

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

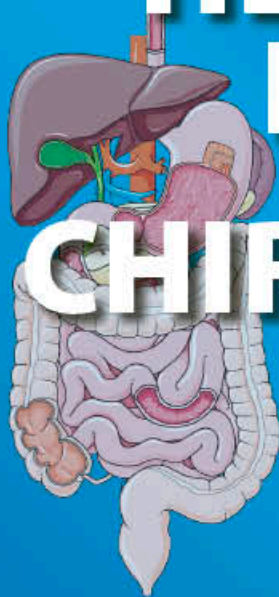
EMMA MULET


LA MARTINGALE*

EDN

HÉPATO-GASTRO- ENTÉROLOGIE CHIRURGIE DIGESTIVE

ENTRAÎNEMENT



-  250 questions en QI et dossiers progressifs
-  Avec les modalités docimologiques : QRU, QRM, QROC, KFP, ZAP...
-  Corrections détaillées : explications, pièges et astuces

ellipses

Dossier progressif n° 1

Vous recevez aux urgences un homme de 45 ans pour une douleur abdominale persistante. Le patient est plié en deux par la douleur et, avec patience, vous finissez par comprendre que cette douleur est présente depuis quelques semaines, par intermittence, mais est devenue insoutenable ces derniers jours.

Il n'a a priori pas de problème de santé, ne prend pas de traitement et n'a plus de médecin traitant depuis qu'il a déménagé il y a dix ans dans la région.

Il n'a pas vomi depuis qu'il est ici (il attend depuis environ 1 heure), vous n'arrivez pas à comprendre depuis quand datent ces dernières selles, il ne se rappelle plus et ne mange plus beaucoup récemment. Il vous dit consommer de l'alcool « comme tout le monde » et fume un peu plus en ce moment car son métier de commercial est stressant ces derniers temps.

■ KFP 1 : Quelle est votre prise en charge aux urgences ? [maximum 6]

- A. Hospitalisation
- B. Antalgie par des AINS
- C. Pose d'une sonde naso-gastrique en aspiration
- D. Réalisation d'un ECG
- E. Demande d'un scanner abdominal injecté dans 48 heures
- F. Pose d'une perfusion pour antalgie
- G. Réalisation d'un bilan biologique : NFS, CRP, créatinémie et ionogramme sanguin
- H. Réalisation d'un gaz du sang
- I. Réalisation d'un toucher rectal
- J. Prise en charge antalgique puis consultation de gastro-entérologie en ville
- K. Avis psychiatrique
- L. Réalisation d'une alcoolémie
- M. Réalisation d'une endoscopie digestive en urgence

Après avoir soulagé le patient vous arrivez à plus communiquer avec lui. Il vous raconte qu'il a ces douleurs horribles qui lui vont même jusque dans le dos. Au début il arrivait à les supporter mais c'est de pire en pire. Il n'arrive même plus à manger, même boire devient difficile. Il vous dit donc boire une pinte de bière 4° tous les midis avec ces collègues et un apéro le soir (un petit whisky), il boit une bouteille de vin pendant le repas du soir.

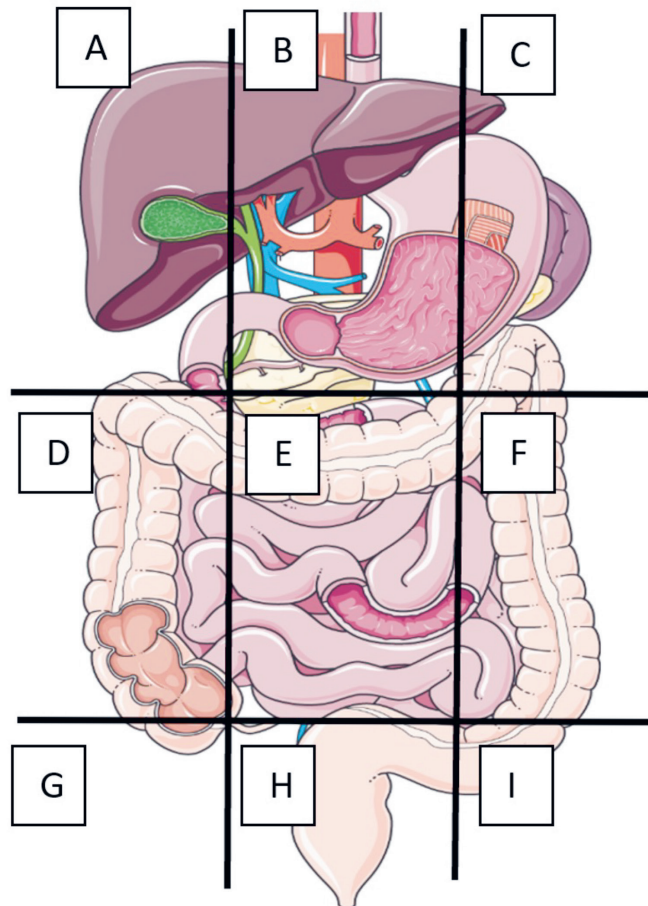
■ QRU 2 : Calculez sa consommation d'alcool :

- A. 7 g
- B. 50 g
- C. 70 g
- D. 100 g
- E. 170 g

■ **QRM 3 : Devant le tableau de ce patient vous vous orientez vers une pancréatite chronique. Quelles sont des causes de pancréatites chroniques ?**

- A. 1^{er} épisode de lithiase biliaire
- B. Hyponatrémie
- C. Consommation excessive d'alcool
- D. Tumeurs pancréatiques
- E. Génétiques

■ **ZAP 4 : Pointez la zone la plus fréquente où se concentrent les douleurs pancréatiques**



- **QRM 5 : Quel(s) est ou sont le ou les examens(s) de première intention de votre prise en charge ?**
 - A. Un scanner abdominal sans et avec injection
 - B. Une IRM bilio-pancréatique
 - C. Une écho-endoscopie bilio-pancréatique
 - D. Un scanner abdominal non injecté
 - E. Une échographie bilio-pancréatique

- **QRM 6 : Vous réalisez un scanner abdominal sans et avec injection qui vous confirme que votre patient souffre d'une pancréatite chronique. Le patient vous demande s'il existe des traitements. Quelle(s) est ou sont la ou les différente(s) modalité(s) de sa prise en charge ?**
 - A. Arrêt du tabac
 - B. Antalgiques : paracétamol, tramadol, AINS
 - C. Insuline en prévention de l'insuffisance pancréatique
 - D. Duodéno-pancréatectomie céphalique
 - E. Arrêt de l'alcool

Le patient a entendu parler du cancer du pancréas et se demande si sa pathologie est un facteur de risque nécessitant un dépistage des adénocarcinomes pancréatiques.

- **QROC 7 : Répondez OUI ou NON.**

Correction du dossier progressif n° 1

■ KFP 1

Correction ADFGI

- A. Hospitalisation
- B. Antalgie par des AINS
- C. Pose d'une sonde naso-gastrique en aspiration
- D. Réalisation d'un ECG
- E. Demande d'un scanner abdominal injecté dans 48 heures
- F. Pose d'une perfusion pour antalgie
- G. Réalisation d'un bilan biologique : NFS, CRP, créatinémie et ionogramme sanguin
- H. Réalisation d'un gaz du sang
- I. Réalisation d'un toucher rectal
- J. Prise en charge antalgique puis consultation de gastro-entérologie en ville
- K. Avis psychiatrique
- L. Réalisation d'une alcoolémie
- M. Réalisation d'une endoscopie digestive en urgence

A. Ce patient est très douloureux, la priorité est de réussir à le **soulager**. Devant les causes variées, pouvant être très graves de douleurs abdominales et **l'inexistence de suivi médical** il faut éliminer les différentes **urgences vitales** et le garder en **hospitalisation** dans un premier temps. (Rang A)

B. **L'antalgie est la priorité** dans cette situation pour réussir à interroger le patient et le prendre en charge au mieux. En revanche il peut être dangereux de mettre des AINS en première intention sans aucune idée du profil du patient et de ce qui lui arrive.

Par exemple : il faut savoir si le patient a eu des saignements récemment, les AINS favorisent les saignements et s'il a eu des épisodes d'hématémèses ou d'hématochézies, mettre des AINS pourrait empirer la situation.



Astuce du gastro-entérologue

- **Hématémèse** : rejet de sang par la **bouche** lors d'un effort de **vomissement**, d'origine **digestive haute**, en amont de **l'angle de Treitz** (angle duodéno-jéjunal où se trouve le ligament de Treitz qui lie le duodénum au diaphragme).
- **Méléna** : extériorisation par **l'anus de sang digéré, noir**, d'origine haute ou du moins en amont de l'angle colique droit.
- **Hématochézie** : extériorisation par **l'anus de sang rouge, mélangé** aux selles, la plupart du temps d'origine digestive basse elle peut également se voir dans les hémorragies digestives hautes abondantes.
- **Rectorragie** : extériorisation par **l'anus de sang rouge, non** mélangé aux selles

Les AINS sont très utiles sur les douleurs de pancréatites et de coliques néphrétiques mais **ATTENTION** il faut toujours se renseigner sur des médicaments déjà pris par le patient (éviter les surdosages malencontreux) et les **interactions médicamenteuses** et bien sûr les **ALLERGIES**.

C. La pose d'une sonde naso-gastrique en aspiration semble un peu invasif en première intention dans cette situation. Elle aurait été requise si le patient avait un tableau **d'occlusion avec des vomissements incoercibles** et avant de l'emmener au scanner.

D. La réalisation d'un ECG est à cocher, une douleur abdominale piège est **l'infarctus inférieur**. (Rang A)

E. Le scanner abdominal est l'examen de **première intention** devant une douleur abdominale sans aucune orientation. Dans ce cas le scanner doit être demandé en urgence, dans les premières heures à venir et non pas dans les 48 heures.

F. Le patient est très douloureux et la pose de la perfusion permettra de **l'hydrater**, de faire un **premier bilan biologique** et de lui mettre **des antalgiques en intra-veineux** pour le soulager au plus vite. (Rang A)

G. Un premier bilan biologique aux urgences permet de savoir si le patient est en anémie (avec l'hémoglobine), s'il y a une inflammation ou un syndrome infectieux (avec les leucocytes et la CRP), s'il est déshydraté (avec l'ionogramme) ; dans ce cas on pourrait rajouter les troponines si nous voulions être certains d'éliminer un problème cardiaque, une lipasémie pour avoir des arguments pour une pancréatite aiguë et les enzymes hépatiques pour un problème biliaire. (Rang A)

H. Un gaz du sang ne semble pas pertinent pour l'instant, le patient n'est pas instable et ne relève pas de la réanimation, il n'est ni dyspnéique, ni confus.

I. Le patient ne sait pas à quand remontent ses dernières selles, on est devant une douleur abdominale, le **toucher rectal** est **indispensable**. (Rang A)

J. L'alcoolémie n'est pas l'urgence et on ne doit pas la mesurer en mesure systématique aux urgences. Même si ça dépend des sources des collègues, il faut mesurer les situations où on la demande et préférer demander au patient avant tout. Commençons par le soulager et essayer de comprendre ce qui lui arrive avant de chercher son alcoolémie.

K. Une endoscopie digestive en urgence n'est pas la première intention, on préférera un scanner abdominal.

■ QRU 2

► Correction ► D

- A. 7 g
- B. 50 g
- C. 70 g
- D. 100 g**
- E. 170 g

D. Notre patient présente un **mésusage** qui est sûrement un **usage nocif** avec des conséquences préjudiciables sur sa santé et il consomme plus que les recommandations.

« Repères proposés par Santé Publique France en 2017 :

Si on consomme de l'alcool

- ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine
- ne pas consommer plus de 2 verres standards par jour
- avoir des jours dans la semaine sans consommation. »

Un verre standard est 10 g d'alcool pur ce qui correspond à 10 cl de vin, 25 cl de bière à 4°, ou 3 cl d'un alcool fort type whisky à 40° (volumes servis dans un bar). 1 bouteille de 75 cl de vin à 12° = 7 verres standards ; 1 canette de 50 cl de bière forte à 10° = 4 verres standards.

Il boit : Une pinte de bière : 50 cl : 10 g × 2 = 20 g

Un apéro le soir : 10 g

Une bouteille de vin pendant le repas : 7 × 10 g = 70 g. Soit un total de **100 g**

■ QRM 3

Correction CDE

- A. 1^{er} épisode de lithiase biliaire
- B. Hypernatrémie
- C. Consommation excessive d'alcool
- D. Tumeurs pancréatiques
- E. Génétiques

A. La lithiase biliaire est une cause de pancréatite **aiguë** et non CHRONIQUE.

B. Il n'y a pas de pancréatites dues à des déséquilibres de natrémie mais par contre **l'hypercalcémie** est une cause rare de pancréatite chronique et aiguë.

C. Les pancréatites chroniques ont comme cause principale (plus de 80 %) une consommation excessive **d'alcool**, le principal facteur de risque indépendant est le tabagisme. (Rang A)

D.E. D'autres causes plus rares sont les pancréatites **obstructives** liées à des **tumeurs** d'évolution lente ou des **sténoses** séquellaires du canal de Wirsung. Une cause rare mais à connaître est **l'hypercalcémie** et il y a également **l'hypertriglycéridémie**, des causes **auto-immunes** (avec des liens avec les MICI) et des causes **génétiques** (gènes SPINK1, PRSS1 etc..). (Rang B)

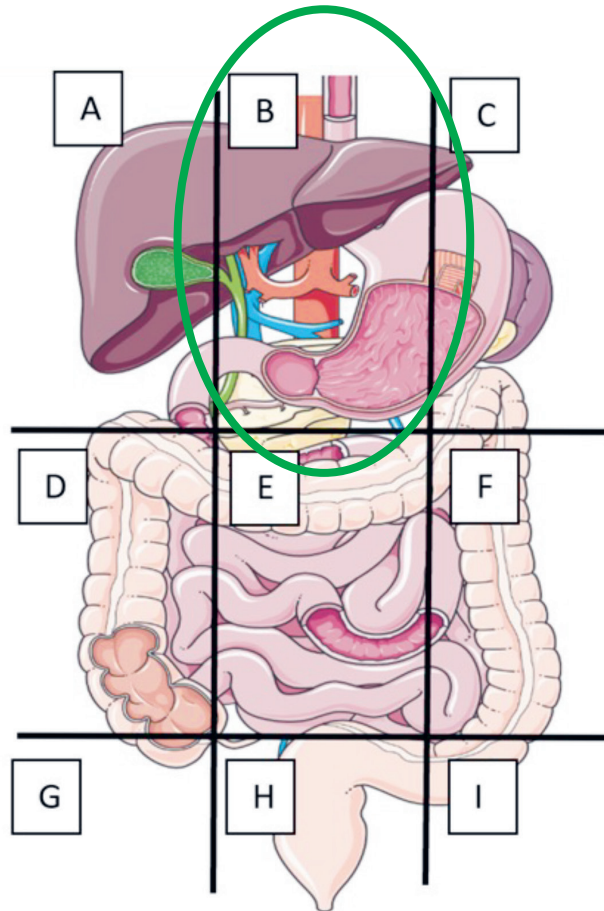
■ ZAP 4

Correction: B

La localisation typique des douleurs pancréatiques est au niveau du cadran **épigastrique** → **B.**

Les différents cadrans sont :

- A. hypochondre droit : foie et voies biliaires, côlon, urinaire, pleuro-pulmonaire
- B.** Épigastre : estomac, pancréas, foie et voies biliaires, côlon, cardiaque (INFARCTUS INFÉRIEUR), vasculaire. (Rang A)
- C. hypochondre gauche
- D. flanc droit : côlon, grêle, urinaire, gynécologique
- E. région ombilicale
- F. flanc gauche
- G. fosse iliaque droite : côlon, appendice, grêle, gynécologique
- H. hypogastre : côlon, urinaire, gynécologique
- I. fosse iliaque gauche



■ QRM 5

► **Correction** A

- A. Un scanner abdominal sans et avec injection
- B. Une IRM bilio-pancréatique
- C. Une écho-endoscopie bilio-pancréatique
- D. Un scanner abdominal non injecté
- E. Une échographie bilio-pancréatique

A. L'examen de première intention et de référence pour la prise en charge d'une pancréatite chronique est un scanner abdominal sans et avec injection. (Rang B)

B. L'IRM bilio-pancréatique est également un examen de référence mais pas de première intention, elle est moins performante que le scanner pour détecter les calcifications notamment et est plus difficile d'accès.

C. L'écho-endoscopie bilio-pancréatique n'est pas un examen de première intention, elle nécessite une anesthésie générale, elle est très sensible pour déterminer la cause d'obstacle et permet aussi de faire des gestes (drainage, ponctions).

D. Le scanner doit être **sans** et **avec** injection pour repérer les calcifications pancréatiques (qui sont spontanément hyperdenses) mais aussi les différentes complications (collection, compression, pseudokystes...).

E. L'échographie bilio-pancréatique afin de repérer une **lithiase biliaire** a sa place dans l'exploration de la cause d'une **pancréatite aiguë** et non d'une pancréatite chronique.

■ QRM 6

▶ Correction ABE

- A. Arrêt du tabac
- B. Antalgiques : paracétamol, tramadol, AINS
- C. Insuline en prévention de l'insuffisance pancréatique
- D. Duodéno-pancréatectomie céphalique
- E. Arrêt de l'alcool

A. L'arrêt du tabac est indispensable, cela réduit le nombre de poussées ainsi que l'évolution de la maladie et permet de mieux contrôler les douleurs. De plus c'est la seule solution pour réduire les risques de cancers, essentiellement ORL, pulmonaire, vessie, pancréas (qui n'est pas la cible principale étant un cancer plus rare). (Rang B)

B. La stratégie antalgique se doit d'être variée et nécessite une prise en charge spécialisée. Certains patients seront soulagés par des antalgiques de palier 1 (paracétamol), d'autres nécessiteront des paliers 2 (tramadol, paracétamol-codéine). La morphine est à réserver, si possible, aux poussées très douloureuses et il faut éviter de rajouter une addiction à certains patients déjà prédisposés à d'autres addictions. Il faut également combiner des anti-inflammatoires (qui peuvent jouer sur l'inflammation pancréatique et sur les sténoses des canaux) et des antalgiques à visée neuropathiques (prégabaline). (Rang B)

C. L'insuline sera à utiliser quand le patient arrivera au stade des complications d'insuffisance pancréatique endocrine, et non pas en préventif avant même d'avoir développé un diabète.

D. Il y a d'autres solutions avant d'aller retirer le pancréas, d'ailleurs c'est rarement un traitement de cette pathologie, elle peut devenir l'unique solution en cas d'échec de tout traitement et de complications persistantes par exemple malgré le drainage des pseudokystes (par voie échoendoscopique en première intention) ou pour des sténoses où la pose de prothèse par voie endoscopique ou radiologique reste un échec. Dans tous les cas c'est une décision hyperspécialisée avec des gestes chirurgicaux souvent différents de la prise en charge carcinologique des cancers de la tête du pancréas qu'est la DPC (duodéno-pancréatectomie céphalique).

E. L'arrêt de l'alcool permet de diminuer les douleurs. C'est votre rôle en tant que professionnel de santé de toujours interroger sur les addictions, sans jugement, et de détecter les mésusages afin d'orienter vers d'autres professionnels plus compétents si nécessaire. (Rang B)

■ QRM 7

▶ Correction NON

NON, le risque de dégénérescence d'une pancréatite chronique n'est pas suffisant pour justifier de dépistage particulier. (Rang B)

En revanche, le tabac et l'alcool sont des facteurs de risques prépondérants pour d'autres cancers bien plus fréquents (pulmonaires, ORL, vessie, seins etc..) pour lesquels des dépistages peuvent être nécessaires.