

Hépatogastroentérologie : questionnaire d'autoévaluation

G. Bonmarchand

QCM 1 Parmi les propositions suivantes concernant les péritonites post opératoires, retenez la proposition inexacte :

- A. ce diagnostic devrait être discuté chez tout patient qui ne présente pas une évolution postopératoire régulière au décours d'une chirurgie abdominale ;
- B. la survenue d'une fièvre est le signe le plus fréquent et le plus précoce ;
- C. la défense abdominale et la contracture sont rapportées dans la majorité des cas ;
- D. une complication intra-abdominale peut se révéler par des manifestations extra-abdominales telles que des troubles de conscience ou un œdème pulmonaire lésionnel ;
- E. l'attitude est d'autant interventionniste que l'état clinique du patient est grave.

QCM 2 Parmi les propositions suivantes concernant les péritonites postopératoires, retenez la proposition inexacte :

- A. une hyperleucocytose doit faire évoquer ce diagnostic lorsqu'elle persiste au-delà du troisième jour postopératoire ;
- B. un taux élevé de protéine C réactive (CRP) est fortement évocateur d'une infection intra-abdominale ;
- C. une concentration plasmatique normale de CRP exclut presque complètement l'existence d'une infection postopératoire ;
- D. l'absence de bactériémie chez un opéré fébrile doit inciter à rechercher un foyer intra-abdominal ;
- E. les péritonites postopératoires sont reconnues classiquement entre le 5^e et le 7^e jour postopératoire.

QCM 3 Parmi les propositions suivantes concernant le diagnostic de péritonite postopératoire, retenez les deux propositions inexactes :

- A. au décours d'une intervention abdominale, le caractère multimicrobien d'une bactériémie est évocateur du diagnostic ;

- B. un pneumopéritoine peut persister plusieurs semaines après une laparotomie non compliquée ;
- C. la réapparition d'hémocultures positives au cours du traitement antibiotique d'une bactériémie correspond dans le tiers des cas à un foyer septique abdominal passé inaperçu ;
- D. l'échographie est en général plus performante qu'un examen tomodensitométrique ;
- E. un examen morphologique normal élimine le diagnostic de péritonite postopératoire.

QCM 4 Parmi les propositions suivantes concernant les allogreffes de cellules souches hématopoïétiques (CSH), retenez les deux propositions exactes :

- A. l'allogreffe consiste en l'apport de CSH issues de la moelle osseuse médullaire ou du sang périphérique du malade prélevé en situation de maladie résiduelle ;
- B. l'allogreffe est dépourvue d'effet thérapeutique immunologique ;
- C. les complications de l'allogreffe sont uniquement celles faisant généralement suite à la chimiothérapie intensive lourde et/ou à l'irradiation corporelle totale ;
- D. les complications post-allogreffes de CSH peuvent survenir dès le début du conditionnement ;
- E. les complications hépatiques rencontrées à la suite d'une allogreffe de CSH ont une symptomatologie clinique pauvre.

QCM 5 Parmi les propositions suivantes concernant les allogreffes de cellules souches hématopoïétiques (CSH), retenez les trois propositions exactes :

- A. il est possible de voir plusieurs pathologies se manifester simultanément (par exemple : une infection virale et une maladie du greffon contre l'hôte) ;
- B. le conditionnement myéloablatif consiste en l'association d'un, de deux ou plusieurs médicaments cytotoxiques avec ou sans irradiation corporelle totale ;

- C. le conditionnement myéloablatif permet une « vacuité » médullaire, un effet immunosuppresseur antirejet, et une réduction tumorale importante, prégreffe ;
- D. le conditionnement standard, ceux dits atténués ou non myéloablatifs ne comportent pas d'irradiation corporelle totale ;
- E. le conditionnement standard, ceux dits atténués ou non myéloablatifs ne comportent pas de sérum antilymphocytaire.

QCM 6 Parmi les propositions suivantes concernant la maladie veino-occlusive du foie, retenez les trois propositions exactes :

- A. la clinique de cette maladie associe hépatomégalie douloureuse, ictère et prise de poids ;
- B. l'atteinte initiale de l'entité compliquant le traitement par chimio- et/ou radiothérapie, siège au niveau des veinules hépatiques plutôt qu'au niveau des sinusoides du foie ;
- C. l'espace siégeant entre les hépatocytes et le capillaire sinusoides est appelé espace de Disse ;
- D. la toxicité des conditionnements entraîne une extravasation et un passage des hématies au niveau de l'espace de Disse ;
- E. l'incidence de la maladie veino-occlusive du foie se situe généralement aux alentours de 15 % après les allogreffes à conditionnement atténué.

QCM 7 Parmi les propositions suivantes concernant la maladie veino-occlusive du foie, retenez les trois propositions exactes :

- A. le médicament le plus impliqué dans la genèse de la maladie veino-occlusive est le cyclophosphamide (Endoxan) ;
- B. l'irradiation corporelle totale empêche la survenue de la maladie veino-occlusive ;
- C. dans la majorité des cas les symptômes ne régressent pas ;
- D. l'évolution peut se faire vers une défaillance multiviscérale ;
- E. le degré d'inefficacité transfusionnelle en plaquettes semble être un des principaux facteurs pronostiques.

QCM 8 Parmi les propositions suivantes concernant les infections virales du foie compliquant les allogreffes hépatiques, retenez les trois propositions exactes :

- A. la prophylaxie primaire par acyclovir permet de réduire l'incidence des hépatites à *Herpes simplex virus (HSV)* ;

- B. l'hépatite à HSV est toujours associée à des lésions herpétiques cutanéomuqueuses ;
- C. malgré l'absence de traitement l'hépatite à HSV peut évoluer favorablement ;
- D. l'hépatite à CMV s'inscrit volontiers dans le contexte d'une infection disséminée ;
- E. les infections à *Virus du zona et de la varicelle VZV* sont fréquentes et peuvent survenir dans les 18 mois suivant la greffe.

QCM 9 Parmi les propositions suivantes concernant les manifestations hépatiques de la maladie du greffon contre l'hôte (GVHD), retenez les trois propositions exactes :

- A. la GVHD peut être associée à une hépatite virale ;
- B. la GVHD semble survenir dans moins de 10 % des cas ;
- C. la prise en charge thérapeutique d'une GVHD aiguë nécessite de réduire le traitement immunosuppresseur ;
- D. la GVHD aiguë est souvent associée à une atteinte cutanée et/ou digestive ;
- E. la forme chronique succède souvent à la forme aiguë mais peut se présenter de novo dans 20 à 30 % des cas.

QCM 10 Parmi les propositions suivantes concernant la prolifération lymphoïde liée à l'Epstein Barr Virus (EBV), retenez les trois propositions exactes :

- A. l'incidence de cette complication peut être favorisée par l'emploi du sérum antilymphocytaire qui réalise une véritable T-déplétion in vivo ;
- B. la réplication EBV peut entraîner une prolifération lymphoïde tumorale avec dans 50 % des cas une atteinte hépatique ;
- C. cette pathologie survient habituellement avec un pic d'incidence entre la 2^e et la 3^e année suivant la greffe ;
- D. fièvre, anorexie, douleurs abdominales et adénopathies disséminées sont les principaux symptômes cliniques ;
- E. l'évolution est lente grâce à l'efficacité des antiviraux.

QCM 11 Parmi les propositions suivantes concernant l'anorexie mentale retenez les trois propositions exactes :

- A. l'existence d'une hypokaliémie sévère doit faire rechercher des pratiques purgatives ;
- B. l'existence d'une hyponatrémie est souvent le témoin d'une potomanie ;
- C. l'anorexie mentale est une psychose ;
- D. l'anorexie peut s'accompagner d'accès boulimiques ;
- E. le risque suicidaire est moindre dans les formes où l'anorexie s'accompagne d'accès boulimiques.

QCM 12 Parmi les propositions suivantes concernant les patients ayant une anorexie mentale nécessitant une hospitalisation en réanimation, retenez les trois propositions les plus plausibles :

- A. une collaboration avec les psychiatres est indispensable dès le début et tout au long du séjour ;
- B. l'hypoglycémie asymptomatique est présente dans le quart des cas ;
- C. une péricardite justifie d'emblée la recherche d'une tuberculose ;
- D. une hypothermie < 35,5 °C est volontiers présente ;
- E. une tachycardie, un syndrome occlusif, un état confusional sont habituels et ne justifient pas d'emblée la recherche d'une complication.

QCM 13 Parmi les propositions suivantes concernant l'anorexie mentale retenez les trois propositions exactes :

- A. les données scanographiques de l'encéphale sont habituellement normales ;
- B. la dénutrition retentit sur les fonctions cognitives ;
- C. la dénutrition entraîne une diminution des capacités intellectuelles ;
- D. la restauration d'un certain niveau nutritionnel est un préalable indispensable à une prise en charge psychiatrique efficace ;
- E. l'anorexie entraîne une altération des centres respiratoires.

QCM 14 Parmi les propositions suivantes concernant l'anorexie mentale retenez les deux propositions exactes :

- A. l'alimentation parentérale est à privilégier dans ce contexte de rejet alimentaire ;
- B. les apports caloriques doivent être d'emblée d'autant plus importants que la dénutrition est sévère ;
- C. l'apport de zinc permet de corriger plus rapidement le *Body Mass Index* ;
- D. une renutrition mal conduite peut réaliser un syndrome de défaillance viscérale ;
- E. le sélénium joue un rôle physiopathologique central dans le syndrome de renutrition.

QCM 15 Parmi les propositions suivantes concernant la renutrition de l'anorexie mentale retenez les trois propositions exactes :

- A. l'alimentation entérale est réalisée grâce à un mélange polymérique hypercalorique, enrichi en fibres pour maintenir un transit intestinal optimal ;
- B. l'apport énergétique doit être augmenté progressivement pour prévenir le syndrome de renutrition inappropriée ;

- C. l'apparition d'une hypophosphorémie ou d'une tachycardie sont des marqueurs d'une renutrition inappropriée ;
- D. une stagnation du poids de plus de 24 heures ou une perte de poids signe un échec de la renutrition ;
- E. un apport en NaCl est utile.

QCM 16 Parmi les propositions suivantes concernant les techniques d'assistance hépatique par les foies bioartificiels retenez les trois propositions exactes :

- A. la suppléance hépatique est assurée par des hépatocytes fonctionnels disposés dans un bioréacteur où ont lieu les échanges entre cellules et sang du patient ;
- B. ce bioréacteur est en général un dialyseur à fibres creuses dans lequel les hépatocytes occupent l'espace extracapillaire, le sang ou le plasma du malade circulant dans les capillaires ;
- C. ces membranes utilisées sont perméables aux immunoglobulines ;
- D. la masse cellulaire fonctionnelle minimale pour obtenir un effet est de l'ordre de 300 à 400 g ;
- E. les foies bioartificiels améliorent la synthèse des facteurs de la coagulation.

QCM 17 Parmi les propositions suivantes concernant les techniques d'assistance hépatique retenez les trois propositions exactes :

- A. des plasmaphérèses quotidiennes améliorent la survie des patients ayant une hépatite subfulminante ;
- B. les plasmaphérèses ont l'inconvénient d'éliminer des molécules ayant un rôle important dans la régénération hépatique ;
- C. l'épuration par le système MARS (*Molecular Adsorbents Recirculating System*) se fait dans un dialyseur à fibres creuses dont la membrane a été recouverte d'hépatocytes d'origine porcine ;
- D. dans le système MARS, le sang circule dans les capillaires, le dialysat, constitué d'une solution d'albumine concentrée circule en boucle fermée dans l'espace extracapillaire ;
- E. globalement, les techniques d'assistance hépatique diminuent la mortalité des patients ayant une hépatopathie chronique mais sont sans effet chez ceux ayant une hépatopathie aiguë.

QCM 18 Parmi les propositions suivantes concernant la déglutition, retenez les trois propositions exactes :

- A. la déglutition comporte deux temps : buccal et pharyngé ;
- B. le temps pharyngé correspond au temps mis par le bol alimentaire pour aller de l'isthme oropharyngé au sphincter supérieur de l'œsophage ;

- C. il s'agit de la phase la moins critique de la déglutition puisque c'est une phase réflexe ;
- D. le temps pharyngé est contemporain d'une apnée durant environ 0,75 seconde pouvant être plus longue s'il s'agit d'aliments solides ;
- E. l'élévation du larynx participe à l'ouverture de la bouche œsophagienne.

QCM 19 Parmi les propositions suivantes concernant la déglutition, quelle est la proposition fautive :

- A. chez le patient âgé de plus de 60 ans le réflexe de déglutition se déclenche plus tard que chez le sujet moins âgé ;
- B. le réflexe de toux est diminué à partir de 70 ans ;
- C. le réflexe de déglutition est sous le contrôle de la région centropontine d'où partent des influx inhibiteurs vers les centres inspiratoires ;
- D. la déglutition volontaire est contrôlée par le cortex fronto-orbitaire dont l'utilisation en réhabilitation fonctionnelle peut compenser des déficits neuromusculaires ;
- E. les différents muscles impliqués dans la déglutition sont innervés par les V, VII, IX, X, XI et XII^{es} paires crâniennes.

QCM 20 Parmi les propositions suivantes concernant les fausses routes, quelles sont les trois propositions exactes :

- A. les fausses routes intratrachéales d'aliments, de salive, de sécrétions rhinopharyngées, ou du contenu gastrique peuvent être asymptomatiques, silencieuses ;
- B. des fausses routes après la déglutition sont dues à une paralysie récurrentielle ou à une chirurgie partielle du larynx ;
- C. les fausses routes intratrachéales peuvent entraîner un bronchospasme ;
- D. les fausses routes, chez les patients porteurs d'une canule de trachéotomie, ne sont pas cliniquement détectables ;
- E. des fausses routes peuvent s'observer avant toute déglutition.

QCM 21 Parmi les propositions suivantes concernant les moyens d'étude de la déglutition, quelles sont les trois propositions exactes :

- A. l'enregistrement vidéo de la radioscopie d'une déglutition d'un bolus baryté (vidéoradioscopie de la déglutition ou vidéofluoroscopie) est plutôt réalisé après la nasofibroscope ;
- B. la vidéofluoroscopie ne permet de visualiser que les troubles de la déglutition liés à un dysfonctionnement pharyngé ou œsophagien ;

- C. la nasofibroscope permet d'évaluer essentiellement le temps pharyngé de la déglutition ;
- D. la nasofibroscope permet de visualiser le larynx pendant le temps pharyngé de la déglutition ;
- E. la nasofibroscope permet de vérifier l'intégrité anatomique et la sensibilité des structures impliquées dans la déglutition et qui ne sont pas visualisées par un examen endobuccal (base de langue, voile du palais, pharynx, larynx).

QCM 22 Parmi les propositions suivantes concernant les troubles liés à une intubation prolongée (> 48 heures), quelle est la proposition inexacte :

- A. la présence d'une sonde nasogastrique majore les risques de lésion laryngée dus à l'intubation ;
- B. des troubles de la déglutition peuvent apparaître sans lésion laryngée anatomique ;
- C. la sonde d'intubation en altérant les chémorécepteurs et les mécanorécepteurs situés dans la muqueuse à son contact pourrait retarder le déclenchement du réflexe de déglutition ;
- D. la sonde d'intubation pourrait altérer la déglutition en entraînant une atrophie musculaire liée à l'absence de fonctionnement du réflexe de déglutition pendant l'intubation ;
- E. l'âge des patients ne semble pas avoir un rôle dans la sévérité des troubles de la déglutition.

QCM 23 Parmi les propositions suivantes concernant les patients porteurs d'une canule de trachéotomie, quelle est la proposition inexacte :

- A. le risque accru de fausses routes est lié à la moindre amplitude du déplacement du larynx vers le haut, pendant le temps pharyngé de la déglutition ;
- B. l'obstruction de la canule de trachéotomie (par un bouchon ou une valve de phonation) diminue les fausses routes en modifiant la pression sous-glottique ;
- C. l'augmentation de la pression sous-glottique permet d'éliminer les fausses routes dues à la stase alimentaire persistante après une déglutition incomplète ;
- D. l'augmentation de la pression sous glottique entraînerait un péristaltisme œsophagien plus rapide et plus efficace ;
- E. les ballonnets n'étant jamais parfaitement étanches, les patients porteurs d'une sonde d'intubation ou d'une canule de trachéotomie font des fausses routes trachéales d'une façon chronique.

Réponses

1. C - 2. B - 3. D E - 4. D E - 5. A B C - 6. A C D - 7. A D E - 8. A D E - 9. A D E - 10. A B D - 11. A B D - 12. A B D - 13. B D E - 14. C D - 15. B C D - 16. A B D - 17. B D E - 18. B D E - 19. C - 20. A C E - 21. A C E - 22. E - 23. D