

CF-20-Hépto-gastro-entérologie-QCM-EVC-2025

Q 1. Selon les recommandations 2023, quelles sont les propositions concernant les biopsies duodénales dans le cadre du diagnostic de maladie cœliaque ?

- a) Au moins 4 biopsies en D2-D3 et 2 dans le bulbe
 - b) Elles sont indispensables chez les adultes
 - c) L'atrophie de la muqueuse duodénale s'évalue au moyen du score de Rutgeerts
 - d) Elles ne sont pas nécessaire chez l'enfant si anti-transglutaminase IgA > 10 N et anti-endomysium positifs
 - e) Une lymphocytose sans atrophie villositaire suffit à poser le diagnostic
-

Q 2. Quel(s) est(sont) le(s) signe(s) à haut risque de dégénérescence d'un TIPMP ?

- a) Ictère obstructif associé à une lésion kystique céphalique
 - b) Nodule mural ≥ 5 mm à composante tissulaire
 - c) Nodule mural de 3 mm sans rehaussement au contraste
 - d) Dilatation du canal pancréatique principal ≥ 10 mm
 - e) Cytologie suspecte de dysplasie de haut grade
-

Q 3. Selon la loi Kouchner du 4 mars 2002, l'obligation d'information du patient :

- a) Porte sur les risques fréquents mais non sur les risques exceptionnels
 - b) Porte aussi sur les alternatives thérapeutiques et les risques du non-prise en charge
 - c) Doit être adaptée, claire, loyale et compréhensible
 - d) Doit être tracée dans le dossier médical
 - e) Peut-être omise si le patient refuse explicitement d'être informé
-

Q 4. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est(sont) une(des) cause(s) de carence martiale d'origine gastrique ?

- a) Maladie de Biermer
 - b) Ménométrorragies
 - c) Maladie coeliaque
 - d) Gastrectomie totale
 - e) Ulcère antral
-

Q 5. Lors d'une polypectomie à l'anse froide d'un polype colique <10 mm :

- a) Le risque de saignement retardé est faible
 - b) Une hémostase préventive systématique est recommandée
 - c) Le saignement per-procédure s'arrête dans la majorité des cas sans intervention
 - d) L'utilisation d'un courant de coagulation est nécessaire
 - e) Le risque de complications est plus important qu'une procédure de biopsie exérèse à la pince chaude
-

Q 6. À propos des lésions sous-muqueuses gastriques, quelle(s) est(sont) la(les) affirmation(s) exacte(s) parmi les suivantes :

- a) Les Tumeur NeuroEndocrines (TNE) de type 1 sont les plus fréquentes des TNE gastriques et sont associées à une gastrite atrophique fundique
 - b) Les TNE de type 3 sont sporadiques et moins agressives que les TNE de type 1
 - c) Une GIST gastrique de 3 cm de diamètre est le plus souvent indolente et peut être surveillée par échoendoscopie gastrique
 - d) Le pancréas ectopique se manifeste souvent par une dépression ombilicale centrale
 - e) Les lymphomes gastriques sont souvent associés à H. pylori
-

Q 7. La nouvelle nomenclature 2023 pour la maladie stéatosique du foie comprend :

- a) MASLD
 - b) NAFLD
 - c) MASH
 - d) NASH
 - e) AFLD
-

Q 8. Quels sont les facteurs associés à la survenue d'une MASLD ?

- a) Diabète de type 2
 - b) Obésité androïde
 - c) Dyslipidémie
 - d) Consommation d'alcool > 60 g/j
 - e) Hypertension artérielle
-

Q 9. Quel(s) biomarqueur(s) doi(ven)t impérativement être recherché(s) dès le diagnostic d'un adénocarcinome colorectal métastatique selon les recommandations INCa 2022 ?

- a) KRAS, NRAS
 - b) BRAF
 - c) Statut MMR/MSI
 - d) HER2 (IHC/FISH)
 - e) Fusion NTRK
-

Q 10. Selon l'HAS, quelle(s) est(sont) l'(les)indication(s) principale(s) de la chirurgie bariatrique dans la MASLD ?

- a) IMC ≥ 30 kg/m²
 - b) IMC ≥ 35 kg/m² avec MASH ou fibrose hépatique
 - c) IMC ≥ 40 kg/m²
 - d) Cirrhose Child B
 - e) IMC ≥ 30 kg/m² avec fibrose isolée sans stéatose
-

Q 11. En cas de découverte d'une tumeur gastrique bourgeonnante en endoscopie oesogastroduodénale, non accessible à une résection endoscopique, il est recommandé de réaliser :

- a) 6 biopsies tumorales au minimum
 - b) 8 biopsies tumorales au minimum
 - c) 10 biopsies tumorales au minimum
 - d) des biopsies antrales et fundiques
 - e) des biopsies duodénales
-

Q 12. Concernant le dépistage du cancer de l'anus, les populations à risque élevé sont

- a) les hommes vivant avec le VIH ayant des relations sexuelles avec les hommes
 - b) les hommes infectés par le papillomavirus humain (HPV) quelque soit leur statut HIV
 - c) les femmes ayant des antécédents de lésions vulvaires de haut grade
 - d) les femmes transplantées d'organe solide depuis plus de 10 ans
 - e) les femmes vivant avec le VIH ayant des antécédents de lésions cervicales de haut grade
-

Q 13. Concernant l'antibiothérapie préventive avant endoscopie digestive, quelles sont les propositions vraies?

- a) Le statut de dialysé péritonéal est le seul risque lié au patient
 - b) Une antibiothérapie préventive systématique est indiquée lors des CPRE (cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique)
 - c) Le schéma d'antibiothérapie préventive (hors gastrostomie per-endoscopique) est la céfoxitine (2 g IVL, dose unique) ou, en cas d'allergie, l'association gentamycine 6-7 mg/Kg IVL – métronidazole 1 g, IVL
 - d) L'antibiothérapie préventive (hors gastrostomie per-endoscopique) est le ceftriaxone (2 g IVL, dose unique) ou, en cas d'allergie, l'association gentamycine 6-7 mg/Kg IVL – métronidazole 1 g, IVL.
 - e) L'antibiothérapie préventive recommandée lors d'une gastrostomie per-endoscopique comporte 2 g de céfazoline en IV lente et en cas d'allergie de la vancomycine 20 mg/kg en IV lente.
-

Q 14. L'encéphalopathie hépatique

- a) doit systématiquement être dépistée à l'aide du test de dénomination des animaux chez les patients atteints de cirrhose
 - b) est systématiquement associée à une amoniémie élevée
 - c) est traitée par lactulose en 1^{ère} intention
 - d) n'est que rarement (<10%) une complication de la pose d'un TIPS
 - e) peut être prévenu secondairement par lactulose et/ou rifaximine
-

Q 15. Quelles sont les indications du TEP scanner en oncologie digestive?

- a) Bilan d'extension pré-thérapeutique pour les cancers de l'œsophage
 - b) Bilan d'extension pré-thérapeutique pour les cancers du pancréas
 - c) Bilan d'extension pré-thérapeutique pour les cancers de l'anus
 - d) Bilan préopératoire de métastases résécables de cancer colorectal
 - e) Evaluation de la réponse thérapeutique des cancers métastatiques
-

Q 16. Concernant la cholestase intrahépatique gravidique

- a) toute augmentation des transaminases en cours de grossesse doit être considérée comme pathologique
 - b) est définie par un prurit survenant au deuxième ou troisième trimestre de grossesse avec une cytolyse et/ou une élévation des acides biliaires résolutifs après l'accouchement
 - c) augmente le risque de prématurité, de souffrance fœtale et de mort fœtale in utero
 - d) l'acide ursodésoxycholique améliore le prurit, les tests hépatiques et le pronostic fœtal
 - e) augmente le risque de prééclampsie
-

Q 17. Quels sont les déficits en nutriments les plus fréquents en cas de chirurgie bariatrique ?

- a) Fer
 - b) Vitamine B12
 - c) Calcium
 - d) Vitamine D
 - e) Vitamine C
-

Q 18. Concernant l'insuffisance rénale aiguë chez le patient cirrhotique

- a) est une complication fréquente mais ne majorant pas la mortalité
 - b) l'hypovolémie efficace est au centre de la physiopathologie du syndrome hépatorénal
 - c) peut survenir chez les patients cirrhotiques sans ascite
 - d) l'absence de réponse à l'arrêt des diurétiques et deux jours d'expansion volémique par 1 g/kg/jour d'albumine 20 % est un des éléments du diagnostic de syndrome hépato-rénal
 - e) la terlipressine combinée à des perfusions intraveineuses d'albumine est le traitement de 1^{ère} intention
-

Q 19. L'ingestion de produits caustiques est une urgence médico-chirurgicale. Concernant sa prise en charge

- a) l'évaluation initiale repose sur une tomodensitométrie avec injection de produit de contraste
 - b) l'évaluation initiale repose sur une endoscopie digestive haute
 - c) en l'absence de nécrose transmurale, un traitement non opératoire avec surveillance en milieu hospitalier est indiqué
 - d) un traitement chirurgical en urgence est indiqué en cas de nécrose transmurale
 - e) la concertation avec un centre expert est recommandée en cas d'indication chirurgicale
-

Q 20. Pour les explorations de l'intestin grêle, quelles sont les affirmations vraies ?

- a) la videocapsule est l'examen de 1^{ère} intention en cas de suspicion de sténose du grêle
 - b) l'entéro-scanner est l'examen de 1^{ère} intention en cas de suspicion de sténose du grêle
 - c) un diverticule de Zencker est une contre-indication à l'ingestion d'une vidéocapsule
 - d) en cas de saignement digestif extériorisé avec gastroscopie et coloscopie normales, une vidéo-capsule endoscopique doit être réalisée dans les 48 heures
 - e) la scintigraphie aux érythrocytes marqués au Tc99m est réservée à la suspicion de diverticule de Meckel hémorragique.
-

Q 21. Quels examens peuvent être indiqués dans l'exploration d'une dysphagie à endoscopie normale :

- a) Scanner thoracique
 - b) Scanner cérébral
 - c) Transit oeso-gastro-duodénal
 - d) Echo-endoscopie
 - e) Manométrie œsophagienne
-

Q 22. L'œsophagite à éosinophiles

- a) Est une maladie souvent observée au-delà de 50 ans
 - b) Est fréquemment associée à une gastro-entérite à éosinophiles
 - c) Est typiquement associée à une hyperéosinophilie sanguine
 - d) Est traitée en première intention par des inhibiteurs de la pompe à protons
 - e) Présente un risque évolutif vers la sténose œsophagienne
-

Q 23. La constipation chronique de l'adulte

- a) Peut associer une constipation de transit et d'évacuation
 - b) Peut-être primitive ou secondaire à une pathologie neurologique ou métabolique
 - c) Peut-être à l'origine de complications périnéales telles que la pathologie hémorroïdaire ou l'incontinence anale
 - d) Peut se révéler par des infections urinaires à répétition
 - e) A. Peut nécessiter l'association de plusieurs catégories de laxatifs
-

Q 24. Parmi les propositions suivantes concernant l'endobrachyœsophage, lesquelles sont exactes ?

- a) Son diagnostic est suspecté devant l'apparition d'une dysphagie chez un patient souffrant de RGO ancien
 - b) Le diagnostic est confirmé par les biopsies devant la présence de dysplasie
 - c) Doit faire l'objet de biopsies étagées
 - d) Est un facteur de risque de l'adénocarcinome œsophagien
 - e) Est un facteur de risque de carcinome épidermoïde de l'œsophage
-

Q 25. A propos de la diarrhée motrice, quelles sont les propositions exactes?

- a) Elle est de survenue post-prandiale précoce
 - b) Elle est améliorée par les antispasmodiques et la prise de féculents
 - c) Elle est composée d'aliments digérés
 - d) Elle n'est jamais nocturne, et est nettement améliorée par le jeûne
 - e) La cause principale de diarrhée motrice est l'hyperthyroïdie
-

Q 26. Parmi les éléments suivants lequel (lesquels) est (sont) un élément de gravité d'une hémorragie digestive

- a) L'abondance de l'hémorragie
 - b) La syncope
 - c) La chute tensionnelle
 - d) L'hémoglobine initiale
 - e) L'absence de correction hémodynamique au remplissage
-

Q 27. Les mécanismes impliqués dans le Syndrome de l'Intestin Irritable peuvent être :

- a) Des troubles de la motricité
 - b) Une hypersensibilité viscérale
 - c) Une dysbiose
 - d) Une inflammation transmurale colique
 - e) Une atrophie villositaire duodénale
-

Q 28. A propos de la colique hépatique, quelles sont les propositions exactes:

- a) La douleur est souvent localisée dans l'épigastre
 - b) Elle est continue, constante et irradie dans le bras droit
 - c) Elle est calmée par la position en antéflexion
 - d) Elle est aggravée par la toux ou l'inspiration profonde
 - e) Les antalgiques et les antispasmodiques sont les traitements symptomatiques recommandés
-

Q 29. A propos des gastrites chroniques, quelles sont les propositions exactes?

- a) Il s'agit d'une inflammation de la muqueuse gastrique, confirmée par des biopsies
 - b) Elles sont classées par cause
 - c) La gastrite à *Helicobacter pylori* est la plus fréquente, et souvent asymptomatique
 - d) La gastrite chronique atrophiante, ou maladie de Biermer, survient souvent chez la femme jeune
 - e) La gastrite chronique atrophiante (maladie de Biermer) nécessite un traitement par vitamine B12 et une surveillance endoscopique
-

Q 30. L'incontinence anale :

- a) Est une pathologie rare observée essentiellement en cas de pathologie neurologique chronique
 - b) Peut-être secondaire à une dyschésie ancienne
 - c) Peut-être en lien avec une rupture sphinctérienne obstétricale même lorsqu'elle survient à l'âge de 60 ans
 - d) Doit systématiquement être explorée par manométrie ano-rectale en 1^{ère} intention avant toute décision thérapeutique
 - e) Son traitement de référence est la réparation sphinctérienne
-

Q 31. Chez un malade hospitalisé pour une poussée de rectocolite hémorragique quels sont éléments de gravité de la poussée ?

- a) Fréquence des selles $\geq 6/j$ avec du sang
 - b) Température $> 37,8^{\circ}\text{C}$
 - c) CRP $> 30\text{ mg/l}$
 - d) Une fréquence cardiaque $\geq 80 /\text{min}$
 - e) Une incontinence fécale nocturne
-

Q 32. Chez un malade porteur d'une maladie de Crohn ano-périnéale fistulisante, quelles sont les options thérapeutiques recommandées?

- a) Drainage chirurgical des abcès avant toute biothérapie
 - b) Azathioprine en monothérapie après drainage des abcès/collections
 - c) Antibiothérapie en cures discontinues par ciprofloxacine et metronidazole
 - d) Anti-TNF après drainage des abcès/collections et mise en place de sétos dans les trajets
 - e) Mise en stomie temporaire avant l'initiation d'une biothérapie si abcès/collections $>2\text{ cm}$ de diamètre
-

Q 33. Quelles sont les indications de transplantation de microbiote fécal dans le cadre des infections à C Difficile?

- a) Aucune
 - b) La première récurrence
 - c) Les infections multirécidivantes (soit deux récurrences et plus)
 - d) La résistante aux antibiotiques
 - e) Toutes les colites en présence des deux toxines A et B
-

Q 34. Concernant le diagnostic de colite microscopique quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

- a) Le diagnostic peut être établi dans les formes typiques sur la seule base de la clinique
 - b) La coloscopie montre le plus souvent un effacement diffus du lacis vasculaire
 - c) Le diagnostic repose sur des biopsies étagées coliques
 - d) Le dosage de la calprotectine fécale n'est pas recommandé dans cette situation
 - e) Le scanner abdominal injecté montre le plus souvent un épaississement pariétal du colon droit
-

Q 35. Chez un patient de 55 ans présentant une colite lymphocytaire quelle(s) est(sont) la(les) option(s) thérapeutique(s) possible(s) ?

- a) Une transplantation de microbiote fécal en cas d'échec des thérapeutiques habituelles
 - b) Le budesonide
 - c) Un anti-TNF en première intention
 - d) Un régime sans FODMAPS
 - e) Une association de lopéramide et de cholestyramine à but symptomatique
-

Q 36. Vous venez de poser le diagnostic de colite immuno-induite sévère chez un patient de 40 ans traité pour un mélanome métastatique. Quelles sont les propositions thérapeutiques dans cette situation ?

- a) Un arrêt au moins temporaire de l'immunothérapie
 - b) Une corticothérapie systémique de première intention
 - c) Le lopéramide à la posologie de 10 à 14 mg par jour
 - d) L'infliximab est contre indiqué du fait de la présence d'un mélanome métastatique
 - e) Le vedolizumab est une option à envisager en cas d'échec des corticoïdes
-

Q 37. Parmi les techniques suivantes lesquelles sont recommandés pour la recherche d'*Helicobacter Pylori* dans la prise en charge (diagnostic et suivi) d'un ulcère duodénal non compliqué ?

- a) le test à l'urée marquée
 - b) le test à l'acide octanoïque marqué
 - c) la sérologie
 - d) l'examen anatomopathologique des biopsies gastriques
 - e) la mise en culture des biopsies gastrique
-

Q 38. Parmi les complications suivantes lesquelles peuvent être associées à la maladie de Crohn?

- a) Les fistules entéro-cutanées
 - b) Les sténoses intestinales
 - c) La cholangite biliaire primitive
 - d) Les abcès intra-abdominaux
 - e) L'amylose AL
-

Q 39. Quels sont les mécanismes pouvant expliquer une diarrhée après une première résection iléo-caecale pour une maladie de Crohn fistulisante emportant 30 cm d'iléon chez un patient de 35 ans fumeur?

- a) Une pullulation microbienne
 - b) Une malabsorption des acides biliaires
 - c) Une récurrence de sa maladie de Crohn
 - d) Une diarrhée motrice
 - e) Un syndrome du grêle court
-

Q 40. Parmi les traitements suivants lesquels font partie de la prise en charge des pouchites après anastomose iléo-anale?

- a) les antibiotiques comme le metronidazole ou la ciprofloxacine en première intention
 - b) la transplantation du microbiote fécal en cas d'échec des antibiotiques
 - c) les corticoides systémiques en première intention
 - d) le régime sans lactose en prévention des rechutes
 - e) le vedolizumab en deuxième intention
-