

**UECN** EN  
**DOSSIERS**  
**PROGRESSIFS**

Les dossiers de spécialité version iECN

# Hépatogastro-Entérologie

## Chirurgie digestive

Jérémie GALLON

**Editions Vernazobres-Grego**

**VG**

99 bd de l'Hôpital  
75013 PARIS - Tél. 01 44 24 13 61  
[www.vg-editions.com](http://www.vg-editions.com)

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.  
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm,  
bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines  
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

NOV 2014 - ISBN : 978-2-8183-1302-2

**Remerciements :**

Je tiens à remercier particulièrement le Professeur Gandon, chef du service de Radiologie au CHU de Rennes pour sa contribution aux imageries vidéos présentes dans cet ouvrage. Mes pensées vont également à tous ceux qui m'ont entouré et soutenu durant cette longue préparation des ECN, notamment Maxime, Marie-Mélanie, ma famille et toutes les autres personnes présentes à mes côtés qui se reconnaîtront.

# Sommaire général (Aperçu des dossiers)

DOSSIER	APERCU DOSSIER CLINIQUE PROGRESSIF	DIFFICULTE	PAGE
1	Décompensation chez un ancien toxicomane	2 / 3	7
2	Une diarrhée pas si fonctionnelle que ça !	1 / 3	13
3	Docteur ! Je n'arrive plus à manger !	3 / 3	21
4	Des crampes à l'estomac	2 / 3	29
5	Une journée pleine de parasitoses	3 / 3	35
6	Cholécystite aiguë chez une femme enceinte	3 / 3	41
7	Une douleur en fosse iliaque gauche	1 / 3	47
8	Au secours ! Je vomis du sang !	2 / 3	55
9	Une diarrhée exténuante	1 / 3	63
10	Douleur abdominale aiguë chez une adolescente	1 / 3	69
11	Une douleur transfixiante	2 / 3	75
12	Une constipation qui dure	2 / 3	83
13	Cancers gastriques dans la famille	3 / 3	89
14	Un camion qui fait mal !	1 / 3	95
15	Ascite chez un tchadien	1 / 3	101
16	Un saignement occulte	1 / 3	107
17	Un patient tout jaune	3 / 3	113
18	Ma femme me trouve jaune	2 / 3	121
19	Une diarrhée au retour d'Inde	3 / 3	127
20	Vomissements et douleurs abdominales chez un nourrisson	1 / 3	133
21	Une masse en fosse inguinale droite	2 / 3	139
22	Une douleur de mauvais pronostic	1 / 3	145
23	Un nouveau foie pour une nouvelle vie	2 / 3	151
24	Des brûlures ascendantes	1 / 3	159
25	Un ventre qui saigne	3 / 3	165
26	Ça ne passe plus !	1 / 3	173
27	Une diarrhée post-antibiothérapie	2 / 3	179
28	Un arrêt de transit	1 / 3	187
29	Douleurs articulaires et rectorragies	3 / 3	193
30	Un coup de guidon dans le ventre	2 / 3	199
31	Un dossier d'anales	1 / 3	207
32	Une douleur épigastrique chronique	3 / 3	213
33	Un diabétique impuissant	2 / 3	219
34	Une grosse rate	3 / 3	227
35	Un nodule de mauvais augure	1 / 3	235

<b>36</b>	<b>Une épigastralgie brutale</b>	<b>1 / 3</b>	<b>241</b>
<b>37</b>	<b>Difficile de boire</b>	<b>2 / 3</b>	<b>249</b>
<b>38</b>	<b>Douleur abdominale intense chez un alcoolo-dépendant</b>	<b>2 / 3</b>	<b>255</b>
<b>39</b>	<b>Hémorragie digestive chez un coronarien</b>	<b>1 / 3</b>	<b>263</b>
<b>40</b>	<b>Des pratiques sexuelles à risque</b>	<b>3 / 3</b>	<b>271</b>
<b>41</b>	<b>Une diarrhée collective</b>	<b>1 / 3</b>	<b>279</b>
<b>42</b>	<b>Des troubles digestifs chroniques</b>	<b>1 / 3</b>	<b>285</b>
<b>43</b>	<b>Anémie sur un terrain auto-immun</b>	<b>3 / 3</b>	<b>293</b>
<b>44</b>	<b>Un patient poignardé</b>	<b>1 / 3</b>	<b>301</b>
<b>45</b>	<b>Ictère chez une jeune femme</b>	<b>2 / 3</b>	<b>307</b>
<b>46</b>	<b>Un problème de poids</b>	<b>2 / 3</b>	<b>315</b>

DOS SIER	DIFFIC ULTE	ITEM PRINCIPAL ABORDE		POUR MIEUX ASSIMILER		PAGE	
		UE	N°	Intitulé	Fiche synthèse		Fiche consensus
1	2 / 3	8	276	Cirrhose et complications	-	x	7
2	1 / 3	8	279	Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant	x	-	13
3	3 / 3	9	302	Tumeurs de l'œsophage	x	-	21
4	2 / 3	8	269	Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite	-	x	29
5	3 / 3	6	168	Parasitoses digestives : giardiase, amœbose, téniasis, ascaridiose, oxyurose	x	-	35
6	3 / 3	8	274	Lithiase biliaire et complications	-	x	41
7	1 / 3	8	284	Diverticulose colique et diverticulite aiguë du sigmoïde	x	-	47
8	2 / 3	11	350	Hémorragie digestive	-	x	55
9	1 / 3	8	282	Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant	-	x	63
10	1 / 3	11	351	Appendicite de l'enfant et de l'adulte	-	x	69
11	2 / 3	11	353	Pancréatite aiguë	x	-	75
12	2 / 3	8	280	Constipation chez l'enfant et l'adulte (avec le traitement)	x	-	83
13	3 / 3	9	300	Tumeurs de l'estomac	-	x	89
14	1 / 3	11	329	Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez : un brûlé, un polytraumatisé, un traumatisé abdominal, un traumatisé des membres, un traumatisé du rachis, un traumatisé thoracique, un traumatisé oculaire, un patient ayant une plaie des parties molles	x	-	95
15	1 / 3	3	277	Ascite	x	-	101
16	1 / 3	9	298	Tumeurs du côlon et du rectum	-	x	107
17	3 / 3	8	276	Cirrhose et complications	x	-	113
18	2 / 3	8	278	Pancréatite chronique	-	x	121
19	3 / 3	6	171	Voyage en pays tropical de l'adulte et de l'enfant : conseils avant le départ, pathologies du retour : fièvre, diarrhée, manifestations cutanées	x	-	127
20	1 / 3	8	271	Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte	x	-	133
21	2 / 3	8	286	Hernie pariétale chez l'enfant et l'adulte	x	-	139
22	1 / 3	9	305	Tumeurs du pancréas	x	-	145

23	2 / 3	7	197	Transplantation d'organes : aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement et surveillance ; complications et pronostic ; aspects éthiques et légaux	x	-	151
24	1 / 3	8	268	Reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale	-	x	159
25	3 / 3	9	301	Tumeurs du foie, primitives et secondaires	x	-	165
26	1 / 3	8	268	Reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale	x	-	173
27	2 / 3	6	172	Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant	x	-	179
28	1 / 3	11	349	Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte	x	-	187
29	3 / 3	8	279	Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant	-	x	193
30	2 / 3	11	329	Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez : un brûlé, un polytraumatisé, un traumatisé abdominal, un traumatisé des membres, un traumatisé du rachis, un traumatisé thoracique, un traumatisé oculaire, un patient ayant une plaie des parties molles	x	-	199
31	1 / 3	8	285	Pathologie hémorroïdaire	x	-	207
32	3 / 3	9	305	Tumeurs du pancréas	x	-	213
33	2 / 3	7	215	Pathologie du fer chez l'adulte et l'enfant	-	x	219
34	3 / 3	8	272	Splénomégalie	x	-	227
35	1 / 3	9	301	Tumeurs du foie, primitives et secondaires	x	-	235
36	1 / 3	8	269	Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite	x	-	241
37	2 / 3	8	270	Dysphagie	x	-	249
38	2 / 3	11	353	Pancréatite aiguë	-	x	255
39	1 / 3	11	350	Hémorragie digestive	x	-	263
40	3 / 3	6	163	Hépatites virales	-	x	271
41	1 / 3	6	175	Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires	x	-	279
42	1 / 3	8	281	Colopathie fonctionnelle	x	-	285
43	3 / 3	8	269	Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite	x	-	293
44	1 / 3	11	329	Prise en charge immédiate pré-hospitalière et à l'arrivée à l'hôpital, évaluation des complications chez : un brûlé, un polytraumatisé, un traumatisé abdominal, un traumatisé des membres, un traumatisé du rachis, un traumatisé thoracique, un traumatisé oculaire, un patient ayant une plaie des parties molles.	x	-	301
45	2 / 3	8	275	Ictère	x	-	307
46	2 / 3	8	251	Obésité de l'enfant et de l'adulte	-	x	315

# UE dossier clinique progressif N°

1

Décompensation chez un ancien toxicomane

## 1 Enoncé

Monsieur L., 42 ans consulte aux urgences pour asthénie évoluant depuis un mois associée à une prise de poids (+ 7 kg en 1 mois ; 55 à 62 kg pour 176 cm).

Ce patient désinséré socialement vit dans un squat. Il n'a aucun suivi médical depuis l'arrêt de son traitement par Buprénorphine il y a 3 ans.

Il avoue une consommation de 2 L de bière à 9° par jour.

A l'examen clinique vous notez un teint ictérique, un abdomen pléthorique, des œdèmes des membres inférieurs, une circulation veineuse collatérale péri-ombilicale ainsi que de nombreux angiomes stellaires. La palpation abdominale retrouve une matité déclive, une hépatomégalie à bords tranchants ainsi qu'une rate palpable.

Les constantes sont normales, le patient est apyrétique.

Le bilan biologique est le suivant :

-Hb : 12,9 g/dl, VGM : 102, leucocytes : 3 700/mm<sup>3</sup>, plaquettes : 98 000/mm<sup>3</sup>

-Na<sup>+</sup> : 136 mmol/L, K<sup>+</sup> : 4,6 mmol/L, créatininémie : 89 µmol/L

-ALAT : 122 UI (N < 40), ASAT : 83 UI (N < 30), GGT : 65 UI (N < 30), PAL : 110 UI (N < 104), bilirubine totale : 55 µmol/L (N < 17 µmol/L), TP : 45%, facteur V : 70%, albuminémie : 33 g/L

-Sérologies : VIH 1 et 2 négatives, Ag HBs - / Ac anti-HBs + / Ac anti-HBc -, Ac anti-VHC + : IgM(-)/IgG(+)

<b>QCM 1</b>	<b>Que permettent d'évoquer les sérologies du patient ? (Jusqu'à 2 réponses)</b>
A - Hépatite B aiguë active B - Hépatite B guérie C - Hépatite B chronique active D - Patient vacciné contre l'hépatite B E - Hépatite C aiguë F - Hépatite C ancienne (chronique ou non)	
<b>QROC 1</b>	<b>Vous suspectez une première décompensation œdémato-ascitique. Quel est le premier examen d'imagerie à réaliser ? Texte libre (1 à 3 mots)</b>
<b>QROC 2</b>	<b>Dans ce contexte, quel mécanisme par argument de fréquence permet d'expliquer la leucopénie et la thrombopénie ? Texte libre (1 à 3 mots)</b>
<b>QCM 2</b>	<b>L'imagerie demandée confirme la présence d'ascite, d'un foie évocateur de cirrhose et d'une hypertension portale. Elle met également en évidence la présence d'un nodule hépatique évocateur de CHC. Quels signes échographiques évocateurs d'hypertension portale avez-vous retrouvé ? (Jusqu'à 4 réponses)</b>
A - Splénomégalie B - Dystrophie hépatique C - Hépatomégalie D - Ascite E - Nodule de CHC F - Re-perméabilisation de la veine para-ombilicale G - Dérivations porto-systémiques H - Gradient porto-cave augmenté	

<b>QCM 3</b>	<b>Quelle est l'étiologie de la cirrhose la plus probable ? (1 réponse)</b>
A - Alcool B - Hépatite B C - Hépatite C D - NASH E - Autre	

<b>QCM 4</b>	<b>De quelles méthodes supplémentaires disposez-vous pour porter le diagnostic positif de cirrhose ? (Jusqu'à 3 réponses)</b>
A - Ponction biopsie hépatique trans-pariétale B - Ponction biopsie hépatique trans-jugulaire C - FibroScan® (élastométrie impulsionnelle) D - Fibrotest® E - Autre	

<b>QCM 5</b>	<b>Après avoir réalisé un test non invasif et porté le diagnostic de cirrhose, vous cherchez à documenter le nodule hépatique évocateur de CHC. Vous réalisez une TDM abdominale sans et avec injection de produit de contraste avec 4 temps d'acquisition. Il est mis en évidence un nodule de 15 mm de diamètre prenant le contraste au temps artériel et avec un wash-out au temps portal. Que faites-vous pour porter le diagnostic définitif de CHC ? (1 réponse)</b>
A - 2 <sup>ème</sup> TDM abdominale B - IRM 4 phases C - Ponction biopsie hépatique trans-pariétale D - Ponction biopsie hépatique trans-jugulaire E - Rien, ces éléments suffisent au diagnostic F - Autre	

<b>QROC 3</b>	<b>Vous organisez une consultation d'annonce pour votre patient. Dans le cadre du plan cancer, quel autre temps essentiel devra être organisé avant la mise en place du traitement du CHC ? (3 mots)</b>
---------------	--

<b>QCM 6</b>	<b>L'examen clinique de votre patient ne retrouve pas d'adénopathies ou de point d'appel extensif. Quel bilan d'extension réalisez-vous ? (Jusqu'à 1 réponse)</b>
A - Radio pulmonaire B - TDM thoraco-abdomino-pelvienne injectée C - TDM cérébrale D - Scintigraphie osseuse E - TEP-TDM F - Aucun G - Autre	

<b>QCM 7</b>	<b>Vous cherchez maintenant à connaître la gravité de la cirrhose du patient afin d'envisager les différentes options thérapeutiques. Vous calculez donc le score pronostic de Child-Pugh. Dans ce score, quels éléments sont pris en compte ? (Jusqu'à 5 réponses)</b>
A - TP B - Albuminémie C - GGT D - Bilirubine totale E - PAL F - Ascite G - Encéphalopathie hépatique H - Créatininémie I - Ictère	



<b>QCM 8</b>	<p><b>Vous recevez les résultats de la ponction d'ascite exploratrice :</b>  <b>Protides : 14 g/L</b>  <b>PNN : 158 / mm<sup>3</sup></b>  <b>Examen bactériologique direct négatif</b>  <b>L'EOGD que vous avez réalisé retrouve des varices œsophagienne de 4 mm disparaissant à l'exsufflation. Aucun geste n'est réalisé lors de cette EOGD.</b></p> <p><b>Parmi les traitements ci-dessous, lesquels allez-vous prescrire en première intention ?</b>  <b>(Jusqu'à 5 réponses)</b></p>
	<p>A - Restriction sodée (&lt; 5 g/J)  B - Restriction hydrique (&lt; 1 L/J)  C - Furosémide  D - Spironolactone (Aldactone®)  E - Céfotaxime  F - Norfloxacine  G - Lactulose  H - Vitamine B1-B6-PP  I - Oxazépam (Seresta®)  J - Diazépam (Valium®)</p>



### LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier classique
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 3<sup>ème</sup> position parmi les 6 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Alcool : Prévention du syndrome de sevrage
  - Cirrhose : Prévention et recherche de l'ensemble des complications
  - Cancer : RCP, consultation d'annonce, PPS
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Distinguer insuffisance hépato-cellulaire et HTP (clinique et paraclinique)
  - Un examen = contre-indications ?
  - Score de Child-Pugh : TABAC



### GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

	V	F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching	
QCM 1	A -	F	4	L'Ac HBs isolément positif est le marqueur de l'exposition au vaccin. Une hépatite B guérie aurait des Ac anti-HBc +.	DF
	B -	F	4		
	C -	F	4	Une hépatite C aiguë aurait comme profil : IgM(+)/IgG(-)	
	D -	V	5		
	E -	F	4		
	F -	V	4		
QCM 3	A -	V	4	Le gradient porto-cave ne se mesure pas en échographie.	ADFG
	B -	F	3		
	C -	F	3	La dystrophie hépatique et l'hépatomégalie ne sont pas des signes d'HTP.	
	D -	V	3		
	E -	F	3		
	F -	V	3		
	G -	V	3		
	H -	F	3		
QCM 4	A -	F	5	Le patient est porteur d'une hépatite C chronique. Il existe une cytolysse entre 3 et 10 N prédominante en ALAT.	C
	B -	F	5		
	C -	V	5	Une cytolysse prédominante en ASAT serait un argument pour une origine alcoolique.	
	D -	F	5		
	E -	F	5		
QCM 5	A -	F	5	PBH transpariétale contre-indiquée si TP < 50% ou plaquettes < 50 000/mm <sup>3</sup>	BCD
	B -	V	5		
	C -	V	5	Les tests non invasifs sont à privilégier ici devant la présence d'une hépatite C isolée non traitée. Ils permettent une estimation de la fibrose qui conditionne en partie le traitement.	
	D -	V	5		
	E -	F	5		
				• Si co-infection VIH ou hépatite C traitée, la PBH est indispensable.	