EPREUVE DE GASTRO ENTEROLOGIE 4EME ROTATION
Du 18.06.2015

1- **Quelles sont les complications qui peuvent survenir au cours d'une endoscopie digestive haute interventionnelle :**

A- **Decompensation cardiaque chez un sujet à haut risque cardiovasculaire.**
B- **Pneumopathie d'inhalation.**
C- **Ulcère gastrique.**
D- **Endocardite infectieuse chez un sujet à haut risque.**
E- **Incarcération de l'endoscope dans une hernie hiatale lors de la retrovision.**

2- **Quelles sont les complications de la sphincterotomie endoscopique ?**

A- **Pancréatite aigue.**
B- **Perforation jéjunale.**
C- **Angiocholite.**
D- **Hémorragie digestive.**
E- **Occlusion duodénale.**

3- **L'adénome colique présente les caractéristiques suivantes : (Cochez les bonnes réponses)**

A- **Unique dans 2/3 des cas.**
B- **Peut être pédiculé ou sous muqueux.**
C- **Ne dégénère pas.**
D- **Peut être tubuleux ou villeux ou tubulo-villeux.**
E- **Une localisation essentiellement distale chez le sujet jeune**

4- **Le polype juvénile présente plusieurs caractéristiques lesquelles ?**

A- **Un polype mésenchymateux.**
B- **Plus fréquent chez l'enfant.**
C- **Siège essentiellement au niveau du colon droit.**
D- **Parfois révélé par des réctorragies.**
E- **Souvent unique.**

5- **Le syndrome de Peutz jeggers est caractérisé par : (Cochez les propositions justes)**

A- **Une transmission autosomique récessive.**
B- **Risque élevé de cancer du sein.**
C- **La présence de polypose adénomateuse du grêle.**
D- **Un risque élevé d'occlusion intestinale.**
E- **Association d'une lentiginose peri-orificielle.**

6- Les étiologies de l'hépatite chronique sont multiples, elles peuvent être d'origine: (Cochez les bonnes réponses)

A- Virales : VHA, VHB, VHC.
B- Toxiques : médicamenteuse.
C- Cholestatique : cholangite sclérosante.
D- Auto-immunes.
E- Vasculaire : syndrome de Budd-Chiarry.

7- Les hépatites chroniques post viral B présentent les caractéristiques suivantes lesquelles ?

A- Evolue vers la chronicité dans 50% des cas.
B- Co-infection avec d'hépatite D est possible.
C- Peut se manifester par un tableau fulminant.
D- Le traitement repose sur les Immuno-suppresseurs.
E- Les marqueurs de la replication sont AgHbe et la DNA virale.

8- Quelles sont les caractéristiques de la maladie de Wilson :

A- C'est une affection autosomique dominante par un gène localisé sur le bras long du chromosome 13.
B- Liée un défaut d'excrétion biliaire de fer.
C- Se manifeste par une anémie hémolytique.
D- Le dosage de la cuprumie et de la cuprurie confirme le diagnostic.
E- Le traitement repose sur les chélateurs de fer.

9- La maladie de crohn est considérée comme active par la présence d'un ou de plusieurs des critères suivants : (Cochez la ou les bonnes réponses)

A- Persistance des signes cliniques.
B- Persistance des signes radio-endoscopiques.
C- Poussées très rapprochées.
D- Absence d'intervention chirurgicale.
E- Absence de cortico-résistance.

10- La rectocolite ulcéro hémorragique est une affection inflammatoire d'étiologie indéterminée caractérisée par : (Cochez les bonnes réponses)

A- Lésion asymétrique et discontinue.
B- Une atteinte trans-murale à l'histologie.
C- Atteinte rectale est constante.
D- Evolution fluctuante.
E- Altération de l'épithélium de surface avec distorsion des glandes «Abcès cryptique».

11- Le mégacôlon toxique est une complication redoutable des colites inflammatoires caractérisé par : (Cochez les bonnes réponses).

A- Douleurs abdominales intenses avec une distension importante.
B- Une fièvre 39°-40° avec une confusion mentale.
C- Une dilatation gazeuse>6cm de diamètre à l'ASP.
D- Souvent favorisé par la prescription d'anti cholinergique.
E- Le traitement repose sur une alimentation par voie parentérale et une corticothérapie par voie IV.

12- Les abcès abdominaux sont des complications évolutives de la maladie de crohn suspectés devant : (Cochez les bonnes réponses)

A- Douleurs abdominales localisées fixes volontiers permanentes et lancinales.
B- Fièvre ondulante.
C- Une diarrhée liquidienne.
D- Un empâtement douloureux de l'abdomen.
E- Un croissant gazeux à l'ASP.

13- Les troubles fonctionnels digestifs sont des affections caractérisées par : (Cochez les bonnes réponses)

A- Un polymorphisme du tableau clinique contrastant avec l'absence totale de signes objectifs.
B- Les troubles psychologiques ont été impliqués dans sa genèse.
C- Le caractère évolutif chronique et bénin de l'affection.
D- Prédominance masculine.
E- Les ballonnements abdominaux sont présents dans 96% des cas.

14- Le syndrome de l'intestin irritable peut être diagnostiqué sur la base des critères de Rome III lesquels ?

A- Douleurs ou inconfort Abdominal survenant au cours des 03 derniers mois (au moins 3jours/mois)
B- Amélioration des symptômes par la défécation.
C- Les symptômes doivent évoluer depuis au moins 12 mois.
D- Modification de la fréquence des selles.
E- Modification de la consistance des selles.

15- La physiopathologie du SII est multifactorielle à savoir : (Cochez les bonnes réponses)

A- Hypersensibilité viscérale chez 40% des patients.
B- Dysfonctionnement de l'axe cérébro-intestinal.
C- Les troubles de la motricité.
D- Des micro inflammation intestinale.
E- Le rôle de la flore intestinale.

16- Concernant l'hypertension portale généralisée, parmi les blocs suivants lesquels sont pré hépatiques ?

A- Compression extrinsèque par un kyste hydatique segment I.
B- Infarctus veineux mésentérique.
C- Sarcoïdose hépatique.
D- Un syndrome myoloproliferatif.
E- Envahissement de la veine splénique.

17- Concernant l'abcès à pyogène du foie, parmi les critères échographiques suivants lesquels le caractérisent ?

A- Hypoéchogènicité.
B- Ses limites sont nettes.
C- De petite taille.
D- Pose diagnostic différentiel avec les tumeurs solides au début.
E- Le renforcement post est rarement retrouvé.

18- Le syndrome de Mallory-Weiss est caractérisé par : (Cochez les bonnes réponses)

A- S'exprime par une hématémèse et / ou méléna.
B- La lésion est unique dans 20% des cas.
C- Le siège de la lésion est la jonction gastro-duodénale.
D- Le traitement est souvent chirurgical.
E- Le pronostic est souvent bon.

19- Une hernie inguinale fait issue par le canal inguinal au dessus de l'arcade crurale et peut pose diagnostic différentiel avec les affections suivantes sauf une laquelle ?

A- Hydrocèle vaginal.
B- Ectopie testiculaire.
C- Kyste du cordon.
D- Adénopathie inguinale.
E- Chancre syphilitique.

20- Au cours de l'ischémie par occlusion artérielle à un stade précoces. Quelles sont les caractéristiques de l'intestin :

A- Pale et spasmé.
B- Atone à paroi épaisse.
C- Animé d'ondulations.
D- De décoloration grisâtre.
E- Absence de battements artériels.

21- Devant une ingestion d'un produit caustique (Cochez la ou les réponses justes)

A- Les produits acides sont plus caustiques quand leur PH est supérieur à 2.
B- Les critères de gravité sont cliniques.
C- Au stade II la lésion est une nécrose.
D- Le traitement de la sténose œsophagienne est un stripping.
E- Le traitement psychologique fait partie de l'arsenal thérapeutique.

22- Parmi les signes cliniques et radiologiques suivants lequel (lesquels) est (sont) retrouvés dans un tableau de péritonite aigue par perforation d'organe creux ?

A- Un abdomen distendu ne respirant pas à l'inspection.
B- Contracture abdominale à la palpation.
C- Tympanisme à la percussion.
D- Le touché rectal déclanche une douleur vive au niveau du Douglas.
E- Un croisant clair gazeux interhépato-diaphragmatique à l'abdomen sans préparation debout.

23- Un kyste hydatique de 10 cm des segments IV et V entrainent une compression (Cochez les bonnes réponses).

A- De la veine porte.
B- Des veines sus hépatiques.
C- Du duodénum.
D- Des voies biliaires intra-hépatiques.
E- De la voie biliaire principale.

24- Au cours d'une angiocholite avec obstacle de la VBP, la pénétration des germe se fait par toutes ses voies sauf une laquelle ?

A- Voie canalaire ascendante.
B- Voie lymphatique.
C- Voie hématogène.
D- Voie directe.
E- Voie canalaire descendante.

25- Une aérobilie est observée en cas de :

A- Kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires.
B- Abcès amibien du foie.
C- Iléus biliaire.
D- Anastomose cholédocoduodénale.
E- Sphincterotomie endoscopique.

26- En l'absence de traitement une cholécystite aigue lithiasique peut évoluer vers :

A- Un iléus biliaire.
B- Une péritonite biliaire.
C- Une rétrocession.
D- Une cirrhose hépatique.
E- Une septicémie.

27- Concernant la prévention du kyste hydatique, On doit éviter de ?

A- Consommer une steack saignant.
B- Consommer une eau de source exposée à la nature.
C- Consommer une crudité mal lavée.
D- Consommer un aliment quelconque avec des mains sales.
E- Consommer un repas après un contact avec un chien inconnu.

28- L'appendicite pelvienne est caractérisée par : (Cochez les bonnes réponses)

A- C'est une forme clinico topographique de l'appendicite.
B- Elle s'accompagne de douleurs lombaires.
C- Elle s'accompagne désigne d'irritation rectale.
D- La fosse iliaque est très sensible.
E- Pose diagnostic différentiel avec la perforation duodénale.

29- L'estomac est vascularisée par : (Cochez les bonnes réponses)

A- Tronc cœliaque.
B- L'aorte abdominale.
C- L'artère hépatique commune.
D- L'artère splénique.
E- La coronaire stomachique.

30- Le cancer de la tête du pancréas est évoqué devant : (Cochez les bonnes réponses)

A- Un prurit précédant l'ictère.
B- Un ictère cholestatique.
C- Une vésicule palpable.
D- Des marqueurs tumoraux élevés.
E- Une voie biliaire principale dilatée.

Cas clinique N°01

Un homme âgé de 40 ans, aux antécédents d'hémorroïdes, présente une constipation depuis 03 semaines et consulte pour une douleur anale aigue. Vous rapportez cette douleur à une fissure anale.

31- Quels éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique vous permettent de poser ce diagnostic.

A- Douleur déclenchée et rythmée par la défécation.
B- Douleur intense pulsatile.
C- Examen à l'anuscopie objectivant la fissure anale.
D- Fissure anale mise en évidence au déplissement des plis radiés.
E- Toucher rectal : sphincter de tonicité normale.

32- Quels sont les éléments de l'examen clinique qui permettent de suspecter une étiologie sous jacente.

A- Présence d'une adénopathie inguinale.
B- Siège commissural antérieur.
C- Fissure dépassant la ligne pectinée.
D- La présence d'une hypertonie sphinctérienne au toucher rectal.
E- Siège commissural postérieur.

33- Quels traitements vous prescrivez en 1ere intention :

A- Régulariser le transit.
B- Traitement antalgique et anti-inflammatoire.
C- Toxine botulique.
D- Inhibiteurs calciques.
E- Traitement chirurgical.

34- Le traitement que vous avez prescrit a permis une cicatrisation de la fissure anale, cependant après 06 mois la fissure anale a récidivée. Vous décidez d'opérer le malade : Quel geste réalisez-vous ?

A- Sphinctérotomie seule.
B- Fissurectomie seule.
C- Fissurectomie associée à une sphinctérotomie latérale.
D- Anoplastie.
E- Sphinctérotomie clinique.

35- Cochez les réponses justes concernant le traitement que vous avez réalisé :

A- Donne de bons résultats.
B- Risque d'incontinence anale.
C- Ne présente aucun risque.
D- Ses résultats sont inférieurs à ceux de traitement médical.
E- N'est pas indiqué en cas de fissure anale chronique.

Cas clinique n° 02

Un patient de 65 ans consulte pour des Rectorragies évoluant depuis quelques jours.

36- Parmi les paramètres suivants lesquels sont importants à rechercher à cette 1ere consultation ?

A- Inspection des téguments et des muqueuses.
B- La température.
C- Tension artérielle.
D- Palpation des aires ganglionaires.
E- Examen proctologique.

A l'interrogatoire ou note une notion de constipation chronique, des douleurs abdominales diffuses, un amaigrissement de 10kg en quelque mois, une pâleur cutanéo-muqueuse. Une TA : 11-06 mghg – T° :37. Abdomen souple à la palpation, les aires ganglionnaires sont libres et le touchér rectal sans particularité est le doigtier revient souillé de matière fécale de coloration normale.

37- Parmis les diagnostics suivants lequel ou lesqueles allez vous évoquer.

A- Tumeur gastrique.
B- Tumeur colique.
C- Tumeur rectale.
D- Maladie hémrroidaire
E- Fissure anale.

38- Quel examen paraclinique allez-vous demander en 1ere intension ?

A- Endoscopie digestive haute.
B- Endoscopie digestive basse.
C- ASP.
D- TDM abdomino-pelvienne.
E- IRM pelvienne.

A l'endoscopie digestive basse objective une masse rectale à 9cm de la marge anale hemicirconférentielle bourgeonnante et la biopsie : couche à un adénocarcinome bien différencié.
L'ASP ne révéle pas de niveaux hydroaerique. La TDM et IRM objective pas d'ascite ni de nodule hépatique aussi que la masse de la paroi rectal siège à 9 cm de la marge anale étendu sur 3 cm. Ne dépassant pas la paroi.

39- Cette tumeur est classée selon la classification TNM.

A- CT2N1MX.
B- CT3N1MX.
C- PT3N0M0.
D- CT3N1M0.
E- PT2N0M0.

40- Quel est votre attitude thérapeutique ? (Cochez la bonne réponse)

A- Une chimiothérapie suivi d'une hémicolectomie gauche.
B- Une colostomie première puis chimiothérapie suivi d'une hemicholectomie gauche.
C- Une résection segmentaire basse suivie d'une chimiothérapie adjuvante.
D- Colostomie de décharge suivi d'une radiochimiothérapie.
E- Résection colique avec anastomose colorectale suivi d'une radiochimiothérapie adjuvante.

CONTRÔLE de Gastroenterologie : Partie Anatomie Pathologique (le 18 Juin 2015).

Cochez la ou les bonnes réponses

4 1- La gastrite chronique auto-immune est caractérisée par

A. Une hypochlorhydrie avec stimulation des cellules G antrales
B. Une muqueuse inflammatoire sans atrophie.
C. Une atteinte antrale isolée.
D. Une destruction des cellules pariétales fundiques avec atrophie de la muqueuse.
E. Une stimulation et hyperplasie des cellules **ECL** fundiques.

42- Le lymphome gastrique est :

A. La tumeur gastrique la plus fréquente.
B. Une tumeur bénigne
C. Le plus souvent de phénotype B.
D. Toujours de très mauvais pronostic.
E. Souvent une complication des gastrites chronique à Helicobacter pylori.

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- L'adénocarcinome gastrique de type diffus est :

A. Une tumeur du sujet jeune
B. Précédé par des lésions histologiques bien identifiables.
C. Fait de cellules tumorales isolées en bague à chaton.
D. De bon pronostic quelques soit le stade anatomoclinique.
E. Fait de cellules lymphoïdes très atypique

45- L'adénome pléomorphe des glandes salivaire est :

A. La tumeur la plus fréquente des glandes salivaires.
B. Une tumeur infiltrante et destructrice.
C. Composée de cellules épithéliales et myoépithéliales.
D. Une tumeur à stroma lymphoïde.
E. Caractérisée par des engainements perinerveux fréquents

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 - Les fistules et les fissures au cours de la maladie de CROHN :

A. Se développent entre les plissements muqueux
B. Sont souvent très superficielles
C. Dissocient toute l'épaisseur de la paroi intestinale
D. Peuvent se compliquer des perforations et des abcès.
E. Se sont des follicules lymphoïdes a centre clair

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
D-Les altérations vasculaires
E- Les altérations nerveuses qui sont polymorphes.

ABC

51- L'abcès cryptique dans les MICI se définit :

A. Par la présence des polynucléaires neutrophiles dans la paroi glandulaire
B. Par la présence des polynucléaires éosinophiles dans la lumière glandulaire
C. Par la présence des polynucléaires neutrophiles dans la lumière glandulaire
D. Par la présence des lympho-plasmocytes dans la lumière intestinale
E. Par la présence des lympho-plasmocytes dans la paroi glandulaire.

C

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.

ABCD

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 chondroïdes
E- Une cyto-stéatonécrose inter lobulaire et péri pancréatique.

ACE

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'immunohistochimie les : Apomucines (MUC1+,MUC3+)

ABCD

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

ABCD

56- Dans l'œsophage de BARRETT, l'aspect macroscopique de la muqueuse œsophagienne est :

A. Rouge velouté
B. : Luisante brunâtre
C. Lisse pale
D. Pale velouté
E. Luisante rouge

A

57- Les signes histologiques retrouvés au cours de reflux œsophagien sont :

A. Infiltrat inflammatoire polymorphe dans le chorion
B. Hyperplasie de la couche basale
C. Dysplasie épithéliale
D. Elongation des papilles
E. Leucoplasie malpighienne

ABD

58 Citez les facteurs de faible risque de récidive dans l'adénome colique :

A. Adénomes multiple
B. Taille < 1cm
C. Dysplasie de bas grade
D. Présence de pédicule
E. Les complications cliniques

BCD

59-- Le risque de dégénérescence pour un polype adenomateux est corrèlé :

A. à la nature néoplasique ou non du polype
B. à la taille du polype
C. à la sévérité de la dysplasie
D. : au siège du polype
E. : la présence des cellules étoilées

BC

60 - La dysplasie de bas grade dans les adénomes est caractérisée par :

A. Une diminution de la mucosecretion
B. Un noyau ovalaire ne dépassant pas les ¾ de la hauteur de l'épithélium
C. Un pléomorphisme nucléaire faible
D. Des cellules cubiques ou aplaties
E. Un épithélium pseudo-stratifie

BON COURAGE

CONTROLE DE STAGE

Cas clinique N° 01

Une patiente âgée de 67 ans, obèse, sans ATCD particuliers : qui consulte au PUC pour : Douleur épigastrique et de l'HCD transfixante depuis 03 jours.

61- Quels diagnostics allez-vous évoquez-vous ?

A- Cholécystite aigue.
B- Perforation d'ulcère pylorique.
C- KHF rompu.
D- Pancréatite aigue.
E- Appendicite sus hépatique.

CD

62- Quels examens allez-vous demander pour confirmer le diagnostic ?

A- ASP.
B- Echographie.
C- FDH.
D- IRM abdomino-pelvienne.
E- TDM abdominale.

AB

63- Les explorations ont révélés : vésicule multi micro lithiasique, Pancréas augmente de taille, avec présence d'une collection peri-pancréatique et une bulle d'aire au sein de l'épanchement. Classez la classification scénographiquement cette affection?

A- Stade A.
B- Stade B.
C- Stade C.
D- Stade D.
E- Stade E.

D

64- Pour apprécier la gravité de cette affection on doit faire ?

A- Examen clinique complet.
B- Un bilan radiologique complet.
C- Un bilan biologique complet pour le score de Camock.
D- Un examen+ avis d'anesthésie.
E- Un bilan biologique complet pour le score de Ranson.

E

>2 <1,8 >16000

65- Un bilan biologique fait retrouvemie: Glycémie :2.5g/dl, Urée :0.62g/l, GB :20000 elts/mm^3, créatinine :78mg/l, Cette pancréatite est considéré comme ?

A- PA bénigne.
B- PA nécrotique.
C- PA sévère.
D- Pancréatite chronique.
E- Cholécysto-pancréatite.

E

Cas clinique n°02 :

Une jeune femme âgée de 21 ans, secrétaire bilingue, mariée depuis 01 ans sans enfant, sans antécédents personnels ou familiaux qui ne présente pas une notion de prise de contraceptifs oraux, elle n'as pas voyagé ces dernières années. Cette malade consulte pour des coliques violentes prédominant au niveau de la FIG associé a des faux besoins aboutissant a l'émission de déjections jaunâtres ou de Rectorragies sans émission de selles (la malade a présenté la même symptomatologie durant 21 jours il ya 06 mois, négligée par la malade). L'examen proctologique fait par le médecin lors de la consultation retrouve une maladie hémorroïdaire.

66- Devant cette symptomatologie (syndrome dysentérique) on pourra évoquer : Quels diagnostics

- **A- Un cancer du rectum.**
- **B- Un cancer de l'estomac.**
- **C- Une maladie céliaque.**
- **D- Une amibiase recto-colique.**
- **E- Une RCH.**

67- On doit réaliser chez cette malade en premier lieu:

- **A- Une parasitologie des selles + coprocultures.**
- **B- Une TDM abdomino-pelvienne.**
- **C- Une rectosigmoidoscopie.**
- **D- Une fibroscopie haute.**
- **E- Prescrire un traitement pour sa maladie hémorroïdaire, sans aucune autre exploration.**

68- L'exploration endoscopique retrouve une muqueuse rectale congestive rouge sombre pleurent le sang avec présence de quelques ex ulcérations recouverte d'un enduit blanchâtre, cet aspect est circonférentiel et s'étend d'une façon continue sur toute l'ampoule rectale sans espace de muqueuse saine l'étude Anapath des biopsies faite retrouve un épithélium dédifférencié, abrasé par endroit, des glandes remaniés contenant peu de mucus, avec plusieurs abcès cryptiques et pas de granulome tuberculoïde. Le bilan biologique retrouve une Hb=10.5, CRP +, copro parasitologie des selles négatives. Devant ces résultats, un diagnostic semble être le plus probable, cette maladie : (Cochez les bonnes réponses).

- **A- Nécessite une abstention thérapeutique.**
- **B- Une prise en charge chirurgicale urgente.**
- **C- Présente à long terme un risque de dégénérescence.**
- **D- Ne nécessite pas de compléter l'exploration par une coloscopie.**
- **E- Evolue par poussée/ rémission.**

69- d'autre manifestations extra intestinales s'associent a cette maladie, on fera systématiquement : (Cochez les bonnes réponses)

- **A- Une RX du bassin.**
- **B- Une ponction lombaire.**
- **C- Un bilan hépatique.**
- **D- Un fond d'œil.**
- **E- Une électrophorèse de l'Hb.**

70-l'arsenal thérapeutique pour affronter cette maladie comprend : (Cochez les bonnes réponses)

- **A- Des 5 amino-salicylés.**
- **B- Interféron x.**
- **C- Des anti-TNF.**
- **D- Azathiophine.**
- **E- Corticoïdes.**

Cas clinique n°03

Patient âgé de 75 ans, hospitalisé pour un arrêt des matières et des gaz associé à des douleurs abdominales évoluant par crises et des nausées. Dans les antécédents, on note une constipation chronique avec des épisodes similaires cédant spontanément ou après lavement.
L'examen clinique retrouve un patient apyrétique, avec un état général altéré et un ballonnement abdominal important oblique et asymétrique.

71- Quel syndrome évoquez vous ?

- **A- Syndrome appendiculaire.**
- **B- Syndrome péritonéo-occlusif.**
- **C- Syndrome péritonéal.**
- **D- Syndrome occlusif.**
- **E- Syndrome d'Ogilvie.**

72- Le siège colique de cette occlusion est évoqué devant :

- **A- Précocité de l'arrêt de gaz.**
- **B- Ballonnement oblique et asymétrique.**
- **C- Contracture abdominale.**
- **D- Vacuité de l'ampoule rectale au toucher rectal.**
- **E- Altération de l'état général.**

73- Quel est le diagnostic le plus probable ?

- **A- Occlusion intestinale aigue sur brides.**
- **B- Volvulus du colon pelvien.**
- **C- Perforation d'une tumeur sigmoïdienne.**
- **D- Syndrome d'Ogilvie.**
- **E- Volvulus du grêle.**

74- Quels sont les signes radiologiques compatibles avec votre diagnostic :

- **A- Niveaux liquides multiples.**
- **B- Anse dilatée unique occupant la majeure partie de l'abdomen.**
- **C- Niveaux liquides étagés.**
- **D- Pneumopéritoine.**
- **E- Deux niveaux liquides aux pieds des jambages de l'anse.**

75- La survenue de cette affection est favorisée par :

- **A- Existence d'un dolicho colon.**
- **B- Présence de diverticules.**
- **C- Existence d'une tumeur sigmoïdienne.**
- **D- Présence de brides fibreuses du méso colon.**
- **E- Antécédents de poussées de sigmoïdite.**

Cas clinique n°04

Une femme de 45 ans sans ATCD, se présente aux urgences chirurgicales suite à des douleurs abdominales accompagnes de vomissement et d'un arrêt de matière et de gaz depuis 24h.
Sa TA est de 12/08, son pouls est à 110 pul/min , Sa T° est de 38°5. ~~Sa T° est de 38°5.~~
L'abdomen est distendu, très sensible à la palpation.

76- Quels éléments sont importants à rechercher à l'examen physique dans ce context.

ABCDE

- **A- A l'examen des aires ganglionnaires.**
- **B- L'examen des orifices herniaires.**
- **C- Les touchers pelviens.**
- **D- L'examen de la gorge.**
- **E- Le signe du flot.**

77- Les aires ganglionnaires sont libres ainsi que les orifices herniaires, Les touchers pelviens sont douloureux, L'examen de la gorge est sans particularités. Il n'ya pas de signe du flot parmi les diagnostics suivants lesquelles allez vous évoquer ?

DE

- **A- Cholécystite aigue.**
- **B- Appendicite aigue.**
- **C- Diverticulite de Meckel aigue.**
- **D- Une pelvi péritonite.**
- **E- Une perforation d'organe creux.**

78- Quels examens allez vous demander pour poser le diagnostic ?

AB

- **A- Un ASP.**
- **B- Une échographie.**
- **C- Une TDM.**
- **D- Une IRM.**
- **E- Une culdocentése (ponction du cul de sac de douglas)**

79- L'ASP révèle des niveaux hydroaeiriques centraux, plus larges que hauts; multiples.
L'échographie montre un épanchement péritonéal de moyen abondance, ainsi qu'un épaississement digestif borgne entouré d'anses grêles. Parmi les diagnostics sous cités lesquels allez-vous retenir.

D

- **A- Cholécystite aigue.**
- **B- Appendicite aigue.**
- **C- Diverticulite de Meckel aigue.**
- **D- Pelvi péritonite.**
- **E- Perforation d'organe creux.**

L'intervention chirurgicale est décidée, L'exploration retrouve une formation en doigt de gant implati sur le Bord antémésenterique de l'iléon à 60 cm de la valvule iléo-caecale à paroi épaisse couvert de fausses membranes

80- Quel geste allez vous proposer ?

- **A- Une résection de l'anse emportant cette structure.**
- **B- Une résection cunéiforme.**
- **C- Une toilette péritonéale seulement.**
- **D- Ligature section de la structure.**
- **E- Fermeture de la communication de cette structure avec l'intestin.**

Département de Médecine de Constantine - Epreuve Gastro-Entérologie - A4 - R4 -*Z*

Date de l'épreuve : 18/06/2015

Corrigé Type

N°	Rép./Alternatives 1&2		
1	ABDE		
2	ACD		
3	ADE		
4	BDE		
5	BDE		
6	BD		
7	BCE		
8	CD		
9	ABC		
10	CDE		
11	ABCD		
12	ABD		
13	ABCE		
14	ABDE		
15	ABCDE		
16	ABD		
17	AD		
18	AE		
19	E		
20	AE		
21	E		
22	BDE		
23	ACDE		
24	E		
25	CDE		
26	ABCE		
27	BCDE		
28	AC		
29	CDE		
30	BC		
31	AD		
32	AC		
33	AB		
34	C		
35	AB		

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

N°	Rép./Alternatives 1&2		
71	D		
72	ABD		
73	B		
74	BE		
75	AD		
76	BC		
77	ABCD		
78	ABC		
79	BC		
80	A		

Dr H. BENNAMOUN