

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet 1

AVP scooter, casqué, contre VL, 16 ans, 90 kg 1m75
ramassé par SAMU, conditionné avec collier cervical, coquillé, Glasgow 15

TA 130 / 70 Pouls 120, reçoit 250 cc de Ringer pendant le transport,.

A l'arrivée à l'hôpital :

stable sur plan hémodynamique, il présente des douleurs de la cuisse droite, des douleurs thoraciques à droite.

Il présente par ailleurs des douleurs abdominales diffuses.

Question N° 1

Détaillez votre examen clinique en tant que chirurgien viscéral.

Question N° 2

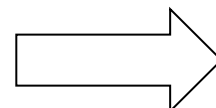
Quels sont les examens para-cliniques que vous demandez en sachant que le scanner n'est pas immédiatement disponible ?

Question N° 3

Au terme du bilan réalisé, le patient présente une fracture déplacée du fémur droit, et reste stable sur le plan hémodynamique.

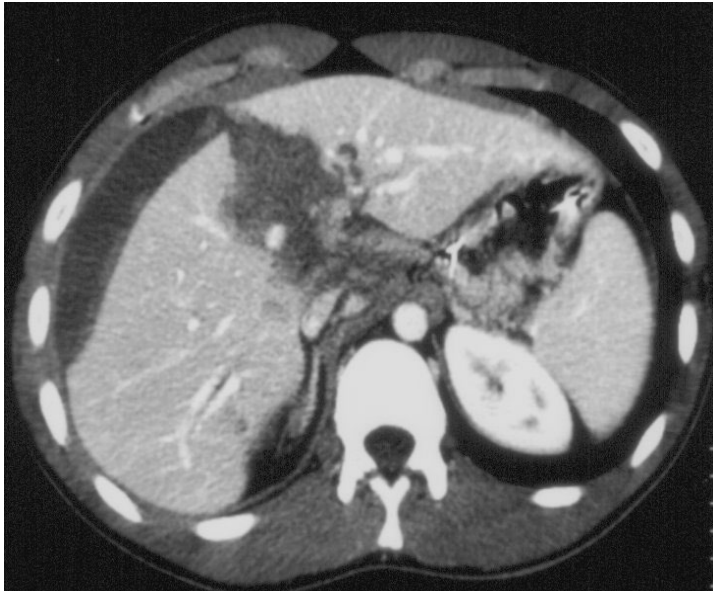
Un body-scanner est réalisé qui montre essentiellement un épanchement péritonéal modéré, l'absence de pneumopéritoine :
quelles sont les étiologies les plus fréquentes de cet épanchement ?

TSVP



Question N° 4

Voici l'image radio clé :



Quel est votre diagnostic ?

Question N° 5

Quelle est votre prise en charge, le patient restant stable sur le plan hémodynamique, et sa tachycardie a répondu au remplissage ?

Question N° 6

La prise en charge abdominale et orthopédique initiale a été complète. Après une phase d'amélioration transitoire, le patient se dégrade brutalement 36 heures après sa prise en charge initiale. Il présente une dégradation sur le plan hémodynamique avec une douleur abdominale croissante et une défense généralisée.

Une nouvelle imagerie est réalisée qui montre une majoration de l'épanchement abdominal sans saignement actif sur le foie associé avec un pneumopéritoine.

Le patient est pris au bloc en état de choc : Décrivez votre stratégie opératoire.

Question N° 7

Le bilan lésionnel per-op met en évidence : une reprise du saignement hépatique et une plaie du grêle.

Quel est votre attitude chirurgicale ?

Question N° 8

Six mois après, le patient présente une éventration : quelle est votre prise en charge ?

Sujet 2

Une patiente hystérectomisée diabétique de 71 ans présente des douleurs abdominales diffuses avec contracture généralisée avec hyperthermie à 39.

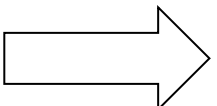
Sur le plan biologique, elle présente une hyperleucocytose à 18 000 , une CRP à 253, des troubles ioniques témoin d'une déshydratation avec une créatinine à 230.

Question N° 1

Quel(s) examen(s) demandez-vous et qu'en attendez-vous ?

Question N° 2

Quels diagnostics évoquez-vous ?

TSVP 

Question N° 3

Le scanner met en évidence un épaississement pariétal du colon gauche, un épanchement péritonéal et un pneumopéritoine.

Quelle est votre prise en charge pré-opératoire ?

Question N° 4

Vous opérez cette patiente par laparotomie, et vous retrouvez :
Un épanchement péritonéal stercoral diffus, des fausses membranes diffuses associées à une perforation centimétrique de la charnière recto-sigmoïdienne avec un colon sigmoïde très épaissi.

Quelle est votre stratégie opératoire ?

Question N° 5

Quelles sont les complications chirurgicales potentielles de votre geste ?

Question N° 6

On retrouve sur la pièce de résection colique un adénocarcinome colique : quelle est votre conduite à tenir à court et à long terme ?