

HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

CORRIGES

Dossier Clinique « Médecine n°1 »

- I-** 1) Diarrhée vraie, car poids des selles 300 g
2) Chronique, car durée > 3 semaines
3) Mécanisme : syndrome de malabsorption : probable stéatorrhée (selles grasses), amaigrissement, asthénie, syndrome anémique, syndrome d'hypocoagulabilité sans insuffisance hépatocellulaire, ni maladie hématologique connue (carence en vitamine K), ni syndromes carenciels (vitamines liposolubles : A, D, E, K)
- II-** 1) Dosage des lipides dans les selles (graisses fécales)
2) Mise en évidence d'une stéatorrhée.
- III-** 1) Maladie coeliaque
2) Endoscopie digestive haute avec biopsies duodénales
3) Mise en évidence d'une atrophie villositaire totale ou subtotale
- IV-** 1) Anticorps anti-endomysium (de classe IgA)
2) Anticorps anti-gliadine
- V-** 1) Régime sans gluten strict à vie
2) Correction des éventuelles carences, surtout en début de traitement (calcium, fer, vitamine K), si besoin par voie parentérale.

Dossier Clinique « Médecine n°2 »

- 1) - Evaluation de l'importance et du retentissement de l'hémorragie : pouls, TA, FR, conscience, saturation, hémocue, abondance de l'hématémèse, rectorragies ou méléna.
- Recherche de signes de cirrhose : foie à bord inférieur dur, signes d'insuffisance hépatocellulaire (ictère, encéphalopathie, angiomes stellaires, ...) et d'hypertension portale (ascite, circulation veineuse collatérale, splénomégalie).
- 2) Examens biologiques : Groupe, Rh, RAI, NFS, ionogramme sanguin, urée, créatinine, bilan hépatique, TP, cofacteurs
- 3) - Correction de l'hémodynamique : remplissage vasculaire par macromolécules puis transfusion sanguine en urgence pour obtenir une Hb à 8 g/dl environ
- Drogues vasoactives : sandostatine ou glypressine acceptées
- Antibiothérapie prophylactique par fluoroquinolones (autres anti BGN acceptés)
- Préparation à l'endoscopie digestive haute : lavage gastrique ou Erythromycine acceptés
- 4) Ligature de varices oesophagiennes
- 5) Pose d'une anastomose portocave, par voie radiologique (TIPS). Si besoin, sonde de tamponnement en attendant le TIPS.

Dossier Clinique « Chirurgie n°1 »

1. Ulcère duodénal ou gastrique perforé
 Pancréatite aiguë lithiasique
 Colique hépatique
 Infarctus du myocarde
 Pneumopathie
2. ASP debout, couché, centré sur les coupes
 ECG
 NFS-plaquettes, TP-TCA, ionogramme sanguin, urée, créatininémie
 Amylase, lipase, ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine
 Gr Rh RAI
 Radio pulmonaire face
 PAS DE FIBROSCOPIE
3. Hospitalisation en urgence
 A jeun
 Perfusion
 Consultation d'anesthésie
 Intervention chirurgicale en urgence pour suture d'ulcère
 Antibiothérapie et IPP
4. Méthode de Taylor : aspiration gastrique, à jeun, IPP par voie veineuse, antibiotiques
5. IPP pendant 4 à 6 semaines
 Eradication de *Helicobacter pylori* (antibiothérapie 1 semaine)
 Contrôle endoscopique si ulcère gastrique pour biopsies à la recherche d'un cancer

Dossier Clinique « Chirurgie n°2 »

1/ Cancer de la tête du pancréas +++

? arguments pour un cancer du pancréas : âge (65 ans)
 Découverte d'un DID + (Diabète Insulino
 Dépendant)

Asthénie +
 Douleur épigastrique
 Syndrome dépressif

? arguments pour un cancer de localisation céphalique : Ictère nu progressif, sans
 fièvre ++
 Grosse vésicule palpable ++

2/ Oui, l'amaigrissement est fréquent et souvent rapide dans 50 à 80% des cas

Dans ce contexte, il faut craindre une maladie à un stade déjà très avancé

- 3/** Le bilan hépatique complet, à la recherche d'une cholestase extra-hépatocytaire :
- augmentation des phosphatases alcalines
 - augmentation de la bilirubine conjuguée +++
- Taux de prothrombine : sa diminution témoigne d'un défaut d'absorption de la vitamine K (vitamine liposoluble)
- Le taux sérique de CA19.9 : son élévation est observée dans 80% des cas, mais il n'est pas sensible pour des petites tumeurs ++
- 4/** a/ pour la recherche de la tumeur : masse hétérogène à contours irréguliers et prenant le contraste de façon hétérogène ++
- l'échographie abdominale transpariétale ++
 - l'écho-endoscopie pour les petites tumeurs < 2 cm
- (ces deux examens sont opérateur dépendants)
- un scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste
- b/ pour le retentissement régional de la tumeur : ce sont les signes indirects d'obstacle canalaire :
- ? dilatation des voies biliaires extra et intra hépatiques +++
 - ? grosse vésicule sans calcul+++
 - ? dilatation du canal de wirsung, associée +/- à une atrophie du pancréas corporéo-caudal
- L'échographie abdominale transpariétale++ et l'écho-endoscopie pour les petites tumeurs < 2 cm
- c/ pour le bilan d'extension locorégional :
- ? envahissement vasculaire (surtout du pédicule mésentérique supérieur)
 - ? adénopathies métastatiques
- Le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste, l'échographie percutanée et l'écho-endoscopie +++
- d/ bilan d'extension à distance : l'existence de métastases viscérales est une contre indication non seulement à la résection mais, en général à l'intervention.
- ? métastases hépatiques ++
 - ? carcinose péritonéale +++
 - ? métastases pulmonaires
- L'échographie abdomino-pelvienne transpariétale et le scanner thoraco-abdomino-pelvien.

5/ Par atteinte du plexus solaire

oo