

**DERNIER  
TOUR  
DFASM 3**

- ✓ Les « 200 questions isolées QCM » incontournables
- ✓ Les fiches flash QCM essentielles
- ✓ Les dernières conférences de consensus et recommandations en QCM

# 200

## QUESTIONS ISOLEES QCM

### EN HEPATO-GASTROLOGIE ENTEROLOGIE & CANCEROLOGIE DIGESTIVE

Marjorie CANU  
Ludovic LETICH

**Editions Vernazobres-Grego** | 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 possible des peines  
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

Novembre 2015 - ISBN : 978-2-8183-1446-3



## Sommaire des questions isolées par item

UNITE ENSEI GNEM ENT	ITEM	INTITULE	PAGE
-	-	<b>Nouvelles recommandations</b>	5
6	163-275	Hépatites virales/ Ictère <u>ANRS AFEF 2014</u> <u>INPES 2014</u> <u>HCSP 2014</u> <u>HCSP 2013</u> <u>MORLAT 2014</u> <u>AFEF 2014</u> <u>HAS 2014 : VHC AAD</u> <u>HAS 2014 : VHC TROD</u> <u>Inpes Vaccination Hépatite B</u> <u>HAS 2014 : VHB Fibrose</u>	37
6	168	<b>Parasitoses digestives</b>	43
8	267	<b>Douleurs abdominales et lombaires aiguës</b>	49
8	268	<b>Reflux gastro-œsophagien chez le nourrisson, l'enfant, l'adulte. Hernie hiatale</b>	55
8	269	Ulcère gastrique et duodénal. Gastrite <u>Recommandation française 2012 : prise en charge de l'infection par l'Helicobacter pylori</u> <u>SRLF / GFRUP / SMFU / SNFGE / SFED 2012 : prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant.</u>	61
8	270	<b>Dysphagie</b>	67
8	271	<b>Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte</b>	73
8	273	<b>Hépatomégalie et masse abdominale</b>	79
8	274	<b>Lithiasse biliaire et complications</b> <u>HAS 2014 : Cholécystectomie</u> <u>SNFGE 2010 : prise en charge de la lithiasse biliaire</u>	85
8	276	<b>Cirrhose et complications</b> <u>SRLF / GFRUP / SMFU / SNFGE / SFED 2012 : prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant.</u> <u>EASL 2012</u>	91

<b>8</b>	<b>277</b>	<b>Ascite</b>	<b>99</b>
<b>8</b>	<b>278</b>	<b>Pancréatite chronique</b>	<b>103</b>
<b>8</b>	<b>279</b>	<b>Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin chez l'adulte et l'enfant</b>	<b>107</b>
<b>8</b>	<b>280/281</b>	<b>Constipation (p) / Colopathie fonctionnelle</b>	<b>111</b>
<b>8</b>	<b>282/283</b>	<b>Diarrhée chronique / Diarrhée aigue et déshydratation</b>	<b>117</b>
<b>8</b>	<b>284</b>	<b>Diverticulose colique et sigmoïdite</b>	<b>125</b>
<b>8</b>	<b>285</b>	<b>Pathologie hémorroïdaire</b>	<b>129</b>
<b>8</b>	<b>286</b>	<b>Hernie pariétale chez l'enfant et l'adulte</b>	<b>135</b>
<b>9</b>	<b>298</b>	<b>Tumeurs du colon et du rectum <u>SFED 2013 : surveillance endoscopique de la dysplasie dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin</u> <u>HAS 2013 : dépistage et prévention du cancer colorectal</u></b>	<b>139</b>
<b>9</b>	<b>300</b>	<b>Tumeurs de l'estomac <u>HAS 2011 : ALD Cancer de l'estomac</u></b>	<b>147</b>
<b>9</b>	<b>301</b>	<b>Tumeurs du foie, primitives et secondaires <u>EASL 2012 : carcinome hépatocellulaire / Nodules</u> <u>HAS 2010 : Cancer primitif du foie</u></b>	<b>151</b>
<b>9</b>	<b>302</b>	<b>Tumeurs de l'œsophage <u>HAS 2011 : ALD cancer de l'œsophage</u></b>	<b>155</b>
<b>9</b>	<b>305</b>	<b>Tumeurs du pancréas <u>HAS 2010 : ALD cancer du pancréas</u></b>	<b>161</b>
<b>11</b>	<b>349</b>	<b>Syndrome occlusif de l'adulte et l'enfant</b>	<b>167</b>
<b>11</b>	<b>350</b>	<b>Hémorragie digestive <u>SRLF / GFRUP / SMFU / SNFGE / SFED 2012 : Prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant.</u></b>	<b>175</b>
<b>11</b>	<b>351</b>	<b>Appendicite de l'enfant et de l'adulte <u>SFAR 2014 : prise en charge des infections intra-abdominales</u></b>	<b>181</b>
<b>11</b>	<b>352</b>	<b>Péritonite aigue chez l'adulte et l'enfant <u>SFAR 2014 : prise en charge des infections intra-abdominales</u></b>	<b>189</b>
<b>11</b>	<b>353</b>	<b>Pancréatite aigue</b>	<b>195</b>

# Nouveautés : Consensus, Recommandations

## 1

### NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Un résumé des recommandations les plus tombables est disponible à la fin du chapitre.

Hépatites virales/ Ictère (Nombreux changements en cours, les protocoles de traitements par antiviraux sont en cours d'élaboration)

- ANRS AFEF 2014
- INPES 2014
- HCSP 2014
- HCSP 2013
- MORLAT 2014
- AFEF 2014
- HAS 2014 : VHC AAD
- HAS 2014 : VHC TROD
- Inpes Vaccination Hépatite B
- HAS 2014 : VHB Fibrose

Ulcère gastrique et duodénal. Gastrite

- Recommandation française 2012 : prise en charge de l'infection par l'*Helicobacter pylori* +++
- SRLF / GFRUP / SMFU / SNFGE / SFED 2012 : prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant.

Lithiase biliaire et complications

- HAS 2014 : Cholécystectomie +++
- SNFGE 2010 : Prise en charge de la lithiase biliaire

Cirrhose et complications

- SRLF / GFRUP / SMFU / SNFGE / SFED 2012 : Prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant. +++
- EASL 2012+++

## **Tumeurs du colon et du rectum**

- SFED 2013 : surveillance endoscopique de la dysplasie +++
- dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
- HAS 2013 : Dépistage et prévention du cancer colorectal Hémorragie digestive
- SRLF / GFRUP / SMFU / SNFGE / SFED 2012 : Prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant.

## **Appendicite de l'enfant et de l'adulte**

- SFAR 2014 : prise en charge des infections intra-abdominales

## **Péritonite aigüe chez l'adulte et l'enfant**

- SFAR 2014 : prise en charge des infections intra-abdominales

# UE questions isolées-Nouveautés

## 1 Enoncé

<b>QCM 1</b>	<b>Concernant l'ulcère gastroduodénal, quelles sont les indications de recherche et d'éradication d'<i>Helicobacter pylori</i> selon les recommandations françaises de 2012 ?</b>
A -	Ulcère gastroduodénal
B -	Lymphome de MALT
C -	ATCD d'ulcère et prise d'AINS ou d'aspirine à faible dose
D -	TraITEMENT par AINS prolongé sans ATCD d'ulcère
E -	TraITEMENT au long cours par IPP
<b>QCM 2</b>	<b>Quelle est la prise en charge thérapeutique de l'infection à <i>H. pylori</i> chez l'adulte, selon les recommandations françaises de 2012 ?</b>
A -	TraITEMENT séquentiel en première ligne même si le patient a reçu des macrolides récemment.
B -	Ensuite un test respiratoire à l'urée marquée au 13C après un délai de 4 semaines sans antibiotiques et de 2 semaines sous IPP est réalisé
C -	Si le test est négatif, l'infection est éradiquée.
D -	Si le test est positif, on utilise comme traitement de 2nd ligne, l'autre traitement que celui utilisé en première ligne
E -	Si le second test respiratoire à l'urée marquée au 13C, il faut faire une endoscopie avec biopsies pour culture avec antibiogramme ou PCR avec étude des résistances après un délai de 4 semaines sans antibiotiques et de 2 semaines sans IPP

notes personnelles :

<b>QCM 3</b>	<b>Quelle est la prise en charge thérapeutique de l'infection à H. pylori chez l'adulte, selon les recommandations françaises de 2012 ?</b>
A -	Le traitement séquentiel et la quadrithérapie bismuthée dure 7 jours.
B -	Traitement séquentiel : Les 5 premiers jours : IPP matin et soir + Amoxicilline 1gr matin et soir Les 5 jours suivants : IPP matin et soir + Métronidazole 500 mg matin et soir + Clarithromycine 500 mg matin et soir
C -	La Posologie d'IPP à prendre matin et soir est de : Oméprazole, Esoméprazole, Rabéprazole : 20 mg 2 fois/j Lansoprazole : 30 mg 2 fois/j Pantoprazole : 40 mg 2 fois/j
D -	La quadrithérapie bismuthée : 3 gélules 4 fois/jour (après le petit-déjeuner, déjeuner, dîner et au coucher) et Oméprazole 20 mg matin et soir
E -	Chaque gélule de Pylera® contient : 140 mg de sous citrate de bismuth 125 mg de métronidazole 125 mg de tétracycline
<b>QCM 4</b>	<b>Selon la HAS 2014, quelles sont les indications de la cholécystectomie ?</b>
A -	En cas de lithiasie vésiculaire asymptomatique, la cholécystectomie n'est pas indiquée de principe.
B -	En cas de lithiasie vésiculaire symptomatique, la cholécystectomie est indiquée.
C -	En cas de cholécystite aiguë, sans défaillance viscérale, la cholécystectomie est recommandée le plus précocement possible.
D -	En cas de cholécystite avec défaillance viscérale, d'angiocholite grave ou de pancréatite aiguë biliaire grave, la décision de cholécystectomie et les modalités de mise en œuvre seront discutées de manière pluridisciplinaire.
E -	En cas de lithiasie vésiculaire asymptomatique, la cholécystectomie est indiquée de principe.
<b>QCM 5</b>	<b>Selon la HAS 2014, concernant la cholécystectomie :</b>
A -	Une cholécystectomie est indiquée en l'absence de symptômes biliaires en raison du risque de cancer en cas de : polypes de taille supérieure à 10 mm
B -	Une cholécystectomie est indiquée en l'absence de symptômes biliaires en raison du risque de cancer en cas de : vésicule porcelaine
C -	Une cholécystectomie est indiquée en l'absence de symptômes biliaires en raison du risque de cancer en cas de : chirurgie bariatrique
D -	Une cholécystectomie est indiquée en l'absence de symptômes biliaires en raison du risque de cancer en cas de : calculs de taille supérieure à 3 cm
E -	Une cholécystectomie est indiquée en l'absence de symptômes biliaires en raison du risque de cancer en cas de : calculs de taille supérieure à 2 cm

QCM 6	<b>Selon la HAS 2014, concernant la cholécystectomie pour lithiasis vésiculaire, dans les critères de bonnes pratiques concernant la traçabilité dans le dossier, les éléments suivants doivent être précisés dans le dossier :</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>A - L'analyse des symptômes justifiant l'indication</li> <li>B - L'imagerie documentant la lithiasis vésiculaire</li> <li>C - L'analyse bénéfices/risques justifiant l'indication</li> <li>D - L'estimation du délai d'adressage/indication de la cholécystectomie (en cas de cholécystite)</li> <li>E - L'examen anatomo-pathologique de la vésicule et le cas échéant, de sa communication au correspondant ou au patient</li> </ul>
QCM 7	<b>Selon la SRLF / GFRUP / SMFU / SNFGE / SFED 2012 : prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant, dans la prise en charge des HD avant diagnostic endoscopique :</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>A - En cas de suspicion d'HD haute, la pose d'une sonde nasogastrique (SNG) peut être utile pour confirmer le diagnostic sans toutefois pouvoir l'éliminer</li> <li>B - La suspicion de rupture de varices œsogastriques (VO) ne contre-indique probablement pas la pose d'une SNG</li> <li>C - Afin d'assurer la vacuité de la cavité gastrique avant réalisation de l'EOGD, il faut administrer de l'erythromycine à la posologie de 250 mg (5 mg/kg chez l'enfant) par voie intraveineuse (IV) et en l'absence de contre-indication</li> <li>D - Chez l'adulte, les scores pronostiques de Rockall et de Glasgow-Blatchford peuvent probablement aider à identifier les patients à haut risque de morbidité et de mortalité et à les orienter vers une réanimation / unité de surveillance continue</li> <li>E - Il faut réaliser une EOGD dans les 72 heures suivant l'admission d'un patient suspect d'HD haute</li> </ul>

notes personnelles :

QCM 8	<b>Selon la SRLF / GFRUP / SMFU / SNFGE / SFED 2012 : prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant, dans la prise en charge des HD avant diagnostic endoscopique :</b>
	<p>A - Il faut probablement réaliser une EOGD dans les 12 heures suivant l'admission du patient lorsqu'une rupture de VO est suspectée</p> <p>B - Il faut probablement réaliser une EOGD dès que possible avant réanimation, lorsqu'une hémorragie haute active est suspectée</p> <p>C - En cas de rectorragies abondantes et/ou avec retentissement hémodynamique, une EOGD doit être réalisée dès que possible</p> <p>D - Chez l'adulte, en cas de rectorragies abondantes et/ou avec retentissement hémodynamique, un angioscanneur abdominopelvien doit être proposé en urgence, lorsqu'une EOGD n'est pas rapidement disponible et/ou lorsqu'une fistule aérodigestive est suspectée</p> <p>E - Chez l'enfant, en cas de rectorragies abondantes et/ou avec retentissement hémodynamique, lorsque l'EOGD est normale, une scintigraphie à la recherche d'un diverticule de Meckel et/ou une exploration chirurgicale (voie de McBurney ou coelioscopie) doivent être proposées en urgence</p>
QCM 9	<b>Selon la SRLF / GFRUP / SMFU / SNFGE / SFED 2012 : prise en charge par le réanimateur des hémorragies digestives de l'adulte et de l'enfant, dans la prise en charge des HD avant diagnostic endoscopique :</b>
	<p>A - Il faut administrer le plus précocement possible un traitement vasoactif (terlipressine ou somatostatine ou dérivé de la somatostatine) lorsqu'une HTP est suspectée être à l'origine de l'HD</p> <p>B - Chez un pt traité par noradrénaline, il faut probablement administrer un traitement vasoactif spécifique du territoire splanchnique lorsqu'une HTP est suspectée être à l'origine de l'HD</p> <p>C - Il ne faut probablement pas administrer de traitement vasoactif spécifique du territoire splanchnique lorsqu'une HTP n'est pas suspectée être à l'origine de l'HD</p> <p>D - Il ne faut pas attendre le diagnostic endoscopique pour débuter un traitement par IPP au cours des HD potentiellement ulcéreuses</p> <p>E - Il faut probablement administrer un inhibiteur de la pompe à proton à faible dose au cours des HD potentiellement ulcéreuses</p>