

HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

Cas clinique N°1 :

Mr D, un homme de 27 ans se présente à votre consultation pour une diarrhée faite de 5 selles par jour depuis 3 mois. Il n'a aucun antécédent personnel ou familial en dehors d'un vitiligo chez son père. Il n'a pas voyagé et ne prend aucun traitement au long cours. Il décrit des douleurs abdominales légères, parfois une selle nocturne. Il existe un amaigrissement de 5 kg (67 kg). L'examen clinique est sans particularité. Il n'existe pas de manifestations extra-digestives tant à l'interrogatoire qu'à l'examen clinique.

Question N°1 :

Quel bilan biologique de première intention demandez-vous devant cette diarrhée chronique ? (vous devez vous limiter à moins de 8 examens biologiques)

L'endoscopie œsogastroduodénale est normale et le compte rendu de coloscopie est le suivant :

- Iléon : inflammation 30%, ulcérations superficielles en carte de géographie 15%
- Colon droit : inflammation 70%, ulcérations superficielles en carte de géographie 10%
- Colon transverse : inflammation 50%, ulcérations apthoïdes 5%
- Colon gauche : inflammation 50%, ulcérations apthoïdes 5%
- Rectum : normal



Question N°2 :

Quel est le diagnostic le plus probable (ne pas argumenter) ?

Question N°3 :

Quel bilan morphologique complémentaire proposez-vous?

Question N°4 :

Vous introduisez une corticothérapie. Détaillez les différents éléments de votre ordonnance ?

Vous revoyez en consultation Mr D. 2 mois plus tard. Il décrit une rémission clinique initiale avant une réapparition des symptômes à la dose de 10 mg de corticoïdes.

Question N°5 :

Devant cette cortico-dépendance, quelle est votre stratégie thérapeutique ?

Question N°6 :

Quel bilan biologique pré-thérapeutique proposez-vous?

Question N°7 :

Quelle surveillance paraclinique proposez-vous dans l'année suivant l'introduction de votre traitement de fond ?

Question N°8 :

Votre stratégie est un échec. Vous discutez avec Mr D. des traitements ayant une autorisation de mise sur le marché et un remboursement en cas d'échec des traitements que vous avez prescrit pour cette maladie en France. Quels sont ces traitements (listez sans argumenter) ?

Question N°9 :

Dans ce contexte, dans quel délai envisager une 1ère coloscopie de dépistage ?



Cas clinique N°2 :

Monsieur T. 49 ans consulte aux urgences pour « des yeux jaunes » et une importante fatigue. Par ailleurs, il dit avoir pris du poids ces dernières semaines alors qu'il a plutôt diminué son alimentation suite à une anorexie récente. Vous êtes l'hépatogastroentérologue de garde et vous êtes appelé(e) pour venir le rencontrer. Sa compagne inquiète devant la porte vous interpelle en vous disant « ce n'est pas le foie au moins, je lui dis depuis longtemps qu'il boit trop d'alcool ! »

Il vous dit boire environ une bouteille de vin à 12 degrés, par repas et ce depuis ses 20 ans environ.

Question N°1 :

- a) Quelle est sa consommation déclarée d'alcool par jour (en grammes) ?
- b) Quel est le seuil défini comme « consommation excessive » par Santé Publique France (en portions/semaine) ?

Question N°2 :

A l'examen clinique, vous constatez de nombreux signes évoquant une consommation excessive d'alcool. Citez-en 3 ?

Question N°3 :

Vous examinez son foie, il est légèrement douloureux sans reflux hépatojugulaire, il est dur à bord inférieur tranchant. A l'examen, vous trouvez également des signes d'insuffisance hépatocellulaire et d'hypertension portale. Citez-en 4.



Question N°4 :

Le bilan biologique est le suivant : hémoglobine : 11,5g/dl avec un VGM à 108 μm^3 , ASAT à 259 UI/L (N<40) et ALAT à 112 UI/L (N<40), bilirubine totale à 189 $\mu\text{moles/L}$ (N<17), albumine à 24 g/L, TP à 36%, CRP à 35 mg/L. Les sérologies HIV et HCV sont négatives, il est vacciné contre l'hépatite B. L'échographie hépatique répond : Foie dysmorphique avec hypertrophie du segment I, pas de nodule suspect. Vous décidez de le faire hospitaliser en hépato gastroentérologie.

Quel est votre diagnostic à ce stage de la prise en charge ?

Question N°5 :

Avec quel score et à partir de quel seuil allez-vous juger la sévérité du tableau aigu ?

Question N°6 :

Son bilan au 2ème jour s'aggrave avec une augmentation du score de sévérité, il n'a pas d'infection et vous n'avez pas la possibilité de faire une biopsie hépatique avant 21 jours.

Quel traitement mettez-vous en place et à quelle posologie ?

Question N°7 :

Comment allez-vous évaluer l'efficacité de ce traitement de manière codifiée et dans quel délai ?

Question N°8 :

Le score que vous avez réalisé est à 0,50. Que faites-vous du traitement déjà mis en place ?

Question N°9 :

Compte tenu de ce résultat, quel est le risque de mortalité à 6 mois dans cette situation ?



Cas clinique N°3 :

Monsieur C, 55 ans, consulte aux urgences en raison d'une dyspnée, d'un ictère et d'une augmentation de son volume abdominal avec une prise pondérale de 10 kg. Il n'a pas consulté pour la prise en charge de cette symptomatologie qui évolue depuis 7 jours. Il n'a aucun suivi médical depuis de nombreuses années.

Dans ses antécédents personnels, on note : une appendicectomie dans l'enfance ; un diabète de type II et une hypertension artérielle non traités ; un tabagisme actif évalué à 35 paquets-années ; une toxicomanie à l'héroïne sevrée depuis 10 ans. Il n'a jamais eu de consommation excessive d'alcool. Il ne connaît pas son statut vaccinal ni ses antécédents familiaux. Il ne prend pas de traitement médicamenteux au long cours.

A l'examen clinique, le poids est à 82 kg pour 175 cm (pour un poids de forme de 72 kg) et la tension artérielle à 95/56 mm Hg. On note la présence d'angiomes stellaires, d'un érythème palmaire, d'une circulation veineuse collatérale abdominale, d'une dermite ocre des membres inférieurs et d'un abdomen tendu mais indolore. L'auscultation pulmonaire est claire et symétrique et les bruits du cœur sont réguliers sans souffle audible. L'examen neurologique est sans particularité de même que le reste de l'examen clinique.

Le bilan biologique note une glycémie à 7,3 mmol/l, une thrombopénie à 68 000 plaquettes/mm³, un INR à 1,95, une albuminémie à 25 g/l, une bilirubinémie totale à 124 µmol/l dont 88 µmol de bilirubine conjuguée, une élévation de la GGT à 3 fois la normale et des ALAT à 1,5 fois la normale. La fonction rénale est normale de même que le reste du bilan biologique demandé.

Le médecin des urgences vous contacte pour discuter de la prise en charge de ce monsieur. Vous décidez de l'hospitaliser dans votre service.



Question N°1 :

Vous suspectez une hépatopathie chronique cirrhogène, décompensée.
Quels sont les 2 scores qui permettent d'en évaluer la gravité?

Question N°2 :

Vous avez demandé un ou plusieurs examens d'imagerie.

Quelles anomalies pertinentes dans ce contexte en attendez-vous ?

Question N°3 :

Quels sont les 2 diagnostics étiologiques les plus probables ?

Question N°4 :

Vous faites une ponction d'ascite exploratrice. Il s'agit d'un liquide citrin pauvre en protides avec un nombre de polynucléaires neutrophiles à 120/mm³.

Quels sont les principes thérapeutiques de la prise en charge de cette décompensation ascitique ?

Question N°5 :

Dix jours après le début de son hospitalisation, son état général s'altère et il rapporte des douleurs abdominales diffuses, des selles liquides et des troubles du sommeil. L'examen clinique note une hypothermie à 35,5°C, une tachycardie, une confusion et un astérisis.

Quelle complication spécifique suspectez-vous ?

Comment le confirmez-vous, et avec quels critères biologiques ?

Question N°6 :

La complication est confirmée. Quels en sont ses traitements spécifiques en urgence ?



Question N°7 :

Malgré le succès du traitement étiologique de sa cirrhose, il persiste une ascite irréductible nécessitant des ponctions itératives et son hépatopathie ne s'améliore pas. Le bilan biologique de contrôle montre un INR à 2,32, une bilirubinémie totale à 210 $\mu\text{mol/l}$ et une créatininémie à 102 $\mu\text{mol/l}$. Devant une ascite réfractaire, vous avez théoriquement deux options thérapeutiques.

Quelles sont-elles ? Dans le cas de ce patient, laquelle retenez-vous et pourquoi ?

Cas clinique N°4 :

Un homme de 73 ans au suivi médical irrégulier est hospitalisé, pour anémie révélée par une dyspnée inhabituelle à l'effort apparue depuis 1 mois.

Antécédents :

- artériopathie des membres inférieurs stade 2, traitée par clopidogrel depuis 3 mois ;
- diabète de type 2 non-insulino dépendant ;
- ulcère gastro-duodénal,
- consommation d'alcool excessive depuis plus de 40 ans et tabagisme évalué à 40 paquets-année.
- auto-médication par ketoprofene pour des douleurs arthrosiques
- pas d'antécédent familial digestif

Traitement habituel :

- METFORMINE 500: 1 matin et soir
- CLOPIDOGREL 75 mg : 1 à midi
- ATORVASTATINE 20 mg : 1 le soir



Examen clinique : 82 kg pour 165 cm. Inconfort abdominal diffus et alternance diarrhée/constipation depuis 2 semaines. Pâleur cutanéomuqueuse. Auscultation cardio-pulmonaire normale. Hémodynamique stable. Œdèmes des membres inférieurs bilatéraux non inflammatoires, prenant le godet. Pas de signe déficitaire ou de focalisation neurologique. Absence d'adénopathie périphérique palpable. Pas de méléna, d'hématochézie, ni de syndrome de masse au toucher rectal.

Résultats biologiques : ionogramme, tests de coagulation et fonction rénale normaux.

ALAT et ASAT à 1,5 fois la normale (N), GGT : 3N, PAL : N, bilirubine totale : 15 µmol/L à composante mixte, VGM : 90 µm³, ferritine : 7 ng/ml, hémoglobine : 7,3 g/dL, leucocytes : 12600/mm³, plaquettes : 105000/mm³ ; protéine C réactive : 40 mg/L, albumine : 38 g/L. Bloc beta-gamma sur l'électrophorèse des protéines.

Question N°1 :

Citez pour ce patient les mécanismes possibles de l'anémie.

Question N°2 :

Un traitement par IPP aurait-il dû être prescrit en accord avec les recommandations en vigueur ? Argumentez votre réponse.

Le scanner abdomino-pelvien réalisé le lendemain de l'admission révèle une dysmorphie hépatique sans lésion nodulaire et un épaissement pariétal sigmoïdien. Après transfusion, son taux d'hémoglobine est de 11,0 g/dL.

La gastroscopie réalisée également le lendemain de l'admission montre des varices œsophagiennes grade II sans signe rouge. Les biopsies gastriques montrent une infection par *Helicobacter pylori*.



Question N°3 :

Quelles adaptations thérapeutiques envisagez-vous avec les résultats de la gastroscopie ?

Question N°4 :

Compte-tenu des résultats du scanner, vous prévoyez une coloscopie. Quelles adaptations thérapeutiques envisagez-vous (intégrant l'éventualité d'un geste thérapeutique pendant la coloscopie) ?

Vous réalisez la coloscopie totale à J15 de l'admission qui confirme le probable cancer sigmoïdien sténosant mais franchissable et révèle un polype sessile de 15 mm de grand axe dans le colon transverse proximal en aval de l'angle droit. Le polype est réséqué par mucosectomie avec fermeture prophylactique du site de mucosectomie par 2 clips hémostatiques.

Un passage en fibrillation atriale, sans trouble de repolarisation, survient lors de la coloscopie. Le bilan cardiologique ne montre pas de pathologie valvulaire ou ischémique. L'examen neurologique reste normal après la coloscopie. Un traitement par apixaban est débuté.

Le diagnostic histologique d'adénocarcinome colique est confirmé et le patient est opéré sans indication de traitement adjuvant.

Six mois plus tard, les bêta-bloquants sont interrompus car son artériopathie des membres inférieurs devient plus symptomatique. L'indication d'une ligature de varices oesophagiennes est retenue.



Question N°5 :

Que faites-vous dans l'hypothèse de cette ligature de varices œsophagiennes ?

Question N°6 :

A quel risque spécifique de la ligature de varices œsophagiennes le patient est-il exposé ? Dans quel délai particulièrement ?

Un an plus tard, un scanner thoraco-abdominopelvien effectué dans le cadre du suivi oncologique habituel et une IRM hépatique individualisent plusieurs nodules hépatiques avec une dynamique d'opacification typique d'hépatocarcinome et une thrombose portale complète d'origine très probablement tumorale.

Question N°7 :

Quel examen complémentaire non invasif permettrait également de retenir l'origine tumorale plutôt que crurorique de la thrombose portale avec une performance diagnostique proche de 100%?

Question N°8 :

Pour ce patient, en cas de thrombose portale tumorale avérée, envisagez-vous un ajustement du traitement anticoagulant? Argumentez votre réponse.