

HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Épreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet n°1

Un malade de 55 ans consulte aux urgences pour du méléna évoluant depuis 24 heures. TA :90/70 mm Hg, fréquence cardiaque : 96 battements par minute, saturation en oxygène : 95% en air ambiant, température corporelle : 37,0°C. Le seul antécédent notable est une hypertension artérielle traitée par amlodipine, 5mg en une prise par jour.

Votre examen clinique met en évidence des angiomes stellaires, un ictère conjonctival, une circulation veineuse collatérale et une ascite.

La biologie montre une hémoglobininémie à 7,2 g/dL, une numération des plaquettes à 30 000/mm³, un Taux de Prothrombine (TP) à 31%.

Question 1

Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous ?

Question 2

Quel objectif transfusionnel visez-vous chez ce patient ?

Question 3

Quel examen systématique allez-vous réaliser avant l'administration d'érythromycine en vue de l'endoscopie et quelle contre-indication cherchez-vous sur cet examen ?

Question 4

Citez les indications du TIPS préemptif.

Question 5

Citez trois complications liées à la pose d'un TIPS.



Sujet n°2

Vous recevez en fin de journée, aux urgences, Monsieur J, 52 ans, qui consulte pour une douleur épigastrique apparue il y a 3 jours, intense et continue. Deux vomissements sont survenus ce matin. Le malade continue à émettre quelques gaz par l'anus. Il est obèse (IMC 31kg/m²), et traité pour une hypertension artérielle. Il a une érythrose faciale et une hypertrophie des parotides. Il n'a pas de passé ulcéreux connu et n'a jamais été laparotomisé.

L'examen physique abdominal note une douleur abdominale diffuse et une défense épigastrique. Le toucher rectal est sans particularité.

Le pouls est à 88 battements/min. La tension artérielle est à 120/85 mmHg. La fréquence respiratoire est à 18/min. la température corporelle est à 37,4°C. La conscience est normale.

Le bilan biologique des urgences est : leucocytes : 11 G/L, hémoglobine : 12,5 g/dL, VGM 104 fL, plaquettes : 180000/mm³, CRP : 65 mg/L, natrémie : 135 mmol/L (N : 135-145), kaliémie : 4 mmol/L (N : 3,5-4,5), créatinémie : 105 µmol/L (N<100), urée : 9 mmol/L (N<8), ASAT : 70 UI/L (N<35), ALAT : 60 UI/L (N<35), GGT : 285 UI/L (N<40), Phosphatase alcaline : 105 UI/L (N<110), Bilirubinémie totale 15 µmol/L (N<18).

L'échographie abdominale, demandée en urgence, est peu contributive selon le médecin radiologue de garde, compte-tenu d'une distension abdominale et de nombreuses interpositions gazeuses. Il est noté une stéatose hépatique sans dilatation des voies biliaires intra-hépatiques, la vésicule biliaire est alithiasique, les reins sont normaux.

Question 1

Si le malade avait consulté dès les premières heures de la douleur et avant même de réaliser des examens complémentaires, énumérer les diagnostics à évoquer de principe.

Question 2

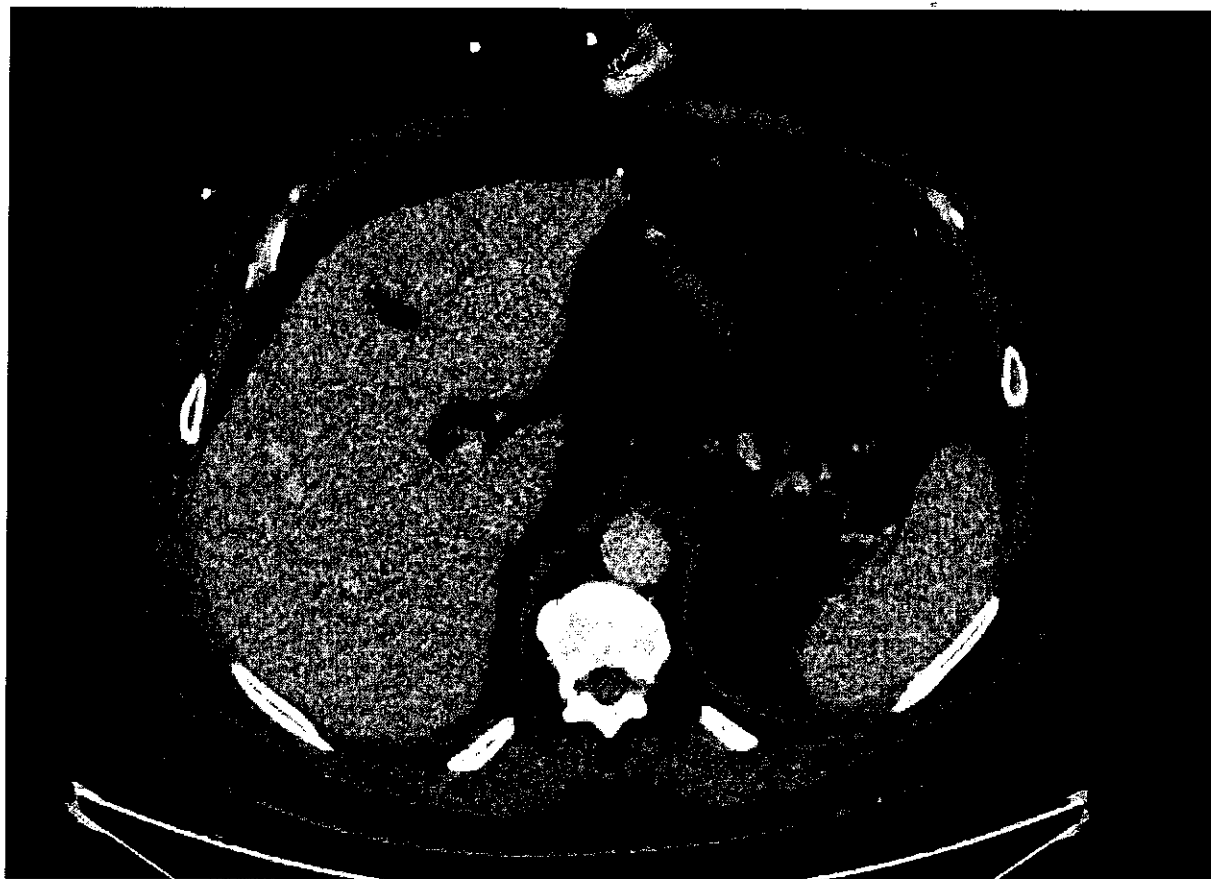
Quel élément d'interrogatoire essentiel manque-t-il pour orienter votre diagnostic ?
Quel élément biologique essentiel manque-il pour orienter votre diagnostic ?

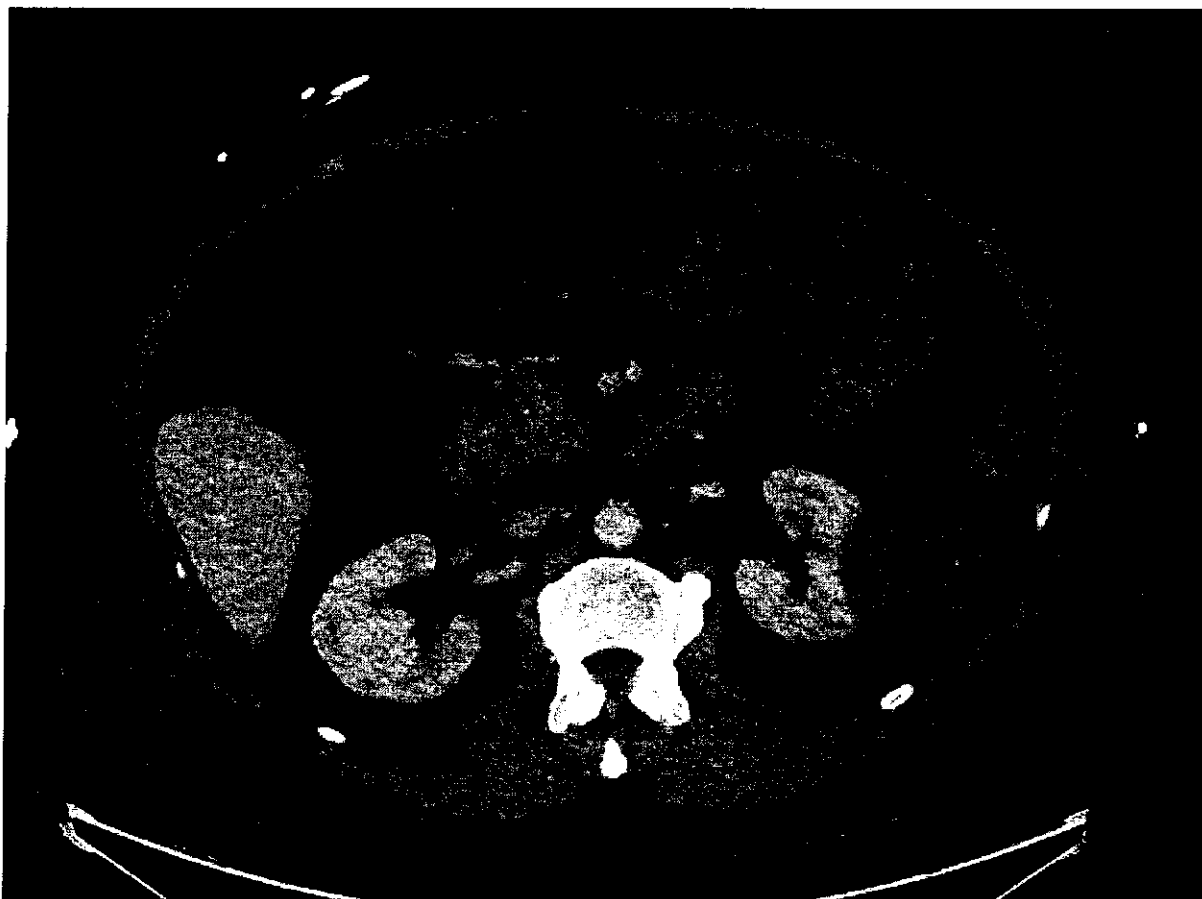
Question 3

Le patient a un scanner thoraco-abdomino-pelvien dont trois coupes abdominales sont reproduites ci-dessous. Le bilan biologique complémentaire que vous avez demandé ne peut pas vous être rendu rapidement en raison d'une panne d'automate au laboratoire de biologie.

Avec les éléments à votre disposition, quel est votre diagnostic le plus probable, et quelle est sa cause la plus vraisemblable ?







Sujet n°3

Monsieur S, 55 ans, est hospitalisé pour une gêne et une distension abdominale. Il a un antécédent de phlébite du membre inférieur droit en 1996, de cancer du rein opéré en 2001. Il pèse 80 kg pour 1m75. L'examen clinique cardio-respiratoire est normal. Il existe une matité déclive mobile des flancs. Le bord inférieur du foie est dur et tranchant. La palpation met en évidence le signe du glaçon. La malade boit 3 verres de vin rouge par repas et des apéritifs avec les copains. Il s'agit de la première hospitalisation depuis 1 an.

L'ECG et la radio thoracique sont normaux. Le patient vient avec les résultats d'une prise de sang prescrite par le médecin traitant : hémoglobine : 11 g/dL, plaquettes : 100 000/mm³, VGM : 102 fL, leucocytes : 21 G/L, Na : 133 mmol/L, K : 4,0 mmol/L, créatininémie : 100 µmol/L, TP : 42 %, facteur V : 45 %, ASAT : 150 UI/L (N< 30), ALAT : 95 UI/L (N<30), GGT : 300 UI/L (< 60), bilirubine totale : 150 µmol/L (N< 17), phosphatases alcalines : 277 UI/L (N< 280).

L'échographie met en évidence un épanchement intra-abdominal, un foie hétérogène et sur le segment V une zone arrondie de 2 cm de diamètre hypo-échogène.

Question 1

Vous évoquez une hépatite alcoolique aiguë (HAA). Citez le score pronostique de l'HAA le plus utilisé ? Citez un autre score important dans la perspective d'une éventuelle transplantation hépatique ?

Question 2

Vous suspectez une infection du liquide d'ascite. Quel examen vous permet de le confirmer, avec quel seuil de résultat ? Quel traitement de première intention si l'infection est confirmée ?

Question 3

Vous obtenez une guérison. Citez les trois piliers du traitement de l'ascite au retour à domicile.

Question 4

Citez un outil d'évaluation clinique et un outil d'évaluation biologique de l'efficacité du traitement de l'ascite à domicile et deux examens biologiques sanguins de surveillance.

Question 5

Le patient développe une insuffisance rénale (créatininémie à 150 µmol/L) avec natriurèse effondrée. Il n'y a pas d'amélioration de la créatininémie sérique après 3 jours d'arrêt des diurétiques et un remplissage par albumine. Quel diagnostic retenez-vous et quel traitement (molécule) proposez-vous en première intention ?



Sujet n°4

Une femme de 70 ans consulte au Service d'Accueil des Urgences pour une diarrhée (7 selles liquides par jour, sans sang visible) avec épreintes, sans fièvre, apparue la veille, soit 10 jours après la fin d'un traitement antibiotique de 7 jours par amoxicilline pour angine. Le seul traitement pris au long cours est du captopril pour hypertension artérielle.

On constate à l'admission : TA : 130/70mmHg ; fréquence cardiaque : 72/min, température : 37,3°C ; leucocytes : 12 G/L ; 92% polynucléaires neutrophiles, CRP : 87 mg/L, créatinémie : 73 µg/L, bilan hépatique normal.

Question 1

Lorsqu'une infection à *Clostridioides difficile* (ICD) est possible, citez, en plus de l'isolement du patient, les mesures spécifiques à prendre par le personnel soignant concernant le lavage des mains, la tenue vestimentaire et le produit de désinfection des surfaces.

Question 2

Citez les deux tests fécaux rapides dont les résultats conjoints permettent d'affirmer ou de confirmer une ICD

Question 3

Le diagnostic d'ICD est écarté et les résultats de la coproculture sont en attente. Citez la dénomination commune internationale (nom générique des molécules) des deux antibiothérapies probabilistes envisageables dans ce contexte.

Question 4

Les tests microbiologiques sont négatifs et la diarrhée se prolonge. Une rectosigmoïdoscopie est réalisée, montrant des ulcérations superficielles sur les segments explorés (limite d'amont non atteinte).

Citez les signes histologiques qui peuvent à ce stade démontrer qu'il s'agit d'une première poussée de MICI et non d'une simple colite infectieuse.

Question 5

Le diagnostic de première poussée de maladie de Crohn colique est posé et une corticothérapie systémique est débutée.

Citez les examens sanguins qui doivent être prélevés avant la mise en route d'un traitement par un anticorps monoclonal.