EPREUVE DE GASTRO ENTEROLOGIE 3EME ROTATION
Du 25.01.2017

1- Le syndrome douloureux typique de la maladie ulcéreuse gastroduodénale se caractérise par: (Cochez la ou les bonnes réponses)
- A- Siège épigastrique à irradiation dorsale.
- xB- A type de faim douloureuse.
- xC- Calmé par la prise alimentaire.
- D- Déclenché par la prise alimentaire.
- xE- Périodique dans l'année.

2- Au cours de la maladie ulcéreuse gastroduodénale, l'endoscopie digestive haute est : (Cochez la ou les bonnes réponses)
- A- Indiquée en cas de suspicion de complication.
- xB- L'examen clé de 1ère intention.
- C- Indiquée systématiquement après le traitement.
- D- Pas nécessaire au diagnostic si tableau clinique typique.
- xE- Indispensable pour le diagnostic.

3- Les indications du traitement chirurgical au cours de la maladie ulcéreuse gastroduodénale sont :
- A- Echec du traitement médical de 2ème ligne.
- x B- Récidives très fréquentes.
- xC- La survenue de complications.
- D- Patient sous AINS.
- E- Absence d'infection par Hélicobacter pylori.

4- Quels sont parmi ces propositions qui sont considérées comme facteurs favorisants d'un cancer de l'estomac ?
- A- Une alimentation pauvre en nitrites.
- x B- Un tabagisme chronique.
- xC- Une consommation exagérée d'alcool.
- D- Une alimentation riche en fibres.
- xE- Une consommation importante de conserves.

5- Parmi les lésions suivantes, indiquer celle (s) qui prédispose (nt) au cancer de l'estomac ?
- xA- Gastrite atrophique.
- B- Ulcère duodénal.
- C- Gastrite médicamenteuse.
- D- Angiome gastrique.
- xE- Poly adénome gastrique.

6- Parmi les données suivantes concernant le cancer gastrique, indiquez celle qui est exacte :
- A- Le dosage de la gastrinémie est utile au diagnostic.
- xB- L'endoscopie est l'examen à toujours demander en premier intention.
- C- Le dosage de l'ACE est utile au dépistage du cancer associé à l'ulcère.
- D- Le transit oeso-gastroduodénal reste un examen essentiel au diagnostic.
- E- Les biopsies des lésions endoscopiquement bénignes ne sont pas indispensables.

7- Parmi les propositions suivantes concernant l'hémorragie digestive d'origine ulcéreuse citez la (les) qui est (sont) exacte(s) :
- x A- Complication la plus fréquente.
- xB- Peut se manifester par des rectorragies si le saignement est important.
- C- Leur incidence est en augmentation.
- D- Nécessite toujours un traitement chirurgical.
- xE- 80% des hémorragies s'arrêtent spontanément.

8- Dans le traitement des UGD perforés, la méthode de Taylor consiste à appliquer les mesures suivantes :
- A- Drainage simple de la cavité abdominale.
- xB- Antibiothérapie à large spectre.
- C- Suture simple de la perforation.
- D- Suture associée à une vagotomie.
- xE- Mise en aspiration digestive sous surveillance chirurgicale.

9- Concernant le diverticule de Meckel : qu'est ce que qui permet de distinguer un diverticule acquis d'un diverticule de Meckel parmi les propositions suivantes ? (Cochez la ou les bonnes réponses)
- A- Le siège sur le dernier 1/3 du grêle.
- xB- Le diverticule de Meckel comporte les 04 tuniques digestives alors que le diverticule acquis non.
- C- Il est unique.
- D- Vascularisé par une branche de l'A.M.S.
- E- Implanté sur le bord anté-mésentérique.

univ.ency-education.com

10- Concernant l'hémorragie digestive : une fois que le diagnosticde celle-ci a été posé, toutes les propositions suivantes sont justes sauf une laquelle ?
A- il importe d'évaluer le degré d'urgence de la situation.
B- De restaurer un état hémodynamique correct.
X C- Objectiver l'hémorragie digestive.
D- D'entre prendre l'enquête étiologique.
E- Le TRT de la cause.

11- Tous ces tumeurs sont des tumeurs primitives du foie sauf une laquelle ?
A- Carcinome hépatocellulaire.
B- Angiosarcome.
X C- Métastase hépatique.
D- Cholangiocarcinome.
E- Angiome hépatique.

12- La mise en évidence d'une masse abdominale à l'examen clinique impose des examens complémentaires dominé par : (Cochez la ou les bonnes réponses)
A- ASP debout face.
X B- L'échographie abdomino-pelvienne.
C- IRM abdominale.
D- Scopie digestive.
X E- Scanner abdomino-pelvienne.

13- Le Bézoard gastrique est : decendre
X A- Une affection des sujets jeunes perturbés par des descendes psychologiques.
X B- Favorisé par des troubles moteurs du pylore.
C- Accumulation de cheveux et de poils dans la lumière gastrique.
D- Son traitement est essentiellement chirurgical.
X E- Affection rare.

14- Sur le plan anatomo-pathologique, l'appendicite ulcéreuse et suppurée correspond à ? Cochez la ou les bonnes réponses.
A- L'appendice est verdâtre.
B- Un appendice en batton de cloche.
X C- L'appendice est rouge.
X D- La réaction péritonéale est de type séreux.
E- La réaction péritonéale est de type sero-purulent.

15- Concernant les mécanismes des occlusions mécaniques, la mise en jeu de l'ischémie vasculaire se voie dans les cas suivants lesquels ?
A- Une compression extrinsèque.
X B- Un volvulus.
C- Une obstruction de la lumière intestinale par un corps étranger.
X D- Un télescopage.
E- Des troubles ioniques type hypokaliémie.

16- Concernant la tuberculose intestinale quelles sont la ou les propositions justes :
A- L'atteinte abdominale par la tuberculose représente 10% de l'ensemble des localisations.
B- L'ascite est de type transsudat dans la forme péritonéale.
X C- Un syndrome de Koenig peut être retrouvé.
D- Le dosage de l'ADA dans le liquide d'ascite a une sensibilité de 56%.
X E- La laparoscopie peut réalisée des biopsies.

17- Face à une hémorragie digestive massive avec endoscopie haute négative que peut-on prescrire ?
A- Un doppler.
X B- Un angioscanner
C- Une coloscopie.
D- Un lavement baryté.
X E- Une rtériographie.

18- Le tableau d'infarctus entero mésentérique constitué est composé de : (Cochez les bonnes réponses)
X A- Altération de l'état général.
B- Disparition de la douleur abdominale.
X C- Diarrhée sanguinolante.
X D- Défense voire contracture.
E- Exagération des bruits hydroaeriques à l'auscultation.

univ.ency-education.com

19- Les hernies de Morgagni de caractérisent par : (Cochez la ou les bonnes réponses)
A- Elles sont fréquentes.
B- Se voient le plus souvent à gauche.
C- Il n'ya pas de sac herniaire.
X D- Les complications à type d'étranglements sont rares.
E- Le développement à la partie postero-latérale du diaphragme.

20- Parmi les mécanismes suivants lesquels correspondent à ceux de la contusion abdominale.***
X A- Ecrasement.
B- L'arme à feu.
X C- Décélération brutale.
D- Arme blanche.
X E- Propagation d'ondes de pression.

21- Un kyste hydatique du segment VIII du foie peut être responsable de : (Cochez la ou les bonnes réponses)
A- Une HTP.
X B- Une biliptisie.
X C- Un syndrome de Budd-Chiari.
D- Une compression de la voie biliaire principale.
E- Un syndrome de Bouveret.

22- Parmi les mesures prophylactiques qui doivent être prises, les quelles correspondent à la prévention du kyste hydatique.
X A- Education sanitaire des populations.
B- Incinération de carcasses infestées.
C- Abattage des chats et chiens errants.
X D- Déparasitage obligatoire des chiens domestiques.
X E- Enterrement des viscères infestés.

23- Concernant l'abcès postopératoire du cul de sac de Douglas, Quelles sont les propositions justes ?
A- Douleur épigastrique.
X B- Pollakiurie.
X C- Ténesmes.
D- Absence de fièvre le plus souvent.
E- Traitement par laparotomie est indispensable.

24- L'adénopathie de troisiér lors d'un cancer du rectum se situe : (Cochez la bonne réponse)
A- En inguinal droit.
B- En inguinal gauche.
C- En axillaire droit.
D- En axillaire gauche.
X E- En sus claviculaire gauche.

25- Lors d'une pancréatite aigue, la tache ecchymotique péri-ombilicale porte le nom de (Cochez la bonne réponse)
A- Signe de Glascow.
X B- Signe de Gullen.
C- Signe de Grey Turner.
D- Signe de dieu LaFoy.
E- Signe d'Imerie.

26- Lors d'une HTP, le mécanisme des blocs intra hépatiques correspondant à :
A- Thrombose de la veine porte.
X B- Cirrhose biliaire secondaire.
X C- Bilharziose.
D- Syndrome de Budd Chiari.
E- Infection par cathétérisme ombilical.

27- La triade clinique qui caractérise d'un pseudo kyste du pancréas correspond à :
A- Douleur – fièvre – ictère.
B- Douleur – ictère – grosse vésicule.
X C- Douleur épigastrique, masse – perte pondérale.
D- Douleur – ténesme – hémorragie.

28- Concernant la lithiase résiduelle : (Cochez la ou les bonnes réponses)
A- Est d'origine vésiculaire.
B- Est autochtone.
C- Elle peut se manifester par des coliques hépatiques.
D- Elle peut se manifester par un prurit.
E- Son traitement est souvent chirurgical.

univ.ency-education.com

29- Dans l'ingestion de produit caustique le stade IIa, correspond à :
A- Une nécrose localisée.
B- Un érythème diffus.
C- Un érythème localisé.
D- Une ulcération localisée.
E- Une ulcération étendue.

30- Dans la lithiase de la voie biliaire principale : Cochez la ou les bonnes réponses concernant les examens morphologiques
A- L'échographie est l'examen de 1ère intention et peut objectiver plus de 90% des calculs.
B- L'écho endoscopie est un examen très sensible à demander devant un doute diagnostic.
C- La TDM est demandée en cas de signes indirects de lithiase de la voie biliaire principale à l'échographie.
D- La Bili IRM objective le siège, le nombre de calcul et d'éventuelle complication viscérale.
E- La CPRE (Cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique) est disponible au diagnostic.

Cas Clinique N°01

Patiente âgée de 47 ans, consulte au pavillon des urgences chirurgicales pour douleurs abdominales diffuses évoluant depuis 10 jours prédominantes au niveau de la FID avec vomissements alimentaires et des troubles du transit à type de constipation. Dans ses antécédents on note la notion de lombalgies d'allure inflammatoire, la patiente a consulté au paravant plusieurs fois ou un traitement pour colopathie fonctionnelle a été prescrit.
L'examen clinique retrouve une patiente consciente, en bon état général, TA :140/80 mmhg, fréquence cardiaque à 95/mn, T° à 38.7c° La palpation abdominale retrouve une masse dure mal limitée, sensible, fixe, profonde au niveau de la FID sans contact lombaire remontant au niveau du flanc droit de 11cm de grand axe. Le reste de l'examen clinique est sans particularité de même que le toucher rectal.

31- Quels diagnostics évoquez-vous ?
A- Tumeur pariétale.
XB- Plastron appendiculaire.
XC- Abcès appendiculaire.
XD- Tumeur de caecum infectée.
E- Tumeur du rein droit.

32- Parmi les examens morphologiques à visée diagnostique quel (s) est (sont) celui (ceux) que vous réalisez dans le cadre de l'urgence ?
A- Radiographie de l'abdomen sans préparation.
XB- Echographie abdominale.
C- Coloscopie avec biopsie.
XD- TDM abdominale avec infection de produit de contraste.
E- Lavement baryté.

33- Selon le bilan morphologique que vous avez choisi dans la question précédente, on retrouve une agglutination d'anses intestinales inflammatoires et d'épiploon autour d'un appendice à paroi épaisse avec présence d'une collection de 3 cm de grand axe perilésionnel et un discret épanchement au niveau de la FID associé à une distension des anses grêles sans image d'obstacle visible. Le bilan biologique montre : globule blancs 23000/mm^3 ; CRP 200mg/l. le bilan rénal normal.
Au vues de ces résultats, quel est votre conduite à tenir ?
A- Hospitalisation + antibiothérapie+ appendicectomie en urgence.
B- Hospitalisation + antibiothérapie+ appendicectomie 48 heures après.
·C- Hospitalisation + antibiothérapie+ appendicectomie n 10éme jour.
XD- Hospitalisation + antibiothérapie+ appendicectomie dans deux mois.
E- Hospitalisation + antibiothérapie+ drainage echoguidée de la collection péri lésionnelle.

34- Le chirurgien de garde a hospitalisé la malade et au 3éme jour de son hospitalisation, on note une accentuation de la douleur abdominale avec une hyperthermie à 39.8c°. la palpation abdominale retrouve une masse mal limitée au niveau de la FID, fluctuante remontant au niveau du flanc droit de 12cm de grand 'axe. Le reste de l'examen est sans particularité. La biologie montre des GB 25000/mm^3 et une CRP 650mg/l. L'écho de contrôle révèle une augmentation de la collection à 10cm, devant ce tableau, il s'agit probablement de ? (Cochez la bonne réponse).
A- Abcès appendiculaire nécessitant un drainage radiologique et appendicectomie le lendemain.
B- Abcès appendiculaire nécessitant un drainage chirurgical et appendicectomie 48 heures après.
XC- Abcès appendiculaire pouvant nécessiter un drainage radiologique et appendicectomie à distance ou drainage chirurgicale avec ou sans appendicectomie.
D- Péritonite appendiculaire en trois temps nécessitant une chirurgie d'urgence.
E- Evolution favorable.

univ.ency-education.com

35- La patiente a été traitée. A la 2ème semaine de son hospitalisation, une TDM abdominale effectuée retrouve l'absence de collection intra abdominale, appendice non visualisé, épaississement mésentérique avec de nombreuses adénopathies. Que proposez-vous ? (Cochez la bonne réponse)

A- Une appendicectomie avant la sortie de la malade.
B- TDM abdominale+lavement baryté avant la sortie de la malade.
C- Sortie, surveillance clinique et radiologique pendant un an et abstention en cas de bonne évolution ?
X D- Sortie, surveillance clinique et radiologique puis appendicectomie au 2ème mois.
E- TDM abdominale+coloscopie deux mois après la sortie.

Cas Clinique N°02

Une femme âgée de 30 ans, consulte pour une douleur pelvienne évoluant depuis 03 jours. A l'examen une défense pelvienne.

36- Parmi les éléments suivants, lequel est hors contexte?

A- Signes d'accompagnement de la douleur.
B- Date des dernières règles.
C- Antécédents.
D- Siège initial de la douleur.
X E- Coloration des urines et des selles.

37- Quels éléments manquent à l'examen clinique ?

A- Examen de l'extrémité céphalique.
X B- Pouls, TA, T°.
C- Examen des membres inférieurs.
X D- Les touchers pelviens.
E- Examen de la gorge.

38- Une échographie abdomino-pelvienne faite a objectivé une collection épaisse au niveau du cul de sac de Douglas de 14x12 cm dans un contexte febril, Quelles affections parmi les suivantes peuvent être à l'origine de ce tableau?

X A- Appendicite aigue pelvienne.
X B- Diverticulite sigmoïdienne.
X C- Pyosalpinx.
D- Kyste hydatique du foie de 03cm.
E- Kyste fonctionnel ovarien.

39- Non traité, l'abcès peut évoluer vers : (Cochez les bonnes réponses).

A- Une fistule avec le colon transverse.
X B- Une péritonite.
C- Une résorption spontanée.
X D- Une fistule avec le vagin.
E- Une fistule avec les vaisseaux iliaque.

40- Quel est le traitement approprié (Cochez la ou les bonnes réponses)

A- Antibiothérapie seule.
B- Drainage de l'abcès par laparotomie.
C- Drainage de l'abcès par cœlioscopie.
D- Drainage radiologique de l'abcès.
X E- Antibiothérapie associée à un drainage de l'abcès et traitement éventuel de la cause.

univ.ency-education.com

Partie Anatomie Pathologique :Module de Gastroenterologie (25-01-2018)

41- Quelles sont les aspects histologiques de la maladie de Crohn:

X A- Les fissures
X B- Les fistules.
C- Les pseudopolypes.
D- L'aspect en pavés de la muqueuse.
E- La rigidité de la paroi.

42- La maladie de Crohn se caractérise par :

X A- Une Sclérolipomatose
B- Une atteinte rectale constante.
C- Un risque de cancérisation important
X D- Une lésion transpariétale
X E- La présence de zones saines dans la muqueuse

43 - Les cellules tumorales dans les tumeurs carcinoïdes présentent :

X A- Une disposition cordonale
X B- Une disposition insulaire
C- Un aspect fusiforme
D- Un cytoplasme très peu abondant
E- Une positivité aux anticorps anti CD3 et anti CD20

44 - Les tumeurs stromales gastro-intestinales ont les caractères suivants :

X A – Macroscopiquement, forment une masse sous-muqueuse
X B – Histologiquement, faites de cellules fusiformes ou épithéloides
C – Les cellules tumorales sont AML positives.
D – Leur siège est préférentiellement grelique.
E – Se développent à partir des cellules musculaires lisses.

45-Le risque de malignité pour un polype adénomateux est corrélé à :

A- L'âge du malade
B- Sa localisation
C- L'aspect du chorion
X D- La sévérité de la dysplasie
X E- Sa taille

46 – Le polype Peutz-Jeghers peut présenter :

X A- Une surface lobulée
B- Fréquemment des foyers de dysplasie
X C- Un chorion musculaire
D- Une ulcération de surface
X E- Un pédicule

47-La RCUII se caractérise par :

A- Des fissures fréquentes
X B- La présence d'ulcérations.
C- Une atteinte iléale constante
X D- L'absence de follicules épithélio-gigantocellulaires
E- L'absence de sclérolipomatose.

48-L'adénome pléomorphe des glandes salivaires se présente :

X A-Un nodule bien encapsulé avec un bon plan de clivage.
B-Avec une infiltration des tissus de voisinages.
X C-Avec un stroma chondroide et myxoide caractéristique.
X D-Composé de cellules épithéliales et myoépithéliales peu atypiques.
E-Avec des engainements perinerveux fréquents.

49-Le carcinome muco-épidermoide des glandes salivaires est :

A-Une tumeur maligne toujours de haut grade
X B-Une tumeur infiltrante non encapsulée.
C-De malignité borderline.
X D-La prédominance du contingent mucosécrétant est associé à un faible grade.
E-Les glandes accessoires sont atrophiées

50-Le carcinome adenoide kystique des glandes salivaires est :

X A- De localisation buccale fréquente
X B- présente des engainements perinerveux
X C-Le stroma tumoral est riche en cylindres hyalins.
D-Riche en cellules épidermoides.
E-Un carcinome de type mucineux

51- Parmi les complications du reflux gastro-œsophagien, il y'a :

X A- La sténose peptique de l'œsophage
X B-L'ulcère de l'œsophage
C-Lymphome digestif
X D-L'adénocarcinome endobrachyoesophage
E-Tumeur stromale gastro-intestinale

univ.ency-education.com

52- L'hépatite chronique à virus C se caractérise par la présence de

X A – Une stéatose

X B –Un infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire

C – Des hépatocytes en verre dépoli

D-Desfollicules lymphoplasmocytoides

E – Des corps de Mallory

53 –Laquelle ou lesquelles de ces maladies ne se complique pas de cirrhose

X A- L'hépatite virale A.

B- L'hépatite auto-immune.

C- L'hépatite virale B

D- L'hépatite virale C.

E- L'hépatite médicamenteuse

54 - Parmi les virus suivants lesquels ne peuvent pas provoquer une hépatite chronique :

A- Virus de l'hépatite B

X B- Virus Epstein Barr

c- Virus de l'hépatite C

X D- Virus de l'hépatite A.

X E-Virus CMV

55 - Le (s) facteur (s) de risque du cancer de l'œsophage comporte(nt) :

X A- Haute teneur de l'alimentation en nitrites et en nitrosamines.

X B- Brûlure caustique ancienne de l'œsophage.

X C- Phachomatoses.

D- Varices œsophagiennes

X E- Consommation régulière d'alcool et de tabac.

56- Les corps hyalins de Mallory :

A – Sont retrouvés à l'intérieur des noyaux des hépatocytes

B – Ils prennent une teinte basophile

X C – Se voient dans l'hépatite alcoolique

D– Sont retrouvés en dehors des hépatocytes

E – Peuvent se voir dans les hépatites aigues virale

57-Le score de METAVIR se base sur :

X A- La nécrose lobulaire

B- Le type d'infiltrat inflammatoire

X C- La nécrose péri portale

D- La stéatose hépatique

X E- La fibrose portale

58- Le carcinome hépatocellulaire possède les caractéristiques suivantes :

X A- Une tumeur primitive du foie

X B- Composé d'hépatocytes tumoraux

C- Survient toujours sur une cirrhose

D- Composé de canaux biliaires tumoraux

E- Toujours une tumeur unique.

59- La pancréatite se caractérise macroscopiquement par :

X A- Une nécrose parenchymateuse focale ou confluente.

B- Une infiltration massive par les polynucléaires

X C- Une hémorragie qui peut être massive ou modérée.

D- Une dissection du parenchyme par des foyers chondroïdes

X E- Une cyto-stéatonécrose inter lobulaire et péri pancréatique

60- Le cystadénome séreux pancréatique :

X A- Est une tumeur kystique bénigne

X B- Représente une nette prépondérance féminine (1 % des tumeurs)

C- C'est une cavité anfractueuse et kystique

D- La cavité kystique est bordée par un épithélium transitionnel.

E- Le diagnostic positif se fait grâce à l'immunohistochimieles Apomucines (MUC1,MUC3)

BON COURAGE

univ.ency-education.com

CONTROLE DE STAGE

Cas clinique n° 01

Patient âgé de 65 ans, hypertendu depuis 2 ans, consulte pour ictère cutanéo- muqueux évoluant depuis 10 jours. Il est en bon état général, apyrétique avec de bonnes constantes hémodynamiques. Il pèse 80kg pour une taille de 1m75.

61- quelle est votre conduite à tenir ?
- A- Examen clinique complet+NFS+bilan hépatique.
- B- Examen clinique complet+IRM abdominale.
- C- Examen clinique complet+ NFS+échographie abdominale.
- D- Examen clinique complet+sérologie virale.
- *E- Examen clinique complet+bilan hépatique+échographie abdominale.

62- A l'interrogatoire, le patient rapporte la notion d'un prurit apparu la veille de sa consultation.. Parmi les propositions suivantes laquelle ou lesquelles est ou sont justes ?
- A- La sémiologie de l'ictère.
- B- La présence de lésions de grattage.
- C- La notion d'urines foncées et de selles décolorées.
- D- La présence d'une grosse vésicule palpable.
- *E- Toutes ses réponses sont justes.

63- Quels est le paramètre inutile dans le bilan biologique chez ce patient ?
- A- Numération formule sanguine+taux de prothrombine.
- B- Trans aminases : ASA+ALAT.
- XC- Triglycérides+cholestérol+facteur V.
- D- Phosphatases alcalines + gamma glutamyl transférase.
- E- Bilirubine totale + bilirubine directe + bilirubine indirecte.

64- Le bilan biologique a confirmé la nature choléstatique de l'ictère, le test de KOHLER a permis de corriger le taux de prothrombine et la FNS était normale. L'échographie abdominale a objectivé une dilatation des voies biliaires intra et extra hépatiques. Une vésicule biliaire à paroi fine, très distendue et lithiasique. Le pancréas n'a pas pu être exploré en raison de l'abondance des gaz digestifs. Quel(s) (sont) le (les) diagnostic (s) à évoquer ?
- A- Cholécystite aigue.
- B- Cancer de la convergence biliaire.
- C- Lithiase de la voie biliaire principale.
- D- Angiocholite aigue.
- XE- Ampullome vatérien.

65- Un scanner thoraco-abdominopelvien a été réalisé. Il a objectivé une masse de 2 cm de la tête du pancréas, une dilatation des voies biliaires intra extra hépatiques avec une vésicule biliaire distendue. Il n'existe pas d'atteinte de la veine et de l'artère mésentérique supérieure. Quel traitement proposez-vous ?
- A- Chimiothérapie seule.
- B- Radiothérapie associé à une chimiothérapie.
- C- Chirurgie de dérivation associée à une chimiothérapie
- D- Prothèse biliaire associé à une chimiothérapie.
- *E- Chirurgie d'exérèse par duodéno-pancréatectomie céphalique.

Cas Clinique N°02

Un homme âgé de 65 ans, diabétique sous ADO, avec notion d'éthylisme il y'a 30 ans, qui consulte aux urgence chirurgicales pour douleurs au niveau HCD, fièvre à 40c°.

66- A quels diagnostics pensez vous ?
- XA- Cholécystite aigue.
- B- Pancréatite aigue.
- XC- Angiocholite aigue.
- D- Péritonite aigue.
- E- Occlusion intestinale haute.

67- Quels examens biologiques et radiologiques demandez vous pour ce malade ?
- XA- Echographie abdomino-pelvienne.
- B- ASP centre sur les coupoles diaphragmatiques.
- XC- FNS complète.
- D- FDH.
- XE- Glycémie.

68- Les explorations retrouvent un diabète déséquilibré, des GB à 20000, une masse du segment III et IV du foie d'environ 7 cm de calibre avec vésicule à paroi épaisse multi-lithiasique, Quels autres examens demandez vous pour mieux explorer cette masse ?

univ.ency-education.com

X A- TDM abdomino-pelvienne injecté.
B- Hémoculture.
X C- Alpha foeto protéines.
D- R(X) du thorax centre sur la coupole diaphragmatique droite.
X E- Bilan hépatique (TGO, TGP).

69- les explorations radiologiques montrent une image atypique avec des marqueurs tumoraux à 350 mg/ml. Quel examen demandez-vous pour confirmer la nature de cette masse?
A- IRM abdomino-pelvienne.
B- Bilan de choléstase.
X C- Biopsie écho-guidé+ étude histologique.
D- Echo-endoscopie
E- Entero-scanner.

70- L'Ana-Path élimine une masse tumorale et confirme le diagnostic d'abcès hépatique parmi les signes présente par le malade quel sont ceux en faveur de ce diagnostic. Toutes les réponses sont justes sauf une laquelle ?
A- Fièvre à 40c°.
B- GB : 20000.
X C- A FP à350mg/ml.
D- Diabète.
E- Ana-Path : pas de tumeur.

Cas Clinique N°03

Un homme de 25 ans non vaccinée contre l'hépatite B, se plaint de puis 10 jours d'asthénie, d'anorexie intense, d'arthralgie. L'examen clinique révèle un sub ictère et des traces d'injections intraveineuses on rapport avec une toxicomanie. Vous évoquez une hépatite virale aigue.

71- L'examen le plus utile pour confirmer ce diagnostic est :
X A- Le dosage des transaminases sérique.
B- La délimitation du taux de prothrombine.
C- L'électrophorèse des protéines plasmatiques.
D- Le dosage dans le sang de la bilirubine libre et conjuguée.
E- La numération formule sanguine.

72- Vis-à-vis de quel virus les drogués partageant leurs seringues constituent-ils un groupe à risque accu d'infection ?
A- Le virus d'hépatite A.
X B- Le virus d'hépatite B.
X C- Agent DELTA.
D- De virus C.
E- Virus herpès simplex.

73- Le diagnostic d'hépatite aigue étant porte chez est homme, la recherche d'AGHBS dans le sang est négative : Quelle recherche doit être positive pour rapporter au virus HB. L'hépatite aigue observée?
X A- La recherche d'anticorps Delta.
B- La recherche d'anticorps Hbs.
C- La recherche d'antigène d'Hbe.
D- La recherche d'anticorps Hbe.
E- La recherche d'anticorps $Ig_M Hb_c$.

74- Après avoir porté le diagnostic d'hépatite aigue a virus HB, vous estimez que le risque de passage à la chromocite est :
A- 1/1000.
B- 1/100.
X C- 1/10.
D- 50%.
E- 95%.

75- Pour parler d'infection chronique à virus HB. Il faut par définition observer dans le sang :
X A- La présence d'AgHbs au de la de 6 mois.
B- La présence d'AgHbe.
C- La présence d'AgHbc.
D- La présence d'AcHbs.
E- L'absence d'Ac anti Hbe.

Cas Clinique N°04

Un homme de 82 ans, aux ATCD de cardiopathie sous traitement, consulte pour un AMG, une distension abdominale évoluant depuis 48 eurs. A l'examen on note un tympanisme diffus. Une sensibilité à la palpation et au TR, L'ampoule rectale est vide. A l'ASP : des iveaux hydroaériques plus larges que hauts, centraux avec un énorme Arsceau périphérique.

univ.ency-education.com

76- Parmi les diagnostics suivants lesquels allez vous évoquer dans un premier :
- A- Une volvulus du jéjunum.
- ✗B- Un cancer colique en occlusion.
- C- Un iléus biliaire.
- D- Une pancréatite aigue.
- ✗E- Un infarctus mésentérique.

77- Parmi les explorations suivantes lesquelles aideront au diagnostic ?
- A- Une amylasemie.
- B- Une échographie abdomino-pelvienne.
- ✗C- Angioscanner.
- D- IRM abdomino-pelvienne.
- ✗E- Un lavement aux hydrosolubles.

78- Après mise en condition et récupérations se toutes les explorations radiologiques et biologiques. On décide d'intervenir et l'exploration chirurgicale retrouve épanchement péritonéale avec des lésions ischémique du colon gauche. Parmi les gestes suivants lesquels allez-vous réaliser ?
- ✗A- Une colectomie gauche avec colostomie.
- B- Une colectomie totale avec anastomose.
- C- Une stomie de proche amont sur baguette.
- D- Anastomose entre le colon transverse et le haut rectum.
- E- Une iléostomie.

79- Les suites opératoires ont été simple après 1 année, le patient revient pour un 2eme syndrome occlusif, cette fois ce haut, Quel (s) diagnostic (s) évoquez vous ?
- ✗A- Un infarctus enteromésenterique.
- B- Un IDM postéro-diaphragmatique.
- C- Une pancréatite.
- ✗D- Une occlusion sur brides.
- E- Une péritonite post opératoire.

80- Parmi les conduites suivantes laquelle allez vous proposer immédiatement, à l'admission après avoir précisé aux explorations l'intégrité vasculaire et des organes pleins.
- A- Opérer immédiatement par laparotomie.
- B- Faire une cœlioscopie exploratrice.
- ✗C- Mise en conditions et bilan biologique.
- D- Libérer le patient avec expectative à domicile.
- E- Un lavement évacuateur.

Bon courage
DR BENNAMOUN

univ.ency-education.com