

Faculté	LILLE 2 – Droit & Santé
Nom et prénom du rédacteur	Dautrecque Flavien
Nom et prénom du relecteur	Chapelle Nicolas

1 Monsieur H., 52 ans, consulte aux urgences pour des douleurs abdominales apparues il y a 12 heures. À l'examen, vous retrouvez une sensibilité abdominale diffuse avec douleur prédominant en fosse iliaque gauche, associée à une température de 38,2 °C. Vous suspectez une diverticulite sigmoïdienne. Quel bilan prescrivez-vous ?

- a. Colo-TDM
- b. Entéro-IRM
- c. Échographie abdominale
- d. Rectosigmoïdoscopie
- e. Bilan biologique incluant une CRP

2 Que recherchez-vous à la TDM abdominopelvienne ?

 Voir photo dossier, p. XV



- a. Présence de diverticule
- b. Épaississement de la paroi colique > 6 mm
- c. Infiltration de la graisse péricolique
- d. Pneumopéritoine
- e. Présence d'une stercolithe

3 Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) concernant la classification de Hinchley ?

- a. Stade I : absence de complications
- b. Stade I : abcès péricolique
- c. Stade II : phlegmon
- d. Stade III : péritonite purulente
- e. Stade IV : péritonite purulente

4 Aucune complication n'est présente dans le cas de Monsieur H. Un traitement chirurgical est réfuté. Devant les fortes douleurs, vous proposez de le garder quelques heures en hospitalisation. Quel(s) traitement(s) antalgique(s) pouvez-vous instaurer ?

- a. TRAMADOL *per os* à la dose maximale de 600 mg/j.
- b. IBUPROFÈNE IV à la dose maximale de 1 200 mg/j.
- c. PARACÉTAMOL IM à la dose maximale de 4 g/j.
- d. NEFOPAM IM à la dose maximale de 1 g/j.
- e. PARACÉTAMOL *per os* à la dose maximale de 1 000 mg/6 heures

5 Quel(s) traitement(s) de la diverticulite prescrivez-vous ?

- a. Régime sans gluten
- b. Régime sans résidu
- c. Antibiothérapie par Ofloxacine + Sulfaméthoxazole *per os*
- d. Antibiothérapie par Amoxicilline + Acide clavulanique *per os*
- e. Antibiothérapie par Céfotaxime + Métronidazole *per os*

6 Le patient est guéri de cette affection et quelles mesures pourrait-il prendre pour éviter une récurrence. Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) ?

- a. Une antibioprofylaxie au long cours n'est pas indiquée
- b. Un traitement par 5-amino-salicylés diminue le risque de récurrence
- c. Un traitement par probiotique est utilisable pour diminuer ce risque
- d. Un régime riche en fibre n'est pas indiqué
- e. Une colectomie segmentaire doit être proposée au patient

7 L'épisode est totalement résolutif sans séquelles. À l'interrogatoire le patient vous avez précisé les antécédents familiaux suivants : cancer du rectum chez son père à l'âge de 49 ans, cancer du côlon droit chez son oncle à l'âge de 58 ans, cancer de l'intestin grêle chez la fille de ce dernier à l'âge de 64 ans. Que pensez-vous de ces antécédents ?

- a. Possible polypose adénomateuse familiale
- b. Possible syndrome de Lynch
- c. Possible mutation BRCA
- d. Possible mutation du gène HFE1
- e. Possible NEM de type 2b

8 Vous suspectez fortement le diagnostic de syndrome de Lynch. Quel(s) autre(s) cancer(s) faisant parti du spectre étroit devez-vous rechercher dans les antécédents de votre patient ?

- a. Cancer des voies urinaires
- b. Cancer du pancréas
- c. Cancer des ovaires
- d. Cancer de l'endomètre
- e. Cancer de l'estomac

9 Vous proposez la réalisation d'une coloscopie du fait de ces antécédents. Quelle(s) information(s) donnez-vous à votre patient ?

- a. Réalisation sous anesthésie générale
- b. Préparation colique par 3 lavements rectaux la veille de l'examen
- c. Régime sans fibre dans les 3 jours précédents l'examen
- d. Informations sur les risques de perforation digestive
- e. Nécessité d'une antibioprofylaxie

10 À la coloscopie, vous retrouvez quatre polypes du colon droit. Quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) sur les tumeurs colorectales ?

- a. Sur 1 000 adénomes, 5 deviendront des cancers
- b. Le risque de dégénérescence est d'autant plus important que l'adénome contient un contingent vilieux
- c. La polypose adénomateuse familiale est due à une mutation du gène MLSH
- d. Seuls les polypes supérieurs à 1 cm doivent faire l'objet d'une exérèse
- e. Les pseudo-polypes inflammatoires sont des séquelles d'ulcérations de MICI

11 Parallèlement est réalisé le dépistage du syndrome de Lynch. Comment effectuez-vous ce dépistage ?

- a. Recherche de mutation du gène APC
- b. Recherche de mutation des gènes hMSH2 et hMLH1
- c. Recherche du phénotype MSI
- d. Dosage sanguin de l'ACE
- e. Immunohistochimie sur les lames d'anatomopathologie des polypes

12 Le syndrome de Lynch est confirmé. À l'interrogatoire le patient vous a précisé ses antécédents familiaux : cancer du rectum chez son père à l'âge de 49 ans. Concernant la surveillance de la maladie de Lynch, quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) ?

- a. Le patient aurait dû commencer la surveillance coloscopique à l'âge de 44 ans
- b. Il faudra effectuer une coloscopie au moins annuelle
- c. La recherche du phénotype MSI doit être réalisée tous les 2 ans
- d. La surveillance après 50 ans s'effectue par un test Hemocult II de dépistage
- e. Une colectomie préventive est nécessaire

13 Quelques années plus tard, alors que le patient est perdu de vue, vous le retrouvez aux urgences lors d'une garde où il consulte pour dyspnée d'apparition progressive s'étant récemment majorée. Il n'a pas d'autres antécédents que le syndrome de Lynch et un épisode de diverticulite aiguë. Le bilan biologique retrouve les éléments suivants :

- hémoglobine : 7,2 g/dl ;
- VGM : 76 fl ;
- plaquettes : 172 g/l.

Comment explorez-vous cette anémie ?

- a. Réticulocytes
- b. Dosage de la vitamine B12
- c. Ferritinémie
- d. Créatininémie
- e. Médullogramme

14 Quelle(s) étiologie(s) est (sont) compatibles avec une anémie microcytaire ?

- a. Syndrome inflammatoire
- b. Anémie par hémolyse sur prothèse valvulaire cardiaque
- c. Lymphome digestif
- d. Béta-thalassémie
- e. Carence martiale

15 Vous suspectez une tumeur colo-rectale. Quel(s) autre(s) symptôme(s) recherchez-vous en faveur de cette étiologie ?

- a. Perforation intestinale
- b. Hépatomégalie
- c. Douleurs abdominales
- d. Occlusion intestinale
- e. Diarrhée

■ **Question 1 (10 points)**

Réponse EXACTE : E

Inacceptables : A-D

Commentaires Biologie standard retrouvant :

- syndrome inflammatoire (augmentation de la CRP et des neutrophiles).

Iconographie :

- TDM abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste ;
- autres examens non recommandés.

Examens contre indiqués : risque de perforation colique :

- lavement baryté, coloscopie, coloscopie virtuelle.

■ **Question 2 (5 points)**

Réponses EXACTES : A-C-D

Commentaires Signes directs :

- infiltration péricolique, présence de diverticules.

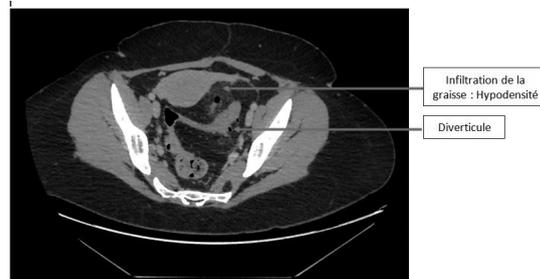
Signes indirects :

- élimination des diagnostics différentiels.

Recherche de complications :

- phlegmon, abcès, pneumopéritoine/perforation.

Signes d'appendicite : épaissement de la paroi > 3 mm, Présence d'une stercolithe, Diamètre appendiculaire > 8 mm.



■ **Question 3 (5 points)**

Réponses EXACTES : B-D

Commentaires Classification de Hinchley de la diverticulite sigmoïdienne :

- stade I : phlegmon, abcès péricolique ;
- stade II : abcès pelvien, abdominal ou rétropéritonéal ;
- stade III : péritonite généralisée purulente ;
- stade IV : péritonite fécale.

■ Question 4 (5 points)

Réponses EXACTES : A-E

Commentaires Antalgie de palier I :

- PARACÉTAMOL 1 gramme toutes les 4 heures PO ou IV ;
- NEFOPAM 120 mg/j. IV (donner PO hors AMM).

Antalgie de palier II :

- TRAMADOL 600 mg/j. PO ou IV ;
- CODÉINE (toujours associé au PARACÉTAMOL et à un laxatif) 180 mg/j. POμ.

Antalgique de palier III :

- MORPHINE et ses dérivés PO, SC, IM, sublinguale, IV, patch : dose maximale en fonction de la tolérance.

Co-analgésique :

- IBUPROFÈNE PO ou IV 1 600 mg/j. maximum ;
- attention toutefois, les AINS ne doivent pas être utilisés dans un contexte septique digestif.

■ Question 5 (10 points)

Réponses EXACTES : B-D

Indispensable : D

Commentaires Traitement de la diverticulite sigmoïdienne :

- hospitalisation selon la gravité clinique, prise en charge ambulatoire possible ;
- traitement médical à la phase aiguë :
 - antalgiques adaptés à la douleur (objectif : EVA < 4) ;
 - antibiothérapie :
 - objectif : visée les BGN et les anaérobies ;
 - amoxicilline + Acide clavulanique *per os* ou IV ;
 - C3G + Nitro-imidazolé *per os* ou IV ;
 - fluoroquinolones + Nitro-imidazolé *per os* ;
 - régime sans résidu :
 - objectif : diminuer volume des selles et l'irritation de la muqueuse intestinale
 - surveillance clinique (± biologique) ;
- traitement chirurgical :
 - abcès si échec du traitement antibiotique seul ± drainage ;
 - péritonite : résection colique + lavage péritonéal ;
 - fistule.

Régime sans gluten : maladie cœliaque.

Antibiotiques :

- sulfaméthoxazole + triméthoprime = cotrimoxazole → non indiqué ;
- céfotaxime = C3G mais administration *per os* impossible.

■ Question 6 (5 points)

Réponses EXACTES : A-D

Commentaires Aucun traitement médical ne permet de prévenir une récurrence de diverticulite sigmoïdienne.

La colectomie préventive doit être discuté au cas par cas si épisodes multiples.

■ Question 7 (10 points)**Réponses EXACTES : A-B****Indispensable : B**

Commentaires Polypose adénomateuse familiale : association de polype colique avec risque de cancérisation élevé et de tumeur du grêle (adénomes duodénaux, tumeurs desmoïdes).

Syndrome de Lynch : association de différents cancers (cf. question 8 & 11).

Mutation BRCA : cancer du sein + des ovaires.

Mutation HFE1 : hémochromatose génétique.

NEM de type 2b : mutation du gène RET (Association de phéochromocytome, cancer médullaire de la thyroïde et profil marphanoïde).

■ Question 8 (5 points)**Réponses EXACTES : A-D**

Commentaires Tumeur faisant partie du spectre étroit :

- côlon et rectum ;
- endomètre ;
- voies urinaires ;
- intestin grêle.

Tumeur faisant partie du spectre large :

- estomac ;
- voies biliaires ;
- ovaires ;
- pancréas ;
- tumeurs cérébrales ;
- tumeurs sébacées & kératoacanthomes.

■ Question 9 (10 points)**Réponses EXACTES : C-D****Indispensable : D**

Commentaires Coloscopie :

- sous anesthésie générale le plus souvent et en ambulatoire si possible, c'est le cas le plus souvent en France mais une coloscopie peut être réalisée si nécessaire sous sédation ou chez un patient vigile ;
- consentement du patient dûment informé ;
- préparation colique par voie orale :
 - objectif : aucun résidu de selles dans le côlon ;
 - polyéthylèneglycol le plus souvent :
 - peu de contre-indications et d'effets indésirables ;
 - à boire la veille de la coloscopie, environ 4 l, à adapter au gabarit ;
 - régime sans résidu complétant la préparation colique, dans les 3 jours précédents ;
- risques :
 - perforation au cours une coloscopie sur 1 000 ;
 - hémorragie digestive ;
- pas d'antibioprophylaxie : intervention en milieu septique sans traversée de la paroi.

Indication de la coloscopie :

- symptômes abdominaux chroniques : douleurs, constipation, diarrhée ; surtout si âge supérieur à 50 ans ;
- rectorragies ou méléna ;
- endocardite à *Streptococcus bovis* ;
- avant transplantation d'organe ;
- après une diverticulite si suspicion de cause secondaire ;
- surveillance de MICI.

Biopsies indiquées :

- diarrhée chronique : recherche de colite microscopique ;
- recherche MICI ;
- lésions coliques évidentes.

■ Question 10 (5 points)

Réponses EXACTES : B-E

Inacceptable : D

Commentaires Histoire naturelle d'un adénome :

- sur 1 000 adénomes, 100 deviendront supracentimétriques et 25 adénocarcinomes ;
- présence de foyers cancéreux dans les adénomes :
 - 1 % si adénome tubuleux ;
 - 12 % si adénome tubulo-villeux ;
 - 15 % si adénome vilieux ;
- retrait systématique de tout polype quelle que soit sa taille.

La polypose adénomateuse familiale est due à une mutation du gène APC.

■ Question 11 (5 points)

Réponse EXACTE : C

Commentaires Dépistage par phénotypage MSI (MicroSatellite Instable).

- Les microsatellites sont les zones de répétition de l'ADN.
- Grandes vulnérabilités de ces zones avec délétion de base et nécessité de réparation.
- Syndrome de Lynch lié à une mutation des gènes du système MisMatchRepair (MMR) impliqués dans la synthèse de protéine de réparation de l'ADN et donc effet suppresseur de tumeur.
- Si dépistage positif, indication à une recherche de la mutation génique.

Syndrome de Lynch :

- 4 % des cancers colorectaux ;
- transmission autosomique dominante ;
- pénétrance : 70 % de cancer colorectal, 40 % de cancer de l'endomètre ;
- critères d'Amsterdam :
 - 3 cancers du spectre ;
 - 1 lié au premier degré avec les deux autres ;
 - 2 générations successives touchées ;
 - 1 cas < 50 ans.