

EPU Paris VII



Journée de Gastroentérologie

Vendredi 6 janvier 2006

Palais des Congrès de Paris
Porte Maillot - Niveau 3

Organisateurs scientifiques

Professeurs Benoît COFFIN
et Marc LÉMANN

Renseignements et inscriptions

BCA

6, boulevard du Général Leclerc
92115 Clichy Cedex - France
contact@b-c-a.fr - www.b-c-a.fr
T : +33 (0)1 41 06 67 70
F : +33 (0)1 41 06 67 79

PRESENTATION DES QUIZ

Hôpital Beaujon

Un homme de 19 ans, d'origine iranienne, sans antécédent particulier ni consommation d'alcool, présentait des douleurs de l'épigastre et de l'hyponchondre gauche sans irradiation, provoquée par la prise alimentaire, évoluant depuis 2 mois. Il existait un amaigrissement de 5 kg.

A l'examen clinique, le poids était de 56 kg pour 1m 72 (BMI : 19). Il existait une sensibilité à la palpation de l'épigastre et de l'hyponchondre gauche, sans masse perçue.

Les examens biologiques mettaient en évidence : GB $6,3 \cdot 10^9/l$ (formule sanguine normale), hémoglobine 15,1 g/dl, VGM 84 fl, plaquettes $276 \cdot 10^9/l$, phosphatase alcaline et gamma GT normales, bilirubine totale 17 $\mu\text{mol/l}$ (conjuguée 11 $\mu\text{mol/l}$), transaminases normales, lipasémie normale, CRP 20 mg/l.

La scanographie abdominale mettait en évidence une masse hypodense, oblongue se développant aux dépens du troisième duodénum, de 35 x 10 mm, sans adénopathies au contact ou d'anomalies vasculaires. La voie biliaire principale et le canal de Wirsung étaient fins.

L'échoendoscopie confirmait l'existence d'une lésion hypoéchogène hétérogène mobile et molle de 35 x 10 mm, située entre le deuxième et troisième duodénum.

L'ACE et le Ca 19.9 étaient normaux.

Sous traitement antalgique morphinique, les douleurs disparaissaient. Le poids restait stable. A l'arrêt du traitement antalgique, les douleurs réapparaissaient intenses, associées à des nausées et des vomissements.

Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

Hôpital Bichat

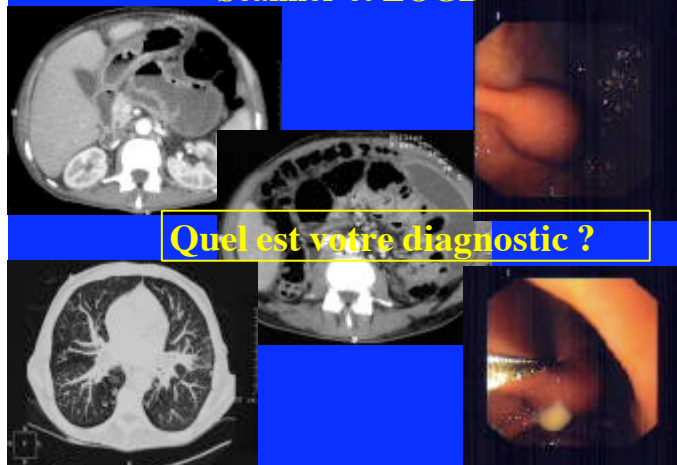
Examen clinique / biologie

- Cachexie
- Pas d'ascite
- Examen abdominal : abdomen « blindé » inexaminable douloureux.
- Biologie :
 - Anémie à 7,5 g d'Hb (VGM=70 μ 3)
 - Plaquettes : 525 000/mm³
 - CRP : 150 mg/l
 - Cholestase anictérique : GGT =2N PA=2N pas de cytolyse
 - TP 70%
 - Albuminémie : 17 g

Examen clinique / biologie

- Cachexie
- Pas d'ascite
- Examen abdominal : abdomen « blindé » inexaminable douloureux.
- Biologie :
 - Anémie à 7,5 g d'Hb (VGM=70 μ 3)
 - Plaquettes : 525 000/mm³
 - CRP : 150 mg/l
 - Cholestase anictérique : GGT =2N PA=2N pas de cytolyse
 - TP 70%
 - Albuminémie : 17 g

Scanner et EOGD



Hôpital Lariboisière

Femme de 43 ans amenée par les pompiers aux urgences pour chutes à domicile en état d'ébriété

- **ATCD**

- Infarctus mésentérique artériel en janvier 2003 sur AC/FA révélatrice d'une maladie de Basedow. Résection étendue de l'intestin grêle. Reste 40 cm de grêle en anastomose jéjuno-iléocolique
- Déficit en protéine S et mutation MTHFR
- Thyroïdectomie en août 2003 : hormonothérapie substitutive et traitement d'une hypoparathyroïdie
- Nutrition parentérale à domicile : sevrage en dec 2004

- **Examen clinique et biologie :**

- Dysphorique, 54kg/160 cm, 37°C
- Fc: 65/mn, TA : 110/80mmHg
- Démarche ébrieuse, pas de désorientation temporo-spatiale
- Danse des tendons, nystagmus latéral, Romberg +
- QQ hématomes des membres
- INR : 2,5. NFS, CRP, Albumine, Ca P Mg et BHC normaux. Na=140mmol/l; K=3,6mmol/l; RA=11.

Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable?

Hôpital Louis Mourier

Mme D. 73 ans, colite aigue

ATCD

- HTA, hypothyroïdie
- Dyslipidémie
- 1958 : tuberculose pulmonaire
- Famille : maladie de Crohn colique (petite fille)
- Diarrhée et douleurs abdominales (4-5ans)

Clinique

- Diarrhée glairo-sanglante (10-15 émissions /jour)
- Fièvre : 38°-38.5°
- Ralentissement psychomoteur, asthénie
- Douleur provoquée ± défense en FID

- FOGD: zones purpuriques antre pré-pylorique
- Coloscopie : Atteinte pancolique avec ulcérations creusantes du colon droit. Iléon : normal sur 10 cm.

Mme D. 73 ans (suite)

- NFS: GB 28 000/mm³, Hb 12,4g/dl, plaquettes 268 000/ mm³
- Fibrinogène 5,7g/l; CRP 250 mg/ mm³; Albumine 26g/l
- Créatinine 85 (N: 60-120) puis 250 mol/l (après 2ème TDM en 48h pour suspicion perforation)
- Protéinurie : 10 g/24h



Quel est votre diagnostic ?

Hôpital St Louis

Monsieur M., 52 ans, souffre depuis 1990 de douleurs abdominales évoluant par petites crises de quelques jours associées parfois à une diarrhée. Il n'a jamais eu d'exploration ou de traitement pour ces symptômes. Début 2003, la symptomatologie s'accroît ; le patient maigrit de 10 kg progressivement jusqu'à une crise plus violente en février 2004 pour laquelle il consulte en urgence. Il ressent alors une douleur aiguë intense de la fosse iliaque gauche associée à une fièvre. On note une hyperleucocytose à 15000, une CRP à 7 mg, des plaquettes à 464000. On réalise une coloscopie qui montre une sténose sigmoïdienne avec un aspect congestif de la muqueuse. L'histologie conclut à un infiltrat inflammatoire en faveur du diagnostic de maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Le scanner montre un épaississement de la paroi du sigmoïde de façon isolée. On suspecte donc une maladie de Crohn et un traitement par corticoïdes est débuté à 50 mg/jour. Ce traitement entraîne une amélioration franche des symptômes mais il persiste une douleur sourde de la fosse iliaque droite associée à une diarrhée. Après un mois de ce traitement, une nouvelle coloscopie est réalisée et montre la persistance d'une colite segmentaire modérément sténosante, limitée au sigmoïde au niveau duquel la muqueuse présente un aspect congestif en plages. On note la présence de quelques orifices diverticulaires à ce niveau. On réalise une tomodensitométrie (voir image).

Quel est votre diagnostic ?

Quelle attitude thérapeutique adopter ?

