



# Conférence d'Hépato-Gastro-Entérologie 11 octobre 2023

Guillaume Le Cosquer, Karine Louvion et Quentin Rodriguez



# **Tous les dossiers de cette conférence ont été relus par des PU-PH et MCU-PH membres des collèges de la spécialité.**

Le contenu de cette conférence (oral et écrit) ne reflète en rien la position ni du jury national des ECN, ni du conseil scientifique de médecine du centre national des concours d'internats, ni des collèges d'enseignants ni de la conférence des doyens des facultés de médecine.

Ces instances n'approuvent ni ne désapprouvent le contenu de cette conférence.

Cette conférence ne préjuge pas des réponses à apporter lors d'une future session du concours, selon le principe constant de souveraineté des jurys.



# Dossier n°1

Rédaction Pierre Demathelin / Correction: Guillaume Le Cosquer

# Enoncé



- Vous recevez en consultation Monsieur P. 60 ans qui est venu en raison de difficultés à s'alimenter.
- Monsieur P. est chef de chantier, il a pour antécédents: une résection transurétrale de prostate pour hypertrophie bénigne de la prostate, une chirurgie pour fracture du poignet gauche, un tabagisme pendant 35 ans stoppé il y a 5 ans, une hypertension artérielle, une dermatite atopique.
- Son traitement habituel comporte LERCANIDIPINE 10mg 1/jour.

# Enoncé



- Depuis 1 an, Monsieur P. décrit des épisodes de brûlures rétrosternales apparues dans un contexte de surmenage professionnel et pour lesquels il prend du Gaviscon en automédication.
- Cette automédication avait amélioré momentanément la situation puis se sont installées des régurgitations, des douleurs thoraciques puis une gêne lors de l'alimentation « les aliments comme la viande ne passent plus ».
- Monsieur P. pèse 80kg pour 172cm (-10kg par rapport à son poids de forme, il y a 6 mois). Pour manger, il mixe désormais ses aliments et privilégie les purées.

# Enoncé



- Vous faites préciser la localisation de la dysphagie qui est plutôt rétrosternale.
- A l'examen clinique, il n'y a pas d'ictère. L'abdomen est souple dépressible et indolore, il n'existe pas d'ascite clinique, pas d'hépatosplénomégalie. Il n'y a pas d'adénopathie sus-claviculaire gauche. Les orifices herniaires sont libres.



# Question 1

- Parmi les propositions suivantes, quel(s) élément(s) de l'interrogatoire et de l'examen clinique de Monsieur P. oriente(ent) vers une dysphagie de nature lésionnelle ?
  - A – Prédominance sur les aliments solides
  - B – Le mode d'installation de la dysphagie
  - C- Consommation de tabac
  - D- La localisation rétrosternale
  - E- Antécédent de dermatite atopique



# Question 1

- Parmi les propositions suivantes, quel(s) élément(s) de l'interrogatoire et de l'examen clinique de Monsieur P. oriente(ent) vers une dysphagie de nature lésionnelle ?

**A – Prédominance sur les aliments solides**

**B – Le mode d'installation de la dysphagie**

**C- Consommation de tabac**

**D- La localisation rétrosternale**

**E- Antécédent de dermatite atopique**

*Item 273 Dysphagie. Rang A: Connaître les éléments d'orientation à l'interrogatoire orientant vers une dysphagie lésionnelle ou non lésionnelle*



# Question 2

- Vous suspectez une cause lésionnelle à cette dysphagie et en première hypothèse une néoplasie de l'œsophage.
- Vous faites réaliser une gastroscopie qui met en évidence une tumeur ulcérée non-sténosante étendue entre 34 et 40 cm des arcades dentaires, franchissable par l'endoscope. Il n'y a pas d'anomalie au niveau de l'estomac et du bulbe duodénal. L'analyse anatomo-pathologique des biopsies objective un carcinome épidermoïde de l'œsophage.

# Question 2



# Question 2



Parmi les propositions suivantes, laquelle où lesquelles est(sont) en général un (des) facteur(s) de risque du carcinome épidermoïde de l'oesophage?

A – Infection chronique à Hélicobacter pylori

B – Reflux gastro-oesophagien

C – Tabac

D – Alcool

E – Hernie hiatale



# Question 2

Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est(sont) en général un (des) facteur(s) de risque du carcinome épidermoïde de l'oesophage?

A – Infection chronique à Hélicobacter pylori

B – Reflux gastro-oesophagien

**C – Tabac**

**D – Alcool**

E – Hernie hiatale

*Item 305 Tumeurs de l'œsophage Notion de rang A : Connaître les principales lésions augmentant le risque de survenue ultérieure d'un cancer de l'œsophage*



# Question 3

- Quel(s) examen(s) complémentaire(s) biologique(s) et/ou d'imagerie(s) est (sont) à prévoir ?
  - A - Echo-endoscopie oesophagienne
  - B - Scanner thoraco-abdomino-pelvien
  - C - IRM hépatique
  - D - Dosage de l'albumine sérique
  - E – Panendoscopie des voies aériennes supérieures



# Question 3

- Quel(s) examen(s) complémentaire(s) biologique(s) et/ou d'imagerie(s) est (sont) à prévoir ?

**A- Echo-endoscopie oesophagienne**

**B - Scanner thoraco-abdomino-pelvien**

**C - IRM hépatique**

**D - Dosage de l'albumine sérique**

**E - Panendoscopie des voies aériennes supérieures**

*Item 305 Tumeurs de l'œsophage Notion de rang B: Connaître la stratégie d'exploration par imagerie d'une tumeur de l'œsophage*

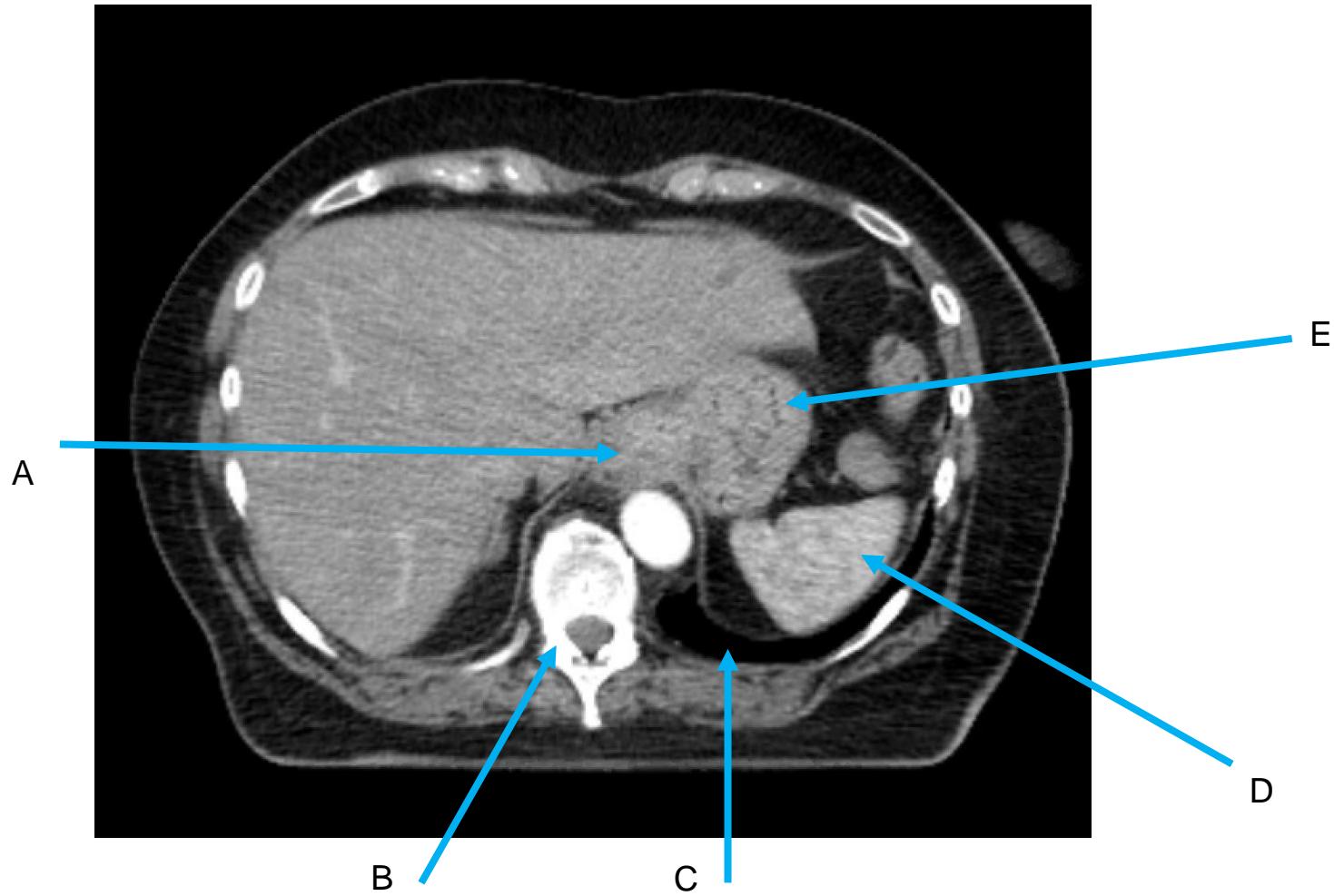


# Question 4

- L'écho-endoscopie réalisée chez Monsieur P. décrit une tumeur envahissant toutes les couches de la paroi de l'œsophage (usT3) et met en évidence deux adénopathies régionales infracentimétriques.
- Le scanner TAP visualise une tumeur localement avancée de la jonction oesocardiale ainsi qu'une adénopathie infracentimétrique dans l'aire ganglionnaire de l'artère gastrique gauche.
- Il n'est pas mis en évidence de lésions suspectes d'allure secondaire au niveau pulmonaire, hépatique et péritonéale.

# Question 4

Parmi les propositions suivantes, laquelle où lesquelles est(sont) juste(s)?





# Question 4

Parmi les propositions suivantes, laquelle où lesquelles est(sont) juste(s)?

- A - A correspond à la vésicule biliaire
- B - B correspond à la vertèbre L2
- C - C correspond au poumon gauche
- D - D correspond au pôle supérieur du rein gauche
- E - E correspond à la tumeur



# Question 4

Parmi les propositions suivantes, laquelle ou lesquelles est(sont) juste(s)?

- A - A correspond à la vésicule biliaire
- B - B correspond à la vertèbre L2
- C - C correspond au poumon gauche**
- D - D correspond au pôle supérieur du rein gauche
- E - E correspond à la tumeur



# Question 5

- Le patient a également réalisé un bilan nutritionnel dont les résultats sont les suivants: albumine sérique 20g/L (N 35-52g/L), pré-albumine 0.15g/L (N 0.2-0.4).



# Question 5

- Parmi les propositions suivantes concernant votre prise en charge, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
  - A - Monsieur P. présente une dénutrition sévère
  - B - Monsieur P. présente une dénutrition modérée
  - C - De manière générale, une gastrostomie est une sonde d'alimentation qui peut être posé par un radiologue
  - D - Une jéjunostomie est une sonde d'alimentation dont l'extrémité est placée dans le jéjunum
  - E - L'iléostomie est une sonde d'alimentation dont l'extrémité est placée dans l'iléon



# Question 5

- Parmi les propositions suivantes concernant votre prise en charge, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

**A - Monsieur P. présente une dénutrition sévère**

**B - Monsieur P. présente une dénutrition modérée**

**C - De manière générale, une gastrostomie est une sonde d'alimentation qui peut être posé par un radiologue**

**D - Une jéjunostomie est une sonde d'alimentation dont l'extrémité est placée dans le jéjunum**

**E - L'iléostomie est une sonde d'alimentation dont l'extrémité est placée dans l'iléon**

*Item 250 Dénutrition chez l'adulte et l'enfant Notion de rang A: Connaître les critères diagnostiques de la dénutrition chez l'adulte (de moins de 70 ans)*

*Item 250 Dénutrition chez l'adulte et l'enfant Notion de rang B: Connaître les principes de la complémentation orale, de la nutrition entérale et parentérale*

# Dénutrition



Dénutrition modérée (1 seul critère suffit)

- Perte de poids  $\geq 5\%$  en 1 mois
- Perte de poids  $\geq 10\%$  en 6 mois
- Perte de poids  $\geq 10\%$  par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- $17 < \text{IMC} < 18,5$

Dénutrition sévère (1 seul critère suffit)

- Perte de poids  $> 10\%$  en 1 mois
- Perte de poids  $> 15\%$  en 6 mois
- Perte de poids  $\geq 15\%$  par rapport au poids habituel avant le début de la maladie
- $\text{IMC} \leq 17$
- Albuminémie  $< 30 \text{ g/L}$



# Question 6

- Monsieur P. est pris en charge en chirurgie digestive pour pose d'une sonde de jéjunostomie par voie coelioscopique afin de débuter une nutrition entérale. Lors de la procédure, l'exploration de la cavité abdominale ne trouve pas de carcinose. Une chambre implantable est également posée en prépectorale droit.
- Les suites sont favorables. Monsieur P. rentre à domicile dès le lendemain de l'intervention et débute désormais une nutrition parentérale sur la chambre implantable et une nutrition entérale sur sonde de jéjunostomie.



# Question 6

- Monsieur P se présente aux urgences 72H après son hospitalisation pour dyspnée et « gonflement » des membres inférieurs
- Les constantes sont les suivantes: T° 36°, PA 95/80mmHG, Fréquence cardiaque 110bpm. Fréquence respiratoire 22/min
- Le patient décrit également des paresthésies et des crampes.
- Le bilan biologique réalisé en urgence met en évidence : Potassium 2.5mmol/L (3.5-4.5mmol/L) ; Natrémie 137mmol/L (N 135-145mmol/L); Créatinine 80 $\mu$ mol/L (N 80-110  $\mu$ mol/L ); CRP 15mg/L (N<6mg/L); Leucocytes 10G/L (N <11G/L); Plaquettes 200G/L (N 150-400G/L)

# Question 6



- Dans ce contexte et devant cette décompensation cardiaque débutante, quel cause faut-il évoquer ?



# Question 6

- Dans ce contexte et devant cette décompensation cardiaque débutante, quel cause faut-il évoquer ?
  - **Syndrome de renutrition inapproprié**

*Item 250 Dénutrition chez l'adulte et l'enfant Notion de rang B : Connaître les modalités du diagnostic et de la prévention du syndrome de renutrition*



# Question 6

- Un syndrome de renutrition inapproprié est confirmé par le dosage sanguin complémentaire du magnésium et du phosphore (Hypophosphorémie, Hypomagnésémie). Les suites sont favorables après hospitalisation et correction du syndrome de renutrition.
- Monsieur P effectue une panendoscopie ORL et bronchique qui ne met pas en évidence de lésions néoplasiques et effectue également un Pet-scanner au 18-FDG qui visualise une hyperfixation au niveau de la tumeur sans autres hyperfixations ailleurs.
- Monsieur P est présenté en réunion de concertation pluridisciplinaire où il est décidé une prise en charge par radio-chimiothérapie puis chirurgie selon la réponse au traitement néoadjuvant.



# Question 7

- Monsieur P. débute un protocole de radiochimiothérapie préopératoire associant 41,4 Gy en 23 fractions de 1,8 Gy avec du carboplatine-paclitaxel hebdomadaire pendant 5 semaines
- Quelle(s) est (sont) la(les) effet(s) secondaire(s) du paclitaxel
  - A - Réaction d 'hypersensibilité
  - B - Toxicité rénale
  - C - Toxicité neurologique
  - D - Toxicité cardiaque
  - E - Alopécie



# Question 7

- Quelle(s) est (sont) la(les) effet(s) secondaire(s) du paclitaxel

**A - Réaction d 'hypersensibilité**

B - Toxicité rénale

**C - Toxicité neurologique**

D - Toxicité cardiaque

**E - Alopécie**

*Item 294 Traitement des cancers : principales modalités, classes thérapeutiques et leurs complications majeures. La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade Notion de rang B: Décrire les effets secondaires des chimiothérapies*



# Question 8

- Le traitement néoadjuvant est bien toléré par le patient. L'évolution est satisfaisante avec un bilan endoscopique et d'imagerie qui est en faveur d'une bonne réponse à la chimiothérapie.
- Monsieur P. est opéré d'une oesogastrectomie polaire supérieur (Intervention de Lewis Santy) avec curage ganglionnaire abdominale et thoracique

# Question 8

- Dans les suites opératoires (à 3 jours) le patient présente dans ses drains un liquide jaune « graisseux »

Quel structure anatomique (rapport de l'œsophage) en est à l'origine ?





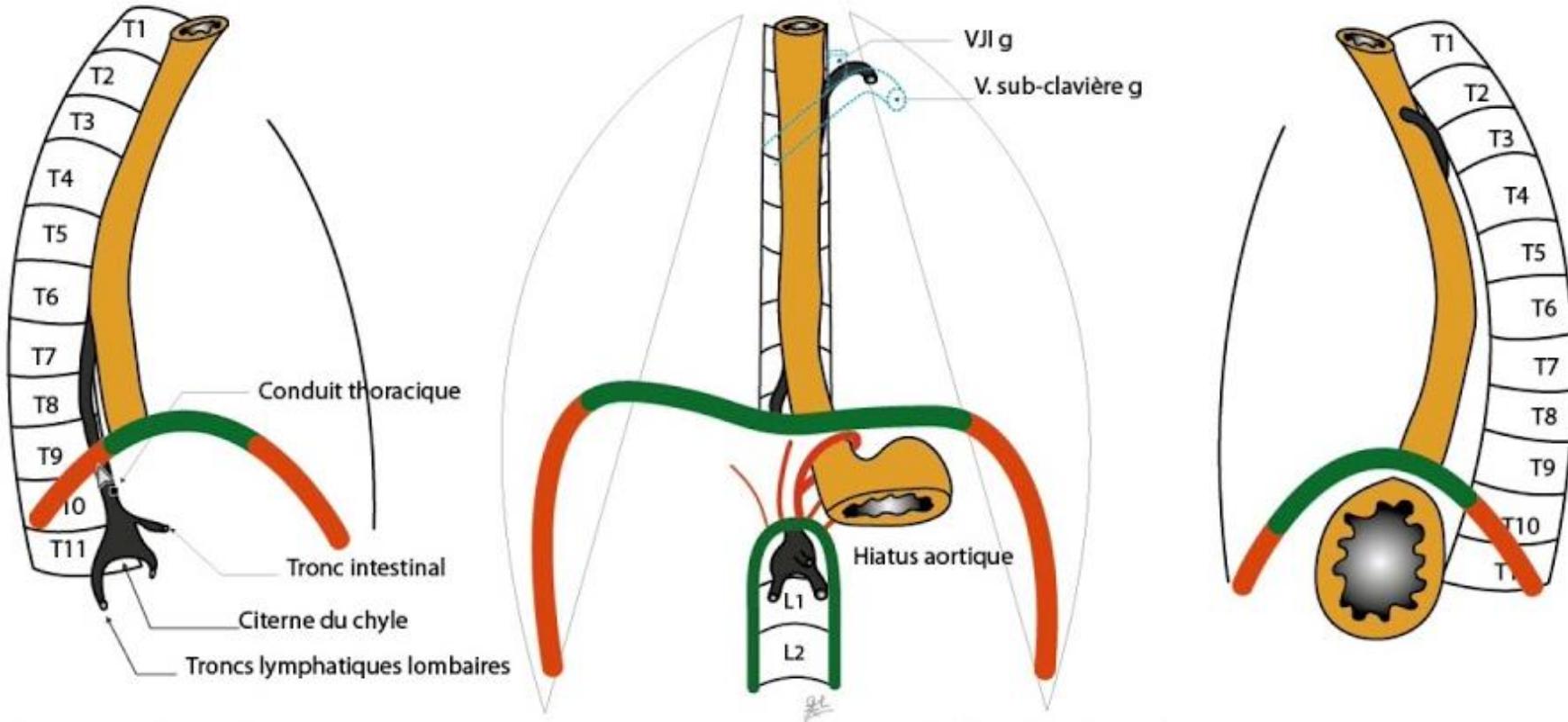
# Question 8

- Dans les suites opératoires (à 3 jours) le patient présente dans ses drains un liquide jaune « graisseux »

Quel structure anatomique (rapport de l'œsophage) en est à l'origine

**Conduit thoracique**

# Anatomie





# Dossier n°2

Rédaction : Guillaume Le Cosquer et Clément Pastier

# Enoncé



- Mme X âgée de 56 ans consulte aux urgences pour des douleurs abdominales d'intensité croissante, évoluant depuis 5 jours associées à des vomissements depuis 24h. La patiente n'a pas eu de selles depuis 4 jours.
- Ses antécédents sont marqués par une obésité (poids 80 kg, taille 1m63) et une hypertension artérielle essentielle traitée par AMLODIPINE 5mg par jour et HYDROCHLOROTHIAZIDE 12,5mg par jour. Absence d'antécédent chirurgical. Elle n'a pas d'antécédent familial notamment oncologique.

# Enoncé



- Votre examen clinique révèle un état hémodynamique stable : Tension artérielle 120/80 mmHg, fréquence cardiaque 78 battements par minute, saturation en oxygène 99% en air ambiant, apyrexie.
- L'examen cardio pulmonaire est sans particularité. L'abdomen est douloureux à la palpation en fosse iliaque et flanc gauche, sans défense ni contracture. Les bruits hydro-aériques sont diminués. Le toucher rectal est normal.



# Question 1

- Dans ce contexte, quel élément majeur de l'examen abdominal est manquant dans l'énoncé ?



# Question 1

- Dans ce contexte, quel élément majeur de l'examen abdominal est manquant dans l'énoncé ?

**Palpation des orifices herniaires**

*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte.*

*Rang A : Connaître les éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique d'une occlusion*



# Question 2

- Parmi les propositions suivantes, quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en première intention ?
  - A. Gaz du sang, lactates
  - B. NFS, ionogramme sanguine, créatininémie, CRP
  - C. Groupe sanguin ABO, Rhésus (2 déterminations) et recherche d'agglutinines irrégulières
  - D. ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine totale et directe, lipasémie
  - E. Coloscopie



# Question 2

- Parmi les propositions suivantes, quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en première intention ?
  - A. Gaz du sang, lactates
  - B. NFS, ionogramme sanguine, créatininémie, CRP
  - C. Groupe sanguin ABO, Rhésus (2 déterminations) et recherche d'agglutinines irrégulières
  - D. ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine totale et directe, lipasémie
  - E. Coloscopie

*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte.*

*Rang A : Connaître le bilan biologique à réaliser devant une occlusion*



# Question 3

- Vous complétez votre examen clinique qui retrouve des orifices herniaires libres. Le bilan biologique ne met pas en évidence de trouble ioniques, la fonction rénale est normale. D'après votre examen clinique et l'anamnèse, quels sont les 2 étiologies de syndrome occlusif (mécanisme et localisation) les plus probables ?

# Question 3



- Quels sont les 2 étiologies de syndrome occlusif (mécanisme et localisation) les plus probables ?
  - A. Syndrome d'Ogilvie
  - B. Occlusion grêlique sur bride
  - C. Occlusion colique sur obstruction lumineuse
  - D. Occlusion colique par volvulus du sigmoïde
  - E. Occlusion colique par strangulation
  - F. Occlusion grêlique fonctionnelle
  - G. Occlusion colique sur obstacle intraluminal

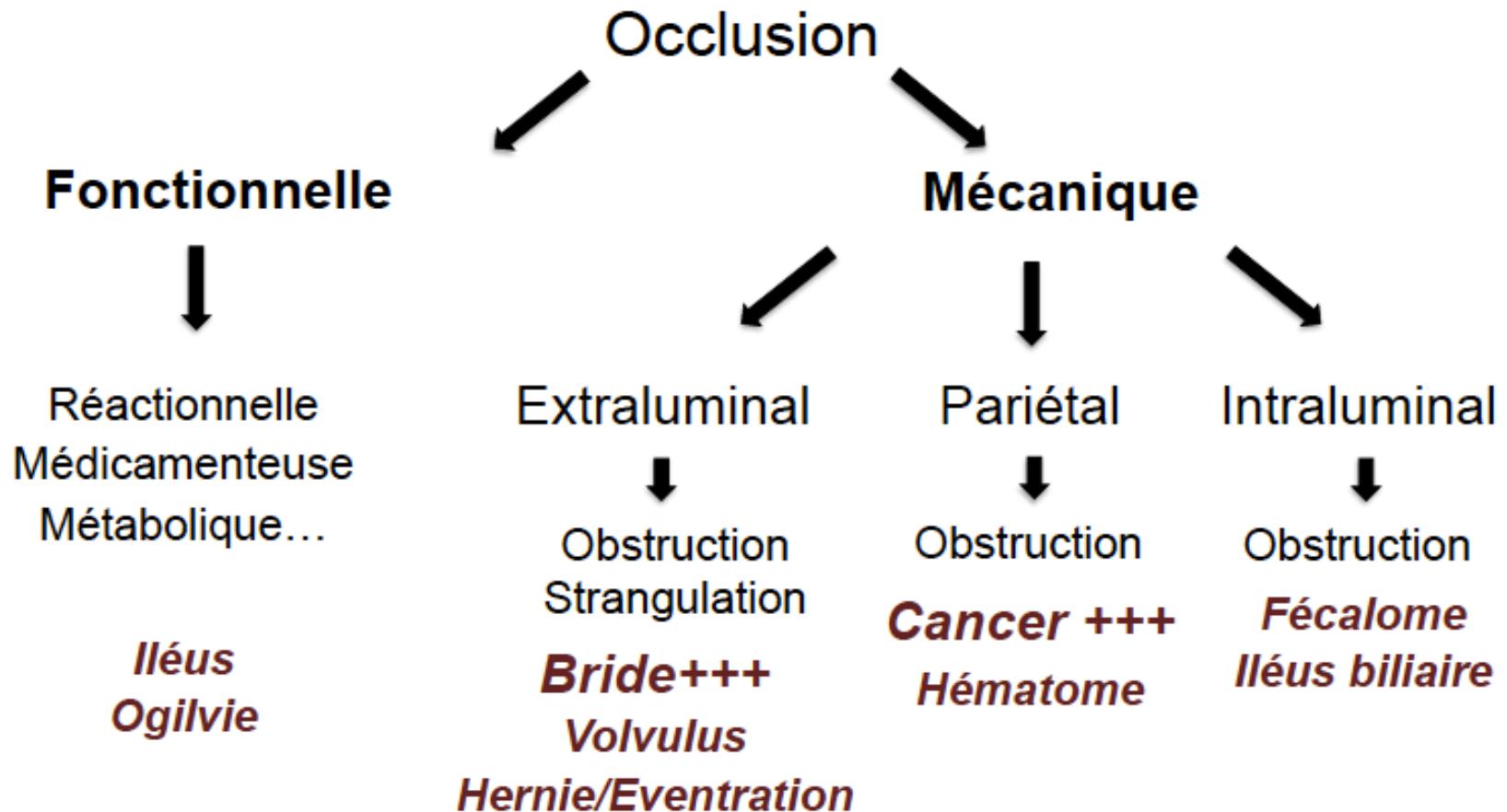


# Question 3

- Quels sont les 2 étiologies de syndrome occlusif (mécanisme et localisation) les plus probables ?
  - A. Syndrome d'Ogilvie
  - B. Occlusion grêlique sur bride
  - C. Occlusion colique sur obstruction lumineale**
  - D. Occlusion colique par volvulus du sigmoïde
  - E. Occlusion colique par strangulation
  - F. Occlusion grêlique fonctionnelle
  - G. Occlusion colique sur obstacle intraluminal**

*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte. Rang B : Connaître les grands mécanismes d'occlusion et leurs complications*

# Syndrome occlusif



		Intestin grêle	Côlon
Occlusion organique	Strangulation	<b>Occlusion sur bride</b> <b>Hernie/éventration</b> Volvulus (invagination)	<b>Volvulus</b> Hernie
	Obstruction	Extraluminale (carcinose, masse) Intraluminale (tumeur, iléus biliaire, CE, parasites) Intrapariétale (hématome, tumeur, sténose Crohn/radique)	Extraluminale (carcinose, masse) Intraluminale ( <b>adénocarcinome</b> , fécalome, CE) Intrapariétale (sténose sur diverticulite, post-ischémique/radique)
Occlusion fonctionnelle		Post-opératoire Irritation intra/rétro-péritonéale Médicale Médicamenteuse	Terrain délibité Polytraumatisé Post-opératoire Médicamenteuse



# Question 4

- Un scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste est réalisé plusieurs heures après votre examen clinique. Vous n'avez pas ré-évalué cliniquement la patiente avant son scanner. Quelle étiologie de syndrome occlusif suspectez-vous (nature de la lésion et localisation) ?

# Question 4





# Question 4

- Un scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste est réalisé plusieurs heures après votre examen clinique. Vous n'avez pas ré-évalué cliniquement la patiente avant son scanner. Quelle étiologie de syndrome occlusif suspectez-vous (nature de la lésion et localisation) ?

**Cancer de la charnière Recto sigmoïdienne / Haut Rectum / Sigmoïde**

*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte. Rang B : Connaître les signes tomodensitométriques d'une occlusion et leur présence en fonction du siège de l'occlusion*



# Question 5

- Quels signes de gravité cliniques et radiologiques devez-vous rechercher ?
  - A. Pneumopéritoine
  - B. Fièvre
  - C. Pneumatose au niveau de la paroi du colon
  - D. Aéroportie
  - E. Signe du fèces (fèces sign en anglais)



# Question 5

- Quels signes de gravité cliniques et radiologiques devez-vous rechercher ?
  - A. Pneumopéritoine
  - B. Fièvre
  - C. Pneumatose au niveau de la paroi du colon
  - D. Aéroportie
  - E. Signe du fèces (fèces sign en anglais)

*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte. Rang B : Connaître les signes tomodensitométriques d'une occlusion et leur présence en fonction du siège de l'occlusion*



# Question 6

- Compte tenu du scanner, d'un franc syndrome inflammatoire biologique (CRP 200 mg/L, leucocytes 12 G/L) et de votre examen clinique qui met en évidence une défense avec une fièvre à 39°C, quelle sera votre prise en charge ?
  - A. Indication chirurgicale
  - B. Introduction d'une antibiothérapie par Amoxicilline
  - C. Explications données à la patiente du risque de stomie
  - D. Pose de sonde nasogastrique
  - E. Le colon gauche est la première zone à se perforer



# Question 6

- Compte tenu du scanner, d'un franc syndrome inflammatoire biologique (CRP 200 mg/L, leucocytes 12 G/L) et de votre examen clinique qui met en évidence une défense avec une fièvre à 39°C, quelle sera votre prise en charge ?

**A. Indication chirurgicale**

B. Introduction d'une antibiothérapie par Amoxicilline

**C. Explications données à la patiente du risque de stomie**

**D. Pose de sonde nasogastrique**

E. Le colon gauche est la première zone à se perforer

*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte. Rang A: Connaitre les principes de la prise en charge de l'occlusion chez l'adulte*



# Question 7

- Quelle sera votre prise en charge chirurgicale, si la tumeur n'est pas perforée, que le cadre colique ne présente finalement pas de souffrance ?
  - A. Coloscopie
  - B. Laparotomie médiane
  - C. Colostomie proche d'amont
  - D. Résection recto sigmoïdienne carcinologique
  - E. Pose d'une endoprothèse colique pour lever l'occlusion

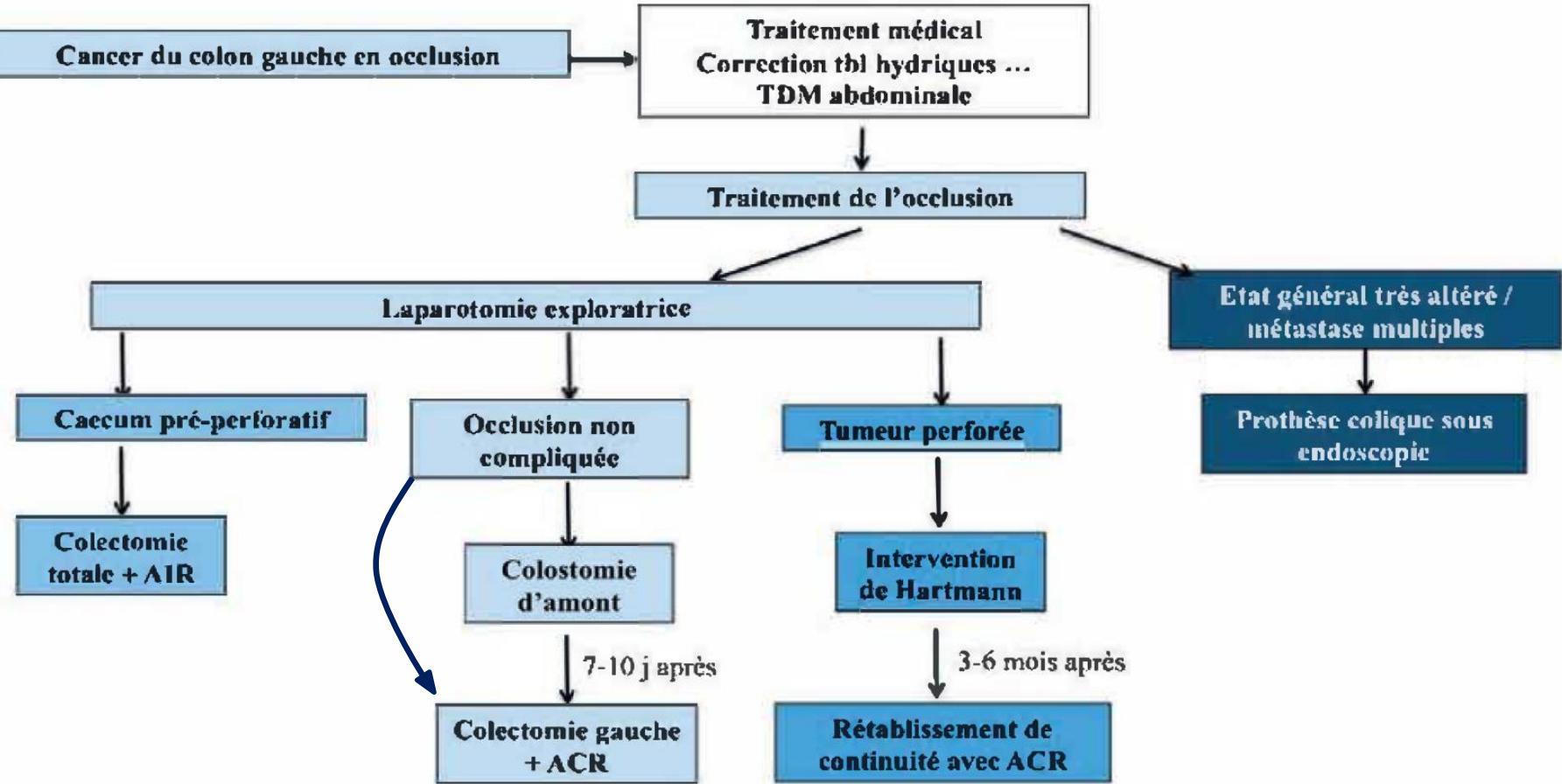


# Question 7

- Quelle sera votre prise en charge, si la tumeur n'est pas perforée, que le cadre colique ne présente finalement pas de souffrance ?
  - A. Coloscopie
  - B. Laparotomie médiane
  - C. Colostomie proche d'amont
  - D. Résection recto sigmoïdienne carcinologique
  - E. Pose d'une endoprothèse colique pour lever l'occlusion

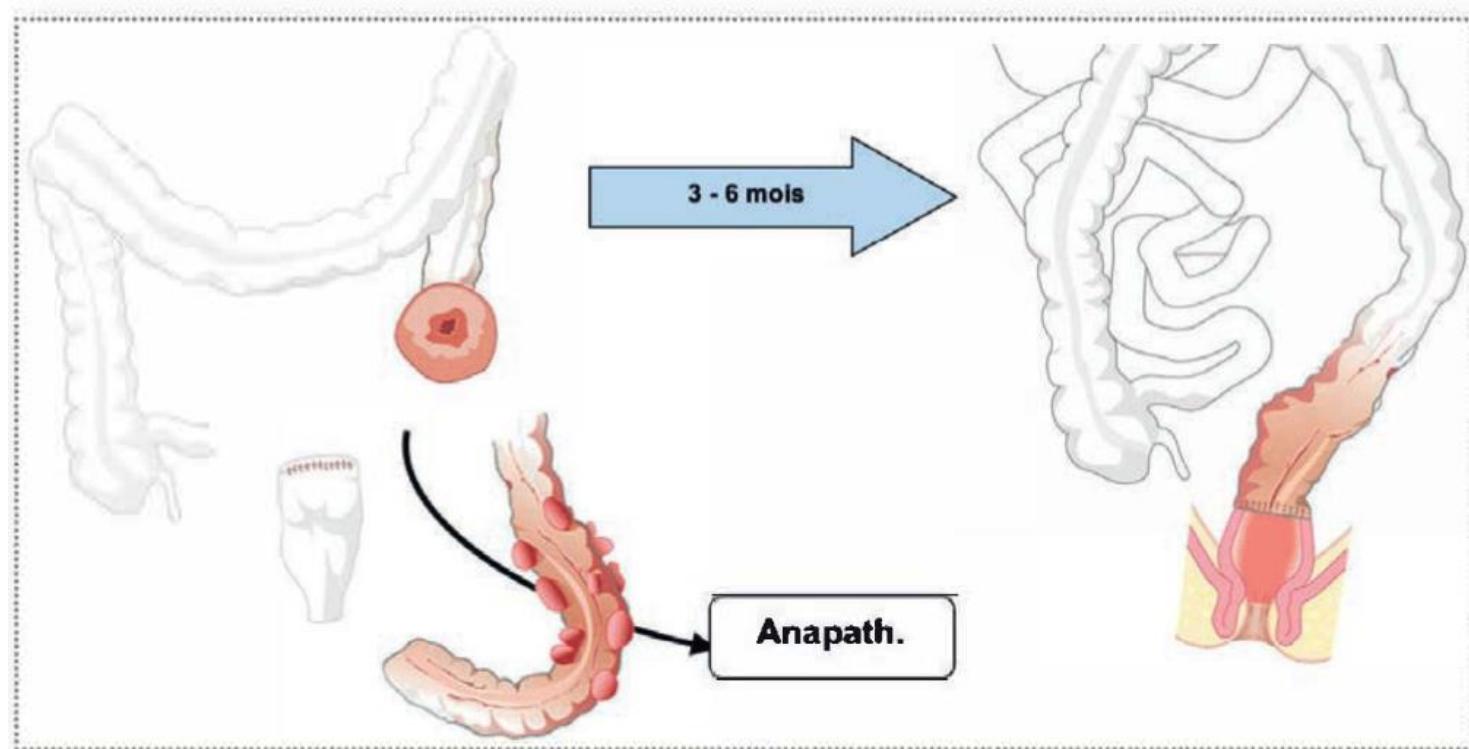
*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte. Rang A: Connaitre les principes de la prise en charge de l'occlusion chez l'adulte*

# Item 354 Syndrome occlusif



# Item 354 Syndrome occlusif

## Intervention de Hartmann





# Question 8

- L'occlusion étant levée après la chirurgie, quelle prise en charge proposez-vous ?
  - A. Coloscopie par voie basse et par la stomie
  - B. Absence d'indication à réaliser un nouveau scanner
  - C. Débuter une chimiothérapie d'emblée
  - D. Cette patiente était dans les indications du dépistage national par test FIT avant son épisode aigu
  - E. Une fois la chirurgie carcinologique réalisée, une tumeur pT2N0 ne recevra pas de chimiothérapie adjuvante.

*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte. Rang A: Connaitre les principes de la prise en charge de l'occlusion chez l'adulte*



# Question 8

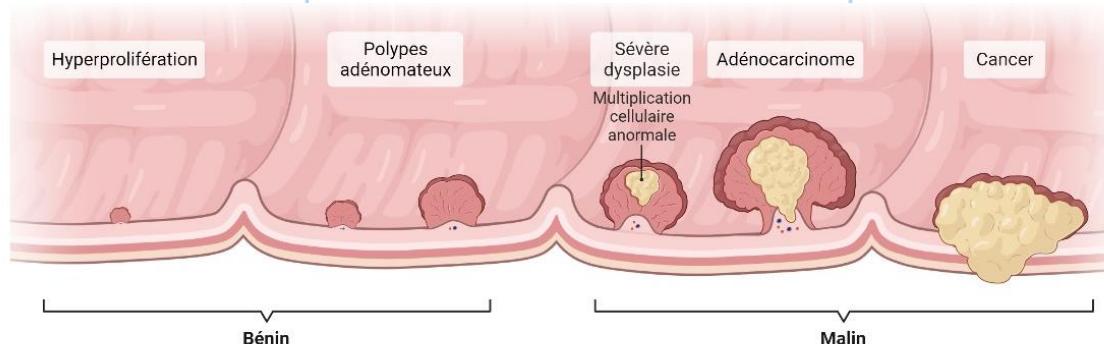
- L'occlusion étant levée après la chirurgie, quelle prise en charge proposez-vous ?
  - A. Coloscopie par voie basse et par la stomie
  - B. Absence d'indication à réaliser un nouveau scanner
  - C. Débuter une chimiothérapie d'emblée
  - D. Cette patiente était dans les indications du dépistage national par test FIT avant son épisode aigu
  - E. Une fois la chirurgie carcinologique réalisée, une tumeur pT2N0 ne recevra pas de chimiothérapie adjuvante.

*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte. Rang A: Connaitre les principes de la prise en charge de l'occlusion chez l'adulte*

# Item 301 CCR

## Dépistage selon le niveau de risque de cancer colorectal (CCR)

	Moyen	Élevé	Très élevé
Personnes concernées	<p>Population générale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 à 74 ans.</li> <li>• asymptomatique.</li> </ul>	<p><b>Antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie de Crohn colique.</li> <li>• Rectocolite hémorragique.</li> </ul> <p><b>Antécédents d'adénome* ou de CCR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnel.</li> <li>• Familial (1<sup>er</sup> degré).</li> </ul>	<p><b>Prédisposition héréditaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polyposes adénomateuses familiales (PAF).</li> <li>• Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch).</li> </ul>
Stratégie de dépistage	<p>Dépistage organisé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de recherche de sang occulte dans les selles (tous les 2 ans).</li> </ul>	<p>Dépistage individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation gastro-entérologique/ suivi spécialisé.</li> <li>• Coloscopie*/Chromoendoscopie**.</li> </ul>	<p>Dépistage individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation oncogénétique (recherche mutation).</li> <li>• Consultation gastro-entérologique.</li> <li>• Chromoendoscopie**.</li> </ul>





# Dossier n°3

Rédaction : Guillaume Le Cosquer et Quentin Rodriguez

# Enoncé



- Vous recevez aux urgences une patiente 24 ans, originaire du Rwanda, arrivée en France depuis 3 mois pour des douleurs abdominales. Elle ne vous rapporte pas d'antécédent médico-chirurgical, ne prend pas de traitement. Absence d'allergie. Taille 1m68 poids 56 kg.
- Elle vous décrit une douleur intense, continue à type de crampe en épigastre et hypochondre droit, inhibée par la respiration et irradiant dans l'épaule droite. Malheureusement vous arrivez trop tard et la douleur a cédé après la prise d'un paracétamol (automédication) et a duré environ 4 heures.

# Enoncé



- Votre examen clinique est rassurant, l'examen cardio-pulmonaire est sans particularité. L'abdomen est souple dépressible indolore, il n'y a pas d'hépatomégalie mais vous notez la présence d'une splénomégalie. Apyrexie, tension artérielle 120/70 mmHg, fréquence cardiaque 75 battements par minute.



# Question 1

- Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) fait(font) partie(s) de vos hypothèse(s) diagnostique(s) ?
  - A. Syndrome coronarien aigu
  - B. Colite aiguë
  - C. Ulcère gastro-duodénal
  - D. Pancréatite aiguë
  - E. Colique hépatique

*Item 269 Douleurs abdominales aigues chez l'enfant et l'adulte. Notion de rang A : Connaître les caractéristiques de la douleur biliaire, gastrique (duodénale), colique, pancréatique, ischémie intestinale*



# Question 1

- Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) fait(font) partie(s) de vos hypothèse(s) diagnostique(s) ?
  - A. Syndrome coronarien aigu
  - B. Colite aiguë
  - C. **Ulcère gastro-duodénal**
  - D. Pancréatite aiguë
  - E. **Colique hépatique**

*Item 269 Douleurs abdominales aigues chez l'enfant et l'adulte. Notion de rang A : Connaître les caractéristiques de la douleur biliaire, gastrique (duodénale), colique, pancréatique, ischémie intestinale*



# Question 2

- Parmi les propositions suivantes, quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en première intention ?
  - A. NFS plaquettes
  - B. Echographie des voies urinaires
  - C. ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine totale et directe
  - D. Endoscopie oeso-gastro-duodénale
  - E. Echographie hépato-biliaire

*Item 269 Douleurs abdominales aiguës chez l'enfant et l'adulte. Notions de rang A : Connaitre les caractéristiques de l'interrogatoire et de l'examen clinique face à une douleur abdominale aigüe. Connaitre le bilan biologique à prescrire en cas de douleur abdominale aigüe. Connaitre l'indication des examens d'imagerie devant une douleur abdominale aigue de l'adulte.*



# Question 2

- Parmi les propositions suivantes, quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en première intention ?

**A. NFS plaquettes**

B. Echographie des voies urinaires

**C. ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine totale et directe**

D. Endoscopie oeso-gastro-duodénale

**E. Echographie hépato-biliaire**

*Item 269 Douleurs abdominales aiguës chez l'enfant et l'adulte. Notions de rang A : Connaitre les caractéristiques de l'interrogatoire et de l'examen clinique face à une douleur abdominale aigüe. Connaitre le bilan biologique à prescrire en cas de douleur abdominale aigüe. Connaitre l'indication des examens d'imagerie devant une douleur abdominale aigue de l'adulte.*



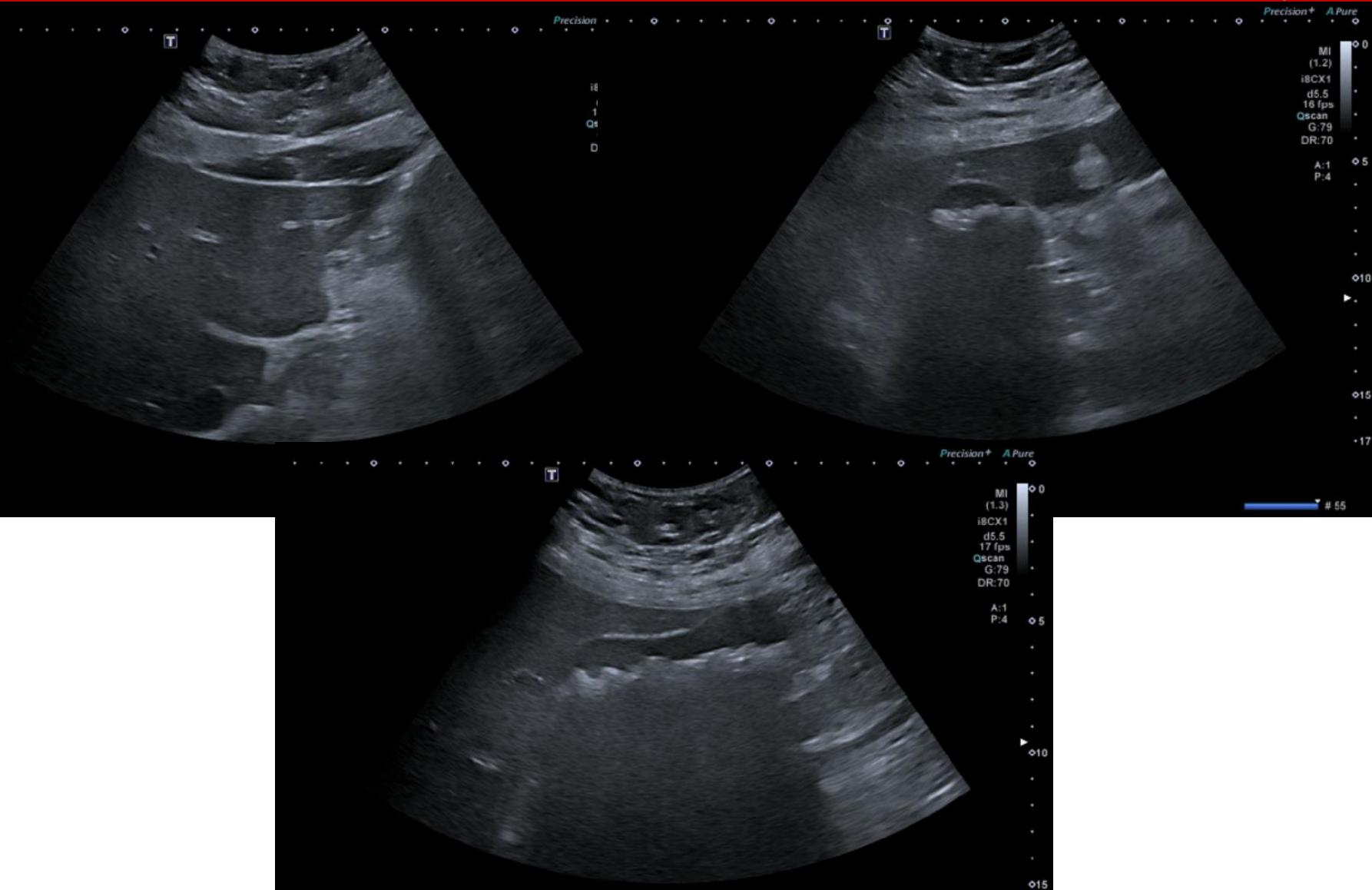
# Question 3

- Le bilan biologique met en évidence une cytolysé prédominante sur les ALAT à plus de 6 fois la normale. TP 100%, numération formule sanguine, fonction rénale normales. Une échographie hépato-biliaire est finalement réalisée. D'après l'anamnèse, l'examen clinique et les résultats de l'échographie abdominale, quel est votre diagnostic ?

*Item 277 Lithiasis biliaire et complications Notion de rang A : Connaître les éléments du diagnostic de la lithiasis vésiculaire symptomatique simple*



# Question 3





# Question 3

- Le bilan biologique met en évidence une cytolysé prédominante sur les ALAT à plus de 6 fois la normale. TP 100%, numération formule sanguine, fonction rénale normales. Une échographie hépato-biliaire est finalement réalisée. D'après l'anamnèse, l'examen clinique et les résultats de l'échographie abdominale, quel est votre diagnostic ?

Réponse : **Colique hépatique / douleur biliaire**

*Item 277 Lithiasis biliaire et complications Notion de rang A : Connaître les éléments du diagnostic de la lithiasis vésiculaire symptomatique simple*



# Question 4

- Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) un(des) facteur(s) de risque de calculs biliaires pigmentaires ?
  - A. Sexe féminin
  - B. Drépanocytose
  - C. Surpoids
  - D. Nulliparité
  - E. Obstacles biliaires
  - F. Jeune prolongé
  - G. Nutrition entérale
  - H. Antécédent de bypass
  - I. Fibrates
  - J. Hypertriglycémie
  - K. Thalassémie

*Item 277 Lithiasis biliaire et complications*

*Notion de rang B : Connaître les 4 principaux facteurs de risques de calculs pigmentaires*



# Question 4

- Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) un(des) facteur(s) de risque de calculs biliaires pigmentaires ?
  - A. Sexe féminin
  - B. Drépanocytose
  - C. Surpoids
  - D. Nulliparité
  - E. Obstacles biliaires
  - F. Jeune prolongé
  - G. Nutrition entérale
  - H. Antécédent de bypass
  - I. Fibrates
  - J. Hypertriglycéridémie
  - K. Thalassémie

*Item 277 Lithiasis biliaire et complications*

*Notion de rang B : Connaître les 4 principaux facteurs de risques de calculs pigmentaires*



# Question 5

- Le diagnostic de colique hépatique sur calcul pigmentaire en lien avec une drépanocytose méconnue est finalement posé. Quelle est votre prise en charge concernant la maladie lithiasique et son étiologie ?
  - Cholécystectomie en urgence
  - CPRE
  - Cholécystectomie programmée à distance
  - Frottis sanguin recherche d'hématies en fauille
  - Recherche d'une anémie microcytaire arégénérative

*Item 277 Lithiase biliaire et complications Notion de rang A : Connaître les principes du traitement de la pathologie lithiasique symptomatique*



# Question 5

- Le diagnostic de colique hépatique sur calcul pigmentaire en lien avec une drépanocytose méconnue est finalement posé. Quelle est votre prise en charge concernant la maladie lithiasique et son étiologie ?
  - A. Cholécystectomie en urgence
  - B. CPRE
  - C. Cholécystectomie programmée à distance
  - D. Frottis sanguin recherche d'hématies en fauille
  - E. Recherche d'une anémie microcytaire arégénérative

*Item 277 Lithiase biliaire et complications Notion de rang A : Connaître les principes du traitement de la pathologie lithiasique symptomatique*



# Question 6

- La patiente a été perdue de vue pendant 3 ans.
- Elle se présente de nouveau aux urgences, le jour où vous êtes de garde, pour de nouvelles douleurs abdominales initialement en hypochondre droit il y a 1 semaine qui sont maintenant diffuses, avec quelques épisodes de vomissements depuis 24h.
- Le diagnostic de drépanocytose a été confirmée et elle n'a pas eu de cholécystectomie.



# Question 6

- Elle aurait eu de la fièvre à son domicile, non objectivée. Il existe un arrêt des gaz depuis environ 48h. Constantes : Température 37,8°C, FC 95, TA 110/66. A l'examen clinique, il existe une sensibilité diffuse mais plus douloureuse en flanc droit, avec un abdomen météorisé, sans défense.
- Résultats du bilan biologique : bilirubine totale 12umol/L, ASAT 16 UI/L, ALAT 10 UI/L, GGT 14 UI/L, PAL 90 UI/L, CRP 36 mg/L, Leucocytes 9 G/L, Hémoglobine 8,2 g/dL, créatinine 122 umol/L, Natrémie 150 umol/L, Kaliémie 3,1 umol/L



# Question 6

- Quel examen demandez-vous en première intention ?
  - A. Échographie abdominale
  - B. TDM abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste
  - C. Echo-endoscopie
  - D. Abdomen sans préparation
  - E. TDM abdomino-pelvien sans injection de produit de contraste

*Item 269 : Douleur abdominale Notion de rang A : Connaitre l'indication des examens d'imagerie devant une douleur abdominale aigue de l'adulte*



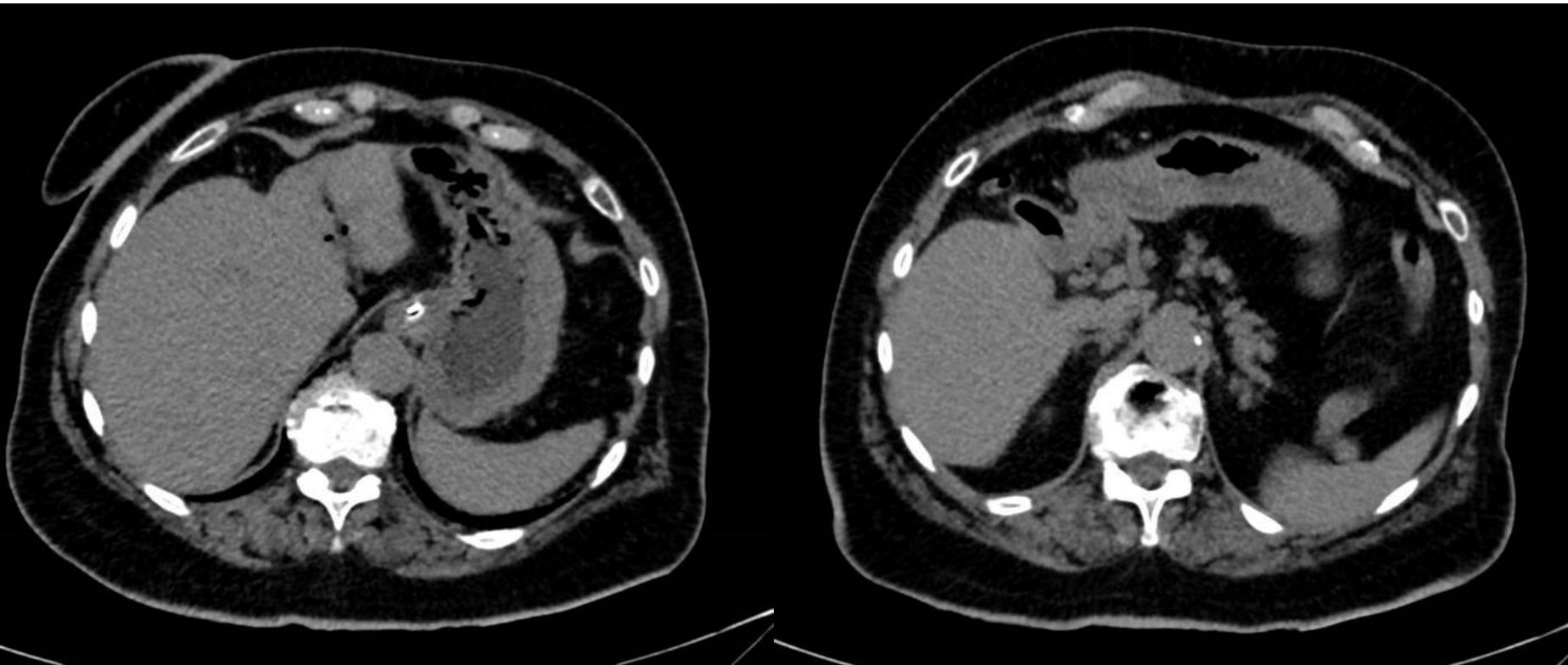
# Question 6

- Quel examen demandez-vous en première intention ?
  - A. Échographie abdominale
  - B. TDM abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste
  - C. Echo-endoscopie
  - D. Abdomen sans préparation
  - E. TDM abdomino-pelvien sans injection de produit de contraste**

*Item 269 : Douleur abdominale Notion de rang A : Connaitre l'indication des examens d'imagerie devant une douleur abdominale aigue de l'adulte*

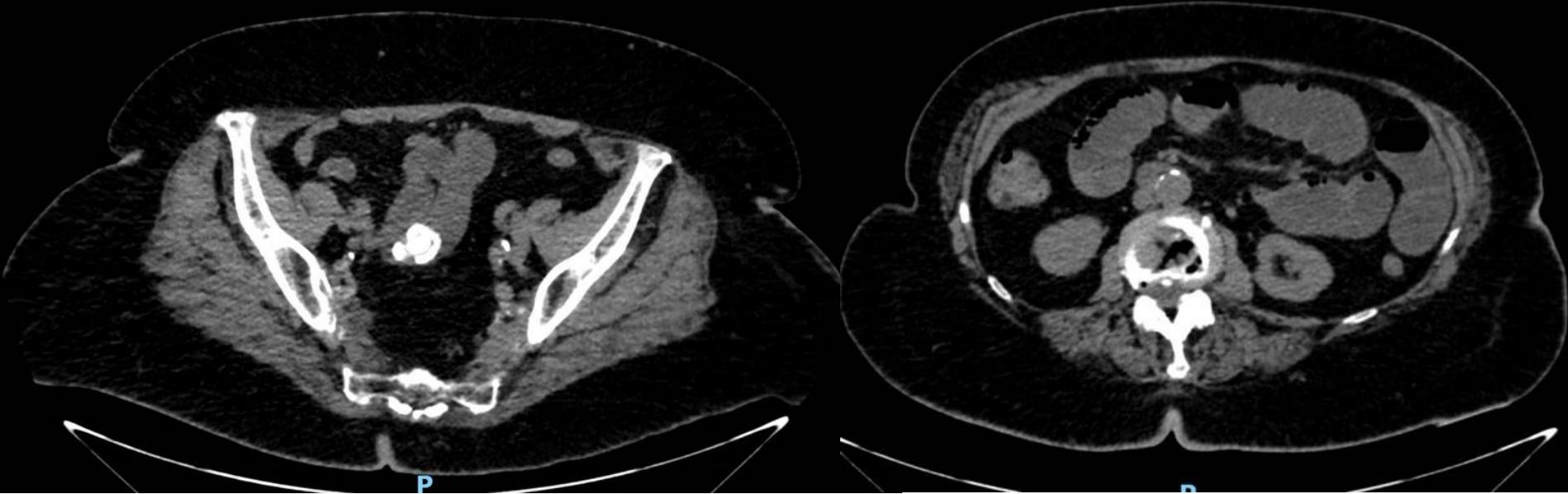
# Question 7

- Voici les images retrouvées au scanner :



# Question 7

- Voici les images retrouvées au scanner :





# Question 7

- Devant ce tableau d'occlusion mécanique, quelle cause diagnostiquez-vous?

*Item 277 Lithiase biliaire et complications Notion de rang B : Connaitre les 3 complications de la pathologie lithiasique vésiculaire et leur mécanisme*



# Question 7

- Devant ce tableau d'occlusion mécanique, quelle cause diagnostiquez-vous?

Réponse : **iléus biliaire / Occlusion mécanique sur iléus biliaire**

*Item 277 Lithiase biliaire et complications Notion de rang B : Connaitre les 3 complications de la pathologie lithiasique vésiculaire et leur mécanisme*



# Question 8

- Quelle est votre prise en charge ?
  - A. Sonde nasogastrique en aspiration
  - B. Chirurgie en urgence pour extraction
  - C. Endoscopie digestive
  - D. Traitement médical seul avec antibiotiques, mise à jeun
  - E. Laxatifs de lest

*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte Notion de rang A : Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique d'une occlusion chez l'adulte*



# Question 8

- Quelle est votre prise en charge ?
  - A. Sonde nasogastrique en aspiration
  - B. Chirurgie en urgence pour extraction
  - C. Endoscopie digestive
  - D. Traitement médical seul avec antibiotiques, mise à jeun
  - E. Laxatifs de lest

*Item 354 : Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte Notion de rang A : Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique d'une occlusion chez l'adulte*



# Dossier n°4

Karine Louvion

# Enoncé



- Vous voyez en consultation M.M, un patient de 60 ans pour un prurit évoluant depuis 1 mois. Il a pour antécédents : une hypertrophie bénigne de prostate non traitée, une hypertension artérielle traitée par Amlodipine, un tabagisme actif estimé à 50 paquets-années
- Son médecin traitant lui a fait réaliser un bilan biologique: Hémoglobine 13,5 g/dL, plaquettes 250 G/L, ASAT 20 UI/L, ALAT 23 UI/L, GGT 230 UI/L, PAL 460 UI/L, bilirubine totale 150 umol/L, bilirubine conjuguée 145 umol/L, créatinine 60 umol/L
- A la consultation il vous informe avoir une « jaunisse » depuis quelques jours, avec des vomissements et une perte de poids de 15 kg depuis 1 mois (poids de forme 80 kg).



# Question 1

- Quel est l'examen complémentaire que vous demandez à ce stade ?

*Item 278 : Ictère de l'adulte et de l'enfant. Rang A: Connaître les examens complémentaires à réaliser en première intention devant un ictère de l'adulte*



# Question 1

- Quel est l'examen complémentaire que vous demandez à ce stade ?

Réponse : **échographie hépato-biliaire/ échographie abdominale**

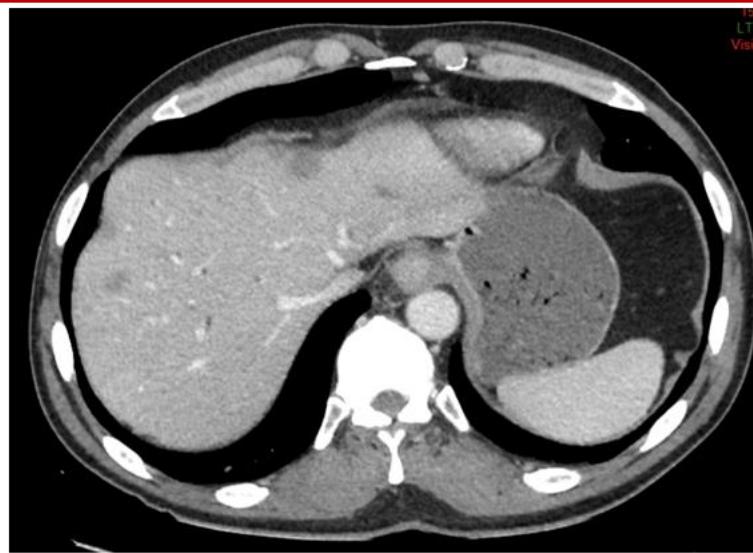
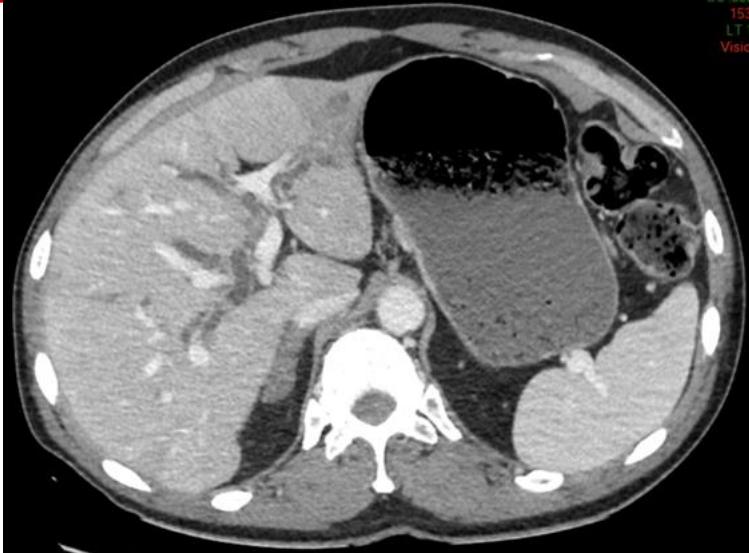
*Item 278 : Ictère de l'adulte et de l'enfant. Rang A: Connaître les examens complémentaires à réaliser en première intention devant un ictere de l'adulte*



# Question 2

- L'échographie abdominale que vous avez demandé met en évidence une dilatation des voies biliaires intra- et extra-hépatiques. Vous avez complété cet examen par un scanner abdomino-pelvien qui est le suivant.

# Question 2





# Question 2

- A propos du scanner suivant ?
  - A. Il s'agit d'un scanner injecté au temps tardif.
  - B. Il existe une dilatation des voies biliaires intra- et extra-hépatiques et une dilatation du canal pancréatique principal.
  - C. La tumeur se situe au niveau du corps du pancréas.
  - D. Le patient pourra probablement se faire opérer de son cancer.
  - E. Il existe une distension gastrique compatible avec une obstruction duodénale dans ce contexte.

*Item 304 : Tumeurs du foie, primitives et secondaires. Rang B: Tomodensitométrie typique de métastases hépatiques*

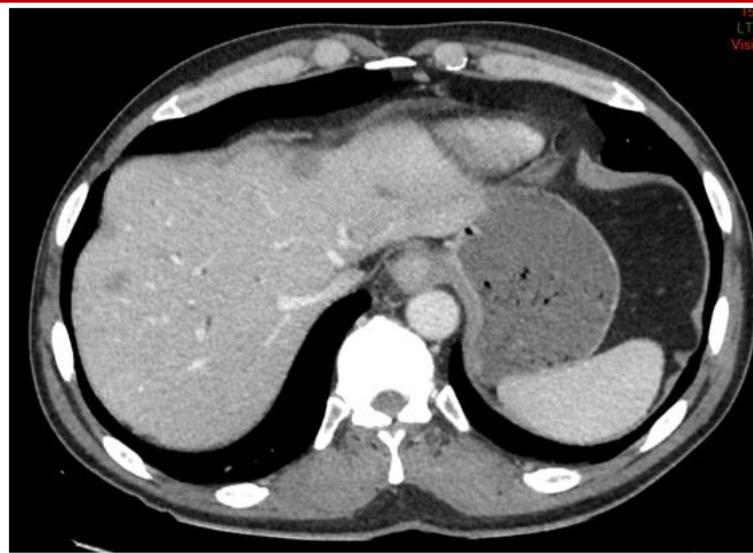


# Question 2

- A propos du scanner suivant ?
  - A. Il s'agit d'un scanner injecté au temps tardif.
  - B. Il existe une dilatation des voies biliaires intra- et extra-hépatiques et une dilatation du canal pancréatique principal.**
  - C. La tumeur se situe au niveau du corps du pancréas.
  - D. Le patient pourra probablement se faire opérer de son cancer.
  - E. Il existe une distension gastrique compatible avec une obstruction duodénale dans ce contexte.**

*Item 304 : Tumeurs du foie, primitives et secondaires. Rang B: Tomodensitométrie typique de métastases hépatiques*

# Question 2





# Question 3

- A propos du bilan d'extension d'un cancer du pancréas ?
  - A. Il comporte un scanner thoraco-abdomino-pelvien.
  - B. L'IRM hépatique est systématique.
  - C. L'écho-endoscopie peut être utile pour le diagnostic histologique.
  - D. Le drainage biliaire par CPRE est systématique.
  - E. La preuve histologique n'est pas systématique.

*Item 308 : Tumeurs du pancréas. Rang B: Connaître les indications des examens d'imagerie d'une tumeur du pancréas*



# Question 3

- A propos du bilan d'extension d'un cancer du pancréas ?
  - A. Il comporte un scanner thoraco-abdomino-pelvien.**
  - B. L'IRM hépatique est systématique.
  - C. L'écho-endoscopie peut être utile pour le diagnostic histologique.**
  - D. Le drainage biliaire par CPRE est systématique.
  - E. La preuve histologique n'est pas systématique.**

*Item 308 : Tumeurs du pancréas. Rang B: Connaître les indications des examens d'imagerie d'une tumeur du pancréas*



# Question 4

- Vous annoncez au patient qu'il a très probablement un adénocarcinome de la tête du pancréas avec des lésions secondaires hépatiques et une obstruction des voies biliaires, et qu'il ne pourra pas être opéré de son cancer du fait de son stade métastatique.



# Question 4

- A propos de la suite de votre prise en charge ?
  - A. Avant de commencer la chimiothérapie, il vous faut une preuve histologique, soit par biopsie hépatique, soit par écho-endoscopie avec ponction de la tumeur.
  - B. Avant de commencer la chimiothérapie, vous organisez une CPRE.
  - C. Avant de commencer la chimiothérapie, vous faites rencontrer le patient à la diététicienne afin de prendre en charge sa dénutrition sévère.
  - D. Avant de commencer la chimiothérapie, vous faites doser l'uracilémie.
  - E. Avant de commencer la chimiothérapie, vous organisez la pose d'une chambre implantable.



# Question 4

- A propos de la suite de votre prise en charge ?
  - A. Avant de commencer la chimiothérapie, il vous faut une preuve histologique, soit par biopsie hépatique, soit par écho-endoscopie avec ponction de la tumeur.
  - B. Avant de commencer la chimiothérapie, vous organisez une CPRE.
  - C. Avant de commencer la chimiothérapie, vous faites rencontrer le patient à la diététicienne afin de prendre en charge sa dénutrition sévère.
  - D. Avant de commencer la chimiothérapie, vous faites doser l'uracilémie.
  - E. Avant de commencer la chimiothérapie, vous organisez la pose d'une chambre implantable.



# Question 5

- L'anatomopathologie confirme la présence d'un adénocarcinome de la tête pancréatique. Le patient s'interroge sur l'origine de son cancer et sur l'épidémiologie de ce cancer ?
  - A. Actuellement l'incidence des adénocarcinomes du pancréas est stable.
  - B. Le tabac, le diabète, l'obésité, la pancréatite chronique sont des facteurs de risque d'adénocarcinome du pancréas.
  - C. Il n'existe pas de lésions pré-cancéreuses comme dans le cancer du côlon.
  - D. Il existe des prédispositions génétiques comme la mutation BRCA 1/2
  - E. La survie à 5 ans est inférieure à 10% quel que soit le stade.

*Item 308 : Tumeurs du pancréas. Rang B: Connaître l'épidémiologie et les facteurs de risque de l'adénocarcinome du pancréas et des tumeurs neuroendocrines*



# Question 5

- L'anatomopathologie confirme la présence d'un adénocarcinome de la tête pancréatique. Le patient s'interroge sur l'origine de son cancer et sur l'épidémiologie de ce cancer ?
  - A. Actuellement l'incidence des adénocarcinomes du pancréas est stable.
  - B. Le tabac, le diabète, l'obésité, la pancréatite chronique sont des facteurs de risque d'adénocarcinome du pancréas.**
  - C. Il n'existe pas de lésions pré-cancéreuses comme dans le cancer du côlon.
  - D. Il existe des prédispositions génétiques comme la mutation BRCA**
  - E. La survie à 5 ans est inférieure à 10% quel que soit le stade.**

*Item 308 : Tumeurs du pancréas. Rang B: Connaître l'épidémiologie et les facteurs de risque de l'adénocarcinome du pancréas et des tumeurs neuroendocrines*

1/2



# Question 6

- Vous débutez la chimiothérapie, validée par la RCP, par FOLFIRINOX (LV5FU2, Irinotécan, Oxaliplatine), après début d'une nutrition entérale par sonde nasogastrique, pose d'une chambre implantable, et drainage des voies biliaires par pose d'une prothèse métallique par CPRE.
  - A. La sonde nasogastrique est posée pour une durée de nutrition < 1 mois.
  - B. Il faudra réaliser une radiographie thoracique pour vérifier le positionnement de la sonde naso-gastrique avant de l'utiliser.
  - C. La chambre implantable permet un abord veineux central, situé dans la veine cave supérieure au niveau de l'oreillette gauche.
  - D. La chambre implantable peut être gardée à vie.
  - E. Toutes les chimiothérapies nécessitent la pose d'une chambre implantable.

*Item 294 Traitement des cancers : principales modalités, classes thérapeutiques et leurs complications majeures. La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade*



# Question 6

- Vous débutez la chimiothérapie, validée par la RCP, par FOLFIRINOX (LV5FU2, Irinotécan, Oxaliplatine), après début d'une nutrition entérale par sonde nasogastrique, pose d'une chambre implantable, et drainage des voies biliaires par pose d'une prothèse métallique par CPRE.

**A. La sonde nasogastrique est posée pour une durée de nutrition < 1 mois.**

**B. Il faudra réaliser une radiographie thoracique pour vérifier le positionnement de la sonde naso-gastrique avant de l'utiliser.**

C. La chambre implantable permet un abord veineux central, situé dans la veine cave supérieure au niveau de l'oreillette gauche.

**D. La chambre implantable peut être gardée à vie.**

E. Toutes les chimiothérapies nécessitent la pose d'une chambre implantable.



# Question 7

- Le patient s'interroge sur sa chimiothérapie :
  - A. Il risque d'avoir une toxicité neurologique qui peut aller de paresthésies dans les doigts, jusqu'à des troubles sensitifs/moteurs pouvant être permanents malgré l'arrêt du traitement.
  - B. Elle comporte un inhibiteur de la topoisomérase de type 1.
  - C. Les diarrhées causées par la chimiothérapie peuvent être dues à un syndrome cholinergique.
  - D. Elle ne contient pas d'antimétabolite.
  - E. La toxicité hématologique nécessite parfois son arrêt.

*Item 294 Traitement des cancers : principales modalités, classes thérapeutiques et leurs complications majeures. La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade*



# Question 7

- Le patient s'interroge sur sa chimiothérapie :
  - A. Il risque d'avoir une toxicité neurologique qui peut aller de paresthésies dans les doigts, jusqu'à des troubles sensitifs/moteurs pouvant être permanents malgré l'arrêt du traitement.
  - B. Elle comporte un inhibiteur de la topoisomérase de type 1.
  - C. Les diarrhées causées par la chimiothérapie peuvent être dues à un syndrome cholinergique.
  - D. Elle ne contient pas d'antimétabolite.
  - E. La toxicité hématologique nécessite parfois son arrêt.

*Item 294 Traitement des cancers : principales modalités, classes thérapeutiques et leurs complications majeures. La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade*



# Question 8

- Malheureusement le patient ne répond pas à la chimiothérapie et reconsulte pour des vomissements incoercibles avec un arrêt du transit. Sur le scanner réalisé aux urgences, il existe une obstruction duodénale par la tumeur responsable d'une distension gastrique.



# Question 8

- Quelle sera votre prise en charge ?
  - A. Pose d'une SNG en aspiration.
  - B. Hydratation IV et supplémentation potassique.
  - C. IPP IV au pousse seringue électrique.
  - D. Prescription de Métonclopramide IV.
  - E. Changement de ligne de chimiothérapie après validation en RCP.

*Item 354 Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte Rang A Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique d'une occlusion chez l'adulte*



# Question 8

- Quelle sera votre prise en charge ?
  - A. Pose d'une SNG en aspiration.
  - B. Hydratation IV et supplémentation potassique.
  - C. IPP IV au pousse seringue électrique.
  - D. Prescription de Métonclopramide IV.
  - E. Changement de ligne de chimiothérapie après validation en RCP.

*Item 354 Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte Rang A Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique d'une occlusion chez l'adulte*



# Item 308 Tumeurs du pancréas

AEG, diabète, TVP, ictère nu, douleur solaire

- Adénocarcinome (90%) : tabac, DT2 ancien, obésité, PCC (PRSS1 40% à 50 ans et OH 5% à 20 ans d'évolution), formes héréditaires

Lésions précancéreuses: TIPMP et cystadénome mucineux

- Tumeurs neuro-endocrines non sécrétantes (75%) ou non sécrétantes (gastrine, insuline, glucagon, VIP, somatostatine) : NEM1

→ TDM TAP, EUS avec cytoponction +/- IRM hépatique si projet chirurgical

→ CPRE si ictère



# Dossier n°5

Rédaction Alexia Gonzalez / Correction: Guillaume Le Cosquer

# Enoncé



- Vous êtes médecin généraliste en cabinet libéral, vous recevez Madame F, 55 ans, en consultation. Elle se plaint d'une difficulté pour aller à la selle depuis 1 mois et demi et décide de venir vous consulter ce jour.



# Question 1

- Concernant la définition de la constipation, il s'agit :
  - A. D'une réduction du nombre de selles hebdomadaires : < 3 selles/semaine
  - B. D'une réduction du nombre de selles hebdomadaires : < 2 selles/semaine
  - C. D'efforts de poussée exagérés pour exonérer
  - D. D'une dyschésie
  - E. De l'association d'une dyschésie et d'une réduction de nombre de selles hebdomadaires (< 3 selles/semaine)

*Item 283 : Constipation chez l'enfant et l'adulte Rang B : Rubrique définition, définition de la constipation chronique. Bien définir la chronicité des symptômes.*



# Question 1

- Concernant la définition de la constipation, il s'agit :
  - A. D'une réduction du nombre de selles hebdomadaires : < 3 selles/semaine
  - B. D'une réduction du nombre de selles hebdomadaires : < 2 selles/semaine
  - C. D'efforts de poussée exagérés pour exonérer
  - D. D'une dyschésie
  - E. De l'association d'une dyschésie et d'une réduction de nombre de selles hebdomadaires (< 3 selles/semaine)

*Item 283 : Constipation chez l'enfant et l'adulte Rang B : Rubrique définition, définition de la constipation chronique. Bien définir la chronicité des symptômes.*



# Question 2

- Madame F décrit 2 selles par semaine, d'apparition progressive depuis 1 mois et demi. Vous posez le diagnostic d'une constipation. C'est la première fois que cela lui arrive. Elle se sent « ballonnée » et le vit mal.



# Question 2

- Quels sont les éléments qui vous pousserait à proposer à votre patiente une consultation avec un gastro-entérologue en vue d'une coloscopie ?
  - A. Antécédent au 3ème degré d'une cancer colique
  - B. Rectorragies lors de la défécation
  - C. Age > 60 ans
  - D. Notion de perte de poids récente
  - E. Notion de régime récent

*Item 283 : Constipation chez l'enfant et l'adulte Rang B : Examens complémentaires. Connaitre l'indication des examens d'imagerie devant une constipation.*



# Question 2

- Quels sont les éléments qui vous pousserait à proposer à votre patiente une consultation avec un gastro-entérologue en vue d'une coloscopie ?
  - A. Antécédent au 3ème degré d'une cancer colique
  - B. Rectorragies lors de la défécation**
  - C. Age > 60 ans
  - D. Notion de perte de poids récente**
  - E. Notion de régime récent

*Item 283 : Constipation chez l'enfant et l'adulte Rang B : Examens complémentaires. Connaitre l'indication des examens d'imagerie devant une constipation.*



# Question 3

- Votre patiente rapporte en effet la présence de sang sur le papier lorsqu'elle s'essuie après être allé aux toilettes, avec parfois l'impression d'avoir quelque chose qui sort. Elle n'a pas de crise douloureuse au passage des selles. Elle ne pense pas avoir perdu du poids, mais ne se pèse pas et se dit fatiguée depuis 2-3 mois. Elle ne décrit pas de douleur abdominale.



# Question 3

- A l'examen vous retrouvez une abdomen qui est souple dépressible, sensible en fosse iliaque gauche. Vous examinez la marge anale. Vous effectuez un toucher rectal qui ne retrouve pas de masse, présence de sang rouge vif sur le doigtier. Vous demandez à la patiente de pousser comme si elle allait à la selle.

# Question 3

- Décrivez ce que vous voyez au niveau de la marge anale lors de l'effort de poussée :



Item 288 Pathologie Hémorroïdaire. Rang A Rubrique : Contenu multimédia Intitulé : Images hémorroïdes externes et hémorroïdes internes prolabées

# Question 3

- Décrivez ce que vous voyez au niveau de la marge anale lors de l'effort de poussée



Réponse : Hémorroïdes internes / extériorisation plexus hémorroïdaire interne / Prolapsus hémorroidaire

Item 288 Pathologie Hémorroïdaire. Rang A Rubrique : Contenu multimédia Intitulé : Images hémorroïdes externes et hémorroïdes internes prolabées



# Question 4

- Vous retrouvez lors de l'effort de poussée, l'extériorisation par l'anus d'une partie du plexus hémorroïdaire interne avec nécessité d'une réintégration manuelle. Quel est le grade de l'atteinte hémorroïdaire selon la classification en vigueur ?
  - A. Grade I
  - B. Grade II
  - C. Grade III
  - D. Grade IV
  - E. Grade V

*Item 288 Pathologie Hémorroïdaire Rang A Rubrique : diagnostic positif Intitulé : Connaitre les manifestations cliniques les plus fréquentes des hémorroïdes internes*

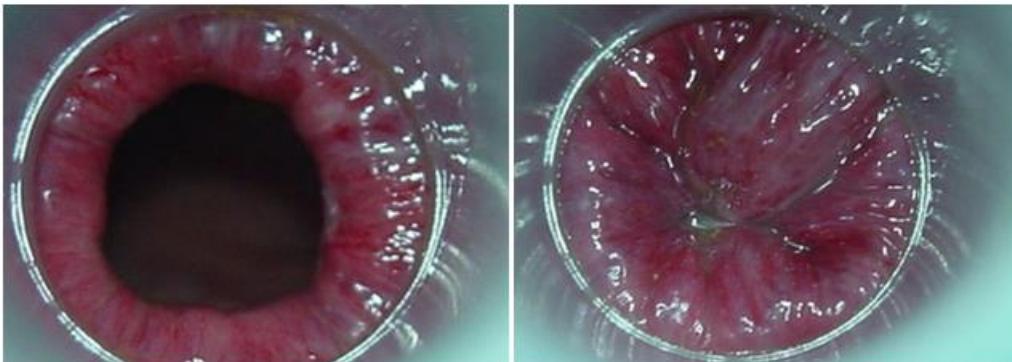


# Question 4

- Vous retrouvez lors de l'effort de poussée, l'extériorisation par l'anus d'une partie du plexus hémorroïdaire interne avec nécessité d'une réintégration manuelle. Quel est le grade de l'atteinte hémorroïdaire selon la classification en vigueur ?
  - A. Grade I
  - B. Grade II
  - C. Grade III**
  - D. Grade IV
  - E. Grade V

*Item 288 Pathologie Hémorroïdaire Rang A Rubrique : diagnostic positif Intitulé : Connaitre les manifestations cliniques les plus fréquentes des hémorroïdes internes*

# Item 288 Pathologie hémorroïdaire



Prolapsus hémorroïdaires  
RHD, laxatifs

Thrombose hémorroïdaire  
RHD, laxatifs, AINS  
Incision/Excision



# Question 5

- On utilise la classification de Goligher pour grader la maladie hémorroïdaire. Les hémorroïdes internes s'extériorisent lors d'un effort de poussée et nécessitent une aide manuelle pour les réduire. Il s'agit d'un grade III. Vous avez terminé votre examen clinique, vous orientez votre patiente à un gastro-entérologue pour un examen proctologique plus poussé avec un bilan biologique à réaliser au préalable.
- Vous allez tout de même lui donner quelques recommandations.



# Question 5

- Que dites-vous à votre patiente pour la prise en charge de sa constipation?
  - A. Elle doit avoir une alimentation riche en graisse
  - B. Elle doit avoir une alimentation riche en fibre solubles environ 25g/jour
  - C. Elle doit manger moins salé
  - D. Elle doit augmenter ses apports hydriques
  - E. Elle doit boire de l'eau riche en magnésium
  - F. Elle doit améliorer sa position de défécation avec les jambes bien tendues et relevées



# Question 5

- Que dites-vous à votre patiente ?
  - A. Elle doit avoir une alimentation riche en graisse
  - B. Elle doit avoir une alimentation riche en fibre solubles environ 25g/jour**
  - C. Elle doit manger moins salé
  - D. Elle doit augmenter ses apports hydriques
  - E. Elle doit boire de l'eau riche en magnésium**
  - F. Elle doit améliorer sa position de défécation avec les jambes bien tendues et relevées

*Item 283 Constipation de l'enfant et de l'adulte Rang A règles hygiéno-diététiques*

*Item : 288 Pathologie Hémorroïdaire Rang A Connaitre les 4 règles de préambule thérapeutique*



# Question 6

- Vous êtes gastro-entérologue installé dans votre cabinet de ville, vous recevez Madame F, vous reprenez l'interrogatoire depuis le début. En effet quelques éléments vous inquiètent à son sujet, une fatigue qui s'installe depuis 2-3mois, le fait qu'elle ait plus de 50 ans, une sensibilité en fosse iliaque gauche à la palpation.
- Le bilan biologique met en évidence : Hémoglobine 9g/dl, VGM 79fl, CRP 10mg/l, ferritine 5ng/ml et un coefficient de la saturation de la transferrine à 5%.



# Question 6

- Que diagnostiquez-vous comme cause d'anémie chez votre patiente?



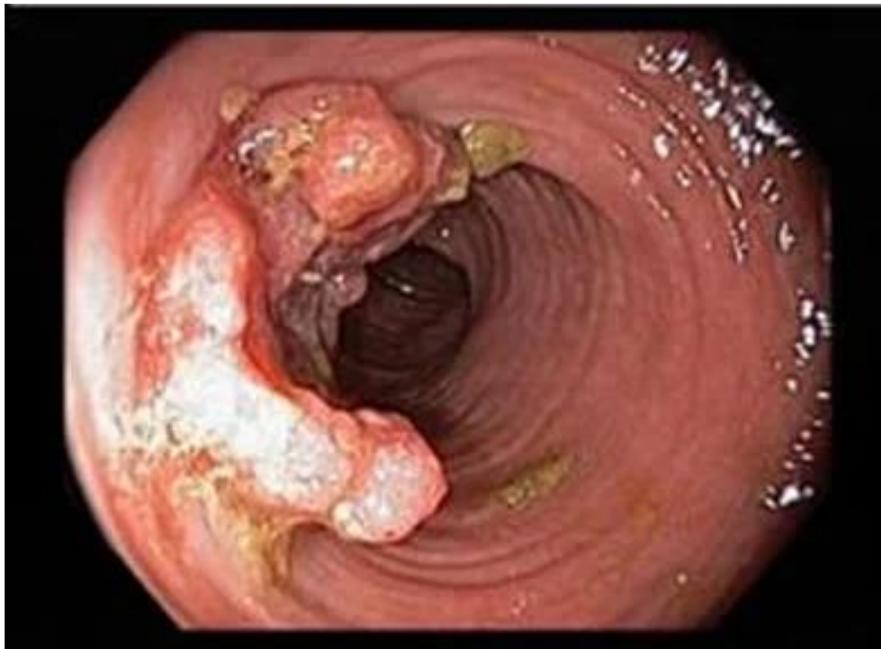
# Question 6

- Que diagnostiquez-vous comme cause d'anémie chez votre patiente?
- **Réponse : ferriprive / carence martiale /carence en fer**

*Item 209 : Anémie*

# Question 7

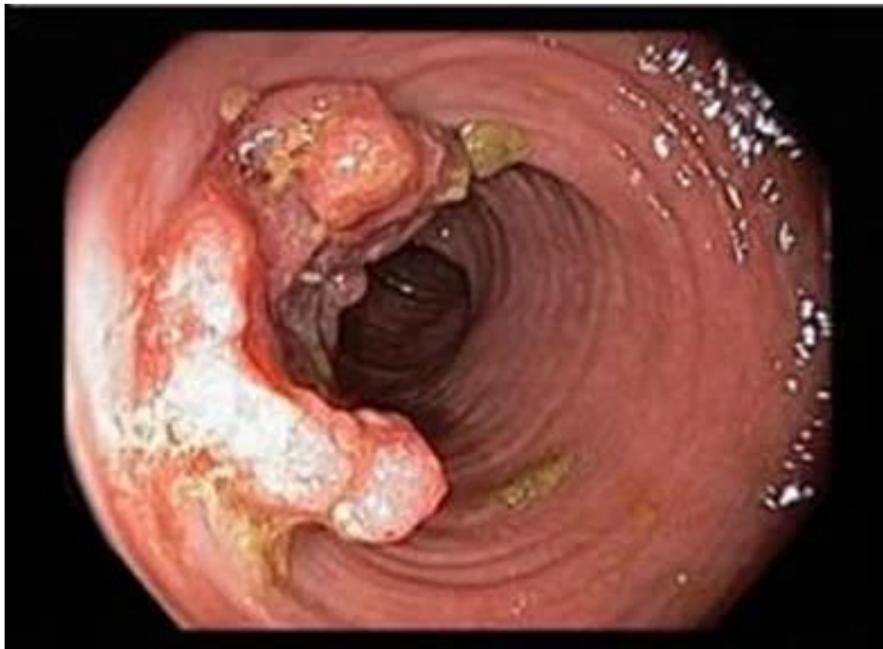
- Vous programmez une coloscopie dans les 10 jours. Lors de la montée de la coloscopie, vous visualisez dans le colon gauche cette image. Décrivez la lésion présente sur l'image ci-dessous



*Item 301 : les tumeurs du côlon et du rectum Rang A diagnostic positif Intitulé : circonstance de découverte*

# Question 7

- Vous programmez une coloscopie dans les 10 jours. Lors de la montée de la coloscopie, vous visualisez dans le colon gauche cette image. Décrivez la lésion présente sur l'image ci-dessous



**Lésion ulcérée bourgeonnante en lobe d'oreille / lésion ulcérée / lésion ulcérée en son centre suspecte / lésion ulcérée bourgeonnante / Polype ulcére suspect / Polype ulcére**

*Item 301 : les tumeurs du côlon et du rectum Rang A diagnostic positif Intitulé : circonstance de découverte*



# Question 8

- Cette lésion colique gauche est très suspecte d'une tumeur au stade d'adénocarcinome. Que faites-vous ?
  - A. Vous prescrivez à madame F un scanner thoraco-abdomino-pelvien non injecté
  - B. Vous prenez un avis auprès des chirurgiens digestifs afin d'envisager une chirurgie de la lésion
  - C. Vous biopsiez la lésion et demandez les résultats en urgence
  - D. Vous prescrivez une TEP-TDM
  - E. Vous prescrivez une IRM pelvienne

*Item 301 : les tumeurs du côlon et du rectum Rang A Rubrique : Examens complémentaires. Intitulé : Examens complémentaires de première intention*



# Question 8

- Cette lésion colique gauche est très suspecte d'une tumeur au stade d'adénocarcinome. Que faites-vous ?
  - A. Vous prescrivez à madame F un scanner thoraco-abdomino-pelvien non injecté
  - B. Vous prenez un avis auprès des chirurgiens digestifs afin d'envisager une chirurgie de la lésion
  - C. Vous biopsiez la lésion et demandez les résultats en urgence**
  - D. Vous prescrivez une TEP-TDM
  - E. Vous prescrivez une IRM pelvienne

*Item 301 : les tumeurs du côlon et du rectum Rang A Rubrique : Examens complémentaires. Intitulé : Examens complémentaires de première intention*



# Questions isolées

Correction: Guillaume Le Cosquer



# Question 1

- Parmi les éléments suivants, lesquels doivent amener à la réalisation d'une coloscopie en cas de constipation ?
  - A. Rectorragies
  - B. Antécédent d'adénome colique supra-centimétrique en dysplasie de bas grade chez son père (à 60 ans)
  - C. Symptômes nocturnes
  - D. Prise de poids récente
  - E. Survenue avant 40 ans



# Question 1

- Parmi les éléments suivants, lesquels doivent amener à la réalisation d'une coloscopie en cas de constipation ?
  - A. Rectorragies
  - B. Antécédent d'adénome colique supra-centimétrique en dysplasie de bas grade chez son père (à 60 ans)
  - C. Symptômes nocturnes
  - D. Prise de poids récente
  - E. Survenue avant 40 ans

*Item 284 Colopathie fonctionnelle*

*Rang A Connaître les éléments cliniques devant amener à la réalisation d'une coloscopie pour éliminer une organicité*



# Question 2

- Vous recevez en consultation de médecine générale Mme B, 53 ans, qui se plaint de brûlures rétrosternales quotidiennes et d'une toux sèche depuis quelques semaines. Elle dit ne pas avoir modifié son comportement alimentaire. Son poids est stable à 48 kg pour 161cm. Dans ses antécédents on retrouve un asthme allergique depuis l'enfance sous Salbutamol à la demande, et une hypertension artérielle essentielle sous candésartan. Son pharmacien lui a proposé des alginates qui l'ont bien améliorée, mais elle souhaite un traitement plus efficace.



# Question 2

- Parmi les propositions suivantes, chez cette patiente, laquelle (lesquelles) indique(nt) la réalisation d'une EOGD (endoscopie oesogastroduodénale) ?
  - A. Brûlures rétrosternales
  - B. Régurgitations
  - C. Âge
  - D. Amaigrissement
  - E. Dysphagie



# Question 2

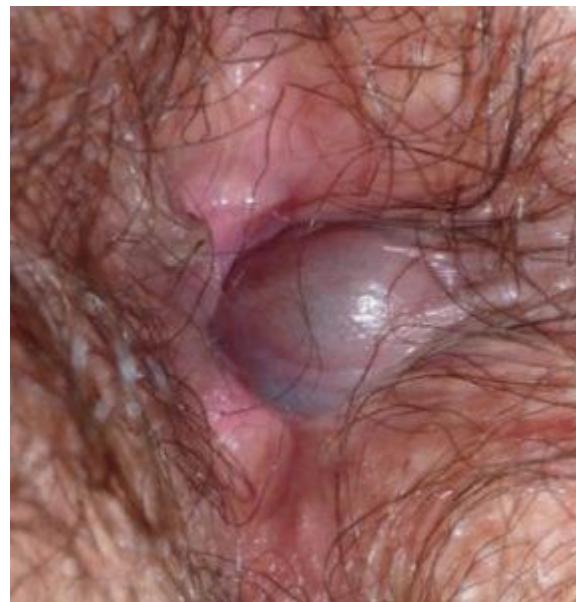
- Parmi les propositions suivantes, chez cette patiente, laquelle (lesquelles) indique(nt) la réalisation d'une EOGD (endoscopie œsogastroduodénale) ?
  - A. Brûlures rétrosternales
  - B. Régurgitations
  - C. Âge**
  - D. Amaigrissement
  - E. Dysphagie

*Item 271 Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale*

*Rang B Connaître l'indication de l'endoscopie œsogastroduodénale si symptôme atypique ou début après 50 ans*

# Question 3

- Monsieur P, 41 ans présente une douleur intense localisée à l'anus, depuis 2 jours, déclenchée uniquement par la station assise. A l'examen vous observez cette lésion bien limitée (cf. image ci-dessous). Quelles sont les propositions exactes concernant cette situation ?





# Question 3

- Quelles sont les propositions exactes concernant cette situation ?
  - A. Toute lésion hémorroïdaire doit bénéficier d'un traitement.
  - B. Le diagnostic de cette lésion impose la réalisation d'une anuscopie.
  - C. Il s'agit d'un abcès hémorroïdaire.
  - D. Le traitement consiste en une incision ou excision.
  - E. Le traitement d'une constipation associée permet de limiter l'installation d'une maladie hémorroïdaire.



# Question 3

- Quelles sont les propositions exactes concernant cette situation ?
  - A. Toute lésion hémorroïdaire doit bénéficier d'un traitement.
  - B. Le diagnostic de cette lésion impose la réalisation d'une anuscopie.
  - C. Il s'agit d'un abcès hémorroïdaire.
  - D. Le traitement consiste en une incision ou excision.**
  - E. Le traitement d'une constipation associée permet de limiter l'installation d'une maladie hémorroïdaire.**

*Item 288 : Pathologie hémorroïdaire Rang A : Connaître les modalités du diagnostic d'une thrombose hémorroïdaire Rang A Photographies de thrombose hémorroïdaire Rang A Connaître les grands principes de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse Rang A Connaître le traitement de la thrombose hémorroïdaire externe Rang B Connaître le diagnostic différentiel de la thrombose hémorroïdaire externe*



# Question 4

- Vous recevez aux urgences un patient de 38 sans antécédent et sans traitement pour un ictère fébrile. Il n'y a pas d'encéphalopathie hépatique. Le patient ne se plaint d'aucune douleur abdominale. Il reconnaît avoir des pratiques sexuelles à risque. Le bilan hépatique retrouve des ASAT à 10N, des ALAT à 30N, absence de cholestase, une bilirubine à 160 umol/L avec une bilirubine conjuguée à 145 umol/L. Le TP est à 28%. Le facteur V est à 37%.



# Question 4

- Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes?
  - A. Vous êtes face à une hépatite aigue cytolytique grave.
  - B. L'angiocholite est le diagnostic à évoquer en priorité.
  - C. L'échographie abdominale est à réaliser pour rechercher notamment une thrombose vasculaire.
  - D. Un bilan sérologique à la recherche des hépatites A, B, C et E.
  - E. Une prise en charge en ambulatoire en insistant sur la contre-indication d'utilisation de paracétamol pour faire diminuer la fièvre.



# Question 4

- Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes?
  - A. **Vous êtes face à une hépatite aigue cytolytique grave.**
  - B. L'angiocholite est le diagnostic à évoquer en priorité.
  - C. **L'échographie abdominale est à réaliser pour rechercher notamment une thrombose vasculaire.**
  - D. **Un bilan sérologique à la recherche des hépatites A, B, C et E.**
  - E. Une prise en charge en ambulatoire en insistant sur la contre-indication d'utilisation de paracétamol pour faire diminuer la fièvre.

*tem 167 Hépatites virales Rang A : Connaître la définition d'une hépatite Rang A Connaître les principales causes d'élévation des transaminases en dehors de l'infection virale Rang A Connaître les examens biologiques de première intention devant une hépatite aiguë Rang A Connaître les signes de gravité d'une hépatite aiguë*



# CAT Hépatite aigue

L'hépatite aiguë devient **sévère** quand elle est associée à un **TP < 50%**

L'hépatite est **grave** quand apparaît en plus une **encéphalopathie hépatique**

**1 Diagnostic → 2 Gravité (TP, neuro) → 3 Causes**

Sérologies + Toxiques +  
Echographie-doppler

- Rechercher les causes virales
- Rechercher les causes toxiques
- Eliminer une cause obstructive ou vasculaire
- Eliminer une hépatite hypoxémique



Selon contexte

- Rechercher les causes virales plus rares
- Rechercher les causes plus rares selon le terrain
  - Femme: Hépatite Auto-Immune (HAI)
  - Jeune adulte: cause génétique (Wilson)
  - Pathologies de la grossesse
  - Foie tumoral



# Question 5

- Dans le cadre d'un bilan de cytolysé chez un patient homosexuel vous recevez le bilan sérologique hépatite B suivant: AgHbs +; IgM antiHbc -; IgG anti Hbc + ; Ac anti Hbs -.
- Quelles sont les propositions vraies ?
  - A. Le bilan sérologique est en faveur d'un diagnostic d'une hépatite B aiguë.
  - B. Il faut compléter le bilan sérologique par une PCR VHB.
  - C. La transmission du virus de l'hépatite B peut être par voie materno-foetale.
  - D. La sérologie de l'hépatite D doit être réalisée.
  - E. Le patient devra être vacciné contre l'hépatite A et l'hépatite C.



# Question 5

- Dans le cadre d'un bilan de cytolysé chez un patient homosexuel vous recevez le bilan sérologique hépatite B suivant: AgHbs +; IgM antiHbc -; IgG anti Hbc + ; Ac anti Hbs -.
- Quelles sont les propositions vraies ?
  - A. Le bilan sérologique est en faveur d'un diagnostic d'une hépatite B aiguë.
  - B. Il faut compléter le bilan sérologique par une PCR VHB.
  - C. La transmission du virus de l'hépatite B peut être par voie materno-foetale.
  - D. La sérologie de l'hépatite D doit être réalisée.
  - E. Le patient devra être vacciné contre l'hépatite A et l'hépatite C.

*Item 167 Hépatites virales Rang A Connaître les examens biologiques de première intention devant une hépatite aiguë*



# Item 167 Hépatites virales

Tableau : Profils sérologiques du VHB

Marqueurs	Hépatite aiguë B	Portage chronique	Infection B « guérie »	Vaccination efficace	Patients à vacciner
Ag HBs	+	+	-	-	-
AC anti-HBc	+	+	+	-	-
AC anti-HBs	-	-	+/-	+	-



# Question 6

- Quelle est la prévalence mondiale estimée de la colopathie fonctionnelle? Donnez le chiffre correspondant au pourcentage de prévalence



# Question 6

- Quelle est la prévalence mondiale estimée de la colopathie fonctionnelle? Donnez le chiffre correspondant au pourcentage de prévalence

**4% (5% accepté)**



# Question 7

- Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) font partie des critères de Rome ?
  - A. Début des symptômes il y a plus de 3 mois
  - B. Douleur au moins un jour par semaine
  - C. Douleurs en relation avec la défécation
  - D. Douleur associée à une modification de l'aspect des selles
  - E. Absence d'altération de l'état général



# Question 7

- Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) font partie des critères de Rome ?
  - A. Début des symptômes il y a plus de 3 mois
  - B. Douleur au moins un jour par semaine
  - C. Douleurs en relation avec la défécation
  - D. Douleur associée à une modification de l'aspect des selles
  - E. Absence d'altération de l'état général

*Item 284 Colopathie fonctionnelle Rang A Connaître les critères diagnostiques des troubles fonctionnels intestinaux*



# Question 8

- Parmi les propositions suivantes, quelles sont les 3 manifestations les plus fréquemment révélatrices de maladie de Crohn ?
  - A. Diarrhée
  - B. Fièvre
  - C. Masse palpable
  - D. Douleurs abdominales
  - E. Lésion anopérinéale
  - F. Amaigrissement
  - G. Rectorragies
  - H. Douleurs articulaires
  - I. Uvéite
  - J. Aphtes buccaux
  - K. Pyoderma gangrenosum
  - L. Psoriasis



# Question 8

- Parmi les propositions suivantes, quelles sont les 3 manifestations les plus fréquemment révélatrices de maladie de Crohn ?

**A. Diarrhée**

B. Fièvre

C. Masse palpable

**D. Douleurs abdominales**

E. Lésion anopérinéale

**F. Amaigrissement**

G. Rectorragies

H. Douleurs articulaires

I. Uvéite

J. Aphthes buccaux

K. Pyoderma gangrenosum

L. Psoriasis

*Item 282 Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) chez l'adulte Rang A: Connaître les situations cliniques révélatrices d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)*



# Question 9

- Parmi les éléments suivants, lesquels orientent vers un diagnostic de rectocolite hémorragique en cas de colite ?
  - A. Aggravation des symptômes en cas de tabagisme actif
  - B. Lésions transmurales à l'analyse anatomopathologique
  - C. Lésions continues le long du cadre colique
  - D. Absence de granulome épithélioïde
  - E. Fistule anale associée



# Question 9

- Parmi les éléments suivants, lesquels orientent vers un diagnostic de rectocolite hémorragique en cas de colite ?
  - A. Aggravation des symptômes en cas de tabagisme actif
  - B. Lésions transmurales à l'analyse anatomopathologique
  - C. Lésions continues le long du cadre colique**
  - D. Absence de granulome épithélioïde
  - E. Fistule anale associée

*Item 282 Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) chez l'adulte Rang A : Connaître la définition de la maladie de Crohn et de la rectocolite hémorragique*

# Item 282 MICI



	RCH	Maladie de Crohn
● Tabagisme	Protecteur	Aggravant
● Rectorragies	Constantes	Inconstantes
Lésions macroscopiques		
● Atteinte continue	Constante	Parfois
● Atteinte rectale	Constante	Inconstante
● Intervalles de muqueuse saine	Jamais	Fréquent
● Atteinte iléale	Jamais	Fréquent
● Atteinte anopérinéale	Jamais	Fréquent (30%)
● Sténoses, fistules, abcès	Jamais	Fréquent
Lésions microscopiques		
● Inflammation	Superficielle, homogène	Transmurale, hétérogène
● Granulomes épithélioïdes	Jamais	30%



# Question 10

- Quelles sont les 2 causes les plus fréquentes d'ascite en France ?
  - A. Thrombose porte / syndrome de Budd Chiari
  - B. Insuffisance cardiaque droite / péricardite constrictive
  - C. Cirrhose
  - D. Syndrome néphrotique
  - E. Carcinose péritonéale

*Item 280 Ascite Rang A Connaître les 2 causes les plus fréquentes en France*



# Question 10

- Quelles sont les 2 causes les plus fréquentes d'ascite en France ?
  - A. Thrombose porte / syndrome de Budd Chiari
  - B. Insuffisance cardiaque droite / péricardite constrictive
  - C. Cirrhose**
  - D. Syndrome néphrotique
  - E. Carcinose péritonéale**

*Item 280 Ascite Rang A Connaître les 2 causes les plus fréquentes en France*



# Question 11

- Quelles sont les étiologies d'ascite avec taux de protides <25g/L ?
  - A. Syndrome de Budd Chiari
  - B. Insuffisance cardiaque droite
  - C. Cirrhose
  - D. Syndrome néphrotique
  - E. Carcinose péritonéale



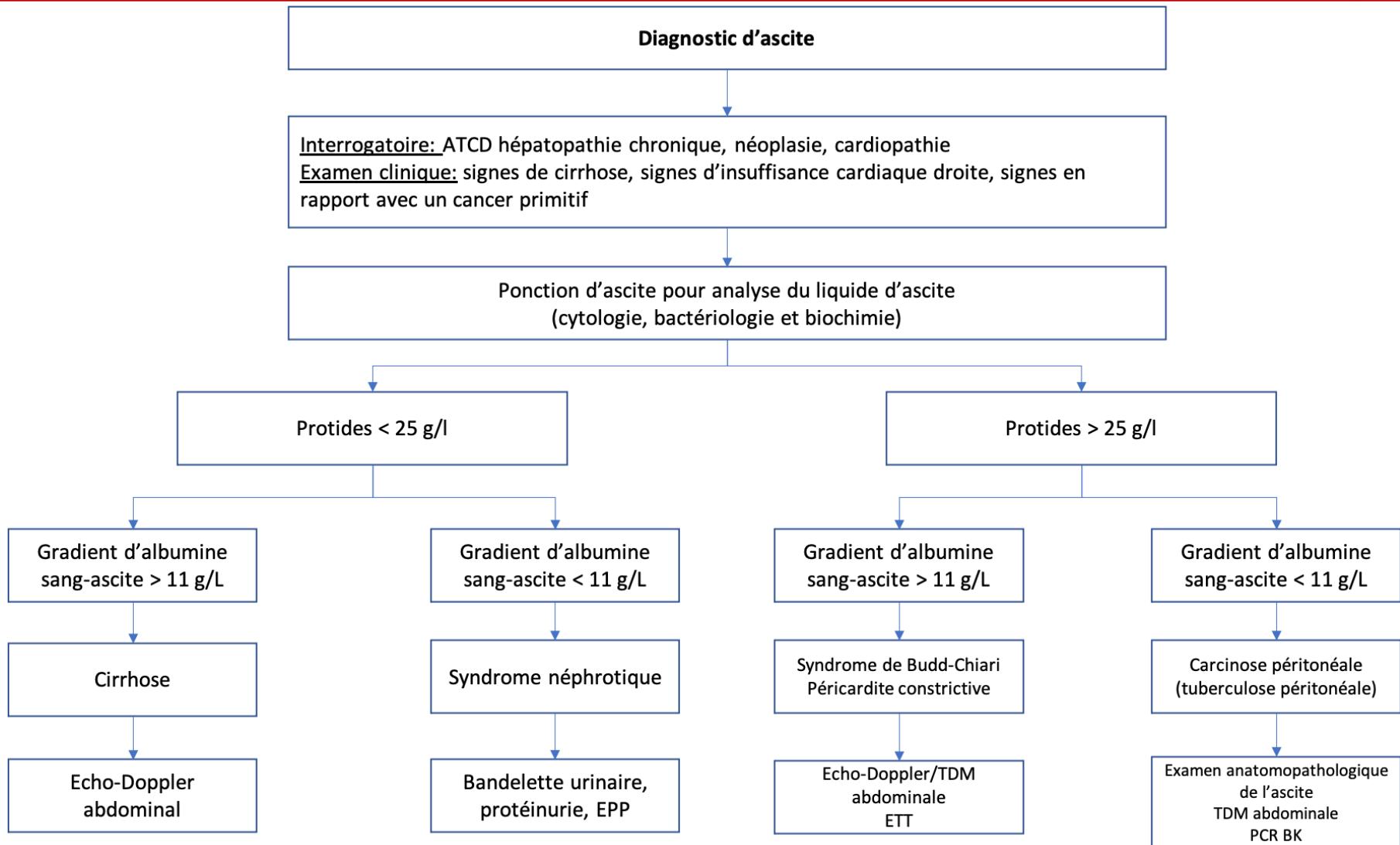
# Question 11

- Quelles sont les étiologies d'ascite avec taux de protides <25g/L ?
  - A. Syndrome de Budd Chiari
  - B. Insuffisance cardiaque droite
  - C. Cirrhose**
  - D. Syndrome néphrotique**
  - E. Carcinose péritonéale

*Item 280 Ascite Rang B Caractéristiques de liquide d'ascite*



# Item 280 Ascite





# Question 12

- A propos des ulcères digestifs hauts :
  - A. Il s'agit d'une perte de substance de la paroi atteignant la sous-muqueuse.
  - B. Leur incidence est en diminution.
  - C. La mortalité varie entre 2 et 10% pour les formes compliquées.
  - D. En cas d'ulcères multiples, résistants aux traitements, associés à une diarrhée, il faut suspecter un syndrome de Zollinger-Ellison.
  - E. 2/3 des ulcères gastro-duodénaux compliqués sont attribuables à la prise d'AINS ou d'aspirine



# Question 12

- A propos des ulcères digestifs hauts :
  - A. Il s'agit d'une perte de substance de la paroi atteignant la sous-muqueuse.
  - B. **Leur incidence est en diminution.**
  - C. **La mortalité varie entre 2 et 10% pour les formes compliquées.**
  - D. **En cas d'ulcères multiples, résistants aux traitements, associés à une diarrhée, il faut suspecter un syndrome de Zollinger-Ellison.**
  - E. 2/3 des ulcères gastro-duodénaux compliqués sont attribuables à la prise d'AINS ou d'aspirine

*Item 272 : Ulcère gastrique et duodénal. Gastrite Rang A Connaître les définitions d'un ulcère gastrique ou duodénal Rang B Connaître la prévalence d'un ulcère gastrique ou duodénal*



# Question 13

- Parmi les propositions suivantes, la(les)quelle(s) est(sont) correcte(s) ?
  - A. Une contracture peut être localisée ou généralisée
  - B. Une défense est définie par la présence d'une contraction involontaire de la paroi abdominale, vincible
  - C. Une contracture correspond à une contraction permanente, vincible, de l'ensemble de la paroi abdominale
  - D. Une défense est pathognomonique d'une péritonite
  - E. Une contracture est pathognomonique d'une péritonite



# Question 13

- Parmi les propositions suivantes, la(les)quelle(s) est(sont) correcte(s) ?
  - A. Une contracture peut être localisée ou généralisée
  - B. **Une défense est définie par la présence d'une contraction involontaire de la paroi abdominale, vincible**
  - C. Une contracture correspond à une contraction permanente, vincible, de l'ensemble de la paroi abdominale
  - D. Une défense est pathognomonique d'une péritonite
  - E. **Une contracture est pathognomonique d'une péritonite**

*Item 357 Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte Rang A Connaître les signes fonctionnels et éléments du diagnostic clinique de péritonite*



# Question 14

- A propos de la maladie lithiasique biliaire
  - A. La cholécystite a pour origine l'occlusion de la voie biliaire principale par un calcul
  - B. L'angiocholite est causée par l'obstruction du canal cholédoque
  - C. Une augmentation de la bilirubine est classique au cours de la cholécystite
  - D. Une angiocholite est cliniquement souvent associée à une défense en hypochondre droit
  - E. Le syndrome de Mirizzi correspond à la compression de la voie biliaire principale par une vésicule volumineuse ou multi-lithiasique



# Question 14

- A propos de la maladie lithiasique biliaire
  - A. La cholécystite a pour origine l'occlusion de la voie biliaire principale par un calcul
  - B. L'angiocholite est causée par l'obstruction du canal cholédoque**
  - C. Une augmentation de la bilirubine est classique au cours de la cholécystite
  - D. Une angiocholite est cliniquement souvent associée à une défense en hypochondre droit
  - E. Le syndrome de Mirizzi correspond à la compression de la voie biliaire principale par une vésicule volumineuse ou multi-lithiasique**

*Item 277 Lithiase biliaire et complications Rang A Connaître la définition d'une lithiase biliaire et des différentes complications*

# Item 277 Lithiase biliaire

Calcul intra-hépatique (rare):

⇒ Angiocholite

Calculs vésiculaires asymptomatiques:

⇒ Pas de traitement  
⇒ ni de surveillance

Calcul du collet vésiculaire ou du cystique:

⇒ Coliques hépatiques  
⇒ Cholécystite

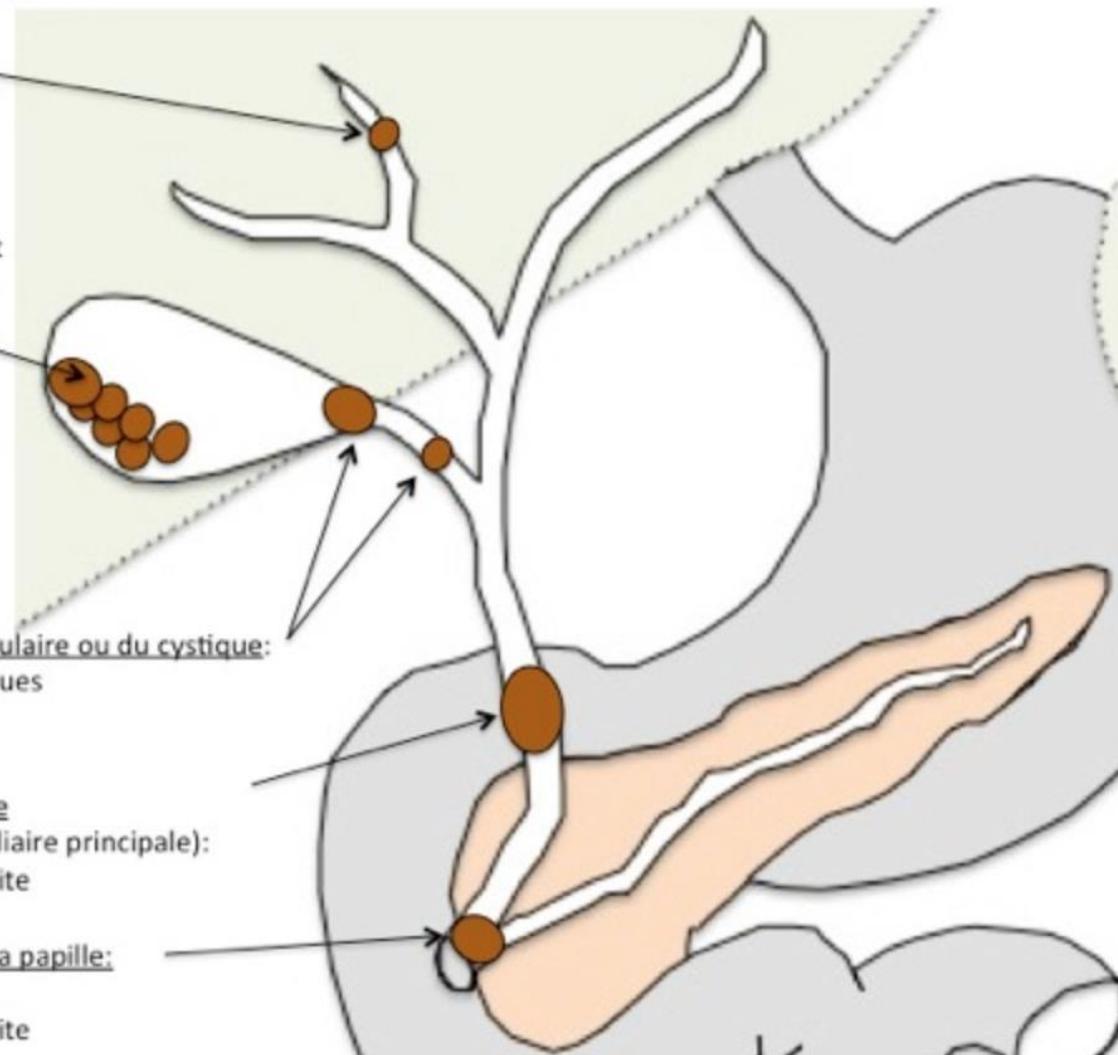
Calcul du cholédoque

(lithiase de la voie biliaire principale):

⇒ Ictère, angiocholite

Calcul enclavé dans la papille:

⇒ Pancréatite  
⇒ Ictère, angiocholite





# Question 15

- A propos des cancers de l'estomac
  - A. Leur incidence est d'environ 6500 cas/an, en diminution.
  - B. Leur principal facteur de risque est l'infection à Helicobacter Pylori.
  - C. La gastrite auto-immune peut donner des adénocarcinomes gastriques ainsi que des tumeurs neuroendocrines.
  - D. Les biopsies dans la limite gastrique sont peu sensibles, et nécessitent souvent de réaliser des biopsies en puit.
  - E. Les IPP sont responsables de la formation de tumeurs bénignes gastriques.



# Question 15

- A propos des cancers de l'estomac
  - A. Leur incidence est d'environ 6500 cas/an, en diminution.
  - B. Leur principal facteur de risque est l'infection à *Helicobacter Pylori*.
  - C. La gastrite auto-immune peut donner des adénocarcinomes gastriques ainsi que des tumeurs neuroendocrines.
  - D. Les biopsies dans la limite gastrique sont peu sensibles, et nécessitent souvent de réaliser des biopsies en puit.
  - E. Les IPP sont responsables de la formation de tumeurs bénignes gastriques.

*Item 303 Tumeurs de l'estomac Rang A Epidémiologie analytique : connaître les facteurs de risque  
Rang B Epidémiologie descriptive : connaître l'incidence et la prévalence Rang B Connaître les indications des examens endoscopiques et paracliniques*



**L'ensemble des dossiers ont été relus  
mais un panel d'universitaires mais  
l'ensemble des éléments de correction  
oraux n'engagent que les conférenciers.**



**MERCI POUR VOTRE  
ATTENTION**