

## 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