

CF-47-Urologie-QCM-EVC-2025

Q 1. Concernant la « check-list » au bloc opératoire d'urologie en France, quelles sont les propositions exactes

- a) L'étape avant l'induction consiste à préciser l'identité du malade, le nom de l'intervention, le site de l'intervention, l'installation pour l'intervention et le matériel nécessaire
 - b) L'étape avant induction nécessite la présence des équipes médicales et paramédicales qui participeront à l'intervention (anesthésiste, chirurgie, infirmières)
 - c) L'étape avant l'incision consiste à préciser l'identité du malade, le nom de l'intervention, le site de l'intervention, l'installation pour l'intervention, le type d'antibioprophylaxie, le risque hémorragique
 - d) . L'étape avant incision nécessite la présence des équipes médicales et paramédicales qui participeront à l'intervention (anesthésiste, chirurgie, infirmières)
 - e) La « check-list » au bloc opératoire ne comporte pas d'étape après l'intervention
-

Q 2. Concernant la gestion des anticoagulants oraux directs (apixaban, rivaroxaban, dabigatran) en péri-opératoire, quelles sont les propositions exactes

- a) En cas de chirurgie à faible risque hémorragique, le traitement est interrompu la veille au soir et le matin de l'intervention
 - b) En cas de chirurgie à faible risque hémorragique, le traitement doit être repris dans les 6 heures qui suivent l'intervention
 - c) En cas de chirurgie à haut risque hémorragique, le traitement par apixaban ou par rivaroxaban doit être interrompu deux jours (48 heures) avant l'intervention
 - d) Une résection endoscopique de la prostate est considérée comme une intervention à haut risque hémorragique
 - e) Une résection endoscopique d'un polype de la vessie est considérée comme une intervention à haut risque hémorragique
-

Q 3. Concernant le traitement par matériel prothétique de l'incontinence urinaire et du prolapsus pelvien urologiques de la femme en France, quelles sont les propositions exactes

- a) La loi impose en France que la décision de traitement d'un prolapsus pelvien de la femme par matériel prothétique soit validée par une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de pelvi-périnéologie
 - b) La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de pelvi-périnéologie devant analyser les dossiers de traitement d'une incontinence urinaire de la femme par matériel prothétique nécessite la présence d'un urologue, d'un chirurgien gynécologue, d'un médecin de médecine physique et de réadaptation, d'un kinésithérapeute spécialisé dans la prise en charge de l'incontinence de la femme
 - c) La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de pelvi-périnéologie devant analyser les dossiers de traitement par matériel prothétique du prolapsus pelvien de la femme nécessitent uniquement la présence d'un urologue, d'un chirurgien gynécologue
 - d) Les dossiers présentés à une La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) de pelvi-périnéologie devant analyser les dossiers de traitement par matériel prothétique du prolapsus pelvien de la femme nécessitent de comporter une exploration physiologique vésico-sphinctérienne (Bilan Uro-Dynamique)
 - e) Le traitement chirurgical combiné d'un prolapsus pelvien et d'une incontinence d'effort de la femme nécessite la présence à la fois d'un urologue et d'un chirurgien gynécologue
-

Q 4. Concernant la prophylaxie infectieuse pré et per-opératoire pour la chirurgie urologique en France, quelles sont les propositions exactes

- a) L'antibioprophylaxie repose sur une injection d'antibiotique dans les 60 minutes avant le début de l'intervention
 - b) Si une infection de l'appareil urinaire, identifiée avant l'intervention, est en cours de traitement par un antibiotique adapté à l'antibiogramme, il n'est pas recommandé d'administrer une antibioprophylaxie
 - c) L'antibioprophylaxie d'une chirurgie endoscopique de la prostate repose sur l'administration de 2 grammes de céfazoline
 - d) L'antibioprophylaxie d'une uréthrotomie endoscopique repose sur l'administration de 2 grammes de céfazoline
 - e) L'antibioprophylaxie d'une urétéroscopie souple repose sur l'administration de 2 grammes de céfazoline
-

Q 5. Concernant les infections de l'appareil urinaire, les facteurs de risque de complication d'une infection de l'appareil urinaire sont

- a) une anomalie fonctionnelle de l'arbre urinaire
 - b) le sexe masculin
 - c) une clairance de la créatinine inférieure à 30 millilitres par minutes ou une immunodépression sévère
 - d) un âge chronologique de 75 ans quel que soient les critères de fragilité de Fried ou un âge chronologique de 65 ans avec 3 critères de fragilité de Fried
 - e) La grossesse
-

Q 6. Concernant les infections de l'appareil urinaire, les facteurs de risque de colonisation par germe sécréteur de bêta-lactamase à spectre étendu (BLSE) sont

- a) Séjour supérieur à 6 mois en Espagne
 - b) Hospitalisation en unité dite de long séjour
 - c) Une hospitalisation dans les 3 mois
 - d) Avoir été porteur d'un germe sécréteur de BLSE dans les 6 mois
 - e) Age supérieur à 75 ans
-

Q 7. Concernant la dermo-hypodermite périnéale à germe anaérobie (maladie de Fournier) , quelles sont les propositions exactes

- a) Le diagnostic repose sur un scanner abdomino-pelvien en urgence
 - b) Il est recommandé de marquer sur la peau les limites de l'extension des signes inflammatoires
 - c) La prise en charge doit se faire immédiatement en coordination avec un réanimateur
 - d) L'antibiothérapie parentérale probabiliste doit être administrée en urgence associant une bêta-lactamine, un aminoside, du metronidazole ou de la clindamycine
 - e) Le traitement chirurgical est urgent et consiste en une exérèse des tissus infectés et un drainage très large des zone inflammatoires sans attendre un éventuel transfert dans un centre de recours
-

Q 8. Concernant les infections liées aux soins en urologie, quelles sont les propositions exactes

- a) En présence d'une sonde uréthro-vésicale, le seuil de bactériurie est porté à 10^5 ufc / millilitre
 - b) Il est recommandé de traiter une bactériurie asymptomatique uniquement avant une chirurgie urologique et en débutant le traitement deux jours (48 heures) avant l'intervention et de le poursuivre jusqu'à l'ablation du drainage urinaire tout en ne dépassant pas 7 jours de traitement
 - c) Le traitement probabiliste d'une pyélonéphrite post-opératoire repose sur l'administration parentérale de piperacilline ou de tazobactam
 - d) Le traitement probabiliste d'une prostatite aiguë post-opératoire repose sur l'administration parentérale de ceftriaxone
 - e) En cas de facteur de risque d'infection par germe sécréteur de bêta-lactamase à large spectre (BLSE), le traitement probabiliste d'une pyélonéphrite post-opératoire repose sur l'administration parentérale d'imipenème ou de méropénème sans association avec de l'amikacine
-

Q 9. Concernant la maladie de Lapeyronie, quelles sont les propositions exactes

- a) La maladie de Lapeyronie est souvent caractérisée par une phase initiale dite « inflammatoire » durant laquelle une correction chirurgicale de la déformation de la verge est contre-indiquée
 - b) Lorsqu'un malade présente à la fois une maladie de Lapeyronie et une dysfonction érectile, il est recommandé de traiter la dysfonction érectile avant la maladie de Lapeyronie
 - c) Il est fortement recommandé d'avoir suivi une formation diplômante spécifique avant de pratiquer une intervention de correction de la déformation de la verge due à une maladie de Lapeyronie
 - d) Le traitement le plus efficace d'une déformation de la verge due à une maladie de Lapeyronie est l'implantation d'une prothèse pénienne
 - e) Le traitement chirurgical d'une déformation du pénis due à une maladie de Lapeyronie permet le plus souvent d'augmenter la longueur de la verge
-

Q 10. Concernant le traitement médical de l'incontinence urinaire par urgenturie non-neurologique, quelles sont les propositions exactes

- a) Les mesures hygiéno-diététiques n'ont pas démontré leur efficacité pour le traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie
 - b) La kinésithérapie de renforcement du plancher pelvien est un traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie par l'intermédiaire du réflexe périnéo-vésical inhibiteur
 - c) La neuromodulation trans-cutanée tibiale postérieure est un traitement de l'incontinence par urgenturie qui ne présente pas de contre-indication
 - d) Il est recommandé de ne pas traiter l'incontinence urinaire par urgenturie du sujet âgé par anti-cholinergique
 - e) Le mirabegon est un traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie qui ne bénéficie pas de remboursement par l'Assurance Maladie et qui est recommandé chez les patients ayant une hypertension artérielle
-

Q 11. Concernant le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire par urgenturie non-neurologique, quelles sont les propositions exactes

- a) La neuromodulation des racines sacrées consiste en la stimulation de la racine sacrée S3
 - b) La neuromodulation des racines sacrées possède une autorisation de mise sur le marché (AMM) uniquement pour le traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie
 - c) L'abobotulinum toxine A possède une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement de l'hyperactivité vésicale idiopathique
 - d) Avant de pratiquer une injection d'onabotulinum toxine A pour le traitement de l'hyperactivité vésicale idiopathique, il est recommandé d'éduquer le patient à la pratique des auto-sondages vésicaux
 - e) Une première injection d'onabotulinum toxine A ne doit pas dépasser 50 unités
-

Q 12. Concernant la chirurgie de correction d'un prolapsus pelvien d'une femme de 60 ans, quelles sont les propositions exactes

- a) Avant de pratiquer une cure chirurgicale de prolapsus pelvien d'une femme de 60 ans, il est recommandé de prescrire une rééducation pelvi-périnéale et le port d'un pessaire
 - b) Avant de pratiquer une cure chirurgicale de prolapsus pelvien d'une femme de 60 ans, il est recommandé de prescrire une échographie pelvienne et un frottis du col de l'utérus
 - c) Avant de pratiquer une cure chirurgicale de prolapsus pelvien d'une femme de 60 ans, il est recommandé de prescrire une IRM pelvienne dynamique
 - d) Avant de pratiquer une cure chirurgicale de prolapsus pelvien d'une femme de 60 ans, il est recommandé de prescrire une cysto-manométrie et un profil urétral (BUD)
 - e) Au cours d'une cure de prolapsus pelvien d'une femme de 60 ans, il est recommandé de pratiquer systématiquement une ovariectomie prophylactique
-

Q 13. Concernant les signes fonctionnels du bas appareil urinaire en rapport avec une hypertrophie bénigne de la prostate, quelles sont les propositions exactes

- a) Devant une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique, il est recommandé en première intention de pratiquer les explorations biologiques suivantes : la réalisation d'une bandelette urinaire ou d'un examen cyto-bactériologique des urines (ECBU) ainsi que le dosage de la créatininémie et le calcul du débit de filtration glomérulaire (DFG)
 - b) Devant une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique, il est recommandé en première intention de pratiquer les explorations radiologiques suivantes : une échographie des reins, de la vessie et de la prostate par voie endo-rectale
 - c) Devant une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique, il est recommandé en première intention de pratiquer les explorations urologiques suivantes : une débitmétrie avec mesure du résidu post-mictionnel
 - d) Devant une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique, un résidu post-mictionnel significatif après débitmétrie est défini par la persistance dans la vessie d'un volume supérieur au tiers du volume pré-mictionnel
 - e) Devant une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique, il est recommandé en première intention de pratiquer l'exploration physiologique suivante : mesure de la relation de la pression per-mictionnelle et du débit urinaire
-

Q 14. Concernant le traitement des signes fonctionnels du bas appareil urinaire en rapport avec une hypertrophie bénigne de la prostate, quelles sont les propositions exactes

- a) Devant une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique, il est recommandé de prescrire des règles hygiéno-diététiques en première intention
 - b) Les médicaments bloquants les récepteurs alpha1-adrénergiques ont démontré une efficacité sur les signes de la phase mictionnelle et sur les signes de la phase de remplissage
 - c) Parmi les médicaments bloquants les récepteurs alpha1-adrénergiques, l'alfuzosine est celui qui modifie le moins l'éjaculation
 - d) Les médicaments inhibiteurs de la 5-alpha-réductase ont une efficacité démontrée sur les signes de la phase mictionnelle et sur les signes de la phase de remplissage
 - e) Les médicaments inhibiteurs de la 5-alpha-réductase diminuent le taux de PSA de moitié après quelques mois, mais augmentent significativement le risque de développement d'un cancer de la prostate de score ISUP > 3
-

Q 15. Concernant le traitement des signes fonctionnels du bas appareil urinaire en rapport avec une hypertrophie bénigne de la prostate, quelles sont les propositions exactes

- a) En France, les médicaments inhibiteurs de la 5-phospho-di-esthérase (IPDE5) ont une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement des signes de la phase mictionnelle et de la phase de remplissage
 - b) Les médicaments bloquant la liaison de l'acétylcholine aux récepteurs muscariniques sont dépourvus d'effet bénéfique sur les signes de la phase mictionnelle
 - c) Les médicaments anti-cholinergiques n'augmentent pas significativement le risque de rétention vésicale aiguë d'urine chez le sujet âgé si le résidu post-mictionnel est inférieur à 150 ml
 - d) Les médicaments agonistes des récepteurs bêta 3 ont un effet bénéfique sur les signes de la phase mictionnelle
 - e) Les médicaments agonistes bêta 3 n'augmentent pas le risque de rétention aiguë d'urine
-

Q 16. Concernant la rétention vésicale aiguë d'urine, quelles sont les propositions exactes

- a) La mise en place d'une sonde uréthro-vésicale est contre-indiquée en cas d'urétrorragie
 - b) Le ballonnet des sondes uréthro-vésicales doit être gonflé au sérum physiologique
 - c) La mise en place d'un cathéter vésical sus-pubien est contre-indiquée en cas de rétention sur hématurie ou d'antécédent de tumeur urothéliale
 - d) La mise en place d'un cathéter vésical sus-pubien doit se faire en rasant le bord supérieur de la symphyse pubienne
 - e) Les auto-sondages vésicaux par cathéters de 12 à 14 Charrière sont la méthode recommandée de drainage d'une rétention vésicale d'urines
-

Q 17. Concernant l'analyse des calculs urinaires, quelles sont les propositions exactes

- a) L'examen de référence des calculs urinaire est l'uro-scanner
 - b) La densité d'un calcul urinaire se mesure sur les fenêtres osseuses d'un scanner
 - c) La densité d'un calcul urinaire se mesure sur un calcul de plus de 5 mm en considérant uniquement le centre du calcul
 - d) Une densité de 0 Unités Hounsfield correspond à celle de l'eau et une densité de 1000 unités Hounsfield correspond à celle de l'os
 - e) La densité d'un calcul d'acide urique se situe entre 350 et 650 Unités Hounsfield
-

Q 18. Concernant les règles hygiéno-diététiques pour la prévention des calculs urinaires, quelles sont les propositions exactes

- a) La diurèse des 24 heures doit être supérieure à 2 litres
 - b) La consommation de calcium doit être réduite
 - c) La consommation de sel doit être inférieure à 8 grammes par jour
 - d) La consommation de protéines animales ne doit pas être supérieure à 150 grammes par jour
 - e) La consommation de sucres rapides doit être limitée
-

Q 19. Concernant la colique néphrétique sur calcul urinaire, quels sont les critères qui doivent la considérer comme compliquée

- a) Survenue chez une femme enceinte
 - b) Survenue sur un malade porteur d'un rein unique ou d'un transplant rénal
 - c) Colique néphrétique associé à une fièvre
 - d) Colique néphrétique associé à une insuffisance rénale
 - e) Colique néphrétique répondant iniquement à l'administration parentérale de
-

Q 20. Concernant l'urétéroscopie pour le traitement d'un calcul urinaire urétéral ou rénal, quelles sont les propositions exactes

- a) L'intervention peut être pratiquée uniquement par un urologue ayant une attestation de formation à la radioprotection
 - b) La réalisation d'une urétéro-pyélographie rétrograde est recommandée avant toute manœuvre intra-urétérale
 - c) La mise en place d'un fil guide dit de sécurité n'est pas recommandée pour le traitement des calculs pelviens
 - d) La mise en place d'une gaine d'accès urétérale supérieure à 14 Charrière facilite l'intervention en cas de calcul de taille supérieure à 10 mm
 - e) La pression de l'irrigation au sérum physiologique doit être maximale (supérieure à 70 cm d'eau) pour améliorer la vision per-opératoire et nécessite pas de contrôle
-

Q 21. Concernant les traumatismes de l'appareil urinaire, quelles sont les propositions exactes

- a) En cas de traumatisme rénal, le drainage des cavités urinaires rénales est recommandé en cas de caillottage ou de fièvre ou de saignement artériel du pédicule rénal
 - b) En cas de rupture de l'albuginée testiculaire, l'exploration chirurgicale est recommandée uniquement chez l'enfant
 - c) En cas de rupture des corps caverneux du pénis avec rétention aiguë d'urines vésicales, le sondage uréthro-vésical sans uréthroscopie est contre-indiqué
 - d) En cas de traumatisme du bassin, il est recommandé de mettre en place dès le service d'accueil des urgences une sonde uréthro-vésicale à double courant
 - e) En cas de priapisme après traumatisme périnéal, il est recommandé de pratiquer une exploration chirurgicale en urgence
-

Q 22. Concernant la torsion du cordon spermatique, quelles sont les propositions exactes

- a) Si une torsion du cordon spermatique est suspectée chez un enfant, il est recommandé d'attendre la signature de l'autorisation d'opérer par les parents avant de pratiquer l'exploration scrotale au bloc opératoire
 - b) Si une torsion du cordon spermatique chez un enfant est suspectée 10 heures après la survenue de la douleur, l'exploration scrotale au bloc opératoire n'est plus considérée comme une urgence
 - c) Si une torsion du cordon spermatique est suspectée chez un enfant, il est fortement recommandé d'informer l'enfant et ses parents du risque d'orchidectomie
 - d) Si une torsion du cordon spermatique est suspectée et qu'une détorsion manuelle a permis de faire disparaître les douleurs, l'exploration scrotale au bloc opératoire n'est plus considérée comme une urgence
 - e) Si une torsion du cordon spermatique a été traitée par détorsion et fixation testiculaire, il est fortement recommandé de fixer le testicule contro-latéral dans le même temps
-

Q 23. Concernant la fistule urétéro-iliaque, quelles sont les propositions exactes

- a) Le drainage urétéral chronique par sonde JJ d'une sténose urétérale radique est facteur de risque de survenue d'une fistule urétéro-iliaque
 - b) Une fistule urétéro-iliaque doit être suspectée en cas de déglobulisation sans hématurie chez un ayant un drainage urétéral chronique par sonde JJ
 - c) En cas d'hématurie massive lors d'un changement de sonde JJ pour drainage urétéral chronique, il est recommandé de reposer une sonde urétérale immédiatement
 - d) En cas de suspicion de fistule urétéro-iliaque, il est recommandé de pratiquer une laparotomie en urgence
 - e) En cas de suspicion de fistule urétéro-iliaque, il est recommandé de tenter la mise en place d'un stent artériel couvrant le trajet fistuleux
-

Q 24. Concernant les ordres de passage au bloc opératoire des situations suivantes, lesquelles sont conformes aux recommandations, quelles sont les propositions exactes

- a) Fracture des corps caverneux, puis pyélonéphrite obstructive
 - b) Pyélonéphrite obstructive, puis colique néphrétique hyper-algique
 - c) Rupture de fornix rénal, puis torsion du cordon spermatique
 - d) Rupture de l'albuginée testiculaire, puis rupture des corps caverneux
 - e) Rupture du parenchyme rénal (traumatisme de grade II), puis fracture des corps caverneux
-

Q 25. Concernant l'évaluation d'un malade porteur d'une tumeur du testicule, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est recommandé de pratiquer un dosage des marqueurs tumoraux avant l'orchidectomie
 - b) Il est recommandé de pratiquer un dosage des marqueurs tumoraux après l'orchidectomie
 - c) La demi-vie de l'alpha foeto protéine (AFP) est de 5 à 7 jours
 - d) La demi-vie de l'hormone chorio-gonadique (HCG) est de 1 à 2 jours
 - e) Le premier relai du drainage lympho-nodal (ganglionnaire) est iliaque primitif à gauche et inter-aortico-cave à droite
-

Q 26. Concernant l'orchidectomie pour cancer du testicule, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est recommandé d'utiliser une voie d'abord inguinale sauf en cas d'antécédent d'abaissement du testicule opéré
 - b) Il est recommandé de pratiquer une ligature première du cordon spermatique
 - c) Il est recommandé de pratiquer la ligature du cordon avec un fil non-résorbable
 - d) Il n'est pas recommandé d'effectuer une pose de prothèse testiculaire dans le même temps opératoire que l'orchidectomie
 - e) Il est recommandé d'effectuer une conservation du sperme avant l'orchidectomie
-

Q 27. Concernant le traitement médical des cancers du testicule, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est recommandé de discuter en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) tous les dossiers des patients ayant un cancer du testicule quel qu'en soit le stade
 - b) Il est recommandé de discuter avec les patients ayant une tumeur germinale non-séminomateuse du testicule de stade I-a ou I-b (marqueurs et scanner normaux) de recevoir un cycle de chimiothérapie par bleomycine-etoposide-cisplatine (BEP)
 - c) Il est recommandé de discuter avec les patients ayant une tumeur germinale non-séminomateuse du testicule de stade I-a ou I-b (marqueurs et scanner normaux) d'avoir une surveillance initiale très régulière
 - d) Il est contre-indiqué de proposer aux patients ayant une tumeur germinale non-séminomateuse du testicule de stade I-a ou I-b (marqueurs et scanner normaux) de recevoir une chimiothérapie s'ils n'ont pas fait de conservation de sperme avant l'orchidectomie
 - e) Il est recommandé de surveiller les patients ayant une tumeur germinale non-séminomateuse du testicule par dosage des marqueurs tumoraux et scanner thoraco-abdomino-pelvien
-

Q 28. Concernant les tumeurs urothéliales de la vessie n'infiltrant pas le muscle, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est recommandé de proposer 8 instillations de mitomycine C aux patients ayant une tumeur urothéliale de la vessie classée comme risque intermédiaire
 - b) Il est recommandé d'alcaliniser les urines et de pratiquer une restriction hydrique avant les instillations de mitomycine C
 - c) Il est recommandé que les malades gardent la mitomycine C dans leur vessie durant 3 heures au minimum
 - d) Il est recommandé que les malades ajoutent de l'eau de javel à leurs urines durant les 6 heures qui suivent une instillation de mitomycine C
 - e) Il est recommandé de surveiller les patients après traitement d'une tumeur classée comme risque intermédiaire par cytologie urinaire et fibroscopie vésicale pendant 10 ans
-

Q 29. Concernant les tumeurs urothéliales de la vessie n'infiltrant pas le muscle, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est recommandé de pratiquer de façon précoce une seconde résection pour les tumeurs pT1 de haut grade quelle que soit la qualité de la première résection
 - b) Il est recommandé de proposer des instillations de BCG avec traitement d'entretien aux patients ayant une tumeur urothéliale de la vessie classée comme haut risque
 - c) Il est recommandé de proposer une cystectomie à un patient ayant une tumeur urothéliale de la vessie initialement classée comme haut risque traitée par BCG et présentant une récurrence pTa haut grade 18 mois après le début du BCG
 - d) Il est recommandé de proposer une nouvelle induction par 6 instillations de BCG à un patient ayant une tumeur urothéliale de la vessie initialement classée comme haut risque traitée par BCG et présentant une récurrence pTa haut grade 9 mois après le début du BCG
 - e) Il est recommandé de surveiller les patients traités pour une tumeur urothéliale de la vessie classée comme haut risque tous les 3 mois pendant deux ans et tous les 6 mois pendant les 3 années suivantes et ensuite de façon adaptée au risque jusqu'à une surveillance à vie
-

Q 30. Concernant les tumeurs urothéliales de la vessie n'infiltrant pas le muscle, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est recommandé pour les patients ayant une tumeur urothéliale de la vessie classée carcinome in situ de faire des biopsies de la vessie 3 mois après le traitement d'induction par BCG
 - b) Il est recommandé de proposer une cystectomie aux patients ayant une tumeur urothéliale de la vessie classée carcinome in situ récidivant 3 mois après le BCG d'induction sous forme de carcinome in situ
 - c) Chez les patients ayant une tumeur urothéliale de la vessie classée haut risque traitée par BCG et ayant fait une prostatite granulomateuse en cours de BCG traitée par tri-thérapie anti-tuberculeuse, il est recommandé de reprendre les instillations de BCG après 1 mois de tri-thérapie anti-tuberculeuse
 - d) Il est recommandé, chez les patients ayant une tumeur urothéliale de la vessie classée haut risque traités par BCG de débuter une monothérapie anti-tuberculeuse par isoniazide en cas de l'association répétée de température centrale à 38°5 et de frissons pendant les 24 heures suivant les instillations de BCG
 - e) Il est recommandé, chez les patients ayant une tumeur urothéliale de la vessie classée haut risque traités par BCG, de pratiquer un scanner thoracique en cas de toux et de température centrale à 38°5
-

Q 31. Concernant les tumeurs urothéliales de la vessie infiltrant le muscle, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est fortement recommandé d'inscrire les malades dans un parcours de réhabilitation amélioré après chirurgie (RAAC) avant cystectomie pour tumeur urothéliale
 - b) Le parcours de réhabilitation amélioré après chirurgie (RAAC) avant cystectomie pour tumeur urothéliale comporte en pré-opératoire une prise en charge nutritionnelle, une préparation physique, une correction de l'anémie, un sevrage du tabac et une préparation pulmonaire
 - c) Le parcours de réhabilitation amélioré après chirurgie (RAAC) avant cystectomie pour tumeur urothéliale comporte en pré-opératoire une charge glucidique la veille de l'intervention et la boisson de liquides claires jusqu'à 2 heures avant l'intervention
 - d) Le parcours de réhabilitation amélioré après chirurgie (RAAC) pour cystectomie pour tumeur urothéliale nécessite de réaliser une chirurgie laparoscopique assistée par robot
 - e) Le parcours de réhabilitation amélioré après chirurgie (RAAC) pour cystectomie pour tumeur urothéliale comporte les éléments suivants : ablation de la sonde naso-gastrique dès le post-opératoire lorsqu'elle a été mise en place, une renutrition précoce et une mobilisation précoce
-

Q 32. Concernant les tumeurs du rein, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est recommandé d'informer tous les malades ayant un diagnostic de tumeur rénale de la possibilité d'en pratiquer la biopsie
 - b) La localisation antérieure et la proximité du colon sont des contre-indications à la biopsie d'une tumeur du rein
 - c) Une taille supérieure à 7 centimètres est une contre-indication à la biopsie d'une tumeur du rein
 - d) Il est recommandé de pratiquer la biopsie d'une tumeur du rein si le résultat peut modifier la stratégie thérapeutique
 - e) Il est recommandé de pratiquer la biopsie d'une tumeur du rein avant tout traitement qui ne soit pas chirurgical
-

Q 33. Concernant le traitement chirurgical des tumeurs du rein, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est recommandé de pratiquer une ablation de la surrénale lors de la néphrectomie pour les cancers du rein T2
 - b) Il est recommandé de pratiquer un curage ganglionnaire latéro-aortique à gauche et latéro-cave à droite lors de la néphrectomie pour les cancers du rein T2
 - c) Il est recommandé de pratiquer une néphrectomie pour les cancers du rein T3 c dans un bloc opératoire où il est possible de mettre en place une circulation extra-corporelle
 - d) La néphrectomie partielle ou la tumorectomie sont des traitements de première intention des cancers du rein T1
 - e) Il est recommandé de discuter en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) un traitement ablatif percutané pour les cancers du rein T1
-

Q 34. Concernant le cancer de la prostate, quelles sont les propositions exactes

- a) Un antécédent familial de cancer du sein chez un homme apparenté au premier degré est un facteur de risque de cancer de la prostate
 - b) Des antécédents familiaux de cancer du sein bilatéral chez la mère avec un cancer de l'ovaire chez une sœur sont des facteurs de risque de cancer de la prostate
 - c) Deux antécédents familiaux de cancer de la prostate avant 55 ans chez des apparentés au deuxième degré dans la même branche familiale ne sont pas des facteurs de risque de cancer de la prostate
 - d) Il est recommandé de considérer une origine ethnique sub-saharienne comme un facteur de risque de cancer de la prostate
 - e) Il est recommandé d'adresser les malades ayant un cancer de la prostate en consultation de génétique en cas de forme familiale de cancer de la prostate, de survenue du cancer avant 50 ans, d'antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire
-

Q 35. Concernant le diagnostic de cancer de la prostate, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est recommandé de pratiquer une IRM de la prostate et pelvienne avant de pratiquer des biopsies de la prostate
 - b) Il est recommandé d'arrêter l'aspirine 3 jours avant de pratiquer des biopsies de la prostate
 - c) Il est recommandé de pratiquer un lavement à la polividone iodée avant de pratiquer des biopsies de la prostate par voie endo-rectale
 - d) Il est recommandé d'effectuer uniquement des biopsies ciblées en cas de lésion classée PI-RADS 3 ou 4 ou 5 sur l'IRM
 - e) Les fluoro quinolones n'ont plus d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'antibioprophylaxie des biopsies de la prostate par voie endo-rectale
-

Q 36. Concernant le cancer de la prostate, quelles sont les propositions exactes

- a) Un cancer de la prostate cT2a, PSA 7 ng / ml et ISUP 1 sur 8 des 12 carottes biopsiques est classé à faible risque
 - b) Un cancer de la prostate cT1c, PSA 4 ng / ml et ISUP 2 avec un contingent mucineux sur 4 des 12 biopsies est classé à haut risque
 - c) Un cancer de la prostate cT3a, PSA 2 ng / ml et ISUP 2 sur 2 des 12 carottes est classé à haut risque
 - d) Un cancer de la prostate cT2a, PSA 9 ng / ml et ISUP 2 avec moins de 10% de grade 4 sur 4 des 12 carottes est classé en risque intermédiaire
 - e) Un cancer de la prostate cT1c, PSA 3,5 ng / ml et ISUP 1 sur 2 carottes des 12 carottes avec un contingent intraductal et un contingent cribriforme est classé à faible risque
-

Q 37. Concernant la surveillance active du cancer de la prostate, quelles sont les propositions exactes

- a) Il n'est pas recommandé de pratiquer une surveillance active pour un cancer de la prostate avec un contingent intraductal ou cribriforme
 - b) Il n'est pas recommandé de pratiquer une surveillance active pour un cancer de la prostate avec plus de 5 biopsies positives sur 12
 - c) La surveillance active est le traitement curatif de référence du cancer de la prostate de faible risque
 - d) La surveillance active du cancer de la prostate nécessite la pratique de biopsies de contrôle à un an (entre 6 et 18 mois) des biopsies sur lesquelles le diagnostic a été posé
 - e) La surveillance active du cancer de la prostate est contre-indiquée chez les malades dont l'âge est inférieur à 55 ans
-

Q 38. Concernant la radiothérapie du cancer de la prostate, quelles sont les propositions exactes

- a) Il n'est pas recommandé de pratiquer de traitement chirurgical pour dysurie significative dans les 3 mois suivant une radiothérapie de la prostate pour cancer
 - b) Il n'est pas recommandé de pratiquer une radiothérapie adjuvante de la prostate en cas de marge positive
 - c) Il est recommandé d'associer à la radiothérapie 6 mois de suppression androgénique (agoniste ou antagoniste de la GnRH) pour le traitement d'un cancer de la prostate cT2, PSA 8 ng / ml et ISUP 3
 - d) Il est recommandé d'associer à la radiothérapie une suppression androgénique (agoniste ou antagoniste de la GnRH 18 à 36 mois) avec 24 mois d'acetate d'abiraterone pour le traitement d'un cancer de la prostate cT3b, PSA 15 ng / ml et ISUP 4
 - e) Il est recommandé d'associer à la radiothérapie une suppression androgénique (agoniste ou antagoniste de la GnRH 18 à 36 mois) sans acetate d'abiraterone pour le traitement d'un cancer de la prostate cT3a, cN1 (adénopathies pelviennes sur l'IRM), PSA 10 ng / ml et ISUP 3
-

Q 39. Concernant le cancer de la prostate métastatique, quelles sont les propositions exactes

- a) Un patient ayant un cancer de la prostate ISUP 2 avec 3 métastases osseuses (bassin, vertèbre L5, extrémité supérieure du fémur) et des adénopathies iliaques bilatérales de plus de 5 cm en imagerie conventionnelle est classé à haut volume
 - b) Un patient ayant un cancer de la prostate ISUP 3 avec une métastase osseuse (sternum), une métastase pulmonaire et des adénopathies iliaques droites en imagerie conventionnelle est classé à haut volume
 - c) Un patient ayant un cancer de la prostate ISUP 4 avec 3 métastases osseuses (bassin, vertèbre L2, vertèbre T1) en imagerie conventionnelle est classé à haut risque
 - d) Un patient ayant un cancer de la prostate ISUP 2 avec 4 métastases osseuses (bassin, sternum, vertèbre L2, vertèbre T1, extrémité inférieure du fémur) en imagerie conventionnelle est classé à haut volume
 - e) Un patient ayant un cancer de la prostate ISUP 3 avec une métastase osseuse (bassin) et une métastase hépatique en imagerie conventionnelle est classé à haut volume
-

Q 40. Concernant le traitement médical du cancer de la prostate, quelles sont les propositions exactes

- a) Il est recommandé avant de débuter une suppression androgénique (agoniste ou antagoniste de la GnRH) de prescrire une glycémie à jeun, un bilan lipidique, un dosage de la vitamine D
 - b) Il est recommandé avant de débuter une suppression androgénique (agoniste ou antagoniste de la GnRH) de prescrire une ostéodensitométrie
 - c) Il est recommandé au cours du suivi d'un malade traité par suppression androgénique (agoniste ou antagoniste de la GnRH) de prescrire 2 fois par an une glycémie à jeun et un dosage de la vitamine D
 - d) Il est recommandé avant de débuter une suppression androgénique (agoniste ou antagoniste de la GnRH) d'éduquer les patients aux mesures de prévention de la sarcopénie
 - e) Il est recommandé avant de débuter une suppression androgénique (agoniste ou antagoniste de la GnRH) chez un patient ayant des métastases osseuses un traitement visant à prévenir les événements liés aux métastases osseuses (biphosphonate, anti-RANK ligand)
-