

# Hépato-gastro-entérologie / Chirurgie digestive

**QCM 1 : Concernant la diverticulose colique et ses complications, quelle(s) réponse(s) est(sont) correcte(s) ?**

- A. Les hémorragies diverticulaires surviennent le plus souvent de manière synchrone à une poussée de diverticulite.
- B. Il faut réaliser une coloscopie à la phase aiguë pour rechercher une tumeur
- C. Le risque de nouvelle diverticulite après un premier épisode est de 20%
- D. Une diverticulite Hinckley 2 peut être traitée en radiologie interventionnelle
- E. La présence d'un abcès collecté au scanner est toujours un signe de gravité

**QCM 2 : Monsieur T, 35 ans, est fumeur régulier. Il consulte pour régurgitations acides notamment en cours de nuit plusieurs fois par semaine, concernant ce possible reflux gastro-œsophagien (RGO), quelle(s) proposition(s) est(sont) correcte(s) ?**

- A. Il est nécessaire de réaliser une endoscopie digestive haute en présence de ces éléments
- B. On peut prescrire des IPP à demi-dose
- C. Il faut rechercher la présence d'*Helicobacter pylori*
- D. La présence d'une dysphagie associée chez ce patient ne justifie pas d'endoscopie.
- E. Si une endoscopie est réalisée, elle sera pathologique.

**QCM 3 : Monsieur B, a une cirrhose alcoolique révélée par une infection du liquide d'ascite il y a 1 an. Il consulte ce jour, apyrétique, pour une augmentation du volume abdominal dans un contexte de douleurs de l'hypochondre droit. Une échographie est réalisée et est en faveur d'un carcinome hépatocellulaire (CHC). Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) :**

- A. On peut confirmer le diagnostic de CHC sur cette échographie.
- B. Si la tumeur a une taille supérieure à 1cm, on peut avec une IRM, se passer d'une biopsie hépatique.
- C. Il faut rechercher une prise de contraste en motte afin de confirmer le diagnostic au scanner
- D. Le lavement au temps portal est très évocateur d'un CHC.
- E. Un scanner abdominal au temps artériel et portal peut confirmer le diagnostic de CHC.

**QCM 4 : Madame C, est connue porteuse d'un syndrome de Lynch. Quelle(s) réponse(s) est(sont) exacte(s) concernant ce syndrome ?**

- A. Un suivi digestif doit débuter dès la puberté (environ 12 ans)
- B. Il faut recommander une chirurgie prophylactique colique
- C. Un suivi gynécologique doit débuter dès l'âge de 30 ans
- D. Son risque de cancer colorectal est plus bas que chez son frère lui aussi porteur de la mutation.
- E. La mutation a pu être transmise par son père ou sa mère

**QCM 5 : Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) des causes d'ulcère gastroduodénal ?**

- A. Infection à *Helicobacter pylori* (HP)
- B. Péri-artérite noueuse
- C. Prise de tabac
- D. Prise de corticoïdes
- E. Recto-colite hémorragique

**QCM 6 : Concernant l'infection au virus hépatite A, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?**

- A. L'infection est le plus souvent asymptomatique
- B. Il existe un vaccin efficace contre l'infection
- C. C'est une maladie à déclaration obligatoire
- D. Il s'agit d'une maladie immunisante
- E. Elle est transmise essentiellement par voie sexuelle

**QCM 7 : Monsieur G 53ans, consulte aux urgences pour douleurs épigastriques persistantes depuis 24 heures, vous évoquez le diagnostic de pancréatite aiguë. A ce propos, quelle(s) proposition(s) est(sont) exacte(s) ?**

- A. Une lipasémie supérieure à 3 fois la normale suffit au diagnostic positif
- B. Une lipasémie inférieure à 3 fois la normale peut ne pas rejeter le diagnostic
- C. La glycémie sanguine fait partie des examens à demander au bilan initial
- D. Il faut réaliser un scanner abdomino-pelvien dès les urgences si l'échographie est sans anomalie.
- E. La calcémie ne fait pas partie des examens à demander aux urgences

**QCM 8 : Monsieur K, est un patient cirrhotique de 54 ans avec antécédent de coronaropathie stentée. Il est hospitalisé en réanimation pour hémorragie digestive active haute avec début de choc hypovolémique. Il est à l'arrivée hypotendu, marbrée, tachycarde. L'Hemocue réalisée retrouve une hémoglobine à 4 g/dL. Quel(s) est(sont) l'(les) objectif(s) de prise en charge recommandé(s) ?**

- A. Il faut transfuser avec pour objectif une hémoglobine > 10 g/dL
- B. L'endoscopie digestive doit être réalisée dans les 24 heures devant cette suspicion de rupture de varices œsophagienne
- C. On peut débuter immédiatement la sandostatine en IVSE
- D. On veut obtenir une pression artérielle moyenne PAM > 90 mmHg
- E. Il faut débuter une antibioprophylaxie.

**QCM 9 : Concernant le cancer du pancréas, quelle(s) proposition(s) est(sont) correcte(s) ?**

- A. La présence de métastases ganglionnaires influe le plus sur le pronostic
- B. 80% des cancers sont d'emblée non résécables
- C. La queue pancréatique est la localisation la plus fréquente
- D. Le cisplatine est la molécule de référence en cas de chimiothérapie
- E. Il est possible de traiter chirurgicalement sans preuve histologique

**QCM 10 : Concernant la maladie de Crohn, quelle(s) proposition(s) est(sont) correcte(s) ?**

- A. Sa prévalence est d'une personne sur cent
- B. Il s'agit d'une cause d'aphtose bipolaire
- C. Elle peut se révéler par un tableau semblable à celui d'appendicite aiguë.
- D. On note macroscopiquement une persistance de la muco-sécrétion
- E. L'atteinte buccale est fréquente

## Réponses

**QCM 1 : Concernant la diverticulose colique et ses complications, quelle(s) réponse(s) est(sont) correcte(s) ?**

- A. Les hémorragies diverticulaires surviennent le plus souvent de manière synchrone à une poussée de diverticulite.
- B. Il faut réaliser une coloscopie à la phase aiguë pour rechercher une tumeur
- C. Le risque de nouvelle diverticulite après un premier épisode est de 20%
- D. Une diverticulite Hinckey 2 peut être traitée en radiologie interventionnelle
- E. La présence d'un abcès collecté au scanner est toujours un signe de gravité

**Réponses exactes : CDE**

✓ **À retenir :**

A : Il faut bien distinguer en vraie trois situations :

- Diverticulose : phénomène très fréquent, qui n'est que la présence de diverticules mais de manière asymptomatique
- Diverticulite : qui est l'inflammation du diverticule avec les complications qui en découlent : abcès, perforation, sténose...
- Enfin l'hémorragie digestive consécutive aux diverticules, complication un peu à part car survient le plus souvent hors d'une poussée de diverticulite.

B : Contre-indication formelle à la réalisation d'une coloscopie en phase aiguë. Le risque de perforation digestive est trop important.

En revanche, elle est réalisée 6 à 8 semaines plus tard l'examen pour éliminer un processus néoplasique sous-jacent.

En effet, le principal diagnostic différentiel est la tumeur colique gauche.

C : C'est un chiffre à retenir je pense, le risque reste de 20% après une première poussée de diverticulite.

On avance que la prise de fibres et l'absence d'utilisation d'AINS réduisent ce risque.

D : Il faut connaître la classification de Hinckey qui guide la thérapeutique chirurgicale ou interventionnelle.

Au stade d'abcès, il est désormais possible de le drainer en radiologie interventionnelle.

La condition étant la taille supérieure à 5 cm et la localisation permettant le geste.

Classification de Hinckey :

- Stade 0 : diverticulite clinique non compliquée
- Stade 1 : phlegmon ou abcès péricolique
- Stade 2 : abcès pelvien ou péritonite localisé
- Stade 3 : péritonite généralisée purulente
- Stade 4 : péritonite stercorale

**QCM 2 : Monsieur T, 35 ans, est fumeur régulier. Il consulte pour régurgitations acides notamment en cours de nuit plusieurs fois par semaine, concernant ce possible reflux gastro-oesophagien (RGO), quelle(s) proposition(s) est(sont) correcte(s) ?**

- A. Il est nécessaire de réaliser une endoscopie digestive haute en présence de ces éléments
- B. On peut prescrire des IPP à demi-dose
- C. Il faut rechercher la présence d'*Helicobacter pylori*
- D. La présence d'une dysphagie associée chez ce patient ne justifie pas d'endoscopie.
- E. Si une endoscopie est réalisée, elle sera pathologique.

**Réponse exacte : B**

✓ **À retenir :**

A : Devant les éléments ne notre possession, il n'existe pas d'indication pour la prescription d'une endoscopie avant de traiter le RGO.

Les indications seraient :

- Un âge > 50 ans
- La présence de signes atypiques
- La présence de signes de gravité (dysphagie, hémorragie, altération de l'état général...).

En l'absence de ces critères, on ne fait pas d'endoscopie digestive à tous les patients contrairement à l'ulcère. Ne confondez pas !

B : Il est possible de débuter par des IPP demi-dose. Si on veut vous piéger sur les dosages retenez que l'oméprazole MOPRAL c'est 20 mg pour la dose pleine / l'ésoméprazole INEXIUM c'est 40 mg.

C : Idem ne confondez pas ces deux items qui se suivent. C'est la recherche d'un ulcère gastroduodénal qui faire évoquer la responsabilité d'*Helicobacter pylori*.

D : Une dysphagie est un signe de gravité de ce RGO et doit pousser à réaliser une endoscopie.

L'évolution avec un amaigrissement majeur est rapide.

Il faut évoquer dans ce contexte de RGO + dysphagie une œsophagite peptique voir un endobrachyœsophage avec adénocarcinome.

E : Un RGO peut exister sans montrer une endoscopie pathologique ni même une pH-métrie positive.

Depuis quelques années on parle de la possibilité de reflux non acides nombreux et donc insensibles aux IPP.

L'impédancemétrie apporte alors son efficacité dans ce diagnostic de reflux.

**QCM 3 : Monsieur B, a une cirrhose alcoolique révélée par une infection du liquide d'ascite il y a 1 an. Il consulte ce jour, apyrétique, pour une augmentation du volume abdominal dans un contexte de douleurs de l'hypochondre droit. Une échographie est réalisée et est en faveur d'un carcinome hépatocellulaire (CHC). Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) :**

- A. On peut confirmer le diagnostic de CHC sur cette échographie.
- B. Si la tumeur a une taille supérieure à 1cm, on peut avec une IRM, se passer d'une biopsie hépatique.
- C. Il faut rechercher une prise de contraste en motte afin de confirmer le diagnostic au scanner
- D. Le lavement au temps portal est très évocateur d'un CHC.
- E. Un scanner abdominal au temps artériel et portal peut confirmer le diagnostic de CHC.

**Réponses exactes : BDE**

✓ **À retenir :**

A : Question ressortie maintes fois.

Il faut savoir que chaque cirrhotique doit être dépisté par échographie tous les 6 mois à la recherche d'un nodule de CHC.

En revanche ne pas confondre l'échographie avec l'IRM ou la TDM.

La première n'étant qu'un examen simple de dépistage du cancer.

B : C'est une des recommandations les plus importantes de Gastro pour l'ECN.

Pour faire simple :

- Un patient chez qui on a confirmé une cirrhose et qui présente un nodule de plus de 1 cm doit avoir une IRM ou une TDM
- Si on retrouve une prise de contraste au temps artériel et un lavage complet au temps portal → on a confirmé le diagnostic de CHC sans biopsie
- Si ce n'est pas le cas on fait la seconde imagerie
- Si ce n'est toujours pas le cas, on doit biopsier

Ce sont les critères dits de Barcelone à connaître sur le bout des doigts.

C : La prise de contraste en mottes, doit vous faire penser au diagnostic de tumeur bénigne hépatique qu'est l'hémangiome.

Retenez une caractéristique pour chaque tumeur bénigne du foie.

Avec pour l'hémangiome le moyen mnémotechnique : « hémangiomotte » !

D : La vascularisation par une artère hépatique de la tumeur, fait qu'au temps portal on est censé retrouver un lavage total typique du CHC.

Celui-ci n'est pourtant pas systématique (vous le verrez en pratique lors de vos stages).

E : On l'a dit la TDM hépatique peut assurer le rôle d'une IRM pour les nodules de plus de 1 cm que l'on souhaite caractériser.

Cela facilite la démarche diagnostique, cette modalité d'imagerie étant plus accessible.