

Epreuve de DCP Principal 3 du 22/06/2016

DP1

Un homme de 32 ans consulte pour diarrhée et douleurs abdominales. Il est magasinier, n'a jamais voyagé. Il a été appendicectomisé dans l'enfance et est traité depuis 4 ans par lansoprazole 15 mg/j pour un reflux gastro-oesophagien symptomatique. Il fume 14 cigarettes par jour depuis l'âge de 15 ans. Il ne boit pas d'alcool de façon excessive. Le poids est de 60 kg pour une taille de 170 cm. On note une perte de poids de 4 kg en 2 mois. Le patient a récemment subi une radiographie de thorax qui est normale.

Question 1 - Question à réponses multiples

Quel(s) est(sont) le(s) argument(s) en faveur d'une diarrhée chronique :

Proposition A

1 selle liquide quotidienne depuis 2 mois

Proposition B

4 selles liquides quotidiennes depuis 2 semaines

Proposition C

3 selles liquides quotidiennes depuis 1 mois

Proposition D

3 selles très molles quotidiennes depuis 1 mois

Proposition E

alternance de selles dures et liquides avec poids moyen de selles de 100 g/jour depuis 4 mois

Question 2 - Question à réponses multiples

Parmi les symptômes suivants, lequel (lesquels) suggère(nt) que la cause de la diarrhée est organique ?

Proposition A

amaigrissement

Proposition B

douleurs abdominales à type de colique

Proposition C

douleurs abdominales

Proposition D

selles nocturnes

Proposition E

plus de 3 selles liquides par jour

Question 3 - Question à réponses multiples

Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) suggère(en)t que la cause de la diarrhée pourrait être une colite microscopique ?

Proposition A

selles à prédominance post-prandiale

Proposition B

selles glaireuses

Proposition C

dénutrition

Proposition D

début brutal de la diarrhée

Proposition E

traitement par lansoprazole

Question 4 - Question à réponses multiples

Les symptômes ont débuté il y a 2 mois avec l'apparition assez rapide d'une diarrhée faite actuellement de 4 à 6 selles par jour liquides ou très molles, réparties sur la journée, sans débris alimentaire, parfois nocturnes, précédées de douleurs abdominales à type de crampes soulagées par l'émission de selles. Il a perdu 4 kg en 2 mois. Il pèse 60 kg pour 170 cm.

Quel(s) mécanisme(s) de la diarrhée évoquez-vous chez ce patient ?

Proposition A

diarrhée exsudative

Proposition B

diarrhée osmotique

Proposition C

diarrhée motrice

Proposition D

diarrhée sécrétoire

Proposition E

malabsorption

Question 5 - Question à réponses multiples

Parmi les éléments clinico-biologiques suivants, lequel(lesquels), s'il(s) étai(en)t présent(s), pourrai(en)t suggérer une maladie coeliaque ?

Proposition A

début des symptômes il y a 2 mois

Proposition B

élévation modérée des ALAT

Proposition C

dermatite herpétiforme

Proposition D

tabagisme

Proposition E

maladie coeliaque chez sa mère

Question 6 - Question à réponses multiples

On évoque finalement le diagnostic de maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Quel(s) élément(s) clinique(s) permettrai(en)t de la différencier d'une diarrhée bactérienne ?

Proposition A

aphtose buccale

Proposition B

évolution de la diarrhée depuis 2 mois

Proposition C

écoulement purulent anal

Proposition D

sacro-iléite bilatérale

Proposition E

rectorragies

Question 7 - Question à réponses multiples

Les selles contiennent parfois du sang, des glaires et du pus, il existe une sensibilité franche des 2 fosses iliaques et une douleur anale avec un écoulement purulent. On note également des douleurs articulaires.

Parmi les éléments cliniques suivants, lequel(lesquels) suggère(nt) plutôt une maladie de Crohn qu'une rectocolite hémorragique ?

Proposition A

fissure anale latérale

Proposition B

uvéite antérieure

Proposition C

érythème noueux

Proposition D

tabagisme

Proposition E

douleurs articulaires

Question 8 - Question à réponses multiples

L'examen de la marge anale montre une fissure anale latérale. Parmi les données de l'examen proctologique suivantes, laquelle(lesquelles) est(sont) en faveur d'une maladie de Crohn ?

Proposition A

douleur anale rendant impossible l'anuscopie

Proposition B

localisation latérale de la fissure

Proposition C

présence d'un orifice péri-anal avec suintement de pus

Proposition D

saignement de la fissure au contact de l'anuscope

Proposition E

caractère indolore de la fissure

Question 9 - Question à réponses multiples

A l'examen clinique l'abdomen est souple sans masse palpable, il existe une sensibilité des 2 fosses iliaques ainsi qu'une large fissure anale indolore sans fistule. L'état général est OMS 1. PA 100/58 mm Hg, fréquence cardiaque 92/min. Il n'y a pas de fièvre. Le bilan biologique est le suivant : hémoglobinémie 9,4 g/dL, VGM 96 fL, plaquettes 652 G/L, CRP 56 mg/L,

albuminémie 32 g/L. Sont normaux : ionogramme, créatininémie et taux sériques des transaminases, GGT, phosphatases alcalines.

Quelle(s) exploration(s) complémentaire(s) allez-vous lui proposer en première intention .

Proposition A

iléocoloscopie

Proposition B

endoscopie digestive haute

Proposition C

IRM du pelvis

Proposition D

scanner abdomino-pelvien

Proposition E

examen du grêle par vidéo-capsule

Question 10 - Question à réponses multiples

L'endoscopie digestive haute est normale. L'iléocoloscopie montre des ulcérations superficielles dans l'iléon et sur tout le cadre colique sauf le rectum. Il existe des intervalles de muqueuse saine. Les biopsies duodénales montrent 2 granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséuse. Les biopsies gastriques et rectales sont normales. Les biopsies iléales et coliques montrent des lésions hétérogènes avec des pertes de substance, un infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire du chorion sans granulome. La mucosécrétion est altérée.

Compte tenu des symptômes indiqués précédemment, laquelle(lesquelles) des hypothèses diagnostiques suivantes faites-vous ?

Proposition A

colite ischémique

Proposition B

tuberculose intestinale

Proposition C

maladie de Crohn

Proposition D

rectocolite hémorragique

Proposition E

colite bactérienne

Question 11 - Question à réponses multiples

Parmi les éléments suivants, lequel(lesquels) vous oriente(nt) vers une maladie de Crohn plutôt que vers une tuberculose ?

Proposition A

absence de fièvre

Proposition B

test Quantiféron* négatif

Proposition C

radiographie de thorax normale

Proposition D

ulcérations iléales

Proposition E

granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséuse

Question 12 - Question à réponses multiples

Le diagnostic de maladie de Crohn avec iléopancolite respectant le rectum et fissure anale est fait. Le traitement proposé est le suivant : prednisone à la posologie initiale de 50 mg/j pendant 3 semaines puis décroissante. En 1 semaine les symptômes disparaissent. Trois semaines plus tard, il consulte en urgence pour une douleur anale apparue 3 jours auparavant, violente, pulsatile, continue, indépendante de l'émission des selles et qui ne s'améliore pas. Il n'y a pas d'écoulement. L'examen de l'anus est impossible du fait de la douleur. Il existe une tuméfaction péri-anale rouge et douloureuse.

Parmi les diagnostics suivants, lequel(lesquels) évoquez-vous ?

Proposition A

crise hémorroïdaire

Proposition B

infection à Herpès virus

Proposition C

abcès anal

Proposition D

fissure anale

Proposition E

thrombose hémorroïdaire externe

Question 13 - Question à réponses multiples

Un mois plus tard, il est ré-admis aux urgences pour douleurs abdominales, vomissements et intolérance alimentaire absolue. Le scanner abdominal montre une occlusion du grêle sur une sténose de l'iléon terminal d'aspect inflammatoire. Le patient est admis dans une unité chirurgicale.

Quel(s) élément(s) de la prise en charge dans les 24 premières heures envisagez-vous ?

Proposition A

anticoagulation à dose préventive

Proposition B

Iléo-colectomie droite avec mise en place d'une stomie du grêle

Proposition C

aspiration naso-gastrique

Proposition D

rééquilibration hydro-électrolytique

Proposition E

Iléo-coloscopie

Question 14 - Question à réponses multiples

L'occlusion se lève sous traitement médical et le patient sort avec un traitement associant prednisone 1 mg/kg/j pendant 3 semaines suivi d'une décroissance progressive et azathioprine 2 mg/kg/j. Au palier de 5 mg de prednisone, il ressent progressivement une asthénie qui s'aggrave, des nausées, des douleurs abdominales diffuses non systématisées. Le transit intestinal est normal. L'abdomen est souple. Le bilan biologique est le suivant : natrémie 132 mmol/L, kaliémie 5,2 mmol/L; sont normaux : NFS, CRP, lipasémie, transaminases, GGT, créatininémie.

Quelle(s) est(sont) votre(vos) hypothèse(s) diagnostique(s) ?

Proposition A

pancréatite liée à l'azathioprine

Proposition B

rechute de la maladie de Crohn

Proposition C

ulcère gastroduodénal

Proposition D

occlusion intestinale

Proposition E

insuffisance surrénalienne aiguë