

FACULTE DE MEDECINE DE TUNIS

CERTIFICAT DE CHIRURGIE

SESSION DE MAI 2022

DCEM2

NOMBRE DE PAGES :22

NOMBRE DE QUESTIONS : 75 QUESTIONS (60 QUESTIONS DE CHIRURGIE + 15 QUESTIONS D'ANATOMOPATHOLOGIE)

DUREE DE L'EPREUVE : 75 MINUTES

RECOMMANDATIONS :

1-LISEZ ATTENTIVEMENT L'ENONCE.

2-QCM : UNE OU PLUSIEURS PROPOSITIONS SONT VRAIES.

3-ECRIVEZ TOUJOURS DANS L'ESPACE CORRESPONDANT.

4-CHAQUE QUESTION EST NOTEE SUR 4 POINT.

TOTAL CHIRURGIE / 240	TOTAL ANAPATH /60	TOTAL/ 300

BON COURAGE !

Question 1

L'occlusion intestinale aiguë (OIA) sur un iléus biliaire :

- A- Réalise une OIA par strangulation
- B- Se voit souvent chez des sujets âgés
- C- Est toujours secondaire à une fistule bilio-digestive
- D- Est causée par des micro calculs vésiculaires
- E- Réalise une OIA basse

Réponse :

Question 2

L'occlusion intestinale aiguë OIA secondaire à un volvulus du colon pelvien :

- A- Réalise une OIA par strangulation
- B- L'arrêt des matières et des gaz est tardif
- C- Se voit souvent chez l'adulte jeune
- D- Le ballonnement est asymétrique
- E- La dévolvulation endoscopique est toujours indiquée en première intention

Réponse :

Question 3

Le diagnostic d'une perforation ulcéreuse :

- A- Est évoqué devant un début progressif de la douleur
- B- Est confirmé devant la présence d'un pneumopéritoine
- C- La douleur débute le plus souvent au niveau de l'épigastre
- D- Une apyrexie aux premières heures est compatible avec le diagnostic
- E- Une fibroscopie peut être nécessaire lorsque le tableau est douteux

Réponse :

Question 4

Quelles sont les propositions justes concernant le traitement d'une péritonite aiguë généralisée

- A- Le traitement peut reposer sur l'antibiothérapie seule dans les formes débutantes
- B- Le remplissage fait partie intégrante de la réanimation pré opératoire
- C- Le recours aux drogues vaso actives au cours des péritonites d'origines coliques est systématique
- D- La voie coelioscopique peut être utilisée dans les péritonites d'origine appendiculaire
- E- Le traitement de la perforation ulcéreuse peut se faire par une suture simple de la perforation

Réponse :

Question 5

Quelles sont les propositions justes concernant L'appendicite aigue dans sa position iliaque interne :

- A- La douleur au niveau de la fosse iliaque est un signe constant
- B- Un arrêt des matières et des gaz peut s'observer
- C- Il s'y associe souvent des signes urinaires a type de brulures mictionnelles
- D- L'absence d'hyperleucocytose élimine le diagnostic
- E- Un psoitis est un signe évocateur du diagnostic

Réponse :

Question 6

Indiquez-la(es) réponse(s) exacte(s) concernant l'appendicite aigue :

- A- Une appendicite sous hépatique simule un tableau de cholécystite aigue
- B- Chez l'enfant, l'appendicite aigue peut se manifester par une symptomatologie trompeuse
- C- Chez le sujet âgé, l'appendicite peut se manifester par une forme pseudo-occlusive
- D- Le diagnostic positif repose sur l'échographie abdominale
- E- Une fièvre à 40° traduit une forme compliquée

Réponse :

Question 7

Quelles sont les propositions justes concernant le diagnostic positif d'une cholécystite aigue :

- A- Le dagnostic positif repose sur le scanner abdominal
- B- La présence d'une grosse vésicule douloureuse palpable traduit une forme compliquée
- C- Une fièvre modérée <38 °C élimine le diagnostic
- D- La douleur de type biliaire dure quelques heures
- E- L'état général est conservé

Réponse :

Question 8 :

Quelles sont les propositions justes concernant les formes compliquées des cholécystites aigues :

- A- Au cours du plastron vésiculaire le patient est souvent apyrétique
- B- Le plastron vésiculaire constitue l'évolution d'une colécystite aigue négligée
- C- Au cours de la péritonite biliaire, il existe une cholestase biologique
- D- L'abcès péri vésicualire se traduit par une masse douloureuse et fébrile de l'HCD
- E- La péritonite biliaire se fait souvent par diffusion

Réponse :

Question 9

Quelles sont les propositions justes concernant le diagnostic d'une pancréatite aigue :

- A- Un scanner abdominal normal élimine le diagnostic
- B- Peut être révélée par un syndrome pseudo-péritonéal
- C- Dans la forme type, il peut exister une défense épigastrique
- D- L'augmentation de la lipasémie supérieure à 3fois la normale est nécessaire au diagnostic
- E- L'examen physique révèle souvent une hépatomégalie

Réponse :

Question 10

Quels sont les signes de gravité biologiques d'une pancréatite aigue

- A- Une hyperlipasémie supérieure à 20 fois la normale
- B- L'existence d'une insuffisance rénale à l'admission
- C- Une CRP élevée supérieure à 200mg/l à la 48^{ème} heure d'évolution
- D- Un taux de plaquettes à 120000 à l'admission
- E- Une augmentation des Phosphatases alcalines à 2 fois la normale.

Réponse :

Question 11

Quelles sont les propositions justes concernant l'étiopathogénie des ischémies mésentériques

- A- La thrombose veineuse est la cause la plus fréquente
- B- La plupart des embolies artérielles sont d'origine cardiaque
- C- Le territoire de prédilection des embolies artérielles est l'artère mésentérique inférieure
- D- La thrombose veineuse mésentérique donne souvent une atteinte segmentaire
- E- L'ischémie mésentérique non occlusive est souvent en rapport avec un bas débit cardiaque

Réponse :

Question 12

Concernant la présentation clinique d'une ischémie mésentérique

- A- Dans les embolies artérielles, le tableau clinique est d'installation progressive
- B- L'existence de douleurs abdominales post prandiales avec amaigrissement dans les antécédents est en faveur d'une thrombose artérielle
- C- La présence de rectorragies de faible abondance est en faveur d'une thrombose veineuse
- D- L'existence d'un pouls irrégulier est en faveur d'une ischémie d'origine artérielle
- E- Une défense abdominale généralisée peut être retrouvée à l'examen clinique

Réponse :

Question 13

La prise en charge thérapeutique d'un polytraumatisé comprend :

- A- La thoracotomie d'hémostase s'impose devant un hémithorax bilatéral
- B- La présence d'un pneumopéritoine sur le scanner abdominal impose la réalisation d'une lapaotomie
- C- La trépanation s'impose devant tout hématome extra dural
- D- L'intubation est indiquée chez un patient avec un score de glasgow à 6/15
- E- Le sondage vésical est contre-indiqué en présence d'une hématurie

Réponse :

Question 14

L'endoscopie digestive au décours d'une ingestion de produit caustique :

- A- ne peut être réalisée que sous anesthésie générale
- B- est inutile en cas d'un examen physique, ORL, biologique et radiologique normaux
- C- peut montrer un aspect en mosaïque de la muqueuse oeso-gastrique
- D- doit être réalisée dans les premières 24H
- E- doit être réalisée après un lavage gastrique

Réponse :

Question 15

Dans les suites de l'ingestion de produit caustique, il est préférable de

- A- s'acquérir du produit caustique et le ramener au médecin traitant
- B- Faire boire au malade du lait pour tamponner l'effet du produit
- C- Faire boire de l'eau glacée pour réduire la sensation de brûlure
- D- Faire vomir le malade pour réduire le temps d'exposition du produit avec la muqueuse digestive
- E- transférer le malade vers un centre spécialisé

Réponse :

Question 16

Quelles sont les propositions justes concernant l'adénocarcinome gastrique

- A- il s'agit d'un cancer fréquent chez le sujet jeune
- B- L'adénocarcinome invasif de l'estomac est la forme la plus fréquente en Tunisie
- C- le risque de dégénérescence est plus fréquent pour les adénomes villosités
- D- la limite gastrique est de mauvais pronostic
- E- une alimentation riche en nitrates protège contre l'adénocarcinome gastrique.

Réponse :

Question 17

Quelles sont les propositions justes concernant l'adénocarcinome gastrique

- A- le seul traitement curatif est la chirurgie
- B- La présence de métastase pulmonaire contre indique toute résection à visée curative
- C- Le curage ganglionnaire n'est pas obligatoire pour les résections à visée curative
- D- Une résection de propreté est indiquée en présence d'une forme métastatique compliquée
- E- La chimiothérapie péri-opératoire est actuellement indiquée pour des tumeurs résécables avec envahissement ganglionnaire

Réponse :

Question 18

Patient âgé de 55 ans présentant un adénocarcinome de 2cm de l'antre gastrique. Le bilan d'extension comprend :

- A- Un scanner thoraco-abdominal
- B- Un scanner cérébral
- C- Une fibroscopie oes-gastro-duodénale
- D- Un examen ORL complet
- E- Une écho endoscopie

Réponse :

Question 19

Les facteurs de risque du carcinome épidermoïde de l'œsophage comprennent :

- A- Les dilatations instrumentales répétées des sténoses caustiques
- B- Le Syndrome de Plummer Vinsen
- C- L'existence d'un endobrachyoesophage
- D- L'existence d'un cancer ORL dans les antécédents
- E- L'existence d'un surpoids

Réponse :

Question 20

Les critères de non résécabilité d'un cancer de l'œsophage sont :

- A- L'existence d'une métastase hépatique unique
- B- Tumeur envahissent l'arbre trachéo-bronchique
- C- Une tumeur classée T2N+ sur le bilan d'extension préopératoire
- D- La présence d'un envahissement de la crosse de l'azygos
- E- Une tumeur sténosante étendue sur 5 cm

Réponse :

Question 21

Patient de 60 ans consulte pour un ictère nu évoluant d'un seul tenant avec urines foncées et selles décolorées. A l'examen : présence d'une grosse vésicule palpable.

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous :

- A- Une Tumeur du hile hépatique
- B- Un Cholangiocarcinome du bas cholédoque
- C- Une tumeur de la queue du pancréas
- D- Un nodule de pancréatite chronique comprimant le bas cholédoque
- E- Un empierrement choledocien

Réponse :

Question 22

Au cours des obstacles incomplets sur les voies biliaires :

- A- Il existe un prurit avec des lésions de grattage
- B- Les selles sont de couleur normale
- C- La vésicule biliaire est palpable
- D- Les urines sont foncées du fait de l'augmentation des phosphatases alcalines
- E- Il s'agit le plus souvent d'un obstacle d'origine bénigne

Réponse :

Question 23

Quels sont les propositions justes concernant le cancer du colon

- A- Le cancer du côlon gauche se complique fréquemment d'une occlusion colique
- B- Une hémorragie digestive basse peut être une circonstance de découverte
- C- Une localisation multiple synchrone est retrouvée dans 2 à 5% des cas
- D- Peut être révélée par une fistule colo-vésicale
- E- Les douleurs abdominales traduisent une forme compliquée du cancer du colon gauche

Réponse :

Question 24

L'adénocarcinome du rectum peut être révélé par

- A- Des émissions glaireuses muco-purulentes.
- B- Une fécalurie
- C- Des mélénas
- D- Une sensation de corps étranger intra rectal
- E- Une fissure anale

Réponse :

Question 25

Dans la maladie de Crohn, la chirurgie est indiquée en cas de :

- A- Dysplasie colique de haut grade
- B- Fistule entéro-vésicale symptomatique
- C- Atteinte jéjunale diffuse associée à une diarrhée chronique
- D- Fistule jéjuno-colique avec un abcès intra -abdominal
- E- Atteinte inflammatoire de la dernière anse iléale

Réponse :

Question 26

La coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale :

- A- Constitue l'intervention chirurgicale de référence pour une maladie de Crohn iléale.
- B- Permet de guérir définitivement une maladie de crohn
- C- Constitue la seule alternative chirurgicale pour une rectocolite hémorragique avec une atteinte rectale sévère
- D- Se fait en plusieurs temps opératoires
- E- Ne met pas à l'abri le malade d'une dégénérescence liée à la rectocolite hémorragique.

Réponse :

Question 27

Quelles sont les propositions exactes concernant les stomies d'alimentation, elles :

- A- siègent en aval de l'affection causale
- B- sont toujours temporaires
- C- sont des stomies indirectes
- D- sont uniquement réalisées au niveau du jéjunum
- E- peuvent être indiquées à titre palliatif

Réponse :

Question 28

Les types de transplantation d'organe les plus fréquemment réalisées dans le monde sont:

- A- La transplantation du foie
- B- La transplantation entre deux individus génétiquement différents d'une même espèce
- C- La transplantation entre deux individus génétiquement identiques d'une même espèce
- D- La transplantation hétérotopique
- E- La transplantation du rein

Réponse :

Question 29 :

Les éléments de gravité d'une hémorragie digestive haute sont :

- A- Les rectorragies traduisent toujours une hémorragie de grande abondance
- B- Une polypnée traduit une perte sanguine importante
- C- La présence de taches de pigmentaires au fond de l'ulcère est un signe de gravité
- D- Une récurrence hémorragique précoce constitue un élément de mauvais pronostic
- E- La présence de troubles d'hémostase aggrave le pronostic

Réponse :

Question 30

Quelles sont les réponses justes concernant le kyste hydatique du foie (KHF) :

- A- Une sérologie négative élimine le diagnostic de kyste hydatique du foie
- B- L'échographie abdominale permet seule de confirmer le diagnostic d'un KHF type 2
- C- Le scanner abdominal est indispensable en présence de kystes hydatiques multiples
- D- L'existence d'une masse de l'hypochondre droit est pathognomonique du diagnostic
- E- L'examen abdominal est le plus souvent normal

Réponse :

Question 31

Quelles sont les réponses justes concernant le kyste hydatique du foie (KHF) :

- A- La biliptysie est un signe pathognomonique d'une fistule bilio-bronchique
- B- une toux sèche, irritative, peut être retrouvée en cas d'ouverture dans la grande cavité pleurale
- C- l'ouverture dans le thorax se voit surtout pour les KHF du dome hépatique
- D- une rupture intra péritonéale peut être révélée par un tableau de péritonite aigue
- E- un kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires se révèle par un tableau de cholécystite aigue hydatique

Réponse

Question 32

Quels sont parmi les signes suivants ceux qui s'associent à une fissure anale ?

- A- Des Rectorragies
- B- Des douleurs anales rythmées par les selles
- C- Une Fièvre
- D- Un Ecoulement anal
- E- Une Constipation

Réponse :

Question 33

Quelles sont les réponses justes à propos de la fistule anale :

- A- elle est favorisée par ue constipation chronique
- B- elle a pour origine une infection des glandes anales
- C- peut etre diagnostiquée quelques mois après un traitement chirurgical d'un abcès péri-anal
- D- le diagnostic positif repose sur l'IRM pelvienne
- E- la douleur traduit une formée compliquée

Réponse :

Question 34

Quels sont les réponses justes concernant la sténose ulcéreuse du bulbe :

- A- Elle survient souvent après un long passé de maladie ulcéreuse
- B- La fibroscopie digestive constitue l'examen clé pour le diagnostic positif
- C- Les vomissements post prandiaux constitue le signe d'appel le plus fréquent
- D- C'est la complication la plus fréquente de la maladie ulcéreuse
- E- Elle peut poser un problème de diagnostic différentiel avec un cancer de l'antre sténosant

Réponse :

Question 35

Quelles sont les propositions justes concernant les hernies de l'aine :

- A- La hernie directe est la forme anatomique la plus fréquente
- B- La hernie crurale est une variété rare qui touche surtout la femme âgée
- C- Les hernies directes sont plus fréquentes chez le sujet jeune
- D- La hernie oblique externe est souvent secondaire à une persistance du canal péritonéo-vaginal
- E- La hernie crurale est située au dessus de l'arcade crurale

Réponse :.....

Question 36

Une hernie inguinale non traitée peut se compliquer :

- A- D'un étranglement herniaire
- B- D'un phlegmon pyo stercoral
- C- D'une occlusion intestinale aiguë
- D- D'une hémorragie digestive basse
- E- D'une thrombose iliaque interne

Réponse :.....

Question 37

Citez 3 complications précoces et 3 complications tardives des stomies d'évacuation

.....
.....
.....
.....

Question 38

Patient âgé de 68 ans pris en charge une tumeur de la queue du pancréas. Le bilan d'extension est négatif. Quel traitement proposez-vous chez ce patient

.....
.....
.....

Question 39

Patient âgé de 65 ans consulte pour rectorragies. À l'examen état hémodynamique stable, abdomen souple dépressible. Prolapsus hémorroïdaire grade 3, toucher rectal indolore, pas de masse palpable.

Quel examen complémentaire pratiquez-vous en première intention

.....

Question 40

Patient consulte pour une hématomèse évoluant depuis 24 h. à l'examen stable sur le plan hémodynamique. À la biologie : Hémoglobine à 7,8 g/dl, hématocrite à 22%. Fibroscopie : ulcère évolutif du bulbe avec saignement actif en jet. Quelle est votre conduite thérapeutique

.....
.....
.....

Question 41 :

Citez les 4 formes topographiques d'un abcès de la marge anale ?

.....
.....
.....
.....

Question 42

Quelle est l'étiologie la plus fréquente d'une hémorragie digestive basse chez un patient âgé de 15 ans.

.....

Question 43

Citez 3 moyens utilisés pour la prévention primaire d'une récurrence hémorragique après rupture de varices œsophagiennes.

.....

.....

.....

Question 44

Citez 3 complications d'un kyste hydatique du foie

.....

.....

.....

Question 45

Citez 3 interventions radicales pratiques lors de la chirurgie d'un kyste hydatique du foie :

.....

.....

.....

Question 46

Citez 4 signes échographiques d'une cholécystite aiguë lithiasique

.....

.....

.....

.....

Cas clinique (questions 47-48-49)

Patient âgé de 80 ans diabétique consulte pour douleur de l'hypochondre droit évoluant depuis 72 heures avec fièvre et un ictère apparu il y a 24 heures avec urines foncées. A l'examen fébrile à 39, sensibilité de l'hypochondre droit, pas de Masse palpable. Biologie : GB à 22000 el/mm³ ; Bil T/C : 60 / 80 mg/l ; PAL à 5 fois la normale et GGT à 6 fois la normale. TP à 60%.

Question 47

Quel (s) diagnostic évoquez-vous

- A- Une angocholite aigue lithiasique
- B- Une angiocholite aigue hydatique
- C- Une tumeur de la tête du pancreas
- D- Une pancréatite aigue biliaire
- E- Un abcès périvésiculaire compliquant une cholécystite aigue

Réponse :

Question 48

Quelle(s) exploration(s) pratiquez pour étayer le diagnostic en première intention

- A- Une Cholangiographie rétrograde endoscopique (CPRE)
- B- Un scanner abdominal
- C- Une duodéoscopie latérale
- D- Une échographie abdominale
- E- Une IRM hépatique

Réponse :

Les explorations pratiquées ont montré une vésicule biliaire lithiasique à paroi fine, une voie biliaire principale dilatée à 14 mm siège d'un calcul de 5 mm et un pancréas d'aspect normal. Une réanimation avec antibiothérapie est entamée

Question 49 Quelle est (sont) l' (les) attitude(s) thérapeutique(s) possible(s)

- A- Une sphinctérotomie endoscopique suivie d'une cholécystectomie
- B- Une chirurgie en urgence : cholécystectomie+cholécotomie+extraction de calcul et drainage par un drain de kehr
- C- Un traitement médical exclusif par an antibiothérapie
- D- Un drainage biliaire externe par voie transhépatique
- E- Une abstention thérapeutique vu l'âge du patient

Réponse :

Cas clinique (questions 50-51-52)

Patient âgé de 60 ans consulte pour syndrome douloureux et fébrile de la fosse iliaque gauche. A l'examen ; sensibilité nette de la fosse iliaque gauche. Vous suspectez une sigmoïdite diverticulaire

Question 50

Quel(les) exploration(s) demandez-vous pour confirmer le diagnostic

- A- Une tomodensitométrie abdominale
- B- Une coloscopie totale
- C- Un lavement aux hydrosolubles
- D- Une radiographie de l'abdomen sans préparation
- E- Une échographie abdominale

Réponse :

Après exploration le diagnostic retenu est celui d'une sigmoïdite diverticulaire non compliquée

Question 51

Quelle est votre attitude thérapeutique ?

- A- Une chirurgie en urgence pour réaliser une sigmoïdectomie avec intervention de Hartmann
- B- Un drainage percutané scannoguidé avec antibiothérapie
- C- Une chirurgie en urgence pour réaliser une sigmoïdectomie avec Bouilly Volkmann
- D- Une antibiothérapie à dose curative une antibiothérapie par voie systémique avec surveillance
- E- Une surveillance stricte dans un milieu de réanimation uniquement

Réponse :

Question 52

L'évolution était favorable. A 3 mois le patient est asymptomatique. Que proposez-vous :

- A- Une hémicolectomie gauche par laparotomie pour éviter les récurrences
- B- Une coloscopie totale pour éliminer un cancer colique
- C- Une surveillance régulière tous les 6 mois par un scanner abdominal
- D- Des règles hygiéno-diététiques
- E- Des antibiotiques par voie orale et antiseptiques intestinaux

Réponse :

Cas Clinique (questions 53-54-55)

Patient âgé de 56 ans se plaint depuis 6 mois de rectorragies associées à une altération de l'état général. Le toucher rectal est normal. La rectoscopie a montré une tumeur ulcérobourgeonnante du haut rectum dont les biopsies ont conclu à un adénocarcinome lieberkuhnien.

Question 53

Le bilan d'extension de ce malade comporte :

- A- Une colonoscopie totale
- B- Un dosage des antigènes carcino-embryonnaires
- C- Une TDM thoraco abdomino-pelvienne
- D- Une IRM hépatique
- E- Un Uro-scanner

Réponse :

Question 54

Quel traitement envisagez-vous ?

- A- Une amputation abdomino-pelvienne
- B- Une résection antérieure avec exérèse du mésorectum
- C- Une Intervention de Hartmann
- D- Une coloproctectomie totale avec anastomose iléo-anale
- E- Une radio-chimiothérapie néo-adjuvante puis une résection antérieure

Réponse :

Question 55

La surveillance ultérieure de ce patient comportera:

- A- Une colonoscopie de contrôle annuelle
- B- Une IRM pelvienne
- C- Une Radiographie de thorax
- D- Un Dosage des marqueurs tumoraux
- E- Une Echographie abdominale

Réponse :

CAS CLINIQUE (QUESTIONS 56-57-58)

Un patient de 60 ans consulte pour des douleurs abdominales évoluant depuis 72 heures avec des nausées et un arrêt des matières des gaz précoce et franc. Il rapporte des rectorragies depuis 5 mois avec une constipation récente. L'examen trouve un ballonnement abdominal important et une sensibilité de la fosse iliaque droite. La radiographie de l'ASP trouve deux niveaux hydro-aériques volumineux plus hauts que larges. Vous suspectez une occlusion colique néoplasique en rapport avec un cancer du sigmoïde.

Question 56 : Quels sont les arguments clinico-radiologiques en faveur du siège colique de l'occlusion ?

.....
.....
.....

Question 57 : Quels sont les arguments en faveur de l'étiologie tumorale de cette occlusion ?

.....
.....
.....

Une tomодensitométrie est faite en urgence. Elle confirme le diagnostic suspecté. Le bilan d'extension local et à distance est négatif. Par ailleurs, le caecum est dilaté (diamètre à 12 cm) avec un défaut de rehaussement de la paroi caecale après injection de produit de contraste.

Question 58 : Quelle est la méthode chirurgicale adaptée à cette situation. Justifiez

.....
.....
.....

CAS CLINIQUE (QUESTIONS 59-60)

Un patient de 65 ans alcoolo-tabagique présentant depuis 3 mois une dysphagie dans un contexte d'altération de l'état général. La fibroscopie révèle une tumeur bourgeonnante du 1/3 moyen de l'œsophage non sténosante. Les biopsies concluent à un carcinome épidermoïde de l'œsophage.

Question 58

Quel(s) examen(s) demander sans le cadre du bilan d'extension?

.....
.....
.....
.....

Question 60

Au terme du bilan pré thérapeutique, il s'agit d'un patient qui présente une tumeur du bas œsophage classée T3N1M0 avec un patient opérable. Quelle stratégie thérapeutique proposez-vous pour ce patient.

.....
.....
.....
.....

Question 61

L'adénocarcinome de l'œsophage :

- A- Se développe au niveau du tiers inférieur de l'œsophage
- B- Se développe sur des lésions d'endobrachyœsophage
- C- Est une tumeur maligne de nature épithéliale
- D- Est constitué de cellules polygonales jointives
- E- Nécessite une étude immunohistochimique pour confirmer le diagnostic

Réponse :

Question 62

Lesquels de ces facteurs ou lésions prédisposent au cancer gastrique ?

- A- Gastrite chronique à *Helicobacter pylori*
- B- Moignon de gastrectomie
- C- Maladie de Ménétrier
- D- Polype hyperplasique
- E- Papilloma Virus Humain

Réponse :

Question 63

Les facteurs histo-pronostiques qui doivent figurer sur un compte rendu anatomopathologique d'un adénocarcinome gastrique sont :

- A. L'engainement perinerveux
- B. Le stade pTNM
- C. Le compte mitotique sur 10 champs au fort grossissement
- D. La qualité d'exérèse chirurgicale
- E. La nécrose

Réponse :

Question 64

Les tumeurs stromales gastro-intestinales :

- A- Sont des tumeurs mésenchymateuses
- B- Sont des tumeurs bénignes
- C- Se développent à partir des cellules interstitielles de Cajal
- D- Sont souvent localisées au niveau de l'estomac
- E- Sont diagnostiquées sur le seul aspect morphologique

Réponse :

Question 65

Parmi les propositions suivantes concernant les tumeurs du pancréas, indiquez celle(s) qui est (sont) exacte(s):

- A- L'adénocarcinome canalaire est la tumeur exocrine la plus fréquente
- B- Les tumeurs neuro-endocrines sont les plus fréquentes
- C- La tumeur solide et pseudo-papillaire est le plus souvent bien limitée et encapsulée
- D- Les tumeurs intracanales papillaires et mucineuses sont des tumeurs de haut grade
- E- Un stroma de type ovarien accompagne le cystadénome séreux

Réponse :

Question 66

Concernant l'adénocarcinome colique, indiquez la (les) proposition(s) qui est (sont) exacte(s):

- A- Il se localise le plus souvent au niveau du colon droit
- B- Il est plus sténosant à gauche qu'à droite
- C- La forme ulcéro-bourgeonnante est la forme macroscopique la plus fréquente
- D- Il est dominé par le type mucineux
- E- Il est de bon pronostic lorsqu'il est associé à une instabilité des microsatellites

Réponse :

Question 67

Les états précancéreux du carcinome colorectal sont :

- A- Les polypes adénomateux
- B- La dysplasie sur MICI
- C- La polypose adénomateuse familiale
- D- Le syndrome de Lynch
- E- La diverticulose colique

Réponse :

Question 68

La clairance de l'adénocarcinome du bas rectum est :

- A- La distance qui sépare le point d'infiltration tumorale le plus profond de la limite de résection chirurgicale circonférentielle
- B- La distance qui sépare la tumeur de la marge anale
- C- Déterminée lors de l'étude macroscopique de la pièce opératoire
- D- Un facteur de risque de récurrence
- E- Pathologique si elle est inférieure à 5 mm

Réponse :

Cas clinique (Question 69-70-71)

Un homme âgé de 52 ans est opéré pour une tumeur maligne du colon transverse. L'examen macroscopique de la pièce de résection colique trouve une tumeur ulcéro-infiltrante et sténosante mesurant 3x4x1,5 cm. Elle est située à 8 cm de la limite distale. A l'examen histologique, la tumeur est faite de travées cellulaires et de glandes dans un stroma fibreux, riche en cellules inflammatoires. La prolifération tumorale infiltre la paroi colique jusqu'à la sous séreuse. Deux ganglions sont métastatiques.

Question 69:

Cette tumeur correspond à :

- A-** Un adénocarcinome mucineux
- B-** Un adénocarcinome à cellules indépendantes
- C-** Un adénocarcinome
- D-** Un lymphome B
- E-** Une tumeur stromale

Réponse :

Question 70 :

Le grade de cette tumeur repose sur

- A-** L'index mitotique
- B-** La taille tumorale
- C-** L'index de prolifération déterminé par l'anticorps anti-Ki67
- D-** Le degré de différenciation tumorale
- E-** Les atypies cytonucléaires

Réponse :

Question 71 :

Le stade pT est déterminé en se basant sur :

- A-** La taille tumorale
- B-** Le maximum d'infiltration de la paroi
- C-** L'index mitotique
- D-** Le degré de différenciation tumorale
- E-** La distance par rapport aux limites chirurgicales longitudinales

Réponse :

Cas clinique (Question 72-73)

Un homme âgé de 65 ans présente des épigastralgies depuis 8 mois. La fibroscopie oeso-gastrique montre une muqueuse antrale congestive, par endroits micronodulaire. Des biopsies gastriques multiples sont réalisées. L'analyse histologique montre une muqueuse antrale siège d'un infiltrat lymphoïde dense, organisé en follicules lymphoïdes en nombre élevé, dotés de centres germinatifs. L'infiltrat est riche en plasmocytes. Une infiltration des follicules lymphoïdes normaux par des cellules néoplasiques de taille moyenne de type centrocytique est observée. Une infiltration avec destruction des glandes, réalisant des lésions lympho-épithéliales est notée.

Question 72

Devant ces aspects histologiques vous évoquez :

- A- Une tumeur neuro-endocrine de grade 1 gastrique
- B- Un lymphome du MALT (mucosa associated lymphoid tissue) gastrique
- C- Un lymphome B diffus à grandes cellules gastrique
- D- Une tumeur stromale gastro-intestinale gastrique
- E- Une gastrite folliculaire à *Helicobacter pylori*

Question 73

L'immunophénotype des cellules néoplasiques sus-décrites est :

- A- CD3 (+)
- B- CD20 (+)
- C- Chromogranine (+)
- D- C-Kit (+)
- E- Bcl2 (+)

Réponse :

Cas clinique (questions 74-75)

Une femme de 60 ans est opérée d'une tumeur du pancréas. Macroscopiquement, la tumeur est mal limitée, brunâtre, mesurant 3x2 cm. L'examen microscopique montre une prolifération de petites cellules cubiques, aux atypies nucléaires peu marquées. Le compte mitotique est de 2 mitoses par 10 champs au fort grossissement. Cette tumeur est organisée en massifs et cordons. Le stroma est richement vascularisé. La limite de résection chirurgicale est saine. Le diagnostic de tumeur neuro-endocrine est évoqué.

Question 74

Les anticorps utilisés pour confirmer le diagnostic sont :

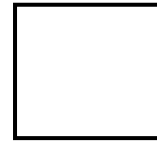
- A- L'anti-cytokératine totale
- B- L'anti-chromogranine
- C- L'anti-cytokératine 7
- D- L'anti-synaptophysine
- E- L'anti-Ki67

Réponse :

Question 75

Quels sont les éléments qui permettent de grader la tumeur ?

- A- La nécrose tumorale
- B- Le degré de marquage par la chromogranine
- C- La différenciation tumorale
- D- Le pourcentage de marquage par l'anti-Ki67
- E- L'index mitotique



Réponse :

FACULTE DE MEDECINE DE TUNIS
CERTIFICAT DE CHIRURGIE DCEM2
SESSION DE mai2022

CORRECTION DE L'EXAMEN

- 1- B,C
- 2- A, D
- 3- C,D
- 4- B,D,E
- 5- A,B
- 6- A,B,C,E
- 7- D,E
- 8- A,B,D,E
- 9- B,C,D
- 10- B,C
- 11- B,D,E
- 12- B,C,D,E
- 13- B,D,E
- 14- C,D
- 15- A,E
- 16- BCD
- 17- ABDE
- 18- A,E
- 19- A,B,D
- 20- A,B,D
- 21- B,D
- 22- B,E
- 23- A,B,C,D
- 24- A,B, D
- 25- A,B,D
- 26- C,D
- 27- A,C,E
- 28- BDE
- 29- A,B,D,E
- 30- B,C ,E
- 31- A,B,C,D
- 32- A,B,E
- 33- BCE
- 34- ABCE

- 35- BD
- 36- ABC
- 37- Précoces : nécrose, hémorragie, éviscération,, rétraction, occlusion précoce, infection péristomiale
Tardive : sténose, éventration, prolapsus, éventration
- 38- Traitement chirurgical : spléno-pancréatectomie caudale (ou gauche) : 4 points
+ Chimiothérapie adjuvante accepté
- 39- Coloscopie totale
- 40- Chirurgie en urgence (2) intervention de Weinberg(2)
Ou traitement endoscopique : clip, electrocaogulation, injection de polidicanol (4)
- 41- Abcès péri-anal, abcès ischio-rectal, abcès intrapariétal ; abcès pelvi rectal
- 42- Diverticule de Meckel
- 43- Sclérose endoscopique, ligature élastique, béta bloquants
- 44- Ouverture dans les voies biliaires ; infection ; ouverture dans le thorax ;
opuverture dans le péritoine ; fistulisation dans un organe digestif, compression vasculaire (syndrome Budd Chiari) compression biliaire
- 45- Périkyestectomie totale ; périkysto-résection ; hépatectomie réglée ou non
- 46- Enclavement calculeux ; épaissement de la paroi, distension vésiculaire ,
épanchement péri-vésiculaire, signe de Murphy échographique, paroi dédoublée
- 47- A,B
- 48- D
- 49- A,B
- 50- A
- 51- B
- 52- B,D
- 53- A,C
- 54- B
- 55- C,D,E
- 56- Arrêt franc des matières et des gaz, nausées, ballonnement abdominal important, hydro-aériques volumineux plus hauts que larges.
- 57- Age, rectorragies depuis 5 mois , avec une constipation récente
- 58- colectomie sub totale ou totale avec anastomose iléo rectale
Car Coecum très distendu avec signes de souffrance
- 59- Examen ORL complet
- 60- Scanner abdominal fibroscopie bronchique echo-endoscopie