



# ? Pré-test > QCM

## Retenir l'(es) affirmation(s) exacte(s) :

**1 / M. B., 62 ans, est suivi dans votre hôpital pour un myélome multiple traité par bortézomib/lénalidomide/dexaméthasone tous les 28 jours en première ligne. Il est prévu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Il est admis aux urgences pour une fièvre à 40 °C associée à des douleurs de l'hypochondre droit après la troisième cure d'induction. Un traitement par olanzapine avait été débuté après la deuxième cure en raison d'un syndrome paranoïaque. Il dit avoir pris du paracétamol (2 à 3 g par jour). L'abdomen est sensible dans l'hypochondre droit, sans défense. Le bilan biologique montre : leucocytes 2 900/mm<sup>3</sup> ; polynucléaires neutrophiles 1 100/mm<sup>3</sup>, lymphocytes 1 000/mm<sup>3</sup>, transaminase AST à 20 fois la limite supérieure de la normale (LSN), transaminase ALT 26 fois la LSN, GGT à 2,5 fois la LSN, PAL 1,1 fois la LSN, bilirubine totale 12 (N < 17) µmol/L, TP 98 %, et CRP à 30 mg/L. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?**

- a • Hépatite virale
- b • Migration lithiasique
- c • Syndrome d'obstruction sinusoïdale
- d • Hépatite médicamenteuse
- e • Syndrome malin des neuroleptiques

**L'échographie hépatique est normale, sans dilatation des voies biliaires, sans thrombose des vaisseaux hépatiques. La radiographie pulmonaire ne trouve pas de foyer. Vous avez fait un bilan étiologique complet dont vous attendez les résultats. La paracétamolémie revient faiblement positive. Quel traitement prescrivez-vous en urgence ?**

- a • Antibiothérapie à large spectre
- b • N-acétylcystéine par voie parentérale intraveineuse
- c • Aciclovir par voie parentérale intraveineuse
- d • Arrêt des neuroleptiques

- e • Hospitalisation et surveillance en attendant les résultats bactériologique et virologique

**Hospitalisé dans le service, le patient a, 24 heures après son admission, une température de 38,5 °C, et le bilan hépatique est le suivant : AST 25 fois la LSN, ALT 42 fois la LSN, GGT à 4,3 fois la LSN, PAL 1,2 fois la LSN, bilirubine totale 35 µmol/L (N < 17), TP à 60 %. Les prélèvements bactériologiques sont négatifs. Les sérologies virales sont les suivantes : IgG anti-HSV, VHZ, CMV, EBV positives ; la recherche d'IgM est négative. AgHBs négatif, anti-HBc positif, anti-HBs positifs. IgM anti-HAV négative. Les PCR en cours. Le patient est agité. Quelle est votre prise en charge ?**

- a • Poursuivre l'aciclovir
- b • Débuter le ténofovir
- c • Ajouter le cidofovir
- d • Arrêter N-acétylcystéine
- e • Reprendre l'olanzapine

**La PCR est fortement positive dans le sang et l'évolution est favorable. Le patient retrouve un bilan et une fonction hépatique normaux. Quel est le traitement de sortie. Quelles sont vos consignes ?**

- a • Changer le protocole de chimiothérapie
- b • Prophylaxie par ténofovir le jour de la greffe de moelle
- c • Le valaciclovir n'est pas indiqué
- d • Contre-indication formelle de l'olanzapine
- e • Contre-indication formelle du paracétamol

**2 / Mme W., âgée de 54 ans, est traitée pour un lymphome non hodgkinien B (LNH) de stade IV par rituximab, cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone (R-CHOP). Elle n'a pas d'autre antécédent. Elle est**

originaire du Vietnam. Elle poursuit un traitement par sulfaméthoxazole/triméthoprime (Bactrim). Elle est hospitalisée en hôpital de jour pour la 5<sup>e</sup> cure de R-CHOP. Le bilan hépatique réalisé la veille montre : AST à 20 fois la limite supérieure de la normale (LSN), ALT à 40 fois la LSN, GGT à 4 fois la LSN, PAL N et bilirubine totale à 36  $\mu\text{mol/L}$ . Elle est asymptomatique. Elle déclare ne pas avoir pris de paracétamol. Vous reprenez les sérologies réalisées avant le début du R-CHOP : anticorps anti-VIH et anti-VHC négatifs ; anticorps IgG anti-VHA positifs et anticorps anti-HBc positifs. En dehors du bilan hépatique et du TP, quel(s) bilan (s) demandez-vous en urgence ?

- a • Échographie hépato-biliaire
- b • Paracétamolémie
- c • PCR HBV
- d • AgHBs
- e • PCR VHA

La fonction hépatique est conservée. L'imagerie est normale. La recherche d'AgHBs est positive, ADN VHB 6,5 log UI/mL. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- a • Toxicité du cyclophosphamide
- b • Toxicité du rituximab
- c • Réactivation virale B
- d • Réactivation virale A
- e • Primo-infection par le VHB

Que préconisez-vous ?

- a • Ne pas faire la cure de chimiothérapie
- b • Reprendre la chimiothérapie après perte de l'AgHBs
- c • Deux bilans de la fonction hépatique par semaine
- d • Débuter un traitement par lamivudine
- e • Arrêt du Bactrim

Les examens complémentaires reviennent et confirment votre diagnostic. Le dernier bilan hépatique montre : TP 50 %, bilirubine à 120. Elle est très nauséuse. Que préconisez-vous ?

- a • Métoclopramide à faible dose
- b • Débuter une bithérapie associant analogue de nucléoside et de nucléotide
- c • Envisager une inscription sur liste de greffe
- d • Deux bilans de la fonction hépatique par semaine
- e • Chercher une autre cause d'hépatite aiguë

Les transaminases, le TP et la bilirubine se normalisent. La recherche d'ADN du VHB est < 2 000 UI/mL. Que préconisez-vous ?

- a • Poursuivre le traitement antiviral
- b • Arrêter le traitement antiviral
- c • Ne pas reprendre la chimiothérapie
- d • Vacciner contre le VHB
- e • Contre-indiquer la greffe de cellules souches hématopoïétiques

3 / M. T., 68 ans, est à deux semaines d'une allogreffe de cellules hématopoïétiques allogéniques pour une leucémie aiguë lymphoblastique, précédée d'un conditionnement par busulfan/cyclophosphamide. Son traitement d'induction comportait de l'inotuzumab ozogamicine. Il a un diabète de type 2 traité par metformine, une dyslipidémie traitée par atorvastatine et une hypertension essentielle traitée par amlodipine. Il est sous acide ursodésoxycholique depuis le premier jour de l'allogreffe. M. T. a pris 6 kg depuis la greffe, a un subictère conjonctival et une augmentation du périmètre abdominal. Le bilan montre une élévation des ALT à 12 fois la LSN, une bilirubine totale à 3 fois la LSN. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- a • Décompensation d'une hépatopathie chronique fibrosante latente
- b • Pancréatite
- c • Hépatite aiguë virale
- d • Syndrome d'obstruction sinusoïdale
- e • GVH hépatique

**Quels sont les examens à demander pour établir le diagnostic ?**

- a • Écho-Doppler hépatique
- b • Scanner abdominal sans injection de produit de contraste
- c • IRM abdominale avec injection de produit de contraste
- d • Endoscopie œsogastroduodénale
- e • Biopsie hépatique par voie transjugulaire avec mesure de pression

**Le diagnostic est confirmé. Quels traitements doit-on proposer ?**

- a • Traitement de la rétention hydrosodée

- b • Arrêt de l'acide urso-désoxycholique
- c • Albumine
- d • Héparine à la seringue électrique
- e • Bêta-bloquants non cardiosélectifs

**Malgré les mesures thérapeutiques prises, la bilirubine continue à augmenter et le patient garde une ascite. Quel traitement doit-on discuter ?**

- a • Défibrotide
- b • Anticoagulation à dose efficace
- c • Hémodialyse ou hémofiltration
- d • Stent intrahépatique (TIPS)
- e • Transplantation hépatique