

**EPREUVE DE GASTRO ENTEROLOGIE 3EME ROTATION**  
**DU 25.10.2020**

- 1- L'ascite transudative est caractérisée par :
  - A- Un taux de protides au niveau du liquide d'ascite supérieur 25 g/l.
  - B- Un taux de protides au niveau du liquide d'ascite inférieur 25 g/l.
  - C- Un liquide séro-hématique.
  - D- Un liquide jaune citrin.
  - E- Un liquide trouble.
- 2- L'ascite chyleuse est caractérisée par:
  - A- Un liquide lactescent.
  - B- Liquide jaune citrin.
  - C- Liquide hémorragique.
  - D- Rapport des triglycérides de l'ascite / les triglycérides sanguins est inférieur à 01.
  - E- Rapport des triglycérides de l'ascite / les triglycérides sanguins est supérieur à 01.
- 3- Dans l'ascite cloisonnée (Cochez la ou réponse juste) :
  - A- L'examen clinique montre une matité légère, mobile et déclive.
  - B- L'examen clinique ne montre pas de matité.
  - C- Le diagnostic repose sur l'échographie abdomino pelvienne.
  - D- La ponction échoguidée est contre indiquée
  - E- Le traitement repose toujours sur les diurétiques.
- 4- Au cours de l'hépatite chronique auto-immune; l'examen anatomopathologique peut mettre en évidence la lésion suivante :
  - A- Infiltrat inflammatoire riche en polynucléaires éosinophiles.
  - B- Infiltrat inflammatoire riche en plasmocyte.
  - C- Présence de petits granulomes.
  - D- Noyaux sableux.
  - E- Stéatose macro vésiculaire.
- 5- Parmi les éléments suivants, quels sont ceux qui orientent vers une hépatite chronique médicamenteuse :
  - A- Le sexe féminin.
  - B- Présence d'un infiltrat inflammatoire à PNE sur la ponction biopsie du foie.
  - C- Disposition en rosette des hépatocytes sur la ponction biopsie du foie.
  - D- Prise médicamenteuse prolongée de plus de 6 mois.
  - E- Ac anti LKM1 sont toujours positifs.
- 6- Quelles sont les causes de l'ictère à bilirubine libre parmi les propositions suivantes :
  - A- La drépanocytose.
  - B- La prise médicamenteuse du paracétamol.
  - C- Cancer de la tête du pancréas.
  - D- La maladie de Gilbert.
  - E- Hépatite aigue alcoolique.
- 7- Parmi les péritonites suivantes lesquelles sont secondaires
  - A- Péritonite au cours des dialyses péritonéales.
  - B- Perforation gastro-intestinale.
  - C- Péritonite tuberculeuse.
  - D- Péritonite postopératoire par lâchage d'anastomose.
  - E- Péritonite fongiques.
- 8- L'expression « ventre de bois » correspond à une contracture des muscles dont les caractères sont :
  - A- Tonique.
  - B- Intermittente.
  - C- Invincible.
  - D- Indolore.
  - E- Volontaire.
- 9- Parmi les principes chirurgicaux suivants lesquels sont utilisés dans la péritonite aigue généralisé.
  - A- Exploration complète et identification de la source de contamination.
  - B- Prélèvements bactériologique.
  - C- Aspiration du liquide sans toilette.
  - D- Toilette péritonéale.
  - E- Rétablissement de la continuité en cas de résection.

- 10- Devant une douleur anale aigue intense insomnante tenace, Quels diagnostics allez-vous évoquer ?
- A- La fistule anale constituée.
  - B- L'abcès périnéal.
  - C- La fissure chronique traitée.
  - D- La thrombose hémorroïdaire.
  - E- Le prolapsus hémorroïdaire.
- 11- Le diagnostic différentiel de l'appendicite aigue dans sa position habituelle peut se poser avec :
- A- La cholécystite aigue.
  - B- Une poussée de maladie de crohn.
  - C- Un kyste ovarien tordu.
  - D- Une colique néphrétique droite.
  - E- Une pneumopathie de la base droite.
- 12- Cochez la ou les bonnes réponses concernant l'appendicite aigue méso-cœliaque.
- A- Elle réalise un tableau d'occlusion intestinal aigue fébrile.
  - B- A l'examen clinique, on note un psoitis.
  - C- Elle pose un diagnostic différentiel avec l'iléus biliaire.
  - D- La douleur de la FID s'accompagne de signes urinaires.
  - E- Le diagnostic est souvent fait au stade de péritonite.
- 13- Cochez la ou les bonnes réponses concernant l'abcès appendiculaire.
- A- Il n'est jamais inaugural.
  - B- Il peut compliquer l'évolution d'une appendicite aigue.
  - C- Le tableau clinique est fait d'une douleur lancinante et d'une fièvre élevée.
  - D- L'échographie et le scanner ne sont utiles que pour poser le diagnostic.
  - E- Non traité, il peut évoluer vers la fistulisation dans un organe de voisinage.
- 14- Dans la polypose adénomateuse familiale le dépistage de la famille se fait par : Cochez la bonne réponse :
- A- colonoscopie virtuelle.
  - B- Consultation génétique.
  - C- Hemocult.
  - D- Colonoscopie+biopsie.
  - E- Lavement baryté.
- 15- Le diagnostic du cancer du côlon : (Cochez les bonnes réponses)
- A- Les localisations gauches sont souvent occlusives.
  - B- Le diagnostic se fait à un stade souvent tardif.
  - C- Le premier examen à demander est la colonoscopie.
  - D- Une tumeur abcédée peut être révélée par une fièvre au long cours.
  - E- Les localisations droites sont souvent occlusives.
- 16- Dans le cycle du parasite l'homme s'inscrit en tant que (Cochez la bonne réponse)
- A- Le réservoir à parasite.
  - B- Le porteur du ver.
  - C- Porteur de la larve hydatique dans ses viscères.
  - D- Porteur des scolex dans ses intestins.
  - E- Réservoir d'ombryophores.
- 17- Un kyste hydatique du segment huit du foie peut se compliquer de :
- A- Rupture au niveau de la VCI.
  - B- Rupture dans la plèvre.
  - C- Rupture dans le duodénum.
  - D- Rupture dans la VBP.
  - E- Rupture dans les bronches pulmonaires.
- 18- Parmi les mesures préventives suivantes lesquelles sont de mise pour lutter contre le KHF.
- A- Abattage de tous les chiens.
  - B- Déparasitage des chiens domestiques.
  - C- Se débarrasser des viscères infectés.
  - D- Lavage soigneux des crudités.
  - E- Abattage des chiens et chats.
- 19- Lors d'une hématomérose par ulcère duodénal la fibroscopie a classé l'hémorragie II, selon la classification de Forrest elle correspond à :
- A- Un saignement en jet.
  - B- Un saignement en nappe.
  - C- Un caillot adhérent.
  - D- Des taches pigmentées.
  - E- Un vaisseau visible.
- 20- Parmi les étiologies suivantes d'une dysplasie lesquelles sont d'origine fonctionnelle ?
- A- Achalasie du cardia.
  - B- Ke de l'œsophage.
  - C- Sténose radique.
  - D- Sténose caustique.
  - E- Dysthyroïdie.

- 21- Les caractéristiques endoscopiques d'un ulcère gastrique bénin sont :
- A- Taille > 1cm.
  - B- Bords réguliers.
  - C- Fond blanchâtre.
  - D- Muqueuse autour est dure.
  - E- Les récidives sont fréquentes. **21 → BC**
- 22- Quels sont les complications de la maladie ulcéreuse gastrique ?
- A- La perforation.
  - B- L'hémorragie.
  - C- La dégénérescence.
  - D- La sténose.
  - E- L'occlusion haute.
- 23- La forme typique du RGO se manifeste cliniquement par : (Cochez la ou les bonnes réponses)
- A- Hématémèse.
  - B- Pyrosis.
  - C- Dysphagie.
  - D- Régurgitation.
  - E- Vomissement.
- 24- Quels sont les facteurs d'agression de la maladie ulcéreuse gastroduodénale ?
- A- Augmentation de la sécrétion acide.
  - B- Diminution de la sécrétion peptique.
  - C- Accélération de la vidange gastrique.
  - D- Diminution de la vidange gastrique.
  - E- Diminution de la vidange duodénale.
- 25- Parmi les occlusions suivantes lesquelles répondent à un mécanisme d'occlusion par obstruction ?
- A- Une invagination intestinale.
  - B- Syndrome d'ogilvie.
  - C- Un cancer colique.
  - D- Un fécalome.
  - E- Étranglement herniaire.
- 26- Parmi les propositions suivantes lesquelles sont des critères de gravités d'une occlusion intestinale organique.
- A- Fièvre.
  - B- Météorisme abdominale.
  - C- Cri de Douglas au TR.
  - D- Niveau hydroaérique centraux à l'ASP.
  - E- Signe d'ischémie intestinale à la TDM.
- 27- Une occlusion intestinale basse se caractérise par (Cochez la réponse fausse)
- A- Une douleur modérée et diffuse.
  - B- Un arrêt net et précoce du transit.
  - C- Un état général altéré.
  - D- Un météorisme abdominal important est diffus.
  - E- Niveau hydroaérique peu nombreux plus haut que large.
- 28- Parmi les examens complémentaires suivants lesquels sont plus performant (sensible) pour le diagnostic d'une LVBP.
- A- ASP.
  - B- Échographie abdominale.
  - C- TDM.
  - D- Écho endoscopie.
  - E- Bill IRM.
- 29- Parmi les signes clinique et biologique suivants lequel (lesquelles) fait (font) partis du tableau d'une cholécystite aigue grade II ?
- A- Hypotension.
  - B- Hyperleucocytose
  - C- Thrombopénie < 100000  $\text{clt}/\text{mm}^3$ .
  - D- Oligurie.
  - E- TP < 60%.
- 30- Concernant l'iléus biliaire, Quels sont les propositions justes ?
- A- C'est le passage d'un parasite dans les voies biliaires.
  - B- C'est le passage d'un calcul biliaire dans l'intestin.
  - C- S'accompagne d'un pneumopéritoine.
  - D- S'accompagne d'une achilie.
  - E- Sont traitement est chirurgicale. **30 → BDE**
- 31- Les signes cliniques suivantes caractérisent le tableau clinique d'un syndrome d'ischémie aigue mésentérique sauf deux lesquels ?
- A- La douleur abdominale domine le tableau clinique.
  - B- Les vomissements sont précoces.
  - C- La palpation retrouve une défense abdominale ←
  - D- Le diarrhées peut être présenté.
  - E- Le toucher rectal est douloureux. ←

- 32- Dans la pancréatite aigue, Quels sont les étiologies les plus fréquentes de la pancréatite aigue ?
- A- la lithiase de la voie biliaire principale.
  - B- L'alcoolisme chronique.
  - C- Le cancer du pancréas.
  - D- Idiopathique.
  - E- Infectieuse.
- 33- Un homme de 50ans, se présente aux urgences pour des douleurs épigastriques aigue sans fièvre quels sont les diagnostics à évoquer
- A- Perforation d'ulcère.
  - B- l' pancréatite.
  - C- Cholécystite.
  - D- Appendicite aigue.
  - E- Infarctus du myocarde.
- 34- Parmi les propositions suivantes lesquelles ne sont pas une complication de la lithiase de la voie biliaire principale.
- A- Pancréatite aigue.
  - B- Cholécystite aigue.
  - C- Angiocholite aigue.
  - D- Abscès du foie.
  - E- Occlusion intestinale aigue.
- 35- Une femme âgée de 75 ans, en insuffisance cardiaque sous traitement une échographie abdominale réalisée dans le cadre de surveillance de sa cardiopathie objective : une vésicule biliaire lithiasique sans dilatation des voie biliaires, Quelle est votre conduite thérapeutique ?
- A- Antispasmodique et surveillance échographique.
  - B- Antibiotique et antispasmodique.
  - C- Cholécystectomie par voie coelioscopique.
  - D- Sphincterotomie endoscopique puis cholécystectomie.
  - E- Abstention thérapeutique.
- 36- Parmi les pathologies suivantes quelles sont ceux qui sont responsable d'une hémorragie digestive basse ?
- A- Colite ischémique.
  - B- hémobilie.
  - C- Fissure anale.
  - D- Sphincterotomie endoscopique.
  - E- Ulcération thermométrique.
- 37- Le diagnostic clinique d'occlusion intestinale aigue associe les signes suivants sauf un lequel ?
- A- Douleur abdominale.
  - B- Vomissement.
  - C- Arrêt des matières et des gaz.
  - D- Contracture abdominale.
  - E- Météorisme abdominal tympanique à la percussion
- 38- Quelles sont les complications du RGO.
- A- Œsophagite peptique.
  - B- Diverticule de l'œsophage.
  - C- Sténose de l'œsophage.
  - D- Ulcère de Barrette.
  - E- Carcinome épidermoïde de l'œsophage. **38 → ACD**
- 39- La pancréatite aigue est : (cochez les bonnes réponses)
- A- Principalement liée à une libération massive des médiateurs inflammatoires.
  - B- La forme nécrotico-hémorragique est la plus grave.
  - C- Le diagnostic est fait pour un taux de lipasémie > 3x normale.
  - D- S'accompagne d'un syndrome inflammatoire à réaction systémique. **39 → BC**
  - E- Le scanner abdomino-pelvien doit être réalisé dans les 72h.
- 40- Parmi les complications suivantes de la pancréatite aigue laquelle est d'apparition tardive
- A- La défaillance multi viscérale.
  - B- L'infection de la nécrose.
  - C- Le pseudo kyste du pancréas.
  - D- Hémorragie grave.
  - E- L'angiocholite.

Cochez-la ou les bonnes réponses

Q41/ Dans la gastrite ulcéro-hémorragique on objective :

- A- Des érosions hémorragiques
- B- Une muqueuse inflammatoire
- C- Une importante atrophie glandulaire
- D- Des polynucléaires neutrophiles Intraépithéliales
- E- Une dysplasie de l'épithélium glandulaire

A-B

Q42/ La gastrite à *helicobacter pylori* (HP) est caractérisée par :

- A- Son siège strictement fundique
- B- La présence de follicules épithélio-giganto-cellulaire
- C- Un infiltrat dense lymphoplasmocytaire
- D- L'absence de polynucléaires neutrophiles
- E- L'aspect d'une gastrite nodulaire antrale à l'endoscopie

C-E

Q43/ Dans la gastrite chronique atrophique auto-immune on note :

- A- Une atteinte purement antrale
- B- Une atrophie glandulaire
- C- Une métaplasie intestinale
- D- La présence d'HP au niveau de l'antra
- E- Une bande de collagène sous-épithéliale

B - C

Q44/ L'ulcère gastrique aigu :

- A- Présente un fond induré
- B- Présente des berges indurées
- C- Présente un fond sombre
- D- Se présente comme une grande lésion arrondie
- E- Siège uniquement dans l'antra

C

Q45/ Le polype fundique glandulo-kystique :

- A- Est une lésion sessile de la muqueuse fundique
- B- Est le plus souvent de grande taille
- C- Présente une kystisation des glandes
- D- Présente une muqueuse très inflammatoire
- E- Présente un chorion qui renferme des fibres musculaires lisses

A-C

Q46/ Les polypes adénomateux gastriques :

- A- Peuvent être sessiles ou pédiculés
- B- Présentent une architecture tubuleuse, villositaire ou mixte
- C- Présentent un revêtement dysplasique
- D- Siègent en particulier dans le duodénum
- E- Présentent un infiltrat lymphocytaire intra-épithélial

A-B-C

Q47/ L'adénocarcinome papillaire gastrique :

- A- Est un carcinome exophytique
- B- Renferme des flaques de mucus extracellulaires qui représentent plus de 50% du volume tumoral
- C- Peut être bien, moyennement ou peu différencié
- D- Est composé de saillies épithéliales digitiformes

A-D

E- Est fait essentiellement de cellules malignes isolées

**Q48/ L'adénome tubuleux du colon :**

A- Est fait de structures villosités

B- Est fait de structures tubulaire

C- Est fait de structures tubulo-villosités

B-E

D- Est fait de glandes dont la hauteur excède 2 fois l'épaisseur de la muqueuse colique

E- Est souvent pédiculé

**Q49/ L'adénocarcinome bien différencié du colon :**

A- Est un adénocarcinome de grade II

B- Est composé de 95% de structures glandulaires

C- Présente un épithélium unistratifié fait de cellules irrégulières

B-C

D- Est fait de rares structures glandulaires (moins de 10%)

E- Se présente macroscopiquement comme un nodule jaune et ferme

**Q50/ La tumeur stromale gastrointestinale (GIST) :**

A- Est faite de cellules monomorphes régulières

B- Présente une disposition endocrinienne des cellules

C- Se présente comme une masse exophytique dans la sous muqueuse

C-D

D- Est faite de cellules fusiformes à cytoplasme fibrillaire

E- Se présente comme un épaissement de la paroi avec effacement des plis

**Q51/ Le cystadénome séreux pancréatique :**

A- Est une tumeur solide bénigne

B- Est une tumeur kystique bénigne

C- Présente une nette prépondérance masculine

B- D

D- Présente un aspect multiloculaire

E- Présente un aspect multinodulaire

**Q52/ Le cystadénome séreux pancréatique est caractérisé microscopiquement par:**

A- Un épithélium unistratifié cubique

B- Un épithélium unistratifié cylindrique cilié

C- Un cytoplasme abondant

A- D

D- Un noyau entouré d'un halo clair

E- Un contenu liquidien eau de roche

**Q53/ Le cystadénome mucineux pancréatique :**

A- Est à contenu épais gélatineux

B- Tapissé d'un épithélium cylindrique haut mucosécrétant

C- Les cellules sont Perls positif

A- B- D

D- Le diagnostic différentiel se pose avec les tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses

E- Ne présente aucun risque de malignité

**Q54/ Une pancréatectomie totale emporte :**

A- La duodéno pancréatectomie céphalique

B- La totalité du pancréas

C- La partie proximale de l'estomac

B- D

- D- La rate
- E- Le foie

**Q55 / Un ADK pancréatique fait de massifs et de travées, aux cellules de taille variable avec des noyaux irréguliers, hyperchromatiques, plus de 10 mitoses par 10 champs au grossissement 40 et une mucosécrétion minime est classé :**

- A- Grade Ia
- B- Grade Ib
- C- Grade Ic
- D- Grade II
- E- Grade III

E

**Q56 / Dans l'adénome hépatocellulaire :**

- A- Les hépatocytes sont au rapport nucléo-cytoplasmique normal
- B- Les hépatocytes sont au rapport nucléo-cytoplasmique élevé
- C- Absence d'espaces portes, ni de canaux biliaires
- D- Les foyers de dilatations sinusoidales sont rares
- E- Les remaniements hémorragiques et nécrotiques sont fréquents

A- C- E

**Q57 / L'adénome biliaire :**

- A- Est également appelé cholangiome
- B- Ce sont des nodules fermes, de quelque cm
- C- Il s'agit d'une prolifération canalaire, constituée de tubules à lumière étroite
- D- Il s'agit d'une prolifération bénigne mésenchymateuse
- E- Le diagnostic différentiel se pose avec la métastase d'un adénocarcinome colique peu différencié.

A- C

**Q58 / La RCUH se caractérise par :**

- A- L'absence de follicules épithéliogigantocellulaires
- B- Une atteinte rectale inconstante
- C- la présence des pseudo-polypes
- D- La présence d'ulcérations et de fissures
- E- La présence d'une muqueuse hémorragique

A- C- E

**Q59 / La maladie de Crohn se caractérise par :**

- A- Des pseudo polypes rares
- B- Des sténoses rares
- C- Des adénomégalies importantes
- D- Des fistules fréquentes
- E- Des fissures rares

A-C-D

**Q60 / Les lésions élémentaires des hépatites chroniques sont :**

- A- L'infiltrat inflammatoire de type mononuclé
- B- La nécrose hépatocytaire focale et/ou confluyente
- C- L'infiltrat inflammatoire de type polynucléaire
- D- La fibrose à point de départ portal
- E- La cytoesteatonecrose

A- B- D

BOY CONZU  
Professeur S. NÉYGE  
Anatomie Pathologique

## CONTRÔLE DE STAGE

### Cas clinique n°01

Un homme âgé de 40 ans, sans ATCD transféré de l'EPH Mila suite à un accident de la circulation.

À son réception : patient conscient, scoré 15/15, Pâleur cutanéomuqueuse, TA : 09/04, Douleur abdominale généralisée plus accentuée au niveau HCG.

61- Quelle est votre CAT immédiate devant ce malade ?

- A- Opéré le malade en urgence.
- B- Faire une TDM abdominale.
- C- Intubé le malade.
- D- Mise en condition + réanimation.
- E- Admettre le malade en réanimation.

62- Quels sont les examens complémentaires à demander en 1ère intention ?

- A- TDM thoraco-abdominale.
- B- Échographie abdomino-pelvienne.
- C- ASP debout.
- D- Groupage + FNS.
- E- R(x) thorax face.

63- Les explorations retrouvent : Hb : 12g/dl, Hte : 37%, lipasémie : Nlc, Fracture des côtes flottantes gauches, Épanchement abdominal de moyen abondance sans lésion écho-décelable, urines clair.

Quels sont les diagnostics à évoquer chez ce malade devant ces signes ?

- A- Traumatisme splénique.
- B- Traumatisme vésicale.
- C- Traumatisme pancréatique.
- D- Traumatisme rénale.
- E- Traumatisme du foie gauche.

64- Quel examen demandez-vous pour confirmer ?

- A- TDM thoracique.
- B- IRM abdominale.
- C- TDM abdomino-pelvienne.
- D- Angioscanner.
- E- ASP debout. **64 → C**

65- Les explorations retrouvent : lésion splénique type II avec épanchement de moyenne abondance, malade mis sous surveillance. L'examen du malade 6h après retrouve : contracture abdominale généralisée, TA : 11/06, Fièvre. On a décidé d'opérer le malade malgré qu'il est stable hémodynamiquement parce que ?

- A- Suspicion d'un saignement secondaire de la rate.
- B- Suspicion de péritonite par perforation d'organe creux.
- C- Suspicion de nécrose splénique.
- D- Suspicion de surinfection d'un hémopéritoine.
- E- Suspicion d'une rupture vésicale passée inaperçue.

### Cas clinique n°02

Patiente âgée de 46 ans ; porteuse d'une polyarthrite rhumatoïde qui se présente en consultation pour persistance d'un ictère cutanéomuqueux évoluant depuis 9 mois associé à une asthénie.

L'examen clinique de la patiente ne retrouve pas des signes d'hypertension portale ni des signes d'insuffisance hépato cellulaire

Le bilan biologique retrouve : Bil T = 28 Bil conjuguée = 25 TP = 77% électrophorèse des protéines = sans anomalies TGO = 126 UI/L (N = 40 UI/L) TGP = 149 UI/L (N = 40 UI/L) Albumine = 38 g/L.

Echographie abdomino-pelvienne : sans anomalies

Une Ponction biopsie du foie (PBF) a été faite retrouvant : Activité nécrotico-inflammatoire modérée avec une fibrose portale

66- D'après ces premières données, les informations exactes à retenir chez notre patient sont les suivantes :

- A- Hépatite aigüe.
- B- Hépatite chronique.
- C- Cirrhose du foie.
- D- Ictère choléstatique.
- E- Ictère à bilirubine conjuguée.

67- Un complément d'exploration biologique a été demandé montrant : Ag Hbs (+), Ac anti Hbs (-), Ac anti Hbc (+) de type IgM (-) Ag Hbe (-), Ac anti Hbe (+), charge virale VIH = 12600 UI/mL Ac anti VHD (+), Ac anti VHC (+).

Devant ces nouvelles données, Quelles sont les réponses correctes ?

- A- Infection chronique virale B à Ag Hbe (-).
- B- Hépatite chronique virale B à Ag Hbe (-).
- C- Hépatite virale chronique C certaine.
- D- Co-infection VHD - VHB.
- E- Surinfection VHD - VHB.



68- Les résultats de la PBF sont compatibles avec quel stade du score de Métavir ?

- A- A2F2.
- B- A1F2.
- C- A1F1.
- D- A2F3.
- E- A2F1.

69- Quelle(s) est (sont) la(les) démarche(s) à suivre pour prendre en charge la patiente ?

- A- Traitement anti viral du VHC.
- B- Traitement anti viral du VHB.
- C- Vaccination anti VHB.
- D- Immunoglobulines anti VHB.
- E- Faire une PCR du VHC.

70- Quels sont les buts du traitement dans cette situation ?

- A- Guérison.
- B- Prévenir l'évolution vers la cirrhose.
- C- Prévenir le passage à la chronicité.
- D- Prévenir le Carcinome hépato cellulaire (CHC).
- E- Stopper la réplication virale.

Cas clinique n°03

Une jeune fille de 23 ans consulte dans le cadre de l'urgence après avoir bu du décapant de four ( $\text{NH}_4\text{OH}$ ), une heure au paravant la patiente est agitée FR à 25 cycles/mn. TA : 10-07mmhg, pouls à 95 bat/mn.

71- A l'arrivée de la patiente quelles sont les mesures à prendre ?

- A- Hospitalisation de la patiente.
- B- Prendre des voies d'abord solides et bilan d'urgence.
- C- Mise en place d'une sonde nasogastrique pour lavage gastrique.
- D- Mise en place d'une sonde d'oxygène.
- E- Faire une FOGD.

72- Parmi les signes cliniques suivants lesquelles sont des signes de gravité ?

- A- L'hyper sialorrhée.
- B- La dysphagie.
- C- L'épistaxis.
- D- L'hématémèse.
- E- L'emphysème sous cutané thoracique.

Après mise en condition de la patiente qui est toujours stable sur le plan hémodynamique l'examen clinique ainsi que le bilan biologique ne montre pas de signe de gravité la FOGD objective des ulcérations et quelques petites zones de nécrose au niveau de l'œsophage ainsi que des ulcérations confluentes au niveau de l'estomac.

73- Quelle est la classification de ces lésions ?

- A- Stade II, œsophage II, estomac.
- B- Stade III, œsophage II, estomac.
- C- Stade II, œsophage II, estomac.
- D- Stade III, œsophage II, estomac.
- E- Stade II, œsophage III, estomac.

74- Quelle est votre conduite thérapeutique ?

- A- Réalisation une TDM Thoraco-abdominale.
- B- Opérer la patiente en urgence.
- C- Hospitalisation de la patiente en unité de soin intensive+alimentation parentérale+surveillance rigoureuse.
- D- Traitement symptomatique et alimentation entérale.
- E- Aucune proposition n'est juste.

75- Quels sont les complications à redouter au cours de la première semaine ?

- A- La médiastinité.
- B- La péritonite.
- C- La pancréatite.
- D- La sténose.
- E- L'hémorragie digestive.

Cas clinique n°04

Un patient de 40 ans consulte pour un 2<sup>ème</sup> épisode d'hématémèse de faible abondance.

76- Quel sont les éléments à rechercher à l'interrogatoire ?

- A- Antécédents de chirurgie digestive.
- B- Prise d'antibiotique.
- C- Habitudes alimentaire.
- D- Habitudes toxiques (alcool tabac).
- E- Antécédent familiaux d'hémorragie digestive.

77- Parmi les étiologies suivantes lesquelles peuvent être à l'origine de cette hémorragie ?

- A- Ulcère gastrique.
- B- Ulcère duodénal.
- C- Polype colique.
- D- Diverticule de Meckel.
- E- Syndrome de Mallory Weiss.

Le patient est sans antécédent hormis des épigastralgies atypique depuis quelque mois cédant au traitement symptomatique le patient et en bon état général, eupnéique, légère pâleur cutanéomuqueuse, TA 12/07 cmhg, pouls 80 bat/mn, le toucher rectal : des selles noirâtre.

78- Quel est votre conduite à tenir ? (Cochez les réponses juste)

- A- Hospitalisation du patient.
- B- Demander une FNS.
- C- Demander une FOGD.
- D- Donnez un traitement symptomatique.
- E- Transfusion du patient.

Après un mois le patient reconulte dans le cadre de l'urgence pour asthénie, hématémèse de moyenne abondance associé à des rectorragies, il est polypnéique fréquence cardiaque à 120 bat/mn, TA : 08/05 cmhg.

79- Quel est votre conduite à tenir ? (Cochez les bonnes réponses)

- A- Hospitalisation du patient.
- B- Abords veineux solide.
- C- Faire bilan d'urgence.
- D- Faire une FGOD.
- E- Mesures de réanimation,

80- Parmi les paramètres suivants lesquels sont des critères de gravité de cette hémorragie digestive ?

- A- L'âge du patient.
- B- La présence de rectorragie.
- C- L'hématocrite <28%.
- D- L'existence de plusieurs épisodes de saignement.
- E- L'état hémodynamique du patient.

*Bon courage*  
DR BENHAMADA