



# Énoncés



# Cas cliniques<sup>1</sup>

## QCM

### Cas clinique 1 – QCM +

Vous êtes chargé de mettre au point une campagne de dépistage de masse du cancer colorectal dans votre département.

#### Question 1

Concernant l'épidémiologie du cancer colorectal en France, quelles sont les affirmations vraies :

- A** il s'agit du 3<sup>e</sup> cancer digestif en incidence
- B** il s'agit de la 3<sup>e</sup> cause de mortalité par cancer
- C** son incidence est en diminution comme dans les autres pays occidentaux
- D** s'il est diagnostiqué à un stade précoce, il est curable dans la majorité des cas
- E** ce cancer s'intègre dans une forme familiale dans 15 % des cas
- F** c'est le premier cancer digestif en fréquence

#### Question 2

Quel(s) est(sont) le(s) critère(s) auquel(auxquels) doit répondre un bon test de dépistage :

- A** doit être avant tout sensible
- B** doit être avant tout spécifique
- C** doit avoir une bonne valeur prédictive négative
- D** peut être un examen invasif comportant un risque pour les sujets qui s'y soumettent
- E** doit être réalisé par au moins 90 % de la population pour avoir un impact sur la mortalité

#### Question 3

Concernant la population cible du dépistage de masse du cancer colorectal en France (plusieurs réponses possibles) :

- A** sujets à risque élevé
- B** sujets à risque très élevé
- C** il s'adresse aux sujets présentant des signes évocateurs
- D** repose sur la coloscopie totale à partir de 50 ans jusqu'à 74 ans
- E** le risque « faible » de cancer colorectal n'existe pas
- F** aucune réponse précédente

#### Question 4

Concernant le test Hemocult II® (plusieurs réponses possibles) :

- A** il repose sur la recherche d'ADN tumoral dans les selles
- B** il nécessite un prélèvement sanguin pour sa réalisation
- C** il repose sur une réaction avec le gaïac
- D** pour une sensibilité satisfaisante, il doit reposer sur l'analyse d'au moins quatre selles
- E** sa négativité élimine un cancer colorectal

#### Question 5

Quelle est la conduite à tenir en cas de positivité du test (plusieurs réponses possibles) ?

- A** contrôle par un deuxième test Hemocult II®
- B** coloscopie totale
- C** coloscopie virtuelle ou vidéocapsule selon la préférence du patient
- D** recto-sigmoidoscopie souple
- E** laparotomie exploratrice

#### Question 6

En cas de positivité du test, la probabilité de trouver un cancer à la coloscopie est de :

- A** 3 %
- B** 10 %
- C** 30 %
- D** 45 %
- E** 60 %

#### Question 7

En cas de négativité du test Hemocult II®, quelles sont les réponses fausses concernant la conduite à tenir ?

- A** il n'est pas nécessaire de renouveler l'examen à distance
- B** il faut réaliser un nouveau Hemocult II® 2 ans plus tard
- C** il faut réaliser un nouveau Hemocult II® 5 ans plus tard
- D** il faut réaliser une coloscopie dans 5 ans
- E** il faut réaliser une coloscopie en cas de symptômes évocateurs de cancer colorectal

#### Question 8

En cas de test positif avec coloscopie normale, quelles sont les affirmations vraies ?

- A** aucun examen à distance n'est nécessaire
- B** il faut réaliser un nouveau Hemocult II® à 2 ans
- C** il faut réaliser un nouveau Hemocult II® à 5 ans

<sup>1</sup> Des éléments de réponse pouvant apparaître au fil de la progression des dossiers, il est recommandé au lecteur de ne pas lire les questions à l'avance.

- D il faut réaliser une coloscopie à 5 ans
- E il faut réaliser une coloscopie en cas de symptômes évocateurs

### Cas clinique 2 – QCM +

Monsieur D. vous consulte pour une douleur anale aiguë évoluant depuis 48 h. Ce patient antillais de 67 ans n'a jamais eu de problème médical particulier. Il rapporte une consommation tabagique de 30 paquets-années environ, sevrée il y a une dizaine d'années. Il boit environ une bouteille de rhum par semaine.

À l'interrogatoire, il a trois selles par semaine, qui occasionnent des douleurs lorsque leur consistance est dure. Le papier toilette est parfois taché de sang rouge à l'essuyage.

La douleur pour laquelle il consulte est apparue brutalement sans facteur déclenchant évident.

À l'examen clinique, vous découvrez une tuméfaction très sensible située au niveau de la marge anale, bleu-tée et indurée. L'examen anoscopique n'est pas réalisable du fait de la douleur.

#### Question 1

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A thrombose hémorroïdaire interne
- B thrombose hémorroïdaire externe
- C fissure anale
- D abcès de la marge anale
- E cancer de l'anus

#### Question 2

Quels sont les éléments de la prise en charge thérapeutique ?

- A antalgiques usuels et anti-inflammatoires non stéroïdiens
- B laxatifs
- C incision systématique de la tuméfaction
- D hémorroïdectomie chirurgicale
- E antibiothérapie systématique
- F topiques locaux

#### Question 3

Pour quelle(s) raison(s) ce patient doit-il être revu lors d'une consultation ultérieure ?

- A l'épisode aigu nécessite une consultation de contrôle systématique
- B participation au dépistage de masse du cancer colorectal
- C on ne doit pas s'arrêter à la constatation d'une hémorroïde chez ce patient pour expliquer une rectorragie
- D pour organiser la réalisation d'un traitement chirurgical de l'affection responsable de l'épisode aigu
- E il n'est pas nécessaire de revoir le patient en consultation

#### Question 4

Un mois après l'épisode douloureux, la réalisation d'une coloscopie montre une masse végétante circonférentielle du bas rectum, à 2 centimètres de la ligne pectinée. Quelle est la proposition vraie concernant les tumeurs du bas rectum ?

- A il s'agit le plus souvent d'un carcinome épidermoïde
- B il s'agit le plus souvent d'un adénocarcinome
- C les hémorroïdes constituent un état précancéreux
- D elles peuvent se développer à partir de lésions précancéreuses induites par l'HPV
- E elles imposent systématiquement la réalisation d'une sérologie VIH
- F elles sont plus fréquentes dans la population homosexuelle masculine

#### Question 5

Une résection chirurgicale est envisagée. Quelles complications possibles peuvent survenir dont vous devez avertir le patient ?

- A la réalisation d'une stomie définitive sera très probable
- B incontinence anale
- C douleurs chroniques
- D hypertonie sphinctérienne anale
- E thrombose veineuse profonde
- F éjaculation rétrograde

#### Question 6

Le geste chirurgical a été réalisé. Le patient vous confie, en consultation de suivi, l'apparition postopératoire d'une dysfonction érectile. Quelles sont les propositions vraies ?

- A des troubles de l'érection sont observés chez environ 25 % des patients ayant eu cette opération
- B ces troubles sont le plus souvent transitoires et réversibles grâce à la rééducation par *biofeedback*
- C le sildanéfил est efficace pour les traiter
- D l'origine du trouble est probablement psychogène
- E les injections intracaverneuses sont efficaces

#### Question 7

La tumeur est classée de stade III selon l'AJCC. Une chimiothérapie adjuvante par FOLFOX (5-fluoro-uracile + acide folinique + oxaliplatine) est décidée. Quelles sont les propositions vraies ?

- A le 5-fluoro-uracile est néphrotoxique
- B La principale toxicité de l'oxaliplatine est une neuropathie périphérique
- C le 5-fluoro-uracile est contre-indiqué en cas de cardiopathie préexistante
- D cette chimiothérapie nécessite la mise en place d'une chambre implantable
- E cette chimiothérapie devra être poursuivie au moins un an
- F le stade III correspond à une tumeur avec extension ganglionnaire

### Cas clinique 3 – QCM ++

Vous êtes appelé dans le centre de moyen séjour où est hospitalisé Monsieur B. pour soins de suite après une fracture du col fémoral liée à une chute mécanique. Le motif de votre consultation est une diarrhée et des douleurs abdominales évoluant depuis 5 jours. Ce patient de 73 ans a pour antécédents : une appendicectomie dans l'enfance, une BPCO post-tabagique de stade II moyennement contrôlée par des  $\beta_2$ -mimétiques à longue durée d'action et des corti-

coïdes inhalés, une AOMI de stade II indiquant la prise d'aspirine et d'atorvastatine, ainsi qu'un diabète de type 2 traité par metformine et une HTA essentielle traitée par énalapril. Il prend également du pantoprazole pour une œsophagite peptique non sévère.

Il se plaint actuellement d'une douleur permanente à type de spasmes, localisée dans la fosse iliaque droite et l'hypogastre, diminuée par l'exonération fécale. Les selles sont liquides et constituées d'une dizaine d'émissions glaireuses par jour. La température est à 37,9° et l'état hémodynamique est correct.

#### Question 1

À ce stade, quelles sont les deux hypothèses diagnostiques les plus probables ?

- A cancer colorectal
- B colite d'origine infectieuse
- C colite ischémique
- D diarrhée liée à la prise de metformine
- E maladie de Crohn

#### Question 2

Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) une indication à réaliser une coproculture ?

- A diarrhée aiguë persistante plus de 3 jours malgré un traitement symptomatique
- B diarrhée aiguë au retour de voyage
- C syndrome dysentérique
- D vomissements répétés
- E diarrhée survenant sur un terrain immunodéprimé
- F rectorragies

#### Question 3

Vous apprenez auprès du personnel paramédical que cinq autres cas comparables ont été constatés dans le service dans lequel est hospitalisé Monsieur B. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- A il pourrait s'agir d'une toxi-infection alimentaire collective (TIAC)
- B il pourrait s'agir d'une épidémie à rotavirus
- C il s'agit d'une infection liée aux soins
- D il faut réaliser un isolement de type contact et air en attendant l'identification de l'agent infectieux
- E toutes les propositions sont vraies

#### Question 4

Si la TIAC se confirme, quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?

- A déclaration obligatoire aux autorités sanitaires et vétérinaires
- B son exploration étiologique repose sur une enquête cas témoins
- C il faut traiter tous les sujets ayant ingéré l'aliment responsable
- D il faut mettre en place un isolement entérique chez tous les sujets ayant ingéré l'aliment responsable
- E l'agent le plus fréquemment responsable est *Staphylococcus aureus*

#### Question 5

En fait, Monsieur B. a été le premier à présenter les symptômes, qui sont apparus plus de 24 h avant ceux des autres patients. Vous apprenez dans le dossier qu'il a reçu 1 semaine d'amoxicilline + acide clavul-

anique il y a 2 semaines dans le cadre d'un épisode d'exacerbation aiguë de BPCO. Quel agent infectieux évoquez-vous en particulier ?

- A *Klebsiella oxytoca*
- B *Clostridium difficile*
- C *Escherichia coli*
- D rotavirus
- E *Salmonella paratyphi*

#### Question 6

Si le diagnostic d'infection non grave à *Clostridium difficile* se confirme, quelle(s) proposition(s) est(sont) vraie(s) concernant la prise en charge thérapeutique ?

- A le traitement recommandé est la vancomycine intraveineuse
- B le traitement recommandé est le métronidazole *per os*
- C le traitement recommandé est l'amoxicilline + acide clavulanique
- D le traitement comprend un antidiarrhéique de type loperamide
- E il convient de rechercher *Clostridium difficile* chez les autres malades symptomatiques

#### Question 7

Parmi les médicaments du traitement habituel de Monsieur B., lesquels présenteraient un risque dans le cas où la diarrhée se compliquerait d'insuffisance rénale fonctionnelle ?

- A metformine
- B aspirine
- C  $\beta$ 2-mimétiques inhalés
- D énalapril
- E Tous les traitements doivent être poursuivis

#### Question 8

Chez Monsieur B., quels sont les facteurs de risque d'infection à *Clostridium difficile* ?

- A prise de corticoïdes inhalés
- B âge > 65 ans
- C hospitalisation en moyen séjour
- D inhibiteurs de la pompe à protons
- E chirurgie récente

### Cas clinique 4 – QCM +

Vous recevez Monsieur E., pour douleurs abdominales. Ce patient âgé de 35 ans, d'origine pakistanaise, vit en France depuis 11 ans. Il ne prend aucun traitement. Il fume 15 cigarettes par jour depuis l'âge de 17 ans et ne boit pas d'alcool. Il a pour seuls antécédents une fissure anale il y a un an, ainsi qu'une appendicectomie dans l'enfance. Monsieur E. pèse 62 kg pour 175 cm (contre 72 kg il y a 1 an). Il rapporte des difficultés progressives à s'alimenter en raison de nausées, qui se sont aggravées depuis une dizaine de jours avec l'apparition de vomissements. Les douleurs abdominales sont diffuses, principalement péri-ombilicales, spasmodiques, dont il rapporte plusieurs épisodes similaires lors des trois dernières années. Depuis une semaine, il a des épisodes de ballonnement associés à des douleurs plus intenses, accompagnées de borborygmes et soulagées par

l'émission de selles. Votre patient rapporte également une diarrhée depuis environ 2 semaines, faites d'environ cinq selles liquides par jour avec parfois des traces de sang. La pression artérielle est de 135/80 mmHg, la FC à 80 bpm et la température à 36,8°. L'abdomen est météorisé. La palpation abdominale augmente les douleurs, en particulier au niveau de la fosse iliaque droite. L'examen cardiovasculaire est sans particularité en dehors d'un souffle aortique diastolique d'intensité 2/5. Un bilan réalisé en ville montre :

- hémoglobine : 10 g/dL;
- VGM : 68 fL;
- CCMH : 32 g/dL;
- GB : 13 000/mm<sup>3</sup>;
- PNN : 7500/mm<sup>3</sup>;
- lymphocytes : 4500/mm<sup>3</sup>;
- plaquettes : 550 000/mm<sup>3</sup>;
- VS : 55 mm à la première heure;
- CRP : 120 mg/L.

#### Question 1

Parmi les examens complémentaires suivants, lesquels peuvent être utiles à visée diagnostique ?

- A** scanner thoraco-abdominal
- B** iléocoloscopie
- C** sérologie VIH
- D** intradermoréaction à la tuberculine
- E** IgA anti-transglutaminase
- F** endoscopie digestive haute avec biopsies
- G** coproculture

#### Question 2

Vous réalisez l'imagerie suivante (figure 1). En dehors de la maladie de Crohn, quelle(s) affection(s) peut(peuvent) en être responsable(s) ?

- A** yersiniose
- B** maladie cœliaque non compliquée
- C** tuberculose
- D** lymphome grêlique
- E** amibiase
- F** maladie de Whipple



Figure 1.

#### Question 3

Vos investigations confirment le diagnostic de maladie de Crohn. Les diagnostics différentiels ont pu être écartés. Quels arguments présents dans l'énoncé étaient en faveur de ce diagnostic ?

- A** fumeur actif
- B** antécédent de fissure anale
- C** souffle d'insuffisance aortique
- D** origine pakistanaise
- E** signes cliniques évoquant une atteinte du tractus digestif haut

#### Question 4

Quels ont pu être, à la coloscopie et sur les biopsies réalisées lors de celle-ci, les arguments en faveur d'une maladie de Crohn ?

- A** absence d'intervalle de muqueuse saine entre les zones atteintes
- B** abcès cryptiques
- C** absence d'infiltrats lymphoïdes
- D** granulomes épithélioïdes et géantocellulaires
- E** nécrose caséuse

#### Question 5

Devant l'intensité de la poussée, il existe une indication à introduire un traitement immunosuppresseur. Quelles précautions préthérapeutiques s'imposent ?

- A** recherche de foyer infectieux
- B** imagerie thoracique
- C** intradermoréaction à la tuberculine
- D** sérologies VIH, VHB, VHC, CMV
- E** vaccination antiméningococcique

#### Question 6

Quels sont les risques liés à une corticothérapie au long cours ?

- A** infections
- B** diabète
- C** cancers de l'appareil digestif
- D** glaucome aigu à angle fermé
- E** ostéoporose
- F** ulcère gastrique ou duodénal
- G** hypotension artérielle
- H** cataracte

#### Question 7

Quelques années plus tard, alors que la maladie est bien contrôlée par de faibles doses d'azathioprine, le patient revient vous voir car il se plaint d'une éruption cutanée persistante évoluant depuis 3 semaines. Celle-ci est faite de plusieurs éléments arrondis de 3 à 6 cm de diamètre au niveau des jambes (figure 2). Ceux-ci sont infiltrés et douloureux. Quel est le diagnostic le plus probable dans ce contexte ?

- A** érysipèle
- B** folliculite liée aux corticoïdes
- C** *Pyoderma gangrenosum*
- D** érythème noueux
- E** eczéma



**Figure 2.**

### Question 8

Quelles en sont les principales causes en dehors de la maladie de Crohn ?

- A médicamenteuse
- B infection à mycobactérie
- C infections à staphylocoque
- D sarcoïdose
- E idiopathique

### Question 9

Deux ans plus tard, la plainte principale de votre patient concerne des lombalgies. En effet, il vous signale une douleur et une raideur du rachis lombaire, ce qui le gêne dans son travail de manutentionnaire. La douleur irradie vers les fesses. Quelle(s) affirmation(s) est(sont) vraie(s) parmi les suivantes ?

- A une atteinte rhumatologique s'observe chez 60 % des malades atteints de maladie de Crohn
- B le diagnostic le plus probable est une spondylarthropathie
- C l'atteinte rhumatologique axiale évoluent parallèlement au rythme des poussées digestives
- D les atteintes rhumatologiques périphériques évoluent parallèlement au rythme des poussées digestives
- E le retentissement fonctionnel périphérique s'apprécie par le score du DAS28

## Cas clinique 5 – QCM ++

Vous recevez en consultation Monsieur K., 36 ans, d'origine marocaine et peintre en bâtiment, pour des douleurs épigastriques. Il fume un paquet de cigarettes par jour depuis 12 ans, n'a pas de consommation d'alcool déclaré et a pour seul antécédent une fracture tibiale droite suite à un accident. Il n'existe pas d'altération de l'état général. À l'examen clinique de ce patient mesurant 175 cm pour 78 kg, on ne trouve pas d'anomalie à l'exception d'une sensibilité à la palpation de l'épigastre. Il n'y a pas de défense abdominale.

### Question 1

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont en faveur de l'origine ulcéreuse de la douleur de votre patient ?

- A augmentée par la prise d'alcool
- B augmentée par la prise alimentaire

- C diminuée par la prise alimentaire
- D apparue après une consommation récente d'AINS
- E localisation fluctuante

### Question 2

Une endoscopie œsogastroduodénale révèle un ulcère de la grande courbure gastrique, à bords réguliers, à fond propre. Où faut-il faire des biopsies ?

- A bords de l'ulcère
- B antre
- C fundus
- D duodénum
- E toutes les réponses précédentes

### Question 3

Parmi les propositions suivantes concernant le traitement à mettre en œuvre, lesquelles sont vraies ?

- A l'éradication de *Helicobacter pylori* repose sur une trithérapie (inhibiteur de la pompe à protons–amoxicilline–azithromycine) pendant 7 jours
- B l'éradication de *Helicobacter pylori* repose sur un traitement séquentiel (inhibiteur de la pompe à protons–amoxicilline–clarythromycine–méttronidazole) pendant 10 jours
- C les inhibiteurs de la pompe à protons devront être poursuivis pendant un total de 8 semaines
- D l'endoscopie de contrôle n'est pas justifiée car l'ulcère n'était pas compliqué
- E le contrôle de l'éradication sera réalisé par un test respiratoire

### Question 4

Vous perdez de vue le patient. Il est transporté par les pompiers aux urgences car il a eu deux épisodes d'émission de sang rouge par la bouche. Il n'avait pas pu suivre le traitement prescrit car il était rentré au Maroc. Il est pâle, tachycarde à 120 bpm, sa TA est à 112/67 mmHg. Le toucher rectal montre un méléna. L'HémoCue® est à 9,5 g/dL. Parmi les propositions suivantes concernant la prise en charge du patient, lesquelles sont exactes ?

- A il existe une indication de transfusion de culots globulaires
- B une endoscopie digestive haute doit être réalisée dans les 24 h
- C un traitement par inhibiteur de la pompe à protons IV doit être instauré en urgence
- D un traitement par inhibiteur de la pompe à protons IV + sandostatine IVSE doit être instauré en urgence en attendant le résultat de l'endoscopie
- E un traitement ambulatoire est envisageable

### Question 5

Quelles sont les mesures indispensables à la réalisation en urgence d'une endoscopie œsogastroduodénale ?

- A mise à jeun
- B anesthésie générale
- C sonde gastrique en aspiration
- D injection préalable d'érythromycine IV
- E obtention d'une hémodynamique stable
- F intubation oro-trachéale

**Question 6**

L'endoscopie montre un ulcère saignant en nappe. Quelles sont les propositions fausses ?

- A** il s'agit d'un stade Ila de Forrest
- B** il s'agit d'un stade Ib de Forrest
- C** l'hémostase peut se faire par ligature endoscopique
- D** l'hémostase peut se faire par la combinaison de deux techniques parmi sclérose adrénalinée, clip et électrocoagulation
- E** un traitement chirurgical devra être envisagé en cas d'échec du traitement endoscopique

**Question 7**

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des complications possibles de l'infection par *Helicobacter pylori* ?

- A** perforation
- B** adénocarcinome gastrique
- C** gastrinome
- D** lymphome du MALT
- E** sténose antropylorique
- F** hernie hiatale

**Cas clinique 6 – QCM +**

Vous êtes appelé à examiner Monsieur V. hospitalisé pour altération de l'état général et dysphagie. Ce patient de 61 ans a pour antécédent un cancer amygdalien droit opéré il y a 3 ans. Monsieur V. avait réalisé après ce diagnostic un sevrage de son importante consommation alcool-tabagique (environ 52 paquets-années et 160 g d'alcool par jour depuis 40 ans). Il ne prend aucun traitement. Le problème actuel est un trouble de la déglutition, qui fait qu'il s'alimente très peu et a perdu environ 6 kg en 1 mois (initialement, il pesait 70 kg pour 186 cm).

**Question 1**

Quelles caractéristiques de la dysphagie seraient en faveur d'une cause maligne ?

- A** caractère progressif (aux solides puis aux liquides)
- B** prédominance sur les liquides
- C** association à une dysphonie
- D** association à un méléna
- E** association à des douleurs rétrosternales ascendantes

**Question 2**

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

- A** une dénutrition est définie par une perte de poids involontaire supérieure à 10 % en 6 mois ou 5 % en 1 mois
- B** le bilan biologique de dénutrition comporte les dosages suivants : albumine, préalbumine, CRP et créatinine
- C** une hypoalbuminémie inférieure à 30 g/L est un signe de dénutrition cliniquement significative
- D** la dénutrition est considérée à partir d'un indice de masse corporelle inférieur à 18 chez le sujet âgé (> 70 ans)
- E** l'albumine a une demi-vie plus courte que la préalbumine

**Question 3**

Quel diagnostic évoquez-vous ?

- A** adénocarcinome de l'œsophage
- B** cancer du larynx
- C** carcinome épidermoïde de l'œsophage
- D** achalasie
- E** œsophagite peptique

**Question 4**

Votre interrogatoire révèle que le problème consiste une sensation de blocage douloureux de localisation rétrosternale, en regard du manubrium. L'examen endobuccal est normal. Vous palpez un paquet ganglionnaire cervical gauche. Quels sont les signes cliniques orientant vers la nature maligne d'une adénopathie en général ?

- A** signes compressifs (dyspnée, douleur, dysphonie, otalgie, hoquet...)
- B** fixité aux plans profond et/ou superficiel
- C** consistance rénitente
- D** sensibilité à la palpation
- E** toutes les réponses précédentes

**Question 5**

Quel examen prescrivez-vous en première intention à visée diagnostique ?

- A** endoscopie œsogastroduodénale
- B** transit œsogastroduodénal
- C** nasofibroscopie
- D** scanner cervical
- E** tomographie par émission de positons au <sup>18</sup>F DG

**Question 6**

Votre diagnostic est confirmé. Votre bilan d'extension montre une tumeur classée T3N2M0. Quelle prise en charge proposez-vous ?

- A** chirurgie
- B** radiochimiothérapie
- C** radiothérapie seule
- D** chimiothérapie seule
- E** traitement symptomatique

**Question 7**

Quelles autres mesures doivent être associées à la prise en charge spécifique ?

- A** soins dentaires
- B** prise en charge nutritionnelle
- C** traitement de la douleur
- D** soutien psychologique
- E** prise en charge à 100 %

**Question 8**

Quelles sont les réponses vraies concernant la prise en charge nutritionnelle ?

- A** il faut instaurer d'emblée une nutrition hypercalorique apportant au moins 40 kCal/kg/j et 1 à 1,5 g/kg/j de protides
- B** selon l'importance de la dysphagie, une prothèse œsophagienne pourra être proposée
- C** il faut privilégier la nutrition parentérale
- D** la radiothérapie risque d'aggraver la dysphagie
- E** le suivi de la renutrition est basé sur le dosage hebdomadaire de l'albumine

### Cas clinique 7 – QCM +++

Vous recevez en consultation Monsieur D. 59 ans, maçon, pour des douleurs épigastriques évoluant depuis quelques mois avec sensation de satiété précoce. Dans ses antécédents, on note une intoxication alcoolique (consommation hebdomadaire : 7 bières de 500 mL à 6° et une bouteille de 1 litre de porto à 12°) et un tabagisme actif à 25 paquets-années. Il a eu une cholécystectomie il y a 5 ans pour colique hépatique, ainsi qu'un épisode isolé de pancréatite aiguë non grave il y a 8 ans. Sa mère est décédée il y a environ 10 ans d'un cancer gastrique. Il pèse actuellement 88 kg pour 170 cm (il pesait 95 kg il y a 6 mois). Les douleurs sont actuellement quotidiennes, partiellement soulagées par l'alimentation, sans irradiation. Il rapporte également des selles foncées et malodorantes. L'examen physique est sans particularité en dehors d'une sensibilité épigastrique à la palpation sans masse palpable. Le bilan biologique montre :

- hémoglobine : 10,2 g/dL ;
- VGM : 88 fL ;
- CCMH : 31 pg/dL ;
- plaquettes : 235 000/mm<sup>3</sup> ;
- GB : 8000/mm<sup>3</sup> ;
- CRP : 8 mg/L ;
- créatininémie : 88 μmol/L ;
- albuminémie : 34 g/L ;
- préalbuminémie : 0,210 g/L (normale > 0,200 g/L) ;
- TP : 77 % ;
- transaminases et ionogramme normaux.

#### Question 1

Parmi les propositions suivantes concernant l'état nutritionnel de Monsieur D., lesquelles sont vraies ?

- A** il est dénutri
- B** il consomme 260 g d'alcool pur par jour
- C** il consomme 330 g d'alcool pur par jour
- D** la consommation d'alcool représente environ 1850 kCal/j
- E** la consommation d'alcool représente environ 2310 kCal/j

#### Question 2

Parmi les examens suivants, lequel est indiqué à visée diagnostique en priorité ?

- A** Hemocult II®
- B** endoscopie œsogastroduodénale
- C** coloscopie
- D** scanner thoraco-abdomino-pelvien
- E** ponction-biopsie hépatique

#### Question 3

Les examens ont permis de poser le diagnostic d'adénocarcinome de type intestinal de la petite courbure gastrique classé uT1N0M0. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- A** la tumeur envahit la musculuse
- B** la tumeur envahit la sous-muqueuse
- C** la tumeur exprime le marqueur c-kit en immunohistochimie

- D** la tumeur présente des cellules indépendantes ou en « bague à chaton »
- E** la réalisation d'une écho-endoscopie digestive haute a été nécessaire pour obtenir ce résultat

#### Question 4

Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) de prédisposition de cette maladie parmi les propositions suivantes ?

- A** *Helicobacter pylori*
- B** origine ethnique
- C** RGO
- D** intoxication tabagique
- E** alimentation riche en sel

#### Question 5

Il est décidé d'opérer le patient après concertation pluridisciplinaire. Une ou plusieurs réponses sont fausses :

- A** l'opération consistera en une gastrectomie partielle
- B** l'opération consistera en une gastrectomie totale
- C** un support nutritionnel périopératoire par sonde de nutrition entérale ou par voie parentérale n'est pas nécessaire chez ce malade
- D** il existe une indication à des compléments nutritionnels préopératoires (immunonutrition)
- E** il existe une indication de chimiothérapie périopératoire

#### Question 6

Parmi les propositions suivantes quelle(s) est(sont) la(les) complication(s) de la gastrectomie ?

- A** *dumping syndrome*
- B** anémie
- C** diabète
- D** pullulation microbienne du grêle
- E** syndrome du petit estomac

#### Question 7

Concernant les mesures associées à la gastrectomie totale, lesquelles sont vraies ?

- A** exonération du ticket modérateur
- B** éradication de *Helicobacter pylori*
- C** recherche d'une infection à *Helicobacter pylori* chez les apparentés
- D** inhibiteurs de la pompe à protons à vie
- E** supplémentation en folates à vie

#### Question 8

Vous revoyez le patient 4 ans plus tard. Il avait refusé le suivi postopératoire. Il se plaint d'une asthénie associée à des paresthésies de membres inférieurs et une fatigabilité à la marche. L'hémoglobine est à 9 g/dL avec un VGM à 130 fL. Quel diagnostic devez-vous évoquer en priorité ?

- A** intoxication alcoolique importante persistante
- B** hypothyroïdie
- C** syndrome paranéoplasique de Lambert-Eaton
- D** carence en vitamine B<sub>12</sub>
- E** syndrome myélodysplasique
- F** syndrome de Guillain-Barré

### Cas clinique 8 – QCM ++

Monsieur R. consulte pour un ictère d'apparition progressive depuis plusieurs semaines. Ce patient de 66 ans, diplomate tout juste retraité boit occasionnellement de l'alcool. Il a une BPCO post-tabagique (tabagisme sévère estimé à 30 PA) traitée par un aérosol de  $\beta$ 2-mimétiques de longue durée d'action. Il est hypertendu et traité par énalapril.

Il se plaint depuis 3 semaines de troubles du transit à type de selles molles et pâles. Ses urines sont plus foncées que d'habitude. Il a récemment perdu 12 kg et se sent fatigué. À l'examen clinique, il existe plusieurs lésions cutanées de grattage. L'abdomen est souple mais sensible au niveau épigastrique, et vous palpez une tuméfaction indolore, régulière et rénitente de l'hypochondre droit.

Les premiers résultats biologiques sont les suivants :

- hémoglobine : 11,3 g/dL ;
- leucocytes : 7200/mm<sup>3</sup> ;
- plaquettes : 420 000/mm<sup>3</sup> ;
- bilirubine totale : 135  $\mu$ mol/L (libre : 32  $\mu$ mol/L) ;
- phosphatases alcalines : 5,5 N ;
- gamma-GT : 8 N ;
- transaminases : 1,3 N.

#### Question 1

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

- A** ce malade a un ictère cholestatique
- B** ce malade a un ictère non cholestatique
- C** l'examen à réaliser en première intention est une échographie abdominale
- D** il convient de réaliser en première intention les sérologies des hépatites virales
- E** la masse rénitente perçue à la palpation est très probablement une lésion tumorale

#### Question 2

Une échographie abdominale met en évidence un foie d'aspect homogène, ainsi qu'une dilatation des voies biliaires intra- et extra-hépatiques sans obstacle visualisé. Le pancréas n'est pas analysable en raison d'interpositions gazeuses. Parmi les hypothèses diagnostiques suivantes, quelles sont les deux plus probables dans ce contexte ?

- A** angiocholite aiguë lithiasique
- B** pancréatite chronique calcifiante avec compression cholédoecienne
- C** cholangiocarcinome du bas cholédoque
- D** cancer de la queue du pancréas
- E** cancer de la tête du pancréas
- F** cholécystite aiguë
- G** migration lithiasique

#### Question 3

Au vu des résultats précédents, quel examen prescrieriez-vous pour guider la suite de la prise en charge ?

- A** scanner thoraco-abdomino-pelvien
- B** IRM abdominale
- C** écho-endoscopie
- D** tomographie par émission de positons au <sup>18</sup>FDG
- E** scintigraphie des récepteurs de la somatostatine

#### Question 4

Il existe un abaissement du TP à 57 %. Quelle(s) peut(peuvent) en être la(les) cause(s) chez ce patient ?

- A** carence nutritionnelle
- B** pancréatite chronique
- C** insuffisance hépatocellulaire
- D** hypovitaminose K secondaire à la cholestase
- E** l'ensemble de propositions précédentes

#### Question 5

Vos explorations vous font suspecter un cancer du pancréas. Si un traitement chirurgical est discuté, quelle(s) en est(sont) la(les) contre-indication(s) parmi les propositions suivantes ?

- A** présence de métastases hépatiques
- B** envahissement d'un axe artériel péripancréatique (tronc cœliaque, artère mésentérique supérieure)
- C** ictère avec bilirubine à 135  $\mu$ mol/L
- D** comorbidités importantes
- E** présence d'une carcinose péritonéale

#### Question 6

Concernant la preuve histologique de cette affection, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) fausse(s) ?

- A** si la tumeur est résécable et le malade opérable, la preuve histologique doit nécessairement être obtenue avant l'intervention par ponction guidée sous écho-endoscopie
- B** si la tumeur est résécable et le malade opérable, la preuve histologique préopératoire n'est pas indispensable
- C** les tumeurs neuro-endocrines représentent 25 % des tumeurs du pancréas
- D** si la tumeur n'est pas résécable ou le malade non opérable, une preuve histologique doit être obtenue, par ponction sous écho-endoscopie
- E** en cas de métastases hépatiques, ces dernières peuvent être biopsiées afin d'éviter une écho-endoscopie sous anesthésie générale

#### Question 7

Le bilan d'extension conclut à une tumeur non résécable. Que comportera votre prise en charge thérapeutique en tenant compte des symptômes actuels du patient (une ou plusieurs réponses possibles) ?

- A** pose de prothèse biliaire
- B** chimiothérapie
- C** prise en charge de la douleur
- D** dépistage des apparentés
- E** pose d'une prothèse duodénale

#### Question 8

Vous lisez dans la littérature que les injections de gemcitabine peuvent se compliquer de micro-angiopathie thrombotique. Quelle(s) anomalie(s) biologique(s) pourriez-vous constater dans ce cas ?

- A** anémie et thrombopénie
- B** TCA allongé
- C** test de Coombs positif
- D** haptoglobine augmentée
- E** LDH augmentés

**Question 9**

À l'occasion de sa 7<sup>e</sup> injection de chimiothérapie, votre patient se plaint d'un essoufflement à l'effort depuis 1 semaine environ. Il se dit plus fatigué depuis 2 semaines et se mobilise moins. Les constantes sont les suivantes :

- TA : 110/71 ;
- FC : 113/min ;
- Température : 37,8 °C ;
- SpO<sub>2</sub> : 90 %.

L'auscultation et la radiographie pulmonaires sont normales. Quel est le diagnostic à évoquer en priorité ?

- A** anémie chimio-induite
- B** exacerbation aiguë de BPCO
- C** embolie pulmonaire
- D** métastases pulmonaires
- E** pneumopathie infectieuse
- F** pneumopathie interstitielle induite par la gemcitabine

**Cas clinique 9 – QCM +**

Vous recevez en consultation Monsieur A. pour altération de l'état général. Ce patient âgé de 47 ans rapporte une consommation alcoolique d'environ une bouteille de rhum par jour depuis une trentaine d'années. Il fume un paquet de cigarettes par jour et n'a aucun suivi médical. Il ne prend aucun médicament en dehors de zopiclone (Imovane®) car il a souvent du mal à dormir. Il vous rapporte une asthénie progressivement croissante, avec une prise de poids récente. Vous remarquez vite une distension abdominale évoquant une ascite.

**Question 1**

Comment confirmer le diagnostic d'ascite ? Plusieurs réponses sont possibles.

- A** l'examen clinique a une très bonne sensibilité pour cela, même en cas de faible abondance
- B** au-delà de 2 litres d'ascite, le diagnostic est clinique
- C** le diagnostic est uniquement échographique
- D** l'échographie est utile au diagnostic, en cas de doute
- E** toute ascite nouvellement diagnostiquée doit être ponctionnée à visée diagnostique

**Question 2**

Vous suspectez une cirrhose. Concernant les signes cliniques de cette affection, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) fausse(s) ?

- A** les angiomes stellaires sont à chercher dans le territoire cave inférieur
- B** les angiomes stellaires sont liés à l'hypertension portale
- C** l'hippocratisme digital est spécifique de cirrhose
- D** la rosacée est liée à la cirrhose alcoolique
- E** le tremblement d'action est un signe d'insuffisance hépatocellulaire

**Question 3**

Le diagnostic de décompensation œdémato-ascitique sur probable cirrhose alcoolique est posé. Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) déclenchant à rechercher parmi les propositions suivantes ?

- A** toute infection
- B** insuffisance rénale
- C** décompensation cardiaque
- D** cause toxique
- E** thrombose portale

**Question 4**

Parmi les éléments suivants, lesquels concernent le traitement de l'ascite cirrhotique ?

- A** le traitement repose sur les ponctions itératives
- B** le traitement repose sur les diurétiques (spironolactone ± furosémide)
- C** une antibioprophylaxie est systématiquement associée
- D** la restriction hydrosodée doit être stricte
- E** en cas d'ascite réfractaire, la pose d'un TIPS peut être proposée

**Question 5**

Monsieur A. se plaint de douleurs abdominales plus intenses depuis 3 jours, et vous notez une température à 38,7 °C. L'hémodynamique est stable. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- A** vous suspectez une infection du liquide d'ascite
- B** le diagnostic d'infection du liquide d'ascite serait confirmé par la présence de PNN > 100/mm<sup>3</sup> dans le liquide d'ascite
- C** le diagnostic d'infection du liquide d'ascite serait exclu en l'absence de mise en évidence de germe dans le liquide d'ascite
- D** le diagnostic d'infection du liquide d'ascite est clinique reposant sur l'association ascite + douleurs abdominales + fièvre > 38,5 °C, la ponction n'est pas nécessaire en présence de ces critères
- E** une hémorragie digestive haute est un facteur favorisant l'infection du liquide d'ascite

**Question 6**

Quelle sont, parmi les éléments suivants, ceux de votre prise en charge à court terme, sachant que le taux de PNN dans le liquide d'ascite est de 360/mm<sup>3</sup> ?

- A** antibiothérapie probabiliste par C3G + imidazolé, en urgence
- B** un aminoside doit être ajouté du fait de la fièvre > 38,5 °C et du terrain fragile
- C** un syndrome hépatorénal peut compliquer une infection du liquide d'ascite
- D** des perfusions d'albumine doivent être administrées à J1 et J3 du diagnostic
- E** une ponction de contrôle doit être systématique à 48 h pour contrôler l'efficacité du traitement
- F** le traitement est efficace si le nombre de germe a diminué d'au moins 50 % après 48 h

**Question 7**

Quelle(s) est(sont) l'(les) autre(s) complication(s) possible(s) de l'ascite chez ce patient ?

- A** épanchement pleural
- B** thrombose portale
- C** encéphalopathie hépatique
- D** insuffisance respiratoire
- E** syndrome hépatorénal
- F** hernie ombilicale
- G** hyponatrémie

**Question 8**

Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) une(des) cause(s) d'ascite riche en protides ?

- A** tuberculose péritonéale
- B** carcinose péritonéale
- C** thrombose portale
- D** syndrome de Budd-Chiari
- E** syndrome néphrotique
- F** péricardite constrictive
- G** insuffisance cardiaque gauche

- B** gastropathie d'hypertension portale
- C** œsophagite peptique
- D** rupture de varices œsophagiennes
- E** cancer gastrique
- F** syndrome de Mallory-Weiss
- G** ulcère de Dieulafoy
- H** ingestion de caustiques

**Cas clinique 10 – QCM ++**

Monsieur Y., 42 ans, d'origine chinoise, est en visite touristique dans votre belle ville. Il vous est adressé en urgence par les pompiers pour vomissements de sang rouge. L'interrogatoire est impossible du fait de la barrière linguistique.

Les constantes sont les suivantes :

- TA : 85/60 mmHg ;
- FC : 124/mn ;
- température : 37,6 °C ;
- SpO<sub>2</sub> : 91 %.

À l'examen clinique, vous trouvez une pâleur cutanéomuqueuse, des sueurs et une hépatomégalie à bord inférieur tranchant, ainsi que quelques angiomes stellaires sur le haut du torse. Vous constatez que les extrémités sont froides et les genoux marbrés.

**Question 1**

Quelles sont les deux causes d'hématémèse les plus fréquentes ?

- A** ulcère gastrique ou duodénal

**Question 2**

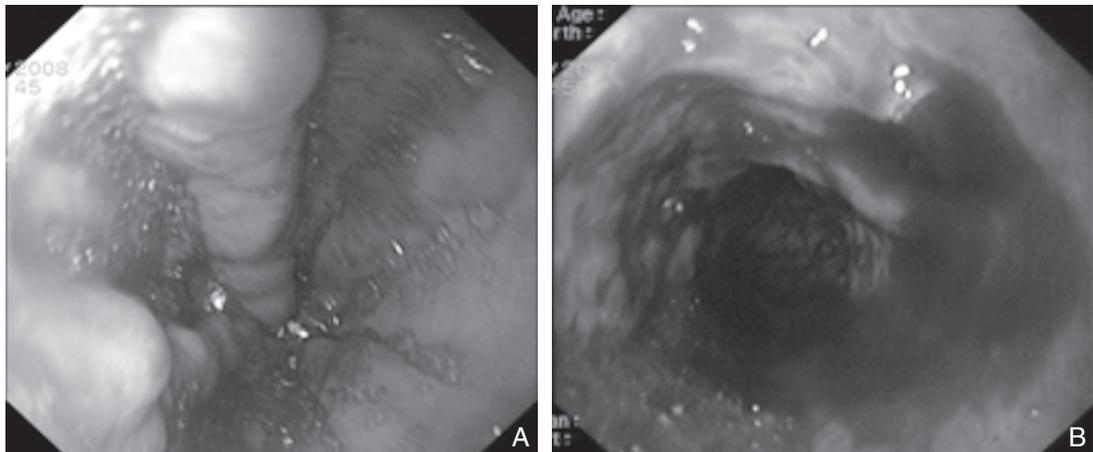
Concernant l'hémodynamique de ce patient (une ou plusieurs réponses possibles) :

- A** il est en état de choc hémorragique
- B** il faut le transfuser en urgence avec un objectif d'hémoglobine > 10 g/dL
- C** il faut le remplir avec albumine 1 g/kg par voie intraveineuse
- D** l'hémoglobine normale élimine un état de choc d'origine hémorragique
- E** l'élément le plus urgent de la prise en charge est l'endoscopie

**Question 3**

Voici des clichés de l'endoscopie réalisée en urgence (figure 3). Quel est votre diagnostic étiologique ?

- A** ulcère gastrique hémorragique
- B** gastropathie d'hypertension portale
- C** œsophagite peptique compliquée
- D** rupture de varices œsophagiennes
- E** cancer gastrique
- F** syndrome de Mallory-Weiss
- G** ulcère de Dieulafoy
- H** ingestion de caustiques



**Figure 3.** Image reproduite en quadrichromie dans le cahier couleur p. XX.

**Question 4**

Concernant la prévention secondaire de ce type d'hémorragie digestive (plusieurs réponses possibles) :

- A** elle repose sur les bêtabloquants cardiosélectifs à vie
- B** l'objectif est une diminution de 25 % de la fréquence cardiaque au repos sous bêtabloquant

- C** l'objectif de fréquence cardiaque sous bêtabloquant est 55–65/min
- D** les bêtabloquants doivent être associés à la ligature de varices œsophagiennes en prévention secondaire
- E** en cas de ligature de varices œsophagiennes, les bêtabloquants sont inutiles

**Question 5**

Sa femme arrive affolée. Par chance, elle est professeur d'anglais et vous raconte que son mari est suivi depuis de longues années pour une hépatite virale B chronique, pour laquelle il a été traité pendant 1 an. Quels sont les facteurs prédictifs de bonne réponse au traitement de l'hépatite B chronique active par interféron ?

- A** transaminases élevées
- B** charge virale faible
- C** score METAVIR élevé
- D** infection récente
- E** infection ancienne

**Question 6**

Chez ce patient, quels ont pu être les facteurs déclenchants de l'épisode actuel ?

- A** poussée évolutive de la maladie sous-jacente
- B** hépatite aiguë d'autre cause (alcoolique, VHA, VHD ou médicamenteuse)
- C** carcinome hépatocellulaire
- D** thrombose portale
- E** infection à *Helicobacter pylori*
- F** encéphalopathie hépatique
- G** prise de benzodiazépines

**Question 7**

Quelle(s) complication(s) peut-on craindre dans les suites de cet événement ?

- A** récurrence de l'épisode hémorragique
- B** poussée d'ascite et infection du liquide d'ascite
- C** encéphalopathie hépatique
- D** adénocarcinome œsophagien
- E** syndrome hépatorénal

**Question 8**

Lors d'un soin, l'infirmière se pique avec une aiguille. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

- A** il faut prélever les sérologies B, C et VIH chez le patient en urgence
- B** le contexte d'accident d'exposition au sang (AES) dispense de l'obtention du consentement du malade
- C** il faut rincer abondamment à l'eau puis désinfecter à la Bétadine® ou Dakin®
- D** l'infirmière ne court aucun risque, elle est forcément vaccinée contre le VHB
- E** il faut envoyer l'aiguille en virologie pour mise en culture

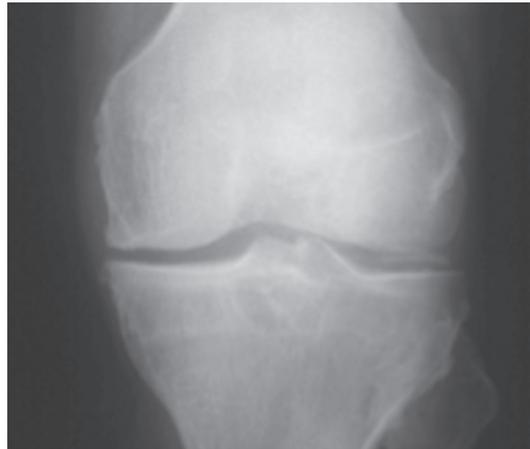
**Cas clinique 11 – QCM +++**

Un homme âgé de 42 ans consulte pour des douleurs articulaires au niveau du genou gauche depuis quelques jours. Comme sa sœur, il a présenté, il y a 2 ans, une crise de colique néphrétique non explorée. Il ne prend aucun traitement. À l'examen clinique, le pouls est régulier à 68 bpm, la pression artérielle est de 130/75 mmHg. Le genou gauche est tuméfié, chaud. On note la présence d'un choc rotulien et un flessum de 10°. Il n'y a pas d'adénopathie inguinale palpable. Il n'y a pas de déformation axiale des membres inférieurs. Les résultats des explorations biologiques demandées sont les suivants :

- leucocytes : 4800/mm<sup>3</sup> ;
- plaquettes : 360 000/mm<sup>3</sup> ;

- Hb : 13,8 g/dL ;
- CRP : 60 mg/L ;
- Na : 138 mmol/L ;
- Cl : 118 mmol/L ;
- K : 4,1 mmol/L ;
- protidémie : 78 g/L ;
- albuminémie : 40 g/L ;
- calcémie : 2,95 mmol/L ;
- phosphorémie : 0,70 mmol/L ;
- créatininémie : 68 µmol/L.

Une radiographie du genou gauche est réalisée (figure 4).



**Figure 4.**

**Question 1**

Concernant cette radiographie, quelles sont les propositions vraies ?

- A** il existe une calcification en liseré intra-articulaire
- B** il existe une calcification du fibrocartilage
- C** il existe un pincement de l'interligne
- D** il existe des signes d'arthrose avec géodes et ostéophytes
- E** il existe une déminéralisation osseuse
- F** radiographie normale

**Question 2**

Quel est le diagnostic le plus probable concernant les douleurs articulaires de ce patient ? Justifiez votre réponse.

- A** arthrite liée à une connectivité
- B** crise de goutte
- C** lésion méniscale post-traumatique
- D** chondrocalcinose articulaire
- E** arthrite septique

**Question 3**

Comment interprétez-vous le bilan phosphocalcique ?

- A** calcémie augmentée
- B** calcémie diminuée
- C** phosphorémie augmentée
- D** phosphorémie diminuée
- E** bilan phosphocalcique normal

**Question 4**

Quelle est l'hypothèse la plus probable ?

- A** hypercalcémie maligne liée à des métastases osseuses
- B** sécrétion paranéoplasique de PTHrp
- C** hyperparathyroïdie primitive
- D** iatrogène (absorption de sels de calcium, vitamine D ou thiazidique)
- E** granulomatose (sarcoïdose, tuberculose)

**Question 5**

Vous avez confirmé votre diagnostic et le traitement a été efficace. Deux ans plus tard, cet homme est adressé en urgence à l'hôpital pour malaise, de survenue assez brutale, avec perte de connaissance. Son épouse signale, qu'au cours des dernières semaines, il a eu plusieurs malaises résolutifs après la prise d'aliments sucrés. Par ailleurs, elle vous signale qu'il ne prend aucun traitement. À l'examen clinique, le patient est en état de coma agité, sans signe de localisation. La glycémie capillaire faite aux urgences est de 0,35 g/L (1,94 mmol/L). Quel traitement immédiat instaurez-vous ?

- A** insuline IVSE
- B** glucagon IM
- C** glucosé 30 % PO
- D** glucosé 30 % IV
- E** intubation oro-trachéale pour protection des voies aériennes

**Question 6**

Quelles sont les propositions vraies concernant la cause de ce coma ?

- A** il peut être attribué à un diabète débutant
- B** il faut doser les taux de peptide C et d'insuline en urgence
- C** il s'agit probablement d'une hypoglycémie organique
- D** il s'agit possiblement d'une hypoglycémie fonctionnelle
- E** une épreuve de jeûne est nécessaire au diagnostic

**Question 7**

Vous suspectez un insulinome. Parmi les examens suivants, lesquels prescrivez-vous pour le confirmer ?

- A** 5HIAA urinaires
- B** chromogranine A plasmatique
- C** PET-scan au  $^{18}\text{F}$ FDG
- D** TDM ou IRM abdominale
- E** écho-endoscopie digestive haute

**Question 8**

L'histoire récente et les manifestations présentées par le patient il y a 2 ans vous font suspecter une néoplasie endocrinienne multiple (NEM) de type 1. Parmi les manifestations suivantes, lesquelles peuvent être retrouvées dans cette entité ?

- A** phéochromocytome
- B** hémochromatose
- C** taches « café au lait »
- D** adénome hypophysaire
- E** hyperparathyroïdie

**Cas clinique 12 – QCM ++**

Un homme de 60 ans est hospitalisé pour bilan d'un ictère. Il a pour seul antécédent une hépatite à l'âge de 20 ans, survenue 6 mois après un accident de la circulation, pour lequel plusieurs transfusions sanguines avaient été nécessaires.

Le patient rapporte une asthénie progressive ces derniers mois, associée à une perte de 7 kg environ en 6 mois. À l'examen clinique, vous observez un ictère cutanéomuqueux ainsi que plusieurs angiomes stellaires. Il existe une hépatomégalie irrégulière sensible à la palpation et une splénomégalie. Les résultats du bilan biologique sont les suivants :

- hémoglobine : 18 g/dL ; VGM : 90 fL ; plaquettes : 75 000/mm<sup>3</sup> ; GB : 6500/mm<sup>3</sup> ; TP : 40 % ; facteur V : 35 %.
- glycémie : 3 mmol/L ; fonction rénale normale ;
- transaminases : 3 N ; phosphatase alcaline : 1,5 N ; gamma-GT : 10 N ; bilirubine totale : 80 μmol/L ; bilirubine conjuguée 60 μmol/L ;
- antigène HBs+ ; anticorps HBc+ ; antigène HBe+ ; ADN viral détectable.

**Question 1**

Quel(elles) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ?

- A** cirrhose post-hépatitique
- B** hépatite chronique persistante
- C** hépatocarcinome sur cirrhose
- D** cirrhose biliaire primitive
- E** hépatite chronique auto-immune

**Question 2**

Parmi les données biologiques de l'observation, lequel(lesquels) vous oriente(nt) vers une cholestase ?

- A** transaminases
- B** phosphatase alcaline
- C** facteur V
- D** gamma-GT
- E** bilirubine conjuguée

**Question 3**

Parmi les données biologiques de l'observation, lequel(lesquels) fait(font) suspecter un hépatocarcinome chez ce patient ?

- A** transaminases
- B** hémoglobine
- C** glycémie
- D** VGM
- E** l'ensemble des propositions précédentes

**Question 4**

Parmi les données biologiques de l'observation, lequel(lesquels) traduit(ont) une répllication virale B ?

- A** phosphatase alcaline
- B** antigène HBs
- C** antigène HBe
- D** ADN viral
- E** anticorps anti-HBc

**Question 5**

Parmi les examens suivants, lequel(lesquels) vous semble(nt) utile(s) au diagnostic et au pronostic ?

- A** dosage de l'alpha-fœtoprotéine
- B** tomodensitométrie abdominale
- C** cholangiographie rétrograde
- D** ponction-biopsie du foie guidée en cas de nodule à l'échographie
- E** IRM abdominale

**Question 6**

Parmi les propositions suivantes, lesquelles seraient des facteurs de risque de carcinome hépatocellulaire chez ce malade ?

- A** âge > 40 ans
- B** sexe masculin
- C** fibrose extensive ou cirrhose
- D** origine caucasienne
- E** répllication virale forte

**Question 7**

Le bilan révèle un carcinome hépatocellulaire multifocal sur cirrhose de stade Child-Pugh C. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) mesure(s) thérapeutique(s) pouvez-vous proposer ?

- A** exérèse chirurgicale
- B** transplantation hépatique
- C** chimiothérapie
- D** soins de support
- E** chimio-embolisation intra-artérielle hépatique

**Cas clinique 13 – QCM +**

Un sujet de 59 ans, traité par fluindione pour une fibrillation auriculaire, est vu en consultation pour une constipation apparue récemment, bien corrigée par les mucilages. Il dit n'avoir jamais eu de méléna ni de rectorragie. Son médecin traitant lui a fait réaliser un test Hemocult II® qui est positif sur deux échantillons sur trois.

Une coloscopie a mis en évidence des diverticules du côlon sigmoïde et une tumeur de 6 cm de diamètre du bas-fond cæcal. Les biopsies montrent un adénocarcinome.

Une colectomie droite est réalisée, suivie d'une anastomose iléo-transverse. Le chirurgien n'a pas noté de signe d'extension extracolique de la tumeur au cours de l'intervention. L'examen de la pièce opératoire montre que la tumeur infiltre toute la paroi colique jusqu'à la séreuse mais aucun des 13 ganglions prélevés.

**Question 1**

Le stade TNM de ce cancer est (1 réponse) :

- A** T3N0M0
- B** T4N0M0
- C** cT4N0Mx
- D** pT4N0Mx
- E** pT4NxMx
- F** pT4N0Mx
- G** impossible à déterminer à ce stade

**Question 2**

Concernant le test Hemocult II®, quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) exacte(s) ?

- A** il est demandé pour confirmer une rectorragie de sang rouge
- B** il est demandé pour confirmer un méléna
- C** il a pour objectif de dépister un gros polype ou un cancer
- D** il nécessite un prélèvement de selles par rectoscopie
- E** il exige un transit accéléré par un laxatif

**Question 3**

Le cancer de ce patient, vu à la coloscopie ou à l'examen macroscopique de la pièce opératoire, était vraisemblablement (une ou plusieurs réponses possibles) :

- A** ulcéré en son centre et végétant sur les bords
- B** développé sur un polype ayant un pédicule étroit
- C** une sténose circonférentielle régulière
- D** une zone érodée, plane, recouverte de fausses membranes
- E** développé sur les bords d'un ulcère d'aspect bénin

**Question 4**

Les examens préopératoires à la recherche d'une extension comportaient :

- A** une tomographie par émission de positons au <sup>18</sup>F-DG
- B** une endoscopie œsogastroduodénale pour examiner le deuxième duodénum
- C** un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection
- D** un dosage sérique de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE)
- E** un scanner cérébral

**Question 5**

Une fois rétabli de son intervention, le patient peut avoir une diarrhée chronique du fait de (une ou plusieurs réponses possibles) :

- A** la malabsorption des sels biliaires
- B** le traitement par les coumariniques
- C** une sténose de l'anastomose iléo-colique
- D** un défaut de réabsorption hydrique
- E** la diverticulose sigmoïdienne
- F** résection de la valvule iléocæcale

**Question 6**

La surveillance postopératoire systématique comporte l'(les) examen(s) suivant(s) :

- A** dosage de l'antigène carcino-embryonnaire
- B** dosage de l'alpha-fœtoprotéine
- C** scanner thoraco-abdomino-pelvien
- D** coloscopies périodiques
- E** examen clinique incluant un toucher rectal
- F** laparoscopie

**Question 7**

L'anémie liée au cancer colorectal est typiquement :

- A** macrocytaire
- B** microcytaire
- C** hypochrome
- D** régénérative
- E** hémolytique

**Cas clinique 14 – QCM +++**

Un homme de 40 ans consulte pour un ictère, d'apparition progressive depuis 2 semaines. Il est avocat, fume un demi-paquet de cigarettes par jour depuis 18 ans, ne boit pas d'alcool, ne suit aucun traitement particulier. Il rapporte une asthénie progressive depuis 1 mois, associé à un amaigrissement de 4 kg en autant de temps. Il existe à l'interrogatoire une diarrhée faite de quatre selles pâteuses par jour, moins colorées qu'auparavant.

À l'examen clinique : constantes normales, apyrexie. Il existe un ictère cutanéomuqueux et des lésions de grattage sur les avant-bras et le torse. La palpation de l'abdomen met en évidence une hépatomégalie non dure, homogène, estimée à deux travers de doigts, sans ascite. Il n'y a pas de signe d'insuffisance hépatocellulaire ni d'hypertension portale.

Les résultats biologiques sont : ASAT : 2 N ; ALAT : 2,5 N ; PAL : 5 N ; GGT : 6 N ; bilirubinémie totale : 82  $\mu\text{mol/L}$  (conjuguée à 70  $\mu\text{mol/L}$ ).

**Question 1**

Parmi les examens suivants, lequel prescrirez-vous en premier ?

- A IRM abdominale
- B écho-endoscopie digestive haute
- C biopsie hépatique
- D endoscopie œsogastroduodénale à la recherche de signes d'hypertension portale
- E FibroScan®
- F échographie hépatique

**Question 2**

Vous vous orientez vers une cholangite sclérosante primitive. Quels sont les deux examens d'imagerie les plus performants pour le diagnostic positif ?

- A échographie hépatique
- B cholangio-IRM
- C cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique
- D écho-endoscopie
- E aucun, le diagnostic est histologique
- F scanner abdominal avec injection de produit de contraste

**Question 3**

Quel est l'aspect typique à l'imagerie de cette pathologie (plusieurs réponses possibles) ?

- A sténose biliaire unique, longue, régulière
- B sténose biliaire unique, courte, régulière
- C sténoses biliaires multiples, courtes, irrégulières, séparées par des segments de calibre normal voire augmenté
- D dilatations biliaires multiples et irrégulières sans sténose
- E aspect « en arbre mort »

**Question 4**

Quelles pourraient être les anomalies évocatrices sur le bilan immunologique ?

- A hypergammaglobulinémie
- B augmentation des IgA

- C augmentation des IgG4
- D présence d'anticorps antimitocondries
- E présence de pANCA

**Question 5**

Parmi les propositions suivantes concernant la cause de la diarrhée, quelles hypothèses privilégiez-vous ?

- A malabsorption liée à la cholestase (maldigestion par carences en sels biliaires)
- B maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) associée
- C maladie cœliaque
- D colite microscopique
- E cancer colorectal

**Question 6**

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes concernant le risque associé de cancer ?

- A il existe un risque accru de cancer du pancréas
- B il existe un risque accru de carcinome hépatocellulaire
- C il existe un risque accru de cancer colorectal
- D il existe un risque accru de cholangiocarcinome
- E il n'existe pas d'augmentation du risque de cancer

**Question 7**

Sur quelles mesures repose le traitement de la cholangite sclérosante primitive ?

- A traitement des carences liées à la cholestase
- B corticothérapie
- C acide ursodésoxycholique
- D dilatation endoscopique des sténoses
- E transplantation hépatique dans les formes sévères

**Cas clinique 15 – QCM ++**

Vous recevez en consultation Monsieur J., 28 ans, pour un problème de tuméfaction de l'aîne. Ce jeune homme est un sportif de haut niveau, en excellente santé par ailleurs, sans antécédent médical ni chirurgical. Il ne fume pas et ne boit qu'occasionnellement. Il ne prend aucun traitement. La gêne a commencé il y a 2 semaines au cours d'un entraînement particulièrement intense et est décrite comme une sensation de pesanteur au niveau inguinal droit. Le malade a remarqué de façon concomitante la présence d'une tuméfaction en position debout augmentant aux efforts de poussée abdominale.

À l'examen clinique, vous notez un abdomen souple et dépressible. Il existe en position debout une tuméfaction inguino-scrotale droite, expansive à la toux, réductible manuellement, indolore. À la réduction, vous constatez que le collet est situé au-dessus de la ligne de la Malgaigne (ligament inguinal). Les battements des vaisseaux épigastriques sont perçus en dedans du collet.

**Question 1**

Parmi les propositions suivantes, quel est votre diagnostic (deux réponses) ?

- A hernie inguinale directe droite
- B hernie inguinale oblique externe droite

- C hernie crurale droite
- D hernie simple
- E hernie compliquée

**Question 2**

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des facteurs de risque de cette affection ?

- A toux chronique
- B dysurie
- C dyspepsie
- D constipation
- E myopathie

**Question 3**

Quel(s) examen(s) paraclinique(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- A échographie abdominale ± testiculaire
- B TDM abdomino-pelvienne
- C laparoscopie exploratrice
- D cliché d'abdomen sans préparation (ASP)
- E aucun examen

**Question 4**

Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) concernant les hernies digestives ?

- A le traitement est médical, basé sur le port de ceinture de contention
- B le traitement est chirurgical, basé sur la suture musculo-aponévrotique ou sur l'interposition d'une plaque pariétale synthétique
- C les hernies crurales ne sont traitées que si elles sont symptomatiques
- D toutes les hernies inguinales doivent être systématiquement opérées
- E la complication principale est le risque d'étranglement, qui survient plus souvent dans le cas de hernie crurale qu'inguinale

**Question 5**

Le malade est opéré. Quelles sont, parmi les propositions suivantes concernant les complications postopératoires possibles, celles qui sont exactes ?

- A hémorragie par plaie d'un vaisseau épigastrique ou fémoral
- B section du canal déférent
- C lésion d'un nerf inguinal ou crural
- D plaie du contenu de la hernie (grêle, vessie, côlon)
- E ces complications sont fréquentes

**Question 6**

Parmi les propositions suivantes concernant les complications postopératoires, lesquelles sont exactes ?

- A l'hématome de paroi est une des complications les plus fréquentes
- B l'infection de site opératoire est une des complications les plus fréquentes
- C la dysurie est une des complications les plus fréquentes
- D la récurrence est plus fréquente en cas d'intervention avec pose de prothèse (plaque)
- E la récurrence est plus fréquente en cas d'intervention sans pose de prothèse (plaque)

**Question 7**

Vous revoyez votre patient quelques mois plus tard aux urgences pour une plaie abdominale antérieure par arme blanche. Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

- A les organes le plus souvent touchés dans ce contexte sont le foie et l'estomac
- B les organes le plus souvent touchés dans ce contexte sont les éléments vasculaires du rétropéritoine
- C le traitement est chirurgical en urgence en cas de signes d'instabilité hémodynamique ou de péritonite
- D l'exploration par laparotomie est systématique
- E l'exploration locale de la plaie est suffisante dans la majorité des cas

## QROC

**Cas clinique 16 – QROC +**

Une femme de 58 ans vous consulte car elle a lu un article dans une revue sur le test Hemocult II® et vous sollicite pour que vous lui en prescriviez un. En effet, elle rapporte des douleurs abdominales fluctuantes de siège variable depuis environ 5 ans, un transit fait d'une selle tous les 2 à 3 jours en moyenne, avec efforts de poussée et parfois présence de traces de sang à l'essuyage. Elle a remarqué que les douleurs s'estompaient le week-end et disparaissaient lors des vacances. Elle est secrétaire dans la fonction publique, célibataire, sans enfant. Elle ne prend aucun traitement. Elle mesure 165 cm pour 68 kg (+ 2 kg en 1 mois). La palpation abdominale est normale en dehors d'une sensibilité modérée le long du cadre colique. L'examen proctologique montre des hémorroïdes internes de grade II ainsi qu'une marisque. Le toucher rectal est normal. Son père est décédé à 72 ans d'un cancer du poumon. Il n'y a pas d'autre antécédent notable familial ni personnel.

**Question 1**

Que signifie « hémorroïdes internes de grade II » ?

**Question 2**

Quelle réponse donnez-vous à la patiente concernant sa requête ?

**Question 3**

Outre la NFS et la CRP, quels sont les quatre examens à prescrire dans ce contexte en dehors d'une coloscopie ?

**Question 4**

Vous retenez l'indication d'une coloscopie, donnez deux éléments indispensables à sa bonne réalisation.

**Question 5**

Le compte rendu de coloscopie montre « préparation satisfaisante, progression jusqu'au bas-fond cæcal.

Nombreux diverticules prédominant sur les portions sigmoïdienne et colique gauche. Pas d'autre lésion retrouvée». Quel diagnostic reprenez-vous pour expliquer les symptômes de la patiente sachant que les autres examens n'ont pas montré d'anomalie ?

**Question 6**

Quel traitement proposez-vous en conséquence (deux classes thérapeutiques) ?

**Question 7**

Grace à votre traitement, les douleurs se sont améliorées et le transit est maintenant fait d'une seule selle par jour. Six mois plus tard, la malade se présente aux urgences pour une violente douleur de la fosse iliaque gauche d'apparition brutale, ne cédant pas malgré la prise d'ibuprofène et paracétamol il y a 2 h. La température est à 38,2 °C. L'hémodynamique est normale. La palpation abdominale déclenche une douleur du flanc et de la fosse iliaque gauches sans empatement ni défense. Le bilan sanguin montre : GB : 19 000/mm<sup>3</sup> (PNN 91 %), Hb : 12,4 g/dL, CRP : 92 mg/L, créatininémie 70 µmol/L. Quelle est votre hypothèse diagnostique principale ?

**Question 8**

Quels sont les deux signes, au scanner abdominal, qui vous conforteraient dans votre hypothèse ?

**Question 9**

Votre diagnostic est confirmé. Il n'y a pas de signe de complication à l'imagerie. Quelles en sont les bases du traitement ambulatoire (trois items) chez cette malade ?

**Cas clinique 17 – QROC ++**

Vous recevez aux urgences Mademoiselle A., âgée de 22 ans, pour des douleurs abdominales associées à des vomissements. Elles sont localisées au niveau de la fosse iliaque droite avec irradiation en hypogastre et associées à une pollakiurie. Elles ont commencé la veille et la patiente n'a pas fermé l'œil de la nuit. Elle est étudiante en pharmacie et a pour seul antécédent une salpingite aiguë il y a 2 ans, résolutive sous antibiothérapie seule. Elle ne prend aucun médicament, fume un demi-paquet de cigarettes par jour depuis 4 ans, ne consomme d'alcool que lors des soirées étudiantes. La PA est à 120/75, la FC à 115 bpm, la SpO<sub>2</sub> à 97 %, la température de 38,2 °C. À l'examen physique, il existe une douleur avec défense à la palpation de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre.

**Question 1**

Quels sont les trois diagnostics gynécologiques à évoquer en priorité devant ce tableau ?

**Question 2**

Quels sont les quatre éléments indispensables qui manquent à votre examen clinique ?

**Question 3**

La NFS montre : Hb : 11,5 g/dL, VGM : 88 fL, plaquettes : 314 000/mm<sup>3</sup>, leucocytes : 13 500/mm<sup>3</sup>

dont 87 % de polynucléaires neutrophiles. TP : 94 %, TCA : 1,1. Créatininémie : 75 µmol/L. CRP : 67 mg/L. BU : leucocytes négatifs, nitrites négatifs.

Quels examens complémentaires prescrivez-vous en urgence (trois items) ?

**Question 4**

Une échographie abdominale ne s'est pas révélée contributive. Sur ce scanner (figure 5), quel diagnostic reprenez-vous ?



**Figure 5.**

**Question 5**

Quels sont les quatre principes de votre prise en charge (cinq items) ?

**Question 6**

Vu l'antécédent de salpingite, vous proposez un dépistage de l'infection par le VIH à la patiente. De quel(s) type(s) de test(s) s'agit-il ?

**Question 7**

Donnez-en les quatre conditions de réalisation.

**Question 8**

Ce dépistage est positif. Votre patiente revient vous voir plusieurs années plus tard. Elle est depuis peu sous traitement antirétroviral. Elle se plaint d'une diarrhée depuis 3 semaines. Quelles en sont les principales causes bactériennes (cinq items) chez un patient infecté par le VIH avec CD4 > 200/mm<sup>3</sup> ?

**Question 9**

Quelles causes infectieuses supplémentaires devez-vous évoquer en cas de CD4 < 200/mm<sup>3</sup> ?

**Cas clinique 18 – QROC +**

Une femme âgée de 82 ans est conduite aux urgences pour douleurs abdominales aiguës. Dans ses antécédents, on trouve : HTA essentielle, dyslipidémie, gonarthrose bilatérale, cataracte et maladie d'Alzheimer débutante. Elle est traitée par irbésartan, aspirine, atorvastatine et rivastigmine. Les douleurs ont débuté la veille au soir, d'intensité progressivement croissante, elles sont associées à un arrêt des matières et des gaz, ainsi qu'à des nausées. Il n'existe pas d'altération récente de l'état général ni de modification du transit au cours des dernières semaines. Cliniquement, il existe une distension abdominale avec tympanisme à

la percussion, une sensibilité diffuse sans défense ; les bruits hydroaériques sont présents. À la fin de l'examen, la patiente émet un vomissement fécaloïde. L'hémodynamique est stable, il n'y a pas de fièvre.

#### Question 1

Quels sont les quatre éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique faisant suspecter une occlusion intestinale ?

#### Question 2

Quels sont les trois éléments manquants de votre examen clinique ?

#### Question 3

Comment caractérisez-vous ce syndrome occlusif ?

#### Question 4

Quels sont les quatre risques majeurs du syndrome occlusif sur ce terrain ?

#### Question 5

Quels examens complémentaires biologiques prescrivez-vous ?

#### Question 6

Interprétez la coupe de scanner présentée ci-contre (figure 6) (deux items). Quelle serait la conclusion du radiologue ?

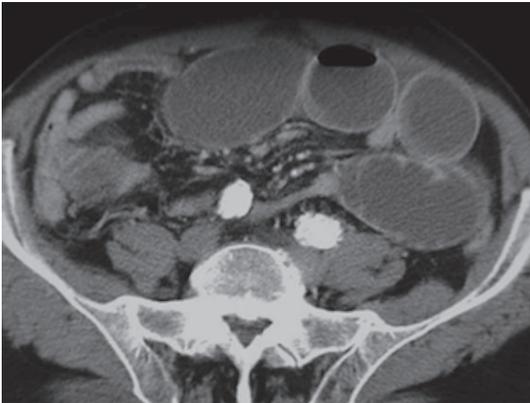


Figure 6.

#### Question 7

Quelles sont les trois causes de syndrome occlusif de siège sigmoïdien à évoquer sur ce terrain ?

#### Question 8

Quels sont les quatre grands principes de prise en charge en dehors du traitement étiologique ?

#### Question 9

Quel est le traitement spécifique immédiat d'une occlusion colique par volvulus du sigmoïde sur ce terrain ?

### Cas clinique 19 – QROC +

Une femme de 54 ans se présente aux urgences pour douleurs abdominales intenses ayant débuté brutale-

ment et évoluant depuis 6 heures. Elle est traitée par anticalciques pour une HTA essentielle, est sous hormonothérapie depuis 2 ans pour un syndrome climatérique invalidant et elle prend de l'ibuprofène depuis une semaine pour un lumbago. Elle est fumeuse active à 25 paquets-années, consomme l'équivalent de 30 g d'alcool pur par jour. Elle n'a pas d'autre antécédent. Les constantes sont : PA : 105/65 ; FC : 102 bpm ; SpO<sub>2</sub> : 94 % ; température : 37,9 °C. L'abdomen est douloureux de façon diffuse. Il existe une défense à la palpation de l'épigastre et de l'hypochondre droit et une disparition de la matité pré-hépatique. La biologie montre : GB : 11650/mm<sup>3</sup> ; Hb : 12,7 g/dL ; plaquettes ; 245 600/mm<sup>3</sup> ; TP : 92 % ; le ionogramme sanguin et la créatininémie sont normaux. La CRP est à 43 mg/L.

#### Question 1

Quel diagnostic suspectez-vous ?

#### Question 2

Quelle exploration complémentaire est nécessaire à ce stade ?

#### Question 3

Votre hypothèse est confirmée. La patiente est hospitalisée. Quelle est la conduite à tenir en urgence (six items) ?

#### Question 4

Quels sont les deux agents étiologiques les plus probables chez cette patiente ?

#### Question 5

Y avait-il une indication théorique à une prophylaxie médicamenteuse avec la prise du médicament de sa lombalgie chez cette patiente ?

#### Question 6

Quel traitement prescrivez-vous à la patiente à la sortie de l'hospitalisation et pour quelle durée ?

#### Question 7

Quelles sont les indications d'examen endoscopique de contrôle dans l'ulcère gastrique ou duodénal ?

#### Question 8

Un mois après l'arrêt du traitement, la patiente signale la réapparition de douleurs abdominales épigastriques et l'apparition d'une diarrhée. Une nouvelle endoscopie œsogastroduodénale est réalisée et montre une œsophagite érosive, une stase gastrique malgré les 12 h de jeûne et de multiples ulcères duodénaux. Quel est le principal diagnostic ?

### Cas clinique 20 – QROC +++

Madame M., patiente de 42 ans, vous consulte pour une dysphagie fluctuante évoluant depuis environ 1 an. Elle rapporte des difficultés à la déglutition intermittentes, transitoires et récidivantes, surtout aux liquides et occasionnellement aux solides. Ces symptômes sont depuis peu accompagnés d'une douleur de localisation vague, tantôt épigastrique, tantôt

rétrosternale. Elle se plaint également fréquemment de régurgitations acides post-prandiales. Cette patiente ne boit pas d'alcool et rapporte un tabagisme sévère estimé à 20 PA. Elle ne prend pas de médicaments en dehors d'amytriptyline pour une dépression récurrente.

**Question 1**

Quelles sont les principales causes sténosantes de dysphagie (en citer quatre) ?

**Question 2**

Quels sont les quatre signes d'alarme à rechercher chez cette patiente à l'examen clinique ?

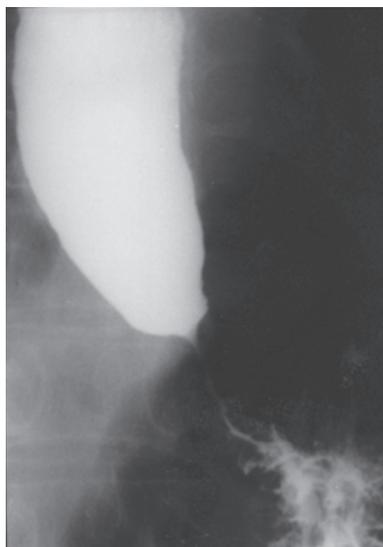
**Question 3**

Quel(s) examen(s) prescrivez-vous en première intention ?

**Question 4**

L'endoscopie œsogastroduodénale montre un aspect de dilatation de la moitié inférieure de l'œsophage contenant des résidus alimentaires en amont d'une sténose cardiale infranchissable sans anomalie de la muqueuse.

L'examen suivant a été réalisé (figure 7). Quel est votre diagnostic ?



**Figure 7.**

**Question 5**

Quel examen prescrivez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

**Question 6**

Quel autre examen doit être discuté ?

**Question 7**

Quels traitements spécifiques pouvez-vous proposer à cette patiente ?

**Question 8**

Vous optez pour un traitement endoscopique. Dans les heures suivant votre intervention, votre patiente se

plaint d'une douleur thoracique rétrosternale intense accompagnée d'une dyspnée. La température est à 38,6 °C. Quelle complication redoutez-vous ?

**Question 9**

La patiente vous reproche cette complication, ainsi que de ne pas l'avoir prévenue de la possibilité de sa survenue. Elle souhaite porter plainte pour obtenir une réparation. Quelle(s) démarche(s) peut-elle engager ?

**Cas clinique 21 – QROC +**

Vous recevez en consultation Monsieur R., journaliste, 38 ans, pour suspicion de reflux gastro-œsophagien. Il n'a aucun antécédent, rapporte une consommation d'alcool mondaine et fume un paquet de cigarettes par jour depuis 15 ans. Il mesure 178 cm pour 96 kg (poids stable). Il rapporte des brûlures rétrosternales ascendantes de survenue post-prandiale, augmentées lorsqu'il se penche en avant, depuis 3 mois environ. Il a parfois des régurgitations acides avec goût métallique dans la bouche. Il n'éprouve ni dysphagie ni douleur à la déglutition. Il n'y a pas de notion d'hématémèse ou de méléna. La NFS et la CRP sont normales.

**Question 1**

Quelle(s) exploration(s) vous semble(ent) nécessaire(s) ? Sur quels arguments ?

**Question 2**

Quels sont les principes du traitement médicamenteux ?

**Question 3**

Votre malade revient car la symptomatologie ne s'est pas améliorée malgré un traitement bien suivi. Quel examen réalisez-vous et que recherchez-vous ?

**Question 4**

Si cet examen est normal, quel examen de seconde intention devez-vous lui proposer ?

**Question 5**

En fait, l'endoscopie œsogastroduodénale montre un aspect typique d'endobrachyœsophage. Faites-en une description macroscopique.

**Question 6**

Quelle en est la définition histologique ?

**Question 7**

Quel en est le risque évolutif ?

**Question 8**

Quelle prise en charge médicamenteuse proposez-vous au patient ?

**Cas clinique 22 – QROC ++**

Vous voyez ce jour en consultation Madame V. pour des douleurs abdominales évoluant depuis plusieurs semaines. Cette patiente de 47 ans a comme antécédents une hypertension artérielle traitée par amlodipine et un ulcère du fundus gastrique traité à plusieurs reprises par ésoméprazole. Elle vous signale qu'elle a

été hospitalisée il y a 1 mois pour une embolie pulmonaire non grave, pour laquelle elle est actuellement traitée par fluindione 1,5 comprimé par jour. Au cours de cette hospitalisation, une anémie ferriprive a été découverte, avec une hémoglobine à 8,5 g/dL, et qui a persisté à 9 g/dL malgré une supplémentation en fer bien conduite.

Madame V. mesure 165 cm et pèse 55 kg (soit 8 kg de moins qu'il y a 1 an). D'ordinaire énergique, elle se plaint d'un essoufflement à l'effort qui la gêne pour monter les escaliers. Ses douleurs sont localisées au creux épigastrique, non irradiantes et peu influencées par l'alimentation. L'examen abdominal met en évidence un empatement épigastrique sensible sans défense à la palpation, une hépatomégalie irrégulière ainsi qu'une matité des flancs à la percussion. Il n'y a pas de notion de rectorragie ou de méléna. Le transit est normal. L'endoscopie gastrique met en évidence une ulcération de la grande courbure saignant au contact. Il existe un aspect tubulisé du reste de l'estomac avec de gros plis rigides ne s'effaçant pas à l'insufflation. L'examen anatomopathologique conclut à la présence d'un adénocarcinome gastrique peu différencié avec présence de cellules en « bagues à chaton ».

#### Question 1

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

#### Question 2

Quel est votre bilan d'extension paraclinique (2 examens) ?

#### Question 3

Le bilan d'extension a mis en évidence une carcinose péritonéale. Selon quel plan en quatre temps doit être organisée l'annonce du diagnostic à la patiente ?

#### Question 4

Après discussion pluridisciplinaire, il a été décidé de réaliser une chimiothérapie associant 5-fluoro-uracile et cisplatine en utilisant une chambre implantable. Vous retrouvez Madame V. aux urgences 7 jours après sa troisième cure de chimiothérapie. Les deux premières cures ont été moyennement tolérées avec une diarrhée (quatre selles par jour), une mucite et d'importantes nausées. Ses constantes sont : PA : 135/85 mmHg; FC : 95 bpm; température : 38,6 °C; SpO<sub>2</sub> : 98 %, poids : 56 kg. Il existe une asthénie modérée et une mucite de grade I, le reste de l'examen clinique est sans particularité. Elle vous remet les résultats des examens biologiques réalisés la veille en ville :

- Hb : 8,5 g/dL;
- plaquettes : 90 000/mm<sup>3</sup>;
- leucocytes : 1800/mm<sup>3</sup> (lymphocytes : 53 % et polynucléaires neutrophiles : 27 %).

Quel est votre diagnostic ?

#### Question 5

Quels examens complémentaires demandez-vous (quatre items) ?

#### Question 6

Quels sont les trois éléments indispensables de votre prise en charge immédiate ?

#### Question 7

Il est décidé de poursuivre le même protocole de chimiothérapie à doses adaptées. Outre les traitements symptomatiques, quelles sont les deux classes thérapeutiques à prescrire pour les cures suivantes en prévention secondaire ?

#### Question 8

Vous revoyez la malade 4 jours après la quatrième cure car elle présente des vomissements incoercibles depuis sa sortie malgré le suivi rigoureux de vos conseils, empêchant toute alimentation. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

#### Question 9

Après le bilan d'évaluation, vous concluez à une nette progression de la maladie. La malade est néanmoins en relativement bon état général. Vous souhaitez l'inclure dans un protocole d'essai thérapeutique de phase I. Quel en sera le critère principal de jugement ?

### Cas clinique 23 – QROC ++

Étant de garde aux urgences la nuit du nouvel an, vous recevez Madame O. pour de violentes douleurs abdominales. Cette patiente de 53 ans présente depuis 4 heures des douleurs épigastriques transfixiantes insupportables, qui sont apparues rapidement au décours du dîner du réveillon et qui se sont aggravées par les prises alimentaires. Elle a eu deux vomissements.

Les antécédents se résument à une appendicectomie dans l'enfance, un reflux gastro-œsophagien chronique, une dyslipidémie et une hypertension artérielle essentielle. Son traitement comporte : fénofibrate, oméprazole, olmésartan, hydrochlorothiazide. Elle est mère de cinq enfants, tous en bonne santé.

Elle pèse 88 kg pour 166 cm, et n'a pas perdu de poids récemment. La PA est à 110/65, la FC à 116 bpm, la température à 37,8 °C, la SpO<sub>2</sub> à 91 %. L'examen clinique est difficile tant la douleur est intense, même si celle-ci est quelque peu soulagée par la position en chien de fusil. Il n'y a pas de défense ni de contracture abdominale.

#### Question 1

Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ?

#### Question 2

Votre diagnostic le plus probable est confirmé.

#### Question 3

Quel examen d'imagerie devez-vous réaliser en urgence ?

#### Question 4

Les premiers résultats biologiques sont les suivants :

- Hb : 15,6 g/dL;
- Ht : 51 %;

- GB : 18 000/mm<sup>3</sup> (dont 87 % de PNN);
- Na : 142 mmol/L;
- K : 3,4 mmol/L;
- urée : 13 mmol/L;
- créatinine : 126 μmol/L;
- glycémie : 8,4 mmol/L;
- ASAT : 2 N;
- ALAT : 5 N;
- GGT : 5 N;
- PAL : 2 N;
- bilirubine totale : 19 μmol/L;
- lipasémie : 6 N.

Quelle est la cause la plus probable de l'affection qui a motivé la consultation ?

#### Question 5

Sur quels éléments paracliniques évaluer la gravité de cette maladie ?

#### Question 6

Quelles sont les deux principales causes de mortalité de cette pathologie ?

#### Question 7

Interprétez cette imagerie (résultats pathologiques principaux et votre conclusion) réalisée 50 heures après l'admission (figure 8).

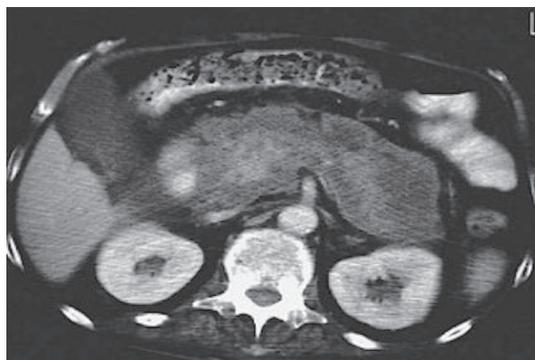


Figure 8.

#### Question 8

Quels sont les cinq grands principes de votre prise en charge initiale ?

#### Question 9

Quel autre élément important de votre prise en charge devra être réalisé à moyen terme ?

### Cas clinique 24 – QROC +

Vous recevez Madame J. en consultation pour une élévation des transaminases. Cette patiente de 62 ans, retraitée, est mère de 3 enfants (40, 35 et 32 ans) dont le premier est né par césarienne, avec hémorragie de la délivrance. Elle a pour antécédents une hypertension artérielle essentielle, une dyslipidémie et un syndrome coronarien aigu il y a 2 ans traité efficacement par un stent coronarien. Son traitement com-

porte : aspirine, aténolol, énalapril, atorvastatine. Elle ne fume pas et ne consomme pas d'alcool.

Cliniquement, elle ne présente aucune plainte particulière, en particulier aucun symptôme d'angor, d'essoufflement ni de douleur abdominale. Madame J. pèse 91 kg pour 169 cm. La PA est à 133/82 mmHg, la FC à 64 bpm, la température à 36,9 °C. L'examen clinique est normal en dehors d'une hépatomégalie à deux travers de doigts, à bord inférieur non dur.

Le bilan biologique réalisé à jeun est le suivant :

- NFS, ionogramme sanguin et CRP : normaux;
- créatininémie : 95 μmol/L; ALAT; 87 UI/L (N < 45); ASAT : 75 UI/L (N < 40); gamma-GT : 84 UI/L (N < 40); phosphatases alcalines : 115 UI/L (N < 120); bilirubine totale : 9 μmol/L; TP : 91 %,
- glycémie : 2,06 g/L; triglycéridémie : 1,7 g/L; HDLc : 0,6 mmol/L; LDLc : 1,8 mmol/L.

Un précédent bilan biologique réalisé il y a 3 mois avait déjà montré une élévation modérée des transaminases à 2 fois la normale. Une échographie abdominale montre un foie homogène et hyperéchogène, aux contours réguliers, avec perméabilité des systèmes porte et supra-hépatique. Il existe un sludge vésiculaire et présence de deux calculs intra-vésiculaires mobiles. Les voies biliaires intra- et extra-hépatiques ne sont pas dilatées, sans obstacle visualisable. La dernière échographie cardiaque montrait une FEVG à 54 %.

#### Question 1

Quelles sont les trois causes possibles d'élévation des transaminases chez cette patiente ?

#### Question 2

Quel geste chirurgical programmez-vous en ce qui concerne la lithiase biliaire vésiculaire ?

#### Question 3

Vous concluez à une origine métabolique des perturbations du bilan hépatique, quels sont les quatre grands principes de la prise en charge thérapeutique ?

#### Question 4

Madame J. vous consulte à nouveau 1 mois plus tard car elle « pense que son problème au foie s'est aggravé ». En effet, elle a eu des crises douloureuses de l'hypochondre droit, survenues de façon brutale et imprévue à deux reprises dans les trois dernières semaines, dont l'une après un repas copieux. Elles ont toutes cédé spontanément en environ 2 à 3 heures, et étaient accompagnées d'une difficulté respiratoire. Quel est votre diagnostic ?

#### Question 5

Quel traitement spécifique proposez-vous à la patiente ?

#### Question 6

Vous programmez un geste thérapeutique pour la semaine suivante. Mais la veille au soir, vous voyez votre patiente aux urgences car elle ne va vraiment pas bien : les douleurs ont repris depuis ce matin après le petit déjeuner, et sont accompagnées de nausées et d'une fièvre à 38,8 °C depuis quelques heures.

À l'examen clinique, il n'existe pas d'ictère, la patiente est stable hémodynamiquement, il existe un signe de Murphy à la palpation abdominale. Définissez un signe de Murphy.

#### Question 7

Quelle est votre hypothèse diagnostique ? Comment la confirmez-vous ?

#### Question 8

Votre diagnostic est confirmé par les examens paracliniques. Quels sont les deux grands principes de votre prise en charge thérapeutique ?

#### Question 9

La patiente hésite à se faire opérer. Quelle alternative existe-t-il à la chirurgie ?

### Cas clinique 25 – QROC ++

Madame R., 64 ans, consulte aux urgences pour des douleurs abdominales avec fièvre ayant débuté il y a 36 heures. Cette patiente a comme antécédents un surpoids, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un diabète de type 2 et un ulcère gastrique. Elle a quatre enfants, dont deux nés par césarienne. Son ordonnance comporte : aténolol, fénofibrate, metformine et oméprazole.

Les constantes sont les suivantes : PA : 82/56 mmHg ; FC : 107 bpm ; SpO<sub>2</sub> : 90 % ; FR : 25/min ; température : 39,6 °C. La malade est consciente et orientée, nauséuse. Elle frissonne et vous notez des marbrures des deux genoux ainsi qu'une froideur des extrémités. L'abdomen est globalement douloureux, particulièrement au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit. L'ECG est normal en dehors d'une tachycardie sinusale.

#### Question 1

Quel est votre diagnostic syndromique à ce stade ?

#### Question 2

Quelles sont vos deux principales hypothèses diagnostiques à ce stade ? Justifiez.

#### Question 3

En réexaminant votre malade, vous remarquez une coloration jaune des conjonctives, dont elle ne s'était pas rendu compte. Celle-ci vous informe que ses urines sont anormalement foncées.

Les résultats du bilan biologique prélevé en urgence sont les suivants :

- Hb : 11,6 g/dL ; GB : 26 000/mm<sup>3</sup> (PNN 96 %) ; plaquettes : 16 800/mm<sup>3</sup> ; TP : 85% ; TCA : 1,3 ;
- Na : 135 mmol/L ; K : 4,3 mmol/L ; Cl : 98 mmol/L ; créatininémie : 226 µmol/L ; urée : 12 mmol/L ; lactates : 2,8 mmol/L ; CRP : 230 g/L ;
- ASAT : 2 N ; ALAT : 3 N ; bilirubinémie : 96 µmol/L (88 de conjuguée) ; GGT : 4 N ; PAL 5 N ; lipase ; 2 N ;
- HCO<sub>3</sub> : 16 mmol/L ; pH : 7,32 ; PaO<sub>2</sub> : 68 mmHg ; PaCO<sub>2</sub> : 39 mmHg.

Quelle est alors votre hypothèse diagnostique principale ?

#### Question 4

Comment interprétez-vous les gaz du sang ?

#### Question 5

En dehors du contexte d'urgence, quels sont les deux examens les plus sensibles pour mettre en évidence une lithiase cholédocienne ?

#### Question 6

Quels sont les grands principes de votre prise en charge spécifique ?

#### Question 7

Quels germes peuvent être responsables de ce tableau ? Quelle antibiothérapie probabiliste proposez-vous en première intention ?

#### Question 8

Quel était le facteur de risque iatrogène de lithiase biliaire chez cette patiente ?

### Cas clinique 26 – QROC ++

Vous recevez en consultation ce jour Monsieur L. pour anomalies du bilan hépatique. Ce jeune cadre de 35 ans, habituellement dynamique, vous est envoyé par son rhumatologue, qui le suit pour une asthénie associée à des arthralgies évoluant depuis 3 mois. Les douleurs articulaires prédominent aux poignets, aux coudes, aux métacarpophalangiennes et aux interphalangiennes proximales de manière bilatérale et sont de rythme inflammatoire. La recherche d'anticorps antinucléaires, d'ANCA et du facteur rhumatoïde était négative. Dans ses antécédents, on note une tuberculose pulmonaire dans l'enfance, une fracture du poignet gauche sur chute de sa hauteur il y a un mois et demi et une consommation d'alcool d'environ 70 g par jour pendant une douzaine d'années ; il est sévré depuis environ 3 mois sur les conseils de son rhumatologue. C'est la persistance des anomalies du bilan hépatique qui a motivé la présente consultation. Monsieur L. pèse 70 kg pour 172 cm et n'a pas perdu de poids récemment. Les constantes sont : PA : 140/85 mmHg ; FC : 85 bpm ; température : 37,7 °C. L'examen clinique est normal en dehors des polyarthralgies et d'une hépatomégalie à deux travers de doigts.

Le bilan biologique montre :

- Hb : 14,5 g/dL ; GB : 7000/mm<sup>3</sup> ; plaquettes : 350 000/mm<sup>3</sup> ; TP : 89 % ;
- ASAT : 2,1 N ; ALAT : 2,5 N ; gamma-GT et phosphatases alcalines normales ; bilirubinémie totale : 15 µmol/L ; CRP : 5 mg/L ; albuminémie : 34 g/L ; ferritinémie : 1250 µg/L ; glycémie : 1,12 g/L ;
- anticorps anti-VIH négatifs, anticorps anti-VHC négatifs, antigène HBs négatif, anticorps anti-HBs positifs, anticorps anti-HBc positifs.

#### Question 1

Interprétez les résultats de la sérologie de l'hépatite B.

#### Question 2

Quelles sont les quatre principales causes d'hyperferritinémie ?

**Question 3**

Le coefficient de saturation de la transferrine est à 82 %. Quel est votre diagnostic ? Quel est le stade de la maladie ?

**Question 4**

Quels sont les cinq éléments indispensables pour compléter le bilan de l'atteinte hépatique ?

**Question 5**

Quels sont les six éléments indispensables pour compléter le bilan de l'atteinte extra-hépatique ?

**Question 6**

Vous trouvez l'hémoglobine glyquée à 7,7 %. Qu'en pensez-vous ?

**Question 7**

Vous suspectez une origine génétique. Quel est le gène généralement impliqué, quelle est la principale mutation à rechercher ?

**Question 8**

Quelle est la principale mesure thérapeutique à proposer au patient ?

**Question 9**

Le traitement que vous instaurez se révèle efficace. Lors d'une consultation de suivi, Monsieur L. vous rapporte tout de même une aggravation de ses problèmes rhumatologiques. En effet, cela fait plusieurs semaines que sa main droite le fait souffrir, en particulier les II et III. Les douleurs sont à prédominance nocturne et sont accompagnées de fourmillements. Il existe également une dysesthésie au toucher. Par ailleurs, votre patient se plaint depuis quelques jours d'une douleur inhabituelle du genou droit, qui est chaud, rouge, douloureux à la palpation, et augmenté de volume. Il vous montre la radiographie du genou droit réalisée à la demande de son rhumatologue (figure 9).



**Figure 9.**

Quel est votre diagnostic pour l'atteinte de la main ?

**Question 10**

Quel est votre diagnostic pour l'atteinte du genou ?

**Cas clinique 27 – QROC +++**

Vous recevez dans votre cabinet de consultation Monsieur T., 43 ans, pour altération de l'état général. Ce patient rapporte une consommation d'alcool d'environ quatre bières à 7° et deux bouteilles de vin à 12° par jour, d'augmentation récente. Il fume un paquet de cigarettes par jour depuis 20 ans.

Vous remarquez immédiatement un ictère cutanéomuqueux intense, ainsi que plusieurs lésions de grattage. Les constantes sont normales, la température est à 37,9 °C. Il existe une hépatomégalie à bord inférieur tranchant ainsi qu'une circulation veineuse collatérale. L'examen neurologique est normal. Le bilan réalisé la veille sur la demande de son médecin traitant montre :

- Hb : 10,5 g/dL ; VGM : 107 fL ; leucocytes : 24 000/mm<sup>3</sup> dont 88 % de PNN ; plaquettes : 65 000/mm<sup>3</sup> ; TP : 40 % ; facteur V : 44 % ;
- ASAT : 185 UI/L ; ALAT : 169 UI/L ; gamma-GT : 146 UI/L ; phosphatases alcalines : 320 UI/L ; bilirubine totale : 124 μmol/L.

Vous évoquez une hépatite alcoolique aiguë sur probable cirrhose alcoolique.

**Question 1**

Quel est votre principal diagnostic différentiel ? Par quel examen l'élimineriez-vous ?

**Question 2**

Comment apprécier la sévérité (et le seuil retenu) de cette pathologie ?

**Question 3**

Quel examen complémentaire est indispensable pour confirmer le diagnostic ? Quel est le résultat attendu ?

**Question 4**

Quelle précaution faut-il prendre avant d'initier le traitement spécifique ?

**Question 5**

Quelle est la mesure principale de votre prise en charge immédiate ?

**Question 6**

Vous revoyez Monsieur T. 2 ans plus tard, cette fois-ci aux urgences de votre hôpital, où votre ancien patient se présente pour des vomissements de sang. À l'examen clinique, les constantes sont les suivantes : PA : 110/65 ; FC : 104 bpm ; température : 37,4 °C ; SpO<sub>2</sub> : 92 %. Monsieur T. semble avoir maigri depuis 2 ans. Il n'y a pas de troubles de la conscience. Vous notez plusieurs angiomes stellaires et une érythrose palmaire. Il existe un astérisis. Le toucher rectal ramène un méléna. Quel est votre diagnostic ?

**Question 7**

Quels facteurs déclenchants devez-vous rechercher pour expliquer l'astérisis ?

**Question 8**

Quels sont les trois éléments majeurs de votre prise en charge (hors endoscopie) ?

**Question 9**

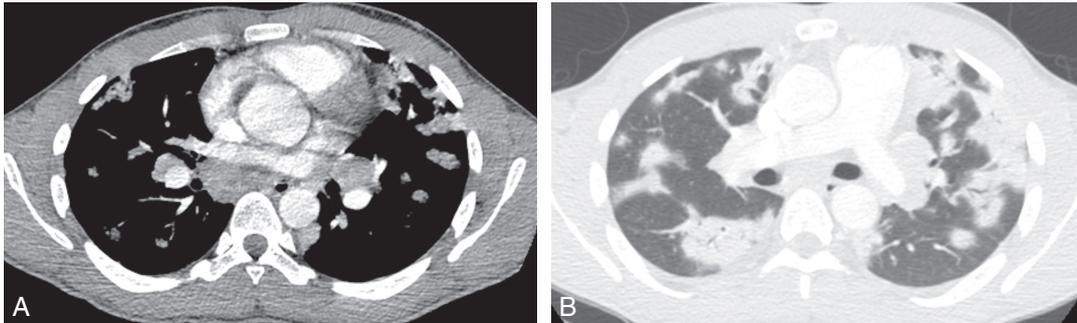
Quelles sont les deux conditions préalables nécessaires pour la réalisation de l'endoscopie et quels sont les deux intérêts de cet examen ? Quel est votre diagnostic pour l'atteinte du genou ?

**Cas clinique 28 – QROC +++**

Vous recevez en consultation Monsieur C., mauritanien, 30 ans, vivant en France depuis 2001, pour toux sèche et asthénie. Il est célibataire, sans enfant, sans emploi et vit en foyer. Vous le suivez depuis 2003 pour un portage chronique inactif de l'antigène HBs.

**Question 1**

Des anomalies aspécifiques sur le cliché thoracique vous conduisent à réaliser l'imagerie suivante (figure 10). Décrivez l'imagerie (deux anomalies).

**Figure 10.****Question 4**

Quelles sont les quatre principales précautions à prendre afin de prévenir l'hépatotoxicité des antituberculeux ?

**Question 5**

Vous revoyez votre patient aux urgences à J50, adressé par votre confrère pneumologue. Monsieur C. vous montre les résultats des examens suivants (figure 11), et un écho-Doppler hépatique réalisé à l'extérieur, qui est normal. Les constantes sont les suivantes : température : 37,5 °C ; PA : 158/107 mmHg ; FC : 122/min ; SpO<sub>2</sub> : 96 % en air ambiant. À l'examen clinique, vous notez une encéphalopathie grade 2, des pupilles en myosis, symétriques et réactives et un ictère franc. La palpation abdominale est normale. Quel diagnostic posez-vous ?

|               | J0  | J22 | J50           |
|---------------|-----|-----|---------------|
| ASAT (N < 44) | 32  | 48  | 4 691         |
| ALAT (N < 34) | 51  | 75  | 4 910         |
| GGT (N < 61)  | 40  | 139 | 254           |
| Bill (N < 17) | 11  | 7   | 226           |
| TP            | 96% |     | 16% (V = 38%) |

**Figure 11.****Question 2**

Quelles sont vos quatre hypothèses diagnostiques principales ?

**Question 3**

Vous confiez le malade à vos confrères pneumologues. La fibroscopie bronchique est normale. L'aspiration bronchique ne retrouve pas de bacille acido-alcool-résistant au direct, La PCR-BK sur lavage broncho-alvéolaire est négative. Les biopsies bronchiques montrent une inflammation subaiguë non spécifique, pas de prolifération épithéliale atypique, pas de granulome, pas de nécrose caséuse. Il est décidé d'instaurer un traitement antituberculeux d'épreuve. En quoi consiste-t-il ?

**Question 6**

Quelles sont vos trois hypothèses diagnostiques étiologiques ?

**Question 7**

Quelles sont les quatre mesures spécifiques de la prise en charge thérapeutique de votre malade en dehors des mesures symptomatiques de réanimation ?

**Question 8**

Malgré la prise en charge adaptée, l'état neurologique de votre malade s'aggrave, requérant une intubation et une ventilation mécanique. Les résultats biologiques sont les suivants : TP 5 % et FV 14 %. Quel traitement proposez-vous ?

**Cas Clinique 29 – QROC ++**

Vous recevez en consultation Monsieur T. 54 ans, pour des douleurs abdominales chroniques. Il pèse 137 kg pour 178 cm et a pour antécédents : diabète de type 2, hypertension artérielle, infarctus du myocarde ayant justifié la pose d'un stent, artérite oblitérante des membres inférieurs de stade II selon Leriche et Fontaine, dyslipidémie et tabagisme en cours de sevrage depuis 1 an. Son traitement comporte : insuline, gliclazide, metformine, aspirine, atorvastatine, aténolol, énalapril et amlodipine.

Il rapporte des douleurs péri-ombilicales depuis 6 mois, survenant en période post-prandiale précoce, accompagnées parfois de vomissements, responsables d'une crainte de s'alimenter et d'un amaigrissement de 6 kg en 3 mois. Il rapporte également une tendance à des selles liquides depuis plusieurs semaines. L'ensemble des symptômes s'est installé de façon progressive. L'examen physique abdominal, réalisé en dehors d'une période douloureuse, trouve un abdomen pléthorique, souple, sans masse palpée. Le toucher rectal est normal.

**Question 1**

Devant ce syndrome douloureux abdominal chronique, quel diagnostic évoquez-vous ?

**Question 2**

Quel en est le mécanisme physiopathologique le plus probable ?

**Question 3**

Quel examen d'imagerie prescrivez-vous pour l'objectiver ?

**Question 4**

Monsieur T. n'a pas eu le temps de réaliser cet examen et vous le retrouvez aux urgences pour une douleur abdominale aiguë. À ses dires, il s'agit de la même douleur que celle décrite auparavant, mais persistante, beaucoup plus intense, et accompagnée de nausées et de vomissements, ainsi qu'une diarrhée sanglante. Les constantes sont : PA : 117/73 mmHg; FC : 105 bpm; SpO<sub>2</sub> : 90 %; température : 37,9 °C. Vous notez une défense généralisée à la palpation abdominale, ainsi qu'une diminution des bruits hydroaériques. Quel est votre diagnostic ?

**Question 5**

Quel(s) examen(s) demandez-vous pour le confirmer ?

**Question 6**

Quels sont les quatre principes de votre prise en charge thérapeutique ?

**Question 7**

Quel est le mécanisme physiopathologique possible le plus probable ici ?

**Question 8**

Quel geste thérapeutique peut se compliquer classiquement de ce tableau ?

**Question 9**

Quelle est la séquelle la plus fréquemment observée chez les malades survivants à cette maladie ?

**Cas clinique 30 – QROC +**

Vous recevez en consultation un jeune homme de 25 ans pour perturbation du bilan hépatique. Il est d'origine portugaise, vit en France depuis 6 mois, n'a pas d'antécédent personnel notable, consomme

modérément de l'alcool et ne fume pas. Son frère aîné est décédé accidentellement il y a 5 ans au Portugal. D'après le patient, il avait une maladie neurologique indéterminée et présentait comme principaux signes des tremblements et une rigidité des membres.

Cliniquement, l'examen abdominal est normal, en particulier il n'y a ni hépatomégalie ni signe d'insuffisance hépatique ou d'hypertension portale.

Le bilan biologique a été réalisé à la demande du médecin du travail de sa nouvelle entreprise et les résultats sont les suivants : Hb : 10,5 g/dL; VGM : 96 fL; réticulocytes : 120 000/mm<sup>3</sup>; GB : 7800/mm<sup>3</sup>; ASAT : 2,3 N; ALAT : 2,6 N; gamma-GT : 1,5 N. Les phosphatases alcalines, la bilirubine et le temps de Quick sont normaux.

Vous suspectez une maladie de Wilson.

**Question 1**

Quel en est le mécanisme physiopathologique ?

**Question 2**

Quel en est le mode de transmission ?

**Question 3**

Quelles sont les deux manifestations extra-hépatiques les plus fréquentes ?

**Question 4**

Quels sont les trois modes de présentation possible de l'atteinte hépatique de la maladie de Wilson ?

**Question 5**

Quel signe clinique en est pathognomonique ?

**Question 6**

Quels sont les deux examens biologiques simples à réaliser à visée diagnostique ? Quels en sont les résultats attendus ?

**Question 7**

Sur quoi repose le traitement de la maladie de Wilson au stade initial ?

**CC mixtes**

**Cas clinique 31 – mixte ++**

Madame P., 62 ans, fumeuse à 30 paquets-années, consulte pour des douleurs abdominales chroniques, évoluant depuis de nombreuses années. Ces douleurs étaient habituellement spasmodiques, migratrices et accompagnées de ballonnement abdominal. Jusque-là, elles étaient d'ordinaire soulagées par l'émission de selles, dures, sans trace de sang. La patiente était moins gênée en période de vacances. Une coloscopie avait été réalisée 9 ans auparavant et était normale. Depuis 5 mois environ, les symptômes se sont modifiés, avec une augmentation de l'intensité des douleurs et une tendance diarrhéique. À l'examen clinique, vous trouvez la patiente fatiguée et un peu pâle. La palpation

abdominale ne trouve qu'une sensibilité de la fosse iliaque gauche et le toucher rectal est normal.

#### Question 1 – QCM

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique concernant les douleurs chroniques anciennes ?

- A** cancer colorectal
- B** trouble fonctionnel intestinal
- C** maladie inflammatoire chronique intestinale
- D** diverticulose colique non compliquée
- E** aucune de ces hypothèses

#### Question 2 – QROC

Le bilan biologique montre :

- Hb : 9,4 g/dL ;
- VGM : 68 fL ;
- CCMH : 30 g/dL ;
- GB : 9000/mm<sup>3</sup> (dont 82 % de polynucléaires neutrophiles) ;
- plaquettes : 350 000/mm<sup>3</sup> ;
- CRP : 5 mg/L ;
- ferritine : 10 µg/L.

Quelle est la principale anomalie biologique mise en évidence sur ce bilan, en précisant le mécanisme le plus probable ?

#### Question 3 – QCM

Quels sont les deux examens à prescrire en priorité chez cette patiente ?

- A** coloscopie
- B** échographie pelvienne transabdominale et endovaginale
- C** Hemocult®
- D** scanner thoraco-abdominal avec injection de produit de contraste
- E** endoscopie digestive haute
- F** tomographie par émission de positons au <sup>18</sup>FDG
- G** IRM abdominale
- H** cliché d'abdomen sans préparation
- I** TSHus

#### Question 4 – QROC

Madame P. n'a pas réalisé les examens prescrits et vous la perdez de vue. Vous la retrouvez une nuit aux urgences 6 mois plus tard pour des douleurs abdominales violentes évoluant depuis la veille, non calmées par la prise de paracétamol. Sa constipation s'est aggravée progressivement depuis quelques semaines malgré la prise de macrogol (Forlax®). Elle n'a plus de selles depuis 48 heures, et plus de gaz depuis ce matin. Elle a un vomissement fécaloïde pendant l'examen clinique. L'abdomen est distendu et tympanique. La palpation trouve des douleurs diffuses, sans défense ni contracture. Les bruits hydroaériques sont absents. Les orifices herniaires sont libres. Au toucher rectal, l'ampoule rectale est vide, il n'y a pas de masse palpable et le doigtier ramène quelques traces de sang. Vous réalisez l'imagerie suivante (figure 12).

Quel syndrome présente cette patiente ?



Figure 12.

#### Question 5 – QCM

Quelles sont les complications possibles à court terme auxquelles est exposée cette patiente ?

- A** insuffisance rénale aiguë fonctionnelle
- B** pneumopathie à anaérobies
- C** pneumopathie à pneumocoque
- D** perforation du caecum
- E** œdème cérébral
- F** troubles hydroélectrolytiques sur 3<sup>e</sup> secteur
- G** toutes les propositions précédentes

#### Question 6 – QCM

Le scanner non injecté réalisé en urgence confirme votre hypothèse principale. Il n'y a pas de signe de souffrance caecale. Il est décidé d'opérer la patiente en urgence. Quelle est la meilleure option chirurgicale ?

- A** intervention de Hartmann
- B** résection colique segmentaire avec anastomose en un temps
- C** colostomie de décharge avec chirurgie de résection secondaire
- D** colectomie subtotal
- E** une prothèse colique endoscopique peut être envisagée pour surseoir à la chirurgie

#### Question 7 – QCM

Une résection chirurgicale a finalement été réalisée. Vous recevez le compte rendu définitif anatomopathologique : adénocarcinome lieberkühnien bien différencié du sigmoïde, infiltrant la musculature. Il existe huit ganglions métastatiques sur 14 ganglions prélevés. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne met en évidence aucune lésion à distance.

Quelles sont les propositions vraies ?

- A** il s'agit d'une tumeur T2
- B** il s'agit d'une tumeur T3
- C** il s'agit d'un stade N1
- D** il s'agit d'un stade N2
- E** il n'y a pas suffisamment de ganglions pour définir le statut
- F** il s'agit d'un stade II
- G** il s'agit d'un stade III

**Question 8 – QROC**

Un traitement complémentaire est-il indiqué dans ce cas, si oui lequel ?

**Question 9 – QCM**

Quelles sont les modalités de surveillance de la patiente à l'issue de cette prise en charge ?

- A** une coloscopie totale dans les 6 mois si elle n'avait pas été possible en préopératoire
- B** une coloscopie à 2–3 ans puis tous les 5 ans si elle est normale
- C** un test Hemoccult® tous les 5 ans
- D** un scanner abdomino-pelvien tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis annuellement
- E** il est possible d'alterner scanner et échographie abdominale pour limiter l'irradiation
- F** le dosage de l'ACE n'a pas d'intérêt dans cette situation

**Cas clinique 32 – mixte +**

Madame E., 42 ans, vient vous consulter après avoir lu un article sur le test Hemoccult II® dans une revue grand public. Elle n'a pas d'antécédent personnel et est asymptomatique sur le plan digestif.

**Question 1 – QROC**

Rappelez quelle est la population cible de ce test de dépistage de masse.

**Question 2 – QCM**

Elle vous signale que son père est décédé d'un cancer colorectal à l'âge de 45 ans et que son frère de 38 ans est actuellement pris en charge pour un cancer du bassinet du rein gauche.

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

- A** il y a une indication à réaliser un test Hemoccult II® chez cette patiente
- B** il n'y a pas d'indication à réaliser un test Hemoccult II® chez cette patiente
- C** il y a une indication à réaliser une coloscopie d'emblée chez cette patiente
- D** il n'y a pas d'indication à réaliser une coloscopie d'emblée chez cette patiente
- E** aucun examen de dépistage n'est indiqué chez cette patiente
- F** elle appartient à la population à risque moyen de cancer colorectal
- G** il y avait une indication de dépistage individuel chez cette patiente dès l'âge de 40 ans

**Question 3 – QCM**

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont fausses en ce qui concerne la réalisation d'une coloscopie ?

- A** elle est réalisée le plus souvent sous anesthésie locale
- B** elle nécessite de suivre un régime riche en fibres dans les jours précédents
- C** un arrêt des traitements anti-agrégants plaquetaires et anticoagulants est indispensable en cas de biopsie

- D** une couverture antibiotique est indispensable en cas de biopsie
- E** elle nécessite l'injection intraveineuse de 3–4 litres de PEG la veille au soir de l'examen

**Question 4 – QCM**

L'examen réalisé met en évidence une lésion bourgeonnante située à 10 cm de la marge anale. Les biopsies concluent à un adénocarcinome lieberkühnien bien différencié. Parmi les examens suivants, lesquels sont indiqués dans le cadre du bilan d'extension de la maladie ?

- A** dosage sanguin de l'ACE
- B** scanner thoraco-abdomino-pelvien
- C** IRM pelvienne
- D** écho-endoscopie rectale
- E** tomographie par émission de positons au <sup>18</sup>FDG
- F** échographie pelvienne par voie endovaginale

**Question 5 – QCM**

Le bilan conclut à une tumeur classée T3 envahissant la graisse péirectale jusqu'à 1 mm du fascia recti. Il n'y a pas d'envahissement à distance. Quelle proposition est exacte ?

- A** il y a une indication à réaliser une radiochimiothérapie puis proctectomie avec exérèse totale du mésorectum
- B** aucun traitement préopératoire n'est nécessaire car la chirurgie d'exérèse emportera le mésorectum avec la tumeur
- C** le dossier devra être discuté en RCP dès la période postopératoire

**Question 6 – QROC**

Vous suspectez une forme familiale de cancer colorectal, laquelle ?

**Question 7 – QCM**

Concernant ce syndrome oncogénétique, quelles sont les propositions vraies ?

- A** le cancer du frère ne s'inscrit pas dans le spectre
- B** il est lié à une mutation du gène APC
- C** il est lié à la mutation d'un gène codant pour une protéine du système *Mismatch Repair*
- D** il doit être suspecté devant toute tumeur colorectale présentant une instabilité des microsatellites
- E** il se transmet selon un mode autosomique dominant
- F** une consultation d'oncogénétique n'est indiquée que si l'ensemble des critères d'Amsterdam sont présents

**Cas clinique 33 – mixte ++**

Monsieur D., 23 ans, étudiant, vous consulte pour des rectorragies. Il ne fume pas et boit occasionnellement de l'alcool lors de soirées, au cours desquelles il consomme également de l'ecstasy et du poppers. Il rapporte de nombreux rapports homo- et hétérosexuels non protégés. Les rectorragies sont apparues il y a 3 jours, accompagnés de douleurs anales d'abord à la défécation puis vite devenues permanentes, avec sensation de corps étranger intrarectal. Il rapporte également des faux besoins et des émissions afécales glairo-sanglantes, 3 fois par jour. Il signale enfin une

prise d'ibuprofène récente pour des douleurs lombaires post-traumatiques.

Les constantes sont les suivantes :

- PA : 125/75 ;
- FC : 105 bpm ;
- température : 38,1 °C ;
- FR : 16/min.

À l'examen clinique, il n'existe pas de marbrures. L'abdomen est souple, dépressible, indolore, sans masse palpable. L'examen cardiorespiratoire est normal. L'examen des organes génitaux externes est sans particularité. La marge anale ne présente pas d'ulcération ; en revanche, vous y observez de multiples petites lésions en relief, présentes également dans le canal anal à l'anuscopie, translucides.

#### Question 1 – QROC

Que vous évoquent les lésions proctologiques et quel en est le principal agent responsable ?

#### Question 2 – QCM

À la rectoscopie, vous constatez une rectite ulcérée avec une muqueuse saignant au contact et des ulcérations superficielles. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques étiologiques ?

- A** rectite infectieuse
- B** rectocolite hémorragique
- C** rectite aux AINS
- D** rectite traumatique
- E** rectite liée à la consommation d'ecstasy

#### Question 3 – QROC

Dans l'hypothèse d'une cause infectieuse à cette rectite, quels sont les quatre agents à rechercher en priorité par des prélèvements perendoscopiques ?

#### Question 4 – QCM

Outre la recherche de ces agents, quels examens paracliniques sont indiqués ?

- A** IDR à la tuberculose
- B** sérologie VIH
- C** TPHA-VDRL
- D** sérologie VHB
- E** sérologie VHC
- F** frottis cervicovaginal

#### Question 5 – QROC

Quels sont les trois éléments importants de votre prise en charge à court terme dans l'attente des résultats des examens ?

#### Question 6 – QROC

Vous avez finalement écarté une origine infectieuse ou iatrogène. Quel est le diagnostic le plus probable ?

### Cas clinique 34 – mixte +

Vous recevez en consultation Mademoiselle M., 22 ans, pour des douleurs anales. Cette étudiante sage-femme fume un paquet de cigarettes par jour depuis 6 ans, boit occasionnellement de l'alcool et va bientôt se marier. Elle rapporte des antécédents d'abcès périnéaux, un de la marge anale et un avec fistule

anovaginale, survenus il y a respectivement 5 et 3 ans. Aucun examen complémentaire n'avait été réalisé à l'époque. La patiente signale également des épisodes de douleurs abdominales post-prandiales avec nausées soulagées par des vomissements et une tendance diarrhéique. Les symptômes présents ce jour sont des douleurs anales pulsatiles intenses et insomniantes évoluant avec une gêne à la défécation et une sensation de « boule » douloureuse. À l'examen, elle est apyrétique. Il existe une tuméfaction tendue et inflammatoire située à la partie interne de la fesse droite. Il n'y a pas d'écoulement purulent. Il existe également des marisques et la marge anale est remaniée. L'examen anuscopique montre une surélévation en regard de la ligne pectinée au niveau postérieur droit laissant s'écouler un peu de pus à la pression.

#### Question 1 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quel est votre diagnostic ?

- A** abcès ano-périnéal
- B** fissure anale
- C** thrombose hémorroïdaire
- D** infection sexuellement transmissible
- E** cancer de l'anus
- F** tuberculose anale

#### Question 2 – QROC

À quoi correspond la petite surélévation visible à l'anuscopie ?

#### Question 3 – QROC

Quels sont les deux gestes sur lesquels repose la prise en charge immédiate ?

#### Question 4 – QROC

Quelles complications graves de cet épisode aigu redoutez-vous si ce traitement n'est pas mis en œuvre rapidement (deux réponses) ?

#### Question 5 – QROC

Que vous évoque l'histoire clinique de la malade ?

#### Question 6 – QCM

Parmi les examens suivants, lesquels devez-vous prescrire ?

- A** iléocoloscopie avec biopsies
- B** endoscopie digestive haute
- C** entéro-IRM ou entéro-TDM
- D** vidéocapsule du grêle
- E** tous les examens précédents

#### Question 7 – QROC

Le diagnostic est confirmé. Après traitement efficace de l'épisode aigu périnéal, l'indication d'un traitement immunosuppresseur associé à une corticothérapie a été retenue pour le traitement de la maladie sous-jacente. L'évolution est favorable sous ce traitement mais vous perdez la patiente de vue.

Elle revient 6 mois plus tard aux urgences pour des douleurs abdominales intenses, diffuses, associées à des vomissements ayant débuté brutalement la veille. Les constantes sont les suivantes : PA : 80/60 mmHg ;

FC : 110/min ; température : 38,3 °C ; FR : 24/min ; SpO<sub>2</sub> : 100 %. À la palpation abdominale, on ne note aucun signe d'irritation péritonéale ni masse palpable. Les résultats des premiers examens biologiques montrent : Hb : 13 g/dL ; Ht : 55 % ; plaquettes : 300 000/mm<sup>3</sup> ; GB : 9600/mm<sup>3</sup> ; Na : 127 mmol/L ; K : 5,6 mmol/L ; glycémie : 3,3 mmol/L ; créatininémie : 120 µmol/L ; urémie : 13 mmol/L. Un scanner abdomino-pelvien sans injection de produit de contraste s'avère normal.

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?  
Quelle en est l'origine ?

#### Question 8 – QCM

Parmi les propositions suivantes, quels éléments sont indispensables à la prise en charge immédiate ?

- A ECG
- B traitement de l'hyperkaliémie : insuline rapide
- C perfusion de bionolyte G 5 % (glucosé 5 % + NaCl 4 g/L + KCl 2 g/L)
- D hémisuccinate d'hydrocortisone en urgence
- E antibiothérapie en urgence

#### Question 9 – QCM

Ayant repris un suivi régulier, votre patiente désormais mariée et apparemment en bonne santé (cliniquement) vous fait part de son désir de grossesse. Quelle(s) est (sont) la(les) réponse(s) exacte(s) ?

- A le risque de transmission de la maladie à l'enfant dépasse 10 %
- B la grossesse est contre-indiquée en cas de traitement immunosuppresseur
- C la grossesse est contre-indiquée par la maladie sous-jacente
- D un dosage de folates est utile
- E aucune des propositions n'est vraie

### Cas clinique 35 – mixte +++

Vous recevez Madame R. en consultation pour une diarrhée. Cette secrétaire âgée de 32 ans, mariée (voyage de noces 2 ans plus tôt au Kenya) et mère d'un bébé de 4 mois, se plaint depuis plusieurs années de selles molles voire liquides à raison de quatre à cinq exonérations par jour, moins si elle saute un repas. Il n'y a pas d'autre antécédent qu'une appendicectomie dans l'enfance. Madame R. pèse 48 kg pour 168 cm, alors qu'elle pesait 56 kg à l'âge de 20 ans. Les constantes sont les suivantes : PA : 120/70 ; FC : 80 bpm ; température : 36,9 °C. À l'examen, vous notez une pâleur conjonctivale, des ongles cassants et des cheveux fragiles. L'examen abdominal est sans particularité, et le reste de l'examen clinique est normal, en dehors d'un souffle systolique minime. Elle rapporte deux épisodes récents de malaise avec crispation des mains.

#### Question 1 – QCM

Concernant cette diarrhée :

- A elle est chronique
- B elle est subaiguë
- C le mécanisme est probablement une malabsorption
- D le mécanisme est probablement sécrétoire
- E le mécanisme est probablement moteur

#### Question 2 – QCM

Parmi les propositions suivantes, lesquelles peuvent être à l'origine d'une diarrhée par malabsorption ?

- A hyperthyroïdie
- B syndrome de l'intestin irritable
- C maladie de Crohn iléale
- D pullulation microbienne chronique du grêle
- E consommation excessive de magnésium
- F insuffisance pancréatique exocrine
- G prise excessive de laxatifs osmotiques

#### Question 3 – QROC

Quels sont les trois examens à prescrire en première intention à visée étiologique chez cette malade ?

#### Question 4 – QROC

Quels éléments histologiques seraient en faveur d'une maladie cœliaque (quatre items) ?

#### Question 5 – QROC

Le diagnostic que vous suspectiez est posé. Quel traitement faut-il proposer à Madame R. ?

#### Question 6 – QCM

Madame R. s'inquiète du risque que son bébé développe la même maladie. Quelles propositions sont exactes ?

- A la grossesse est contre-indiquée au cours de cette maladie
- B il existe un risque d'environ 10 % que l'enfant développe une maladie cœliaque au cours de sa vie
- C un dépistage du nouveau-né par recherche des IgA anti-transglutaminase est recommandé avant la diversification alimentaire
- D l'introduction du gluten dans la diversification de l'alimentation de son enfant devra avoir lieu après 12 mois
- E la surveillance de l'enfant doit porter sur le transit intestinal et la courbe de croissance staturo-pondérale

#### Question 7 – QCM

Plusieurs mois après, vous revoyez en consultation Madame R. Elle s'est nettement améliorée sur le plan clinique mais suit mal son traitement. À quelles complications est-elle exposée en cas de non-observance ?

- A récurrence clinique de la maladie
- B ostéoporose
- C accident cardiovasculaire
- D adénocarcinome colorectal
- E lymphome T intestinal
- F maladie de Hashimoto

#### Question 8 – QROC

La sœur de la patiente, asymptomatique mais inquiète, a réalisé un bilan ayant révélé un titre élevé d'IgA anti-transglutaminase. Quelle est la conduite à tenir ?

### Cas clinique 36 – mixte +

Vous recevez aux urgences Monsieur W., 65 ans, pour une douleur abdominale aiguë et vomissements associés à une fièvre évoluant depuis 4 jours. Ses principaux antécédents sont un pontage ilio-fémoral droit il y a 3 ans pour une artérite oblitérante des membres

inférieurs, une cholécystectomie pour lithiase biliaire il y a 6 ans, une hypertension artérielle, une dyslipidémie et un diabète de type 2. Son traitement habituel comporte : aspirine 100 mg/j, atorvastatine 20 mg/j, metformine 1500 mg/j, amlodipine 10 mg/j. Il pèse 80 kg pour 170 cm. Il rapporte un tabagisme non sevré à 80 paquets-années et une consommation d'alcool d'environ 20 g/jour depuis l'âge de 18 ans. Il vous signale qu'il avait eu une coloscopie il y a 5 ans à la suite du diagnostic de cancer colorectal chez son frère âgé de 56 ans, et que celle-ci s'était révélée « rassurante ». Les douleurs ont débuté assez brutalement, localisées initialement dans le flanc gauche, et se sont étendues vers la fosse iliaque gauche et l'ombilic. Elles sont insuffisamment calmées par le paracétamol, et s'accompagnent, depuis 4 heures, de vomissements et de frissons. Il existe également une modification du transit avec diarrhée faite de trois à cinq selles liquides par jour. La PA est à 145/90, la FC à 95 bpm, la SpO<sub>2</sub> à 94 % et la température à 38,7 °C. L'abdomen est météorisé. La palpation met en évidence une défense de la fosse iliaque gauche. Le toucher rectal est douloureux et ramène des traces de sang.

#### Question 1 – QCM

Parmi les hypothèses diagnostiques suivantes, quelles sont les deux à évoquer en priorité devant ce tableau ?

- A** diverticulite sigmoïdienne
- B** cancer colorectal
- C** colite ischémique
- D** prostatite aiguë
- E** colique néphrétique
- F** cholécystite aiguë

#### Question 2 – QROC

Les premiers résultats biologiques montrent : Hb : 13 g/dL ; plaquettes : 434 000/mm<sup>3</sup> ; GB : 21 500/mm<sup>3</sup> (PNN 90 %, lymphocytes 9 %) ; CRP : 130 mg/L ; créatininémie : 128 µmol/L ; lactates : 2 mmol/L. Quel examen paraclinique est indispensable ?

#### Question 3 – QROC

Interprétez l'imagerie suivante (représentative des lésions) (figure 13).



Figure 13.

#### Question 4 – QCM

Quel(s) est(sont) l'(les) élément(s) de votre prise en charge thérapeutique ?

- A** résection-anastomose chirurgicale avec toilette péritonéale
- B** arrêt de l'aspirine
- C** antibiothérapie (ceftriaxone + métronidazole)
- D** discuter avec le radiologue d'un drainage radiologique
- E** stomie de proche amont puis chirurgie différée
- F** surveillance simple

#### Question 5 – QROC

Quarante-huit heures après le début du traitement, le patient a toujours une fièvre à 38,9 °C et des douleurs abdominales qui deviennent brutalement plus intenses. La palpation abdominale note une contracture généralisée. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

#### Question 6 – QCM

Quel(s) est(sont) l'(les) élément(s) indispensable(s) de votre prise en charge thérapeutique ?

- A** laparotomie, résection sigmoïdienne et toilette péritonéale
- B** stomie si péritonite stercorale
- C** élargissement de l'antibiothérapie
- D** drainage radiologique
- E** aucune réponse précédente

#### Question 7 – QROC

Quel examen paraclinique ne manquerez-vous pas de prescrire à Monsieur W. au décours de cet épisode ?

#### Question 8 – QCM

Quelles sont les complications de la diverticulose colique parmi les réponses suivantes ?

- A** fistule colo-vésicale
- B** colite ischémique
- C** cancer colique
- D** sténose
- E** hémorragie digestive basse
- F** maladie inflammatoire chronique de l'intestin
- G** volvulus du sigmoïde

#### Question 9 – QCM

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

- A** une sigmoïdectomie prophylactique est à discuter après une première poussée non compliquée chez une patiente de 80 ans
- B** une sigmoïdectomie prophylactique est à discuter après une première poussée non compliquée chez un patient de 43 ans
- C** une sigmoïdectomie prophylactique est à discuter quel que soit l'âge en cas de première poussée compliquée d'abcès

- D** la technique chirurgicale de référence pour la sigmoïdectomie prophylactique est une intervention de Hartmann
- E** toutes les propositions précédentes sont vraies

### Cas clinique 37 – mixte +

Madame V., 38 ans, d'origine guyanaise, mère au foyer de six enfants (âgés de 6 mois à 14 ans) vous est adressée par son médecin généraliste pour élévation des transaminases. Dans ses antécédents, vous trouvez : HTA traitée par amlodipine et diabète gestationnel au cours de sa dernière grossesse, ayant alors nécessité une insulinothérapie pendant quelques semaines. Elle n'a pas de consommation de tabac ni d'alcool. Actuellement, elle pèse 106 kg pour 159 cm. Sa dernière grossesse s'était accompagnée d'une prise de 18 kg environ qu'elle n'a pas réussi à perdre. Sa seule plainte fonctionnelle consiste en des céphalées matinales avec somnolence diurne. Son périmètre abdominal est de 108 cm. L'élévation des transaminases était déjà présente sur un bilan systématique il y a 4 mois ; elle était modérée et prédominait sur les ALAT. Le bilan biologique montre : glycémie à jeun : 12 mmol/L ; HDLc : 0,6 mmol/L ; ALAT : 92 UI/L (N < 40 UI/L) ; ASAT : 71 UI/L (N < 35 UI/L) ; GGT : 125 UI/L (N < 40 UI/L) ; PAL : 82 UI/L (N < 120 UI/L) ; bilirubine totale : 8 µmol/L ; TP : 98 % ; créatininémie : 105 µmol/L. L'échographie abdominale montre un foie homogène, augmenté de volume, aux contours réguliers, globalement hyperéchogène, sans anomalie focale ni signe d'hypertension portale. Les vaisseaux du foie sont perméables.

#### Question 1 – QROC

Quel syndrome clinico-biologique diagnostiquez-vous chez cette patiente ?

#### Question 2 – QCM

Quelles sont les principales causes à chercher en première intention pour expliquer l'élévation des transaminases ?

- A** surcharge en fer
- B** stéatohépatite non alcoolique
- C** hépatite virale chronique B ou C
- D** maladie de Wilson
- E** hépatite auto-immune

#### Question 3 – QROC

Vous discutez une ponction-biopsie hépatique. Quelles en sont les cinq principales contre-indications ?

#### Question 4 – QROC

La ponction-biopsie hépatique montre une stéatose macrovésiculaire, associée à des lésions nécrotico-inflammatoires lobulaires constituées d'un infiltrat inflammatoire et d'une ballonnisation des hépatocytes, et une fibrose minime centrolobulaire. Quel diagnostic retenez-vous ?

#### Question 5 – QCM

Quelles sont vos recommandations thérapeutiques ?

- A** réduction pondérale avec pratique d'une activité physique régulière
- B** équilibre du diabète
- C** traitement de la dyslipidémie
- D** traitement par corticothérapie pour réduire les lésions d'hépatite
- E** toutes les propositions précédentes.

#### Question 6 – QROC

Parmi les autres affections décrites par la patiente, lesquelles peuvent être imputées à l'obésité ?

#### Question 7 – QCM

Malgré vos recommandations bien suivies pendant 1 an, la patiente n'a perdu que 5 kg. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

- A** une perte de poids d'au moins 10 % est classiquement considérée comme cible pour l'obtention d'un bénéfice clinique
- B** une chirurgie de l'obésité est indiquée si : IMC > 40 et pas de contre-indications à la chirurgie, et échec du traitement médical
- C** une chirurgie de l'obésité est indiquée si : IMC > 35 avec complications de l'obésité et pas de contre-indications à la chirurgie et échec du traitement médical
- D** le bypass est la seule technique chirurgicale validée dans le traitement de l'obésité
- E** la pose d'un ballon intragastrique peut être proposé aux patients souhaitant perdre du poids et ayant un IMC < 25

#### Question 8 – QROC

La réalisation d'un bypass est décidée. Quel risque principal secondaire à ce geste chirurgical nécessite un suivi dans les mois suivants l'intervention ? Quel en est le mécanisme ?

### Cas clinique 38 – mixte ++

Monsieur T. vous est adressé en consultation spécialisée par son médecin traitant pour prise en charge d'un reflux gastro-œsophagien rebelle. Ce patient de 56 ans est restaurateur et boit en moyenne deux bières, trois apéritifs et une demi-bouteille de vin par jour. Il est ancien fumeur (tabagisme estimé à 25 paquets-années). Il pèse 87 kg pour 175 cm. Son traitement quotidien comporte de l'ibuprofène en automédication pour des lombalgies communes chroniques, de la terbuthaline pour une BPCO de stade I actuellement bien contrôlée, de l'amlodipine pour une HTA essentielle et de l'atorvastatine. Il vous déclare également prendre du zolpidem (Stilnox®) pour ses difficultés d'endormissement. Monsieur T. se plaint depuis une dizaine d'années de régurgitations acides, pour lesquelles il prend de l'oméprazole (10 mg) et un alginate en cas de besoin, mais les troubles persistent, à une fréquence d'environ 4 fois par semaine. Ces régurgitations sont associées à un pyrosis typique. Un bilan standard a été réalisé et montre : Hb : 11,5 g/dL ; VGM : 93 fL ; plaquettes : 230 000/mm<sup>3</sup> ; GB : 5600/mm<sup>3</sup>.

**Question 1 – QROC**

Quels sont les facteurs favorisant le reflux gastro-œsophagien (RGO) chez ce patient ?

**Question 2 – QROC**

Vous réalisez une endoscopie œsogastroduodénale qui met en évidence des lésions de stade III selon la classification de Savary-Miller. Quelle est la définition de ce résultat ?

**Question 3 – QCM**

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes concernant la prise en charge de ce patient ?

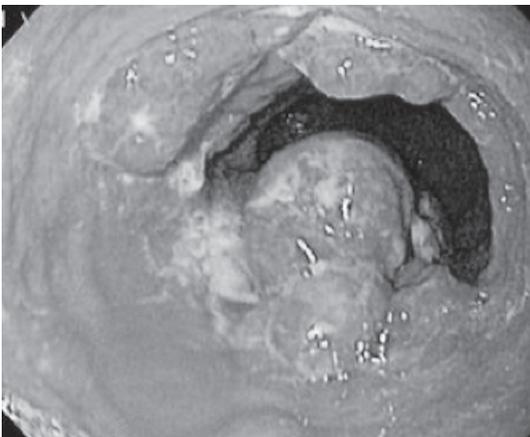
- A** sevrage alcoolique et réduction pondérale
- B** surélévation de la tête du lit
- C** inhibiteurs de la pompe à protons à pleine dose pendant 4 semaines avec endoscopie de contrôle
- D** inhibiteurs de la pompe à protons à pleine dose pendant 8 semaines avec endoscopie de contrôle

**Question 4 – QROC**

En cas d'inefficacité du traitement médical bien conduit, quelle alternative pourriez-vous proposer à ce patient ?

**Question 5 – QROC**

Vous ne revoyez ce patient que 6 ans plus tard. Il est fatigué et se plaint d'une sensation de blocage alimentaire. Il a perdu 7 kg en 3 mois. La palpation abdominale ainsi que l'examen des aires ganglionnaires sont normaux. Vous réalisez une endoscopie œsogastroduodénale et observez ceci à 37 cm des arcades dentaires (figure 14). Quel diagnostic suspectez-vous ?



**Figure 14.** Image reproduite en quadrichromie dans le cahier couleur p. XX.

**Question 6 – QCM**

Votre diagnostic est confirmé. Parmi les examens suivants, lequel(lesquels) est(sont) nécessaire(s) à visée préthérapeutique ?

- A** scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste iodé
- B** transit œsogastroduodéal

- C** tomographie par émission de positons au  $^{18}\text{F}$ FDG
- D** scintigraphie osseuse
- E** fibroscopie bronchique et examen ORL
- F** scanner cérébral

**Question 7 – QROC**

Au décours du bilan d'extension et après discussion en RCP, il est proposé au patient une chimiothérapie à base de 5-fluoro-uracile et cisplatine. Quels sont les quatre éléments importants concernant les conditions de réalisation d'une telle chimiothérapie ?

**Question 8 – QCM**

Malgré ce traitement, l'état de santé du patient se détériore avec majoration de la dysphagie et perte de poids (à nouveau perte de 8 kg). Le scanner de réévaluation est en faveur d'une franche progression tumorale. L'endoscopie œsogastroduodénale montre une sténose œsophagienne distale non franchissable. Parmi les mesures suivantes, laquelle vous paraît être la plus adaptée pour améliorer la prise en charge nutritionnelle ?

- A** pose d'une sonde de gastrostomie percutanée par voie endoscopique
- B** nutrition parentérale
- C** mise en place d'une prothèse œsophagienne sous double contrôle endoscopique et radioscopique
- D** compléments alimentaires *per os* et enrichissement de l'alimentation
- E** radiothérapie externe sur la lésion

**Cas clinique 39 – mixte ++**

Vous recevez aux urgences Monsieur Z., d'origine serbe, 38 ans, pour douleur abdominale aiguë. Il ne parle pas très bien français, mais vous fait comprendre qu'il consomme environ 2 L de vodka par jour, et qu'il a déjà eu un épisode similaire il y a 1 an environ. Il ne prend pas de traitement et fume un paquet de cigarettes par jour depuis 15 ans. Les douleurs sont apparues brutalement il y a 2 jours au décours d'une soirée particulièrement arrosée. Elles sont à présent très intenses à irradiation dorsale, l'empêchant de s'alimenter. Il a présenté deux épisodes de vomissements bilieux.

Il est agité et ses constantes sont les suivantes : PA : 126/78 mmHg ; FC : 115/min ; SpO<sub>2</sub> : 96 % ; température : 37,2 °C. Il n'y a pas d'ictère. L'abdomen est météorisé, douloureux à la palpation du creux épigastrique et sans défense.

Les résultats du bilan biologique prélevé aux urgences sont les suivants : Hb : 14,5 g/dL ; VGM : 104 fL ; GB : 17 000/mm<sup>3</sup> (PNN 80 %) ; plaquettes : 21 600/mm<sup>3</sup> ; CRP : 45 mg/L ; lipase : 1560 UI/L (N < 110) ; amylasémie : 6 N ; ASAT : 3 N ; ALAT : 2 N ; bilirubine : normale ; GGT : 6 N ; PAL : 2 N ; Na : 146 mmol/L ; K : 4,2 mmol/L ; Cl : 100 mmol/L ; urée : 7 mmol/L ; créatininémie : 90 μmol/L. Glycémie, calcémie et bilan lipidique sont normaux. Vous évoquez le diagnostic de pancréatite aiguë.

**Question 1 – QCM**

Le diagnostic de pancréatite aiguë repose sur (une ou plusieurs réponses possibles) :

- A** clinique + amylasémie  $\geq 3$  N
- B** clinique + lipasémie  $\geq 3$  N
- C** clinique + lipasémie  $\geq 3$  N
- D** clinique + lipasémie  $\geq 3$  N + amylasémie  $\geq 3$  N
- E** le dosage de l'amylasémie n'a plus d'indications

**Question 2 – QROC**

Prescririez-vous un examen d'imagerie ? Si oui lequel et dans quel délai ?

**Question 3 – QCM**

Vous concluez à une pancréatite aiguë non grave d'origine alcoolique. Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des causes de pancréatite aiguë ?

- A** hyperglycémie
- B** hypocalcémie
- C** tumeurs pancréatiques
- D** hypertriglycéridémie majeure ( $\geq 10$  g/L)
- E** auto-immune
- F** ampullome vaterien

**Question 4 – QROC**

Quels sont les quatre items importants de la prise en charge du patient ?

**Question 5 – QCM**

Vous êtes appelé en service d'hospitalisation quelques heures plus tard car Monsieur Z. est agité, confus, désorienté et apeuré. Parmi les causes suivantes, laquelle vous semble la plus probable ?

- A** syndrome de Gayet-Wernicke
- B** hématome sous-dural
- C** delirium tremens
- D** encéphalopathie hépatique
- E** crise comitiale
- F** bouffée délirante aiguë

**Question 6 – QROC**

À quel moment autoriserez-vous l'alimentation orale ?

**Question 7 – QCM**

Vous revoyez Monsieur Z. 6 mois plus tard à votre consultation. Entre-temps, il est rentré dans son pays et a notamment été hospitalisé 15 jours en réanimation suite à un nouvel épisode plus grave, à la suite duquel il a nettement diminué sa consommation alcoolique. Son motif de consultation est une persistance des douleurs épigastriques associée à une perte de poids (4 kg). À l'examen, il est apyrétique, l'hémodynamique est stable, il n'y a pas d'ictère. En revanche, il existe une voussure épigastrique sensible à la palpation. Vous réalisez l'examen suivant (figure 15). Quel diagnostic pourrait expliquer l'ensemble des constatations cliniques et d'imagerie ?



**Figure 15.**

- A** abcès intra-abdominal
- B** pseudo-kyste pancréatique
- C** cancer du pancréas
- D** kyste hydatique
- E** pancréatite chronique calcifiante
- F** anévrysme de l'aorte abdominale

**Question 8 – QCM**

Concernant la prise en charge de votre patient, quelle(s) mesure(s) pourrait-on discuter ?

- A** sevrage alcoolique en ambulatoire
- B** nutrition entérale
- C** duodéno-pancréatectomie céphalique
- D** drainage endoscopique
- E** antibiothérapie

**Question 9 – QROC**

Le patient est en situation irrégulière en France depuis environ 2 ans. À quelle prise en charge sociale peut-il prétendre ?

**Cas clinique 40 – mixte +++**

Monsieur H., 53 ans, vous est envoyé en consultation par l'addictologue qui le prend en charge pour une troisième tentative de sevrage alcoolique. Ce patient, sans emploi et séparé de sa femme, consommait jusqu'à il y a 1 mois, en moyenne et par jour, deux bouteilles de vin à 12°, trois pintes de bières à 5° et un demi-litre de whisky à 40°. Par ailleurs, ce patient souffre depuis 23 ans d'une hypertension artérielle traitée par amlodipine et depuis 4 ans d'un diabète de type 2 traité par metformine. Il se plaint depuis plusieurs années de douleurs abdominales évoluant par crises, de siège épigastrique avec irradiation dorsale. Il rapporte également des troubles du transit depuis environ 2 ans, consistant en cinq selles pâteuses et grasses par jour. Il pèse 81 kg pour 176 cm, soit une perte d'environ 12 kg en 2 ans. L'examen abdominal ne montre pas d'anomalies, en dehors d'une hépatomégalie à deux travers de doigts. Il n'y a pas de signes d'insuffisance hépatocellulaire. Monsieur H. présente également un trouble de la sensibilité des deux jambes, avec des sensations de picotement qui

ont commencé aux pieds et semblent remonter, et de nombreuses erreurs à l'épreuve du « pique-touche ».

#### Question 1 – QROC

Évaluez, en grammes d'alcool, la consommation quotidienne antérieure de Monsieur H.

#### Question 2 – QCM

Concernant les modalités du sevrage alcoolique de votre patient, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il peut être réalisé en ambulatoire
- B** il doit être réalisé en hospitalisation
- C** les addictolytiques (naltrexone, acomprostate) doivent être prescrits systématiquement du fait de leur grande efficacité
- D** les benzodiazépines sont contre-indiquées du fait de leur potentielle hépatotoxicité
- E** le score de sevrage de Cushman doit être réalisé pluriquotidiennement (PA, FR, FC, tremblements, sueurs, agitations, troubles sensoriels)

#### Question 3 – QROC

Quelle est votre hypothèse syndromique concernant le problème que Monsieur H. présente aux membres inférieurs ? Quelles sont les deux principales causes à évoquer chez ce patient ?

#### Question 4 – QROC

Quelle maladie digestive chronique suspectez-vous chez votre patient ? Quelles sont les deux complications de cette maladie présentes ici ?

#### Question 5 – QCM

Parmi les examens suivants, lesquels vous semblent indiqués chez votre patient ?

- A** HbA1c
- B** élastase fécale
- C** lipasémie
- D** scanner abdominal injecté
- E** albuminémie

#### Question 6 – QROC

Vous réalisez une CPRM (figure 16). Interprétez-la.

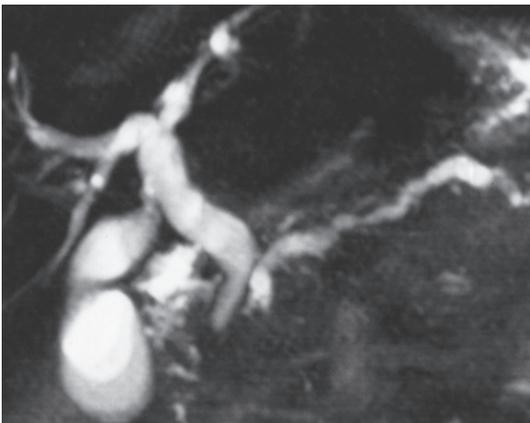


Figure 16.

#### Question 7 – QROC

Quels sont les quatre éléments indispensables à la prise en charge de la maladie de fond de votre patient ?

#### Question 8 – QCM

Un mois plus tard environ, Monsieur H. est amené aux urgences pour douleurs abdominales et troubles de conscience. Il a été retrouvé allongé sur son palier. Monsieur H. dit s'être remis à boire comme avant et semble avoir arrêté tout traitement. Les constantes sont les suivantes : PA : 105/68 ; FC : 112 bpm ; température : 37,9 °C ; SpO<sub>2</sub> : 92 %. Il pèse 78 kg. À l'examen clinique, votre patient est très algique, prostré en chien de fusil. Il est obnubilé, son score de Glasgow est évalué à 12, il n'y a pas de signes de localisation. L'abdomen est très douloureux à la palpation épigastrique, vous ne notez ni défense ni contracture abdominale. L'ECG est normal, la glycémie capillaire est ininterprétable, la BU montre trois croix de glycosurie et une croix de cétonurie. Le bilan biologique est comme suit :

- alcoolémie : 260 mg/L ;
- NFS : Hb : 12,5 g/dL ; VGM : 107 fL ; Ht : 62 % ; plaquettes : 176 000/mm<sup>3</sup> ; leucocytes : 12 200/mm<sup>3</sup> dont 82 % de polynucléaires neutrophiles ;
- ionogramme sanguin : Na : 133 mmol/L ; K : 5,5 mmol/L ; Cl : 100 mmol/L ; HCO<sub>3</sub> : 17 mmol/L ;
- biochimie : glycémie : 55 mmol/L ; protides : 84 g/L ; urée : 19,8 mmol/L ; créatinine : 185 μmol/L ; CRP : 72 mg/L ; CPK 5 N ;
- bilan hépatique : ASAT : 4 N ; ALAT : 2 N ; gamma-GT : 4 N ; phosphatases alcalines : 1,2 N ; bilirubine totale : 12 μmol/L (conjuguée : 7 μmol/L) ; facteur V : 79 % ; TP : 62 % ; lipase : 986 UI/L ;
- gazométrie artérielle : pH : 7,35 ; PaO<sub>2</sub> : 73 mmHg ; PaCO<sub>2</sub> : 34 mmHg ;
- radiographie thoracique : normale ;
- TDM cérébrale : normale.

Quel est votre diagnostic (plusieurs réponses possibles) ?

- A** pancréatite aiguë
- B** rhabdomyolyse aiguë
- C** insuffisance hépatique aiguë
- D** décompensation acidocétosique du diabète
- E** décompensation hyperosmolaire du diabète
- F** hyponatrémie symptomatique

#### Question 9 – QCM

Monsieur H. a été transféré en réanimation. Peu après son transfert en salle d'hospitalisation, il souhaite sortir alors que l'alimentation orale n'a pas encore pu être reprise. Parmi les affirmations suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) fausse(s) ?

- A** la réalimentation de Monsieur H. peut raisonnablement être organisée à son domicile
- B** Monsieur H. ne peut pas sortir contre avis médical vu le contexte
- C** pour écarter votre responsabilité en cas de complications, vous pouvez faire signer à Monsieur H. une décharge
- D** Monsieur H. est exposé à un risque vital

- E** l'information donnée à Monsieur H. doit être consignée dans le dossier médical

### Cas clinique 41 – mixte ++

Monsieur M., 40 ans, d'origine camerounaise, consulte pour des anomalies du bilan hépatique constatées à plusieurs reprises depuis 2 ans. Il est en France depuis 7 ans, boit de l'alcool occasionnellement, ne fume pas et ne consomme aucune drogue. Il n'a aucun antécédent notable.

L'examen clinique est normal. Les résultats du bilan paraclinique sont les suivants : ASAT : 2,5 N; ALAT : 3,3 N; gamma-GT : 3,1 N; phosphatases alcalines : 1,5 N; bilirubine totale : 14  $\mu\text{mol/L}$ .

Une échographie hépatique montre un foie augmenté de volume, sans ascite, sans voies de dérivation ni nodule visible. Les vaisseaux sont perméables et les voies biliaires sont fines.

Vous suspectez une hépatopathie chronique.

#### Question 1 – QROC

Citer les trois causes les plus fréquentes en France potentiellement responsables de ce tableau clinique.

#### Question 2 – QROC

Quels sont les deux premiers examens à prescrire à visée étiologique ?

#### Question 3 – QCM

Votre hypothèse principale est confirmée. À quel profil sérologique cela correspond-il ?

- A** AgHBs+, Ac-HBs+, AgHBC+, Ac-HBc+
- B** AgHBs–, Ac-HBs+, Ac-HBc+
- C** AgHBs+, Ac-HBs–, Ac-HBc+
- D** AgHBs–, Ac-HBs+, Ac-HBc–
- E** aucune des propositions suivantes

#### Question 4 – QCM

Votre hypothèse est confirmée. Vous recevez les résultats biologiques suivants : Hb : 12 g/dL; VGM : 83 fL; albumine : 29 g/L; CRP : 5 mg/L; créatininémie : 70  $\mu\text{mol/L}$ ; TP : 65%; sérologies VIH, VHC et VHD négatives. Concernant les explorations complémentaires à réaliser, lesquelles sont vraies ?

- A** il existe une indication à une ponction-biopsie hépatique
- B** il faut doser l'alpha-fœtoprotéine
- C** l'endoscopie œsogastroduodénale n'est pas justifiée initialement
- D** la charge virale (PCR-ARN) est utile à la décision thérapeutique
- E** les méthodes non invasives d'évaluation de la fibrose (FibroScan®, Fibrotest®) peuvent remplacer la ponction-biopsie hépatique (PBH)

#### Question 5 – QROC

Quels sont les trois marqueurs d'activité de la maladie ?

#### Question 6 – QROC

Une ponction-biopsie hépatique est réalisée et montre des lésions A2-F3 selon le score METAVIR. Quels sont

les deux traitements spécifiques de l'hépatite B chronique disponibles en France ?

#### Question 7 – QCM

Concernant la prise en charge de votre patient, quelles sont les propositions vraies :

- A** prise en charge à 100 %
- B** dépistage des proches
- C** la surveillance du risque d'hépatocarcinome n'est pas nécessaire en l'absence de cirrhose prouvée
- D** vaccination VHA, VHD, grippe, pneumocoque
- E** inscription sur liste d'attente de transplantation hépatique

#### Question 8 – QROC

Comment limiter le risque de transmission materno-fœtale de cette maladie à la naissance ?

### Cas clinique 42 – mixte +++

Vous recevez en consultation Monsieur U., 46 ans, pour asthénie. Dans ses antécédents, vous trouvez une appendicectomie dans l'enfance et une hospitalisation en réanimation pour accident de la voie publique en 1978. Il ne prend pas de médicament. Il fume un demi-paquet de cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans, dit boire trois verres de vin par jour au plus et n'a jamais touché aux drogues.

Il pèse 87 kg pour 177 cm. L'examen clinique est normal en dehors d'une hépatomégalie non dure évaluée à deux travers de doigts. Le bilan prescrit par son médecin traitant montre : NFS : normale; ASAT : 2 N; ALAT : 2,7 N; gamma-GT : 1,6 N. Les sérologies virales sont les suivantes : antigène HBs négatif, anticorps anti-VHC positif.

Vous suspectez une hépatopathie virale C chronique.

#### Question 1 – QROC

Comment complétez-vous votre bilan paraclinique spécifique dans le cadre de l'infection virale C (deux items) ?

#### Question 2 – QCM

Concernant l'évaluation du degré de fibrose dans l'hépatite virale C, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la fibrose peut s'estimer par les signes cliniques d'hypertension portale et le score de Child-Pugh
- B** le Fibrotest® repose sur la mesure de l'élasticité hépatique
- C** le Fibrotest® est un score de marqueurs spécifiques (alpha-2-macroglobuline, haptoglobine, apolipoprotéine A1, bilirubine totale, gamma-GT, ALAT)
- D** le Fibrotest® et le FibroScan® sont validés chez les patients ayant une hépatite C naïve de tout traitement et sans autre cofacteur de cirrhose associé
- E** la ponction-biopsie hépatique doit être réalisée si un traitement est indiqué

**Question 3 – QROC**

Il s'agit d'un génotype VHC-4. Le score METAVIR est A2-F2. Vous souhaitez instituer un traitement spécifique. Lequel ? Pour quelle durée initiale ?

**Question 4 – QROC**

Quelles sont les trois contre-indications majeures à ce traitement en dehors des insuffisances d'organe ?

**Question 5 – QCM**

Quelles sont les principales complications de ce traitement ?

- A** syndrome pseudo-grippal
- B** dépression
- C** dysthyroïdie
- D** syndrome pied-main
- E** toxicité hématologique
- F** pancréatite aiguë

**Question 6 – QROC**

Chez Monsieur U., citez trois facteurs prédictifs de mauvaise réponse à ce traitement spécifique.

**Question 7 – QCM**

Le traitement antiviral a échoué. Au cours du suivi, une échographie hépatique met en évidence un nodule du segment VII mesurant 28 mm de diamètre. Le patient est asymptomatique et l'examen physique est normal en dehors d'une hépatomégalie à deux travers de doigt. Il n'y a ni ascite ni astérisis. Les résultats biologiques sont les suivants : Hb : 11 g/dL ; TP : 55 % ; albumine : 31 g/L ; ASAT : 2 N ; ALAT : 2,2 N ; GGT : 3 N ; PAL : 1,7 N ; bilirubinémie : 20  $\mu$ mol/L ; créatininémie : 76  $\mu$ mol/L ; alpha-fœtoprotéine : 350 UI/L. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- A** le score de Child-Pugh est A6
- B** si la lésion apparaît hypervascularisée au temps artériel et qu'il y a un *wash out* au scanner injecté ou en angio-IRM, la ponction-biopsie hépatique n'est pas indispensable
- C** la preuve histologique sera indispensable avant de débiter un éventuel traitement anticancéreux
- D** le bilan d'extension devra comprendre un scanner thoracique et une scintigraphie osseuse
- E** l'élévation de l'alpha-fœtoprotéine est pathogénomique de carcinome hépatocellulaire

**Question 8 – QCM**

Quelles sont les propositions exactes parmi les suivantes concernant les modalités de traitement ?

- A** les indications de transplantation hépatique sont basées sur les critères de Milan
- B** une infiltration tumorale massive ne contre-indique pas une transplantation hépatique
- C** une thrombose portale contre-indique la chimio-embolisation
- D** la sévérité de la cirrhose est un facteur déterminant pour la possibilité de réalisation des traitements réduisant le volume hépatique fonctionnel (chirurgie, chimio-embolisation  $\pm$  radiofréquence)

- E** le carcinome hépatocellulaire est une tumeur très chimio-sensible

**Question 9 – QCM**

Au cours du suivi de votre patient apparaît une cryoglobulinémie. Citez-en les quatre principales manifestations.

**Cas clinique 43 – mixte +**

Madame E., 52 ans, consulte pour une diarrhée. Elle a depuis environ 6 mois des émissions liquides, survenant de façon impérieuse, en période post-prandiale, contenant des aliments non digérés. Elle se plaint également de douleurs abdominales intermittentes de faible intensité, mal limitées, survenant de jour comme de nuit. Elle n'a pas d'antécédent particulier et n'a jamais été opérée. Elle n'a jamais fumé ni consommé d'alcool de façon excessive. Au cours de l'interrogatoire, Madame E. se met à avoir les joues rouges et à transpirer. Interrogée à ce propos, elle vous répond que cela fait plusieurs mois qu'elle a ces problèmes de « bouffées de chaleur ».

**Question 1 – QCM**

Parmi les propositions suivantes, lesquelles peuvent être évoquées dans ce contexte ?

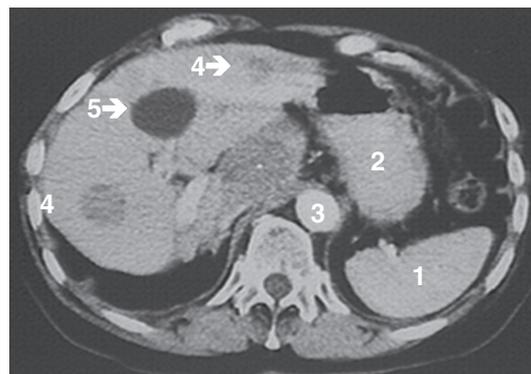
- A** hyperthyroïdie
- B** carcinome médullaire de la thyroïde
- C** phéochromocytome
- D** syndrome carcinoïde
- E** syndrome climatérique

**Question 2 – QROC**

À l'examen clinique, votre patiente semble fatiguée. Elle a perdu du poids (7 kg en 6 mois) et pèse à présent 56 kg pour 168 cm. La pression artérielle est à 135/85 mmHg, la FC à 115 bpm et la température à 37,5 °C. À la palpation, l'abdomen est globalement sensible sans réelle douleur. Vous percevez une masse périombilicale. Quels sont les cinq critères pour la caractériser cliniquement ?

**Question 3 – QCM**

Quelle est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) concernant l'imagerie réalisée (figure 17) ?



**Figure 17.**

- A 1. rate, 2. estomac, 3. aorte
- B 1. rein gauche, 2. estomac, 3. aorte
- C 4. lésion hépatique tissulaire d'allure métastatique
- D 5. lésion hépatique tissulaire d'allure métastatique
- E 5. lésion hépatique hyperdense d'allure kystique

#### Question 4 – QROC

D'autres coupes de l'imagerie précédente ont permis de mettre en évidence une tumeur de l'intestin grêle. Quel est votre diagnostic? Par quel moyen simple pourriez-vous le confirmer?

#### Question 5 – QCM

Après concertation pluridisciplinaire, vous décidez d'opérer la tumeur primitive puis proposez une chimiothérapie pour les métastases hépatiques comportant, notamment, du 5-fluoro-uracile. Parmi les propositions suivantes concernant le 5-fluoro-uracile, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s)?

- A c'est un agent antimétabolite
- B c'est un agent alkylant
- C il a une action potentialisée par l'acide folinique
- D les effets secondaires principaux sont : digestifs (diarrhée, mucite, nausées), cutanés (syndrome main-pied) et médullaires (cytopénies)
- E l'apparition d'une douleur angineuse au cours d'une perfusion doit faire évoquer un spasme coronarien

#### Question 6 – QROC

Lors de la quatrième cure de chimiothérapie, votre patiente rapporte de nombreux épisodes de vomissements survenant au décours des cures. Quels sont les trois moyens thérapeutiques que vous pouvez théoriquement lui proposer afin de traiter ce problème?

#### Question 7 – QCM

Madame E. réalise deux autres cures de chimiothérapie puis part en vacances, et vous ne la revoyez qu'un mois plus tard. Elle vous raconte avoir initialement perdu du poids, mais qu'elle a récemment repris 3 kg. Elle se sent vraiment fatiguée. Depuis trois semaines, elle a l'impression d'avoir le ventre ballonné, et souffre de douleurs abdominales spasmodiques post-prandiales, d'intensité croissante, cédant brutalement et bruyamment avec l'émission d'une diarrhée importante. Elle rapporte plusieurs épisodes de ce type, dont certains étaient associés à des vomissements. À l'examen clinique, vous notez une augmentation du périmètre abdominal. Le transit est conservé. L'abdomen est sensible dans son ensemble, et il existe une matité déclive. Parmi les propositions suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) vraie(s)?

- A il existe un syndrome de Koenig
- B celui-ci peut être lié à une obstruction du grêle par la carcinose péritonéale
- C il existe probablement une ascite pauvre en protéines
- D il existe manifestement une insuffisance hépatique

- E l'examen à réaliser en première intention est un scanner avec injection de produit de contraste hors contre-indications
- F il existe une hypertension portale

#### Question 8 – QROC

Vous décidez d'inclure votre patiente dans une étude de phase III évaluant l'exérèse des métastases hépatiques associée ou non à une chimiothérapie intrapéritonéale. Quelles sont les quatre caractéristiques d'une telle étude?

#### Question 9 – QCM

Concernant le critère principal de jugement de cette étude, quelles propositions sont vraies?

- A le meilleur critère serait la survie globale
- B la survie sans progression peut remplacer la survie globale comme critère de jugement principal dans les maladies à évolution lente
- C un critère de jugement principal doit être simple, unique, reproductible, objectif
- D un critère de jugement principal peut être un critère combiné
- E il ne peut y avoir qu'un seul critère de jugement secondaire

### Cas clinique 44 – mixte +++

Un homme âgé de 64 ans est admis aux urgences la veille de Noël, pour la survenue le jour même de deux malaises successifs, de type lipothymique. Cela fait quelque temps qu'il fait ce type de malaises, mais ils sont de plus en plus rapprochés.

À l'admission, ce patient signale être épuisé. Il est d'ailleurs en arrêt de travail depuis 1 mois et avait même renoncé à partir en vacances l'été précédent. Vous remarquez néanmoins un teint hâlé. Il a maigri de 8 kg durant les 6 derniers mois. Il ne prend aucun médicament.

Sa femme précise qu'il se plaint de douleurs abdominales depuis 3 semaines. Il dit qu'il n'a pas d'appétit depuis plusieurs jours et signale des vomissements alimentaires depuis 48 h.

À l'examen clinique, la température est à 38 °C, la pression artérielle est mesurée à 90/70 mmHg. La fréquence cardiaque est régulière à 100/min. L'auscultation pulmonaire ne révèle rien de particulier de même que l'examen neurologique. L'abdomen est souple et non douloureux à la palpation.

Devant l'absence de signes en faveur d'une cause chirurgicale, vous évoquez une origine métabolique pour expliquer les symptômes.

#### Question 1 – QCM

Quelles sont les trois causes métaboliques de douleurs abdominales constituant une urgence thérapeutique?

- A insuffisance surrénalienne aiguë
- B hyperkaliémie
- C hyponatrémie
- D décompensation acidocétosique d'un diabète
- E hypercalcémie

**Question 2 – QROC**

La glycémie capillaire est de 2,2 mmol/L. Le bilan initial effectué en urgence est le suivant :

- Na : 120 mmol/L; Cl : 85 mmol/L; K : 5,2 mmol/L; glycémie : 2,3 mmol/L; créatininémie : 140 µmol/L; urée : 16 mmol/L;
  - GB : 9500/mm<sup>3</sup>; Hb : 12,5 g/dL; plaquettes : 22 000/mm<sup>3</sup>; TP : 100 %;
  - ALAT : 20 UI/L; ASAT : 22 UI/L; phosphatases alcalines : 60 UI/L; bilirubine : 6 µmol/L; gamma-GT : 40 UI/L;
  - Alcoolémie : 0 g/L; recherche de toxiques négative.
- Devant ce tableau, quel diagnostic syndromique retenir finalement ?

**Question 3 – QCM**

Parmi les propositions suivantes concernant les mécanismes des troubles biologiques observés chez ce patient, quelles sont les propositions vraies ?

- A** l'hypoglycémie est secondaire à une hypersécrétion d'insuline
- B** l'hypoglycémie est secondaire à une diminution de sécrétion de glucocorticoïdes
- C** il existe une déshydratation extra- et intracellulaire
- D** l'hyponatrémie est le reflet direct d'un déficit en sel
- E** l'hyperkaliémie est la conséquence du déficit en minéralo-corticoïdes

**Question 4 – QROC**

Quels sont les deux examens biologiques que vous demandez pour confirmer le diagnostic suspecté ?

**Question 5 – QCM**

Voici les résultats du ionogramme urinaire : natriurie : 45 mmol/L; kaliurie : 26 mmol/L; urée urinaire : 220 mmol/L.

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

- A** il s'agit d'une insuffisance rénale de profil organique
- B** il s'agit d'une insuffisance rénale de profil fonctionnel
- C** le rapport plasmatique urée/créatinine devrait en théorie être supérieur à 100
- D** cette insuffisance rénale devrait être corrigée par des apports hydriques
- E** cette insuffisance rénale devrait être corrigée par des apports sodés

**Question 6 – QROC**

Quels sont les trois grands principes de votre prise en charge en réanimation ?

**Question 7 – QCM**

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les trois causes les plus probables du syndrome atteignant ce patient ?

- A** auto-immune
- B** sarcoïdose
- C** tumorale
- D** tuberculose
- E** bloc enzymatique

**Question 8 – QROC**

L'employeur du patient vous téléphone pour avoir de ses nouvelles et pour vous demander quand il pourra retravailler, afin de savoir s'il doit éventuellement faire appel à un intérimaire. Que lui répondez-vous ?

**Cas clinique 45 – mixte +**

Un homme âgé de 24 ans, étudiant, sans aucun antécédent médical, a séjourné au Pérou pendant un mois avec trois de ses amis. Il n'a reçu aucune vaccination depuis la petite enfance et n'a pris aucun traitement préventif avant ou pendant le séjour. Huit jours après son retour, il se plaint d'une asthénie, d'une perte d'appétit et de céphalées frontales. Il a des douleurs abdominales diffuses. Il souffre d'insomnies. Il rapporte également un épisode d'épistaxis. À l'examen, il a une fièvre à 40 °C.

**Question 1 – QROC**

Quels sont les trois diagnostics que vous évoquez devant ce tableau clinique qui dure depuis 7 jours, quel est le plus probable ?

**Question 2 – QCM**

Il refuse tout complément d'examen ainsi que l'hospitalisation qui lui est proposée. Il revient 8 jours plus tard, totalement abattu, bradypsychique, négligeant les soins corporels. Dans l'intervalle il s'est automédiqué avec du paracétamol.

La température est toujours à 40 °C. La pression artérielle est à 90/60 mmHg. La fréquence respiratoire est à 22 cycles/min. Il dit uriner peu. Les selles sont liquides de couleur jaunâtre. L'abdomen est sensible dans son ensemble avec quelques gargouillements dans le flanc droit.

Parmi les signes cliniques suivants, lesquels seraient en faveur d'une typhoïde ?

- A** fréquence cardiaque à 80/mn
- B** splénomégalie
- C** ictère
- D** macules rosées de la base du thorax et de la partie supérieure de l'abdomen
- E** ulcération superficielle des piliers antérieurs du voile du palais
- F** rectorragies

**Question 3 – QROC**

Vous l'adressez au service des urgences. Quelles sont les deux mesures thérapeutiques à prendre en urgence ?

**Question 4 – QCM**

Quelles mesures prophylactiques et de santé publique proposez-vous ?

- A** isolement de contact
- B** isolement « gouttelettes »
- C** coproculture pour les amis de voyage
- D** antibiothérapie pour les amis de voyage
- E** déclaration obligatoire aux autorités sanitaires

**Question 5 – QROC**

Quels sont les trois examens complémentaires qui peuvent confirmer le diagnostic évoqué ?

**Question 6 – QROC**

Le patient est traité par antibiotique depuis 48 h. L'état de conscience s'est normalisé. La pression artérielle est à 110/70 mmHg, la température à 38,5 °C, la fréquence cardiaque à 70/min et la fréquence respiratoire à 16 cycles/min. Cependant, les douleurs abdominales s'intensifient et on note une défense généralisée concomitante d'un arrêt du transit. Le toucher rectal déclenche une douleur au niveau de cul-de-sac de Douglas.

Quelle complication redoutez-vous (une seule réponse) ?

**Question 7 – QCM**

Parmi les propositions suivantes, quelle décision thérapeutique devez-vous prendre (une seule réponse) ?

- A** exploration chirurgicale
- B** élargissement de l'antibiothérapie
- C** exploration endoscopique
- D** traitement symptomatique et surveillance

**Question 8 – QROC**

Six mois plus tard, il vient vous voir avant de partir en Égypte. Quelle prophylaxie est indiquée pour éviter une maladie similaire (trois items) ?

**Question 9 – QCM**

Parmi les parasitoses suivantes, lesquelles se transmettent par voie oro-fécale ?

- A** lambliaze
- B** ascariose
- C** oxyurose
- D** amibiase
- E** hydatidose
- F** *Taenia saginata*
- G** *Taenia solium*