EPREUVE DE GASTRO ENTEROLOGIE 3EME ROTATION
Du 19.04.2015

1- Un RGO peut se manifester par : cochez les bonnes reponses

- A - Une toux nocturne.
- B - Rectorragies.
- C - Gingivorragies.
- D - Otites à répétition.
- E - Hémoptysie.

2- Quelles sont les caractéristiques de la dysphagie au cours de l'achalasie du cardia ?

- A - D'aggravation progressive.
- B - L'ancienté.
- C - Intéresse surtout les solides que les liquides.
- D - Paradoxale, capricieuse.
- E – En rapport avec un RGO dans tous les cas.

3- Quel est l'examen clé qui permet de confirmer la maladie des spasmes diffus de l'œsophage ?

- A - Scintigraphie gastrique.
- B - PHmétrie des 24h.
- C - TOGD.
- D - FOGD.
- E – Manométrie œsophagienne.

4- Quel moyen thérapeutique indiqué en première intension au cours de l'achalasie ?

- A – Myotomie chirurgicale du SIO.
- B - Dilatation pneumatique du SIO.
- C - Injection de toxines botuliques.
- D – Dilatation endoscopique du SIO par bourgies de Savary.
- E – Dérivés nitrés.

5- Quel est le traitement de la première décompensation ascitique chez le cirrhotique ?

- A –Ponction évacuatrice de l'ascite sans perfusion d'albumine 20%.
- B - Régime hyposodé.
- C - Restriction hydrique.
- D - Spirinolactone.
- E – Fluoquinolone pendant une semaine.

6- La vidéo capsule est indiquée dans :

- A – La suspicion d'une sténose grelique.
- B - Le diagnostic de polypose digestive grelique.
- C - Le saignement digestif avec une fibroscopie digestive haute normale.
- D – Le diagnostic positif de maladie de crhon grelique suspendue.
- E – Le diagnostic de tumeur carcinoïde grelique

7- Quelles sont les indications de la coloscopie ?

- A – Une constipation récente chez un sujet après 50 ans.
- B - Une diverticulite aigue non compliquée.
- C - Une colectasie.
- D – Le diagnostic étiologique de diarrhée chronique.
- E – Un épaississement colique à l'échographie.

8- Les contre-indications de la fibroscopie digestive haute sont :

A – Trouble de conscience chez un sujet intubé.
B - Perforation gastrique.
C - Le diverticule de Zenker.
D – État de choc.
E – Insuffisance cardiaque décompensée.

9- La polypose adénomateuse familiale est : (Cochez la bonne réponse)

A – Une maladie héréditaire à transmission autosomale récessive.
B - Caractérisée par une évolution spontanée vers le cancer.
C - Accompagnée d'un retard de croissance chez l'enfant.
D – Associée parfois à des tumeurs desmoides.
E – Traitée par une colectomie totale avec anastomose iléo anale.

10- Parmi les propositions suivantes quelles sont les manifestations extra digestives de la polypose adénomateuse familiale.

A – Tumeurs desmoides.
B - Hyper pigmentation rétinienne.
C - Manifestations cutaneo muqueuse type lentiginose periorificielle.
D – Tumeur mammaire.
E – Ostéomes.

11- Concernant L'infarctus entéro-mésentérique ; lesquelles de ces propositions sont justes :

A – C'est une urgence abdominale fréquente.
B - Il est le plus souvent secondaire à une obstruction de l'artère mésentérique supérieure.
C - Les douleurs abdominales dominent le tableau clinique.
D – La tomodensitométrie abdominale permet de poser le diagnostic.
E – Le traitement doit toujours associer une revascularisation mésentérique et une résection intestinale.

12- L'infarctus enteromésenterique peut être secondaire à :

A – Des troubles du rythme.
B - Une cholécystite aigue lithiasique.
C - Une chirurgie cardiaque avec circulation extracorporelle.
D – Une maladie athéromateuse non compliquée.
E – Une prise d'oestroprogestatifs.

13- Parmi les conséquences de l'infarctus entéro-mésentérique :

A – Une hypokalémie.
B - Une CIVD.
C – Un choc hypovolémique.
D – Une alcalose métabolique.
E – Un choc septique.

14- Concernant les hémorroïdes externes, quelles sont les propositions justes ?

A –Les hémorroïdes sont situées sous l'épithélium malpighien de la marge anale.
B - Les hémorroïdes sont situées au dessus de la ligne pectinée.
C – Peuvent se manifester par un prolapsus hémorroïdaire.
D – La thrombose hémorroïdaire externe est leur principale manifestation.
E – Leur pathogénie n'est pas claire.

15- Les fistules anales sont caractérisées par :

A – Un orifice primaire situé au niveau de la ligne pectinée.
B - Un orifice secondaire situé au niveau de la ligne pectinée.
C - Une infection des glandes d'Herman et de Desfosses par des germes spécifiques.
D – Une guérison sous traitement antibiotique.
E – Un orifice secondaire cutané mis en évidence à l'inspection de la marge anale.

16- Le diagnostic de fissure anale jeune repose sur plusieurs arguments lesquels ?

A –Douleur anale insomniante et pulsatile.
B - Aspect en raquette de la fissure de siége commissural postérieur.
C - Presence d'un marisque sentinel.
D – Hypertonie sphinctérienne au TR.
E – L'examen sous anuscopie.

17- Concernant la douleur de la thrombose hémorroïdaire externe, quelles réponses sont justes ?

A – Elle est pulsatile.
B - Elle est déclenchée et rythmée par la défécation.
C – Pose diagnostic différentiel avec l'abces de la marge anale.
D – Elle est soulagee par la ligature élastique.
E – Elle est soulagée par l'incision de la thrombose et l'évacuation du caillot sanguin.

18- Parmi les propositions suivantes, concernant le syndrome de Mirizzi laquelle (ou lesquelles) est (sont) exactes ?

A – C'est une obstruction de la voie biliaire principale par une lithiase influndibulaire.
B - Il est du à un blocage d'un calcul dans le canal cystique.
C - Il est pathognomonique d'une pancréatite aigue.
D – Il est secondaire à une compression de la voie biliaire principale par un calcul du collet vésiculaire.
E – C'est une rupture d'un kyste hydatique du foie dans la voie biliaire principale.

19- Une patiente âgée de 40 ans ayant subi trois laparotomies, présente une cholécystite aigue lithiasique. Quel est le meilleur traitement à lui proposer ?

A – Une cholécystectomie par voie coelioscopique.
B - Une cholécystotomie.
C - Une ponction de la vésicule biliaire sous échographie.
D – Un drainage biliaire par un drain de Kehr.
E – Une cholécystectomie conventionnelle et cholangiographie per opératoire.

20- La cholécystite aigue lithiasique se manifeste par un ou plusieurs signes cliniques suivants lesquels?

A – L'ictère.
B - Les urines foncées.
C - La douleur.
D – La défense.
E – Le prurit.

21- Les cholécystites aigues lithiasiques se manifestent par un (ou des) signe (s) biologiques lequel (ou lesquels) ?

A - Une thrombopenie.
B - Une hyper bilirubinémie.
C - Une hyperamylasémie.
D – Une hyperleucocytose.
E – Une CRP élevée.

22- La cholécystite aigue lithiasique peut présenter des complications en l'absence de toute prise en charge. Parmi les propositions suivantes laquelle (ou lesquelles) est (ou sont) justes.

A – L'ileus biliaire.
B - La pancreatite aigue.
C - Un calculocancer.
D – L'hémobilie.
E – Une hypertension portale.

23- Concernant le pseudo kyste du pancréas (Cochez la ou les bonnes réponses)

A – Le traumatisme du pancréas est la principale étiologie.
B - Il peut être asymptomatique.
C - L'imagerie a un triple rôle.
D – L'infection du kyste est la complication la plus fréquente.
E – L'adénocarcinome pancréatique est un diagnostic différentiel.

24- Une pancréatique aigue se définit par : (Cochez la ou les réponses justes)

A – Une douleur avec des collées de nécrose pancréatique.
B - Une douleur avec une hyper amylasemie.
C - Une douleur avec une hyperamylasurie.
D – Une douleur avec une hyperlipasemie.
E – Une douleur avec une hyperlipasurie.

25- Une image échographique de kyste hydatique du foie hétérogène avec des zones hyperéchogénes et d'autres hypoéchogénes associées à des calcifications périphériques est classé selon la classification de Gharbi comme suit :

A – Stade I.
B - Stade II.
C - Stade III.
D – Stade IV.
E – Stade V.

26- Pour se protéger du kyste hydatique, un individu doit prendre les précautions suivantes :

A – Ne pas consommer de viande mal cuite.
B - Ne pas consommer des crudités mal lavées.
C - Ne pas consommer des abats contenant des poches hydatiques.
D – Ne pas consommer la viande d'une bête dont les abats sont infestés.
E – Laver ses mains avant les repas.

27- L'iléus biliaire est : (Cochez la bonne réponse)

A – Une occlusion intestinale par obstruction.
B - Une invagination intestinale.
C - Un volvulus du grêle.
D – Un volvulus du colon.
E – Une cholécystite aigue avec iléus paralytique.

28- Parmi les causes d'hémorragies digestives suivantes lesquelles peuvent être responsables de réctorragies ?

A – Un ulcère duodénal qui saigne abondamment.
B - Un diverticule de Meckel.
C - Une tumeur sigmoïdienne.
D – Des hémorroïdes.
E – Un ulcére solitaire du rectum.

Cas clinique n°01

Mr BA âgé de 65 ans aux ATCD de perforation d'ulcère opéré se présente à la consultation pour l'apparition récente d'une tuméfaction de l'aine à gauche.

29- Quels sont les diagnostics possibles :

A – ADP inguinale.
B - Hernie crurale.
C - Hernie inguinale.
D – Eventration inguinale.
E – Hernie de spigel.

30- Quels sont les facteurs prédisposant à la constitution d'une hernie?

A - Asthme.
B - HTA.
C – Intervention anterieure.
D – Hypertrophie benigne de la prostate.
E – Obésité.

31- Quels sont les critères d'une hernie non compliquée ?

A - Indolore.
B - Impulsive à la toux.
C - De petite taille.
D – Ne contenant pas une anse grêle.
E – Réductible.

32- Une hernie oblique externe répond aux critères suivants :

A – Siège en dedans des vaisseaux épigastriques.
B - Siège en dehors des vaisseaux épigastriques.
C - Se trouvent au dessus de la ligne de malgaigne.
D – Est toujours acquise.
E – Est une hernie indirecte.

Mr B.A ne s'est pas fait opéré, après 3 mois il s'est présenté aux urgences chirurgicales pour douleur abdominale des vomissements, et AMG depuis 4 heures.

33- A quoi pensez-vous ?

A – Une hernie étranglée.
B - Un engouement herniaire.
C – Une phlegmon pyostercorale.
D –Une occlusion sur bride.
E –Un volvulus du grêle.

L'examen clinique retrouve une modification des critères de la hernie et l'échographie faite en urgence conclue à une hernie compliquée à contenu digestif viable.

34- Que peut révéler l'ASP ? (Cochez les bonnes réponse)

A – Un pneumopéritoine.
B - Une grisaille diffuse.
C - Un seul niveau hydro-aérique.
D – Des NHA plus hauts larges.
E – Des NHA plus larges que hauts.

35- Quel est l'ordre juste des temps de l'intervention ? (1- Herniorraphie 2- Kellotomie 3- Drainage 4- Incision 5- Résection du sac).

A – 4 5 2 1 3.
B – 4 2 5 1 3.
C – 2 4 5 3 1.
D – 4 5 1 2 3.
E – 4 2 5 3 1.

Cas clinique n°02

Un patient de 45 ans, au seul antécédent de lithiase vésiculaire non opéré, a été admis aux urgences pour un ictère cutanéo-muqueux franc, douleur de l'hypocondre droit, et fièvre chiffrée à 38°c, le tout évoluant depuis 03 jours ; par ailleurs il était stable, TA : 12/7 mmhg. Biologie : BT :4N, PAL : 2.5N, TP ◄ bas, GB :11000, transaminases : 3N, et marqueurs tumoraux non augmentés. Echographie abdominale : vésicule biliaire multi lithiasique, à paroi épaissie, et dilatation de la voie biliaire principale à 11 mm sans obstacle écho-décelable.

36- Quel(s) diagnostic (s) allez-vous évoquer en priorité ?

A – Cholécystite aigue.
B - Lithiase vésiculaire+tumeur de la tête du pancréas.
✓ C - Cholécystite aigue+ angiocholite.
D – Lithiase vésiculaire+hépatite virale.
E – Lithiase vésiculaire+ lithiase de la voie biliaire principale.

37- Quelle association clinique correspondrait au diagnostic que vous avez retenu :

A – Gros foie de stase+urines foncées+ selles décolorées.
B - Vésicule palpable+hépatomégalie+prurit.
C - Gros foie de stase+ vésicule palpable+ colique hépatique.
D – Colique hépatique+ vésicule palpable+prurit.
E – Prurit+urines foncées + selles décolorées.

38- Quel examen morphologique spécifique, vous permettra t-il de peaufiner votre diagnostic ?

A -Tomodensitométrie.
B - Bili-IRM.
✓ C - Echo endoscopie.
D -CPRE.
E – Artériographie.

39- Votre diagnostic devenu ainsi certain, un traitement médical adapté a été instauré, Quel traitement complémentaire conviendrait à notre patient :

✓ A –SE+ cholécystectomie.
B - Duodénopancréatectomie céphalique.
C - Cholécystectomie, cholédocotomie et extraction des calculs par voie coelioscopique.
D – Sphinctérotomie endoscopie en urgence, et cholécystectomie différée.
E – Cholécystectomie et cholédocotomie et extraction des calculs par voie conventionnelle.

Entretemps et avant le passage à l'acte, l'état général du patient s'est altéré ; il a installé un état de choc, finalement jugulé par une réanimation adaptée. Une lipasémie faite en urgence, s'est révélée à 05 fois la normale.

40- Votre attitude thérapeutique doit-elle changer ? si oui, qu'allez-vous faire?

A – SE + cholécystectomie en urgence.
B - Duodéno-pancréatectomie céphalique+ cholécystectomie.
C - Cholécystectomie et extraction des calculs par voie coelioscopique.
D – SE en urgence, et cholécystectomie différée.
E – Cholécystectomie, cholédocotomie et anastomose bilio-digestive.

CONTRÔLE de Gastroenterologie : Partie Anatomie Pathologique (le 16Avril 2015)

Cochez la ou les bonnes réponses

41- La PBH doit obéir à la technique suivante :
A- La carotte doit être ≥ à 1.5 cm
B- La carotte doit comporter au moins 11 espaces portes.
C-La carotte doit être < à 1.5 cm
D- La carotte doit comporter au plus 15 espaces portes
E- La carotte doit être multicentrique

42- Quelle que soit la technique de PBH utilisée, l'étude histologique doit nous renseigner sur la:
A- Présence d'une fibrose
B- Présence d'un infiltrat inflammatoire,
C-Présence d'une stéatose
D-Présence d'une nécrose
E-Présence d'une autre lésion

43- Les colorations utilisées pour la technique de lecture de la PBH sont :
A- Hemalun éosine safran : HES
B-Trichrome de Masson pour la mise en évidence du collagène
C-Gordon-Sweet pour la visualisation de la trame réticulinique
D-Perls pour la mise en évidence du fer,
E-Le giemsa la mise en évidence de l'Helicobacter pylori

44-Dans les hépatites aiguës, plusieurs formes de nécrose peuvent être distinguées :
A-Nécrose caséeuse calcifiée
B-Nécrose focale ponctuée
C-Nécrose de nature fibrinoïde
D-Nécrose confluente, touchant un groupe plus étendu d'hépatocytes.
E-Nécrose péri portale, sans fibrose portale et péri portale.

45-L'hépatite aigue commune se caractérise macroscopiquement par :
A- Un foie augmenté de volume
B- Un foie de couleur verdâtre
C-Le volume du foie est subnormal,
D-La capsule apparaît lisse,
E-Un foie de couleur rouge jaunâtre, subictérique.

46 - L'hépatite aigue fulminante :
A-S'observe 3 – 6 jours après le début de l'hépatite
B-Le foie est de volume normal ou légèrement Hypertrophique.
C-La consistance est molle remaniée par de larges nappes grises jaunâtres.
D-Microscopiquement le foie est le siège d'une nécrose autolytique majeure
E-L'évolution se fait vers le décès en moins d'une semaine dans un tableau de coma hépatique et d'hémorragie diffuse.

47- Les lésions élémentaires des hépatites chroniques sont :
A-L'infiltrat inflammatoire essentiellement de type lymphocytaire.
B-La présence de nécrose hépatocytaire
C-La présence de corps de COUNCILMAN
D-La ballonisation des hépatocytes avec une clarification du cytoplasme
E-La présence de fibrose à point de départ portal

48-Le carcinome hépato-cellulaire se caractérise microscopiquement par :
A- Une forme nodulaire intra-sinusoïdale
B- Des remaniements nécrotico-hémorragiques
C- Des foyers de cholestase
D- Une dysplasie de haut grade
E- Une intrication de foyers chondro-myxoides.

49 - Parmi les complications du reflux gastro-œsophagien, il y'a :
A- La sténose peptique de l'œsophage
B- L'ulcère de l'œsophage
C- Certaines formes de l'asthme
D- Le cancer sur endobrachyoesophage
E- L'achalasie du sphincter inferieur de l'œsophage

50- La forme nécrotico-hémorragique de la pancréatite aigue se caractérise par la présence de:
A-Zones rouges sombres d'hémorragie
B-Régions grisâtres, molles de nécrose
C-Des foyers de stéato-nécrose disséminés à la surface de l'organe
D-Les altérations vasculaires qui sont quasi-constantes.
E- Les altérations nerveuses qui sont polymorphes

51- L'adénocarcinome pancréatique constitué de cellules cylindriques régulières à noyaux en position basal avec un abondante mucosecrétion est classé :

A- Grade IIa
B- Grade I
C- Grade IIIc
D- Grade III
E- Grade II

52-La forme œdémateuse de la pancréatite :

A- Représente la forme la plus bénigne.
B- Elle s'observe rarement
C- A la macroscopie le pancréas est pâle, œdémateux
D- Le parenchyme est parcouru de vaisseaux congestionnés
E- Le parenchyme est disséqué par des bandes de fibrose.

53- La pancréatite se caractérise macroscopiquement par :

A- Une nécrose parenchymateuse focale ou confluente.
B- Une infiltration massive par les polynucléaires
C- Une hémorragie qui peut être massive ou modérée.
D- Une dissection du parenchyme par des foyers chondroïdés
E- Une cyto-stéatonécrose inter lobulaire et péri pancréatique

54-Le cystadénome séreux pancréatique :

A- Est une tumeur kystique bénigne (1 % des tumeurs)
B- Représente une nette prépondérance féminine
C- Présente une image en nid d'abeilles caractéristique à l'écho TDM
D- Pose un problème de diagnostic différentiel avec les pseudokystes et les cystadénomes mucineux
E- Le diagnostic positif se fait grâce à l'immunohistochimieles : Apomucines (MUC1+,MUC3+)

55- L'aspect microscopique de la cirrhose se caractérise par :

A- Un bouleversement de l'architecture hépatique normale
B- Des lésions de dégénérescence
C- Des nodules de régénération
D- Une fibrose annulaire mutilante
E- Une consistance molle et friable de la glande hépatique

56- L'aspect macroscopique le plus fréquent du carcinome épidermoïde de l'œsophage est :

A- La forme squirrheuse
B -La forme plane
C- La forme ulcéreuse
D- la forme ulcéro-infiltrante
E- La forme végétante

57-L'examen histologique des tumeurs carcinoïdes, montre des cellules tumorales qui :

A- présentent une disposition cordonale
B- présentent une disposition insulaire
C- présentent une disposition indifférenciée
D- Sont monomorphes à cytoplasme très peu abondant
E- Sont à noyau fréquemment mitotique

58 – La RCUH se caractérise par :

A- une atteinte rectale rare
B- une séreuse et un méso sont indemnes
C- Une inflammation transmurale
D- L'absence de granulome
F- La présence de zones saines dans la muqueuse

59-- La maladie de Crohn se caractérise par :

A- La présence de granulomes
B- Une atteinte iléale fréquente
C - Un risque de cancérisation quasi constant
D- Une lésion transpariétale
E- Une atteinte rectale constante

60 - Dans le cancer de l'œsophage on peut rencontrer:

A- La forme diffuse intra-sinusoïdale
B- Des adenocarcinomes mucosecrétants de type intestinal
C- Des aspects polyadénomateux
D- Des formes trabéculaires métaplasiques.
E- Des formes à cellules en bague à chaton de type gastrique

BON COURAGE

CONTROL DE STAGE

Cas Clinique N° 01

Un homme de 60 ans hypertendu, diabétique type I, tabagique à raison de 10 cigarettes/jour, consulte pour des epigastralgies.
Le début de la symptomatologie remonte à 2ans où le malade décrit ses douleurs comme des brulures epigastriques remontant le long du sternum vers le pharynx, cette sensation est volontiers Post-prandiale nocturne surtout, parfois il a des douleurs thoraciques, nocturnes aussi, indépendantes des efforts sans irradiation. L'examen clinique est normal, en dehors d'un excès de poids (BMI=27kg/m^2).

61- Quel diagnostic suspectez-vous devant ce tableau clinique ?
A – Maladie ulcereuse gastrique.
B - Troubles moteurs de l'œsophage.
C - Stenose peptique œsophagienne.
D – Adenocarcinome de l'œsophage.
E – Reflux gastro-œsophagien.

62- Quels seront les principes de votre prise en charge dans ce cadre ?
A – Les anti-acides.
B - Règles hygiéno diététiques.
C - IPP pleine dose.
D – Eradication de l'HP.
E – Realisation d'une FOGD.

63- Deux mois plus tard, le malade commence à ressentir un accrochage du bol alimentaire (aliments solides ---) qui sera facilité par la prise d'une gorgée d'eau, le bilan biologique fait est normal sauf le taux d'hemoglobine qui est à 10.5 g/100ml. VGM=78 microns.
Quel(s) examen (s) complementaire(s) à visée diagnostique s'impose (ent) en première intention ?
A - TOGD.
B - FOGD.
C - Echo-endoscopie digestive haute.
D – Manométrie œsophagienne.
E – Phmetrie des 24h.

64- Qu'attendez-vous de cet (ces) examen(s) ?
A – Carcinome epidermoide de l'œsophage.
B - Sténose œsophagienne.
C - Œsophagite peptique.
D – Endobrachyoesophage.
E – Ulcère gastrique hemorragique.

65- Si votre examen avait révélé une sténose œsophagienne peptique, quel sera votre traitement ?
A - Oesophagectomie.
B - Myotomie de Heller.
C - Dilatations endoscopiques aux bougies de Savary.
D – IPP à double dose.
E – Prokinétiques.

Cas Clinique n°02

Un home âgé de 45 ans, aux ATCD d'épigastralgie qui consulte au PUC pour: - Douleur epigastralgique ; Pâleur cutanéo-muqueuse ; Notion d'hématémèse ; TA: 08/04.

66- Quelle est votre CAT en urgence ?
A – Examen clinique du malade.
B - Demander une FDH.
C – Faire une echographie abdominale.
D -Mise en condition et stabilisation.
E – Orientée le malade vers le service de gastroentérologie.

67- La TA du patient est devenu 12/06 et sa coloration cutanéo-muqueuse s'est améliorée quels examens para cliniques allez-vous demander ?

A –Echographie abdominale.
B - ASP.
C - FDH.
D – R(X) Thorax.
E –FNS.

68- Parmi les critères suivants quels sont ceux qui permettent d'évaluer la gravité d'une hémorragie digestive appelé critères de KAMOC ?

A –Perte sanguine>1l.
B - Vertige + hématémèse.
C – Signes de choc.
D – Hématocrite <27%.
E – Transfusion>1.5l.

69- Un examen endoscopique a été réalisé, quelle est la classification endoscopique utilisée pour évaluer la gravité de l'hémorragie et permet de donner l'indication thérapeutique ?

A - Ranson.
B - Balthazar.
C - Gharbi.
D - Forest.
E – TNM.

70- Un saignement actif en jet de la face postérieure du duodénum a été révélé, Quelle intervention chirurgicale doit on pratiquer :

A – Intervention de Gibson.
B - Intervention de Nabit largot.
C - Intervention de Weinberg.
D – Intervention de Morgan et Melligan.
E – Intervention de Cloteau et Prémont.

Cas clinique n° 03

Un patient de 45 ans, aux ATCD de constipation se présente aux urgences chirurgicales suite a des douleurs abdominales intenses prédominant au niveau de la FID accompagnés de réctorragies de faible abondance – A l'examen on note une masse palpable au niveau de la FID et du flanc droit.

71- Parmi les éléments anamnestiques et cliniques lesquels doivent compléter notre observation ?

A –Antécédents personnels d'hématémèse.
B - L'existence de trouble du transit.
C - La notion d'anémie hémolytique.
D – Le toucher rectal.
E –Les troubles du transit et les vomissements.

72- Sur un cliché d'ASP, on note un niveau unique peripherique plus haut que large, Quel(s) examen(s) allez vous indiquer pour établir un diagnostic?

A –L'échographie.
B - Le colo scanner.
C – Un lavement aux hydrosolubles.
D – Une coloscopie.
E – Une artériographie.

73- Les explorations précédentes ont révélé une image en cocarde au niveau de la FID secondaire au dédoublement des 2 parois , Parmi les mécanismes suivants lequel allez vous évoquer face à ce syndrome occlusif?

A – Une obstruction intraluminale.
B - Un obstruction par compression extrinséque.
C - Une torsion.
D – Une invagination.
E – Un défaut de péristaltisme intestinal.

74-Parmi les cause (s) de ce syndrome la (les) quel (s) allez-vous évoquer?

A – Un lipome colique.
B - Une tumeur colique.
C - Un vovulus du coecum.
D - Une hernie interne.
E – Un plastron appendiculaire.

75-Une intervention chirurgicale est décidée une hemicolectomie droite à été réalisée chez ce patient. Parmi les complications suivantes les quelles sont imputables à ce geste?

A – L'accélération du transit.
B - Les réctorragies.
C - Les vomissements.
D – Les fistules digestives.
E – Les occlusions sur bride secondaire.

Cas Clinique n°04

Une jeune fille de 22 ans arrive au pavillon des urgencies medico- chirurgicales, 2 heures après avoir ingéré ¼ le quart d'un verre de décapefour (NaOH). À l'arrivée la patiente est consiente, agitée,
TA:10/05cm/hg,
π :100bat/mn, dyspneique.

76- Concernant le produit caustique cochez la réponse juste.

A –C'est une base forte.
B - C'est un acide fort.
C – C'est un oxydant.
D – C'est une base faible.
E – C'est un acide faible.

77- Quel est votre conduit à tenir?

A – Hospitalisation de la patiente.
B - Mettre une sonde nasogastrique.
C - Prendre 2 voies d'abord solide pour prélèvement et remplissage.
D – Faire une fibroscopie oesogastroduodenale.
E – Intubation de la patiente.

Aprés avoir mis en condition la patiente, l'examen Clinique retrouve une hypersialorrhée, des épigastralgies. Un abdomen souple à la palpation et l'auscultation pulmonaire est sans particularité . Le bilan biologique (FNS: GB 12000 elt/mm^3, HB: 10g/dl) Bilan renal correct ansi que les gazes du sang. La FOGD montre quelques ulcerations linéaires oesophagiennes et une muqueuse gastrique oedematiée avec des zones de nécrose antrale.

78- Comment allez vous classer ces lesions

A – Stade IIb, œsophage IIIa estomac.
B - Stade IIa oesophage IIIa estomac.
C – Stade IIa oesophage - IIIb estomac.
D – Stade IIb oesophage - IIIb estomac.
E – Stade IIa oesophage - IVestomac.

79- Quelle est votre conduit à tenir thérapeutique?

A – Hospitalisation aux urgences, alimentation parentérale.
B - Operer la patiente en urgence et faire une gastrectomie + jejunostomie d'alimentation.
C – Opérer la patiente et faire un stripping oesophage et estomac+ jejunostomie d'alimentation.
D – Hospitalisation en soins intensifs et alimentation parentérale - FOGD de contrôle et jejunostomie d'alimentation.
E – Hospitalisation en soins intensifs et alimentation enterale après un contrôle endoscopique.

80- Parmi les complications suivantes lesquelles peut presenter cette patiente?

A – Sténose oesophagienne.
B - Hémorragie digestive.
C - Une fistule oesotracheale.
D – Trouble du comportement.
E – Détresse respiratoire.

Bon Courage
DR BENNAMOUN

Université de Liège
Faculté de Médecine Pr B. Gosselin
CHU ULIEGE
Bibliothèque Chaim
Copy Service

Département de Médecine de Constantine - Epreuve de Gastro-Entérologie - A4 - R1 -*22/04/2015*Z*

Date de l'épreuve : 19/04/2015

Page

Corrigé Type

N°	Rép./Alternatives 1&2		
1	ACD		
2	BD		
3	E		
4	B		
5	BD		
6	BDE		
7	ADE		
8	BDE		
9	BDE		
10	ABE		
11	BC		
12	ABCE		
13	BCE		
14	AD		
15	AE		
16	BD		
17	CE		
18	D		
19	E		
20	CD		
21	DE		
22	ABC		
23	BCD		
24	BCDE		
25	E		
26	BE		
27	A		
28	ABCDE		
29	ABC		
30	ADE		
31	ABE		
32	BCE		
33	ADE		
34	CDE		
35	B		

N°	Rép./Alternatives 1&2		
36	C		
37	A	C	E
38	C		
39	E		
40	D		
41	AB		
42	ABCDE		
43	ABCD		
44	BDE		
45	CDE		
46	ABCDE		
47	ABCDE		
48	BC		
49	ABCD		
50	ABC		
51	B		
52	ABCD		
53	ACE		
54	ABCD		
55	ABCD		
56	E		
57	ABC		
58	BD		
59	ABD		
60	BE		
61	E		
62	BC		
63	B		
64	BCD		
65	CD		
66	D		
67	CE		
68	ACDE		
69	D		
70	C		

N°	Rép./Alternatives 1&2		
71	BDE		
72	ABCD		
73	D		
74	A		
75	ADE		
76	A		
77	AC		
78	B		
79	D		
80	ABD		

Chez Yacim
INESSM
Bibliothèque C
Copy Servi

BENNAMOUN