

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Epreuve de vérification des connaissances pratiques

TOUS LES SUJETS SONT A TRAITER

Sujet n°1

Une femme, âgée de 30 ans, se présente aux urgences pour des douleurs abdominales de l'hypochondre droit et une fièvre à 39°C depuis 24 H. Elle n'a pas d'antécédent en dehors d'une hypercholestérolémie traitée et d'une grossesse menée à terme 3 mois auparavant. Elle rapporte une consommation occasionnelle d'alcool. On note un ictère conjonctival. Les examens biologiques montrent :

Hémogramme : leucocytes= 20 G/L

ASAT=8N ; ALAT =4N ; Phosphatases alcalines=3N ; γ GT=4N

Bilirubine conjuguée = 50 μ mol/l

Protéine C réactive = 200 mg/L ; Créatininémie = 170 μ mol/L

QUESTION 1 :

Précisez les éléments cliniques de gravité que vous recherchez (détaillez) ?

QUESTION 2 :

Quel examen d'imagerie demandez-vous en urgence ? Justifiez ce choix.

QUESTION 3:

Les explorations radiologiques révèlent une vésicule biliaire lithiasique sans complication, une voie biliaire principale dilatée à 15 mm.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

QUESTION 4 :

L'évolution clinique est marquée par l'installation d'une hypotension artérielle avec une pression artérielle moyenne à 60 mmHg et une tachycardie régulière.

Quelle prise en charge en urgence proposez-vous ?

QUESTION 5 : Quelles sont les différentes possibilités de drainage des voies biliaires dont vous disposez ? Justifiez.

Laquelle de ces possibilités de drainage privilégiez-vous ? Quelles sont les principales complications de ce geste de drainage ?

Sujet n°2

Un homme de 67 ans est amené par les pompiers aux urgences pour une hématomérose. Dans ses antécédents, on note une cardiopathie ischémique avec pose d'un stent actif il y a 2 ans. Son traitement habituel comporte de l'aspirine et du Bisoprolol. A l'interrogatoire, le patient signale la prise concomitante d'ibuprofène depuis quelques jours en raison de lombalgies.

A l'arrivée, ses constantes hémodynamiques et l'examen clinique révèlent une tension artérielle à 90/50 mmHg, une fréquence cardiaque à 92/minute, une saturation en oxygène normale, une pâleur cutanéomuqueuse, une dyspnée au moindre effort. L'examen abdominal est sans particularité. Le toucher rectal met en évidence du méléna sur le doigtier. Son poids est stable. Le test Hemocue estime l'hémoglobine à 7 g/dl. L'électrocardiogramme est normal

QUESTION 1 :

Quel diagnostic vous paraît le plus probable?

QUESTION 2 :

Quelle prise en charge diagnostique et thérapeutique en urgence proposez-vous?

L'endoscopie digestive haute met en évidence un ulcère ovalaire de 7 mm de l'antrum avec un fond fibrineux et la présence d'un vaisseau visible.

QUESTION 3 :

Précisez le stade de l'ulcère, selon la classification de Forrest et le risque de récurrence hémorragique correspondant ?

QUESTION 4 :

Citez les différentes possibilités de gestes hémostatiques dont vous disposez au décours de la gastroscopie ?

QUESTION 5 :

Au terme de la gastroscopie d'hémostase, quelle surveillance clinico-biologique proposez-vous ?

QUESTION 6 :

L'évolution est marquée par une récurrence hémorragique à 48 h. Les constantes hémodynamiques sont stables.

Que proposez-vous dans cette situation ?

QUESTION 7 :

Les suites sont marquées par une nouvelle récurrence hémorragique extériorisée sous forme de méléna associée à une hypotension artérielle (pression artérielle moyenne à 60 mmHg) et une tachycardie.

Que proposez-vous alors pour contrôler l'hémorragie digestive ?

QUESTION 8 :

Envisagez-vous un contrôle de la gastroscopie à distance et si oui, avec quels objectifs ?

Sujet n°3

Vous recevez aux urgences un patient de 52 ans, pour un ventre gonflé. Il ne se plaint d'aucun autre symptôme. Il se sent ballonné depuis une semaine mais son ventre a clairement augmenté de volume depuis hier selon ses dires. Il est originaire de côte d'Ivoire, vit en France avec sa femme et ses 4 enfants depuis 1992.

Il n'a jamais été malade.

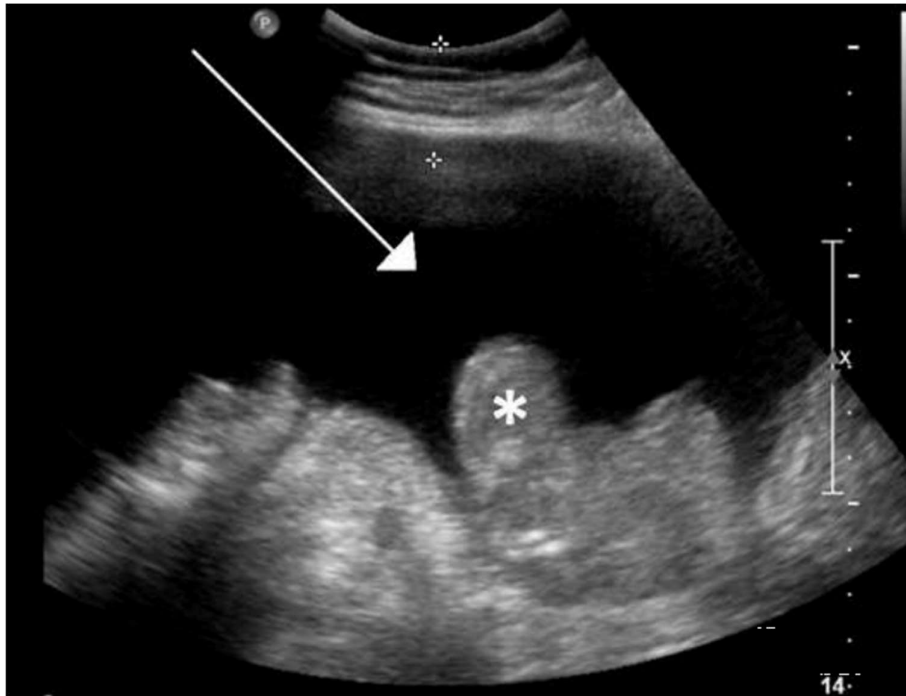
A l'examen clinique, Il est apyrétique, TA : 100/60 mmHg, fréquence cardiaque 85/min, saturation normale.

Question N°1 :

Vous l'examinez, mais pour orienter votre interrogatoire et votre examen clinique, quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ?

Question N°2 :

Vous demandez une échographie abdominale pour avancer.



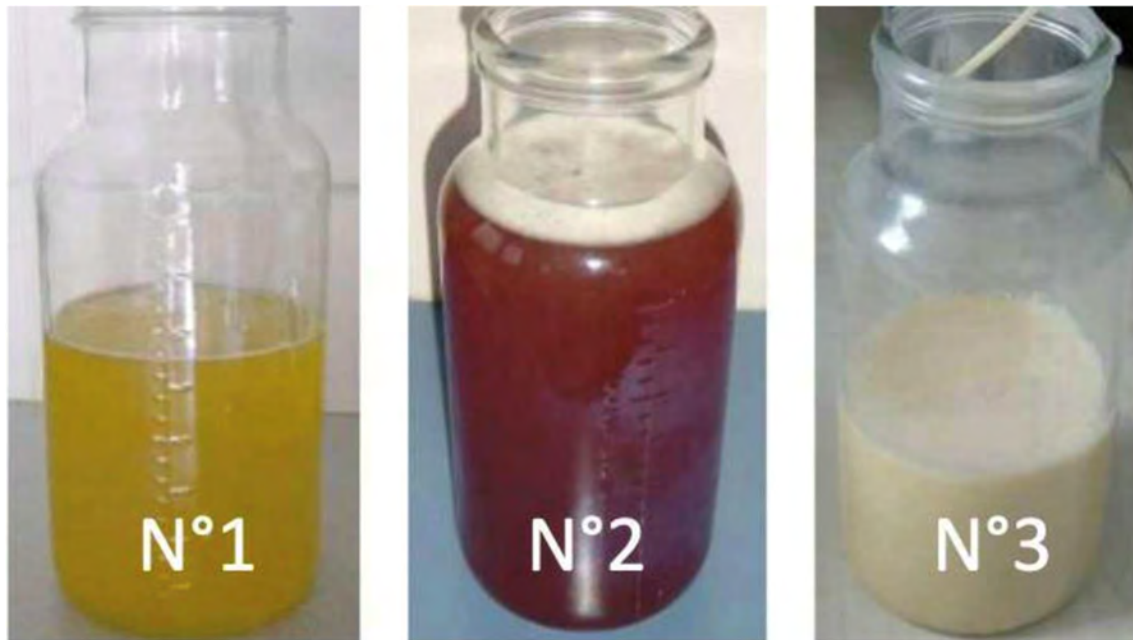
Que montre la flèche, que montre l'étoile?

Question N°3

Quel geste devez-vous réaliser à ce stade et quelles analyses allez-vous demander ?

Question N°4

Voici l'aspect de différents liquides d'ascite prélevés chez 3 patients.



Comment qualifiez-vous la nature des liquides 1, 2 et 3 ?

Question N°5

Le liquide que vous avez prélevé a l'aspect du pot N°1 issu de la question 4. Il contient 1000 éléments/mL dont 250 leucocytes. Il n'y a pas de germe à l'examen direct. Le taux de protéides dans l'ascite est de 12 g/L.

Est-ce un exsudat ou un transsudat ? Le liquide est-il infecté ?

Question N°6

Au vu de ce résultat, vous décidez de réexaminer votre patient. Effectivement, il existe un ictère conjonctival et une circulation veineuse collatérale que vous n'aviez pas remarquée initialement, des ongles blancs et une érythrose palmaire.

A ce stade, pouvez-vous conclure au diagnostic de cirrhose ?

Question N°7

Les examens biologiques confirment le diagnostic positif de cirrhose avec une hyperbilirubinémie conjuguée à 48 $\mu\text{mol/L}$, une hypoalbuminémie à 30 g/L, une thrombopénie à 120 G/L et un taux de prothrombine à 60%.

Quels sont les 2 scores pronostiques associés au pronostic du cirrhotique ? Le(s)quel(s) pouvez-vous calculer avec les éléments cliniques et biologiques qui vous sont fournis ?

Question N°8

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques étiologiques ?

Question N°9

Les sérologies virales retrouvent des anticorps anti-VHA totaux positifs, un Ag HBs positif, des anticorps anti-HBc positif de type IgG, une charge virale B faiblement positive, des anticorps anti-VHC totaux négatifs.

Décrivez votre attitude thérapeutique immédiate et votre surveillance pour les 6 prochains mois.