, on peut retrouver :

- A Des contractions de la musculature striée périnéale répétées et involontaires
- B L'absence d'orgasme clitoridien
- C Une pénétration vaginale impossible
- D Une souffrance psychologique chez la femme
- E Une auto-introduction vaginale d'objets

QCM 66

Quelles affirmations sont vraies ?

- A L'éjaculation est un prérequis nécessaire de l'orgasme chez l'homme
- B L'érection n'est possible qu'en cas d'intégrité des composantes sympathiques d'origine spinale thoracolombaire (T12-L2) et parasympathique d'origine spinale sacrée (S1-S3)
- C L'activité sexuelle est divisée en trois phases
- D La prise d'antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) peut induire une baisse de la libido
- E La lubrification vaginale est en rapport avec un transsudat vasculaire et non une sécrétion glandulaire

QCM 67

Au sujet des troubles de l'éjaculation :

- A L'éjaculation prématurée concerne 20 à 30 % des hommes adultes
- B L'éjaculation prématurée primaire est définie par un délai pour éjaculer après la pénétration vaginale inférieur à 1 minute toujours ou presque toujours
- C Les alphabloquants peuvent induire une éjaculation rétrograde par défaut de fermeture du col vésical
- D Le syndrome douloureux pelvien chronique peut engendrer une éjaculation douloureuse
- E L'hémospémie doit faire rechercher un cancer de prostate

QCM 68

Selon le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*) :

- A La paraphilie est définie par des impulsions sexuelles répétées et intenses, et fantasmes sexuellement excitants ou comportements impliquant des objets inanimés, humiliation ou souffrance du sujet ou de sa partenaire, enfants ou individus non consentants
- B Le masochisme est une paraphilie
- C Le transsexualisme est classé dans les troubles du désir sexuel

QCM 69

En cas de baisse secondaire de la libido chez l'homme, que faut-il rechercher ?

- A Une paraphilie
- B Une dépression
- C Une prise d'antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- D Une prise d'agonistes dopaminergiques
- E Un déficit androgénique

QCM 70

Concernant la contraception masculine, quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- A L'indice de Pearl du préservatif masculin est plus faible que celui du coït interrompu
- B L'indice de Pearl du préservatif masculin est plus faible que celui de la vasectomie
- C Un délai de réflexion de 3 mois doit être respecté entre la première consultation en vue d'une vasectomie et la chirurgie
- D Un spermogramme de contrôle est effectué 3 mois après la vasectomie pour s'assurer de l'oligospermie recherchée
- E La cryoconservation du sperme avant vasectomie n'est pas obligatoire

QCM 71

Concernant l'infertilité masculine, quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- A L'infertilité du couple est uniquement liée à des paramètres féminins dans 80 % des cas
- B Dans un couple infertile, s'il existe une oligospermie, alors la cause est masculine
- C Lors de la mise en évidence d'une azoospermie sur un spermogramme, il convient impérativement de réaliser une échographie scrotale pour éliminer une cause obstructive
- D On peut parler d'infécondité dans un couple après 1 an de rapports sexuels réguliers sans contraception n'aboutissant pas à une grossesse
- E Dans un couple infécond, si Monsieur a déjà un enfant d'une précédente relation, il est tout de même nécessaire d'explorer Madame et Monsieur

QCM 72

Concernant l'étiologie de l'infécondité masculine, quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- A Dans le syndrome de Klinefelter, il existe une macro-orchidie typique
- B Lors de la découverte d'une agénésie bilatérale des canaux déférents, un conseil génétique pour l'étude du gène *ABCC7* doit impérativement être proposé
- C Il existe deux grandes causes d'azoospermie chez l'homme : sécrétoires et obstructives

- D L'agénésie bilatérale des canaux déférents est le plus souvent liée à la maladie coeliaque
- E L'orchidopexie pour testicules cryptorchides prévient le risque d'infécondité et permet la réduction du risque de cancer testiculaire

QCM 73

Quelles sont les causes d'azoospermie excrétoires ?

- A La varicocèle
- B L'agénésie bilatérale des canaux déférents
- C Le syndrome de Klinefelter
- D La cryptorchidie
- E Les kystes de l'utricule prostatique

QCM 74

Concernant le spermogramme, quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- A Sur deux prélèvements réalisés dans de bonnes conditions, il permet de poser le diagnostic d'azoospermie si la mobilité totale est inférieure à 32 %
- B Il étudie le volume éjaculé, la concentration et la numération des spermatozoïdes, leur mobilité et leur vitalité ainsi que le nombre de leucocytes dans le sperme
- C C'est l'examen de référence pour étudier l'interaction glaire-sperme
- D L'oligospermie est la diminution de la concentration en spermatozoïdes du sperme
- E La tératospermie est la diminution de la mobilité totale des spermatozoïdes éjaculés

QCM 75

Un homme de 23 ans, magasinier, consulte pour une azoospermie identifiée sur deux spermogrammes réalisés dans de bonnes conditions.

- A Une anosmie et des signes d'hypogonadisme orientent vers une cause hypophysaire
- B Une FSH supérieure à la normale oriente vers une cause excrétoire
- C Il est recommandé de réaliser un bilan hormonal et un caryotype
- D Une microdélétion du chromosome Y peut entraîner une azoospermie
- E Une mutation homozygote *ABCC7* de la mucoviscidose peut entraîner une azoospermie

QCM 76

Quelles étiologies sont susceptibles de provoquer une OATS (oligo-astheno-térato-spermie) avec un volume d'éjaculat normal ?

- A Une varicocèle
- B Une hydrocèle
- C Une cryptorchidie
- D Une éjaculation rétrograde
- E Un tabagisme

QCM 77

Concernant les techniques d'aides médicales à la procréation, quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- A Les inséminations intra-utérines peuvent être réalisées à partir des spermatozoïdes recueillis par biopsie testiculaire dans le cadre d'azoospermies excrétoires
- B En cas d'azoospermie sécrétoires, l'adoption reste la seule méthode envisageable
- C L'ICSI consiste à injecter le noyau du spermatozoïde dans celui de l'ovocyte
- D La FIV-ICSI peut être effectuée à partir de spermatozoïdes issus d'une biopsie testiculaire ou éjaculés
- E La FIV-ICSI est envisageable dans les azoospermies sécrétoires

QCM 78

Concernant l'épidémiologie des tumeurs de vessie, quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- A Elles sont caractérisées typiquement par un risque de récurrence élevé
- B C'est le cancer urologique le plus fréquent chez l'homme
- C Son pronostic est lié au stade de la tumeur, c'est-à-dire au caractère d'agressivité des cellules cancéreuses
- D Elles peuvent être d'origine professionnelle
- E Son incidence est en augmentation chez les femmes

QCM 79

Quels sont les facteurs de risque carcinogène des tumeurs de vessie ?

- A L'intoxication tabagique principalement
- B Les parasitoses à *Schistosoma mansoni*
- C L'exposition professionnelle à l'amiante
- D L'exposition aux amines aromatiques
- E L'exposition professionnelle dans l'industrie des colorants, des peintures, du caoutchouc, de la houille, de la métallurgie et du goudron

QCM 80

Quels examens réaliser dans un bilan d'hématuries macroscopiques ?

- A ECBU
- B Cytologies urinaires
- C Endoscopie vésicale
- D Échographie urinaire ou, mieux, scanner avec temps portal pour voir les voies urinaires
- E Recherche de protéinurie des 24 heures

QCM 81

Devant une tumeur de vessie n'infiltrant pas le muscle :

- A Le bilan d'extension comprend un uroscanner

- B** Le bilan d'extension doit comprendre une scintigraphie osseuse
- Devant une tumeur de vessie infiltrant le muscle :
- C** Le bilan d'extension comprend systématiquement un scanner-TAP
- D** Le bilan d'extension comprend systématiquement un scanner cérébral
- E** Il conviendra de réaliser une IDR à la tuberculine en vue des instillations endovésicales de BCG si le bilan d'extension est négatif

QCM 82

Quels sont les traitements possibles des tumeurs de vessie non infiltrant le muscle après la résection trans-urétrale de vessie ?

- A** Surveillance cystoscopique
- B** Instillations endovésicales d'amétycine
- C** Instillations endovésicales de BCG
- D** Cystectomie + curage ilio-obturateur bilatéral
- E** Chimiothérapie par cisplatine

QCM 83

Quels sont les traitements possibles des tumeurs de vessie T2N0M0 après la résection trans-urétrale de vessie ?

- A** Surveillance cystoscopique
- B** Instillations endovésicales de BCG
- C** Cystectomie + curage ilio-obturateur bilatéral
- D** Association radiothérapie et chimiothérapie après résection complète
- E** Chimiothérapie seule systémique selon le protocole MVAC

QCM 84

Vous venez de découvrir une tumeur de vessie chez un homme de 60 ans. Il est tabagique actif à 50 paquets-années, il a vécu 20 ans en Égypte et il travaillait dans une entreprise de meulage, exposé à la silice. Vous avez déjà fait la RTUV.

- A** Cette tumeur sera considérée comme infiltrante si son stade est supérieur à pT_a
- B** Si le muscle est atteint, il faudra alors réaliser des instillations de BCG en complément
- C** On peut également suspecter une anguillulose comme étiologie probable chez ce patient
- D** S'il est métastatique, on pourra discuter en RCP d'une chimiothérapie à base de cisplatine
- E** Il pourra faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle

QCM 85

Vous revoyez en consultation Mme K. Maïeu âgée de 70 ans, ancienne teinturière dans une grande industrie textile chez qui vous aviez réalisé il y a 15 jours une RTUV sur un polype de vessie découvert devant des signes irritatifs mictionnels et mis en place pendant l'intervention une néphrostomie droite face à une

importante dilatation urétéro-pyélo-calicielle droite. L'analyse anatomopathologique des copeaux trouve du carcinome urothélial pT₂ de bas grade. Le scanner-TAP ne retrouve pas de métastases à distance.

- A** La dilatation rénale droite peut être liée à l'infiltration du méat urétéro-vésical droit par la tumeur
- B** La dilatation rénale droite peut être liée à l'existence d'une tumeur synchrone urothéliale de l'urètre droit
- C** Elle pourra bénéficier d'un traitement par instillations endovésicales devant le faible grade tumoral
- D** En RCP, il sera probablement retenu l'indication de cystectomie avec curage ilio-obturateur bilatéral
- E** Elle pourra faire une demande de reconnaissance en maladie professionnelle

QCM 86

Vous voyez en consultation un homme de 64 ans. Il a bénéficié d'une RTUP (résection trans-urétrale de prostate) il y a 10 jours et se plaint de brûlures mictionnelles avec pollakiurie. Vous évoquez le diagnostic de prostatite et réalisez un ECBU. Parmi les germes suivant, lequel (lesquels) êtes-vous susceptible de rencontrer ?

- A** *Escherichia coli*
- B** *Klebsiella oxytoca*
- C** *Mycoplasma pneumoniae*
- D** *Pseudomonas aeruginosa*
- E** *Staphylococcus aureus*
- F** *Streptococcus pneumoniae*

QCM 87

Pour quel(s) patient(s) le dépistage et le traitement d'une colonisation urinaire est-elle licite (patients strictement asymptomatiques) ?

- A** Femme DID (diabète insulino-requérant) de 55 ans sans déséquilibre glycémique
- B** Femme enceinte de 26 SA (semaines d'aménorrhée)
- C** Homme de 68 ans à 5 jours d'une RTUP (résection trans-urétrale de prostate)
- D** Homme de 79 ans avec sonde à demeure depuis 2 ans
- E** Paraplégique avec auto-sondages intermittents

QCM 88

Vous devez maintenant prendre en compte le risque de bactéries porteuses de BLSE (β-lactamase à spectre élargi) lors de votre antibiothérapie probabiliste des chocs septiques à point de départ urinaire. Quel(s) facteur(s) de risque de BLSE identifiez-vous dans les propositions suivantes ?

- A** Infection urinaire à BLSE dans l'année précédente
- B** Hospitalisation dans le mois précédent
- C** Hospitalisation dans les 3 mois précédents
- D** Personne âgée vivant en EPAHD
- E** Traitement d'une pneumopathie par pénicilline A + acide clavulanique il y a 4 mois
- F** Voyage au Vietnam il y a 15 jours

QCM 89

Dans quelle(s) indication(s) prévoyez-vous un ECBU de contrôle après traitement lorsque l'évolution est favorable ?

- A Aucune
- B Cystite aiguë à risque de complication
- C Cystite aiguë simple
- D Pyélonéphrite aiguë simple
- E Prostatite

QCM 90

Quels examens complémentaires demandez-vous face à un tableau de pyélonéphrite aiguë simple typique sans signes de gravité et non hyperalgique ?

- A Créatinine
- B ECBU
- C Échographie des voies urinaires excrétrices
- D Hémocultures
- E NFS-plaquettes

QCM 91

Un homme de 55 ans, psychotique, sous neuroleptiques, fumeur, sans autre antécédent médical, est adressé en urgence en rétention aiguë d'urines. Quelle(s) peut (peuvent) en être la (les) cause(s) ?

- A Adénome prostatique
- B Tumeur du col vésical
- C Sténose urétérale
- D Fécalome
- E Cause iatrogène

QCM 92

Une femme de 60 ans sous anticoagulants est adressée en urgence pour masse sus-pubienne douloureuse. Quelle(s) peut (peuvent) en être la (les) cause(s) ?

- A Occlusion intestinale aiguë
- B Rétention aiguë d'urines
- C Tumeur pelvienne
- D Hématome des muscles grands droits
- E Anurie

QCM 93

Une femme de 75 ans sans antécédent notable, vivant en institution, est adressée en urgence pour rétention aiguë d'urines. Quelle(s) est (sont) la(les) cause(s) la (les) plus probable(s) ?

- A Sténose urétrale
- B Prolapsus pelvien
- C Fécalome
- D Vessie neurologique
- E Cause médicamenteuse

QCM 94

La rétention aiguë d'urines est le plus souvent en rapport avec :

- A Un obstacle sous-vésical

- B Une altération de la commande neurologique
- C Un défaut de contraction vésicale
- D Une cause iatrogène
- E Une cause réflexe

QCM 95

Quels médicaments peuvent favoriser une rétention aiguë d'urines ?

- A Phénothiazines
- B Antihistaminiques
- C Collyres mydriatiques
- D Morphiniques
- E Alphabloquants
- F Anticholinergiques
- G Antidépresseurs tricycliques

QCM 96

Un homme de 25 ans, sans antécédent urologique, a une fièvre à 40 °C associée à des brûlures mictionnelles, une dysurie, une pollakiurie et une pyurie. Ce tableau doit faire évoquer :

- A Une urétrite aiguë
- B Une tuberculose rénale
- C Un cancer du rein
- D Une prostatite aiguë
- E Une pyélonéphrite aiguë

QCM 97

Les fuites involontaires d'urines, à besoin normal et à mictions conservées, peuvent chez la jeune fille de 16 ans être en rapport avec :

- A Une incontinence urinaire d'effort
- B Une malformation urétrale
- C Une vessie neurologique
- D Un abouchement ectopique de l'uretère
- E Un syndrome de la jonction pyélo-urétérale

QCM 98

La pollakiurie d'un homme de 70 ans peut être en rapport avec :

- A Un adénome prostatique
- B Un cancer de la prostate
- C Un cancer de la vessie
- D Une lithiase pyélique
- E Un calcul de l'uretère pelvien

QCM 99

Les troubles de la phase mictionnelle (d'évacuation) sont caractérisés par :

- A Une pollakiurie
- B Un jet haché
- C Des gouttes retardataires
- D Une miction par poussée
- E Une urgenturie

QCM 100

La rétention aiguë d'urine au cours de l'évolution d'une hyperplasie bénigne de la prostate :

- A** Est une indication formelle de traitement chirurgical de l'adénome
- B** Est précédée d'hématurie
- C** Entraîne une contracture hypogastrique
- D** Est toujours provoquée par un épisode infectieux
- E** Est un épisode parfois transitoire dans l'évolution de l'hyperplasie bénigne de la prostate

QCM 101

Une bactériurie asymptomatique ou colonisation bactérienne :

- A** Peut se compliquer de pyélonéphrite aiguë (dans 20 % des cas) au cours de la grossesse
- B** Est plus fréquente chez la femme de 40 ans que la fillette
- C** Est plus fréquente en cas de diabète ancien
- D** Est plus fréquente chez le garçon que chez la fille
- E** Est le plus souvent à *Pseudomonas aeruginosa*

QCM 102

Une leucocyturie aseptique peut accompagner :

- A** Un syndrome douloureux de la vessie
- B** Une urétrite à *Chlamydiae*
- C** Une infection urinaire décapitée
- D** Une infection tuberculeuse de l'appareil urinaire
- E** Une prostatite chronique

QCM 103

Les infections urinaires à *Proteus* sont caractérisées par :

- A** Leur origine exclusivement hospitalière
- B** Le pH acide des urines
- C** Le risque de lithiase phospho-ammoniac-magnésienne
- D** Le risque de lithiase urique
- E** Le risque de lithiase oxalique

QCM 104

Parmi les éléments suivants, quels sont ceux qui différencient l'infection urinaire nosocomiale de la colonisation bactérienne (bactériurie asymptomatique) ?

- A** Fièvre à 38 °C
- B** Symptômes urinaires
- C** Bandelette urinaire montrant une leucocyturie
- D** Acquisition au cours d'un soin même en dehors d'un établissement de soin
- E** ECBU positif

QCM 105

Concernant les infections nosocomiales, quelle(s) affirmation(s) est (sont) vraie(s) ?

- A** La durée du sondage urinaire est un facteur important d'infection urinaire
- B** L'utilisation d'un système clos augmente le risque d'infection
- C** Toute colonisation bactérienne doit être traitée par antibiothérapie
- D** Une infection est nosocomiale jusqu'à 1 an après la mise en place d'une prothèse
- E** Certaines infections nosocomiales sont virales ou secondaires à une levure

QROC

QROC 1

Quel est le principal facteur de risque du cancer du rein ?

QROC 2

Quelles sont les deux tumeurs rénales bénignes les plus fréquentes ?

QROC 3

Quel est le nom de la classification scannographique des tumeurs kystiques rénales ?

QROC 4

Quel signe clinique évocateur d'un thrombus de la veine rénale gauche est parfois retrouvé au cours de l'examen physique d'un patient présentant un cancer du rein gauche ?

QROC 5

Quel est l'élément indispensable de la prise en charge diagnostique d'une tumeur rénale droite métastatique avant de débiter un traitement systémique ?

QROC 6

Quel est le facteur histopronostique utilisé dans la prise en charge du carcinome à cellules rénales ?

QROC 7

Quel est le traitement de référence d'un carcinome rénal à cellules claires classé T2N0M0 ?

QROC 8

Quels sont les deux composants principaux d'un calcul urinaire ?

QROC 9

Quel est le traitement médical de référence de la colique néphrétique non compliquée ?

QROC 10

Quel est l'élément essentiel et commun de la prise en charge thérapeutique de toute colique néphrétique compliquée ?

QROC 11

Quelle est la mesure hygiéno-diététique indispensable à appliquer afin d'éviter la récurrence de toute lithiase urinaire ?

QROC 12

Quel est l'élément principal de la prise en charge médicale d'un calcul d'acide urique ?

QROC 13

Quel est le traitement chirurgical de référence d'un calcul rénal coralliforme ?

QROC 14

Quel est l'outil diagnostique utilisé afin d'évaluer objectivement l'importance des symptômes en rapport avec un déficit androgénique lié à l'âge ?

QROC 15

Quel est le traitement médical de référence d'un déficit androgénique lié à l'âge ?

QROC 16

Quelle est la principale complication fonctionnelle à distance des urétrites ?

QROC 17

Un patient de 58 ans vous consulte pour une douleur progressive du testicule gauche avec fièvre. Vous suivez et traitez actuellement ce patient pour une tumeur de vessie classée pT1 de haut grade avec CIS associé. Quel diagnostic devez-vous évoquer ?

QROC 18

Vous suspectez une orchite-épididymite aiguë droite chez un patient de 73 ans. Il a une fièvre importante depuis plusieurs jours et ne répond pas aux antibiotiques probabilistes prescrits par son médecin généraliste. Quel examen d'imagerie demandez-vous ?

QROC 19

En cas de suspicion de cancer de prostate, quel examen vous permettra de confirmer le diagnostic ?

QROC 20

Quel est l'examen recommandé pour la recherche de métastases osseuses du cancer de prostate ?

QROC 21

Dans quels cas réalise-t-on un curage ganglionnaire lors d'une prostatectomie totale pour cancer de prostate ?

QROC 22

Sous quel taux de testostéronémie plasmatique un patient est-il considéré comme castré ?

QROC 23

À quel geste chirurgical correspond une castration chirurgicale ?

QROC 24

Quel est l'effet secondaire principal lors de l'utilisation de bisphosphonates pour cancer de prostate métastatique ?

QROC 25

Comment pouvez-vous prévenir l'effet *flare-up* lors de l'administration d'une hormonothérapie par agonistes chez un patient métastatique à haut risque ?

QROC 26

Quel examen est recommandé pour l'évaluation locale et locorégionale en cas de cancer de prostate de risque intermédiaire ou haut ?

QROC 27

Un patient de 82 ans, aux antécédents de pontage tri-tronculaire et de BPCO, vous consulte pour un PSA augmenté à 8 ng/ml. Il est asymptomatique. Quel examen paraclinique réalisez-vous en vue du dépistage du cancer de prostate ?

QROC 28

Quel est le type histologique le plus fréquent de cancer de prostate ?

QROC 29

Quelle est la présentation clinique la plus fréquente lors de la découverte d'un cancer de prostate ?

QROC 30

Un patient atteint d'un cancer de prostate métastatique résistant à la castration consulte aux urgences pour un déficit brutal neurologique des deux membres inférieurs. Quelle est votre hypothèse principale ?

QROC 31

Un patient de 45 ans d'origine malienne vous consulte pour une hématurie terminale. Vous suspectez une bilharziose urinaire. Citez cinq examens pouvant affirmer ce diagnostic.

QROC 32

Vous venez d'effectuer une résection endoscopique de tumeur de vessie. Quelles sont les trois informations principales que vous attendez du compte-rendu d'anatomopathologie ?

QROC 33

Un patient de 53 ans vous consulte pour une hématurie persistante depuis plusieurs semaines. Quels examens paracliniques demandez-vous afin d'explorer cette hématurie ?

QROC 34

Quels sont les trois grands cadres nosologiques d'une hématurie d'origine urologique ?

QROC 35

Vous suivez un patient pour hématurie. L'échographie réno-vésicale retrouve un polype vésical de 3 cm. Vous décidez de faire une résection endoscopique de ce polype. Le compte-rendu d'anatomopathologie vous revient et conclut à un carcinome urothélial classé pT2 haut grade, absence de carcinome *in situ*. Comment complétez-vous votre bilan paraclinique au vu de ces résultats ?

QROC 36

Vous voyez une patiente en consultation souffrant d'incontinence urinaire par urgenturie. Quels examens demandez-vous afin d'en faire le bilan ?

QROC 37

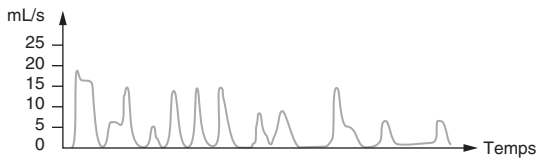
Vous voyez une patiente en consultation souffrant d'incontinence urinaire par urgenturie. Quel traitement de première intention pouvez-vous lui proposer et à quoi devez-vous être vigilant ?

QROC 38

Vous suivez une patiente de 55 ans souffrant d'incontinence urinaire d'effort pure par hypermobilité urétrale. Quels sont les principaux traitements de première ligne envisageables ?

QROC 39

Interprétez l'examen suivant en sachant que le volume uriné est de 300 ml et le temps de miction d'1 min 30.

**QROC 40**

Un patient de 42 ans consulte aux urgences pour troubles de la marche. L'examen clinique met en évidence un déficit complet et bilatéral des fléchisseurs et des extenseurs du pied, des fibulaires et des moyens fessiers. Il existe des deux côtés une hypoesthésie du dos du pied, des faces latérales et postérieures de jambe et de la face postérieure de cuisse. On retrouve également une hypoesthésie en selle. Les réflexes achilléens sont abolis aux membres inférieurs. Vous retrouvez par ailleurs un globe vésical. Quel est votre diagnostic ?

QROC 41

Un patient consulte pour une crise de colique néphrétique droite. Vous remarquez qu'il a une cicatrice de lobotomie gauche. Le bilan biologique revient et la créatininémie est à 190 $\mu\text{mol/l}$. Quel élément recherchez-vous à l'examen physique devant la découverte d'une insuffisance rénale ?

QROC 42

Une patiente consulte pour une lombalgie fébrile. Les constantes à l'arrivée sont les suivantes : T° : 39,3 $^{\circ}\text{C}$; TA : 80/55 mm Hg ; FC : 110/min. Vous notez des marbrures lors de votre examen. Vous apprenez qu'elle a un rein unique congénital. Sur le bilan que vous avez prescrit, la créatininémie est 284 $\mu\text{mol/l}$. Quelles peuvent être les causes d'insuffisance rénale chez cette patiente ?

QROC 43

Vous découvrez une insuffisance rénale aiguë chez un de vos patients hospitalisé en urgence pour héma-

turie. Vous demandez une échographie réno-vésicale retrouvant une dilatation des cavités pyélocalicielles bilatérale, un important épaissement trigonal et des faces latérales vésicales, absence de caillot visible, vessie vide. Quelle est votre conduite à tenir ?

QROC 44

Vous découvrez une insuffisance rénale à 150 $\mu\text{mol/l}$ chez un patient consultant aux urgences. Sa créatininémie de base est de 70 $\mu\text{mol/l}$. L'échographie rénale ne retrouve pas de dilatation des cavités pyélocalicielles, la vessie est vide. L'ionogramme urinaire retrouve une créatininurie à 15 mmol/l. De quel type d'insuffisance rénale s'agit-il ?

QROC 45

Si un patient prend pour traitement habituel de l'hydrochlorothiazide (Esidrex®). Quel est l'examen le plus discriminant pour différencier une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle d'une insuffisance rénale aiguë organique ?

QROC 46

Quel diagnostic évoquez-vous devant une tumeur du testicule découverte chez un patient présentant une élévation des marqueurs tumoraux, en particulier l' α -fœtoprotéine qui est à 10 fois la normale ?

QROC 47

Quelle famille de chimiothérapie est la référence des traitements des tumeurs germinales du testicule métastatiques ?

QROC 48

Comment est obtenue la confirmation histologique chez un patient présentant une tumeur du testicule avec de volumineuses adénopathies lombo-aortiques ?

QROC 49

Dans quelle région rechercher les premières lésions métastatiques d'un cancer du testicule droit ?

QROC 50

Qu'évoque une élévation des marqueurs tumoraux 1 an après traitement d'une tumeur germinale métastatique avec métastases ganglionnaires ?

QROC 51

Comment définir un phimosis ?

QROC 52

Quel examen d'imagerie permet de retrouver un testicule non palpable dans la bourse ?

QROC 53

Comment se traite un phimosis serré ?

QROC 54

Qu'évoque une douleur brutale du scrotum droit, d'intensité brutale ?

QROC 55

Qu'évoque la palpation d'une masse molle sinueuse à la partie supérieure du testicule gauche augmentant de volume en position debout ?

QROC 56

Vous recevez un nouveau-né présentant ce morphotype. Vous palpez un testicule droit à l'orifice interne, aucun testicule n'est palpable à gauche.



Quel est le diagnostic urologique ?

QROC 57

En présence d'une masse pelvienne, qu'évoque une masse kystique latéro-utérine ?

QROC 58

Qu'est-ce qu'une masse hypogastrique douloureuse à la palpation, mate à la percussion, présentant une convexité vers le haut chez une patiente ne présentant plus de miction spontanée ?

QROC 59

Quels sont les marqueurs sériques habituellement recherchés dans le bilan d'une tumeur du testicule ?

QROC 60

Quel est le germe le plus souvent mis en cause dans une épididymite aiguë chez un patient de 75 ans ?

QROC 61

Un patient de 45 ans vous consulte devant l'apparition progressive d'une courbure de verge et de difficultés d'intromission lors des rappels sexuels. Il vous présente une photo qu'il a prise en érection.



Quelle pathologie suspectez-vous ?

QROC 62

Un patient de 65 ans présentant une hypertrophie bénigne de prostate modérément symptomatique vous consulte pour une dysfonction érectile débutante. Le toucher rectal retrouve une prostate de 40 g souple, symétrique. Le reste de l'examen clinique et le bilan biologique sont sans particularité. Quelle molécule permettrait d'améliorer les symptômes urinaires et la dysfonction érectile ?

QROC 63

Quel questionnaire peut être utilisé afin d'apprécier l'importance de la dysfonction érectile ?

QROC 64

Un patient de 55 ans présentant une hypertrophie bénigne de prostate asymptomatique dont le volume est supérieur à 80 cc sans anomalie associée au bilan réalisé doit-il recevoir un traitement médicamenteux ? Si oui, lequel ?

QROC 65

Citez les quatre classes médicamenteuses pouvant être indiquées en cas d'hypertrophie bénigne de prostate symptomatique.

QROC 66

Quel questionnaire peut être utilisé dans le bilan initial et le suivi d'une hypertrophie bénigne de prostate ?

QROC 67

À partir de quelle zone se développe l'adénome prostatique ?

QROC 68

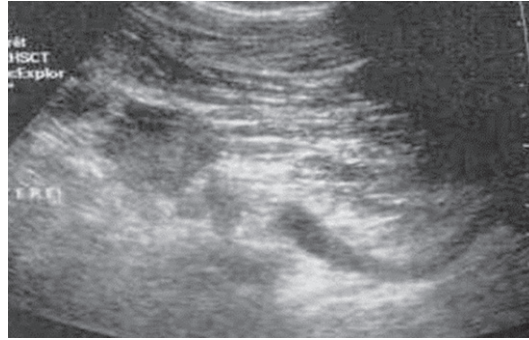
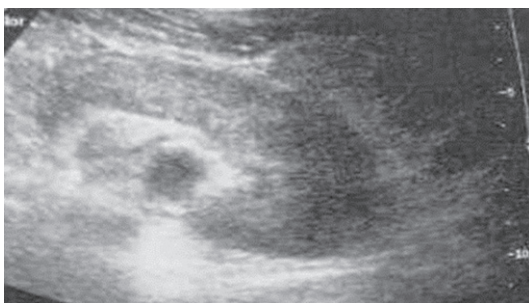
Quels sont les deux principaux facteurs de risque de l'hypertrophie bénigne de prostate ?

QROC 69

De quel effet chronique doit être prévenu un patient pris en charge chirurgicalement pour une hypertrophie bénigne de prostate ?

QROC 70

Deux mois après une greffe rénale, il est observé une dégradation progressive de la fonction rénale chez une patiente de 55 ans. Le bilan bactériologique est sans particularité. L'échographie du greffon réalisée vessie vide est la suivante.



Quelle complication suspectez-vous ?

QROC 71

Citez les deux classes thérapeutiques utilisées dans le traitement de l'éjaculation précoce.

QROC 72

Quelle classe thérapeutique peut être responsable d'une éjaculation rétrograde ?

QROC 73

Quels examens complémentaires faites-vous en première intention devant une éjaculation prématurée ?

QROC 74

Quelle paraphilie est centrée sur la personne âgée ?

QROC 75

Quels risques pour le patient sont à évaluer dans une paraphilie ?

QROC 76

Citez les trois méthodes de contraception masculine les plus efficaces ?

QROC 77

Classez par ordre croissant d'indice de Pearl le préservatif masculin, la vasectomie et le coït interrompu.

QROC 78

Quelle est la conséquence d'une vasectomie bilatérale ?

QROC 79

Quels sont les grands aspects légaux s'appliquant à la vasectomie ?

QROC 80

Quelles sont les grandes mesures à effectuer dans la période postopératoire d'une vasectomie pour s'assurer de son efficacité ?

QROC 81

Décrivez ce spermogramme (dans l'ordre d'apparition des données) :

- volume éjaculé : 0,5 ml (N = 1,5–6 ml) ;
- concentration des spermatozoïdes : 5 millions/ml (N > 15 millions/ml) ;
- numération des spermatozoïdes dans l'éjaculat : 2,5 millions (N > 39 millions) ;
- mobilité totale : 25 % (N > 40 %) ;
- vitalité : 30 % (N > 58 %) ;
- formes normales : 10 % (N > 30 %).

QROC 82

Décrivez ce spermogramme (dans l'ordre d'apparition des données) :

- volume éjaculé : 5 ml (N = 1,5-6 ml) ;
- concentration des spermatozoïdes : 0/ml (N > 15 millions/ml) ;
- numération des spermatozoïdes dans l'éjaculat : 0 (N > 39 millions) ;
- leucocytes : 3 millions (N < 1 million).

QROC 83

Quels sont les grands principes de la réalisation d'un spermogramme ?

QROC 84

Citez six éléments figurant au compte rendu d'un spermogramme.

QROC 85

Quelle est la définition de l'infécondité du couple ?

QROC 86

Quels examens génétiques demandez-vous face à une oligospermie sécrétoire sévère (inférieur à 1 million) ?

QROC 87

Citez trois causes d'hypospermie.

QROC 88

Citez quatre causes d'OATS (oligo-asthéo-térato-spermie).

QROC 89

Citez deux causes d'azoospermie obstructive.

QROC 90

Citez deux causes d'azoospermie sécrétoire.

QROC 91

Un homme de 27 ans consulte pour infécondité primaire. Du côté de sa partenaire, le bilan déjà réalisé est strictement normal. Cliniquement, il n'existe pas de signe d'hypoandrogénie, cependant les déférents ne sont pas perçus à la palpation dans le scrotum. Il vous montre deux spermogrammes apparemment réalisés dans de bonnes conditions qui montrent une azoospermie. Que suspectez-vous ?

QROC 92

Quels examens pouvez-vous demander pour le diagnostic d'infécondité du patient de la question précédente ?

QROC 93

Citez trois facteurs acquis favorisant les cancers de vessie.

QROC 94

Quels signes cliniques doivent orienter vers un cancer de vessie localisé ?

QROC 95

Citez deux examens clefs du diagnostic initial du cancer vésical.

QROC 96

Que signifie un cancer de vessie au stade pT2N0M0 ?

QROC 97

Quel traitement médical privilégiez-vous devant un carcinome de vessie pT1G2 (muscle vu) avec bilan d'extension négatif ?

QROC 98

Quel traitement privilégiez-vous chez un homme présentant un cancer de vessie pT3aN0M0 ?

QROC 99

Une femme de 85 ans est hospitalisée pour une pyélonéphrite à *Escherichia coli* BLSE. Une antibiothérapie adaptée a été démarrée. Elle est en chambre seule. Quelle mesure complémentaire mettez-vous en œuvre ?

QROC 100

Définissez les infections urinaires récurrentes.

QROC 101

Quelle est la prévalence des infections urinaires communautaires à BLSE ?

QROC 102

Quelle est votre durée de traitement pour une pyélonéphrite aiguë simple traitée par fluoroquinolones ?

QROC 103

Quelle est votre durée de traitement pour un premier épisode de prostatite simple à entérobactérie traité par cotrimoxazole ?

QROC 104

Un homme de 58 ans obèse (140 kg pour 1,75 m) présente des douleurs hypogastriques et des troubles mictionnels depuis 24 heures. Vous n'êtes pas certain de votre diagnostic. Quel examen paraclinique demandez-vous en 1^{re} intention ?

QROC 105

Vous avez choisi de drainer le patient de la question précédente par une sonde vésicale. L'infirmière vous demande quelle taille de sonde vous souhaitez. Que lui répondez-vous ?

QROC 106

Le patient de la question précédente a été drainé par une sonde vésicale permettant d'évacuer en deux temps un litre d'urines claires. Quelques heures plus tard les urines sont sanglantes. À quoi pensez-vous ?

QROC 107

Concernant le patient de la question précédente, une fois la cause traitée de la rétention d'urines, il n'y a

pas de reprise des mictions. Quelle est à votre avis la complication de la rétention qui peut expliquer cela ?

QROC 108

Quelle est la complication du syndrome de levée d'obstacle ?

QROC 109

Quels sont les examens indispensables à l'exploration d'une hyperplasie bénigne de la prostate symptomatique ?

QROC 110

Citez les adjectifs évoquant une miction normale.

QROC 111

Quel outil utilisez-vous pour différencier une pollakiurie d'une polyurie ?

QROC 112

Quelles sont les quatre causes neurologiques les plus fréquentes à évoquer en cas d'hyperactivité détrusorienne ?

QROC 113

Citez cinq causes d'obstruction sous-vésicale responsables de troubles de la phase mictionnelle.

QROC 114

Quels sont les signes visibles à la fibroscopie vésicale d'une vessie de lutte ?

QROC 115

Définissez l'incontinence urinaire mixte.

QROC 116

Quels sont les trois germes les plus rencontrés dans les infections urinaires nosocomiales ?

QROC 117

Citez les trois sites principaux d'infections nosocomiales.

QROC 118

Quel est le seuil de significativité de la leucocyturie à l'ECBU ?

This page intentionally left blank

Test de concordance de script (TCS)

TCS 1

Un patient de 69 ans se présente aux urgences pour une douleur lombaire droite fébrile associée à une hématurie macroscopique modérée.

Questions

Si vous pensez à...	Et que vous trouvez...	Cela rend votre diagnostic...
1. Une pyélonéphrite obstructive droite	Un ECBU négatif	-2 -1 0 +1 +2
2. Une colique néphrétique droite fébrile	Une toux associée à des expectorations	-2 -1 0 +1 +2
3. Un cancer du rein droit avec syndrome paranéoplasique	Un contact lombaire à la palpation de la fosse lombaire droite	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

-2 très peu probable
 -1 moins probable
 0 ni plus ni moins probable
 +1 plus probable
 +2 très probable

TCS 2

Une patiente de 34 ans se présente à votre consultation d'urologie pour la prise en charge d'une tumeur rénale gauche .

Questions

Si vous pensez à...	Et que vous trouvez...	Cela rend votre diagnostic...
1. Un kyste simple rénal gauche	Un kyste rénal gauche classé Bosniak 2 sur le scanner abdominopelvien	-2 -1 0 +1 +2
2. Un carcinome à cellules rénales gauche localisé	Un nodule thyroïdien suspect à palpation	-2 -1 0 +1 +2
3. Un carcinome à cellules rénales gauche dans le cadre d'une maladie de von Hippel-Lindau	Une adiadococinésie	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

-2 très peu probable
 -1 moins probable
 0 ni plus ni moins probable
 +1 plus probable
 +2 très probable

TCS 3

En consultation au SAU, vous prenez en charge un patient pour une douleur testiculaire droite depuis 2 heures, cotée à 7 sur une EVA allant de 1 à 10.

Questions

Si vous pensiez à...	Et qu'alors vous trouvez...	Ceci rend votre geste ou diagnostic...
1. Une torsion du cordon spermatique droit	Une fièvre depuis 12 heures	-2 -1 0 +1 +2
2. Le traiter comme une IST	Un antécédent d'HBP	-2 -1 0 +1 +2
3. Un traitement antibiotique de 2 semaines	Une suspicion de prostatite au toucher rectal	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

-2 très peu probable
 -1 moins probable
 0 ni plus ni moins probable
 +1 plus probable
 +2 très probable

TCS 4

Un patient de 62 ans, aux antécédents d'HTA, vous consulte pour un dosage de PSA à 4,5 ng/ml.

Questions

Si vous pensiez à...	Et qu'alors vous trouvez...	Ceci rend votre diagnostic...
1. Un cancer de prostate	Un dosage de PSA l'année précédente à 1,2 ng/ml	-2 -1 0 +1 +2
2. Un cancer de prostate	Un toucher rectal sans particularité	-2 -1 0 +1 +2
3. Une hypertrophie bénigne de prostate	Un rapport libre sur total du PSA à 9 %	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

-2 très peu probable
 -1 moins probable
 0 ni plus ni moins probable
 +1 plus probable
 +2 très probable

TCS 5

Un patient de 65 ans, sans antécédent vous consulte pour une hématurie terminale.

Question 1

Si vous pensez à...	Et que vous apprenez...	Votre hypothèse devient...
1A. Une origine lithiasique	Qu'il n'a pas eu de douleur lombaire	-2 -1 0 +1 +2
1B. Une origine infectieuse	Qu'il a une pollakiurie isolée	-2 -1 0 +1 +2
1C. Une origine tumorale urothéliale	Qu'il est tabagique et qu'il était teinturier	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

-2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
 -1 l'hypothèse devient moins probable
 0 aucun effet sur l'hypothèse
 +1 l'hypothèse devient plus probable
 +2 l'hypothèse devient pratiquement certaine

Question 2

Si vous pensez à...	Et que vous apprenez...	Votre hypothèse devient...
2A. Une origine lithiasique	Que la bandelette urinaire retrouve : « sang fort »	-2 -1 0 +1 +2
2B. Une origine infectieuse	Que la bandelette urinaire retrouve leucocytes « + » et nitrites « - »	-2 -1 0 +1 +2
2C. Une origine tumorale urothéliale	Que le patient a éliminé des caillots de sang	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 l'hypothèse est pratiquement éliminée -1 l'hypothèse devient peu probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 l'hypothèse devient pratiquement certaine		

Question 3

Vous vous orientez vers une hypothèse tumorale urothéliale.

Si vous demandez...	Et que vous apprenez...	Votre hypothèse devient...
3A. Une échographie réno-vésicale	Que l'examen ne retrouve pas d'anomalie	-2 -1 0 +1 +2
3B. Un uroscanner	Que l'examen ne retrouve pas d'anomalie	-2 -1 0 +1 +2
3C. Une cytologie urinaire	Que l'examen ne retrouve pas d'élément suspect	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 l'hypothèse est pratiquement éliminée -1 l'hypothèse devient peu probable 0 aucun effet sur l'hypothèse + 1 l'hypothèse devient plus probable + 2 l'hypothèse devient pratiquement certaine		

Question 4

Vous avez réalisé une résection endoscopique de tumeur de vessie car il existait un polype de 3 mm lors la cystoscopie que vous avez effectuée.

Si vous pensiez faire...	Et que vous apprenez...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
4A. Une cystoprostatectomie	Que l'examen histologique a retrouvé un carcinome urothélial de bas grade infiltrant le chorion et que le muscle est sain	-2 -1 0 +1 +2
4B. Une cystoprostatectomie	Que l'examen histologique a retrouvé un carcinome urothélial infiltrant le muscle	-2 -1 0 +1 +2
4C. Une cystoprostatectomie	Que l'examen histologique a retrouvé un carcinome urothélial infiltrant le muscle et le bilan d'extension est négatif	-2 -1 0 +1 +2
4D. Une cystoprostatectomie	Que l'examen histologique a retrouvé un carcinome urothélial infiltrant le muscle et le bilan d'extension retrouve des localisations secondaires	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 contre-indiqué -1 peu utile, peu pertinent 0 ni plus ni moins utile +1 plus utile, plus pertinent +2 indispensable		

TCS 6

Un patient de 65 ans vient vous voir en consultation pour pollakiurie.

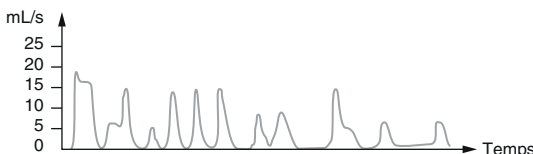
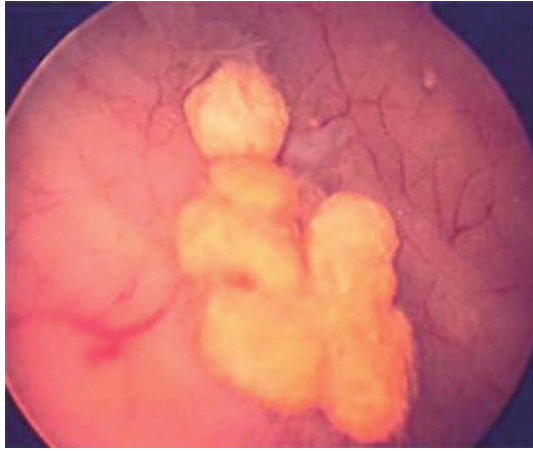
Question 1

Si vous pensez à...	Et que vous apprenez...	Votre hypothèse devient...
1A. Une origine infectieuse	Qu'il n'a pas de brûlures mictionnelles	-2 -1 0 +1 +2
1B. Une origine lithiasique	Qu'il n'a pas eu de douleur lombaire	-2 -1 0 +1 +2
1C. Une hyperplasie bénigne de la prostate	Qu'il est tabagique	-2 -1 0 +1 +2
1D. Une origine tumorale vésicale	Qu'il n'a pas d'hématurie macroscopique	-2 -1 0 +1 +2
1E. Une hyperplasie bénigne de la prostate	Qu'il a une dysurie	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

-2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
 -1 l'hypothèse devient peu probable
 0 aucun effet sur l'hypothèse
 +1 l'hypothèse devient plus probable
 +2 l'hypothèse devient pratiquement certaine

Question 2

Si vous pensez à...	Et que vous trouvez...	Votre hypothèse devient...
2A. Une origine infectieuse	La bandelette urinaire est négative	-2 -1 0 +1 +2
2B. Une origine tumorale vésicale	Que la cytologie urinaire est négative	-2 -1 0 +1 +2
2C. Une hyperplasie bénigne de la prostate	Volume uriné 300 ml 	-2 -1 0 +1 +2
2D. Une origine lithiasique		-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
 -1 l'hypothèse devient peu probable
 0 aucun effet sur l'hypothèse
 +1 l'hypothèse devient plus probable
 +2 l'hypothèse devient pratiquement certaine

Question 3

Vous vous orientez vers une hypothèse tumorale urothéliale.

Si vous pensiez faire...	Et que vous apprenez...	Cette nouvelle donnée rend l'examen proposé...
3A. Une échographie réno-vésicale	Que le patient est en rétention vésicale chronique	-2 -1 0 +1 +2
3B. Une créatininémie	Que le patient est en rétention vésicale chronique	-2 -1 0 +1 +2
3C. Un ECBU	Que le patient a juste une pollakiurie, pas de fièvre ni brûlures mictionnelles	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 inutile -1 moins utile, moins pertinent 0 ni plus ni moins utile +1 plus utile, plus pertinent +2 indispensable		

Question 4

Si vous pensiez faire...	Et que vous apprenez...	Cette nouvelle donnée rend le traitement proposé...
4A. Une résection endoscopique de prostate	Que le volume prostatique estimé est de 120 g	-2 -1 0 +1 +2
4B. Un traitement par alphabloquant	Que le patient a un calcul vésical et des diverticules vésicaux	-2 -1 0 +1 +2
4C. Une adénomectomie voie haute	Que le volume prostatique estimé est de 120 g	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 inutile -1 moins utile, moins pertinent 0 ni plus ni moins utile +1 plus utile, plus pertinent +2 indispensable		

TCS 7

Un homme de 25 ans se présente en consultation avec une augmentation du volume de la bourse gauche. Celle-ci n'est pas douloureuse. Elle semble avoir augmenté de taille régulièrement. Le volume est gênant.

Questions

Si vous pensiez à...	Et qu'alors vous trouvez...	Cette nouvelle information rend le diagnostic...
1. Une hydrocèle	Un scrotum non transilluminable	-2 -1 0 +1 +2
2. Une tumeur du testicule	Des microlithiases en échographie	-2 -1 0 +1 +2
3. Une varicocèle	Un testicule hypotrophique	-2 -1 0 +1 +2
4. Une hernie inguino-scrotale	Un contenu scrotal non réductible	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 très peu probable -1 moins probable 0 ni plus ni moins probable +1 plus probable +2 très probable		

TCS 8

Un jeune homme de 17 ans est admis aux urgences à 7 h du matin pour survenue brutale d'une douleur scrotale droite intense. La douleur irradie dans l'aîne. Le testicule droit n'est pas examinable du fait de la douleur. Le testicule semble ascensionné.



Questions

Si vous pensiez réaliser...	Et qu'alors vous trouvez...	Cette nouvelle information rend l'examen...
1. Une bandelette urinaire	Des antécédents de colique néphrétique	-2 -1 0 +1 +2
2. Une échographie	Une hématurie microscopique	-2 -1 0 +1 +2
3. Une exploration chirurgicale	Une échographie normale	-2 -1 0 +1 +2
4. Une bactériologie des urines	Des brûlures mictionnelles	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

-2 totalement inutile
 -1 inutile
 0 ni plus ni moins utile
 +1 utile
 +2 très utile

TCS 9

Un patient de 65 ans vous consulte pour des troubles mictionnels associant dysurie d'attente, dysurie de poussée et un jet faible.

Questions

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez...	Votre hypothèse devient...
1. Une hypertrophie bénigne de prostate	Prostate de 40 ml souple régulière indolore	-2 -1 0 +1 +2
2. Une hypertrophie bénigne de prostate	PSA à 250 ng/ml	-2 -1 0 +1 +2
3. Une hypertrophie bénigne de prostate	Vessie crénelée et diverticulaire	-2 -1 0 +1 +2
4. Une hypertrophie bénigne de prostate	Un antécédent récent de fracture du bassin	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

-2 l'hypothèse est pratiquement éliminée
 -1 l'hypothèse devient peu probable
 0 aucun effet sur l'hypothèse
 +1 l'hypothèse devient plus probable
 +2 l'hypothèse devient pratiquement certaine

TCS 10

Un patient de 70 ans vous consulte pour des troubles mictionnels chroniques en rapport avec une hypertrophie bénigne prostate. Le patient a réalisé l'ensemble de son bilan paraclinique et vous reconsulte car il est demandeur d'une prise en charge thérapeutique.

Questions

Si vous pensiez traiter avec...	Et qu'alors vous trouvez...	Votre option thérapeutique devient...
1. Des alphabloquants	Une lithiase vésicale	-2 -1 0 +1 +2
2. Une incision cervico-prostatique	Prostate de 40 ml	-2 -1 0 +1 +2
3. Des IPDE5 en prise quotidienne	Une dysfonction érectile associée	-2 -1 0 +1 +2
4. Des IPDE5 en prise quotidienne	Un traitement par dérivés nitrés	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 totalement contre-indiquée
- 1 plutôt contre-indiquée
- 0 neutre
- +1 appropriée
- +2 très appropriée

TCS 11

Vous recevez en consultation un homme de 26 ans accompagné de sa femme. Il travaille comme agent de sécurité dans un grand centre commercial. Depuis 9 mois, ils essaient d'avoir un enfant sans succès. Le bilan effectué par son épouse est sans anomalie. Il a donc réalisé deux spermogrammes superposables :

- délais d'abstinence : 5 jours ;
- volume éjaculé : 2 ml (N = 1,5 à 6 ml) ;
- numération par ml : 0 (N > 15 millions/ml) ;
- numération par éjaculat : 0 (N > 39 millions).

Question 1

Si vous pensez à...	Et qu'alors vous trouvez...	Cette nouvelle donnée rend l'hypothèse diagnostique...
1A. Un syndrome de Klinefelter	Deux testicules de très petite taille	-2 -1 0 +1 +2
1B. Une azoospermie sécrétoire	Une FSH à 2 fois la normale	-2 -1 0 +1 +2
1C. Une mutation <i>ABCC7</i>	Une absence de canaux déférents	-2 -1 0 +1 +2

Entourez la proposition qui vous semble adéquate :

- 2 quasi improbable
- 1 moins probable
- 0 ni plus ni moins probable
- +1 plus probable
- +2 quasi certaine

Question 2

Si vous pensez réaliser...	Et que...	Cette nouvelle donnée rend l'examen proposé...
2A. Une biopsie testiculaire	La testostérone est à 1 ng, la FSH à 24 IU/l et l'inhibine B à 15 pg/ml	-2 -1 0 +1 +2
2B. Un caryotype	Le résultat est 46XY	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 inutile (totalement contre-indiqué) -1 moins utile, moins pertinent (contre-indiqué) 0 ni plus ni moins utile (ni plus ni moins indiqué) +1 plus utile, plus pertinent (indiqué) +2 indispensable (très indiqué)		

Question 3

Si vous pensez orienter le couple vers...	Et que...	Cette nouvelle donnée rend le traitement/geste proposé...
3A. Une biopsie testiculaire à la recherche de spermatozoïdes	Les testicules sont normaux et la FSH est normale ainsi que l'échographie prostatique	-2 -1 0 +1 +2
3B. Un don de sperme ou l'adoption	Il existe une microdélétion <i>AZF_a</i> du chromosome Y	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 contre-indiqué -1 peu utile, peu pertinent 0 ni plus ni moins utile +1 plus utile, plus pertinent +2 indispensable		

TCS 12

Le premier patient de votre consultation est un homme de 62 ans. Il présente une dégradation de sa fonction mictionnelle avec notamment une faiblesse du jet depuis quelques temps.

Question 1

Si vous pensez à...	Et que vous trouvez...	Votre hypothèse devient...
1A. Une dysurie	Un tracé de débitmétrie aplati	-2 -1 0 +1 +2
1B. Une hyperactivité vésicale	Un tabagisme actif	-2 -1 0 +1 +2
1C. Une infection urinaire	Une bandelette urinaire négative	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 l'hypothèse est pratiquement éliminée -1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 l'hypothèse devient pratiquement certaine		

Question 2

Ce patient présentait une hématurie macroscopique.

Si vous pensez à...	Et que vous trouvez...	Votre hypothèse devient...
2A. Une lithiase	Une cystographie normale	-2 -1 0 +1 +2
2B. Un carcinome urothélial	Une cytologie en faveur de cellules malignes	-2 -1 0 +1 +2
2C. Une hyperplasie prostatique	Une PSA normal	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 l'hypothèse est pratiquement éliminée -1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse +1 l'hypothèse devient plus probable +2 l'hypothèse devient pratiquement certaine		

Question 3

Le diagnostic de tumeur urothéliale a été écarté.

Si vous pensez à...	Et que vous trouvez...	Votre hypothèse devient...
3A. Une lithiase	Une cystographie normale	-2 -1 0 +1 +2
3B. Un carcinome urothélial	Une cytologie en faveur de cellules malignes	-2 -1 0 +1 +2
3C. Une hyperplasie prostatique	Une PSA normal	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 l'hypothèse est pratiquement éliminée -1 l'hypothèse devient moins probable 0 aucun effet sur l'hypothèse + 1 l'hypothèse devient plus probable + 2 l'hypothèse devient pratiquement certaine		

Question 4

Vous proposez un traitement.

Si vous pensiez traiter avec...	Et que...	Votre option thérapeutique devient...
4A. Une phytothérapie	Vous trouvez un volume prostatique de 30 ml	-2 -1 0 +1 +2
4B. Un alphabloquant	Le patient présente une dysérection	-2 -1 0 +1 +2
4C. Un traitement chirurgical	Le score IPSS est de 5	-2 -1 0 +1 +2
Entourez la proposition qui vous semble adéquate : -2 totalement contre-indiquée -1 plutôt contre-indiquée 0 neutre +1 appropriée +2 très appropriée		

This page intentionally left blank



Corrigés

This page intentionally left blank

CHAPITRE 5

Cas cliniques corrigés

Cas clinique 1

Question 1 – QCM

Réponse : D, E, F

Question 2 – QROC

Réponse : autoquestionnaire IIEF

Question 3 – QCM

Réponse : C, F

Question 4 – QROC

Réponse : trouble de la libido

Le trouble de la libido est habituellement retrouvé dans les dysfonctions érectiles d'origine psychogène. En présence d'une dysfonction érectile organique associée à un trouble de la libido, il faut évoquer un trouble hormonal comme le déficit androgénique lié à l'âge (DALA).

Question 5 – QCM

Réponse : A, C, D, F, H

Question 6 – QROC

Réponse : autoquestionnaire ADAM

Question 7 – QCM

Réponse : C, E

Question 8 – QROC

Réponse : déficit androgénique lié à l'âge (DALA)

Un score > 5 et un taux de testostérone totale < 8 nmol/l sont évocateurs d'un déficit androgénique lié à l'âge.

Question 9 – QROC

Réponse : ostéodensitométrie

Question 10 – QROC

Réponse : obésité, alcoolisme

Question 11 – QROC

Réponse : supplémentation en testostérone

Question 12 – QCM

Réponse : A, C, D

Question 13 – QCM

Réponse : B, C, E

Question 14 – QROC

Réponse : syndrome d'apnées du sommeil

Question 15 – QCM

Réponse : A, C, D, G

Question 16 – QROC

Réponse : toucher rectal

Le dépistage d'un cancer de la prostate est systématique avant la prescription d'une supplémentation en testostérone.

Question 17 – QCM

Réponse : D

Question 18 – QROC

Réponse : traitement par dérivés nitrés

Question 19 – QROC

Réponse : sidanéfил, tadalafil, vardénafил

Question 20 – QROC

Réponse : tadalafil 5 mg/j en prise quotidienne.

Le tadalafil 5 mg/j en continu vient d'avoir l'AMM dans le traitement des symptômes du bas appareil en rapport avec une hypertrophie bénigne de la prostate. Il s'agit donc d'une alternative intéressante chez les patients présentant une dysfonction érectile associée. Cependant, ce médicament n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

Question 21 – QROC

Réponse : médicament non remboursé

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D, E, F	3
2	Autoquestionnaire (2) IIEF (3)	5
3	C, F	2
4	Trouble/Baisse/Diminution (2) de la libido (3)	5
5	A, C, D, F, H	5
6	Autoquestionnaire (2) ADAM (3)	5
7	C, E	5
8	Déficit androgénique lié à l'âge (DALA)/Andropause	5
9	Ostéodensitométrie	5
10	Obésité (5), alcoolisme (5)	10
11	Supplémentation/Traitement substitutif (2) par testostérone (3)	5
12	A, C, D	3
13	B, C, E	3
14	Syndrome d'apnées du sommeil	5

N°	Réponses	Points
15	A, C, D, G	4
16	Toucher rectal	5
17	D	2
18	Traitement par dérivés nitrés	5
19	Sidanéfil (1), tadalafil (1), vardénafil (1)	3
20	Tadalafil (5) 5 mg/j en prise quotidienne/Traitement continu (5)	10
21	Médicament non remboursé	5
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 120 : Ménopause et andropause
item 122 : Trouble de l'érection

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU)–comité d'androgénologie 2010–2013 : http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf
<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classes-paranee.html>

Fiche de synthèse : voir p. 135.

Cas clinique 2

Question 1 – QCM

Réponse : A, D

Un défaut de migration testiculaire doit faire évoquer soit une cryptorchidie soit une ectopie testiculaire. La cryptorchidie correspond à un arrêt de la migration testiculaire sur le trajet de la région lombaire vers la bourse au cours de l'embryogenèse, alors que l'ectopie testiculaire correspond à une localisation intra-abdominale du testicule en dehors du trajet de migration.

Question 2 – QROC

Réponse : torsion testiculaire droite
Toute douleur testiculaire est une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve du contraire.

Question 3 – QROC

Réponse : colique néphrétique droite

Question 4 – QROC

Réponse : fièvre/hyperthermie > 38 °C
La principale complication de la colique néphrétique est la survenue d'une pyélonéphrite associée (colique néphrétique fébrile = pyélonéphrite obstructive). Le signe clinique le plus important à rechercher en cas de colique néphrétique est donc la fièvre, car cela poserait l'indication d'une montée de sonde double J en urgence.

Question 5 – QROC

Réponse : bandelette urinaire

La présence d'une hématurie microscopique à la BU est un argument clinique important en faveur d'une crise de colique néphrétique d'origine lithiasique en cas de douleur lombaire typique.

Question 6 – QCM

Réponse : A, D, E

Il est inutile de prescrire un bilan d'imagerie en urgence pour une colique néphrétique non compliquée typique. Il faut simplement réaliser un bilan biologique à la recherche d'une éventuelle complication. L'ECBU n'est pas indiqué car la bandelette urinaire est négative.

Question 7 – QROC

Réponse : oui

Une CRP négative élimine une infection bactériologique en cours. Par ailleurs, la petite hyperleucocytose est classiquement expliquée par une démargination et la créatinine plasmatique dans les limites supérieures de la normale est souvent secondaire à une déshydratation. Il s'agit donc très probablement d'une colique néphrétique non compliquée.

Question 8 – QROC

Réponse : hyperleucocytose de démargination

L'hyperleucocytose de démargination est souvent retrouvée au cours de la colique néphrétique non compliquée comme dans d'autre pathologie responsable d'un stress métabolique.

Question 9 – QCM

Réponse : A, B, E, F, J

Le traitement de première intention d'une colique néphrétique doit comporter un AINS associé à des antalgiques de palier adapté à l'EVA (1 ou 2). La titration morphinique est un traitement de seconde intention. La restriction hydrique n'est plus systématique et les apports hydriques doivent dorénavant être adaptés à la soif.

Question 10 – QCM

Réponse : B, E, F

Le principal mécanisme d'action des AINS est la vasoconstriction de l'artériole afférente glomérulaire, entraînant une diminution du débit de filtration glomérulaire et donc de la dilatation des cavités pyélocalliciennes. La diminution de l'œdème et celle du tonus musculaire lisse urétéral participent dans une moindre mesure à la diminution de la douleur. Seuls les IEC sont capables de provoquer une vasodilatation de l'artériole efférente, mais ce traitement n'est pas utilisé au cours de la colique néphrétique.

Question 11 – QROC

Réponse : 2 jours

En cas de traitement ambulatoire, le bilan d'imagerie doit être réalisé en ville dans les 48 heures afin de confirmer le diagnostic et de réaliser un bilan étiologique de la colique néphrétique.

Question 12 – QROC

Réponse : scanner abdominal sans injection

Question 13 – QCM

Réponse : A, B, C, D, E, F

Toutes ces consignes sont importantes à donner au patient, mais il est extrêmement dangereux ne pas l'informer de la nécessité de reconsulter en extrême urgence en cas d'apparition de fièvre puisqu'il s'agit de la plus formelle des indications de drainage chirurgical des urines.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, D	5
2	Torsion testiculaire (5) droite (5)/Torsion du cordon spermatique (5) droit (5)	10
3	Colique néphrétique (5) droite (5)	10
4	Fièvre/Hyperthermie > 38 °C	10
5	Bandelette urinaire	8
6	A, D, E	7
7	Oui	5
8	Hyperleucocytose de démargination	10
9	A, B, E, F, J	5
10	B, E, F	5
11	2 jours/48 heures	5
12	Scanner abdominal (5) sans injection (5)	10
13	A, B, C, D, E, F	10
	Total	100

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 262 : Lithiase urinaire

Références :

Recommandations du comité lithiase de l'Association française d'urologie (AFU)-CLAFU 2010–2013 :
http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf
<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classes-par-annee.html>

Fiche de synthèse : voir p. 135.

Cas clinique 3**Question 1 – QROC**

Réponse : aucune

Question 2 – QROC

Réponse : scanner abdominal sans injection

Il n'y a absolument pas le moindre rehaussement tissulaire ou vasculaire sur ce scanner abdominopelvien. Il s'agit donc d'un cliché sans injection.

Question 3 – QROC

Réponse : calcul coralliforme droit

Une hyperdensité spontanée moulant l'ensemble des cavités pyélocalicielles sur un scanner abdominopelvien sans injection de produit de contraste correspond à un calcul rénal coralliforme.

Question 4 – QCM

Réponse : E

Question 5 – QROC

Réponse : calcul radiotransparent

Les calculs composés d'acide urique sont typiquement radiotransparents. Tous les calculs (radiotransparents ou non) sont visibles sur un scanner abdominopelvien. Le terme radiotransparent est réservé aux rayons X et donc à l'ASP. Les calculs radiotransparents présentent cependant une densité, calculée en unités Hounsfield, sur le scanner abdominopelvien souvent inférieure au calcul radio-opaques.

Question 6 – QROC

Réponse : pH urinaire acide

Question 7 – QROC

Réponse : bandelette urinaire

Question 8 – QROC

Réponse : mono-arthrite aiguë microcristalline

L'atteinte classiquement inaugurale de l'hyperuricémie primitive (goutte) est la mono-arthrite aiguë microcristalline du gros orteil.

Question 9 – QROC

Réponse : hyperuricémie primitive/goutte

Question 10 – QROC

Réponse : dosage de l'uricémie

Question 11 – QCM

Réponse : A, C, E, G, H

Question 12 – QROC

Réponse : tophus

Question 13 – QCM

Réponse : C

La présence de tophus ou de calcul rénaux d'acide urique constitue théoriquement une indication à proposer un traitement de fond de l'hyperuricémie primitive, d'autant plus que le patient présente probablement des crises récidivantes de mono-arthrite aiguë du gros orteil.

Question 14 – QCM

Réponse : C, F

Le traitement de première intention d'un calcul d'acide urique n'est jamais chirurgical. Il faut systématiquement proposer un traitement médical initial avec une cure de diurèse et, surtout, une alcalinisation des urines afin de dissoudre le calcul.

Question 15 – QCM

Réponse : B, D

L'alcalinisation des urines peut se faire soit par l'apport de bicarbonate de sodium grâce à l'eau de Vichy Célestins ou de Saint-Yorre, soit par l'apport de citrate de potassium grâce à l'Alcaphor®.

Question 16 – QCM

Réponse : C

La lithotritie extracorporelle ne peut pas être proposée pour la prise en charge de ce calcul car celui-ci est radiotransparent et donc non repérable sous contrôle radiologique utilisé au cours de cette technique. Compte tenu de la taille du calcul > 2 cm, seule la néphrolithotomie percutanée est envisageable.

Question 17 – QCM

Réponse : A, C, D, E, F

Du côté droit, le foie ou le côlon droit peuvent venir s'interposer sur le trajet de ponction percutané des cavités pyélocalicielles. L'uretère étant largement à distance du point de ponction, il semble très peu probable qu'une plaie de celui-ci survienne en cours d'intervention.

Question 18 – QROC

Réponse : spectrophotométrie infrarouge

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Aucune	5
2	Scanner abdominal (5) sans injection (5)	10
3	Calcul (5) coralliforme (3) droit (2)	10
4	E	5
5	Calcul radiotransparent	5
6	pH urinaire acide	5
7	Bandelette urinaire	3
8	Mono-arthrite aiguë (2) microcristalline (3)	5
9	Hyperuricémie primitive/Goutte	5
10	Dosage de l'uricémie	5
11	A, C, E, G, H	5
12	Tophus	5
13	C	2
14	C, F	10
15	B, D	5
16	C	5
17	A, C, D, E, F	5
18	Spectrophotométrie (3) infrarouge (2)	5
	Total	100

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 262 : Lithiase urinaire

Références :

Recommandations du comité lithiase de l'Association française d'urologie (AFU)-CLAFU 2010–2013 : http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classees-par-annee.html>

Fiche de synthèse : voir p. 136.

Cas clinique 4**Question 1 – QROC**

Réponse : Pyélonéphrite obstructive droite

Question 2 – QROC

Réponse : Compression urétérale extrinsèque

Le mécanisme de la dilatation des cavités pyélocalicielles responsable de la douleur lombaire de cette patiente est probablement une compression extrinsèque urétérale par un nodule de carcinose péritonéale.

Question 3 – QCM

Réponse : A, C, D, E, F, I

L'urgence chez cette patiente est de traiter le sepsis sévère par un remplissage vasculaire en première intention. Les amines vasoactives plutôt de type noradrénaline seront débutées en seconde intention en cas d'échec du remplissage. Par ailleurs, l'antibiothérapie ne doit pas être débutée avant de réaliser des prélèvements bactériologiques.

Question 4 – QROC

Réponse : ECBU, hémoculture

Question 5 – QCM

Réponse : A, B, E, F, I

Question 6 – QCM

Réponse : D, F

Il s'agit d'une patiente vivant à domicile et non institutionnalisée qui ne présente donc pas de suspicion de germes multirésistants. L'antibiothérapie la plus adaptée sera donc ceftriaxone + gentamicine.

Question 7 – QROC

Réponse : non

Question 8 – QROC

Réponse : obstacle complètement obstructif

Lorsque l'obstacle situé sur la voie excrétrice supérieure est complètement obstructif, les germes responsables de la pyélonéphrite sont piégés au-dessus de celui-ci. L'ECBU réalisé sur les urines mictionnelles analyse alors les urines du rein controlatéral non infecté et est donc négatif.

Question 9 – QCM

Réponse : D

Chez une patiente en sepsis sévère, il est important de réaliser la prise en charge diagnostique la plus efficace et rapide possible. L'uroscanner est l'examen le plus performant afin de poser le diagnostic de pyélonéphrite obstructive et de déterminer l'étiologie de l'obstruction.

Question 10 – QROC

Réponse : scanner abdominal sans injection
 Au début de n'importe quel scanner abdominopelvien, le radiologue réalise systématiquement des clichés sans injection afin de pouvoir les comparer si besoin aux clichés injectés. Il s'agit donc ici de la première hélice d'un uroscanner qui ne comporte pas d'injection de produit de contraste. Aucun tissu n'est rehaussé.

Question 11 – QCM

Réponse : E, G
 Contre toute attente, on visualise très nettement sur cette reconstruction de scanner abdominopelvien sans injection, un calcul de l'uretère pelvien droit responsable d'une importante dilatation des cavités pyélocalicielles droites. Aucun nodule de carcinose péritonéale n'est visualisable en raison de l'absence d'injection de produit de contraste. Le retard de sécrétion (passage du produit de contraste du parenchyme vers le pyélon) et le retard d'excrétion (passage du produit de contraste du pyélon vers l'uretère) ne sont visualisables par définition que sur des clichés injectés et signent une obstruction urinaire.

Question 12 – QROC

Réponse : non
 Le diagnostic de pyélonéphrite aiguë obstructive est évident entre l'examen clinique et le scanner sans injection. Il est donc inutile de perdre du temps pour des clichés d'uroscanner qui n'apporteront pas d'éléments déterminant pour la prise en charge de cette patiente, et par ailleurs, une injection de produit de contraste fait courir le risque d'insuffisance rénale.

Question 13 – QCM

Réponse : B, E
 Il est impossible de laisser mourir la patiente d'une pyélonéphrite obstructive d'origine lithiasique parce qu'elle présente un cancer métastatique et ce d'autant plus que les informations concernant le statut exact de la maladie ne sont pas disponibles. Dans l'urgence, le seul traitement efficace reste le traitement chirurgical.

Question 14 – QROC

Réponse : drainage des urines

Question 15 – QROC

Réponse : non
 N'importe quel geste invasif peut être réalisé sous Kardégic®.

Question 16 – QCM

Réponse : A, B, E
 Il faut dériver les urines en urgence et, dans le cadre de la pathologie lithiasique, il est exceptionnel de ne pas pouvoir passer par voie endoscopique. L'aspect des urines pyéliquies en peropératoire posera l'indication d'une sonde double J ou urétérale. La sonde urétérale allant des cavités pyélocalicielles jusqu'à l'extérieur est indiquée en cas d'urines pyéliquies purulentes car elle draine mieux qu'une sonde interne de type double J allant des cavités pyélocalicielles à la vessie. Le seul inconvénient de la sonde urétérale reste la nécessité d'une conversion en sonde double J et donc d'une seconde intervention avant la sortie de la patiente.

Question 17 – QROC

Réponse : néphrostomie percutanée droite
 Il faut systématiquement prévenir la patiente et son entourage qu'en cas d'échec de traitement endoscopique, il faudra poser une sonde de néphrostomie percutanée et que donc les urines sortiront par un drain placé dans le dos.

Question 18 – QROC

Réponse : prélèvements bactériologiques pyéliques

Question 19 – QCM

Réponse : C, D
 Un calcul radio-opaque de l'uretère iliaque peut être traité par lithotritie extracorporelle ou urétéroscopie rigide avec laser.

Question 20 – QCM

Réponse : B
 La durée recommandée de l'antibiothérapie pour le traitement d'une pyélonéphrite obstructive est de 3 semaines. Il faut donc programmer l'intervention chirurgicale le plus vite possible une fois passé ce délai car il existe un risque de récurrence.

Question 21 – QROC

Réponse : ECBU négatif
 Tout traitement chirurgical d'un calcul urinaire nécessite des urines stériles et donc un ECBU négatif. Il est d'autant plus important de le contrôler que la patiente a fait une pyélonéphrite obstructive.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Pyélonéphrite obstructive (3) droite (2)	5
2	Compression urétérale/Obstacle extrinsèque	10
3	A, C, D, F, I	10
4	ECBU (1). Hémoculture (1)	2
5	A, B, E, F, I	5
6	D, F	2
7	Non	5
8	Obstacle complètement obstructif/ Obstruction complète	5
9	D	3
10	Scanner abdominal (1) sans injection (2)	3
11	E, G	5
12	Non	3
13	B, E	3
14	Drainage des urines	5
15	Non	3
16	B, E	5
17	Néphrostomie percutanée (3) droite (2)	5
18	Prélèvements bactériologiques (3) pyéliques/peropératoires (2)	6

N°	Réponses	Points
19	C, D	6
20	B	4
21	ECBU (3) négatif (2)	5
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 262 : Lithiase urinaire

Références :

Recommandations du comité lithiase de l'Association française d'urologie (AFU)-CLAFU 2010–2013 : http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf
<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classes-par-annee.html>

Fiche de synthèse : voir pp. 136–137.

Cas clinique 5

Question 1 – QROC

Réponse : caillottage

Question 2 – QROC

Réponse : absence d'urokinase

L'urokinase est une enzyme traversant la barrière glomérulaire avec les hématies au cours des hématuries d'origine néphrologique. Elle entraîne la dissolution immédiate des caillots de sang dans les urines. Cette enzyme est rapidement consommée au cours des hématuries d'origine urologique, ce qui favorise donc la formation de caillots.

Question 3 – QROC

Réponse : hématurie totale

Question 4 – QROC

Réponse : cancer du rein gauche

Question 5 – QROC

Réponse : contact lombaire gauche

Question 6 – QCM

Réponse : A, C, D, G, H

Question 7 – QROC

Réponse : pyélonéphrite obstructive gauche

Toute douleur lombaire fébrile est une pyélonéphrite obstructive jusqu'à preuve du contraire surtout en cas de fièvre élevée ou de symptomatologie marquée.

Question 8 – QCM

Réponse : A, C, D, E, F, G, I

Question 9 – QROC

Réponse : non

Le patient ne présente qu'un syndrome inflammatoire biologique minime et l'examen direct de l'ECBU est négatif. Le diagnostic semble donc peu probable.

Question 10 – QROC

Réponse : artériel

L'aorte est hyperdense alors que la veine cave n'est pas encore opacifiée.

Question 11 – QCM

Réponse : B

Sur ce scanner abdominal injecté, on peut visualiser une volumineuse tumeur rénale gauche avec des plages de nécrose mais sans autres anomalies loco-régionales ou métastatiques à distance. Le rein controlatéral est normal.

Question 12 – QROC

Réponse : thrombus veineux tumoral

Le cancer du rein a la particularité de présenter une extension locorégionale veineuse qui débute dans la veine rénale et peut remonter ou redescendre dans la veine cave supérieure ou inférieure.

Question 13 – QROC

Réponse : varicocèle gauche

La varicocèle gauche est liée à l'obstruction de la veine génitale gauche s'abouchant dans la veine rénale gauche

Question 14 – QROC

Réponse : syndrome paranéoplasique

La fièvre non spécifique est le principal syndrome paranéoplasique d'un cancer du rein, surtout retrouvé dans le cadre d'une maladie métastatique.

Question 15 – QCM

Réponse : C

Il n'y a pas d'indication à réaliser de biopsie rénale pour l'instant chez ce patient qui présente un cancer typique sur le scanner et éventuellement opérable en l'absence de métastases à distance. La biopsie est réservée aux patients inopérables.

Question 16 – QROC

Réponse : lâcher de ballons

Il s'agit d'un aspect typique de métastases pulmonaires en lâcher de ballon.

Question 17 – QROC

Réponse : métastases pulmonaires bilatérales

Question 18 – QCM

Réponse : D

Le patient présente un cancer du rein métastatique avec une importante altération de l'état générale et une grosse charge métastatique inaccessible à un traitement chirurgical. Le traitement de référence est donc un antiangiogénique; le plus utilisé reste le sunitinib (Sutent®). Il faut cependant réaliser une biopsie rénale avant de débiter ce traitement afin d'avoir une preuve histologique.

Question 19 – QROC

Réponse : biopsie rénale

Question 20 – QROC

Réponse : traitement antiangiogénique *per os*

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Caillottage/Présence de caillots	5
2	Absence (3) d'urokinase (7)	10
3	Hématurie totale	5
4	Cancer du rein (3) gauche (2)/Carcinome à cellules rénales (3) gauche (2)	5
5	Contact lombaire (2) gauche (1)	3
6	A, C, D, G, H	5
7	Pyélonéphrite (4) obstructive (4) gauche (2)/Colique néphrétique (4) gauche (2) fébrile (4)	10
8	A, C, D, E, F, G, I	7
9	Non	5
10	Artériel/Précoce	3
11	B	2
12	Thrombus (2) veineux (2) tumoral (1)/Thrombus (2) tumoral (1) de la veine rénale/cave (2)	5
13	Varicocèle (2) gauche (1)	3
14	Syndrome paranéoplasique	5
15	C	2
16	Lâcher de ballons (5)/Hyperdensités (2) nodulaires (2) bilatérales (1)	5
17	Métastases (2) pulmonaires (2) bilatérales (1)	5
18	D	5
19	Biopsie rénale	7
20	Traitement antiangiogénique (2) <i>per os</i> (1)	3
	Total	100

*Pour aller plus loin***Principal item abordé :**

item 308 : Tumeurs du rein

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU)-CCAFU 2010–2013 :

http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classees-par-annee.html>

Site de l'InCa (www.e-cancer.fr).

Fiche de synthèse : voir p. 137.

Cas clinique 6**Question 1 – QROC**

Réponse : oui

Question 2 – QROC

Réponse : classification de Bosniak

Question 3 – QCM

Réponse : C

Le TDM abdo-pelvien est l'examen de référence chez le patient non insuffisant rénal de première intention. L'IRM peut être discutée chez l'insuffisant rénal, le TEP scan sera fait de seconde intention en cas de doute sur une extension métastatique éventuellement. L'échographie est un examen de débrouillage mais est rarement plus informative que le scanner.

Question 4 – QROC

Réponse : cancer à forme kystique

Question 5 – QCM

Réponse : C, E

Les parois sont épaisses et irrégulières. Les cloisons sont épaisses et nombreuses.

Question 6 – QROC

Réponse : rein controlatéral normal

En cas de découverte d'un cancer du rein, il faut absolument vérifier que le rein controlatéral est normal. Un thrombus veineux n'est jamais retrouvé dans ce type de tumeur. Il concerne les grosses tumeurs localement avancées.

Question 7 – QCM

Réponse : D

Les cancers à forme kystique présente le même risque d'extension à distance que les autres types de cancer et doivent donc bénéficier du même bilan d'extension. La biopsie rénale est formellement contre-indiquée pour les tumeurs kystiques car il existe un risque important de percer le kyste et donc de provoquer une dissémination locale liée à la libération de cellules tumorales contenues dans le liquide du kyste ; par ailleurs, le rendement diagnostique de ces biopsies est en plus extrêmement mauvais puisqu'il est très difficile d'obtenir du tissu tumoral.

Question 8 – QROC

Réponse : risque de dissémination

Question 9 – QROC

Réponse : clairance de la créatinine

Une évaluation de la fonction rénale est indispensable dans le cadre de la prise en charge d'une tumeur rénale, surtout si un traitement chirurgical est envisagé.

Question 10 – QCM

Réponse : C

Le sous-type histologique de cancer du rein le plus fréquent est le carcinome à cellules claires, que la tumeur soit kystique ou non.

Question 11 – QROC

Réponse : 110 ml/min

Question 12 – QROC

Réponse : oui

Question 13 – QCM

Réponse : C

La tumeur fait plus de 4 cm et présente une composante kystique. La cryothérapie et la radiofréquence ne peuvent donc pas être proposées, d'autant plus que la patiente est opérable. Le traitement chirurgical de référence des tumeurs de moins de 7 cm est la néphrectomie partielle.

Question 14 – QROC

Réponse : pneumothorax gauche

Question 15 – QCM

Réponse : A

Question 16 – QROC

Réponse : brèche pleurale peropératoire

Il s'agit d'une complication rare mais classique de la lombotomie qui est une voie d'abord lombaire passant très près de la plèvre et donc à risque de pneumothorax postopératoire si une brèche peropératoire passe inaperçue.

Question 17 – QROC

Réponse : iléus réflexe

Question 18 – QROC

Réponse : conseil oncogénétique

Il est extrêmement rare et très suspect de présenter un cancer du rein à l'âge de 30 ans. Il faut donc proposer un conseil oncogénétique afin de dépister une maladie génétique favorisant la survenue d'un cancer du rein (maladie de von Hippel-Lindau, sclérose tubéreuse de Bourneville...).

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Oui	4
2	Classification de Bosniak	8
3	C	6
4	Cancer à forme kystique/Cancer du rein/ Carcinome à cellules rénales	6
5	C, E	3
6	Rein controlatéral (5) normal (5)	11
7	D	4
8	Risque de dissémination locale	6
9	Clairance de la créatinine/Fonction rénale	7
10	C	5
11	110 ml/min	7
12	Oui	2
13	C	3
14	Pneumothorax (5) gauche (5)	10

15	A	3
16	Brèche pleurale (2) peropératoire (1)	3
17	Iléus réflexe	5
18	Conseil oncogénétique/Consultation génétique	7
	Total	100

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 308 : Tumeurs du rein

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU)-CCAFU 2010–2013 :

http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classees-par-annee.html>

Site de l'InCa (www.e-cancer.fr).

Fiche de synthèse : voir p. 138.

Cas clinique 7**Question 1 – QROC**

Réponse : urétrite aiguë

Question 2 – QCM

Réponse : B, C, E

Une fièvre ne se retrouve que lors d'une infection parenchymateuse compliquant l'urétrite (orchio-épididymite aiguë ou prostatite aiguë).

Question 3 – QROC

Réponse : ECBU avec examen direct, mise en culture et PCR pour recherche spécifique de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*

Question 4 – QCM

Réponse : A, D, G

Le traitement des urétrites non compliquées consiste en une prise d'antibiotiques monodose avec le dépistage des co-infections sexuellement transmissibles, celui des partenaires et une éducation sur les IST.

Question 5 – QROC

Réponse : aucune

La déclaration obligatoire des infections à gonocoque a été supprimée en France en l'an 2000.

Question 6 – QROC

Réponse : orchio-épididymite droite secondaire à une urétrite à gonocoque non traitée

Question 7 – QCM

Réponse : A, C, E

Question 8 – QROC

Réponse : une fièvre, signant une infection parenchymateuse

Question 9 – QCM

Réponse : B, E, F

Question 10 – QCM

Réponse : B, C, F, G

Question 11 – QROC

Réponse : échographie-Doppler testiculaire en urgence. Échographie aussi acceptée

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Urétrite aiguë	8
2	B, C, E	9
3	ECBU (2) avec examen direct (2), PCR (2), avec recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i> (2) et <i>Nessaria gonorrhoeae</i> (2)	10
4	A, D, G	9
5	Aucune	8
6	Orchi-épididymite droite	10
7	A, C, E	9
8	Fièvre	8
9	B, E, F	9
10	B, C, F, G	12
11	Échographie-Doppler testiculaire (en urgence)	8
	Total	100

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 158 : Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose

Références :

Recommandations du Comité d'infectiologie de l'association française d'urologie (CIAFU) : diagnostic et traitement des urétrites aiguës non compliquées de l'homme. Prog Urol 2010;20:184-7, www.urofrance.org.

Mise au point de l'AFSSAPS. Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Actualisation octobre 2008.

Fiche de synthèse : voir p. 138.

Cas clinique 8**Question 1 – QCM**

Réponse : A, D

Les seuls facteurs de risque reconnus sont l'origine afro-antillaise et les antécédents familiaux.

Question 2 – QROC

Réponse : non

Il n'y a pas de dépistage de masse du cancer de prostate; l'Association française d'urologie recommande uniquement un dépistage individuel après information du patient.

Question 3 – QROC

Réponse : aucun

La majorité des patients est asymptomatique, les signes cliniques locaux ou régionaux n'existent que dans les formes localement avancées ou métastatiques.

Question 4 – QCM

Réponse : A, F

Pour le dépistage individuel, seuls sont recommandés le toucher rectal et le dosage du PSA plasmatique. Le rapport libre/total n'a pas d'intérêt en première intention.

Question 5 – QCM

Réponse : C, D, E

À partir de 4 ng/ml (valeur seuil pour une majorité de laboratoire), on considère qu'il faut proposer, après avis urologie, des biopsies prostatiques échoguidées.

Question 6 – QROC

Réponse : biopsies prostatiques échoguidées par voie transrectale et sous antibioprofylaxie.

Question 7 – QCM

Réponse : A, C, E, F

Les chocs septiques peuvent parfois (exceptionnellement) conduire à des décès après la réalisation de biopsies prostatiques.

Question 8 – QROC

Réponse : score histopronostique de l'adénocarcinome de prostate (coté de 6 à 10).

Question 9 – QROC

Réponse : risque intermédiaire selon D'Amico en raison d'un PSA entre 10 et 20 ng/ml

Question 10 – QROC

Réponse : non, pas de poursuite des investigations. Le patient est trop âgé pour pouvoir bénéficier d'un dépistage individuel. Son PSA est augmenté, mais non suspect. Chez les patients de plus de 75 ans, on ne recherche un éventuel cancer de prostate qu'en cas de signes cliniques ou radiologiques d'extension locorégionale ou métastatique.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, D	10
2	Non	9
3	Aucun	8
4	A, F	8
5	C, D, E	12
6	Biopsies prostatiques (5), échoguidées, transrectales (3), avec antibioprophy-laxie (3)	11
7	A, C, E, F	12
8	Score histopronostique (10) de l'adéno-carcinome de prostate (coté de 6 à 10)	10
9	Risque intermédiaire (10) en raison d'un PSA entre 10 et 20 ng/ml	10
10	Non (10), pas de poursuites des investigations	10
	Total	100

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 307 : Tumeurs de la prostate

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU)-CCAFU 2010–2013 :

http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classees-par-annee.html>Site d'information sur le cancer de prostate pour les patients (www.anamacap.fr).Site de l'InCa (www.e-cancer.fr).**Fiche de synthèse : voir p. 139.****Cas clinique 9****Question 1 – QCM**

Réponse : B, E, F, G

Question 2 – QROCRéponse : adénocarcinome prostatique
Devant l'augmentation rapide du PSA ainsi que le toucher rectal suspect.**Question 3 – QROC**

Réponse : cT2a

Dans la classification TNM, le « c » représente l'examen clinique. T2a indique l'atteinte de la moitié d'un lobe ou moins.

Question 4 – QROC

Réponse : prostatite aiguë compliquée de rétention aiguë d'urine

La prostatite est une complication classique et potentiellement grave des biopsies prostatiques. Elle peut s'accompagner d'une rétention aiguë d'urine imposant un drainage des urines vésicales en urgence.

Question 5 – QCM

Réponse : B, D

Il s'agit d'une urgence médicale ; le traitement est double, d'une part une antibiothérapie intraveineuse adaptée (germe probablement résistant à l'antibioprophy-laxie administrée lors des biopsies) et, d'autre part, drainage des urines vésicales en urgences par un cathéter sus-pubien (la pose d'une sonde vésicale est contre-indiquée en milieu septique).

Question 6 – QCM

Réponse : G

Aucun examen paraclinique pour le bilan d'extension n'est demandé systématiquement chez les patients à faible risque, même s'il est fréquent de demander une IRM multiparamétrique.

Question 7 – QROC

Réponse : faible risque

Car PSA inférieur à 10 ng/ml, classé cT2a au toucher rectal et score de Gleason 6 sur les biopsies.

Question 8 – QCM

Réponse : B, D, E, F

Le patient, ayant une tumeur classée parmi les faibles risques, peut bénéficier des trois traitements curatifs (prostatectomie totale, radiothérapie et curiethérapie). Il peut aussi bénéficier d'une surveillance active en raison de critères biospriques favorables.

Question 9 – QCM

Réponse : C, E

Question 10 – QCM

Réponse : C, F, I

La surveillance d'un cancer dure, dans la majorité des cas, 10 ans. Dans le cas d'une prostatectomie totale, il n'y a plus de cellules prostatiques, le PSA doit être indosable. La surveillance comprend examen clinique et un dosage plasmatique du PSA, initialement tous les 6 mois.

Question 11 – QCM

Réponse : C

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, E, F, G	12
2	Adénocarcinome prostatique	8
3	cT2a	6
4	Prostatite aiguë (5) compliquée de rétention aiguë d'urines (5)	10
5	B, D	10
6	G	10

7	Faible risque	8
8	B, D, E, F	12
9	C, E	10
10	C, F, I	9
11	C	5
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 307 : Tumeurs de la prostate

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU)-CCAFU 2010–2013 :

http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classes-par-annee.html>

Site d'information sur le cancer de prostate pour les patients (www.anamacap.fr).

Site de l'InCa (www.e-cancer.fr).

Fiche de synthèse : voir p. 139.

Cas clinique 10

Question 1 – QROC

Réponse : ECG en urgence, à la recherche de signes d'hypercalcémie (tachycardie, raccourcissement du QT, aplatissement de l'onde T, allongement de l'espace PR, troubles du rythme)

Question 2 – QCM

Réponse : A, D, E, G, H

Question 3 – QCM

Réponse : A, C, E

Question 4 – QROC

Réponse : métastases rachidiennes d'un cancer de prostate

Question 5 – QROC

Réponse : biopsies prostatiques échoguidées transrectales, sous antibioprophylaxie

Question 6 – QROC

Réponse : scintigraphie osseuse.

Question 7 – QCM

Réponse : E

L'hormonothérapie est le traitement de première intention chez les patients atteints de cancer de prostate

tate métastatique. Les biphosphonates seront indiqués à la phase de résistance à la castration.

Question 8 – QROC

Réponse : suppression androgénique.

Le mode d'action des agonistes de la LHRH s'explique par un rétrocontrôle au niveau de l'hypophyse : les récepteurs hypophysaires pour la LHRH sont totalement saturés et deviennent insensibles à tout autre stimulus. Puis les récepteurs gonadiques pour la LH ou la FSH sont aussi réduits. La poursuite de doses élevées des agonistes de la LHRH entraîne une inhibition des fonctions pituitaires et gonadiques (privation des stéroïdes sexuels).

Question 9 – QROC

Réponse : effet *flare-up*

Les agonistes lors de leur première utilisation favorisent un pic hormonal responsable d'une « flambée » du cancer, responsables chez ce patient d'une compression médullaire probable.

Question 10 – QROC

Réponse : prescription concomitante d'anti-androgènes Pendant 1 mois pour entourer la première injection d'hormonothérapie, ou en continu (blocage androgénique complet) en cas de cancer métastatique à haut risque.

Question 11 – QCM

Réponse : C, D, F, I, J

Question 12 – QROC

Réponse : dosage de testostéronémie plasmatique Indispensable pour vérifier la bonne prise de l'hormonothérapie. Une testostéronémie supérieure à 0,5 ng/ml signe une mauvaise castration.

Question 13 – QROC

Réponse : cancer de prostate métastatique résistant à la castration

Question 14 – QROC

Réponse : biphosphonates

Ils permettent une inhibition de la résorption osseuse, mais sont concurrencés par de nouvelles classes thérapeutiques (en particulier le dénosumab, inhibiteur de RANK-ligand).

Question 15 – QROC

Réponse : panoramique dentaire

Indispensable en raison du risque d'ostéonécrose de la mandibule (risque de 5 %).

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Électrocardiogramme (3) en urgence (3)	6
2	A, D, E, G, H	10
3	A, C, E	6
4	Métastases osseuses/rachidiennes (3) d'un cancer de prostate	6

N°	Réponses	Points
5	Biopsies prostatiques (2) échoguidées, transrectales (2), sous antibioprophylaxie (2)	6
6	Scintigraphie osseuse	5
7	E	6
8	Suppression androgénique	6
9	Effet <i>flare-up</i>	8
10	Prescription d'anti-androgènes (6) concomitante	6
11	C, D, F, I, J	10
12	Dosage de testostérone (5) plasmatique	5
13	Cancer de prostate métastatique résistant à la castration	10
14	Bisphosphonates	5
15	Panoramique dentaire	5
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 307 : Tumeurs de la prostate

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU)-CCAFU 2010–2013 :

http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classes-par-annee.html>

Site d'information sur le cancer de prostate pour les patients (www.anamacap.fr).

Site de l'InCa (www.e-cancer.fr).

Fiche de synthèse : voir p. 140.

Cas clinique 11

Question 1 – QROC

Réponse : rétention aiguë d'urine sur prostatite aiguë
La fièvre et les brûlures mictionnelles chez un homme de 63 ans sont très suspectes d'une prostatite aiguë, ce qui concorde avec l'impossibilité d'uriner (rétention aiguë d'urine), complication fréquente de la prostatite.

Question 2 – QCM

Réponse : A

Le traitement d'une hypertrophie bénigne de prostate en première intention est la prescription d'alpha-bloquants, qui vont augmenter les chances de reprise des mictions.

Question 3 – QCM

Réponse : A, B

Le traitement par alpha-bloquants a des effets mécaniques, les autres effets secondaires sont associés au traitement par inhibiteur de la 5 α -réductase.

Question 4 – QCM

Réponse : B

Une prostate de 40 g se traite par une résection endoscopique (volume trop important pour une incision cervicoprostatique et trop faible pour une adénomectomie voie haute). La prostatectomie totale est une intervention pour cancer et non pour HBP.

Question 5 – QCM

Réponse : C, E

L'effet secondaire principal de la résection endoscopique de prostate est l'éjaculation rétrograde, dont il faut prévenir le patient (médico-légal). Le risque d'incontinence est exceptionnel après résection de la prostate, il existe cependant et doit être évoqué lors de la consultation pré-opératoire.

Question 6 – QROC

Réponse : TURP-syndrome; hyponatrémie plasmatique liée à la réabsorption du liquide (hypotonique) utilisé pendant la résection, et provoquant des troubles principalement neurologiques

Question 7 – QROC

Réponse : ionogramme sanguin à la recherche d'une hyponatrémie

Ceci signe physiologiquement une hyperhydratation intracellulaire.

Question 8 – QROC

Réponse : pT1b

En raison du Gleason 7 et du pourcentage de copeaux envahis par la tumeur supérieur à 5 %.

Question 9 – QCM

Réponse : A, C, E, F

Question 10 – QROC

Réponse : nadir (du PSA)

Ce sera la valeur de référence permettant de dépister une récurrence biologique, si jamais le taux de PSA dépasse 2 + Nadir en ng/ml.

Question 11 – QROC

Réponse : insuffisance rénale obstructive

Question 12 – QROC

Réponse : compression bilatérale des uretères (au niveau du trigone vésical par récurrence du cancer de prostate)

En effet, les uretères sont dilatés jusqu'au trigone et la vessie est vide : l'obstacle n'est donc pas sous-vésical mais urétéral bas, et bilatéral.

Question 13 – QCM

Réponse : C, D

L'obstacle est situé en amont de la vessie, il est donc inutile de poser une sonde vésicale, et même dangereux de tenter de poser un cathéter sus-pubien chez un patient ayant une vessie vide. Il est donc nécessaire

de drainer les urines directement dans le rein, avec des sondes urétérales ou des sondes de néphrostomies.

Question 14 – QROC

Réponse : pulpectomie bilatérale (orchidectomie bilatérale acceptée)

On réalise une ablation du matériel intratesticulaire, supprimant ainsi en grande partie la production d'androgènes (testostérone). À l'inverse de la castration médicamenteuse, celle-ci est définitive et ne souffre pas de problèmes d'observance.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Rétention aiguë d'urines (5) sur prostatite aiguë (5)	10
2	A	5
3	A, B	6
4	B	5
5	E	5
6	TURP-syndrome/Syndrome de réabsorption du glycolle	8
7	Ionogramme sanguin (4) à la recherche d'une hyponatrémie (4)	8
8	pT1b	8
9	A, C, E, F	8
10	Nadir (du PSA)	6
11	Insuffisance rénale (4) obstructive (4)	8
12	Compression bilatérale des uretères	8
13	C, D	8
14	Pulpectomie bilatérale	7
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 123 : Hypertrophie bénigne de la prostate
item 307 : Tumeurs de la prostate

Références :

Recommandations AFU 2013. www.urofrance.org
Recommandations de l'European Association of Urology (EAU) 2012.

A. Descazeaud and al., Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22, 977-988.

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU)-CCAFU 2010-2013 (<http://>

www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf. <http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classes-par-annee.html>).

Site d'information sur le cancer de prostate pour les patients (www.anamacap.fr).

Site de l'InCa (www.e-cancer.fr).

Fiche de synthèse : voir p. 140.

Cas clinique 12

Question 1 – QCM

Réponse : A, D

Les seuls facteurs de risque reconnus sont l'origine afro-antillaise et les antécédents familiaux.

Question 2 – QCM

Réponse : B, D, E

Noter qu'un patient ayant un cancer de la prostate peut tout à fait avoir un toucher rectal normal, celui-ci permettant surtout d'examiner la partie périphérique de la prostate.

Question 3 – QROC

Réponse : non

La prostate est un organe pelvien et le drainage lymphatique se fait sur les chaînes ilio-obturatrices et pelviennes et non pas inguinales. Un ganglion inguinal est donc exceptionnellement envahi par le cancer de la prostate.

Question 4 – QROC

Réponse : biopsies prostatiques échoguidées par voie transrectale, sous anesthésie locale, avec antibioprophylaxie (PMZ), et après lavement rectal

Question 5 – QCM

Réponse : A, C, E, F

Les chocs septiques peuvent parfois (exceptionnellement) conduire à des décès après la réalisation de biopsies prostatiques.

Question 6 – QCM

Réponse : A, D

La classification de D'Amico nécessite des paramètres biologiques et cliniques.

Question 7 – QROC

Réponse : scintigraphie osseuse

Elle est recommandée en cas de cancer de risque intermédiaire ou haut selon D'Amico.

Question 8 – QCM

Réponse : C, E

Ce sont les traitements validés pour un cancer prostatique de risque intermédiaire. La curiethérapie peut éventuellement être une option. Les ultrasons focalisés sont une modalité thérapeutique en cours d'évaluation; leur utilisation doit être réservée à des cas sélectionnés dans le cadre d'une évaluation rigoureuse.

Question 9 – QCM

Réponse : C, E

Question 10 – QROC

Réponse : récurrence (biochimique ou biologique) du cancer de la prostate

Question 11 – QCM

Réponse : C, D, E, H, I

Question 12 – QCM

Réponse : B, E, F, G

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, D	8
2	A, B, D, E	9
3	Non	8
4	Biopsies prostatiques (4), échoguidées, transrectales (3) avec antibio-prophylaxie (4)	11
5	A, C, E, F	8
6	A, D	8
7	Scintigraphie osseuse (8) recommandée en cas de risque intermédiaire	8
8	C, E, F	6
9	C, E	6
10	Récurrence biochimique ou biologique du cancer de prostate	10
11	C, D, F, I, J	10
12	B, E, F, G	8
	Total	100

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 307 : Tumeurs de la prostate

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU)-CCAFU 2010–2013 :

http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classes-par-annee.html>Site d'information sur le cancer de prostate pour les patients (www.anamacap.fr).Site de l'InCa (www.e-cancer.fr).**Fiche de synthèse : voir p. 141.****Cas clinique 13****Question 1 – QROC**

Réponse : incontinence urinaire d'effort par hypermobilité urétrale; incontinence urinaire d'effort par insuffisance sphinctérienne

Question 2 – QCM

Réponse : B, D

- ECBU : recommandé si patiente âgée ou qui porte régulièrement des protections à cause de son incontinence urinaire, quel que soit le type de l'incontinence urinaire.
- Échographie réno-vésicale avec mesure du résidu postmictionnel : recommandée pour l'étude du résidu postmictionnel.

Question 3 – QCM

Réponse : A, C, E

- Traitement des facteurs favorisants : perte de poids, lutte contre la constipation.
- Rééducation périnéale dont le but est de renforcer le tonus du plancher pelvien et du sphincter strié. Méthodes disponibles : rééducation manuelle, bio-feedback, électrostimulation fonctionnelle, rééducation comportementale; 15 séances au total.
- Œstrogénothérapie locale : améliore la trophicité urétrale et vulvovaginale. Indiqué s'il s'agit d'une patiente présentant une atrophie vaginale pour laquelle une rééducation ou une chirurgie est prévue.

Question 4 – QROC

Réponse : bandelette sous-urétrale (traitement de référence après échec d'une rééducation périnéale bien conduite); poursuite de l'œstrogénothérapie locale

Question 5 – QROC

Réponse : manœuvre de soutènement urétral (elle mime la correction chirurgicale)

Question 6 – QCM

Réponse : B, C

Avant toute chirurgie d'une incontinence urinaire d'effort pure, l'évaluation de la vidange vésicale par la mesure du débit maximum et du résidu postmictionnel est recommandée. En présence d'une incontinence urinaire d'effort pure sans autre symptôme clinique associé, un bilan urodynamique complet n'est pas obligatoire mais permet d'aider à établir un pronostic et à informer la patiente sur son fonctionnement vésico-sphinctérien.

Question 7 – QROC

Réponse : ECBU, fibroscopie urétrovésicale

Éliminer une infection urinaire et une érosion de la bandelette sous-urétrale.

Question 8 – QROC

Réponse : anticholinergiques

Question 9 – QROC

Réponse : crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle droit (œil rouge et douloureux, prise d'anticholinergiques)

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Hypermobilité urétrale (6). Insuffisance sphinctérienne (6)	12
2	B, D	12
3	A, C, E	12
4	Bandelette sous-urétrale	10
5	Manœuvre de soutènement urétral/Manœuvre de Bonney/ Manœuvre d'Ulmsten	12
6	B, C	10
7	ECBU (5). Fibroscopie urétrovésicale/Cystoscopie (5)	10
8	Anticholinergiques/ Antimuscariniques	10
9	Crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle (10) droit (2)	12
	Total	100

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 121 : Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique, 2010. www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.

Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_12_01_10_19_28_399.pdf

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00171239-6-2/TEXF-PU-2007-00171239-6-2.pdf>

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/fiches-dinformation.html>

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillet O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. *Prog Urol* 2012; 22 : 977 -88.

Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol* 2004; 14(6) : 1103 -11.

www.urofrance.org.

Fiche de synthèse : voir p. 141.

Cas clinique 14**Question 1 – QROC**

Réponse : aucun dans ce cas particulier, le patient étant mince, sinon échographie sus-pubienne.

Il s'agit d'un diagnostic clinique. On peut éventuellement s'aider d'un *bladder-scan* en cas de doute diagnostique.

Question 2 – QROC

Réponse : rétention aiguë d'urine par caillotage intravésical

Question 3 – QCM

Réponse : B, I

- Drainage des urines par pose d'une sonde vésicale double courant devant l'hématurie caillottante (contre-indication au cathéter sus-pubien car hématurie avec suspicion de tumeur vésicale).

- Décaillotage vésical et mise en place d'une irrigation continue par sonde vésicale à double courant.

NB : il n'existe pas de cathéter sus-pubien à double courant.

Question 4 – QROC

Réponse : syndrome de levée d'obstacles (polyurie majeure suivant le drainage des urines)

Question 5 – QCM

Réponse : A, C, E

Risque de troubles hydroélectrolytiques, en particulier hyponatrémie et hyperkaliémie.

Question 6 – QCM

Réponse : B, C, D, E, G, H

Patient ayant des facteurs de risque de tumeur urothéliale (tabac, exposition professionnelle, en particulier aux amines aromatiques). Une néphropathie ne donne qu'exceptionnellement des caillotages.

Question 7 – QCM

Réponse : C, F, J, M, N

- Cytologie urinaire : elle détecte les cellules tumorales de haut grade avec une très grande spécificité mais présente une faible sensibilité

pour les tumeurs de bas grade. Une cytologie urinaire positive peut indiquer la présence d'une tumeur n'importe où dans la voie excrétrice urinaire. Une cytologie urinaire négative n'élimine pas le diagnostic de tumeur de la voie excrétrice urinaire.

- Échographie réno-vésicale par voie sus-pubienne : sensibilité de 61 % à 84 % pour les tumeurs de type polypoïde > à 5 mm.
- Uroscanner : examen de référence, il s'agit d'un scanner abdominopelvien comportant un temps non injecté, temps artériel, temps portal et temps tardif excrétoire permettant d'étudier la voie excrétrice urinaire. Un uroscanner négatif n'élimine pas le diagnostic de tumeur de la voie excrétrice (lésion plane, lésion inférieure à 3 mm).
- Fibroscopie uréthro-vésicale : se réalise en consultation sous anesthésie locale et permet d'explorer l'urètre, la vessie.
- ECBU systématique afin de confirmer l'hématurie et écarter une infection urinaire.

Question 8 – QCM

Réponse : C

Lors de la découverte d'une tumeur vésicale lors d'une fibroscopie uréthro-vésicale, l'étape suivante consiste en l'obtention d'une preuve histologique grâce à la résection complète de la tumeur (résection endoscopique de tumeur de vessie) emportant le muscle sous-jacent, afin de déterminer le caractère infiltrant de la tumeur (essentiel pour les décisions thérapeutiques ultérieures).

Question 9 – QROC

Réponse : type histologique : carcinome urothélial (90 % des cas), carcinome épidermoïde (6 %) ; stade tumoral : classification pTNxMx permettant la distinction entre tumeurs de la vessie sans infiltration du muscle TVNIM (pTa à pT1) et tumeurs de la vessie avec infiltration musculaire TVIM (pT2 minimum) ; grade cellulaire : haut grade ou bas grade

Données figurant sur le compte-rendu histologique :

- type histologique : carcinome urothélial (90 % des cas), carcinome épidermoïde (6 %), adénocarcinome (2 %), carcinomes indifférenciés (1 %) ;
- grade cellulaire +++ (haut grade ou bas grade) ;
- stade tumoral +++ : classification pTNxMx permettant la distinction entre tumeurs de la vessie sans infiltration du muscle TVNIM (pTa à pT1) et tumeurs de la vessie avec infiltration musculaire TVIM (pT2 minimum) ;
- présence d'embolies vasculaires ;
- présence ou non de carcinome *in situ*.

Question 10 – QCM

Réponse : B

Question 11 – QCM

Réponse : C

Tout diagnostic de tumeur infiltrant le muscle vésical (TVIM) doit comporter un bilan d'extension. L'uroscanner permet le bilan d'extension locorégional et d'évaluer le retentissement sur le haut appareil urinaire. Il sera complété par un scanner thoracique. Une scintigraphie osseuse ne sera réalisée qu'en cas de point d'appel osseux. La recherche de localisations cérébrales est indiquée devant des manifestations cliniques.

Question 12 – QCM

Réponse : E, G

Cystoprostatectomie totale avec curage ganglionnaire ilio-obturateur étendu et dérivation continente ou non des urines.

NB : mesures complémentaires : arrêt de l'exposition aux carcinogènes, arrêt du tabac, déclaration en tant que maladie professionnelle éventuelle, prise en charge à 100 %, discussion du dossier en RCP pour décider de la prise en charge, mise en place d'un dispositif d'annonce (quatre temps : temps médical, temps d'accompagnement soignant, temps de soutien, temps d'articulation avec la médecine de ville), remise au patient d'un programme personnalisé de soins.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Aucun	8
2	Caillottage intravésical	7
3	B, I	10
4	Syndrome de levée d'obstacles	8
5	A, C, E	8
6	B, C, D, E, G, H	10
7	C, F, J, M, N	10
8	C	10
9	Type histologique (2). Stade tumoral (2). Grade cellulaire (2)	6
10	B	8
11	C	7
12	E, G	8
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 121 : Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

item 257 : Hématurie

item 311 : Tumeurs vésicales

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique, 2010. www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.

Bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_12_01__10_19_28_399.pdf

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00171239-6-2/TEXF-PU-2007-00171239-6-2.pdf>

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/fiches-dinformation.html>

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. *Prog Urol* 2012; 22 : 977-88.

Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol* 2004; 14(6) : 1103-11. www.urofrance.org.

Pfister C, Rouprêt M, Wallerand H, Davin J-L, Quintens H, Guy L, et al. Recommandations du Comité de cancérologie de l'Association française d'urologie (AFU) : Recommandations en oncurologie 2010 : Tumeurs urothéliales. *Prog Urol* 2010; 20(Suppl. 4) : S255-74.

Recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS) - Institut national du cancer. Guide - Affection de longue durée. Cancer de la vessie Mai 2010.

Fiche de synthèse : voir p. 142.

Cas clinique 15

Question 1 – QROC

Réponse : score IPSS, débitmétrie mictionnelle, mesure du résidu postmictionnel

Question 2 – QCM

Réponse : B, C, F, I, K

La présence d'une hématurie macroscopique n'est pas inhabituelle dans l'HBP et ne représente pas en

tant que tel un facteur de complication. Néanmoins, elle ne doit pas être rattachée à tort trop facilement à l'HBP. Les tumeurs de la vessie sont bien sûr le diagnostic à rechercher en priorité, de par leur fréquence et leur gravité potentielle (surtout dans le contexte de tabagisme comme c'est le cas ici).

L'ECBU permettra d'écarter une infection urinaire.

L'échographie recherchera une tumeur vésicale ainsi qu'un calcul vésical (complication de l'obstruction chronique).

Question 3 – QROC

Réponse : résection endoscopique de prostate; symptômes du bas appareil urinaire devenant résistants au traitement médical; volume prostatique estimé < 80 g

Question 4 – QROC

Réponse : globe vésical

Rechercher un globe vésical devant l'absence de diurèse. Un caillottage vésical peut obstruer la sonde vésicale et entraîner ainsi un globe urinaire. S'assurer du bilan entrées-sorties des irrigations vésicales.

Question 5 – QCM

Réponse : B, C, E, F, H, M

Question 6 – QROC

Réponse : dilatation des cavités pyélocalicielles gauches
Patient ayant un rein unique. Cela signifie qu'il y a un obstacle sur les voies urinaires, sachant que le bilan préopératoire ne retrouvait pas d'anomalie sur le haut appareil urinaire.

Question 7 – QROC

Réponse : œdème aigu pulmonaire par surcharge sur probable insuffisance rénale aiguë obstructive due à une résection/coagulation du méat urétéral; patient probablement en hyperhydratation et oligo-anurique.

Question 8 – QCM

Réponse : B, E, I, J

Ventilation non invasive en attendant de mettre en place le traitement adéquat (déplétion volémique par ultrafiltration après mise en place d'un cathéter veineux central). Puis traitement de l'obstacle.

Question 9 – QROC

Réponse : test de Beth-Vincent

Il s'agit de la réaction de sérums anti-A, anti-B sur les globules rouges du patient.

Contrôle du malade : avec du sang immédiatement prélevé par ponction veineuse ou par piqûre du doigt, jamais à partir d'un tube prélevé à l'avance.

Contrôle du concentré globulaire : à partir d'un segment de tubulure attenante à la poche.

Question 10 – QCM

Réponse : D

Question 11 – QCM

Réponse : B

Question 12 – QCM

Réponse : A, B, I

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Score IPSS (2). Débitmétrie mictionnelle (2). Mesure du résidu postmictionnel (2)	6
2	B, C, F, I, K	8
3	Résection endoscopique de prostate/ Résection trans-urétrale de prostate	8
4	Globe vésical	8
5	B, C, E, F, H, M	8
6	Dilatation des cavités pyélocalicielles (6) gauches (2)	8
7	Œdème aigu pulmonaire par surcharge (5) sur probable insuffisance rénale aiguë (5) obstructive (4)	14
8	B, E, I, J	10
9	Test de Beth Vincent	8
10	D	6
11	B	6
12	A, B, I	10
	Total	100

*Pour aller plus loin***Principaux items abordés :**

item 121 : Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

item 123 : Hypertrophie bénigne de la prostate

item 257 : Hématurie

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique, 2010.

www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.

Bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_12_01_10_19_28_399.pdf

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00171239-6-2/TEXT-PU-2007-00171239-6-2.pdf>

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/fiches-dinformation.html>

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22 : 977-88.

Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. Prog Urol 2004; 14(6) : 1103-11.

www.urofrance.org.

Recommandations AFU 2013. www.urofrance.org
Recommandations de l'European Association of Urology (EAU) 2012.

A. Descazeaud and al., Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22, 977-988.

Cas clinique 16**Question 1 – QCM**

Réponse : B, E, F, H, J, L

Question 2 – QCM

Réponse : D

Cas d'une colique néphrétique aiguë très probablement lithiasique compliquée (anurie). Indication à un drainage en urgence des urines.

NB : pas de néphrostomie en première intention car patient sous anticoagulation efficace.

Question 3 – QROC

Réponse : insuffisance rénale aiguë organique par nécrose tubulaire aiguë ischémique par prise d'AINS + IEC

Question 4 – QCM

Réponse : A, B, E, G

Question 5 – QCM

Réponse : D

Indication théorique à la LEC et l'urétéroscopie car calcul urétéral de moins de 10 mm. Mais patient sous anticoagulant, donc le choix se portera sur l'urétéroscopie.

Question 6 – QCM

Réponse : A

Question 7 – QROC

Réponse : hyperoxalurie par malabsorption (grêle court) à l'origine de la formation de calculs d'oxalate de calcium monohydraté

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, E, F, H, J, L	14
2	D	16
3	Insuffisance rénale aiguë (8) organique (4) par nécrose tubulaire aiguë (6) ischémique (4)	22
4	A, B, E, G	14
5	D	14
6	A	14
7	Hyperoxalurie (2). Malabsorption (grêle court) (4)	6
	Total	100

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 343 : Insuffisance rénale aiguë – Anurie

Références :

Ouvrage national du Collège universitaire des enseignants de néphrologie, 2010 (<http://cuen.fr/umvf/spip.php?rubrique99>).

Fiche de synthèse : voir p. 143.

Cas clinique 17**Question 1 – QROC**

Réponse : débitmétrie mictionnelle; miction dysurique : débit maximal : 15 ml/sec; miction prolongée; miction par poussées abdominales (différents pics)
La débitmétrie permet d'objectiver et quantifier la dysurie. Pour pouvoir l'interpréter, le volume uriné doit être supérieur à 150 ml. Les paramètres étudiés au cours de la débitmétrie sont : le volume uriné, le profil de la courbe, le débit maximal, le débit moyen et le temps mictionnel.

Question 2 – QCM

Réponse : A, B, D, E, G, J

L'ECBU permet d'éliminer une infection urinaire responsable de signes fonctionnels urinaires identiques à ceux de l'HBP.

L'échographie rénale évalue le retentissement sur le haut appareil urinaire. L'échographie vésicale évalue le retentissement sur le bas appareil urinaire et quantifie le résidu postmictionnel. L'échographie prostatique

est réalisée par voie transrectale et permet d'évaluer le volume prostatique et de rechercher un lobe médian. Attention au PSA : il s'agit d'un dépistage à titre individuel.

Question 3 – QCM

Réponse : B, C, G, H, I

Il s'agit ici d'une hyperplasie bénigne de la prostate non compliquée avec des symptômes urinaires modérés.

Mesures hygiéno-diététiques : réduire la quantité de boisson sans être inférieure à 1500 ml par jour, éviter ou réduite la consommation de café et alcool, lister les médicaments pouvant avoir une interaction avec le système vésico-sphinctérien, traitement de la constipation.

Traitement médicamenteux : traitement alphabloquant en première intention chez les patients ayant des symptômes urinaires modérés. Traitement à prescrire avec précaution chez les patients âgés, coronariens, et en cas de traitement antihypertenseur associé. Les extraits de plantes peuvent être également proposés, de même que les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase puisque le volume est de plus de 50 ml.

Question 4 – QCM

Réponse : A, B, C D, E, F

Question 5 – QCM

Réponse : B, C, D, E

Pas de BUD de première intention.

Question 6 – QROC

Réponse : prostatite aiguë compliquée de rétention aiguë d'urine dans le cadre d'une infection liée aux soins

Question 7 – QROC

Réponse : drainage des urines en urgence par cathéter sus-pubien

Question 8 – QROC

Réponse : absence de globe; pontage vasculaire croisé exta-anatomique en région sus-pubienne

Question 9 – QCM

Réponse : F

L'adénomectomie voie haute (volume > 60 ml) permettra d'extraire le calcul vésical dans le même temps.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Débitmétrie mictionnelle (4). Miction dysurique : débit maximal : 15 ml/s (4). Miction prolongée (4). Miction par poussées abdominales (4)	16
2	A, B, D, E, G, J	10
3	B, C, G	12
4	A, B, C D, E, F	12
5	B, C, D, E	10
6	Prostatite aiguë (4). Rétention aigue d'urines (4)	8

N°	Réponses	Points
7	Drainage des urines (5) en urgence par cathéter sus-pubien (5)	10
8	Absence de globe (5). Pontage vasculaire croisé extra-anatomique en région sus-pubienne (5)	12
9	F	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 343 : Insuffisance rénale aiguë – Anurie

Références :

Ouvrage national du Collège universitaire des enseignants de néphrologie, 2010 (<http://cuen.fr/umvf/spip.php?rubrique99>).

Fiche de synthèse : voir pp. 144–145.

Cas clinique 18

Question 1 – QROC

Réponse : état de choc septique compliquant une pyélonéphrite aiguë obstructive gauche

- État de choc septique : sepsis sévère + hypotension artérielle persistante malgré un remplissage vasculaire (hypotension artérielle réfractaire au remplissage, oligo-anurie, marbrures, encéphalopathie septique : agitation).
- Pyélonéphrite gauche (douleur lombaire fébrile, leucocyturie et nitrites à la bandelette urinaire) probablement sur obstacle de nature lithiasique (début brutal).

Question 2 – QCM

Réponse : B, F, G, H, I, J

- Scanner abdominopelvien non injecté : recherche d'une dilatation des cavités pyélocalicielles et d'un obstacle sur les voies urinaires. L'injection de produit de contraste n'apportera pas d'information supplémentaire si un obstacle est mis en évidence sur les coupes non injectées. De plus, l'insuffisance rénale débutante dans ce cas contre-indique l'injection de produit de contraste iodé, de même potentiellement que l'utilisation de metformine puisque la patiente prend des antidiabétiques oraux.
- ECBU avant toute antibiothérapie (l'ECBU peut être négatif en cas d'obstruction complète).
- Recherche d'une hyperlactatémie, d'une cytolyse hépatique et d'une CIVD (consommation des facteurs de la coagulation avec un taux de prothrombine abaissé, associé à une élévation du TCA, une diminution du taux des plaquettes et une fibrinolyse visualisée par une augmentation des PDF ou des D-dimères).

Question 3 – QCM

Réponse : C, E, G, H, I, J

- Prise en charge de la défaillance hémodynamique : expansion volémique par sérum physiologique en débit libre afin d'obtenir une TA efficace ; catécholamines si remplissage inefficace.
- Dans le cas d'une pyélonéphrite avec signes de gravité (sepsis sévère, choc septique...), l'antibiothérapie probabiliste de première intention est l'association d'une céphalosporine de 3^e génération parentérale + aminoside (en cas d'allergie aux céphalosporines de 3^e génération : aminoside seul ou en association avec l'aztréonam).
- Intervention chirurgicale en urgence pour drainage des urines du rein gauche : montée de sonde urétérale gauche (ou sonde JJ) ou, en cas d'échec, pose d'une sonde de néphrostomie gauche ; prélèvement des urines pyéliquies en peropératoire pour analyse bactériologique.

NB : les mesures adjuvantes seront une équilibration glycémique (insulinothérapie), pas de traitement de l'acidose (traitement de la cause seul), surveillance.

Question 4 – QROC

Réponse : absence de dilatation des cavités pyélocalicielles ; sonde JJ en place

Question 5 – QROC

Réponse : insuffisance rénale aiguë organique par nécrose tubulaire aiguë d'origine ischémique secondaire à l'état de choc ; insuffisance rénale aiguë organique (absence d'obstacle, persistance de l'insuffisance rénale malgré la correction de l'hypovolémie)

Question 6 – QROC

Réponse : récupération complète de la fonction rénale en 2–3 semaines

Question 7 – QCM

Réponse : B, C, E, H, I

	IRA fonctionnelle	IRA organique
Créatininémie	Normale ou peu augmentée	Augmentée
Urée/Créatinine P	> 100	< 50
Na ⁺ U	< 20 mmol/l (si pas de diurétiques)	> 40 mmol/l
FE Na ⁺	< 1 %	> 1–2 %
Na ⁺ /K ⁺ U	< 1	> 1
U/P urée	> 10	< 10
U/P créatinine	> 30	< 30
U/P osmoles	> 2	< 2

Question 8 – QROC

Réponse : œdème aigu pulmonaire par surcharge; patiente probablement en hyperhydratation et oligo-anurique

Question 9 – QCM

Réponse : C, D, I, K

Question 10 – QCM

Réponse : A, D, I

Ventilation non invasive en attendant de mettre en place le traitement adéquat (déplétion volémique par ultrafiltration après mise en place d'un cathéter veineux central).

Question 11 – QROC

Réponse : hyperparathyroïdie primitive; association hypercalcémie lithiasique

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Etat de choc septique (4) compliquant une pyélonéphrite aiguë (4) obstructive (4) gauche (2)	14
2	B, F, G, H, I, J	8
3	C, E, G, H, I, J	12
4	Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles (5). Sonde JJ en place (5)	10
5	Insuffisance rénale aiguë organique (3) par nécrose tubulaire aiguë (4) d'origine ischémique (2)	8
6	Récupération complète	4
7	B, C, E, H, I	10
8	Œdème aigu pulmonaire par surcharge	10
9	C, D, I, K	8
10	A, D, I	10
11	Hyperparathyroïdie primitive	6
	Total	100

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 343 : Insuffisance rénale aiguë – Anurie

Références :

Ouvrage national du Collège universitaire des enseignants de néphrologie, 2010 (<http://cuen.fr/umvf/spip.php?rubrique99>).

Fiche de synthèse : voir p. 143.

Cas clinique 19**Question 1 – QCM**

Réponse : A, B, D

Question 2 – QCM

Réponse : A, C, D

Question 3 – QCM

Réponse : E

L'exploration scrotale doit être très rapide puisque le tableau évolue depuis 6 h et que le risque de nécrose testiculaire est très élevé. On préférera toujours explorer « pour rien » plutôt que prendre du retard pour faire un diagnostic précis (il existe par ailleurs des faux négatifs de l'échographie).

Question 4 – QROC

Réponse : crise de colique néphrétique lithiasique

Question 5 – QCM

Réponse : A, B

La tentative de détorsion manuelle ne doit en théorie plus être proposée. Elle peut être discutée exceptionnellement lorsque l'on est dans une situation comme celle-ci, où le délai d'ischémie risque d'être dépassé.

Question 6 – QCM

Réponse : D

L'abord pour une torsion du testicule est scrotal. L'abord inguinal est réservé à la chirurgie d'une tumeur, pour clamper le pédicule en premier afin d'éviter la diffusion métastatique.

Question 7 – QROC

Réponse : orchidectomie

Question 8 – QROC

Réponse : subtorsions répétitives

Question 9 – QCM

Réponse : C, D

Question 10 – QROC

Réponse : 14 jours

Question 11 – QCM

Réponse : C, D

Question 12 – QCM

Réponse : A, B, D

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, D	10
2	A, C, D	10
3	E	10
4	Calcul bas uretère/Calcul uretère/ Lithiasie urinaire/Calcul	5
5	A, B	15

N°	Réponses	Points
6	A, D	10
7	Orchidectomie/Ablation testicule	5
8	Subtorsion/Torsion spontanément détordue/Torsion spontanément résolutive	5
9	C, D	5
10	C	10
11	C, D	5
12	A, B, D	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 48 : Pathologie génito-scrotale chez le garçon et chez l'homme

Fiche de synthèse : voir p. 146.

Cas clinique 20

Question 1 – QROC

Réponse : transillumination
Un scrotum transilluminable évoque du liquide intrascrotal (hydrocèle ou kyste de l'épididyme).

Question 2 – QCM

Réponse : C
L'hydrocèle empêche de toucher et de reconnaître les contours du testis.

Question 3 – QROC

Réponse : échographie scrotale

Question 4 – QROC

Réponse : paraphimosis

Question 5 – QCM

Réponse : C, D
Le lichen scléro-atrophique du prépuce entraîne un phimosis pouvant se compliquer de paraphimosis.

Question 6 – QCM

Réponse : C, D

Question 7 – QCM

Réponse : A, B, C, D, E
La dysurie et la rétention aiguë d'urine sont rares et montrent le caractère extrêmement resserré du phimosis.

Question 8 – QCM

Réponse : A, C

Question 9 – QROC

Réponse : circoncision (terme général et religieux)/ posthectomie (terme chirurgical)
Les corticoïdes locaux sont utilisés pour un phimosis non compliqué ou en cas de refus du traitement chirurgical.

Le côté contraignant de la corticothérapie est souvent, à terme, la motivation du traitement chirurgical.

Question 10 – QCM

Réponse : B

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Transillumination/Illumination	10
2	C	10
3	E	10
4	Paraphimosis	10
5	C, D	10
6	C, D	10
7	A, B, C, D, E	5
8	A, C	10
9	Circoncision/Posthectomie	15
10	B	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 48 : Pathologie génito-scrotale chez le garçon et chez l'homme

Fiche de synthèse : voir p. 146.

Cas clinique 21

Question 1 – QCM

Réponse : C, D
Les complications sténosantes post-infectieuses de l'épididyme entraînent une azoospermie excrétoire.

Question 2 – QCM

Réponse : A, B, E

Question 3 – QCM

Réponse : B, D
En présence d'une masse testiculaire, l'échographie est conseillée. Toutefois, la certitude est histologique sur une pièce d'orchidectomie (totale ou plus rarement partielle).

Question 4 – QCM

Réponse : A

Question 5 – QROC

Réponse : tumeur germinale non séminomateuse (TGNS)

Question 6 – QROC

Réponse : orchidectomie par voie inguinale

Question 7 – QCM

Réponse : A, B, C, E

Question 8 – QCM

Réponse : A, B, C, D

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	C, D	10
2	A, B, E	10
3	B, D	10
4	A	10
5	Tumeur germinale non séminomateuse/ TGNS	15
6	Orchidectomie (10) par voie inguinale (5)	15
7	A, B, C, E	10
8	A, B, C, D	10
	Total	100

*Pour aller plus loin***Principal item abordé :**

item 310 : Tumeurs du testicule

Références :

Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique Juin 2011.

InVS/Francim/HCL/INCa.

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers>

Durand X, Rigaud J, Avances C, Camparo P, Culine S, Iborra F, Membres du CCAFU, et al. Recommandations en onco-urologie 2010 : Tumeurs germinales du testicule. Prog Urol 2010 Nov; 20(Suppl. 4) : S297-309.

Bigot P, Durand X. Les microcalcifications testiculaires, conduite à tenir. Prog Urol 2011 Mar; 21(Suppl. 2) : S46-9.

Devouassoux-Shisheboran M. Tumeurs germinales: données récentes sur leur développement. Bulletin Académie Internationale de Pathologie Dec 2009; 50 : 18-22.

Srigley JR, Mackay B, Toth P, Ayala A. The ultrastructure and histogenesis of male germ neoplasia with emphasis on seminoma with early carcinomatous features. Ultrastruct Pathol 1988 Jan-Feb; 12(1) : 67-86.

Fiche de synthèse : voir pp. 146–147.

Question 2 – QCM

Réponse : A, B, C, D, E

Question 3 – QCM

Réponse : A, C, D, E

Une tumeur germinale peut être mixte et associant une TGNS et du séminome.

Question 4 – QCM

Réponse : B, C

La métastase hépatique est visible sur la convexité hépatique de la deuxième coupe. On voit également le pyélon qui est refoulé sans être dilaté sur la première coupe

Question 5 – QROC

Réponse : orchidectomie par voie inguinale

Question 6 – QCM

Réponse : A

Question 7 – QCM

Réponse : A, B, C, E

Les adénopathies doivent non seulement diminuer, mais aussi disparaître, pour que le patient soit considéré en réponse complète.

Question 8 – QCM

Réponse : C

Question 9 – QCM

Réponse : A, B, C

Question 10 – QCM

Réponse : A, B

Question 11 – QCM

Réponse : B, D

Question 12 – QCM

Réponse : A, B, E

Question 13 – QCM

Réponse : A, B, C, D, E

Question 14 – QCM

Réponse : B, C, E

Les facteurs familiaux sont plus discutés, mais restent évoqués.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D, E	5
2	A, B, C, D, E	10
3	A, C, D, E	10
4	B, C	5
5	C	15
6	A	10
7	A, B, C, E	10
8	C	5
9	A, B, C	5
10	A, B	5

Cas clinique 22**Question 1 – QCM**

Réponse : D, E

Les adénopathies métastatiques sont rétropéritonéales. Le territoire de drainage du testicule ne se fait pas vers les aires inguinales.

N°	Réponses	Points
11	B, D	5
12	A, B, E	5
13	A, B, C, D, E	5
14	B, C, E	5
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 310 : Tumeurs du testicule

Références :

Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique Juin 2011. InVS/Francim/HCL/INCa.

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers>

Durand X, Rigaud J, Avances C, Camparo P, Culine S, Iborra F, Membres du CCAFU, et al. Recommandations en onco-urologie 2010 : Tumeurs germinales du testicule. Prog Urol 2010 Nov; 20(Suppl. 4) : S297-309.

Bigot P, Durand X. Les microcalcifications testiculaires, conduite à tenir. Prog Urol 2011 Mar; 21(Suppl. 2) : S46-9.

Devouassoux-Shisheboran M. Tumeurs germinales: données récentes sur leur développement. Bulletin Académie Internationale de Pathologie Dec 2009; 50 : 18-22.

Srigley JR, Mackay B, Toth P, Ayala A. The ultrastructure and histogenesis of male germ neoplasia with emphasis on seminoma with early carcinomatous features. Ultrastruct Pathol 1988 Jan-Feb; 12(1) : 67-86.

Fiche de synthèse : voir pp. 146-147.

diagnostique, d'autant que le testicule concerné est souvent pathologique et n'influe que peu sur la spermatogénèse. L'information doit obligatoirement être inscrite dans le dossier.

Question 5 – QCM

Réponse : C

Question 6 – QCM

Réponse : C, D, E

Les leydigomes ainsi que les adénocarcinomes ne sont pas des tumeurs germinales.

Question 7 – QROC

Réponse : cryptorchidie

Question 8 – QCM

Réponse : A, B, C

Question 9 – QCM

Réponse : B

Question 10 – QCM

Réponse : B, C, E

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, C	10
2	B	15
3	A, B, C, D, E	10
4	Autoconservation de sperme/ Prélèvement CECOS	10
5	C	10
6	C, D, E	10
7	Cryptorchidie	10
8	A, B, C	5
9	B	10
10	B, C, E	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 310 : Tumeurs du testicule

Références :

Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique Juin 2011. InVS/Francim/HCL/INCa.

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers>

Durand X, Rigaud J, Avances C, Camparo P, Culine S, Iborra F, Membres du CCAFU, et al. Recommandations en onco-urologie 2010 : Tumeurs germinales du testicule. Prog Urol 2010 Nov; 20(Suppl. 4) : S297-309.

Bigot P, Durand X. Les microcalcifications testiculaires, conduite à tenir. Prog Urol 2011 Mar; 21(Suppl. 2) : S46-9.

Devouassoux-Shisheboran M. Tumeurs germinales: données récentes sur leur développement. Bulletin Académie Internationale de Pathologie Dec 2009; 50 : 18-22.

Srigley JR, Mackay B, Toth P, Ayala A. The ultrastructure and histogenesis of male germ neoplasia with emphasis on seminoma with early carcinomatous features. Ultrastruct Pathol 1988 Jan-Feb; 12(1) : 67-86.

Fiche de synthèse : voir pp. 146–147.

Cas clinique 24

Question 1 – QCM

Réponse : A, D, E

Question 2 – QROC

Réponse : sondage vésical

Question 3 – QCM

Réponse : A, B, C, E

Question 4 – QCM

Réponse : B, C, D

Question 5 – QROC

Réponse : syndrome de levée d'obstacle

Question 6 – QCM

Réponse : A, C, D

Le mauvais positionnement d'une sonde à demeure est très improbable chez la femme.

Question 7 – QCM

Réponse : B

Question 8 – QROC

Réponse : néphrostomie percutanée ou pose de sonde JJ

Dans un contexte néoplasique, les chances de succès des sondes JJ sont moins élevées

Question 9 – QCM

Réponse : B, C, D

Question 10 – QCM

Réponse : D

Question 11 – QCM

Réponse : A, B, C, E

Question 12 – QCM

Réponse : C

Question 13 – QCM

Réponse : A, B, C, E

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, D, E	10
2	Sondage	10
3	A, B, C, E	10
4	B, C, D	10
5	Syndrome de levée d'obstacle	5
6	A, C, D	5
7	B	15
8	Néphrostomie percutanée	10
9	B, C, D	5
10	D	5
11	A, B, C, E	5
12	C	5
13	A, B, C, E	5
	Total	100

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 42 : Tuméfaction pelvienne chez la femme

Fiche de synthèse : voir p. 147.

Cas clinique 25

Question 1 – QROC

Réponse : entre 30 et 40 %

Question 2 – QCM

Réponse : B, D, F, H, J, L

Question 3 – QROC

Réponse : déficit androgénique lié à l'âge (DALA)

Question 4 – QCM

Réponse : B (bêtabloquants), D (neuropathie diabétique), F (coronaropathie), G (dépression possible)

Question 5 – QCM

Réponse : C, D, E, F, G, H, J

Question 6 – QCM

Réponse : E, F, G

Question 7 – QROC

Réponse : toucher rectal et PSA

Question 8 – QCM

Réponse : D

Question 9 – QROC

Réponse : avis cardiologique

Question 10 – QCM

Réponse : B, C, E, F

Si IPDE5 : **zéro** [car dérivés nitrés dans le traitement habituel].

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Entre 30 et 40 %	8
2	B, D, F, H, J, L	12*
3	Déficit androgénique lié à l'âge/DALA	12
4	B, D, F, G	12**
5	C, D, E, F, G, H, J	14*
6	E, F, G	6*
7	Toucher rectal (5) et PSA (5)	10
8	D	8
9	Avis cardiologique/Cardiologue	10
10	B, C, E, F – Si IPDE5 : zéro	8*
	Total	100

* 2 points par bonne réponse ; – 2 par mauvaise réponse.

** 3 points par bonne réponse ; – 2 par mauvaise réponse.

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 122 : Trouble de l'érection

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU) - comité d'Andrologie 2010–2013 :

http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classees-paranee.html>

Fiche de synthèse : voir p. 148.

Cas clinique 26

Question 1 – QROC

Réponse : priapisme

Question 2 – QROC

Réponse : injection intracaverneuse

Question 3 – QROC

Réponse : priapisme à bas débit

Question 4 – QCM

Réponse : B, C, D, E, F

Question 5 – QROC

Réponse : dysfonction érectile définitive

Question 6 – QROC

Réponse : aucun

Question 7 – QCM

Réponse : F

Question 8 – QROC

Réponse : shunt cavernospongieux

Question 9 – QROC

Réponse : rupture des corps caverneux

Question 10 – QCM

Réponse : E

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Priapisme	15
2	Injection intracaverneuse	10
3	Priapisme à bas débit	10
4	B, C, D, E, F	10*
5	Dysfonction érectile (3), définitive (2)	5
6	Aucun	10
7	F	10**
8	Shunt cavernospongieux.	5
9	Rupture des corps caverneux	15
10	E	10
	Total	100

* 2 points par bonne réponse ; – 2 par mauvaise réponse.

** – 2 par mauvaise réponse.

Pour aller plus loin

Principal item abordé :

item 122 : Trouble de l'érection

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU) - comité d'Andrologie 2010–2013 :

http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classees-paranee.html>

Fiche de synthèse : voir p. 148.

Cas clinique 27

Question 1 – QCM

Réponse : A, K

L'HBP est la cause la plus fréquente. Le sondage prolongé peut entraîner une sténose de l'urètre (séjour en réa).

Question 2 – QROC

Réponse : débitmétrie

Question 3 – QROC

Réponse : biopsies échoguidées de prostate

Question 4 – QCMRéponse : A, B, E
Recommandations HAS.**Question 5 – QROC**Réponse : alphabloquants, phytothérapie, inhibiteurs de la 5 α -réductase**Question 6 – QCM**

Réponse : A, D, E, G, H

Question 7 – QCM

Réponse : A, D, E, H

Question 8 – QROC

Réponse : bithérapie (alphabloquant + 5ARI); changement de monothérapie (phytothérapie/5 ARI...)

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, K	20
2	Débitmétrie	10
3	Biopsies échoguidées de prostate	15
4	A, B, E	12**
5	Alphabloquants (5), phytothérapie (5), inhibiteurs de la 5 α -réductase (5)	15
6	A, D, E, G, H	10*
7	A, D, E, H	8*
8	Bithérapie/Alphabloquant + inhibiteur de la 5 α -réductase/Introduction d'un inhibiteur de la 5 α -réductase (5)	10
	Total	100

* 2 points par bonne réponse ; – 2 par mauvaise réponse.

** 4 points par bonne réponse ; – 2 par mauvaise réponse.

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 123 : Hypertrophie bénigne de la prostate

Références :Recommandations AFU 2013. www.urofrance.org
Recommandations de l'European Association of Urology (EAU) 2012.

A. Descazeaud and al., Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22, 977-988.

Fiche de synthèse : voir p. 149.**Cas clinique 28****Question 1 – QCM**

Réponse : C, D, H

Les symptômes anciennement étiquetés irritatifs, aujourd'hui appelés signes d'hyperactivité vésicale ou de la phase de remplissage, traduisent une altération du réservoir vésical.

Question 2 – QCM

Réponse : B, C, E, F, G

La fibroscopie urétrovésicale, à la recherche d'une lésion vésicale, est justifiée devant l'importance des signes irritatifs. PSA inutile compte tenu de l'âge du patient et de la normalité du TR.

Question 3 – QROC

Réponse : fuites par regorgement

Question 4 – QROC

Réponse : syndrome de levée d'obstacle (d'autant qu'il existe un retentissement sur les CPC dilatées)

Question 5 – QROC

Réponse : résection endoscopique de la prostate/ résection trans-urétrale de la prostate

Le patient a une rétention vésicale chronique avec répercussion sur le haut appareil urinaire. Il existe donc une indication à un traitement chirurgical de son hypertrophie bénigne de prostate. Le volume prostatique de 40 ml doit faire proposer une résection endoscopique de prostate.

Question 6 – QCM

Réponse : A, B, C, D, G, H, I, J

Question 7 – QROC

Réponse : incision cervicoprostatique, ou vaporisation prostatique par laser

Question 8 – QROC

Réponse : volume prostatique

L'incision cervicoprostatique est réservée aux prostatites < 30 ml.

Question 9 – QROC

Réponse : TURP-syndrome, ou syndrome de réabsorption du liquide d'irrigation

Question 10 – QROC

Réponse : natrémie, ou ionogramme avec recherche d'une hyponatrémie

Le TURP-syndrome, ou syndrome de réabsorption du liquide d'irrigation, est la conséquence d'un important passage de liquide d'irrigation sucré et hypotonique (glycocolle) dans la circulation générale. Il s'agit d'une complication peropératoire rare de la RTUP. Les symptômes devant faire suspecter cette complication sont des troubles visuels (mouches volantes), des céphalées, une hypotension, une bradycardie et des douleurs thoraciques. Ces signes sont en rapport avec une surcharge volémique et une hyponatrémie de dilution. Le traitement dépendra de l'importance de l'hyponatrémie.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	C, D, H	9**
2	B, C, E, F, G	10*
3	Fuites par regorgement	10
4	Syndrome de levée d'obstacle	8
5	Résection endoscopique de la prostate/ Résection trans-urétrale de la prostate	15
6	A, B, C, D, G, H, I, J	16*
7	Incision cervicoprostatique	8
8	Volume prostatique	8
9	TURP-syndrome/Syndrome de réabsorption du liquide d'irrigation	8
10	Natrémie	8
	Total	100

* 2 points par bonne réponse ; - 2 par mauvaise réponse.

** 3 points par bonne réponse ; - 2 par mauvaise réponse.

*Pour aller plus loin***Principal item abordé :**

item 123 : Hypertrophie bénigne de la prostate

Références :

Recommandations AFU 2013. www.urofrance.org
Recommandations de l'European Association of Urology (EAU) 2012.

A. Descazeaud and al., Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22, 977-988.

Fiche de synthèse : voir p. 149.

Cas clinique 29**Question 1 – QROC**

Réponse : insuffisance rénale terminale (stade 5)

Question 2 – QROC

Réponse : oui

Une transplantation rénale peut être réalisée de manière préemptive, c'est-à-dire avant le début de la dialyse chez un patient insuffisant rénal terminal.

Question 3 – QROC

Réponse : patients en état de mort encéphalique

Question 4 – QCM

Réponse : C

Question 5 – QCM

Réponse : A

Question 6 – QCM

Réponse : A, B, C, D, E, F, G, H, I, J

Question 7 – QCM

Réponse : A, C, E, F, G, H, I, J

Question 8 – QCM

Réponse : A, B, G, H, I, J

Question 9 – QROC

Réponse : cross-match

Question 10 – QROC

Réponse : néphrectomie pré-transplantation

Une néphrectomie d'un rein polykystique avant transplantation peut être proposée si ce rein par son volume est gênant pour une transplantation rénale en fosse iliaque.

Question 11 – QROC

Réponse : cancer secondaire

Le risque relatif de développer un cancer après transplantation rénale est supérieur à celui de la population générale. Il existe notamment un risque accru de développer un carcinome rénal sur les reins natifs justifiant une surveillance annuelle par échographie rénale annuelle.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Insuffisance rénale terminale/stade 5	15
2	Oui	10
3	Patients en état de mort encéphalique	10
4	C	10
5	A	5
6	A, B, C, D, E, F, G, H, I, J	10*
7	A, C, E, F, G, H, I, J	8*
8	A, B, G, H, I, J	6*
9	Cross-match	10
10	Néphrectomie pré-transplantation	8
11	Cancer secondaire	8
	Total	100

* 1 points par bonne réponse ; - 1 par mauvaise réponse.

*Pour aller plus loin***Principal item abordé :**

item 197 : Transplantation d'organes : Aspects épidémiologiques et immunologiques; principes de traitement et surveillance; complications et pronostic; aspects éthiques et légaux

Références :

Calendrier de suivi d'un transplanté rénal, HAS, Service de recommandations professionnelles, juin 2009 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1525740/fr/suivi-ambulatoire-de-ladulte-transplante-renal-au-dela-de-3-mois-apres-transplantation?xtmc=&xctcr=1).

Textes réglementaires du Code de la santé publique relatifs aux prélèvements et dons d'organes (<http://www.juridique-biomedecine.fr>).

Fiche de synthèse : voir p. 150.

Cas clinique 30**Question 1 – QROC**

Réponse : état de mort encéphalique

Question 2 – QROC

Réponse : deux EEG, une angiographie cérébrale

Question 3 – QROC

Réponse : consultation du registre des refus.

Question 4 – QCM

Réponse : A, C, E, F, G, I

Question 5 – QROC

Réponse : cross-match

Question 6 – QROC

Réponse : rejet hyperaigu

Le rejet hyperaigu survenant en début de transplantation est lié à l'action des lymphocytes B. Cette complication est désormais rare depuis la réalisation systématique d'un cross-match lymphocytaire avant la transplantation. Ce test consiste à exposer des cellules du donneur en présence de sérum du receveur afin de détecter l'existence d'anticorps lymphocytotoxiques chez le receveur.

Question 7 – QCM

Réponse : A, C, G, H

Question 8 – QCM

Réponses : A, B, C, G, J

Question 9 – QROC

Réponse : rejet aigu cellulaire.

Question 10 – QROC

Réponse : biopsie du greffon

Question 11 – QROC

Réponse : corticostéroïdes à fortes doses

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	État de mort encéphalique	15
2	Deux (2) EEG (3), une angiographie cérébrale (5)	10

3	Consultation du registre des refus	8
4	A, C, E, F, G, I	6*
5	Cross-match.	14
6	Rejet hyperaigu	10
7	A, C, G, H	8**
8	A, B, C, G, J	5*
9	Rejet aigu cellulaire.	8
10	Biopsie du greffon	8
11	Corticostéroïdes à fortes doses	8
	Total	100

* 1 points par bonne réponse ; – 1 par mauvaise réponse.

** 2 points par bonne réponse ; – 2 par mauvaise réponse.

Pour aller plus loin**Principal item abordé :**

item 197 : Transplantation d'organes : Aspects épidémiologiques et immunologiques; principes de traitement et surveillance; complications et pronostic; aspects éthiques et légaux

Références :

Calendrier de suivi d'un transplanté rénal, HAS, Service de recommandations professionnelles, juin 2009 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1525740/fr/suivi-ambulatoire-de-ladulte-transplante-renal-au-dela-de-3-mois-apres-transplantation?xtmc=&xctcr=1).

Textes réglementaires du Code de la santé publique relatifs aux prélèvements et dons d'organes (<http://www.juridique-biomedecine.fr>).

Fiche de synthèse : voir p. 150.

Cas clinique 31**Question 1 – QCM**

Réponse : A, C, D, F

Question 2 – QCM

Réponse : A, B, D, F, G

Le PSA total est dosé en première intention si une androgénothérapie est envisagée afin de ne pas méconnaître un cancer de prostate, contre-indication absolue à une androgénothérapie substitutive. Le bilan hépatique, de même que la NFS, ionogramme sanguin, urée et créatinine sanguins ne sont demandés qu'en cas de bilan biologique antérieur de plus de 5 ans.

Question 3 – QROC

Réponse : déficit androgénique ou hypogonadisme ou hypotestostéronémie

Question 4 – QROC

Réponse : DALA (déficit androgénique lié à l'âge) ou andropause

NB : le DALA correspond à un hypogonadisme testiculaire, donc d'origine périphérique. Le diagnostic est porté sur une testostéronémie basse et FSH/LH élevés. En cas de testostéronémie basse avec FSH/LH bas, il s'agit d'une atteinte centrale.

Question 5 – QROC

Réponse : libre, biodisponible, totale

Question 6 – QCM

Réponse : A, C, F

NB : la polyglobulie est une contre-indication relative.

Question 7 – QROC

Réponse : orale, intramusculaire, transdermique

- Orale : undécanoate de testostérone (Pantestone®).
- IM : énanthane de testostérone (Androtardyl®).
- Transdermique : patchs (Testopatch®) ou gel hydro-alcoolique de testostérone (AndroGel®).

Question 8 – QROC

Réponse : dyspareunie ou dyspareunie de présence

Question 9 – QCM

Réponse : A, B, D, E, F

Question 10 – QCM

Réponse : B, C, D

- A : Contre-indication absolue car dérivés nitrés et risque de collapsus cardiovasculaire.
- E : En seconde intention uniquement après échecs des différents traitements médicamenteux et selon demande du patient (++)

Question 11 – QROC

Réponse : bas débit cardiaque ou collapsus cardiovasculaire ou hypotension artérielle

Ce bas débit cardiaque est survenu suite à la prise simultanée d'un IPDE5 et d'un dérivé nitré, contre-indication absolue.

Question 12 – QROC

Réponse : thrombophlébite cérébrale

Question 13 – QCM

Réponse : A, B, D

- C : Pas de thrombocytose biologique.
- E : La polyglobulie existe bien mais n'est pas un argument clinique.

Question 14 – QCM

Réponse : A

Question 15 – QCM

Réponse : A, B, C, D

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, C, D, F	7
2	A, B, D, F, G	6

3	Deficit androgénique/ Hypogonadisme/ Hypotestostéronémie	6
4	DALA/Andropause	5
5	Libre (2), biodisponible (2), totale (2)	6
6	A, C, F	10
7	Orale(1), intramusculaire (1), transdermique(1)	3
8	Dyspareunie (de présence)	5
9	A, B, D, E, F	6
10	B, C, D	8
11	Collapsus cardiovasculaire/Bas débit cardiaque/Hypotension artérielle	7
12	Thrombophlébite cérébrale	10
13	B, D	7
14	A	7
15	A, B, C, D	7
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 56 : Sexualité normale et ses troubles

item 120 : Ménopause et andropause

item 122 : Trouble de l'érection

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU)-comité d'Andrologie 2010–2013 :

http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classes-paranee.html>

Fiche de synthèse : voir p. 151.

Cas clinique 32

Question 1 – QCM

Réponse : A, B, D, E

Question 2 – QCM

Réponse : B, C

Question 3 – QCM

Réponse : A, B, C, F

- E : Pas en première intention. Permettra de déterminer le caractère central ou périphérique

d'un hypogonadisme. Le diagnostic d'hypogonadisme est porté sur une testostéronémie basse : il est périphérique en cas de testostéronémie basse et FSH/LH élevés ; en cas de testostéronémie basse avec FSH/LH bas, il s'agit d'une atteinte centrale.

- F : En fonction des symptômes et de l'examen prostatique, notamment si suspicion clinique de cancer de prostate (toucher rectal anormal, hémospérme...). Indispensable dès qu'une androgénothérapie substitutive est envisagée car contre-indication absolue si cancer de prostate.

Question 4 – QCM

Réponse : A, D

Question 5 – QROC

Réponse : priapisme à bas débit ou priapisme ou priapisme ischémique ou érection prolongée

Question 6 – QCM

Réponse : C, D, E

A et B vraies uniquement avant la 6^e heure.

Exemple de traitement alphastimulant en injection intracaverneuse : Effortil®, éphédrine.

Question 7 – QROC

Réponse : fracture des corps caverneux ou rupture des corps caverneux ou faux pas du coït ou rupture de l'albuginée des corps caverneux

Question 8 – QCM

Réponse : A, E, F

B, C et D : Traitement du priapisme à bas débit.

Question 9 – QCM

Réponse : A, B

- C : Non car, pour les prostatites, seuil de bactériurie significative > 10⁴ UFC/ml quel que soit le germe (CMIT-Pilly, 2014).
- D : La dilatation urétéro-pyélocalicielle bilatérale à l'échographie peut être retrouvée en cas de rétention aiguë d'urine mais n'est aucunement spécifique de prostatite aiguë.

Question 10 – QCM

Réponse : B, D, E, G

- A : Le caractère brutal de la douleur testiculaire doit faire évoquer en premier lieu une torsion du cordon spermatique.
- B : Le signe de Prehn est positif si la surélévation du testicule soulage la douleur. Ce signe est négatif en cas de torsion testiculaire.

Question 11 – QCM

Réponse : A, C, D, E

- B : Contre-indiquée car risque de choc septique par décharge bactérienne secondaire à une manipulation prostatique.
- C : Systématique car l'absence de globe vésical est une contre-indication au cathétérisme sus-pubien.

Question 12 – QCM

Réponse : C, D, E

- B : C'est le pontage fémoro-fémoral croisé qui est une contre-indication absolue.
- E : L'absence de globe vésical est aussi une contre-indication absolue.

Question 13 – QCM

Réponse : A, D

La miction par poussées est diagnostiquée sur l'aspect polyphasique de la courbe. Durée normale de la miction < 60 s.

Question 14 – QCM

Réponse : A, C, D

- B : Peu probable car pas de nouvel épisode infectieux signalé et ECBU négatif.
- C : Sténose possible post-rupture des corps caverneux.
- D : possible vessie acontractile secondaire à la rétention aiguë d'urine.
- E : Peu probable dans ce contexte.

Question 15 – QCM

Réponse : A, D

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, D, E	7
2	B, C	6
3	A, B, C, F	7
4	A, D	6
5	Priapisme à bas débit/Priapisme/ Priapisme ischémique/Érection prolongée	8
6	C, D, E	7
7	Fracture des corps caverneux/Rupture des corps caverneux/Faux pas du coït/ Rupture de l'albuginée des corps caverneux	8
8	A, E, F	6
9	A, B	5
10	B, D, E, G	6
11	A, C, D, E	6
12	C, D, E	6
13	A, D	7
14	A, C, D	7
15	A, D	8
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 56 : Sexualité normale et ses troubles
item 121 : Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

item 122 : Trouble de l'érection
 item 157 : Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique, 2010. www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.

Bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_12_01__10_19_28_399.pdf

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00171239-6-2/TEXF-PU-2007-00171239-6-2.pdf>

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/fiches-dinformation.html>

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. *Prog Urol* 2012; 22 : 977-88.

Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. *Prog Urol* 2004; 14(6) : 1103-11. www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie (AFU) – comité d'Andrologie 2010–2013 :

http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classees-parannee.html>

Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte.

Recommandations de bonne pratique AFSSAPS, juin 2008 : ces recommandations ont été suspendues suite à l'interdiction d'utiliser la furadantine au long cours (risque de fibroses hépatique et pulmonaire).

Recommandations du Comité d'infectiologie de l'Association française d'urologie généralités. *Prog Urol* 2008; 18(Suppl. 1) : 4–8.

Recommandations du Comité d'infectiologie de l'Association française d'urologie Cystites aiguës. *Prog Urol* 2008; 18(Suppl. 1) : 9–13.

Recommandations du Comité d'infectiologie de l'Association française d'urologie Pyélonéphrites aiguës. *Prog Urol* 2008; 18(Suppl. 1) : 14–8.

Recommandations du Comité d'infectiologie de l'Association française d'urologie Prostatites aiguës. *Prog Urol* 2008; 18(Suppl. 1) : 19–23. Disponibles sur www.urofrance.org.

Fiche de synthèse : voir p. 151.

Cas clinique 33

Question 1 – QROC

Réponse : urétrite aiguë sexuellement transmise

Question 2 – QROC

Réponse : *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis*

Question 3 – QROC

Réponse : *Chlamydia trachomatis*

Évolution à bas bruit, délais d'incubation de 7 à 15 jours contre 2 à 5 jours pour le gonocoque.

Question 4 – QCM

Réponse : A, C, D, E, G

- B : Aucun intérêt.
- F : C'est l'anticorps anti-HBc.

Question 5 – QCM

Réponse : C

Le traitement probabiliste doit couvrir le gonocoque et *Chlamydia* (Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées, Actualisation. Afssaps, octobre 2008).

Question 6 – QCM

Réponse : A

Question 7 – QCM

Réponse : C

Il relate le taux de grossesse sur 1 an chez 100 femmes utilisant la contraception étudiée. L'indice de Pearl évalue l'efficacité d'une méthode contraceptive ; plus il est faible, plus la méthode est efficace.

Question 8 – QCM

Réponse : A, E

Eh oui : c'est possible, sauf en cas d'urgence vitale ; le médecin doit cependant avertir clairement le patient, dès la première consultation, et lui donner tous moyens et conseils pour qu'il puisse obtenir une prise en charge adaptée. Par ailleurs, l'évocation de la clause de conscience ne doit pas pouvoir être interprétée comme une supposée discrimination.

Question 9 – QCM

Réponse : A, B, C, F

- D : La conservation du sperme au CECOS n'est pas obligatoire, mais obligatoirement proposée.
- E : La technique chirurgicale consiste en une ligature, puis section (et exérèse d'une portion) et coagulation des canaux déférents par incision scrotale en regard.
- G : Il existe toujours une éjaculation de volume constant.

Question 10 – QROC

Réponse : spermogramme à 3 mois

Question 11 – QCM

Réponse : A

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Urétrite aiguë (sexuellement transmise)	10
2	<i>Neisseria gonorrhoea</i> (5), <i>Chlamydia trachomatis</i> (5)	10
3	<i>Chlamydia trachomatis</i>	10
4	A, C, D, E, G	10*
5	C	5
6	A	5
7	C	10
8	A, E	10*
9	A, B, C, F	10*
10	Spermogramme	10
11	A	10
	Total	100

* Pour les QCM, 10 points si toutes les réponses bonnes, 5 points si une erreur, 0 points si 2 erreurs ou plus.

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 35 : Contraception

item 158 : Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose

Références :

Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées, actualisation. Afssaps, octobre 2008 (http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/2008-uretrites-afssaps.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 152.

Cas clinique 34**Question 1 – QCM**

Réponse : B, C

- A : Le délai d'abstinence est de 3 à 5 jours.
- D : L'analyse se fait sur sperme frais 30 minutes après l'éjaculation.

Question 2 – QROC

Réponse : sperme acide, hypospermie, azoospermie
Le pH du sperme permet d'évaluer le niveau d'obstruction en cas d'azoospermie obstructive : le liquide séminal est acide, le liquide prostatique est basique; ainsi, en cas de sperme acide cela témoigne d'une obstruction en aval des vésicules séminales et en amont de la prostate.

Question 3 – QCM

Réponse : A, B, C, D

Il convient de s'orienter vers une cause sécrétoire ou excrétoire; les données de l'énoncé suggèrent une cause excrétoire (nécessité de l'imagerie scrotale pour le mettre en évidence); cependant, dans le bilan de première intention face à une azoospermie, les dosages hormonaux ont tout à fait leur place pour rechercher ou éliminer une cause sécrétoire.

Question 4 – QROC

Réponse : azoospermie excrétoire (obstructive)

Question 5 – QROC

Réponse : agénésie bilatérale des canaux déférents

Question 6 – QCM

Réponse : D, F

- A, E, G : Azoospermie excrétoire.
- B, C : Oligo-astheno-tératospermie.

Question 7 – QCM

Réponse : C

Le caryotype et la recherche de microdélétion du chromosome Y doivent être demandés en cas d'oligo-spermie sévère ou d'azoospermie sécrétoires.

Question 8 – QCM

Réponse : B, C, D, F

Il existe une obstruction bilatérale de la voie spermatique; la seule façon de recueillir les spermatozoïdes est chirurgicale; une fois recueillis, la congélation des spermatozoïdes doit être obligatoirement proposée. Les spermatozoïdes recueillis au niveau du testis ou de l'épididyme ne sont pas des spermatozoïdes qui ont acquis toute leur capacité de fécondation (capacitation), ainsi la FIV-ICSI est la meilleure alternative. En cas de refus de chirurgie ou de choix par le couple, le recours au sperme de donneur est envisageable.

Question 9 – QROCRéponse : recherche de la mutation *ABCC7*

La mutation *ABCC7* est la responsable entre autre de la mucoviscidose qui est la maladie génétique la plus fréquente chez les Caucasiens (un cas pour 3 000-4

000 naissances) et qui est à transmission autosomique récessive; il est donc impératif de dépister la mère.

Question 10 – QROC

Réponse : bronchites répétitives

Selon le type de mutation, il existe un très grand polymorphisme d'expression de la maladie avec des formes plus frustes; certains cas sont ainsi découverts à l'âge adulte.

Question 11 – QROC

Réponse : dilatation des bronches

Il est nécessaire de faire un bilan complet pulmonaire, digestif, endocrinien lors de la découverte une mutation *ABCC7* afin de rechercher/prévenir les autres complications.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, C	10*
2	Sperme acide (3), hypospermie (3), azoospermie (4)	10
3	A, B, C, D	10*
4	Azoospermie excrétoire/obstructive	10
5	Agénésie bilatérale des canaux déférents	10
6	D, F	10*
7	C	10
8	B, C, D, F	10*
9	Recherche de la mutation <i>ABCC7</i>	10
10	Bronchites répétitives	10
11	Dilatation des bronches/Bronchectasie	10
	Total	100

* Pour les QCM, 10 points si toutes les réponses bonnes, 5 points si une erreur, 0 points si 2 erreurs ou plus.

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 37 : Stérilité du couple. Conduite de la première consultation

Références :

Recommandations du comité d'andrologie de l'AFU (2007) sur l'infertilité masculine

www.urofrance.org

Recommandations de l'EAU (2007) sur l'infertilité masculine.

Normes OMS 2011 du spermogramme.

Fiche de synthèse : voir p. 152.

Cas clinique 35

Question 1 – QCM

Réponse : B

Question 2 – QCM

Réponse : A, B, C

Le spermogramme associé au spermocytogramme (qui étudie les anomalies de morphologie des spermatozoïdes) est l'examen de base pour l'exploration de toute infertilité masculine. Il doit être complété par un second examen à 3 mois en cas d'anomalie. La varicocèle isolée cliniquement perceptible ne nécessite pas d'être confirmée par Doppler scrotal; cependant, ici, du fait de l'infertilité et surtout de l'antécédent de cryptorchidie, une échographie-Doppler scrotale est indispensable pour s'assurer de l'absence de tumeur testiculaire.

Question 3 – QCM

Réponse : A, B, D

- Oligospermie : diminution du nombre de spermatozoïdes.
- Asthénospermie : diminution de la mobilité des spermatozoïdes.
- Tératospermie : augmentation de spermatozoïdes présentant des anomalies morphologiques.
- Nécospermie : diminution des formes vivantes de spermatozoïdes.
- Hypospermie : diminution du volume de sperme éjaculé.

Question 4 – QCM

Réponses : A, B, C, D, E

- C : Possibilité d'une obstruction déférentielle iatrogène soit par section du déférent lors de l'opération soit par sténose déférentielle par fibrose du renfort prothétique autour du cordon inguinal.
- E : Beaucoup de professions sont à risque d'hyperthermie scrotale; chez les routiers, la position assise prolongée en est un.

Question 5 – QCM

Réponse : B, C

Question 6 – QCM

Réponse : A, B, D, E

B : En cas de varicocèle palpable, avec infertilité du couple documentée, sans problème associée d'infertilité féminine ou que celle-ci est potentiellement curable, avec au moins une altération des paramètres spermatiques au spermogramme.

Question 7 – QCM

Réponse : A, B (bien que peu utilisée), D

Question 8 – QROC

Réponse : une insémination intra-utérine

Méthode de 1^{re} intention envisageable en cas d'oligospermie sans entamer le capital de FIV-ICSI remboursées par la sécurité sociale. La FIV-ICSI pourra être envisagée en cas d'échec.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B	10*
2	A, B, C	15*
3	A, B, D	15*
4	A, B, C, D, E	10*
5	B, C	10*
6	A, B, D, E	10*
7	A, B, D	10*
8	Insémination intra-utérine	20
	Total	100

* Pour les QCM, 10 ou 15 points si toutes les réponses bonnes, 5 points si une erreur, 0 points si 2 erreurs ou plus.

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 37 : Stérilité du couple. Conduite de la première consultation

Références :

Recommandations du comité d'andrologie de l'AFU (2007) sur l'infertilité masculine
www.urofrance.org

Recommandations de l'EAU (2007) sur l'infertilité masculine.

Normes OMS 2011 du spermogramme.

Fiche de synthèse : voir p. 152.

Cas clinique 36**Question 1 – QCM**

Réponse : A

Car pas de caillots et bonne vidange vésicale; le cystocath est contre-indiqué devant toute suspicion de cancer de vessie (hématuries macroscopiques), également comme ici en l'absence de globe urinaire.

Question 2 – QROC

Réponse : groupage (double détermination) + RAI (recherche des anticorps irréguliers). Le taux d'Hb va probablement justifier une transfusion.

Question 3 – QCM

Réponse : A, C

L'échographie abdominale ne permet pas d'explorer toutes les voies urinaires et est moins sensible que l'uroscanner, mais elle est un bon examen de première intention. L'uroscanner est l'examen de référence. Le scanner non injecté ne permet pas de bien voir le parenchyme rénal, les voies urinaires et la paroi vésicale. La cystographie n'est pas indiquée

dans le bilan d'hématurie. La cystoscopie est discutée en fonction de la couleur des urines.

Question 4 – QCM

Réponse : B

Question 5 – QCM

Réponse : A, B (**PMZ**), D

- B : Le Diamicron® est un sulfamide hypoglycémiant qui n'expose pas au risque d'acidose lactique en cas de scanner injecté.
- D : Intérêt de la transfusion en urgence devant cette anémie visiblement mal supportée (tachycardie, désaturation dans ce contexte de BPCO).

Question 6 – QROC

Réponse : RTUV, examen anatomopathologique des copeaux de résection

Question 7 – QCM

Réponse : A, B

Le bilan d'extension est réalisé car ce cancer infiltre le muscle; il comprend l'association :

- d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec temps tardif sur les coupes abdominopelviennes afin de rechercher une tumeur synchrone sur le reste des voies urinaires, une obstruction du haut appareil urinaire;
- d'une scintigraphie osseuse (ici devant les douleurs lombaires vespérales).

Petscan pourrait être accepté, car il est depuis très récemment supposé intéressant dans le bilan des envahissements lymphatiques pour sélectionner les meilleurs candidats pour la chimio (N+).

Dans ce cas, seul le scanner thoracique est à réaliser, car le temps abdominopelvien a déjà été réalisé préalablement.

Question 8 – QROC

Réponse : T2N0M0

Question 9 – QCM

Réponse : E, F

Ce sont les traitements de référence des tumeurs de vessie infiltrant le muscle non métastatiques.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A	10
2	Groupage (5), RAI (5)	10
3	A, C	10
4	B	15
5	A, B (PMZ), D	15
6	RTUV (5), examen anatomopathologique (5)	10
7	A, B	10
8	T2N0M0	10
9	E, F	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 311 : Tumeurs vésicales

Références :

Pfister C, Rouprêt M, Wallerand H, Davin J-L, Quintens H, Guy L, et al. Recommandations du Comité de cancérologie de l'Association française d'urologie (AFU) : Recommandations en oncurologie 2010 : Tumeurs urothéliales. Prog Urol 2010; 20(Suppl. 4) : S255 -74.

Recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS)-Institut national du cancer. Guide-Affection de longue durée. Cancer de la vessie Mai 2010.

Fiche de synthèse : voir pp. 153–154.

Cas clinique 37

Question 1 – QCM

Réponse : A, B, E, F

C : L'uroscanner est contre-indiqué devant l'insuffisance rénale aiguë. La biopsie prostatique n'est pas indiquée à ce stade puisque le TR est normal et que le PSA était faiblement évolué. Enfin, si les éléments futurs orientent vers une tumeur de la prostate, les biopsies seront réalisées en dehors de l'urgence.

Question 2 – QROC

Réponse :

- « A » : Bassinet gauche dilaté
- « B » : Bassinet droit dilaté
- « C » : Uretère droit dilaté
- « D » : Uretère gauche dilaté
- « E » : Vessie ; épaissement pariétal

Question 3 – QROC

Réponse : insuffisance rénale aiguë

Aiguë car le patient est anurique; il existe une confusion récente qui peut lui être attribuée; il n'y a pas d'anémie ni d'hypocalcémie pouvant orienter vers une insuffisance rénale chronique.

Question 4 – QROC

Réponse : obstructive, secondaire à une tumeur de vessie

Question 5 – QCM

Réponse : A, B, C, F, G,

Question 6 – QCM

Réponse : A, B, C, D

Question 7 – QCM

Réponse : C

Car envahissement de la musculuse (pas de détail sur l'infiltration de la graisse périvésicale ni des organes de voisinage).

Question 8 – QCM

Réponse : A, C, E

Le scanner cérébral aurait pu être discuté si la confusion n'avait pas régressé avec la normalisation de la fonction rénale.

Question 9 – QROC

Réponse :

- « F » : Lyse osseuse vertébrale
- « G » : Opacité nodulaire spiculée pulmonaire

Question 10 – QROC

Réponse :

- Métastase pulmonaire du cancer de vessie
- Cancer bronchopulmonaire synchrone (terrain commun avec le cancer de la vessie)

Question 11 – QCM

Réponse : A, B, E

Une chimiothérapie palliative pourra être discutée en cas de métastases symptomatiques.

Question 12 – QCM

Réponse : B, C, D, E, F

A : La déclaration de reconnaissance de maladie professionnelle se fait par le patient auprès de son organisme couvrant le risque de maladie professionnelle.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, E, F	10
2	A : Bassinet gauche (dilaté) (2) B : Bassinet droit (dilaté) (2) C : Uretère droit (dilaté) (2) D : Uretère gauche (dilaté) (2) E : Vessie (épaississement pariétal) (2)	10
3	Insuffisance rénale aiguë	2
4	Obstructive (5), secondaire à une tumeur de vessie (5)	10
5	A, B, C, F, G	10
6	A, B, C, D	10
7	C	10
8	A, C, E	10
9	F : Lyse osseuse vertébrale (2) G : Opacité nodulaire spiculée pulmonaire/Nodule pulmonaire (2)	4
10	Métastase pulmonaire du cancer de vessie (2) Cancer bronchopulmonaire synchrone (2)	4
11	A, B, E	10
12	B, C, D, E, F	10
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 311 : Tumeurs vésicales

Références :

Pfister C, Rouprêt M, Wallerand H, Davin J-L, Quintens H, Guy L, et al. Recommandations du Comité de cancérologie de l'Association française d'urologie (AFU) : Recommandations en oncurologie 2010 : Tumeurs urothéliales. Prog Urol 2010; 20(Suppl. 4) : S255 -74.

Recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS) - Institut national du cancer. Guide - Affection de longue durée. Cancer de la vessie Mai 2010.

Fiche de synthèse : voir pp. 153–154.

Cas clinique 38**Question 1 – QCM**

Réponse : B, C, D, G, H, I, J

Question 2 – QROC

Réponse : un calendrier mictionnel, appelé aussi catalogue mictionnel

Question 3 – QCM

Réponse : A, B, E, F

Pour rechercher une épine irritative vésicale, le couple échographie vésicale et urétrocystoscopie est suffisant et a bon rendement. L'IRM est un examen à coût élevé et peu disponible; l'UIV n'a pas de place dans la recherche de lésion vésicale. Les cytologies urinaires permettent de rechercher des cellules atypiques. Le bilan urodynamique permet de caractériser les urgences (recherche d'une hyperactivité détrusorienne, élimination d'un obstacle sous-vésical...).

Question 4 – QROC

Réponse : tumeur de la vessie

Question 5 – QROC

Réponse : résection trans-urétrale de vessie avec analyse en anatomopathologie des copeaux

Question 6 – QCM

Réponse : A

Uroscanner : il s'agit de rechercher des lésions synchrones urothéliales du haut appareil urinaire. Il n'y a pas d'intérêt à réaliser un bilan d'extension à la recherche de métastase dans les cancers de vessie non infiltrant le muscle.

Question 7 – QCM

Réponse : B

Il s'agit d'une tumeur multifocale non infiltrant le muscle.

Question 8 – QROC

Réponse :

- Demande de prise en charge en ALD 100 %

- Demande de reconnaissance en maladie professionnelle (exposition aux amines aromatiques)

Question 9 – QCM

Réponse : A, E, F, H, I

- E : Colorants/encres, teintures capillaires, industrie du cuir, caoutchouc...
- F : Sidérurgie, fonderie, ramonage...

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, C, D, G, H, I, J	10*
2	Calendrier mictionnel	15
3	A, B, E, F	10*
4	Tumeur de la vessie	15
5	RTUV (5), examen anatomopathologique (5)	10
6	A	10
7	B	
8	Prise en charge en ALD 100 % (5), reconnaissance en maladie professionnelle (5)	10
9	A, E, F, H, I	10*
	Total	100

* Pour les QCM, 10 points si toutes les réponses bonnes, 5 points si une erreur, 0 points si 2 erreurs ou plus.

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 311 : Tumeurs vésicales

Références :

Pfister C, Rouprêt M, Wallerand H, Davin J-L, Quintens H, Guy L, et al. Recommandations du Comité de cancérologie de l'Association française d'urologie (AFU) : Recommandations en oncurologie 2010 : Tumeurs urothéliales. Prog Urol 2010; 20(Suppl. 4) : S255 -74.

Recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS)-Institut national du cancer. Guide-Affection de longue durée. Cancer de la vessie Mai 2010.

Fiche de synthèse : voir pp. 153–154.

Cas clinique 39**Question 1 – QROC**

Réponse : cystite aiguë simple d'origine infectieuse
Origine infectieuse suspectée sur un argument de fréquence chez une femme jeune.

- Cystite aiguë : évoquée sur des signes fonctionnels urologiques irritatifs aigus : pollakiurie et brûlures mictionnelles.

- Simple : car il s'agit d'une femme jeune sans comorbidités (risque de complication faible).

Question 2 – QROC

Réponse : bandelette urinaire

Examen peu invasif, facile à réaliser. La BU a une très bonne valeur prédictive négative chez la femme (> 95 %). En effet, si elle est négative (nitrites et leucocytes négatifs), le risque de méconnaître une infection est inférieur à 5 %. Son utilisation a pour objectif de ne pas passer à côté d'une autre étiologie et surtout d'éviter des prescriptions inutiles d'antibiotiques (risque d'effet indésirable et pression de sélection).

Question 3 – QCM

Réponse : E

L'objectif du traitement est l'amélioration des symptômes. Même si on note une résolution spontanée des symptômes dans 25 à 45 % des cystites aiguës simples, l'antibiothérapie est supérieure au placebo. Il s'agit d'un traitement probabiliste. On utilise des antibiotiques diffusant dans les urines pour lesquels il y a moins de 20 % de résistances observées chez *Escherichia coli*. Le traitement de 1^{re} intention est la fosfomycine-trométamol en traitement minute. La monodose garantit l'observance.

Question 4 – QCM

Réponse : F

Le traitement de 2^e intention de la cystite aiguë simple est le pivmécillinam. Cet antibiotique est apparenté à la famille des bêta-lactamines et agit par inhibition de la synthèse du peptidoglycane. Il est actif sur les entérobactéries et certains bacilles à Gram négatif de l'environnement (*Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp.) mais n'a pas d'activité sur les cocci à Gram positif. En 3^e intention, on peut prescrire de la nitrofurantoïne ou une fluoroquinolone. Dans la mesure du possible, on essaie de « faire tourner » les molécules afin d'éviter la sélection de mutants résistants.

Question 5 – QCM

Réponse : A, F

La persistance de la symptomatologie signe l'échec du traitement probabiliste. La bactérie en cause est donc résistante à l'antibiotique employé, qu'il s'agisse d'une résistance acquise ou naturelle. L'absence de nitrite à la bandelette urinaire indique qu'il ne s'agit pas d'une entérobactérie (seules les entérobactéries sont équipées d'une nitrite réductase). Il s'agit donc de cocci à Gram positif (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Enterococcus* spp.).

Question 6 – QCM

Réponse : A

Les seuils pour définir les infections urinaires ont été simplifiés à l'occasion de la mise au point de la SPILF de 2014 :

- pour la femme (qu'il s'agisse d'une cystite ou d'une pyélonéphrite) : seuil de 10³ pour *Escherichia coli* et *Staphylococcus saprophyticus*, seuil de 10⁴ pour les autres bactéries ;
- pour l'homme : seuil de 10³ quelle que soit la bactérie en cause.

Il faut rappeler que la clinique prime.

Question 7 – QCM

Réponse : G

En contexte communautaire (souches sauvages), les entérocoques (*E. faecalis* et *E. faecium*) sont habituellement sensibles à la pénicilline A, qui est le traitement de choix. Les furanes sont intéressantes pour les infections urinaires non parenchymateuses (absence de diffusion dans le rein ou la prostate). Les glycopeptides peuvent être utilisées en cas d'allergie à la pénicilline et d'infection parenchymateuse. Ils possèdent une résistance naturelle aux céphalosporines et au cotrimoxazole. Leur sensibilité aux quinolones est mauvaise (résistance aux quinolones, sensibilité médiocre aux fluoroquinolones antipneumococques).

Question 8 – QCM

Réponse : G

Question 9 – QCM

Réponse : C

Escherichia coli (entérobactérie) est en cause dans 70 à 95 % des cystites aiguës simples.

Question 10 – QCM

Réponse : D

La survenue d'une tendinopathie est un effet indésirable décrit dès 48 heures de traitement par quinolone. L'évolution peut se faire vers la rupture tendineuse. Le risque est majoré en cas de traitement prolongé, d'antécédent de rupture tendineuse ou d'utilisation concomitante de corticoïdes.

Question 11 – QROC

Réponse : bêta-lactamase à spectre élargi

Question 12 – QCM

Réponse : D

Il s'agit d'un nouvel épisode de cystite aiguë simple (le diabète ne constitue plus un risque de complication sur la mise au point de la SPILF de 2014). Les antibiotiques à privilégier (lorsqu'ils sont efficaces) sont ceux d'administration entérale et avec une faible pression de sélection : nitrofurantoïne, cotrimoxazole. Céfépime, pipéracilline-tazobactam et carbapénème sont d'administration parentérale et exercent une pression de sélection importante. La fosfomycine ne doit pas être utilisée en monothérapie (risque de sélection rapide de mutants résistants). La colimycine, d'administration parentérale, néphrotoxique, reste un traitement de sauvetage quand toutes les autres molécules sont devenues résistantes.

Question 13 – QCM

Réponse : A, E

Il s'agit d'un sepsis sévère à point de départ urinaire (pyélonéphrite droite) qui justifie une bithérapie β-lactamine + aminoside afin d'avoir un effet synergique et une diminution plus rapide de l'inoculum bactérien. Chez cette patiente connue à BMR (BLSE il y a moins de 6 mois), l'utilisation d'une carbapénème en probabiliste est recommandée (mise au point SPILF, 2014).

Question 14 – QCM

Réponse : F

Il s'agit d'une pyélonéphrite aiguë avec sepsis sévère. L'imagerie retenue est l'uroscanner (en

l'absence de contre-indication : insuffisance rénale avec clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min). Cet examen permet non seulement de faire le diagnostic positif de pyélonéphrite avec une bonne sensibilité (foyer de néphrite, infiltration de la graisse péri-rénale) mais aussi de rechercher des complications (abcès rénal, dilatation pyélocalicelle signant un obstacle sur les voies urinaires) et d'éliminer d'éventuels diagnostics différentiels (appendicite, sigmoïdite...).

Question 15 – QCM

Réponse : C, D

Devant une pyélonéphrite obstructive, il faut réaliser rapidement après prélèvements bactériologiques et initiation d'une antibiothérapie un drainage du haut appareil urinaire, soit par néphrostomie percutanée (anesthésie locale possible) soit par pose endoscopique de sonde double J ou encore de sonde urétérale. Si un drainage n'est pas effectué rapidement le risque est :

- l'aggravation du syndrome septique ;
- la destruction du parenchyme rénal.

Question 16 – QCM

Réponse : C, D, E

Les bactériuries asymptomatiques de la femme enceinte doivent bénéficier d'un traitement antibiotique afin de prévenir le risque d'évolution vers une pyélonéphrite (20-40 %). La nitrofurantoïne et les bêta-lactamines sont utilisées en 1^{re} intention. Les données vis-à-vis des quinolones sont nombreuses et rassurantes. Le cotrimoxazole est contre-indiqué pendant le 1^{er} trimestre de la grossesse (risque d'anomalie de fermeture du tube neural).

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Cystite aiguë simple	7
2	Bandelette urinaire	7
3	E	7
4	F	6
5	A, F	5
6	A	7
7	G	5
8	G	5
9	C	6
10	D	7
11	Bêta-lactamase à spectre élargi	6
12	D	6
13	A, E	6
14	F	7
15	C, D	7
16	C, D, E	6
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 157 : Infections urinaires de l'adulte

Références :

Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. SPILF, 2014 (http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2014-infections_urinaires-court.pdf).

Fiche de synthèse : voir pp. 154–155.

Cas clinique 40

Question 1 – QCM

Réponse : C

Une infection fébrile de l'appareil urinaire implique l'infection d'un parenchyme ; donc, chez l'homme, les trois parenchymes possibles sont le rein, la prostate et les testicules. Dans le tableau clinique présenté il n'y a pas de lombalgie mais des douleurs évoquant le bas appareil urinaire et la prostate, d'autant qu'il existe des troubles mictionnels et que le toucher rectal est douloureux. La rétention aiguë d'urines est une complication possible de la prostatite mais l'énoncé précise que le reste de l'examen clinique est normal : il n'y a donc pas de globe vésical. La cystite est exceptionnelle chez l'homme (voire n'existe pas) et toute infection du bas appareil symptomatique doit être considérée comme une prostatite. L'urétrite donnerait typiquement un écoulement urétral.

Question 2 – QCM

Réponse : A, B, D, E

Les deux examens clés à la phase aiguë sont l'ECBU et les hémocultures. Ces dernières sont indiquées d'emblée dans les formes sévères (ici frissons témoignant d'une bactériémie et importance de la fièvre) et non uniquement à 24 heures en cas de persistance de la fièvre. Le reste du bilan biologique comporte NFS, vérification de la fonction rénale et bilan de coagulation — intérêt : en particulier si une rétention aiguë d'urines survient dans les heures qui suivent avant la pose d'un cathéter sus-pubien ; pour vérifier la coagulation en cas de sepsis sévère. Le dosage du PSA n'a aucun intérêt bien sûr pour le diagnostic et sera de toute façon artificiellement augmenté dans les 3 mois qui suivent la prostatite aiguë. Le massage prostatique n'est indiqué que pour les prostatites chroniques pour le diagnostic microbiologique et est déconseillé pour les prostatites aiguës du fait de son caractère alors douloureux et du risque de dissémination bactérienne. De la même manière, l'échographie endorectale est déconseillée à la phase aiguë et n'a de toute façon pas d'intérêt diagnostique initial ; elle peut être prescrite en cas d'évolution défavorable à la recherche d'un abcès prostatique mais l'IRM lui est préférée. Une échographie de l'appareil urinaire par

voie sus-pubienne peut-être demandée à la phase initiale surtout, à la recherche d'un résidu postmictionnel ou d'un globe vésical chez les patients obèses chez qui l'examen clinique est difficile. L'arbre urinaire sans préparation et l'uroscanner n'ont aucun intérêt.

Question 3 – QCM

Réponse : A, B, C, F, G

Il y a deux mécanismes physiopathologiques principaux de la prostatite qui sont :

- l'obstacle du bas appareil urinaire à l'origine d'une augmentation de la pression mictionnelle pouvant entraîner un reflux d'urine dans les canaux prostatiques favorisant l'inflammation puis l'infection de la glande ;
- un mécanisme d'infection ascendante par l'urètre dans le cadre des IST.

Par ailleurs, une infection de la glande prostatique peut avoir une cause iatrogène : conséquence d'une manœuvre urétrale (pose de sonde vésicale, endoscopie uréthro-vésicale) ou de biopsies prostatiques par voie transrectale. Le mécanisme hémotogène bien que possible est devenu actuellement exceptionnel.

Question 4 – QROC

Réponse : hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) ou adénome prostatique

En effet, à cet âge c'est l'HBP à l'origine d'un obstacle sous-vésical qui est la cause la plus fréquente. Le patient est d'ailleurs traité par phytothérapie (*Serenoa repens*), traitement médical de l'HBP.

Question 5 – QROC

Réponses : bactériémie ou choc septique ou sepsis grave ou septicémie

Ces complications infectieuses peuvent en effet mettre en jeu le pronostic vital.

Question 6 – QCM

Réponse : A, B, C, F

La rétention aiguë d'urines est une complication classique. Par ailleurs, toute rétention aiguë d'urines fébrile doit faire évoquer une prostatite. L'orchio-épididymite peut être associée par diffusion de l'infection rétrograde au niveau du carrefour uro-séminale et doit systématiquement être recherchée. En cas de d'évolution défavorable après 72 heures de traitement antibiotique (soit persistance de la fièvre, soit apparition de signe de gravité), il faut évoquer un abcès prostatique et demander une imagerie au mieux par IRM prostatique ou, sinon, par échographie endo-rectale. Pyélonéphrite aiguë et pyonéphrose n'ont aucune relation après la prostatite.

Question 7 – QCM

Réponse : B, C, D, E, F

D'après les recommandations 2014 de la SPILF, l'hospitalisation initiale en cas d'infection de l'appareil urinaire masculine est recommandée en cas de signe de gravité (sepsis grave, choc septique, indication de drainage chirurgical ou interventionnel), de rétention aiguë d'urines ou d'immunodé-

pression grave. Elle peut être parfois également indiquée au cas par cas s'il existe des facteurs de risque de complications autres (âge avancé, uropathie, déficit immunitaire, insuffisance rénale avec clairance < 30 ml/min). D'autres situations peuvent requérir également une hospitalisation : forme hyperalgique, doute diagnostique, vomissements, conditions socio-économiques défavorables, doute sur observance du traitement, antibiothérapie à prescription hospitalière. Dans le cas présent, le patient a un syndrome infectieux sévère (frissons, fièvre à 39,5 °C) mais sans sepsis grave à proprement parler (d'après la définition SPILF, 2014); cependant, on propose une hospitalisation chez ce patient âgé qui vit seul et rentre donc dans les conditions sociales défavorables et dont la cause de la prostatite est très probablement un obstacle du bas appareil urinaire (uropathie). Les réponses C, D, E, sont classiques en cas de prostatite. Du fait des frissons et de la probable bactériémie, on met en place une voie d'abord veineuse.

Question 8 – QCM

Réponse : B, C, G

Dans le cas présent, étant donné la sévérité du tableau infectieux, on débute un traitement probabiliste. En théorie pour ce traitement, on a le choix entre une céphalosporine de 3^e génération ou une fluoroquinolone (SPILF, 2014). Cette dernière classe est contre-indiquée chez ce patient pour deux raisons : elle a été prescrite il y a moins de 6 mois (c'est l'antibiotique qui avait donné une tendinite) et il y a donc un risque significatif de résistances ; du fait des antécédents de tendinite. Il n'y a pas d'indication de bithérapie car il ne s'agit pas d'un sepsis grave (SPILF, 2014). Le relais dans ce cas sera assuré par TMP-SMX.

Question 9 – QCM

Réponse : D

- A : Non, c'est le traitement de la cystite simple chez la femme lorsqu'on utilise la pivmécillinam (2^e intention) ou la nitrofurantoïne (3^e intention) (SPILF, 2014).
- B : Non, utilisé parfois pour les cystites à entérobactéries BLSE (bêtalactamase à spectre étendu) si on utilise l'amoxicilline-acide clavulanique. Ici, comme le patient a un obstacle du bas appareil urinaire *a priori* vu ses antécédents d'HBP, on prévoit d'emblée 21 jours au minimum (SPILF, 2014).

E : Non, c'est la durée de traitement pour la prostatite chronique.

Question 10 – QCM

Réponse : D

Il faut en effet chercher un abcès prostatique.

Question 11 – QCM

Réponse : A, D

La réponse A est classique mais on lui préfère l'IRM si elle est disponible car l'échographie endo-rectale peut être douloureuse.

Question 12 – QCM

Réponse : A, E

- A : En effet le traitement médical est le plus souvent suffisant.
- B, C, D : Elles sont donc fausses. Lorsque le traitement médical n'est pas suffisant, on a recours en général à un drainage à l'aiguille sous échographie par voie transrectale, mais la voie périnéale est possible. On ne peut pas ponctionner aisément une collection prostatique sous scanner *a fortiori* par voie sus-pubienne. Un drainage chirurgical est possible mais rarement nécessaire.

Question 13 – QCM

Réponse : C, E, F

- A, B : Non, en effet dans les dernières recommandations de la SPILF (2014), il est recommandé en cas d'évolution favorable, cas de notre patient, de ne pas demander d'ECBU de contrôle systématique, ni pendant le traitement ni à distance. En effet, une colonisation persistante ne serait pas traitée.
- C : Il faut en effet prévoir une consultation d'urologie à distance, souvent après 1 mois, avec échographie de l'appareil urinaire et mesure du résidu postmictionnel et débitmétrie, dès le 2^e épisode de prostatite (ce qui est le cas de ce patient) ou si une anomalie de l'appareil urinaire est suspectée (ce qui est également le cas car ce patient est traité pour une très probable HBP).

Question 14 – QCM

Réponse : E

Le patient a fait déjà deux prostatites compliquant un adénome, avec comme autres complications également un retentissement d'amont au niveau vésical (résidu postmictionnel significatif > 150 cc à deux reprises et vessie multi-diverticulaire). Il s'agit donc d'un adénome prostatique compliqué pour lequel il faut proposer un traitement chirurgical. Étant donné le volume modéré de l'adénome, on peut réaliser une résection endoscopique (résection trans-urétrale) et l'adénomectomie transvésicale n'est pas nécessaire (réservée aux adénomes de gros volumes > 80 cc).

Question 15 – QCM

Réponse : C, D, F

- A, B : S'appliquent à l'incision cervicoprostatique et non à la résection trans-urétrale.
- C, D : Classiques, de même que F.
- E : faux.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	C	8
2	A, B, D, E	7
3	A, B, C, F, G	7
4	Hypertrophie bénigne de la prostate/Adénome prostatique/HBP	6

5	Bactériémie/Choc septique/Sepsis grave/Septicémie	7
6	A, B, C, F	6
7	B, C, D, E, F	7
8	B, C, G	6
9	D	7
10	D	7
11	A, E	6
12	A, E	6
13	C, E, F	6
14	E	7
15	C, D, F	7
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 157 : Infections urinaires de l'adulte

Références :

Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. SPILF, 2014 (http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2014-infections_urinaires-court.pdf).

Fiche de synthèse : voir pp. 154–155.

Cas clinique 41**Question 1 – QCM**

Réponse : A, B, C, D, F, H, I, J

Le tableau évoque et doit faire rechercher une rétention aiguë d'urine, ce qui conduit à rechercher les circonstances d'apparition (troubles mictionnels initiaux, possiblement associés à un syndrome infectieux d'où la recherche de frissons même si aux urgences il n'y a pas de fièvre, celle-ci pouvant être oscillante). On recherche également une hématurie chez ce patient fumeur même si, en cas de rétention par caillottage, l'hématurie est alors au premier plan. La palpation abdominale recherche un globe vésical sous forme de matité sus-pubienne typiquement douloureuse à la palpation et majorant le besoin d'uriner. L'examen clinique est complété par :

- le toucher rectal, à la recherche notamment d'une hypertrophie prostatique (mais aussi d'une anomalie de l'ampoule rectale pouvant expliquer la rétention aiguë d'urine : fécalome, hémorroïdes, tumeur rectale);

- l'examen des organes génitaux externes (recherche de phimosis, de sténose du méat urétral, d'orchite-épididymite).

Question 2 – QROC

Réponse : rétention aiguë d'urines

Question 3 – QROC

Réponse : drainage vésical

Il faut en effet soulager au plus vite le patient. La réponse « drainage des urines » serait considérée incomplète car imprécise (urines vésicales ? urines du haut appareil ?)

Question 4 – QROC

Réponse : fièvre

Question 5 – QCM

Réponse : C, D

La réponse B est fautive. En effet, l'existence d'une fièvre n'est pas une contre-indication au cathétérisme sus-pubien (KTSP) ; au contraire, en cas de prostatite on préfère ce type de drainage pour diminuer le risque de bactériémie existant en cas de drainage par sonde vésicale. Les contre-indications absolues du KTSP sont, outre l'absence de globe, l'existence d'un pontage vasculaire extra-anatomique en région sus-pubienne (fémoro-fémoral croisé) ; les contre-indications relatives sont les troubles de l'hémostase, la présence de cicatrice de laparotomie, des antécédents de tumeur de vessie.

Question 6 – QCM

Réponse : A, D, F

Le dosage du PSA n'a aucun intérêt en cas de rétention aiguë d'urine car il est artificiellement augmenté pendant les 8 jours suivant l'épisode de rétention. L'ECBU est systématique une fois les urines drainées. Il faut demander également une échographie rénale à la recherche d'une dilatation pyélocalicielle témoignant d'un retentissement rénal.

Question 7 – QROC

Réponse : insuffisance rénale aiguë

Il s'agit en effet d'une cause possible d'insuffisance rénale aiguë obstructive avec, dans ce cas, un obstacle sous-vésical

Question 8 – QROC

Réponse : syndrome de levée d'obstacle

Ce syndrome résulte d'une incapacité transitoire des reins en amont d'un obstacle à concentrer les urines à l'origine d'une polyurie osmotique > 20 cc/h, avec risque de déshydratation si la diurèse n'est pas compensée.

Question 9 – QCM

Réponse : A, B, C, D, E, F

Le patient présente des troubles mictionnels obstructifs et irritatifs. Le bilan étiologique va donc rechercher :

- un obstacle, par un toucher rectal (à la recherche d'une HBP), par examen des organes génitaux externe (recherche d'une sténose du méat urétral, d'un phimosis serré) ;

- une cause de troubles irritatifs, telle qu'infection (ECBU), tumeur vésicale (échographie vésicale et fibroscopie urétrovésicale : en effet, 20 % des tumeurs vésicales ne se manifestent que par des troubles mictionnels sans hématurie).

On réalise enfin le bilan de retentissement avec échographie de l'appareil urinaire et créatininémie. Le scanner ici n'a pas d'indication : il n'y a pas d'hématurie et le dépistage d'une masse compressive pelvienne est réalisé par l'échographie de l'appareil urinaire et le toucher rectal.

Question 10 – QCM

Réponse : A, B, C, D, E, F, G

A, B, C sont des obstacles classiques du bas appareil urinaire. Le diabète est une cause neurologique périphérique. Le fécalome constitue une compression extrinsèque. Le phimosis serré peut être un obstacle. Enfin, les médicaments à effet anticholinergique notamment les neuroleptiques peuvent diminuer la contractilité vésicale et favoriser une rétention.

Question 11 – QCM

Réponse : G

Le patient présente une HBP compliquée de rétention aiguë d'urines. Le traitement de l'HBP est alors chirurgical. Le traitement de référence est une résection endoscopique. L'incision cervicoprostatique s'adresse à des plus petits adénomes (30 cc). Quant à l'adénomectomie transvésicale, elle est indiquée pour les adénomes de gros volumes (> 80 cc) pour lesquels la résection endoscopique ne peut permettre un traitement complet. Les items du traitement médical de l'HBP, de même que le traitement anti-inflammatoire, ne seront a priori retenus qu'en cas de refus du patient d'une intervention.

Question 12 – QCM

Réponse : F, G

Les complications chroniques classiques sont l'éjaculation rétrograde, quasi constante, liée à la résection du col vésical qui ne peut plus s'occlure lors de l'éjaculation. La sténose de l'urètre est plus rare et est possible après tout geste chirurgical endoscopique du bas appareil urinaire.

Question 13 – QCM

Réponse : H

Question 14 – QCM

Réponse : D

Il faut en effet suspecter une sténose urétrale qui peut survenir à distance de l'intervention et va se manifester par des troubles mictionnels obstructifs, le plus souvent d'apparition progressive.

Question 15 – QCM

Réponse : B, D, E

On demande un ECBU devant les troubles mictionnels même si une prostatite est peu probable du fait de l'ancienneté des troubles ; l'ECBU sera nécessaire pour faire une fibroscopie uréthro-vésicale pour le diagnostic de sténose urétrale (pour confirmer la sténose et

apprécier son siège et sa sévérité (serrée ou non) — la longueur de la sténose sera appréciée par une urétrocystographie rétrograde et mictionnelle à urines stériles. L'uroscanner ici n'a aucun intérêt.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, C, D, F, H, I, J	6
2	Rétention aiguë d'urine	7
3	Drainage vésical	7
4	Fièvre	7
5	C, D	6
6	A, D, F	7
7	Insuffisance rénale aiguë	8
8	Syndrome de levée d'obstacle	8
9	A, B, C, D, E, F	6
10	A, B, C, D, E, F, G	6
11	G	6
12	F, G	7
13	H	7
14	D	6
15	B, D, E	6
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 342 : Rétention aiguë d'urine

Fiche de synthèse : voir pp. 155–156.

Cas clinique 42

Question 1 – QROC

Réponse : sondage vésical, drainage vésical par sonde, sondage urétral ou sonde à demeure
Le patient étant sous clopidogrel, il n'a pas une coagulation satisfaisante et on préférera une sonde à demeure d'autant que le patient est apyrétique.

Question 2 – QROC

Réponse : ECBU avec antibiogramme

Question 3 – QROC

Réponse : adaptation de la posologie du Coversyl®

Question 4 – QCM

Réponse : B, C, E

Question 5 – QCM

Réponse : B

Le patient étant confus, il vaut mieux s'assurer d'une bonne hydratation par perfusion. Toutes les perfusions contenant du potassium sont contre-indiquées du fait

de l'insuffisance rénale. Il faut éviter de compenser exactement toutes les pertes, sinon on entretient la polyurie.

Question 6 – QCM

Réponse : C

En effet, la fonction rénale s'améliore habituellement en quelques jours.

Question 7 – QCM

Réponse : F

L'évolution est favorable avec une amélioration de la fonction rénale. La dilatation du haut appareil peut persister pendant quelques semaines et ne nécessite pas de traitement en soi.

Question 8 – QCM

Réponse : A, B, C, E, F

Le patient a une HBP compliquée de rétention, c'est une indication opératoire, donc A et F sont logiques. On peut aussi réaliser une chirurgie dans un 2^e temps après tentative de reprise des mictions (E), ce qui a l'avantage le cas échéant de diminuer la durée de sondage et donc de limiter le risque d'infection nosocomiale sur sonde. On peut aussi discuter une tentative de reprise des mictions associée à un traitement médical (B) chez ce patient fragile et éviter la chirurgie si les mictions sont satisfaisantes avec poursuite du traitement médical à la sortie et surveillance. D est faux car il faudra au minimum un traitement médical et non une surveillance simple si on ne prévoit pas de traitement chirurgical.

Question 9 – QCM

Réponse : D, E.

Habituellement, le risque de récurrence de rétention est d'environ 50 %. Dans le cas précis de ce patient, l'importance du globe vésical (1,2 l) fait craindre un claquage vésical avec impossibilité de reprise des mictions précoces même après levée de l'obstacle, donc *a fortiori* si on retire la sonde sans traitement chirurgical.

Question 10 – QCM

Réponse : C

- A : Non, vu le volume prostatique, réservé pour les adénomes de moins de 80 cc.
- B : Non, car c'est le traitement chirurgical du cancer de la prostate et non de l'HBP.
- D, E : Ne sont indiqués que pour les petits adénomes < 30 cc.

Question 11 – QCM

Réponse : D, F

- A, B : Concernent le RTUP (résection trans-urétrale de prostate) et non l'adénomectomie voie haute.
- C : Non, à ne pas confondre avec D.
- D : Oui, classique pour tout traitement chirurgical de l'HBP.
- E : Non, complications de la prostatectomie radicale (pour cancer).
- F : Complication très rare (<1%) dans cette intervention, mais dont le patient doit être prévenu compte tenu de son impact sur la qualité de vie. Ne pas confondre avec la prostatectomie radicale où

le risque d'incontinence est beaucoup plus élevé, mais qui est une intervention où toute la prostate est enlevée.

Question 12 – QCM

Réponse : B, E, F

- A : Non, car le patient n'a pas de traitement connu pour favoriser les rétentions d'urines et l'opération d'adénomectomie prostatique voie haute s'effectue sous anesthésie générale et non sous rachianesthésie (technique d'anesthésie locorégionale qui peut favoriser les rétentions).
- L'absence de reprise des mictions chez ce patient s'explique très probablement par un claquage vésical (E) liée à l'importance du globe vésical initial (B) (1,2 l) à l'origine de troubles de la contractilité vésicale (F).

Question 13 – QCM

Réponse : A, B, C, D, E, F

On recherche des troubles mictionnels obstructifs (A, B, E), irritatifs, qui peuvent persister après suppression de l'obstacle (C, D), ou qui peuvent être en rapport avec une infection et, enfin, une hématurie (qui peut être en rapport avec une inflammation de la loge d'adénomectomie ou une infection).

Question 14 – QCM

Réponse : C

Le patient a 67 ans. Malgré ses antécédents d'AVC, il semble en relatif bon état général puisqu'une adénomectomie prostatique a été possible sans complication médicale postopératoire. On peut penser qu'il a donc 10 ans au moins d'espérance de vie et dans ces conditions lui proposer un dépistage individuel (et non « de masse ») du cancer de la prostate (par dosage du PSA et toucher rectal annuellement jusqu'à 75 ans) après lui avoir présenté les avantages et les risques en cas de diagnostic de l'affection et de traitement curatif comme c'est recommandé.

Question 15 – QCM

Réponse : C, D, E

- A : Non, car on fait des biopsies prostatiques en cas de PSA augmenté même si le toucher rectal est normal.
- C, D : Oui, car l'intérêt du toucher rectal est de suspecter un cancer de la prostate en cas de nodule perçu parfois sans augmentation du PSA (environ 10 % des cas de cancers de la prostate).
- E : Oui, la valeur prédictive positive d'un nodule au toucher rectal est d'environ 30 %.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	Sondage vésical	8
2	ECBU avec antibiogramme	7
3	Adaptation posologie Coversyl®	8
4	B, C, E	7
5	B	5
6	C	5

7	F	7
8	A, B, C, E, F	5
9	D, E	6
10	C	8
11	D	7
12	B, E, F	6
13	A, B, C, D, E, F	6
14	C	7
15	C, D, E	8
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 342 : Rétention aiguë d'urine

Fiche de synthèse : voir pp. 155–156.

Cas clinique 43

Question 1 – QCM

Réponse : B

Question 2 – QROC

Réponse : réalisation d'un Pad-test sur 1 heure ou 24 heures

Question 3 – QROC

Réponse : syndrome d'hyperactivité vésicale
Le syndrome d'hyperactivité vésicale est une définition sémiologique correspondant à l'association de ces symptômes. Il n'existe pas obligatoirement d'anomalie sur le bilan urodynamique et de cause unique.

Question 4 – QCM

Réponse : B

Question 5 – QCM

Réponse : A, B, D

Question 6 – QCM

Réponse : A

Question 7 – QCM

Réponse : C, E

Question 8 – QCM

Réponse : A, B

Question 9 – QCM

Réponse : A, C

Question 10 – QCM

Réponse : A, B, D

Question 11 – QCM

Réponse : A, B, C, D

L'hématurie doit systématiquement faire éliminer un problème de tumeur vésicale, même en cas de vessie neurologique.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B	9
2	Pad-test (sur 1 heure ou 24 heures)	9
3	Syndrome clinique d'hyperactivité vésicale	10
4	B	9
5	A, B, D	9
6	A	9
7	C, E	9
8	A, B	9
9	A, C	9
10	A, B, D	9
11	A, B, C, D	9
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 121 : Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

item 102 : Sclérose en plaques

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique, 2010. www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.

Bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_12_01_10_19_28_399.pdf

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00171239-6-2/TEXF-PU-2007-00171239-6-2.pdf>

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>
<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/fiches-dinformation.html>

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillet O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22 : 977-88.

Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. Prog Urol 2004; 14(6) : 1103-11. www.urofrance.org

Fiche de synthèse : voir pp. 157-158.

Cas clinique 44

Question 1 – QCM

Réponse : A, C, D, E

Question 2 – QROC

Réponse : le calendrier mictionnel

Question 3 – QROC

Réponse : bandelette urinaire et glycémie à jeun

Question 4 – QCM

Réponse : B, E

Question 5 – QCM

Réponse : A, C, D

Question 6 – QCM

Réponse : B, C

L'objectif est d'éliminer une cause transitoire facilement curable de symptômes (infection urinaire basse, rare chez l'homme, et une dysurie objective).

Question 7 – QROC

Réponse : dysfonctionnement vésical/acontractilité vésicale/hypocontractilité vésicale et obstruction sous-vésicale

Question 8 – QCM

Réponse : A, B, D, E

L'équilibre de la glycémie n'aura pas forcément d'impact sur la fonction vésicale, mais il s'intègre dans la prise en charge globale.

Question 9 – QCM

Réponse : A, B

La crise de colique néphrétique est en règle générale brutale et bruyante. Elle doit cependant être évoquée devant des tableaux plus torpides comme celui-ci.

Question 10 – QROC

Réponse : acide urique, sur l'argument de la densité, mais aussi le contexte de surpoids

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, C, D, E	10
2	Calendrier mictionnel	10
3	Bandelette urinaire réactive/BU (5), dosage de la glycémie (5) à jeun	10
4	B, E	10
5	A, C, D	10
6	B, C	10
7	Dysfonctionnement vésical/acontractilité vésicale/hypocontractilité vésicale (5), obstruction sous-vésicale (5)	10
8	A, B, D, E	10
9	A, B	10
10	Lithiase d'acide urique	10
	Total	100

*Pour aller plus loin***Principaux items abordés :**

item 121 : Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

item 123 : Hypertrophie bénigne de la prostate

item 262 : Lithiase urinaire

item 245 : Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique, 2010. www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.

Bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_12_01_10_19_28_399.pdf

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00171239-6-2/TEXF-PU-2007-00171239-6-2.pdf>

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>
<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/fiches-dinformation.html>

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22 : 977-88.

Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. Prog Urol 2004; 14(6) : 1103-11.

www.urofrance.org.

Recommandations AFU 2013. www.urofrance.org
 Recommandations de l'European Association of Urology (EAU) 2012.

A. Descazeaud and al., Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22, 977-988.

Recommandations du comité lithiase de l'Association française d'urologie (AFU)-CLAFU 2010-2013 : http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/afu/communiqués/2012-03-15_cancer-prostate.pdf

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/recommandations/recommandations-afu/classees-par-annee.html>

Fiche de synthèse : voir pp. 157-158.

Cas clinique 45**Question 1 – QCM**

Réponse : C, D

Une prostatite aiguë pourrait expliquer le tableau de rétention, mais aucun argument de l'énoncé ne permet de la suspecter. Le tableau le plus probable est celui d'une rétention, mais une occlusion peut s'accompagner d'une cassure de la diurèse.

Question 2 – QROC

Réponse : globe vésical (augmentation de volume de l'abdomen mat à la percussion, et non tympanique – qui accompagnerait une occlusion)

Question 3 – QROC

Réponse : un drainage urinaire en urgence par sonde vésicale

Question 4 – QCM

Réponse : B, D, E

Question 5 – QROC

Réponse : dysurie (ou trouble de phase mictionnelle); obstruction sous-vésicale probablement par hyperpla-

sie bénigne de la prostate

Question 6 – QCM

Réponse : A, B, D

Question 7 – QCM

Réponse : A, C, E

La créatininémie est de moins en moins pertinente, car il est assez rare que la fonction rénale soit perturbée par l'adénome. Elle est cependant recommandée.

Question 8 – QROC

Réponse : éjaculation rétrograde

Question 9 – QCM

Réponse : A, B, D, E

Le résidu post-mictionnel ne poussera à l'intervention que s'il persiste malgré un traitement médical efficace.

Question 10 – QCM

Réponse : B, C

Le trouble du rythme peut être responsable d'un AIT, mais pas en lui-même d'une amaurose.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, C	10
2	Globe vésical (matité sus-pubienne)	10
3	Drainage urinaire par sonde vésicale/ Sondage vésical	10
4	B, D, E	10
5	Dysurie/Trouble de la phase mictionnelle (5), obstruction sous-vésicale (5)	10
6	A, B, D	10
7	A, C, E	10
8	Anéjaculation/Éjaculation rétrograde	10
9	A, B, D, E	10
10	B, C	10
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 121 : Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

item 342 : Rétention aiguë d'urine

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique, 2010. www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.

Bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_12_01__10_19_28_399.pdf

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00171239-6-2/TEXF-PU-2007-00171239-6-2.pdf>

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/fiches-dinformation.html>

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillet O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22 : 977-88.

Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. Prog Urol 2004; 14(6) : 1103-11.

www.urofrance.org

Fiche de synthèse : voir pp. 157–158.

Cas clinique 46

Question 1 – QCM

Réponse : B, C

Question 2 – QROC

Réponse : examen cyto bactériologique des urines

Question 3 – QCM

Réponse : A, C, E

Question 4 – QCM

Réponse : B, C, D, E

Question 5 – QCM

Réponse : A, C, D

Question 6 – QROC

Réponse : Pad-test

Il permet, soit sur une journée, soit à la suite d'une série d'exercices faite à la vessie remplie à 200 ml environ, d'estimer la gravité d'une IU.

Question 7 – QCM

Réponse : A, B, C, D

Dans le cas particulier de cette patiente, les apports sont sans doute excessifs et la symptomatologie peut être aggravée par un syndrome polyuro-polydypsique induit par l'hyper-hydratation, inutile par ailleurs pour maigrir...

Question 8 – QCM

Réponse : B, C

L'hormonothérapie locale est dépourvue d'effets secondaires et peut apporter un bénéfice clinique sur l'hyperactivité vésicale, mais aussi sur les infections urinaires à répétition qui peuvent majorer l'hyperactivité.

Question 9 – QCM

Réponse : B, E

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	B, C	11
2	ECBU	12
3	A, C, E	11
4	B, C, D, E	11
5	A, C, D	11
6	Pad-test	11
7	A, C, D	11
8	B, C	11
9	B, E	11
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 121 : Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

item 173 : Prescription et surveillance des anti-infectieux chez l'adulte et l'enfant – Infections nosocomiales

item 322 : Identification et gestion des risques liés aux médicaments et aux biomatériaux, risque iatrogène, erreur médicamenteuse

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique, 2010.

www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.

Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_12_01_10_19_28_399.pdf

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00171239-6-2/TEXF-PU-2007-00171239-6-2.pdf>, www.urofrance.org

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/fiches-dinformation.html>

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22 : 977-88.

Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. Prog Urol 2004; 14(6) : 1103-11.

www.urofrance.org.

Fiche de synthèse : voir pp. 157–158.

Cas clinique 47

Question 1 – QCM

Réponse : D

Question 2 – QCM

Réponse : A, B, C, E

Question 3 – QCM

Réponse : C, E

Question 4 – QROC

Réponse : rééducation périnéale et sphinctérienne

Question 5 – QROC

Réponse : bilan d'hémostase, ECBU, débitmétrie avec mesure du résidu postmictionnel. Le bilan urodynamique n'est pas obligatoire avant une chirurgie, mais fortement recommandé.

Question 6 – QROC

Réponse : infection du site opératoire/infection de la bandelette sous-urétrale, érosion de la bandelette

Question 7 – QROC

Réponse : infection nosocomiale du matériel prothétique

Question 8 – QCM

Réponse : A, C, D

Question 9 – QROC

Réponse : un an

Question 10 – QROC

Réponse : déclaration de matériovigilance

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	D	10
2	A, B, C, E	10
3	C, E	10
4	Rééducation (5) périnéale et sphinctérienne (5)	10
5	Bilan d'hémostase (2), ECBU (5), débitmétrie(3) (avec résidu postmictionnel)	10
6	Infection du site opératoire/Infection de la bandelette sous-urétrale	10
7	Infection nosocomiale (10) (du matériel prothétique)	10
8	A, C, D	10
9	Un an	10
10	Déclaration (10) de matériovigilance	10
	Total	100

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 121 : Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

item 173 : Prescription et surveillance des anti-infectieux chez l'adulte et l'enfant – Infections nosocomiales

item 104 : Maladie de Parkinson

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique, 2010. www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.

Bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_12_01__10_19_28_399.pdf

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00171239-6-2/TEXF-PU-2007-00171239-6-2.pdf>

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/fiches-dinformation.html>

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillet O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22 : 977-88.

Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. Prog Urol 2004; 14(6) : 1103-11.

www.urofrance.org

Conférence de consensus co-organisé par la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et l'Association française d'urologie (AFU) : Infections nosocomiales de l'adulte – novembre 2002. Révision en cours 2012 : Infections urinaires associées aux soins (IAS)

www.urofrance.org

Fiche de synthèse : voir p. 159.

Cas clinique 48**Question 1 – QCM**

Réponse : A, B, C

Question 2 – QCM

Réponse : B, D

Question 3 – QROC

Réponse : catalogue mictionnel ou calendrier mictionnel

Question 4 – QROC

Réponse : fibroscopie urétrovésicale ou cystoscopie pour éliminer une tumeur vésicale. On la complètera par une cytologie urinaire à visée pathologique.

Question 5 – QROC

Réponse : uro-tomodensitométrie

Question 6 – QROC

Réponse : vessie de lutte secondaire à un obstacle sous-vésical (hypertrophie bénigne de la prostate)

Question 7 – QCM

Réponse : E

Question 8 – QROC

Réponse : hypotension orthostatique

Question 9 – QCM

Réponse : A, C

Question 10 – QROC

Réponse : prostatite aiguë bactérienne nosocomiale

Question 11 – QROC

Réponse : 30 jours

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points
1	A, B, C	9
2	B, D	9
3	Catalogue mictionnel/Calendrier mictionnel	9
4	Fibroscopie urétrovésicale/Cystoscopie	9
5	Uro-tomodensitométrie/Uro-TDM/TDM temps tardif	9
6	Vessie de lutte (5) secondaire à un obstacle sous-vésical (5) (hypertrophie bénigne de la prostate)	10
7	E	9
8	Hypotension orthostatique	9
9	A, C	9
10	Prostatite aiguë bactérienne nosocomiale	9
11	30 jours	9
	Total	100

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 121 : Troubles de la miction et incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

Références :

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire de la femme non neurologique, 2010. www.urofrance.org.

Recommandations de l'Association française d'urologie.

Recommandations pour l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique. Novembre 2007.

Bilans et techniques de rééducation périnéosphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques.

Recommandations pour la pratique clinique. ANAES Février 2000.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/fiche_de_synth_350se_2006_12_01__10_19_28_399.pdf

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2007/PU-2007-00171239-6-2/TEXT-PU-2007-00171239-6-2.pdf>

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/incontinrecos.pdf>

<http://www.urofrance.org/outils-et-recommandations/fiches-dinformation.html>

Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu JN, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandation du CTMH de l'AFU. Prog Urol 2012; 22 : 977 -88.

Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society. Prog Urol 2004; 14(6) : 1103-11.

www.urofrance.org

Conférence de consensus co-organisé par la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF) et l'Association française d'urologie (AFU) : Infections nosocomiales de l'adulte – novembre 2002. Révision en cours 2012 : Infections urinaires associées aux soins (IAS)

www.urofrance.org

Fiche de synthèse : voir pp. 159.

Fiche de synthèse du cas clinique 1

Déficit androgénique lié à l'âge

Le déficit androgénique lié à l'âge (DALA) est extrêmement inconstant et aléatoire chez l'homme, contrairement à la ménopause chez la femme. Il existe différents symptômes peu spécifique avec notamment des troubles du désir et une dysfonction érectile de type organique. Les autres symptômes correspondent principalement à des troubles vasomoteurs ou neuropsychologiques. L'autoquestionnaire ADAM est utilisé en pratique courante afin d'évaluer la sévérité de ces symptômes et de poser le diagnostic clinique de déficit androgénique lié à l'âge. Pour le confirmer, le bilan biologique de première intention comporte un dosage de la testostérone totale et biodisponible. Le dosage de la LH/FSH, prolactine ou TSH sont seulement réalisés en seconde intention.

La prise en charge débute systématiquement par des règles hygiéno-diététiques consistant principalement en une perte de poids et un arrêt de l'alcool. La substitution en testostérone par voie orale, transdermique ou intramusculaire doit être proposée uniquement pour le traitement d'un déficit androgénique lié à l'âge symptomatique et résistant aux règles hygiéno-diététiques. Les contre-indications absolues comme le cancer de la prostate, du sein et les antécédents de délinquance sexuelle doivent être éliminés avant de débiter ce traitement. Il existe également certaines contre-indications relatives comme la polyglobulie et le syndrome d'apnées du sommeil. Le bilan préthérapeutique doit donc comprendre un toucher rectal, un dosage du PSA et un bilan métabolique (bilan lipidique, hépatique, glycémie à jeun). La prescription de ce traitement nécessite un suivi régulier afin d'en évaluer l'efficacité et la tolérance.

Fiche de synthèse du cas clinique 2

Colique néphrétique

La colique néphrétique est un motif de consultation aux urgences extrêmement fréquent et il faut donc être capable de rapidement différencier les formes non compliquées à traiter en ambulatoire des formes compliquées qui doivent bénéficier d'un bilan complet et d'une prise en charge chirurgicale.

Le diagnostic clinique repose sur la présence d'une violente douleur lombaire irradiant vers les organes génitaux et pouvant d'ailleurs parfois reproduire chez l'homme la douleur d'une torsion du cordon spermatique, à éliminer en première intention. Cette douleur, liée à la mise en tension brutale des cavités pyélocalicielles, est souvent accentuée par l'ébranlement de la fosse lombaire; la présence d'une hématurie microscopique à la bandelette urinaire peut confirmer le diagnostic. Le principal signe clinique à dépister est alors la fièvre puisque la colique néphrétique fébrile est la plus formelle des indications opératoires en urgence.

À l'arrivée aux urgences, le patient doit être perfusé et le bilan minimal comprend NFS, ionogramme plasmatique, créatinine, CRP et ECBU. Le bilan d'imagerie n'est demandé en urgence qu'en cas de doute diagnostic ou de suspicion de complication. L'examen de référence est alors le scanner abdominopelvien non injecté.

Le traitement médical antalgique de référence comprend un anti-inflammatoire non stéroïdien associé à des antalgiques de palier 1 ou 2 qui doivent être administrés en IV. Les apports hydriques sont adaptés à la soif et les urines sont tamisées. En cas d'évolution favorable sous traitement antalgique bien conduit, la prise en charge sera ambulatoire et le patient aura 48 heures pour réaliser un bilan d'imagerie en ville. Il est alors indispensable de l'informer qu'il doit absolument revenir consulter en urgence en cas d'apparition de fièvre. La nécessité d'une titration morphinique réalisée en seconde intention (colique néphrétique hyperalgique) ou la présence de toute autre complication comme la fièvre (colique néphrétique fébrile) et l'insuffisance rénale sont des indications à hospitaliser le patient afin de réaliser un traitement chirurgical en urgence dont le grand principe est de drainer les urines des cavités pyélocalicielles soit par voie percutanée (néphrostomie percutanée) soit par voie endoscopique (sonde double J ou urétérale)

Fiche de synthèse du cas clinique 3

Calcul d'acide urique

Les calculs d'acide urique sont les troisièmes plus fréquents, après les calculs d'oxalate ou de phosphate de calcium, et représentent 11 % des pathologies lithiasiques urinaires. Ils sont le plus souvent de petite taille mais peuvent également être plus rarement coralliforme c'est-à-dire mouler l'ensemble des cavités pyélocalicielles. Leur principal caractéristique est la radiotransparence c'est-à-dire qu'on ne peut pas les visualiser sur un ASP, mais cela n'empêche pas de parfaitement les diagnostiquer sur un scanner abdominal.

La formation des calculs d'acide urique est essentiellement favorisée par une hyperuricémie plasmatique comme au cours de la goutte et un pH urinaire acide facilement évaluable grâce à la bandelette urinaire. L'atteinte inaugurale classique de la goutte est la mono-arthrite aiguë microcristalline du gros orteil, mais cette pathologie peut également favoriser la formation de dépôts blanchâtres sous cutanés (tophus) et de calcul d'acide urique. La crise douloureuse d'arthrite aiguë peut être traitée par colchicine. Cependant, un traitement de fond par allopurinol est indiqué en cas de crises récidivantes, de tophus ou de calcul urinaire. Il faut systématiquement associer à cela des règles hygiéno-diététiques comme une perte de poids, une activité physique, un régime pauvre en purines et un arrêt de l'alcool.

Le traitement de première intention d'un calcul d'acide urique est l'alcalinisation des urines visant à le dissoudre complètement. Pour cela, il est possible d'utiliser le bicarbonate de sodium présent dans l'eau de Vichy et, dans une moindre mesure, dans l'eau de Saint-Yorre ou le citrate de potassium présent dans l'Alcaphor®. Il faut surveiller régulièrement le pH urinaire afin d'être certains de se trouver en zone thérapeutique. Lorsque le calcul ne disparaît pas complètement, il est possible de proposer un traitement chirurgical adapté à la localisation et la taille du calcul :

- calcul urétéral :
 - uretère lombaire → URSR/LEC ;
 - uretère iliaque → URSR/LEC ;
 - uretère pelvien → URSR ;
- calcul rénal :
 - ≤ 2 cm → URSR/LEC ;
 - > 2 cm → NLPC/LEC ;
 - coralliforme → NLPC.

Compte tenu de la radiotransparence des calculs d'acide urique, la LEC ne pourra cependant pas être envisagée pour le traitement de ce type de calcul puisque la technique nécessite le repérage du celui-ci grâce à des rayons X en début de procédure. Après le traitement chirurgical d'un calcul, il faut systématiquement l'envoyer en analyse spectrophotométrique afin d'en connaître la composition exacte.

Fiche de synthèse du cas clinique 4

Pyélonéphrite obstructive

La pyélonéphrite obstructive (ou colique néphrétique fébrile) représente l'urgence chirurgicale urologique par excellence. Compte tenu de l'importante vascularisation rénale, il existe un risque majeur de sepsis sévère ou de choc septique en l'absence de drainage des urines.

Plusieurs mécanismes peuvent être responsables d'une obstruction du haut appareil urinaire. Il s'agit le plus souvent d'un obstacle endoluminal comme un calcul urétéral mais il peut parfois exister une compression extrinsèque urétérale par un nodule de carcinose péritonéale ou l'utérus gravide (du côté droit) au cours de la grossesse par exemple. Lorsque les urines s'infectent en amont de l'obstacle et que le patient présente de la fièvre, alors le diagnostic de pyélonéphrite obstructive devient évident.

La prise en charge débute systématiquement par des prélèvements bactériologiques (ECBU, hémoculture) avant d'administrer les antibiotiques. Il faut se méfier d'un ECBU négatif qui n'élimine absolument pas le diagnostic de pyélonéphrite obstructive compte tenu du fait que l'obstacle peut être complètement

obstructif. En cas de sepsis sévère, un remplissage vasculaire par colloïde ou sérum physiologique permet souvent de contrôler l'hémodynamique ; mais les amines vasoactives, plutôt de type noradrénaline dans le choc septique, sont parfois utiles en seconde intention. L'antibiothérapie, à débiter en urgence après les prélèvements bactériologiques chez une patiente non institutionnalisée, est ceftriaxone (Rocéphine®) 1 g/j associée à la gentamicine (Gentalline®) 3 mg/kg/j.

L'examen d'imagerie à demander en urgence est l'uroscanner afin de ne pas perdre de temps, surtout si la patiente présente des troubles hémodynamiques. L'uroscanner débute toujours, comme tout autre scanner, par une acquisition sans injection. Si l'obstruction ainsi que l'étiologie de l'obstruction sont évidentes sur le scanner sans injection, il est inutile de réaliser les clichés avec injection qui n'apporteront pas d'information supplémentaire.

Après la prise en charge médicale, le drainage chirurgical des urines infectées doit être réalisé en urgence. L'objectif de l'intervention est bien de drainer les urines et non pas de détruire l'obstacle qui, lui, reste en place. Il est par exemple formellement contre-indiqué de fragmenter un calcul avec une infection urinaire en cours car le risque de choc septique est majeur. Le traitement chirurgical de ce calcul devra donc être programmé le plus rapidement possible mais après au moins 3 semaines d'antibiothérapie efficace. Concernant le drainage des urines en urgence, celui-ci peut être réalisé soit par voie percutanée (néphrostomie percutanée) soit par voie endoscopique (sonde double J ou urétrale). On essaye toujours en première intention de poser une sonde double J ou urétrale (en fonction de l'aspect purulent ou non des urines) et la néphrostomie est finalement bien souvent réservée aux échecs de drainage par voie endoscopique. Le principal inconvénient de la sonde urétrale, sortant à l'extérieur, reste la nécessité d'une seconde intervention afin de la convertir en sonde interne double J après 48 heures d'apyrexie. Le patient peut finalement rentrer à domicile avec une sonde double J et une antibiothérapie *per os*.

Fiche de synthèse du cas clinique 5

Cancer du rein métastatique

Les métastases d'un carcinome à cellules rénales sont typiquement ganglionnaires ou pulmonaires mais peuvent également être retrouvées au niveau hépatique, osseux, cérébral ou cutané. Les organes endocriniens ne sont pas épargnés puisque des métastases surrénaliennes, pancréatiques ou thyroïdiennes sont parfois diagnostiquées sur le bilan d'extension qui comprend systématiquement un scanner thoraco-abdomino-pelvien. Le scanner cérébral ou la scintigraphie osseuse sont réalisés uniquement sur signes d'appel.

La plupart des patients diagnostiqués avec un carcinome à cellules rénales au stade métastatique présentent une tumeur localement avancée qui est donc symptomatique et responsable de la triade hématurie, douleur lombaire, contact lombaire. Il peut également exister un syndrome paranéoplasique, comme la fièvre parfois très élevée qui doit alors faire éliminer en première intention une pathologie infectieuse en cours ; les autres syndromes paranéoplasiques sont l'hypertension artérielle, la polyglobulie, l'hypercalcémie ou le syndrome de Stauffer.

L'évolution locorégionale d'un carcinome à cellules rénales est particulière puisqu'en plus d'une dissémination lymphatique (adénopathies hilaires et lombo-aortiques) ou d'un envahissement des organes de voisinage (côlon, paroi abdominale), la tumeur peut être responsable d'un thrombus veineux. Celui-ci se forme initialement dans la veine rénale et peut descendre dans la veine cave inférieure ou, surtout, remonter dans la veine cave supérieure parfois jusque dans l'atrium droit.

Le traitement de référence du carcinome à cellules rénales métastatique est un traitement palliatif par antiangiogénique dont le principe est d'inhiber la néoangiogenèse responsable du développement des métastases. Ce traitement ne peut être débuté qu'après une preuve histologique obtenue grâce à la biopsie rénale, qui sera au mieux réalisée sous contrôle scanographique.

Fiche de synthèse du cas clinique 6

Cancer du rein localisé

Le carcinome à cellules rénales est le plus souvent diagnostiqué au stade localisé et donc de manière fortuite puisqu'asymptomatique. Les principaux facteurs de risque sont l'insuffisance rénale chronique, l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'obésité et certaines maladies génétiques. Il est tout à fait exceptionnel et suspect de développer un carcinome à cellules rénales avant 40 ans, bilatéral ou multifocal. Il faut donc systématiquement proposer dans ces situations, un conseil oncogénétique afin de dépister en priorité une maladie de von Hippel-Lindau.

Le sous-type histologique de loin le plus fréquent est le carcinome à cellules claires (80 %) même en cas de cancer à forme kystique. Les kystes rénaux sont le plus souvent bénins mais doivent cependant être analysés selon la classification de Bosniak fondée sur les mêmes critères de malignité que tous les autres kystes de l'organisme comme, en particulier, ceux de l'ovaire. En cas de lésion classée Bosniak 4, la probabilité de carcinome à cellules rénales est très élevée et la tumeur doit donc être prise en charge comme un cancer. Le bilan d'extension classique comprend uniquement un scanner thoraco-abdomino-pelvien. La biopsie rénale est contre-indiquée du fait du caractère liquidien de la lésion pouvant être responsable d'une diminution du rendement diagnostique et surtout d'une dissémination locale en cas de perforation. L'évaluation de la fonction rénale par la clairance de la créatinine est l'autre élément incontournable du bilan initial de la maladie.

Le traitement de référence du carcinome à cellules rénales localisé est un traitement curatif par néphrectomie partielle lorsque la tumeur fait moins de 7 cm (T1) et néphrectomie élargie lorsque la tumeur fait plus de 7 cm (T2). La néphrectomie partielle peut être réalisée par coelioscopie robot-assistée mais la voie d'abord de référence reste la lombotomie avec un faible risque de pneumothorax postopératoire. La principale complication postopératoire immédiate à redouter est en fait la fistule urinaire qui se traduit par l'apparition d'urine dans le drain laissé en fin d'intervention au niveau de la loge rénale : le diagnostic est posé soit devant la présence d'une fuite de produit de contraste à l'uroscanner soit, plus simplement, par le dosage de la créatinine dans le liquide de drainage. Il existe une alternative thérapeutique à la néphrectomie partielle avec les traitements ablatifs (radiofréquence, cryothérapie) réservés aux tumeurs solides (et non pas kystiques) de moins de 4 cm.

Fiche de synthèse du cas clinique 7

Urétrite

Tout dossier d'urétrite est à traiter comme une infection sexuellement transmissible. Il faut donc penser à :

- l'éducation du patient ;
- le dépistage du partenaire ;
- le dépistage des co-infections ;
- la nécessité de prévention, notamment concernant la protection des rapports sexuels.

Les deux germes les plus fréquents sont *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Pour ce dernier, l'écoulement urétral est classiquement jaunâtre.

Le traitement médical repose sur un traitement monodose, à adapter secondairement à l'ECBU avec recherche PCR.

En dehors d'un dossier typiquement infectieux, une orchio-épididymite doit toujours faire rechercher la possibilité d'une torsion du cordon spermatique.

Chez le sujet âgé, une orchio-épididymite est à associer à un trouble de la vidange urinaire (HBP en premier lieu) ; chez le sujet jeune, à une IST.

L'échographie n'a d'intérêt qu'en cas de suspicion de complication, en particulier d'un abcès

Fiche de synthèse du cas clinique 8

Cancer de la prostate : dépistage individuel, diagnostic

Le cancer de prostate est un problème de santé publique majeur : c'est le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans et la deuxième cause de décès par cancer en France.

Si un dépistage de masse n'est pas recommandé, l'AFU recommande un dépistage individuel chez les hommes entre 50 et 75 ans (abaissé à 45 ans en cas de facteur de risque ethnique ou familial). Celui-ci consiste en :

- un toucher rectal, à la recherche d'un nodule ;
- un dosage plasmatique de PSA, suspect au-dessus d'une valeur de 4 ng/ml (en fonction du laboratoire).

Le dosage du rapport PSA libre/total n'a pas d'intérêt en première intention. C'est aussi le cas de tous les examens d'imagerie, en particulier de l'échographie endorectale.

Les patients bénéficiant d'un dépistage sont la plupart du temps asymptomatiques.

Le diagnostic est anatomopathologique : il ne peut être réalisé que par des biopsies prostatiques transrectales échoguidées, sous anesthésie locale, après antibioprophylaxie (+++) et lavement rectal. Les risques principaux de ce geste sont les saignements (hématurie, rectorragie) et les complications septiques (prostatite aiguë, choc septique).

Les éléments déterminants sur les biopsies prostatiques sont :

- le score histopronostique de Gleason, correspondant à l'agressivité du cancer ;
- le nombre de biopsies positives ;
- la longueur totale du cancer sur les carottes biopsiques ;
- l'existence d'un envahissement ou d'un franchissement capsulaire.

Fiche de synthèse du cas clinique 9

Cancer de la prostate : classification de D'Amico, prise en charge

L'augmentation isolée du PSA est le mode d'entrée le plus fréquent dans le cancer de prostate, mais son augmentation peut être liée à d'autres facteurs, en particulier une infection de la glande ou une hypertrophie bénigne de prostate.

La classification de D'Amico repose sur le toucher rectal, le taux de PSA plasmatique et le score de Gleason sur les biopsies. Il évalue le risque de progression métastatique de chaque cancer de prostate :

- le cancer de la prostate à faible risque :
 - $TNM \leq T2a$;
 - et score de Gleason ≤ 6 ;
 - et valeur du PSA (ng/ml) ≤ 10 .
- le cancer de la prostate à risque intermédiaire :
 - $TNM T2b$;
 - ou score de Gleason 7 (ou) ;
 - ou valeur du PSA (ng/ml) 10–20 ;
- le cancer de la prostate localisé à risque élevé :
 - $TNM \geq T2c$;
 - ou score de Gleason : ≥ 8 ;
 - ou valeur du PSA (ng/ml) > 20 .

Aucun examen n'est recommandé de façon systématique chez les patients à faible risque.

Chez ces patients, les trois traitements curatifs sont possibles :

- prostatectomie radicale ;
- radiothérapie externe conformationnelle ;
- curiethérapie (si prostate de volume inférieure à 50 g).

La surveillance active peut aussi être proposée chez les patients compliants et volontaires et ayant des critères biopsiques favorables (moins de trois biopsies positives, longueur de tumeur < 3 mm).

Fiche de synthèse du cas clinique 10

Cancer de la prostate métastatique

Malgré le dosage très répandu du PSA chez les hommes, la présentation métastatique du cancer de prostate reste classique.

Les métastases du cancer de prostate sont majoritairement ganglionnaires et osseuses. Ces dernières sont ostéocondensantes et peuvent être responsables de complications responsables d'une altération de la qualité de vie et de mise en jeu du pronostic vital. Ces complications sont :

- l'hypercalcémie;
- les douleurs;
- les fractures pathologiques;
- l'épidurite métastatique, responsables de troubles neurologiques.

Le traitement du cancer de prostate métastatique repose en première intention sur une hormonothérapie permettant une suppression androgénique : les agonistes ou antagonistes de la LHRH. On y adjoint volontiers un anti-androgène, soit au début de la prescription (pour éviter l'effet *flare-up*) soit en cas de cancer métastatique à haut risque.

Cette hormonothérapie n'est efficace qu'un temps donné (phase d'hormonosensibilité) et possède des effets secondaires non négligeables, nécessitant en particulier des mesures de prévention chez les patients.

Lors d'une remontée du PSA plasmatique ou en cas d'évolution clinico-radiologique, il est nécessaire de vérifier que le patient est effectivement castré par un dosage de testostéronémie plasmatique (normalement effondrée à moins de 0,5 ng/ml). Une castration efficace associée à une progression signe une évolution vers le cancer de prostate résistant à la castration (CPRC), de pronostic défavorable.

La survie et la qualité de vie sont amputées par, entre autres, les événements osseux. Le traitement repose sur la prévention, les règles hygiéno-diététiques et la thérapeutique médicamenteuse. Les bisphosphonates, médicaments historiques dans cette indication, sont contre-indiqués en cas d'insuffisance rénale et sont à risque d'ostéonécrose de mandibule.

Fiche de synthèse du cas clinique 11

Cancer de la prostate : découverte lors de la prise en charge d'une hypertrophie bénigne de prostate

Si l'hypertrophie bénigne de prostate n'est pas un facteur de risque de cancer de prostate, sa prise en charge permet parfois d'en faire le diagnostic, que ce soit sur une augmentation du PSA plasmatique ou sur l'analyse de l'adénome enlevé en peropératoire.

Le traitement et les complications de l'HBP sont à connaître, en particulier le classique TURP-syndrome, dû à une réabsorption du liquide de lavage endoscopique.

La radiothérapie est un des traitements curatifs validés, en particulier en cas d'antécédent chirurgical prostatique. Les complications sont essentiellement fonctionnelles, avec en premier lieu une dysfonction érectile, comme pour la prostatectomie totale. Ses complications spécifiques sont la rectite et la cystite radiques, dues aux champs d'irradiation. La fréquence de celles-ci a tendance à diminuer avec les nouvelles techniques (IMRT).

Il est important de savoir reconnaître une récurrence biologique, sur un PSA plasmatique supérieur à 0,2 ng/ml en cas de prostatectomie totale ou supérieur au nadir + 2 ng/ml en cas de radiothérapie externe. Les complications d'un échec du traitement local sont classiquement métastatiques mais peuvent aussi être dues à un envahissement local, en particulier des uretères au niveau de leur abouchement dans la vessie (trigone vésical).

Fiche de synthèse du cas clinique 12

Cancer de la prostate : diagnostic et prise en charge

Ce cas regroupe toute l'histoire naturelle du cancer de prostate, du diagnostic jusqu'à la phase de résistance à la castration.

Il est important de savoir prendre en charge le patient à toutes les phases de l'évolution de cette maladie fréquente.

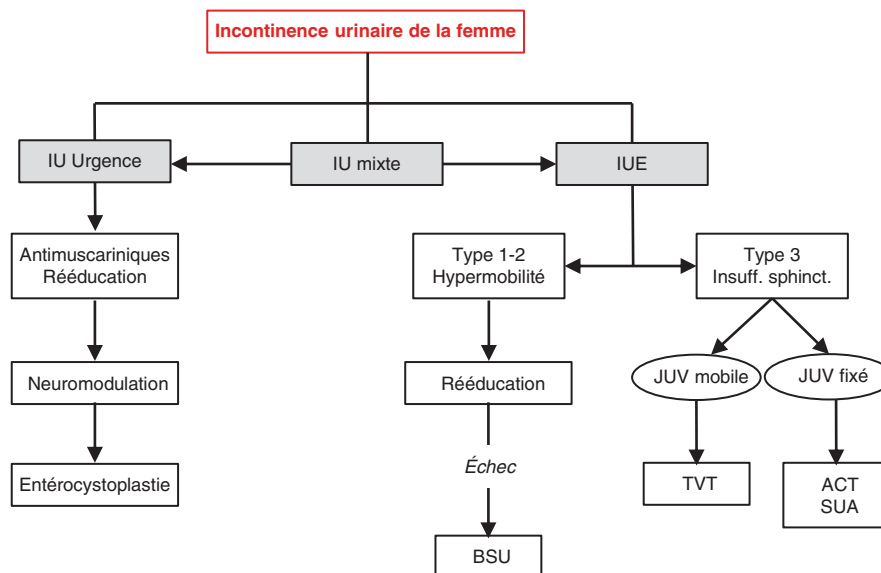
La prostate est un organe pelvien et sa proximité topographique avec la région inguinale ne doit pas faire croire que les ganglions inguinaux seront les premiers relais de l'extension lymphatique d'un cancer de prostate.

La surveillance après traitement curatif est impérative ; elle permet de dépister précocement des récurrences biochimiques et de pratiquer un traitement de sauvetage local avant que le patient devienne métastatique.

En cas de maladie métastatique, le traitement recommandé en première intention est la suppression androgénique, chimique ou chirurgicale. Les traitements médicaux par agonistes ou antagonistes de la LHRH ont de nombreux effets secondaires dont il est important de prévenir le patient afin de limiter leur impact, notamment grâce à des règles hygiéno-diététiques simples.

Fiche de synthèse du cas clinique 13

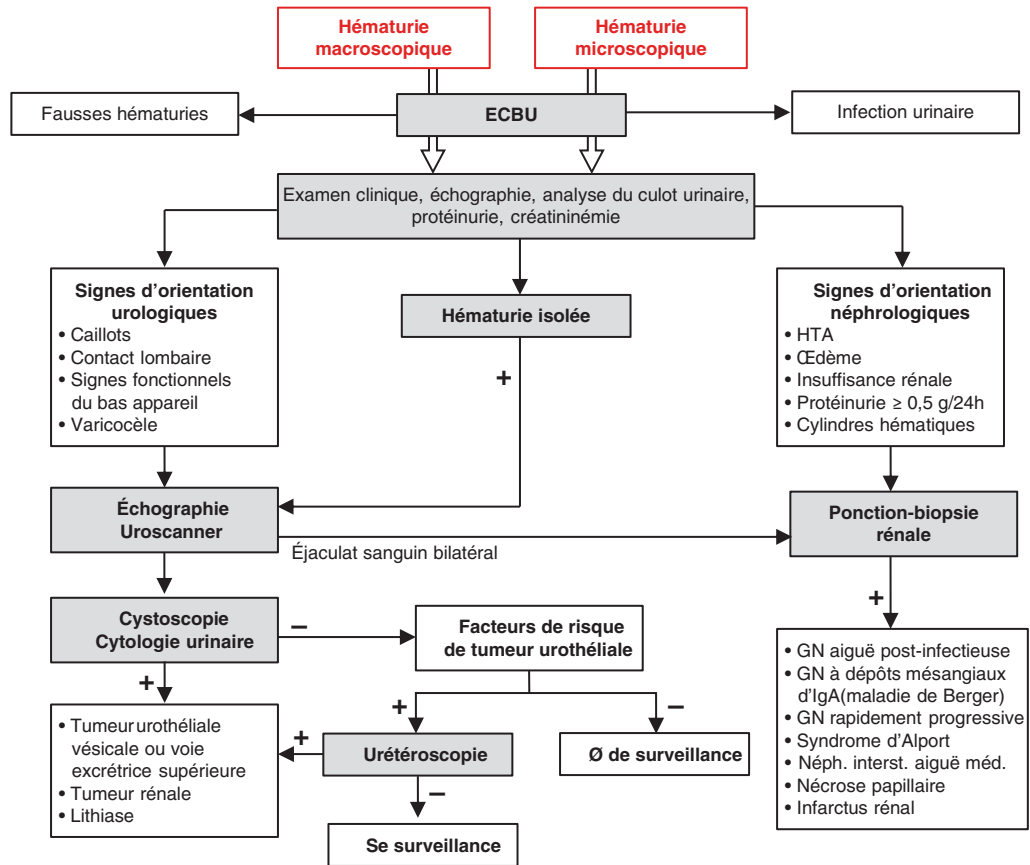
Traitement de l'incontinence urinaire féminine



IU, incontinence urinaire ; IUE, incontinence urinaire d'effort ; JUV, jonction urétrovésicale ; TVT, *tension-free Vaginal Tape* ; BSU, bandelette sous-urétrale ; SAU, sphincter urinaire artificiel.

Fiche de synthèse du cas clinique 14

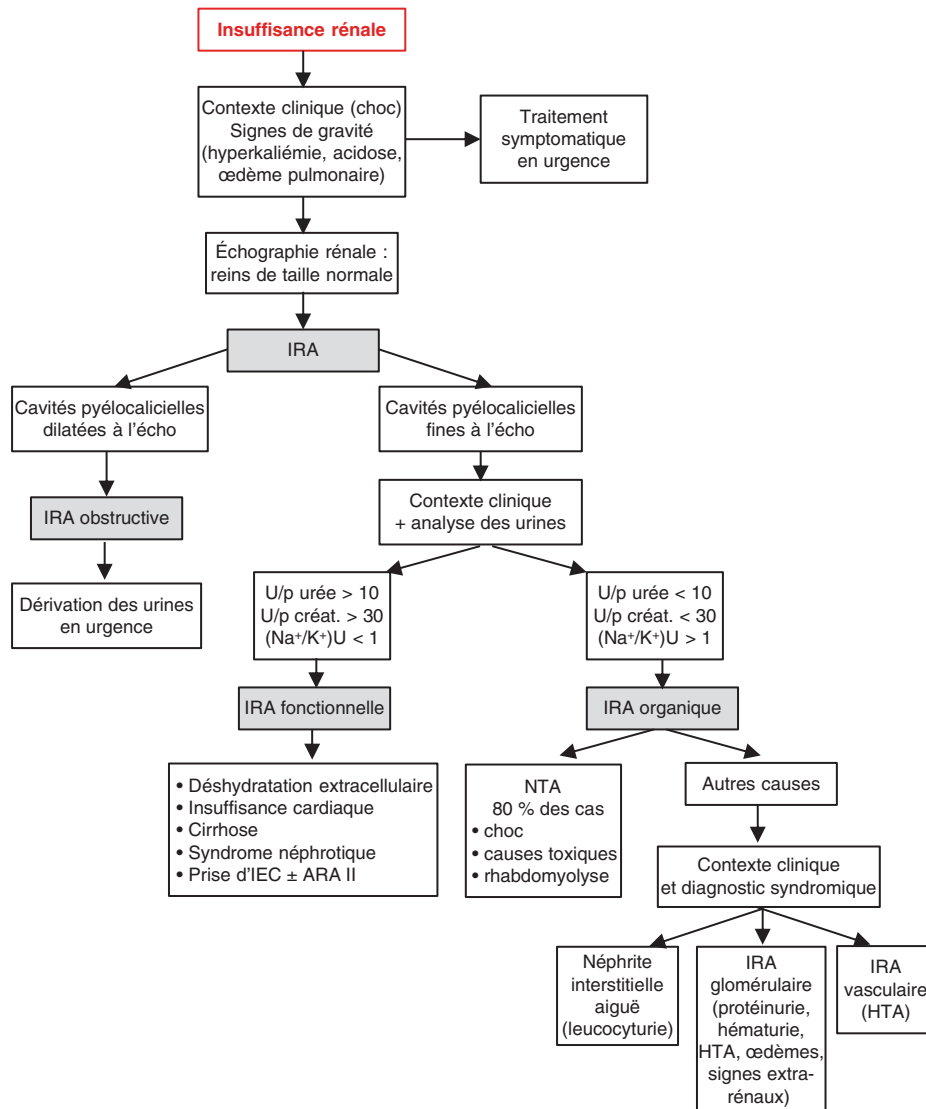
Exploration d'une hématurie



(Source : Référentiel du Collège Français des Urologues. <http://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/hematurie.html>)

Fiche de synthèse des cas cliniques 16 et 18

Orientation diagnostique devant une IRA



(Source : Collège Universitaire des Enseignants de Néphrologie : http://www.cuen.fr/umvf/IMG/pdf/14_chapitre_nephrologie_5e_edition.pdf)

Fiche de synthèse du cas clinique 17

Prise en charge des symptômes du bas appareil urinaire de l'homme *a priori* en rapport avec une hyperplasie bénigne de prostate

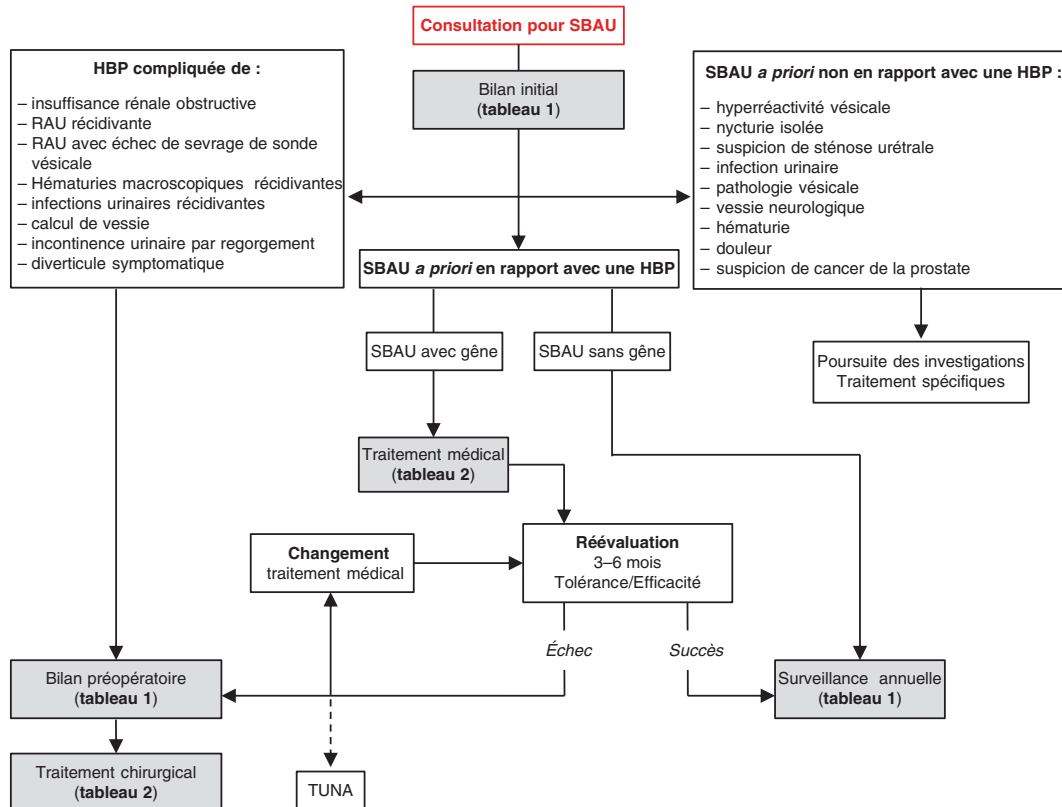


Tableau 1. Examens recommandés (R) et optionnels (O) dans le bilan initial, préopératoire et le suivi d'une HBP symptomatique.

	Bilan initial	Bilan préopératoire	Suivi
Toucher rectal	R	R	O
Analyse d'urine	R	R	–
Score symptomatique	R	R	R
Catalogue mictionnel	O*	O	O
Évaluation de la sexualité	R	R	R
Débitmétrie	R	R	O
Résidu postmictionnel	R	R	O
PSA	O	R	–
Créatininémie	O	R	–

Échographie de l'appareil urinaire (voie abdominale)	O	R	–
Échographie endorectale	O	O	–
Uréthrocystoscopie	O	O	–
Bilan urodynamique avec mesure pression-débit	O	O	–

* Recommandé en cas de symptômes du bas appareil urinaire de la phase de remplissage prédominants ou de nycturie isolée.

Tableau 2. Options thérapeutiques médicamenteuses et chirurgicales dans l'hyperplasie bénigne de prostate

Option thérapeutique	Indication préférentielle	
	Volume prostatique	Remarque
Traitement médicamenteux		
Alphabloquant	Tout volume	SBAU gênants
I5AR	> 40 ml	Rétention aiguë d'urine
Alphabloquants et I5AR	> 40 ml	SBAU gênants
Alphabloquant et anticholinergiques	Tout volume	SBAU gênants
IPDE5 ± alphabloquant	Tout volume	SBAU de la phase de remplissage prédominants ou persistants après alphabloquant seul
Phytothérapie	Tout volume	SBAU peu gênants et effets indésirables des autres classes thérapeutiques non acceptés
Traitement chirurgical		
Incision cervicoprostatique	< 30 ml	Inefficace en cas de lobe médian
RTUP monopolaire	< 80 ml	Volume plus important pour des opérateurs expérimentés
RTUP bipolaire	Tout volume	Pas de risque d'hyponatrémie
AVH	> 60 ml	Volume plus important pour certains urologues
Laser (PVP, HoLEP)	Tout volume	Indication préférentielle : patients à risque hémorragique

SBAU, symptôme de bas appareil urinaire ; RTUP, résection trans-urétrale électrique de la prostate ; AVH, adénomectomie par voie haute ; PVP, photovaporisation de la prostate ; HoLEP, énucléation par laser Holmium ; I5AR, inhibiteur de la 5 α -réductase ; IPDE5, inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5.

(Source : Descazeaud A et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU.)

Fiche de synthèse des cas cliniques 19 et 20

Pathologie génito-scrotale

Phimosis

- Sténose fibreuse de l'orifice préputial.
- Physiologique chez l'enfant jusqu'à l'âge de 4 ans.
- Les décalottages forcés sont à proscrire.
- Le traitement est chirurgical, par plastie du prépuce ou posthécotomie. Un traitement local par corticoïdes est réalisé en première intention, en particulier chez l'enfant.

Torsion du cordon spermatique

- Toute douleur testiculaire brutale est une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve du contraire.
- Toute suspicion de torsion du cordon spermatique doit être explorée chirurgicalement dans les 6 heures.
- Aucun examen complémentaire ne doit retarder la prise en charge.
- Le patient doit être prévenu du risque d'orchidectomie. Chez l'enfant, le consentement parental d'opérer est obligatoire.
- Le traitement chirurgical se réalise par incision scrotale, sauf en cas de doute sur un cancer testiculaire. Le testicule est détordu, on examine sa vitalité et sa recoloration. En cas de nécrose du testicule, on réalise une orchidectomie. La pose de prothèse testiculaire n'est pas préconisée dans le cadre de l'urgence. Une orchidopexie bilatérale doit être réalisée en un ou deux temps.

Hydrocèle

- Épanchement liquidien péri-testiculaire et intravaginal.
- Le plus souvent idiopathique, il peut être réactionnel à une pathologie testiculaire (infectieuse, tumorale...).
- Chez l'enfant, il est physiologique jusqu'à l'âge d'un an et correspond à une persistance du canal péritonéo-vaginal.
- L'examen clinique retrouve une bourse augmentée de volume, non douloureuse, à contenu transilluminable.
- Le traitement est chirurgical, par ligature du canal péritonéo-vaginal chez l'enfant, et résection ou plicature de la vaginale chez l'adulte.

Cryptorchidie

- Arrêt de migration embryologique du testicule sur le trajet normal de migration entre l'aire lombaire et le scrotum.
- La majorité des testicules cryptorchides descendent dans la 1^{re} année de vie.
- 40 fois plus de risque de cancer du testicule.
- Abaissement chirurgical à partir de l'âge de 1 an, technique variant selon le degré de cryptorchidie.

Fiche de synthèse des cas cliniques 21 à 23

Tumeurs du testicule

- Toute tumeur testiculaire est un cancer jusqu'à preuve du contraire : exploration chirurgicale indispensable au moindre doute.
- Facteurs de risque : cryptorchidie, hérédité et syndrome de dysgénésie gonadique.
- Deux types majeurs de tumeur : TGNS et séminomes.
- Orchidectomie diagnostique et thérapeutique : preuve histologique et première étape du traitement.
- Cryoconservation du sperme au CECOS et accord écrit du patient.
- Bilan d'extension préopératoire ou postopératoire : scanner thoraco-abdomino-pelvien.
- Nécessité du dosage des marqueurs tumoraux dans l'évaluation préthérapeutique.

- Traitement complémentaire selon les résultats du bilan d'extension et de l'histologie :
 - chimiothérapie pour les TGNS de stade 1 avec facteurs de mauvais pronostic et dans tous les cas de métastases ganglionnaires ou viscérales;
 - curage ganglionnaire rétropéritonéal en cas de persistance de masses résiduelles;
 - radiothérapie et/ou chimiothérapie pour les séminomes.
- Surveillance à vie, rapprochée les deux premières années, clinique et paraclinique (marqueurs tumoraux et scanner thoraco-abdomino-pelvien).
- L'association de microcalcifications de stade 3 et/ou de leur bilatéralité avec des troubles de la fertilité impose une surveillance accrue voire la réalisation de biopsies à la recherche d'un cancer testiculaire.

Fiche de synthèse du cas clinique 24

Tuméfactions pelviennes

La cavité pelvienne contient :

- d'avant en arrière :
 - le bas appareil urinaire,
 - l'utérus et les annexes trompes et ovaires,
 - le rectum et le canal anal;
- sur ses faces latérales : les vaisseaux iliaques et les chaînes ganglionnaires lymphatiques pelviennes.

Les tuméfactions pelviennes se développent aux dépens de ces structures.

L'examen clinique par la voie vaginale (toucher vaginal) donne un accès direct aux organes de la cavité pelvienne. Il est essentiel au diagnostic.

L'échographie pelvienne par voie sus-pubienne et endovaginale est l'examen paraclinique de référence en première intention. L'IRM pelvienne vient en deuxième intention si nécessaire.

Le fibrome utérin et le kyste ovarien sont les deux tuméfactions pelviennes les plus fréquentes de la femme.

Le fibrome utérin (fibromyome) est une tumeur bénigne développée aux dépens des cellules musculaire œstrogénodépendantes de l'utérus.

Le kyste ovarien bénin est défini par l'échographie :

- uniloculaire ou multiloculaire à cloison < 3 mm;
- taille < 4 cm;
- vide d'écho, à contour net.

Tout kyste ovarien qui n'a pas les critères de bénignité doit faire éliminer un cancer de l'ovaire (dosage du CA125 et IRM).

Les prolapsus des organes pelviens font partie des tuméfactions pelviennes. Ce sont des pathologies bénignes qui ne relèvent d'un traitement que lorsqu'elles sont associées à une gêne significative.

Fiche de synthèse des cas cliniques 25 et 26

Dysfonction érectile

1 homme sur 3 après 40 ans

Incapacité d'obtenir et/ou de maintenir une érection suffisante pour permettre une activité sexuelle satisfaisante pendant **au moins 3 mois**

Examen physique :

- urogénital avec toucher rectal
- cardiovasculaire
- neurologique

Examens complémentaires de 1^{re} intention :

- glycémie à jeun
- bilan lipidique
- testostéronémie totale et biodisponible

Étiologie

Âge

* Symptôme sentinelle des maladies cardiovasculaires

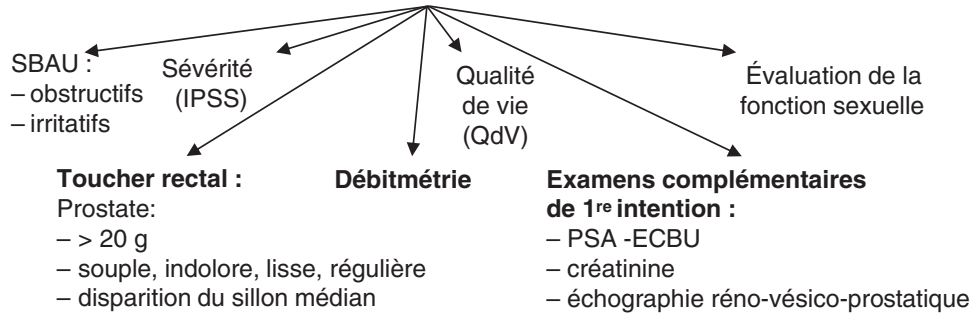
Prise en charge



Fiche de synthèse des cas cliniques 27 et 28

Hypertrophie bénigne de la prostate

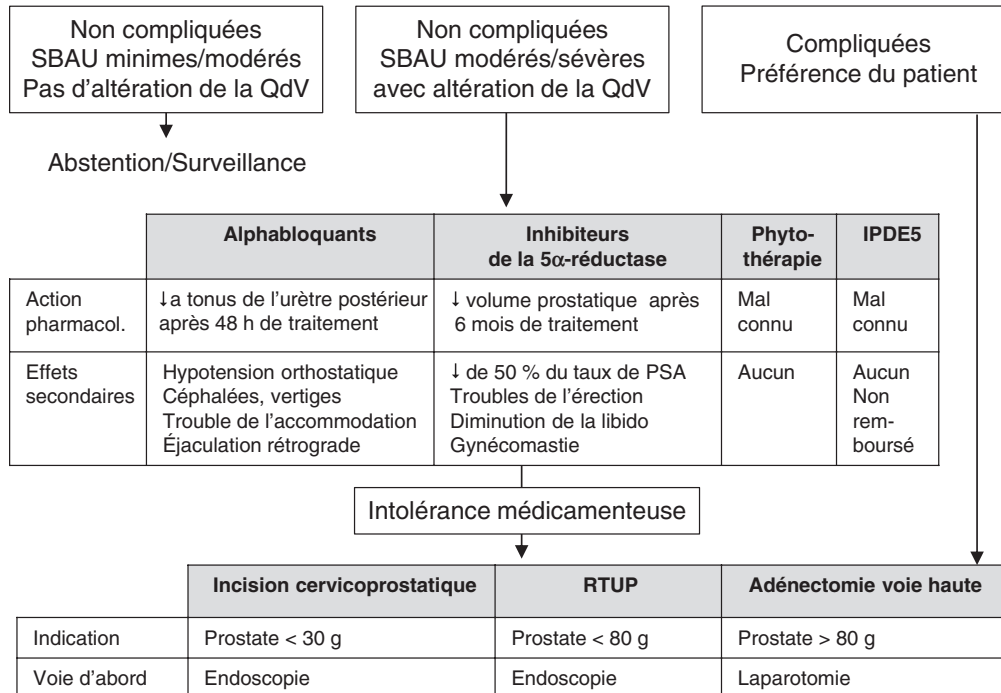
Pathologie fréquente et bénigne liée au développement d'un adénome prostatique responsable d'un obstacle chronique à la vidange vésicale



Complications

	Aiguës	Chroniques
Bas appareil urinaire	Rétention aiguë d'urine Hématurie Infection	Rétention vésicale chronique Lithiase vésicale de stase
Haut appareil urinaire	IRA obstructive	IRC obstructive

Prise en charge



Fiche de synthèse des cas cliniques 29 et 30

Transplantation rénale

Receveur

En cas d'insuffisance rénale terminale (DFG < 15ml/min) avant (transplantation préemptive) ou après mise en dialyse

S'assurer de :
 - la faisabilité de la greffe
 - l'absence de foyer infectieux
 - l'absence de tumeur occulte

Bilan du donneur et du receveur indispensable à la transplantation

Attribution :
 - Agence de biomédecine
 - facteurs immunologiques
 - facteurs géographiques
 - caractère urgent ou non
 - délais d'attente-âge
 - respect de la comptabilité ABO

Donneurs décédés de mort encéphalique (DDME)

Donneurs décédés après arrêt cardiaque (DDAC)

Donneurs vivants

Donneur

Au 1^{er} janvier 2010, en France :
 7 616 patients en attente de greffe rénale
 Durant cette année :
 - 2 892 patients ont été greffés
 - 4 043 nouveaux patients inscrits

Rythme des consultations post-greffe :
 - 15 jours de 4 à 6 mois
 - tous les mois de 7 à 12 mois
 - puis tous les mois à tous les 4 mois

Immunosuppresseurs :
 - corticostéroïdes
 - inhibiteurs de la calcineurine
 - antimétabolites
 - inhibiteurs de mTOR
 - anticorps poly-et monoclonaux

Transplantation rénale
 Hétérotopique
 Fosse iliaque
 3 anastomoses

Surveillance et suivi
 Multidisciplinaire
 Partagé
 Coordonnée par le centre de transplantation

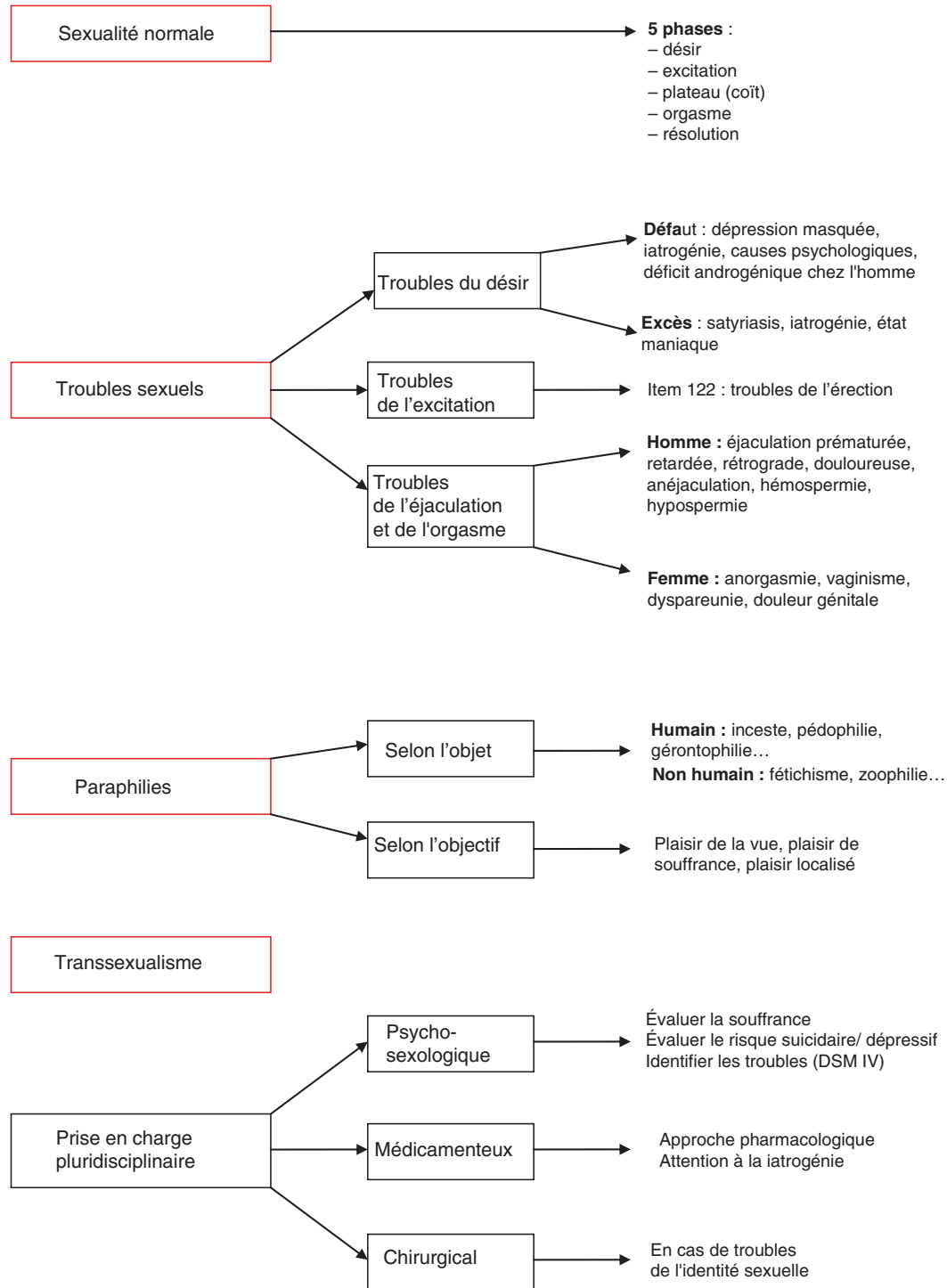
Complications :
 - postopératoires (précoces)
 - rejet (aigu ou chronique)
 - infectieuses liées aux immunosuppresseurs : bactériennes (+++), virales, fongiques, parasitaires
 - tumorales liées aux immunosuppresseurs cutanées, hématologiques, rénales...

Pour toute hospitalisation en urgence, prévenir, le centre de transplantation, iono. sang et urine, calcul de la clairance, BU, ECBU, protéinurie, hémogramme, calcémie, phosphor., bilan hépatique (immunosupp.)

C r o s s m a t c h

Fiche de synthèse des cas cliniques 31 et 32

Sexualité normale et ses troubles



Fiche de synthèse du cas clinique 33

Contraception masculine

- Une méthode contraceptive doit présenter idéalement quatre critères :
 - efficace;
 - réversible;
 - acceptable;
 - faible coût.
- Les trois principales méthodes contraceptives masculines utilisées sont :
 - le préservatif masculin;
 - le *coitus interruptus* (retrait);
 - la vasectomie (à considérer comme irréversible).
- Le préservatif masculin est la seule méthode contraceptive permettant la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST).
- Le *coitus interruptus* est la méthode contraceptive masculine la plus simple mais la moins efficace.
- La vasectomie est la méthode contraceptive masculine la plus efficace (IP = 0,1 %). Elle est cependant irréversible. Elle doit être pratiquée dans le respect de la loi du 4 juillet 2001 qui prévoit un délai de 4 mois de réflexion, sur une personne :
 - majeure;
 - exprimant une volonté libre, motivée et délibérée;
 - ayant reçu une information claire et complète (dossier d'information écrit);
 - ayant signé un consentement écrit.
- Avant l'intervention chirurgicale, le patient peut réaliser une cryoconservation du sperme (CECOS), et après l'intervention le patient doit utiliser une autre méthode contraceptive pendant 12 semaines. Elle ne pourra être interrompue qu'après la réalisation d'un spermogramme montrant une absence de spermatozoïdes.

Fiche de synthèse des cas cliniques 34 et 35

Infertilité masculine

- L'infécondité est définie par l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse au terme d'un an de rapports sexuels sans moyen contraceptif.
- Au cours de la première consultation, l'évaluation de la fertilité masculine nécessite :
 - un interrogatoire avec recherche des facteurs de risque d'infertilité masculine;
 - un examen physique avec évaluation de l'imprégnation androgénique et examen des organes génitaux externes.
- Les deux examens complémentaires de première intention sont :
 - le spermogramme;
 - le test postcoïtal de Hühner.
- Étiologie de l'infertilité masculine :
 - idiopathique;
 - azoospermie excrétoire : FSH normale, origine obstructive, nécessité d'une échographie scrotale et prostatique → ABCD (mucoviscidose), infections;
 - azoospermie sécrétoire centrale : FSH effondrée : origine hypothalamo-hypophysaire → syndrome Kallman de Morsier, tumeurs hypophysaires;
 - azoospermie sécrétoire périphérique : FSH élevée (parfois normale), origine testiculaire, nécessité d'un caryotype et d'une recherche des microdélétions du chromosome Y → syndrome de Klinefelter (10-15 % des causes d'azoospermies sécrétoires sont génétiques);
 - oligo-asthéo-tératospermies (OATS) → varicocèle, infections, cryptorchidie, génétique.

Fiche de synthèse des cas cliniques 36 à 38

Tumeurs vésicales

Épidémiologie

- 7^e cause de cancer en France.
- Facteur de risque majeur : le tabac.
- Facteur de risque professionnel : les hydrocarbures aromatiques polycycliques.
- Lésions multifocales d'emblée parfois.
- L'urothélium tapisse toutes les voies excrétrices urinaires et les carcinomes urothéliaux sont en majorité au niveau de la vessie (90 %) mais également au niveau des voies excrétrices supérieures (10 % ; uretère, bassinet).

Diagnostic

- Clinique :
 - hématurie macroscopique ;
 - impériosités mictionnelles ;
 - touchers pelviens qui permettent un bilan d'extension clinique locorégional.
- Paraclinique :
 - cystoscopie à but diagnostique, pour mettre en évidence la tumeur ;
 - cytologie urinaire ;
 - uro-TDM pour explorer la voie excrétrice supérieure.

Anatomopathologie

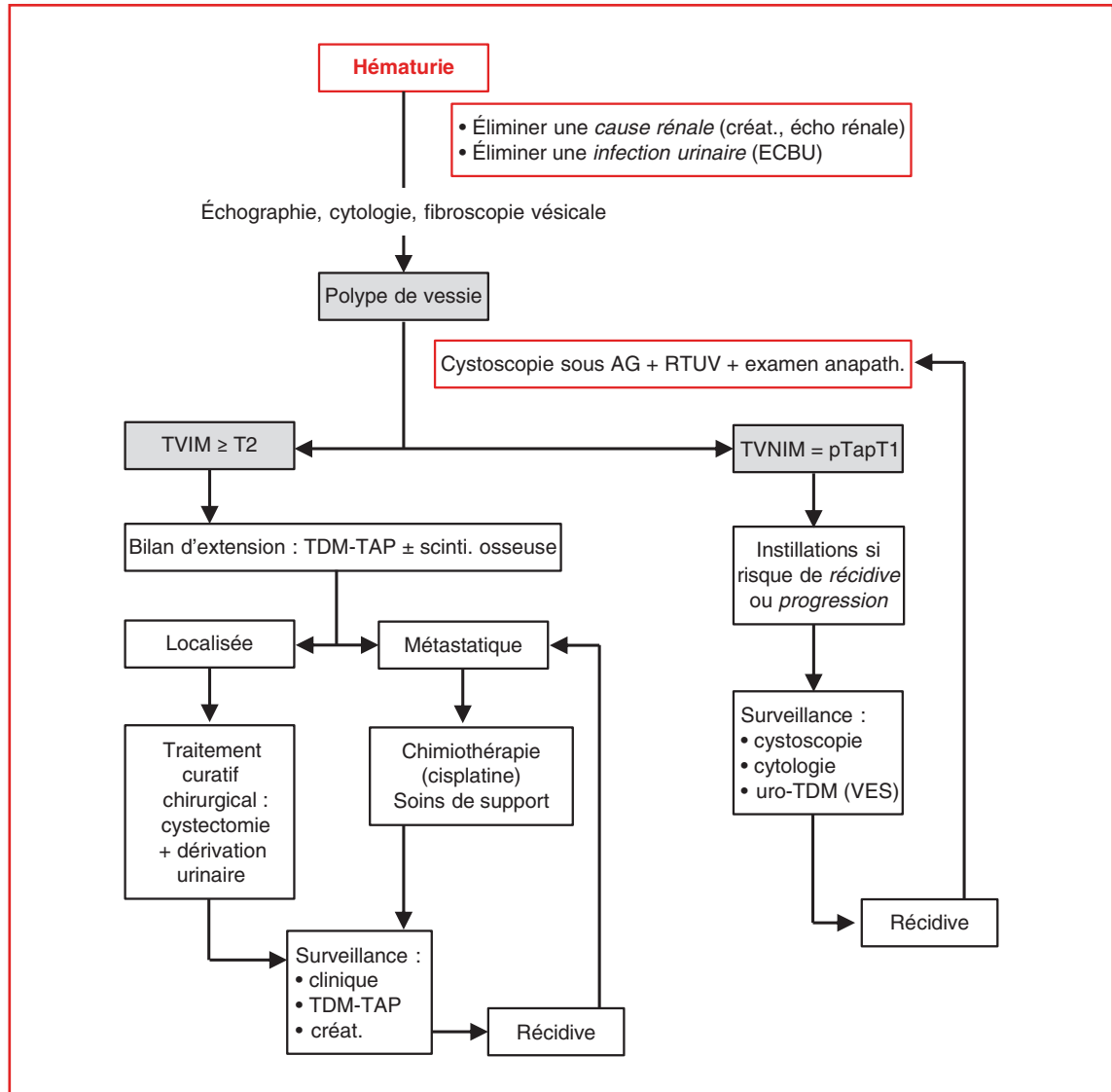
- Le stade et le grade sont des facteurs pronostiques majeurs.
- On distingue :
 - les cancers superficiels (pTa, pT1 et pTis) : TVNIM ;
 - les cancers infiltrants (supérieurs ou égaux à pT2) : TVIM.

Bilan d'extension

- Touchers pelviens et palpation des aires ganglionnaires.
- Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne sans et avec injection de produit de contraste.
- Scintigraphie osseuse couplée à une éventuelle IRM rachidienne en cas de suspicion de métastase osseuse.

Traitement : grands principes

- Cancers non infiltrants (TVNIM) : résection trans-urétrale de vessie qui peut être associée à une immunothérapie par BCG ou à une chimiothérapie endovésicale par mytomycine C.
- Cancers infiltrants (TVIM) : cystoprostatectomie chez l'homme, pelvectomie antérieure chez la femme ; toujours associées à un curage ilio-obturateur étendu bilatéral.



Fiche de synthèse des cas cliniques 39 et 40

Infections urinaires de l'adulte

- Les infections urinaires regroupent des tableaux cliniques de symptomatologie et de gravité très variables, en fonction du terrain et du site atteint sur l'arbre urinaire.
- On distingue des infections :
 - simples/complicquées ;
 - parenchymateuses/non parenchymateuses.
- Sur le plan bactériologique *Escherichia coli* est au premier rang avec 60 à 80 % des germes identifiés, toutes formes cliniques confondues.

Cystite aiguë

- Le diagnostic repose sur l'existence de signes fonctionnels urinaires associés à une bandelette urinaire positive.
- Le traitement des formes simples repose en 1^{re} intention sur une antibiothérapie monodose.
- Les formes complicquées nécessitent la réalisation d'un ECBU, et le traitement est prolongé 5 jours.

Pyélonéphrite aiguë

- Elle associe fièvre, douleurs lombaires et signes fonctionnels urinaires.
- Le diagnostic repose sur l'ECBU et doit être complété par une échographie rénale pour éliminer une dilatation des cavités pyélocalicielles.
- L'antibiothérapie probabiliste comporte en 1^{re} intention une céphalosporine de 3^e génération injectable ou une fluoroquinolone, éventuellement associée à un aminoside en cas de forme sévère.
- Le traitement est secondairement adapté à l'antibiogramme pour une durée totale de 10 à 14 jours (7 jours pour les fluoroquinolones).
- En cas de pyélonéphrite aiguë compliquée, il faut réaliser en urgence une uro-TDM et débiter une bi-antibiothérapie probabiliste. La pyélonéphrite aiguë obstructive est une urgence médico-chirurgicale imposant un drainage chirurgical des urines.

Prostatite aiguë

- Toute infection urinaire fébrile chez l'homme est une prostatite jusqu'à preuve du contraire.
- La forme classique de la prostatite aiguë associe fièvre, douleurs pelviennes, signes fonctionnels urinaires et dysurie.
- Le bilan comprend un ECBU et une échographie vésicale par voie sus-pubienne.
- L'antibiothérapie probabiliste comporte en 1^{re} intention une céphalosporine de 3^e génération injectable ou une fluoroquinolone, éventuellement associée à un aminoside en cas de forme sévère.
- Le traitement est secondairement adapté à l'antibiogramme pour une durée totale de 14 à 28 jours.
- À distance, il faut rechercher les facteurs favorisants (pathologie prostatique, sténose urétrale).
- En cas de traitement insuffisant, il existe un risque de passage à la chronicité.

Fiche de synthèse des cas cliniques 41 et 42**Rétention aiguë d'urine****Diagnostic**

- Il est *clinique*.
- Impossibilité complète d'uriner.
- Douleur abdominale sus-pubienne intense, globe vésical.

Signe associé

- Hyperthermie, frissons.
- Hématurie.

Toucher rectal

- Volume prostatique, HBP.
- Consistance de la prostate, cancer.
- Douleur élective, prostatite.
- Rechercher un fécalome.

Cas particulier

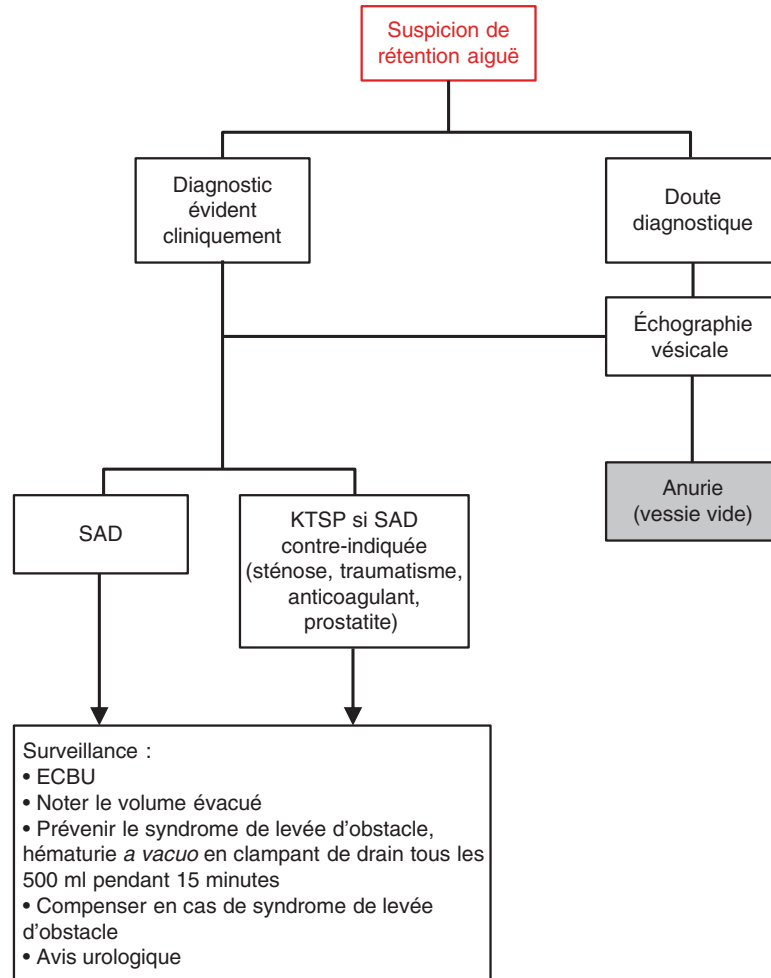
- Personnes âgées : désorientation temporo-spatiale, agitation, fécalome associé.

Examens complémentaires

- *Aucun examen complémentaire en urgence* avant le drainage.
- ECBU après drainage.
- Créatinémie, ionogramme sanguin.
- Échographie du haut appareil à la recherche d'une dilatation urétéro-pyélocalicielle, recherche également des signes de pyélonéphrites.
- *Jamais de dosage de PSA en urgence.*

Prise en charge

- Sondage urinaire en première intention.
- KTSP en cas de sténose de l'urètre ou de traumatisme, en l'absence de contre-indication.
- Noter précisément le volume contenu dans la vessie (bon pronostic si inférieur à 900 cc).
- Surveiller la diurèse horaire.
- Prévenir le syndrome de levée d'obstacle, réhydratation pour compenser les pertes.
- Débuter chez l'homme un traitement par alphabloquant.



Étiologie

- Hypertrophie bénigne de la prostate.
- Prostatite.
- Cancer de la prostate.
- Vessie neurologique.
- Iatrogénies médicamenteuses.
- Sténose de l'urètre.
- Caillottage vésical.
- Prolapsus génital chez la femme.
- Fécalome.
- Phimosi serré.

Complications

- Insuffisance rénale aiguë.
- Syndrome de levée d'obstacle, réhydratation intraveineuse en compensant les entrées aux sorties.
- Vessie claquée.

Fiche de synthèse des cas cliniques 43 à 46

Troubles de la miction

Miction normale

- Miction volontaire, facile, indolore, complète, qui dure < 1 minute.
- Fréquence : < 6/jour, pas la nuit.
- Qmax > 25 ml/s.
- La miction normale résulte d'un équilibre entre les forces d'expulsion et de retenue.

Troubles de la miction

Il existe deux types de troubles :

- troubles de la phase de remplissage (=phase de retenue) : incontinence, pollakiurie et urgenturie ;
- troubles de la phase mictionnelle (=phase d'évacuation) : dysurie, rétention vésicale aiguë ou chronique.

Dysurie

- Interrogatoire :
 - retard au démarrage, faiblesse du jet, poussée abdominale, augmentation du temps de miction avec parfois miction en deux temps, sensation de vidange incomplète, gouttes retardataires ;
 - recherche de signes fonctionnels urinaires associés : brûlures mictionnelles et hématurie si prostatite ;
 - retentissement sur la qualité de vie ? (+++);
 - score de symptômes : score IPSS (+++).
- Examen clinique : toucher rectal (hypertrophie bénigne de prostate ? prostatite ?).
- Examens complémentaires :
 - débitmétrie et mesure échographique du résidu postmictionnel (+++) → recherche de débit diminué : débit max \leq 15 ml/s en faveur de syndrome obstructif ;
 - échographie vésico-rénale → recherche de dilatation pyélocalicielle, dysmorphie vésicale, volume prostatique, résidu vésical chronique ;
 - BU \pm ECU → recherche d'infection urinaire (prostatite ?) ;
 - ionogramme sanguin, urémie, créatininémie → recherche d'insuffisance rénale chronique en cas de rétention vésicale chronique ;
 - fibroscopie urétrovésicale → recherche de prostate volumineuse et obstructive, sténose de l'urètre, tumeur de vessie ou lithiase... ;
 - urétrocystographie rétrograde et mictionnelle → vessie de lutte ;
 - bilan urodynamique → recherche d'hypertonie sphinctérienne, recherche d'acontractilité vésicale.
- Évolution :
 - rétention aiguë d'urine : urgence urologique ;
 - rétention vésicale chronique ;
 - reflux vésico-urétéral ;
 - infections urinaires à répétition (prostatite, orchi-épididymite, prostatite) ;
 - insuffisance rénale chronique.
- Étiologie :
 - obstruction sous-vésicale : pathologie prostatique, caillotage ou tumeur vésicale, maladie du col vésical, sclérose du col, sténose de l'urètre, calcul enclavé dans l'urètre, corps étranger de l'urètre ;
 - vessie neurogène : centrale (trauma médullaire, sclérose en plaques, Parkinson...), périphérique (syndrome de la queue de cheval, diabète, éthylisme chronique) ;
 - causes fonctionnelles : vessie « claquée » après distension vésicale (volumineux globe), dysurie réflexe secondaire à une pathologie anorectale (hémorroïdes, fécalome) ;
 - spécifiques à la femme : prolapsus génital (+++), tumeur utérine ou ovarienne ;
 - médicamenteuses : parasympholytiques ou alphastimulants.

Pollakiurie/urgenturie

- Interrogatoire :
 - pollakiurie : augmentation de la fréquence des mictions sans augmentation de la diurèse des 24 heures (différent de la polyurie-polydipsie qui est l'augmentation de la diurèse des 24 heures > 2,5 l/24 heures) ; > 6 mictions par jour ou délai entre les mictions < 2 heures (mictions fréquentes mais de petits volumes) ; pollakiurie nocturne : > 1 réveil la nuit ;

- urgenturie (impériosités) : envies pressantes d'uriner, non inhibées, avec parfois fuites ; rechercher des éléments en faveur d'autres causes d'irritation vésicale (+++); tumeur : *tabac* (+++), profession (exposition à des amines aromatiques); calculs; cystites (infectieuses, chimiques, radique, interstitielle);
- faire préciser l'importance des symptômes et le retentissement psychosocial;
- rechercher les signes fonctionnels urinaires associés (brûlures et urgenturies en faveur d'un syndrome d'hyperactivité vésicale/dysurie en faveur d'un syndrome d'obstruction sous-vésicale);
- importance du calendrier mictionnel pour différencier de la polyurie (++) .
- Examen clinique :
 - toucher rectal (++);
 - recherche de globe vésical.
- Examens complémentaires :
 - objectiver la pollakiurie/urgenturie → calendrier mictionnel en faisant préciser les événements tels que urgenturies et fuites;
 - rechercher sa cause → ECBU (++) (prostatite ?), échographie vésico-rénale et prostatique (taille prostate, tumeur ou calcul vésical, caillot +++)/fibroscopie urétrovésicale : recherche d'anomalie de l'urètre (sténose, corps étranger) et de la vessie (calcul, tumeur, corps étranger, vessie de lutte);
 - urétrocystographie rétrograde et mictionnelle → recherche de résidu postmictionnel, anomalie morphologique de l'urètre, maladie ou sclérose du col, vessie de lutte en « arbre de Noël » en faveur d'un obstacle sous-vésical;
 - bilan urodynamique → recherche d'hyperactivité détrusorienne (contractions vésicales non inhibées).
- Étiologie vésicale :
 - pariétales : cystites infectieuses (penser au BK), parasitaire (bilharziose), radiques, interstitielle (syndrome douloureux de vessie), chimique (postchimiothérapie endovésicale);
 - corps étranger : fil chirurgical;
 - calcul;
 - tumeur : papillaire ou carcinome *in situ*;
 - rétention vésicale chronique vidange incomplète donc mictions plus fréquentes;
 - neurogène : vessie centrale (SEP, traumatisme médullaire, Parkinson);
 - psychogène : comportement obsessionnel ou phobique.
- Étiologie sous-vésicale :
 - hyperplasie bénigne de prostate (+++);
 - prostatite aiguë ou chronique;
 - sténose de l'urètre, maladie du col...
- Étiologie extra-vésicale :
 - pathologies infectieuses de contact : sigmoïdite, salpingite, péritonite...;
 - grossesse;
 - tumorales par compression extrinsèque.

Syndrome d'obstruction sous-vésicale

- Dysurie + Rétention vésicale ± Pollakiurie.
- Étiologie : cf. dysurie.

Syndrome d'hyperactivité vésicale (syndrome irritatif ou d'irritation vésicale)

- Pollakiuries + Urgenturies ± Brûlures mictionnelles.
- Étiologie : cf. pollakiurie/impériosités.

Fiche de synthèse des cas cliniques 47 et 48

Infections nosocomiales

- Par définition, une infection nosocomiale correspond à toute infection survenant au cours ou à la suite d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique ou préventive) d'un patient, si elle n'était ni en cours ni en incubation au début de la prise en charge.
- Les infections nosocomiales représentent un problème majeur de santé publique et sont associées à une morbidité importante, une mortalité, un surcoût important et l'émergence de bactéries multirésistantes posant des problèmes thérapeutiques.
- Les infections urinaires sont la 1^{re} cause d'infection nosocomiale (30 à 40 %).
- Les souches bactériennes impliquées présentent une plus grande disparité par comparaison avec les infections communautaires, avec une fréquence élevée de souches résistantes aux antibiotiques. Il existe un rôle croissant des levures.
- Il faut distinguer :
 - colonisation bactérienne (ECBU positif mais asymptomatique);
 - et infection urinaire (ECBU positif et symptômes cliniques).
- Le sondage vésical est le principal facteur de risque extrinsèque : il représente 60 à 80 % des infections urinaires nosocomiales et est associé à une incidence de colonisation pouvant atteindre 10 % par jour de sondage.
- La prévention des infections urinaires nosocomiales repose sur la limitation des indications et de la durée du sondage vésical, l'utilisation d'un système de drainage clos et le respect des règles d'hygiène générales, notamment l'hygiène des mains.
- Il n'y a aucune indication à dépister une colonisation urinaire sur sonde vésicale en l'absence de symptôme.
- En cas d'infection urinaire nosocomiale, la prise en charge repose sur :
 - la levée d'un obstacle et la lutte contre un résidu vésical;
 - une antibiothérapie raisonnée, adaptée à l'antibiogramme;
 - une durée de traitement adaptée au site de l'infection;
 - une diurèse quotidienne de 1,5 litre;
 - le retrait de la sonde vésicale ou son changement si le drainage est indispensable.

This page intentionally left blank

QCM corrigés

QCM 1

Réponse : B, C, E, F

QCM 2

Réponse : B, D, F

Bien que juste en théorie, une réponse de ce type ne serait probablement pas acceptée par le conseil pédagogique du CNCI car trop floue, une fièvre paranéoplasique pouvant être observée dans les tumeurs du rein, de même qu'un varicocèle. Enfin, la modalité de diagnostic la plus fréquente en 2014 est... fortuite.

QCM 3

Réponse : A, D

QCM 4

Réponse : A, B, C, E, F

QCM 5

Réponse : A, D, E

QCM 6

Réponse : A, B, F

QCM 7

Réponse : C

QCM 8

Réponse : A, B, E

QCM 9

Réponse : A, D, E

QCM 10

Réponse : A, C, E, F, G

QCM 11

Réponse : A, C, D, F, G, H, I

QCM 12

Réponse : A, B, E, F

La titration morphinique est prescrite en seconde intention et uniquement en cas d'échec du traitement antalgique par AINS. Par ailleurs, la restriction hydrique ou l'hyperhydratation n'ont pas fait la preuve d'une supériorité quelconque et les apports hydriques doivent donc être adaptés à la soif. La restriction hydrique semble cependant logique en cas de crise douloureuse intense.

QCM 13

Réponse : A, E

QCM 14

Réponse : A, C

QCM 15

Réponse : B, E, F

La polyglobulie et le syndrome d'apnées du sommeil sont seulement des contre-indications relatives du traitement hormonal substitutif par testostérone.

QCM 16

Réponse : A, D, F, G

Ne pas oublier les mesures de prévention et le dépistage des partenaires.

QCM 17

Réponse : B, D, E

Il est impératif de rechercher une prostatite aiguë associée (grâce au toucher rectal), mais ça ne fait pas parti du diagnostic d'orchi-épididymite aiguë.

QCM 18

Réponse : A, D, H

L'hydrocèle et l'atteinte bilatérale sont classiques et n'ont pas de valeur pour le traitement. En l'absence de prostatite aiguë, le dosage du PSA n'apportera rien au diagnostic et ne modifiera pas le traitement

QCM 19

Réponse : C, D, F

Si l'augmentation du PSA post-biopsies est classique, elle ne constitue pas à proprement parler une complication.

QCM 20

Réponse : A, D

La constatation d'un envahissement capsulaire est assez rare. La classification de D'Amico nécessite des paramètres biologiques et cliniques.

QCM 21

Réponse : A, B, D, E

Un patient ayant un cancer de la prostate peut tout à fait avoir un toucher rectal normal, celui-ci permettant surtout d'examiner la partie périphérique de la prostate

QCM 22

Réponse : B, D, E, F

QCM 23

Réponse : B, C, E

QCM 24

Réponse : B, E, F, G

QCM 25

Réponse : B, F, G

QCM 26

Réponse : B, E

QCM 27

Réponse : B, C, E, H, I

QCM 28

Réponse : C, E

Les types d'effets secondaires sont les mêmes, mais leur fréquence est réduite.

QCM 29

Réponse : C, E

QCM 30

Réponse : A, D

QCM 31

Réponse : A, B

Avant toute chirurgie d'une incontinence urinaire d'effort pure, l'évaluation de la vidange vésicale par la mesure du débit maximum et du résidu postmictionnel est recommandée. En présence d'une incontinence urinaire d'effort pure sans autre symptôme clinique associé, un bilan urodynamique complet n'est pas obligatoire mais permet d'aider à établir un pronostic et à informer la patiente sur son fonctionnement vésico-sphinctérien.

QCM 32

Réponse : B, C, E

Dans le cadre d'une incontinence urinaire par urgence, le bilan comprendra : ECBU, bilan urodynamique, échographie réno-vésicale (étude du résidu postmictionnel), fibroscopie uréthro-vésicale (signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire), cytologie urinaire (signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire).

QCM 33

Réponse : B, D

La rééducation est proposée en première intention chez les femmes présentant une IUE avec la prescription de 10 à 20 séances au maximum. Techniques disponibles : travail manuel intravaginal des muscles du plancher pelvien, biofeedback instrumental, électrostimulation fonctionnelle, rééducation comportementale. Ces mesures seront associées à la lutte contre les facteurs favorisants.

QCM 34

Réponse : A, B, D, E

Il faudra éliminer en priorité une infection urinaire. S'il n'y a pas d'infection, il peut s'agir d'une hyperplasie bénigne de la prostate dont la composante irritative est prédominante. Mais il faudra rechercher d'autres causes pouvant expliquer ces symptômes avant de conclure à une HBP : échographie vésico-rénale et prostatique (taille de la prostate, tumeur ou calcul vésical, caillots, résidu postmictionnel); fibroscopie uréthro-vésicale; recherche d'anomalie de l'urètre (sténose, corps étranger) et de la vessie (calcul, tumeur, corps étranger, vessie de lutte); cytologie urinaire : recherche de cellules anormales tumorales.

QCM 35

Réponse : A, B, C

Recherche de cause pouvant expliquer la symptomatologie irritative. Éliminer en priorité un globe vésical et une infection urinaire. Rechercher ensuite un calcul vésical (témoin de l'obstruction chronique), puis une tumeur vésicale. Ne pas omettre des pathologies de voisinage pouvant retentir sur l'activité vésicale.

QCM 36

Réponse : A, B, C, E

Ces différents examens permettent de confirmer le diagnostic de bilharziose urogénitale. La sérologie est un élément d'orientation mais non de certitude. Cependant, elle donne une orientation diagnostique de bonne valeur, aboutissant parfois à la décision thérapeutique malgré l'absence de preuve parasitologique directe.

QCM 37

Réponse : C, E

Il s'agit ici d'une tumeur de vessie infiltrante du muscle (TVIM) : pT2 = infiltration du muscle vésical. Dans ce cas, un bilan d'extension doit être réalisé afin de décider d'un traitement curatif ou non. Il comporte un uroscanner couplé à un scanner thoracique. Une scintigraphie osseuse ne sera réalisée qu'en cas de point d'appel osseux. La recherche de localisations cérébrales est indiquée devant des manifestations cliniques.

QCM 38

Réponse : B, C, D, F

Le diagnostic d'hématurie effort est un diagnostic d'élimination.

QCM 39

Réponse : B, E, H, K

Un bilan diagnostique complet d'hématurie doit être réalisé.

QCM 40

Réponse : C

Attention ! Patient sous diurétiques thiazidiques ! La natriurèse et le calcul du rapport $\text{Na}^+/\text{K}^+ \text{ U}$ sont donc faussés du fait d'une persistance de la natriurèse. La fraction d'excrétion de l'urée est alors le meilleur indicateur d'une IRA fonctionnelle ($<35\%$ en cas d'IRA fonctionnelle).

QCM 41

Réponse : C

Suspicion de nécrose tubulaire aiguë sur syndrome de lyse tumorale.

QCM 42

Réponse : A, C, D

Les rapports qu'on pouvait calculer ici étaient les suivants : $\text{Na}^+/\text{K}^+ \text{ U} > 1$ (= 2), Créatinine U/P > 30 (= 42,8), Urée/Créatinine P < 50 (= 34,3). Les valeurs en faveur d'une IRA organique sont donc $\text{Na}^+ \text{ U} > 40$ mmol/l et $\text{Na}^+/\text{K}^+ > 1$, les autres étant en faveur d'une IRA fonctionnelle.

QCM 43

Réponse : E

Il s'agit ici d'une nécrose tubulaire aiguë par obstruction tubulaire suite à un syndrome de lyse tumorale.

QCM 44

Réponse : A, B

L'insuffisance rénale obstructive doit être éliminée en priorité, car elle répond à des traitements relativement simples. Devant une insuffisance rénale aiguë, il faut d'abord rechercher un globe vésical et réaliser les touchers pelviens à la recherche d'un blindage pelvien. La recherche de globe vésical est systématique chez tout patient oligo-anurique.

QCM 45

Réponse : A, B, C, E

Un syndrome de Klinefelter fait partie des dysgénésies gonadiques.

QCM 46

Réponse : B, C, D

QCM 47

Réponse : A, B, D, E

QCM 48

Réponse : B, D

La préservation du sperme doit être proposée systématiquement au patient. Elle est faite idéalement avant l'orchidectomie, mais elle ne doit pas trop retarder l'intervention et peut donc, en accord avec le patient, être faite après l'intervention. Les testicules développant une tumeur sont souvent peu fonctionnels.

QCM 49

Réponse : B, C

La gynécomastie avec galactorrhée est plus en faveur d'une hypersécrétion de prolactine. La gynécomastie de la tumeur du testicule est liée à un effet prolactine-*like* des HCG.

QCM 50

Réponse : A, B

QCM 51

Réponse : C, D, E

QCM 52

Réponse : A, B, D

QCM 53

Réponse : B

QCM 54

Réponse : A, B, C, D

Au-delà de l'âge de 2 ans, le testicule ne pourra pas produire de spermatozoïdes.

QCM 55

Réponse : B

L'option C est possible, mais est constatée dans les heures qui suivent l'intervention.

QCM 56

Réponse : A, C, E

QCM 57

Réponse : B

QCM 58

Réponse : A, B, C, E

QCM 59

Réponse : A, C

Une dilatation bilatérale suppose un obstacle au niveau du trigone vésical. Le diagnostic doit être évoqué et éliminé par cystoscopie. Il ne s'agit pas en revanche d'une spécificité des cancers de la vessie.

QCM 60

Réponse : A, B, F

QCM 61

Réponse : B, D, E, F

L'importance de la symptomatologie urinaire n'est pas corrélée au volume prostatique.

QCM 62

Réponse : A, C, D, G, I

QCM 63

Réponse : E, F, H, I

QCM 64

Réponse : A, B, E, F, H, J

QCM 65

Réponse : A, C, D

QCM 66

Réponse : B, D, E

- A : L'orgasme masculin est possible sans éjaculation.
- C : L'activité sexuelle est divisée en cinq phases : phase de désir, d'excitation, de plateau, d'orgasme et de résolution.

QCM 67

Réponse : A, B, C, D, E

La définition officielle est celle donnée en B, même si elle n'est pas tout à fait pertinente puisqu'elle exclut la pénétration anale.

QCM 68

Réponse : A, B

Le transsexualisme est un trouble de l'identité sexuelle.

QCM 69

Réponse : B, C, E.

QCM 70

Réponse : A, E

- A : IP préservatif = 2 ; IP coït interrompu = 4.
- B : IP vasectomie = 0,1.
- C : 4 mois.
- D : Azoospermie.
- E : Vrai, mais doit obligatoirement être proposée.

QCM 71

Réponse : D, E

- A : Causes masculines dans 20 % des cas, causes mixtes dans 40 % des cas.
- B : Causes mixtes dans 40 % des cas, il existe aussi des troubles qualitatifs du sperme responsables d'infertilité.

- C : Confirmer avant par un second spermogramme à 3 mois.
- D : Sauf s'il existe des causes évidentes déjà connues.

QCM 72

Réponse : B, C

- A : Micro-orchidie.
- C : Sécrétoire et excrétoire = obstructive.
- D : La mucoviscidose.
- E : Elle permet de rendre le testicule examinable pour surveiller le risque de survenue d'un cancer.

QCM 73

Réponse : B, E

- A : OATS sécrétoires.
- C : Azoospermie sécrétoire.
- D : OATS sécrétoires.

QCM 74

Réponse : B, D

- A : Diagnostic d'asthénospermie.
- C : C'est le test postcoïtal de Hühner.
- E : C'est l'asthénospermie.

QCM 75

Réponse : A, C, D, E

- A : Syndrome de Kallmann.
- C : Caryotype à réaliser devant toute oligospermie non obstructive inférieure à 5 millions, et une recherche de microdélétion du chromosome Y est à réaliser face à toute oligospermie inférieure à 1 million et *a fortiori* face à une azoospermie.
- E : La mutation *ABCC7* est responsable de l'ABCD.

QCM 76

Réponse : A, C, E

- D : Il existe surtout une hypospermie, que le spermogramme détecte, et qui est à interpréter par analyse du sperme dans les urines postéjaculatoires.

QCM 77

Réponse : D, E

- A : Nécessité de FIV-ICSI.
- B : Avant l'adoption, on peut essayer l'extraction de spermatozoïdes testiculaires avec FIV-ICSI ou les inséminations avec sperme de donneur.
- C : Injection de la tête du spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovocyte.
- E : Après biopsie testiculaire.

QCM 78

Réponse : A, D, E

- B : C'est le troisième, après le cancer de prostate et celui du rein.

- C : Le stade correspond au degré d'infiltration de la tumeur dans la paroi vésicale, c'est le grade qui caractérise l'agressivité.
- E : Liée surtout au tabagisme.

QCM 79

Réponse : A, D, E

- B : C'est le parasite de la bilharziose intestinale, celui de la vessie est *S. hematobium*.
- C : Pas reconnue pour les tumeurs de vessie mais pour celles du poumon.
- D : Retrouvées dans les colorants, l'industrie du caoutchouc, les peintures, touchant surtout les coiffeurs, les ouvriers dans la coloration des cuirs et des textiles ou les employés travaillant dans la production de goudrons, de poix et de bitume.

QCM 80

Réponse : A, B, C

- D : L'uroscanner comporte un temps sans injection, un temps injecté précoce pour voir le parenchyme rénal et un temps tardif, plus tardif que le temps portal, pour voir l'excrétion urinaire et les voies urinaires.
- E : Pour les hématuries microscopiques d'origine néphrologique.

QCM 81

Réponse : A, C

- A : Pour rechercher une tumeur synchrone et apprécier le retentissement sur tout l'appareil urinaire.
- D : Les tumeurs de vessie donnent peu de métastases cérébrales, surtout os, foie, poumons.
- E : La BCGthérapie est le traitement pour des formes non infiltrantes.

QCM 82

Réponse : A, B, C

- D : Sauf dans les cas de résistance au traitement par BCG.

QCM 83

Réponse : C, D

- D : Chez le patient fragile ou refusant la chirurgie.
- E : Réservée aux tumeurs métastatiques.

QCM 84

Réponse : D

- A : Infiltrante si supérieure ou égale à pT2.
- B : Le BCG est pour les formes non infiltrantes du muscle.

- C : Ce serait plutôt la bilharziose urinaire qu'il aurait pu contracter en Égypte.
- E : L'exposition à la silice n'est pas reconnue comme carcinogène pour la vessie, elle peut provoquer des silicoses ou des sclérodermies.

QCM 85

Réponse : A, B, D, E

- A : Le plus probable.
- C : Car tumeur infiltrante

QCM 86

Réponse : A, B, D, E

Il s'agit ici d'une prostatite nosocomiale. L'épidémiologie microbienne diffère un peu des prostatites communautaires. Les entérobactéries restent fréquemment isolées (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Proteus* spp., *Enterobacter* spp.) mais on trouve également des bacilles à Gram négatif de l'environnement (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp.), des entérocoques et *Staphylococcus aureus*.

QCM 87

Réponse : A, C

D'après la mise au point de la SPILF 2014, le dépistage et le traitement des colonisations urinaires se justifient chez la femme enceinte (risque d'évolution vers la pyélonéphrite de 20–40 %) et chez tout patient devant subir un geste invasif au niveau des voies urinaires.

QCM 88

Réponse : B, C, D, E, F

La mise au point de la SPILF 2014 reprend les principaux facteurs de risque de BLSE connus :

- hospitalisation dans les 3 mois précédents ;
- antécédent d'infection urinaire ou de colonisation urinaire à BLSE dans les 6 mois ;
- antibiothérapie par pénicilline + inhibiteur de β -lactamase, céphalosporines de 2^e ou 3^e génération ou fluoroquinolones dans les 6 mois précédents ;
- vie en établissement de long séjour ;
- voyage récent en zone d'endémie BLSE (Asie avec Inde > Afrique du Nord > Amérique du Sud).

QCM 89

Réponse : A

La réalisation systématique d'un ECBU de contrôle n'est plus recommandée dans les infections parenchymateuses d'évolution favorable. Il reste bien sûr indispensable en cas d'évolution défavorable sous antibiothérapie (persistance hyperthermie à 72 heures)

et se discute à distance de l'arrêt des antibiotiques dans les pyélonéphrites sur lithiase (pour exclure une évolution vers la pyélonéphrite chronique).

QCM 90

Réponse : B

Dans les pyélonéphrites aiguës simples, le seul examen indispensable est l'ECBU avec antibiogramme. Les hémocultures ne sont d'aucune utilité en cas de tableau typique car la présence d'une bactériémie ne modifie pas le pronostic et que la documentation microbienne est assurée par l'ECBU. La NFS-plaquettes et la CRP n'apportent aucune information utile (syndrome inflammatoire attendu) et la créatinine ne doit pas être demandée en 1^{re} intention. Il n'y a plus non plus d'imagerie systématique (échographie des voies urinaires excrétrices). Celle-ci est en revanche indispensable en cas de pyélonéphrite hyperalgique ou de persistance de l'hyperthermie lors de la réévaluation à 48–72 heures (échographie rénale à la recherche d'un obstacle : dilatation pyélocalicielle). Une uroTDM sera préférée en cas de suspicion d'abcès rénal (meilleure sensibilité).

QCM 91

Réponse : A, B, D, E

- A : Classique.
- B : Possible, notamment chez ce patient fumeur.
- D : Oui, facilité par le traitement neuroleptique.
- E : Oui, effet anticholinergique des neuroleptiques.
- C : Une sténose de l'uretère donnera un obstacle du haut appareil urinaire et non une rétention aiguë d'urines.

QCM 92

Réponse : B, C, D

- B : Étiologie classique
- C : Certaines volumineuses tumeurs pelviennes peuvent avoir cette présentation et d'ailleurs faciliter une rétention aiguë d'urines.
- D : Peut se présenter sous cette forme et est observé parfois chez certains patients sous anticoagulants à l'occasion éventuelle d'un surdosage.
- E : Attention à ne pas confondre rétention aiguë d'urines et anurie !

QCM 93

Réponse : B, C

- À cet âge et vu le contexte, les causes les plus fréquentes sont B et C. Le fécalome est une des causes les plus fréquentes de rétention aiguë d'urines chez les sujets âgés en institution. La sténose urétrale est très rare chez la femme.
- D, E : Peu probables car la patiente n'a pas d'antécédent particulier.

QCM 94

Réponse : A

L'obstacle sous-vésical est le mécanisme le plus fréquemment en cause même si les autres mécanismes sont possibles.

QCM 95

Réponse : A, B, C, D, F, G

- A, B, C, F, G : Ont effet anticholinergique et donc diminuent la contractilité vésicale favorisant ainsi la rétention.
- D : Classique, en particulier après rachianesthésie ou péridurale.
- E : Au contraire, facilite la miction en diminuant les résistances urétrales.

QCM 96

Réponse : D

Infection urinaire fébrile chez l'homme : penser en priorité à une prostatite.

QCM 97

Réponse : A, B, C, D

QCM 98

Réponse : A, B, C, E

QCM 99

Réponse : B, D

QCM 100

Réponse : E

La survenue d'une rétention en dehors d'un facteur externe favorisant est cependant un élément faisant suspecter une prochaine décompensation de la pathologie avec un risque de récurrence dans l'année qui suit d'environ 50 %.

QCM 101

Réponse : A, B, C

QCM 102

Réponse : A, B, C, D, E

QCM 103

Réponse : C

QCM 104

Réponse : A, B, D

QCM 105

Réponse : A, D, E

This page intentionally left blank

CHAPITRE 7

QROC corrigés

QROC 1

Réponse : insuffisance rénale chronique
Les trois autres facteurs de risque de cancer du rein sont le tabagisme, l'obésité et l'HTA, sans oublier les maladies héréditaires comme la maladie de von Hippel-Lindau.

QROC 2

Réponse : oncocytomes, angiomyolipome

QROC 3

Réponse : classification de Bosniak
Cette classification permet de différencier les kystes rénaux simples des kystes rénaux suspects ou des cancers à forme kystique.

QROC 4

Réponse : varicocèle gauche
La varicocèle gauche est liée à l'obstruction de la veine génitale gauche par le thrombus se situant dans la veine rénale gauche.

QROC 5

Réponse : biopsie rénale droite
Avant de débiter un traitement systémique, il est indispensable d'obtenir une preuve histologique.

QROC 6

Réponse : grade de Fuhrman

QROC 7

Réponse : néphrectomie élargie
La néphrectomie élargie consiste en l'ablation du rein et la graisse péri-rénale. L'intervention est préférentiellement réalisée par laparoscopie en cas de tumeur T2N0M0, alors que la voie ouverte est utilisée pour les tumeurs T3-4 ou N + .

QROC 8

Réponse : cristaux, matrice protéique

QROC 9

Réponse : anti-inflammatoire non stéroïdien
Il s'agit du traitement antalgique le plus efficace dans la prise en charge d'une colique néphrétique.

QROC 10

Réponse : dérivation des urines
Les formes compliquées sont la colique néphrétique fébrile, la colique néphrétique hyperalgique, la colique néphrétique associée à une insuffisance rénale. Dans ces trois situations cliniques, il faut réaliser un drainage chirurgical des urines du haut appareil plutôt par voie endoscopique (sonde urétérale ou double J).

QROC 11

Réponse : cure de diurèse
La cure de diurèse permet de lutter contre la stagnation des urines dans le haut appareil urinaire et donc la sursaturation en sels lithogènes.

QROC 12

Réponse : alcalinisation des urines
La prise en charge d'un calcul d'acide urique débute systématiquement par un traitement médical avec alcalinisation des urines. Le traitement chirurgical est proposé uniquement en cas d'échec.

QROC 13

Réponse : néphrolithotomie percutanée
Il s'agit d'aborder les cavités pylocalicielles par voie percutanée afin de pouvoir utiliser du matériel adapté à la taille du calcul afin d'éviter des durées opératoires trop longues.

QROC 14

Réponse : questionnaire ADAM
Le questionnaire ADAM comporte dix questions. Un score supérieur à 3 est évocateur de DALA.

QROC 15

Réponse : traitement substitutif par testostérone
Ce traitement est indiqué en cas de symptômes gênants en rapport avec un taux de testostérone inférieur à la normale.

QROC 16

Réponse : la sténose urétrale post-infectieuse

QROC 17

Réponse : orchi-épididymite aiguë tuberculeuse (ou au BCG)
Le traitement de sa tumeur de vessie repose sur des instillations endovésicales de BCG, occasionnant des infections du tractus urogénital.

QROC 18

Réponse : échographie-Doppler testiculaire (ou scrotales), bilatérale pour rechercher un abcès ou une nécrose testiculaire

QROC 19

Réponse : biopsies prostatiques échoguidées par voie transrectale, sous anesthésie locale, avec antibioprophylaxie (PMZ) et après lavement rectal

QROC 20

Réponse : scintigraphie osseuse, à la recherche de foyers d'hyperfixation

QROC 21

Réponse : cancer de prostate à haut risque ou à risque intermédiaire selon D'Amico

QROC 22

Réponse : testostéronémie inférieure à 0,5 ng/ml

QROC 23

Réponse : pulpectomie bilatérale

QROC 24

Réponse : ostéonécrose de la mandibule

QROC 25

Réponse : adjonction temporaire d'un anti-androgène, classiquement pour 1 mois, entourant la première injection d'agonistes

QROC 26

IRM prostatique multiparamétrique

QROC 27

Réponse : Aucun
Pas de dépistage individuel après 75 ans (au moins 10 ans d'espérance de vie).

QROC 28

Réponse : adénocarcinome (plus de 90 % des cas)

QROC 29

Réponse : patient asymptomatique dans la grande majorité des cas

QROC 30

Réponse : épidurite métastatique (métastase rachidienne de son cancer de prostate en progression)

QROC 31

Réponse : ECBU, examen parasitologique des selles, cystoscopie simple, biopsies vésicales sous cytoscopie, biopsies rectales sous rectosigmoïdoscopie

- ECBU : recherche d'œufs de *S. haematobium* dans les urines des 24 heures ou miction complète matinale.
- Examen parasitologique des selles avec recherche d'œufs de *S. haematobium*.
- Cystoscopie simple (réalisée en consultation sous anesthésie locale) : les images sont pathognomoniques et différentes suivant la phase évolutive.
- Biopsies vésicales sous cytoscopie (au bloc opératoire) avec analyse histologique (si recherche dans les urines et selles négatives).
- Biopsies rectales sous rectosigmoïdoscopie avec analyse histologique (biopsie rectale aussi performante que la biopsie vésicale pour le diagnostic).

QROC 32

Réponse : type histologique, grade cellulaire, stade tumoral
Données figurant sur le compte-rendu histologique :

- type histologique : carcinome urothélial (90 % des cas), carcinome épidermoïde (6 %), adénocarcinome (2 %), carcinomes indifférenciés (1 %);
- grade cellulaire +++ (haut grade ou bas grade);
- stade tumoral +++ : classification pTNxMx permettant la distinction entre tumeurs de la vessie sans infiltration du muscle TVNIM (pTa à pT1) et tumeurs de la vessie avec infiltration musculaire TVIM (pT2 minimum);

- présence d'emboles vasculaires ;
- présence ou non de carcinome *in situ*.

QROC 33

Réponse : ECBU, cytologie urinaire, échographie réno-vésicale, uroscanner, fibroscopie uréthro-vésicale

- ECBU : confirme l'hématurie, écarte une infection urinaire.
- Cytologie urinaire : détecte les cellules tumorales de haut grade avec une très grande spécificité mais présente une faible sensibilité pour les tumeurs de bas grade. Une cytologie urinaire positive peut indiquer la présence d'une tumeur n'importe où dans la voie excrétrice urinaire. Une cytologie urinaire négative n'élimine pas le diagnostic de tumeur de la voie excrétrice urinaire.
- Échographie réno-vésicale par voie sus-pubienne : sensibilité de 61 % à 84 % pour les tumeurs de type polypoïde > à 5 mm.
- Uroscanner : examen de référence. Il s'agit d'un scanner abdominopelvien comportant un temps non injecté, temps artériel, temps portal et temps tardif excrétoire permettant d'étudier la voie excrétrice urinaire.
- Fibroscopie uréthro-vésicale : se réalise en consultation sous anesthésie locale et permet d'explorer l'urètre, la vessie.

QROC 34

Réponse : infection urinaire, tumeur, lithiase urinaire

- Infection urinaire : haute ou basse, y compris infections parasitaires (bilharziose).
- Tumeur : rein, urètre, vessie, prostate.
- Lithiase urinaire.

Noter que les traumatismes urologiques peuvent être source d'hématurie.

QROC 35

Réponse : uroscanner, scanner thoracique

Il s'agit ici d'une TVIM (pT2 = infiltration du muscle vésical). Dans ce cas, un bilan d'extension doit être réalisé afin de décider d'un traitement curatif ou non. Il comporte un uroscanner couplé à un scanner thoracique. Une scintigraphie osseuse ne sera réalisée qu'en cas de point d'appel osseux. La recherche de localisations cérébrales est indiquée devant des manifestations cliniques.

QROC 36

Réponse : ECBU, cytologie urinaire, fibroscopie uréthro-vésicale, bilan urodynamique

- ECBU.
- Cytologie urinaire : elle est recommandée en cas de signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire.

- Fibroscopie uréthro-vésicale en cas de signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection urinaire.
- Bilan urodynamique : un examen urodynamique complet est recommandé pour explorer une incontinence urinaire associée à des urgenteries avec ou sans fuite.
- Calendrier mictionnel.

QROC 37

Réponse : rééducation, anticholinergiques, contre-indications des anticholinergiques

- Rééducation :
 - prise en charge éducative ou comportementale : limiter le thé et le café, prendre en charge la constipation ;
 - prise en charge rééducative : utilisation du réflexe périnéo-détrusorien inhibiteur, électrostimulation périnéale.
- Œstrogénothérapie locale si atrophie vaginale.
- Traitement pharmacologique : anticholinergiques en l'absence de contre-indications (glaucome par fermeture de l'angle, risque de rétention urinaire, myasthénie, atonie intestinale, arythmie, syndrome sec) ; prévenir les effets indésirables (sécheresse cutanéomuqueuse, constipation).

QROC 38

Réponse : œstrogénothérapie locale, rééducation périnéale

- Œstrogénothérapie locale si atrophie vaginale.
- Rééducation périnéale : travail manuel, biofeedback, électrostimulation (une prescription de 15 séances doit suffire pour évaluer les possibilités d'amélioration de l'incontinence).

QROC 39

Réponse : débitmétrie mictionnelle : miction dysurique (débit maximal : 15 ml/sec) ; miction prolongée ; miction par poussées abdominales (différents pics).

QROC 40

Réponse : syndrome de la queue de cheval

QROC 41

Réponse : globe vésical

Recherche de globe vésical systématique devant toute insuffisance rénale aiguë.

QROC 42

Réponse :

- insuffisance rénale aiguë obstructive ;
- insuffisance rénale aiguë fonctionnelle ;

- organique : nécrose tubulaire aiguë ischémique par choc ;
- interstitielle : néphrite interstitielle aiguë (pyélonéphrite aiguë).

QROC 43

Réponse : drainage des cavités excrétrices en urgence
Ce drainage pourra se faire de plusieurs façons :

- Résection endoscopique de tumeur de vessie.
- Situation de suspicion de tumeur vésicale à l'origine de l'obstruction bilatérale.
- Drainage des urines en urgence.
- Possibilités thérapeutiques :
 - urétrocystoscopie diagnostique puis montée de sondes JJ ou urétérales bilatérales ± associée à une résection endoscopique de tumeur de vessie (si présente) avec analyse histologique ;
 - pose de sondes de néphrostomies en cas d'échec de la voie rétrograde ;
 - surveillance de la diurèse en postopératoire (syndrome de levée d'obstacle) et ionogramme sanguin (créatininémie, Na⁺, K⁺).

QROC 44

Réponse : insuffisance rénale aiguë fonctionnelle
Rapport U/P créatinine > 30.

	IRA fonctionnelle	IRA organique
Créatininémie	Normale ou peu augmentée	Augmentée
Urée/ Créatinine P	> 100	< 50
Na⁺ U	< 20 mmol/l (si pas de diurétiques)	> 40 mmol/l
FE Na⁺	< 1 %	> 1–2 %
Na⁺/K⁺ U	< 1	> 1
U/P urée	> 10	< 10
U/P créatinine	> 30	< 30
U/P osmoles	> 2	< 2

QROC 45

Réponse : fraction d'excrétion de l'urée
Commentaire : La natriurèse sera faussée car persistante du fait de la prise de diurétiques. L'élément discriminant sera la fraction d'excrétion de l'urée (<35 % en cas d'IRA fonctionnelle, >35–40 % en cas d'IRA organique)

QROC 46

Réponse : tumeur germinale non séminomateuse

QROC 47

Réponse : sels de platine/cisplatine/BEP

QROC 48

Réponse : orchidectomie par voie inguinale

QROC 49

Réponse : rétropéritoine droit

Commentaire : Les métastases ganglionnaires se font le long du cordon spermatique, et donc des gros vaisseaux, et non pas en inguinal comme on pourrait le penser intuitivement. Ce sont les tumeurs de la verge ou du scrotum, très rares, qui se drainent en inguinal.

QROC 50

Réponse : récurrence tumorale

QROC 51

Réponse : prépuce non (ou difficilement) décalotable

QROC 52

Réponse : échographie inguinale et pelvienne

QROC 53

Réponse : circoncision ou posthectomie

QROC 54

Réponse : torsion du cordon spermatique

QROC 55

Réponse : varicocèle

QROC 56

Réponse : ambiguïté sexuelle

QROC 57

Réponse : kyste de l'ovaire

QROC 58

Réponse : globe vésical

QROC 59

Réponse : α-fœtoprotéine, HCG, LDH

QROC 60

Réponse : *Escherichia coli*

QROC 61

Réponse : maladie de Lapeyronie

QROC 62

Réponse : tadalafil

QROC 63

Réponse : questionnaire IIEF

QROC 64

Réponse : non
Il n'y a pas d'indication à proposer un traitement chez un patient avec une hypertrophie bénigne de prostate asymptomatique et sans anomalie au bilan clinique et paraclinique.

QROC 65

Réponse : alphabloquants, IPDE5, inhibiteurs de la 5 α -réductase, phytothérapie
Les IPDE5 ne sont pas actuellement remboursés.

QROC 66

Réponse : IPSS

QROC 67

Réponse : zone de transition

QROC 68

Réponse : âge et statut hormonal.

QROC 69

Réponse : anéjaculation ou éjaculation rétrograde
Le risque d'éjaculation rétrograde ou d'anéjaculation après traitement chirurgical d'une hypertrophie bénigne de prostate est élevé. Il est secondaire à l'ouverture du col vésical ou à une lésion des canaux éjaculateurs lors du traitement de l'adénome. Le risque varie en fonction de l'intervention réalisée : Adénomectomie voie haute > Résection trans-urétrale de prostate > Incision cervicoprostatique. Le patient doit être informé en préopératoire de cet effet. À ce jour, il n'y a pas de certitude sur le diagnostic précis des troubles éjaculatoires

après REUP (anéjaculation par obstruction des canaux éjaculateurs ou éjaculation rétrograde dans la vessie).

QROC 70

Réponse : sténose urétérale ou de l'anastomose urétérovésicale

QROC 71

Réponse : antidépresseurs, anesthésiques locaux
Les antidépresseurs utilisés sont les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; par exemple, paroxétine, dapoxétine) et les antidépresseurs tricycliques (par exemple, clomipramine). Les anesthésiques locaux utilisés sont la lidocaïne crème en application locale.

QROC 72

Réponse : alphabloquants
Les alphabloquants peuvent induire une éjaculation rétrograde par défaut de fermeture du col vésical au moment de l'éjaculation.
Note : Cette notion a été révisée récemment. Contrairement à la réponse et à ce qu'indique actuellement le polycopié du collège d'urologie, les alphabloquants sont responsables d'une anéjaculation par défaut de compression de la prostate et non d'une éjaculation rétrograde.

QROC 73

Réponse : aucun
Aucun examen complémentaire n'est requis dans un premier temps. Ils ne seront réalisés qu'en cas d'échec du traitement psychosexologique et médicamenteux, et seront orientés selon l'examen clinique.

QROC 74

Réponse : gérontophilie

QROC 75

Réponse : risque suicidaire, dépression

QROC 76

Réponse : le préservatif masculin, le *coitus interruptus* (coït interrompu), la vasectomie

QROC 77

Réponse : IP vasectomie (0,1 %) < IP préservatif masculin (2 %) < IP coït interrompu (4 %)

QROC 78

Réponse : stérilisation masculine, chirurgicale, théoriquement irréversible/définitive

QROC 79

Réponse : patient majeur, information claire loyale adaptée, après un délai de réflexion de 4 mois

QROC 80

Réponse : réalisation d'un spermogramme à 3 mois (12 semaines) pour s'assurer de l'azoospermie induite, informer le patient sur la nécessité d'une contraception durant cette période

QROC 81

Réponse : hypospermie (volume éjaculé faible), oligospermie (concentration et numération basses), asthénospermie (faible mobilité), nécrospermie (spermatozoïdes vivants diminués), tératospermie (formes normales faibles)

QROC 82

Réponse : azoospermie, leucospermie

QROC 83

Réponse : patient informé sur le recueil, délais d'abstinence de 3 à 5 jours, recueil par masturbation au laboratoire

QROC 84

Réponse : identité du patient, délais d'abstinence, pH du sperme, volume éjaculé recueilli, concentration des spermatozoïdes, numération des spermatozoïdes dans l'éjaculat, mobilité des spermatozoïdes (progressifs et non progressifs), vitalité des spermatozoïdes, taux de formes normales, numération leucocytaire du sperme éjaculé

QROC 85

Réponse : absence de survenue de grossesse après 1 an de rapports sexuels (réguliers, sans contraception)

QROC 86

Réponse : caryotype (recherche d'un syndrome de Klinefelter), recherche de microdélétion du chromosome Y (recherche d'une mutation du gène *AZF*)

QROC 87

Réponse : anomalie de recueil du sperme, délai d'abstinence trop court (inférieur à 3 jours), obs-

truction des canaux éjaculateurs (obstacle en aval des vésicules séminales), agénésie bilatérale des canaux éjaculateurs (nécessité d'agénésie en aval des vésicules séminales), éjaculation rétrograde partielle

QROC 88

Réponse : présence d'une varicocèle, antécédent d'orchite-épididymite ou prostatite, cryptorchidie, tabagisme, toxiques professionnels ou environnementaux (pesticides), idiopathique, fièvre (hyperthermie scrotale)

QROC 89

Réponse : infectieuse (épididymite, prostatite..., le plus souvent à *Chlamydiae*), iatrogène (chirurgie : hernie inguinale, vasectomie, chirurgie prostatique), agénésie bilatérale des canaux déférents, kyste de l'utricule prostatique, traumatique

QROC 90

Réponse :

- centrale (déficit gonadotrope) : syndrome de Kallmann de Morsier, tumeur hypophysaire
- périphérique : syndrome de Klinefelter, microdélétion du chromosome Y (mutation du gène *AZF*), cryptorchidie, orchite, iatrogène (chimiothérapie...)

QROC 91

Réponse : agénésie bilatérale des canaux déférents

QROC 92

Réponse : échographie scrotale et endorectale (recherche de l'absence partielle ou totale des voies spermatisques bilatérales) et rénale (recherche d'agénésie rénale), recherche génétique de mutation du gène *ABCC7*

QROC 93

Réponse : âge, tabagisme, exposition professionnelle à des carcinogènes (houille, charbon, nitrosamines [colorants], hydrocarbures aromatiques polycycliques, aluminium, coke, fer, acier), bilharziose urinaire, irradiation pelvienne, chimiothérapie (cyclophosphamide)

QROC 94

Réponse : hématuries macroscopiques, signes irritatifs vésicaux (pollakiurie, impériosités, brûlures mictionnelles)

QROC 95

Réponse : imagerie urinaire (échographie vésico-rénale, uroscanner), cystoscopie, cytologies urinaires

QROC 96

Réponse : tumeur de vessie infiltrant la musculature, pas de métastase ganglionnaire, pas de métastase à distance

QROC 97

Réponse : instillations endovésicales (amétycine ou BCG)

QROC 98

Réponse : cystoprostatectomie radicale avec curage ilio-obturateur bilatéral

QROC 99

Réponse : isolement contact
Les BLSE font partie des BMR (bactéries multirésistantes). Il faut essayer au maximum de limiter leur propagation en milieu hospitalier. Cela passe par l'hygiène des mains (SHA) et la mise en place de mesures d'isolement contact (casaque, gants à usage unique) en cas de colonisation/infection à ces bactéries au niveau cutané ou urinaire.

QROC 100

Réponse : quatre par an

QROC 101

Réponse : 5 %

QROC 102

Réponse : 7 jours
La durée de traitement des pyélonéphrites simples a été raccourcie à 7 jours pour les molécules suivantes : fluoroquinolones, β -lactamines parentérales, aminosides.

QROC 103

Réponse : 14 jours
La durée de traitement des prostatites simples a été raccourcie à 14 jours pour les molécules suivantes : cotrimoxazole, fluoroquinolones.

QROC 104

Réponse : échographie vésicale
Elle facilitera le diagnostic et également la pose d'un cathéter sus-pubien si c'est le drainage choisi.

QROC 105

Réponse : 18 ou 20
Il est préférable d'éviter les sondes de petits calibres. Il faut donc utiliser en 1^{re} intention une sonde Charrière 18 ou 20. À noter : unité Charrière = 1/3 mm.

QROC 106

Réponse : hématurie *a vacuo*
Il s'agit d'une complication classique en cas de vessie très distendue.

QROC 107

Réponse : claquage vésical/vessie claquée/claquage détrusor/claquage musculaire
La distension du détrusor (1 litre de globe) aboutit à une perte de contractilité vésicale qui peut durer plusieurs mois.

QROC 108

Réponse : déshydratation

QROC 109

Réponse : ECBU, débitmétrie, échographie vésicale avec mesure du résidu postmictionnel

QROC 110

Réponse : volontaire, facile, non douloureuse, complète, rapide

QROC 111

Réponse : calendrier mictionnel pour déterminer la diurèse

QROC 112

Réponse : sclérose en plaques, lésion médullaire médicale traumatique ou congénitale, maladie de Parkinson, accident vasculaire cérébral

QROC 113

Réponse : hyperplasie bénigne de la prostate, prostatite, sténose de l'urètre, cancer de la prostate, sclérose du col vésical

QROC 114

Réponse : trabécules, diverticules

QROC 117

Réponse : urine, poumon, site opératoire

QROC 115

Réponse : fuites involontaires d'urine à la fois par urgenterie et par effort physique

QROC 118

Réponse : $10^3/\text{mm}^3$ ou $10^4/\text{ml}$

QROC 116

Réponse : *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*

Test de concordance de script (TCS) corrigésⁱ

TCS 1

	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2
Question 1	1/11	7/11	3/11		
Score	0,09	0,64	0,27	0	0
Question 2		5/11	6/11		
Score	0	0,45	0,55	0	0
Question 3			3/11	5/11	3/11
Score	0	0	0,27	0,46	0,27

TCS 4

	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2
Question 1			1/11	7/11	3/11
Score	0	0	0,09	0,64	0,27
Question 2		3/11	8/11		
Score	0	0,27	0,73	0	0
Question 3	1/11	8/11	1/11	1/11	
Score	0,09	0,73	0,09	0,09	0

TCS 2

	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2
Question 1	2/11	2/11	2/11	1/11	4/11
Score	0,18	0,18	0,18	0,09	0,37
Question 2			10/11	1/11	
Score	0	0	0,91	0,09	0
Question 3			1/11	8/11	2/11
Score	0	0	0,09	0,73	0,18

TCS 5

	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2
Question 1A		6/7	1/7		
Score	0	0,86	0,14	0	0
Question 1B		2/7	2/7	3/7	
Score	0	0,28	0,28	0,44	0
Question 1C				3/7	4/7
Score	0	0	0	0,43	0,57
Question 2A			5/7	2/7	
Score	0	0	0,71	0,29	0
Question 2B		4/7	1/7	1/7	1/7
Score	0	0,58	0,14	0,14	0,14
Question 2C			2/7	4/7	1/7
Score	0	0	0,29	0,57	0,14
Question 3A		3/7	4/7		
Score	0	0,43	0,57	0	0
Question 3B	1/7	3/7	3/7		
Score	0,14	0,43	0,43	0	0

TCS 3

	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2
Question 1	2/11	8/11	1/11		
Score	0,18	,073	0,09	0	0
Question 2	3/11	1/11	6/11	1/11	
Score	0,27	0,09	0,55	0,09	0
Question 3	4/11		1/11	3/11	3/11
Score	0,37	0	0,09	0,27	0,27

ⁱ Les TCS ont été soumis à un panel variant de 7 à 12 experts.

	-2	-1	0	+1	+2
Question 3C		1/7	6/7		
Score	0	0,14	0,86	0	0
Question 4A	7/7				
Score	1	0	0	0	0
Question 4B				6/7	1/7
Score	0	0	0	0,86	0,14
Question 4C				1/7	6/7
Score	0	0	0	0,14	0,86
Question 4D	3/7	3/7		1/7	
Score	0,43	0,43	0	0,14	0

TCS 6

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1A		5/7	2/7		
Score	0	0,71	0,29	0	0
Question 1B		5/7	2/7		
Score	0	0,71	0,29	0	0
Question 1C		1/7	6/7		
Score	0	0,14	0,86	0	0
Question 1D		3/7	4/7		
Score	0	0,43	0,57	0	0
Question 1E				5/7	2/7
Score	0	0	0	0,71	0,29
Question 2A	5/7	2/7			
Score	0,71	0,29	0	0	0
Question 2B			7/7		
Score	0	0	1	0	0
Question 2C				3/7	4/7
Score	0	0	0	0,43	0,57
Question 2D				1/7	6/7
Score	0	0	0	0,14	0,86
Question 3A	1/7	1/7		2/7	3/7
Score	0,14	0,14	0	0,29	0,43
Question 3B				3/7	4/7
Score	0	0	0	0,43	0,57
Question 3C		1/7	3/7	2/7	1/7
Score	0	0,14	0,43	0,29	0,14
Question 4A	4/7	3/7			
Score	0,57	0,43	0	0	0
Question 4B	5/7	2/7			
Score	0,71	0,29	0	0	0

Question 4C				2/7	5/7
Score	0	0	0	0,29	0,71

TCS 7

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1	7/11	3/11			1/11
Score	0,64	0,27	0	0	0,09
Question 2			2/11	8/11	1/11
Score	0	0	0,18	0,73	0,09
Question 3			2/11	9/11	
Score	0	0	0,18	0,82	0
Question 4		3/11	2/11		6/11
Score	0	0,27	0,18	0	0,55

TCS 8

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1	1/12		2/12	7/12	2/12
Score	0,08	0	0,17	0,58	0,17
Question 2	1/12		4/12	6/12	1/12
Score	0,08	0	0,34	0,5	0,08
Question 3	3/12		6/12		3/12
Score	0,25	0	0,5	0	0,25
Question 4		1/12	1/12	2/12	8/12
Score	0	0,08	0,08	0,17	0,67

TCS 9

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1			1/12	8/12	3/12
Score	0	0	0,08	0,67	0,25
Question 2	8/12	3/12		1/12	
Score	0,67	0,25	0	0,08	0
Question 3				2/12	10/12
Score	0	0	0	0,17	0,83
Question 4	4/12	5/12	3/12		
Score	0,33	0,42	0,25	0	0

TCS 10

	-2	-1	0	+1	+2
Question 1	8/12	4/12			

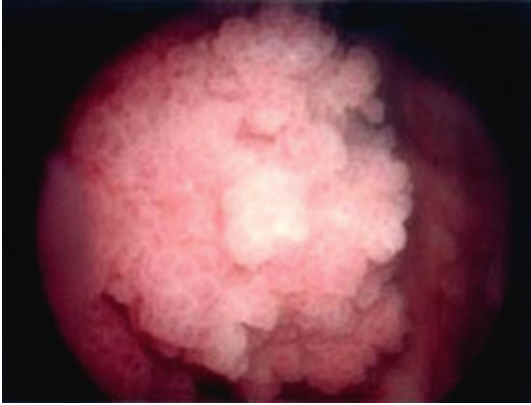
Score	0,67	0,33	0	0	0
Question 2	4/12	4/12		4/12	
Score	0,33	0,33	0	0,33	0
Question 3				3/12	9/12
Score	0	0	0	0,25	0,75
Question 4	12/12				
Score	1	0	0	0	0

TCS 11

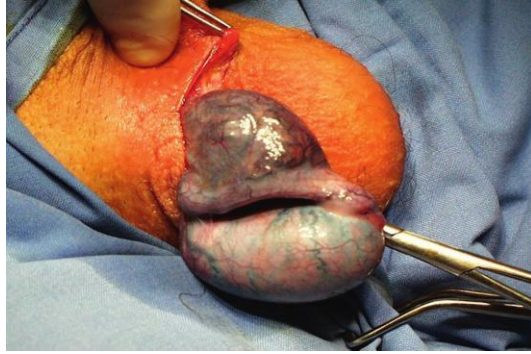
	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2
Question 1A				8/11	3/11
Score	0	0	0	0,73	0,27
Question 1B	1/11			2/11	8/11
Score	0,09	0	0	0,18	0,73
Question 1C	1/11			2/11	8/11
Score	0,09	0	0	0,18	0,73
Question 2A		3/11	3/11	3/11	2/11
Score	0	0,27	0,27	0,27	0,19
Question 2B	1/11	1/11	5/11		4/11
Score	0,09	0,09	0,45	0	0,37
Question 3A	2/11	3/11		2/11	6/11
Score	0,18	0,09	0	0,18	0,55
Question 3B	1/11	3/11	2/11	1/11	4/11
Score	0,09	0,27	0,18	0,09	0,37

TCS 12

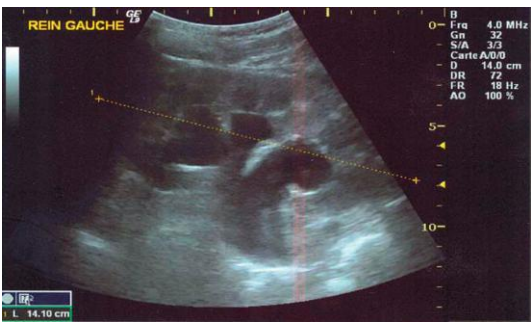
	- 2	- 1	0	+ 1	+ 2
Question 1A				4/12	8/12
Score	0	0	0	0,33	0,67
Question 1B		2/12	6/12	3/12	1/12
Score	0	0,17	0,5	0,25	0,08
Question 1C	7/12	5/12			
Score	0,58	0,42	0	0	0
Question 2A	1/12	5/12	6/12		
Score	0,08	0,42	0,5	0	0
Question 2B				3/12	9/12
Score	0	0	0	0,25	0,75
Question 2C			11/12	1/12	
Score	0	0	0,92	0,08	0
Question 3A	1/7		6/7		
Score	0,14	0	0,86	0	0
Question 3B			2/7	3/7	2/7
Score	0	0	0,29	0,42	0,29
Question 3C				5/7	2/7
Score	0	0	0	0,71	0,29
Question 4A		1/12	4/12	6/12	1/12
Score	0	0,08	0,34	0,5	0,08
Question 4B		2/12	4/12	6/12	
Score	0	0,16	0,34	0,5	0
Question 4C	10/12	2/12			
Score	0,83	0,17	0	0	0



CC14_1.



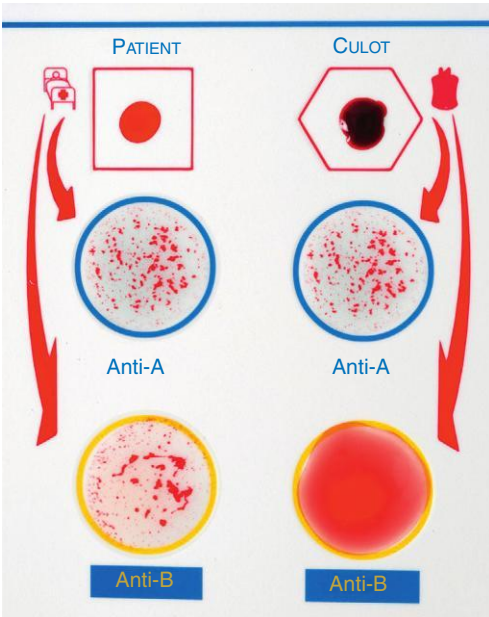
CC19_1.



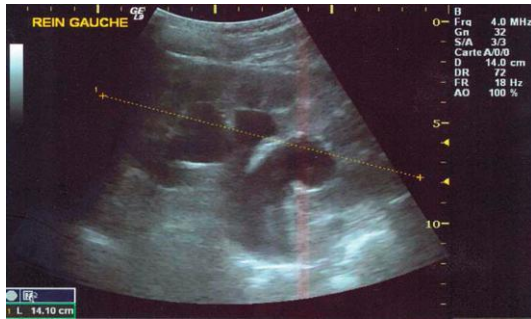
CC15_1.



CC20_1.



CC15_3.



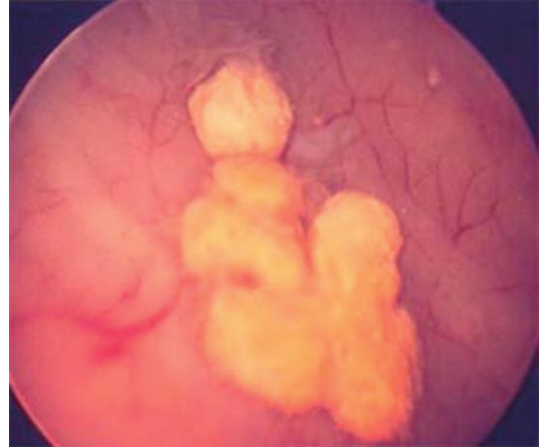
CC24_1.



CC26_1.



CC32_1.



TCS06_2.



QROC_02.



TCS08_1.

474076 – (I) – (3) – CMM90 – PMS 485

Elsevier Masson S.A.S
62, rue Camille-Desmoulins,
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
Dépôt Légal : janvier 2015

Composition : SPI

Imprimé en Pologne par Dimograf