

DOSSIER N°2 ECN 2013 corrections

Une femme de 55 ans se présente à votre consultation envoyée par son médecin traitant pour une lithiase vésiculaire de 5mm découverte fortuitement au cours d'une échographie réalisée pour bilan d'une infection urinaire récidivante. Elle n'a aucune plainte particulière. L'examen clinique est normal.

QUESTION 1

Quelle est votre CAT concernant la pathologie vésiculaire ? (5 pts)

- pas d'indication de traitement (3) ni de surveillance (2) car aucune donnée scientifique concernant le devenir des lithiases vésiculaires asymptomatiques.

3 ans plus tard cette patiente se présente aux urgences pour des douleurs abdominales évoluant depuis 48h localisées en épigastre et en hypocondre droit. L'examen clinique retrouve une fièvre à 39°C et une défense au niveau de l'HCD avec un signe de Murphy +. Il n'y a pas d'ictère.

QUESTION 2

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? Argumentez (15 pts)

- cholécystite (5) aiguë (2) lithiasique (2) non compliquée (1)
- évoquée devant :
 - . terrain : femme 50-60 ans (1)
 - . tableau clinique typique associant syndrome septique, douleur HCD et défense HCD à la palpation (1)
 - . absence d'ictère : élément contre le diagnostic d'angiocholite (1)
 - . argument de fréquence (1)
 - . lithiase vésiculaire connue (1)

QUESTION 3

Demandez-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels et qu'en attendez-vous? (25 pts)

- **OUI (2)**
- **En urgence (1)**
- **à visée diagnostic :**
 - . *biologique* : .NFP : polynucléose à PNN (1 si justifié)
 - . CRP : élevée. (1 si justifié)
 - . **bilan hépatique complet** : ASAT, ALAT, gammaGT, PAL, bili totale et conjuguée : **bilan hépatique normal (2 si justifié)**
 - . *amylase, lipase* : normales (2)

 - . *radiologique* : . **échographie abdominale(4)**: permet le diagnostic positif : vésicule tendue à **paroi épaissie (1)** , avec une **image lithiasique (2)** (image hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur), **voie biliaire intra et extrahépatique fine (1)** (Dg dif avec l' angiocholite), épanchement au contact de la VB possible, douleur au passage de la sonde (**Murphy échographique**) (1).
- **prélèvements bactériologiques** : hémocultures aéro-anaérobies, 3 prélèvements réalisés au moment des pics fébriles ou des frissons avant toute antibiothérapie (1)
- **à visée préopératoire :**
 - . **biologique** : bilan de coagulation : TP-INR, TCA, fibrinogène ; ionogramme sanguin, groupage ABO, Rh (2 déterminations), ACI (1)
 - . **radiologique** : **radiographie thoracique de face (1)**
 - . **ECG (1)**

3 pts pour organisation des idées

QUESTION 4

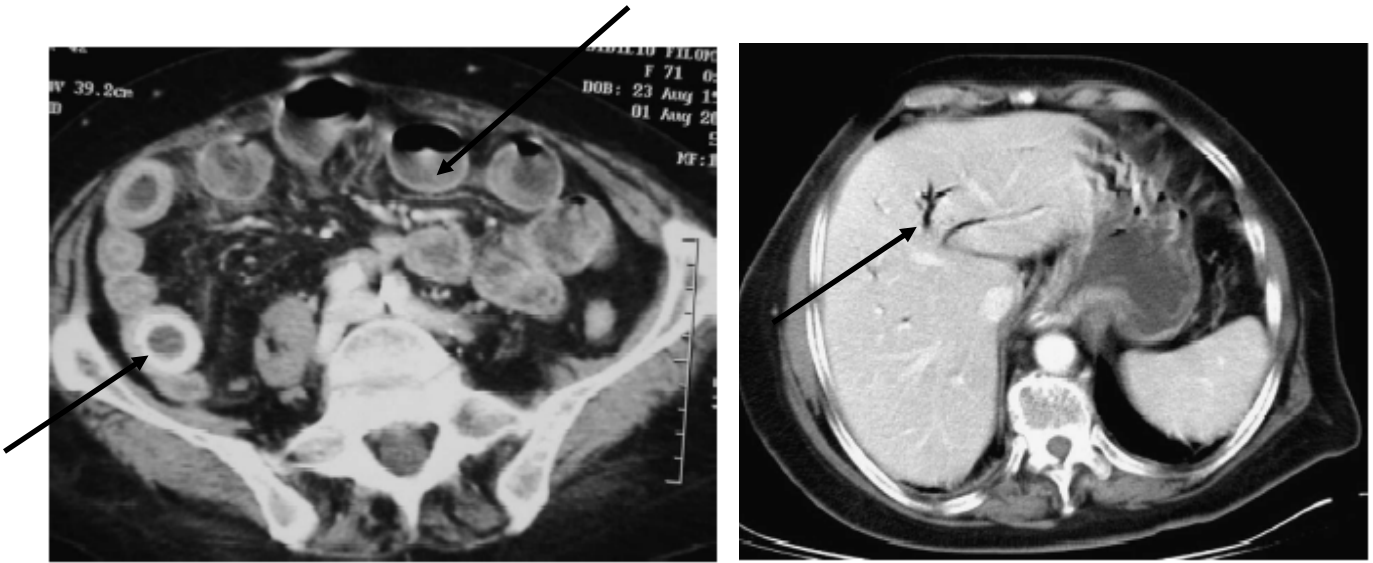
Décrivez brièvement les grandes lignes de votre prise en charge. (15 pts)

- **hospitalisation (1) en urgence (1)** en milieu chirurgical
- laisser à jeun
- **antibiothérapie double**, à diffusion biliaire, active sur les BGN et les germes anaérobies en l'absence d'allergie: C3G (ROCEPHINE®) + métronidazole (FLAGYL®), mise en route après réalisation des prélèvements bactériologiques (3 si justifié, sinon 1)
- **antalgiques (1)**
- **rééquilibration hydroélectrolytique (1)**
- intervention chirurgicale en **semi-urgence (3)** au mieux dans les 24h : **cholécystectomie (2) coelioscopique (2)** si possible par voie sous-costale si besoin +/- cholangiographie per-opératoire selon les équipes.

- *Surveillance* post-opératoire (1)

Votre patiente refuse le traitement que vous lui proposez et quitte l'hôpital. Vous la perdez de vue complètement et la retrouvez quelques mois plus tard aux urgences. Elle décrit des douleurs abdominales diffuses associées à des vomissements et à un arrêt des matières et gaz depuis 48 h. Elle a 38.2°C. L'examen retrouve un météorisme abdominal diffus sans défense. Les orifices herniaires sont libres. Le TR est sans particularité. La biologie retrouve une élévation des GB à 12000 avec une CRP à 12, le bilan hépatique est normal.

Vous faite réaliser un TDM abdominal.



QUESTION 5

Quel est votre diagnostic ? Argumentez (22 pts)

- Occlusion aiguë du grêle (5)
- iléus biliaire (5)
- Evoquée devant
- **Terrain** : femme, calcul vésiculaire connue, cholécystite mal traitée (1)
- Le **tableau clinique d'occlusion aiguë** : vomissement, arrêt du transit, météorisme abdominal (2)
- La biologie : syndrome inflammatoire modéré, absence de cholestase
- Le TDM où l'on observe des signes d'occlusion du grêle avec un **grêle distendu** (2) à paroi épaissi en regard d'un corps étranger **intradigestif** hyperdense évoquant un **calcul**(2). On observe également une **aérobilie** (2) témoignant d'une **fistule biliodigestive** (1). L'association de ces signes scannographiques évoque un iléus biliaire.

2 pts pour organisation des idées

QUESTION 6

Quels sont les principes du geste chirurgical ? (15 pts)

- en urgence (2)
- sous AG, SNG, SAD (1)
- laparotomie médiane (1), on peut discuter une voie coelioscopique
- exploration, prélèvements bactériologiques (1)
- entérotomie (1) juste en amont de l'obstacle et extraction du calcul
- suture du tube digestif ou résection-anastomose (1) si souffrance pariétale
- vidange rétrograde (1) après vérification de la bonne position de la SNG
- on ne réalise pas de cholécystectomie (5) au risque de créer une fistule duodénale.
- Drainage selon les constatations locales (1)
- Fermeture plan par plan (1)

3 pts pour la lisibilité générale