

## Q11

Vous recevez à votre consultation d'infectiologie Mme B, 35ans. Elle a pour antécédents un tabagisme sevré depuis 2ans estimé à 15PA. Elle est originaire de Lyon et n'a jamais voyagée. Elle travaille dans un foyer d'aide au migrant.

La patiente a initialement consulté pour une toux croissante. Une radiographie thoracique a retrouvé une lésion du lobe supérieur gauche de 2cm de grand axe. Le scanner confirme la présence de cette lésion ainsi que la présence d'adénopathies médiastinales. Votre examen clinique retrouve un érythème noueux. Une fibroscopie bronchique avec ponction ganglionnaire a été réalisée. La patiente vous consulte ce jour avec le contre rendu d'anatomopathologie. La conclusion de celui-ci est : « Tissus ganglionnaire siège d'une inflammation granulomateuse épithélioïde et giganto-cellulaire sans nécrose caséuse. Absence de cellules évocatrice de malignité »

- A. Vous écartez le diagnostic de cancer du poumon
- B. Une biopsie d'un érythème noueux aurait permis de retrouver une analyse microscopique semblable
- C. Une de vos hypothèses principales est une sarcoïdose
- D. Il n'y a pas d'intérêt à demander une coloration de Ziehl
- E. Les cellules épithélioïdes dérivent des lymphocytes

## Q12

Vous recevez à votre consultation d'oncologie Mme B, 43ans. Elle n'a pas d'antécédant particulier. N'a jamais fumé.

La patiente vous a initialement consulté pour une dyspnée d'effort croissante. Une radiographie thoracique a retrouvé une lésion du lobe supérieur gauche de 4cm de grand axe. Le Pet-scanner confirme la présence de cette lésion ainsi que 2 autres nodules pulmonaires, une hyperfixation osseuse et une hyperfixation du péricarde. Vous avez demandé une fibroscopie bronchique avec ponction biopsie de la masse principale. La patiente vous consulte ce jour avec le contre rendu d'anatomopathologie. Devant ce tableau, quelle(s) proposition(s) est(sont juste(s) ?

- A. Devant le caractère métastatique, une biologie moléculaire a normalement été demandée.
- B. Devant l'absence de tabagisme, vous vous attendez en priorité à un carcinome épidermoïde
- C. Le contre rendu anatomopathologique devra mentionner le statut ALK
- D. Une addiction oncogénique rendrait la patiente éligible à une immunothérapie.
- E. Un stade cTNM devrait vous être rendu

Q13

Vous recevez en consultation un patient de 40ans que vous avez biopsié en endoscopie avant une prescription d'inhibiteur de la pompe à protons pour un reflux œsophagien.

Contre rendu anatomopathologique :

« Au niveau œsophagien, muqueuse glandulaire d'aspect intestinal compatible avec de l'endobrachyoesophage.

Au niveau gastrique, gastrite antrale atrophique. Infiltration lymphoïde du chorion évocatrice d'un lymphome du MALT »

- A. Les biopsies œsophagienne présente un état précancéreux
- B. Les biopsies œsophagiennes présentent une métaplasie
- C. L'endoscopie a pu mettre en évidence une dysplasie
- D. La localisation de la gastrite évoque en premier lieu une atteinte auto-immune de type Biermer
- E. Le lymphome du MALT oriente vers une gastrite liée à *Helicobacter pylori*

Q14

Vous recevez en consultation une patiente de 13ans. Elle est adressée par son médecin traitant devant une anémie microcytaire avec syndrome inflammatoire chronique. A l'interrogatoire, vous retrouvé des diarrhées chroniques. Le bilan complémentaire retrouve une calprotectine fécale à 3842 µg/g. Le dosage des ASCA et des ANCA est non contributif.

L'abdomen est souple, dépressible et légèrement sensible, sans masse palpable. L'examen endo-buccal est normal ainsi que le reste de l'examen clinique que vous réalisez.

Vous programmez une endoscopie digestive avec FOGD et coloscopie en ambulatoire avec biopsies étagées.

« Vous faites la synthèse des lésions endoscopiques et histologiques :

Colon : La coloscopie retrouve une muqueuse colique ulcérée du colon gauche sans sténose ni perforation. L'atteinte endoscopique est globalement continue sous réserve d'une préparation colique imparfaite. Le grêle n'est pas vu. L'analyse histologique retrouve une muqueuse colique gauche ulcérée sans muqueuse saine ; ainsi qu'une muqueuse colique droite saine sur les biopsies réalisées.

Rectum : La rectoscopie retrouve une muqueuse ulcérée. Il n'y a pas d'atteinte péri-anale. Sur le plan microscopique la muqueuse est inflammatoire et ulcérée.

Estomac : L'endoscopie retrouve un aspect de gastrite. Sur le plan histologique, deux biopsies sont le siège d'une inflammation transmurale avec présence de granulome inflammatoire sans nécrose caséuse.

Duodénum : Les biopsie duodénales retrouvent une muqueuse saine. »

- A. La situation clinique avant résultat histologique est très en faveur d'une maladie de Crohn
- B. La situation clinique avant résultat histologique est peu évocatrice d'une RCH
- C. La situation après résultat histologique est plutôt en faveur d'une maladie de Crohn
- D. La situation après résultat histologique est plutôt en faveur d'une RCH

Q15

Vous recevez une tumorectomie avec ganglion sentinelle. Voici votre début de compte rendu :

« Topographie : quadrant supéro-externe du sein droit

Type histologique : Carcinome infiltrant non spécifique

Taille de la tumeur : 3 cm

Grade de Elston et Ellis : 2

(différenciation : 2 , pléomorphisme nucléaire : 2, mitoses : 3)

Emboles vasculaires francs : non

Envahissement cutané et/ou du mamelon : non

Qualité des limites d'exérèse : R2

Stade ganglionnaire : ganglion sentinelle

Nombre de ganglions examinés : 1

Nombre de ganglions envahis : 1

Effraction capsulaire : oui

Techniques immuno-histochimiques

Récepteurs hormonaux : RE 0%, RP 0%

Expression HER2 : Score ++ »

Quelle(s) proposition(s) est(sont) juste(s) ?

- A. Vous demandez une FISH à la recherche d'une mutation
- B. Vous rendez votre contre rendu ainsi pour débiter un traitement rapidement
- C. L'exérèse est in sano
- D. Il s'agit d'un adénocarcinome de mauvais pronostic
- E. Une technique d'hybridation in situ est toujours nécessaire pour le statut HER2

QI6

M.G, 73ans a été biopsié par son médecin traitant pour une lésion cutanée pigmentée de la cuisse asymétrique, de plusieurs couleurs et qui grandissaient depuis 2ans pour atteindre 1,3cm de grand axe. Vous recevez un prélèvement qui est fixé, inclus en paraffine et sérié. Vous suspectez un mélanome et rendez votre compte rendu en moins d'une semaine.

Quelle(s) proposition(s) est(sont juste(s) ?

- A. La biopsie réalisée risque de sous-estimer le Breslow
- B. Le Breslow traduit l'extension horizontale du mélanome
- C. A Breslow égal les pronostics des différents mélanomes sont équivalents
- D. Le patient a été pris en charge conformément aux recommandations de bonnes pratiques
- E. En cas de mélanome localisé, il serait intéressant de rechercher une mutation de BRAF