

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet 1 :

Une dame de 63 ans est admise aux urgences de votre Hôpital pour des douleurs abdominales et un syndrome occlusif évoluant depuis 4 jours. L'interrogatoire révèle des troubles du transit puis de la diarrhée depuis un mois.

Elle a comme antécédents une cure d'éventration par laparotomie médiane il y a 20 ans où elle a eu une résection anastomose du grêle et une cholécystectomie.

Elle a un ventre souple avec une sensibilité du flanc droit.

Sur le plan biologique on note essentiellement comme anomalies une CRP à 99 mg/l et un taux d'hémoglobine à 9,8g/dl avec un VGM à 71.

On pratique un scanner abdominopelvien injecté dont vous avez quatre images et l'analyse du foie au temps portal ne révèle rien d'autre que l'image sélectionnée.









Question 1 :

Quelle prise en charge en urgence proposez vous ?

Question 2 :

Si l'intervention que vous pratiquez révèle une probable carcinose péritonéale, est-ce que cela modifie votre prise en charge et si oui de quelle façon ?

Question 3 :

Si l'intervention n'a rien révélé d'autre que ce qu'a montré le scanner et que les suites opératoires sont simples, envisagez vous la réalisation d'autres examens complémentaires ?

Question 4 :

Si votre évaluation post-opératoire n'a rien révélé de nouveau, que proposer vous pour cette patiente ?

Question 5 :

Si l'évolution à plus long terme est favorable avec une maladie stabilisée, quelles possibilités thérapeutiques pour la maladie hépatique ?



Sujet 2 :

Patient de 58 ans, ayant comme ATCD obésité, diabète type II et HTA, sous méthotrexate pour une polyarthrite rhumatoïde, adressé aux urgences pour douleur abdominale en FIG évoluant depuis 48h avec nausées sans vomissement, notion d'un seul épisode de diarrhée, contexte fébrile à 38°C.

Question 1 :

Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

Question 2 :

Quels sont les diagnostics différentiels possibles ?

Question 3 :

Quel examen complémentaire demandez-vous en première intention, et pourquoi ?

Question 4 :

Quelle(s) est (ou sont) la (ou les) complications chroniques de cette pathologie ?

Question 5 :

Selon la classification de Hinchey modifiée définissez les stades II et 4

Question 6 :

Citez les indications qui imposent de discuter une sigmoïdectomie élective.

Question 7 :

Quel régime alimentaire est recommandé pour la prévention ou lors de la prise en charge d'une diverticulite sigmoïdienne ?

Question 8 :

Chez cette patiente, quelle intervention est recommandée en cas de péritonite purulente d'origine diverticulaire ?



Sujet 3 :

Femme, 33 ans, IMC : 41 kg/m².

Sleeve gastrectomie coelioscopique, sortie à J2

La patiente consulte les urgences à J4 pour douleurs abdominales. A son arrivée les constantes sont les suivantes : Fréquence Cardiaque=130/min ; température à 38° et 95% de Saturation sous 5L d'O₂.

Question 1 :

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Question 2 :

Quel examen d'imagerie doit-on réaliser ?

Le bilan sanguin retrouve 18000GB/mm³ et une CRP à 230 mg/l

Présence d'une fuite du produit de contraste à la partie haute de la gastroplastie.

Question 3 :

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

Question 4 :

L'évolution immédiate est satisfaisante, quelle est votre prise en charge au décours

L'évolution est satisfaisante à l'issue de votre prise en charge et vous reprenez le suivi post chirurgie conventionnel.

Un mois après la patiente revient avec un abcès cutané en lieu de l'ancien orifice de drain chirurgical. Le TDM injecté réalisé retrouve cet abcès qui n'est que cutané et sous cutané. L'abcès est incisé. A 6 mois de la sleeve gastrectomie, la patiente est admise aux urgences pour une douleur à l'épaule gauche avec de la fièvre. Son IMC est de 25/kg/m². Le TDM injecté et ingéré réalisé retrouve une fistule chronique gastro-cutanée.

Question 5 :

Que proposez-vous ?

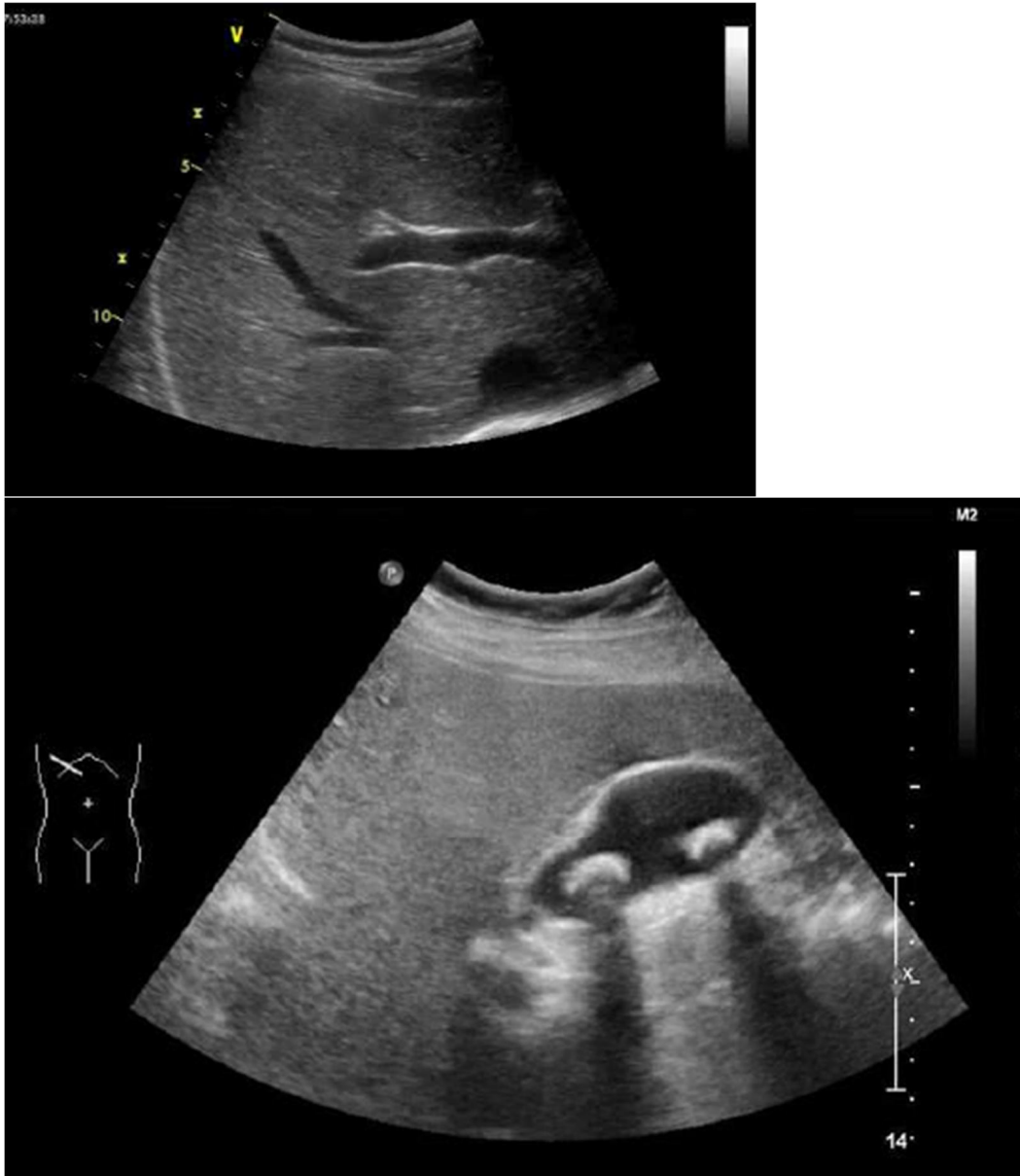


Sujet 4 :

Une femme de 65 ans, 78 kg pour 1m62, consulte aux urgences pour une violente douleur épigastrique, brutale, datant de moins de 24h associée à un ictère et une fièvre à 40°C avec frissons, une TA à 12/7, une Fréquence cardiaque à 89 bpm. Elle a comme principaux antécédents une hypercholestérolémie traitée par Clofibrate et une HTA traitée.

Elle présente au bilan biologique : CRP = 156 mg/L ; K⁺ = 3,9mmol/L ; Na⁺ = 141, créatininémie = 65 micromol/l, leucocytes : 14000/mm³, bilirubinémie totale à 67µmol/L, bilirubinémie directe à 52 µmol/L, GGT à 450 UI/L, PAL 185UI/L, ASAT 58 UI/L, ALAT à 89 UI/L, lipasémie = 58 UI/L.

Une échographie est réalisée retrouvant les images suivantes :



Question 1 :

Quel diagnostic évoquez-vous et pourquoi?

Question 2 :

L'observation révèle 4 facteurs de risque de cette pathologie, lesquels ?

Question 3 :

Quelles sont les principes de la partie médicale de la prise en charge ?

Question 4 :

Vous faites hospitaliser cette patiente et l'évolution avec le traitement médical que vous avez mis en place est plutôt favorable. Quelles sont les trois prises en charge possible pour le traitement étiologique de la maladie ?

Question n°5 :

Si au contraire, quelques heures après l'hospitalisation, la situation se dégrade. Dans la nuit, elle présente une tachycardie à 120 bpm, une TA à 8/5, des marbrures au jambes, une sensation de malaise généralisé, une fièvre à 40°C avec frissons. Après 1,5L de remplissage, la TA est toujours à 8/5. Quelles possibilités de prise en charge en urgence avez-vous ?