

Post-test

La prostate : questionnement et controverse

Les réponses seront publiées dans trois mois, dans le numéro de septembre.

1 ***Quelle valeur minimale du taux d'APS correspond à une prostate de plus de 30 cm^3 ?***

a) 0,5 ng/ml
b) 25 ng/ml
c) 14 ng/ml
d) 1,4 ng/ml
e) 46 ng/ml

2 ***Dans quelle situation peut-on penser à recommander au patient un inhibiteur de la 5 alpharéductase ?***

a) Une infection urinaire
b) Une hématurie macroscopique dont l'évaluation a révélé une origine prostatique certaine
c) Un patient chez qui le taux d'APS est de 0,7 ng/ml
d) Une urgence mictionnelle
e) Une rétention urinaire aiguë

3 ***Lequel des énoncés suivants est faux ? Les alphabloquants :***

a) atténuent rapidement les symptômes du prostatisme ;
b) augmentent le débit urinaire ;
c) provoquent à l'occasion des troubles de l'éjaculation ;
d) réduisent le risque à long terme d'une intervention chirurgicale de la prostate.

4 ***Lequel des énoncés suivants est faux ? Les antagonistes de la 5 alpharéductase :***

a) réduisent le volume de la prostate de 20 % à 30 % ;
b) diminuent la concentration intraprostatique de DHT ;
c) agissent aussi rapidement que les alphabloquants ;
e) réduisent de moitié le risque de rétention urinaire.

5 ***Quel agent peut être utilisé en association avec les traitements de première intention contre les symptômes irritatifs de l'hypertrophie bénigne de la prostate ?***

a) La doxazosine
b) La tamsulosine
c) Le dutastéride
d) Le toltérodine
e) L'extrait de palmier nain

6 ***Quelle option non médicamenteuse constitue le traitement de référence de l'hypertrophie bénigne de la prostate ?***

a) La chirurgie ouverte (prostatectomie simple)
b) La résection transurétrale de la prostate
c) L'endoprothèse urétrale
d) L'incision transurétrale de la prostate
e) La résection endoscopique au laser

7 ***Quel énoncé sur l'APS est faux ?***

a) L'APS est produit exclusivement par la prostate.
b) L'APS rend le sperme plus liquide.
c) L'APS a une excellente sensibilité pour la détection d'un cancer.
d) Le dosage de l'APS doit faire l'objet d'une discussion préalable avec le patient.

La prostate : questionnement et controverse – Juin 2011

Sélectionnez une seule réponse pour chaque question. La FMOQ vous attribuera **trois heures** de crédits de catégorie 1 si vous obtenez une note **minimale de 60 %,** qui seront inscrits dans votre PADPC-FMOQ. **Répondez par la poste ou en ligne avant le 1er septembre 2011.**

1.	a	b	c	d	e	**6.**	a	b	c	d	e
2.	a	b	c	d	e	**7.**	a	b	c	d	e
3.	a	b	c	d	e	**8.**	a	b	c	d	e
4.	a	b	c	d	e	**9.**	a	b	c	d	e
5.	a	b	c	d	e	**10.**	a	b	c	d	e

Mon article « coup de cœur » du mois est le numéro ☐

Remplissez votre post-test en ligne au *www.fmoq.org*, en cliquant sur l'hyperlien Identifiez-vous en haut à gauche de l'écran et obtenez votre résultat immédiatement. Cette activité sera automatiquement inscrite dans votre PADPC–FMOQ dès le lendemain.

Pour créer votre profil, cliquez sur Inscrivez-vous en haut à gauche de l'écran.

Téléchargez l'annexe 13 (approche réflexive) au *www.fmoq.org*

découper et retourner

Nom (en caractères d'imprimerie) _____

Numéro du permis d'exercice du CMQ _____

Vous pouvez répondre par la poste (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8), par télécopieur (514 878-2659) ou par courrier électronique (*medque@fmoq.org*).

8 *Quel énoncé sur l'examen de la prostate par toucher rectal est faux ?*

a) La valeur prédictive positive du toucher rectal est de 50 % pour le dépistage du cancer de la prostate.

b) Seulement 25 % de la prostate peut être évaluée par cet examen.

c) Le toucher rectal est utile si le patient a des symptômes prostatiques.

d) La partie de la prostate qui est palpée est la plus vulnérable au cancer.

e) Le rythme d'augmentation du taux d'APS

9 *Quel est le seul outil diagnostique du cancer de la prostate ?*

a) Le dosage de l'APS

b) Le dosage de l'APS libre

c) La biopsie de la prostate

d) Le toucher rectal

10 *La surveillance active se prête bien à un patient dont le taux d'APS est de :*

a) 7 ng/ml ;

b) 11 ng/ml ;

c) 16 ng/ml ;

d) 22 ng/ml ;

e) 33 ng/ml.

Réponses et références du post-test de mars 2011

Félicitations aux 705 médecins qui ont obtenu trois heures de crédits de catégorie 1 en répondant au post-test de janvier 2011 !

1. c. De Sutter P. Rational diagnostic and treatment in infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006 ; 20 (5) : 647-64.

2. c. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Optimal evaluation of infertile female. *Fertil Steril* 2006 ; 86 : (5 suppl. 1), S264-7.

3. c. Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical gynaecologic endocrinology and infertility.* 6e éd. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins ; 1999. p. 1028-32.

4. b. Hunt RA. Charting your basal body temperature information and FAQ. *Fertility plus.* Site Internet : *www.fertilityplus.org/faq/bbt/bbtfaq.html* (Date de consultation : le 20 juin 2010).

5. c. Torre A, Fernandez H. Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2007 ; 36 (5) : 423-46.

6. b. Vause TDR, Cheung AP. Déclenchement de l'ovulation en présence du syndrome des ovaires polykystiques. *J Obstet Gynaecol Can* 2010 ; 32 (5) : 503-11.

7. d. Tulandi T, Al-Fozan HM. Definition and etiology of recurrent pregnancy loss. *UpToDate.* Version 17.3, septembre 2009. Site Internet : *www.uptodate.com* (Date de consultation : le 5 décembre 2010).

8. a. Tulandi T, Al-Fozan HM. Evaluation of couples with recurrent pregnancy loss. *UpToDate.* Version 17.3, septembre 2009. Site Internet : *www.uptodate.com* (Date de consultation : le 5 décembre 2010).

9. c. Barratt LC. Semen analysis is the cornestone of investigation for male infertility. *Practioner* 2007 ; 251 (1690) : 6-17.

10. d. Botros R, Garcia-Velasco JA, Sallam HN et coll. Dans : *Infertility and Assisted Reproduction.* 1re éd. New York : Cambridge University Press ; 2008. 783 p.