Tumori renale

1. Despre adenomul renal, sunt adevărate, cu excepția: => F
   a. Este o tumporă epitelială beni
   b. Sunt tumori glandulare mici, slab diferențiate (F)
   c. Aparțin cortexului renal
   d. Sunt asimptomatice
   e. Sunt descoperite în timpul examinărilor imagistice de rutină

2. Următoarele entități reprezintă varietăți histologice de tumori renale parenchimatoase epiteliale maligne, cu excepția:
   a. Carinomul renal papilar (cu celule cromafile)
   b. Carcinomul renal cu celule gigant
   c. Carcinomul renal convențional (cu celule clare)
   d. Carcinomul renal cu celule cromofobe
   e. Carinomul ductelor colectoare Bellini

3. Nu reprezintă un tip de carcinom renal epitelial malign:
   a. Carcinomul ductelor colectoare Bellini
   b. Carcinom cu celule cromofobe
   c. Nefroblastom
   d. Carcinomul medular
   e. Carcinom renal conventional(cu celule clare)

4. Carcinomul renal cu celule cromafile (papilar):
   a. Are un prognostic mai slab decât carcinomul cu celule clare
   b. Multifocalitatea macro și microscopică este prezentă >54% din cazuri
   c. Reprezintă 1-1,5% din tumorile renale epiteliale primitive
   d. Prezintă pseudocapsulă periferică în 1/3 din cazuri
   e. Afectează majoritat sexul F.

5. Carinomul renal cu celule clare (convențional):
   a. Este o tumporă circumscrisă, cu pseudocapsulă
   b. La examinarea macroscopică are o culoare albicioasă-sidefie
   c. Are o virulență slabă cu evoluție lentă // cel mai virulent
   d. Supraviețuirea se corelează invers proporțional cu dimensiunea tumorală
   e. Citoplasma celulelor tumorale are conținut scăzut în lipide //crescut in lipide

6. Angiomiolipomul renal reprezinta:
   a. tumora maligna mezenchimala // benigna
   b. Formatiune avasculara compusa din tesut adipos si tesut muscular //vasculara
   c. Tumora ce impune tratamentul chirurgical de urgent-nefrectomia radicală sau partială d.
   d.Formatiune tumorala renala caracterizată aproape constant de colici renale repetate intr-un interval scurt<6luni
   e. Patologie benigna de regula asimptomatica ce necesita supraveghere anuala(mai ales daca este de mici dimensiuni <40mm)

7. Cele mai frecvente manifestări clinice ale carinomului renal sunt grupate în triada caracteristică
   a. Durere, piurie, masă tumorală
   b. Durere, piurie, febră
   c. Durere, hematurie și masă tumorală renală
   d. Disurie, gematurie și masă tumorală renală
   e. Polakiurie, hematurie, disurie

8. Manifestările clinice ale tumorilor renale sunt următoarele, cu excepția:
   a. Durerea se întâlnețte la aproximativ 40% dintre pacienți și are caracter acut //variat spre cronic
   b. Tumora se prezintă la palpare ca o masă dură, neregulată, retroperitoneală
   c. Masa tumorală se palpează mai precoce atunci când este afectat polul inferior renal
   d. Hematuria poate fi micro sau macroscopică
   e. Hematuria se poate însotii de colică renală

9. Referitor la investigațiile paraclinice ale cancerului renal este adevărată următoarea afirmație:

a. Scintigrama permite detecția metastazelor SNC cu 9-12 luni înainte de expresia lor radiologică

b. Rx pulmonară face parte din investigațiile preoperatorii
   c. Cavografia se efectuează de rutină când există suspiciunea de tromb in VCI
   d. CT fără substanță de contrat reprezintă gold standardul diagnostic
   e. Arteriografia este recomandată în cazul tumorilor voluminoase

10. Următoarel informații despre CT în diagnosticul tumorilor renale parechimatoase sunt adevărate, cu excepția:
   a. Este metoda de elecție pentru detecția, caracterizare și stadializare meselor tumorale renale
   b. Aduce informatii importante legate de extensia tumorii primare
   c. Aduce informatii importante legate de functionarea și anatomia rinichiului contralaterla
   d. Aduce infromatii importante legate de evaluarea ficatului și gl suprarenale
   e. Reprezintă singura metodă imafistică ce poate evalua prezența și extensia trombului tumoral.

11. Dintre sindroamele paraneoplazice în cancerul renal amintim urmatoarele,cu exceptia:

a. Formele endocrine
   b. Sindrom Stauffer = hepatomegalie nemetastatica
   c. Febra
   d. Formele cardio-pulmonare (Hipertensiune pulmonara idiopatica) //forme cardio-vasculare
   e. Alterarea starii generale

12. Cele mai frecvente situsuri de metastazare, în cazul tumorilor renale parenchimatoase, sunt următoarele, mai puțin:
   a. Sistemul osos
   b. Ficatul
   c. Splină
   d. Ganglionii extraregionali
   e. Plămânii

13. Despre evoluția naturală a carcinomului renal sunt adevărate, cu excepția:

a. Extensia locală a tumorii este lentă, cu timp de dublare a mesei tumorale de 100 de zile //500 zile

b. Extensia venoasă este caracteristica evolutivă specifică a carcinomului renal, cu formarea de tromb tumoral la nivelul venei renale, venei cave inferioare ce se poate extinde până la nivelul atriului drept
   c. Aproximativ 33- 35% din pacienții cu carcinom renal au metastaze în momentul prezentării
   d. Cele mai frecvente situs- uri de metastazare sunt: plâmânii, sistemul osos, ficat, sistem

limfoganglionar extraregional
e. Modalitățile de apariție a determinărilor secundare sunt pe cale venoasă, limfatică sau mixtă iar acestea apar indiferent de mărimea tumorii şi de stadiul ei evolutiv.

14. Diagnosticul diferențial al tumorilor renale parechimatoase se face cu următoarele entități, cu excepția:
a. Rinichiul polichistic
b. Rinichiul scleroatrofic
c. Pionefroza
d. Abcesul renal
e. Pielonefrita xantogranulomatoasă

15. Diagnosticul diferențial al tumorilor renale parechimatoase se face cu următoarele entități, cu excepția:
a. Rinichiul polichistic, hidronefrotic
b. Pionefroza, abcesul renal, pielonefrita xantogranulomatoază
c. Chistul renal
d. Tuberculoza renală
e. Colecistita acută

16. Tratamentul recomandat în cazul tumorilor renale T2:
a. Nephron sparing surgery
b. Tratamentu cu inhibitor de angiogeneză
c. Nefrectomie totală sau parțiaă //radicala in carte
d. Brahidrapie
e. Watchful waiting

17. Următoarele afirmații despre operațiile conservatoare pentru tumorile renale sunt adevărate, cu excepția:
a. Enuclorezecția tumorală în cazuri selectionate (T1a) are acelaşi rezultat cu chirurgia radicală
b. Indicații absolute: pacient cu rinichi unic anatomic/functional
c. Indicații relative: la pacienti cu afectiuni benigne cu potential evolutiv pe parenchimul contralaterla (litiază, PNA, nefroangioscleroză)
d. Este intervenția de electie la pacientii tineri cu speranța de viață >10 ani cu rinichi unic anatomic sau functional
e. Idicații elective – la pacienții cu rinichi colntralateral normal

Tumorile Wilms
18. Următoarele afirmații despre tumorile Wilms sunt adevărate, cu excepția:
a. Reprezintă o boală rară în rândul pacienților adulti
b. Are distribuție relativ egală pe sexe
c. Cea mai comună tumoră malignă a tractului urinar la copil
d. Histologic se prezintă sub formă de tumoră unică, binde delimitată, cu componentă lipomatoasă
e. Apare ca rezultat al proliferării anormale a blastemului metanefrogen

19. Dintre anomaliile congenitale asociate tumorilor Wilms amintim următoarele cu excepția:

a. Hemihipertrofie corporeală
b. Anomalii uro-genitale
c. Anomalii musculo-scheletice

d. Sindrom Beckwith Wiedermen
e. Aniridie

20. Următoarea afirmație referitoare la manifestările clinice ale unui copil cu tumoră Wilms, este adevărată:
a. Comparativ cu tumora Grawitz, hematurie se întâlnește foarte frecvent
b. HTA este rar întâlnită comparativ cu tumorile renale ale adultului
c. Cel mai frecvent apare durere abdominală în bară
d. Hematuria se întâlnește rar, comparativ cu tumorile Grawitz
e. Un alt semn frecvent întâlnit este varicocelul pe partea stângă

21. Următoarea afirmație referitoară la tumora Wilms în stadiul 5 este adevărată:
a. Tumoră reziduală în abdomen, după excizia chirurgicală
b. Tumoră renală bilaterală în momentul diagnosticului
c. Sunt prezente metastaze hematogene
d. Tumora se extinde extracapsular
e. Tumora este limitată la rinichi

Tumori uroteliale înalte
22. Forma histopatologică predominantă în tumorile uroteliale înalte este:
a. adenocarcinom
b. carcinom scuamos // asta e al doilea ca frecventa
c. carcinom mucipar
d. carcinom tranziţional /uroteliale
e. sarcom nediferențial

23. În tumora urotelieală înaltă, stadiul T3 reprezintă:
a. Invazie în grăsimea periureterală
b. Cis
c. Carcinom papilar non-invaziv
d. Invazie tumorală în lamina propria
e. Invazie tumorală la nivelul muscularei mucoasei

24. În tumora urotelială cu localizare pielică/bazinetală, stadiul T3 reprezintă:
a. invazie tumorală în ţesutul conjunctiv subepitelial
b. carcinom papilar non- invaziv
c. invazie în splină
d. tumoră invazivă în afara muşchiului căii urinare, în grăsimea peripielică sau parenchimul renal
e. niciuna dintre variantele de mai sus

25. Diagnosticul diferențial al tumorilor uroteliale renale se face cu:
a. Hidronefroza congenitală
b. Litiaza radiotransparentă
c. Cancerul parenchimului renal
d. Rinichiul mut ecografic
e. Toate de mai sus

26. Care dintre următoarele interventii chirurgicale **nu** este corectă în tratamentului unei tumori uroteliale pielocaliceale stadiată T3 N0 M0:
a. Nefrourectomie +cistectomie perimeatică clasică deschisă
b. nefrectomie radicală + limfodisectie locoregională
c. nefroureterectomie laparoscopică + cistectomie perimeatică laparoscopică
d. nefroureterectomie deschisă + cistectomie perimeatică endoscopică

e. nefroureterectomie laparoscopică + cistectomie perimeatică endoscopică

HBP. Cancer de prostată

Generalități

27. În ce perioadă de viață IU își începe dezvoltarea prostata?
    a. Săptămâna a 2-a
    b. Săptămâna a 4-a
    c. Luna a 3-a
    d. Luna a 4-a
    e. Luna a 6-a

28. valoare ridicată a PSA-ului seric poate fi întâlnită în următoarele situatii cu exceptia:
    a. Cancerul de prostată
    b. Adenom de prostată
    c. Prostatite
    d. Traumatisme perineale
    e. Tumori vezicale

29. Antigenul specific prostatei este secretat de către:
    a. Componenta conjunctivă a prostatei
    b. Componenta epitelială a prostatei
    c. Componenta musculară a prostatei
    d. Epifiză
    e. MSR

30. Din care zona prostatica se dezvolta adenomul de prostata?
    a. Zona fibromusculara
    b. Zona periferica
    c. Zona centrala
    d. Zona anterioara
    e. Zona tranzitionala

31. În ce zonă a prostatei apare cel mai frecvent cancerul?

a. Zona periferică
b. Zona centrală
c. Zona tranzitională
d. Zona periureterală
e. Zona anterioară

32. Despre anatomia zonală a prostatei se poate afrima că:
a. Zona centrală este sediul în care se dezvolă cu precădere cancerul de prostată
b. Zona tranzitională este sediul HBP
c. Zona periferică este situată anterior
d. Zona periferică reprezintă <5% din volumul glandei
e. Zona centrală este accesibilă prin tușeu rectal

33. Alte patologii ce determină obstacol subvezical în afară de adenomul de prostată, sunt următoarele, cu excepția:
a. Stircutirle de uretrăÎ
b. Corpi străini uretrali
c. Litiaza reno-ureterală
d. Slceroze de col vezical
e. Calculi uretrali

Hiperplazia benignă de prostată

34. În procesele din etiopatogenia HBP este adevărat că:
a. Androgenii nu au rol esențial
b. Estrogenii se transformă in DHT sub actiunea inhibitorilor de 5α – reductază
c. DHT se transformă în testosteron sub actiunea 5α – reductazei
d. Sursa primară de androgeni este testiculul
e. Vitamina A are un rol neclar

35. Legat de etiopatogenia HBP se poate afirma că:
a. 5α reductaza transformă DHT în T
b. Vitamina A blochează creșterea celulelor prostatice
c. 5α reductaza transformă estrogenii în DHT
d. Sursa principală de androgeni este CSR
e. Estrogenii au un rol clar dovedin în HBP

36. Principalul hormon cu rol esențial în dezvoltarea adenomului de prostată este:
a. GNRH
b. Testosteron
c. Glucagon
d. Estradiol
e. Progesteron

37. Principalul factor de risc în dezvoltarea adenomului de prostată este:
a. Obezitatea
b. Fumatul
c. HTA
d. Vârsta
e. Consumul de alcool

38. Despre simptomatologia adenomului de prostată este adevărat că:
a. Polachiuria este un simptom postmicțional
b. Jetul urinar întrerupt se poate datora litiazei vezicale
c. Pseudoincontința reprezentă senazția de golire incompletă a VU
d. Ezitarea este un simptom iritativ
e. Senzatia imperioasă de a urina nu se poate datora obstrucției subvezicale

39. Despre manifestările clinice ale HBP este adevărat:
a. Jetul urinar cu forță scăzută nu face parte din LUTS
b. Senzația de golire incompletă este un simpotm iritativ
c. Imperiozitarea este un simptom obstructiv
d. Dificultatea initierii micționale este un simptom obstructiv
e. Polachiuria este în special nocturnă

40. Simptome frecvente ale adenomului de prostată sunt următoarele, cu excepția:
a. Nocturie
b. Polachiuire
c. Disurie
d. Hematurie
e. Senzatia imperioasă de a urina

41. Protocolul de diagnostic al adenomului de prostată include următoarele cu excepția:
a. Anamneză
b. Tușeu rectal
c. Dozare PSA
d. Ecografie
e. CT pelvin

42. În cadrul diagnosticului adenomului de prostată:
a. Tușeul rectal nu este o manevră obligatorie
b. Ureterografie este un element de bază
c. Valoarea crescută a PSA pune diagnosticul de cancer de prostată
d. Litiaza vezicală face parte din patologiile diagnosticului diferențial
e. Ecografia transrectală se efectuează de rutină

43. În cadrul diagnosticului adenomului de prostată:
a. Tușeul rectal evaluează și volumul prostatei
b. Anamneza nu aduce informații utile
c. Densitatea PSA-ului se dozează urinar
d. În cadrul IPSS (*International Prostate Symptome Score)* se evaluează separat și calitatea vieții
e. Ecografia transrectală se efectuează de rutină

44. În cadrul diagnosticului adenomului de prostată:
a. PSA-ul se evaluează și ecografic
b. IPSS (*International Prostate Symptome Score)* nu este util pentru aprecierea simptomatologiei
c. Ureterocitoscopia este utilizată de rutină

d. La tușeul rectal se evaluează zona anterioară a proastaei
e. Tușeul rectal este o manevră standard, obligatorie

45. Evaluare HBP trebuie să includă următoarele investigații paraclinice, cu excepția:
a. Uroflowmetria
b. Ureteroscopia
c. Tușeu rectal
d. Ecografie
e. PSA

46. Despre uroflowmetrie se poate afirma că:
a. Evaluează fluxul urinar ureteral
b. Poate evalua refluxul vezico-ureteral
c. Se paote realiza la un pacient în retenție acută de urină
d. Parametrul urmărit este Qmax – debitul urinar maximal
e. Evaluează obstrucția prevezicală

47. Ureteroscopia poate fi folostiă în diagnosticul adenomului de prostată asociat cu:
a. Diverticuli vezicali
b. ITU
c. Reziduu vezical
d. Insuficineța renală
e. Hematurie

48. Ureterohidronefroza ce apare în HBP este:
a. Evaluată prin IPSS
b. Evaluată orin uroflowmetrie
c. Evaluată prin urodinamică
d. Consecina infecței urinare ascendente
e. De obicei bilaterală

49. În cursul dezvoltării HBP, următoarele sunt adevărate cu excepția:
a. Vezica urinară își poate îngroșa peretele
b. Detrusorul poate devenii instabil
c. Litiaza vezicală este consecința reziduului vezical postmicțional
d. Crește presiunea intravezicala
e. In faza compensatorie paceintul este intodeauna simptomatic

50. Despre adenomul de prostată se poate afirma că:
a. O dată cu decompensarea detrusorului apar și LUTS
b. Estrogenii au un rol clar demonstrat în patogenie
c. Tratamentul cu α-blocante nu are efect dovedit
d. Tratmaentul cu inhibitorii de 5α reductază scade PSA la jumătate
e. Vârsta nu este un factor de risc principal

51. Diagnosticul diferențial al adenomului de prostată se face cu următoarele patologii, exceptând:

a. Tumora de uracă
b. Prostatita
c. Cancerul de prosttă
d. Vezică hiperactivă
e. Tumoră vezicală

52. Despre măsurile teraputice din HBP se poate afirma că:
a. Inițierea tratamentului nu poate ține cont de IPSS (*International Prostate Symptome Score)*
b. Inhibitorii de 5α reductază blochează conversia DHT în T
c. Alfa blocantele acționează rapid și au efect de durată
d. Inhibitorii de 5α reductază cresc valoarea PSA
e. Inhibitorii de 5α reductază nu actionează asupra volumului prostatic

53. În tratarea adenomului de prostată:
a. Terapia combinată presupune fitoterapie și alfa-blocant
b. Alfa-blocantele nu au efect asupra mărimii prostatei
c. Finasterdina și dutasterida sunt principalele alfa-blocante utilizate
d. Inhibitori de 5α fosfodiesterază blochează conversia testosteronului în DHT
e. Watchful waiting se adresează pacienților cu simptome medii

54. Standardul de aur în tratmaentul chirurgical minim-invaziv al adenomnului de prostată este:

a. Crioablatia
b. TURP
c. TUNA
d. TUMT
e. ILC

55. TUR-P este:
a. Contraindicat pacienților cu structură ureterală
b. Indicat în caz de LUTS fără răspuns la terapia medicamentoasă
c. Tratament de primă intenție în cancerul de prostată cu scor Gleason <6
d. Tratament ce realizează suprimarea testosteronului
e. Metoda chirurgicală deschisă este considerată gold standard în tratamentul HBP

56. Depre sindromul post TUR-P este adevărat că:
a. Istalarea sa e favorizată de timpul îndelungat al intervenției chirurgicale
b. Se instalează la câteva zile de la realize. Apare mai ales în cazul adenoamelor mici rezecate rapidarea intefentiei
c. Este favorizat de tratamentul antiandrogenic
d. Se manivestă cu episoade de incontinență urinară

57. Indicațiile tratamentului chirurgical în adenomul de prostată sunt următoarele, cu excepția:

a. Litiaza vezicală secundară
b. Diverticulii secundari ????????
c. Infectiile urinare repetate
d. Insuficineța renală secundară
e. Anuria obstructivă

58. Despre tratamentul chirurgical al HBP se poate afirma că:
a. Intervențiile clasice, deschise se adresează cazurilor cu IR

b. TUR-P nu se indică pacientilor cu retenție cronică de urină
c. Prezența diverticulilor vezicali este o contraindicație a chirurgiei
d. Adenoamele voluminoase sunt inoperabile
e. Repetarea episoadelor de retentie acută de urină este o indicație chirurgicală

59. În tratamentul HBP:
a. Sublimarea de trigon vezical este o complicație tardivă a chirugiei deschise
b. Scleroza de col este o reactie adversă a alfa-blocantelor
c. Chirurgia deschisă este indicată în caz de IPSS <7
d. TUR-P este considerată standard de aur
e. Tratamentul combinat presupune fitoterapie și alfa-blocant

Cancerul de prostată

60. Care dintre următoarele populații prezintă un risc mai mare pentru apariția cancerului de prostată?
a. Caucazienii
b. Afro-americanii
c. Amerindienii
d. Asiaticii
e. Eschimoșii

61. Care dintre următorii factori de risc sunt **cert** implicați în apariția cancerului de prostată?
a. Fumatul
b. Consumul de alcool
c. Infecția HPV gleaso
d. Tratamentul cronic cu anticoagulante
e. Mutatii genetice

62. Riscul unui bărbat de a dezvolta cancer de prostată în condițiile în care are o rudă de gradul I ce suferă de neoplasm prostatic crește de:
a. 3 ori
b. 2 ori
c. 7 ori
d. 11 ori
e. 5 ori

63. Procentul cancerelor prostatice apărute de novo, fără componentă ereditată este:
a. 60%
b. 50%
c. 80%
d. 30%
e. 90%

64. Scorul Gleason reprezintă:
a. Un chestionar administrat pecientului ce evaluează simptomele urinare
b. Un sistem de grading pentru tumorile VU
c. Un scor prognostic pentru cancerul testicular
d. Un sistem de grading pentru cancerul de prostată
e. Un chestionar ce evaluează calitatea vieții după prostatcetomia radicală

65. Care dintre valorile scorului Gleason enumerate mai jos indică cel mai bun prognostic pentru adenocarcinomul prostatic?
a. 8 (4+4)
b. 7 (3+4)
c. 9 (5+4)
d. 7 (4+3)
e. 8 (5+3)

66. Tipul tisular ce reprezintă originea cea mai frecventă a cancerului de prostată este:
a. Epitelial
b. Muscular
c. Nervos
d. Conjuctiv
e. Reticulat

67. Manifestările locale ale cancerului de prostată sunt următoarele, cu exceptia:
a. Retenția de urină
b. Polachiuria
c. Hematuria
d. Hemospermia
e. Chiluria

68. Complicațiile locale și sistemice ale cancerului de prostată **nu** cuprind:
a. Formarea de calculi vezicali
b. Compresie medulară și fracturi osoase prin prezența metastazelor osoase
c. Hematurie prin sângerarea de la nivelul tumorei
d. IRA ce necesită drenaj urinar extern
e. Retenție acută de urină prin obstrucția uretrei

69. Diagnosticul de certitudine al cancerului de prostată se face:
a. Clinic
b. Ecografic
c. Bio-umoral
d. Imagistic
e. Anatomopatologic

70. Complicații ale punctiei biopsiei prostatice sunt următoarele, cu excepția:
a. Rectoragia
b. Anuria obstructivă
c. Hemoragia
d. Infectii prostatice
e. Hemospermia

71. În stadiul T2 al unui cancer de prostată la tușeul rectal se va evidenția:
a. prostată mare, dură, cu indurarea veziculelor seminale
b. Tușeu rectal normal

c. Nodul prostatic dur de dimensiuni variabile
d. Șanț median prostatic șters
e. Masa tumorală ce cuprinde întreg pelvisul //t4

72. Diagnosticul diferențial al cancerului de prostată, după tușeul rectal, se face cu următoarele patologii, exceptând:
a. Strictura ureterală
b. Prostatita cronică
c. Adenomul de prostată
d. TB urogeniată
e. Litiaza prostatică

73. Un adenocarcinom prostatic în stadiul $M1_a$ are:
a. Metastaze oasoase // M1b
b. Metastaze hepatice
c. Metastaze cerebrale
d. Metastaze ganglionare nonregionale
e. Nu are metastaze

74. Un adenocarcinom prostatic în stadiul T2b, este:
a. Tumora ce afecteaza mai putin de jumatate dintr- un lob prostatic
b. Tumora ce afecteaza mai mult de jumatate dintr- un lob prostatic
c. Tumora ce afecteaza ambii lobi prostatici
d. Tumora ce invadeaza veziculele seminale
e. Tumora cu extensie la ganglionii iliaci interni

75. Un adenocarcinom prostatic în stadiul T3a, este:
a. Tumora ce afecteaza mai putin de jumatate dintr- un lob prostatic
b. Tumora ce afecteaza ambii lobi prostatici
c. Tumora cu extensie extracapsulara
d. Tumora ce invadeaza veziculele seminale
e. Tumora ce invadeaza colul vezical

76. Tratamentul curativ al cancerului prostatic localizat include următoarele metode:
a. Supraveghere activă
b. Crioterapia
c. Prostatectomia
d. Hormonoterapia
e. Chimioterapia

77. Orhidectomia bilaterală este o metodă de hormonoterapie a cancerului de prostată ce prezintă următoarele avantaje, mai puține:
a. Cost redus
b. Rapid de efecturat
c. Bine tolerată de pacineți
d. Elimină in totalitate hormonii androgeni
e. Modbiditate minimă

78. Opțiuni pentru hormonoterapia din cancerul de prostată sunt următoarele, cu exceptia:
a. Analogii de LH-RH
b. Anatagonistii de LH-RH
c. Antiandrogeni
d. Anticorpi monoclonali
e. Orhidectomie bilaterală

79. Prostatectomia radicală include următoarele elemente, cu excepția
a. Extirparea prostatei
b. Extirparea veziculelor seminale
c. Extirparea tesutului celulograsos periprostato-seminal
d. Extirparea testiculelor
e. Extirparea lanturilor ganglionare de la nivel pelvin

80. Prostatectoma radicală este procedeul chirurgical prin care se realizează exereza:
a. Prostatei,vezicii urinare,uretrei si a lanturilor ganglionare pelvine.
b. Prostatei, țesutului grăsos periprostatic și a lanțurilor ganglionare pelvine
c. Prostatei, veziculelor seminale, țesutului grăsos periprostatic și ganglionilor pelvini
d. Prostatei, uretrei în întregime și a lanturilor ganglionare pelvine
e. Prostatei, VU, veziculelor seminale și lanțurilor ganglionare pelvine

81. Tratamentul de elecție pentru un pacient cu cancer de prostată localizat, o speranța de viață >10 ani și status biologic bun este:
a. Watchful waiting
b. Terapie hormonală
c. Prostatectomia radicală
d. Radioterapie + hormonoterapie
e. Chimioterapia

82. Complicațiile apărute după prostatectomia radicală sunt următoarele, cu excepția:

a. Fistule urinare A
b. Disfuncții erectile A
c. Incontinență urinară // A
d. Litiază renală
e. TVP //A

83. Brahiterapia în cancerul de prostată reprezintă procedeul prin care se realizează:

a. Iradierea cu o sursă externă a prostatei
b. Iradierea cu o sursaă externă a prostatei, veziculelor seminale și ggl. pelvini
c. Iradierea prostatei prin implantarea la nivelul ei a unor surse radioatvice
d. Iradierea cu o sursă externă a lanțurilor ganglionare, dacă CT-ul sugerează determinări la acest nivel
e. Iradierea cu o sursă externă a pelvisului în intregime

Tumori vezicale

84. Care dintre umrătoarele expuneri implică apariția tumorilor vezicale:
    a. Fumatul
    b. Consumul de cafea
    c. Alcoolul
    d. Ceaiul verde
    e. Băuturile carbogazoase

85. Care este cel mai frecvent tip de cancer de vezică urinară? = CARCINOM UROTELIAL
    a. Carcinom scuamo-celular
    b. Carcinom cu celule clare
    c. Carcinom celular tranzitional
    d. Adenocarcinom
    e. Hiperplazie epitelială

86. Care este cel mai frecvent simptom sugestiv pentru tumora vezicală?
    a. Colica renală
    b. Polakiuria
    c. Costipația alternând cu diareea
    d. Febra
    e. Hematurie nedureroasă

87. Care din urmatoarele investigaţii imagistice sunt utilizate in diagnosticul şi stadializarea tumorilor vezicale?
    a. Ecografia de aparat urinar
    b. Scintigrafia osoasă
    c. Tomografia computerizată cu substanta de contrast
    d. Imagistica prin rezonanta magnetica nucleara
    e. Toate de mai sus

88. Alegeti varianta falsă despre aspectul ecografic al tumorilor vezicale:
    a. Exofitice
    b. Ecodense
    c. Intracavitare
    d. Îşi modifică poziţia odată cu schimbarea poziţiei pacientului
    e. Peretele vezical adiacent tumorii are structură normală.

89. În care dintre umrătoarele stadii invazia tumorală interesează țesutul conjuctiv subepitelial (lamina propria) al peretelui vezical?

a. Cis
b. T1
c. T3b
d. T4
e. N1

90. Ce caracteristică nu este specifică tumorilor de VU cu risc scăzut?
a. G1
b. Tumoră unică
c. Ta
d. Tumoră cu dimensiunea cea mai mare <3cm
e. Cis //e cu risc mare

91. Care dintre următoarele investigații este obligatorie pentru diagnoticul diferential al tumorilor vezicale uroteliale?
a. Citologie urinara
b. Ecografie transrectala
c. Markeri tumorali urinari
d. Uretrocistoscopie, eventual cu camera video
e. Urocultura

92. Următoarea entitate patologică nu se numără în diagnosticele diferențiale ale tumorilor vezicale:
a. Hidrocel
b. Cheagurile endovezicale
c. Litiaza vezicală
d. Cistitele hipertrofice
e. Adenomul de prostată

93. Tratamentul de elecție al tumorilor vezicale nonmusculo invazive este reprezentat de:

a. Instilatie cu Mitomicină C
b. TURV
c. Cistectomie radicală
d. Chimioterapie sistemiă
e. Radioterpaie externă

94. Care dintre următoarele afirmații referitoare la chimioterapia sistemică pentru tumorile maligne ale VU este falsă:
a. Cele mai eficiente citostatice sunt sărurile de platină
b. Cisplatina și carbopatinum sunt considerate săruri de platină
c. Chimioterapia sistemică pentru tumorile vezicale infiltrative este foart eficientă
d. Se poate utiliza o combinație de carboplatin și gamzar
e. Chimioterapia se poate utiliza și ca tratament neoadjuvant

95. Indicațiile terapiei intravezicale **nu** includ:
a. Tumori primare multiple
b. Recidive tumorale multiple
c. Grading tumoral mic G1
d. Tumori în stadiu T1

e. Displazie sau Cis în biopsiile randomizate

96. Care sunt indicațiile imunoterapie cu BCG în cadrul cancerului VU?
a. Tumoră infiltrativă
b. Tumoră vezicală secundară
c. Cis
d. Tumori vezicale metastatice
e. Hiperplazie urotelială

97. Care dintre umrătoarele nu este un efect advers al tratamentului instilational cu vaccin BCG?
a. Cistite
b. Altralgii
c. Infertilitate
d. Polachiurie noctună/diurnă
e. Stare febrilă

98. Care este indicația cistectomiei parțiale în tratamentul cancerului de VU?
a. Tumoră invazivă într-un singur lob prostatic
b. Cis
c. Tumoră unică situată într-o regiune anatomică favorabilă
d. Tumoră de rect invazivă în trigonul VU
e. Tumoră de col vezical

99. Care este indicația cistectomiei parțiale în tratamentul cancerului de VU?
a. Tumoră invazivă într-un singur lob prostatic
b. Cis
c. Tumoră unică situată la nivelul peretelui anterior al VU ce nu poate fi rezecată complet prin TURV
d. Tumoră de rect invazivă în trigonul VU
e. Tumoră de col vezical

100. În cazul unui pacient cu tumoră vezicală cu risc mare de redicidă la ce interval se efectuează cistoscopiile de control în primii 2 ani?
a. Lunar
b. Semestrial
c. Din 3 în 3 luni
d. Din 4 în 4 luni
e. Anual

101. Despre cistita tumorală nu se poate afirma că:
a. Apare tardiv
b. Are un caracter predominant hemoragic
c. Este sindromul cvasicaractersitic tumorilor vezicale avansate
d. Rezultă prin invazia detrusorului
e. Răspunde foarte bine la tratamentul antibiotic

102. Diverticulii vezicali sunt:
a. Consecința creșterii presiunii intravezicale

b. Caracteristi TBC-ului vezical
c. Intâlniti ăn cistita acută hemoragică
d. Evaluati prin urodinamică
e. Formaşiuni tumroale endovezicale

Tumori testiculare

103. Cele mai frecvente cancere testiculare sunt:
a. Melanoame
b. Sarcoame
c. Carcinoame
d. Tumori germinale
e. Fibroame

104. Următoarele entități reprezintă forme histologice de tumori testiculare germinale pure, cu excepția:
a. Seminom testicular
b. Carcinom embrionar
c. Tumoră cu celule mici
d. Tetatomul
e. Tumoră de sac vitelin

105. Factori de risc pentru apariția cancerului testicular de tip germinal includ:

a. Tulburările de coborâre a testicului // eu zic ca e asta ca spune la testicului necoborat ca se poate transforma malign
b. Nasterea prematură
c. Hernia inghinală
d. Infertilitatea masculină
e. Traumatismul testicular

106. Factorii de risc unanim recunoscuti în etiologia tumorilor testiculare germinale, sunt următorii, cu excepția:
a. Cancerul testicular în antecedente

b. Maldescensus-ul testicular
c. Vârsta înaintată
d. Orhita urliană
e. Sindroame Klinefelter şi Down

107. Care sunt căile de extensei a tumorilor testiculare?
a. Invazie locală, extensie limfatică şi hematogenă
b. Directă
c. Limfatică
d. Hematogenă
e. Nu metastazează

108. Următoarele afirmații referitoare la tumorile testiculare sunt adevărate, cu excepția:
a. Modifică forma, consistența şi volumul scrotal
b. Formatiunile intraglandulare suunt descoperite întâmplător
c. Hidrocelul satelit apare în 10% din cazuri
d. Hidrocelul satelit permite examinarea clinică a glandei
e. Forma pseudoinflamatorie este întâlnită în 30% din cazuri

109. Care dintre următoarele semne clinice sunt caracteristice pentru cancerul testicular?

a. Hipertricoza
b. Pubertatea precoce
c. Masă testiculară
d. Tulburări de erecție
e. Durere testiculară

110. Care dintre următoarele semne sunt sugestive pentru activitatea endocrină a unei tumori testiculare?
a. Sindromul Brown-Sequard
b. Colica renală
c. Dureri lombare

d. Ginecomastie
e. Coborârea postpartum a unui testicul ectopic

111. Următoarele elemente sunt importante în diagnosticul clinic al tumorilor testiculare, cu excepția:
a. Anamneza cu identificarea factorilor de risc
b. Examenul clinic local
c. Examenul clinic abdominal
d. Examenul clinic al grupelor ganlionare
e. Examen neurologic la toți pacienții

112. Următoarele tehnici diagnostice au caracter optional în diagnosticul şi stadializarea tumorilor testiculare, cu excepția:
a. Scintigrafia osoasă
b. Ecografia scrotală
c. CT cerbral
d. RM coloană vetebrală

e. Rx osoase

113. Referitor la ecografia scrotală în contextul tumorilor testiculare, sunt adevărate cu excepția:

a. Ecografia este obigatorie în toate cazurile de tumori testiculare
b. Poate detecta leziuni de până la 5mm
c. Oferă informații referitoare la structura histologică a formațiunii
d. Are o sensibilitate de 100%
e. Specificitate de 95%

114. Care dintre umrătoarele afirmații referitoare la markerii tumorali serici folosiți în tumorile testiculare sunt adevărate, cu excepția:
a. Au valoare în diagnostic,stadializare și prognosticul tumorilor testiculare
b. Se determină postoperator fără a se determina și postoperator
c. Valorile crescute după tratament indică boală reziduală sau recurentă
d. Sunt substanțe proteice secretate de țesutul tumoral
e. Se termină preterapeutic, intr-terapeutic și post-terapeutic seriat

115. Care sunt markerii tumorali testiculari cu rol în stadializarea și prognosticul cancerului testicular?
a. AFP, βHCG, LDH
b. AFP, HCG, LDH
c. ACE, AFP, LDH
d. LDH, ACE, βHCG
e. LDH, ACE, HCG

116. Referitor la examinarea CT a cancerului testicular sunt corecte, cu excepția:

a. Este metoda de elecție pentru a detecta diseminarea tumorii în stațiile ganglionare retroperitoneale
b. Identifică ganglioni mici cu diametre de până la 1mm
c. Sensibilitate global ≈ 80%
d. Contraindicată la pacienții cu alergie la substanțele de contrat
e. Reprezintă un mijloc de urmărire a rezultatului terapeutic

117. Diagnostiul diferențial al tumefacțiilor scrotale nedureroare în contextul tumorilor testiculare include următoarele patologii, cu excepția:
a. Hidrocel
b. Spermatocel
c. Hematocel
d. Varicocel
e. Orhiepididimita acută

118. Diagnosticul diferențial al tumorilor testiculare se face cu următoarele afecțiuni, cu excepția:

a. Adenopatie inghino- femurală
b. Orhiepididimita acută
c. Torsiunea de hidatidă Morgagni
d. Hidrocel
e. Tumori paratesticulare

119. Despre terapia multimodală a tumorilor testiculare sunt adevărate următoarele, cu excepția:

a. Include tratamentul chirurgical
b. Include chimioterapie neoadjuvantă
c. Include radioterpaie adjuvantă
d. Icclude polichimioterapie adjuvantă
e. Curabilitatea în stadiul I este de 100%

120. Următoarele afirmații cu privire la terapia chirurgicală a tumorilor testiculare sunt corecte, cu excepția:
a. Orhidectomia radicală se realizează prin abord inghinal
b. Orhidectomia radicală este primul pas in protocolul terapeutic multimodal
c. Orhidectomia radicală se realizează prin abord scrotal
d. Scopul intervenției este extirparea testiculului, tunicii vaginale și a funiculului spermatic e. Orhidectomia radicală presupune ligatura și sancționarea funiculului spermatic la orificiul inghinal profund.

121. Teritoriul clasic de exereză a tesutului grăsos în cadrul limfadenectomiei retroperitoneale (LARP) pentru cancerul testicular, include următoarele repere anatomice:
a. Artera renală – superior
b. Ureterul drept – pe partea dreaptă
c. Arterea iliacă comună – inferior
d. Artera iliacă internă – inferior
e. Ureterul stâng – pe partea stângă

122. Următoarele afirmații referitoare la chimioterapia adjuvantă a tumorilor testiculare sunt adevărate cu excepția:
a. Rata globală de supraviețuire la 5 ani este de 90-100% în stadiile precoce de boală
b. Rata globală de supraviețuire la 5 ani este de 60-85% în stadiile avansate de boală
c. Cea mai mare eficiență o reprezintă BEP (cisplatin, etoposid, bleomicină)
d. Chimioterpaia de prima linie este reprezentată de VIP (vinblastinp, Isofosfamidă, cisplatină)
e. Chimioterpaia de primă linie este reprezentată de BEP (cisplatin, etoposid, bleomicină)

123. Schema chimioterapică de linia 2 în chimioterapia adjuvantă a tumorilor testiculare, include următoarele, cu exceptia:
a. Vinblastinp
b. Isofosmaidă
c. Bleomicină
d. Etoposid
e. Cisplatin

124. Următoarele afirmații referitoare la urmărirea pacienților cu tumori testiculare sunt adevărate, cu excepția:
a. Examenul clinic general și local se realizează la fiecare vizită
b. AFP și βHCG se dozează la fiecare fizictă
c. Rx pulmonară la fiecare fizită
d. RM abomino-pelvin la fiecare vizită
e. Dozarea markerilor tumorali nu este necesară după normalizarea lor.

125. Următoarele reprezintă variante de tratament ale varicocelului simptomatic, cu exceptia:
a. Embolizarea selectivă transvenoască

b. Injectarea percutană de substanțe sclerozante
c. Cura chirurgicală laparoscopică
d. Cura chiurgicală clasică
e. Varicocelectomia subinghinală microscopică

126. Cura chirurgicală a hidrocelului are următoarele deziderate, cu excepția:

a. Deschiderea vaginalei
b. Ligaturarea ductului deferent de aceși parte
c. Evacuarea lichidului
d. Desființarea cavității vaginale
e. Abordul se face prin incizie scrotală

LITIAZA

127. Litiaza urinară poate fi clasificată:
a. După citeriu radiologic
b. În funcție de compozitia chimică
c. După formă
d. Din punct de vedere topografic

e. Toate

128. Cauze urologice de obstructie a căii urinare ce favorizează litiaza urinară sunt:
a. Megaureterul
b. Stenoza congenitală sau dobândită a joncțiunii pielo-ureterale
c. Obstrucțiile colului vezical
d. Stricturile ureterale
e. Toate

129. Litiaza renală asociată ITU este formată din:
a. Cistină
b. Acid uric
c. Fosfat amoniaco-magnezian
d. Oxalat de Ca
e. Niciuna

130. Germenii ureazo pozitivi sunt incriminați în etiologia următorului tip de litiază a.
litiaza oxalică
b. litiaza fosfatică
c. calculii fosfato- amoniaco- magnezieni
d. litiaza cistinică
e. litiaza urică

131. Clasificarea Moores and O Boyle a calculilor coraliformi include următoarele tipuri, cu excepția:
a. Tipul A – calcul ce ocupă intregul sistem pielocaliceal
b. Tipul B – calcul ce ocupă bazinetul și 2 grupe caliceale
c. Tipul C – calcul ce ocupă bazinetul și o grupă cliceală
d. Tipul D – calcul coraliform într-un grup caliceal
e. Tipul E – calcul care ocupă pielonul inferioar al unui pacient cu duplicația pielo-ureterală //tip F

132. Următoarele elemente caracterizează colica nefritică, cu excepția
a. Eeste o durere extrem de intensă cu accentuări paroxistice
b. Are o durată ce variază de la câteva ore la câteva zile
c. Pacientul își găsește în mod normal o poziție antalgice
d. Poate fi însoțită de agitație și transpirații
e. Are o iradiere caracteristică (inghinal și cătrre organele genitale externe)

133. Colica renală se definește ca:
a. durere abdominală violentă periombilicală
b. durere constantă lombară accentuată la inspir profund
c. durere hipogastrică intermitentă accentuată postmicțional
d. durere paroxistică lombară cu iradiere antero- inferioară și spre organele genitale externe
e. durere lombară violentă ameliorată de ingestia de lichide

134. Următoarele afirmații despre diagnosticul clinic al litiazei urinare este falsă:

a. Hematuria apare înaintea durerii

b. Nefralgia este o durere surdă, intermitentă, suportabilă
c. Colica renală este uneori atipică cu semne digestive ce pot domina tabloul clinic d. Colica renală este însoțită de agitație, anxietate și imposibilitatea de a găsii o poziție antalgică e. Asocierea litiază – infecție urinară poate determina PNA cu febră, dureri lombare și piurie

135. Cea mai dramatică complicație a litiazei aparatului urinar superior este: a. Insuficienta renală
b. Anuria obstructivă
c. Colica renală
d. Piolonefrita litiazică
e. Pionefroza litiazică

136. Nu reprezintă complicație a litiazei renale:
a. Infecțiile
b. Insuficiența renală
c. Metaplaziile uroteliale
d. Steinstrasse
e. Obstrucția litiazică

137. Examenele de laborator specifice, în litiaza urinară constau în dozări serice ale:
a. Calcemiei
b. Fosfatemiei
c. Acidului uric
d. Bicarbonaților
e. Toate

138. Despre diagnositcul imagistic al litiazei urinare sunt adevărate următoarele cu excepția:
a. Ecografia reprezintă o metodă de diagnosti neinvazivă
b. Calculii de oxalat de calciu sunt radiotransparenti
c. Calculii fosfo-amoniaco-magneziei sunt cei mai radioopaci calculi
d. Calculii de cistină pot fi uşpr radioopaci datorită conținutului de sulf
e. Calculii de fosfat de calciu prezintă radioopacitate intensă

139. Ce valoare a densitătii unui calcul (CT) prefigurează o foarte bună fragmentabilitate ESWL?

a. intre 1200 – 1400 UH
b. intre 1000 – 1200 UH
c. intre 800 – 1000 UH
d. intre 600 – 800 UH
e. sub 600 UH.

140. Despre UIV intravenoasă, afirmația adevărată este:
a. Este o investigație neiradiantă
b. Nu oferă informații despre efectele calculului asupra căii urinare supraiacente
c. Nu oferă informații despre starea parenchimului renal
d. Poate evidenția calculii radiotransparenți
e. Poate evidensia jeturile ureterale.

141. Care dintre următoarele măsuri trebuie luate în colica renală pentru calmarea durerii:
a. Cura de sete
b. Antialgice
c. Antispastice miorelaxante
d. AINS
e. Toate de mai sus

142. Despre tratamentul litiazei ureterale sunt adevărate următoarele cu excepţia:
a. Tratamentul medical are numai valoare simptomatică
b. ESWL se poate realiza fie in situ fie după împinferea calculului in sistemul pielocaliceal
c. Ureteroscopia se realizează pentru extracerea calculului ca atare sau după ESWL d.
Pentru calculii ureterali priximali nu există diferenţe între ESWL şi ureteroscopie e.
Abordul chirurgical deschis a devenit o mare raritate.

143. Despre ESWL sunt adevărate umrătoarele, cu excepţia
a. Printre efectele secundare se pot număra durerea, peteşiile şi echimozele
b. Calea liberă distal de sediul litiazei nu reprezintă o condiţie obligatorie de efectuare a ESWL
c. Pot apărea contuzii ce pot varia de la uşoare până la hematoame perirenale
d. Rinichiul cu dilataţie importantă nu reprezintă o conditie obigatorie de efectuare a ESWL
e. Hematuria poate reprezenta un efect secundar al ESWL

144. Reprezintă o contraindicaţie pentru ESWL:
a. Tulburări metabolice necorectate
b. Deformări ale coloanei vertebrale, micului bazin sau extremităţilor
c. Anevrismul de aortă sau calcificările arterei renale
d. Infecţii acute ale parechimului renal şi ale căilor urinare
e. Tulburări de ritm şi conducere

145. Reprezintă contraindicaţii absolute ale NLP umrătoarele, cu excepţia:
a. Tulburări de coagulare
b. Obezitate excesivă
c. Sarcina
d. Afectiuni cardiace ce necesită tratament anticoagulant
e. Pacientul comatos

146. Nu reprezintă indicaţie pentru NLP
a. Calcul inclavat în joncţiunea piloureterală >4 săptămâni
b. Litiaza renală unică sau multiplă cu jocţiune pielo-ureterală
c. Eşecul ESWL
d. Calcul caliceal voluminos, în special în calicele inferior
e. Cacul bazinetal cu dimesiuni <1 cm

147. Alternativele de tratament ale litiazei urinare pot fi următoarele cu excepţia:
a. Litotiţia extracorporeală cu unde de şoc
b. Nefrolitomia percutană
c. Ureterolitotomia
d. Cistectomia
e. Cistolitomia

148. Care este indicaţia principală pentru ureterolitotomia deschisă?
a. Litiază ureterală lombară >1cm
b. Litiază ureterală iliacă >1cm
c. Litiaza ureterală pelvină >1cm
d. Litiază ureterală rezistentă la terapia minim invazivă
e. Nici una de mai sus

INFECȚII ALE TRACTULUI URINAT. TUBERCULOZA

Generalități

149. Factori anatomo-funcționali inhibitori ai dezvoltării ITU includ, cu excepția:
a.Integritatea sistemului urinar
b. Integritatea anatomică a aparatului urinar
c. Integritatea stratului de GAG
d. Aport lichidian zilnic de 1L/zi
e. Funcția urinară normală

150. Sunt factori care favorizează apariția și persistența unei ITU, cu exceptia:
a. Refluxul vezico-ureteral
b. Istroicul de ITU în urmă cu un an
c. Cateterismul uretterovezical
d. Transplantul hepatic
e. Diabetul zaharat decompensat

151. Referitor la mecansimul patogenic al ITU este adevărat:
a. Diseminarea ascendentă este cel mai rar mecansim de producere a ITU
b. Diseminarea hematogenă este cel mai frecvent mecansim la femei și bărbați tineri
c. Diseminarea limfatică presupune colonizarea tractului urinar cu germni din tubul digestiv sau din tractul genital feminin
d. Diseminarea acendentă presupune colonizarea tractului urinar superior cu germeni din VU
e. Disemniarea prin esxtensie directtă este cel mai frecvent mecansim de producere a ITU

152. Bacteriuria semnificativă cuprinde următoarele, cu excepția:
a. $>10^3$ germeni/ml în jetul urinar mediu în cistite acute necomplicate la femei
b. $>10^4$ germeni/ml în jetul urinar mediu în PNA necomplicate la femei
c. $>10^3$ germeni/ml în jetul urinar mediu la bărbat cu HBP
d. $>10^5$ germeni/ml în jetul urinar mediu la femei sau $>10^4$ germeni/ml în jetul urinar mediu la bărbați cu ITU complicate (în urina obținută prin cateterism vezical)
e. Oricare gemen din urina obținută prin puncție vezicală suprapubiană

153. Alegeți răspunsul corect:
a. ITU primară constă în infecția apărută la 4 luni după un prim epidos de ITU corect tratat
b. Infecția recurentă se caracterizează prin 2 episoade de ITU apărute la un interval de 10 luni
c. În cazul persistenței bacterene, agentul patogen este diferit față de cel din infecția primară
d. Infecția urinară nerezolvată este cauză de reinfectare latentă // reinfectare rapida
e. In cazul reinfecțiilor, agentul patogen este diferit de cel din infececția primară

154. Mecanismul patogenic cel mai frecvent incriminat în producerea unei infecții urinare este:

a. diseminarea limfatică

b. hematogenă cu origine din focare aflate la distanță
c. prin diseminare în sensul de curgere anatomic al urinei
d. prin comunicări anatomice patologice cu tractul digestiv
e. canalicular ascendent

155. Factori ce sugerează o ITU complicată sunt următorii, cu excepția
a. Reziduu postmicțional urinar de 45 mL // (tre sa fie >100ml)
b. Cateterism intermitent al vezicii urinare
c. Uropatia obstructivă litiazică
d. ITU la un pacient cu ureterocel
e. ITU la un pacient cu un nivel al glucozei serice >300mg/dl (DZ)

Pielonefrite acute

156. Germenii cel mai frecvenți întâlnit în patologia PNA sunt:
a. Coci gram +
b. Bacterii anaerobe
c. Fungi
d. Germeni gram –
e. Protozoare

157. Factorii favorizanți ai pielonefrietei acute:
a. Refluxul vezico-ureteral
b. Obstrucția tractului urinar
c. Infectia hematogenă de la un focar aflat la distanță
d. Diabetul zaharat
e. Toate variantele de mai sus

158. Factorii favorizanți ai PNA sunt, cu excepția:
a. Sexul masculin
b. Infectii hematogne
c. Diabetul zaharat
d. Obstrucția căii urinare
e. Prezenta refluxului vezicoureteral

159. Referitor la tratmaentul PNA, care este afirmația falsă?
a. În cazul infecțiilor necomplicate, cu simptomatologie digestivă, este necesară spitalizarea și administrarea de tratament parenteral
b. Pacienții cu infectii necomplicate, pot fi tratați în ambulator
c. Pielonefritele acute complicate necesită internare și tratament urologic
d. Antibioterapia parenterală include florochinolone, cefalosporine și aminoglicozide
e. Durata tratamentului este de 5-7 zile // e 7-14 zile sau mai mult

160. Referitor la tratamentul PNA, care este afirmația falsă
a. În cazul infecțiilor necomplicate, cu simptomatologie digestivă, este necesară spitalizarea și administrarea de AB parentereal
b. Pacienții cu infecții necomplicate pot fi tratați în ambulator
c. PNA complicate necesită internare și tratament urologic
d. AB-terapie presupune FQ, CF gen III și aminoglicozide
e. Durata tratamentului AB este 5-7 zile

161. Tratamentul antibiotic de elecție în PNA necomplicată:

a. Ampicilină (injectabil)
b. Carbapenemi+ Colistin + Metromidazol (injectabil)
c. Aminoglicozide (per os)
d. Fluorochinolone injectabil
e. Fluorochinolone sau Cefalosporine cu administrare orală

162. Flegmonul perirenal cu evoluție posterioară se caracterizează prin:
a. Semne pleuro-pulmonare, dispnee, tuse
b. Semne digestive, grețuri, vărsături
c. Psoită și contractură antalgică a coapsei
d. Fistule uro-digestive, pneumaturie
e. Contractură, infilttție tegumentară și fistulizare posterioară

163. Obiectivul principal al tratamentului flegmonului perinefric este:
a. Reolvarea afecțiunii cauzatoare
b. Nefrostomia percutană
c. Drenajul colecției
d. Oxigenoterapia
e. Nefrectomia de urgență

164. Despre abcesul renal, se poate afirma:
a. Carbunculul este cauzat cel mai frecvent de infecția cu E-coli
b. Semnele clinice în abcesul corticomedular sunt ademănătoare cu cele din PNA severă
c. In cazul abcesului corticomedular urocultura este negativă
d. Antibioterpaia se administrează pe cale orală în cazul abceselor corticomedulare
e. Drenajul percutan este obligatoriu, indiferent de dimensiunea abcesului

165. Referitor la pionefroză, afirmația falsă:
a. Examenul urografic evidențiază rinichi funcțional și litiaza caliceală inferioară
b. Tratmaentul de electie este chirurgical – nefrectomie
c. Simptomatologia poate vaira de la bacteriurie asimptomatică până la sepsis
d. Reprezintă o hidronefroză infectată în asociere cu distrucția supurativă a parechimului
e. CT-ul este investigația de elecție

Cistita

166. Care simptom nu este prezent în cistita acută bacteriană?
a. Durere hipograstrică
b. Usturime micțională
c. Polakiurie
d. Febră (scrie ca apar in ITU inalta idk)
e. Urină tulbure

167. Un episod de cistită acută poate fi corelat cu următorii factori, cu excepția:
a.Istoric personal de ITU recurente
b. Este mai frecvnet în populația masculină
c. Asocierea unui adenom de prostată
d. Istoric de ITU la mamă
e. Contact sexual recent

168. În cistitele acute, urocultura:
a. Nu este obligatorie ăn cazul asocierii cu PNA
b. Se efectuează dacă pacienții prezintă simptome tipice
c. Se recomandă imediat după terminarea terapiei antibiotice
d. Se efectuează de rutină
e. Este recoamndată în cazul în care simptomatologia nu dispare

169. Referirtor la tratamentul cistitei acute, alegeti afirmația falsă:
a. Antibioterapia în doză unică are dezavantajul recidivelor frecvente
b. Tratamentul de 7 zile este cel mai eficient
c. Fosfomicina se administrează zilnic timp de 7 zile
d. Dacă este cunoscută rezitența locală a germenului se poate utiliza Timetoprim-Sulfametoxazol
e. Tratamentul profilactic în cazul infecțiilor urinare recurente se efectuează pe o perioadă de 6 luni

Prostatita. Orhipididimita

170. Referitor la prostatita acută, sunt adevărate următoarele cu excepția:
a. Poate evolua către sepsis
b. Se poate complica cu abces prostatic, prostatită cronică, PNA, epididimite
c. În cazul retenției de urină este indicată montarea unui cateter ureterovezical
d. Tratamentul AB se administrează minim 2 S în cazuri severe și minim 10 zile în cazuri cu simptomatologie ușoară
e. Tușeul rectal evidențiază prostată mărită, fermă, congestionată și dureroasă, semn definitoriu pentru diagnostic.

171. Tușeul rectal efectuat la un pacient cu prostatită acută arată astfel:
a. Prostată hipertrofică, neregulată, dură
b. Prostată hipersensibilă și dureroasă la atingere eventual fluctuentă
c. Prostată mică, greu detectabilă
d. Prostată cu șant median șters, cu cracmente la palpare
e. Prostată care nu se individualizează față de structurile anatomice vecine

172. În cazul orhipididimitei acute sunt adevărate următoarele, cu excepția:
a. Este frecvent unilaterală
b. Durere se agravează la ridicarea testicului (manevra prehn)
c. Poate fi determinară și de infecția cu N. gonorrhoeae
d. La pacienții>45 de ani, angentii sunt reprezentați de germeni gram negativi e. Complicațiile sunt reprezentate de abcesul testicular, atrofia testicularp, epididimita cronică și infertilitatea

173. Manevra Prehn este sugestivă pentru:
a. Tumorile testiculare
b. Varicocel
c. Orhiepididimită acută versus torsiune cordon spermatic
d. Orhită urliană
e. Gangrenă Fournier

Tuberculoza uro-genitală

174. Despre M. tuberculosis sunt adevărate următoarele, cu exceptia
a. Este cea mai virulentă micobacteire
b. Este un bacil mic, imobil
c. Este un bacil mic, imobil, nesporulat, anaerob //este aerob
d. Bacil acid-alool-rezistent
e. Se poate multiplica în aerul alveolar.

175. M.tuberculosisare rata de dublare:
a. 20 min
b. 2.5 ore
c. saptamanal
d. 20- 24 ore
e. nici una

176. Diagnosticul de TB urinară este pus de:
a. Modificările specifice ale valorilor analizelor uzuale
b. Modificările specifice la investigațiile magistice
c. Izolarea bacilului Koch în urină
d. Toate
e. Niciuna

177. Despre tuberculoza epididimului sunt adevărate,cu excepția
a. Apare prin diseminarea metastatică pe cale sangvină
b. Localizarea inițială la nivelul capului epididimului // la niv cozii
c. Globus major reprezintă transformarea nodulară a întregului epididm
d. TB epididimului poate fi primul simptom al TB genito-urinare
e. M. tuberculosis nu poate fi izolat din urină

178. Despre TB VU este adevărat că:
a. Primele modificări apar la nivelul colului vezicii
b. Mucoasa vezicală este foarte sensibilă la B. Koch
c. Prin afectarea elasticității peretelui muscular, volumul vezical se reduce
d. Detrmină la scurt timp afectare renală
e. Tuberculoame sunt frecvente și la distanță de orificiile ureterale

179. Despre afectarea rinichiului în TB genito-urinară, nu este adevărat:
a. Simptomatolgia este specifică
b. Poate apărea durere lombară
c. Poate apărea urină tulbure și polachiurie
d. Hematuria macro și microscopică este unul dintre simptome
e. Primele semne ale TB renale își pot avea originea în VU

180. Despre afectarea prostatei în TB uro-genitală este adevărat că:
a. Veziculele seminale nu sunt afectate
b. La tuseul rectal este greu de diferentiat de cancerul prrostatic
c. Este o extensie a contaminării renale
d. Este frecventă, fiind descoperită incidental de anatomopatolog
e. Nu este intâlnită formarea de caverne prostatice

181. TB ureterală are următoarele caracteristici:
a. Apare prin diseminare metastatică pe cale sangvină
b. Locul cel mai frecvent este ureterul superior, JPU

c. Întodeauna este o extensie a afectării renale
d. Ureterul afectat prezintă zone de dilatare cu zone de scleroză – sirag de mătăni
e. Mucoasa ureterală nu este afectat

182. Diagnosticul diferențial al TB renale se face cu:
a. HTA
b. Cistita bacteriană
c. Litiaza urinară
d. Toate
e. Niciuna // cistita nu cred ca are simpt renale like

183. Urografia IV şi cistograifa micțională pot arăta următoarele în TB urinară, cu excepția:

a. Modificările pielocaliceale sunt izolate sau combinate: ulcerații şi caverne, stenoze şi dilatatii

b. Ulcerația pielocaliceală – aspect caracteristic *rosătură de molie* pe calice

c. Bazinetul poate fi dilatat în caul unei stenoze a jonciunii sau poate fi mic, retractat şi stenozat în *floare de margaretă*
d. La cistografie VU apare cu contur regulat şi de capacitate normală
e. Rinichiul este complet distrus şi nefuncțional – subtanța de contrast nu mai este eliminată – *rinichi mut ecografic*

184. Urografia la un pacient cu Tb renală prezintă următoarele, cu excepția:
a. Calice amputat
b. Arbore pielo-caliceal cu aspect de *floare de margaretă*
c. Rinichi mut ecografic
d. Lacuna cu *mantel symptom // aparea la litiaza cu calculii radiotransp*
e. Hidronefroza cu stenoze ureterale etajate

185. Despre stenozele uretrale din TB este adevărat că:
a. Apar la toți pacienții cu TB urogenitală
b. Cea mai frecventă localizare este la nivelul joncțiunii UV
c. Stenozele sunt rezolvate definitiv prin stentarea ureterului
d. Dilatarea endoscopică a ureterului este tratamentul de electie
e. Stenozele ureterului terminal pot fi tratate doar chirugical.

186. Trebuie să avem în vedere diagnosticul de TB urinară în următoarele situatii:
a. Cistită cronică ce nu răspunde la tratmaent
b. Piurie sterilă
c. Hematurie macroscopică sau microscopică
d. Toate
e. Niciuna

187. Despre tratamentul TB uro-genitale
a. Durează 6 luni şi cuprinde o fază intensivă şi una de întreținere b.
TB pulmonară şi extrapulmonară nu au aceaşi schemă de tratement c.
Faza de întreținere– 4 medicamente administrate zilnic

d. Faza intensivă durează 6 uni
e. TB MDR implică tratament pe o perioadă de 10 luni

188. Schema de tratament intensiv a tuberculozei este:
a. Izoniazidă, Rifampicină, Etambutol – 3 luni zilnic
b. Izoniazidă, Rifampicinp, Etambutol – 3 luni / 2-3 ori pe săptămâna
c. Izoniazidă, Rifampicină - 3 luni
d. Izoniazidă, Rifmapicină, Pirazimidă, Etambutol– 4 luni zilnic
e. Izoniazidă, Rifampicină – 4 luni

189. Nefrectomia radicală în cazurile de TB are următoarele indicații, cu excepția:
a. Rinichi funcțional, fără calcificări
b. Rinichi funcțional cu calcificări
c. Leziune localizată care nu răspunde la tratmaent medicamentos dupa 6 săptămâni
d. Boală extensivă ce implică intreg rinichiul și asociază HTA și stenoză de JPU e. Coexistența carcinomului renal

TRAUMATISME

Traumatisme renale

190. Semnele generale ale șocului post-traumatic în truamtismele renale sunt:
a. Tegumente normal colorate
b. Pierderea conștienței
c. Stare generală bună
d. HTA
e. Puls slab

191. În cadrul traumatismelor aparatului uro-genital, despre rinichi sunt adevărate, cu excepția:
a. Este protejat de diafragm
b. Este protejat de coastele XI – XII
c. Este protejat de masa musculară sacrată
d. Este protejat de coloana vetebrală
e. Este un organ profund retroperitoneal

192. Cea mai valoroasă investigație imagistică pentru traumatismele renale este:
a. RRVS
b. Ecografia aabominală
c. UIV

d. CT
e. Ecografia pelvină

193. Conform clasificării AAST a leziunilor renale, o leziune a corticalei superficiale cu o profunzime <1cm ce determină hematom perirenal dar nu afectează medulara sau sistemul colector este catalogată drept:
a. Grad III
b. Grad I
c. Grad II
d. Grad IV
e. Grad V

194. Indicațiile absolute pentru tratamentul chirurgical în traumatismele renale sunt următoarele, cu excepția:
a. Stare de șoc hemoragic ce nu poate fi corectată prin măsuri de reechilibrare volemică
b. Hematom perirenal voluminos expansiv
c. Leziuni vasculare de grad V
d. Traumatisme renale de grad III
e. Hematomul pulsatil

195. Următoarea investigație imagistică **nu** se realizează imediat după un trauamtism renal:
a. Ecografie
b. CT
c. RM
d. Arteriografia renală
e. Scintigrafie

Truamatismele VU

196. Principala metodă de diagnostic a ruprutilor VU este:
a. Cistografia de umplere
b. CT abdominal
c. RVU
d. Ecografia
e. UIV

197. Despre traumatismele închise ale VU se pot afirma următoarele, mai puțin:

a. Contuzia vezicală constă în interesarea traumatică a mucoasei și stratului muscular fără pierderea continuității peretelui
b. Ruptura intraperitoneală a VU apare în urma creșterii brusște a presiunii intravezicale produsă prin contuzii abdominale sau pelvine
c. Principala metodă de dg a rutpurilor VU este reprezentată de urografie
d. Dg. leziunii vezicale se precizează de obicei prin evidențierea extravazării substanțelor de contrast
e. tratamentul rupturii intraperitoeneale a VU este întodeauna chirurgical

198. Referitor la truamtismele închise ale VU, următarea afirmație este adevărată:
a. Cea mai frecventă cauză este înjunghirea
b. Ăn majoritatea cazurilor contuziile nu se asociază cu fracturi pelvine
c. vezică plină nu este vulnerabil la actiunea agenților traumatici
d. Leziunile penetrante sunt înregistrate în 70% din cazuri
e. Leziunile penetrante sunt cel mai frecvent iatrogene

199. Care dintre următoarele afirmații despre rupturile vezicale este falsă?
a. Ruptura vezicală intraperitoneală necesită rezolvare chirurgicală imediată b. În cazul revărsatelor subperitoneale minore se indică montarea unei sonde uretero-vezicale și menținere acesteia 10-14 zile
c. Rupturile vezicale extraperitoneale pot fi tratate conservator, prin drenajul vezicii urinare
d. Ruptura vezicală intraperitoneală poate fi tratată conservator dar necesită montarea unei sonde uretro-vezicale și menținerea acesteia pentru o perioadă mai lungă decât iin cazul rupturii extraperitoneală
e. Prezența fragmentelor osoase la nivelul peretelui vezicii impun intervenția chirurgicală deschisă

Traumatisme ureterale

200. Majoritatea traumatismelor ureterale iatrogene survin în timpul intervențiilor chirurgicale:

a. Urologice deschise
b. Urologice endoscopice
c. Ginecologice
d. La nivelul ielonului terminal
e. La nivelul colonului stâng

201. Conform clasificării AAST, o leziune ureterală ce afectează >50% din circumferința ureterului este caalogată drept:
a. grad III
b. grad I
c. grad II
d. grad IV
grad V

202. Următoarele afirmații despre truamtismele ureterale sunt adevărate, cu excepția:
a. Traumatismele ureterale nu determină o simptomatologie tipică
b. În cazul ligaturii ureterale durerea lombară poate avea caracter de colică renală
c. Ligatura bilaterală poate fi urmată de instalarea anuriei obstructive
d. Hematuria este considerată indicatorul princiapl al leziunilor ureterale
e. Durerile lombare, pierderea de urină prin vagin sau sepsisul survenite după investigațiile ginecolocice pot fi expresia leziunilor ureterale

Traumatismele uretrei și penisului

203. Care dintre următoarele afirmații despre traumatismele uretrei este falsă?

a. Truamtismele uretrei anterioare se asociază foarte rar cu fracturi ale pelvisului

b. Traumatismele uretrei posterioare apar frecvent ca urmare a fracturilor bazinului

c. Contuziile uretrei anterioare survin cel mai frecvent in timpul actului sexual

d. Traumatismele uretrei anterioare apar frecvent prin cădere călare sau la nivelul perineului

e. Ruptura totală de uretă posterioară este cel mai frecvent localizată la apexul prostatic

204. Manifestările clinice ale rupturilor de uretră posterioară cuprind următarele, cu excepția:

a. Dureri locoregionale
b. Retenție completă de urină
c. Ureteroragie
d. Masă pseudotumorală de consistență crescută cu prostată dureroasă deplasată cranian identificată prin tușeul rectal
e. Hemoperitoneu

205. Despre explorările imagistice în traumatismele de uretră este adevărat că:

a. Ecografia reprezintă o explorare de rutină în evaluarea inițială a trumatismelor de uretră

b. Ureterografia retrogradă este explorare de elecție
c. Radiografie de bazin nu poate pune in evidență fracturile osoase
d. Cistografia excretorie evidențiază o vezică *în picătură / lacrimă* ăn cazul existenței unui hematom perirenal important
e. Aspectul radiologic al uretrei nu ajută la clasificarea leziunii

206. Despre tratamentul leziunilor de uretră putem afrima, cu excepția:
a. Refacerea chirurgicală amânată este considerată ca fiind metodă de elecțite pentru rezolvarea rupturilor ureteri posterioare
b. Tipurile II și III pot fi tratate conservator prin cistectomie suprapubianp sau cateterizare ureterovezicală
c. Tipul VI impune tratament chirurgical deschis primar
d. Tipurile IV și V necesită tratament chirurgical deschis sau endoscopic, primar sau secundar
e. Tipul I necesită tratament chirurgical

207. Ruptura corpilor cavernoși se manifestă clinic prin următoarele, cu excepția: a. Durere locală intensă
b. Incurbarea penisului spre partea sănăstoasă
c. Detumescență peninaă
d. Erectie prelungită existând riscul de priapism
e. Hematom penian volumino ce poate difuza spre peretele abominal lateral

208. Despre truamtaismele organelor genitale externe la bărbați se poate afirma, cu excepția:

a. Incidența maximă 15-40 de ani
b. Lovirea sau strivirea tegumentelor peniene determină apariția de hematoame sau echimoze c. Traumatismele directe asupra penisului în erecție poate duce la ruptura corpilor cavernoși
d. Ruptura corpilor cavernoși apare în majoritatea cazurilor în timpul actului sexual
e. Ruptura corpilor cavernoși apare ca urmare a extensiei forțate a penisului în stare de erecție

MALFORMAȚII

209. Boala polichistică renală este definită ca:
a. Prezența a numeroase formațiuni chistice la nivelul rinichiului
b. Patologie renală fără simptomatologie clinică pe perioada evoluției
c. Boală genetică renală de evoluează către IR
d. Afectare reanală unilaterală
e. Fuzionarea celor doi rinichi la nivelul polului superior

210. Următoareale afirmații despre chistul renal simplu este falsă:
a. Diametrul uzual este cuprins între 1-10cm
b. În absența tratamentului, duce la IRC
c. De obicei este asimptomatic
d. Peretele chirsului nu conține elemente renale
e. Pot exista mai multe chiste simple la nivelul aceluiași rinichi

211. Istmul ce unește polii inferiori ai rinichiului în potcoavă este:
a. Tumoral
b. Fibros sau parenchimatos
c. Fibros
d. Parenchimatos
e. Parte din calea urinară

212. Ectopia renală încrucișată presupune
a. Malformație incompatibilă cu viața
b. Situație normlaă la trecerea din orto în clinostatism
c. Modificare anatomică secundară prezenți unei tumori retroperitoneale
d. Amplasarea rinichiului de partea cealată a liniei mediane, cu deschiderea ureterului în poziție anatomică normală
e. Nici una de mai sus

213. Care din urmatoarele afirmatii cu privire la agenezia renală bilaterală este adevarata? a. Reprezinta cea mai frecventa malformatie renala diagnosticata prenatal
b. Constituie o conditie premaligna pentru cancerul renal cu celule clare
c. Agenezia renală bilaterală este incompatibilă cu viaţa
d. Diagnosticul este stabilit tardiv întrucât majoritatea pacienţilor sunt asimptomatici pe perioade lungi de timp
e. Principalul simptom clinic este reprezentat de nefralgie intermitenta

214. Duplicitatea pieloureterală completă:
a. Prezența a doi rinichi pe aceeași parte cu un singur ureter
b. Prezența a 2 orificii ureterape pe aceeași parte în VU
c. Prezența a 2 uretere care se unesc înainte de VU
d. Prezența unui rinichi pe o parte din care pornesc 2 uretere
e. Absența unilaterală a rinichiului cu două uretere pe acea parte.

215. Tratamentul obstrucției joncțiunii pieloureterale
a. Nefrectomie
b. Pieloplastie laparoscopică
c. Pieloplastie deschisă
d. Urmărirea pacientului
e. Toate de mai sus

216. Care dintre următoarele afirmați cu privire la disfuncția congenitală de JPU NU este adevărată: a. Principalele simptome clinice sunt nefralgia și ITU recurente
b. Examenul scintigrafic dinamic cu administrare de furosemid este standardul de diagnostic
c. Tratamnentul în stadii incipiente constă în nefrectomie totalî
d. Se poate asocial și cu alte malformatii ale rinichiului
e. Stadiile incipiente pot si evaluate prin ecografie renală semestrială

217. Care dintre următoarele patologii NU reprezintă o malformație a VU: a. Agenezia
b. Vezica septată
c. Divericulii congenitali
d. Extrofia vezicală
e. Vezica neurogenă

218. Prezența a două orificii ureterale pe aceeași parte la nivelul VU semnifică: a. Malformație a VU
b. Un aspect normal
c. Prezența a două unități renale pe acceasi parte
d. Prezenta unei formațiuni tumorale vezicale
e. Pacientul a efectuar recent radioterapie

219. Tratamentul extrofiei vezicale are următoarele obiective, cu exceptia
a. Repararea defectului vezical și uretral
b. Devierea fluxului urinar către rect
c. Reconstrucția peretelui abdominal anterior
d. Reconstrucția organelor genitale externe
e. Tratarea incontinenței urinare

220. Dintre umrătoarele patologii NU reprezintă o malformație uretrală
a. agenezia uretrală
b. stricturile postinfecțioase
c. Valvele ureterale posterioare
d. Epispadias
e. Hipospadias

221. Strictura congenitală de uretră :
a. Este asimptomatică
b. Poate duce la IR
c. Nu necesită tratament în majoritatea cazurilor
d. CT este principalul instument diagnostic
e. Tratamentul este exclusiv endoscopic

222. Hipospadiasul implică deschiderea uretrei la următoarele niveluri, cu excepția: a. Glandular
b. Subcoronal
c. Scrotal
d. Perineal
e. Nici una din cele prezentate

223. Testiculul criptorhid intracanalicular reprezintă prezența testiculului la nivel:

a. Femural
b. Perineal
c. Intra-abominal

d. Canal inghinal

e. Prepenian

224. Care este modalitatea corectă de tratament a criptorhidiei? a. Criptorhidia nu necesită tratament
b. Orhidectomie bilaterală pe cale scrotală
c. Orihopexia testicului în primul an de viaţă
d. Tratamentul hormonal de subtituție cu testosteron
e. Orhidopexia testicului după apariția caracterelor secundare sexuale

225. Următoarea afirmație nu este adevărată despre tratamentul criptorhidiei:

a. Se poate practica criptorhidie
b. Orhidopexia trebuie efectuată precoce
c. Dacă se constantă intraoperator şi o hernie inghinală, trebuie corectată
d. Dacă testicului nu poate fi coborât se poate lăsa pe loc
e. Se poate asocia terpaie hormonală

226. Diverticulul vezical congenital:
a. Necesită tratament în majoritatea cazurilor
b. Imagistica nu este utilă pentru diagnostic
c. Apare la pacientii cu adenom de prostată voluminos
d. Peretele său conține toate straurile peretelui VU
e. Peretel său nu conține stratul muscular.

227. Abordarea pacientului cu micropenis:
a. Se impune stabilirea sexului cromozomial
b. Tratamentul chirurgical implică mărire corpilor cavernoşi
c. Tratamentul cu testosteron incepe după pubertate
d. Scrotul este şi el redus ca dimensiuni
f. Nu se aociază cu alte afectiuni genetice

Semiologie urologică

228. Asocierea colicii renale cu hematurie şi histurie sugerează:
a. Anurie obstructivă
b. Retenție completă de urină
c. Litiază renală bilaterlă
d. Necroză papilară la diabetici
e. IRC

229. Hematuria macroscopică este:
a. Fiziologică
b. Funcțională
c. Urgență de tratament simptomatic
d. Urgentă de diagnostic
e. Toate

230. Care dintre următoarele cauze de urină tulbure nu are o semnificație patologică? a. Fosfaturia în excess
b. Nubecula
c. Chiluria
d. Spermaturia
e. Uraturia în excess

231. Principala cauză a declanșării colicii renale este:
a. Efortul fizic intens
b. Traumatismul lombar

c. Obstacol surbenit brusc la nivelul căilor urinare
d. Retenție completă de urină
e. Anurie de cauză prerenală

232. Uraturia în escess se evidențiază prin
a. Examen clinic
b. Microscopie
c. Înscălzirea unui recipient transparent cu urină
d. Ecografia aparatului urinar
e. Tratarea unrinei cu acid acetic

233. Chiluria se pune în evidență prin una dintre următoarele metode:
a. Încălzirea urinei
b. Centrifugarea urinei
c. Colorația urinei cu acid osmic
d. Picurare de acid acetic in recipientul cu urină
e. Tratarea cu acid nitric

234. Care este investigația imagistică de electie pentru colica renală la un pacient cu rinichi unic chirurgical și creatinină serică de 3 mg/dl
a. Radiografia renovezicala simpla
b. Ecografia aparatului urinar
c. Urografia intravenoasa
d. Scintigrafia renala cu renograma izotopica
e. Tomografia computerizata nativa cu doza joasa de iradiere.

235. Polakiuria însemană
a. urinare cu dificultate
b. urinare frecventa
c. urinare frecventa cu volum scazut per mictiune
d. peste 3500ml urina pe zi
e. eliminare de limfa prin urina

236. Următoarea structură NU are epiteliu tranzitional (uroteliu):
a. VU
b. Uretra peniană
c. Bazinetul
d. Calicele primare
e. Ureterul terminal

237. Nicturie înseamă:
a. Inversarea raportului urinărilor zi/noapte
b. Concentrație crescută de nicotină în urină
c. Urinare numai pe parcursul noptii
d. Eliminare crescută de metaboliti ai acidului uric prin urină pe parcursul nopții
e. Nici una

238. Prin **disurie,** înțelegem:

a. Durere la urinare
b. Urină tulbure
c. Urinare în jet subtire
d. Urinare frecventă
e. Urinare cu dificultate

239. Pacienta de 36 ani cu durere lancinanta in lomba dreapta, iradiata in fosa iliaca ipsilaterala si suprimarea diurezei de 32 ore, are posibil:
a. anexita dreapta
b. pielonefrita acuta dreapta
c. apendicita acuta
d. retentie completa de urina
e. anurie obstructiva pe rinichi unic congenital

240. Este adevărat despre retenția acută de urină:
a. Apare reziduu postmictional și polachiurie
b. Expresia clinică poate fi de glob vezical dureros, palpabil
c. VU este goală și pacientul nu poate urina
d. Apare ca etapă finală a IRA
e. Este cauzată de un calcul renal coraliform obstructiv