

# **PRESENTATION DES QUIZ**

## **QUIZ N° 1**

**Hôpital Beaujon**

**Francisca Joly, PHU**

**PMAD - Gastroentérologie et Assistance Nutritive**

Une patiente de 35 ans est hospitalisée en urgence en octobre 2005 pour la prise en charge de douleurs lombaires aiguës bilatérales.

**Antécédents :**

- ? Avril 2004 : Colique néphrétique
- ? Mai 2005 : Pyélonéphrite aiguë à *E. Coli*

**Habitus :**

- ? Mariée, deux enfants,
- ? Eleveuse de chiens
- ? Intoxication tabagique : 20 paquets années
- ? Alcool : consommation occasionnelle.

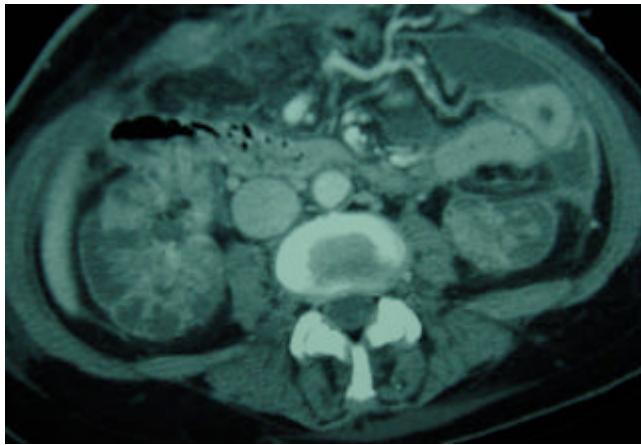
**Traitemen t à l'admission :** Déroxat 20mg/jour.

**Examen clinique et prise en charge immédiate :**

- ? Hémodynamique correcte, apyrexie
- ? Etat général conservé
- ? Découverte d'un déficit sensitivo-moteur dans le territoire du sciatique poplité externe
- ? Suspicion de pyélonéphrite aiguë. Traitement d'emblée par fluroquinolones.

**Résultats des premiers examens :**

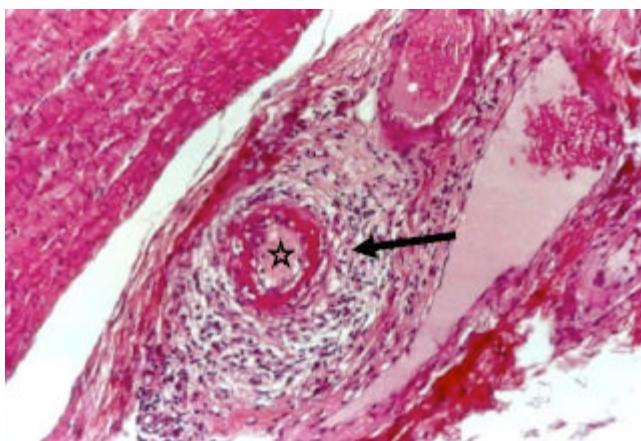
- ? Examen cytobactériologique des urines normal; Créatininémie : 300 µM/L, CRP 256 mg/L. RAS par ailleurs
- ? Apparition 6 heures plus tard de douleurs abdominales intenses, fièvre à 38°5C et hyperthermie.
- ? Scanner abdominal en urgence :



**Décision thérapeutique :**

- o Laparotomie :
  - Péritonite
  - Plages de nécrose grêle et côlon
  - Résection intestinale étendue.
- o Suites :
  - Anurie en rapport avec une insuffisance rénale nécessitant une hémofiltration
  - Oedème aigu pulmonaire en rapport avec une atteinte myocardique; Echocardiographie : hypokinésie globale et akinésie inférieure, ventricule gauche hypertrophique non dilaté.

**Examen histologique de la pièce opératoire**



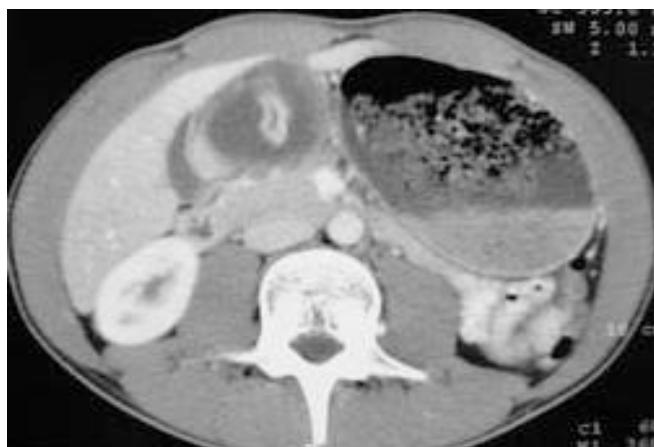
**Quel est le diagnostic ?**

## QUIZ N° 2

Hôpital Beaujon

Service de Gastroentérologie-Pancréatologie

Il s'agit d'un malade âgé de 15 ans sans antécédent qui décrit en juin 2006 des douleurs épigastriques et des vomissements post-prandiaux. La numération formule sanguine et le ionogramme, les enzymes hépatiques et la lipasémie sont normaux. Devant un amaigrissement de 8 kg, une échographie abdominale est réalisée en septembre 2006 sur laquelle on note une stase gastrique et un épaississement de la paroi gastrique. Une scanographie est ensuite réalisée (ci-dessous) :



Le malade est hospitalisé en urgence pour un méléna et une déglobulisation (diminution de l'hémoglobine de 13 g/dL à 9 g/dL). Lors de l'endoscopie digestive haute, on ne voit pas de sang mais l'estomac paraît distendu et le pylore n'est pas franchissable.

Une deuxième scanographie est alors réalisée qui montre alors l'image ci-dessous.



Quel est votre diagnostic ?

## QUIZ N°3

Hôpital Louis Mourier

Benoît Coffin

Service d'Hépato-Gastroentérologie

Mr D. 61 ans, douleurs abdominales + fièvre

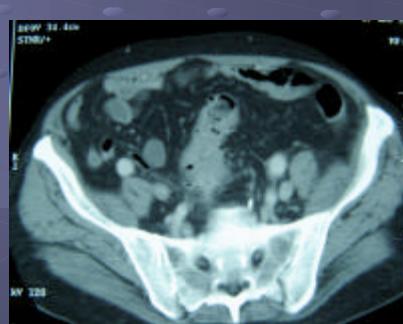
- Pas D'ATCD particulier
- Début novembre 2005 : à l'étranger,douleurs abdominales
- Diagnostic de cholécystite
- Cholécystectomie par laparotomie
- Suite marquée par une fièvre persistante (38 °-38,5° C) avec AEG
- Rapatriement sanitaire
- Hospitalisation le 3 décembre 2005.

✓ Clinique

- T° 38,5°C
- Sensibilité diffuse de l'abdomen
- Augmentation volume de l'abdomen
- Scanner : + ascite pelvienne

✓ Biologie

- GB 12.000/mm<sup>3</sup>, 80 % PNN
- CRP 125 mg/l
- Hémocultures :
  - E.Coli (2 souches),
  - Bactéroïdes T



Quel est votre diagnostic??

## **QUIZ N°4**

**Hôpital Saint-Louis**

**Marion Simon**

Mr Z, 47 ans est suivi pour une maladie de Crohn. Les premiers symptômes sont apparus en 1985. Les lésions étaient initialement pancoliques. En 2004 est apparue une atteinte anale, avec deux abcès puis une fistule ano-cutanée. En janvier 2005, on introduit l'Imurel 2 mg/kg/jour, en raison d'une corticodépendance et de l'atteinte anale. Les corticoïdes sont interrompus ; il est en rémission stable.

En mai 2006, une fièvre à 39-40° s'installe. Il n'y a pas de point d'appel. Une IRM anale ne montre pas d'abcès. La NFS montre une hémoglobine à 12,5g/dl ; les leucocytes sont à 3900/mL, dont 1670 polynucléaires neutrophiles et 1370 lymphocytes. Le bilan hépatique est normal. La sérologie du cytomégavirus est positive pour les IgM, négative pour les IgG (elle était négative en janvier 2005).

Un mois plus tard, la fièvre persiste ; une éruption apparaît ainsi que des ulcérations buccales aphtoïdes.

