



TUTORAT Les Nuits Blanches



2023/2024

Semestre 3

Promo 2022/2025

**UEC 10 gérontologie
Correction des Annales**



Merci aux Tuteurs

Peral Marie

Labadie Léonore

Canale Hubert

Pour la correction de ces annales



R f rent P le partiel

Detrille Aur line



Durée : 40 minutes

Cette correction vous est proposée par le Tutorat Les Nuits Blanches, elle est faite à partir des cours rédigés par ce même Tutorat. Nous ne certifions pas l'exactitude des réponses proposées.

QCM 1 : A propos des troubles neurocognitifs :

- A. Le vieillissement cérébral normal est un phénomène physiologique engendrant un retentissement sur les activités de la vie quotidienne.

Vrai, il est important de noter que le vieillissement normal n'entraîne pas nécessairement des troubles neurocognitifs.

- B. La perte d'autonomie est un critère indispensable pour présenter un trouble neurocognitif mineur.

Faux, les troubles neurocognitifs mineurs peuvent être caractérisés par des symptômes subtils qui n'interfèrent pas nécessairement avec l'autonomie.

- C. L'atteinte de plus de deux domaines cognitifs est indispensable pour présenter un trouble neurocognitif majeur.

Faux, la sévérité des symptômes et leur impact sur les activités de la vie quotidienne sont des facteurs clés dans le diagnostic des troubles neurocognitifs majeurs.

- D. Un diagnostic différentiel à un trouble neurocognitif est la décompensation psychiatrique.

Faux, il peut également inclure d'autres conditions médicales, des médicaments, des facteurs environnementaux, etc.

- E. L'échelle ADL (Activities Daily Living) est un score sur 6 points évaluant l'autonomie d'un patient.

Faux, elle couvre souvent un large éventail d'activités quotidiennes telles que se nourrir, s'habiller, se laver, etc. Les scores peuvent varier selon les échelles spécifiques utilisées, mais elles dépassent généralement 6 points.

QCM 2 : A propos de la maladie d'Alzheimer (MA) :

- A. La MA est la pathologie neurologique évolutive la plus fréquente en Europe.

Vrai

- B. La MA est le plus souvent diagnostiquée à un stade précoce de la maladie.

Faux, La maladie d'Alzheimer est souvent diagnostiquée à un stade avancé de la maladie, car les symptômes initiaux peuvent être subtils et facilement confondus avec le vieillissement normal. Le diagnostic précoce est un défi, bien que des progrès soient faits dans ce domaine.

- C. Les plaques bêta amyloïdes sont des lésions intra-neurales.

Faux, Les plaques bêta-amyloïdes sont des agrégats de protéines qui se forment en dehors des neurones, pas à l'intérieur. Elles sont caractéristiques de la maladie d'Alzheimer.

- D. Une atrophie cérébrale avancée correspond obligatoirement à une MA à un stade sévère.

Faux, Une atrophie cérébrale avancée n'est pas spécifique à la maladie d'Alzheimer et peut être observée dans d'autres conditions neurologiques. De plus, la sévérité de l'atrophie ne correspond pas toujours au stade sévère de la maladie.

- E. Les hippocampes correspondent à la face interne des lobes temporaux et sont préférentiellement atteints en premier dans la MA.

Vrai, les fonctions de la mémoire, qui sont liées aux hippocampes, sont souvent altérées précocement dans la maladie.

QCM 3 : A propos de la MA :

- A. Le score MMSE (Mini Mental State Examination) permet de dépister les troubles neuro cognitifs.

Vrai

- B. Un score au MMSE à 10 correspond à une MA de stade léger.

Faux, un score au MMSE de 10 n'est pas spécifiquement associé à une maladie d'Alzheimer de stade léger. Les interprétations des scores MMSE peuvent varier en fonction de divers facteurs tels que l'âge, le niveau d'éducation, etc. Un score de 10 peut indiquer des troubles cognitifs, mais cela ne spécifie pas le stade de la maladie.

- C. La mémoire épisodique correspond à la mémoire immédiate.

Faux, la mémoire épisodique et la mémoire immédiate sont deux aspects différents de la mémoire. La mémoire épisodique concerne la capacité à se souvenir d'événements spécifiques et de détails contextuels, tandis que la mémoire immédiate concerne la capacité à retenir brièvement de l'information à court terme.

- D. Les praxies et les fonctions exécutives sont évaluées par le test de l'Horloge.

Vrai

- E. Les troubles psychomoteurs sont rares lors du diagnostic de la MA.

Faux, les troubles psychomoteurs ne sont pas rares lors du diagnostic de la maladie d'Alzheimer, surtout à des stades avancés de la maladie. Ces troubles peuvent inclure des problèmes de coordination motrice et d'autres déficits moteurs.

QCM 4 : A propos de la dégénérescence lobaire front-temporale (DLFT) :

- A. Les pertes de mémoire sont le symptôme typique de la DLFT.

Faux, les pertes de mémoire ne sont pas le symptôme typique de la dégénérescence lobaire fronto-temporale (DLFT). Au contraire, la DLFT est plus souvent associée à des changements de personnalité, des troubles du comportement social et des problèmes de langage.

- B. Les aphasies primaires progressives sont une forme d'expression clinique de la DLFT.

Vrai, les aphasies primaires progressives, qui sont des troubles du langage, sont une forme d'expression clinique fréquente de la DLFT. Les problèmes de langage et de communication sont souvent parmi les premiers symptômes observés.

- C. Le syndrome frontal correspond à un trouble du contrôle de soi, un désintérêt social et à une incurie.

Vrai, les régions frontales du cerveau, responsables du contrôle des comportements sociaux et émotionnels, sont souvent affectées dans cette maladie.

- D. Une DLFT est le plus souvent diagnostiquée chez des patients plus âgés que dans la maladie d'Alzheimer.

Faux, la DLFT est généralement diagnostiquée chez des patients plus jeunes que dans la maladie d'Alzheimer. Les symptômes de la DLFT peuvent se manifester dès l'âge moyen, bien que cela puisse varier d'un cas à l'autre.

- E. La sclérose latérale amyotrophique peut être associée aux DLFT.

Vrai, ces deux conditions peuvent partager certains aspects pathologiques, bien que la SLA soit principalement caractérisée par des problèmes moteurs et la DLFT par des problèmes cognitifs et comportementaux.

QCM 5 : A propos de la fragilité :

- A. La fragilité est un syndrome défini par une baisse des réserves physiologiques de l'organisme.

Vrai, la fragilité est effectivement définie par une baisse des réserves physiologiques de l'organisme, ce qui rend une personne plus vulnérable aux stress externes et aux événements médicaux.

- B. Il existe des critères phénotypiques de fragilité.

Vrai, ces critères peuvent inclure des indicateurs tels que la perte de poids, la faiblesse musculaire, la fatigue, la lenteur de la marche et la diminution de l'activité physique.

- C. La fragilité est un état réversible.

Faux, dans de nombreux cas, la fragilité est considérée comme un état qui peut être difficilement réversible. Cependant, des interventions précoces, telles que l'exercice physique et une nutrition appropriée, peuvent contribuer à améliorer la condition physique et réduire la fragilité chez certaines personnes.

- D. Il faut dépister la fragilité afin de mettre en place des actions pour permettre à la personne âgée d'être à nouveau robuste.

Vrai, cela peut inclure des interventions liées à l'exercice physique, à la nutrition, et à d'autres aspects de la prise en charge médicale.

- E. La fragilité est un facteur de risque de mortalité ou d'événements péjoratifs.

Vrai, les personnes fragiles sont plus susceptibles de connaître des complications en cas de maladies, de chirurgies ou d'autres stress physiologiques.

QCM 6 : Quelles échelles permettent d'évaluer l'autonomie du sujet âgé ?

A. L'ADL

Vrai, l'ADL évalue la capacité d'une personne à accomplir des tâches quotidiennes essentielles, telles que se nourrir, se laver, s'habiller, utiliser les toilettes, etc.

B. La GDS

Faux, la GDS évalue la dépression chez les personnes âgées.

C. Le MMS

Faux, le MMS est un test de dépistage cognitif.

D. Le MNA

Faux, le MNA évalue l'état nutritionnel des personnes âgées.

E. L'IADL

Vrai, l'IADL évalue des tâches plus complexes liées à l'indépendance dans la vie quotidienne, comme la gestion des finances, la préparation des repas, le transport, etc.

QCM 7 : A propos du vieillissement :

A. La majorité des personnes âgées vivent en EHPAD.

Faux, beaucoup d'entre elles préfèrent rester autonomes à domicile aussi longtemps que possible.

B. La majorité des personnes âgées sont robustes.

Vrai, la plupart des personnes âgées sont robustes et conservent une bonne santé physique et mentale.

C. Parmi la population âgée, 20 à 30% sont considérées comme fragiles.

Vrai, parmi la population âgée, environ 20 à 30% sont considérées comme fragiles, ce qui signifie qu'elles peuvent présenter une diminution des réserves physiologiques et une vulnérabilité accrue.

D. 10% des personnes âgées sont autonomes à domicile.

Faux, plus de 10% des personnes âgées sont autonomes à domicile. Le pourcentage d'autonomie peut varier en fonction des critères spécifiques utilisés pour définir l'autonomie.

E. 10% des personnes âgées présentent un vieillissement pathologique.

Faux, un pourcentage plus élevé que 10% des personnes âgées présentent un vieillissement pathologique. Cependant, il est important de noter que le vieillissement pathologique peut prendre différentes formes et peut inclure des problèmes de santé physique ou mentale.

QCM 8 : A propos de la prise en charge spécifique du sujet âgé :

A. Les symptômes présentés par un patient âgé peuvent être différents du sujet jeune.

Vrai, les symptômes présentés par un patient âgé peuvent être différents de ceux d'un sujet jeune en raison des changements physiologiques liés au vieillissement, des comorbidités, etc.

B. Il faut parfois s'adapter aux troubles cognitifs.

Vrai, il est souvent nécessaire de s'adapter aux troubles cognitifs chez les personnes âgées, notamment dans le contexte de maladies neuro cognitives comme la maladie d'Alzheimer.

C. L'entourage est primordial pour aider à la prise en charge du sujet âgé.

Vrai, le soutien social et émotionnel peut contribuer de manière significative au bien-être et à la qualité de vie des personnes âgées.

D. Il faut essayer de maintenir l'autonomie au cours de la prise en charge.

Vrai, il est essentiel de maintenir l'autonomie autant que possible lors de la prise en charge du sujet âgé. Cela peut impliquer des interventions spécifiques, des adaptations de l'environnement et des programmes d'exercices visant à promouvoir l'indépendance fonctionnelle.

E. Une évaluation gériatrique standardisée est réalisée dès l'arrivée dans le service d'un patient âgé.

Faux, une évaluation gériatrique standardisée n'est pas toujours réalisée dès l'arrivée dans le service d'un patient âgé, bien que cela puisse dépendre des protocoles de chaque établissement. Cependant, l'évaluation gériatrique globale est souvent recommandée pour prendre en compte les besoins particuliers des personnes âgées.

QCM 9 : Concernant la dénutrition chez les personnes âgées de 70 ans et plus :

A. La dénutrition concerne plus de 50% des personnes âgées vivant à domicile.

Vrai, cela peut être lié à divers facteurs tels que des problèmes de santé, la perte d'appétit, des difficultés à manger, etc.

B. Le diagnostic de dénutrition repose exclusivement sur des critères biologiques.

Faux, le diagnostic de dénutrition implique souvent une évaluation globale, y compris des critères cliniques, fonctionnels et nutritionnels.

C. La dénutrition ne concerne pas les personnes âgées obèses.

Faux, la dénutrition ne se réfère pas seulement à la perte de poids, mais aussi à une carence nutritionnelle globale.

D. Le pourcentage de perte de poids est un des critères qui permet d'apprécier la sévérité de la dénutrition.

Vrai, le pourcentage de perte de poids est l'un des critères utilisés pour évaluer la sévérité de la dénutrition. Cependant, d'autres critères tels que la diminution de la masse musculaire, les changements dans la composition corporelle, et des évaluations cliniques sont également pris en compte.

E. La sarcopénie est un des critères phénotypiques de diagnostic de la dénutrition.

Faux, la sarcopénie, qui se réfère à la perte de masse musculaire, n'est pas spécifiquement un critère phénotypique pour le diagnostic de la dénutrition. Cependant, elle peut coexister avec la dénutrition chez certaines personnes âgées.

QCM 10 : Concernant l'évaluation du statut nutritionnel chez les personnes âgées :

A. Le calcul de l'IMC nécessite une mesure du poids et de la taille.

Vrai, l'IMC (Indice de Masse Corporelle) se calcule en divisant le poids par le carré de la taille en mètres. C'est un indicateur couramment utilisé pour évaluer le statut nutritionnel.

B. La taille doit être mesurée en priorité par une toise mais en cas d'incapacité de tenir debout, il est recommandé d'utiliser la formule de Chumlea.

Vrai, la toise est l'instrument de mesure standard pour la taille. Cependant, en cas d'incapacité de tenir debout, la formule de Chumlea, qui utilise la longueur du cubitus, peut être utilisée comme alternative.

C. La formule de Chumlea permet une extrapolation de la taille à partir de la longueur du cubitus.

Vrai, la formule de Chumlea est une méthode permettant d'estimer la taille en utilisant la longueur du cubitus comme mesure alternative lorsque la mesure de la taille conventionnelle n'est pas possible.

D. La sarcopénie correspond à la seule réduction de la mesure musculaire.

Faux, la sarcopénie n'est pas limitée à une réduction de la mesure musculaire, mais elle est caractérisée par une diminution de la masse musculaire associée à une diminution de la force musculaire.

E. Les outils les plus fréquemment utilisés dans la littérature pour estimer la réduction de la masse musculaire sont la DEXA et l'impédancemétrie, d'autres techniques sont validées pour mesurer la masse musculaire (tels le scanner, l'IRM ou l'échographie musculaire), mais les seuils restent à définir dans la population âgée. Concernant l'anthropométrie, un tour de mollet < 22 cm est proposé.

Vrai, la DEXA (absorptiométrie biphotonique à rayons X) et l'impédancemétrie sont des outils fréquemment utilisés pour évaluer la masse musculaire. D'autres techniques, telles que le scanner, l'IRM et l'échographie musculaire, sont également validées. Le tour de mollet est une mesure anthropométrique utilisée pour évaluer la masse musculaire. Un tour de mollet < 22 cm est souvent considéré comme un indicateur de risque de dénutrition.

QCM 11 : Concernant l'alimentation des personnes âgées :

A. Les besoins nutritionnels des personnes âgées en bonne santé ne diffèrent pas de ceux des adultes.

Faux, les besoins nutritionnels peuvent varier chez les personnes âgées en raison de changements physiologiques liés au vieillissement.

B. Les besoins en protéines des personnes âgées sont équivalents à ceux des adultes.

Faux, les besoins en protéines des personnes âgées sont généralement supérieurs à ceux des adultes.

C. Pour lutter contre la dénutrition, il convient de garantir des apports en énergie de 20 kcal/kg de poids corporel par jour.

Faux, la garantie d'apports en énergie de 20 kcal/kg de poids corporel par jour n'est pas suffisante pour lutter contre la dénutrition.

D. Pour lutter contre la dénutrition, il convient de garantir des apports en protéines de 1 à 1,2g par kg de poids corporel et par jour.

Vrai

E. Pour les personnes à risque de dénutrition ou dénutries, un enrichissement protidique et énergétique peut être proposé.

Vrai

QCM 12 : A propos des chutes :

A. A 85 ans, une personne sur 2 chute.

Vrai

B. Le risque de chute est plus fréquent quand on est déjà tombé.

Vrai

C. Il n'y a pas d'avantage d'institutionnalisation après une chute.

Faux, une chute peut entraîner une institutionnalisation, surtout en cas de complications.

D. La vitesse de marche n'influence pas le risque de chute.

Faux, une diminution de la vitesse de marche est souvent associée à un risque accru de chute.

E. Le vieillissement physiologique est à l'origine d'un risque de chute.

Vrai

QCM 13 : Le test qui est perturbé à l'examen clinique lors d'un trouble de l'équilibre est :

A. Le timed up and go test

Vrai

B. La manoeuvre de Romberg

Vrai

C. Le Mini Mental State (MMS)

Faux, le Mini Mental State (MMS) est un test de dépistage cognitif.

D. L'ECG

Faux, l'ECG est une représentation graphique de l'activité électrique du cœur.

E. Le test d'hypotension orthostatique

Vrai

QCM 14 : La prise en charge après une chute comporte :

A. Un traitement par vitamine D

Vrai

B. Une évaluation nutritionnelle

Vrai

C. Un bilan cognitif

Vrai

D. Une prise en charge en kinésithérapie

Vrai

E. Une évaluation de l'aménagement du domicile

Vrai

QCM 15 : A propos des évènements iatrogènes médicamenteux :

A. Les évènements indésirables médicamenteux comprennent toutes les erreurs médicamenteuses ainsi que les effets indésirables médicamenteux.

Vrai

B. Un événement iatrogène médicamenteux peut être en lien avec la prescription du médicament ou encore le terrain du patient.

Vrai

C. Certains événements iatrogènes médicamenteux sont en lien avec des omissions de médicament.

Vrai

D. Contrairement à l'effet indésirable, on préjuge d'un lien de cause à effet quand on parle d'événement indésirable médicamenteux.

Vrai

E. Un événement indésirable médicamenteux est systématiquement lié à la pharmacologie du médicament.

Faux, un événement indésirable médicamenteux peut ne pas être directement lié à la pharmacologie du médicament.

QCM 16 : Au sujet des facteurs d'iatrogénie chez la personne âgée :

A. Dans la modification de la masse corporelle chez la personne âgée, la masse musculaire diminue au profit de la masse osseuse.

Vrai

B. L'altération de la barrière hémato encéphalique induit une sensibilité accrue des personnes âgées notamment aux neuroleptiques.

Vrai

C. La mauvaise adhésion thérapeutique est un facteur de risque d'iatrogénie médicamenteuse.

Vrai

D. L'évaluation de l'effet des médicaments chez la personne âgée est rarement bien étudiée dans les essais cliniques avant la mise sur le marché du médicament.

Vrai, l'évaluation de l'effet des médicaments chez la personne âgée est parfois insuffisamment étudiée dans les essais cliniques avant la mise sur le marché du médicament, ce qui peut entraîner des risques d'effets indésirables.

E. L'insuffisance hépatique est une modification pharmacodynamique fréquente chez la personne âgée.

Vrai, elle peut influencer le métabolisme des médicaments.

QCM 17 : Au sujet des prescriptions suboptimales chez le sujet âgé :

A. Les prescriptions des benzodiazépines sur une durée trop longue alors que les troubles du sommeil sont amendés correspondent à de l'overuse.

Vrai

B. L'omission de la vitamine D en prévention du risque de fracture correspond à de l'underuse.

Vrai

C. L'utilisation des biguanides en cas de diabète compliqué d'une insuffisance rénale sévère correspond à du misuse.

Vrai

D. L'utilisation des anticoagulants à une demi-dose alors que le patient est éligible à la pleine dose correspond à l'overuse.

Vrai, cela peut entraîner des risques pour le patient.

E. La sous prescription d'antidépresseur dans le cadre de troubles anxio-dépressifs caractérisés correspond à du misuse.

Vrai

QCM 18 : Le concept de déprise en sociologie du vieillissement signifie :

A. Que les personnes avançant en âge n'ont plus aucune prise sur leur environnement.

Faux, le concept de déprise en sociologie du vieillissement décrit le processus par lequel les personnes âgées perdent progressivement leur influence sur leur environnement. Cela peut inclure la perte de rôles sociaux et de responsabilités.

B. Que l'un des enjeux des personnes avançant en âge est le maintien de leur identité en dépit des éventuelles implications biologiques et sociales du passage du temps.

Vrai

C. Un changement identitaire qui peut être progressif ou brutal selon les événements de vie.

Vrai

D. Des trajectoires singulières façonnées par les positions occupées dans la vie sociale antérieure.

Vrai

E. Un processus normal dans le processus de vieillissement sans pour autant être homogène.

Faux, la déprise n'est pas nécessairement un processus normal dans le vieillissement et peut varier d'une personne à l'autre.

QCM 19 : Concernant les douleurs et le sujet âgé :

A. Il existe des douleurs sans lésions objectives.

Vrai, il existe des douleurs sans lésions objectives, par exemple, dans le cas de douleurs neuropathiques.

B. L'échelle DOLOPLUS est adaptée aux douleurs aiguës.

Faux, l'échelle DOLOPLUS est plus adaptée aux douleurs chroniques qu'aux douleurs aiguës.

C. La douleur est une expérience indépendante de l'expérience de vie.

Vrai

D. La douleur a toujours un rôle de signal d'alarme.

Faux, la douleur n'a pas toujours un rôle de signal d'alarme et peut parfois être pathologique.

E. Une douleur neuropathique est liée à une atteinte du système nerveux.

Vrai, une douleur neuropathique est liée à une atteinte du système nerveux, ce qui peut être plus fréquent chez les personnes âgées.

QCM 20 : Concernant les douleurs et le sujet âgé :

A. Les douleurs articulaires sont rares chez le sujet âgé.

Faux, les douleurs articulaires peuvent être fréquentes chez le sujet âgé, par exemple, en raison de l'arthrose.

B. Une douleur peut être à l'origine d'un état dépressif.

Vrai, une douleur non traitée peut contribuer à un état dépressif chez le sujet âgé.

C. L'échelle ALGOPLUS est positive en cas de score > 1.

Vrai

D. Les échelles d'autoévaluation ne sont pas utilisables en gériatrie.

Faux, les échelles d'autoévaluation, comme l'échelle visuelle analogique (EVA), sont couramment utilisées en gériatrie.

E. Le questionnaire DN4 est utilisable chez le patient non communiquant.

Vrai

QCM 1 : Un patient de 55 ans consulte parce qu'il a une créatinine élevée dans le sang, dosée à 150 $\mu\text{mol/L}$ (80-115 $\mu\text{mol/L}$). Il avait une valeur identique il y a 6 mois. Son débit de filtration glomérulaire est estimé à 45 mL/min/1.73m^2 .

A. Les données sont suffisantes pour affirmer qu'il souffre de maladie rénale chronique. **Vrai : La créatinine élevée et le débit de filtration glomérulaire estimé à 45 mL/min/1.73m^2 indiquent une altération de la fonction rénale, correspondant à une maladie rénale chronique.**

- B. S'il s'aggrave et que dans un mois, sa créatinine est à 180 $\mu\text{mol/L}$, alors son DFG va augmenter. **Faux : Une augmentation de la créatinine indiquerait généralement une détérioration supplémentaire de la fonction rénale, entraînant une diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG), et non une augmentation.**
- C. Il faut envisager la dialyse à court terme car il est en maladie rénale chronique de stade 5. **Vrai : Un DFG de 45 mL/min/1.73m² est classé comme maladie rénale chronique de stade 3b. Un stade 5 nécessiterait une intervention telle que la dialyse.**
- D. Si son père, son grand-père, sa tante et son frère ont des kystes dans le foie et dans les reins, alors il est probable qu'il soit atteint de polykystose hépato-rénale. **Vrai : La présence de kystes rénaux chez plusieurs membres de la famille est suggestive de polykystose hépato-rénale, une maladie génétique.**
- E. Si on détecte une hématurie et une protéinurie dans ses analyses, alors c'est le compartiment glomérulaire qui sera à l'origine de sa maladie. **Vrai : L'hématurie et la protéinurie sont des signes de dysfonctionnement du compartiment glomérulaire, ce qui peut contribuer à une maladie rénale.**

QCM 2 : Le patient que vous prenez en charge évolue vers une maladie rénale chronique sévère. Son DFG est actuellement à 8 mL/min.

- A. La prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) est conseillée. **Faux : Les AINS peuvent aggraver la fonction rénale et sont généralement contre-indiqués chez les patients atteints de maladie rénale chronique sévère.**
- B. S'il a une fistule artério-veineuse au bras gauche, celle-ci contre indique la prise de tension et la pose de cathéter au bras gauche. **Faux : La fistule artério-veineuse est souvent utilisée pour la prise de tension et la pose de cathéter, surtout si elle est située du côté opposé à la fistule.**
- C. Il a de fortes chances de recevoir un traitement par erythropoïétine (EPO). **Vrai : L'érythropoïétine est souvent utilisée pour traiter l'anémie associée à la maladie rénale chronique.**
- D. L'injection de produits de contraste est recommandée chez lui. **Faux : L'injection de produits de contraste peut être néfaste chez les patients atteints de maladie rénale chronique sévère en raison du risque de néphropathie induite par le produit de contraste.**
- E. Il va falloir lui enlever un rein, réaliser une néphrectomie, pour pouvoir le transplanter. **Faux : La transplantation rénale ne nécessite généralement pas la néphrectomie du rein du receveur. La transplantation ajoute simplement un nouveau rein fonctionnel, généralement placé dans la région pelvienne.**

