

Collection dirigée  
par Dr A. Charon et Dr N. Meton




PIERRE-OLIVIER MOSER  
LÉO VERGONJEANNE

# LA MARTINGALE\*

ECNi-EDN

## DOSSIERS TRANSVERSAUX INDISPENSABLES

de Léo et Pierre-Olivier

-  Méthodologie complète
-  Corrections détaillées avec explications, pièges et astuces
-  Rappels de cours (tableaux et schémas)

Comité de relecture composé de **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

ellipses

# CANCÉROLOGIE, HÉPATO-GASTRO- ENTÉROLOGIE

Vous recevez un soir aux urgences générales de votre hôpital, Monsieur X. 73 ans pour de violentes douleurs apparues brutalement localisées dans le bas-ventre.

Dans ses antécédents, il présente un tabagisme estimé à 20 PA non sevré, un alcoolisme estimé à 10 unités d'alcool par semaine. Il présente une allergie à la pénicilline avec choc anaphylactique.

Il n'y a pas de notion de pathologie dans sa famille proche.

Il n'y a pas d'autres maladies par ailleurs, ni de traitement au long cours, le patient n'est pas suivi par un médecin.

En reprenant l'histoire avec le patient, il décrit une douleur apparue il y a 7 h localisée principalement au niveau de la fosse iliaque gauche diffusant globalement au niveau de tout l'abdomen. Il ne signale pas d'autres troubles digestifs. Il se dit fébrile sans avoir pu mesurer sa température à son domicile. Le patient signale simplement avoir pris un comprimé d'ibuprofène il y a 5 h pour soulager sa douleur. La douleur ne cédant pas, il décide de se rendre dans votre hôpital.

Les constantes à l'arrivée aux urgences sont les suivantes :

PA : 158/67 mmHg – FC : 135 bpm – FR : 20 cycles/min – EVN : 7/10 – Température : 37,3 °C – GSC : 15/15 – Poids : 120 kg – Taille : 1,75 m.

À l'examen clinique,

L'examen cardiovasculaire est sans particularité hormis une tachycardie régulière, l'examen pulmonaire est clair. L'examen digestif met en évidence, outre un abdomen pléthorique, une sensibilité diffuse de tout l'abdomen prédominant en FIG, sans signe d'irritation péritonéal. Le TR, bien que douloureux, ne met pas en évidence de trace de sang.

■ **Question 1 : Quelle(s) est (sont) votre (vos) hypothèse(s) diagnostique(s) le (les) plus probable(s) concernant cet épisode aigu ?**

- A. Appendicite aiguë.
- B. Cancer du côlon sigmoïde.
- C. Syndrome Intestin Irritable.
- D. Diverticulite sigmoïdienne aiguë.
- E. Colite aiguë.

Vous suspectez à juste titre une diverticulite aiguë sigmoïdienne devant la chronologie et la symptomatologie.

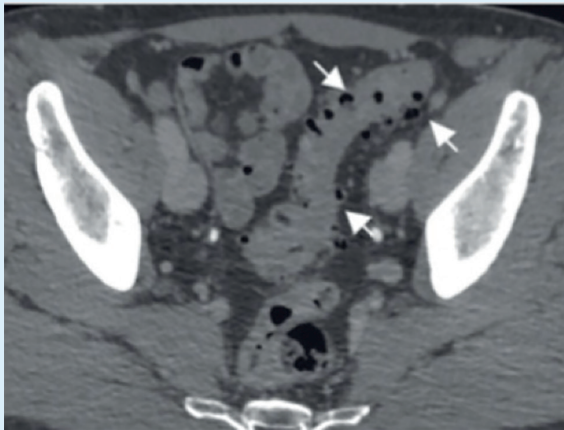
En même temps que vous réfléchissez à la suite de la prise en charge, vous recevez sa prise de sang :

Na <sup>+</sup> : 138 mmol/L	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> : 25 mmol/L	Hb : 14 g/dL	CRP : 208 mg/L
K <sup>+</sup> : 3,6 mmol/L	Urée : 8 mmol/L	Leucocytes : 17 G/L	
Cl <sup>-</sup> : 100 mmol/L	Créatinémie : 78 µmol/L	Plaquettes : 278 G/L	

■ **Question 2 : Quel est l'examen que vous allez réaliser prioritairement ?**

- A. Gaz du sang avec ECG.
- B. Échographie.
- C. Scanner abdominal sans injection de produit de contraste.
- D. Scanner abdominal avec injection de produit de contraste.
- E. Abdomen Sans Préparation.

Voici l'imagerie réalisée en accord avec le radiologue de garde :



■ **Question 3 : Quelle est la classification de cette diverticulite ?**

- A. Hinchey I.
- B. Hinchey II.
- C. Hinchey III.
- D. Balthazar B.
- E. Balthazar C.

■ **Question 4 : Quelle sera donc votre prise en charge ?**

- A. Antibiothérapie par Augmentin per os pendant 7J et retour à domicile (RAD).
- B. Antibiothérapie par Céfotaxime per os pendant 7J et RAD.
- C. Antibiothérapie par Lévofloxacine per os pendant 7J et RAD.
- D. Mutation dans un service de chirurgie digestive pour surveillance et chirurgie en cas de dégradation.
- E. RAD avec simple surveillance clinique et prise en charge de la douleur.

Devant la présentation clinique et radiologique satisfaisante, une simple surveillance est organisée. Le patient vous questionne alors sur la suite de la prise en charge de cette pathologie.

■ **Question 5 : Quel(s) est (sont) le(s) item(s) exact(s) à ce sujet ?**

- A. Une coloscopie dans les six prochains mois devra être organisée en rapport avec cet évènement.
- B. Un scanner de contrôle injecté est nécessaire pour vérifier la bonne régression de l'inflammation sigmoïdienne.
- C. Du fait de cette maladie, le patient devra être suivi par un gastrologue avec une surveillance coloscopique régulière.
- D. Un régime alimentaire particulier, notamment sans résidu, devra être instauré pendant une durée minimale.
- E. Une sigmoïdectomie prophylactique n'est pas nécessaire dans le cas de notre patient.

Avant de vous quitter, il finit par aborder la notion de cancer colorectal et de son dépistage qui lui est relatif :

■ **Question 6 : Quels sont le(s) item(s) correct(s) ?**

- A. Le cancer colo-rectal (CCR) représente le troisième cancer tout sexe confondu en France.
- B. La majorité des CCR sont liés à des désordres génétiques (Lynch – PAF – Peutz-Jeghers...).
- C. Une surveillance aurait dû être instaurée dès l'âge de 50 ans par une coloscopie.
- D. Une surveillance aurait dû être instaurée dès l'âge de 50 ans par un test immunologique tous les deux ans.
- E. La majorité des cancers du côlon sont, histologiquement, des adénocarcinomes issus de polypes ayant dégénéré sur une longue période.

Devant la bonne évolution du patient sous simple antalgique (paracétamol), le patient est perdu de vue et malgré vos conseils, ne réalise aucun dépistage carcinologique.

Il revient vous voir deux ans après cet épisode pour la symptomatologie suivante : douleurs abdominales diffuses (EVA : 3/10) associées à un arrêt des gaz et des matières. Les constantes à l'arrivée aux urgences sont correctes. Alors que vous vous apprêtez à l'examiner, le patient présente un épisode de vomissement fécaloïde. Vous évoquez devant ce tableau le diagnostic de syndrome occlusif.

■ **Question 7 : Concernant les différents types de syndromes occlusifs :**

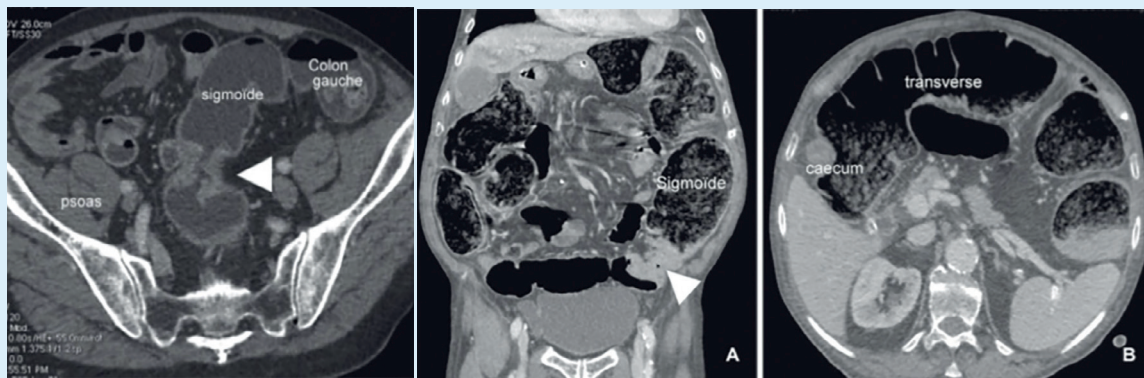
- A. Le signe pathognomonique d'un syndrome occlusif est un arrêt des matières.
- B. L'occlusion dite sur bride représente la première cause de syndrome occlusif et constitue une urgence chirurgicale.
- C. Le syndrome de Koenig se caractérise comme étant une occlusion fonctionnelle et se traite, entre autres, par un sondage endoscopique au tube de Faucher.
- D. En imagerie, le volvulus du sigmoïde est caractérisé par le signe du tourbillon (« Whirlpool sign ») au scanner et par une image en grain de café en ASP.
- E. L'invagination intestinale aiguë, bien que plus fréquente en pédiatrie, doit faire rechercher chez l'adulte une cause secondaire notamment carcinologique.

Après avoir examiné le patient, vous reprenez une symptomatologie de syndrome occlusif bas. L'examen clinique ne sera que peu contributif : abdomen sans irritation péritonéale mais diffusément douloureux, TR sans matières ni gaz ni sang. Muqueuses sèches.

■ **Question 8 : Concernant la prise en charge du patient, quel est le premier geste à réaliser ?**

- A. Scanner abdomino-pelvien injecté pour chercher une cause secondaire.
- B. Coloscopie ou rectoscopie en fonction de l'indication du gastrologue.
- C. Mise en place d'une Sonde Nasale Gastrique en aspiration.
- D. Laparotomie en urgence pour lever la cause de l'occlusion.
- E. Échographie intestinale.

Après avoir préalablement « équipé » votre patient avec une SNG et avoir posé une VVP pour réhydratation et bilan sanguin, le patient part au scanner qui sera finalement injecté devant la bonne fonction rénale.



Après relecture des images par un radiologue, il n'est pas retrouvé des signes de souffrances digestives.

■ **Question 9 : Quels sont les signes de gravité d'un syndrome occlusif ?**

- A. Un pneumopéritoine correspond à la rupture d'un organe « vide » dans le péritoine.
- B. Une distension cœcale (>7-10 cm) peut conduire à une laparotomie en urgence.
- C. Une pneumatose pariétale peut évoluer, dans son stade ultime, en aéroportie.
- D. Un épaissement pariétal, à la différence d'un amincissement, est plutôt de bon pronostic.
- E. Les signes de gravité ne sont que radiologiques.

Après discussion avec l'équipe chirurgicale, une colostomie de proche amont est réalisée emportant la tumeur permettant de lever le syndrome occlusif et l'analyse de la pièce opératoire.

■ **Question 10 : De manière générale sur la chirurgie colique, quel(s) est (sont) le(s) item(s) vrai(s) ?**

- A. La chirurgie du cancer du côlon répond à des règles strictes : marge de 5 cm au minimum de part et d'autre de la tumeur.
- B. Dans ce type de cancer, l'étude histologique des ganglions ne modifie pas la prise en charge oncologique.
- C. Lors d'une colectomie droite par coelioscopie, la tumeur est retirée avec le mésocolon et l'artère mésentérique supérieure est donc ligaturée.
- D. La chirurgie dite de Hartmann est celle pratiquée sans contexte d'urgence.
- E. Une immunonutrition est la règle de nos jours avant toute chirurgie colique.

L'intervention chirurgicale se déroule sans complication opératoire.

Le patient est surveillé en service de chirurgie digestive. Le bilan d'extension ne retrouvera finalement aucune métastase. Le compte rendu anatomopathologique conclura : « Adénocarcinome lieberkhunien bien différencié classé : T2N1BM0 (AJCC 7<sup>e</sup> édition) avec présence d'envahissement péri-nerveux et d'embolies vasculaires. Les limites chirurgicales sont satisfaisantes par ailleurs. Analyse des biomarqueurs KRAS/NRAS en cours. Statut des micro-satellites : MSI. Résection R0 »

■ **Question 11 : À propos de cette tumeur, quel(s) item(s) est (sont) correct(s) ?**

- A. T2 signifie que la sous séreuse est envahie sur les coupes histologiques.
- B. Il est probable qu'une surveillance coloscopique ait pu diminuer le risque de ce type de cancer du côlon (en supposant que le patient présente une indication formelle de coloscopie).
- C. Une résection R0 signifie que les marges microscopiques et macroscopiques sont saines.
- D. Le statut MSI signe un cancer appartenant au spectre du Syndrome de Lynch.
- E. Du fait des marges, une chimiothérapie sera vraisemblablement non indiquée.

Finalement, après une discussion en RCP, une chimiothérapie par FOLFOX (Oxaliplatine + 5-FU + Acide folinique) pour 6 cures sera administrée au patient.

■ **Question 12 : Concernant cette chimiothérapie, quel(s) item(s) est (sont) correct(s) ?**

- A. L'oxaliplatine a comme principal effet secondaire une ototoxicité devant faire réaliser des audiogrammes réguliers.
- B. Le 5-FU nécessite spécifiquement la réalisation d'une ETT avant toute administration.
- C. Le 5-FU appartient à la grande famille des alkylants.
- D. L'oxaliplatine appartient à la grande famille des alkylants.
- E. En cas de réponse insuffisante à cette chimiothérapie, une radiothérapie pourra être une option de seconde intention.

Le patient sort donc de l'hôpital et sera revu régulièrement en HDJ pour ses cures de chimiothérapie. Au cours de l'une de ses séances en plein mois de février, le patient rapporte des sensations douloureuses lors de ses sorties associées à fourmillements prédominants aux deux mains. La gêne est importante au quotidien.

■ **Question 13 : Quel(s) item(s) est (sont) correct(s) ?**

- A. Il s'agit probablement d'un effet secondaire du 5-FU, je peux l'arrêter.
- B. Il s'agit probablement d'un effet secondaire de l'oxaliplatine, je peux l'arrêter.
- C. Il s'agit probablement d'une évolution métastatique de son cancer du côlon, je peux demander une IRM ou un EMG.
- D. Il était possible d'éviter cet effet secondaire grâce à une augmentation des posologies d'acide folinique.
- E. Du fait de cet effet secondaire le patient rentre en phase palliative.

Il est donc décidé de stopper l'oxaliplatine et de continuer par une chimiothérapie à base de SLV5FU2. Le patient vous questionne maintenant sur la surveillance de son cancer.

■ **Question 14 : Quel(s) item(s) est (sont) correct(s) ?**

- A. Une coloscopie n'est maintenant plus nécessaire puisque les marges chirurgicales étaient « R0 ».
- B. Une surveillance uniquement clinique est satisfaisante.
- C. La régularité des examens est laissée à la discrétion de chaque équipe oncologique.
- D. Un antécédent de cancer colique chez ce patient motive la réalisation de coloscopie chez les descendants du premier degré.
- E. La survenue de métastase est nulle devant la bonne administration de chimiothérapie.

En relisant son compte rendu, le patient vous questionne sur la positivité de ses micro-satellites ainsi que sur le Syndrome de Lynch :

■ **Question 15 : Quel(s) item(s) est (sont) correct(s) ?**

- A. Le syndrome de Lynch ou HNPCC se caractérise coloscopiquement par la présence de plusieurs centaines de polypes, ces derniers étant à très haut risque de dégénérescence.
- B. Une surveillance gynécologique chez les femmes atteintes de ce syndrome est nécessaire à partir de l'âge de 30 ans.
- C. Ce syndrome, autosomique dominant, est lié à la mutation des gènes du système MMR (Methyl Mismatch Repair)
- D. Le phénotype de la tumeur du patient (pour rappel MSI) est de bon pronostic.
- E. Les critères de Rome permettent de suspecter la présence d'un syndrome de Lynch.

## Corrigé du cas clinique N° 1



## NOTE DU RÉDACTEUR

« Nous vous avons fait ce dossier car il s'agit pour nous d'un GRAND classique de l'oncologie digestive ! Nous avons essayé d'aborder les informations les plus importantes du collège de chirurgie digestive ainsi que des notions indispensables en anatomopathologie colique ! La partie diverticulite est aussi très ECNi-tombable avec les nouvelles recommandations de la HAS à bien connaître. Bonne correction ! »

Pierre-Olivier

Vous recevez un soir aux urgences générales de votre hôpital, Monsieur X. 73 ans pour de violentes douleurs apparues brutalement localisées dans le bas-ventre.

Dans ses antécédents, il présente un tabagisme estimé à 20 PA non sevré, un alcoolisme estimé à 10 unités d'alcool par semaine. Il présente une allergie à la pénicilline avec choc anaphylactique.

Il n'y a pas de notion de pathologie dans sa famille proche.

Il n'y a pas d'autres maladies par ailleurs ni de traitement au long cours, le patient n'est pas suivi par un médecin.

En reprenant l'histoire avec le patient, il décrit une douleur apparue il y a 7 h localisée principalement au niveau de la fosse iliaque gauche diffusant globalement au niveau de tout l'abdomen. Il ne signale pas d'autres troubles digestifs. Il se dit fébrile sans avoir pu mesurer sa température à son domicile. Le patient signale simplement avoir pris un comprimé d'ibuprofène il y a 5 h pour soulager sa douleur. La douleur ne cédant pas, il décide de se rendre dans votre hôpital.

Les constantes à l'arrivée aux urgences sont les suivantes :

PA : 158/67 mmHg – FC : 135 bpm – FR : 20 cycles/min – EVN : 7/10 – Température : 37,3 °C – GSC : 15/15 – Poids : 120 kg – Taille : 1,75 m

À l'examen clinique,

L'examen cardiovasculaire est sans particularité hormis une tachycardie régulière, l'examen pulmonaire est clair.

L'examen digestif met en évidence, outre un abdomen pléthorique, une sensibilité diffuse de tout l'abdomen prédominant en FIG sans signe d'irritation péritonéal. Le TR, bien que douloureux, ne met pas en évidence de trace de sang.

■ **Question 1 : Quelle(s) est (sont) votre (vos) hypothèse(s) diagnostique(s) le (les) plus probable(s) concernant cet épisode aigu ?**

- A. Appendicite aiguë.
- B. Cancer du côlon sigmoïde.
- C. Syndrome Intestin Irritable.
- D. **Diverticulite sigmoïdienne aiguë.**
- E. Colite aiguë.

**CORRECTION : D** R2C rang A

Seule cette proposition collait avec l'énoncé clinique.

Attention : Lors d'une diverticulite, il y a plus fréquemment une symptomatologie de constipation que de diarrhée.



- A. **FAUX** : Une **appendicite**, bien que sa clinique puisse varier en fonction des localisations de l'appendice, ne donne pas de douleur en FIG (pas le plus probable).
- B. **FAUX** : Concernant le **cancer du côlon**, la douleur a débuté rapidement et nous n'avons pas dans l'énoncé d'éléments nous faisait évoquer une **néoplasie (perte de poids – AEG – constipation réfractaire...)**
- C. **FAUX** : Un **SII** est un diagnostic **d'élimination** et de plus n'est pas fébrile !
- D. **VRAI** : Il s'agit ici de la clinique « typique » d'une diverticulite.
- E. **FAUX** : Enfin une **colite aiguë** se présenterait plus fréquemment avec **épisodes diarrhéiques**.



Vous suspectez à juste titre une diverticulite aiguë sigmoïdienne devant la chronologie et la symptomatologie. En même temps que vous réfléchissez à la suite de la prise en charge, vous recevez sa prise de sang :

Na <sup>+</sup> : 138 mmol/L	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> : 25 mmol/L	Hb : 14 g/dL	CRP : 208 mg/L
K <sup>+</sup> : 3,6 mmol/L	Urée : 8 mmol/L	Leucocytes : 17 G/L	
Cl <sup>-</sup> : 100 mmol/L	Créatinémie : 78 mmol/L	Plaquettes : 278 G/L	

■ **Question 2 : Quel est l'examen que vous allez réaliser prioritairement ?**

- A. Gaz du sang avec ECG.
- B. Échographie.
- C. Scanner abdominal sans injection de produit de contraste.
- D. **Scanner abdominal avec injection de produit de contraste.**
- E. Abdomen Sans Préparation.

**CORRECTION : D** (PMZ) / R2C rang B

Selon les dernières recommandations de l'HAS, il faut réaliser un scanner abdominal INJECTÉ devant toute suspicion de diverticulite sauf contre-indication.

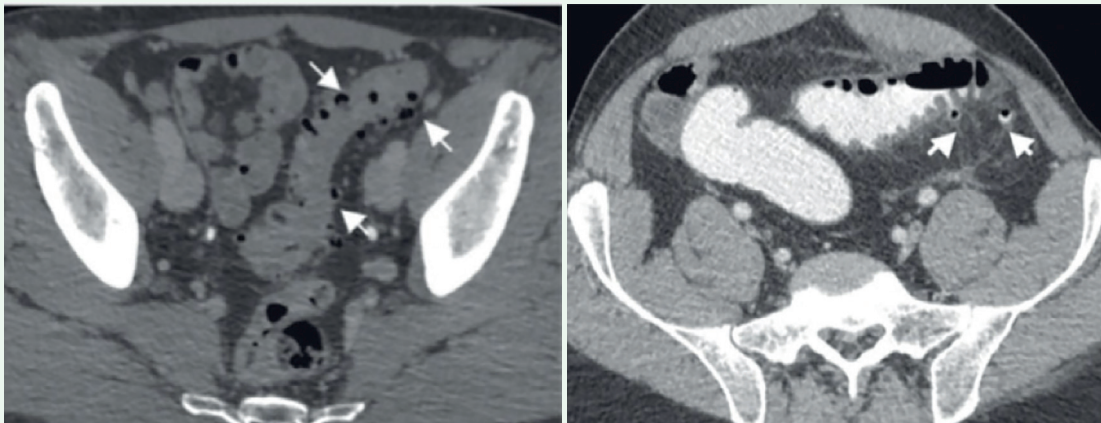
Revoyons les principales contre-indications à l'injection d'iode pour l'ECNi :

Ici, le patient présente une bonne fonction rénale et pas de notions d'hyperthyroïdie, pas de myélome et pas d'antécédent de diabète (il faut savoir penser à la grossesse chez une femme en âge de procréer).



- A. **FAUX** : cf. correction.
- B. **FAUX** : cf. correction.
- C. **FAUX** : cf. correction.
- D. **VRAI (PMZ)** : cf. correction.
- E. **FAUX** : cf. correction.

Voici l'imagerie réalisée en accord avec le radiologue de garde :



■ **Question 3 : Quelle est la classification de cette diverticulite ?**

- A. **Hinchey I.**
- B. Hinchey II.
- C. Hinchey III.
- D. Balthazar B.
- E. Balthazar C.