

CF-60-Chirurgie viscérale et digestive-QCM-EVC-2025

Q 1. Concernant la diverticulite sigmoïdienne non compliquée

- a) Une hospitalisation est nécessaire
 - b) Un traitement par antibiotique n'est pas recommandé chez les patients ASA 1,2
 - c) Un scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste permet de poser le diagnostic
 - d) Une chirurgie en urgence est recommandée
 - e) Une chirurgie élective est recommandée
-

Q 2. Concernant la diverticulite sigmoïdienne Hinchey I

- a) Il s'agit d'une péritonite purulente généralisée
 - b) Il s'agit d'une péritonite stercorale
 - c) Il s'agit d'un abcès péricolique
 - d) Il s'agit d'une forme compliquée d'une sténose
 - e) Il s'agit d'une forme compliquée d'une fistule
-

Q 3. Concernant la maladie de Crohn iléale terminale, en cas de chirurgie

- a) La voie d'abord mini-invasive est recommandée
 - b) Un curage ganglionnaire doit être réalisé
 - c) Les marges de résection doivent être d'au moins 12 cm
 - d) Les marges de résection chirurgicale doivent être de 2 cm
 - e) Le tabagisme actif est un facteur de risque de récurrence
-

Q 4. Concernant la colite aiguë grave sur RCH, en cas de traitement chirurgical

- a) La laparotomie est la voie d'abord de référence
 - b) En urgence, la stomie de dérivation sans résection est le geste de référence
 - c) En urgence, la colectomie subtotalée est la chirurgie de référence
 - d) En urgence, la coloproctectomie totale est le geste de référence
 - e) Une résection extensive grélique est nécessaire
-

Q 5. Concernant la chirurgie du cancer du bas rectum

- a) L'abord miniinvasif est la référence
 - b) Une marge circonférentielle d'au moins 1cm est nécessaire
 - c) Une marge discale de 5 cm est nécessaire
 - d) L'exérèse totale du mésorectum permet de diminuer le risque de récurrence locale
 - e) Le risque de fistule anastomotique est supérieur à celui de la chirurgie du cancer du sigmoïde
-

Q 6. Concernant la chirurgie du prolapsus rectal extériorisé, la rectopexie selon D'Hoore

- a) Est une intervention par voie basse
 - b) Consiste en la mise en place d'une prothèse dans le plan recto vaginal
 - c) Consiste en la mise en place d'une prothèse en arrière du mésorectum
 - d) Consiste en la mise en place d'une prothèse en arrière entre le rectum et le mésorectum
 - e) Consiste en la mise en place de deux prothèses latérectales
-

Q 7. Concernant la pathologie hémorroïdaire, un prolapsus hémorroïdaire constant et non réductible est

- a) Un grade I
 - b) Un grade II
 - c) Un grade III
 - d) Un grade IV
 - e) Un grade V
-

Q 8. Quelle chirurgie retenez vous chez un patient qui présente une diverticulite sigmoïdienne Hinchey III et qui est stable hémodynamiquement

- a) Sigmoïdectomie avec anastomose colorectale protégée par une iléostomie
 - b) Sigmoïdectomie avec anastomose colorectale non protégée par une iléostomie
 - c) Intervention de Hartmann
 - d) Colectomie subtotal avec anastomose iléorectale
 - e) Lavage drainage sous coelioscopie
-

Q 9. En cas de fistule anopérinéale interphinctérienne haute, les options thérapeutiques envisageables sont

- a) Fistulectomie
 - b) Drainage par un séton en première intention
 - c) Lambeau d'avancement rectal après drainage par un séton
 - d) Ligature du trajet fistuleux (LIFT) après drainage par un séton
 - e) Plug après drainage par un séton
-

Q 10. En cas d'appendicite aiguë,

- a) Le stercolite est un facteur de risque d'échec du traitement médical
 - b) Une chirurgie ambulatoire est réalisable
 - c) On peut différer l'intervention de 72h
 - d) Un drainage de la cavité abdominale est recommandé
 - e) Une antibiothérapie post-opératoire est recommandée dans les formes non compliquées
-

Q 11. En cas de fistule anastomotique colorectale haute, chez un patient instable hémodynamiquement

- a) Une ré intervention chirurgicale est obligatoire
 - b) Tout doit être fait pour sauver l'anastomose
 - c) Une réfection d'anastomose est envisageable
 - d) L'intervention de Hartmann est la règle
 - e) Un lavage drainage sous coelioscopie est l'intervention de référence
-

Q 12. Concernant la maladie de Crohn, en post-opératoire, une thromboprophylaxie est recommandée pour une durée de

- a) 2 jours
 - b) 7 jours
 - c) 15 jours
 - d) 28 jours
 - e) 90 jours
-

Q 13. Dans le cadre du bilan pré-opératoire d'un cancer du rectum, les examens suivants sont indispensables

- a) IRM rectale
 - b) Scanner thoracique
 - c) Scanner abdomino-pelvien
 - d) Mannométrie anorectale
 - e) DéfécolRM
-

Q 14. Un homme de 25 ans, 1m78 90 kg, consulte pour des douleurs de la fosse iliaque droite, fébrile à 38°5C. La leucocytose est à 16,50 giga/L (N : 4,00 - 10,00), la CRP à 120 mg/L (N <5). L'échographie décrit un appendice caecal augmenté de taille, le diamètre est mesuré à 11 mm, un stercolithe est décrit à la base, un épanchement péritonéal est présent dans le cul de sac de Douglas. Il est 17h, le bloc de chirurgie réglée est désormais fermé pour le reste de la journée.

Parmi les propositions suivantes quelles sont les propositions vraies :

- a) le tableau est typique d'une appendicite aiguë, il n'est pas nécessaire de faire de complément d'imagerie
 - b) il est nécessaire de faire un scanner abdomino-pelvien injecté
 - c) la prise en charge relève d'une urgence chirurgicale
 - d) le patient peut être traité en chirurgie ambulatoire, le lendemain matin, après mise en place d'un traitement antibiotique oral et un retour à domicile pour cette fin de journée
 - e) le patient peut justifier d'un traitement médical exclusif par antibiothérapie intra veineuse
-

Q 15. Un homme de 54 ans, sous anticoagulants oraux pour une embolie pulmonaire récente (15 jours), présente une douleur abdominale épigastrique brutale, d'emblée maximale. A l'examen clinique, il est noté une défense abdominale épigastrique, le reste de l'abdomen est douloureux mais souple. Le patient a une température mesurée à 37°9. Biologiquement, les globules blancs sont à 13,5 G/L (N : 4,00 - 10,00), la CRP est à 43 mg/L (N<5), pas d'autre anomalie, la lipasémie est normale.

Parmi les propositions suivantes quelle(s) sont (est) les (la) proposition(s) vraie(s) :

- a) le tableau est évocateur d'ulcère perforé et aucune imagerie n'est nécessaire à sa prise en charge
 - b) le tableau est évocateur d'ulcère perforé et il est nécessaire de prescrire une échographie abdominale
 - c) le tableau est évocateur d'ulcère perforé mais il est nécessaire de prescrire un scanner abdomino-pelvien sans et avec injection de produit de contraste
 - d) le tableau n'est pas typique, mais l'indication chirurgicale est formelle, il faut faire une laparotomie médiane en urgence
 - e) le tableau est évocateur d'ulcère perforé mais il peut exister une possibilité de traitement médical
-

Q 16. Un homme de 54 ans, sous anticoagulants oraux pour une embolie pulmonaire récente (15 jours), présente une douleur abdominale épigastrique brutale, d'emblée maximale. A l'examen clinique, il est noté une défense abdominale épigastrique, le reste de l'abdomen est douloureux mais souple. Le patient a une température mesurée à 37°9. Biologiquement, les globules blancs sont à 13,5 G/L (N : 4,00 - 10,00), la CRP est à 43 mg/L (N<5), la lipasémie est normale.

Un scanner abdomino-pelvien réalisé décrit :

Volumineux pneumopéritoine à l'étage sus mésocolique. Pas d'épanchement liquidien abdominal. Solution de continuité semblant présente sur la face antérieure du duodénum (D1). Embolie pulmonaire, avec thrombus visible sur les coupes thoraciques basses, dans le tronc de l'artère pulmonaire gauche. Pas d'autre anomalie.

Quelles sont les propositions vraies ?

- a) le patient présente un tableau de péritonite généralisée purulente
 - b) un traitement chirurgical est indiqué, en urgence
 - c) un traitement médical exclusif est possible sous surveillance chirurgicale
 - d) le traitement anticoagulant oral doit être poursuivi
 - e) une gastroscopie de contrôle immédiate est nécessaire pour ne pas méconnaître un cancer gastrique
-

Q 17. Une patiente de 67 ans, aux antécédents d'appendicectomie dans l'enfance par laparotomie au point de Mac Burney, présente des nausées avec vomissements depuis le matin, elle a constaté un arrêt des gaz depuis cet épisode et n'a pas eu de selle depuis 2 jours. La douleur a débuté brutalement dans la matinée, s'intensifie de plus en plus. La palpation abdominale trouve un abdomen sensible, avec une très nette défense.

Biologiquement : GB 12,50 G/L (N : 4-10) CRP 5, Lactates normaux, créatininémie 110 µmol/l (N 59-104). Le scanner abdomino-pelvien réalisé en urgence (sans injection) est le suivant : syndrome occlusif du grêle, le syndrome jonctionnel étant localisé en fosse iliaque droite avec un double syndrome jonctionnel (anse fermée). Cette anse présente un aspect de « réhaussement spontané » sur les clichés sans injection.

Quelles sont les propositions vraies :

- a) il convient de répéter le dosage des lactates à 6 heures du dernier prélèvement
 - b) le taux de lactates normal prouve la vitalité de l'anse décrite
 - c) le traitement médical exclusif est possible au moins 48 h avec sonde naso-gastrique
 - d) il convient de faire un scanner abdominal injecté après réhydratation pendant 24 heures
 - e) une opération chirurgicale est urgente
-

Q 18. Concernant le volvulus du sigmoïde quelles sont les propositions vraies :

- a) il survient surtout chez la personne âgée
 - b) le diagnostic radiologique est scanographique
 - c) le traitement initial le plus fréquent est une exsufflation endoscopique avec tube de Faucher
 - d) le traitement initial est chirurgical et nécessite systématiquement une colostomie
 - e) la récurrence après détorsion est rare
-

Q 19. Une patiente de 34 ans est hospitalisée en gastro entérologie pour une pancréatite aiguë lithiasique. Sur le scanner initial à 48 heures de son admission, il existait une pancréatite oedémateuse du corps du pancréas, sans aucune infiltration péri pancréatique ni coulée de nécrose (stade B de Balthazar CTSO 1 point). L'échographie trouvait une micro-lithiasie vésiculaire, pas d'épaississement de la paroi de la vésicule biliaire, pas de dilatation de la voie biliaire intra ou extra hépatique. L'échoendoscopie au 3ème jour montrait une voie biliaire non dilatée.

La patiente est toujours hospitalisée en gastro-entérologie.

Sans préjuger de difficultés organisationnelles et considérant la situation la plus favorable médicalement et chirurgicalement pour cette patiente vous proposez :

- a) une consultation pré opératoire à 4 semaines de l'épisode, en vue d'une cholécystectomie
 - b) une consultation pré opératoire à 3 mois de l'épisode, en vue d'une cholécystectomie
 - c) une contraception orale pour limiter le risque de pancréatite pendant une éventuelle grossesse
 - d) une intervention de cholécystectomie dès que possible dans la même hospitalisation
 - e) une sphinctérotomie endoscopique du fait du risque de récurrence
-

Q 20. Un patient de 87 ans présente depuis 3 heures des douleurs abdominales aiguës associées à une diarrhée sanglante initiale qui s'est amendée spontanément. Il n'a aucun antécédent médical, ne prend aucun traitement , vit seul à domicile.

Son abdomen est distendu, sensible à la palpation, très douloureux sans réelle défense. L'examen clinique note une tension artérielle à 165/95 mm Hg, une tachycardie (130 bpm) et une arythmie (fibrillation auriculaire à l'ECG).

Biologiquement: 18,00 GB G/L (N 4 à 10), Créatininémie à 240 µmol/L, Lactates en cours.

Quelles sont les propositions vraies :

- a) un des diagnostics les plus probables est celui d'une ischémie mésentérique
 - b) le scanner abdomino-pelvien est inutile
 - c) le scanner abdomino-pelvien est utile, mais non injecté pour préserver la fonction rénale déjà détériorée
 - d) le scanner abdomino-pelvien injecté notamment au temps artériel est nécessaire
 - e) le pronostic reste sombre malgré une prise en charge adaptée
-

Q 21. Une patiente de 52 ans, consulte pour une hernie de la région inguinale droite, sous la forme d'une « boule » gênante au pli de l'aine à droite. La lésion est impulsive à la toux. L'échographie décrit une hernie crurale (fémorale) droite de 3 cm de diamètre non compliquée, sans autre anomalie notamment sur les autres orifices herniaires.

Après l'examen clinique confirmant la hernie bien réductible, vous proposez en premier lieu :

- a) une abstention chirurgicale et une poursuite de la surveillance
 - b) pas de consultation d'anesthésie, la chirurgie sera faite sous anesthésie locale pure
 - c) un scanner abdomino-pelvien avec efforts de poussées (manœuvre de Valsalva) pour explorer de principe les autres orifices herniaires
 - d) une cure chirurgicale de hernie crurale droite
 - e) un doppler veineux des membres inférieurs du fait du risque de compression de la veine fémorale.
-

Q 22. Vous reprenez une indication opératoire de cure chirurgicale de hernie inguinale gauche avec mise en place d'une prothèse non résorbable, chez un homme de 63 ans sans antécédent, père de 4 enfants.

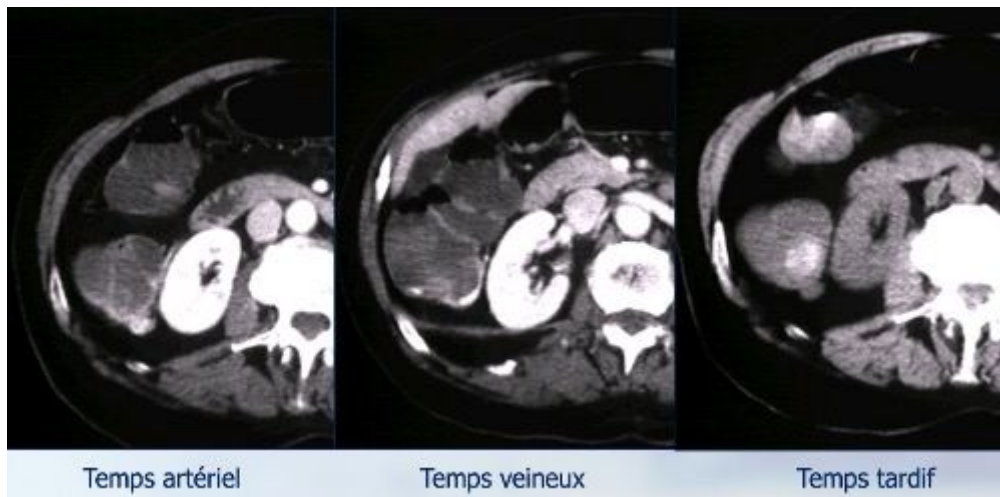
Concernant l'information au patient vous devez lui indiquer les risques de :

- a) stérilité
 - b) impuissance
 - c) hématome scrotal ou inguinal
 - d) infection du matériel de renfort
 - e) douleurs inguinales chroniques
-

Q 23. Une patiente de 23 ans, enceinte de 5 mois, consulte car une échographies de grossesse a découvert des calculs vésiculaires millimétriques. Ces calculs n'ont jamais été symptomatiques.

Vous lui proposez :

- a) une cholécystectomie coelioscopique dans le second trimestre de la grossesse
 - b) une cholécystectomie par laparotomie sous costale dans le second trimestre de la grossesse
 - c) une cholécystectomie coelioscopique dans le troisième trimestre de la grossesse
 - d) une abstention thérapeutique en l'absence de symptôme
 - e) une consultation après l'accouchement pour programmer la cholécystectomie
-



Temps artériel

Temps veineux

Temps tardif

Q 24. Une patiente de 76 ans sans antécédent, présente des rectorragies répétées assez abondantes. Elle a déjà eu une gastroscopie normale, une coloscopie (il y a 2 ans) normale, n'a pas de prolapsus hémorroïdaire, ni d'hémorroïdes hémorragiques au moment des épisodes de rectorragies. Elle a déjà nécessité plusieurs transfusions (plus de 8 poches de sang) sur les 5 derniers jours, son hémoglobine est à 87 g/L.

Un scanner abdomino-pelvien est finalement réalisé au décours d'un nouvel épisode hémorragique. Vous avez les images jointes :

- a) une résection iléo caecale est une des options à privilégier
- b) il s'agit d'un saignement appendiculaire, une appendicectomie est suffisante
- c) le saignement actif contre indique une chirurgie
- d) le traitement chirurgical est la seule solution
- e) il faut envisager une colectomie subtotal sans rétablissement de la continuité

Q 25. Un patient de 49 ans, J4 d'une sigmoïdectomie coelioscopique, est fébrile à 39°C et n'a pas de transit. Sa diurèse est à 470 ml sur les dernières 24 heures.

Il est nauséux et vomit. Biologiquement il est noté une leucopénie à 2,70 GB (N 4-10) et une insuffisance rénale fonctionnelle avec une créatininémie à 280 µmol/L.

Un scanner abdomino-pelvien est réalisé, montrant un pneumopéritoine et une probable fistule anastomotique avec une collection adjacente de 5 cm de diamètre hydro aérique. Une sonde naso-gastrique est posée, elle ramène presque immédiatement 1 litre de liquide digestif.

- a) une hospitalisation avant toute autre prise en charge, en réanimation pour optimisation de la fonction rénale
- b) une chirurgie immédiate pour traitement de cette fistule digestive et probablement réalisation d'une colostomie
- c) une poursuite de la surveillance, le temps que le transit reprenne
- d) une endoscopie pour vérifier la vitalité du colon abaissé
- e) un doppler complémentaire à la recherche d'une probable phlébite

Q 26. Une patiente de 79 ans, chutant sur le bord de sa baignoire, se fracture 3 côtes basi thoraciques gauches. Le scanner réalisé en urgence trouve une extravasation de produit de contraste sur une lésion de la rate associée à un très volumineux épanchement intra péritonéal hémattique et un pneumothorax gauche complet.

Le centre hospitalier dans lequel vous travaillez ne dispose pas d'embolisation radiologique.

La patiente après 3 poches de sang (concentrés globulaires) 1 poche de Plasma Frais Congelé et 1 poche de plaquettes, présente un taux d'hémoglobine à 80 g/L. Elle a reçu par ailleurs 2 litres de cristalloïdes.

Chez cette patiente vous proposez :

- a) un drainage pleural gauche puis un transfert hélicoptéré en urgence dans un but de conservation splénique (embolisation)
- b) un transfert hélicoptéré immédiat après exsufflation à l'aiguille du pneumothorax
- c) un drainage pleural gauche puis une splénectomie hémostatique en urgence
- d) une vaccination préventive préopératoire en urgence (anti pneumococcique, anti méningococcique, anti Haemophilus) en vue de la splénectomie
- e) un transfert routier (centre de référence à 100 km)

Q 27. On vous adresse en consultation un très volumineux lipome inguinal découvert devant une suspicion de hernie inguinale un peu douloureuse chez un patient de 62 ans sans antécédent. La structure est mesurée à l'échographie d'un diamètre de 8,5 cm d'allure grasseuse mais un peu hétérogène avec des spots vasculaires en son sein. Il ne présente pas d'autre anomalie à l'examen clinique, il n'y a pas d'autre masse ou masse ganglionnaire palpable.

Cliniquement elle paraît peu mobile par rapport sur le plan profond mais bien mobile par rapport au plan superficiel. Les rapports avec les vaisseaux fémoraux ne sont pas spécifiés dans le compte rendu.

A l'issue de cette consultation vous proposez :

- a) une biopsie chirurgicale, car vous redoutez un liposarcome
 - b) une ponction biopsie que vous pouvez réaliser à l'aide d'une aiguille à biopsie (type biopsie hépatique) tru cut, la masse est très palpable, il s'agit probablement d'une volumineuse adénopathie
 - c) une exérèse avec analyse anatomo-pathologique en restant au contact du plan de la masse grasseuse afin de ne pas être préjudiciable sur les autres structures
 - d) une consultation en centre spécialisé sarcome (distant de plus de 260 km)
 - e) une IRM dédiée le plus rapidement possible
-

Q 28. Concernant le syndrome du compartiment abdominal, quelles sont les propositions exactes :

- a) il ne peut survenir que dans un contexte d'hémopéritoine
 - b) la mesure de la pression intra vésicale est un bon indicateur chez le patient vigile
 - c) il peut être à l'origine d'une insuffisance rénale aigue
 - d) il peut être associé à un priapisme
 - e) le traitement de référence est une décompression abdominale chirurgicale en urgence
-

Q 29. Afin d'avoir un diagnostic étiologique précis et une idée du pronostic (gravité) de la pancréatite aigue, quels sont les 2 examens indispensables ?

- a) Echographie abdominale à la recherche de lithiases vésiculaires dans les 48h
 - b) IRM pancréatique à 24h
 - c) Scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste à 72 h
 - d) Scanner abdomino pelvien sans injection de produit de contraste à 24h
 - e) TEP scanner
-

Q 30. Le diagnostic étiologique retenu pour une pancréatite aigue est l'origine biliaire (migration lithiasique dans la voie biliaire principale). Quels sont les 2 éléments qui vous permette de valider cette étiologie ?

- a) Elévation précoce de transaminases
 - b) Présence d'une lithiasie biliaire vésiculaire à l'échographie abdominale
 - c) Lipasémie > 3500 UI/ml
 - d) CRP >190 mg/l
 - e) La présence d'une dilatation du canal de Wirsung sur le scanner abdominal
-

Q 31. La pancréatite aigue est :

- a) Une infection aigue du parenchyme pancréatique
 - b) Peut être due à un obstacle bloquant l'excrétion digestive du suc pancréatique
 - c) Bénigne dans 80% des cas
 - d) Grave dans 20% des cas car peut se compliquer de nécrose associée à des défaillances d'organe
 - e) Une pathologie touchant uniquement les femmes
-

Q 32. Après 4 jours d'hospitalisation en secteur conventionnel pour une pancréatite aigue d'origine biliaire, une patiente obèse de 42 ans présente une double défaillance rénale et respiratoire. Quelle stratégie thérapeutique envisagez-vous ?

- a) La gestion médicale peut être maintenue dans un service d'hospitalisation conventionnel
 - b) Mise en route d'une nutrition artificielle (entérale si possible)
 - c) Antibiothérapie prophylactique
 - d) Mise en route d'un traitement antithrombotique prophylactique
 - e) Transfert immédiat dans un service de réanimation
-

Q 33. Devant une cholécystite aiguë lithiasique non compliquée chez un patient sans co-morbidité, quels traitements proposez-vous ?

- a) Anti-inflammatoire non-stéroïdiens à visée antalgiques
 - b) Antibiothérapie intra-veineuse à large spectre
 - c) Cholécystectomie par coelioscopie après 48 d'antibiothérapie intra-veineuse probabiliste
 - d) Cholécystectomie par coelioscopie le plus tôt possible
 - e) Drainage vésiculaire trans hépatique radiologique
-

Q 34. 1. Vous suspectez une angiocholite aiguë lithiasique. Le scanner confirme une dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques sur un calcul enclavé dans le bas cholédoque avec une vésicule lithiasique en réplétion. Le patient présente une hypotension persistante malgré un remplissage actif avec l'apparition de marbrures en faveur d'un choc septique. Quelle prise en charge proposez-vous.

- a) Antibiothérapie intra-veineuse à large spectre
 - b) Désobstruction du calcul enclavé dans le cholédoque en urgence par voie endoscopique
 - c) Désobstruction biliaire enclavé dans le cholédoque en urgence par voie chirurgicale
 - d) Cholécystectomie coelioscopique en urgence
 - e) Cholécystectomie par laparotomie en urgence
-

Q 35. En cas de cholécystite aigue chez la femme enceinte :

- a) Une stratégie non-opératoire doit être privilégiée
 - b) La cholécystectomie ne doit être effectuée qu'après échec du traitement médical
 - c) Le risque de complication materno-fœtal est 2 fois plus important en cas d'abstention chirurgicale
 - d) La cholécystectomie est contre-indiquée avant 17SA
 - e) La laparoscopie est contre-indiquée au 2^e et 3^e trimestre
-

Q 36. En cas de lithiase de la voie biliaire principale symptomatique chez la femme enceinte :

- a) Une antibiothérapie et une surveillance sont recommandées
 - b) La CPRE est le gold standard
 - c) Le risque de pancréatite aiguë post-CPRE est comparable à la population générale
 - d) Un traitement « tout chirurgical » est possible
 - e) 1. La cholangiographie ne doit pas être effectuée
-

Q 37. 1- Pourquoi la présence d'un chirurgien hépato biliaire est indispensable lors d'une RCP onco où il est discuté des dossiers de MHCCR ?

- a) C'est la loi
 - b) Permet de classer la résécabilité des métastases (type I ou II)
 - c) Permet d'anticiper une potentielle résécabilité en fonction d'une éventuelle réponse à la chimiothérapie
 - d) Permet de discuter avec l'oncologue pour adapter le meilleur protocole de chimiothérapie néoadjuvant en fonction du résultat attendu
 - e) Permet de discuter avec le radiologue des différentes possibilités de préparation à une résection hépatique
-

Q 38. 1- Dans un contexte de métastases hépatiques synchrones avec tumeur primitive colorectale en place, quelles sont les différentes stratégies possibles?

- a) Résection simultanée des métastases et de la tumeur primitive sans traitement pre opératoire
 - b) Chimiothérapie première puis résection des métastases hépatiques puis chimiothérapie puis résection de la tumeur primitive
 - c) Résection de la tumeur primitive encadrée par de la chimiothérapie puis résection des métastases hépatiques
 - d) Pas de traitement curatif possible
 - e) Concertation d'une équipe de chirurgie hépato-biliaire et d'une équipe de chirurgie colorectale
-

Q 39. En cas de métastases pulmonaires associées à des MHCCR :

- a) Pas de traitement curatif possible
 - b) Si l'exérèse peut être complète il faut discuter une prise en charge chirurgicale
 - c) Il peut être proposé une ablathermie ou une radiothérapie stéréotaxique
 - d) Une chimiothérapie néoadjuvante est indiquée
 - e) La disparition de métastases pulmonaires après chimiothérapie n'est pas une contre-indication pour le traitement curatif des MHCCR
-

Q 40. En cas de métastases hépatiques à la limite de la résécabilité :

- a) La détermination du statut RAS/ RAF et MSI est indispensable pour pouvoir discuter du dossier en RCP
 - b) Le statut BRAF muté V600E est un facteur de très bon pronostic
 - c) Dans l'optique d'une résécabilité secondaire une tri chimiothérapie ou bi Chimiothérapie + thérapie ciblée est indiquée
 - d) Une réévaluation régulière (après 4 cures) en RCP doit être faite afin de juger de la possibilité d'une exérèse curative
 - e) L'objectif est d'avoir un protocole de chimiothérapie permettant une réponse tumorale rapide et majeure dans le but de proposer une possible stratégie curative.
-