

DOSSIER N°1 : Une appendicite aiguë



Madame C. P., 18 ans, sans antécédents particuliers, vient d'être opérée en urgence en raison d'une appendicite aiguë. L'intervention a permis l'exérèse d'un appendice très inflammatoire sans signe de perforation. L'anesthésie générale a été de courte durée (vingt minutes) sans incident particulier. La patiente revient dans sa chambre.

1. Quelle sera votre surveillance dans les suites postopératoires immédiates ?
2. Quels principes thérapeutiques prévoyez-vous dans les suites postopératoires ?
3. Au matin du troisième jour, la patiente se plaint de n'émettre toujours aucun gaz. Son abdomen est distendu et modérément douloureux. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques et quelle conduite allez-vous adopter ?
4. Au soir du troisième jour, son transit ne s'est toujours pas amélioré. L'abdomen demeure ballonné. La température est à 38°3. La patiente se plaint de ténésme vésical et rectal. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
5. Quels signes cherchez-vous particulièrement à l'examen clinique ?
6. Votre examen clinique retrouve une suppuration modérée de la plaie opératoire, sans collection pariétale palpable. L'évolution clinique reste inchangée pendant encore deux jours. Le transit a repris très faiblement et a été entrecoupé d'une débâcle diarrhéique. Les touchers pelviens sont normaux. Quels examens paracliniques demanderez-vous ? Dans quel but ?
7. Interprétez l'iconographie.
8. Finalement une réintervention est décidée : elle permet l'extraction d'une compresse infectée et oubliée dans la cavité péritonéale. La patiente guérit aussitôt. Sa sortie a lieu quatre jours plus tard. Comment aurait-on pu éviter cet incident ?



DOSSIER N°1

1. Quelle sera votre surveillance dans les suites postopératoires immédiates ? (20)

• Surveillance clinique	1
• Pluriquotidienne	1
• Signes fonctionnels :	NC
- Douleurs	1
- spontanées ou provoquées	1
- topographie	1
- Nausées et/ou vomissements	1
- Transit : présence de gaz	2
• Signes physiques :	NC
- Inspection	
- Température	2
- Cicatrice	1
- Météorisme	NC
- Recherche d'hématome et/ou d'abcès pariétal	1
- Liquide de drainage s'il existe (appendicite compliquée)	NC
- Urines (signes d'infection urinaire ; diurèse)	NC
- Palpation :	1
- Recherche de défense ou de contracture	1
- Toucher rectal	1
- Mollets (recherche de thrombophlébite)	1
- Percussion :	NC
- Auscultation :	NC
- Cardio-pulmonaire (recherche de signes d'EP, d'infection...)	NC
- Abdominale (bruits intestinaux précédant la reprise du transit)	NC
- Pouls et pression artérielle	2
• Biologie :	NC
- TCA si prescription de Calciparine*	NC
- Rien si HBPM	NC
- NFS si perturbée en préopératoire ou appendicite compliquée	NC
• Radiologie : pas en première intention	2
- ASP si retard du transit > à trois jours	NC

2. Quels principes thérapeutiques prévoyez-vous dans les suites postopératoires ? (10)

• Repos strict au lit le premier jour	1
• Mise au fauteuil le deuxième jour	1
• Puis lever progressif	2
• Boissons en absence de vomissements ou dès cessation de ceux-ci	1
• Alimentation liquide dès les premiers gaz, puis introduction progressive de la nourriture solide (sauf pains, farineux, etc.)	1
• Antalgiques	2
• Anticoagulation à dose isocoagulante pendant l'alitement (pas de zéro si oubli car patiente jeune sans facteurs de risque à priori et alitement bref)	1
• Antibiothérapie postopératoire non-systématique : si forme compliquée surtout	1
• Surveillance.....	NC

3. Au matin du troisième jour, la patiente se plaint de n'émettre toujours aucun gaz. Son abdomen est distendu et modérément douloureux. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques et quelle conduite allez-vous adopter? (10)

- Évolution normale (patiente constipée, peu hydratée) : le plus probable2
- Iléus paralytique secondaire aux drogues anesthésiques1
- Iléus organique précoce :NC
- de type inflammatoire lié à une collection purulente intra-abdominale3
- sur bride précoce (plus souvent du 8^e au 12^e jour)1
- Conduite à adopter :NC
- Réaliser un cliché d'ASP si cela se prolonge (> à trois jours)1
- Et en cas de niveaux hydro-aériques : réintervention chirurgicale1
- TR : abcès du Douglas1

4. Au soir du troisième jour, son transit ne s'est toujours pas amélioré. L'abdomen demeure ballonné. La température est à 38.3°C. La patiente se plaint de ténésme vésical et rectal. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? (10)

- Causes chirurgicales :NC
- Hématome pariétal1
- Abcès de paroi1
- Abcès intra-péritonéal1
- En particulier du cul-de-sac de Douglas : hautement évocateur sur la clinique1
- Péritonite secondaire généralisée2
- Lâchage de suture (du moignon appendiculaire).....2
- Causes médicales :NC
- Déshydratation intracellulaireNC
- Embolie pulmonaireNC
- Infection urinaire haute2

5. Quels signes cherchez-vous particulièrement à l'examen clinique ? (20)

- Signes fonctionnels :NC
- Douleurs abdominales1
- spontanées ou provoquées1
- topographie1
- intensité / irradiation1
- Brûlures mictionnelles et autres signes d'infection urinaire (fosses lombaires)1
- Transit : gaz / selles1
- Nausées et vomissements1
- Signes physiques :NC
- Inspection :NC
- Météorisme1
- Signes de lutte1
- Cicatrice : hématome1
- Abcès pariétal1
- Collection purulente intra-abdominale1
- Drains s'ils existent1
- Mollets1
- Aspect des urines1
- Points d'appui (escarres)NC
- Palpation abdominale douce et prolongée1
- Touchers pelviens recherchant un abcès du cul-de-sac de Douglas (zéro si oublié)1
- Fosses lombaires (pyélonéphrite)1

- Auscultation cardiopulmonaire1
- Et abdominale (bruits hydroaériques annonçant la reprise du transit)1

6. Votre examen clinique retrouve une suppuration modérée de la plaie opératoire, sans collection pariétale palpable. L'évolution clinique reste inchangée pendant encore deux jours. Le transit a repris très faiblement et a été entrecoupé d'une débâcle diarrhéique. Les touchers pelviens sont normaux. Quels examens paracliniques demanderez-vous ? Dans quel but ? (10)

- Biologie : ionogramme1
- Bilan bactériologique :NC
- Hémocultures (3 minimum)1
- ECBU (après bandelette urinaire)1
- Bilan inflammatoire :NC
- NFSpgt.....1
- VS - CRP - fibrinogèneNC
- Imagerie :NC
- ASP1
- Recherche un pneumopéritoineNC
- Une grisaille diffuse par épanchement intra-péritonéal (péritonite)1
- Image de corps étranger (compresse)1
- Niveau hydroaérique (occlusion)1
- Échographie abdominale : recherche de collection pariétale1
- ou de collection intra-abdominale1

7. Interprétez l'iconographie. (10)

- Scanner abdominalNC
- Image arrondie, hyperdense, contenant des bulles d'air, intra-abdominale2
- En arrière des Grands Droits2
- Signes d'occlusion intestinale aiguë2
- anses distendues remplies de liquide2
- Conclusion : aspect clinique et radiologique évocateur de collection infectée intra-abdominale, peut-être sur corps étranger (compresse oubliée = textilome)2

Commentaire : de plus en plus le scanner abdominal est demandé lors d'occlusions aiguës ou autres cas d'abdomens urgents. Sachez donc reconnaître les images tomodensitométriques d'occlusions, de péritonites et de pneumopéritoines (le scanner peut détecter des pneumopéritoines de 1 cm³).

8. Finalement une réintervention est décidée : elle permet l'extraction d'une compresse infectée et oubliée dans la cavité péritonéale. La patiente guérit aussitôt. Sa sortie a lieu quatre jours plus tard. Comment aurait-on pu éviter cet incident ? (10)

- Comptage répété per-opératoire du nombre de compresses avant de décider la fermeture pariétale4
- Marquage radio opaque des compresses utilisées par le chirurgien4
- Discipline de l'opérateur et du personnel du bloc opératoire2

DOSSIER N°2: Douleurs épigastriques aiguës chez une femme de 55 ans

Madame C. A., 55 ans, cholécystectomisée à l'âge de 53 ans, en Afrique, consulte en raison de douleurs épigastriques aiguës ayant débuté rapidement après son déjeuner.

1. Vous décidez d'hospitaliser la patiente pour surveillance constante en milieu chirurgical. La douleur a migré dans l'hypochondre droit, irradiant à l'omoplate droit ; elle est continue et inhibe la respiration profonde. La malade est très nauséuse. Sa température, initialement subnormale (37.6°C) est maintenant, six heures après l'admission à 38.9°C. La palpation abdominale retrouve une défense de l'hypochondre droit, les touchers pelviens sont normaux.
Quels examens complémentaires demandez-vous ?
2. Le lendemain matin, l'état général s'est altéré, la température est à 39.5°C, la patiente est obnubilée avec une douleur siégeant dans l'hypochondre droit. Il est apparu un subictère conjonctival qui n'existait pas la veille. La patiente frissonne. Vous recevez le résultat des examens complémentaires
- NFS 16000 PNN/mm³, GR : normaux, TP : 60 % avec facteur V : 100 %, γ GT 3 N.
- Phosphatases alcalines : 4 N, ASAT et ALAT : 1, 5 N, Amylase : 2 N.
- Hémocultures : 2 positives sur 3 identifiant un bacille gram négatif.
- ASP : aérogrélie diffuse non-significative.
- Échographie abdominale : gênée par la présence de gaz abdominaux, elle retrouve néanmoins une dilatation modérée des voies biliaires intra-hépatiques. Le cholédoque n'a pas pu être visualisé, de même que le pancréas.
Quel principal diagnostic suspectez-vous ?
3. Comment pourriez-vous le confirmer ?
4. Quel est le principal risque immédiat pour Mme C.A. ? Sur quels principaux éléments cliniques devra donc insister la surveillance dans les heures qui suivent ?
5. Interprétez l'iconographie réalisée lors de la cholécystectomie il y a deux ans.
6. Quels sont les principes de votre traitement ?



Cholangiographie
peropératoire

DOSSIER N°2**1. Quels examens complémentaires demandez-vous ? (15)**

• Biologie	
- NFS - pqt.....	1
- bilan hépatique : yGT - PA - Bili totale et libre - ASAT et ALAT	1
- ECBU et >3 hémocultures	2
- amylase/lipase	1
- ionogramme, urée, créatinine	NC
- TP/INR, TCA, fibrinogène	1
- groupe sanguin ABO Rhésus - RAI	1
- VS - CRP	1
- sérologies hépatite B et C	1
• Imagerie	
- abdomen sans préparation	1
- échographie abdominale	1
- radiographie pulmonaire	1
- électrocardiogramme	1
- si ces examens sont négatifs, demander une fibroscopie cesogastroduodénale	1
- et/ou une échoendoscopie	1

2. Quel principal diagnostic suspectez-vous ?(15)

• Lithiase de la voie biliaire principale	5
• Résiduelle	5
• Compliquée d'angiocholite	5

3. Comment pourriez-vous le confirmer?**(13)**

• Echoendoscopie bilio-pancréatique	3
- recherchant un calcul dans la VBP	1
- ou des arguments indirects : augmentation du calibre des voies biliaires intra et extra- hépatiques	2
• Scanner abdominal	2
• CHOLANGIOPANCREATOGRAPHIE RÉTROGRADE ENDOSCOPIQUE	3
- à visée diagnostique	1
- et thérapeutique : Sphinctérotomie endoscopique	1
• Voire cholangiographie trans-pariétéo-hépatique	NC

4. Quel est le principal risque immédiat pour Mme C.A. ?

Sur quels principaux éléments cliniques devra donc insister la surveillance dans les heures qui suivent? (17)

• Risque majeur de choc septique	3
- température	2
- conscience	2
- pouls	2
- pression artérielle	2
- marbrures	2
- fréquence respiratoire	2
- oligurie (surveiller la diurèse horaire)	2

5. Interprétez l'iconographie réalisée lors de la cholécystectomie il y a deux ans. (10)

• Drain de Kehr dans la VBP	2
• Calcul radiotransparent	2
• Image lacunaire arrondie	2
• Située à l'extrémité inférieure de la VBP	2
• Conclusion : lithiase cholédocienne résiduelle probable	2

6. Quels sont les principes de votre traitement ? (30)

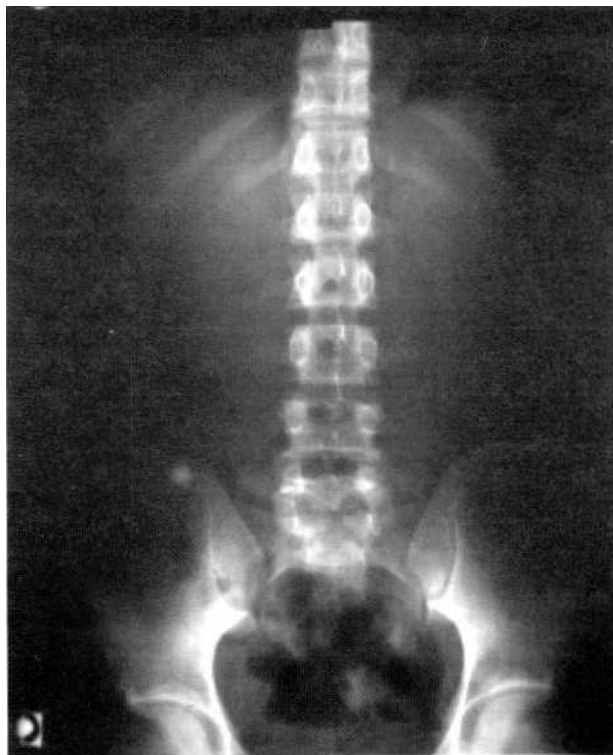
• Réanimation médicale initiale	1
• Polyantibiothérapie (oubli = 0)	1
- bactéricide	1
- active sur les BGN	1
- par voie parentérale IV	1
- synergique	1
- bêta-lactamines : ceftriaxone=ROCEPHINE® en absence de contre-indication (oubli = 0)	3
- aminosides : amikacine=AMIKLINE	3
- nitro-imidazolés anti-anaérobies : métronidazole=FLAGYL®	1
• Traitement d'un éventuel collapsus	1
- remplissage vasculaire : PLASMION® 500 CC en 30 minutes IV	1
• Rééquilibration hydro-électrolytique	1
• Antalgiques : Spasfone/DiAntalvic®	1
• Correction de l'hypovitaminose K liée à la cholestase le cas échéant : vitamine K1 en IV	NC
• Extraction du (ou des) calcul(s) de la voie biliaire principale	2
- Par une sphinctérotomie endoscopique	9
• Surveillance intensive	2

DOSSIER N°3: Douleurs épigastriques chez une femme de 29 ans

Madame A. C., 29 ans, sans antécédents connus, consulte à midi aux urgences en raison de douleurs épigastriques survenues depuis ce matin à six heures. Ces douleurs sont continues, sans paroxysme, accompagnées de vomissements alimentaires peu abondants.

1. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
2. Détaillez votre examen clinique.
3. Quels examens paracliniques pourriez-vous prescrire dans l'immédiat ?
4. Vous décidez de l'hospitaliser pour surveillance attentive en milieu chirurgical. Après trois heures, la douleur migre en fosse iliaque droite. Il n'existe pas de défense nette, la température est à 38.5°C, le pouls à 85/min. Voici le cliché d'abdomen sans préparation. Qu'en pensez-vous ?
5. Quelle sera votre attitude ?

ASP face debout



DOSSIER N°3**1. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? (20)**

• Ulcère gastro-duodéal perforé ou non	5
• Gastrite aiguë ou gastro-entérite aiguë	4
• Appendicite aiguë	4
• Cholécystite aiguë	2
• Occlusion aiguë haute du grêle	2
• Hernie étranglée (inguinale, ombilicale, crurale...)	1
• Péricardite aiguë	2
• Hépatite aiguë (virale, alcoolique ou autre en phase pré-ictérique)	NC
• Tumeur ou abcès hépatique, pancréatite aiguë, infarctus du myocarde, dissection aortique, infarctus mésentérique	NC
• Commentaires : ces diagnostics sont non cotés en raison de la clinique et de l'âge de la patiente, ce qui les rend hautement improbables	NC

2. Détaillez votre examen clinique. (20)

• Examen clinique abdominal	NC
- météorisme	2
- cicatrices abdominales (brides)	2
- douleur provoquée	2
- masse épigastrique	2
- recherche d'une contracture ou d'une défense localisée ou généralisée	2
- touchers pelviens (oubli= p)	4
- orifices herniaires (oubli = p)	2
- bruits hydro-aériques	2
- souffle épigastrique	NC
• Examen général	NC
- auscultation cardio-pulmonaire	2
- examen urologique (brûlures mictionnelles, couleur des urines, palper lombaire)	NC

3. Quels examens paracliniques pourriez-vous prescrire dans l'immédiat ? (20)

• NFS plaquettes	3
• Ionogramme	2
• Créatinine	1
• Amylasémie	2
• Glycémie	1
• Bilan hépatique : gGT - Bili totale et libre - PAL - Asat et Alat	2
• ¹³¹ I HCG	NC
• VS - CRP - fibrinogène	NC
• Groupe sanguin ABO Rhésus RAI	NC
• Électrocardiogramme	2
• Radiographie pulmonaire	2
• Abdomen sans préparation (face debout et couché, centré sur les coupes) . fir.....i~'.:.....	3
• Examen cyto-bactériologique des urines . A.F..F... f,~a.....	2
• Hémocultures si température >38°5	NC

4. Vous décidez de l'hospitaliser pour surveillance attentive en milieu chirurgical. Après trois heures, la douleur migre en fosse iliaque droite. Il n'existe pas de défense nette, la température est à 38.5°C, le pouls à 85/min. Voici le cliché d'abdomen sans préparation. Qu'en pensez-vous ? (20)

- Abdomen sans préparation : cliché de faceNC
- Stercolithe (ou fécalithe) appendiculaire en fosse iliaque droite10
- quasi-pathognomonique de crise d'appendicite aiguë5
- si cet aspect radiologique est corrélé à la clinique5
- Absence de niveaux hydro-aériquesNC

5. Quelle sera votre attitude ? (20)

- Appendicite aiguë = URGENCE CHIRURGICALE2
- Laisser à jeun2
- Sonde naso-gastrique car vomissements2
- Polyantibiothérapie anti-BGN et anaérobiesNC
- Laparotomie selon MacBurney2
- Temps explorateur2
- Prélèvements bactériologiques2
- Appendicectomie2
- Examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire (oubli = zéro)2
- Recherche systématique d'un diverticule de Meckel et d'une maladie de Crohn (examen de la dernière anse iléale)NC
- Toilette péritonéaleNC
- Surveillance postopératoire rapprochée (oubli = zéro)4
- Température, pouls/PA, diurèse, palpation abdominale et des mollets, auscultation cardio-pulmonaireNC

Commentaires : 20 % des appendicites aiguës se présentent avec des stercolithes en fosse iliaque droite. Ceux-ci sont arrondis, uniques ou multiples, de 0,5 à 2 cm de diamètre, spontanément radio-opaques ou à la limite de la visibilité. Or avec une clinique évocatrice, leur présence sur un cliché d'ASP affirme quasiment le diagnostic d'appendicite aiguë. Parfois, lorsque la clinique est atypique, on peut être amené à réaliser d'autres examens complémentaires, afin de distinguer ces fécalithes appendiculaires d'éventuelles lithiases urinaires ou de phlébolithes pelviens, etc.

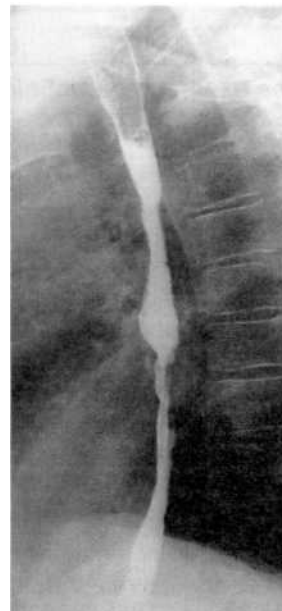
40 à 50 % des appendicites aiguës avec présence de stercolithes se compliquent de péritonite.

DOSSIER N°4: Altération de l'état général et dysphagie

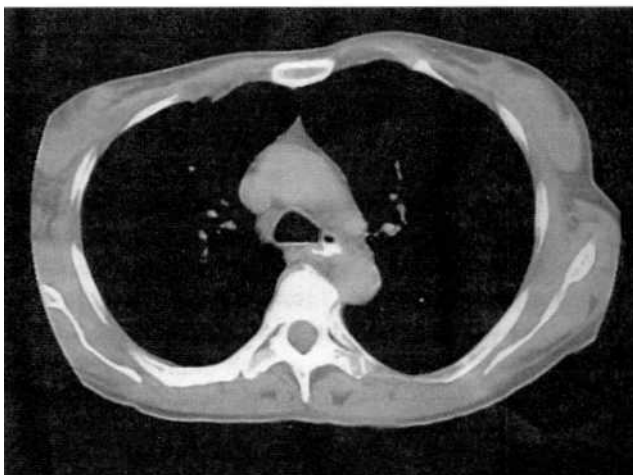
Monsieur H. T., 60 ans, éthylique notoire et grand tabagique (50 paquets/année), consulte en raison d'un amaigrissement majeur (-12 kg en 3 mois) et d'une difficulté à avaler les aliments. Ce qui était une simple gêne au début, il y a 4 mois, s'est progressivement aggravé, actuellement seuls les aliments liquides passent. Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Justifiez.
2. Comment allez-vous confirmer votre diagnostic ?
3. Quels autres examens paracliniques demanderez-vous ?
4. Interprétez l'iconographie.
5. Quel sera votre traitement curatif ?
6. En cas d'impossibilité, quels seront les éléments possibles du traitement palliatif ?

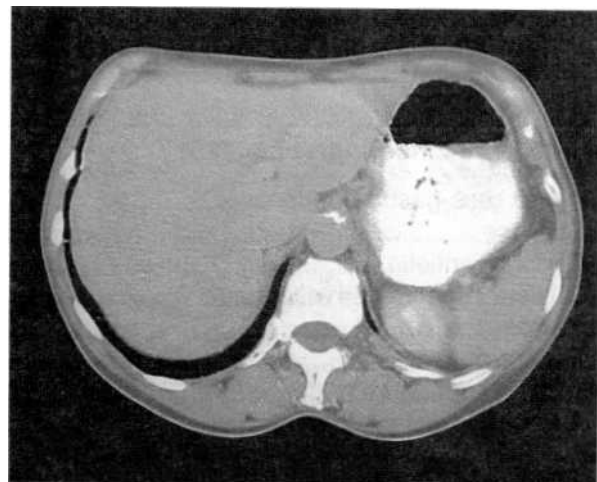
TDM 1



TOGD



TDM 2



TDM 3

DOSSIER N°4**1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Justifiez. (20)**

• Cancer de l'œsophage (probablement carcinome épidermoïde)	8
• Terrain : sexe masculin, âge	2
• Facteurs de risque (synergiques entre eux) :	NC
- alcool	2
- tabac	2
• Dysphagie d'aggravation progressive : premier diagnostic à évoquer !	5
• Altération de l'état général majeure	1

2. Comment allez-vous confirmer votre diagnostic ? (15)

• Fibroscopie ceso-gastro-duodénale	9
• Avec réalisation de multiples biopsies	3
• Guidées par des colorations vitales	NC
• Pour réaliser un examen anatomo-pathologique	3
• Qui va retrouver le plus probablement un cancer épidermoïde ± différencié	NC

N B : Tout autre examen = 0.

3. Quels autres examens paracliniques demanderez-vous ? (15)

• Recherche de l'extension loco-régionale	NC
- radiographie pulmonaire	1
- scanner thoracique	2
- échoendoscopie œsophagienne	2
- transit ceso-gastro-duodénal	2
• Recherche de l'extension générale	NC
- échographie hépatique (la plus sensible pour détecter les métastases)	1
- scanner abdominal (adénopathies coeliaques)	2
• Recherche d'une 2 ^e localisation des VADS (17 %)	NC
- panendoscopie des VADS sous AG	2
- fibroscopie bronchique (± épreuve au bleu : recherche d'une fistule)	1
• Bilan préopératoire	NC
- consultation d'anesthésie	NC
- groupe ABO-Rh-RAI - hémostase - protides - créatinine - ionogramme - glycémie	NC
- épreuves fonctionnelles respiratoires (oubli = 1D)	1
- ECG repos et épreuve d'effort voire coronarographie si positif	1
- car sujet âgé et grand tabagique	NC

Commentaires : La TDM thoracique et l'échoendoscopie permettent de classer la tumeur (T1-T2-T3/N) ; le TOGD est surtout utile au chirurgien car il montre le mieux l'extension en hauteur.

4. Interprétez l'iconographie. (20)

• Transit ceso-gastro-duodénal	NC
- Sténose	1
- Circonférentielle	1
- Du tiers inférieur de l'œsophage	1
- Serrée	1
- Excentrée	1
- A limite supérieure nette	1
- Avec stase sus-jacente	1
• Conclusion : Image TYPIQUE d'un cancer sténosant du 1/3 inférieur de l'œsophage	1
• Scanner thoracique coupe n°1 :	NC
- CEsophage supérieur et moyen normal	2

• Scanner thoracique n°2 :	NC
- Sténose de la lumière œsophagienne	2
- Épaississement tumoral de l'œsophage	2
- En contact avec l'aorte thoracique	2
- Sans toutefois pouvoir affirmer formellement son envahissement (diag. per-op.)	NC
- Absence d'adénopathies médiastinales supra-centimétriques	1
• Scanner thoracique n°3 :	NC
- Foie de structure normale sans signe de localisation secondaire sur cette coupe	2 j
- Absence d'adénopathies coeliaques	1

Commentaires : Le correcteur peut décider de ne coter que certains mots-clefs dans sa grille de réponses, essentiellement pour des motifs de rapidité de correction. Deux personnes peuvent même coter très différemment les réponses d'un même dossier clinique. Vous devez donc répondre de la façon la plus complète possible, tout en restant lisible (ne JAMAIS surcharger une case de réponse !) et en ordonnant vos mots-clefs selon une hiérarchie définie.

5. Quel sera votre traitement curatif ? (15)

• ARRÊT DÉFINITIF DE L'ALCOOL ET DU TABAC (0 si oublié !)	2
- et prévention du delirium tremens (hydratation, vitamines B1-B6, PP)	1
• Traitement curatif chirurgical	2
- en absence de contre-indication, après bilan préopératoire et d'extension complet	NC
- œsophagectomie totale	3
- curage ganglionnaire	2
- rétablissement de la continuité digestive par anastomose pharyngo-gastrique ou plastie colique	1
• Nutrition hyper-calorique	1
• Radiothérapie pré- ou postopératoire	2
• SURVEILLANCE clinique - biologique - radiologique - endoscopique à vie (oubli = 0)	1

Commentaires : Il existe plusieurs techniques chirurgicales pour réaliser une œsophagectomie : une laparotomie avec thoracotomie droite ou technique de Lewis-Santi ; ou la même chose associée à une cervicotomie gauche = technique d'Akiyama, ce qui permet de sectionner l'œsophage plus haut à la jonction avec le pharynx. En tant que candidat à l'internat, vous n'avez pas à rentrer dans ces détails de spécialistes et surtout ne privilégiez pas l'une ou l'autre de ces méthodes.

La rénutrition hypercalorique est une phase très importante du traitement, car il s'agit le plus souvent de sujets alcooliques dénutris, rendus cachectiques par la maladie néoplasique. Cette hypernutrition permet d'accélérer le processus de cicatrisation (et donc d'éviter les complications du type lâchage de suture).

6. En cas d'impossibilité, quels seront les éléments possibles du traitement palliatif ? (15)

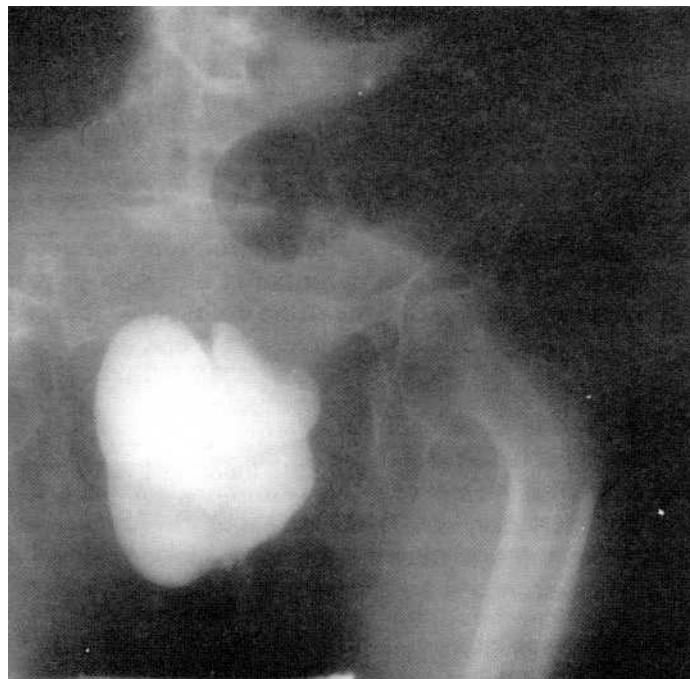
• ARRÊT DÉFINITIF DE L'ALCOOL ET DU TABAC (oubli = 0)	1
- avec prévention du delirium tremens	1
• Antalgiques, au besoin morphiniques	1
• Méthodes de réalimentation du patient en cas de dysphagie sévère	NC
- Gastrostomie d'alimentation	2
- Désobstruction laser	2
- Endoprothèse	2
• Radiothérapie (essentiellement à visée antalgique)	1
• Chimiothérapie à base de 5FU et de Cysplatyl	2
• Antibiothérapie en cas d'infections	1
• Psychothérapie de soutien	NC
• SURVEILLANCE (oubli = 0)	2

Commentaires : l'endoprothèse est surtout utile en cas de cancer du 1/3 MOYEN. En effet, en cas de cancer du 1/3 sup., elle risque de migrer vers le pharynx, et placée dans le 1/3 inf., elle risque de migrer vers l'estomac !

DOSSIER N°5: Rectorragies chez un homme de 65 ans

Un homme de 65 ans consulte pour rectorragies isolées de moyenne abondance.

1. Vous pratiquez un toucher rectal. Quels éléments peut-il apporter à votre diagnostic ?
2. Le toucher rectal est normal. Vous décidez d'effectuer une rectosigmoïdoscopie avec biopsies. Quels examens biologiques demanderez-vous avant ?
3. L'anatomo-pathologiste vous répond : « adénocarcinome moyennement différencié ». Il est situé à 9 cm de la marge anale, hémi-circonférentiel et ulcéro-bourgeonnant. Quel est l'intérêt de réaliser une urographie intraveineuse ? Et celui d'une coloscopie totale ?
4. Quel est le meilleur examen appréciant l'extension loco-régionale ?
5. Vous décidez d'opérer ce patient, dont le bilan d'extension pré-thérapeutique est entièrement négatif. L'échographie per-opératoire retrouve cinq métastases hépatiques infra-centimétriques. Cela doit-il vous conduire à ne pas réaliser l'exérèse du primitif ? Pourquoi ?
6. Une radiothérapie externe sera ensuite réalisée, suivie d'une chimiothérapie utilisant du 5 Fluoro Uracile. Quels sont les effets indésirables de cette drogue ?
7. Si en per-opératoire, vous aviez découvert des nodules de carcinose péritonéale, cela aurait-il changé le traitement ? Détaillez.
8. Interprétez l'iconographie.



DOSSIER N°5

1. Vous pratiquez un toucher rectal. Quels éléments peut-il apporter à votre diagnostic ? (15)

- Le toucher rectal recherche :NC
 - une tumeur rectale accessible au doigt (jusqu'à environ 9 cm de la marge)2
 - à apprécier sa consistance (dure ou pierreuse)1
 - sa distance par rapport à la marge anale2
 - son étendue en circonférence1
 - sa mobilité par rapport au plan osseux2
 - son caractère douloureux ou nonNC
 - son caractère sanglant ou non2
 - des hémorroïdesNC
- Il peut également apprécier :NC
 - La tonicité du sphincter anal1
 - ce qui est important dans la décision de le conserver ou non lors de l'intervention chirurgicaleNC
- La prostate2
 - car une pathologie prostatique (fréquente à cet âge) peut comprimer les uretères et être responsable d'urétérohydronéphrose (voire d'insuffisance rénale chronique obstructive). Cet état peut se décompenser très facilement, soit à cause des drogues anesthésiques ayant un effet atropinique, soit après une intervention chirurgicale pelvienne qui modifie l'anatomie de la régionNC

4 JI • L'existence de nodules de carcinose péritonéale enclavés dans le cul-de-sac Douglas2

2. Le toucher rectal est normal. Vous décidez d'effectuer une rectosigmoïdoscopie avec biopsies. Quels examens biologiques demanderez-vous avant ? (10)

- Groupe sanguin ABO - Rhésus3
- Recherche d'Agglutinines Irrégulières3
- NFS pqtNC
- Bilan d'hémostase
 - TP / TCA / fibrinogène2
 - Plaquettes2
 - Temps de saignement NON-SYSTÉMATIQUE : si arguments cliniquesNC

3. L'anatomo-pathologiste vous répond : « adénocarcinome moyennement différencié ». Il est situé à 9 cm de la marge anale, héli-circonférentiel et ulcéro-bourgeonnant. Quel est l'intérêt de réaliser une urographie intraveineuse ? Et celui d'une coloscopie totale ? (20)

- Intérêt de l'UIV :NC
 - Recherche une dilatation urétéro-pyélocalicielle4
 - Liée à l'extension régionale de la tumeur3
 - Ou aux conséquences d'un obstacle prostatique3
 - Car une chirurgie pelvienne peut majorer celles-ciNC
 - Recherche également des métastases osseuses sur le cliché d'ASPNC
 - Rares néanmoins en cas de cancer rectalNC
- Intérêt de la coloscopie totale :NC
 - Recherche une 2e localisation colique5
 - Cancer dans moins de 5 % des casNC
 - Polype donc lésion précancéreuse dans 25 % des casNC
 - Elle permet l'exérèse des polypes pédiculés3
 - Ou lorsque celle-ci est impossible, elle permet de prévoir un élargissement du geste chirurgical2

4. Quel est le meilleur examen appréciant l'extension loco-régionale ? (10)

- Échographie endo-rectale10
- Apprécie au mieux l'extension intra-pariétaleNC
- Et l'existence d'éventuelles adénopathies (mesurent leur taille)NC

5. Vous décidez d'opérer ce patient, dont le bilan d'extension pré-thérapeutique est entièrement négatif. L'échographie per-opératoire retrouve cinq métastases hépatiques infra-centimétriques. Cela doit-il vous conduire à ne pas réaliser l'exérèse du primitif ? Pourquoi ? (10)

- NON5
- car l'exérèse permet d'éviter les complications occlusives ou hémorragiques5

6. Une radiothérapie externe sera ensuite réalisée, suivie d'une chimiothérapie utilisant du 5 Fluoro Uracile. Quels sont les effets indésirables de cette drogue ? (10)

- Troubles hématologiques : agranulocytose, anémie, thrombopénie, aplasie, carence en folates2
- Troubles cardiologiques : du rythme et/ou de la conduction, spasmes coronaires3
- Troubles digestifs : stomatites, cesophagites, entérocrites, anorexie, nausées et vomissements, diarrhées3
- Alopecie et/ou dermatites très raresNC
- Photosensibilisation2

7. Si en per-opératoire, vous aviez découvert des nodules de carcinose péritonéale, cela aurait-il changé le traitement? Décrivez. (15)

- OUI5
- Traitement palliatif5
- Colostomie de dérivation5
- Car l'espérance de vie est dans ce cas très courteNC
- Et le risque de complications est très élevéNC

8. Interprétez l'iconographie. (10)

- Sténose2
- Irrégulière2
- Excentrée2
- Complète2
- De la charnière recto-sigmoïdienne2
- Conclusion : image typique de cancer sténosantNC

Commentaires : Dans ce cas, le correcteur à choisi de coter la séméiologie radiologique et non le diagnostic qui est évident. Il aurait pu également coter tous les éléments. Soyez donc toujours complets dans vos réponses : arguments positifs, arguments négatifs, puis la conclusion !

DOSSIER N°6: Une diarrhée chronique chez un homme de 45 ans

Monsieur Jean-Pierre T., 45 ans, sans antécédents connus, consulte en raison d'une diarrhée apparue il y a 4 mois et qui s'est progressivement aggravée. Elle est actuellement post-prandiale très précoce, faite de selles impérieuses, fécales et homogènes. Le patient a quelquefois constaté des débris alimentaires. Il n'a pas maigri. Le poids quotidien des selles est de 350 g.

1. Quel est votre diagnostic ? Comment le confirmerez-vous ?
2. Quelles en sont les principales causes ?
3. L'examen clinique retrouve une masse de la fosse iliaque droite. En admettant que le patient ait présenté brutalement un érythème diffus de la face et du cou, non-prurigineux pendant environ cinq minutes, accompagné d'une hypotension orthostatique concomitante avec tachycardie et palpitations, quel serait alors votre diagnostic ? Quelle implication importante pour le patient traduirait ce bref épisode ?
4. Comment confirmerez-vous ce diagnostic ?
5. Commentez l'iconographie.



TDM abdominal

DOSSIER N°6

1. Quel est votre diagnostic ? Comment le confirmerez-vous ? (20)

• DIARRHÉE CHRONIQUE.....	2
- Car : poids > 300 g/j et durée > 3 semaines	NC
• De type MOTRICE	8
- En raison de la clinique qui est typique	NC
• On la confirme par :	NC
- Le test au rouge carmin.....	10
1 re selle colorée avant la 5e heure (normalement après 24 h)	NC
dernière selle rouge avant la 12e heure.....	NC

2. Quelles en sont les principales causes ? (20)

• Causes ENDOCRINIENNES.....	4
- Hyperthyroïdie (30 % des hyperthyroïdies sont accompagnées de diarrhée motrice)	2
- Tumeurs carcinoïdes (60 % des carcinoïdes métastases ont une diarrhée motrice)	2
- Cancer médullaire de la thyroïde.....	2
• Causes NEUROLOGIQUES	2
- Neuropathies végétatives : diabétique et amyloïde	1
- Sympathectomie lombaire (et médicaments sympatholytiques)	1
- Maladie de Shy et Drager	1
• Colopathie fonctionnelle (diagnostic d'élimination)	2
• Causes IATROGÈNES.....	3

3. L'examen clinique retrouve une masse de la fosse iliaque droite. En admettant que le patient ait présenté brutalement un érythème diffus de la face et du cou, non-prurigineux pendant environ cinq minutes, accompagné d'une hypotension orthostatique concomitante avec tachycardie et palpitations, quel serait alors votre diagnostic ? Quelle implication importante pour le patient traduirait ce bref épisode ? (20)

• Tumeur CARCINOÏDE iléo-appendiculaire (masse en FID)	10
• Accompagnée de flush.....	5
• Signant la présence de MÉTASTASES HÉPATIQUES.....	5

En effet 80 % de la sérotonine sécrétée par la tumeur est lysée par le foie et 98 % par le poumon, expliquant d'ailleurs que les lésions cardiaques soient situées à droite. Pour qu'un carcinoïde digestif soit accompagné de flush il faudrait donc qu'il y ait une destruction importante de la glande hépatique : dans ce contexte-ci il s'agit très probablement de métastases hépatiques.

4. Comment confirmerez-vous ce diagnostic ? (20)

• Il s'agit très probablement d'un carcinoïde iléo-caeco-appendiculaire	NC
• Pour le localiser il faudra réaliser	
• Un cliché d'Abdomen Sans Préparation	1
• Un Lavement Baryté du colon avec opacification de la dernière anse iléale	2
• Un Transit du Grêle	2
• Une coloscopie totale allant jusqu'à la dernière anse iléale.....	3
- avec réalisation de biopsies pour examen anatomo-pathologique.....	2
• Tomodensitométrie abdomino-pelvienne	3
- sans, puis avec injection de produit de contraste, en absence d'allergie	NC
- montre, la tumeur, son siège, la présence d'éventuelles adénopathies	NC
- et recherche des métastases hépatiques.....	NC
• Pour la recherche de localisations secondaires hépatiques, demander une :	NC
- échographie hépatique	2

- examen le plus sensible pour ce diagnostic.....	NC
• Une scintigraphie à la Méthyl Iodo Benzyl Guanidine MIBG®	2
- sensibilité de 85 % pour la localisation du cancer primitif et de ses métastases	NC
• Une artériographie cœlio-mésentérique, utile surtout pour le bilan préopératoire	1
• Biologie :	NC
- dosage sérique et urinaire.....	NC
- de la SEROTONINE.....	1
- et de l'Acide 5 'Hydroxy-Indole Acétique (5 HIAA)	1

5. Commentez l'ictonographie. (20)

• Tomodensitométrie abdominale	NC
• Hépatomégalie.....	3
- hétérogène	3
• Images arrondies	3
- hypodenses	3
- multiples.....	3
- diffuses : disséminées à tout le foie	3
• Absence d'adénopathie visible le long des axes vasculaires.....	NC
• Voies biliaires normales.....	NC
• Conclusion : Foie multi-nodulaire probablement métastatique.....	2

DOSSIER N°7: Élévation des gamma GT chez un homme de 40 ans

Monsieur David C., 40 ans consulte en raison de la découverte d'un taux élevé de γ GT lors d'une visite systématique à la médecine du travail.

1. Que pensez-vous de ce marqueur pour le dépistage de la maladie alcoolique ?
2. Vous faites pratiquer des examens biologiques qui retrouvent des transaminases très élevées (cinq fois supérieures à la normale). L'examen clinique est strictement normal. Vous suspectez une hépatite aiguë. Quelles peuvent en être les étiologies ?
3. Monsieur C. vous montre toutes les analyses biologiques réalisées au cours de ces deux dernières années. Vous constatez que ces anomalies du bilan hépatique existent depuis fort longtemps. La courbe notamment des transaminases (ALAT en particulier) montre un profil polyphasique. Quel diagnostic devez-vous suspecter ? Que devez-vous rechercher dans les antécédents de monsieur C. ?
4. L'échographie hépatique réalisée chez votre patient est strictement normale. La vésicule est alithiasique à parois fines, le cholédoque n'a pas été visualisé. Le calibre des veines sus-hépatiques est normal. Monsieur C. ne consomme pas de médicaments et boit environ 20 g d'alcool pur par jour. Vous suspectez une hépatite virale C. Quels examens demanderez-vous pour parvenir à ce diagnostic ?
5. Vous décidez de réaliser une Ponction Biopsie Hépatique. Décrivez les modalités de cette manœuvre et ses complications.
6. Que rechercherez-vous à l'analyse histologique du fragment de foie biopsie ?
7. L'évolution du patient s'est faite vers la cirrhose. Trois ans plus tard, son facteur V, descendu à 30 %, remonte spectaculairement à 100 % en l'espace de quelques mois. Quel diagnostic devez-vous suspecter ? Comment le confirmerez-vous ?

DOSSIER N°7

1. Que pensez-vous de ce marqueur pour le dépistage de la maladie alcoolique ? (10)

• Mauvais marqueur	3
• Sa sensibilité est modérée	2
- Positif chez 60 % seulement des alcooliques chroniques	NC
- Et il est non-corrélé avec la quantité d'alcool ingérée.....	1
- Il existe des faux négatifs en cas d'intoxication aiguë même massive	1
• Sa spécificité est mauvaise.....	2
- Il existe des faux positifs en cas de maladie hépatique chronique.....	1
- Et aussi en cas de maladies non hépatiques, telles que :	NC
- 50 % des pancréatites, l'hyperthyroïdie, l'anorexie mentale, les médicaments inducteurs enzymatiques.....	NC

2. Vous faites pratiquer des examens biologiques qui retrouvent des transaminases très élevées (cinq fois supérieures à la normale). L'examen clinique est strictement normal. Vous suspectez une hépatite aiguë. Quelles peuvent en être les étiologies ? (20)

• Étiologies INFECTIEUSES.....	2
- Virales :	NC
virus A	1
virus B ± virus A	1
virus C	1
virus E	NC
Epstein Barr Virus	1
CytoMégaloVirus	1
Herpès virus	NC
- Parasitaires.....	NC
- Bactériennes (mais quasiment toujours symptomatiques cliniquement)	NC

Commentaires : ces deux derniers virus ne sont responsables que d'hépatites AIGUËS (QCM !)

• Hépatites ALCOOLIQUES.....	5
• Hépatites toxiques (causes professionnelles souvent)	2
• Hépatites médicamenteuses (diagnostic d'élimination)	2
• Maladies des voies biliaires.....	2
• Hémochromatose, hépatites auto-immunes	NC
• Maladie de Wilson (à évoquer car sujet jeune et pronostic grave si méconnue)	2

Commentaires : Toutes les autres étiologies seront Non Cotées car trop rares. Il faut savoir se limiter aux quelques causes les plus FRÉQUENTES ou les plus GRAVES sous peine de se voir sanctionner à l'internat (attention aux points négatifs) !!!

3. Monsieur C. vous montre toutes les analyses biologiques réalisées au cours de ces deux dernières années. Vous constatez que ces anomalies du bilan hépatique existent depuis fort longtemps. La courbe notamment des transaminases (ALAT en particulier) montre un profil polyphasique. Quel diagnostic devez-vous suspecter ? Que devez-vous rechercher dans les antécédents de monsieur C. ? (10)

• HÉPATITE VIRALE C	5
- Il faudra alors rechercher	
des contacts sexuels avec des personnes infectées.....	1
des transfusions	1
une toxicomanie intraveineuse	1
des contacts autres avec des personnes contaminées.....	1
une profession à risque (professionnels de la santé)	1

4. L'échographie hépatique réalisée chez votre patient est strictement normale. La vésicule est alithiasique à parois fines, le cholédoque n'a pas été visualisé. Le calibre des veines sus-hépatiques est normal. Monsieur C. ne consomme pas de médicaments et boit environ 20 g d'alcool pur par jour. Vous suspectez une hépatite virale C. Quels examens demanderez-vous pour parvenir à ce diagnostic ? (20)

• Recherche d'anticorps anti-VHC.....	5
• Et nécessité absolue d'éliminer d'autres causes d'hépatopathie.....	2
- Car elles peuvent être responsables de fausses sérologies C	NC
- Et il peut y avoir coexistence de plusieurs maladies hépatiques	NC
- Dont la méconnaissance serait dangereuse pour le patient.....	NC
- Donc il faudra aussi demander :	NC
• Un bilan hépatique complet : transaminases - PA - Bilirubine - facteur V - protides	1
• Électrophorèse des protéines sanguines (hypergamma globulinémie).....	NC
• Recherche de l'antigène HbS	2
- Et dosage de l'IgM et IgG anti Hbc	2
• Ferritinémie et fer sérique (recherche d'une hémochromatose)	1
• Cuivre sérique et urinaire + Céruloplasmine (maladie de Wilson)	2
• Bilan auto-immun : Ac anti muscles lisses/LKM1, anti mitochondries, etc.....	2
• Ponction Biopsie Hépatique	2
- Pour éliminer les autres causes d'hépatite chronique (alcool, médicaments)	NC
• Rechercher des signes évocateurs d'hépatite C.....	NC
- Et de ses complications : cirrhose et hépatocarcinome	1

5. Vous décidez de réaliser une Ponction Biopsie Hépatique. Décrivez les modalités de cette manoeuvre et ses complications. (20)

• PBH percutanée	1
- Sous asepsie stricte	1
- En absence de contre-indications	1
+ Troubles de la coagulation : après bilan d'hémostase complet + Groupe-Rh-RAI	1
+ Anomalies vasculaires hépatiques : après une échographie hépatique	1
i Dilatation des voies biliaires intra-hépatiques	1
Kyste hydatique (risque de choc anaphylactique)	1
- Appréciation de la taille du foie par percussion.....	1
- Et/ou par une échographie hépatique	1
- Ponction au niveau du 9e espace intercostal, sur la ligne axillaire moyenne	NC
- En rasant le bord supérieur de la côte inférieure	1
- Sous anesthésie locale	NC
- En enfonçant et en retirant très rapidement l'aiguille.....	NC
- Chez un patient en expiration forcée pendant toute la durée de la manoeuvre.....	NC
- Afin d'éviter tout risque de pneumothorax.....	NC
• COMPLICATIONS	
- Choc vagal	1
- Pneumothorax.....	1
- Sepsis	1
- Péritonite par perforation d'un organe creux.....	1
- Hémopéritoine	1
- Hématome hépatique	1
- Hémobilie	1
- Fistule artério-veineuse intra-hépatique	1
- Cholépéritonite par ponction des voies biliaires	1
- Dissémination d'une tumeur hépatique.....	1

6. Que rechercherez-vous à l'analyse histologique du fragment de foie biopsié ? (10)

- Signes évocateurs d'hépatite C chronique.....2
- nécrose hépatocytaire, siège, étendue et morphologie (stéatose hépatocytaire)1
- infiltrat lympho-plasmocytaire (modules lymphoïdes des espaces portes) 1
- atteinte des canalicules biliaires (interlobulaires en particulier).....1
- Évalue le caractère actif ou passif de la maladie (score de Knodell)1
- Recherche une cirrhose (fibrose + nodules de régénération)1
- Et/ou un hépatocarcinome.....1
- Élimine la présence de virus B (Ag Hbc négatif sur le fragment de foie biopsié)1
- Élimine les autres causes : absence d'aspect évocateur d'hépatite médicamenteuse, alcoolique, de foie de surcharge, etc.1

7. L'évolution du patient s'est faite vers la cirrhose. Trois ans plus tard, son facteur V, descendu à 30 %, remonte spectaculairement à 100 % en l'espace de quelques mois. Quel diagnostic devez-vous suspecter ? Comment le confirmerez-vous ? (10)

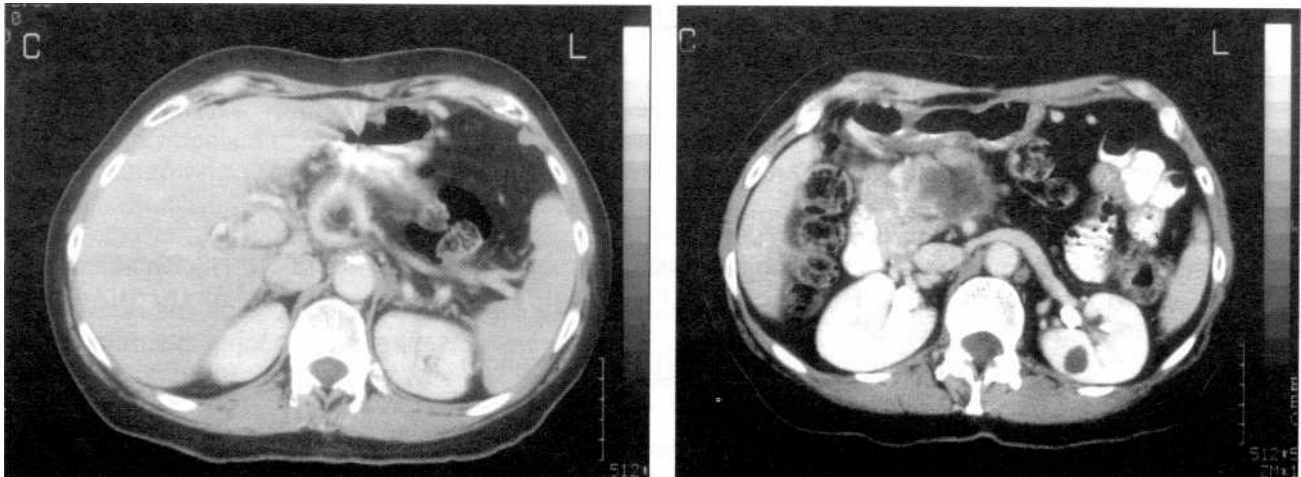
- HÉPATOCARCINOME5
- Dosage de l'alpha-fetoprotéine ; de la décarboxyprothrombine ; du facteur V2
- Échographie et tomodensitométrie hépatiques.....2
- Avec biopsies hépatiques pour examen anatomo-pathologique (si non mentionné : 0 à la question)1

DOSSIER N°8 : Amaigrissement et douleurs épigastriques chez un homme de 60 ans

Monsieur Jean-Pierre C., 60 ans, consulte en raison d'un amaigrissement majeur (- 10 kg en 4 mois), accompagné d'asthénie et d'anorexie marquées. Il présente des douleurs épigastriques intermittentes depuis un an, dont certaines irradient dans le dos. Ces douleurs sont soulagées par l'aspirine, médicament qu'il consomme en grandes quantités. Depuis quelques semaines, l'aspirine ne parvient plus qu'à atténuer ses douleurs qui restent cependant modérées et acceptables tant qu'il continue de prendre cette thérapeutique.

Son médecin traitant lui a récemment découvert une glycémie veineuse à jeun élevée (à 1,78 g/l), alors que la précédente, réalisée un an plus tôt, était normale. Le patient s'en étonne, n'ayant aucun antécédent familial de diabète et n'ayant jamais été obèse.

1. Quelles sont les principales causes d'hyperglycémie à cet âge ?
2. Quels examens complémentaires préconiseriez-vous si l'examen clinique était normal ?
3. En fait, l'examen clinique retrouve une masse épigastrique, fixée avec un souffle systolique à l'auscultation abdominale. Quel diagnostic précis suspectez-vous ?
4. Complétez votre examen clinique. Que recherchez-vous ?
5. Que pensez-vous devoir attendre d'une échographie ou d'un scanner abdominal ?
6. Interprétez la tomodensitométrie abdominale.
7. Quel serait l'intérêt d'une artériographie cœlio-mésentérique ?
8. La lésion est jugée inextirpable. Quels seront alors les principes de votre traitement ?



TDM abdominal avec injection

DOSSIER N°8

1. Quelles sont les principales causes d'hyperglycémie à cet âge ? (10)

- Causes ENDOCRINIENNESNC
- Diabète non-insulino-dépendant.....1
- Syndrome de Conn1
- Somatostatinome (cause rarissime)NC

Commentaires : ces causes agissent par le biais d'une résistance à l'insuline ou par hypoinsulinémie. Dans le cas du syndrome de Conn, l'hypokaliémie agit par rétro-contrôle sur l'insuline (hormone qui fait baisser la kaliémie en augmentant le transfert du potassium du milieu extracellulaire vers le milieu intracellulaire) et diminue sa sécrétion par le pancréas. A la différence du syndrome de Cushing où l'hyperglycémie est due à une action de type GlucoCorticoïde.

- Hyperthyroïdie.....1
- Phéochromocytome.....1
- Syndrome de Cushing.....1
- Acromégalie.....1
- Glucagonome (cause rarissime)NC

- Causes PANCRÉATIQUES (action par le biais d'une hyposécrétion d'insuline)NC
- Pancréatite chronique1
- Cancer du pancréas (surtout caudal : siège des îlots- β de Langerhans)1
- Hémochromatose.....NC

- Causes IATROGÈNES NC
- Corticothérapie générale1
- Diurétiques (surtout Thiazidiques)1
- Avlocardyl® - L-Asparaginase car cités en QCM, diazoxide (ProglycemO) ; phénytoïnes, 132-mimétiques, cestro-progestatifsNC

2. Quels examens complémentaires préconiseriez-vous si l'examen clinique était normal ? (12)

- BIOLOGIE
- Ionogramme plasmatique et urinaire, avec urée et créatinine1
- Uricémie (car fréquemment associée à l'hyperglycémie)NC
- ECBU / Albuminurie (si négatif : Nalbuminurie) / HLM (systématique si hyperglycémie)1
- NFS-pqt1
- CA 19.9 et ACE (marqueurs du cancer du pancréas).....1
- Amylase / Lipase (valables en cas de pancréatopathie aiguë), cholestérol total / HDLcholestérol / Triglycérides (fréquemment associés à l'hyperglycémie), fer sérique et ferritinémie (hémochromatose).....NC
- Insulinémie et peptide C de base et sous Glucagon (en 2^e intention)NC
- IMAGERIE
- Abdomen sans préparation (calcifications pancréatiques : L1-L2)1
- Échographie abdominale (pancréas, foie et surrénales)2
- Scanner abdominal, si échographie négative pour visualiser le pancréas2
- Fibroscopie CEso-Gastro-Duodénale.....2
- Car consommation d'aspirine en grandes quantités et recrudescence de douleurs NC
- Radiographie pulmonaireNC
- Si le diabète est confirmé, il faut faire un premier bilan de ses complications chroniques (écho-doppler artériel des membres inférieurs, ECG repos/effort, scinti voire coronarographie si troubles, EMG si troubles neurologiques cliniques, examen ophtalmologique, FO et angiofluorographie)NC

3. En fait, l'examen clinique retrouve une masse épigastrique, fixée avec un souffle systolique à l'auscultation abdominale. Quel diagnostic précis suspectez-vous ? (10)

- Cancer du pancréas.....5
- Corporéo-caudal3
- Avec extension à l'artère splénique2

4. Complétez votre examen clinique. Que recherchez-vous ? (15)

- INSPECTION
 - Recherche une voussure épigastriqueNC
 - Un (sub-)ictère.....NC
 - Un syndrome de Weber-Christian (cytostéatonécrose).....NC
- PALPATION
 - Masse épigastrique..... NC
 - Dureté et mobilité1
 - Contours (réguliers ou non)1
 - Hépatomégalie.....2
 - Douleur ou non.....NC
 - Régulière, ferme et lisse de cholestase.....NC
 - Ou irrégulière, dure et nodulaire en cas de localisations secondaires2
 - Grosse vésicule (tuméfaction rénitente sous-hépatique palpée dans le flanc droit)1
 - Splénomégalie (par hypertension portale segmentaire)1
 - TR et toucher ombilical recherchant une carcinose péritonéale.....1
 - Aires ganglionnaires dont le ganglion de Troisier (schéma daté)2
 - Recherche de signes de phlébite (syndrome paranéoplasique).....NC
 - Palpation osseuse : recherche de zones douloureuses en cas de localisations secondaires NC
- PERCUSSION
 - Matité des flancs (ascite)1
 - Aire hépato-splénique sur un calque daté1
- AUSCULTATION
 - Cardio-pulmonaire et abdominale2

5. Que pensez-vous devoir attendre d'une échographie ou d'un scanner abdominal ? (17)

- Ces examens ne peuvent pas être normaux dans ce cas (masse palpable)2
- Ils pourraient montrer des signes de pancréatite chronique1
- Calcifications, irrégularités du Wirsung, pseudokystes.....NC
- Ils peuvent aussi visualiser la tumeur.....2
- Sa taille - siège - forme1
- Son extension loco-régionale1
- Une éventuelle compression du cholédoque.....1
- Des adénopathies profondes.....2
- Des métastases hépatiques2
- Recherche d'une ascite1
- Nodules de carcinose péritonéale1
- Ils peuvent guider une ponction-biopsie percutanée2
- Ils permettent de surveiller l'évolution de la maladie.....1

6. Interprétez la tomodensitométrie abdominale. (11)

• Masse pancréatique	1
- De siège isthmique et corporel	1
- Hypodense, hétérogène	1
- Notamment au centre (nécrose)	1
- Épargnant la tête	NC
• Atrophie brutale du reste du parenchyme pancréatique (*pancréatite chronique)	NC
• Voies biliaires extra et intra-hépatiques normales	1
• Infiltration de l'artère splénique.....	1
• Foie normal sans images métastatiques	1
• Absence d'adénopathies.....	1
• Kyste rénal gauche d'allure banale.....	1
• Conclusion : tumeur du corps du pancréas étendue à l'artère splénique	2

7. Quel serait l'intérêt d'une artériographie coelio-mésentérique ? (10)

• Intérêt faible pour le diagnostic positif	1
- Car il est obtenu plus facilement avec des moyens moins invasifs.....	NC
• Intérêt pour l'extension VASCULAIRE.....	4
- Résultats :	NC
Au temps artériel : sténose de l'artère splénique.....	2
Au temps parenchymateux : vascularisation anarchique tumorale	1
Au temps veineux : recherche une extension mésentérico-portale, ou à la veine splénique et recherche de signes d'HTP segmentaire (varices cardio-tubérositaires).....	1
• De plus, elle participe au bilan préopératoire, en recherchant des variations anatomiques de la vascularisation, en particulier artérielle.....	1

8. La lésion est jugée inextirpable. Quels seront alors les principes de votre traitement ? (15)

- Traitement de l'insuffisance pancréatique.....	NC
- Extraits pancréatiques gastro-protégés si diarrhée	NC
- Régime et insulinothérapie en cas de diabète secondaire	1
• Traitement de la douleur	
- Antalgiques classe II de l'OMS (car résistance à l'aspirine)	1
- En absence de contre-indications (sinon pas de points).....	NC
- Par exemple Di-Antalvice ou CoDoliprane®.....	NC
- Et si échec passer à la classe III : les morphiniques majeurs.....	1
- En absence de contre-indication (sinon pas de points).....	NC
- Par exemple : Moscontin°.....	NC
- Si échec phénelisation du plexus solaire.....	1
- Voire traitement neurochirurgical de la douleur.....	1
• Réalimentation adaptée.....	1
• Vitaminothérapie K par voie IV en cas de cholestase prolongée.....	1
• Endoprothèse biliaire ou dérivation chirurgicale si ictère par extension céphalique	1
• Radiothérapie à visée palliative.....	1
• Chimiothérapie à visée palliative	1
• Radiothérapie osseuse en flash en cas de localisations secondaires.....	1
• Psychothérapie de soutien	1
• Exonération du ticket modérateur	NC
• SURVEILLANCE.....	3

DOSSIER N°9: Syndrome douloureux épigastrique chronique et maladie de Biermer

Monsieur Pierre Q., 65 ans, aux antécédents de maladie de Biermer depuis huit ans, traitée épisodiquement par des injections intramusculaires de vitamine B12 (2 à 3 fois par an), consulte en raison d'un syndrome douloureux épigastrique qui évolue depuis deux mois. Ces douleurs se sont aggravées progressivement ; actuellement elles durent quelques heures, sont continues, sans paroxysmes et non influencées par les repas ou les anti-acides. Le patient a maigri de 3 kg et est fatigué.

Son médecin traitant l'ayant trouvé pâle, lui a prescrit une Numération Formule Sanguine, dont voici les résultats

NFS : VGM : 90 microns³ ; Hb : 9,5 g/dl ; GR : 3 M/mm³ ; GB : 8000 M/mm³ ; plaquettes : 160000 m/mm³

Frottis globulaire : aspect de double population érythrocytaire (micro- et macrocytose coexistantes).

VS : 25 mm à la 1^{re} heure ; ferritinémie effondrée.

1. Quel diagnostic devez-vous suspecter en priorité ? Pourquoi ?
2. Complétez l'examen clinique de ce patient.
3. Complétez les examens paracliniques d'imagerie si l'examen clinique est normal par ailleurs.
4. Interprétez l'iconographie.
5. Quelle sera votre attitude thérapeutique, en sachant qu'il existe une métastase hépatique ?



TOGD



DOSSIER N°9

1. Quel diagnostic devez-vous suspecter en priorité ? Pourquoi ? (20)

• Cancer gastrique	10
- Car	
- Terrain : âge ; sexe.....	2
• Facteurs de risques : gastrite de Biermer (risque multiplié par 20)	2
- Non surveillée par des fibroscopies gastriques annuelles.....	2
• Clinique évocatrice : syndrome douloureux épigastrique ATYPIQUE	2
- Très différent de la douleur d'ulcère gastrique	NC
• Complication : anémie ferriprive par saignement occulte	2

2. Complétez l'examen clinique de ce patient. (16)

• Recherche de SIGNES FONCTIONNELS	
- Altération de l'état général (anorexie, amaigrissement, asthénie).....	NC
- Douleurs.....	NC
- Nausées et/ou Vomissements (syndrome de sténose pylorique)	1
- Signes d'hémorragie digestive (hématémèse - méléna)	1
- SIGNES PHYSIQUES	
• BILAN D'EXTENSION	
- Palpation abdominale.....	NC
- Recherche une masse épigastrique fixée ou non	2
- Hépatomégalie.....	1
- Ascite (matité des flancs).....	1
- Carcinose péritonéale (TR et Toucher ombilical)	2
- Aires ganglionnaires dont le ganglion de Troisier.....	2
- Examen pulmonaire.....	2
- Recherche de localisations secondaires osseuses	NC
- Examen neurologique (localisations secondaires cérébrales)	NC
• BILAN Préopératoire	
- Poids.....	1
- État nutritionnel.....	1
- État cardio-vasculaire	1
- Syndrome anémique : Tolérance notamment.....	NC
- Antécédents (cardiaques stt) rendant une chirurgie risquée.....	NC
- Recherche de phlébites et de syndrome paranéoplasique neurologique	1

3. Complétez les examens paracliniques d'imagerie si l'examen clinique est normal par ailleurs. (24)

• Leur but est de participer au bilan d'extension donc d'opérabilité.....	NC
• Extension LOCO-REGIONALE	2
- Fibroscopie CEso-Gastro-Duodénale avec biopsies.....	2
- Transit CEso-Gastro-Duodéal	2
- Echoendoscopie gastrique.....	4
- Lavement baryté (extension au colon transverse)	2
• Extension GÉNÉRALE.....	2
- Radiographie pulmonaire	2
- Échographie hépatique et abdominale	2
- Scanner thoracique (ganglions médiastinaux)	3
- Scanner abdominal.....	3
- Scintigraphie osseuse puis radiographies centrées en cas de douleurs	NC
- Scanner cérébral en fonction de la clinique.....	NC

4. Interprétez l'iconographie. (20)

• TOMODENSITOMÉTRIE ABDOMINALE

- Masse intra-pariétale gastrique2
- Très volumineuse.....1
- Irrégulière1
- PolylobéeNC
- Avec une plage centrale hypodense, correspondant à de la nécrose 2
- Adénopathie (de 2 cm) latéro-aortique4
- Foie normalNC
- Conclusion : image compatible avec un volumineux cancer gastrique avec extension ganglionnaire NC

• TRANSIT CESO-GASTRO-DUODENAL

- Images lacunaires2
- Multiples2
- Irrégulières.....2
- De la grande courbure et de la région cardio-tubérositaire2
- Conclusion : image compatible avec un volumineux cancer gastrique2

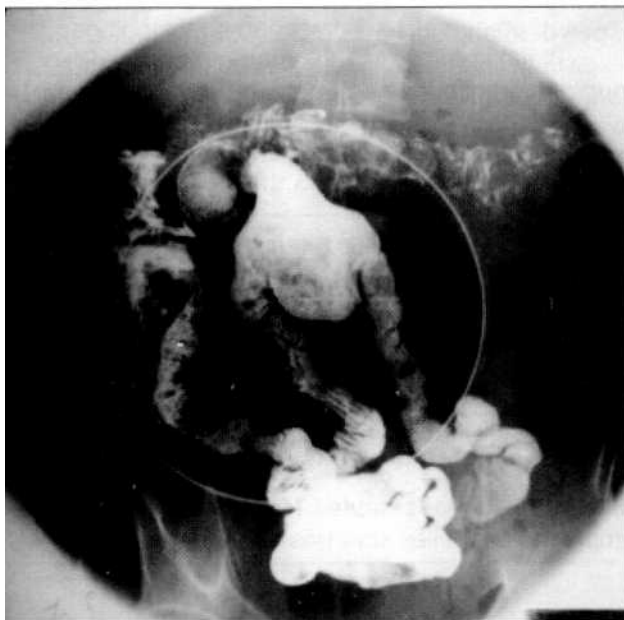
5. Quelle sera votre attitude thérapeutique, en sachant qu'il existe une métastase hépatique ? (20)

- Hospitaliser1
- Rénutrition et correction d'éventuelles carences alimentaires.....1
- Vitaminothérapie B12 (mensuelle - parentérale - à vie)2
- Traitement de la carence martiale et de l'anémie.....1
- Traitement CURATIF.....1
- Chirurgical.....1
- En absence de contre-indications1
- Laparotomie.....NC
- Temps explorateur, voire échographie hépatique per-opératoire.....1
- GASTRECTOMIE TOTALE2
- CURAGE GANGLIONNAIRE.....2
- METASTASECTOMIE HÉPATIQUE, si techniquement possible.....2
- Rétablissement de la continuité par anastomose ceso-jéjunale sur une anse en Y.....1
- Examen ANATOMO-PATHOLOGIQUE extemporané puis définitif (oubli = 0)1
- CHIMIOTHÉRAPIE, car métastases ganglionnaires et hépatique (à base de 5FU, CysPlatyl, Adriamycine)2
- SURVEILLANCE (oubli = p)1

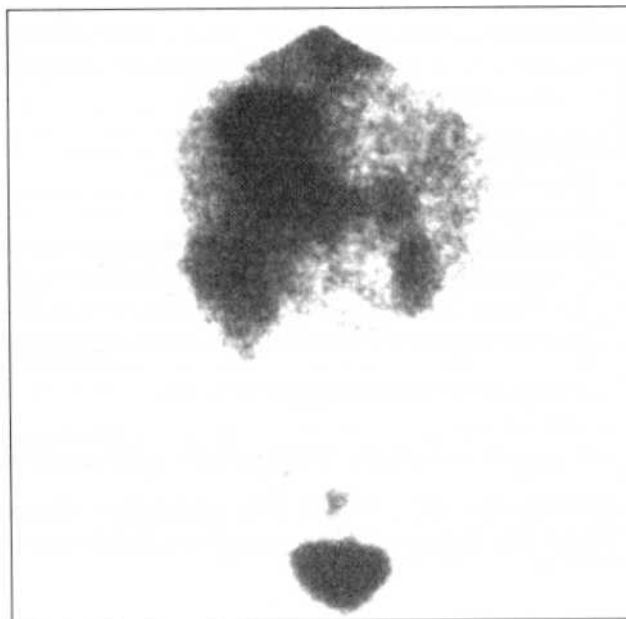
DOSSIER N° 10: Rectorragies chez une femme de 25 ans

Mademoiselle Aude F., 25 ans, est hospitalisée en urgence pour hémorragie digestive basse, de survenue brutale et isolée. Son seul antécédent connu est un épisode de rectorragie modérée avec méléna, survenu il y a deux ans et non exploré. Elle ne consomme pas d'AINS, ni d'anticoagulants et elle n'est pas alcoolique. A l'examen clinique, vous constatez un pouls à 130 bpm, une TA à 80/50 mmHg, une fréquence respiratoire à 30/min., une température à 37°C. Le doigtier ramène du sang noir.

1. Quels examens paracliniques allez-vous demander ? Dans quel délai ? (Essayez de classer ces examens par ordre de priorité)
2. Quelles sont les hypothèses diagnostiques devant une rectorragie ?
3. Devant cette rectorragie, comment pouvez-vous savoir très rapidement si elle est d'origine haute (en amont de l'angle de Treitz) ou basse ?
4. Après la réanimation adaptée, la patiente va beaucoup mieux. Vous la faites hospitaliser en chirurgie digestive. La fibroscopie ceso-gastro-duodénale et la coloscopie totale sont normales. Interprétez l'i conographie. Quel est votre diagnostic ?
5. Comment pouvez-vous confirmer très rapidement ce diagnostic ?
6. Quel sera votre traitement ?
7. Si cette patiente avait 60 ans et que son lavement baryté était normal, quel aurait été votre principal diagnostic ?



Transit du grêle



Scintigraphie au Technétium 99

DOSSIER N°10

1. Quels examens paracliniques allez-vous demander ? Dans quel délai ? (Essayez de classer ces examens par ordre de priorité) (20)

• GROUPE RHÉSUS RAI (oubli = ZÉRO) en urgence	3
- Bilan préopératoire standard : NFSpq-TP-TCA-VS-glycémie-iono-créat-protides.....	NC
- Électrocardiogramme.....	1
- Radiographie pulmonaire	NC
- Abdomen sans préparation	2
- Fibroscopie peso-gastro-duodénale après déchoquage sinon zéro à la question	2
- Cherche à éliminer une cause haute de rectorragie.....	NC
- Rectosigmoïdoscopie en urgence	3
- Après déchoquage (sinon zéro à la question), dans un délai court	2
- Elle permet de retrouver 75 % des causes de rectorragie.....	NC
- Coloscopie totale	2
- A distance.....	NC
- Après déchoquage.....	NC
- Après préparation colique, sinon - 2 points	NC
- Lavement colique en double contraste, à distance pour le bilan étiologique	2
- Artériographie cœlio-mésentérique sélective	2
- Elle permet de retrouver 75 % des causes surtout en période hémorragique	NC
- Scintigraphie au technétium 99m	1

2. Quelles sont les hypothèses diagnostiques devant une rectorragie ? (20)

• LÉSIONS ANALES	
- Hémorroïdes, fissures, anites, MST, cancers,	NC
• LÉSIONS COLO-RECTALES	
- Colites inflammatoires (Crohn et RCH).....	1
- Ulcérations thermométriques (10 % des rectorragies en France)	2
- Colites ischémiques, colites pseudo-membraneuses, polypes, angiodysplasies	NC
- Cancers (plutôt hémorragies occultes ou minimes)	1
- Diverticules (diagnostic d'élimination).....	1
• LÉSIONS DU GRÊLE	
- Diverticule de Meckel.....	5
- Tumeurs du grêle	
(léiomyosarcomes surtout, se révélant parfois par des épisodes hémorragiques aigus)	2
- Invaginations intestinales (surtout chez les enfants).....	1
- Diarrhées infectieuses (à Escherichia coli entéro-hémorragique)	2
- Ulcère du grêle (par des comprimés de KCl, Crohn, etc.)	NC
• LÉSIONS GASTRO-DUODENALES	
- Ulcères	5
- Anévrisme de l'aorte, fistulisé dans le 3e duodénum	NC

Commentaires : devant une rectorragie, éliminez d'abord les causes hautes (en amont de l'angle de Treitz), car donnant lieu à une rectorragie et non à un simple méléna, elles sont très abondantes.

3. Devant cette rectorragie, comment pouvez-vous savoir très rapidement si elle est d'origine haute (en amont de l'angle de Treitz) ou basse ? (10)

• Mise en place d'une sonde naso-gastrique	2
• Lavage gastrique	2
- S'il y a présence de sang à l'aspiration, cela a la même valeur qu'une hématomérose.....	6
- Cependant il existe des faux négatifs, donc cette manœuvre, simple à réaliser, n'a de valeur que lorsqu'elle est positive.....	NC

4. Après la réanimation adaptée, la patiente va beaucoup mieux. Vous la faites hospitaliser en chirurgie digestive. La fibroscopie ceso-gastro-duodénale et la coloscopie totale sont normales. Interprétez l'iconographie. Quel est votre diagnostic ? (20)

- SCINTIGRAPHIE au technétium 99m
 - Hyperfixation du traceur.....3
 - Dans la région iléale (en situation supra-vésicale)3
 - Concomitante de la fixation gastrique.....3
 - Atteste de la présence de tissu gastrique en situation ectopiqueNC
- LAVEMENT BARYTE avec opacification de la dernière anse iléale
 - Image diverticulaire2
 - Volumineuse2
 - Appendue à l'iléon2
 - En amont de la valvule iléo-caecale2
 - Conclusion : Probable diverticule de Meckel3

5. Comment pouvez-vous confirmer très rapidement ce diagnostic ? (5)

- ' Coelioscopie à visée diagnostique5
- ' Permet d'explorer très rapidement la totalité de la cavité péritonéale.....NC
- ' En cas de découverte d'un diverticule de Meckel : convertir en voie classique NC

6. Quel sera votre traitement ? (20)

- ' Laparotomie selon la voie de Mac Burney.....2
- ' Exploration3
- ' Résection du diverticule de Meckel5
- ' Appendicectomie dans le même temps opératoire.....NC
- ' Examen anatomo-pathologique (zéro si oublié)5
- ' Retrouve du tissu gastrique en situation ectopique..... NC
- ' Surveillance (zéro si oublié).....5

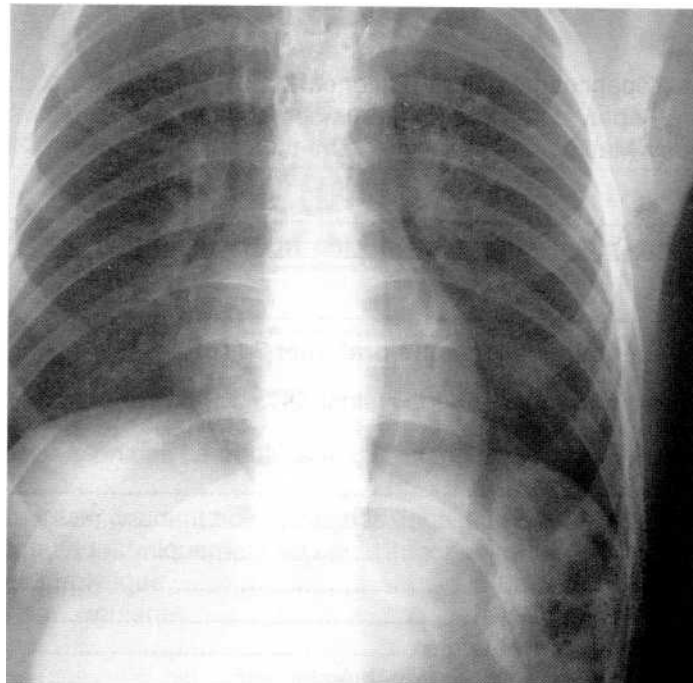
7. Si cette patiente avait 60 ans et que son lavement baryté était normal, quel aurait été votre principal diagnostic ? (5)

- ' Angiodysplasies.....5
- ' Cause fréquente chez le sujet âgé, de diagnostic angiographiqueNC

DOSSIER N°11 : Un caustique avalé par erreur

Monsieur C. D., 40 ans, sans antécédent pathologique connu, a très soif et boit par mégarde 150 cc d'un li quide caustique concentré qui était renfermé dans une bouteille d'eau minérale. Sa femme, affolée, l'amène immédiatement aux urgences.

1. Détaillez votre examen clinique.
2. Quels examens complémentaires allez-vous pratiquer ?
3. Le patient est très dyspnéique. Quelles peuvent être les étiologies de ses troubles respiratoires ?
4. Le patient a absorbé de l'eau de Javel concentrée. Quelles sont les complications de cette pathologie ?
5. En admettant qu'il n'y ait pas d'indication chirurgicale en urgence, quels seront vos principes thérapeutiques ?
6. Après quelques heures, le patient se plaint d'une douleur thoracique brutale, rétrosternale haute. Vous pratiquez immédiatement une radiographie thoracique. Interprétez-la. Quelle conduite allez-vous adopter ?
7. En admettant que le patient ait ingéré un produit antirouille à base de Rubigine®, quelle complication métabolique principale devez-vous craindre ? Comment la préviendrez-vous ?



DOSSIER N°11**1. Détaillez votre examen clinique. (20)**

• Examen clinique CONSIGNE	
- Répété	1
• Interrogatoire	
- heure précise de l'ingestion	1
- type de caustique	1
- quantité (apporter la bouteille).....	NC
• Signes fonctionnels	
- douleurs (abdominales et/ou thoraciques).....	1
- dysphagie	1
- dyspnée	1
- troubles de la conscience.....	1
• Signes physiques	
• INSPECTION	
- Examen endobuccal.....	1
- Laryngoscopie indirecte	1
- Signes de collapsus : marbrures, diurèse horaire, hypotension artérielle, pouls	1
• PALPATION	
- Abdominale : recherche une défense ou une contracture	1
- Toucher rectal	1
- Abolition des vibrations vocales en cas d'épanchement pleural	1
- Recherche d'emphysème sous-cutané cervical.....	1
• PERCUSSION	
- Matité des flancs en cas d'épanchement intra-péritonéal	1
- Abolition de la matité pré-hépatique en cas de pneumopéritoine	1
- Épanchement thoracique : Matité ou tympanisme héli-thoracique.....	NC
• AUSCULTATION	
- Cardiopulmonaire + pouls/TA	4

2. Quels examens complémentaires allez-vous pratiquer ? (15)

• Examens complémentaires à réaliser en urgence (sinon 0)	NC
• BIOLOGIE	
- Groupe ABO Rh RAI	1
- NFS pqt.....	1
- Bilan de coagulation : TP, TCA, fibrinogène	1
- Gaz du sang artériel	1
- Bilan de CIVD en cas d'ingestion massive.....	NC
- Dosage des toxiques : plasmatiques et urinaires	1
- Ionogrammes, glycémie, urée et créatinine, protéinémie.....	2
- Calcémie et phosphorémie	1
- Bilan hépatique et amylasémie	1
• IMAGERIE	
- Radiographie thoracique.....	2
- Électrocardiogramme.....	1
- Abdomen sans préparation	1
- Fibroscopie cesogastroduodénale immédiatement après déchoquage	2
- Elle fait le bilan lésionnel immédiat (si réalisée sans mention de déchoquage = zéro)	NC
• Consultation d'anesthésie.....	NC

3. Le patient est très dyspnéique. Quelles peuvent être les étiologies de ses troubles respiratoires? (10)

- Acidose métabolique par ingestion d'acide fort.....2
- Pneumopathie d'inhalation2
- Lésion laryngo-trachéale (œdème, spasme, ulcération).....2
- Fistule peso-bronchique.....2
- SDRA (syndrome de détresse respiratoire aiguë)2

4. Le patient a absorbé de l'eau de Javel concentrée. Quelles sont les complications de cette pathologie ? (15)

- Complications immédiates
 - Pneumopathie d'inhalation1
 - CIVD.....1
 - Perforations immédiates (très rares avec les bases).....1
 - Asphyxie par lésions laryngo-trachéales.....1
 - Nausées/Vomissements/Agitation1
 - Troubles métaboliques (différents selon les types de produits).....NC
- Complications secondaires (les deux premières semaines)
 - Plus fréquentes avec les basesNC
 - Perforations gastroduodénales avec péritonites.....1
 - Perforations entéro-coliques.....1
 - Perforations œsophagiennes avec médiastinite.....2
 - Hémorragies par ulcérations de gros vaisseaux.....1
 - Surinfections.....1
- Complications tardives
 - Sténoses caustiques : à partir de la deuxième semaine2
 - Cancérisation : plus tardivement.....2

5. En admettant qu'il n'y ait pas d'indication chirurgicale en urgence, quels seront vos principes thérapeutiques ? (15)

- Hospitaliser en USI chirurgicale.....1
- Repos strict au lit1
- Voie veineuse périphérique.....1
- Sonde urinaire1
- Intuber et ventilation assistée en cas de troubles respiratoires ou de conscience2
- Diète totale1
- Alimentation parentérale totale pendant trois semaines (ingestion massive).....1
- ATBthérapie non-systématique, uniquement en cas d'infection prouvée1
- Rééquilibration hydro-électrolytique1
- Anticoagulation à dose isocoagulante.....1
- Nursing intensif1
- Surveillance pluri-horaire (zéro si oubli) clinique essentiellement1
- Deuxième fibroscopie œsogastroduodénale dans 21 jours (date de cicatrisation)_1
- Si complication perforative ou hémorragique : traitement chirurgical.....1

6. Après quelques heures, le patient se plaint d'une douleur thoracique brutale, rétrosternale haute. Vous pratiquez immédiatement une radiographie thoracique. Interprétez-la.
Quelle conduite allez-vous adopter ? (20)

• PNEUMOMEDIASTIN	10
- Par perforation cesophagienne, avec risque de médiastinite.....	3
• Traitement : polyantibiothérapie - réanimation intensive	NC
• Chirurgie en extrême urgence.....	2
- Thoracotomie : temps explorateur.....	1
- Prélèvements bactériologiques des épanchements	1
- CEsophagectomie si perforation cesophagienne	1
- Rétablissement de la continuité à distance après cicatrisation des lésions caustiques	1
- Drainage	1
• Surveillance (zéro si oubli)	NC

7. En admettant que le patient ait ingéré un produit antirouille à base de Rubigine®, quelle complication métabolique principale devez-vous craindre ? Comment la préviendrez-vous ? (5)

• HYPOCALCÉMIE.....	3
- Car il s'agit d'un chélateur du calcium. Importants risques cardiaques	NC
-Prévention : Surveillance scope, calcémie et Gluconate de calcium à la seringue électrique	2

DOSSIER N° 12: Arrêt des gaz et douleurs abdominales aiguës chez une colopathe de 85 ans.

Madame Cécile A., une patiente de 85 ans, est hospitalisée en raison d'un tableau douloureux abdominal aigu. Ses antécédents sont marqués par une colopathie fonctionnelle chronique, qui s'est récemment aggravée. L'interrogatoire retrouve une perte pondérale de 6 kg au cours de ces derniers mois.

Lors de l'admission la veille, la patiente présentait des douleurs abdominales diffuses et un volumineux météorisme en cadre, animé de mouvements péristaltiques. La patiente n'a pas vomi, mais présente un arrêt total des gaz depuis 24 heures. Les orifices herniaires sont libres et le toucher rectal est normal.

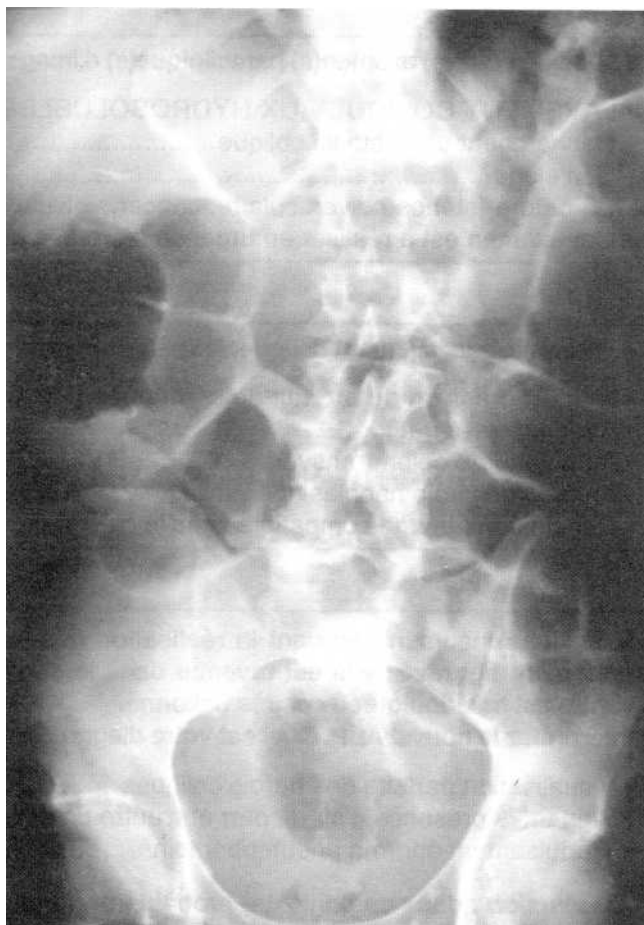
1. Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ? Quelle en est l'étiologie la plus probable ?
2. Le bilan paraclinique a débuté par la réalisation d'un cliché d'abdomen sans préparation. Interprétez-le.
3. Quel(s) autre(s) examen(s) paraclinique(s) d'imagerie pourriez-vous demander ? Pourquoi ?
4. Interprétez le lavement colique.
5. Malheureusement pendant la réalisation des examens complémentaires, l'état de la patiente s'est nettement aggravé : elle est revenue dans le service fébrile, avec un faciès terreux et obnubilée. Son ventre est très douloureux et très ballonné. Interprétez le nouvel ASP. Quel est votre diagnostic ?
6. Quels sont les grands principes de votre traitement ?



Question 2
ASP Face
debout



Question 4
Lavement
colique en
simple
contraste
(oblique)



Question 5
ASP face couché

DOSSIER N°12

1. Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ? Quelle en est l'étiologie la plus probable ? (20)

- Occlusion intestinale aiguë5
- Colique.....5
- Probablement secondaire à un cancer colique.....1 0
- Par argument de fréquenceN C
- Et en raison de la clinique (AEG, aggravation progressive de la colopathie fonctionnelle, syndrome de lutte, etc.)N C

Commentaires : Ne pas justifier lorsque cela n'est pas demandé dans l'énoncé. Cela va surcharger inutilement la case de réponse et énerver le correcteur.

2. Le bilan paraclinique a débuté par la réalisation d'un cliché d'abdomen sans préparation. Interprétez-le. (15)

- ASP Face deboutN C
- Niveau hydro-aérique3
- Unique.....3
- De type colique3
- Car plus haut que large.....3
- Aérogrêlie diffuse sans niveau hydro-aérique : non-spécifique.....N C
- Conclusion : Image compatible avec le diagnostic d'occlusion colique aiguë 3

3. Quel(s) autre(s) examen(s) paraclinique(s) d'imagerie pourriez-vous demander ? Pourquoi ? (15)

- LAVEMENT COLIQUE AUX HYDROSOLUBLES.....5
- Recherchant un obstacle colique.....5
- Son siège.....2
- Sa nature (sténose diverticulaire, cancer, volvulus, etc.2
- Cet examen est à réaliser en urgence (zéro à la question si non mention de l'urgence)..... 1

4. Interprétez le lavement colique. (15)

- Non progression du produit de contraste.....3
- Avec un arrêt net3
- Au niveau du colon transverse3
- Amorce de virole néoplasique.....3
- Conclusion : Image compatible avec le diagnostic d'occlusion colique par obstacle tumoral complet 3

5. Malheureusement pendant la réalisation des examens complémentaires, l'état de la patiente s'est nettement aggravé: elle est revenue dans le service fébrile, avec un faciès terreux et obnubilée. Son ventre est très douloureux et très ballonné.

Interprétez le nouvel ASP. Quel est votre diagnostic ? (15)

- Visualisation parfaite des parois coliques5
- Signant la présence d'air de part et d'autre de celles-ci5
- *Traduisant un énorme pneumopéritoine5

Conclusion : dans ce contexte, probable perforation diastatique du colon (le plus souvent caecale) en amont de la tumeur.

6. Quels sont les grands principes de votre traitement ? (20)

• Réanimation brève et intensive	1
• Rééquilibration hydro-électrolytique.....	1
• Aspiration naso-gastrique.....	1
• Polyantibiothérapie active sur les BGN et les anaérobies.....	1
• LAPAROTOMIE MEDIANE.....	2
- Exploration de la cavité abdominale.....	2
- Prélèvements à visée bactériologique et anatomo-pathologique.....	1
-Aspiration des liquides digestifs.....	1
-Colectomie ± totale (totale si perforation diastatique du caecum).....	7
- Drainages et toilette péritonéale	1
• SURVEILLANCE postopératoire intensive et réanimation adaptée	2

DOSSIER N°13: Abdomen douloureux aigu chez un homme de 25 ans

Monsieur H. C, 25 ans, sans antécédents particuliers hormis une appendicectomie à l'âge de 6 ans, arrive aux urgences pour un syndrome douloureux abdominal aigu ayant débuté il y a 12 heures. Ces douleurs, intenses, sans paroxysme, sont étendues à tout l'abdomen. Le patient vomit beaucoup depuis quelques heures : il apparaît très éprouvé. Il n'émet plus de gaz depuis 4 heures. Vous constatez un gros ventre ballonné. Ce météorisme central est immobile et silencieux à l'auscultation.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Que recherchez-vous à l'examen clinique abdominal ?
3. Vous demandez la réalisation en urgence d'un bilan biologique préopératoire standard, d'une radiographie thoracique et d'un ASP. Interprétez le cliché d'Abdomen Sans Préparation.
4. Quels autres examens paracliniques demandez-vous ?
5. Quel sera votre traitement ?
6. Grâce à votre traitement, le patient est guéri, mais 4 jours après l'intervention chirurgicale, son transit n'a toujours pas repris. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
7. Malgré votre traitement symptomatique, son transit n'a toujours pas repris 2 jours plus tard. Quelle sera votre attitude ?



ASP face couché

DOSSIER N°13

1. Quel est votre diagnostic ? (10)

- OCCLUSION INTESTINALE AIGÜE.....2
- Du GRÊLE.....2
- Mécanisme: par STRANGULATION2
- Par VOLVULUS.....2
- Sur BRIDE (cicatrice de Mac Burney)2

2. Que recherchez-vous à l'examen clinique abdominal ? (20)

- Inspection
 - CICATRICES de laparotomies.....2
- Palpation
 - ORIFICES HERNIAIRES (oubli = 0).....4
 - DÉFENSE, voire contracture (due à une complication par perforation ou diagnostic différentiel).... 4
 - TOUCHER RECTAL (oubli = 0).....4
 - Recherche un fécalome, un épanchement du Douglas, etc.....N C
- Percussion
 - Recherche des signes de complications perforativesN C
 - Disparition de la matité pré-hépatique (=pneumopéritoine)3
 - Matité des flancs (=épanchement liquidien intra-péritonéal)3
- Auscultation
 - Silence auscultatoire = strangulationN C
 - Bruits hydro-aériques = signes de lutte en cas d'occlusion par obstacleN C

3. Vous demandez la réalisation en urgence d'un bilan biologique préopératoire standard, d'une radiographie thoracique et d'un ASP. Interprétez le cliché d'Abdomen Sans Préparation. (10)

- ASP de Face CouchéN C
- DILATATION AÉRIQUE des anses GRÊLES jéjunales et iléales4
- VALVULES CONNIVENTES PROÉMINENTES.....2
- COLON NORMAL (non dilaté).....2
- Conclusion : OIA du Grêle typique2

4. Quels autres examens paracliniques demanderez-vous ? (10)

- AUCUN.....10
- Si examens endoscopiques = 0

5. Quel sera votre traitement ? (30)

- HOSPITALISER en chirurgie digestive.....1
- RÉANIMATION intensive sans retarder le traitement chirurgical (extrême urgence) 1
- REPOS strict au lit.....1
- Voie veineuse périphérique1
- Scope1
- SONDÉ NASO-GASTRIQUE (oubli = 0 car le sujet vomit)1
- Sonde urinaire.....1

• DIÈTE.....	1
- Glace sur le ventre... (à visée antalgique en attendant l'opération)	N C
• ASPIRATION GASTRIQUE douce	2
- Rééquilibration hydro-électrolytique	1
- (Niveaux visibles sur un ASP = au moins 3 litres séquestrés)	N C
- Polyantibiothérapie à visée anti-BGN et anaérobies	1
• Traitement CHIRURGICAL en urgence... (non mention de l'urgence = ZÉRO)	1
-LAPAROTOMIE médiane.....	2
- EXPLORATION soigneuse de toute la cavité abdominale	2
- Prélèvements bactériologiques des épanchements s'ils existent	1
- Recherche de la cause en déroulant le grêle jusqu'à	1
- La jonction grêle plat/grêle dilaté	N C
- Apprécier la vitalité du grêle et réséquer d'éventuels segments nécrosés	1
-VIDANGE RÉTROGRADE et PRUDENTE du grêle.....	1
- Traitement de la cause	
- Section de la bride	2
- Détorsion de l'anse volvulée.....	3
- PROPHYLAXIE des RÉCIDIVES	N C
-Toilette péritonéale	1
- Rangement soigneux des anses grêles.....	1
- Fermeture plan par plan	N C
-Avec ou sans drainage.....	N C
• SURVEILLANCE (OUBLI = 0).....	2

6. Grâce à votre traitement, le patient est guéri, mais 4 jours après l'intervention chirurgicale, son transit n'a toujours pas repris. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? (15)

• ILÉUS PARALYTIQUE postopératoire prolongé	2
- Iléus paralytique lié à une HYPOKALIÉMIE	2
- Cette hypokaliémie peut être liée à un hyperaldostérionisme secondaire dû au 3 ^e secteur	N C
• ILÉUS INFLAMMATOIRE par agglutination d'anses au contact d'une collection infectée	2
-Traduisant une FISTULE DIGESTIVE ou un corps étranger.....	4
• ILÉUS MÉCANIQUE.....	2
- Lié à un DÉFAUT DE PERITONISATION.....	1
-Ou à une récurrence précoce d'OIA sur BRIDE.....	2

7. Malgré votre traitement symptomatique, son transit n'a toujours pas repris 2 jours plus tard. Quelle sera votre attitude ? (5)

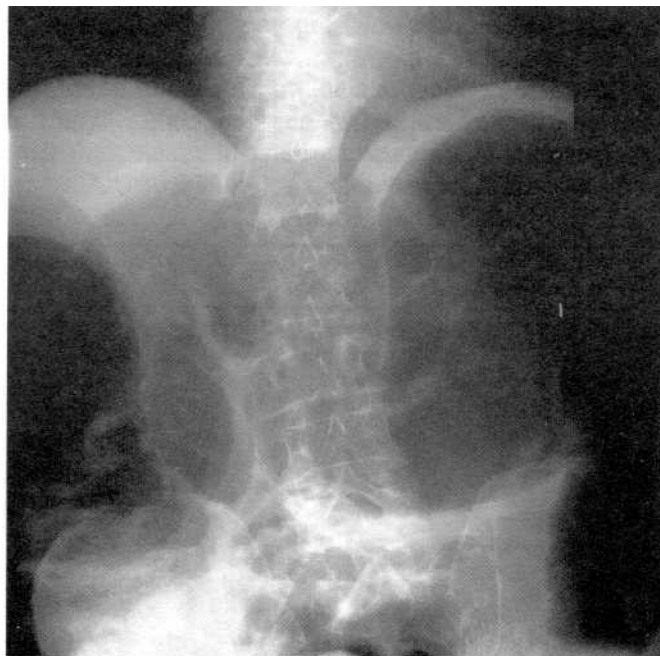
• ASP et transit du grêle aux hydrosolubles	N C
• RÉINTERVENTION CHIRURGICALE	5
-Toute autre réponse = 0	N C

DOSSIER N° 14: Arrêt des gaz chez une constipée de 63 ans

Interne aux urgences, vous recevez madame M. A., âgée de 63 ans. Cette patiente, obèse, très asthénique depuis deux semaines, consulte en raison d'une constipation opiniâtre qui s'est aggravée progressivement. Actuellement, elle dit ne plus émettre de gaz depuis la veille. Vous constatez un gros abdomen distendu, immobile, sonore dans son ensemble et modérément douloureux. Les orifices herniaires sont libres et le toucher rectal est normal.

Le reste de l'examen clinique retrouve un visage dépilé, bouffi, une voix monocorde et rauque, une baisse de la vigilance et des paresthésies des extrémités. Le pouls est à 46, la pression artérielle à 100/50 mmHg. La température est à 36°5.

1. Quel est le diagnostic le plus probable ?
2. Comment le confirmerez-vous ?
3. Interprétez le cliché d'abdomen sans préparation.
4. Quel est le traitement symptomatique de cette affection abdominale ?
5. La patiente est laissée en observation. Le lendemain, elle est retrouvée dans un état de coma calme et aréactif. Sa température est de 35°. Quel est votre diagnostic et quel en est le traitement ?



ASP face debout

DOSSIER N°14

1. Quel est le diagnostic le plus probable ? (20)

- HYPOTHYROÏDIE1 0
- Révélée par un ILÉUS FONCTIONNEL (ou syndrome d'Ogilvie).....1 0

2. Comment le confirmerez-vous ? (19)

- Dosage plasmatique de la TSHus (ultrasensible)4
- Qui sera élevée en cas d'hypothyroïdie périphérique2
- Dosage plasmatique de la FT3 et de la FT44
- Qui seront abaissées2
- Abdomen sans préparation montrant un aspect d'iléus fonctionnel4
- Lavement colique aux hydrosolubles montrant une absence d'obstacle colique.....3
- Voire coloscopie.....N C

3. Interprétez le cliché d'abdomen sans préparation. (15)

- Dilatation volumineuse de tout le cadre colique et du grêle.....5
- Les parois intestinales sont très fines (causes inflamm. ou organiques d'iléus)2
- Absence de niveaux hydro-aériques3
- Conclusion : aspect compatible avec un iléus fonctionnel5
- Néanmoins il faudra éliminer une absence d'obstacle organique par lavement et transit aux hydrosolubles. N C

4. Quel est le traitement symptomatique de cette affection abdominale ? (21)

- Hospitaliser.....N C
- Repos au lit2
- Diète2
- Sonde naso-gastrique en aspiration douce.....5
- Rééquilibration hydro-électrolytique.....5
- Discuter l'exsufflation par coloscopie ou par sonde rectale5
- Discuter des stimulateurs de la motilité digestive : cisapride=PREPULSID`N C
- Surveillance.....2

5. La patiente est laissée en observation. Le lendemain, elle est retrouvée dans un état de coma calme et aréactif. Sa température est de 35°.

Quel est votre diagnostic et quel en est le traitement ? (25)

- Coma myxoedémateux6
- Hospitaliser en USI1
- Repos strict au lit1
- Voie veineuse périphérique.....1
- Scope1
- Sonde naso-gastrique.....1
- Oxygénothérapie.....1
- Liberté des voies aériennes : au besoin intubation et ventilation assistée1
- Traitement de l'hypothermie : réchauffer progressivement (zéro si oubli)2
- Rééquilibration hydro-électrolytique.....2
- Hémissuccinate d'hydrocortisone : 100 mg toutes les 4 heures par voie parentérale2
- LThyroxine : LT4 100 à 200 microgrammes/j à la seringue électrique2
- Cardioprotecteurs : bêtabloquants sauf contre-indications.....2
- Surveillance2

DOSSIER N°15 : Syndrome douloureux épigastrique aigu chez une femme de 50 ans

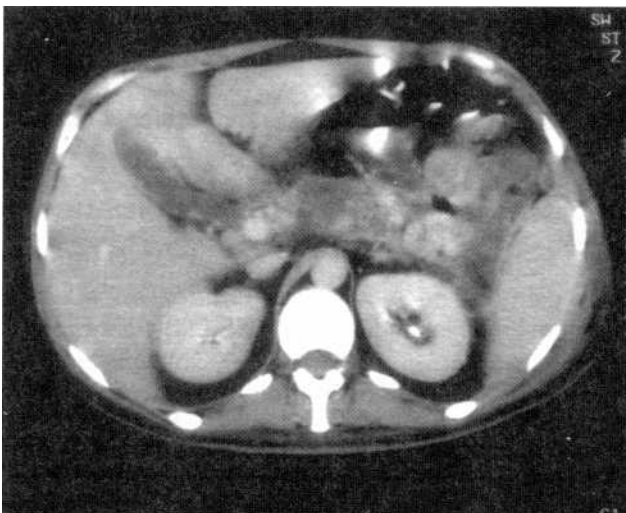
Madame Marie K., 50 ans, obèse et dyslipémique, est hospitalisée en urgence en raison d'un syndrome douloureux épigastrique aigu qui a débuté brutalement il y a deux heures. La douleur irradie dans le dos et inhibe la respiration. La malade boit deux verres de vin par jour depuis 30 ans. Elle est apyrétique, le pouls est à 130 et la pression artérielle à 130/80 mmHg. Elle a vomi deux fois aujourd'hui. La température est à 37°C.

Il n'existe pas de défense, le toucher rectal et les orifices herniaires sont normaux.

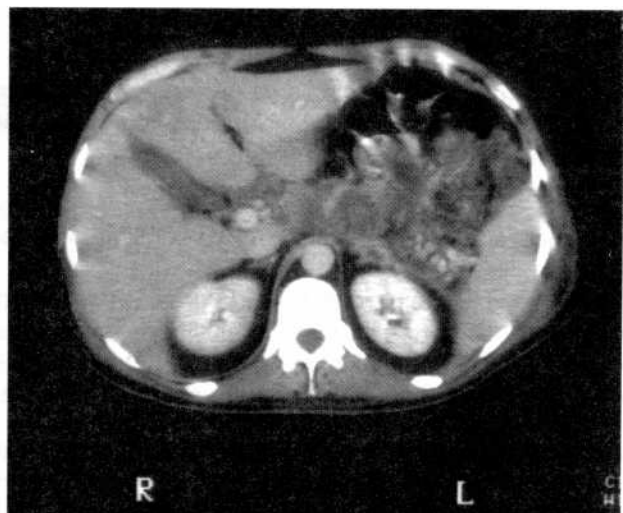
Le bilan biologique demandé en urgence, montre

- Hb : 12 g/dl - Ionogramme normal
- GB : 16000/mm³ dont 85 % de PNN - Urée et créatininémie normales
- Plaquettes: 350 000/mm³ - Glycémie : 5,6 mM/l
- Phosphatases alcalines : 8 N - Calcémie : 2,5 mM/l
- Transaminases ASAT et ALAT : 2N
- γGT : 5N - Cholestérol total : 3 g/l - Triglycérides : 2 g/l
- CPK dont fraction MB : normales - LDH : 2N

1. Interprétez l'iconographie.
2. Si la tomodensitométrie abdominale avait été normale, cela aurait-il remis en cause votre diagnostic ? Comment confirmer celui-ci ?
3. Quelle est la cause la plus probable de cette affection ? Justifiez.
4. L'échographie abdominale ne retrouve pas de calculs dans la voie biliaire principale (VBP). Les diamètres de la VBP et des voies biliaires intra-hépatiques (VBIH) sont augmentés. Il existe trois calculs dans la vésicule, dont la paroi est inférieure à 3 mm. Commentez ce résultat.
5. Détaillez le traitement médical et ses objectifs.
6. Quel serait l'intérêt d'une Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) ?
7. Vingt et un jours plus tard, après une évolution initialement favorable, la patiente ressent une douleur de l'hypochondre gauche. L'amylasémie, normale il y a une semaine, est maintenant cinq fois supérieure à la normale. Vous réalisez une radiographie thoracique qui montre une lame de pleurésie à gauche. Quel diagnostic suspectez-vous ? Comment le confirmez-vous ?



TDM 1 avec injection



TDM 2 avec injection

DOSSIER N°15

1. Interprétez l'iconographie. (10)

• Hypertrophie pancréatique diffuse	2
- Masses hétérogènes	1
- Plages d'hypodensités ne prenant pas le contraste.....	1
- Péri-pancréatiques.....	1
- Et étendues également au-delà de la loge pancréatique.....	N C
- Vers la région splénique.....	1
- Les gouttières pariéto-coliques, les loges rénales.....	1
- Épaississement des fascias et des mésos.....	1
• Vésicule d'aspect normal sur ces coupes	N C
• Conclusion : Pancréatite aiguë	2

2. Si la tomodensitométrie abdominale avait été normale, cela aurait-il remis en cause votre diagnostic ? (10)

• NON	7
- Il existe des faux négatifs	N C
- Notamment en cas de forme cedémateuse	3

3. Quelle est la cause la plus probable de cette affection ? Justifiez. (15)

• LITHIASE BILIAIRE	10
-Car	
- Contexte : femme âgée	1
- Facteurs de risque de lithiase biliaire : la dyslipidémie	1
- L'obésité	1
- Bilan hépatique perturbé (cholestase) : quasi-constant en cas de pancréatite biliaire	2
- En cas de pancréatite alcoolique seules les yGT sont élevées	N C
- La dose quotidienne d'alcool ingéré est trop faible pour déclencher une pancréatite aiguë	N C
- Absence d'autres causes : hypertriglycémie ou hypercalcémie, médicaments	N C

Commentaires : lorsqu'on vous demande de justifier un diagnostic, il faut toujours classer et hiérarchiser vos arguments afin d'être lisible et de faciliter la tâche du correcteur. Commencez donc par les arguments épidémiologiques, puis les facteurs de risques, les signes cliniques puis paracliniques (d'abord la biologie, ensuite l'imagerie), et terminez enfin par les arguments négatifs.

4. L'échographie abdominale ne retrouve pas de calculs dans la voie biliaire principale (VBP). Les diamètres de la VBP et des voies biliaires intra-hépatiques (VBIH) sont augmentés. Il existe trois calculs dans la vésicule, dont la paroi est inférieure à 3 mm.

Commentez ce résultat. (10)

• L'échographie abdominale est peu sensible pour les calculs de la VBP.....	4
- Sensibilité<40 %	N C
- Mais il existe des arguments indirects (augmentation du diamètre des voies biliaires)	4
• De plus, 30 % des pancréatites biliaires, sont dues à des microlithiases	2
• Dont 50 % sont invisibles en échographie abdominale.....	N C
• Absence de signes échographiques de cholécystite (paroi non inflammée<3mm).....	N C

Commentaires : proposer une écho-endoscopie beaucoup plus sensible.

5. Détaillez le traitement médical et ses objectifs. (30)

• Hospitaliser en urgence en USI chirurgicale.....	1
• Repos strict au lit	1
• Voie veineuse périphérique.....	1
• Scope	1
• Sonde urinaire.....	1
• Traitement de l'iléus réflexe	1
• Prévention des complications des vomissements :	N C
- Sonde naso-gastrique	1
- en aspiration douce et progressive	1
• Éviter la stimulation de la sécrétion pancréatique exocrine.....	1
• Et lutter contre la dénutrition	1
- Par une ALIMENTATION PARENTÉRALE TOTALE	1
Hypercalorique	1
Hyperprotidique	1
• Insulinothérapie en cas d'hyperglycémie menaçante ou terrain diabétique	1
• Antalgiques	1
- En absence de contre-indication (si oubli : pas de points).....	N C
- Xylocaïne IV	1
- 2 g/24 h.....	NC
- En continu à la seringue électrique	1
• Rééquilibration hydro-électrolytique.....	1
• Prévention du delirium tremens et arrêt de l'alcool.....	1
• Anticoagulation	1
- à dose isocoagulante	1
- en absence de contre-indication (si oubli : pas de points)	NC
- Enoxaparine = LOVENOX® sous cutané.....	N C
• Traitement des complications :	N C
- Gluconate de Calcium en cas d'hypocalcémie menaçante	1
- Remplissage vasculaire en cas de collapsus : Plasmion®	1
- Oxygénothérapie (parfois sous PEEP) en cas de SDRA.....	1
- Antibiothérapie en cas d'infection.....	1
- Dopamine en cas d'insuffisance rénale (voire épuration extrarénale parfois)	1
• SURVEILLANCE (oubli = zéro à la question).....	4
• Clinique - biologique - imagerie (TDM - écho.) - tolérance et efficacité du traitement	N C

6. Quel serait l'intérêt d'une Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique (CIDRE) ? (15)

• Intérêt DIAGNOSTIQUE :	3
- En endoscopie :	N C
Papille forcée et hypertrophique	1
voire calcul enclavé.....	1
- En cholangiographie rétrograde :	N C
montre les calculs de la VBP	3
recherche des micro-lithiases (microcristaux dans la bile)	2
• Intérêt THÉRAPEUTIQUE :	2
- Sphinctérotomie endoscopique	1
- Extraction des calculs de la VBP	1
- Drainage de la VBP (drain nasobiliaire)	1

7. Vingt et un jours plus tard, après une évolution initialement favorable, la patiente ressent une douleur de l'hypochondre gauche. L'amylasémie, normale il y a une semaine, est maintenant cinq fois supérieure à la normale. Vous réalisez une radiographie thoracique qui montre une lame de pleurésie à gauche. Quel diagnostic suspectez-vous ? Comment le confirmerez-vous ? (10)

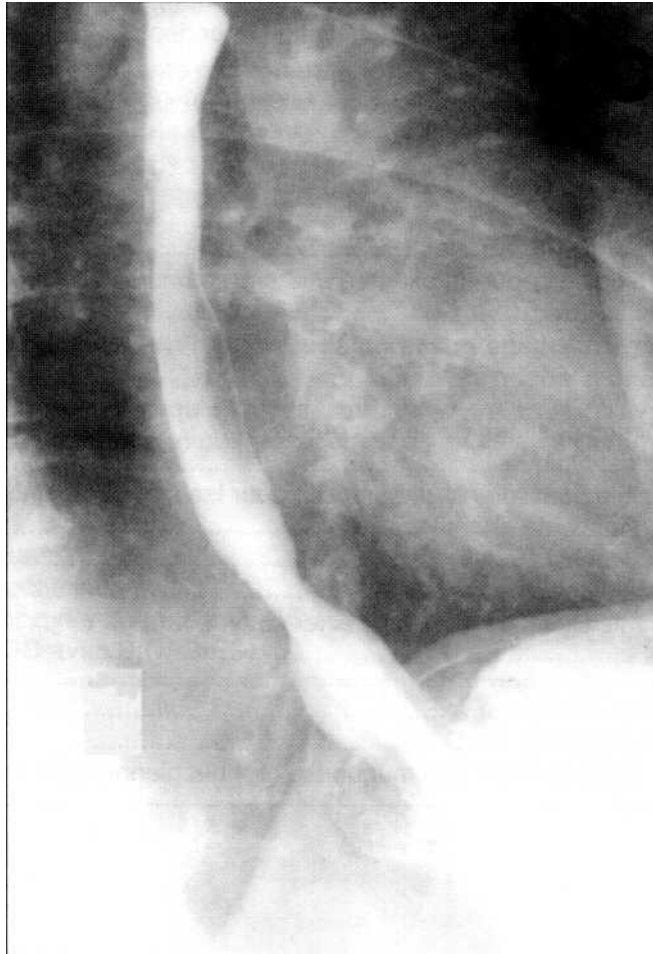
- PSEUDOKYSTE PANCRÉATIQUE.....5
- Car:N C
- délai typique.....N C
- clinique : recrudescence des douleurs.....N C
- biologie : hyperamylasémie secondaireN C
- imagerie : épanchement pleural réactionnel gauche.....N C
- Pour la confirmation
- Échographie abdominale2
- | image ronde anéchogène avec renforcement postérieur des échos N C
- Tomodensitométrie abdominale.....3

DOSSIER N°16: Reflux gastroœsophagien chez une asthmatique

Madame V. B., 40 ans obèse, souffre d'un asthme sévère depuis l'adolescence et qui est actuellement cortico-dépendant. Elle prend 15 mg de prednisone chaque jour depuis six mois, en raison de l'échec de toutes les autres thérapeutiques. L'enquête allergologique a retrouvé des IgE spécifiques dirigées contre des acariens et des pollens de graminées.

Cette patiente vous est adressée par son pneumologue pour la prise en charge d'un reflux gastro-oesophagien existant depuis 15 ans (révélé lors de la première grossesse) et qui s'est lentement aggravé au fil des ans, malgré les traitements médicaux de cette pathologie. Madame V. B. ne supporte plus les nombreux épisodes de pyrosis qui surviennent même la nuit depuis quelques mois, la réveillant dans des accès de toux très désagréables. Elle aurait présenté une pneumopathie infectieuse basale droite il y a deux mois. Madame V. B., bonne vivante, abuse de repas gras et de desserts chocolatés et boit énormément de café. Elle a suivi de nombreux régimes aminçissants sans succès. Outre la prednisone, elle consomme 4 à 6 bouffées quotidiennes de salbutamol, en plus du Serevent® et de la Théophylline retard.

1. Commentez cette observation clinique. Que pensez-vous de l'intrication asthme/reflux gastro-oesophagien ?
2. Quels examens paracliniques non-biologiques préconisez-vous ? Résumez en 2-3 lignes maximum leur intérêt dans ce cas précis.
3. Interprétez l'iconographie.
4. Quels sont les principes de votre traitement ?
5. Grâce à votre traitement, la patiente a été considérablement soulagée et vous la perdez de vue. Quelques années plus tard, elle revient vous consulter en raison d'une dysphagie d'installation progressive, touchant les solides et qu'elle localise dans la région retro-xyphoïdienne. Elle a perdu 5 kg ces derniers mois. Quel diagnostic suspectez-vous en premier ? Comment le confirmerez-vous ?



TOGD
(oblique)

DOSSIER N°16

1. Commentez cette observation clinique. Que pensez-vous de l'intrication asthme/reflux gastro-cesophagien ? (20)

- Cette association est fréquente.....N C
- Ici il s'agit d'un asthme sévère.....N C
- Dont la thérapeutique lourde ((32 mimétique-théophylline) aggrave le RGO5
- Et dont la corticothérapie aggrave l'obésité donc le RGO.....1
- RGO très invalidantN C
- Qui aggrave un asthme allergique.....5
- Pour le rendre cortico-dépendant.....3
- Avec des risques de pneumopathies de déglutition.....3
- Les règles hygiéno-diététiques les plus simples sont mal observées 3

Commentaires : Le RGO peut déclencher ou surtout aggraver un asthme préexistant, et ce, par deux moyens

- des micro-reflux acides bronchiques qui déclenchent des spasmes ;
- une irritation du nerf X (vague) lors de reflux qui irritent la muqueuse cesophagienne, le X va ensuite provoquer une bronchoconstriction.

2. Quels examens paracliniques non-biologiques préconisez-vous ? Résumez en 2-3 lignes maximum leur intérêt dans ce cas précis. (20)

- Radiographie thoracique : intérêt :N C
- Bilan de la maladie asthmatique1
- Recherche de foyers infectieux ou de séquelles de la pneumopathie basale droite d'il y a deux mois 1
- Transit CEso-Gastro-Duodéal : intérêt :N C
- Très peu sensible pour détecter un RGO.....1
- Recherche d'une cesophagite peptique (ulcérée, sténosante).....1
- Voire un adénocarcinome du bas cesophage développé sur endobrachyoesophage..... N C
- Visualise une éventuelle hernie hiataleN C
- Pour le bilan préopératoire, juge de la possibilité ou non de réintégrer le cardia en position intra-abdominale, en cas de hernie hiatale associée2
- Fibroscopie CEso-Gastro-Duodénale : intérêt :N C
- Recherche une cesophagite peptique2
- Son siège, son étendue, sa gravité (grades).....N C
- Permet de pratiquer des biopsies pour un examen anatomo-pathologique2
- Recherche une hernie hiatale1
- Recherche un EndoBrachyCEsophage1
- Phmétrie des 24 heures : intérêt :N C
- Faible pour faire le diagnostic positif dans ce cas précis.....1
- Puisque l'histoire clinique est typique.....1
- Il est par contre très sensible pour faire le diag. positif pour les cas où la clinique est atypique N C
- Faible intérêt pour le diagnostic de gravité.....1
- Car là aussi cliniquement ceci est évident.....1
- Il pourrait éventuellement détecter des reflux alcalins.....N C
- Mais on n'a pas d'arguments cliniques pour suspecter ce type rare de refluxN C
- Manométrie : intérêt :N C
- Dépiste les troubles moteurs associés.....2
- Qui aggravent les conséquences du RGO1
- En augmentant le temps de contact entre la muqueuse cesophagienne et le liquide acide 1

3. Interprétez l'iconographie. (20)

• TOGD : hernie hiatale	1 0
-Par GLISSEMENT.....	4
- Cardia ascensionné en position intra-thoracique	4
- Disparition de l'angle de Hiss.....	2

4. Quels sont les principes de votre traitement ? (20)

• Hospitaliser.....	N C
• Règles hygiéno-diététiques.....	2
• Arrêt de l'alcool - du tabac - des aliments favorisants (graisses ; café ; chocolat) - etc.	1
• Traitement chirurgical du reflux	2
- Par voie classique	N C
- Ou par voie cœlioscopique	N C
-Car	
- Échec du traitement médical.....	N C
- Gravité du RGO chez cette patiente.....	N C
- Retentissement pulmonaire avec notamment un asthme cortico-dépendant	N C
• Cure de la hernie hiatale par glissement.....	2
- Rabaissement du cardia en situation intra-abdominale	2
- Resserrement des piliers œsophagiens	2
• Création d'un procédé anti-reflux.....	1
-Type Nissen (fundo-plicature complète) ou Lortat-Jacob (fundo-plicature partielle)	NC
- Réfection de l'angle de Hiss.....	1
• Traitement de l'asthme	1
-Diminution progressive de la corticothérapie générale sur plusieurs mois	1
-Avec mesures associées à la corticothérapie (oubli des mesures associées ou arrêt brutal=0)	1
• Anticoagulation à dose isocoagulante post-opératoire	1
-Car risque accru de phlébites en cas de hernie hiatale (notion classique : en fait les hernies hiatales responsables de RGO avec œsophagite peptique peuvent être responsables d'anémie ferriprive et donc d'hyperplaquettose)	N C
• A distance : régime amaigrissant hypocalorique équilibré.....	1
• Surveillance (oubli=0) : clinique, fibroscopique.....	2

5. Grâce à votre traitement, la patiente a été considérablement soulagée et vous la perdez de vue. Quelques années plus tard, elle revient vous consulter en raison d'une dysphagie d'installation progressive, touchant les solides et qu'elle localise dans la région retro-xyphoïdienne. Elle a perdu 5 kg ces derniers mois. Quel diagnostic suspectez-vous en premier ? Comment le confirmerez-vous ? (20)

• Cancer de l'œsophage	8
- Localisé au tiers inférieur	2
- Probablement un adénocarcinome	5
- Développé sur un endobrachyœsophage (RGO sévère ayant évolué depuis longtemps)	3
• Confirmer par une FOGD avec BIOPSIES.....	2

DOSSIER N°17 :Piéton contre voiture i

Monsieur Fabien D., 65 ans, n'a pas de chance : en traversant la route, il est heurté par une voiture roulant à 60 km/h. Il est amené aux urgences chirurgicales par le SAMU.

1. Quelles questions posez-vous à l'interne du SAMU ?
2. Faites votre examen clinique. Que recherchez-vous ?
3. Le patient se plaint uniquement de douleurs à l'épaule gauche. Qu'en pensez-vous ?
4. La tension artérielle est stable (la systolique est à 110 mmHg, le pouls est à 100/min). Il existe une défense modérée et douloureuse des deux hypochondres. Interprétez l'iconographie.
5. Quel sera votre traitement à ce stade ?
6. Plusieurs heures plus tard, surviennent des douleurs abdominales généralisées avec une chute tensionnelle importante. La palpation abdominale retrouve une contracture évidente, généralisée, qui n'existait pas auparavant. La matité pré-hépatique a disparu et le toucher rectal est très douloureux. Commentez ce résultat. Quelle sera votre attitude ? Que recherchez-vous ?



TDM abdominal avec injection

DOSSIER N°17

1. Quelles questions posez-vous à l'interne du SAMU ? (15)

• Type de traumatisme.....	N C
- Heure exacte.....	1
- Points d'impact.....	1
• Concernant le blessé	
- Antécédents	2
- Carte de groupe sanguin	1
- État clinique sur les lieux de l'accident.....	2
- Évolution pendant le transport	2
- Notion de perte de connaissance	1
- Traumatisme crano-rachidien	2
- Heure du dernier repas	2
- Heure et aspect de la dernière miction et notion d'urétrorragie (si sondage envisagé)	1

2. Faites votre examen clinique. Que recherchez-vous ? (20)

• Recherche de lésions polyviscérales.....	N C
• Examen CONSIGNE.....	2
• Et RÉPÉTÉ (toutes les 10 à 15 minutes)	2
• CRANE	
- Conscience	1
- Pupilles	1
- Paires crâniennes	1
• RACHIS (syndrome lésionnel et sous-lésionnel - réflexes ostéotendineux - etc.).....	2
• Examen cardio-pulmonaire.....	1
• Palpation de tous les os.....	1
• Palpation et auscultation de tous les pouls artériels	1
• Examen ABDOMINAL	N C
• PALPATION	
- Douleur spontanée et/ou provoquée.....	1
- Défense et/ou contracture.....	1
- Fosses lombaires.....	1
- Toucher rectal (zéro si oublié).....	1
• PERCUSSION	
- Météorisme tympanique	N C
- Disparition de la matité pré-hépatique en cas de rupture d'un organe creux	1
- Matité des flancs en cas d'épanchement abdominal.....	1
• Recherche de signes de collapsus (pouls/PA/diurèse)	1
• Prise de la température	1

3. Le patient se plaint uniquement de douleurs à l'épaule gauche. Qu'en pensez-vous ? (15)

• Il peut s'agir de douleurs ostéo-articulaires locales	3
- Par exemple fracture de l'omoplate, luxation, etc.	N C
• Mais il faut surtout penser à des douleurs projetées.....	3
- Dues à une irritation diaphragmatique	3
- Dont la cause serait un épanchement péritonéal.....	3
- Sanguin (hémopéritoine) ou chimique (péritonite).....	3

4. La tension artérielle est stable (la systolique est à 110 mmHg, le pouls est à 100/min). Il existe une défense modérée et douloureuse des deux hypochondres. Interprétez l'iconographie. (15)

- Collection hypodense péri-hépatique.....5
- Collection hypodense péri-splénique5
- Conclusion : images compatibles dans ce contexte clinique avec des hématomes sous-capsulaires hépato-spléniques5

5. Quel sera votre traitement à ce stade ? (15)

- Hospitaliser en milieu chirurgical1
- Repos strict au lit1
- Diète1
- Voie veineuse périphérique.....1
- Scope1
- Hyperhydratation (résorption d'hématomes)1
- Antalgiques3
- Surveillance (oubli=0).....3
- Plurihoraire1
- Si aggravation secondaire, traitement chirurgical2

6. Plusieurs heures plus tard, surviennent des douleurs abdominales généralisées avec une chute tensionnelle importante. La palpation abdominale retrouve une contracture évidente, généralisée, qui n'existait pas auparavant. La matité pré-hépatique a disparu et le toucher rectal est très douloureux. Commentez ce résultat. Quelle sera votre attitude ? Que recherchez-vous ? (20)

- Possible fracture en deux temps hépatique et/ou splénique.....3
- Associée à une péritonite par perforation d'un organe creux.....3
- Expliquant la contracture2
- Et la disparition de la matité pré-hépatique (pneumo-péritoine).....2
- Réanimation et traitement d'un éventuel choc hypovolémiqueN C
- LAPAROTOMIE MÉDIANE EN URGENCE1
- Exploration complète de la cavité abdominale1
- Recherche d'un épanchement (sanguin, liquidien, etc.)1
- Prélèvements bactériologiques1
- Exploration organe par organe (foie, rate, grêle, colon, pancréas, etc.)
- En cas de fracture de rate, traitement conservateur à chaque fois que possible 1
- Associé en cas de splénectomie au vaccin anti-pneumococcique et à l'Oracilline® (si oubli de ces deux mesures en cas de splénectomie : zéro à la question)1
- Suture des perforations d'organes creux1
- Colostomie en cas de lésions coliques.....1
- Toilette péritonéale.....1
- SURVEILLANCE postopératoire rapprochée.....1

DOSSIER N°18 : Hépatalgies fébriles chez un Malien de 43 ans

M. F., Malien de 43 ans, en France depuis 2 semaines, est hospitalisé pour hépatalgies fébriles apparues sur 48 heures.

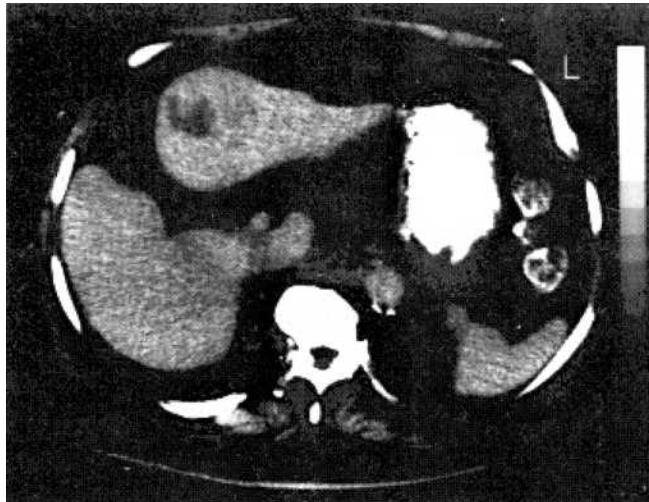
Examen : 1 m81, 62 kilos (moins 10 kilos en 2 mois)

Tension artérielle = 130/80 mmHg, pouls = 95/min, température = 38.3°C

Foie irrégulier, perception sur la face antérieure d'un nodule dur, douloureux.

Le reste de l'examen clinique est normal, le transit abdominal est normal, il ne prend aucun médicament.

1. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Argumentez.
2. La découverte d'une sérologie positive pour l'hépatite B (Ag HbS O, Ac antiHbS O, Ac antiHbC (D), associée à un taux d'alphafetoprotéine sanguine à 800ng/ml (normale inférieure à 20) vous fait évoquer un carcinome hépatocellulaire. Quel(s) examen(s) biologique(s) pourrait(ent) étayer cette hypothèse ? (Résultats attendus)
3. Quelles sont les causes d'augmentation de l'alphafetoprotéinémie ?
4. Vous disposez de l'iconographie suivante : quelle est votre interprétation ?
5. Pensez vous qu'une ponction biopsie hépatique soit nécessaire ? A quel résultat vous attendriez-vous si elle était pratiquée ?
6. Quels types de cancers primitifs du foie connaissez-vous ?



TDM abdominal avec injection de produit de contraste et opacification digestive

DOSSIER N°18

1. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Argumentez. (19)

• Carcinome hépatocellulaire (ou autre tumeur hépatique).....	3
- Ethnie.....	1
- AEG (altération de l'état général)	1
- Foie nodulaire douloureux	1
• Abscess amibien du foie	3
- Ethnie.....	1
- Foie douloureux.....	1
- Irrégulier	1
- Fébrile.....	1
• Abscess hépatique à germe banal	3
- Foie douloureux.....	1
- Irrégulier	1
- Fébrile.....	1
• Cholécystite aiguë.....	N C
• Angiocholite.....	N C
• Pancréatite aiguë.....	N C
• Hépatites aiguës d'autres causes	N C

2. La découverte d'une sérologie positive pour l'hépatite B (Ag HbS +, Ac HbS -, Ac HbC +), associée à un taux d'alphafetoprotéine sanguine à 800ng/ml (Normale inférieure à 20) vous fait évoquer un carcinome hépatocellulaire. Quel(s) examen(s) biologique(s) pourrait(ent) étayer cette hypothèse ? (Résultats attendus) (33)

• DCP (décarboxyprothrombine) :	3
élevée (sensibilité = 60 %)	1
• Facteur V	3
élévation (parfois paradoxale).....	1
• NFS.....	3
polyglobulie paranéoplasique (sensibilité = 6 %).....	2
• Glycémie.....	3
abaissée (par la consommation des tumeurs volumineuses)	2
• Calcémie.....	3
élevée (sensibilité = 3 %)	2
• Bilan hépatocellulaire (TP, protides, ASAT-ALAT, bilirubine PAL, yGT) :	2
- Avec des signes d'insuffisance hépatocellulaire	2
- de cytolyse	2
- de cholestase (diversement combinés)	2
• Syndrome inflammatoire (non spécifique)	1
VS élevée.....	1

3. Quelles sont les causes d'augmentation de l'alphafetoprotéïnémie ? (15)

• Grossesse normale.....	2
deux premiers trimestres surtout.....	2
• Grossesse pathologique : anomalies de fermeture du tube neural	2
• Hépatites (aiguës, chroniques actives)	2
cirrhoses (post hépatectomie partielle également).....	2

• Tumeurs extra hépatiques	1
voies biliaires.....	1
testicule (mais pas séminome).....	2
tératocarcinomes	1

4. Vous disposez de l'iconographie suivante: quelle est votre interprétation ? (16)

• Dysmorphie hépatique : atrophie du segment IV	1
• Masse tissulaire isodense.....	5
dans le lobe gauche.....	1
avec une zone centrale hypodense	3
• Prise de contraste	2
hétérogène de cette masse.....	2
• Pas d'adénopathies ni d'envahissement vasculaire visibles.....	1
• Aspect évocateur d'hépatocarcinome.....	1

5. Pensez vous qu'une PBH (ponction biopsie hépatique) soit nécessaire ? A quel résultat vous attendriez vous si elle était pratiquée ? (17)

• Oui	7
• Hépatocarcinome (ou carcinome hépatocellulaire).....	5
• Cirrhose hépatique sur hépatite virale B chronique.....	5

6. Quels types de cancers primitifs du foie connaissez-vous ? (10)

• Hépatocarcinome.....	5
• Carcinome fibrolamellaire	1
• Hépatoblastome	1
• Angiosarcome	1
• Hémangio-endothéliome épithélioïde	1
• Cholangiocarcinome intrahépatique	1

DOSSIER N°19: Une suspicion d'ulcère duodénal

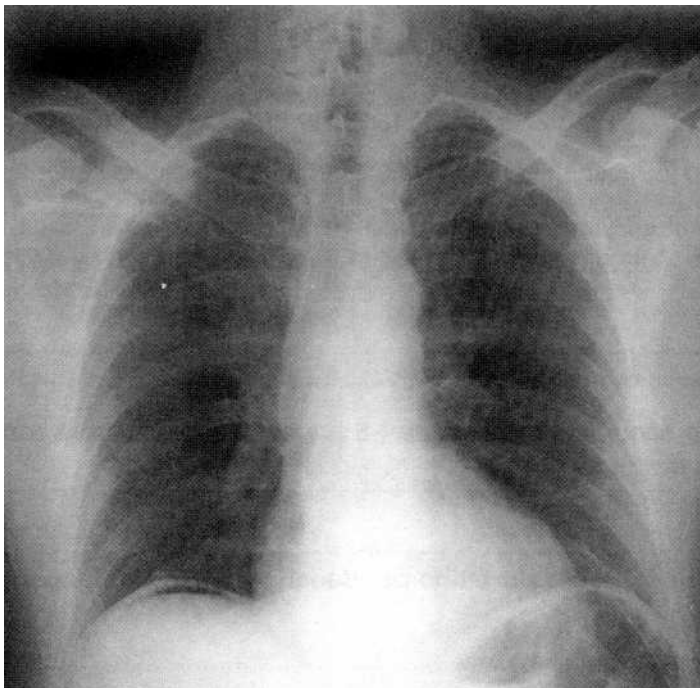
M. B., 25 ans, étudiant en médecine, consulte pour suspicion d'ulcère duodénal. Ces deux derniers mois, plusieurs crampes épigastriques l'ont réveillé la nuit, une dizaine de minutes à chaque fois. Il existe par ailleurs depuis des années un reflux gastrocesophagien clinique (pyrosis, syndrome postural avec signe du lacet), qui gêne M. B. surtout en période de stress (il prépare actuellement l'internat).

Il fume un paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 16 ans, et ne boit pas d'alcool.

Aucun antécédent médicochirurgical.

L'examen clinique est entièrement normal.

1. Devant cette histoire clinique, chez un sujet de cet âge, allez vous prescrire une fibroscopie haute avant le traitement ? Pourquoi ?
2. Il est effectivement atteint d'un ulcère duodénal situé sur la face antérieure du bulbe. On objective par ailleurs une infection à *Helicobacter Pylori*. Quel traitement proposez vous ?
3. L'ulcère de la face postérieure du bulbe duodénal présente un danger particulier. Lequel et pourquoi ?
4. Quelques mois après la fin de votre traitement, M. B. revient en urgence en fin de soirée : hier matin, il a ressenti brutalement une violente douleur épigastrique, « en coup de poignard », qui l'a fortement inquiété. Il n'a pas mangé depuis et est nauséeux. L'examen clinique est inchangé en dehors d'une sensibilité de la région épigastrique à la palpation. L'examen suivant est pratiqué. Quelle est votre interprétation ?
5. Quelles sont les explications possibles de cet échec du traitement ?
6. Quelle serait la valeur dans ce contexte de la découverte d'une hyperparathyroïdie ? Pourquoi ?



Question 4
Radio de thorax face debout

DOSSIER N°19

1. Devant cette histoire clinique, chez un sujet de cet âge, allez vous prescrire une fibroscopie haute avant le traitement ? Pourquoi ? (25)

- Oui3
- Fait le diagnostic positif, élimine les diagnostics différentiels (dont néoplasies grâce aux biopsies pratiquées en cas de lésion atypique et non systématiquement) 3
- Ulcère unique ou multiples.....2
- Ulcère gastrique ou duodénal2
- Localisation précise et rapports de l'ulcère (face postérieure du bulbe ...)..... 2
- Précise le type d'ulcère : linéaire, rond, salami...2
- Précise la taille de l'ulcère2
- Recherche des lésions associées : gastrite intersticielle, gastrite atrophique.....3
- Permet la recherche d'*Helicobacter Pylori* (par CLO Test sur biopsies de muqueuse antrale)3
- Recherche des complications œsophagiennes du reflux gastroœsophagien3
- j • Recherche une hernie hiataleN C

2. Il est effectivement atteint d'un ulcère duodénal situé sur la face antérieure du bulbe. On objective par ailleurs une infection à *Helicobacter Pylori*. Quel traitement proposez vous pour cet ulcère ? (24)

- Arrêt du tabac (en théorie, on autorise moins de 10 cigarettes par jour)2
- Contre-indication aux AINS et à l'aspirine (0 à Q2 si oubli).....2
- Traitement antisécrétoire3
- Ex : Anti H2.....2
- ranitidine/Raniplex* 300mg/j.....2
- 6 semaines per os2
- en une prise le soir au coucher.....1

Autres médicaments acceptés

- Antisécrétoires : Antigastriniques (ex : proglumide/Milide*), prostaglandines (ex misoprostol/Cytotec*), inhibiteurs de la pompe à protons (ex : oméprazole/Mopral*) : compter 10 points également si correctement prescrit.
- Topiques antiulcéreux (ex : sucralfate/Ulcar*) : peuvent remplacer l'antisécrétoire : compter 10 points si correctement prescrit.

- Pansement gastrique, médicaments antiacides2
- Ex : Phosphate d'alumine/ Phosphalugel* 3 sachets par jour 15 minutes après les repas1
- Éradication d'*Helicobacter Pylori* : antibiothérapie de 10 jours per os..... 2
- associant par exemple Métronidazole/Flagyl* à amoxicilline/Clamoxyl* ou à Clarithromycine/Zecclar* NC
- Surveillance.....3
- clinique (douleurs ulcéreuses, méla?na, anémie)2
- Pas de fibroscopie de contrôle systématique (-5 pts si fibro de contrôle sans motif particulier, ex persistance des douleurs).

3. L'ulcère de la face postérieure du bulbe duodénal présente un danger particulier. Lequel etP pourquoi ?(12)

- Hémorragie digestive cataclysmique6
- Par érosion de l'artère gastroduodénale6

4. Quelques mois après la fin de votre traitement, M. B. revient en urgence en fin de soirée : hier matin, il a ressenti brutalement une violente douleur épigastrique, « en coup de poignard », qui l'a fortement inquiété. Il n'a pas mangé depuis et est nauséeux. L'examen clinique est inchangé en dehors d'une sensibilité de la région épigastrique à la palpation. L'examen suivant est pratiqué (cf. icono).

Quelle est votre interprétation ? (17)

- Pneumopéritoine7
- Croissant clair gazeux3
- sous diaphragmatique droit3
- Ulcère perforé4

5. Quelles sont les explications possibles de cet échec du traitement ? (11)

Suffisants à eux seuls pour expliquer une récurrence

- Prise de médicaments gastrotrotoxiques : AINS, aspirine.....3
- Hypersécrétion gastrique acide1
- Syndrome de Zollinger Ellison.....1

Jouant un rôle surtout en association

- Non-observance du traitement1
- Persistance de l'intoxication tabagique.....3
- Récidive simple dans le cadre d'une maladie ulcéreuse idiopathique sévère1
- Persistance de l'infection à *Helicobacter Pylori*.....1

6. Quelle serait la valeur dans ce contexte de la découverte d'une hyperparathyroïdie ?

Pourquoi ? (11)

- Syndrome de Zollinger- Ellison4
- hypersécrétion gastrique acide1
- Dans une NEM (néoplasies endocriniennes multiples) ; de type 12
- * Associant ici un adénome parathyroïdien.....2
- avec un gastrinome.....2
- Appelé syndrome de Wermer quand familial (autosomique dominant)N C

DOSSIER N°20 : Diarrhée hydrique chronique chez un homme de 76 ans

M. X, 76 ans, consulte en raison de diarrhée hydrique non sanglante, apparue progressivement depuis quelques mois.

ATC D

Diabète non insulino dépendant, traité par Glucophage" 1 cp/j

Hypercholestérolémie traitée par régime seul

Père et frère décédés de cancer colique.

Interrogatoire

Émission fréquente de glaires blanchâtres

Pas de douleurs abdominales

Depuis quelques semaines, paresthésies des extrémités avec faiblesse musculaire.

Examen clinique

Tension artérielle = 150/80 mmHg, pouls : 80 mmHg, température = 37°C

Le toucher rectal est normal.

La palpation abdominale est normale.

Abolition bilatérale des réflexes achilléens.

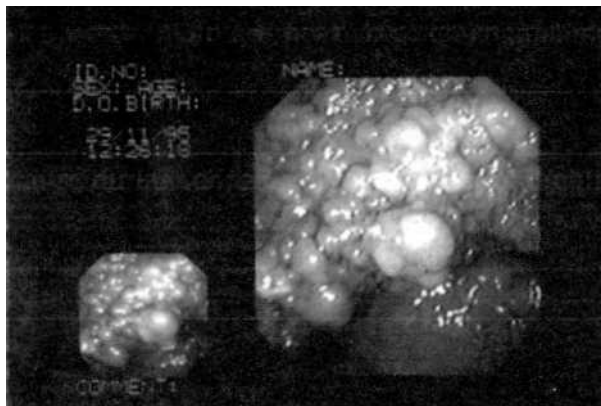
Signe de Chvostek bilatéral.

Le reste de l'examen est normal.

ECG : Rythme sinusal, PR à 0,24 secondes, ondes T plates de façon diffuse et concordante, sous décalage de ST en cupule, pseudo QT long.

Vous suspectez une lésion tumorale colorectale.

1. Le patient n'a jamais présenté d'hémorragie digestive basse. Quel examen prescrivez-vous en premier pour étayer l'hypothèse d'une tumeur colorectale ?
2. Interprétez l'iconographie fournie.
3. L'endoscope n'a pas pu franchir l'obstacle tumoral, situé à 30 cm de l'orifice sphinctérien. Les biopsies lésionnelles sont affirmées bénignes par l'anatomopathologiste. Quel examen demandez-vous alors ? Dans quels buts ?
4. L'anesthésiste a remarqué une anomalie pour laquelle il refuse d'endormir le malade dans l'immédiat. Quelle est cette anomalie ? Argumentez.
5. Pourquoi l'anesthésiste préfère-t-il repousser la date du traitement chirurgical ?



coloscopie

DOSSIER N°20

1. Le patient n'a jamais présenté d'hémorragie digestive basse. Quel examen prescrivez-vous en premier pour étayer l'hypothèse d'une tumeur colorectale ? (30)

- Coloscopie1 0
- totale1 0
- Avec biopsies10
- Pour examen anatomopathologique.....N C
- Hémocult* inutile chez le patient à haut risqueN C

2. Interprétez l'iconographie fournie. (20)

- Formation tumorale endoluminale (polype) 8
- Polylobée2
- Volumineuse6
- Aspect typique de tumeur villose.....4

3. L'endoscope n'a pas pu franchir l'obstacle tumoral, situé à 30 cm de l'orifice sphinctérien. Les biopsies lésionnelles sont affirmées bénignes par l'anatomopathologiste. Quel examen demandez-vous alors ? Dans quels buts ? (15)

- Lavement baryté3
- En double contraste.....3
- Extension en hauteur de la lésion.....3
- Autres lésions tumorales3
- Dont la présence peut modifier l'attitude thérapeutique3

4. L'anesthésiste a remarqué une anomalie pour laquelle il refuse d'endormir le malade dans l'immédiat. Quelle est cette anomalie ? Argumentez. (15)

- Hypokaliémie3
- Diarrhée chronique3
- Tumeur villose hypersécrétante3
- *Troubles neuromusculaires (dont signe de Chvostek)3
- Troubles ECG (mais pas le PR long)3

5. Pourquoi l'anesthésiste préfère-t-il repousser la date du traitement chirurgical ? (20)

- Hypokaliémie4
- *Troubles du rythme spontanés.....4
- +(*Troubles du rythme induits par les anesthésiques (majorés)4
- (• Aggravation de l'hypokaliémie par l'insulinothérapie.....4
- Déséquilibre du cycle glycémique induit par l'hypokaliémieN C
- Majoration de l'iléus post opératoire (par parésie des muscles lisses)4

DOSSIER N°21: Rectorragies sous anticoagulants

Mme X, 56 ans, consulte pour rectorragies de moyenne abondance au 10^e jour d'un traitement anticoagulant par héparine de bas poids moléculaire pour phlébite surale du membre inférieur droit.

A l'interrogatoire, on retrouve des troubles du transit anciens, avec alternance de diarrhée et constipation depuis 10 ans, quelques épisodes de douleurs de la fosse iliaque gauche, spontanément résolutifs.

Aucun antécédent personnel ou familial notable.

L'examen clinique est sans particularité en dehors d'une légère sensibilité de la corde colique gauche.

De plus, le toucher rectal ramène quelques gouttes de sang noir.

Elle est apyrétique, pouls = 70/min, tension artérielle = 130/80 mmHg

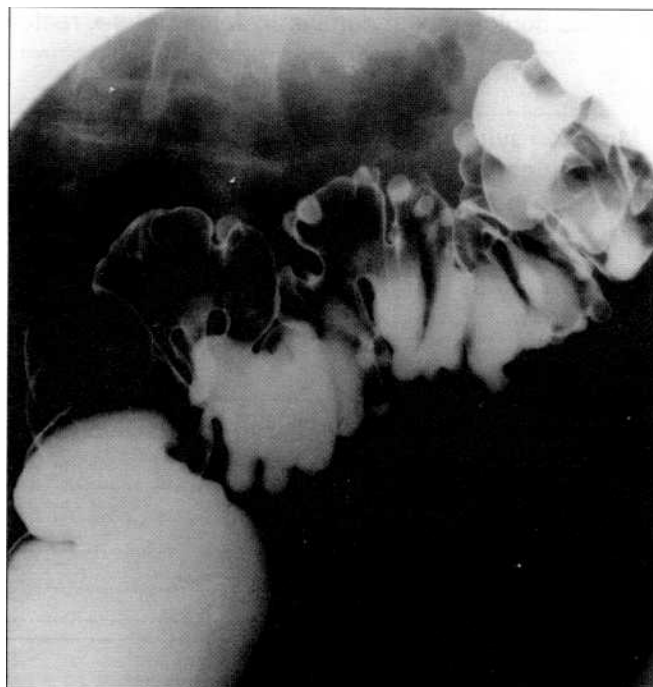
Le médecin traitant a fait pratiquer en ville l'examen suivant.

Un contrôle des paramètres de coagulation donne : 320000 plaquettes/mm³, TP= 82 %, TCK=64s (témoin=31 s)

La NFS est normale.

A l'arrivée de la malade aux urgences, une fibroscopie ceso gastro duodénale est pratiquée et est normale.

1. Quelles sont les deux premières causes d'hémorragie digestive basse après 50 ans ? Quel a été le rôle du traitement anticoagulant dans la survenue de cette hémorragie ?
2. Vous avez à disposition l'iconographie.
 - a) Quel est cet examen ?
 - b) Le diagnostic étiologique de cette hémorragie digestive basse est-il posé ? Pourquoi ?
3. Demandez vous d'autres examens complémentaires ? Si oui, lesquels ? Pourquoi ?
4. L'hémorragie s'est spontanément tarie et ne se reproduit pas. Votre bilan est négatif. Il est décidé de ne pas opérer. L'évolution est favorable. Quel traitement de fond proposez-vous à Mme X ?
5. Six mois plus tard, Mme X revient pour fièvre (38°6), douleurs intenses de la fosse iliaque gauche, fixes, avec défense localisée. Elle a vomi 2 fois. Une NFS pratiquée à la demande du médecin traitant montre une hyperleucopolynucléose (PNN= 16500/mm³). Quel est votre diagnostic ?
6. Quels examens demandez-vous alors en urgence ? Qu'en attendez-vous ?
7. Quelles sont les bases du traitement médical de cette patiente ?
8. Quelles sont les évolutions possibles de cette affection sous traitement médical ?



DOSSIER N°21

1. Quelles sont les deux premières causes d'hémorragie digestive basse après 50 ans ? Quel a été le rôle du traitement anticoagulant dans la survenue de cette hémorragie ? (10)

- Hémorragie diverticulaire4
- Angiodysplasie digestive.....4
- Rôle déclenchant, favorisant, facilitant, révélateur2

2. Vous avez à disposition l'iconographie. (10)

a) Quel est cet examen ?

b) Le diagnostic étiologique de cette hémorragie digestive basse est-il posé ? Pourquoi ?

- Lavement baryté2
- en double contraste2
- Non, des diverticules sigmoïdiens sont d'une grande banalité à cet âge6

3. Demandez vous d'autres examens complémentaires d'imagerie ? Si oui, lesquels ?

Pourquoi ? (15)

- Oui3
- Coloscopie totale3
- Si négative : transit du grêle.....3
- Si négatif : artériographie cœliomésentérique3
- Recherchent et localisent précisément une cause d'hémorragie digestive basse (en particulier angiodysplasie, tumeurs)3

4. L'hémorragie s'est spontanément tarie et ne se reproduit pas. Votre bilan est négatif. Il est décidé de ne pas opérer. L'évolution est favorable.

Quel traitement de fond proposez-vous à Mme X ? (15)

- Alimentation riche en fibres (légumes verts.....).....3
- Supplémentation du régime en fibres (son de blé)3
- A posologie progressive.....3
- * Antispasmodique si douleurs, ex : phloroglucinol/Spasfon*3
- Surveillance : transit, épisodes douloureux abdominaux, température, rectorragies/ méla?na..... 3

5. Six mois plus tard, Mme X revient pour fièvre (38°6), douleurs intenses de la fosse iliaque gauche, fixes, avec défense localisée. Elle a vomi 2 fois. Une NFS pratiquée à la demande du médecin traitant montre une hyperleucopolynucléose (PNN= 16500/mm³). Quel est votre diagnostic ? (10)

- Sigmoïdite diverticulaire.....5
- suppurée ou non5

6. Quels examens demandez-vous alors en urgence ? Qu'en attendez-vous ? (18)

- Radiographies d'abdomen sans préparation1
- Face, debout, couché, centré sur les coupes.....1
- Pneumopéritoine1
- Agglutination d'anses grêles (foyer infectieux).....1
- Signes de fistule (ex : aéroscystie)1

• Échographie abdominale.....	1
- Paroi colique pseudotumorale	1
- Lumière digestive excentrée régulière.....	1
- Douleur au passage de la sonde	1
• Scanner abdominal selon les données de l'échographie	1
- Sans puis avec injection de produit de contraste (hors contre indications)	1
- Avec ingestion de produit opaque (gastrograffine ou baryte selon les données de l'ASP)	1
- Épaississement de paroi colique.....	1
- Signes de fistule interne	1
- Abscès intrapéritonéal	1
- Pneumopéritoine minime.....	1
• Bilan préopératoire.....	1
- Hémocultures aéro/anaérobies répétées.....	1

7. Quelles sont les bases du traitement médical de cette patiente ? (10)

• Hospitalisation en chirurgie digestive.....	1
• Voie veineuse périphérique.....	1
• A jeun.....	1
• Repos au lit strict	1
• Sonde nasogastrique en aspiration douce.....	1
• Antalgiques parentéraux et glace sur la fosse iliaque gauche	1
• Rééquilibration hydroélectrolytique intraveineuse.....	1
• Antibiothérapie parentérale double synergique adaptée à la flore colique, ex : Augmentin"(amoxycilline + acide clavulanique) et Ciflox' (Ciprofloxacine)	1
• Anticoagulation préventive à dose isocoagulante	1
• Surveillance : pouls, tension artérielle, température, conscience, diurèse, palpation abdominale, transit, toucher rectal, vomissements, NFS, ASP.....	1

8. Quelles sont les évolutions possibles de cette affection sous traitement médical ? (12)

• Évolution favorable : guérison sans séquelles (50 %).....	2
• Fistule interne (vessie, iléon, vagin)	2
• Péritonite	2
• Abscédation.....	2
• Métastases septiques	2
• Sténose du sigmoïde	1
• Rectorragies	1

DOSSIER N° 22 : Un plombier alcoolique a des troubles digestifs

M. B, plombier parisien de 45 ans, consulte pour plusieurs soucis

Diarrhée chronique depuis 8 mois. Les selles sont volumineuses, jaunâtres, et collent à la cuvette des WC. Douleurs épigastriques et sous costales gauches, légèrement calmées par la position en chien de fusil et par l'aspirine, mais augmentées par les repas (il restreint donc son alimentation et a perdu 8 kilos en un an), et par la prise d'alcool (ce qui le pousse à consulter)

M. B. avoue une consommation alcoolique de 1 litre de whisky par jour depuis 12 ans. Il ne fume pas. Il n'a pas de fièvre, et n'a aucun antécédent pathologique notable.

Examen : tension artérielle = 170/90 mmHg, pouls = 80/min, température = 37.1°C

Hépatomégalie de 16 cm sur la ligne médioclaviculaire, sans splénomégalie.

Pas de douleur provoquée abdominale, ni de masse palpable. Toucher rectal normal.

Abolition bilatérale des réflexes achilléens.

Signes cutanés et phanériens d'imprégnation alcoolique.

Examen cardiovasculaire normal.

Examens complémentaires

NFS : 4M600 000 GR /mm³, Hb=15 g/dl, VGM = 110 fl. 5000 GB /mm³. Formule normale. 320000 plaquettes/mm³.

ASAT-ALAT normales, yGT= 3 fois la normale, PAL normales, TP-TCK normaux

Glycémie à jeun=8.1 mmol/l, Calcémie=2.4mmol/l

La radio d'ASP est soumise à votre interprétation.

1. Quel est votre diagnostic ? Arguments.
2. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous ?
3. Quel traitement prescrivez-vous ?
4. Votre traitement est efficace et bien suivi, mais un an plus tard, le malade revient pour ictère franc avec prurit et selles décolorées. L'examen clinique est inchangé. Quelle (s) hypothèse (s) évoquez-vous ?
5. Un scanner abdominal est pratiqué. Quelle est votre interprétation ?
6. Quel traitement proposez-vous pour cette complication ?
7. Il se plaint par ailleurs de douleurs des membres inférieurs à la marche, réalisant une claudication intermittente des membres inférieurs. Quelle(s) peut(vent) en être la (les) cause(s) ?



DOSSIER N°22**1. Quel est votre diagnostic? Arguments. (15)**

• Pancréatite	2
chronique	2
calcifiante.....	1
• Sexe masculin.....	1
• Éthylisme chronique.....	1
• Diarrhée chronique.....	1
• Amaigrissement	1
• Douleurs pancréatiques (position antalgique, efficacité de l'aspirine, augmentée par les repas, l'alcool) ..	1
• Insuffisance pancréatique	1
exocrine (stéatorrhée clinique)	1
• Insuffisance pancréatique endocrine :.....	1
diabète biologique probable (hyperglycémie à jeun)	1
• Calcifications radiologiques projetées sur l'aire pancréatique (L1-L2)	1

2. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous? (15)

• Échographie abdominale puis, éventuellement suivie si doute de:	2
• Echoendoscopie pancréatique, éventuellement suivie si doute de:	1
• Wirsungographie rétrograde	1
• TDM abdominal sans puis avec injection de produit de contraste, et avec ingestion de produit opaque ...	1
• Radio de thorax de face (pleurésie, bilan d'HTA)	1
- E.C.G (HTA, hypokaliémie)	1
- Fond d'oeil (HTA, diabète)	NC
• Ionogramme, Urée, Créatinine : (sanguin et urinaire)	1
amylase, lipase : (sanguin et urinaire).....	1
- Glycémie à jeun	1
Stéatorrhée des 24 heures (en régime normolipidique).....	1
Créatorrhée des 24 heures.....	1
- Tests de fonction pancréatique exocrine (ex: NBT PABA Test)	1
- Cholestérol, Triglycérides.....	1
- Uricémie.....	1

3. Quel traitement prescrivez-vous ? (15)

• Arrêt total et définitif de l'alcool (oubli = 0)	3
• Correction des carences éventuelles: polyvitaminothérapie du groupe B per os au début	2
• Extraits pancréatiques gastroprotégés (oubli = 0), ex: Créon* 3 gel 3 fois par jour (aux repas) à vie	2
• Antalgiques: (ex aspirine ou paracétamol) en cas de douleurs.....	2
• Diabète : contrôle (par régime, puis médicaments si besoin) (oubli = 0).....	2
• HTA : contrôle (arrêt de l'alcool, puis médicaments si besoin) (oubli = 0)	2
• Surveillance (oubli = 0).....	2

4. Votre traitement est efficace et bien suivi, mais un an plus tard, le malade revient pour ictère franc avec prurit et selles décolorées. L'examen clinique est inchangé. Quelle (s) hypothèse (s) évoquez-vous ? (10)

• Compression cholédocienne par un faux kyste	4
• Compression cholédocienne par un cancer de la tête du pancréas	4
• Sténose de la voie biliaire principale par fibrose du bas cholédoque.....	2

5. Un scanner abdominal est pratiqué. Quelle est votre interprétation ? (20)

- Pseudokyste.....4
- du corps du pancréas.....4
- Hypodensité du corps du pancréas.....4
- régulière.....4
- à paroi fine.....4

6. Quel traitement proposez-vous pour cette complication ? (10)

- Ponction percutanée du faux kyste : tentative d'affaissement du faux kyste5
- Si résistance : chirurgie :.....3
- dérivation kystodigestive2
- voire traitement chirurgical du kyste.....N C

7. Il se plaint par ailleurs de douleurs des membres inférieurs à la marche, réalisant une claudication intermittente des membres inférieurs. Quelle(s) peut(vent) en être la(les) cause(s) ? (15)

- Hypercholestérolémie : artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) athéromateuse.....5
- Diabète : AOMI par macroangiopathie3
- Neuropathie diabétique.....3
- Neuropathie alcoolique.....4

DOSSIER N°23 : Syndrome douloureux abdominal aigu chez un homme de 69 ans

M. X, 69 ans, est hospitalisé pour syndrome douloureux abdominal aigu, ayant débuté brutalement il y a 24 heures ; la douleur est intense, sourde, périombilicale, sans paroxysme ni rémission. Depuis quelques heures sont également apparus des vomissements bilieux (3 épisodes). Le malade est nauséeux. La dernière selle était il y a 3 jours ; les derniers gaz la veille.

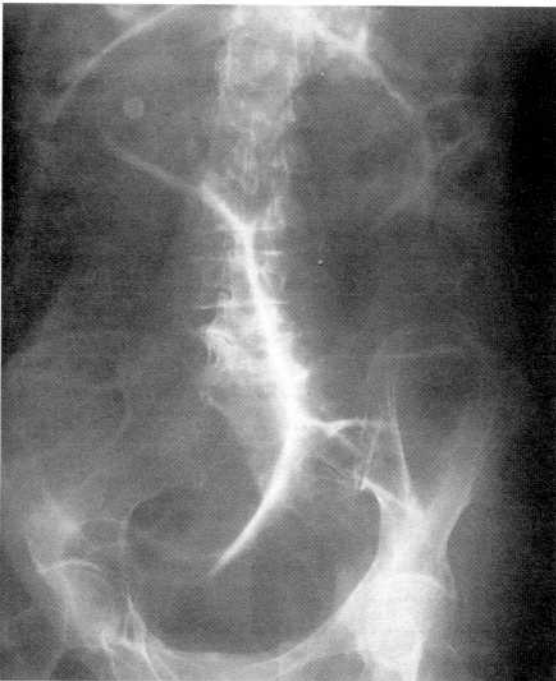
Dans ses ATCD, on ne relève qu'une intoxication tabagique à 40 paquets-années, et une constipation chronique pour laquelle le malade prend occasionnellement des suppositoires de glycérine.

A l'examen : tension artérielle = 140/85 mmHg, pouls=104/min, température = 37.6°C

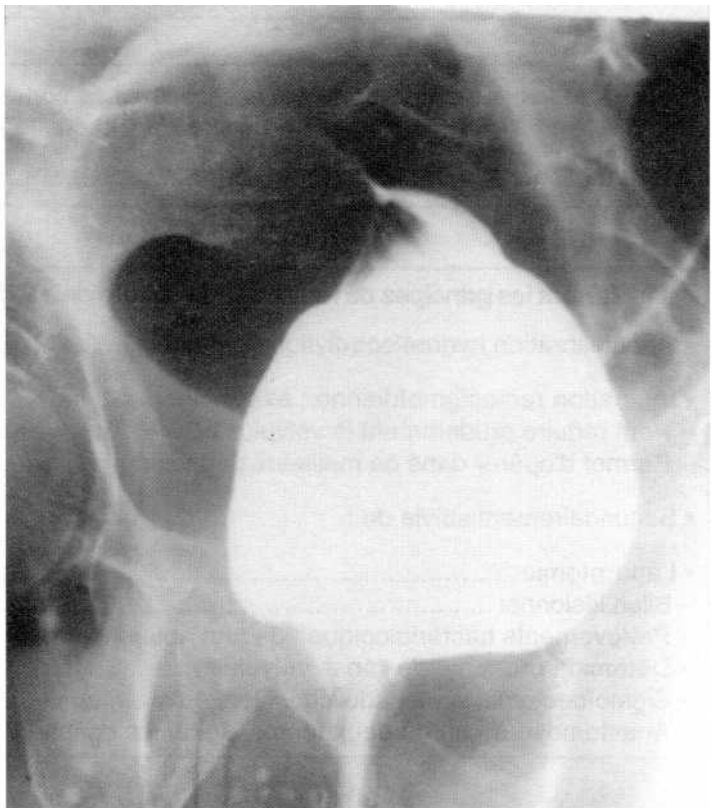
L'abdomen présente un météorisme oblique, tendu de la fosse iliaque droite à l'hypochondre gauche, douloureux à la palpation et spontanément, tympanique. Les bruits hydroaériques sont bien perçus. Le toucher rectal est normal, ne ramenant aucune matière. La palpation des orifices herniaires est normale.

La radio d'ASP est soumise à votre interprétation.

1. Quel est votre diagnostic ? Arguments.
2. Un confrère a effectué un lavement baryté. Que pensez-vous de cette indication ? Quelle est votre interprétation ?
3. Une intervention chirurgicale est nécessaire. Les constatations per opératoires permettent de retrouver une prédisposition anatomique à cette affection. Laquelle ?
4. Quels sont les principes de l'intervention chirurgicale ?
5. L'intervention chirurgicale est un succès. Trois mois plus tard, le malade revient vous voir en vous demandant des conseils hygiéno-diététiques pour lutter contre sa constipation. Comment lui répondez-vous ?
6. Dix jours plus tard, il vous dit vouloir arrêter le traitement à cause de ballonnements et flatulences. Quelle erreur a été commise ?



a ASP



b Lavement baryté

DOSSIER N°23

1. Quel est votre diagnostic ? Arguments. (20)

• Volvulus	2
du côlon pelvien (sigmoïde).....	2
• Sexe masculin.....	1
• Age supérieur à 60 ans	1
• Occlusion intestinale	2
basse.....	2
brutale	2
• Palpation du côlon volvulé	2
• ASP:	
- Opacité linéaire centrale :	2
adossment des parois des 2 branches de l'anse volvulée.....	2
- Distension monstrueuse du sigmoïde, en cadre	2

2. Un confrère a effectué un lavement baryté. Que pensez-vous de cette indication ? Quelle est votre interprétation ? (20)

• Il faut le faire	4
- Confirme le mécanisme.....	2
- Précise le sens du volvulus (horaire, antihoraire).....	2
- Mais il fallait s'assurer de l'absence de pneumopéritoine avant	2
• Ici, le mécanisme est confirmé	4
- Arrêt net du produit opaque	2
en spirale, en bec.....	4
- Volvulus horaire	N C

3. Une intervention chirurgicale est nécessaire. Les constatations per opératoires permettent de retrouver une prédisposition anatomique à cette affection. Laquelle ? (10)

• MEGADOLICHOCOLON	10
--------------------------	----

4. Quels sont les principes de l'intervention chirurgicale ? (20)

• Rééquilibration hydroélectrolytique préalable	2
• Intubation rectosigmoïdienne : exsufflation.....	4
- Peut réduire prudemment le volvulus et lever l'occlusion.....	N C
- Permet d'opérer dans de meilleures conditions	N C
• Secondairement suivie de	
• Laparotomie.....	4
- Bilan lésionnel	2
- Prélèvements bactériologiques de tout épanchement.....	2
- Détorsion prudente de l'anse volvulée	2
- Sigmoïdectomie si mégadolichocôlon, ou si sphacèle	2
- Anastomose en un ou deux temps, selon les constatations per opératoires	2

5. L'intervention chirurgicale est un succès. Trois mois plus tard, le malade revient vous voir en vous demandant des conseils hygiénodietétiques pour lutter contre sa constipation. Comment lui répondez-vous ? (20)

- Les suppositoires de glycérine peuvent être utilisés.....4
- Régime équilibré.....2
- sans restrictions2
- Riche en fibres2
- Voire avec addition de fibres2
- (ex : son de blé : 15 g par jour).....4
- avec posologie progressive.....2
- Pas de laxatifs irritants (anthraquinones, phénolphtaléine.....2

6. Dix jours plus tard, il vous dit vouloir arrêter le traitement à cause de ballonnements et flatulences. Quelle erreur a été commise ? (10)

- Posologie maximale d'emblée ou posologie excessive1 0

DOSSIER N°24: Ictère chronique chez une femme de 61 ans

Mme X, 61 ans, consulte pour ictère d'évolution progressive sur 2 mois, associé depuis quelques jours à un prurit généralisé qui devient gênant.

ATCD:

Alcool : non. Tabac : non.

Exposition professionnelle à des toxiques : non.

Alimentation équilibrée, enrichie en fibres.

Pneumonie à pneumocoques l'hiver dernier.

Appendicectomie à 14 ans.

Un épisode d'ictère dans la petite enfance (jaunisse).

Interrogatoire

Mme X est fatiguée, a perdu 3 kilos ces deux derniers mois. Elle mesure 1 m64 et pèse 50 kilos.

Le prurit est diurne et nocturne, généralisé, peu intense.

Le transit intestinal est habituel.

Elle se plaint de douleurs épigastriques en barre depuis un mois, irradiant dans le dos, qui cèdent facilement à la prise d'aspirine.

Examen clinique

Tension artérielle = 120/70 mmHg, pouls = 85/min, température = 37.4°C

Ictère franc, cutanéomuqueux.

Lésions de grattage non spécifiques, diffuses, mais rares.

Pas d'hépatosplénomégalie, mais grosse vésicule tendue, palpable, indolore.

Abdomen souple, ballonné, indolore.

Reste de l'examen clinique normal.

Examens paracliniques

Bilirubine totale : 89 micromoles/litre, dont libre : 7 micromoles/litre.

NFS : anémie microcytaire.

VS = 35 mm à la première heure.

ASAT-ALAT : normales ; γ GT=1.5 fois la normale ; PAL=2 fois la normale.

Ionogramme normal, Calcémie normale, Glycémie=9.3 mmol/l.

1. Vous vous orientez d'emblée vers deux étiologies. Lesquelles ?
2. Si vous appreniez que cette anémie était ferriprive (ce qui n'est pas le cas de Mme X), quel diagnostic choisiriez-vous ? Pourquoi ?
3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?
4. Le scanner abdominal vous est fourni. Interprétation.
5. Quel traitement curateur espérez-vous pouvoir proposer ?
6. Quels modes cliniques classiques de révélation de cette pathologie connaissez-vous ?
7. Quelles sont les trois causes de diarrhée chronique qui peuvent être expliquées par cette pathologie ?



DOSSIER N°24

1. Vous vous orientez d'emblée vers deux étiologies. Lesquelles ? (10)

- Cancer de la tête du pancréas.....5
- Ampullome vatérien5

2. Si vous appreniez que cette anémie était ferriprive (ce qui n'est pas la cas de Mme X), quel diagnostic choisirez-vous ? Pourquoi ? (10)

- Ampullome vatérien5
- Association grosse vésicule - hémorragie digestive.....5

3. Quel (s) examen (s) complémentaire (s) demandez-vous ? (15)

- Biologie
 - Cholestase : TP, facteur V2
 - Bilan préopératoire standardN C
 - Fer sérique, ferritinémieN C
 - Amylase-lipaseN C
- Marqueurs tumoraux sériques : ACE, CA19-9.....2
- Morphologie
 - Échographie abdominale, suivie si besoin de :.....2
 - Echoendoscopie pancréatique, suivie si besoin de :2
 - Cholangiopancréatographie rétrograde par voie endoscopique, avec cytologie du liquide pancréatique2
 - TOGD (recherche l'image en EPSILON de l'ampullome vatérien)2
 - TDM abdominal sans puis avec injection de produit de contraste, avec ingestion de produit opaque ..2
 - Fibroscopie cesogastroduodénale avec biopsies pour rechercher un ampullome N C
- Ponction pancréatique sous échographie/Scanner de toute masse suspecte1

4. Le scanner abdominal vous est fourni. Interprétation. (15)

- Distension vésiculaire3
- Distension des voies biliaires intra hépatiques, de la voie biliaire principale, du canal de Wirsung..... 3
- Tumeur de la tête du pancréas, irrégulière, isodense3
- Adénopathies (mésentérique, préaortique)3
- Pas d'envahissement vasculaireN C
- Pas de nodule hépatique3

5. Quel traitement curateur espérez-vous pouvoir proposer ? (10)

- Duodénopancréatectomie céphalique10

6. Quels modes cliniques classiques de révélation de cette pathologie connaissez-vous ? (25)

- Altération de l'état général1
- Syndrome dépressif1
- Fièvre au long cours2
- Douleurs solaires2
- Ictère nu.....2
- Prurit2
- Diarrhée2
- Ascite.....2
- Sténose duodénale2

• Phlébites à répétition.....	2
• Syndrome anémique	2
• Métastases.....	2
• Ganglion de Troisier.....	2
• Syndromes paranéoplasiques : Weber-Christian, achalasie du cardia, neuropathies	1

7. Quelles sont les trois causes de diarrhée chronique qui peuvent être expliquées par cette pathologie ?
(15)

• Insuffisance pancréatique exocrine (maldigestion).....	5
* Diarrhée motrice paranéoplasique	5
• Entéropathie exsudative (blocage lymphatique)	5

DOSSIER N°25 : Syndrome douloureux abdominal aigu chez une diabétique de 69 ans

Mme V, 69 ans, vient aux urgences pour syndrome douloureux abdominal aigu.

ATCD : aucun antécédent chirurgical. Diabète non insulino-dépendant découvert il y a trois ans, traité par antidiabétiques oraux : Glucophage[®] 2 cp/jour

Interrogatoire : Il y a trois jours, apparition d'une douleur épigastrique, qui s'est localisée le lendemain en fosse iliaque droite, avant de diffuser aujourd'hui à tout l'abdomen. Elle n'est pas allée à la selle depuis deux jours et n'a pas eu de gaz depuis hier. Elle n'a pas vomi mais est nauséuse. Aucun épisode similaire antérieur.

Examen clinique

Température = 38.5°C, pouls = 110/min, tension artérielle = 110/70 mmHg

Le faciès est terreux.

Abdomen tendu, contracturé, très douloureux. On ne perçoit pas de bruits hydroaériques. Le toucher rectal est douloureux. Les orifices herniaires sont libres.

Il existe un souffle systolique de rétrécissement aortique, à 3/6°, avec abolition du B2.

Le reste de l'examen est normal.

Examens paracliniques

NFS : GB = 18600/mm³, dont 87 % de polynucléaires neutrophiles.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Quels examens complémentaires demandez-vous en urgence ?
3. Interprétez cette radio.
4. Quel est votre traitement des 48 premières heures ?
5. Une semaine plus tard, alors que l'état de la malade s'est amélioré et que le transit a repris, on arrête tous les médicaments (sauf le traitement antidiabétique). La température remonte à 38.5°C en 24 heures. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? (Pour chacune d'elles, donnez 2 ou 3 éléments cliniques à rechercher).
6. L'examen clinique ne permet pas de trouver de point d'appel. Quel(s) examen(s) paraclinique(s) demandez-vous ?
7. L'apparition d'une lésion pourpre d'un doigt, douloureuse et inflammatoire, vous évoquerait quel diagnostic ?



ASP face couché

DOSSIER N°25

1. Quel est votre diagnostic ? (10)

- Péritonite aiguë5
- Appendiculaire.....5

2. Quels examens complémentaires demandez-vous en urgence ? (15)

- ASP.....5
- Hémocultures5
- Prélèvements préopératoires (sans en attendre les résultats).....5

3. Interprétez cette radio. (15)

- Grisaille diffuse.....10
- Péritonite pyostercorale5

4. Quel est votre traitement des 48 premières heures ? (15)

- Hospitalisation en chirurgie digestive (oubli = 0)N C
- Voie d'abord veineuse périphérique.....N C
- Laparotomie1
- Bilan lésionnel1
- Toilette péritonéale.....2
- Traitement étiologique2
- Appendicectomie1
- Fermeture avec ou sans drainageN C
- Antibiothérapie parentérale active sur les bacilles gram négatif et les anaérobies.....2
- Ex : Augmentin* (amoxycilline + acide clavulanique) et Ciflox` (ciprofloxacine)2
- Insulinothérapie ordinaire intraveineuse à la pompe1
- Arrêt du biguanide (risques d'acidose) (oubli = 0).....1
- Anticoagulation préventive isocoagulante1
- Surveillance (oubli = 0).....1

5. Une semaine plus tard, alors que l'état de la malade s'est amélioré et que le transit a repris, on arrête tous les médicaments (sauf le traitement antidiabétique). La température remonte à 38.5°C en 24 heures. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? (Pour chacune d'elles, donnez 2 ou 3 éléments cliniques à rechercher). (20)

- Péritonite secondaire.....3
- Endocardite (modification du souffle, dyspnée)2
- Abscesses intrapéritonéaux sous phréniques : (douleur de l'hypochondre droit, hoquet, pleurésie)2
- Abscesses intrapéritonéaux du cul de sac de Douglas : (signes irritatifs urinaires, syndrome rectal, douleur au TR, Douglas bombant)2
- Abscesses de paroi : (douleur localisée, désunion des fils, suppuration de la cicatrice)2

- Hématome de paroi (douleur localisée, désunion des fils)2
- Thrombose veineuse profonde (cedème d'un membre inférieur, signe de Homans, tachycardie) 2
- Infection urinaire haute (brûlures mictionnelles, pollakiurie, pyurie, douleurs lombaires)2
- Pneumopathie (toux, expectoration, dyspnée).....1
- Pancréatite aiguë post opératoire (douleur solaire, défense épigastrique) 1
- Intolérance médicamenteuse (éruption cutanée, bulles)1

6. L'examen clinique ne permet pas de trouver de point d'appel.
 Quel(s) examen(s) paraclinique(s) demandez-vous ? (15)

- Hémocultures aéro/anaérobies répétées (oubli = 0)2
- ECBU.....2
- NFS plaquettes2
- VS CRP.....2
- Échographie de la paroi et abdominale1
- TDM abdomino-pelvien1
- Radiographie de thorax.....2
- Échographie Doppler des membres inférieurs1
- Echographie cardiaque transthoracique puis transcesophagienne si doute 2

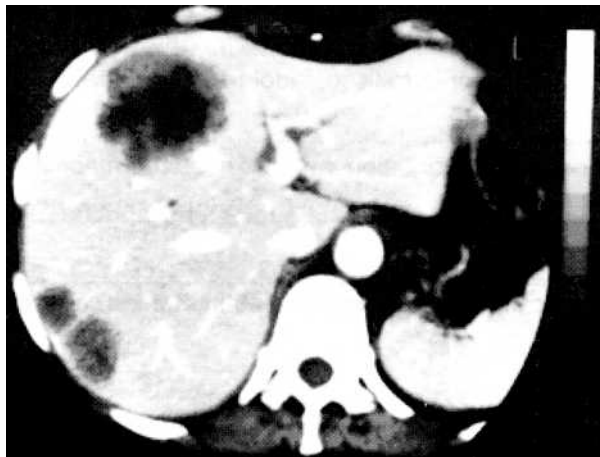
7. L'apparition d'une lésion pourpre d'un doigt, douloureuse et inflammatoire, vous évoquerait quel diagnostic ? (10)

- Endocardite d'Osler.....5
- Car faux panaris d'Osler.....5

DOSSIER N°26: Hépatomégalie chez une femme de 63 ans

Mme X, 63 ans, consulte son médecin traitant pour « bilan de santé ». Votre examen clinique comporte une palpation abdominale.

1. Décrivez la palpation abdominale, et en particulier la recherche d'une hépatomégalie.
2. Quels grands types d'hépatomégalie pouvez vous retrouver ? Décrivez chacun d'eux en quelques mots.
3. Vous retrouvez un foie « marronné ». Quelles peuvent en être les causes principales chez une femme de cet âge ?
4. Quel examen clinique pratiquez-vous pour étayer les hypothèses de la question 3 ?
5. Votre examen clinique complet n'apporte aucun renseignement supplémentaire. Quels examens complémentaires demandez-vous ?
6. Quel est l'examen paraclinique le plus sensible pour détecter des métastases hépatiques ?
7. Interprétez le scanner fourni (portoscanner).



DOSSIER N°26

1. Décrivez la palpation abdominale, et en particulier la recherche d'une hépatomégalie. (15)

- Pièce non froide.....N C
- Examineur à droite du malade2
- Mains de l'examineur réchauffées2
- Malade dévêtu, rassuré2
- Décubitus dorsal.....2
- Cuisses demi fléchies2
- Débuter par le point opposé à une éventuelle douleur.....N C
- Palpation douce, progressivement appuyée.....2
- 4 derniers doigts de la main droite recherchant le bord inférieur du foie3
- Calcul de la flèche hépatique par la percussion (si > 11 cm = hépatomégalie, sinon ptose hépatique)N C

2. Quels grands types d'hépatomégalie pouvez vous retrouver ? Décrivez chacun d'eux en quelques mots. (15)

- Hépatomégalie (HM) secondaire (métastatique) :.....3
- i pierreuse sur la face antérieure, nodules irréguliers.....2
- HM de surcharge :.....3
- régulière, bords mous, face antérieure lisse, indolore.....2
- HM cirrhotique :3
- face antérieure régulière ou irrégulière (selon la forme micro ou macronodulaire),
 bord inférieur tranchant.....2

3. Vous retrouvez un foie « marronné ». Quelles peuvent en être les causes principales chez une femme de cet âge ? (15)

- Carcinomes :3
- Colorectal.....2
- autres digestifs : pancréas.....1
- estomac1
- oesophage.....1
- Poumon.....1
- Sein.....1
- Ovaires.....1
- Rein.....1
- Thyroïde1
- Utérus : endomètre.....1
- col1
- Autres tumeurs
- Lymphomes, sarcomes (mélanomes...)
- Cancers endocriniens (carcinoïdes, insulinomes...)

4. Quel examen clinique pratiquez-vous pour étayer les hypothèses de la question 3) ? (15)

- Toucher rectal.....2
- palpation abdominale1

• Toucher vaginal	1
• Palpation des seins.....	1
• Grosse vésicule, masse épigastrique, souffle abdominal, ictère.....	2
• Palpation des fosses lombaires.....	1
examen des urines, souffle lombaire	1
• Palpation et auscultation cervicales	1
• Examen pulmonaire	1
• Examen endobuccal.....	1
• Examen cutané complet.....	1
• Adénopathies (dont Troisier)	2

5. Votre examen clinique complet n'apporte aucun renseignement supplémentaire. Quels examens complémentaires demandez-vous ? (15)

En première intention

• Bilan hépatocellulaire (TP, facteur V, ASAT, ALAT, bilirubine, PAL, γ GT).....	2
- NFS plaquettes.....	1
- Calcémie, créatininémie ..	1
• Coloscopie totale avec biopsies (oubli = 0).....	2
- Échographie abdominale, voire scanner abdominopelvien si doute	1
- Puis fibroscopie cesogastroduodénale	1
- Puis transit baryté du grêle	1
• Mammographie bilatérale	1
• Radio de thorax face/profil voire scanner thoracique si doute	1
• Marqueurs tumoraux sériques : CA125, ACE, CA 19-9, CA 15-3 alfa foetoprotéine, sérologie de l'hépatite B, décarboxyprothrombine, thyrocalcitonine, thyroglobuline	2

En deuxième intention

• Lavement baryté en double contraste.....	N C
• Échographie endoscopique (pancréas)	2
• Échographie endovaginale (ovaires, endomètre)	N C
• Échographie cervicale, scintigraphie thyroïdienne	N C

6. Quel est l'examen paraclinique le plus sensible pour détecter des métastases hépatiques ? (15)

• Échographie hépatique.....	15
------------------------------	----

7. Interprétez le scanner fourni (portoscanner) (10).

• Multiples images nodulaires hypodenses de l'ensemble du foie droit, et du segment IV	5
• Aucune image métastatique du lobe gauche	5

DOSSIER N°27 : Douleurs de fosse iliaque droite chez un appendicectomisé de 24 ans

M. X, Français métropolitain de 24 ans, appendicectomisé il y a 6 mois, consulte en raison de douleurs abdominales prédominant en fosse iliaque droite, traînant depuis quelques mois. Il se plaint de fatigue inhabituelle et a maigri de 4 kilos ces 3 derniers mois. Il est diarrhéique depuis quelques temps, alors qu'il se plaint habituellement de constipation. M. X se trouve parfois fébrile la nuit, mais ne prend pas sa température et s'automédique avec du paracétamol.

Examens pratiqués en ville

NFS : Hb : 10g/dl VGM : 77 fl., GB : 6000/mm³ dont éosino : 1

VS : 40 mm à la première heure

1. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
2. Vous suspectez une maladie inflammatoire du tube digestif. L'existence d'une lithiase urinaire oxalique vous orienterait alors vers quel diagnostic ? Pourquoi ?
3. Que recherchez vous à l'examen clinique et à l'interrogatoire pour étayer l'hypothèse évoquée au 2° ?
4. Quel aspect particulier aurait pu retrouver l'examen anatomopathologique de l'appendice retiré il y a 6 mois ? (Dans l'hypothèse évoquée au 2°)
5. Interprétez le lavement fourni.
6. Il existe 2 principales maladies inflammatoires du tube digestif pouvant toucher l'homme jeune français métropolitain. Lesquelles ? Arguments cliniques et paracliniques permettant de les différencier, en cas d'atteinte élective du côlon.
7. M. X, atteint de la pathologie évoquée au 2°, est hospitalisé en chirurgie digestive en urgence quelques mois plus tard pour occlusion intestinale aiguë du grêle sur obstacle, installée progressivement sur 2 jours. Quels sont vos principes thérapeutiques ? Pourquoi ?
8. Le traitement des maladies inflammatoires du tube digestif peut comporter de "l'Imurel" (azathioprine) au long cours. Principaux effets secondaires de ce médicament.



Lavement opaque en double contraste

DOSSIER N°27

1. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? (10)
 - Complication post appendicectomie : abcès enkysté en fosse iliaque droite2
 - Maladie inflammatoire du tube digestif : RCH (rectocolite hémorragique), maladie de Crohn2
 - Iléocolites infectieuses : amœbome caecal1
 - yersiniose.....1
 - infection à VIH et ses complications.....1
 - maladie de Whipple.....1
 - tuberculose intestinale iléocaecale1
 - Lésions tumorales iléocaecales : lymphome, adénocarcinome1
 - Maladies inflammatoires systémiques : maladie de Behcet, panartérite noueuseN C
 - Meckelite chronique.....N C
 - Maladie cœliaqueN C
 - Colite radique ou médicamenteuseN C

2. Vous suspectez une maladie inflammatoire du tube digestif. L'existence d'une lithiase urinaire oxalique vous orienterait alors vers quel diagnostic ? Pourquoi ? (4)
 - Maladie de Crohn2
 - Atteinte grêle (iléon) étendue.....2

3. (due recherchez vous à l'examen clinique et à l'interrogatoire pour étayer l'hypothèse évoquée au 2° ? (28)
 - Poids (amaigrissement)1
 - Malabsorption clinique1
 - Douleur épigastrique d'origine gastroduodénaleN C
 - Stigmates d'hémorragie digestive(syndrome anémique, mélœna)2
 - Dysphagie2
 - Épreintes1
 - Ténésme1
 - Palpation fosse iliaque droite : masse, empâtement2
 - Examen proctologique et du périnée complet.....2
 - toucher rectal : ulcérations, fissures, sténose du canal anal, suppuration, fistules 1
 - Examen endobuccal : ulcérations, aphtes.....2
 - Troubles urinaires par fistule digestivovésicale (pneumaturie, fécalurie)..... 1
 - Signes extradigestifs :4
 - Fébricule1
 - Phlébites1
 - Érythème noueux.....1
 - Pyoderma gangréneux1
 - Arthralgies.....1
 - pelvispondylite rhumatismale1
 - Hippocratisme digital1
 - Kératoconjonctivite, uvéite, Sd de Fiessinger - Leroy - Reiter1

4. Quel aspect particulier aurait pu retrouver l'examen anatomopathologique de l'appendice retiré il y a 6 mois ? (Dans l'hypothèse évoquée au 2°) (10)

- Granulome inflammatoire.....3
 - non caséeux2
 - gigantocellulaire2
- Associé à des lésions inflammatoires appendiculaires transmuraux non spécifiques 3

5. Interprétez le lavement fourni (6)

- Sténoses multiples du tube digestif (côlon droit, transverse et gauche)2
- Saccule de l'angle droit.....2
- Dernière anse grêle: saccule et polypesNC
- Aspect raccourci et tubulisé (avec disparition des haustrations) du côlon dans son ensemble 2

6. Il existe 2 principales maladies inflammatoires du tube digestif pouvant toucher l'homme jeune français métropolitain. Lesquelles?

Arguments cliniques et paracliniques permettant de les différencier, en cas d'atteinte élective du côlon. (26)

- Maladie de Crohn :3
 - Atteinte droite prédominante.....1
 - Rectorragies rares.....1
 - Sd inflammatoire clinique fréquent.....1
 - Atteinte anale très fréquente1
 - Fistules fréquentes.....1
 - Atteinte de tout le tube digestif possible1
 - Atteinte colique multifocale (intervalles sains)1
 - Sténoses fréquentes avec ulcérations aphthoïdes.....1
 - Histologie: inflammation transmurale avec granulomes (35 %)1
 - Dégénère rarement.....NC
- Rectocolite hémorragique:3
 - Atteinte gauche prédominante1
 - Rectorragies très fréquentes.....1
 - Sd inflammatoire clinique rare1
 - Lésions anales rares, mais rectales quasi constantes.....1
 - Fistules et sténoses rares.....1
 - Pas d'ulcération aphthoïde.....1
 - Atteinte colique élective, homogène, sans intervalles sains.....1
 - Histologie: inflammation sous muqueuse sans granulome1
 - abcès cryptiques1
 - Dégénère dans 5 à 15 %, selon la durée d'évolution, en adénocarcinome 1
 - Se complique de colectasie.....1

7. M. X, atteint de la pathologie évoquée au 2°, est hospitalisé en chirurgie digestive en urgence quelques mois plus tard pour occlusion intestinale aiguë du grêle sur obstacle, installée progressivement sur 2 jours. Quels sont vos principes thérapeutiques ? Pourquoi ? (11)

- Diète :1
- Nutrition parentérale totale.....3
- Repos.....NC
- Glace sur le ventre. Antalgiques1

- Voie veineuse périphérique.....1
- Sonde nasogastrique en aspiration douce1
- Antibiothérapie (ex : Augmentin* (amoxicilline et acide clavulanique) + Ciflox * IV (cipofloxacin), associés à Flagyl* per os)1
- Corticothérapie parentérale (Solumédrol(O = méthyl prednisolone 1 mg/kg))1
- Efficace dans la majorité des cas.....1
évitant un traitement chirurgical mutilant (exérèse d'une partie du grêle) qui ne doit pas être systématique pour ces malades chez qui les récurrences sont fréquentes 1

8. Le traitement des maladies inflammatoires du tube digestif peut comporter de l'imurel* (azathioprine) au long cours. Principaux effets secondaires de ce médicament. (5)

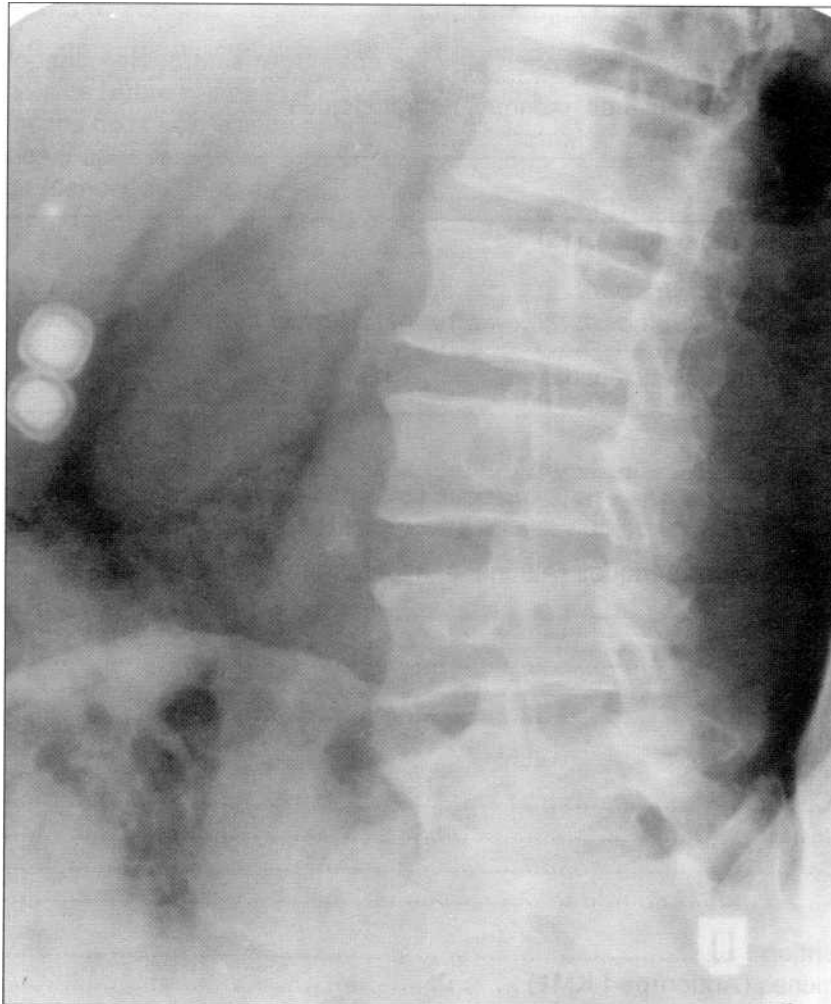
- Nausées, vomissements, diarrhée1
- Hépatite cholestastique1
- Pancréatite aiguë1
- Hématologiques : leucopéniesN C
- Allergies2
- Alopécie réversibleN C
- Mais bonne tolérance globaleN C

DOSSIER N°28: Ictère chez un homme de 40 ans

Un homme de 40 ans consulte pour ictère apparu progressivement depuis 2 semaines. Ses selles sont décolorées et ses urines foncées.

Il rapporte le résultat d'examens pratiqués en ville montrant une hyperbilirubinémie conjuguée à 85 micromoles/litre

1. Complétez l'examen clinique (interrogatoire compris).
2. Complétez les demandes d'examens biologiques.
3. Quel examen d'imagerie demandez-vous en première intention ? Quel est son intérêt principal ?
4. Vous palpez une grosse vésicule. Interprétez le cliché suivant. Vous apporte-t-il des arguments diagnostiques ?
5. L'échographie montre des voies biliaires intra hépatiques de calibre normal. La voie biliaire principale n'a pu être visualisée. Que pouvez vous conclure sur le mécanisme de l'ictère ?
6. Quels sont les deux meilleurs examens d'imagerie que vous pouvez demander en complément ? Qu'en attendez vous ?
7. Un TOGD montre une image lacunaire du deuxième duodénum, en « epsilon ». Quel diagnostic suspectez-vous ? Quel signe biologique évocateur pourriez-vous retrouver ? Quelle est la particularité évolutive de cet ictère ?



DOSSIER N°28

1. Complétez l'examen clinique (interrogatoire compris). (20)

• ATCD	
- Néoplasies	1
- Lithiases biliaires	1
- Médicaments (donnant des hépatites cholestatiques, ex. phénothiazine-Largactil(D).....	1
alcool	1
toxiques.....	1
- Facteurs de risque : pour le VIH	1
hépatites virales.....	1
- Parasitoses, voyages à l'étranger.....	N C
- Maladies inflammatoires systémiques.....	N C
- ATCD familiaux.....	N C
• Signes fonctionnels	
- Altération de l'état général	1
- Douleurs biliaires, pancréatiques.....	1
- Prurit.....	1
- Mode d'installation.....	1
- Phases de rémission	1
- Extraabdominaux (arthralgies.....)	1
- Diarrhée	N C
• Signes cliniques	
- Palpation hépatique : hépatomégalie.....	1
- Palpation vésiculaire : grosse vésicule.....	1
- Masse épigastrique	1
- Souffle abdominal	1
- Signes d'insuffisance hépatocellulaire	1
circulation veineuse collatérale.....	N C
ascite.....	N C
- Signes extra abdominaux (articulaires, cutanés, neurologiques)	1
- Aires ganglionnaires.....	1

2. Complétez les examens biologiques. (15)

• ASAT, ALAT	1
• yGT, PAL.....	1
• Bilirubine libre et conjuguée, 5'nucléotidases.....	1
• Cholestérol total	1
• TP	1
• Facteurs V, VII+X, II	1
• Électrophorèse des protéines sériques (Albumine, hypergammaglobulinémie).....	1
• NFS, plaquettes	1
• VS, CRP.....	1
• Bilan phosphocalcique	1
• Sérologies virales	
- Hépatites A, B, C, D.....	2
ÉBV.....	1
C M V.....	1
H IV..	1
• En deuxième intention :	N C
- Maladies auto-immunes (Anticorps LKM1)	N C
- Marqueurs tumoraux sériques	N C

3. Quel examen d'imagerie demandez-vous en première intention ? Quel est son intérêt principal ? (10)

- Échographie hépatobiliopancréatique.....5
- Dilatation ou non des voies biliaires intra hépatiques, permettant de séparer les ictères par obstruction (drainage chirurgical), des ictères non obstructifs.....5

4. Vous palpez une grosse vésicule. Interprétez le cliché suivant. Vous apporte-t-il des arguments diagnostiques ? (10)

- Beaux calculs stratifiés.....5
- de la vésicule biliaire.....3
- NON.....2
- Aucun rapport à priori, pathologie fréquente, aucun calcul ne se projetant sur le trajet cholédocien.N C

5. L'échographie montre des voies biliaires intra hépatiques de calibre normal. La voie biliaire principale n'a pu être visualisée. Que pouvez vous conclure sur le mécanisme de l'ictère ? (10)

- Rien de manière absolue.....10
- Car la dilatation des voies biliaires intra hépatiques dans les ictères obstructifs peut être retardée..N C

6. Quels sont les deux meilleurs examens d'imagerie que vous pouvez demander en complément ? Qu'en attendez vous ? (20)

- CPRE (cholangiopancréatographie rétrograde par voie endoscopique) 5
- Visualise l'ensemble de l'arbre biliaire et du canal de Wirsung 1
- Cherche des sténoses de la voie biliaire principale.....1
- Permet les biopsies (papillaires...)1
- Étude cytologique (cancer du pancréas).....1
- Permet de poser un drainage (ex : nasobiliaire)2
- Echoendoscopie.....5
- Mêmes renseignements.....2
- Moins invasif.....2
- Pour ces deux examens, la sensibilité avoisine les 95 % dans les cholestases extra hépatiquesN C

7. Un TOGD montre une image lacunaire du deuxième duodénum, en « epsilon ».

Quel diagnostic suspectez-vous ? Quel signe biologique évocateur pourriez-vous retrouver ?

Quelle est la particularité évolutive de cet ictère ? (15)

- Ampullome vatérien5
- Anémie ferriprive.....5
- Fluctuant.....5

DOSSIER N°29: Hématémèse massive

Homme de 60 ans, hospitalisé pour hématémèse massive. A l'arrivée aux urgences, il ne vomit plus. Il reste pâle et très angoissé, mais bien conscient.

Tension artérielle = 110/60 mmHg, pouls = 106/min, température = 37.1 °C

Fréquence respiratoire = 18/min

1. Quel est votre examen clinique ?
2. Quelle est votre attitude thérapeutique dans l'immédiat ?
3. Sa femme a apporté des clichés de TOGD pratiqués il y a 3 mois. Quelle est votre interprétation ?
4. Quelles sont les principales causes d'hématémèse en France ?
5. Quelles sont les principales causes d'hématémèse chez le cirrhotique ?
6. Une hypertension portale segmentaire par compression de la veine splénique peut-elle être en cause dans ce cas ? Pourquoi ?



TOGD

DOSSIER N°29

1. Quel est votre examen clinique ? (20)

- Tolérance :	1
- Syndrome de choc, collapsus	1
marbrures	1
extrémités froides.....	1
soif.....	1
pâleur, angoisse, hypotension orthostatique.....	1
- Éliminer une hémoptysie.....	1
une épistaxis déglutie	1
• Signes étiologiques :	1
- Interrogatoire : hépatite chronique.....	1
cirrhose.....	N C
ulcère	1
AINS, aspirine.....	1
varices œsophagiennes.....	1
éthylisme.....	1
néoplasies	1
• Examen hépatique : signes d'hypertension portale	1
signes d'insuffisance hépatocellulaire.....	N C
signes de cirrhose : hépatomégalie ou foie atrophique, bord inférieur tranchant	1
ictère.....	N C
• Toucher rectal : méla=na	1
• Signes d'encéphalopathie hépatique.....	1
astérisis (oubli = 0).....	1

2. Quelle est votre attitude thérapeutique dans l'immédiat ? (20)

• Hospitalisation	1
en urgence.....	1
• Monitoring cardiotensionnel	N C
• A jeun.....	1
• Arrêt des médicaments	1
• Voies veineuses périphériques (deux, de gros calibre)	1
• Sonde nasogastrique en aspiration douce	1
• Lavage gastrique à l'eau glacée, abondant.....	1
• Oxygénothérapie nasale	1
• Restauration de la volémie :	1
• Macromolécules en premier, ex : Plasmion*	1
• Solutés ioniques et/ou concentrés globulaires ensuite.....	1
• Prélèvements préopératoires dont groupe, rhésus, RAI, NFS, plaquettes, TP, TCK, Ionogramme, urée, créatinine, ASAT, ALAT, yGT, PAL, bilirubine, glycémie (oubli = 0)	1
• ECG	1
radiographie de thorax.....	1
gazométrie artérielle	1
• Fibroscopie digestive haute en urgence.....	3
hors troubles de conscience (sinon, pratiquée sous intubation - ventilation assistée), après déchocage (oubli = 0)	
si possible dès l'obtention d'un liquide clair au lavage gastrique.....	1
• Surveillance, dont encéphalopathie hépatique	1

3. Sa femme a apporté des clichés de TOGD pratiqués il y a 3 mois. Quelle est votre interprétation ? (15)

- Images lacunaires des faces et des bords cesophagiens.....3
- Déficits rubanés en colonnes à bords érodés.....2
- Images de crénelures, de dépressions régulières.....2
- Défilés tortueux, vermiformes.....3
- Varices cesophagiennes très étendues en hauteur5

4. Quelles sont les principales causes d'hématémèse en France ? (15)

- Ulcère gastroduodénal.....2
- Gastrite aiguë2
- Syndrome de Mallory-Weiss1
- CEsophagite peptique2
- Hypertension portale.....3
en général sur cirrhose.....1
- Tumeur gastrocesophagienne ou duodénale1
- Ampullome vatérien1
- Wirsungorragies1
- Vasculaire : fistule aortoduodénale1

5. Quelles sont les principales causes d'hématémèse chez le cirrhotique ? (15)

- Rupture de varices oesophagiennes.....9
- Gastrite d'hypertension portale2
- Ulcères gastroduodénaux.....2
- Syndrome de Mallory-Weiss2

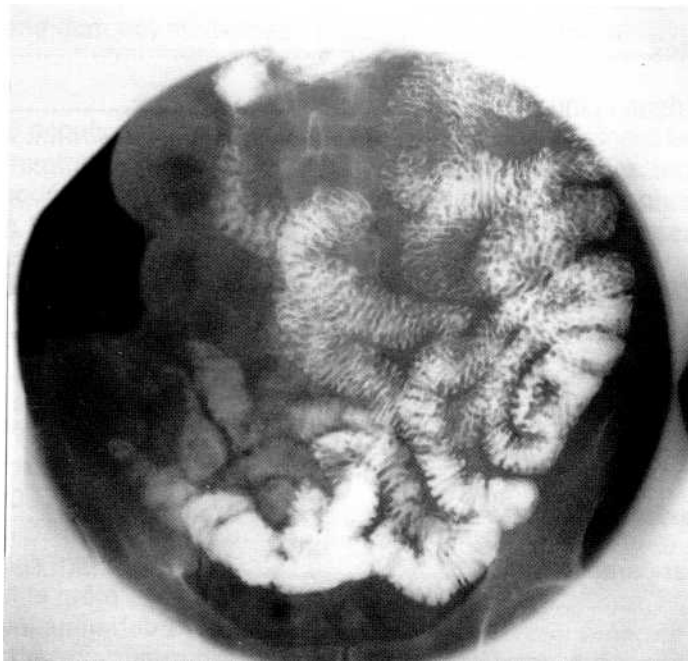
6. Une hypertension portale segmentaire par compression de la veine splénique peut-elle être en cause dans ce cas ? Pourquoi ? (15)

- NON9
- Ne donne pas de varices cesophagiennes3
- Mais des varices cardiotubérositaires3
- Qui nécessitent un autre type de sonde hémostatique que la Blackmore : la Linton N C

DOSSIER N°30 : Diarrhée chronique chez un homme de 50 ans

Cet homme de 50 ans consulte pour une diarrhée chronique, installée depuis 4 mois.

1. Comment affirmez-vous le diagnostic de diarrhée chronique ?
2. Il existe un syndrome de malabsorption. Quels signes cliniques avez-vous recherché pour l'évoquer ?
3. Quels examens paracliniques demandez-vous pour explorer cette malabsorption ?
4. M. X se plaint en réalité depuis quelques années de polyarthralgies touchant les grosses articulations. Il présente une hyperpigmentation cutanée, et des micropolyadénopathies inguinales et axillaires. La fibroscopie ceso gastro duodénale avec biopsies a montré une absence d'atrophie villositaire. Le transit du grêle vous est fourni. La VS est à 40 mm à la première heure. Le facteur rhumatoïde est négatif. Quel diagnostic devez vous suspecter ? Arguments.
5. Que vous attendez vous à trouver à l'histologie des biopsies duodénales ?



Transit du grêle

DOSSIER N°30

1. Comment affirmez-vous le diagnostic de diarrhée chronique ? (14)	
• Poids de selles > 300 grammes / jour : diarrhée	3
• Chronicité : > 3 semaines	3
• Critères mineurs	
- Augmentation de la teneur des selles en eau	2
- Plus de 3 selles par jour.....	2
• Il faut éliminer la fausse diarrhée du constipé	2
- Éliminer les émissions glaireuses (ex : tumeur villositaire).....	1
- Éliminer les incontinences sphinctériennes	1
2. Il existe un syndrome de malabsorption. Quels signes cliniques avez-vous recherché pour l'évoquer ? (18)	
• Asthénie.....	1
• Amaigrissement.....	1
• Syndromes carenciels (vitamines liposolubles : A, D, E, K) :	2
• Syndrome anémique :	1
carence en fer, en folates.....	1
• Troubles cutanéophanériens et muqueux :	1
glossite	1
dépilation.....	1
cheveux cassants.....	1
ongles cassants	1
• Syndrome ostéomalacique : carence en vitamine D et en calcium	1
• Hypocoagulabilité :	1
ecchymoses voire hématomes spontanés : carence en vitamine K.....	1
• Stéatorrhée : (malabsorption lipidique) : selles jaunâtres, pâteuses, collant à la cuvette des wc, nauséabondes.....	2
• Créatorrhée : selles nauséabondes	N C
• Polynévrite sensitive par carence en B6	N C
• CEdèmes.....	2
(par hypoprotidémie).....	NC
3. Quels examens paracliniques demandez-vous pour explorer cette malabsorption ? (40)	
• NFS-plaquettes, VS, CRP	2
• Ionogramme.....	2
électrophorèse des protéines sériques.....	2
• TP	2
Facteurs V, II, VII +X.....	2
• Examen parasitologique des selles	2
• Sérologie VIH 1 et 2 (avec accord du malade).....	2

• Coloscopie, iléoscopie, puis :	2
Fibroscopie ceso gastro duodénale avec biopsies duodénales, puis :	2
Transit du grêle	2
• Fécalogramme	
- Poids des selles des 24 h	2
- Stéatorrhée des 24 h (>6 grammes en régime normolipidique, prouve la malabsorption lipidique) N C	
- Créatorrhée : protides	1
- Clairance de l'alpha 1 antitrypsine (entéropathie exsudative)	2
- Recherche de laxatifs irritants (anthraquinones, phénolphthaléine)	2
-Jéjunum :	
- Test au D-Xylose : glucides	2
- Calcémie - Phosphorémie - (et créatininémie pour les interpréter)	1
- Fer sérique, ferritine.....	2
frottis sanguin (double population érythrocytaire si carence mixte fer folates ou fer B12).....	2
- Folates (si arguments)	N C
• Iléon	
- Test de Schilling.....	2
sans puis avec facteur intrinsèque	2
- B12 sérique (si arguments)	N C
• Breath test (à l'hydrogène marqué) au lactose : pullulation du grêle, insuffisance en lactase.....	2

4. M. X se plaint en réalité depuis quelques années de polyarthralgies touchant les grosses articulations. Il présente une hyperpigmentation cutanée, et des micropolyadénopathies inguinales et axillaires. La fibroscopie cesogastroduodénale avec biopsies a montré une absence d'atrophie villositaire. Le transit du grêle vous est fourni. La VS est à 40 mm à la première heure. Le facteur rhumatc de est négatif. Quel diagnostic devez vous suspecter ? Arguments. (18)

• Maladie de Whipple	3
• Diarrhée chronique avec malabsorption	1
• Mélanodermie	1
• Syndrome inflammatoire biologique.....	1
• Polyarthrite séronégative chronique	1
• Absence d'atrophie villositaire.....	1
• Interprétation du TOGD	2
• Épaississement des plis	2
• Augmentation de l'espace interplis	2
• Lésions diffuses de tout le grêle	2
• Évoquant une atteinte inflammatoire	2

5. Que vous attendez vous à trouver à l'histologie des biopsies duodénales ? (10)

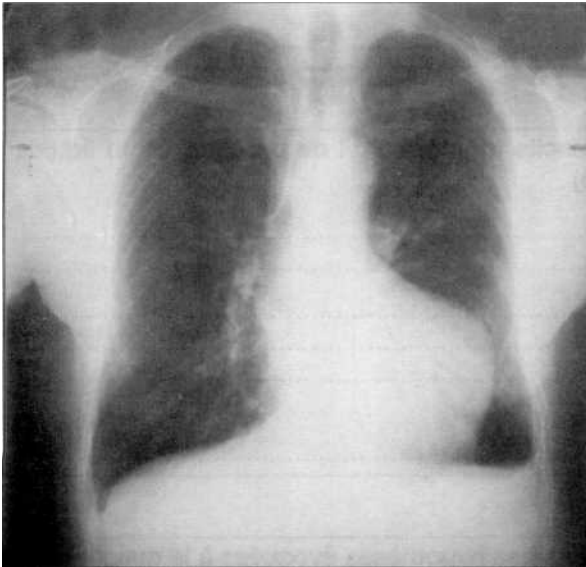
• Lésions segmentaires	2
• Hypertrophie villositaire.....	2
• Infiltration de la lamina propria.....	2
par des macrophages à inclusions PASO (periodic acid Schiff)	3
• On peut pratiquer une PCR à la recherche de Tropheryma Whippleya.....	1

DOSSIER N°31: Ascite chez un homme de 52 ans ■

Mr. R., 52 ans, consulte pour augmentation de volume de l'abdomen, installée sur 2 mois, d'apparition progressive.

L'examen clinique vous confirme qu'il s'agit d'une ascite.

1. Caractères sémiologiques d'une ascite.
2. Quel geste clinique devez-vous effectuer ? (Détaillez sa technique de réalisation)
3. L'analyse du liquide d'ascite retrouve 10 g/l de protides. Quelle est la principale étiologie dans ce cas ?
4. En admettant que l'examen biochimique du liquide d'ascite retrouve 40 g/l de protides et un liquide sanglant ; quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?
5. Par quel(s) examen(s) complémentaire(s) confirmeriez-vous les hypothèses évoquées à la question 4 ?
6. L'intradermo-réaction à la tuberculine est fortement positive. Quel examen complémentaire confirmerait une tuberculose péritonéale ?
7. En attendant que le patient subisse cet examen, vous vous replongez dans le dossier et trouvez cette radiographie thoracique (a) (b). Quelle cause se trouve maintenant très probable ?



DOSSIER N°31

1. Caractères sémiologiques d'une ascite. (15)	
• Inspection : augmentation de volume de l'abdomen (en besace)	5
• Palpation : signe du flot.....	2
signe du glaçon.....	2
• Percussion : matité concave vers le haut	2
déclive	2
mobile avec les changements de position du malade.....	2
2. Quel geste clinique devez-vous effectuer ? (Détaillez sa technique de réalisation) (15)	
• Ponction d'ascite.....	3
• Pour étude cytologique, biochimique, bactériologique	3
• Au point de Mac Burney gauche (union 1/3 externe - 1/3 moyen d'une ligne crête iliaque antéro-supérieure/ombilic) ..	3
• En pleine matité.....	3
• Avec mesures d'asepsie	N C
• Perpendiculairement à la paroi.....	3
3. L'analyse du liquide d'ascite retrouve 10 g/l de protides. Quelle est la principale étiologie dans ce cas ? (10)	
• Cirrhose hépatique	1 0
4. En admettant que l'examen biochimique du liquide d'ascite montre 40 g/l de protides, et un liquide sanglant; quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? (15)	
• Infections :.....	2
- Tuberculose péritonéale	3
-Tumeurs :.....	3
- Carcinose péritonéale	3
- Carcinome hépatocellulaire	2
• Inflammation	
- Pancréatite aiguë nécrotico hémorragique	2
5. Par quel(s) examen(s) complémentaire(s) confirmeriez-vous les hypothèses évoquées à la question 4 ? (20)	
• Examen du liquide d'ascite	2
avec bactériologie directe.....	1
cultures aéro, anaérobies.....	1
milieu de Loewenstein.....	1
• Radio de thorax	2
IDR à la tuberculine	2
• Échographie et/ou TDM abdominopelvien	2
• Amylase-lipase sanguin et urinaire.....	1
• Bilan hépatique complet	2
• afoetoprotéine	2

- Recherche de BK dans les crachats, les urines, voire les tubages gastriques le matin à jeun 2
- 3 jours de suite2

6. L'intradermo-réaction à la tuberculine est fortement positive. Quel examen complémentaire confirmerait une tuberculose péritonéale ? (15)

- Laparoscopie (coelioscopie)5
- Recherche de granulations péritonéales5
- Des biopsies recherchent un granulome inflammatoire avec nécrose caséuse5
- Culture de fragments biopsés sur milieu de Loewenstein.....N C

7. En attendant que le patient subisse cet examen, vous vous replongez dans le dossier et trouvez cette radiographie thoracique. Quelle cause se trouve maintenant très probable ? (10)

- Péricardite chronique constrictive (calcifications péricardiques, pleurésie gauche)5
- D'étiologie tuberculeuse5

DOSSIER N°32 : Douleur de l'hypochondre droit chez une femme de 63 ans

Mme V., 63 ans, obèse, dyslipidémique (traitée par fibrates), consulte en urgence pour syndrome douloureux de l'hypochondre droit apparu brutalement ce soir après un repas copieux.

L'inspiration profonde augmente la douleur. Elle est très nauséuse, et a vomi plusieurs fois. Sa température est à 38.2°C sans frissons. Les urines et les selles sont de couleur normale. Elle n'est pas ictérique. Le toucher rectal est normal. Les orifices herniaires sont libres.

La palpation abdominale retrouve une défense localisée douloureuse de l'hypochondre droit, avec douleur à la manœuvre de Murphy. Le reste de l'examen est normal.

1. Vous suspectez une cholécystite aiguë. Mais la présence d'un ictère franc vous aurait fait suspecter 2 diagnostics. Lesquels ?
2. Quels sont les autres diagnostics possibles en l'absence d'ictère ?
3. Quels examens d'imagerie demandez-vous ?
4. L'ASP retrouve de multiples lithiases vésiculaires sans pneumopéritoine, sans niveaux hydroaériques. Que pourriez-vous attendre d'une échographie abdominale ?
5. Quel est le traitement de la cholécystite aiguë ?
6. Quatre jours plus tard, vous évoquez un abcès sous phrénique. Sur quels critères cliniques ?

DOSSIER N°32

1. Vous suspectez une cholécystite aiguë. Mais la présence d'un ictère franc vous aurait fait suspecter 2 diagnostics. Lesquels ? (15)

- Lithiase de la voie biliaire principale10
- Syndrome de Mirizzi (sténose inflammatoire du canal hépatique dû à l'enclavement du calcul dans le collet vésiculaire).....5

2. Quels sont les autres diagnostics possibles en l'absence d'ictère ? (15)

- Perforation d'ulcère gastroduodénal1
- Angiocholite au stade préictérique1
- Hépatite bactérienne1
- virale.....1
- parasitaire1
- médicamenteuse.....1
- alcoolique.....1
- Périhépatite de Fitz Hugh Curtis à révélation aiguë1
- Appendicite aiguë en position sous hépatique.....1
- Infarctus mésentérique1
- Pancréatite aiguë1
- Abscessus sous phrénique.....1
- Pneumonie franche lobaire aiguë de la base droite1
- Pleurésie de la base droite.....1
- Embolie pulmonaire.....1
- Pyélonéphrite aiguëN C

3. Quels examens d'imagerie demandez-vous ? (15)

- ASP1
- face1
- profil.....1
- couché.....1
- debout.....1
- Échographie abdominale (foie, pancréas, rein...) (oubli = 0).....4
- Echoendoscopie si suspicion de lithiase de la voie biliaire principale (2e intention)2
- Radiographie de thorax.....4

4. L'ASP retrouve de multiples lithiases vésiculaires sans pneumopéritoine, sans niveaux hydroaériques. Que pourriez-vous attendre d'une échographie abdominale ? (20)

- Calculs vésiculaires : (nombre, siège)3
- _ hyperéchogènes.....2
- avec cône d'ombre postérieur.....2
- Paroi vésiculaire épaissie2
- Signe de Murphy échographique : douleur au passage de la sonde2
- Épanchement périvésiculaire, perforation vésiculaire2
- Sludge (hyperéchogène, mobile, décliné, déformable).....2

• Voies biliaires intra et extra hépatiques : lithiases, dilatations.....	3
et parenchyme hépatique	N C
• Pancréas (homogénéité, volume)	1
• Reins, voies excrétrices urinaires	1

5. Quel est le traitement de la cholécystite aiguë ? (20)

• Hospitalisation (oubli = 0). Repos. A jeun.....	N C
• Sonde nasogastrique en aspiration douce si vomissements.....	1
• Rééquilibration hydroélectrolytique.....	1
• Antalgiques parentéraux - Glace sur le ventre... ..	2
• Antispasmodiques parentéraux.....	2
• Polyantibiothérapie parentérale.....	2
(ex : Augmentin"(amoxicilline-acide clavulanique)/Ciflox*(ciprofloxacine)) ..	N C
• Cholécystectomie : (oubli = 0).....	3
• A froid si possible.....	2
• Coelioscopie ou laparotomie	1
• Exploration	1
prélèvements biliaires (bactériologie)	1
• Cholangiographie per opératoire : liberté de la voie biliaire principale (oubli = 0)	2
• Cholécystectomie avec examen anatomopathologique de la pièce	1
• Toilette péritonéale	1
• Surveillance (oubli = 0)	N C

6. Quatre jours plus tard, vous évoquez un abcès sous phrénique. Sur quels critères cliniques ? (15)

• Ascension thermique	2
• Douleurs de l'hypochondre droit.....	2
• Défense de l'hypochondre droit.....	2
• Irritation diaphragmatique :.....	2
douleur de l'épaule droite	1
hoquet.....	1
• Pleurésie réactionnelle.....	1
• Iléus (inflammatoire)	2
• Altération de l'état général	2

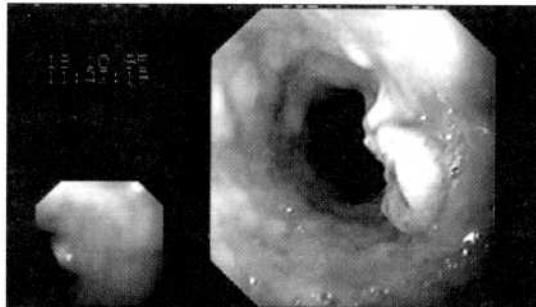
DOSSIER N°33: Tentative de suicide à la soude

Mlle X, 24 ans, est hospitalisée pour tentative de suicide. Elle a avalé il y a trois heures une gorgée de 'Destop' (soude).

A l'arrivée, elle est calme. L'examen clinique abdominal est normal, dont le toucher rectal. Les lèvres et les commissures sont érythémateuses. L'examen endobuccal retrouve des muqueuses érythémateuses, la langue est décapillée. L'examen clinique est normal, en particulier cardiopulmonaire et neurologique. Elle décrit une dysphagie totale. Il existe une dyspnée inspiratoire bruyante, sans cyanose ni tirage.

Tension artérielle = 120/70mm Hg

1. Quelle est votre conduite à tenir dans l'immédiat aux urgences ?
2. Quels sont les produits ou types de produits dont l'ingestion contre-indique les vomissements provoqués ou l'aspiration par sonde gastrique ?
3. Quel type de nécrose réalisent les bases ? Les acides ?
4. Il n'y avait pas de perforation du tractus gastrooesophagien. Mais comment l'avez-vous recherché ?
5. Cet épisode n'a pas justifié d'intervention chirurgicale. La malade est perdue de vue après sa sortie de l'hôpital. Dix ans plus tard, elle reconsulte le service de gastroentérologie de l'hôpital pour dysphagie installée progressivement sur un an. Nécessitez-vous des informations complémentaires pour le diagnostic de cette dysphagie ? Si oui, lesquelles ?
6. Dans la mesure où Mlle X est atteinte de la pathologie la plus probable dans ce cas, quel traitement proposez-vous ?
7. Quelle surveillance aurait dû être mise en place ?
8. Une fibroscopie est reproduite ici : Quel est votre diagnostic fibroscopique ?



DOSSIER N°33

1. Quelle est votre conduite à tenir dans l'immédiat aux urgences? (20)

- A jeun	2
- Appel centre antipoison pour conduite à tenir.....	2
- Voie d'abord veineuse	NC
- Prélever : groupe, rhésus, RAI, hémogramme, ionogramme, urée, créatinine, glycémie, calcémie, TP, TCK, gazométrie artérielle	NC
- Recherche de toxiques (sang, urines).....	2
- ECG.....	2
- ASP.....	2
- Radiographie de thorax	2
- Fibroscopie oesogastroduodénale en urgence.....	2
- Oxygénothérapie nasale 3 à 6 l/min.....	2
- Aspiration pharyngée	2
- Corticoïdes IV car dyspnée laryngée	2

2. Quels sont les produits ou types de produits dont l'ingestion contre-indique les vomissements provoqués ou l'aspiration par sonde gastrique? (10)

• Produits moussants.....	3
• Acides	2
• Caustiques	2
• Hydrocarbures	3

3. Quel type de nécrose réalisent les bases ? Les acides ? (10)

• Bases : nécrose de liquéfaction (dissolution protéique, saponification des graisses)	3
- brûlure pouvant être retardée, profonde	2
-Acides : nécrose de coagulation (des protéines épithéliales)	3
- brûlure immédiate souvent superficielle	2

4. Il n'y avait pas de perforation du tractus gastrocesophagien. Mais comment l'avez-vous recherché? (20)

• Clinique	
- douleur rétrosternale	4
- emphysème sous cutané	4
- toux à la déglutition (fistule cesotrachéale)	4
- signes de péritonite (perforation gastrique)	4
-Radiologie :	
- radiographie de thorax face et profil : pneumomédiastin, pneumopéritoine	4

5. Cet épisode n'a pas justifié d'intervention chirurgicale. La malade est perdue de vue après sa sortie de l'hôpital. Dix ans plus tard, elle reconsulte le service de gastroentérologie de l'hôpital pour dysphagie installée progressivement sur un an. Nécessitez-vous des informations complémentaires pour le diagnostic de cette dysphagie ? Si oui, lesquelles ? (10)

• OUI.....	4
• Biopsies oesophagiennes	2
• Plus ou moins guidées par les colorations vitales (lugol, bleu de méthylène)	2
• Transit cesogastroduodénal si sténose infranchissable	2

6. Dans la mesure où Mlle X est atteinte de la pathologie la plus probable dans ce cas, quel traitement proposez-vous ? (10)

- Dilatations pneumatiques.....5
- Répétées si nécessaire2
- Si résistance : œsophagectomie plus ou moins antrectomie, suivie de plastie colique3

7. Quelle surveillance aurait dû être mise en place ? (10)

- Clinique : dysphagie2
- poids, état nutritionnel2
- Fibroscopie annuelle ou tous les deux ans2
- Avec biopsies multiples répétées.....2
- Guidées par les colorations vitales2

8. Une fibroscopie est reproduite ici. Quel est votre diagnostic fibroscopique ? (10)

- Carcinome œsophagien.....5
- Ulcérobourgeonnant5

DOSSIER N°34: Hernie inguinale et anémie ferriprive

M. V., 75 ans, consulte en gastroentérologie, adressé par son médecin traitant, au décours d'un transit du grêle, effectué dans le cadre du bilan d'une anémie ferriprive (9,5 g/dl).

ATCD

Traité par Sermion¹ pour adénome prostatique (3 réveils par nuit en moyenne).

Constipation depuis trois mois.

Appendicectomie à l'âge de 18 ans.

Tabac à 40 paquets années, alcool : consommation modérée.

Activité physique nulle.

Hernie inguinale gauche opérée il y a deux ans.

Obésité importante : il mesure 1 m69 et pèse 106 kilos (perte de 6 kilos en 3 mois)

On palpe une hernie de l'aîne droite.

1. Détaillez les points importants de l'examen clinique que vous allez pratiquer, par rapport à cette hernie.
2. Quels sont les rapports artériels du collet d'une hernie inguinale directe ? D'une oblique externe ?
3. Quels examens paracliniques allez vous prescrire ?
4. M. V. souhaite se faire opérer. Quels sont les principes thérapeutiques que vous pouvez lui proposer ?

DOSSIER N°34

1. Détaillez les points importants de l'examen clinique que vous allez pratiquer, par rapport à cette hernie. (27)

• Malade dévêtu	1
- Debout, puis en décubitus dorsal.....	1
- En toussant, puis en poussant.....	2
- Examen bilatéral,	1
- Examen comparatif.....	1
- Évaluation du trajet herniaire (doigt recouvert de la peau scrotale, explorant le canal inguinal)	2
- Exploration du collet herniaire (situation par rapport à la ligne de Malgaigne), diamètre	2
- Estimation du type de hernie (directe, oblique externe...)	1
- Réductibilité	2
Impulsivité à la toux	2
- Indolence.....	2
- Exploration de tous les autres orifices herniaires (oubli = 0).....	2
- Organes génitaux externes	1
- Paroi abdominale (grands droits, tonus)	1
- Contenu du sac (grenu = épiploon, gorgouillis = grêle)	1
- Examen cutané de la région inguinale	1
• Recherche de cause favorisante	
- Toucher rectal : adénome voire cancer prostatique, cancer rectal (oubli = 0).....	2
- Auscultation pulmonaire	2
• Examen général	

2. Quels sont les rapports artériels du collet d'une hernie inguinale directe ? D'une oblique externe ? (22)

Directe

• Dans la fossette inguinale moyenne	N C
- Artère ombilicale	3
en dedans.....	3
- Artère épigastrique	3
en dehors	3

Oblique externe

• Dans la fossette inguinale externe.....	NC
artère épigastrique	5
en dedans.....	5

3. Quels examens paracliniques allez vous prescrire ? (25)

• Coloscopie totale (car amaigrissement, anémie ferriprive, augmentation de volume de la hernie jusque là stable et bien tolérée).....	1 9
• Radio de thorax	2
• Épreuves fonctionnelles respiratoires selon la clinique.....	2
• Bilan préopératoire standard	2

4. M. V. **souhaite se faire opérer. Quels sont les principes thérapeutiques que vous pouvez lui proposer ?**
(26)

- Traitement chirurgical.....5
- Voie cœlioscopique ou classique, selon l'existence d'un cancer digestif ou non2
- Sous anesthésie locale ou générale.....3
- Dissection du sac2
- Examen du contenu herniaire.....2
- Réfection pariétale.....2
- Prothèse pariétale à discuter.....1
- Traitement de la cause : résection d'un adénome prostatique,
traitement d'un éventuel cancer colorectal, arrêt du tabac (toux)5
- Nursing.....2
- Kinésithérapie.....2
- Surveillance.....N C

DOSSIER N°35 : Douleurs abdominales et asthénie chez un homme de 31 ans

M. V., 31 ans, consulte pour douleurs abdominales et asthénie.

En effet, depuis 3 ans sont apparues des douleurs abdominales périombilicales sans relation directe avec les repas, ni facteur calmant ou aggravant. Le transit est normal. Depuis quelques semaines, il se sent fatigué et essoufflé, au point de ne plus pouvoir donner ses cours de tennis.

Il est pâle, (peau et conjonctives). On perçoit à l'auscultation cardiaque un souffle systolique éjectionnel apexien ; le pouls est à 92 / minute, la tension artérielle à 120/70 mmHg, la température à 36.9°C

L'examen retrouve une masse abdominale en fosse iliaque droite, légèrement sensible. Les bruits hydroaériques sont perçus. Pas d'hépatosplénomégalie. Aires ganglionnaires libres. Le toucher rectal est indolore, et ramène quelques matières noirâtres nauséabondes. L'examen cutané note un aspect particulier autour de la bouche (photo).

Le reste de l'examen clinique est normal.

ATCD

Invaginations intestinales aiguës à 8 mois et à 4 ans, traitées avec succès par lavement opaque.

Rhume de hanche à l'âge de sept ans.

Syphilis primaire il y a 10 ans.

Pas d'antécédents familiaux.

1. De quelle affection digestive chronique souffre-t-il ?
2. Argumentez.
3. Quelles complications suspectez-vous ? Quelle est la plus probable ?
4. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous chez M. V. ?
5. Quel est le principe du traitement de cette affection chronique ?
6. Quelle est la lésion histologique élémentaire de cette affection digestive ?
7. Que répondez-vous à M. V. qui s'inquiète de transmettre cette affection à sa descendance ? (Lui-même ne connaissant pas d'autre cas dans sa famille).



DOSSIER N°35

1. De quelle affection digestive chronique souffre-t-il ? (12)	
• Syndrome de Peutz-Jeghers.....	10
• Appartient aux polyposes colorectales	1
familiales	1
2. Argumentez. (18)	
• Lentiginose périorificielle.....	6
Probables polypes	
• Masse palpable de fosse iliaque droite	2
• Anémie clinique	1
• Mélaena	1
• ATCD d'invaginations intestinales aiguës	4
tardives	2
répétées.....	2
* Affection chronique digestive.....	N C
3. Quelles complications suspectez-vous ? Quelle est la plus probable ? (15)	
• Polype hémorragique	5
- la plus probable.....	5
• Cancérisation d'un polype.....	5
• Mais cancérisation exceptionnelle (car hamartomes)	N C
4. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous chez M. V. ? (15)	
• Coloscopie totale	3
• Fibroscopie cesogastroduodénale	3
- Avec biopsies multiples (estomac et duodénum surtout)	3
* Transit baryté du grêle	3
• Bilan d'anémie : NFS, plaquettes.....	1
- TP, TCK.....	1
- Groupe, Rhésus, RAI	1
5. Quel est le principe du traitement de cette affection chronique ?(15)	
• Traitement conservateur.....	5
• Exérèse des polypes.....	5
volumineux.....	1
et/ou symptomatiques	1
• Surveillance	3
6. Quelle est la lésion histologique élémentaire de cette affection digestive ? (10)	
• Polype hamartomateux	10

7. Que répondez-vous à M. V. qui s'inquiète de transmettre cette affection à sa descendance ? (Lui-même ne connaissant pas d'autre cas dans sa famille) (15)

- C'est possible.....5
- Car maladie autosomique dominante5
- Donc, 50 % de transmission à la descendance.....5

DOSSIER N°36: Dysphagie chez un homme de 67 ans

M. V., 67 ans, retraité de la SNCF, est adressé en consultation pour dysphagie. Celle-ci s'est installée progressivement sur les 6 derniers mois, a toujours été indolore, capricieuse, s'accompagne depuis peu de régurgitations fétides. Sa femme se plaint de la mauvaise haleine de son mari. La sensation de blocage est localisée par le patient à la partie haute de l'oesophage.

ATCD

Appendicectomie à 13 ans.

Accident de la voie publique en 1983 ayant entraîné une splénectomie.

Hépatite B post transfusionnelle, diagnostiquée en 1983, sérologiquement guérie.

Alcool : 1 litre de vin par jour et 2 apéritifs anisés (40°) de 4 cl.

Tabac : 1 paquet par jour depuis l'âge de 20 ans.

Examen clinique

Tension artérielle = 150/90 mmHg, pouls = 75/min, température = 37.2°C

Patient maigre (58 kilos pour 1 m73).

État bucco-dentaire déplorable.

Examen abdominal normal, en dehors d'une hépatomégalie de 16 cm sur la ligne médioclaviculaire.

Reste de l'examen normal en dehors de l'abolition des réflexes achilléens.

1. Quels résultats de sérologie affirment la guérison de l'hépatite B ?
2. Demandez-vous d'autres examens sérologiques ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ?
3. Le malade n'est porteur d'aucune infection chronique. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques pour expliquer la dysphagie ?
4. Quel est le premier examen à demander à visée étiologique ?
5. Interprétez l'imagerie fournie. Quelle est la pathologie présentée par M. V. ?
6. Quels en sont les deux principaux risques évolutifs ?
7. Quel traitement proposez-vous à ce malade ?
8. Quel est votre bilan préthérapeutique ?



Transit œsophagien (à gauche, profil ; à droite, face)

DOSSIER N°36

1. Quels résultats de sérologie affirment la guérison de l'hépatite B ? (10)

- Disparition de l'antigène HbS5
- Apparition d'anticorps anti HbS5

2. Demandez-vous d'autres examens sérologiques ? Si oui, lesquels ? Si non, pourquoi ? (10)

- Oui_4
- Sérologies HIV 1 et 2 de dépistage avec accord du malade3
- Sérologie hépatite C : Anticorps anti HcV (ELISA- RIBA).....3
- Bilan biologique hépatique : ASAT ALAT PAL yGT Bilirubine.....N C

3. Le malade n'est porteur d'aucune infection chronique. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques pour expliquer la dysphagie ? (15)

- Diverticule de Zenker.....3
- Anneau de Schatzki1
- Cancer de l'oesophage3
- Cancer des voies aérodigestives supérieures : hypopharynx, sinus piriforme1
- Cancer médiastinal comprimant l'oesophage1
- CEsophagite sur reflux gastro oesophagien2
- CEsophagites infectieuses.....N C
- Achalasie du cardia (ou mégacésophage idiopathique).....1
- Spasmes diffus de l'oesophage.....1
- Syndrome du péristaltisme douloureux oesophagien (ou oesophage casse noisettes)1
- Troubles moteurs oesophagiens secondaires (sclérodermie, collagénoses, dysthyroïdie, atteinte neurogène)1

4. Quel est le premier examen à demander à visée étiologique ? (10)

- Fibroscopie oesogastroduodénale très prudente par un opérateur entraîné5
- Avec biopsies5
- Risque majeur de perforation du diverticuleN C

5. Interprétez l'imagerie fournie. Quelle est la pathologie présentée par M. V. ? (15)

- Image d'addition3
- De la paroi postérieure oesophagienne3
- A la jonction pharyngoesophagienne.....3
- Diverticule pharyngoesophagien de Zenker6

6. Quels en sont les deux principaux risques évolutifs ? (10)

- Infections bronchopulmonaires.....5
- Dénutrition.....5

7. Quel traitement proposez-vous à ce malade ? (15)

- Chirurgical.....3
- Diverticulectomie (et examen anatomopathologique de la pièce)3
- Associée à une myotomie du muscle cricopharyngien3
- Après une période de jeûne (évacuation/vidange du diverticule)3
- Et de renutrition / réhydratation parentérales3
- Un traitement par diverticulopexie est également possible N C

8. Quel est votre bilan préthérapeutique ? (15)

- Bilan préopératoire standard : Groupe Rhésus RAI, NFS, plaquettes, TP, TCK, ionogramme, bilan hépatique, fonction rénale, ECBU.....1
- Radiographie de thorax face / profil.....1
- ECG, échographie cardiaque3
- Épreuves fonctionnelles respiratoires3
- Panendoscopie des voies aérodigestives supérieures (dont œsophage) si non effectuée7

DOSSIER N°37: Ictère chez une femme séropositive pour le VIH

Mme X, 32 ans est hospitalisée pour ictère.

Elle est séropositive depuis 10 ans pour le VIH 1 (ancienne toxicomane).

L'ictère est apparu progressivement depuis 10 jours, en même temps que les selles se sont décolorées.

ATC D

Tuberculose pulmonaire il y a 1 an.

Sérologies Hépatite B négatif, Hépatite C négatif, Toxoplasmose +, TPHA 1/128°, VDRL négatif.

Appendicite à 8 ans.

Pas d'infection opportuniste jusque là. Prophylaxie par Bactrim® forte 1 comprimé par jour.

AZT-Rétrovir® 500 mg/jour depuis 2 ans.

Examen clinique

Taille 1 m67, poids : 54 kilos (moins 2 kilos en un mois).

Température : 38.1 °C depuis 3 semaines.

Tension artérielle = 130/80 mmHg, pouls = 96/min, asthénie, sueurs nocturnes depuis 2 semaines.

Hépatomégalie de 16 cm sur la ligne médioclaviculaire, lisse, régulière.

Splénomégalie palpable, dépassant le rebord costal de 2 travers de doigt.

Adénopathies multiples axilloinguinales, d'environ 1 à 2 cm de diamètre, une d'entre elles étant plus volumineuse et fixée dans le creux sus claviculaire gauche.

Examen cutané normal, neurologique normal, cardiovasculaire et pulmonaire normal.

Examens complémentaires

Dernier taux de lymphocytes T4 : 65/mm³ un mois auparavant.

NFS : Hb=10.2g/dl, GR = 3M600000/mm³, Hématocrite = 39 %, VGM = 108 fl., GB = 3100/mm³, PNN - 60 %, PNE = 1 %, PNB = 0 %, Lymphocytes = 30 %, Monocytes = 9 %. Réticulocytes : 10000/mm³. Ferritine élevée.

Plaquettes : 210000/mm³.

Ionogramme normal, TP=75 %, TCK normal, glycémie normale, Calcémie normale, II = 40 %, V = 96 %, VII+X=35%

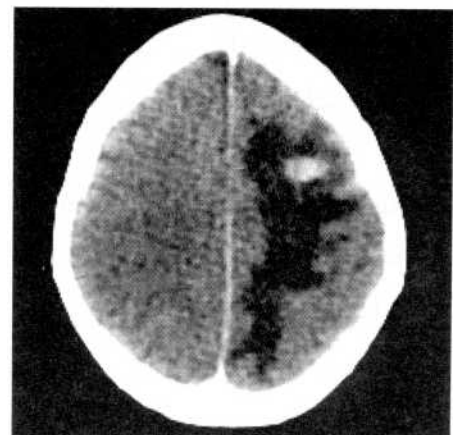
Bilirubine totale = 70 micromoles/l, conjuguée 64 micromoles/l.

ASAT=2N(fois la normale), ALAT = 2N, yGT= 6N, PAL = 3N, LDH = 2N.

Haptoglobine = 1.5g/l (normale > 1 g/l).

VS = 80 mm à la première heure.

1. Quels syndromes biologiques présente la malade ?
2. Quelles sont les 2 principales étiologies à suspecter expliquant l'ensemble du tableau ?
3. Quel est l'examen d'imagerie à réaliser en premier ? Qu'en attendez-vous ?
4. Quels autres examens complémentaires demandez-vous dans un premier temps pour affiner votre diagnostic ?
5. A l'occasion d'une crise convulsive généralisée, on pratique un scanner cérébral. (Cf. icono) Quel est maintenant votre diagnostic principal ?
6. Quel en est le pronostic ?



DOSSIER N°37

1. Quels syndromes biologiques présente la malade ? (20)
 - Cholestase prolongée.....4
 - Hypovitaminose K.....4
 - Cytolyse hépatique (transaminases, lactico-déshydrogénase)4
 - Syndrome inflammatoire (VS, ferritine).....4
 - Bicytopénie : Anémie macrocytaire arégénérative et leucopénie (lymphopénie)4

2. Quelles sont les 2 principales étiologies à suspecter expliquant l'ensemble du tableau ? (20)
 - Tumeurs (lymphomes en particulier).....10
 - Mycobactéries (atypiques plus que tuberculosis).....10

3. Quel est l'examen d'imagerie à réaliser en premier ? Qu'en attendez-vous ? (20)
 - Échographie abdominale (hépatobiliopancréatosplénique)10
 - Siège intra hépatique ou extra hépatique de la cholestase.....2
 - Dilatation ou non des voies biliaires intra / extra hépatiques.....2
 - Arguments pour une tumeur du foie / des voies biliaires / du pancréas2
 - Adénopathies abdominales compressives.....2
 - Splénomégalie : homogénéité du parenchyme splénique.....2

4. Quels examens complémentaires demandez-vous dans un premier temps pour étayer votre diagnostic ? (20)
 - Hémocultures avec recherche de BK et de mycobactéries atypiques (sur milieu de Loewenstein et Jolitor)4
 - Avec antibiogramme.....4
 - Intradermo-réaction à la tuberculine2
 - Radio de thorax2
 - TDM abdominal et échographie abdominale si non faite.....4
 - Ponction / biopsie ganglionnaire sus claviculaire avec anatomopathologie, bactériologie, et recherche de mycobactéries.....4

5. A l'occasion d'une crise convulsive généralisée, on pratique un scanner cérébral. (Cf. icono) Quel est maintenant votre diagnostic principal ? (10)
 - Lymphome tardif.....5
 - Multifocal5

6. Quel en est le pronostic ? (10)
 - Très mauvais.....5
 - Médiane de survie < 1 an5

DOSSIER N°38: Douleurs abdominales chez un tabagique de 64 ans

M. V., 64 ans, est hospitalisé en chirurgie à 17h pour syndrome douloureux abdominal.

ATCD:

Retraité des postes

Tabagisme à 80 paquets années, pas d'excès d'alcool

Angor d'effort depuis 2 ans, traité par trinitrine à la demande, stable actuellement

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs stade IIa, peu invalidante

Bronchite chronique obstructive post tabagique (jamais de décompensation grave)

Appendicectomie à 12 ans

Traitements actuels : Aspirine 100 mg/j, Trinitrine spray à la demande

Histoire de la maladie

Depuis quelques jours, M. V. est pris de fortes douleurs périombilicales post prandiales précoces, qui lui ont fait restreindre son alimentation. Les selles sont d'ailleurs plutôt diarrhéiques, alors que M. V. se plaignait de constipation depuis une dizaine d'années. Ce midi, une demi-heure après déjeuner, il a été pris d'une violente douleur périombilicale, « atroce », qui diffuse maintenant à tout l'abdomen. On note trois vomissements bilieux cet après-midi, ainsi que l'émission il y a une heure, d'une selle franchement diarrhéique dans laquelle M. V. a cru voir du sang.

Examen clinique

Pouls = 134/min, température = 36.7°C, tension artérielle = 100/60 mmHg

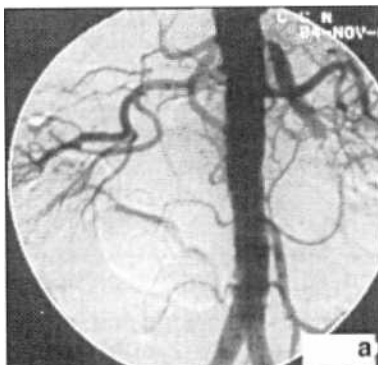
Examen abdominal : très algique, on ne perçoit aucun bruit hydroaérique ni ondulation péristaltique, l'abdomen est très douloureux dans son ensemble avec une défense périombilicale. On retrouve un météorisme mat.

Le toucher rectal ne ramène ni sang ni matières.

Le reste de l'examen clinique complet ne retrouve qu'une abolition des pouls pédieux droit, tibiaux postérieurs droit et gauche, et un amortissement des 2 pouls fémoraux.

1. Quelles hypothèses pouvez-vous formuler ? Quelle est la plus probable ?
2. Dans votre bilan diagnostique, vous avez demandé en urgence l'examen suivant (cf. icono, a = face ; b = profil). Interprétation.
3. Quel est maintenant votre diagnostic ? Sur quels arguments ?
4. Quelle est votre attitude thérapeutique pour les 6 premières heures ? (sans la surveillance)
5. Quels sont les éléments de surveillance des 24 premières heures ?
6. Quel est le pronostic global de cette affection ?
7. Quel geste se discute 48 heures plus tard ?

a



b



DOSSIER N°38

1. Quelles hypothèses pouvez-vous formuler ? Quelle est la plus probable ? (15)

• Infarctus mésentérique	4
• La plus probable.....	3
• Ulcère gastroduodénal perforé	1
• Volvulus du grêle sur bride	1
• Hernie étranglée (inguinale, interne...).....	1
• Pancréatite aiguë	1
• Cholécystite aiguë	1
• Tumeur digestive perforée.....	1
• Infarctus du myocarde.....	1
• Embolie pulmonaire.....	1

2. Dans votre bilan diagnostique, vous avez demandé en urgence l'examen suivant (cf. icono, a = face ; b = profil). Interprétation. (15)

• Sténoses multiples dont :	5
• Cœliaque	5
• Mésentérique.....	5

3. Quel est maintenant votre diagnostic ? Sur quels arguments ? (15)

• Infarctus du mésentère	2
• Terrain athéromateux polyartériel	1
• Angor abdominal les jours précédents.....	1
• Syndrome hyperalgique abdominal	1
d'apparition postprandiale.....	1
• Silence abdominal	1
• Météorisme mat.....	2
• Syndrome péritonéal (défense périombilicale...).....	1
• Absence de pneumopéritoine	1
• Sténose artériographique	4

4. Quelle est votre attitude thérapeutique pour les 6 premières heures ? (sans la surveillance) (15)

• Laparotomie (autre traitement = 0)	1
• D'urgence.....	1
• Sous anesthésie générale.....	1
• Après pose d'une voie veineuse périphérique pour prélèvements préopératoires et tenter de corriger l'état hémodynamique (macromolécules : Plasmion*)	1
• Exploration de la cavité abdominale (bilan lésionnel)	2
• Confirme le diagnostic (grêle noirâtre, immobile).....	2
• Cherche une perforation	1
• Étudie la viabilité du grêle segment par segment.....	1
• Palpation des trajets artériels, (cœliaque, mésentérique supérieure et inférieure)	1
voire doppler peropératoire.....	NC
• Étudie les possibilités de revascularisation.....	1
• Résection intestinale des anses nécrosées	1
rétablissement de la continuité en un ou deux temps selon les constatations peropératoires.....	1
• Toilette péritonéale	NC
• Fermeture pariétale.....	NC
• Postopératoire : discuter : vasodilatateurs, héparinothérapie, oxygénothérapie	1

5. Quels sont les éléments de surveillance des 24 premières heures ? (16)

• Conscience	1
• Pouls.....	1
• Tension artérielle.....	1
• Température	1
• Diurèse.....	1
• Hydratation.....	1
• Douleurs abdominales.....	1
• Transit (gaz ?).....	1
• Palpation abdominale (défense ?).....	1
• Bruits hydroaériques.....	1
• Toucher rectal (hémorragie)	1
• Douleurs thoraciques.....	1
• Auscultation cardiopulmonaire	N C
• Thrombophlébite (mollets, douleur d'un membre inférieur)	1
• NFS, plaquettes	1
• TP TCK, Ionogramme, Glycémie, Amylase, ASAT, ALAT, Urée, Créatinine, Gazométrie artérielle	N C
• ASP.....	1
• ECG	1

6. Quel est le pronostic global de cette affection ? (9)

• 90 % de mortalité (très mauvais)	9
--	---

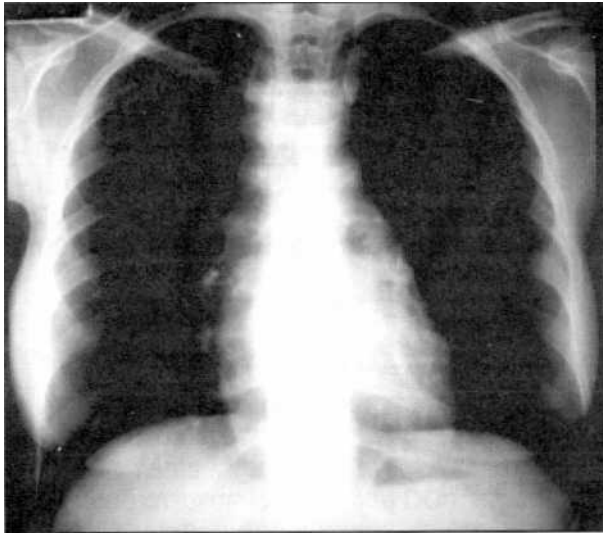
7. Quel geste se discute 48 heures plus tard ? (15)

• Laparotomie.....	5
• De deuxième regard.....	5
• Qui vérifie la viabilité du grêle restant.....	5

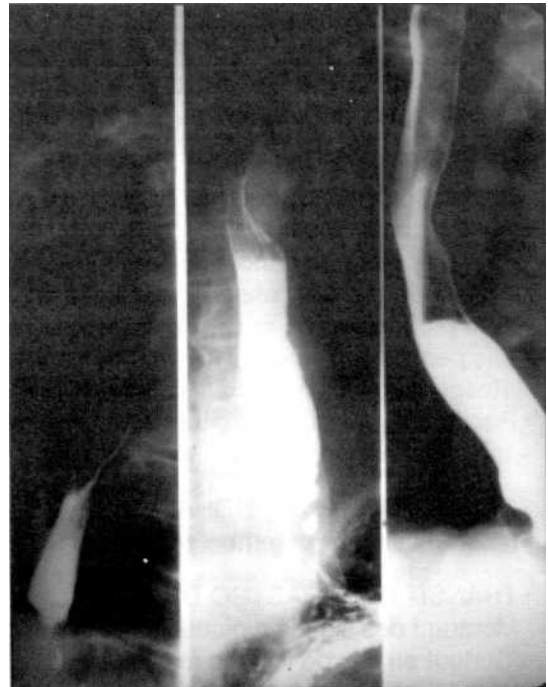
DOSSIER N°39: Dysphagie progressive chez une femme de 45 ans

Madame N. M., 45 ans, alcool o-tabagique, consulte en raison d'une dysphagie apparue il y a deux mois et qui s'aggrave progressivement.

1. Quelles sont les caractéristiques de la dysphagie du cancer cesophagien ?
2. Quelles sont les caractéristiques de la dysphagie du mégacésophage idiopathique ?
3. La sémiologie de cette dysphagie est très évocatrice d'une achalasie. Quels examens paracliniques demanderez-vous ? Pourquoi ?
4. Si votre patiente avait un syndrome de Raynaud bilatéral depuis 20 ans avec des calcifications sous-cutanées, quel diagnostic devriez-vous suspecter ? Quels éléments cliniques devriez-vous chercher pour conforter votre opinion ?
5. Interprétez l'iconographie n° 1 et 2.
6. Quels sont les moyens thérapeutiques dont vous disposez pour traiter un mégacésophage idiopathique ?
7. Interprétez l'iconographie n° 3. Pensez-vous devoir prescrire d'autres examens complémentaires dans ce cas précis ? Justifiez.
8. Quel sera votre traitement si votre hypothèse se confirme ?



2



3

DOSSIER N°39**1. Quelles sont les caractéristiques de la dysphagie du cancer cesophagien ? (10)**

- Dysphagie d'aggravation progressive1
- Évoluant sans rémission.....1
- D'abord simple gêne.....1
- Débutant avec les solides (grosses bouchées)1
- Puis petit à petit touchant les semi-solides, puis les liquides1
- Jusqu'à devenir une véritable aphagie si on laisse évoluer la maladie 1
- Il existe un contexte alcoolo-tabagique1
- Une altération de l'état général marquée.....1
- Voire d'autres signes de cancer cesophagien : adénopathies, foie métastatique, compression médiastinale, etc2 si au moins un signe cité

2. Quelles sont les caractéristiques de la dysphagie du mégacésophage idiopathique ? (11)

- Évolution intermittente et capricieuse1
- Il s'agit d'une dysphagie paradoxale4
- Touchant essentiellement les liquides1
- Alors que les solides passent bien1
- Il existe des facteurs déclenchants (stress, froid, émotions).....1
- Elle peut céder avec des manœuvres connues du patient.....1
- Ou avec une prise de dérivés nitrés ou d'inhibiteurs calciques1
- Pas d'altération de l'état général1

3. La sémiologie de cette dysphagie est très évocatrice d'une achalasie. Quels examens paracliniques demanderez-vous ? Pourquoi ? (9)

- FIBROSCOPIE CESO-GASTRO-DUODENALE.....2
- Avec biopsies multiples1
- Afin d'éliminer un cancer du tiers moyen de l'œsophage.....1
- Conséquence de l'œsophagite de stase.....NC
- Peu probable ici en raison de la faible durée d'évolution de l'achalasieNC
- Elle permet également d'éliminer un cancer du cardia1
- Responsable d'une achalasie symptomatique.....NC
- Recherche de causes d'achalasie secondaires :NC
- Infectieuses, Crohn, Sarcôïdose, maladie de Chagas, Sclérodermie, etcNC
- RADIOGRAPHIE PULMONAIRE.....NC
- Montrant un élargissement médiastinal.....NC
- TRANSIT CESO-GASTRO-DUODENAL.....1
- Montrant des signes typiques d'achalasie1
- Surtout en cas de formes évoluéesNC
- Élimine les lésions pariétales (cancers, etc ...)NC
- Si ces examens sont négatifs :NC
- MANOMETRIE ŒSOPHAGIENNE.....2
- Examen le plus sensible pour le diagnostic positif d'achalasie.....NC
- Montrant une hyperpression basale du Sphincter Inférieur de l'Œsophage (SIO)NC
- Qui diminue après injection de dérivés nitrésNC
- Une absence de relaxation du SIO après déglutitionNC
- Un péristaltisme œsophagien mal coordonnéNC

4. Si votre patiente avait un syndrome de Raynaud bilatéral depuis 20 ans avec des calcifications sous-cutanées, quel diagnostic devriez-vous suspecter ? Quels éléments cliniques devriez-vous chercher pour conforter votre opinion ? (10)

- Sclérodermie3
- De type : CREST Syndrome3
- Rare cas de sclérodermie généralisée d'évolution plutôt bénigneNC
- Rechercher :NC
- Une calcinose sous-cutanée.....NC
- Un syndrome de Raynaud précédant souvent de longue date les autres signesNC
- Des troubles oesophagiens (achalasie et/ou RGO).....NC
- Une Sclérodactylie.....2
- Des Téliangiectasies.....2

5. Interprétez l'iconographie n° 1 et 2. (20)

- RADIOGRAPHIE PULMONAIRE.....NC
- Élargissement médiastinal supérieur.....2
- Avec débords droit et gaucheNC
- TRANSIT CESO-GASTRO-DUODENAL.....NC
- Dilatation oesophagienne2
- Très importante2
- Stase du produit de contraste et alimentaire2
- Sténose2
- Axiale.....2
- Régulière2
- De l'extrémité inférieure de l'oesophage2
- En "queue de radis".....2
- Conclusion : signes typiques de mégacésophage idiopathique2

6. Quels sont les moyens thérapeutiques dont vous disposez pour traiter un mégacésophage idiopathique ? (15)

- Traitement médicamenteux :NC
- Relaxants du SIO.....1
- Dérivés nitrés1
- Dinitrate d'isosorbide (ou autre DCI)1
- RISORDAN®.....1
- Ou :NC
- Inhibiteurs calciques1
- Nifédipine (ou autre DCI de dihydropyridine).....1
- ADALATE®1
- A prendre avant les repas2

Commentaire : Attention, en cas de sclérodermie, ces thérapeutiques soulagent l'achalasie mais aggravent un éventuel RGO !

- Dilatations pneumatiques.....2
- Traitement chirurgical :NC
- Cardiomyotomie de Heller2
- Associée systématiquement à un montage anti-reflux2
- Car les RGO secondaires sont fréquents et gravesNC

7. Interprétez l'iconographie n° 3. Pensez-vous devoir prescrire d'autres examens complémentaires dans ce cas précis ? Justifiez. (15)

• TRANSIT CESO-GASTRO-DUODENAL	NC
• Dilatation modérée de l'cesophage	2
• Sténose excentrée	2
- Irrégulière.....	2
- Du cardia	2
• Une fibroscopie ceso-gastro-duodénale.....	2
- Avec biopsies.....	1
- Est INDISPENSABLE	2
- Pour confirmer le diagnostic de cancer du cardia	2

8. Quel sera votre traitement si votre hypothèse se confirme ? (10)

• Traitement chirurgical.....	1
- En absence de contre-indications.....	1
- Après bilan pré-opératoire et d'extension complet.....	NC
• CESOGASTRECTOMIE TOTALE.....	3
- Ou cesophagectomie totale associée à une gastrectomie polaire supérieure	NC
- Curage ganglionnaire.....	2
- Examen anatomo-pathologique des pièces opératoires	1
• Radiothérapie	1
• SURVEILLANCE (oubli = p)	1

DOSSIER N°40 : Violentes douleurs abdominales chez un constipé de 35 ans

M. Nicolas W, un jeune homme de 35 ans, constipé chronique, est pris vers minuit, brutalement de violentes douleurs abdominales péri-ombilicales. Ces douleurs très intenses sont accompagnées de paroxysmes encore plus atroces. Des vomissements surviennent le matin. Le patient n'émet plus de gaz.

Vous l'examinez aux urgences vers 10h : la symptomatologie fonctionnelle est demeurée inchangée. Vous constatez un volumineux ballonnement péri-ombilical plutôt asymétrique, tympanique, rénitent et immobile. Le toucher rectal est sans particularités. Il n'existe pas de défense, le pouls et la pression artérielle sont corrects, le patient est conscient mais souffre énormément.

1. Quel élément important devez-vous rechercher lors de votre examen clinique ?
2. Quel est votre diagnostic à ce stade ? Quelles sont vos hypothèses étiologiques ?
3. Le patient n'a jamais été opéré auparavant. Il s'est déjà plaint de douleurs abdominales siégeant au même endroit, mais moins intenses et ayant cédé spontanément après quelques dizaines de minutes. Son état général est satisfaisant et vous décidez de prescrire un bilan pré-opératoire en urgence, comprenant un ASP : clichés debout et en décubitus. Interprétez-le.
4. Quelle est la cause la plus probable de cette pathologie ?
5. Quelles sont les indications du lavement colique dans ce cas ? Quel est le risque principal de cet examen ? Quels en seraient les résultats attendus ?
6. Quel sera votre traitement si votre diagnostic se confirme ?



Debout



Couché

DOSSIER N°40

1. Quel élément important devez-vous rechercher lors de votre examen clinique ? (10)

- Examen des orifices herniaires10
- Geste systématique à réaliser en PREMIER en cas de tableau d'occlusion aiguë NC
- Autre réponse = zéro au dossierNC

2. Quel est votre diagnostic à ce stade ? Quelles sont vos hypothèses étiologiques ? (20)

- Occlusion intestinale aiguë6
- Par strangulation.....5

Commentaire : Le signe de Von Wahl (ballonnement rénitent, tympanique et immobile) AFFIRME le mécanisme par torsion.

- Les hypothèses étiologiques sont donc :NC
- Le volvulus du colon pelvien3
- Le volvulus du grêle.....3
- Le volvulus du cœcum3

Commentaire : Le volvulus du colon pelvien est le plus fréquent, mais survient chez des sujets souvent plus âgés, avec peu de vomissements et surtout un ENORME ballonnement très ASYMETRIQUE. L'énoncé du dossier n'oriente pas non plus vers un volvulus du grêle (pas de notion de laparotomie donc de brides); dans ce cas, les douleurs sont plutôt profondes et surtout l'altération de l'état général très marquée.

3. Le patient n'a jamais été opéré auparavant. Il s'est déjà plaint de douleurs abdominales siégeant au même endroit, mais moins intenses et ayant cédé spontanément après quelques dizaines de minutes. Son état général est satisfaisant et vous décidez de prescrire un bilan pré-opératoire en urgence, comprenant un ASP : clichés debout et en décubitus.

Interprétez-le. (20)

- ASP debout :NC
- Niveaux gazeux.....2
- Énorme.....2
- Siégeant dans l'hypochondre gauche.....2
- Niveaux du grêle.....2
- Absence d'air colique.....2
- ASP couché :NC
- Absence de granité stercoral cœcal en fosse iliaque droite3
- Déplacement du cœcum vers l'hypochondre gauche3
- Anses grêles en fosse iliaque droiteNC
- Conclusion : Signes radiologiques typiques de volvulus du ca?cum4

4. Quelle est la cause la plus probable de cette pathologie ? (10)

- Défaut congénital d'accolement du cœcum et du colon ascendant10

5. Quelles sont les indications du lavement colique dans ce cas ? Quel est le risque principal de cet examen ? Quels en seraient les résultats attendus? (20)

• Utile en cas de doute diagnostique.....	3
- Ou pour éliminer un volvulus du colon pelvien (5 fois plus fréquent)	3
• A réaliser aux hydrosolubles	NC
• Le risque est la perforation sur un intestin sphacélé	4
• Résultats :	NC
- Opacification du cadre colique	3
- Jusqu'à buter en aval du caecum	3
- Avec un arrêt net	2
• Image claire du caecum et du colon droit volvulés	2

6. Quel sera votre traitement si votre diagnostic se confirme? (20)

• Hospitaliser en urgence	1
• Repos	1
• Diète stricte.....	1
• Voie veineuse périphérique.....	1
• Scope	1
• Sonde urinaire	1
• Sonde naso-gastrique	1
- En aspiration douce et prudente.....	1
• Réanimation médicale courte	1
• Polyantibiothérapie à visée anti-BGN et anaérobies.....	NC
• Traitement chirurgical.....	1
- En extrême urgence.....	1
- Laparotomie médiane	1
- Temps explorateur.....	1
- Détorsion de l'anse volvulée.....	1
- Examen de la vitalité de l'intestin	1
- Si présence de zones nécrosées ou douteuses : résection et confection de stomies	1
- Fixation du colon	1
- Fermeture pariétale	NC
• SURVEILLANCE (oubli = p)	3
• Traitement au long cours de la constipation	NC

DOSSIER N°41 : Douleur épigastrique et antécédents de cholécystites

Madame A.S, 75 ans, obèse, aux antécédents de cholécystites aiguës, dont un épisode récent survenu il y a quelques semaines, est hospitalisée en raison d'une douleur épigastrique qui a débuté brutalement il y a deux heures. Elle a vomi abondamment durant son transport à l'hôpital. Son ventre est peu distendu, le toucher rectal et les orifices herniaires sont normaux et il n'existe pas de défense.

1. Quels examens paracliniques allez-vous demander ?
2. Quelques heures plus tard, la patiente se sent mieux. Elle est admise dans le secteur de chirurgie où elle est placée sous surveillance. Le bilan biologique est normal et l'échographie abdominale gênée par la présence de gaz est ininterprétable. Six heures plus tard, les douleurs reprennent, mais ont migré dans la région péri-ombilicale plutôt latéralisées à droite. Les vomissements ont aussi recommencé, incoercibles, jaunâtres et fétides. La patiente n'émet plus de gaz. L'abdomen est ballonné et péristaltique. L'état général s'est considérablement altéré. Quel est votre diagnostic ?
3. Que devez-vous rechercher dans les antécédents de votre patiente ?
4. Quel sera votre traitement dans l'immédiat ?
5. Quelle sera votre attitude ultérieure ?

DOSSIER N°40**1. Quels examens paracliniques allez-vous demander ? (20)**

• EN URGENCE (sinon zéro)	5
• BIOLOGIE:	NC
• Bilan pré-opératoire :	NC
- Groupe sanguin ABO - Rhésus - RAI	1
- NFS plaquettes.....	1
- Bilan d'hémostase : TP - TCK - fibrinogène	1
- Ionogrammes plasmatiques et urinaires.....	1
- Urée - créatinine et uricémie	1
- Protides - Glycémie	1
• Bilan infectieux :	NC
- Bandelettes urinaires puis en fonction ECBU.....	NC
- Hémocultures si fièvre > 38°5.....	NC
• Bilan hépatique	1
• Dosage des CPK totales et fraction MB (recherche d'un infarctus basal à expression abdominale)	1
• IMAGERIE:	NC
• Thorax	1
• ECG	1
• ASP : face debout et couché et centré sur les coupes	3
• Échographie abdominale	1
• Fibroscopie gastrique en absence de contre-indications (pneu moperitoine, etc ...).....	1

2. Quelques heures plus tard, la patiente se sent mieux. Elle est admise dans le secteur de chirurgie où elle est placée sous surveillance. Le bilan biologique est normal et l'échographie abdominale gênée par la présence de gaz est ininterprétable.
Six heures plus tard, les douleurs reprennent, mais ont migré dans la région péri-ombilicale plutôt latéralisées à droite. Les vomissements ont aussi recommencé, incoercibles, jaunâtres et fétides. La patiente n'émet plus de gaz. L'abdomen est ballonné et péristaltique. L'état général s'est considérablement altéré.

Quel est votre diagnostic ? (20)

• Occlusion intestinale aiguë	10
- Du grêle	5
- Par obstacle	5

3. Que devez-vous rechercher dans les antécédents de votre patiente ? (20)

• Antécédents de lithiase biliaire	10
• Crise de cholécystite aiguë il y a quelques semaines.....	10

4. Quel sera votre traitement dans l'immédiat ? (20)

• Voie veineuse périphérique.....	1
• Scope	1
• Sonde urinaire	1
• Diète stricte.....	1
• Sonde naso-gastrique en aspiration douce et prudente.....	1
• Réanimation médicale intensive	1
• Rééquilibration hydro-électrolytique	1
• Polyan antibiothérapie à visée anti-BGN et anaérobies	1
• Traitement chirurgical.....	1
- En urgence	1

• Laparotomie médiane	1
• Exploration	1
• Prélèvements bactériologiques des épanchements	1
• Dérouler tout le grêle jusqu'à la jonction grêle dilaté / grêle plat	1
• Entérotomie.....	1
• Extraction du calcul.....	1
• Examen anatomo-pathologique.....	1
• Palpation de tout le grêle recherchant d'AUTRES calculs (risque majeur de récurrence)	1
• A extraire également.....	1
• Fermeture pariétale.....	NC
• SURVEILLANCE (oubli =0 !)	1

5. Quelle sera votre attitude ultérieure ?

• A distance et A FROID	2
• Quelques semaines plus tard	2
• Réintervention chirurgicale	2
• Traitement de la cause :	NC
- Cholecystectomie.....	6
- Examen anatomo-pathologique.....	2
- Fermeture de la fistule bilio-digestive	4
• SURVEILLANCE.....	2

Commentaire : le traitement de l'iléus biliaire se fera quasiment toujours en deux temps en raison du tableau grave (d'autant plus qu'il y a souvent un retard diagnostique) et que le terrain (femme assez âgée le plus souvent) est précaire.

191 · IR2 · P1 DOSSIER N°1

Un homme marié de 33 ans consulte pour un ictère. A l'interrogatoire, l'ictère s'est installé au 6^e jour d'un tableau associant un syndrome pseudo grippal et une anorexie marquée. Dans ses antécédents, on note des céphalées une à deux fois par mois réagissant bien au Dupéran® (clometacine), un ictère à l'âge de 15 ans et une extraction dentaire 3 mois auparavant. A l'examen

ictère franc, foie palpable dans les grandes inspirations, sensible.

Température : 38,4°C, pouls : 88 min.

Biologie

Globules blancs : 5 000/mm³ dont 40 % de polynucléaires neutrophiles, 1 % de polynucléaires éosinophiles et 59 % de lymphocytes. Transaminases : SGPT : 1 500, SGOT : 1 200 (N < 25), phosphatases alcalines : 320 (N < 200), bilirubinémie : 80 mg/l dont 60 mg/l de conjuguée, taux de prothrombine 80 %. Vous suspectez une hépatite aiguë due au virus B.

1. Sur quels arguments suspectez-vous cette étiologie ?
2. Deux autres diagnostics pouvaient être évoqués chez cet homme jeune : lesquels ? Sur quels arguments les rejetez-vous a priori ?
3. Quel examen demanderez-vous pour confirmer votre diagnostic ?
4. Quels seront à priori les résultats de cet examen ?
5. Quelle(s) mesure(s) diététique(s) prescrivez-vous ?
6. Quels sont les signes cliniques de gravité qu'il faut rechercher pendant les 15 premiers jours chez ce patient ?
7. Quelle sera la surveillance biologique dans les mois qui viennent ?

91 - IR2 - P1 N°1

1. Sur quels arguments suspectez-vous cette étiologie ? (10)

- Argument anamnestique :NC
Extraction dentaire trois mois auparavant ; délai correspondant au délai d'incubation de l'hépatite virale B (10-12 semaines en moyenne)2
- Arguments cliniques :NC
Phase pré ictérique avec syndrome pseudogrippal et anorexie suivie 6 jours plus tard de la phase ictérique avec ictère franc, hépatomégalie sensible et persistance d'une fièvre à 38,4C°2
- Arguments biologiques :NC
 - Hypertransaminasémie très importante supérieure à 40 fois la normale (+++)2
 - Hyperbilirubinémie à prédominance conjuguée1
 - Élévation modérée des phosphatases alcalines1
 - Inversion de la formule sanguine. (hyperlymphocytose relative)2

2. Deux autres diagnostics pouvaient être évoqués chez cet homme jeune: lesquels ?
Sur quels arguments les rejetez-vous à priori ? (20)

- Hépatite aiguë à virus A : rejetée car l'ictère à l'âge de 15 ans est probablement une hépatite A, affection immunisante.....1 0
- Hépatite médicamenteuse à la clométacine (Dupéran®)
 - Les arguments contre ce diagnostic sont :5
 - le syndrome pré-ictérique pseudogrippal2
 - l'âge du patient (en effet les hépatites à la clométacine surviennent dans l'immense majorité des cas chez des sujets âgés)1
 - le sexe du patient. En effet, ces hépatites surviennent dans 80 à 90 % chez des femmes1
 - le caractère discontinu et occasionnel de la prise médicamenteuse1

3. Quel examen demanderez-vous pour confirmer votre diagnostic ? (10)

- On demandera une sérologie de l'hépatite B comportant :NC
- AgHBs2
- Anticorps anti HBc avec recherche d'IgM3
- Anticorps anti HBs3
- Antigène HBe, anticorps anti HBe2

4. Quels seront à priori les résultats de cet examen ? (10)

- L'Ag HBs sera positif : l'AgHBs est détectable dans le sérum 2 à 4 semaines avant l'élévation des transaminases2
- Les anticorps anti HBc de classe IgM seront présents : ils apparaissent 1 à 2 semaines après l'AgHBs et sont constamment présents à la phase aiguë de l'hépatite B. Leur négativité élimine le diagnostic d'hépatite virale aiguë B2
- Les anticorps anti HBs seront absents.....2
- L'antigène HBe sera probablement positif.....2
- L'anticorps anti HBe probablement négatif2

5. Quelle(s) mesure(s) diététique(s) prescrivez-vous ? (10)

- Repos.....5
- Arrêt de toute prise médicamenteuse non indispensable, en particulier de la clométacine connue pour son hépatotoxicité.....2
- Abstinence alcoolique pendant la durée de l'hépatite aiguë2
- Enfin notons qu'il n'y a pas de régime alimentaire particulier à recommander : l'alimentation doit simplement être adaptée à l'anorexie du patient et à l'éventuel dégoût des graisses1

6. Quels sont les signes cliniques de gravité qu'il faut rechercher pendant les 15 premiers jours chez ce patient ? (20)

On recherchera des signes d'encéphalopathie hépatique : astérisis, inversion du cycle nyctéméral, désorientation temporo-spatiale qui témoigneraient d'une évolution fulminante de l'hépatite B. Signes d'insuffisance hépatique sévère (épistaxis, gingivorragies), disparition de l'hépatomégalie (atrophie hépatique)20

7. Quelle sera la surveillance biologique dans les mois qui viennent ? (20)

La surveillance biologique reposera sur le dosage des transaminases qui doit être effectué après disparition de l'ictère c'est à dire en pratique 6 à 12 semaines après le diagnostic puis tous les 2-3 mois jusqu'à la normalisation10

Une hypertransaminasémie persistant plus de 6 mois doit faire craindre une évolution vers la chronicité qui sera confirmée par la persistance de l'AgHBs au delà de 6 mois d'évolution. On surveillera sérologiquement la guérison du malade : négativation de l'Antigène HBs, apparition d'anticorps anti HBs10

91 - IR5 - P1 DOSSIER N°3

Un homme de 53 ans est hospitalisé pour des douleurs abdominales et une altération massive de l'état général avec amaigrissement de 10 kg en 3 mois. A l'examen physique, on constate un poids de 60 kg pour une taille de 1,70m ; une ascite, abondante et une adénopathie sus-claviculaire gauche dure, indolore et fixée. Il n'y a ni ictère, ni trouble du transit, ni dyspnée. Le liquide d'ascite, riche en protéines, contient des placards de cellules néoplasiques provenant d'un adénocarcinome. La radiographie pulmonaire montre un lâcher de ballons pulmonaires. Le scanner abdominal met en évidence une volumineuse tumeur du corps du pancréas et des métastases hépatiques multiples. Le diagnostic d'adénocarcinome du corps du pancréas avec métastases multiples est ainsi établi.

Malgré un traitement qui comporte : Aspégic® 1 000 (acétylsalicylate de lysine 1,8 g), Doliprane® (paracétamol, comprimé à 500 mg) 4 comprimés/jour, Glifanan® (glafénine, comprimé à 200 mg) 6 comprimés/j et Rohypnol® (flunitrazepam, comprimé à 2 mg) 1 comprimé le soir, le tableau clinique demeure dominé par des douleurs épigastriques térébrantes, transfixiantes, insomniantes et intolérables.

Il est décidé de remplacer ce traitement par la morphine per os.

1. Comment justifiez-vous cette décision ?
2. Préciser les 2 formes galéniques existantes et indiquez pour chacune d'entre elles la périodicité des prises.
3. Le lendemain, le malade vous dit que les douleurs ont dans l'ensemble été atténuées mais qu'elles n'ont pas disparu. Quelques paroxysmes douloureux sont survenus pendant la nuit. Comment adaptez-vous le traitement antalgique ?
4. Le 3^e jour, les douleurs sont calmées, mais le patient se plaint de nausées (sans vomissement). Que faut-il faire ?
5. Au 8^e jour de ce traitement, du fait de la disparition des douleurs, l'amélioration de l'état général est tel que le retour au domicile est autorisé. Énumérez les dispositions réglementaires qui régissent la prescription de la morphine dans ces conditions ?

91 - IR5 - P1 DOSSIER N°3**1. Comment justifiez-vous cette décision ? (20)**

- Cette décision se justifie sur les faits suivants :NC
- le traitement, qui ne peut être que palliatif chez ce patient présentant un adénocarcinome pancréatique avec extension locorégionale et à distance, consiste avant tout à soulager la douleur10
- l'existence de douleurs épigastriques térébrantes, transfixantes, insomniantes et intolérables, résistantes à un traitement associant antalgiques périphériques (paracétamol et glafénine) et antalgiques antiinflammatoires (acétyle salicylate) justifie le recours à des antalgiques plus puissants, ayant une action centrale c'est-à-dire les opiacés. Parmi eux, la morphine (agoniste pur) permet d'augmenter les doses avec un plafonnement de l'effet plus tardif qu'avec les agonistes-antagonistes.....10

2. Préciser les 2 formes galéniques existantes et indiquez pour chacune d'entre elles la périodicité des prises. (20)

- Monsieur X, âge, poids, date, signature du médecin. Carnet à souches5
- Sulfate de morphine Moscontin®, comprimés à libération prolongée5
- prise toutes les 12 heures (à 8h et à 20h), de 1 cp à 30 mg5
- Associer systématiquement : anti émétique, + laxatif doux5

forme: chloxydate

3. Le lendemain, le malade vous dit que les douleurs ont dans l'ensemble été atténuées mais qu'elles n'ont pas disparu. Quelques paroxysmes douloureux sont survenus pendant la nuit. Comment adaptez-vous le traitement antalgique ? (20)

Il faut augmenter les doses de morphine afin de maintenir un taux sérique efficace pendant tout le nycthémère

- Sulfate de morphine : Moscontin®5

La posologie initiale de 30 mg toutes les 12 heures sera augmentée par paliers de 10 mg/12 heures jusqu'à la dose utile (qui peut atteindre 100 mg/12 heures voire plus), en n'augmentant pour commencer que la prise du soir (20h) de 10 mg10

4. Le 3e jour, les douleurs sont calmées, mais le patient se plaint de nausées (sans vomissement). Que faut-il faire ? (20)

Prescription d'un antiémétisant per os par exemple métoclopramide : Primpéran®, 3 comprimés par jour en 3 prises

Diminution du traitement par benzodiazépine (Rohypnol®) pour tenter de diminuer la somnolence. Si celle-ci est due à la posologie de morphine, on ne pourra l'atténuer qu'en diminuant les prises de Moscantin®, au prix d'un probable réveil des douleurs.....10

5. Au 8e jour de ce traitement, du fait de la disparition des douleurs, l'amélioration de l'état général est tel que le retour au domicile est autorisé. Énumérez les dispositions réglementaires qui régissent la prescription de la morphine dans ces conditions ? (20)

- Prescription par un médecin thèse inscrit au Conseil de l'Ordre2
- Utilisation d'un carnet à souche délivré par l'Ordre des Médecins2
- L'ordonnance doit comporter :NC
- le nom, l'adresse, et la signature du prescripteur2
- la date de prescription et le mode d'administration du médicament.....2
- le nom et l'adresse du patient2
- La durée de la prescription sera inférieure ou égale à 14 jours et le renouvellement de l'ordonnance est impossible. Une nouvelle prescription sur le carnet à souche est indispensable au terme des 14 jours2
- La posologie doit être inscrite en toutes lettres.....2
- Moscantin® : 1 cp de 30 mg le matin, 1 cp de 30 mg + 1 cp de 10 mg le soir2
- Primpéran®: (cp à 10 mg) : 3 cps/jour.....2
- Duphalac®: 1 sachet, 3 fois par jour1
- Rohypnol®: (cp à 1 mg) : 1 cp le soir1

91 - IR6 - P1 DOSSIER N° 6

Il s'agit d'un homme de 27 ans, voyageur représentant de commerce, qui est victime au cours de son travail d'un accident de la route par choc frontal alors qu'il conduisait lui-même son véhicule. Il est relevé porteur d'une fracture de la rotule gauche, une plaie du cuir chevelu à la partie antérieure du scalp et d'une contusion dans la région sous xiphoïdienne par l'axe du volant.

Amené au service des urgences, immobilisé dans un gouttière, l'examen initial montre qu'il n'y a pas de signe de choc : pression artérielle = 14/8 ; pouls = 96 ; température = 37°5C.

L'examen clinique immédiat montre l'existence d'une ecchymose hémorragique dans la région sus-ombilicale. La palpation, à ce niveau, est légèrement douloureuse mais il n'y a pas de défense pariétale, pas d'anomalie à la percussion abdominale ; l'auscultation montre la persistance de bruits hydro-aériques ; le toucher rectal est sans particularité. Lors d'une miction, les urines sont claires.

L'examen radiologique pratiqué en urgence confirme l'existence d'une fracture non déplacée de la rotule gauche ; l'examen radiologique du thorax et de l'abdomen sans préparation ne montre pas d'anomalie.

Un antalgique mineur est prescrit. Le bilan biologique initial ne décèle pas d'anomalie de l'azotémie, de la glycémie et du bilan ionique ; la formule sanguine montre 4700 000 globules rouges avec 14 g/dl d'hémoglobine, 11 200 globules blancs dont 57 % de polynucléaires, un taux de plaquettes normal.

La plaie du cuir chevelu est suturée ; un sérum antitétanique est prescrit. Le genou est immobilisé.

L'évolution, dans les premières heures, est contrôlée régulièrement.

On voit apparaître des signes généraux avec une polypnée, une fièvre à 38°2C ; le malade se plaint de douleurs abdominales hautes et, à deux reprises, présente des vomissements bilieux. La palpation note la constitution progressive d'une défense dans la région épigastrique. La matité hépatique est conservée ; le toucher rectal reste indolore. Un nouveau bilan sanguin est demandé ; il existe une discrète anémie : 11 g d'hémoglobine avec une hyperleucocytose : 14 500 blancs avec 60 % de polynucléaires ; la glycémie est à 1,4 g alors que le malade n'est pas sous perfusion.

Une amylasémie est demandée ; elle est de 850 unités pour un taux normal maximum de 250.

Un nouveau cliché d'abdomen sans préparation est demandé. Il n'y a pas de croissant gazeux sous-diaphragmatique mais une anse grêle isolée, distendue par les gaz, est visible à la partie haute de l'abdomen. Le diagnostic de contusion pancréatique est posé.

1. Quelle attitude thérapeutique initiale proposez-vous face à ce diagnostic ?
2. Quels examens d'imagerie sont utiles pour confirmer ce diagnostic et surveiller l'évolution ?
3. Quelles sont les possibilités évolutives durant les jours suivants ?
4. Quelle conduite conseillerez-vous en cas de complication(s) précoce(s) ?
5. A distance, quelle complication faut-il redouter ?
6. Dans cette éventualité, que faut-il proposer ?

91 - IR6 - P1 DOSSIER N°6

1. Quelle attitude thérapeutique initiale proposez-vous face à ce diagnostic ? (20)

- Hospitalisation en USI de chirurgie viscérale. Attitude thérapeutique initialement médicale1
- voie veineuse permettant une équilibration hydroélectrolytique G 5 % 2 1/24 avec.1
- 4 g NaCl/lN C
- 2 g KCl/lN C
- Vit B1, B6, PP 1A/1N C
- et un apport nutritionnel parentéral dans une forme grave.....2
- Antalgiques par voie veineuse : Avafortan® 3 ampoules par jour2
- oxygénothérapie nasale (polypnée) à adapter aux gaz du sang1
- jeûne absolu, aspiration gastrique douce et continue1
- Anti sécrétoires (anti H2 par voie IV, analogues de la somatostatine)1
- surveillance stricte et régulière1
- Clinique :1
- Ta, FC, T°, diurèse, fréquence respiratoire, conscience.....1
- Auscultation cardiaque et pulmonaire1
- Palpation de l'abdomen1
- Biologique :1
- Sur les critères de Ranson1
- Amylasémie, amylasurie, transaminases, NFS, LDH, urée, créatinine, calcémie1
- Glycémie1
- GDS : gaz du sang2

2. Quels examens d'imagerie sont utiles pour confirmer ce diagnostic et surveiller l'évolution ? (20)

- 1) Échographie pancréatique mais surtout Tomodensitométrie pancréatique avec injection de produit de contraste, qui permet :5
- la mise en évidence de la pancréatite2
- Avant injection : pancréas augmenté de volume, hétérogène.....1
- Après injection : zones nécrosées de densité inchangée contrastant avec les zones de parenchyme normal qui se rehaussent.....2
- L'appréciation du degré d'extension extra pancréatique d'une pancréatite aiguë nécrosante2
- 2) L'échoendoscopie du pancréas peut également être utile, ainsi que la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique3
- 3) Les ASP réguliers recherchent la disparition de l'image d'anse sentinelle, l'absence de grisaille (épanchement péritonéal), l'absence d'effacement de l'ombre des psoas (inflammation rétropéritonéale), l'absence de signes d'iléus ou de pneumopéritoine.....3
- 4) Radio de thorax vérifie l'absence d'épanchement pleural gauche2

3. Quelles sont les possibilités évolutives durant les jours suivants ? (20)

- L'évolution précoce peut être favorable ou défavorable.....N C
- Évolution favorable :N C
- L'évolution favorable est la règle en cas de pancréatite aiguë œdémateuse dite bénigne5
- Évolution défavorable :N C
- Une évolution défavorable peut être en rapport avec une pancréatite aiguë nécrosante (secondaire à une contusion pancréatique sévère habituellement isthmique) responsable de :N C
- toxémie pancréatique (défaillance polyviscérale)5
- foyers de nécrose infectés (abcès, faux kystes infectés)5
- nécrose et perforation digestives (duodénum, grêle, côlon) à l'origine de fistules2
- hémorragies intrapéritonéales par ulcérations de vaisseaux2
- Une évolution défavorable peut également être due à une rupture rétro-péritonéale du duodénum fréquemment associée à la contusion pancréatique ou aux complications de la réanimation hydroélectrolytique (liées au 3e secteur, à sa constitution puis à sa résorption)1

4. Quelle conduite conseillerez-vous en cas de complication(s) précoce(s) ? (20)

- En cas de complications précoces il faut intervenir chirurgicalement afin de réaliser :5
 - Une exérèse des foyers de nécrose infectés associée à un lavage péritonéal et à un drainage large de la loge pancréatique5
 - Un traitement des autres complications éventuelles de la nécrose pancréatiqueN C
- Hémostase d'une ulcération vasculaire.....2
- Excision d'une nécrose intestinale.....2
 - Le traitement d'une éventuelle rupture duodénale rétropéritonéale associée par :2
- Suture associée à un drainage.....2
- Duodéno pancréatectomie céphalique en cas de lésions pancréatico-duodénales sévères2

5. A distance, quelle complication faut-il redouter ? (10)

A distance de la pancréatite, il faut redouter le développement d'un pseudokyste pancréatique. (qui peut lui-même se surinfecter : abcès)1 0

6. Dans cette éventualité, que faut-il proposer ? (10)

- Ponction drainage du pseudokyste par voie per-cutanée sous contrôle échographique ou scanographique5
ou
- Drainage chirurgical plus rarement3
- On attend en général 6 semaines, avant d'intervenir sur un faux kyste, car il existe des résorptions spontanées.....2

91 - IR7 - P1 DOSSIER N°6

Une femme de 47 ans consulte son médecin traitant qui l'adresse pour troubles digestifs et amaigrissement. Dans ses antécédents, on note une appendicectomie 20 ans avant, une hépatite virale 4 ans avant, et la prise plus ou moins régulière d'anxiolytiques divers et de benzodiazépines. La dysphagie basse est apparue progressivement depuis 9 mois environ, prédominante aux liquides d'abord, actuellement quelle que soit la nature des aliments.

Depuis peu, il y a des régurgitations et des vomissements alimentaires 1 à 2 minutes après leurs ingestion. L'examen de cette malade anxieuse montre un retentissement de ces troubles sur l'état nutritionnel (48 kg par 1,60 cm) avec perte de 5 kg dans les 3 derniers mois. La fibroscopie œsogastroduodénale pratiquée 2 mois après apparition de la dysphagie, ayant été interprétée comme normale, la malade a été étiquetée de fonctionnelle. La patiente a passé vers la même époque un TOGD qui montrait un œsophage de morphologie normale avec cependant stase du produit de contraste à ce niveau avec retard du passage œsogastrique sans obstacle visible. La fibroscopie vient d'être refaite devant l'aggravation des symptômes. Elle retrouve un abondant liquide de stase à l'œsophage qui est modérément dilaté et une jonction œsogastrique normale, franchie sans difficulté particulière.

1. Quel est le diagnostic ?
2. Quel est l'examen paraclinique simple et de routine, susceptible d'objectiver une stase œsophagienne au cours de cette affection ?
3. Quels est l'examen le plus approprié pour confirmer la suspicion diagnostique ?
4. Quelles sont les anomalies les plus typiquement retrouvées par cet examen au niveau du corps de l'œsophage ?
5. Quelles sont les anomalies les plus typiquement retrouvées par cet examen au niveau du cardia ?

91 - IR7 - P1 DOSSIER N°6

1. Quel est le diagnostic ? (20)

- Mégaoesophage idiopathique ou achalasie du cardia, car :10
- La patiente est âgée de 47 ans (la maladie s'observe surtout en effet entre 40 et 60 ans) 2
- Il existe une dysphagie responsable d'un amaigrissement de 5 kgs (notons que la dysphagie est atypique en effet, au cours de l'achalasie, la dysphagie est classiquement paradoxale, c'est-à-dire prédominant sur les liquides, capricieuse, non progressive ; de même, l'amaigrissement rapide est atypique) 2
- Cette dysphagie est accompagnée de régurgitations et de vomissements post-prandiaux très précoces.1
- Le TOGD met en évidence une stase œsophagienne du produit de contraste avec retard du passage œsogastrique sans obstacle visible.....2
- La fibroscopie œsogastroduodénale met en évidence un liquide de stase dans l'œsophage, qui est modérément dilaté. Elle fournit des signes négatifs importants :1
- absence d'œsophagite peptique sténosante1
- absence de tumeur œsophagienne.....1

2. Quel est l'examen paraclinique simple et de routine, susceptible d'objectiver une stase œsophagienne au cours de cette affection ? (20)

Radiographie de thorax face et profil : image de niveau hydroaérique20

3. Quels est l'examen le plus approprié pour confirmer la suspicion diagnostique ? (20)

L'examen clé du diagnostic d'achalasie est la manométrie œsophagienne (la bonne interprétation de cet examen nécessite l'arrêt des dérivés nitrés et des inhibiteurs calciques éventuellement pris par le patient, 72 heures avant).....20

4. Quelles sont les anomalies les plus typiquement retrouvées par cet examen au niveau du corps de l'œsophage ? (20)

Disparition de la propagation des contractions du corps de l'œsophage lors de la déglutition (+++) (ondes péristaltiques primaires).....10

Ondes répétitives anormales du corps de l'œsophage qui peuvent être :N C

- d'amplitude et de durée excessives au cours de l'achalasie débutante dite « vigoureuse » (le tableau clinique comporte alors généralement des douleurs précordiales).....5
- ou au contraire
- d'amplitude et de durée atténuées au cours du mégaoesophage constitué 5

5. Quelles sont les anomalies les plus typiquement retrouvées par cet examen au niveau du cardia ? (20)

Absence ou défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage à la déglutition (+++)10

Augmentation de la pression de repos du sphincter inférieur de l'œsophage au dessus de 40 mmHg10

91 - IR7 - P1 DOSSIER N°5

Après un accident de la voie publique un homme de 35 ans est amené conscient aux urgences. Il est pâle, légèrement dysprélique.

Il n'a aucun antécédent pathologique. Il y a des ecchymoses sous costale gauche et épigastrique. L'abdomen est douloureux dans son ensemble.

Les fosses lombaires sont indolentes, les urines claires. La tension artérielle systolique = 80 mm de Hg, la fréquence cardiaque = 120/min régulière.

La température est à 37°C. Une hémorragie interne post traumatique par rupture de rate est suspectée.

1. Quels examens demander en urgence ?
2. Quelle sera votre attitude immédiate (traitement et surveillance) vis-à-vis de la tension artérielle ?
3. Quels arguments peuvent faire suspecter une lésion du diaphragme associée ?
4. Quels sont les arguments permettant de différer l'intervention chirurgicale abdominale ?
5. On décide l'intervention. Quels en sont les principes généraux ?

91 - IR7 - P1 DOSSIER N°5**1. Quels examens demander en urgence ? (20)**

Aucun examen ne saurait retarder 1 intervention chirurgicale de sauvetage (oubli = 8).....

- En extrême urgence
 - Groupe, Rhésus, RAI, NFS.....5
 - TP, TCK.....5
 - ASP face couché, radio de thorax face et profil.....5
 - Échographie hépato-bilio-pancréato-rénale5
- En complément de ce bilan
 - Urée, créatinine, ionogramme sanguin.....N C
 - Amylasémie, Bilan hépatique (transaminases, phosphatases alcalines, gamma GT, bilirubine), bandelette urinaire (hématies, leucocytes)N C
- Au moindre doute
 - Radiographies crâne face et profilN C
 - Radiographies rachis cervical face et profilN C
 - Radiographies bassin de face.....N C

2. Quelle sera votre attitude immédiate (traitement et surveillance) vis-à-vis de la tension artérielle ? (20)

- Restaurer la volémie :5
- perfusion intraveineuse de macromolécules type Plasmion® 500 cc en 15 minutes 3
- dès que possible : transfusion sanguine2
- On surveille en permanence l'hémodynamique par
 - tension artérielle monitorée (ex : Dynamap).....3
 - pose d'un cathéter veineux central (prise de PVC).....2
- Si la tension artérielle reste basse : laparotomie immédiate d'hémostase5

3. Quels arguments peuvent faire suspecter une lésion du diaphragme associée ? (20)

- Une lésion du diaphragme doit être suspectée devant
 - Clinique : dyspnée1
 - cyanose.....1
 - bruits hydroaériques intrathoraciques6
 - abdomen plat rétracté1
 - Radio thorax face et profil1
 - et grill costal droit et gauche :1
 - coupes diaphragmatiques aux contours imprécis, et/ou clartés gazeuses (niveaux hydro-aériques) sus diaphragmatiques3
 - fractures des dernières côtes gauches3
 - Diagnostic per-opératoire par la palpation manuelle systématique des coupes diaphragmatiques 3

4. Quels sont les arguments permettant de différer l'intervention chirurgicale abdominale ? (20)

- Condition sine qua non : hémodynamique stable : TA systolique supérieure à 100 mmHg (oubli = !), Fréquence cardiaque inférieure à 100/min, diurèse correcte.....5
- Suspicion d'hémothorax associé5
- Fractures nécessitant d'être stabilisées avant l'intervention.....5
- Présence de lésions extra-abdominales prioritaires (thoraciques, cérébrales) 5

5. On décide l'intervention. Quels en sont les principes généraux ? (20)

- Préparation à l'intervention
 - Voie veineuse de gros calibre1
 - Correction au moins partielle de la perte sanguine pour améliorer l'état hémodynamique N C
 - « Provision » de produits sanguins2
 - Sonde gastrique (vacuité gastrique avant l'anesthésie)2
 - Oxygénation nasale ou au besoin par intubation - ventilation assistée 2
- Intervention
 - Laparotomie médiane4
 - Évacuation des épanchements péritonéaux1
 - Repérage des plaies qui saignent et hémostase.....1
 - Exploration minutieuse de la cavité abdominale, des coupes diaphragmatiques, de l'espace rétro péritonéal médian, des loges rénales4
 - Établissement du nombre et de l'importance des lésions1
- Traitement de la rate :2
 - Conservateur si possible : Suture simple ; Splénectomie partielleN C
 - Splénectomie totale si échec de la tentative de conservation, ou si lésions graves associées menaçant le pronostic vitalN C
- Traitement anticoagulant à discuter en post opératoireN C
- Après splénectomie : prophylaxie anti-pneumococcique.....N C

91 - IR7 - P1 DOSSIER N°8

Un homme de 50 ans sans antécédent médico-chirurgicaux autre qu'un diabète gras découvert récemment pour lequel il est hospitalisé.

Dans ces antécédents familiaux, on note un cancer colique chez son père et des polypes du colon chez son frère aîné et devant le terrain ancien de colopathie fonctionnelle (douleurs abdominales atypiques, constipation modérée), il est adressé pour coloscopie. Une excellente préparation permettant de réaliser une coloscopie totale révèle un polype sigmoïdien de 2 cm de diamètre polylobé, fragile et dur au contact avec pédicule court et de petit diamètre.

La normalité du bilan de coagulation permet une polypectomie endoscopique : escarre saine et envoi en anatomopathologie.

1. Quels sont les arguments pour justifier une coloscopie ?
2. Quelles conséquences pratiques tirer des résultats de l'anatomopathologie ?
3. Comment prévenir le cancer recto-colique ?
4. Comment réaliser un dépistage systématique du cancer rectocolique à l'échelon individuel ou pour la population ?
5. Intérêt du dosage de l'ACE chez ce patient ?

91 - IR7 - P1 DOSSIER N°8**1. Quels sont les arguments pour justifier une coloscopie ? (20)**

Le patient présente des facteurs de risque de cancer colorectal	5
Tout d'abord son âge : alors que le risque de cancer colorectal est faible avant 45 ans, son incidence double à chaque décennie après 45 ans	5
Ensuite en raison des antécédents familiaux de cancer colorectal qui multiplie le risque par 3 à 5...	5
Enfin en raison de la symptomatologie fonctionnelle.....	5

Commentaires : L'existence de lésions précancéreuses ayant été démontrée, avec la filiation polype-cancer bien établie, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses est de grande importance ; la cible privilégiée du dépistage est en fait le polype (villeux, adénomateux ou mixte) dont la fréquence augmente à partir de 40 ans et dont le taux de dégénérescence dépasse 10

La colonoscopie est la méthode de dépistage de référence en raison de sa sensibilité et de sa spécificité elle ne peut être utilisée dans le dépistage de masse, mais de manière individuelle chez le sujet à risque.

2. Quelles conséquences pratiques tirer des résultats de l'anatomopathologie ? (20)

- Si cancer envahissant la musculaire muqueuse :.....	4
colectomie segmentaire ou hémicolectomie.....	4
- Si cancer in situ ou adénome ou dysplasie sévère	3
colectomie segmentaire	3
- Si adénome ou dysplasie minime ou moyenne :	3
coloscopie à 1 an	3

Commentaires : Les polypes désignant des néoformations macroscopiquement très voisines mais histologiquement variées et de signification différente, il convient de distinguer : les adénomes (80 des cas) qui seuls peuvent se transformer, des polypes hyperplasiques, juvéniles, inflammatoires (20 %) qui ne se transforment pas. Les adénomes tubuleux (majoritaires) sont habituellement pédiculés et dégénèrent dans 5 à 10 % des cas ; alors que les villeux, plus rares, plus gros, habituellement sessiles dégénèrent dans 40 % des cas ; les tubulovilleux présentent des caractères intermédiaires. Les adénomes présentent des degrés de dysplasie variable. Seuls les gros adénomes présentant des signes de dysplasie moyenne ou sévère sont susceptibles de se transformer.

Après polypectomie d'une lésion adénomateuse, il faut réaliser une coloscopie complète après un an (selon une étude récente : 56 % des patients contrôlés à un an avaient encore ou à nouveau des lésions adénomateuses). En revanche si la coloscopie de contrôle est négative, on peut proposer une surveillance tous les deux ans, si plus d'un adénome a été découvert lors de l'exploration initiale et seulement tous les trois à cinq ans s'il n'en existait initialement qu'un seul (l'incidence de survenue de nouveaux adénomes dans les quatre années qui suivaient la coloscopie de contrôle négative à un an, était de 35 % chez les patients qui ne présentaient qu'une seule lésion à l'examen initial et de 70 % chez les sujets qui en présentaient de multiples).

3. Comment prévenir le cancer recto-colique ? (20)

- Prévention primaire :.....	5
alimentation riche en fibres,	3
pauvres en graisse animale et en cholestérol et dépistage précoce des adénomes	2
- Prévention secondaire :	5
dépistage des cancers in situ et à un stade précoce.....	2
- Chez ce malade, surveillance par coloscopies (dont la première à 1 an) permettant l'exérèse de nouveaux polypes	3

4. Comment réaliser un dépistage systématique du cancer rectocolique à l'échelon individuel ou pour la population ? (20)

- Échelon individuel
- Toucher rectal systématique à tout examen clinique

- Recherche (interrogatoire) de signes d'appel : troubles du transit..... 4
- Coloscopie si signes d'appel ou facteurs de risque de cancer colo-rectal à partir de 40 ans4
- Population
- Toucher rectal et recherche de signes d'appel à chaque examen N C
- Recherche d'hémorragie occulte dans les selles chez les sujets sans signe d'appel ni de facteur de risque4
- si positif : coloscopie (transit baryté en double contraste si contre-indication ou si échec)4

5. Intérêt du dosage de l'ACE chez ce patient ? (20)

L'ACE trouve son intérêt dans le dépistage précoce des métastases et récidives post chirurgicales de cancer colorectal.

L'ACE n'a donc qu'une valeur pronostique d'une part, et d'orientation diagnostique d'autre part, parmi une population symptomatique ou ayant des antécédents personnels de cancer colique déjà opéré.

Par ailleurs, l'augmentation de son taux est aspécifique et peut se rencontrer dans de nombreuses pathologies bénignes y compris les polypes colorectaux et même chez le sujet sain.

Le dosage de l'ACE chez ce patient est donc SANS INTÉRÊT.20

92 - IR2 - P1 DOSSIER N°3

Une femme de 45 ans se plaint d'avoir depuis quelques mois une diarrhée de plus en plus gênante. Elle va à la selle 4 à 6 fois par jour. Les selles sont post-prandiales, molles ou liquides, quotidiennes, souvent émises après le repas. Elles ne sont jamais nocturnes. Les douleurs abdominales sont rares et peu intenses. Les selles contiennent souvent des débris alimentaires. Il n'y a ni rectorragies, ni émissions glaireuses. La patiente dit avoir eu il y a 4 ans à la suite d'un deuil un épisode identique de 3 mois. Elle a eu par la suite une selle quotidienne normale.

Elle a un bon état général et pèse 59 kg pour 1,68 m. Elle a perdu ces derniers mois environ 5 kg. Elle attribue cet amaigrissement à un régime hypocalorique suivi depuis longtemps mais resté inefficace jusque là. Elle n'a pas d'antécédent pathologique personnel. Son père est décédé il y a 4 ans d'un cancer du rectum avec métastases hépatiques.

Elle apporte un lavement baryté datant de 4 ans, fait en clinique, montrant une réplétion où l'on observe des diverticules du côlon sigmoïde et de nombreux résidus fécaux. La dernière anse grêle opacifiée est normale. Un dosage des lipides dans les selles avait été normal, à l'époque où le poids des selles des 24 heures était à 350 g.

L'examen physique ne trouve aucune anomalie de l'abdomen. Le TR est normal.

Le pouls est à 92/min et la tension artérielle est à 13/7 cm Hg.

La patiente apporte des résultats récents d'examen biologique : NFS, VS, glycémie et enzymes hépatiques sont normaux. Une coloscopie est demandée.

1. Quels arguments figurants dans l'observation sont en faveur du diagnostic de diarrhée motrice ?
2. Quel est le moyen à utiliser pour confirmer la diarrhée motrice et donner le résultat attendu ?
3. Indiquez les diagnostics différentiels de diarrhée motrice à évoquer par principe chez un sujet qui a une diarrhée chronique.
4. L'examen physique de cette patiente est incomplet. Indiquez le complément d'examens nécessaires au diagnostic étiologique d'une diarrhée motrice.
5. Énumérez les causes de diarrhée motrice.
6. Donnez une cause compatible avec l'observation rapportée et en indiquer ses arguments.
7. Si aucune cause n'est découverte, indiquez le traitement symptomatique à conseiller.
8. Justifiez la demande de coloscopie.

92 - IR2 - P1 DOSSIER N°3

1. Quels arguments figurants dans l'observation sont en faveur du diagnostic de diarrhée motrice ? (10)

- selles liquides, post-prandiales2
- présence d'aliments non digérés dans les selles2
- arguments négatifs :N C
- pas d'émission rectale anormale, pas de selles nocturnes2
- absence de lésion muqueuse évidente du colon et de l'iléon terminal au lavement baryté N C
- poids des selles de 24 heures anormalement élevé sans stéatorrhée..... 2
- biologie normale.....2

2. Quel est le moyen à utiliser pour confirmer la diarrhée motrice et donner le résultat attendu ? (10)

- Mesure du temps de transit oro-anal :5
- test au rouge carmin : après absorption de 2 gélules de rouge carmin, en cas d'accélération du transit, les premières selles rouges apparaissent moins de 8 heures après la prise des gélules et disparaissent moins de 12 heures après la prise.....5

3. Indiquez les diagnostics différentiels de diarrhée motrice à évoquer par principe chez un sujet qui a une diarrhée chronique. (20)

- la fausse diarrhée du constipé qui entre dans le cadre de la colopathie fonctionnelle5
- les autres causes de diarrhée hydroélectrolytique :3
- osmotiques (laxatifs osmotiques).....3
- sécrétoires (laxatif irritant, tumeur villoseuse...)3
- exsudatives (rectocolite hémorragique, Crohn colique...)3
- les diarrhées avec malabsorption (lorsque le tableau est frustré) avec ou sans atrophie villositaire (maladie cœliaque, syndrome de pullulation microbienne...).....3

Commentaires : Il n'est pas possible de donner ici la liste exhaustive de toutes les causes de diarrhée chronique. Le problème se pose différemment car si on a établi le diagnostic de diarrhée motrice chronique, le seul problème diagnostique peut venir de la fausse diarrhée : mais ce n'est plus une diarrhée vraie (> à 300 g/24 heures).

4. L'examen physique de cette patiente est incomplet. Indiquez le complément d'examens nécessaires au diagnostic étiologique d'une diarrhée motrice. (10)

- recherche d'une pathologie thyroïdienne :2
- palpation du corps thyroïde.....2
- recherche de tremblement des mains et de moiteur des paumes 2
- palpation des aires ganglionnaires (métastases du cancer médullaire de la thyroïde) 1
- recherche d'une neuropathie (diabétique ou amyloïde) :1
- TA debout et couché (hypotension orthostatique)1
- recherche d'un syndrome carcinoïdien :1
- cyanose, télangiectasies, pellagre, insuffisance tricuspide (auscultation cardiaque)

5. Énumérez les causes de diarrhée motrice. (10)

- hyperthyroïdie1
- cancer médullaire de la thyroïde1
- tumeur carcinoïde1
- vagotomie1
- sympathectomie lombaire.....1
- gastrectomie, résection iléale ou colique1

- neuropathie.....	1
- hypotension orthostatique primitive.....	1
syndrome de Shy Drager (dysautonomie neurovégétative primitive)	1
- colopathie fonctionnelle	1

6. Donnez une cause compatible avec l'observation rapportée et en indiquer ses arguments. (20)

. hyperthyroïdie car :	4
• femme de la quarantaine	4
• diarrhée motrice chronique	4
• amaigrissement (son régime était inefficace jusque là)	4
• tachycardie	
• pas d'argument pour une neuropathie diabétique (glycémie normale) ni amyloïde (VS normale), ni pour une tumeur carcinoïde, pas de notion de vagotomie ou de sympathectomie	N C

7. Si aucune cause n'est découverte, indiquez le traitement symptomatique à conseiller. (10)

• règles hygiéno-diététiques :	2
• régime équilibré en évitant les aliments « laxatifs » (épices, alcool, graisses)	2
• ralentisseurs du transit type Lopéramide, à la demande.....	2
• adsorbant (hydroxide d'alumine, kaolin...)	2
• psychothérapie de soutien (par le médecin traitant).....	2

8. Justifiez la demande de coloscopie.

- antécédent familial de cancer du rectum	
dépistage du cancer colo-rectal dans les populations à risque.....	5
- exploration de la diarrhée chronique à la recherche d'une lésion colique (les biopsies étagées du colon seront systématiques même en l'absence de lésion endoscopique, à la recherche d'une colite collagène par exemple).....	5
- la dernière anse grêle peut aussi être examinée (macroscopie, biopsies)	N C

93 - IR1 - P1 DOSSIER N°3

Un homme de 40 ans arrive aux urgences 6 heures après le début d'un syndrome douloureux abdominal ; la douleur est de siège péri-ombilical et s'est installée rapidement. Elle est accompagnée de vomissements bilieux incoercibles. Le malade a eu une selle diarrhéique 4 heures avant de consulter mais pas de gaz. On note comme seul antécédent une appendicectomie 10 ans auparavant. A l'examen clinique, on note un météorisme central immobile sans bruit hydroaérique à l'auscultation. Il existe une douleur provoquée nette de la région sous-ombilicale sans défense. Le TR est normal et indolore.

1. Quel diagnostic évoquez-vous ?
2. Quel élément essentiel de l'examen clinique n'est pas mentionné ?
3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour affirmer le diagnostic ?
4. Que pensez-vous qu'il(s) va(vont) montrer ?
5. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

93 - IR1 - P1 DOSSIER N°3

1. Quel diagnostic évoquez-vous ? (20)

- Occlusion intestinale4
 - aiguë4
 - du grêle4
 - par strangulation4
 - sur bride péritonéale car :4
- Survenue d'un syndrome douloureux abdominalN C
- Siège péri-ombilical d'installation rapideN C
- Accompagnée de vomissements précoces, d'un arrêt des gaz et d'une selle liquide témoignant d'une vidange du segment d'aval.....N C
- Présence d'un météorisme central silencieux (sans bruit hydroaérique)N C
- Douleur à la palpation ombilicaleN C
- Bride car argument de fréquence et antécédent d'appendicectomieN C

2. Quel élément essentiel de l'examen clinique n'est pas mentionné ? (20)

Palpation des orifices herniaires pour rechercher un étranglement herniaire 20

3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour affirmer le diagnostic ? (20)

- Examens faits en extrême urgence ne retardant pas l'intervention chirurgicale : (oubli = 0).....
- Abdomen sans préparation de face debout et couché.....10
- Coupes diaphragmatiques de face.....10

4. Que pensez-vous qu'il(s) va(vont) montrer ? (20)

- Abdomen sans préparation :N C
- Présence d'images hydroaériques.....4
 - centrales4
 - plus larges que hautes (grêle).....4
- Présence d'images de distension aériques du grêle proximal4
- Diminution voire disparition de l'aération du colon4
- Absence de pneumopéritoineN C

5. Quelle est votre attitude thérapeutique ? (20)

- Intervention chirurgicale en urgence pour levée d'occlusion, le type d'intervention dépendant des constatations per-opératoires.....5
- La laparotomie se fera chez un patient correctement réhydraté.....3
 - sous antibiothérapie éventuelle (après hémoculture)3
 - et sous aspiration digestive.....3
- Le plus probable étant une strangulation (volvulus) du grêle sur bride péritonéale, on pratiquera section de la bride responsable3
 - évaluation de la viabilité de l'anse volvulée après détorsion (sérum chaud), vidange intestinale rétrograde prudente (après vérification de l'étanchéité du ballonnet d'intubation)3
- En cas de nécrose de l'anse : résection-anastomose en 1 ou 2 temps N C

94 - IR1 - DOSSIER N°4

Une femme de 75 ans est hospitalisée en urgence pour des douleurs abdominales ayant débuté il y a quelques jours, mais qui persistent et se sont accentuées. Ces douleurs sont permanentes, entrecoupées de paroxysmes et prédominent dans la région sous-ombilicale. La température est à 39°C. A l'interrogatoire, il n'y a pas d'amaigrissement, pas de troubles digestifs notables en dehors d'une constipation habituelle traduisant une « colopathie » depuis de nombreuses années. A l'examen, malade en bon état général. L'abdomen respire et est légèrement météorisé. Sa palpation objective une sensibilité de la fosse iliaque gauche avec défense. Le toucher rectal n'objective pas de masse ni de douleur au cul-de-sac de Douglas. Il existe une hyperleucocytose à 15 000 GB dont 90 % de polynucléaires neutrophiles. Il n'y a pas d'anémie. Le reste des examens biologiques est normal. On note sur les radiographies de l'ASP (abdomen sans préparation) quelques niveaux sur l'intestin grêle. Pas de pneumopéritoine. Le lavement aux hydrosolubles pratiqué en urgence révèle des diverticules sigmoïdiens nombreux et une sténose franchie par le produit de contraste suggérant une sigmoïdite diverticulaire.

1. Quel autre diagnostic peut être évoqué ?
2. Quel traitement faut-il envisager en première intention (dans l'hypothèse confirmée de la sigmoïdite) ?
3. Sur quels critères doit-on suivre l'évolution à court terme de cette patiente ?
4. Malgré le traitement institué, les signes abdominaux s'aggravent : apparition de vomissements, persistance des douleurs et du syndrome infectieux avec accentuation de l'hyperleucocytose. Que peut traduire cette évolution ? Quels traitements s'imposent dans ce cas ?
5. Dans une autre éventualité, l'évolution est jugée favorable chez cette patiente. Sur quels critères cliniques a-t-on estimé que cette évolution était favorable ?

94 - IR1 - DOSSIER N° 4

1. Quel autre diagnostic peut être évoqué ? (20)

Cancer sigmoïdien	10
avec abcès périnéoplasique.....	10

Commentaire : Avant l'obtention du lavement, on aurait pu discuter une appendicite méso-célique.

2. Quel traitement faut-il envisager en première intention (dans l'hypothèse confirmée de la sigmoïdite) ? (20)

• Traitement médical :	4
- Hospitalisation en milieu spécialisé	4
- Arrêt alimentation orale.....	4
régime sans résidu dès l'amélioration clinique.....	4
- Voie d'abord veineuse : G5, 1,5 litre/jour avec électrolytes (NaCl 4g/j, KCl 2g/j)	N C
- Antibiothérapie parentérale active sur les bacilles gram négatifs et les anaérobies	4
Augmentin® 1 g x 3/24H IV Directe ou	N C
Clamoxyl® 2g x 3/j IV Directe + Flagyl® 500 mg x 3/j en IV lente d'une heure	N C
- Antalgiques :	4
Glace sur le ventre.....	N C
Prodafalgan 1 g x 3/j IV lente et/ou.....	N C
Avafortan 1 ampoule x 3/j IV lente.....	N C
et autres traitements à base d'amidopyrine si le premier est insuffisant	N C
Pas de morphiniques.....	? NC

3. Sur quels critères doit-on suivre l'évolution à court terme de cette patiente ? (20)

• Surveillance clinique	
- Pouls	1
TA	1
T°.....	2
diurèse, fréquence respiratoire, conscience	1
hydratation.....	2
poids.....	1
- État de l'abdomen : recherche de complications : abcès (masse fosse iliaque gauche)	2
fistule (cicatrice, pyurie).....	2
péritonite secondaire (contracture, défense persistante, altération état général sous traitement) ...	2
transit (matières, gaz).....	2
• Surveillance biologique	
- NFS (polynucléose)	1
VS	1
- Iono sang, urée et créatinine sanguine	N C
• Surveillance radiologique	
ASP face debout (disparition ileus réflexe).....	2

4. Malgré le traitement institué, les signes abdominaux s'aggravent : apparition de vomissements, persistance des douleurs et du syndrome infectieux avec accentuation de l'hyperleucocytose. Que peut traduire cette évolution ? Quels traitements s'imposent dans ce cas ? (20)

• Principalement : abcès sigmoïdien	3
Moins fréquemment : plastron sigmoïdien (péritonite localisée).....	3
péritonite débutante non localisée	3
Les vomissements peuvent traduire une occlusion sur abcès sténosant sigmoïdien ou faire partie du tableau de péritonite	N C
Traitement : essentiellement chirurgical	2

- Laparotomie exploratrice.....3
- Résection chirurgicale (intervention de Hartmann) du segment abcédé3
avec double stomie (amont et aval) et rétablissement de la continuité « à froid »
environ 1 mois plus tard, toilette péritonéale3
- Arrêt de l'antibiothérapie après l'interventionN C
- Poursuite du traitement médical (hydratation, antalgiques,
compensation hydrique des pertes digestives stomiales) et de la surveillance N C

5. Dans une autre éventualité, l'évolution est jugée favorable chez cette patiente. Sur quels critères cliniques a-t-on estimé que cette évolution était favorable ? (20)

- Évolution favorable.....N C
- disparition des douleurs abdominales.....4
- des vomissements (iléus réflexe)3
- de la défense.....3
- amélioration de l'état général3
- disparition de la fièvre.....4
- et reprise du transit en quelques jours.....3
- absence de complications iatrogènesN C

94 - IR2 - DOSSIER N°5

Une femme de 65 ans vient consulter pour troubles du transit intestinal à type d'alternance de diarrhée et de constipation, et présente à deux ou trois reprises de traces de sang dans les selles. Son état général est satisfaisant. Elle mesure 1 m65 et pèse 63 kg. A l'examen de l'abdomen, il existe un léger ballonnement généralisé, avec une sensibilité de la fosse iliaque gauche sans masse perceptible. Le foie n'est pas perçu, il n'y a pas d'ascite. Au toucher rectal, on ne perçoit pas de tumeur. Dans les antécédents, on note une appendicectomie à 20 ans. Les examens biologiques pratiqués en ville sont les suivants

- NFS : 10 g d'hémoglobine/100 ml
- VS : 30 à la 1 re heure
- 9.500 GB

Le profil protéique est normal. Les Antigènes Carcino-Embryonnaires également. Un lavement baryté pratiqué met en évidence un défilé irrégulier du côlon sigmoïde avec quelques diverticules bien remplis. Le diagnostic probable est celui de tumeur du côlon sigmoïde.

1. Quels sont les autres diagnostics que l'on peut évoquer chez une telle malade ?
2. Comment confirmer le diagnostic de tumeur du côlon sigmoïde ?
3. Comment apprécier l'extension carcinologique en préopératoire ?
4. Quels sont les renseignements diagnostiques et pronostiques que va apporter l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire ?
5. Comment effectuer la surveillance de l'évolutivité de cette tumeur à distance ?

94 - IR2 - DOSSIER N°5

1. Quels sont les autres diagnostics que l'on peut évoquer chez une telle malade ? (20)

Le seul diagnostic à discuter est l'abcès pseudonéoplasique péricolique compliquant une diverticulite symptomatique ou non10
 Les tumeurs plus rares peuvent se voir (lymphome colique, cancers pelviens étendus au sigmoïde), le tableau est généralement différent.....1 0

2. Comment confirmer le diagnostic de tumeur du côlon sigmoïde ? (20)

• En cas de tumeur probablement franchissable par l'endoscopie

coloscopie totale sous neuroleptanalgie5
 - hors contre-indications : syndrome occlusif, perforation colique, infection floride (fièvre, douleur à la palpation abdominale). Le risque iatrogène principal étant la perforation colique pendant l'examen, sur côlon fragilisé5
 - après préparation surveillée par polyéthylène glycol 4000 la veille2
 - visualisation de la sténose, diagnostic néoplasique macroscopique (bourgeonnements, ulcères néoplasiques, saignements au contact) et surtout prise de biopsies multiples permettant le diagnostic anatomopathologique indispensable5

• En cas de sténose infranchissable, une rectosigmoïdoscopie simple, après 2 ou 3 lavements à l'eau, permet les biopsies et la visualisation macroscopique mais ne permet pas de connaître l'état du côlon sus-jacent (polypes, autre cancer ?), l'apport du lavement baryté est alors essentiel 3

3. Comment apprécier l'extension carcinologique en préopératoire ? (20)

• Clinique : adénopathie sus-claviculaire, hépatomégalie irrégulière, douleurs osseuses, foyer pulmonaire, toucher rectal (carcinose péritonéale)5
 • Extension loco-régionale :N C
 - Coloscopie, lavement baryté : longueur de la sténose, limite supérieure et inférieure de la tumeur5
 - TDM abdomino-pelvien : hauteur, épaisseur, extension adjacente, adénopathie juxta-néoplasique, lombosacrée, cœliaque.....5
 • Extension à distance :N C
 - Radio thoracique, écho hépatique et bilan hépatique à la recherche de métastases pmo-hépatiques.....5

4. Quels sont les renseignements diagnostiques et pronostiques que va apporter l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire ? (20)

• L'examen anatomopathologique permet :N C
 - a) Le diagnostic histologique (adénocarcinome lieberkunnien souvent bien différencié)5
 - b) L'extension pariétale (mauvais pronostic en cas d'atteinte séreuse)5
 - c) L'analyse des ganglions prélevés peropératoirement5
 b) et c) permettent de classer la tumeur selon les stades de Dukes ou Astler-Collers5

5. Comment effectuer la surveillance de l'évolutivité de cette tumeur à distance ? (20)

a) Clinique

- Réapparition de troubles du transit à distance, de rectorragies, de douleurs de l'hypochondre droit ou de signes thoraciques (métastases), d'adénopathies.....5

b) Paraclinique

- Transaminases, phosphatases alcalines, bilirubine, Gamma GT, NFS plaquettes et échographie hépatique tous les 3 mois pendant 6 mois, puis tous les 6 mois. Radio thoracique tous les 6 mois. Coloscopie ou recto sigmoïdoscopie tous les 3 mois pendant 1 an puis tous les 6 mois avec examen de la cicatrice muqueuse et biopsies systématiques multiples à ce niveau 15

Commentaire : L'ACE n'est dosé en postopératoire qu'en cas d'élévation préopératoire.

SOMMAIRE

Dossier n°1 : Une appendicite aiguë.....	7
Dossier n°2 : Douleurs épigastriques aiguës chez une femme de 55 ans	11
Dossier n°3 : Douleurs épigastriques chez une femme de 29 ans.....	15
Dossier n°4 : Altération de l'état général et dysphagie	19
Dossier n°5 : Rectorragies chez un homme de 65 ans	23
Dossier n°6 : Une diarrhée chronique chez un homme de 45 ans.....	27
Dossier n°7 : Élévation des gamma-GT chez un homme de 40 ans	31
Dossier n°8 : Amaigrissement et douleurs épigastriques chez un homme de 60 ans.....	35
Dossier n°9 : Syndrome douloureux épigastrique chronique et maladie de Biermer.....	39
Dossier n°10 : Rectorragies chez une femme de 25 ans	43
Dossier n°11 : Un caustique avalé par erreur	47
Dossier n°12 : Arrêt des gaz et douleurs abdominales aiguës chez un colopathe de 85 ans.....	51
Dossier n°13 : Arrêt des Abdomen gaz douloureux ne aigu o chez constipée un de 63 homme ans..... de 25	55
Dossier n°15 : Syndrome douloureux épigastrique aigu chez une femme à 50 ans	61
Dossier n°16 : Reflux gastro-cesophagien chez une asthmatique.....	65
Dossier n°17 : Piéton contre voiture.....	69
Dossier n°18 : Hépatalgie fébrile chez un malien de 43 ans	73
Dossier n°19 : Une suspicion d'ulcère duodénal	77
Dossier n°20 : Diarrhée hydrique chronique chez un homme de 76 ans	80
Dossier n°21 : Rectorragies sous anticoagulants.....	83
Dossier n°22 : Un plombier alcoolique a des troubles digestifs.....	87
Dossier n°23 : Syndrome douloureux abdominal aigu chez un homme de 69 ans	91
Dossier n°24 : Ictère chronique chez une femme de 61 ans.....	95
Dossier n°25 : Syndrome douloureux abdominal aigu chez un diabétique de 69 ans..	99
Dossier n°26 : Hépatomégalie chez une femme de 63 ans.....	103
Dossier n°27 : Douleurs de fosse iliaque droite chez un appendicectomisé.....	107
Dossier n°28 : Ictère chez un homme de 40 ans	111
Dossier n°30 : Diarrhée chronique chez un homme de 50 ans	119
Dossier n°31 : Ascite chez un homme de 52 ans	123
Dossier n°32 : Douleur de l'hypocondre droit chez une femme de 63 ans.....	127
Dossier n°33 : Tentative de suicide à la soude	131
Dossier n°34 : Hernie inguinale et anémie ferriprive.....	135
Dossier n°35 : Douleurs abdominales et asthénie chez un homme de 31 ans	139
Dossier n°36 : Dysphagie chez un homme de 67 ans.....	143
Dossier n°37 : Ictère chez une femme séropositive pour le VIH	147
Dossier n°38 : Douleurs abdominales chez un tabagique de 64 ans	149
Dysphagie progressive	153
Dossier n°40 : Violentes douleurs abdominales chez un de	de.35.ans.....
Dossier n°41 : Douleur épigastrique et antécédents de cholecystite	161
Dossiers des annales 1991-1996	165