

2009-2019

PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE

Chirurgie PAE

Annales corrigées des **E**preuves
de **V**érification des **C**onnaissances (**EVC**)

ABDUL SATTAR KABALAN

ACHEVÉ D'IMPRIMER
PAR GREGO PRINT SERVICES
74 BD DE L'HÔPITAL 75013 PARIS
01 44 24 70 46
FRANCE - NOVEMBRE 2021

Maquette intérieur et couverture : P. Philétas

Editions Vernazobres-Grego

99 bd de l'Hôpital
75013 PARIS - Tél. 01 44 24 13 61
www.vg-editions.com

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm,
bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.

SEPT 2021 - ISBN : 978-2-8183-1836-2

PREFACE

Mes chers collègues PADHUE,

J'ai l'honneur de mettre entre vos mains la correction des annales du concours de PAE de Chirurgie Viscérale et Digestive de 2009 à 2019, en espérant vous rendre service pendant votre préparation.

Les réponses sont détaillées pour réviser en même temps. Le jour de l'examen, je vous conseille de répondre court en faisant attention aux mots-clés que vous pouvez mettre en MAJUSCULES, sans oublier d'écrire lisiblement bien évidemment.

Abdulsattar

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	3
--------------------	---

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE - EVCF

ENONCE EVCF 2009	7
CORRIGE EVCF 2009	8
ENONCE EVCF 2010	15
CORRIGE EVCF 2010	16
ENONCE EVCF 2011	21
CORRIGE EVCF 2011	23
ENONCE EVCF 2012	29
CORRIGE EVCF 2012	33
ENONCE EVCF 2013	41
CORRIGE EVCF 2013	44
ENONCE EVCF 2014	51
CORRIGE EVCF 2014	54
ENONCE EVCF 2015	59
CORRIGE EVCF 2015	60
ENONCE EVCF 2016	63
CORRIGE EVCF 2016	64
ENONCE EVCF 2017	67
CORRIGE EVCF 2017	69
ENONCE EVCF 2018	75
CORRIGE EVCF 2018	78
ENONCE EVCF 2019	87
CORRIGE EVCF 2019	92

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE - EVCP

ENONCE EVCP 2009	103
CORRIGE EVCP 2009	105
ENONCE EVCP 2010	109
CORRIGE EVCP 2010	111
ENONCE EVCP 2011	115
CORRIGE EVCP 2011	117
ENONCE EVCP 2012	121
CORRIGE EVCP 2012	123
ENONCE EVCP 2013	127
CORRIGE EVCP 2013	129
ENONCE EVCP 2014	133
CORRIGE EVCP 2014	134
ENONCE EVCP 2015	139
CORRIGE EVCP 2015	140
ENONCE EVCP 2016	143
CORRIGE EVCP 2016	145
ENONCE EVCP 2017	149
CORRIGE EVCP 2017	153
ENONCE EVCP 2018	161
CORRIGE EVCP 2018	165
ENONCE EVCP 2019	173
CORRIGE EVCP 2019	176

ABREVIATIONS

ACSD : Artère Colique Supérieure Droite	DD : Diagnostic Différentiel
AEG : Altération de l'Etat Général	DPC : Duodéno-Pancréatectomie Céphalique
AG : Anesthésie Générale	Dr → G : de la Droite vers la Gauche
AGD : Artère GastroDuodénale	ECBU : Examen CytoBactériologique Urinaire
AGdr : Artère Gastrique Droite	ECG : ElectroCardioGramme
AGEdr : Artère Gastro-Epiloïque Droite	FC : Fréquence Cardiaque
AGEg : Artère Gastro-Epiloïque Gauche	FID : Fosse Iliaque Droite
AGG : Artère Gastrique Gauche	FIG : Fosse Iliaque Gauche
SG : Sonde Gastrique	FiO ₂ : Fraction Inspirée de l'Oxygène
AHC : Artère Hépatique Commune	FOGD : Fibroscopie Œso-Gastro- Duodénale
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien	FR : Fréquence Respiratoire
AL : Anesthésie Locale	GB : Globules Blancs
ALR : Anesthésie LocoRégionale	GEU : Grossesse Extra-Utérine
AMI : Artère Mésentérique Inférieure	GG : Ganglions
AMS : Artère Mésentérique Supérieure	GGT : Gamma GT
ARS : Artère Rectale Supérieure	Gr : Groupe (sanguin)
ATB : Antibiotique	GS : Ganglion Sentinelle
ATCD-F : Antécédents Familiaux	Hb : Hémoglobine
ATCD-P : Antécédents Personnels	HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire
BHA : Bruit Hydro-Aérique	HCD : HypoChondre Droit
BHC : Bilan Hépatique Complet	HCG : HypoChondre Gauche
BU : Bandelette Urinaire	Hct : Hématocrite
C2-C3 : Céphalosporine 2 ^{ème} et 3 ^{ème} génération	Hg : Mercure
CAT : Conduite A Tenir	HIA : Hyperpression Intra-Abdominale
CBP : Cirrhose Biliaire Primaire	HNPCC : Hereditary Non Polypoid Colonic Cancer (LYNCH)
CC : Cancer Colique	HT : HyperTension
CCR : Cancer ColoRectal	IPP : Inhibiteur de la Pompe de Protéine
CHC : Carcinome Hépatocellulaire	IRM-BP : Imagerie par Résonance Magnétique Bilio-Pancréatique
CHC : Canal Hépatique Commun	IV : IntraVeineuse
CI : Contre-Indication	MA : Marge Anale
CIP : Chambre Implantable Percutanée	MC : Marge Circonférentielle
CPO : Cholangiographie PerOpératoire	MI : Membre Inférieur
CRO : Compte-Rendu Opératoire	MICI : Maladie Infectieuse Chronique de l'Intestin
CPRE : Cholangio-Pancréatographie Rétrograde Endoscopique	MR : MésoRectum
CPT : Cholangio-Pancréatographie Transcutanée	MS : Marge de Sécurité
CRA : Compte-Rendu Anatomopathologique	MSI : MicroSatellite Instabilité
CRP : C-Réactive Protéine	
Cs : Consultation	

NFS : Numération Formule Sanguine
 NHA : Niveau Hydro-Aérique
 OE : Oblique Externe
 OI : Oblique Interne
 OIA : Occlusion Intestinale Aiguë
 Pa : Pancréas
 PA : Pancréatite Aiguë
 PAL : Phosphatase Alcaline
 PaO₂ : Pression partielle d'Oxygène
 Plaq : Plaquettes
 PME : Partial Mesorectum Excision
 PNN : PolyNucléaire Neutrophile
 PO : *Per Os*
 RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières
 RCH : RectoColite Hémorragique
 RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
 Rh : Rhésus
 Rx : Radio
 SBP : Sclérose Biliaire Primaire
 SC : Sous-Cutané
 SCA : Syndrome du Compartiment Abdominal
 SG : Sonde Gastrique
 SIRS : Systemic Inflammatory Response Syndrom
 SNG : Sonde Naso-Gastrique
 SO : Sous-Ombilical
 SRIS : Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique
 SU : Sonde Urinaire
 T : Température, Transverse, Tumeur
 TA : Tension Artérielle
 TCA : Temps de Céphaline Activé
 TDM-AP : TomoDensitoMétrie Abdomino-Pelvienne
 TDM-TAP : TomoDensitoMétrie Thoraco-Abdomino-Pelvienne
 TEP-scan : Tomographie d'Emission à Positons
 TIRADS : Thyroid Imaging Reporting and Data System
 TME : Total Mesorectum Excision
 TNM : Tumor, Nodes, Metastases
 TP : Temps de Prothrombine
 TPH : Tamponnement Péri-Hépatique
 TR : Toucher Rectal
 VB : Vésicule Biliaire, Voies Biliaires
 VBEH : Voies Biliaires Extra-Hépatiques
 VBIH : Voies Biliaires Intra-Hépatiques
 VBP : Voies Biliaires Principales
 VCI : Veine Cave Inférieure
 VCS : Veine Cave Supérieure
 Vk : Vitamine K
 VMI : Veine Mésentérique Inférieure
 VMS : Veine Mésentérique Supérieure
 VVP : Voie Veineuse Périphérique

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

Epreuve de **V**érification des **C**onnaissances **F**ondamentales

ENONCE EVCF 2009

Epreuve de **V**érification des **C**onnaissances **F**ondamentales

SUJET :

Question n°1 :

Bases anatomiques et critères de qualité de l'hémi-colectomie gauche pour cancer.

Question n°2 :

Citez les complications (avec leur traitement) de la lithiase vésiculaire symptomatique.

Question n°3 :

Décrire les différents procédés du traitement chirurgical curatif d'éventration médiane et complications éventuelles.

CORRIGE EVCF 2009

Epreuve de Vérification des Connaissances Fondamentales

SUJET :

Question n°1 :

Bases anatomiques et critères de qualité de l'hémi-colectomie gauche pour cancer.

➤ ANATOMIE :

- **L'angle gauche** : sa branche transverse se projette devant sa branche descendante
- **Le côlon descendant** : de l'angle gauche jusqu'à hauteur de la crête iliaque
- **Le côlon iliaque** : s'étend du niveau de la crête à la ligne arquée du détroit supérieur ; il se projette donc sur l'aile iliaque :
 - Les côlons descendant et iliaque sont entourés du méso-côlon gauche dont la feuille antérieure est en arrière des anses jéjunales
 - Les 2 feuilles du méso sont accolées par le fascia de Toldt
- **Le côlon sigmoïde** : commence au niveau de la ligne arquée et se termine sur la ligne médiane au début du rectum à hauteur de S3 :
 - L'anse (ou boucle) sigmoïdienne est mobile autour de 2 racines du méso-sigmoïde :
 1. La racine secondaire, oblique en bas et à gauche, elle suit les vaisseaux iliaques externes
 2. La racine primaire est verticale, elle englobe la partie haute, péritonisée du rectum et donne naissance plus bas au méso-rectum

➤ La vascularisation du côlon gauche :

- **AMI** : de la face antérieure et gauche de l'aorte en regard de L3, sous D3 (elle irrigue : 2/3 côlon transverse, côlon gauche, haut rectum), ses branches :
 1. ACSG → angle G → :
 - Branche crâniale → côlon transverse 2/3 gauche
 - Branche caudale → côlon descendant
 2. Le tronc des 3 artères sigmoïdiennes → méso-sigmoïde
 3. Se termine par l'artère rectale supérieure qui irrigue le haut rectum
ARS et A sigmoïdienne caudale sont reliées par une branche, *la Sigmoidea ima* :
 - Ces artères se divisent le long de la paroi colique en une arcade bourdante continue
 - De l'arcade para-colique partent des vaisseaux droits, courts et longs, qui abordent le côlon par les bosselures (courts) ou par les incisures (longs)
 - Le territoire AMI est relié au AMS par l'arcade de Riolan le long du méso du côlon T (une longue arcade bourdante entre les branches CSG et CSD)

➤ Le retour veineux est assuré par la VMI : parallèle aux branches artérielles

➤ Le drainage lymphatique :

- Les lymphatiques commencent dans la sous-muqueuse
- Ils se drainent le long des artères mésentériques → lympho-nœuds péri-aortiques

- Plusieurs relais peuvent être envahis :
 - Epi-colique : le long du bord mésocolique
 - Para-colique : longe l'arcade bordante
 - Intermédiaire : entoure les artères coliques
 - Principal : à l'origine des branches coliques des artères mésentériques
 - Central et péri-aorto-cave

➤ **Critères de qualité de l'exérèse :**

1. Respect des règles carcinologiques :
 - Non touch
 - Minimiser la manipulation de la tumeur
 - Ligature vasculaire à l'origine
 - Curage plus de 12 gg
 - Exérèse R0 en respectant les marges carcinologiques :
 - 12-15 cm du pôle sup de la tumeur
 - Au moins 5 cm sous le pôle inf. de la tumeur
 - Exérèse partielle du MR (selon localisation)
2. Anastomose sans tension, bien vascularisée
3. Péritonisation : fermeture des brèches péritonéales et mésentériques

Question n°2 :

Citez les complications (avec leur traitement) de la lithiase vésiculaire symptomatique.

1. Colique hépatique
2. Cholécystite aiguë lithiasique
3. Migration lithiasique (dans la VBP)
4. Migration lithiasique (dans l'intestin)
5. Mirizzi syndrome

➤ **Colique hépatique :**

- TT ambulatoire ou hospitalisation :
 - Selon l'intensité et le terrain de la patiente
- Repos
- Antalgiques
- Régime alimentaire sans gras, alcool, tabac
- CHOLECYSTECTOMIE, programmée, sous coelio

➤ **Cholécystite aiguë lithiasique :**

1. Gravité faible : une inflammation modérée de la vésicule (douleur, fièvre)
2. Gravité modérée : douleur + fièvre et :
 - Hyperleucocytose $> 18\ 000/\text{mm}^3$
 - Masse palpable dans l'HCD
 - Durée des signes cliniques **> 72 heures**
 - Marqueurs d'infection locale :
 - Péritonite biliaire localisée
 - Abscess péri-vésiculaire
 - Abscess hépatique
 - Cholécystite gangréneuse
 - Cholécystite emphysémateuse

3. Gravité sévère : dysfonctionnement multi-viscéral :
 - Cardiovasculaire (TA ↓ besoin dopamine ou noradrénaline)
 - Neurologique (conscience ↓)
 - Respiratoire ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$)
 - Rénale (oligurie, créatinine $> 2 \text{ mg/dL}$)
 - Hématologique (plaquettes $< 100\,000/\text{mm}^3$)
 - Hépatique (INR $> 1,5$)
- **Traitement** : antalgiques selon palier + :
 - Gravité faible :
 - Cholécysectomie coelioscopique précoce
 - Sans ATB
 - Gravité modérée :
 - Cholécysectomie ± coelio
 - Taux de conversion ↑
 - ATB pré ± postopératoire
 - Gravité sévère : TT du foyer septique :
 - **Drainage VB** percutané (Rx guidé)
 - ATB curatif pré + postopératoire
 - Cholécysectomie tardive
 - Pas de chir URG (complications ↑ et mortalité)
- **Migration lithiasique (dans la VBP) :**
 1. Aiguë, obstacle transitoire :
 - TT cholécystectomie précoce (coelio) + antalgiques
 2. Angiocholite aiguë :
 - Obstruction partielle ou complète de la VBP → septicémie
 - Charcot :
 - Douleur
 - Fièvre
 - Ictère
 - TT de l'infection (ATB) + antalgiques
 - Sphinctérotomie (CPRE pré ou postopératoire)
 - Cholécysectomie
 3. Pancréatite aiguë lithiasique (obstruction papille) :
 - TT de la PA
 - Sphinctérotomie (CPRE) +
 - Cholécysectomie (**dans la même hospitalisation**)
- **Migration lithiasique (dans l'intestin) :**
 - Fistulisation de la vésicule dans le duodénum
 - Migration lithiasique dans le grêle
 - OIA (lithiase enclavée dans l'iléon terminal)
 - TT chir :
 - Reconditionnement (OIA)
 - Laparotomie :
 - ✓ Entérotomie longitudinale en regard de l'impaction lithiasique
 - ✓ Extraction de la lithiase
 - ✓ Suture intestinale (transversale)
 - ✓ Cholécysectomie ou drainage (selon état et patiente)
 - ✓ Cholécysectomie différée à froid (si drainage)

➤ **Mirizzi syndrome :**

- Compression extrinsèque CHC/VBP par :
 - Un calcul enclavé dans l'infundibulum
 - Un calcul enclavé dans le canal cystique
 - Réaction inflammatoire péri-vésiculaire
- Ictère cholestatique
- DD cholangiocarcinome de la VBP
- TT cholécystectomie coélio ± conversion

Question n°3 :

Décrire les différents procédés du traitement chirurgical curatif d'événtration médiane et complications éventuelles.

➤ **Objectif du TT :**

- Réduction d'événtration
- Rétablir la continuité de la paroi
- Solidariser la paroi (pour éviter une éventuelle récurrence)

1. Procédés autologues
2. Procédés alloplasties
3. Procédés mixtes

➤ **Procédés autologues :**

- Suture simple, ou en 2 plans : tension et récurrence ↑↑
- Suture en 2 plans superposés (MAYO) : récurrence ↑
- Suture simple avec relaxation pariétale :
 - GIBSON : 2 incisions verticales de décharge/feuilles ant. gains des droits
 - CLOTTEAU-PREMONTEAU : plusieurs petites incisions aponévrotiques verticales
- Suture avec autoplastie (avancement du tissu sein pour combler le défaut pariétal) :
 - Lambeaux aponévrotiques (gaines des droits)
 - Lambeaux musculo-aponévrotiques
- Dissection complexe :
 - ✓ Hémorragies
 - ✓ Fragilisation d'autres zones pariétales
- WELTI-EUDEL :
 - Incision longitudinale de la gaine ant. des muscles droits
 - Suture en 1 seul plan du lambeau interne et du péritoine
- ABRAHAMSON :
 - Welte-Eudel +
 - Laçage des berges externes transversant la suture médiane
- DA SILVA : autoplastie en 3 plans (en zone sus-arcuée)
- RAMIREZ : composants séparation-repaire :
 - Section bilatérale du tendon du muscle OE
 - Incision longitudinale de la gaine post. des droits
 - Avancement final (20 cm ≈) avec suture aponévrotique médiane

➤ **Procédés alloplasties :**

- **Intra-péritonéale :**
 - Aucune dissection pariétale (mais viscérolyse)
 - Quel que soit le siège de l'événtration
 - Après récurrence d'une plastie superficielle
 - Bénéficie de la pression abdominale

- Risque d'adhérence aux viscères :
 - ✓ Interposer l'épiploon
 - ✓ Que biomatériaux composites/surface viscérale microporeuse
- **Pré-péritonéale (STOPPA) :**
 - Sous-arquée, sous-ombilicale (la séreuse est clivable)
- **Rétro-musculaire, pré-fasciale (RIVES) :**
 - Sus-arquée, entre :
 - ✓ Le corps musculaire des droits et
 - ✓ Le feuillet post. de la gaine
 - Risque d'épanchement sanguin ou séreux (au contact de la prothèse)
 - Douleurs résiduelles par interposition de filets nerveux
- **Pré-musculo-aponévrotique (CHEVREL)**
- **Procédés mixtes :**
 - CHEVREL : autoplastie + alloplastie :
 - Welte-Eudel +
 - Prothèse **pré**-musculo-aponévrotique
 - SLIM : autoplastie + alloplastie :
 - Incision longitudinale unilatérale (feuille ant. gaine du droit)
 - Incision longitudinale controlatérale (feuille post. gaine du droit)
 - Suture de l'aponévrose post. à l'aponévrose ant. et *vice versa* :
 - ✓ Prothèse **rétro**-musculaire
- **Complications éventuelles :**
 - Hématome et sérome (le drainage aspiratif préventif n'étant pas recommandé systématiquement, mais le bandage compressif oui) :
 - Résorption spontanée
 - Si collection importante, persistant plusieurs semaines → drainage aspiratif percutané
 - Infection de la prothèse :
 - Exérèse totale de la prothèse
 - Remplacer par prothèse résorbable
 - Drainage aspiratif et fermeture cutanée étanche
 - Récidive de l'éventration :
 - Changer la procédure
 - Changer le site
- **Selon présentation clinique :**
 - Chirurgie **propre-contaminée** : pariétoplastie non résorbable oui, mais :
 - Limiter la dissection pariétale
 - Renoncer aux autoplasties
 - Préférer l'implantation intra-péritonéale d'un biomatériau composite
 - Toute **péritonite** interdit l'usage de prothèse non résorbable :
 - Péritonite = s'abstenant de toute dissection pariétale
 - Eventrations iliaques : plastie prothétique en **pré**-péritonéal
 - Eventrations sous-costales : plastie prothétique **rétro**-musculaire :
 - Plastie prothétique en **pré**-musculo-aponévrotique (si proche du gril costal)
- **Cure par laparoscopie :**
 - Difficultés techniques :
 - Adhésiolyse
 - Prothèse non adhésiogène

- Inconvénients :
 - Pas de résection du sac péritonéal
 - Pas de reconstitution anatomique de la paroi
 - Durée op pourrait être plus longue
- Avantages habituels de la cœlio-chirurgie :
 - Limitation des incisions
 - Absence de dissection pariétale
 - Bénéficie de la pression abdominale
 - ↓ Morbidités : durée d'hospitalisation et douleurs postopératoires
 - Récidives ≈ égales
- **Contre-indications à la laparoscopie :**
 - Générales :
 - Cardiomyopathie
 - Insuffisance respiratoire
 - ATCD chir multiples (relative)
 - Eventration large > 10 cm
 - Contenus irréductibles
 - Récidive après prothèse intra-péritonéale