

BLANC-CF-60-Chirurgie viscérale et digestive-QCM-EVC-2025

Q 1. Parmi les propositions suivantes concernant la cholécystite aiguë lithiasique, quelles sont les propositions justes ?

- ☐ a) Une antibiothérapie probabiliste adaptée aux germes digestifs doit être systématique pour la refroidir avant l'intervention
 - ☒ b) une antibiothérapie per opératoire injectée en IV à l'induction anesthésique est systématique
 - ☒ c) Le traitement antibiotique seul peut parfois traiter l'épisode aigu en cas de contre indication chirurgicale
 - ☐ d) Elle entraîne une cytolyse et une cholestase
 - ☒ e) Elle majore le risque de plaie de la voie biliaire principale lors de la cholécystectomie
-

Q 2. Pour un cancer du sigmoïde en occlusion, quelles sont les propositions justes?

- ☒ a) L'occlusion aggrave le pronostic carcinologique
 - ☐ b) La distensibilité du caecum réduit l'hyperpression intra colique et les risques d'ischémie et perforation colique
 - ☐ c) La résection colique gauche avec anastomose colo-rectale doit être faite en urgence
 - ☐ d) La colostomie transverse droite première est la meilleure des options
 - ☒ e) La colectomie subtotala avec anastomose iléo-rectale est un traitement parfoisposable
-

Q 3. Concernant le traitement chirurgical de l'adénocarcinome du bas oesophage, quelles sont les propositions justes ?

- ☒ a) Il est aujourd'hui souvent encadré d'un traitement périopératoire par chimiothérapie de type FLOT
 - ☒ b) Il peut être précédé d'une radio-chimiothérapie néoadjuvante
 - ☒ c) La laparoscopie pour le temps abdominal de l'opération a démontré sa supériorité sur la laparotomie pour les complications respiratoires
 - ☒ d) Il peut être réalisé sans abord thoracique
 - ☐ e) L'intervention la plus fréquemment réalisée est celle décrite par Mac Keown
-

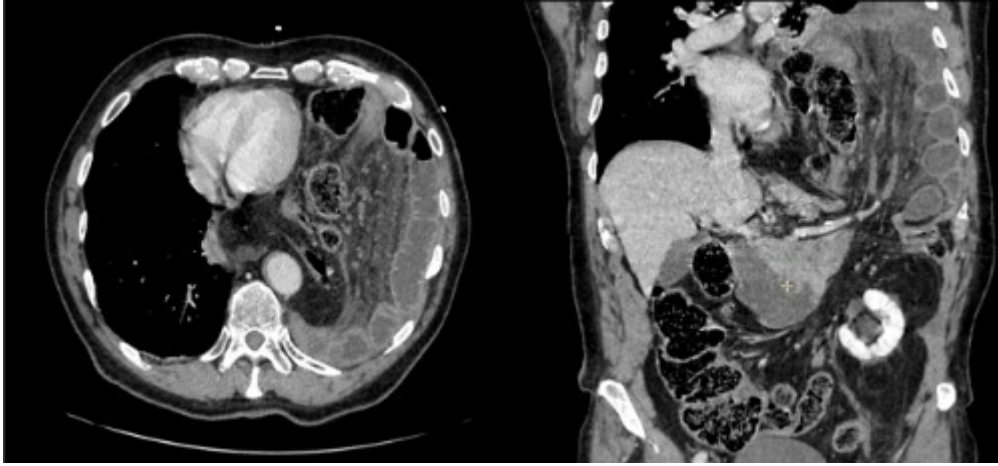
Q 4. Dans le bilan pré opératoire d'un cancer du pancréas chez un patient opérable, quels éléments sont aujourd'hui toujours indispensables

- ☐ a) La biopsie sous échoendoscopie
 - ☒ b) Le scanner thoracique
 - ☐ c) Le Pet scan
 - ☒ d) L'IRM abdominale
 - ☐ e) La CPRE
-

Q 5. Pour la création du pneumopéritoine lors d'une coelioscopie, quelles sont les propositions justes

- ☐ a) La technique d'open coelioscopie a démontré causer moins de lésion viscérales que l'insufflation à l'aiguille de type Verress
 - ☒ b) Les pressions basses (<10mmHg) sont préférables si l'exposition obtenue est bonne
 - ☒ c) Les pressions hautes (>10mmhg) diminuent le saignement en chirurgie hépatique
 - ☐ d) Le débit le plus faible possible est recommandé tant que l'exposition est bonne
 - ☐ e) Le monoxyde de carbone insufflé est résorbé en moins de 24 heures
-

Q 6. Une homme de 60 ans ayant chuté d'une échelle de 2,5m il y a deux semaines consulte pour dyspnée sévère récente et le scanner montre les images fournies. Quelles sont les propositions justes.



- ☐ a) Le pneumothorax droit nécessite un drainage thoracique
- ☒ b) Le patient est atteint d'une hernie diaphragmatique
- ☐ c) Un abord thoracoscopique exclusif est indiqué
- ☒ d) Le traitement est peut être réalisable par laparotomie exclusive
- ☒ e) La laparotomie peut être complétée d'une thoracotomie gauche si besoin

Q 7. Lors d'une gastrectomie pour cancer, quelles sont les propositions justes

- ☒ a) Elle doit être totale si la tumeur est située au dessus de l'angle de la petite courbure
- ☐ b) Elle associe un splénectomie en cas de cancer du corps gastrique pour permettre le curage ganglionnaire du hile splénique
- ☒ c) Elle doit réaliser un curage ganglionnaire D2 en cas de tumeur de l'antré
- ☒ d) Totale, elle est plus souvent réalisée par laparotomie en l'absence de bénéfice démontré à la coelioscopie
- ☐ e) Le rétablissement de continuité après gastrectomie des 4/5èmes se fait par anastomose gastro-duodénale selon Péan

Q 8. Vous terminez une intervention réalisée en urgence pour occlusion sur bride, avec résection anastomose de 20 cm de grêle. Comment fermez vous la paroi?

- ☐ a) Au fil non résorbable chez ce patient déjà multiopéré sur sa médiane
- ☒ b) Au fil à résorption lente
- ☐ c) A points séparés en raison d'une ouverture peropératoire du tube digestif induisant un risque infectieux
- ☒ d) Avec un surjet réalisant de petites prises tous les 5 mm
- ☐ e) Avec une plaque résorbable retro musculaire pré aponévrotique pour prévenir le risque d'éventration ultérieure (patient multi-opéré)

Q 9. Lors d'une hépatectomie, quels moyens peut-on être amené à utiliser pour réduire la perte sanguine?

- ☐ a) Un clamage pédiculaire continu de 90 mn
- ☒ b) Une pression veineuse centrale basse par faible remplissage par l'anesthésiste
- ☐ c) Un clamage électif isolé des veines sus hépatiques
- ☒ d) Un clamage partiel de la veine cave infra-hépatique
- ☒ e) Le prélèvement au patient d'une poche de sang en début d'intervention, qui lui est retransfusée en fin d'intervention

Q 10. Concernant la pancréatite aiguë biliaire, quelles sont les propositions justes ?

- ☐ a) Quelle que soit la gravité de la pancréatite, la cholécystectomie est au mieux réalisée précocement au cours de la même hospitalisation
 - ☒ b) Le signe biologique le plus sensible de sa cause biliaire est la présence d'une cytolyse initiale
 - ☐ c) Les essais randomisés ont montré l'intérêt d'une sphinctérotomie endoscopique précoce pour réduire les complications et la gravité de la pancréatite
 - ☐ d) Le traitement des formes nécrosantes graves est aujourd'hui le plus souvent réalisé par nécrosectomie chirurgicale
 - ☐ e) La survenue de défaillances viscérales, hémodynamique, rénale, hépatique ou pulmonaire, justifie une nécrosectomie chirurgicale en urgence
-