

DOSSIER CHIRURGIE DIGESTIVE
Correction - 100 points

Vous êtes interne de garde en chirurgie. Vous êtes appelé pour voir Mme D. 45 ans adressée aux urgences par son médecin traitant pour douleurs abdominales diffuses persistant depuis 1 semaine.

La patiente décrit une douleur abdominale progressive, débutant en FIG, rapidement étendue à tout l'abdomen, à type de crampes, associée à des vomissements. T° 37,9C. TA 125/84 mmHg. Fc 110/min. Perte de 10 kg en 2 mois.

Appendicectomie dans l'enfance. Mère décédée d'un cancer des ovaires à l'âge de 65 ans. Grand père paternel décédé d'un cancer du colon gauche. La patiente a 2 enfants, une fille de 22 ans et un fils de 18 ans.

1. Compléter l'interrogatoire et l'examen clinique en précisant les diagnostics que vous suspectez.

Suivi / Statut gynécologique (DDR, contraception, ménopause) Arguments en faveur d'une grossesse	0,5
Arrêt des matières et des gaz	1
Vomissements alimentaires, fécaloïdes	0,5
Signes fonctionnels urinaires	1
Signes d'AEG Indice de Karnosky / Pourcentage perte de poids	0,5
Syndrome rectal	0,5
ADPthies	0,5
Défense abdominale, contracture abdominale	2
Météorisme abdominal	1
Ascite	0,5
TR (ampoule rectale vide, sang, nodules de carcinose...)	1
Examen des orifices herniaires	1 PMZ
Examen gynécologique (spéculum et TV)	1
Syndrome occlusif (cancer, bride, volvulus)	2
Colite diverticulaire	1
Pathologie annexielle (GEU, salpingite, rupture de follicules ovariens, kystes ovariens)	1
Ileus reflexe sur colique néphrétique gauche, PNA gauche	(+1)
Colite inflammatoire (maladie de Crohn)	
TOTAL	15

2. Quelle est votre prise en charge aux urgences et quels examens complémentaires demandez-vous en première intention ?

Laisser à jeun	1
VVP	0,5
Rééquilibrage hydro-électrolytique adapté au ionogramme sanguin	1
BU, ECBU	1
Antalgiques IV, Après évaluation de la douleur (EVA)	1
SNG en aspiration douce si vomissements	0,5
TP, TCA, fibrinogène, NFS, plaquettes	1
CRP, ionogramme sanguin	1
Bêta HCG plasmatiques	1 PMZ
Echographie pelvienne si Bêta HCG positif (éliminer une GEU)	1
Abdomen Sans preparation après Bêta HCG négatifs	1

Face debout et couché	0,5
Centré sur les coupes diaphragmatiques	0,5
Eliminer un syndrome occlusif (recherche de NHA) et un pneumopéritoine	1
TOTAL	12

3. Décrivez l'imagerie suivante. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?

Abdomen sans préparation	4 points si complet
De face, debout et centré sur les coupes	
Niveaux hydro-aériques	
Périphériques, plus hauts que larges	
Haustrations coliques	
Syndrome occlusif colique	1
Sans pneumopéritoine – Sans perforation	1
TDM abdomino-pelvien	2
Sans et avec injection de produit de contraste	1
Après vérification de la fonction rénale	0,5
A la recherche d'un obstacle (bilan lésionnel)	0,5
Et signes de complications	
TOTAL	10

L'examen que vous avez demandé est revenu

4. Interprétez l'imagerie suivante.

TDM abdomino-pelvien	
Avec injection de produit de contraste	
Temps ?	
Colectasie en amont	
Masse	
Liquide intrapéritonéal	
Infiltration de la graisse péricolique	
Syndrome occlusif organique	
Par obstruction	
En rapport avec un très probable cancer du colon gauche	
Et risque de perforation	
TOTAL	12

5. Quelle est votre prise en charge en urgence ?

Hospitalisation en chirurgie ou soins intensifs	1
Bilan pré-opératoire complet	
Consultation d'anesthésie	1
Prévenir le bloc opératoire et le chirurgien	1
Réalisation d'une colostomie d'amont (de décharge) par voie élective	3
Eviter l'évolution vers la nécrose et perforation diastatique	
Après information claire et intelligible donnée à la patiente	1

Sur modalités d'intervention et de réalisation d'une stomie	
Surveillance clinique et paraclinique	
TOTAL	7

La patiente remonte dans le service de chirurgie. Vous décidez d'organiser la suite de la prise en charge en collaboration avec les oncologues. Vous suspectez un cancer colo-rectal appartenant un syndrome HNPCC.

6. Sur quels critères évoquez ce type de cancer ?

Critères d'Amsterdam	2
- au moins trois sujets atteints de cancers appartenant au spectre étroit HNPCC et histologiquement prouvés	1
- unis 2 à 2 par un lien de parenté au 1 ^{er} degré sur 2 générations	1
- un des cancers au moins s'étant révélé avant l'âge de 45 ans	1
TOTAL	5

Le bilan d'extension ne retrouve pas de métastases. La patiente est opérée, la pièce tumorale est envoyée en anatomopathologie après résection en marges saines et un curage ganglionnaire est réalisé. La recherche d'instabilité microsatellite sur la tumeur est positive. 6 ganglions sur 8 sont envahis.

7. Comment annoncez-vous le diagnostic de cancer à la patiente ?

Consultation avec sénior référent dans un lieu adapté	0,5
Patient accompagné de la personne de confiance ou du conjoint si besoin	0,5
Après certitude histologique	0,5
Information claire loyale et intelligible	1
Diagnostic, pronostic et traitements proposés en précisant le projet thérapeutique	2
Préciser les bénéfices attendus et risques du traitement	0,5
Savoir respecter les mécanismes de défense du patient	1
Reformuler, Ecouter	1
Consultation d'infirmière associée	1
Proposer un soutien psychologique	1
Remise du parcours personnalisé de soin	2
Proposer un dépistage familial de cancer colo-rectal	1
TOTAL	12

8. Comment complétez-vous la prise en charge?

Prise en charge multidisciplinaire / Réunion de Concertation Pluridisciplinaire	2 0 si oubli
Recueil du consentement libre, éclairé et écrit de la patiente	1 0 si oubli
Consultation d'oncogénétique / Génotypage	2
Recherche de mutations sur les gènes hMLH1 et hSMH2	1 + 1
Traitement adjuvant	1
Chimiothérapie	1
5 FU + Oxaliplatine + Acide Folinique (FOLFOX)	1
Car Stade C Dukes	1
Pose d'un port-à-cathéter au bloc opératoire	0,5
Bilan préthérapeutique : écho cardiaque et ECG (5FU)	0,5
Evaluation de la surface corporelle (poids et taille)	
TOTAL	12

Après la première cure de chimiothérapie, la patiente se plaint de nombreux vomissements à l'approche de la cure de chimio et pendant le traitement.

9. Que proposez-vous à la patiente pour prévenir ces vomissements ?

Vomissements anticipatoires	1
Anxiolytiques	0,5
Vomissements aigus Triothérapie 1h avant début de chimio (J0) et le lendemain (J1) Zophren 8 mg Aprépitant 125 mg Prednisone 60 mg	1 (+ 1 si trithérapie))
Vomissements retardés Bithérapie pendant 2 jours (J2 et J3) Aprépitant 80 mg Prednisone 60 mg	1 (+1 si bithérapie)
Zophren = Anti 5HT3 (sétrons)	1
Aprépitant = Anti NK1	1
Corticoïdes	1
Hydratation abondante	1
Pimpéran	0,5
TOTAL	8

10. Que proposez-vous aux enfants de la patiente en sachant que la mutation que vous recherchez est retrouvée chez la patiente ?

Expliquer à la patiente la nécessité de proposer un dépistage à ses enfants Seule la patiente peut proposer ce dépistage	2
Consultation d'oncogénétique	1
Réalisation d'un arbre généalogique	1
Proposer un génotypage à la recherche des mutations chez les enfants gènes hMSH2 et hMLH1 Après recueil de leur consentement écrit, libre et éclairé	1
Si positif	
Coloscopie totale tous les 2 ans à partir de 25 ans (ou 5 ans avant l'âge de survenue du cancer chez le cas index)	1
Examen gynécologique annuel après 30 ans (échoendovaginale et frottis)	1
Si négatif, suivi comme la population générale	
TOTAL	7

N° 5 - Indications et stratégies d'utilisation des principaux examens d'imagerie.

N° 6 - Le dossier médical. L'information du malade. Le secret médical.

N° 139 - Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers.

N° 141 - Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. La décision thérapeutique multidisciplinaire et l'information du malade.

N° 148 - Tumeurs du colon et du rectum.

N° 195 - Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte.

N° 217 - Syndrome occlusif.

N° 345 - Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte (avec le traitement).