

# EPREUVE DE DOSSIERS THERAPEUTIQUES ET BIOLOGIQUES - Décembre 2014

## DOSSIER N° 2

### PROPOSITIONS DE REPONSES \*

***\*Important : Les propositions de réponses sont données à titre indicatif. Elles n'ont rien d'impératif pour les jurys des concours d'internat en pharmacie qui restent souverains et libres d'établir les grilles de correction et de cotation comme ils le souhaitent. Les éléments de réponses doivent être considérés pour l'année du concours auxquels ils se rapportent.***

#### 1) REPONSES QUESTION N° 1 :

Très fréquemment : alcoolisme chronique et hépatites virales chroniques B et C,  
Plus rarement (environ 5 % des cas) : hémochromatose, maladie de Wilson : rare,  
Hépatites auto-immunes, cholangite sclérosante, cirrhose biliaire primitive.

#### 2) REPONSES QUESTION N° 2 :

- Bilirubine totale (BT) augmentée avec bilirubine non conjuguée (BNC) augmentée (BT-BC = 35 µmol/L) et présence de bilirubine conjuguée (BC) élevée (en faveur d'une cholestase) = hyperbilirubinémie mixte ; l'augmentation de la BNC est la traduction d'une diminution de son métabolisme hépatique, voire d'une hémolyse.

- Protéines sériques et albuminémie diminuées, signe d'insuffisance hépatocellulaire (IHC)

- TP diminué, confortant dans ce cas, l'IHC.

#### 3) REPONSES QUESTION N° 3 :

Facteurs évalués par le TP : Facteurs I, II, V, VII, X, tous synthétisés par le foie  
Facteurs vitamine K dépendants : II, VII, X  
Le V est le plus rapidement diminué.

#### 4) REPONSES QUESTION N° 4 :

L'apparition de l'ascite est la conséquence de l'hypertension portale entraînant une augmentation de la pression hydrostatique dans la veine porte et de l'hypoalbuminémie par IHC entraînant une baisse de la pression oncotique (colloïdo-osmotique).

La présence d'une hyponatrémie peut s'expliquer par :

- les mouvements d'eau et de sodium du compartiment vasculaire vers l'ascite,  
- mais aussi la réabsorption rénale de sodium (et d'eau) = rétention hydrosodée, facilitée par l'hyperaldostéronisme secondaire à la baisse de la volémie.

Le traitement par diurétique (pour faire diminuer l'ascite) peut contribuer à la baisse de la natrémie.

#### 5) REPONSES QUESTION N° 5 :

On peut évoquer un exsudat (concentration de protéines > 30 g/L) ; le liquide est d'origine inflammatoire (augmentation des leucocytes et majorité PNN).

Ceci est souvent la traduction d'une infection du liquide d'ascite qui est une complication grave.

Les bactéries habituellement responsables d'infections du liquide d'ascite sont les

entérobactéries (principalement *Escherichia coli*) et plus rarement les cocci à Gram+ (pneumocoque).

### **6) REPONSES QUESTION N° 6 :**

C'est une définition anatomopathologique : présence au niveau hépatique de fibrose, nécrose et nodules de régénération qui bouleversent l'architecture hépatique, le stade précédent étant la fibrose et au préalable la stéatose qui est réversible.

Le niveau de fibrose (dont le stade ultime est la cirrhose) peut être évalué par imagerie (échographie par élastométrie) et/ou scores de fibrose (facteurs liés au sujet et paramètres biologiques ; ex Fibrotest) et/ou ponction Biopsie Hépatique.

### **7) REPONSES QUESTION N° 7 :**

La concentration d'urée plasmatique est diminuée ; valeurs usuelles : (2,5 - 7,5 mmol/L). C'est un critère de gravité confirmant l'insuffisance hépatocellulaire avec atteinte du cycle de l'urée qui se déroule au niveau hépatique.

L'hyperammoniémie apparaît :

- du fait de la diminution de l'uréogénèse hépatique (l'IHC diminuant la détoxification hépatique),

- mais aussi par la présence de la circulation collatérale (shunt) qui amène dans la circulation systémique, l'ammoniac produit au niveau intestinal.

L'évolution peut se faire vers l'encéphalopathie hépatique.

### **8) REPONSES QUESTION N° 8 :**

- Bloc Bêta-Gamma par l'augmentation polyclonale des Ig (IgA surtout) = Réaction inflammatoire du mésenchyme

- Albuminémie diminuée (rapport Albumine/Globulines < 1) = Insuffisance hépatocellulaire

### **9) REPONSES QUESTION N° 9 :**

- Prise en charge thérapeutique :

\* ponction évacuatrice

\* régime hyposodé (de l'ordre de 2 - 3 g/jour de NaCl)

\* diurétiques bloquant la réabsorption du sodium au niveau du tube contourné distal (ex : spironolactone) ou de la branche ascendante de l'anse de Henlé (ex : furosémide)

- Complémentation en sérum albumine humaine par perfusion, si nécessaire

- Surveillance biologique : ionogramme et fonction rénale.