

CF-28-Néphrologie-QCM-EVC-2025

Q 1. Polykystose rénale autosomique dominante (PKRAD)

Un homme de 42 ans consulte pour des douleurs lombaires intermittentes et une HTA récemment diagnostiquée.

Il n'a pas d'antécédent personnel notable mais son père est décédé à 58 ans d'une hémorragie cérébrale. La créatininémie est normale.

L'échographie montre des reins augmentés de taille avec de multiples kystes bilatéraux.

Concernant la PKRAD, quelles propositions sont vraies ?

- a) La transmission est autosomique dominante
 - b) Le gène PKD1 est impliqué dans la majorité des cas
 - c) La présence d'anévrismes intracrâniens est une complication qui doit être dépistée de façon systématique
 - d) L'atteinte hépatique kystique est exceptionnelle
 - e) La fonction rénale est toujours altérée au diagnostic
-

Q 2. Syndrome d'Alport

Un homme de 19 ans est suivi depuis l'enfance pour une hématurie microscopique persistante. Il présente une baisse progressive de l'audition. Sa mère a une hématurie isolée avec une microalbuminurie, sans insuffisance rénale. Un frère de sa mère est dialysé depuis l'âge de 26 ans. Le RAC est à 160 mg/mmol.

Concernant le syndrome d'Alport, quelles propositions sont vraies ?

- a) Il est lié à une anomalie du collagène de type IV
 - b) La transmission est ici probablement liée à l'X
 - c) Le traitement repose sur l'utilisation des bloqueurs du système rénine angiotensine aldostérone
 - d) Le diagnostic peut être fait par la réalisation d'une biopsie cutanée
 - e) L'évolution vers l'insuffisance rénale terminale est fréquente chez l'homme quand la transmission est liée à l'X
-

Q 3. Néphropathie diabétique

Une femme de 56 ans, diabétique de type 2 depuis 15 ans, mal équilibrée (HbA1c 9 %), présente une albuminurie persistante à 500 mg/24 h. La PA est à 150/95 mmHg. Le DFG est estimé à 80 ml/min/1,73 m².

Quels traitements proposez-vous ?

- a) Utilisation des iSGLT2
 - b) Amélioration de l'équilibre glycémique en visant une HbA1c inférieure à 7%
 - c) Prescription de statine
 - d) Cible tensionnelle inférieure à 120 mm Hg de systolique
 - e) Blocage du système rénine-angiotensine
-

Q 4. Néphropathie diabétique

Un homme de 62 ans, diabétique de type 2 depuis 18 ans, présente une protéinurie à 2 g/24 h, un DFG à 45 ml/min/1,73 m² et une rétinopathie diabétique sévère. Concernant la néphropathie diabétique associée au diabète de type 2, quelles affirmations sont vraies ?

- a) Elle est systématiquement associée à une rétinopathie
 - b) L'évolution se fait typiquement de la microalbuminurie vers la protéinurie
 - c) Une hématurie microscopique est fréquente
 - d) L'HTA est un facteur de progression
 - e) La biopsie rénale est systématique
-

Q 5. Hyperkaliémie

Un homme de 75 ans, avec une maladie rénale chronique stade 3, traité par IEC et spironolactone, consulte pour malaise. Le potassium est à 6,9 mmol/L. L'ECG montre des ondes T amples et pointues. Concernant la prise en charge, quelles mesures sont justifiées en urgence ?

- a) Gluconate de calcium IV
 - b) Insuline rapide avec glucose IV
 - c) Résine échangeuse d'ions per os uniquement
 - d) Arrêt des médicaments hyperkaliémiants
 - e) Dialyse systématique
-

Q 6. Hypercalcémie

Une femme de 68 ans est admise pour confusion, anorexie et constipation. Elle prend un traitement par hydrochlorothiazide pour une HTA. La calcémie corrigée est à 3,3 mmol/L. La PTH est normale, la créatininémie est normale. Quelles propositions sont vraies ?

- a) Une étiologie maligne est certaine
 - b) Une hydratation IV avec un soluté glucosé est le traitement de première intention
 - c) Une hydratation IV avec un soluté salé est le traitement de première intention
 - d) L'utilisation de l'hydrochlorothiazide explique totalement le tableau clinique
 - e) Une hyperparathyroïdie primaire est probable
-

Q 7. Néphroprotection

Un homme de 60 ans, IRC stade 3a (DFG 50 ml/min), présente un RAC à 100 mg/mmol. Il est hypertendu (traitement par ramipril et amlodipine) et fumeur. Sa TA est à 150/93 mm Hg, en automesure 145/87 mm Hg. Quelles mesures mettaient vous en œuvre (réponses vraies)?

- a) Ajout d'un diurétique thiazidique pour un meilleur contrôle tensionnel
 - b) Arrêt du tabac
 - c) Les iSGLT2 ne sont pas indiqués car sa protéinurie est suffisamment contrôlée
 - d) Prescription de statines de moyenne ou haute intensité
 - e) Éviction des AINS
-

Q 8. Néphroprotection

Une patiente diabétique de type 2, DFG à 55 ml/min, RAC à 140 mg/mmol malgré la prise d'irbesartan 75 mg/j. Quels traitements ont montré un bénéfice néphroprotecteur dans cette situations cliniques ?

- a) Inhibiteurs de SGLT2
 - b) Sartans à dose maximales tolérées
 - c) Antagonistes calciques dihydropyridines seuls
 - d) Finérénone
 - e) Corticoïdes
-

Q 9. Syndrome de Goodpasture

Un homme de 28 ans consulte pour dyspnée aiguë, hémoptysies et oligurie apparues en quelques jours. La créatinine est à 250 µmol/L elle a doublé en 48 h. La protéinurie sur un échantillon est à 80 mg/mmol de créatininurie. Que suspectez-vous et que faites-vous ?

- a) Syndrome de glomérulonéphrite rapidement progressive
 - b) Recherche en urgence d'anticorps anti membrane basale glomérulaire
 - c) Recherche en urgence d'anticorps d'ANCA
 - d) Réalisation d'une ponction biopsie rénale
 - e) Le diagnostic le plus probable est une glomérulite extramembraneuse compliquée d'embolie pulmonaire.
-

Q 10. Insuffisance rénale aiguë

Un homme de 72 ans est suivi pour une maladie rénale chronique stade 3b (DFG habituel ≈ 38 ml/min/1,73 m²) sur néphroangiosclérose et diabète de type 2. Son traitement comprend : ramipril, dapagliflozine, metformine, furosémide et amlodipine. Il consulte pour asthénie, baisse des apports hydriques et diarrhées évoluant depuis 4 jours. À l'examen : TA 95/60 mmHg, pli cutané, pas d'œdèmes, poids -3 kg. Biologie : Créatinine : 320 μ mol/L (habituel 170 μ mol/L) Urée : 25 mmol/L Natrémie : 134 mmol/l Kaliémie : 5,4 mmol/L

Quelles propositions sont vraies ?

- a) Il s'agit probablement d'une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle sur une maladie rénale chronique
 - b) Le maintien de l'IEC est recommandé pour préserver la néphroprotection
 - c) L'iSGLT2 doit être interrompu de façon définitive
 - d) Il faut arrêter la metformine
 - e) Il faut réhydrater le patient avec du glucosé 5%
-

Q 11. Quelles affirmations sont correctes ? (une ou plusieurs réponses correctes)

- a) Près de 4000 transplantations rénales sont réalisées tous les ans en France
 - b) Un patient ne peut être inscrit sur liste d'attente que dans une seule ville
 - c) Les donneurs Maastricht 3 sont majoritaires
 - d) La $\frac{1}{2}$ vie des greffons rénaux est de 8 ans
 - e) La greffe donneur vivant représente moins de 25% des greffes rénales
-

Q 12. Parmi les propositions suivantes, laquelle est une contre-indication à la transplantation rénale ? (une ou plusieurs réponses correctes)

- a) Diabète avec HbA1C 8,5%
 - b) Hyperparathyroïdie non contrôlée
 - c) Tabagisme sevré à 55 paquets-années
 - d) Insuffisance cardiaque avec FEVG < 30%
 - e) Cirrhose hépatique
-

Q 13. Parmi les propositions suivantes, laquelle est habituellement considérée comme une contre-indication au don de rein ? (une réponse attendue)

- a) Hypertension équilibrée avec une monothérapie
 - b) Diabète de type 2 équilibré chez un homme de 72 ans
 - c) Albuminurie
 - d) Variant pathogène APOL1 hétérozygote
 - e) Antécédent unique d'une pyélonéphrite
-

Q 14. Quels vaccins sont recommandés avant une transplantation rénale chez un patient avec un SHU atypique ? (une ou plusieurs réponses correctes)

- a) Hépatite C
 - b) Zona
 - c) Pneumocoque
 - d) CMV
 - e) Méningocoque
-

Q 15. Quel est le traitement de première intention d'une virémie CMV sans symptômes ni atteinte d'organe ? (une réponse attendue)

- a) Maribavir
 - b) Letermovir
 - c) Ganciclovir
 - d) Valganciclovir
 - e) Foscarnet
-

Q 16. Quelles sont les deux lésions élémentaires de l'activité d'un rejet médié par anticorps ?

- a) Infiltrat (i)
 - b) Tubulite (t)
 - c) Glomérulite (g)
 - d) Capillarite péri-tubulaire (cpt)
 - e) Glomérulopathie d'allogreffe (cg)
-

Q 17. Quels traitements peuvent être utilisés dans le rejet médié par anticorps actif ? (une ou plusieurs réponses correctes)

- a) Corticoïdes
 - b) Echanges plasmatiques
 - c) Immunoglobulines intraveineuses
 - d) Thymoglobuline
 - e) Méthotrexate
-

Q 18. Quelles sont les effets indésirables ou complications du tacrolimus ? (une ou plusieurs réponses correctes)

- a) Tremblements
 - b) Hyperpilosité
 - c) Hypertrophie gingivale
 - d) Diabète
 - e) Neutropénie
-

Q 19. Quel traitement immunosuppresseur nécessite obligatoirement un suivi thérapeutique pharmacologique ? (une ou plusieurs réponses correctes)

- a) Tacrolimus
 - b) Cyclosporine
 - c) Azathioprine
 - d) Belatacept
 - e) Everolimus
-

Q 20. Quels sont les deux facteurs de risque principaux de développer des DSA (donor specific antibodies) ? (une ou plusieurs réponses correctes)

- a) Arrêt des stéroïdes
 - b) Introduction de belatacept
 - c) Mauvaise adhérence
 - d) Mauvais appariement HLA en classe 2
 - e) Age > 60 ans
-

Q 21. Dialyse péritonéale :

Monsieur A. 72 ans aux antécédents suivants : HTA, diabète type 2, cardiopathie ischémique, en dialyse péritonéale depuis février 2025 (DPCA PHYSIONEAL 1.36% avec 2L 3 POCHES /JOUR) avec 4h de contact. Il se présente pour des douleurs abdominales depuis 48 h

1. Vous suspectez une infection du liquide de dialyse péritonéale. Quels sont les critères d'infection de liquide de dialyse péritonéale ?

- a) Douleurs abdominales
 - b) Liquide de dialyse péritonéale limpide
 - c) Au moins 50 éléments /mm³ à l'ECBDP
 - d) Au moins 100 éléments /mm³ à l'ECBDP
 - e) Au moins 150 éléments /mm³ à l'ECBDP
-

Q 22. Quel traitement débutez-vous ?

- a) Vous attendez le résultat de la culture de l'ECBDP avant d'envisager une antibiothérapie
 - b) Vous débutez une antibiothérapie par Cefazoline ou Vancomycine
 - c) Vous débutez une antibiothérapie intrapéritonéale par C3G ou aminoside
 - d) Vous débutez une antibiothérapie par Cefazoline ou Vancomycine ET C3G ou aminoside
 - e) Aucune des propositions n'est vraie
-

Q 23. Vous revoyez M. A 72h après : l'évolution est favorable (disparition des douleurs abdominales et de la turbidité du liquide de dialyse péritonéale). Cependant, son UF quotidienne est négative (- 500ml/j) et il a pris 2 kg.

Que suspectez-vous en priorité (1 seule proposition correcte)

- a) Déplacement du cathéter de dialyse péritonéale
 - b) fuite du liquide par l'émergence du cathéter de dialyse péritonéale
 - c) Hyperperméabilité péritonéale secondaire à la péritonite
 - d) Hypo perméabilité péritonéale secondaire à la péritonite
 - e) Aucune des propositions n est vraie
-

Q 24. Quelle prise en charge proposez-vous ?

- a) Ajout d'une poche isotonique de Physioneal 1.36% 2L sur 4 H
 - b) Ajout d'une poche hypertonique de physioneal 3.86% 2L sur 4 h
 - c) Ajout d'une poche d'icodextrine (EXTRANEAL) 2L sur 12h
 - d) Diminution de la durée de stase des poches de physioneal 1.36% à 3 h au lieu de 4h
 - e) Une séance d'hémodialyse pour temporiser la situation
-

Q 25. Le Kt/V est l'indice de référence pour évaluer l'adéquation de la dialyse. Que représente 'V' dans cette formule ?

- a) Le débit sanguin circulant dans le dialyseur (Blood flow rate)
 - b) Le volume de distribution de l'urée (équivalent au volume d'eau corporelle totale)
 - c) Le volume de dialysat utilisé par minute
 - d) Le volume d'ultrafiltration total de la séance
 - e) Le volume plasmatique
-

Q 26. Le syndrome de déséquilibre de la dialyse (SDD) est une complication rare mais grave. Quelle est la principale explication physiopathologique de ce syndrome ?

- a) Hypotension sévère induisant une hypoperfusion cérébrale
 - b) Hypoglycémie aiguë due à l'élimination des glucides
 - c) Hypernatrémie induisant une déshydratation cérébrale
 - d) Transfert osmotique rapide de l'eau vers le cerveau suite à l'élimination rapide de l'urée plasmatique
 - e) Cette complication est susceptible de survenir à chaque séance de dialyse
-

Q 27. Concernant l'évaluation de l'adéquation de la dialyse par le Kt/V urémique, quelles affirmations sont exactes chez un patient sous hémodialyse chronique 3 fois par semaine ?

- a) Le 'K' (clairance) est principalement influencé par le débit sanguin, le débit de dialysat et la surface de la membrane.
 - b) L'utilisation de la Bêta-2 microglobuline comme marqueur d'adéquation reflète mieux les bénéfices de l'hémodiafiltration que le Kt/V de l'urée
 - c) Le Kt/V sous-estime l'élimination des molécules de poids moléculaire moyen (Middle Molecules) par rapport aux petites molécules.
 - d) Le 'V' (Volume de distribution de l'urée) est un paramètre fixe qui ne change pas avec l'état nutritionnel ou la masse musculaire du patient.
 - e) Le Kt/V cible minimal recommandé pour un traitement trois fois par semaine est généralement de 1,2, bien que 1,4 soit souvent visé pour une plus grande marge de sécurité.
-

Q 28. Concernant la gestion de l'hyperkaliémie sévère ($K^+ > 6,5$ mmol/L avec signes ECG) par hémodialyse, quelles options de prescription de dialysat potassique (K^+) sont appropriées et sûres, en complément du traitement médical initial ?

- a) Augmenter la température du dialysat pour favoriser la diffusion du potassium vers le dialysat.
 - b) Augmenter le débit sanguin (Q_b) et le débit de dialysat (Q_d) pour optimiser la clairance du potassium par diffusion.
 - c) Utiliser un dialysat sans potassium ($K^+ = 0$ mmol/L) pour un gradient maximal afin d'éliminer rapidement le K^+ .
 - d) Opter pour un dialysat à faible concentration ($K^+ = 1$ mmol/L ou 2 mmol/L) pour permettre une élimination rapide tout en conservant une marge de sécurité.
 - e) Administrer du gluconate de calcium IV avant la séance pour antagoniser les effets du potassium sur le potentiel de membrane myocardique.
-

Q 29. L'hémodiafiltration (HDF) en ligne offre des avantages hémodynamiques et d'épuration. Quels sont les principes techniques et les bénéfices attendus de l'HDF par rapport à l'hémodialyse conventionnelle (HD) ?

- a) L'HDF est associée à une meilleure stabilité hémodynamique et potentiellement une réduction des épisodes d'hypotension intradialytique.
 - b) L'HDF nécessite des dialyseurs 'Low-flux' (basse perméabilité) pour assurer la filtration et l'ultrafiltration nécessaires.
 - c) L'HDF permet l'administration d'un grand volume de liquide de substitution (jusqu'à 60 L/séance) pour compenser les pertes de filtration.
 - d) L'HDF améliore significativement la clairance des molécules de poids moléculaire moyen grâce au mécanisme de convection.
 - e) Le liquide de substitution réinjecté doit être préparé à partir d'eau standard et ne nécessite pas de filtration supplémentaire pour garantir la stérilité.
-

Q 30. Un patient âgé de 67 ans, est adressé aux urgences pour confusion. Il a pour antécédent une insuffisance cardiaque sévère compliquant une cardiopathie ischémique. Son traitement comprend un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, du furosémide à 120 mg/j, un bêtabloqueur et un antiagrégant plaquettaire. A l'examen clinique, il n'a pas de signe de localisation neurologique, il est désorienté dans le temps et l'espace, somnolent mais stimuable.

Sa pression artérielle est à 92/66 mmHg, son pouls est régulier à 82/min, il est apyrétique. Il a une dyspnée au repos. Il présente des signes d'insuffisance cardiaque globale avec des œdèmes des membres inférieurs, un reflux hépatojugulaire, des crépitations aux deux bases pulmonaires. Un scanner cérébral sans injection est sans particularité.

La biologie révèle une créatinine plasmatique à 185 micromol/L, le ionogramme sanguin est : Na 118 mmol/L, K 4 mmol/L, Cl 82 mmol/L, glycémie : 4,2 mmol/L. Sur un échantillon d'urines : Na : 11 mmol/L, K : 38 mmol/L, Urée : 262 mmol/L, Albuminurie 12 mg/mmol de créatininurie.

Pour caractériser cette situation clinique, laquelle ou lesquelles des propositions suivantes vous semblent plausibles ?

- a) Il a une insuffisance rénale aigüe fonctionnelle
- b) Il a un syndrome cardiorenal de type 4
- c) Il a une hyponatrémie hypoosmolaire
- d) Il a une déshydratation extracellulaire
- e) Il a un syndrome néphrotique

Q 31. Un patient âgé de 67 ans, est adressé aux urgences pour confusion. Il a pour antécédent une insuffisance cardiaque sévère compliquant une cardiopathie ischémique. Son traitement comprend un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, du furosémide à 120 mg/j, un bêtabloqueur et un antiagrégant plaquettaire. A l'examen clinique, il n'a pas de signe de localisation neurologique, il est désorienté dans le temps et l'espace, somnolent mais stimuable. Sa pression artérielle est à 92/66 mmHg, son pouls est régulier à 82/min, il est apyrétique. Il a une dyspnée au repos. Il présente des signes d'insuffisance cardiaque globale avec des œdèmes des membres inférieurs, un reflux hépatojugulaire, des crépitations aux deux bases pulmonaires. Un scanner cérébral sans injection est sans particularité. La biologie révèle une créatinine plasmatique à 185 micromol/L, le ionogramme sanguin est : Na 118 mmol/L, K 4 mmol/L, Cl 82 mmol/L, glycémie : 4,2 mmol/L. Sur un échantillon d'urines : Na : 11 mmol/L, K : 38 mmol/L, Urée : 262 mmol/L, Albuminurie 12 mg/mmol de créatininurie.

Quelle(s) proposition(s) thérapeutique(s) mettez-vous rapidement en œuvre parmi les suivantes ?

- a) Majoration du traitement natriurétique
 - b) Perfusion de sérum salé isotonique pour rétablir la volémie
 - c) Arrêt temporaire de l'inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
 - d) Oxygénothérapie
 - e) Perfusion d'albumine
-

Q 32. Un patient vous est adressé pour une élévation récente de la créatinine plasmatique. Il présente également une hématurie macroscopique totale et sans caillots, une protéinurie à 1g/g de créatininurie, une pression artérielle à 122/77 mmHg. Les reins et les cavités pyélocalicielles sont normaux à l'échographie.

Parmi les propositions diagnostiques suivantes laquelle ou lesquelles peuvent être évoquées?

- a) Maladie à anticorps anti-membrane basale glomérulaire
 - b) Atteinte rénale d'une vascularite associée au ANCA
 - c) Néphropathie lupique
 - d) Endocardite infectieuse
 - e) Néphropathie à IgA
-

Q 33. Une patiente âgée de 46 ans est au 7e mois après une première transplantation rénale sans complication.

Quel(s) sont parmi les suivants, le(s) élément(s) de surveillance que vous retenez ?

- a) Consultation mensuelle pour le suivi de la transplantation
 - b) Surveillance biologique de la fonction rénale et urinaire toutes les deux consultations
 - c) Dosage hebdomadaire des immunosuppresseurs
 - d) Biopsie du greffon tous les 6 mois la première année
 - e) Examen dermatologique annuel
-

Q 34. Un patient âgé de 62 ans, hémodialysé depuis 4 ans pour une néphropathie vasculaire présente des ulcères spontanément douloureux et extensifs sus-maléolaires bilatéraux, de la face interne des cuisses et des orteils. Ils sont installés depuis deux semaines. Ses pouls périphériques sont présents. Parmi les suivants, quel(s) diagnostic(s) peuvent être évoqués ?

- a) Vascularite des artères de petit calibre
 - b) Escarres
 - c) Calciphylaxie
 - d) Ulcères veineux
 - e) Ischémie aigue des membres inférieurs (artériopathie oblitérante des membres inférieurs de stade IV de Leriche et Fontaine).
-

Q 35. Parmi les suivants, quel(s) est (sont) les élément(s) augmentant le risque d'altération progressive irréversible de la fonction rénale des patients atteints d'une Néphropathie à IgA primitive, selon les recommandations KDIGO2025 ?

- a) Prolifération mésangiale sur la biopsie rénale
 - b) Prolifération endocapillaire sur la biopsie rénale
 - c) Pression artérielle à 130/80 mmHg
 - d) Protéinurie à 1,6 g/24 heures
 - e) Traitement par un bloqueur du système rénine angiotensine
-

Q 36. Quels sont parmi les suivants les examens que vous devez demander systématiquement avant la réalisation d'une biopsie rénale ?

- a) Typage du groupe sanguin
 - b) Hémostase primaire
 - c) Mesure de la pression artérielle
 - d) Échographie rénale ou scanner abdominal
 - e) Recherche d'une protéinurie
-

Q 37. Une patiente âgée de 26 ans, avec une première grossesse en cours à 8 semaines d'aménorrhée, présente un lupus systémique. On détecte une protéinurie non connue à 1,5 g/24 heures. Son traitement est Hydroxychloroquine 400 mg le matin.

Quelle(s) proposition(s) retenez-vous parmi les suivantes ?

- a) Elle présente probablement une néphropathie lupique
 - b) Il s'agit d'une grossesse à risque pour la mère et pour l'enfant ce qui nécessite son interruption
 - c) Il est déconseillé de réaliser une biopsie rénale pour ne pas menacer la grossesse en cours
 - d) Vous prescrivez immédiatement un traitement par aspirine à posologie anti-agrégante plaquettaire pour prévenir le risque de pré-éclampsie
 - e) Vous prescrivez un traitement anticoagulant par héparine de bas poids moléculaire en attendant de savoir si elle a un syndrome des anticorps antiphospholipides
-

Q 38. Une patiente âgée de 26 ans, présente un lupus systémique avec une glomérulonéphrite que la biopsie rénale de la semaine précédente décrit comme associée à une prolifération endocapillaire dans 7 glomérules sur 12 avec des dépôts mésangiocapillaires d'IgG, IgA, IgM, C3 et C1q.

Quelle(s) proposition(s) retenez-vous parmi les suivantes ?

- a) Il s'agit d'une glomérulonéphrite lupique de classe II
 - b) Il s'agit d'une glomérulonéphrite de classe IV active
 - c) Il s'agit d'une glomérulonéphrite de classe III chronique
 - d) Cette néphropathie lupique ne demande que de la surveillance sans traitement spécifique hormis de l'hydroxychloroquine
 - e) Cette néphropathie lupique nécessite au moins une association comprenant corticoides à fortes doses+ mycophénolate ou corticoides à fortes doses et cyclophosphamide puis un traitement d'entretien par azathioprine ou mycophénolate
-

Q 39. Un homme de 80 ans vous est adressé pour une insuffisance rénale (créatinine plasmatique à 380 micromol/L) associée à une protéinurie de débit élevé (4,4 g/24 heures avec une albuminurie à 0,15 g/24 heures). L'examen clinique est peu contributif dont sa pression artérielle à 123/73 mmHg. Une nouvelle biologie confirme ces anomalies, il a une protidémie à 85 g/L, une albuminémie à 35 g/L, un ECBU sans hématurie ni leucocyturie, une calcémie totale à 3,6 mmol/L, les CPK sont normales, la NFS montre une Hb à 8 g/dL, l'haptoglobine est à 1,5 g/L. L'échographie rénale ne montre pas d'anomalie. Parmi les propositions diagnostiques suivantes, laquelle ou lesquelles sont compatibles avec cette présentation clinique ?

- a) Il a une néphropathie glomérulaire non proliférative
 - b) Il a une protéinurie liée à une rhabdomyolyse
 - c) Il a une protéinurie de chaînes légères d'immunoglobulines
 - d) Il a une néphropathie à cylindres myéломateux
 - e) Il a une nécrose tubulaire aigüe
-

Q 40. Un homme de 37 ans vous est adressé un mois après sa sortie d'une nouvelle hospitalisation en psychiatrie pour syndrome dépressif. Il n'a pas de courrier à vous présenter mais vous comprenez qu'il vous est adressé pour une diurèse à 6l/24 heures. Il indique devoir se lever la nuit 3 à 4 fois pour uriner, sans difficultés mictionnelles. Il boit beaucoup, y compris la nuit car il a soif. La biologie montre une créatinine à 74 micromol/L, le ionogramme sanguin suivant : Na 147 mmol/L, K : 4 mmol/L, Cl : 106 mmol/L, la réserve alcaline est à 26 mmol/L, la calcémie est à 2,4 mmol/L, la glycémie est à 4,5 mmol/L. Sur un échantillon d'urines on vous indique : Na 21 mmol/L, K : 11 mmol/L, urée : 60 mmol/L.

Parmi les suivantes, quelles est (sont) la (les) propositions compatible avec cette présentation clinique ?

- a) Il a un syndrome polyuro-polydyspsique
 - b) Il a une potomanie responsable de la polyurie
 - c) Il a un trouble de concentration des urines
 - d) Il a un diabète insipide central ou néphrogénique
 - e) Il a un diabète sucré ignoré jusqu'alors
-