



Énoncés

Cas cliniques¹

QCM

Cas clinique 1 – QCM +

Vous êtes chargé de mettre au point une campagne de dépistage de masse du cancer colorectal dans votre département.

Question 1

Concernant l'épidémiologie du cancer colorectal en France, quelles sont les affirmations vraies :

- A** il s'agit du 3^e cancer digestif en incidence
- B** il s'agit de la 3^e cause de mortalité par cancer
- C** son incidence est en diminution comme dans les autres pays occidentaux
- D** s'il est diagnostiqué à un stade précoce, il est curable dans la majorité des cas
- E** ce cancer s'intègre dans une forme familiale dans 15 % des cas
- F** c'est le premier cancer digestif en fréquence

Question 2

Quel(s) est(sont) le(s) critère(s) auquel(auxquels) doit répondre un bon test de dépistage :

- A** doit être avant tout sensible
- B** doit être avant tout spécifique
- C** doit avoir une bonne valeur prédictive négative
- D** peut être un examen invasif comportant un risque pour les sujets qui s'y soumettent
- E** doit être réalisé par au moins 90 % de la population pour avoir un impact sur la mortalité

Question 3

Concernant la population cible du dépistage de masse du cancer colorectal en France (plusieurs réponses possibles) :

- A** sujets à risque élevé
- B** sujets à risque très élevé
- C** il s'adresse aux sujets présentant des signes évocateurs
- D** repose sur la coloscopie totale à partir de 50 ans jusqu'à 74 ans
- E** le risque « faible » de cancer colorectal n'existe pas
- F** aucune réponse précédente

Question 4

Concernant le test Hemocult II® (plusieurs réponses possibles) :

- A** il repose sur la recherche d'ADN tumoral dans les selles
- B** il nécessite un prélèvement sanguin pour sa réalisation
- C** il repose sur une réaction avec le gaiac
- D** pour une sensibilité satisfaisante, il doit reposer sur l'analyse d'au moins quatre selles
- E** sa négativité élimine un cancer colorectal

Question 5

Quelle est la conduite à tenir en cas de positivité du test (plusieurs réponses possibles) ?

- A** contrôle par un deuxième test Hemocult II®
- B** coloscopie totale
- C** coloscopie virtuelle ou vidéocapsule selon la préférence du patient
- D** recto-sigmoïdoscopie souple
- E** laparotomie exploratrice

Question 6

En cas de positif du test, la probabilité de trouver un cancer à la coloscopie est de :

- A** 3 %
- B** 10 %
- C** 30 %
- D** 45 %
- E** 60 %

Question 7

En cas de négativité du test Hemocult II®, quelles sont les réponses fausses concernant la conduite à tenir ?

- A** il n'est pas nécessaire de renouveler l'examen à distance
- B** il faut réaliser un nouveau Hemocult II® 2 ans plus tard
- C** il faut réaliser un nouveau Hemocult II® 5 ans plus tard
- D** il faut réaliser une coloscopie dans 5 ans
- E** il faut réaliser une coloscopie en cas de symptômes évocateurs de cancer colorectal

Question 8

En cas de test positif avec coloscopie normale, quelles sont les affirmations vraies ?

- A** aucun examen à distance n'est nécessaire
- B** il faut réaliser un nouveau Hemocult II® à 2 ans
- C** il faut réaliser un nouveau Hemocult II® à 5 ans

¹ Des éléments de réponse pouvant apparaître au fil de la progression des dossiers, il est recommandé au lecteur de ne pas lire les questions à l'avance.

- D il faut réaliser une coloscopie à 5 ans
- E il faut réaliser une coloscopie en cas de symptômes évocateurs

Cas clinique 2 – QCM +

Monsieur D. vous consulte pour une douleur anale aiguë évoluant depuis 48 h. Ce patient antillais de 67 ans n'a jamais eu de problème médical particulier. Il rapporte une consommation tabagique de 30 paquets-années environ, sevrée il y a une dizaine d'années. Il boit environ une bouteille de rhum par semaine.

À l'interrogatoire, il a trois selles par semaine, qui occasionnent des douleurs lorsque leur consistance est dure. Le papier toilette est parfois taché de sang rouge à l'essuyage.

La douleur pour laquelle il consulte est apparue brutalement sans facteur déclenchant évident.

À l'examen clinique, vous découvrez une tuméfaction très sensible située au niveau de la marge anale, bleu-tée et indurée. L'examen anoscopique n'est pas réalisable du fait de la douleur.

Question 1

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A thrombose hémorroïdaire interne
- B thrombose hémorroïdaire externe
- C fissure anale
- D abcès de la marge anale
- E cancer de l'anus

Question 2

Quels sont les éléments de la prise en charge thérapeutique ?

- A antalgiques usuels et anti-inflammatoires non stéroïdiens
- B laxatifs
- C incision systématique de la tuméfaction
- D hémorroïdectomie chirurgicale
- E antibiothérapie systématique
- F topiques locaux

Question 3

Pour quelle(s) raison(s) ce patient doit-il être revu lors d'une consultation ultérieure ?

- A l'épisode aigu nécessite une consultation de contrôle systématique
- B participation au dépistage de masse du cancer colorectal
- C on ne doit pas s'arrêter à la constatation d'une hémorroïde chez ce patient pour expliquer une rectorragie
- D pour organiser la réalisation d'un traitement chirurgical de l'affection responsable de l'épisode aigu
- E il n'est pas nécessaire de revoir le patient en consultation

Question 4

Un mois après l'épisode douloureux, la réalisation d'une coloscopie montre une masse végétante circonscrite du bas rectum, à 2 centimètres de la ligne pectinée. Quelle est la proposition vraie concernant les tumeurs du bas rectum ?

- A il s'agit le plus souvent d'un carcinome épidermoïde
- B il s'agit le plus souvent d'un adénocarcinome
- C les hémorroïdes constituent un état précancéreux
- D elles peuvent se développer à partir de lésions précancéreuses induites par l'HPV
- E elles imposent systématiquement la réalisation d'une sérologie VIH
- F elles sont plus fréquentes dans la population homosexuelle masculine

Question 5

Une résection chirurgicale est envisagée. Quelles complications possibles peuvent survenir dont vous devez avertir le patient ?

- A la réalisation d'une stomie définitive sera très probable
- B incontinence anale
- C douleurs chroniques
- D hypertonie sphinctérienne anale
- E thrombose veineuse profonde
- F éjaculation rétrograde

Question 6

Le geste chirurgical a été réalisé. Le patient vous confie, en consultation de suivi, l'apparition postopératoire d'une dysfonction érectile. Quelles sont les propositions vraies ?

- A des troubles de l'érection sont observés chez environ 25 % des patients ayant eu cette opération
- B ces troubles sont le plus souvent transitoires et réversibles grâce à la rééducation par *biofeedback*
- C le sildanéfил est efficace pour les traiter
- D l'origine du trouble est probablement psychogène
- E les injections intracaverneuses sont efficaces

Question 7

La tumeur est classée de stade III selon l'AJCC. Une chimiothérapie adjuvante par FOLFOX (5-fluoro-uracile + acide folinique + oxaliplatine) est décidée. Quelles sont les propositions vraies ?

- A le 5-fluoro-uracile est néphrotoxique
- B La principale toxicité de l'oxaliplatine est une neuropathie périphérique
- C le 5-fluoro-uracile est contre-indiqué en cas de cardiopathie préexistante
- D cette chimiothérapie nécessite la mise en place d'une chambre implantable
- E cette chimiothérapie devra être poursuivie au moins un an
- F le stade III correspond à une tumeur avec extension ganglionnaire

Cas clinique 3 – QCM ++

Vous êtes appelé dans le centre de moyen séjour où est hospitalisé Monsieur B. pour soins de suite après une fracture du col fémoral liée à une chute mécanique. Le motif de votre consultation est une diarrhée et des douleurs abdominales évoluant depuis 5 jours. Ce patient de 73 ans a pour antécédents : une appendicectomie dans l'enfance, une BPCO post-tabagique de stade II moyennement contrôlée par des β_2 -mimétiques à longue durée d'action et des corti-