

le **DCEM** en

Questions  
Réponses

nouveau  
programme

- mémos et mots-clés
- révisions et sous-colles
- bilan de connaissances

Ayden TAJAHMADY

# GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

ellipses

**Le DCEM en Questions/Réponses**

Collection dirigée par Jean-Sébastien Hulot

# GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

03185  
408-519103



Ayden TAJAHMADY



# Le programme de gynécologie – obstétrique

## Module 2. De la conception à la naissance

- Question n° 16. Grossesse normale. Besoins nutritionnels d'une femme enceinte
- Question n° 17. Principales complications de la grossesse
- X Question n° 18. Grossesse extra-utérine
- Question n° 20. Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation
- Question n° 22. Accouchement, délivrance et suites de couches normales
- Question n° 24. Allaitement et complications
- Question n° 25. Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours
- Question n° 26. Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies
- Question n° 27. Contraception
- Question n° 28. Interruption volontaire de grossesse
- Question n° 29. Stérilité du couple : conduite de la première consultation
- Question n° 30. Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques

## Module 5. Vieillesse

- Question n° 55. Ménopause et andropause

## Module 7. Santé et environnement – Maladies transmissibles

- Question n° 88. Infections génitales de la femme. Leucorrhées

## X Module 10. Cancérologie – Oncohématologie

- Question n° 147. Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin
- Question n° 153. Tumeurs de l'ovaire
- Question n° 159. Tumeurs du sein

## X Module 11. Synthèse clinique et thérapeutique – De la plainte du patient à la décision thérapeutique – Urgences

- Question n° 196. Douleur abdominale aiguë chez une femme enceinte
- Question n° 218. Syndrome pré-éclampsique

## Deuxième partie : maladies et grands syndromes

- Question n° 243. Hémorragie génitale chez la femme

## Troisième partie : orientation diagnostique

- X Question n° 292. Algies pelviennes chez la femme
- Question n° 296. Aménorrhée

## Liste des abréviations

- $\beta$ -HCG** ..... Hormone Chorio-Gonadotrophine, fraction bêta
- AEG** ..... Altération de l'État Général
- AINS** ..... Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens
- AMP** ..... Aide Médicale à la Procréation
- BK** ..... Bacille de Koch, tuberculose
- Bpm** ..... Battements par minute
- CIVD** ..... Coagulation Intra-Vasculaire Disséminée
- CMV** ..... Cytomégalovirus
- DDASS** ..... Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DDR** ..... Date des Dernières Règles
- DID** ..... Diabète Insulino Dépendant
- DIU** ..... Dispositif Intra-Utérin
- ECBU** ..... Examen cyto bactériologique des Urines
- FDR** ..... Facteur de Risque
- FHC** ..... Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis
- FIGO** ..... Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens
- FIV** ..... Fécondation *In Vitro*
- GEU** ..... Grossesse Extra-Utérine
- HDL** ..... *High Density Lipoprotein*
- HELLP**  
**syndrome** . *Hémolyse Elevated Liver Low Platelets Syndrom*
- HGPO** ..... Hyper Glycémie Provoquée par voie Orale
- HPV** ..... *Human Papilloma Virus*
- HRP** ..... Hématome Rétroplacentaire
- HSG** ..... Hystérosalpingographie
- HTAG** ..... Hypertension Artérielle Gravidiique
- IAC** ..... Insémination Artificielle avec sperme du Conjoint
- IAD** ..... Insémination Artificielle avec sperme de Donneur
- ICSI** ..... *Intra Cytoplasmic Sperm Injection*
- IFD** ..... Immuno-Fluorescence Directe
- Ig** ..... Immunoglobulines
- IM** ..... Intramusculaire
- IRM** ..... Imagerie par Résonance Magnétique

ITG .....	Interruption Thérapeutique de Grossesse
IVG .....	Interruption Volontaire de Grossesse
LDL .....	<i>Low Density Lipoprotein</i>
MAP .....	Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU .....	Mort Foetale <i>In Utero</i>
MMH .....	Maladie des Membranes Hyalines
MST .....	Maladie Sexuellement Transmissible
NFS .....	Numération Formule Sanguine
OAP .....	CÉdème Aigu du Poumon
PCR .....	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PMA .....	Procréation Médicalement Assistée
PNA .....	Pyélonéphrite Aiguë
POP .....	Pilule Cestro-Progestative
PP .....	Placenta Praevia
PRL .....	Prolactine
PSF .....	Ponction de Sang Foetal
RAI .....	Recherche d'Agglutinines Irrégulières
RCF .....	Rythme Cardiaque Foetal
RCIU .....	Retard de Croissance Intra-Utérin
RH .....	Récepteurs Hormonaux
SA .....	Semaines d'Aménorrhée
SBR .....	<i>Scarff-Bloom-Richardson</i>
SCC .....	<i>Squamous Cell Carcinoma</i>
SFA .....	Souffrance Foetale Aiguë
SFC .....	Souffrance Foetale Chronique
SHO .....	Syndrome d'Hyperstimulation Ovarienne
TA .....	Tension Artérielle
TAD .....	Tension Artérielle Diastolique
TAS .....	Tension Artérielle Systolique
TCA .....	Temps de Céphaline Activée
TDM .....	Tomodensitométrie
TG .....	Triglycérides
THS .....	Traitement Hormonal Substitutif
TP .....	Taux de Prothrombine
TR .....	Toucher Rectal
TV .....	Toucher Vaginal
UIV .....	Urographie Intraveineuse
VIH .....	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VVP .....	Voie Veineuse Périphérique

Question  
n° 16

**Grossesse normale.  
Besoins nutritionnels  
de la femme enceinte**



- ❖ Diagnostic : aménorrhée secondaire,  $\beta$ -HCG, échographie
- ❖ Déclaration obligatoire
- ❖ Suivi : 7 consultations, 3 échographies
- ❖ RAI, sérologie toxoplasmose à suivre si négatifs

**1** Quels sont les moyens cliniques de suspecter le diagnostic de grossesse ?

.....

**2** Citer les signes sympathiques de grossesse.

.....

**3** Quel examen biologique permet le diagnostic de grossesse ?

.....

**4** Quand doit avoir lieu la première consultation de grossesse ?

.....

**5** Que doit faire le médecin lors de cette consultation ?

.....

**6** Quand doit être réalisée la première échographie ?

.....

**7** Quels sont ses buts ?

.....

**8** Quels examens sont obligatoires lors de la première consultation de grossesse ?

.....

- 9** Quelle est la fréquence des consultations obligatoires au cours de la grossesse ?
- .....
- 10** À quel terme de grossesse doit-on réaliser les deux autres échographies prises en charge par la sécurité sociale ?
- .....
- 11** Qu'en attend-on ?
- .....
- 12** Quel est le but de la consultation du neuvième mois ?
- .....
- 13** Quel suivi planifier pour une femme rhésus négatif ?
- .....
- 14** Quelles sont les durées légales du congé de maternité lors d'une grossesse non compliquée ?
- .....
- 15** Comment évoluent les besoins énergétiques de la femme au cours de la grossesse ?
- .....
- 16** Quelles supplémentations sont recommandées chez la femme enceinte ?
- .....
- 17** Quel doit être la teneur en glucides, lipides et protides du régime d'une femme enceinte ?
- .....
- 18** Quels sont les produits (hors médicaments) dont la consommation est contre-indiquée ou déconseillée pendant la grossesse ?
- .....

**1** Quels sont les moyens cliniques de suspecter le diagnostic de grossesse ?

- Aménorrhée secondaire (date des dernières règles)
- Signes sympathiques de grossesse
- Courbe ménothermique plate (absence d'ovulation)

**2** Citer les signes sympathiques de grossesse.

- Fonctionnels :
  - nausées, vomissements
  - tension mammaire
  - irritation, trouble du caractère
- Clinique :
  - tension mammaire
  - œdème et hyperpigmentation des organes génitaux externes
  - aspect violacé et congestif du col

**3** Quel examen biologique permet le diagnostic de grossesse ?

- Dosage qualitatif des  $\beta$ -HCG (dans le sang ou l'urine)

**4** Quand doit avoir lieu la première consultation de grossesse ?

- Obligatoire avant 15 SA

**5** Que doit faire le médecin lors de cette consultation ?

- Le médecin doit :
  - diagnostiquer la grossesse et la dater (DDR)
  - réaliser un examen gynécologique complet (spéculum, frottis cervico-vaginal, toucher vaginal)
  - réaliser la première échographie
  - prescrire les examens complémentaires obligatoires
  - remplir le certificat de grossesse

**6** Quand doit être réalisée la première échographie ?

- Avant 15 SA (lors de la première consultation de grossesse)

**7** Quels sont ses buts ?

- Diagnostiquer la grossesse, vérifier sa vitalité (activité cardiaque), est-elle simple ou multiple ?
- Dater la grossesse avec précision
- Étude morphologique fœtale précoce

**8** Quels examens sont obligatoires lors de la première consultation de grossesse ?

- Groupage ABO rhésus complet (Kell, Duffy...)
- Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI)
- Sérologie de la toxoplasmose
- Sérologie de la rubéole
- Sérologie syphilitique (TPHA, VDRL)
- Bandelette urinaire (glycosurie, albuminurie)



*Les sérologies VIH et HCV, bien que recommandées et proposées à la patiente ne sont pas obligatoires*

**9** Quelle est la fréquence des consultations obligatoires au cours de la grossesse ?

- Il y a 7 consultations obligatoires :
  - première consultation avant 15 SA
  - puis une par mois jusqu'au neuvième mois

**10** À quel terme de grossesse doit-on réaliser les deux autres échographies prises en charge par la sécurité sociale ?

- Deuxième échographie : 22 SA
- Troisième échographie : 32 SA

**11** Qu'en attend-on ?

- Étude morphologique fœtale
- Diagnostic de sexe
- Biométrie fœtale (diamètre bipariétal, diamètre abdominal total, longueur fémorale)
- Étude placentaire (implantation par rapport au segment inférieur, quantité de liquide amniotique...)

**12** Quel est le but de la consultation du neuvième mois ?

- Décisions quant aux modalités d'accouchement : examen obstétrical
- Détermine la présentation, l'implantation placentaire
- Étude du bassin osseux (radiopelvimétrie indiquée en cas de doute)

**13** Quel suivi planifier pour une femme rhésus négatif ?

- RAI au début de la grossesse :
  - si RAI négative, RAI mensuelle
  - si RAI reste négative jusqu'à la fin de la grossesse, prévention de l'allo-immunisation rhésus à l'accouchement
  - si la RAI est positive au début de la grossesse, ou se positive en cours de grossesse, il faut réaliser un test de coombs indirect, avec un dosage pondéral des Ig.

N.B. : Si le risque fœtal est élevé on peut être amené à pratiquer une ponction de sang fœtal, ou une amniocentèse selon le terme ; la prise en charge de ce type de problèmes n'est pas au programme

**14** Quelles sont les durées légales du congé de maternité lors d'une grossesse non compliquée ?

- Primipare et seconde pare : 16 semaines (6 semaines *pré-partum*, 10 semaines *post-partum*)
- Troisième pare et plus : 26 semaines (8 semaines *pré-partum*, 18 semaines *post-partum*)

**15** Comment évoluent les besoins énergétiques de la femme au cours de la grossesse ?

- Stabilité jusqu'à 24 SA
- Augmentation de 20 % jusqu'à 36 SA
- Puis stabilisation jusqu'à l'accouchement



*Chez les femmes obèses, un régime hypocalorique est prescrit, mais les apports caloriques doivent être supérieurs à ceux chez les patientes obèses non enceintes*

**16** Quelles supplémentations sont recommandées chez la femme enceinte ?

- Vitamine D (dose unique de 100 000 UI)
- Acide folique (vitamine B9)
- Fer

**17** Quel doit être la teneur en glucides, lipides et protides du régime d'une femme enceinte ?

- Régime équilibré
- Glucides : 50 %
- Lipides : 30 %
- Protides : 20 %

**18** Quels sont les produits (hors médicaments) dont la consommation est contre-indiquée ou déconseillée pendant la grossesse ?

- Tabac
- Alcool
- Caféine
- Autres drogues

Question  
n° 17

## Principales complications de la grossesse



- ❖ Hémorragie en cours de grossesse :
  - Premier trimestre :
    - avoir la hantise de la GEU
    - faire : échographie,  $\beta$ -HCG
    - prévention de l'allo-immunisation rhésus
  - Troisième trimestre :
    - il s'agit toujours d'une urgence obstétricale
    - placenta praevia (PP) : choc hémorragique, pas de TV
    - HRP : CIVD
- ❖ HTA gravidique :
  - Voir question n° 218 (syndrome pré-éclampsique)
- ❖ Diabète gestationnel :
  - Deux situations différentes (DID, diabète gestationnel)
  - Test de O'Sullivan recommandé si facteur de risque à 26 SA
  - Traitement : régime, insulinothérapie
  - Deux risques fœtaux : hydramnios, macrosomie
- ❖ MAP :
  - Traquer l'infection
  - Évaluer le retentissement fœtal
  - Ne pas oublier la tocolyse, ses contre-indications et la maturation pulmonaire par corticothérapie
  - Mesures préventives à mettre en œuvre
- ❖ Fièvre en cours de grossesse :
  - PNA, Listériose
  - ECBU, hémocultures (recherche *Listeria*)
  - Antibiothérapie systématique
- ❖ Dans tous les cas, ne jamais oublier la prévention de l'allo-immunisation rhésus par injection intraveineuse de gammaglobuline anti-D chez toute mère rhésus négatif si le père est rhésus positif !

## I. HÉMORRAGIE EN COURS DE GROSSESSE

**1** Donner la définition d'une métrorragie.

---

**2** Donner les principales causes de métrorragie au premier trimestre de grossesse.

---

**3** Quel est le premier paramètre à évaluer devant des métrorragies du premier trimestre ?

---

**4** Quels examens à visée étiologique doit-on prescrire devant une métrorragie du premier trimestre de grossesse ?

---

**5** Quel élément de la prise en charge thérapeutique est indispensable devant toute hémorragie du premier trimestre de grossesse ?

---

**6** Qu'est-ce qu'une môle hydatiforme ?

---

**7** Décrivez-en les signes cliniques.

---

**8** Quel en est l'aspect échographique typique ?

---

**9** Quel en est le traitement ?

---

**10** Quelle est la définition d'une fausse-couche ?

---

**11** Quels en sont les signes cliniques ?

---

**12** Quels en sont les principaux diagnostics différentiels ?

---

**13** Quels examens complémentaires prescrire pour affirmer le diagnostic ?

---

**14** Quel est le traitement d'une fausse-couche spontanée ?

---

**15** Quelles étiologies rechercher devant des fausses couches à répétition ?

---

**16** Quelles sont les principales causes d'hémorragies du troisième trimestre de grossesse ?

---

**17** Quels sont les paramètres à évaluer en urgence devant une hémorragie du troisième trimestre ?

---

**18** Donner la définition d'un PP.

---

**19** Quelle en est la présentation clinique ? Quel geste est proscrit ? Pourquoi ?

---

**20** Quels en sont les principes du traitement ?

---

**21** Donner la définition d'un HRP.

---

**22** Quels en sont les signes cliniques et les stigmates biologiques ?

---

**23** Quels en sont les principes de traitement ?

.....

**24** Quels sont les signes cliniques d'une rupture utérine ?

.....

**25** Quels sont les principes du traitement d'une rupture utérine ?

.....

## II. DIABÈTE GESTATIONNEL

**26** Donner la définition du diabète gestationnel.

.....

**27** Quels sont les facteurs de risque du diabète gestationnel ?

.....

**28** Quels sont les principes de dépistage du diabète gestationnel ?

.....

**29** Décrire le test de O'Sullivan.

.....

**30** Quelles sont les conditions optimales d'une grossesse chez une patiente DID ?

.....

**31** Quels sont les principaux risques fœtaux du DID au cours de la grossesse ?

.....

**32** Quels sont les principaux risques fœtaux du diabète gestationnel ?

.....

**33** Quel est le retentissement de la grossesse sur un DID maternel préexistant ?

.....

**34** Quels sont les principes de traitement du diabète gestationnel ?

.....

**35** Quel est le bilan à distance de la grossesse ?

.....

### **III. MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ (MAP)**

**36** Donner la définition d'une MAP.

.....

**37** Quelles sont les principales étiologies d'une MAP ?

.....

**38** Quels sont les principaux facteurs de risque d'une MAP ?

.....

**39** Quel bilan réalisez-vous devant une MAP ?

.....

**40** Quel est le traitement d'une MAP non grave ?

.....

**41** Quel est le traitement d'une MAP grave ?

.....

**42** Quels traitements associés sont indispensables dans la prise en charge d'une MAP ?

.....

**43** Quels sont les principaux tocolytiques utilisés ?

.....

**44** Quelles sont les principales contre-indications à une tocolyse par salbutamol ?

.....

**45** Quelles sont les mesures préventives de la survenue des MAP ?

---

#### **IV. FIÈVRE DURANT LA GROSSESSE**

**46** Quelles sont les deux causes de fièvre à éliminer en premier lieu ?

---

**47** Quelles autres causes de fièvre rechercher ?

---

**48** Quels examens complémentaires prescrire de façon systématique ?

---

**49** Quel est le traitement d'une infection urinaire basse en cours de grossesse ?

---

**50** Quel est le traitement d'une pyélonéphrite aiguë en cours de grossesse ?

---

**51** Quel est le traitement d'une listériose pendant la grossesse ?

---

**52** Quels germes sont le plus souvent impliqués dans une chorio-anniotite ?

---

**53** Quel en est le traitement ?

---

**I. HÉMORRAGIE EN COURS DE GROSSESSE**

**1** Donner la définition d'une métrorragie.

- Hémorragie d'origine utérine survenant en dehors des règles, sans rapport avec elles

**2** Donner les principales causes de métrorragie au premier trimestre de grossesse.

- Grossesse extra-utérine (QS)
- Grossesse intra-utérine évolutive
- Interruption spontanée de grossesse
- Môle hydatiforme
- Rétention d'œuf mort



*Bien que le cas le plus fréquent ne soit pas la GEU, il faut y penser systématiquement !*

**3** Quel est le premier paramètre à évaluer devant des métrorragies du premier trimestre ?

- La tolérance hémodynamique du saignement

**4** Quels examens à visée étiologique doit-on prescrire devant une métrorragie du premier trimestre de grossesse ?

- Dosage plasmatique quantitatif des  $\beta$ -HCG
- Échographie utéro-annexielle par voie sus-pubienne et endovaginale

**5** Quel élément de la prise en charge thérapeutique est indispensable devant toute hémorragie du premier trimestre de grossesse ?

- Prévention de l'allo-immunisation rhésus de la mère si rhésus négatif (QS)

**6** Qu'est-ce qu'une môle hydatiforme ?

- Œuf humain pathologique où une hyperplasie et une dystrophie du trophoblaste entraînent la mort précoce et la disparition de l'embryon

**7** Décrivez-en les signes cliniques.

- Origine du sud-est asiatique
- Métrorragies abondantes avec caillots
- Utérus trop grand par rapport au terme et mou

**8** Quel en est l'aspect échographique typique ?

- Absence d'embryon intra ou extra-utérin
- Image en flocons de neige intra-utérine

**9** Quel en est le traitement ?

- En urgence
- Évacuation utérine par aspiration
- Surveillance de la décroissance des  $\beta$ -HCG (qui sont très élevés)

**10** Quelle est la définition d'une fausse-couche ?

- Arrêt de la grossesse avant la période de viabilité foetale théorique (22 SA) avec expulsion spontanée du produit de conception.
- Précoce < 12 SA
- Tardive > 12 SA
- C'est une pathologie très fréquente (15 % des grossesses diagnostiquées)

**11** Quels en sont les signes cliniques ?

- Retard de règle ou grossesse connue
- Métrorragies de sang rouge, d'abondance variable avec présence de débris embryonnaires possible
- Douleurs abdominales inconstantes
- Disparition des signes sympathiques de grossesse



*Le plus souvent le tableau se résume à des métrorragies isolées dans un contexte de grossesse probable*

**12** Quels en sont les principaux diagnostics différentiels ?

- Grossesse intra-utérine évolutive

**13** Quels examens complémentaires prescrire pour affirmer le diagnostic ?

- Dosage plasmatique quantitatif des  $\beta$ -HCG (souvent diminués en cas de fausse-couche)
- Échographie utéro-annexielle par voie sus-pubienne et endovaginale (à la recherche d'une image d'embryon, avec activité cardiaque).

**14** Quel est le traitement d'une fausse-couche spontanée ?

- Le plus souvent : abstention thérapeutique, surveillance ambulatoire
- Si expulsion absente ou incomplète de l'œuf, ou saignement rebelle :
  - traitement médical : prostaglandines (misoprostol CYTOTE<sup>®</sup>)
  - traitement chirurgical : curetage utérin, aspiration utérine et examen anatomopathologique du produit de curetage
  - surveillance en hospitalisation
- Dans tous les cas, prévention de l'allo-immunisation rhésus (OS)

**15** Quelles étiologies rechercher devant des fausses couches à répétition ?

- Syndrome des antiphospholipides
- Autre maladie auto-immune
- Anomalie génétique (caryotype parental)
- Malformation utérine (hystérocopie ou hystérogaphie)
- Infection vaginale (prélèvements locaux)

**16** Quelles sont les principales causes d'hémorragies du troisième trimestre de grossesse ?

- PP
- Hématome rétroplacentaire (décollement prématuré d'un placenta normalement inséré)
- Rupture utérine interne

**17** Quels sont les paramètres à évaluer en urgence devant une hémorragie du troisième trimestre ?

- Toute hémorragie du troisième trimestre est une urgence obstétricale
- Évaluer la tolérance maternelle : hémodynamique
- Évaluer le retentissement fœtal : RCF, échographie fœto-placentaire

**18** Donner la définition d'un PP.

- Insertion basse du placenta sur le segment inférieur, à proximité du col utérin.



*La gravité du PP réside dans le risque hémorragique important mettant en jeu la survie de la mère et celle du fœtus : mortalité périnatale de 10 %.*

**19** Quelle en est la présentation clinique ? Quel geste est proscrit ? Pourquoi ?

- Facteurs favorisants : lésion cicatricielle de l'endomètre, malformation utérine, grossesse multiple avec gros placenta
- Clinique :
  - souvent asymptomatique
  - métrorragie abondante rougeâtre
  - utérus relâché entre les contractions
  - TA normale
  - examen au spéculum authentifie le saignement
- Le toucher vaginal est formellement contre-indiqué dans cette situation, car il risque d'accentuer les saignements

**20** Quels en sont les principes du traitement ?

- Urgence obstétricale :
  - si retentissement fœtal important (SFA) ou hémorragie abondante non contrôlée → extraction fœtale en urgence par césarienne
  - si bonne tolérance fœtale et maternelle et terme précoce (< 32 SA), envisager repos, tocolyse prudente, et corticothérapie pour maturation pulmonaire fœtale en prévention de la MMH
  - si choc hémorragique chez la mère, traitement symptomatique du choc (OS)
- Dans tous les cas, prévention de l'allo-immunisation rhésus (OS)
- Surveillance

**21** Donner la définition d'un HRP.

- **Décollement prématuré d'un placenta** normalement inséré, avec formation d'un hématome entre l'utérus et le placenta



*La gravité de l'HRP réside dans son contexte « vasculaire » (pré-éclampsie, éclampsie...) et dans les anomalies biologiques qu'il entraîne. La mortalité périnatale varie de 40 à 60 %*

**22** Quels en sont les signes cliniques et les stigmates biologiques ?

- **Clinique :**
  - contexte de pré-éclampsie +++
  - métrorragies sombres modérées
  - contracture utérine permanente douloureuse (utérus de bois)
  - SFA : RCF plat, décélérations, DIP 2, bradycardie
- **Biologie :**
  - anomalies de la coagulation : CIVD (QS)
  - contexte de pré-éclampsie : protéinurie, HELLP syndrome à rechercher systématiquement

**23** Quels en sont les principes de traitement ?

- Urgence obstétricale
- Extraction fœtale en urgence par césarienne
- Réanimation : correction des anomalies biologiques (QS), traitement d'un choc
- Prévention de l'allo-immunisation rhésus (QS)
- Surveillance

**24** Quels sont les signes cliniques d'une rupture utérine ?

- Antécédent d'utérus cicatriciel (césarienne...)
- Survenue au cours du travail
- État de choc
- Métrorragies et douleurs importantes
- Ascension de la présentation fœtale au TV
- Perception du fœtus sous la peau de l'abdomen maternel

**25** Quels sont les principes du traitement d'une rupture utérine ?

- Urgence obstétricale (mortalité périnatale de 90 %)
- Extraction fœtale en urgence

- Traitement chirurgical de la rupture :
  - conservateur (suture)
  - non conservateur (hystérectomie d'hémostase)
- Prévention de l'allo-immunisation rhésus (OS)
- Surveillance

## II. DIABÈTE GESTATIONNEL

**26** Donner la définition du diabète gestationnel.

- Trouble de la glycorégulation chez la femme enceinte n'existant pas avant la grossesse et ne persistant pas après la fin de celle-ci (en pratique, test de O'Sullivan positif).
- À distinguer de la grossesse chez la femme diabétique insulino-dépendante



*Définition qui n'est pas consensuelle à manier avec précaution !*

**27** Quels sont les facteurs de risque du diabète gestationnel ?

- Familiaux : antécédents de diabète, de diabète gestationnel
- Personnels : obésité, prise de poids trop importante durant la grossesse, antécédent de diabète gestationnel lors d'une grossesse antérieure, MFIU, macrosomie

**28** Quels sont les principes de dépistage du diabète gestationnel ?

- S'adresse la plupart du temps aux femmes présentant des facteurs de risque :
  - test de O'Sullivan à 26 SA
    - si positif : faire HGPO 100 grammes
  - Si HGPO positive : diabète gestationnel

N.B. : Chez toutes les femmes enceintes recherche systématique de glycosurie à la bandelette aux premier, sixième et neuvième mois ; mesure de la glycémie conseillée à 26 SA

**29** Décrire le test de O'Sullivan.

- Épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale avec mesure de la glycémie à différents temps après l'ingestion d'une charge orale de 50 grammes de glucose

**30** Quelles sont les conditions optimales d'une grossesse chez une patiente DID ?

- Grossesse à risque, mais possible
- Grossesse désirée, programmée et planifiée
- Équilibre le plus parfait possible du diabète dès le moment de la conception obtenue par insulinothérapie
- À distance de tout épisode de décompensation aigu
- Absence de rétinopathie et néphropathie

**31** Quels sont les principaux risques foetaux du DID au cours de la grossesse ?

- Macrosomie fœtale
- Hydramnios
- Mort Fœtale *In Utero* (MFIU)

**32** Quels sont les principaux risques foetaux du diabète gestationnel ?

- Le diabète gestationnel comporte les mêmes risques que le DID en cours de grossesse, mais avec une fréquence et une gravité moindre.

**33** Quel est le retentissement de la grossesse sur un DID maternel préexistant ?

- Déséquilibre du diabète
- Aggravation d'une rétinopathie

**34** Quels sont les principes de traitement du diabète gestationnel ?

- Objectif glycémique le plus parfait possible : 0,8-1,2 g
- En première intention :
  - règles hygiénodietétiques
  - régime normocalorique pauvre en sucres d'absorption rapide, (néanmoins, apport minimal de 150-200 g/j)
- Si échec :
  - insulinothérapie à poursuivre durant toute la grossesse
- Surveillance : glycémie capillaire pluriquotidienne, bandelette urinaire (à la recherche d'une infection urinaire), hémoglobine glycosylée

**35** Quel est le bilan à distance de la grossesse ?

- Trois mois après l'accouchement : dosage de la glycémie, bandelette urinaire

N.B. : À la recherche d'un DID vrai, dont le risque de survenue est significativement augmenté chez les femmes ayant présenté un diabète gestationnel

### III. MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ (MAP)

**36** Donner la définition d'une MAP.

- Survenue entre 28 et 36 SA
- De contractions utérines
- Et de modifications de col utérin

**37** Quelles sont les principales étiologies d'une MAP ?

- Causes maternelles :
  - infection (+++), pré-éclampsie, malformations utérines, béance cervico-isthmique
- Causes ovulaires :
  - grossesse multiple, PP, HRP, hydramnios, certaines malformations fœtales



*Dans près de 40 % des cas, aucune étiologie n'est retrouvée*

**38** Quels sont les principaux facteurs de risque d'une MAP ?

- Âge (< 18 ans)
- Antécédent de MAP
- Tabac
- Conditions socio-économiques défavorables (travail fatiguant, longs trajets quotidiens, plus de deux enfants à charge...)

**39** Quel bilan réalisez-vous devant une MAP ?

- Évaluer le retentissement fœtal :
  - échographie fœtoplacentaire, monitoring cardiaque fœtal
- Rechercher une cause :
  - bilan infectieux (ECBU, hémocultures si fièvre, prélèvements vaginaux à visée bactériologique)
  - bilan d'HTAG (prise de la tension artérielle, bandelette urinaire, uricémie)
  - échographie utéro-placentaire (PP, HRP)

- Contre-indications aux  $\beta 2 +$  :
  - cardiopathie maternelle +++
  - diabète
  - HTA
  - métrorragies
  - hyperthyroïdie
  - grossesse multiple

**45** Quelles sont les mesures préventives de la survenue des MAP ?

- Dépistage et prise en charge des grossesses à risque dans des centres spécialisés
- Sevrage tabagique, aménagement du poste de travail, repos...
- Traitement précoce de toute infection en cours de grossesse
- Cerclage avant 16 SA en cas de béance cervico-isthmique
- Meilleur contrôle de la multiplicité des grossesses lors des PMA

#### IV. FIÈVRE DURANT LA GROSSESSE

**46** Quelles sont les deux causes de fièvre à éliminer en premier lieu ?

- Infection urinaire (PNA +++)
- Listériose

**47** Quelles autres causes de fièvre rechercher ?

- Urgences chirurgicales abdominales (diagnostic difficile du fait de la grossesse)
- Viroses
- Toxoplasmose
- Tuberculose
- Syphilis
- Chorio-amnionite

**48** Quels examens complémentaires prescrire de façon systématique ?

- Évaluer le retentissement fœtal :
  - échographie fœtoplacentaire, monitoring cardiaque fœtal

- Rechercher une cause :
    - ECBU +++
    - HÉMOCULTURES multiples avec recherche de *Listeria Monocytogenes*
    - prélèvements vaginaux
- N.B. : D'autres examens sont prescrits en fonction du contexte

**49** Quel est le traitement d'une infection urinaire basse en cours de grossesse ?

- Toute infection urinaire (PNA, cystite, bactériurie asymptomatique) en cours de grossesse doit être traitée par antibiothérapie.
- En ambulatoire
- Règles hygiéno-diététiques (hygiène périnéale, diurèse abondante, diurèse après les rapports sexuels, repos en décubitus latéral gauche)
- Antibiothérapie orale (pénicilline A) pendant 8 jours
- Surveillance régulière de l'ECBU jusqu'à la fin de la grossesse

**50** Quel est le traitement d'une pyélonéphrite aiguë en cours de grossesse ?

- En urgence
- Hospitalisation en milieu spécialisé
- Antibiothérapie intraveineuse puis relais *per os* ( $\beta$ -lactamines) pendant 21 jours au total
- Règles hygiéno-diététiques
- Tocolyse si MAP et en l'absence de contre-indication
- Surveillance (clinique et ECBU)
- Lors du retour à domicile : arrêt de travail, aide ménagère à domicile

**51** Quel est le traitement d'une listériose pendant la grossesse ?

- En urgence
- Antibiothérapie orale par pénicilline A (amoxicilline CLAMOXYL®) d'une durée de 2 à 3 semaines
- Tocolyse si MAP en dehors des contre-indications
- Surveillance

**52** Quels germes sont le plus souvent impliqués dans une chorio-amniotite ?

- Streptocoque B
- *Escherichia Coli*
- Streptocoque D
- *Listeria Monocytogenes*

**53** Quel en est le traitement ?

- En urgence
- Hospitalisation en milieu spécialisé
- Évaluation de la tolérance fœtale, prélèvements bactériologiques
- Antibiothérapie adaptée après prélèvements
- Contre-indication absolue à la tocolyse
- Extraction fœtale en fonction de la tolérance fœtale et du terme
- Prélèvements fœtaux après l'accouchement
- Surveillance

## Grossesse extra-utérine (GEU)

### Question n° 18



- ❖ Toute douleur abdominale chez une femme en âge de procréer est une GEU jusqu'à preuve du contraire
- ❖ Diagnostic et surveillance :  $\beta$ -HCG et échographie
- ❖ Deux risques principaux : rupture hémorragique et stérilité tubaire secondaire
- ❖ Traitement de référence chirurgical coelioscopique
- ❖ Prévention de l'allo-immunisation rhésus fœto-maternelle

**1** Quels sont les principaux facteurs de risque d'une GEU ?

.....

**2** Quelle est la localisation la plus fréquente des GEU ?

.....

**3** Citer les signes fonctionnels d'une GEU non compliquée.

.....

**4** Quelles sont les caractéristiques de la métrorragie classique d'une GEU ?

.....

**5** Énumérer les signes retrouvés à l'examen clinique lors d'une GEU non compliquée.

.....

**6** Quels sont les examens complémentaires dont la prescription est indispensable au diagnostic de certitude d'une GEU ?

.....

**7** Rédiger le compte-rendu d'une échographie typique de GEU.

.....

**8** Quels sont les différents types de diagnostics différentiels à évoquer devant une symptomatologie évocatrice de GEU ?

.....

**9** Quelles sont les complications possibles d'une GEU à court terme ?

.....

**10** Décrire les signes cliniques symptomatiques de ces complications.

.....

**11** Quelles sont les complications classiques d'une GEU à long terme ?

.....

**12** Décrire les différentes modalités du traitement chirurgical de la GEU.

.....

**13** Quels sont les traitements médicaux possibles de la GEU ?

.....

**14** Indiquer les éléments de la surveillance de l'évolution d'une GEU.

.....

**1** Quels sont les principaux facteurs de risque d'une GEU ?

- Antécédent de GEU, salpingite (à *Chlamydiae* +++), chirurgie tubaire, manœuvres endo-utérines, chirurgie abdominale
- Tabac
- Stérilet, microprogestatif
- Induction de l'ovulation

**2** Quelle est la localisation la plus fréquente des GEU ?

- Ampullaire dans 95 % des cas

**3** Citer les signes fonctionnels d'une GEU non compliquée.

- Douleur abdominale en fosse iliaque droite et/ou gauche
- Métrorragies, aménorrhée
- Signes sympathiques de grossesse
- Leucorrhée (rare)



*En fait la symptomatologie peut être frustrée et trompeuse. La fréquence de formes atypiques et la gravité potentielle de l'affection obligent à évoquer le diagnostic quasiment systématiquement devant une femme en âge de procréer. De même devant une autre affection gynécologique de la femme jeune, il faudra systématiquement penser à éliminer la GEU*

**4** Quelles sont les caractéristiques de la métrorragie classique d'une GEU ?

- Noirâtres ou sépia
- Peu abondantes
- Douloreuses
- Elles peuvent faussement être confondues avec des menstrues (« moins abondantes que d'habitude »)

**5** Énumérer les signes retrouvés à l'examen clinique lors d'une GEU non compliquée.

- Souvent pauvre, contrastant avec la symptomatologie fonctionnelle
- Hémodynamique stable en l'absence de complication
- Palpation abdominale douloureuse
- Utérus d'une taille inférieure à l'âge supposé de la grossesse

- Le spéculum objective des métrorragies d'origine endométrine
- TV douloureux retrouvant une masse latéro-utérine (droite ou gauche) et ramenant du sang noir



*Ne pas oublier de rechercher systématiquement des signes de complications et de noter dans l'observation leur présence ou leur absence*

**6**

Quels sont les examens complémentaires dont la prescription est indispensable au diagnostic de certitude d'une GEU ?

- Dosage plasmatique quantitatif des  $\beta$ -HCG (la négativité de ce dosage exclut le diagnostic)
- Échographie utéro-annexielle par voie sus pubienne et endovaginale

**7**

Rédiger le compte-rendu d'une échographie typique de GEU.

- Signes directs :
  - présence d'une masse latéro-utérine, préciser sa localisation
  - activité cardiaque détectée ou non dans la masse
- Signes indirects :
  - vacuité utérine
  - paroi utérines épaissies, mais de taille inférieure à l'âge supposé de la grossesse
  - épanchement modéré du Douglas (fréquent, ne signant pas une complication)
- Signes de complication systématiquement recherchés :
  - fissuration
  - hémopéritoine
- Conclusion : signes typiques d'une GEU non compliquée

**8**

Quels sont les différents types de diagnostics différentiels à évoquer devant une symptomatologie évocatrice de GEU ?

- $\beta$ -HCG + : fausse couche, grossesse normale
- $\beta$ -HCG - : urgences digestives (appendicite pelvienne...), gynécologiques (kystes ovariens compliqués ou non) ou urologiques (PNA)



*Le diagnostic de GEU reste cependant celui qu'on doit évoquer et éliminer avec le plus de promptitude (devant une clinique compatible, bien sûr)*

**9** Quelles sont les complications possibles d'une GEU à court terme ?

- Fissuration
- Rupture intra-péritonéale
- Hémopéritoine avec choc hémorragique
- Décès

**10** Décrire les signes cliniques symptomatiques de ces complications.

- Fissure :
  - lipothymies
  - scapalgies
  - tachycardie avec TA conservée
- Rupture :
  - signes de choc hémorragique (QS), sans saignement extériorisé
  - signes d'épanchement intra-péritonéal avec défense et contracture abdominales généralisées

**11** Quelles sont les complications classiques d'une GEU à long terme ?

- Stérilité tubaire (d'autant plus fréquente que la GEU est grave et compliquée)
- Récidive

**12** Décrire les différentes modalités du traitement chirurgical de la GEU.

- Urgence thérapeutique imposant l'hospitalisation
- Si non compliquée :
  - voie coelioscopique (de référence)
- Si compliquée ou si contre-indication à la coelioscopie :
  - laparotomie
- Traitement chirurgical :
  - conservateur (salpingotomie + envoi en anatomopathologie des pièces chirurgicales)
  - ou non conservateur (salpingectomie + anatomopathologie)
- Traitement des complications
- Prévention de l'allo-immunisation rhésus fœto-maternelle
- Surveillance

**13** Quels sont les traitements médicaux possibles de la GEU ?

- En hospitalisation
- Sous surveillance attentive du taux de  $\beta$ -HCG, clinique et échographique
- MÉTHOTREXATE intraveineux
- Prévention de l'allo-immunisation rhésus fœto-maternelle
- Certains proposent dans certains cas bien précis une abstention thérapeutique avec surveillance clinique biologique et échographique



*Le traitement de référence reste la chirurgie par voie coelioscopique, en l'absence de complications contraignant alors à la laparotomie. Le traitement médical reste réservé à un petit nombre d'indications*

**14** Indiquer les éléments de la surveillance de l'évolution d'une GEU.

- Surveillance triple :
  - clinique +++
  - évolutivité du taux des  $\beta$ -HCG (indispensable) +++
  - échographique au moindre doute

Question  
n° 20

## Prévention des risques fœtaux : infection, médicaments, toxiques, irradiation



- ❖ En général :
  - Jusqu'à 10 SA : risque « tout ou rien » sur la grossesse
  - Après 10 SA : influence sur l'organogenèse et la maturation des organes
- ❖ Infections :
  - Surveillance des sérologies toxoplasmique et rubéoleuse si négatives
  - Mesures de prévention primaire pour la toxoplasmose la rubéole et la listériose
  - Évaluation de l'atteinte fœtale (PSF, écho, amniocentèse) nécessaire avant de proposer une ITG
  - Risques lors de l'accouchement pour le VIH et le VHB
- ❖ Médicaments :
  - Vérifier sur le Vidal la pertinence de la prescription par rapport à la grossesse et à l'allaitement
- ❖ Toxiques :
  - Tabac = RCIU
  - Alcool = alcoolisme fœtal
  - Opiacés = syndrome de sevrage
  - Un seul moyen de prévention : sevrage complet et définitif avant la grossesse
- ❖ Irradiation :
  - Aucune contre-indication absolue lors de la grossesse : risque très faible pour les examens diagnostiques
  - Mesures de radioprotection

**1** Quels sont les principaux risques fœtaux causés par une primo-infection rubéoleuse pendant la grossesse ?

.....

**2** Quels sont les principes de prévention primaire de cette affection ?

.....

- 3** Quelle est votre attitude en cas de suspicion de primo-infection rubéoleuse ?
- .....
- 4** Quels sont les risques d'une primo-infection toxoplasmique lors de la grossesse ?
- .....
- 5** Quelles sont les mesures de prévention primaire de la toxoplasmose ?
- .....
- 6** Quelle est votre attitude en cas de séroconversion toxoplasmique durant la grossesse ?
- .....
- 7** Quels sont les risques causés par une infection à cytomégalo-virus (CMV) en cours de grossesse ?
- .....
- 8** Quels sont les risques fœtaux d'une grossesse chez une femme atteinte du virus de l'hépatite B ?
- .....
- 9** Quelle conduite est recommandée pour prévenir ces risques ?
- .....
- 10** À quelle période de la grossesse se situe le risque maximal de transmission materno-fœtale du VIH ?
- .....
- 11** Quels sont les moyens de prévention de cette transmission ?
- .....
- 12** Quels sont les risques fœtaux d'une infection à *Listeria Monocytogenes* ?
- .....

**13** Quelles sont les principales règles d'hygiène préconisées pour prévenir une listériose pendant la grossesse ?

.....

**14** Quelle est votre conduite lorsque vous suspectez une listériose chez une femme enceinte ?

.....

**15** Quels sont les vaccins contre-indiqués en cours de grossesse ?

.....

**16** Quels sont les effets de la grossesse sur le métabolisme des médicaments ?

.....

**17** Quels sont les risques fœtaux identifiés entraînés par le tabac ?

.....

**18** Qu'est-ce que le syndrome d'alcoolisme fœtal ?

.....

**19** Quels sont les principaux risques fœtaux entraînés par la toxicomanie (hors tabac et alcool) de la mère ?

.....

**20** Quels sont les risques fœtaux d'une irradiation intra-utérine secondaire à un examen radiologique ?

.....

**21** Comment prévenir ces risques ?

.....

**22** Quels examens radiologiques sont autorisés pendant la grossesse ?

.....

**1** Quels sont les principaux risques fœtaux causés par une primo-infection rubéoleuse pendant la grossesse ?

- Risques présents si primo-infection entre 4 SA et 14 SA :
  - avortements spontanés
  - syndrome de Gregg (atteintes auditives, oculaires, cardiaques)
- En dehors de cette période il n'y a aucun risque

**2** Quels sont les principes de prévention primaire de cette affection ?

- Vérification systématique du statut sérologique par rapport à la rubéole chez toutes les femmes lors de la première consultation de grossesse :
  - si sérologie négative, vérification mensuelle jusqu'à 18 SA
  - éducation des femmes séronégatives pour éviter le contagage
- Vaccination de toutes les femmes en âge de procréer, après s'être assuré de l'absence de grossesse, sous couvert d'une contraception efficace pendant deux mois

**3** Quelle est votre attitude en cas de suspicion de primo-infection rubéoleuse ?

- 3 étapes :
  - s'assurer de l'infection (vérifier le statut sérologique précis)
  - évaluer l'atteinte fœtale (échographie, PSF entre 12 et 17 SA)
  - discuter de l'avenir de la grossesse (poursuite ou ITG)

**4** Quels sont les risques d'une primo-infection toxoplasmique lors de la grossesse ?

- Avant 16 SA : embryopathie grave (atteinte cérébrale +++)
- Entre 16 SA et 30 SA : embryopathie moins grave et moins fréquente
- Après 30 SA : chorioretinite +++

**5** Quelles sont les mesures de prévention primaire de la toxoplasmose ?

- Détermination systématique du statut sérologique toxoplasmique lors de la première consultation de grossesse
- Règles d'hygiène recommandées aux femmes séro-négatives :
  - lavage soigneux des mains avant chaque repas, après manipulation de viande crue ou de terre
  - consommation de viande très cuite uniquement,
  - laver soigneusement tous les aliments en contact avec la terre
  - éviter le contact avec les chats

**6** Quelle est votre attitude en cas de séroconversion toxoplasmique durant la grossesse ?

- Dès constatation de la séroconversion :
  - antibiothérapie par macrolide (spiramycine ROVAMYCINE®)
  - recherche d'une atteinte fœtale (amniocentèse : PCR et inoculation à la souris)
- Si absence d'atteinte fœtale :
  - poursuite de la spiramycine jusqu'à l'accouchement
- Si atteinte fœtale :
  - traitement antiparasitaire en alternance avec de la spiramycine (2 semaines, 2 semaines) à base de pyriméthamine (MALOCID®) et sulfadiazine (ADIAZINE®)

**7** Quels sont les risques causés par une infection à cytomégalovirus (CMV) en cours de grossesse ?

- Atteinte sensorielle : surdité +++
- Atteinte neurologique : retard mental
- De découverte souvent tardive après la naissance

**8** Quels sont les risques fœtaux d'une grossesse chez une femme atteinte du virus de l'hépatite B ?

- Transmission virale maternofoetale (pouvant entraîner des hépatites fulminantes mortelles)
- Maximale lors de l'accouchement

**9** Quelle conduite est recommandée pour prévenir ces risques ?

- **Accouchement par voie basse sans pose d'électrode de scalp**
- **Bain bétadiné et sérovaccination du nouveau-né dans les deux premières heures de vie**
- **Allaitement déconseillé**

**10** À quelle période de la grossesse se situe le risque maximal de transmission maternofoetale du VIH ?

- **Lors de l'accouchement et en période périnatale**

**11** Quels sont les moyens de prévention de cette transmission ?

- **Accouchement programmé par césarienne**
- **Couverture par AZT intraveineux débuté 4 heures avant l'accouchement**
- **Bain antiseptique du nouveau-né**
- **Traitement du nouveau-né par AZT sirop pendant trois semaines**

**12** Quels sont les risques foetaux d'une infection à *Listeria Monocytogenes* ?

- **MFIU, fausse couche, MAP**
- **Listériose néonatale (voir infection néonatale en pédiatrie)**

**13** Quelles sont les principales règles d'hygiène préconisées pour prévenir une listériose pendant la grossesse ?

- **Éviter les fromages au lait cru et à pâte molle**
- **Éviter la charcuterie**
- **Éviter les fruits de mer et les poissons crus**
- **Conserver les aliments crus à distance des aliments cuits**
- **Bien cuire la viande**
- **Lavage des mains après toute manipulation d'aliment potentiellement contaminant**
- **Hygiène des ustensiles de cuisine et du réfrigérateur (laver fréquemment)**

**14** Quelle est votre conduite lorsque vous suspectez une listériose chez une femme enceinte ?

- **Listériose suspectée lors de toute fièvre chez une femme enceinte, en particulier si elle est associée à un syndrome pseudo-grippal**

- Établir le diagnostic de certitude : hémocultures avec recherche de *Listeria*
- Traitement de la mère : antibiothérapie au moindre doute par amoxicilline (CLAMOXYL®) poursuivie pendant trois semaines, associée à un aminoside pendant cinq jours si le diagnostic est établi

**15** Quels sont les vaccins contre-indiqués en cours de grossesse ?

- Les vaccins vivants atténués :
  - polio oral, fièvre jaune, rubéole, rougeole, oreillons, tuberculose

**16** Quels sont les effets de la grossesse sur le métabolisme des médicaments ?

- Augmentation du volume de distribution
- Augmentation du débit de filtration glomérulaire
- Deux conséquences possibles :
  - diminution des concentrations sériques
  - augmentation de la demi-vie

**17** Quels sont les risques foetaux identifiés entraînés par le tabac ?

- Retard de croissance intra-utérin RCIU
- N.B. : Seul risque documenté

**18** Qu'est-ce que le syndrome d'alcoolisme foetal ?

- Syndrome associant :
  - retard de croissance intra-utérin harmonieux
  - malformations (craniofaciales, *spina bifida*, cardiaque...)
  - atteintes neurologiques graves (retard mental, convulsions...)
- Dû à l'intoxication alcoolique maternelle durant la grossesse

**19** Quels sont les principaux risques foetaux entraînés par la toxicomanie (hors tabac et alcool) de la mère ?

- Anténataux : RCIU, risque malformatif
- Prématurité
- Syndrome de sevrage à la naissance (plus marqué pour les opiacés)

**20** Quels sont les risques fœtaux d'une irradiation intra-utérine secondaire à un examen radiologique ?

- Selon le terme :
  - fausses couches tardives ou précoces
  - risque tératogène
  - risque carcinologique



*Ces risques sont retrouvés pour des irradiations importantes, largement supérieures aux doses délivrées habituellement pour des examens diagnostics*

**21** Comment prévenir ces risques ?

- Limiter les examens radiologiques aux seuls indispensables (voir question suivante) chez une femme enceinte
- Mesures de radioprotection : protection de l'abdomen par des plaques de plomb, limitation du nombre de clichés et des doses d'irradiation
- Théoriquement : faire les examens en première partie de cycle chez les femmes en âge de procréer, au besoin dosage des  $\beta$ -HCG pour éliminer une grossesse

**22** Quels examens radiologiques sont autorisés pendant la grossesse ?

- Tout examen radiologique urgent dans une situation menaçant la vie de la patiente est autorisé
- La radiopelvimétrie est autorisée au troisième trimestre en cas de risque élevé de dystocie



*Il n'y a aucune contre-indication absolue à un examen radiologique en cours de grossesse (même avec irradiation pelvienne), néanmoins, il faut peser les indications de chaque examen et ne pas irradier une femme enceinte pour rien*

Question  
n° 22

## Accouchement, délivrance et suites de couches normales



- ❖ Déroulement :
  - Travail
  - Expulsion
  - Délivrance
- ❖ Prévention de l'allo-immunisation rhésus +++
- ❖ Contraception à la sortie +++
- ❖ Consultation à 3 mois

**1** Quelle est la définition d'un accouchement à terme ?

.....

**2** Qu'est-ce qu'un accouchement eutocique ?

.....

**3** Quels sont les signes marquant le début du travail ?

.....

**4** Quelles sont les caractéristiques des contractions utérines lors du travail ?

.....

**5** Quelles sont les deux principales conséquences des contractions au cours de travail ?

.....

**6** Quels sont les deux paramètres qui sont monitorés lors du travail ?

.....

**7** Décrire le rythme cardiaque fœtal normal.

.....

- 8** Quelle est la conduite à tenir en cas de rupture prolongée de la poche des eaux ?  
.....
- 9** Qu'est-ce que la présentation ?  
.....
- 10** Citer les deux présentations les plus courantes, ainsi que leur fréquence.  
.....
- 11** Quelle est la définition de l'engagement ?  
.....
- 12** Qu'est-ce que le signe de Farabeuf ?  
.....
- 13** Quelles sont les phases de l'accouchement proprement dit en OIGA ?  
.....
- 14** Qu'est-ce que la délivrance ?  
.....
- 15** Quand a-t-elle normalement lieu ?  
.....
- 16** Quels sont les signes annonciateurs de la délivrance ?  
.....
- 17** Que recherche-t-on à l'examen du placenta ?  
.....
- 18** Que faire lors de la délivrance d'un placenta incomplet ?  
.....
- 19** Qu'est-ce que le globe de sécurité ?  
.....

**20** Comment assure-t-on la prévention de l'allo-immunisation rhésus chez la parturiente ?

---

**21** Combien de temps doit-on surveiller une femme en salle de travail après l'accouchement ?

---

**22** Quels paramètres sont surveillés ?

---

**23** Quels sont les paramètres à surveiller chez une femme dans les jours qui suivent son accouchement ?

---

**24** Quelle prescription est indispensable à toute accouchée à sa sortie de l'hôpital ?

---

**25** Qu'est-ce que le retour de couches ? Quand a-t-il lieu normalement ?

---

- 1** Quelle est la définition d'un accouchement à terme ?
- **Terme compris entre 37 SA et 42 SA révolues**
- 2** Qu'est-ce qu'un accouchement eutocique ?
- **Accouchement qui se déroule physiologiquement sans complications**
- 3** Quels sont les signes marquant le début du travail ?
- **Modifications cervicales**
  - **Contractions utérines**
  - **Perte du bouchon muqueux**
- 4** Quelles sont les caractéristiques des contractions utérines lors du travail ?
- **Involontaires**
  - **Régulières (1/7 minutes)**
  - **Intenses**
  - **Totales**
  - **Douloureuses**
  - **Efficaces**
- 5** Quelles sont les deux principales conséquences des contractions au cours de travail ?
- **Dilatation, effacement du col**
  - **Progression du mobile fœtal**
- 6** Quels sont les deux paramètres qui sont monitorés lors du travail ?
- **Contractions utérines (tocométrie)**
  - **Rythme cardiaque fœtal**
- 7** Décrire le rythme cardiaque fœtal normal
- **Fréquence de 120 à 160 bpm**
  - **Oscillations autour de la ligne de base de fréquence 2 à 6 cycles par minute**
  - **Accélérations lors des mouvements fœtaux**
  - **Présence de décélérations modérées sans relations avec les contractions utérines, de durée inférieure à 30 secondes avec une fréquence supérieure à 30 bpm**

**8** Quelle est la conduite à tenir en cas de rupture prolongée de la poche des eaux ?

- Si elle excède 24 heures, ou en cas de fièvre maternelle, une antibioprofylaxie intraveineuse doit être prescrite, en raison du risque infectieux important

**9** Qu'est-ce que la présentation ?

- Partie du mobile foetal qui se trouve en regard du détroit supérieur (limite supérieure du petit bassin, QS anatomie), qui va s'y engager et y évoluer

**10** Citer les deux présentations les plus courantes, ainsi que leur fréquence

- OIGA 57 % (occipito-iliaque gauche antérieure)
- OIDP 33 % (occipito-iliaque droite postérieure)

**11** Quelle est la définition de l'engagement ?

- Franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation

**12** Qu'est-ce que le signe de Farabeuf ?

- Signe l'engagement : impossibilité de mettre les doigts entre la présentation et la cavité sacrée

**13** Quelles sont les phases de l'accouchement proprement dit en OIGA ?

- Accouchement de la tête
- Rotation intrapelvienne
- Dégagement
- Accouchement des épaules
- Accouchement du siège

**14** Qu'est-ce que la délivrance ?

- Expulsion du placenta et des membranes

**15** Quand a-t-elle normalement lieu ?

- La délivrance spontanée doit se faire au maximum 30 minutes après l'expulsion

**16** Quels sont les signes annonciateurs de la délivrance ?

- Reprise des saignements et des contractions
- Élévation du fond utérin au-dessus de l'ombilic
- Extériorisation spontanée de 10 à 15 cm de cordon

**17** Que recherche-t-on à l'examen du placenta ?

- Vérification de l'intégrité du placenta (présence de tous les cotylédons)
- Vérification de l'intégrité des membranes
- Vérification des vaisseaux ombilicaux
- Insertion du cordon
- Présence de vaisseaux aberrants

**18** Que faire lors de la délivrance d'un placenta incomplet ?

- Une révision utérine

**19** Qu'est-ce que le globe de sécurité ?

- Contraction utérine suivant la délivrance, perceptible à la palpation abdominale, entraînant l'arrêt des saignements
- Le globe de sécurité signe en général une délivrance complète

**20** Comment assure-t-on la prévention de l'allo-immunisation rhésus chez la parturiente ?

- Chez les femmes rhésus négatif sans antécédent d'allo-immunisation rhésus, si l'enfant est rhésus positif (quel que soit le rhésus du conjoint)
- Dans les 72 heures qui suivent l'accouchement (ou toute situation à risque d'allo-immunisation)
- Injection intraveineuse de gammaglobulines anti-D à dose efficace

**21** Combien de temps doit-on surveiller une femme en salle de travail après l'accouchement ?

- Deux heures (délai légal)

**22** Quels paramètres sont surveillés ?

- Constantes (pouls, TA, température, diurèse...)
- Lochies
- Globe de sécurité

**23** Quels sont les paramètres à surveiller chez une femme dans les jours qui suivent son accouchement ?

- **Lochies : abondance, couleur, odeur**
- **Température**
- **Signes infectieux généraux (température) et locaux (cicatrice d'épisiotomie...)**
- **Signes de thrombophlébite (pelvienne et des membres inférieurs)**
- **État des seins, tranchées...**

**24** Quelle prescription est indispensable à toute accouchée à sa sortie de l'hôpital ?

- **Une méthode de contraception**
- **Si allaitement : microprogestatif ou mécanique**
- **Si pas d'allaitement : contraception habituelle**



*Une femme en post-partum peut tomber enceinte et doit en être informée ! Il en va de même pour une femme qui allaite !*

**25** Qu'est-ce que le retour de couches ? Quand a-t-il lieu normalement ?

- **Premières règles après l'accouchement**
- **Survenant dans les 6 semaines à 3 mois *post-partum* (chez la femme allaitante, il peut être plus tardif)**

### Question n° 24



- ❖ Complications infectieuses +++
- ❖ Lymphangite, galactophorite (signe de Budin), abcès du sein
- ❖ Traitement : arrêt ou poursuite de l'allaitement, local, antibiothérapie
- ❖ Contre-indication de certains médicaments
- ❖ Pas de POP comme contraception pendant l'allaitement

**1** Quand commencer l'allaitement au sein ?

.....

**2** Quelles sont les modalités pratiques de l'allaitement maternel ?

.....

**3** Qu'est-ce que le colostrum ?

.....

**4** Quels sont les signes de montée laiteuse ?

.....

**5** Quel diagnostic évoquer en l'absence de montée laiteuse ?

.....

**6** Quelles sont les règles hygiéno-diététiques que doit suivre la femme allaitante ?

.....

**7** Quelle est la prise en charge des femmes qui ne souhaitent pas allaiter ?

.....

- 8** Quels sont les avantages pour le nourrisson de l'allaitement maternel ?  
.....
- 9** Une femme allaitante peut-elle tomber enceinte ?  
.....
- 10** Citer deux méthodes contraceptives compatibles avec l'allaitement.  
.....
- 11** Décrire le signe de Budin.  
.....
- 12** Donner les signes d'un engorgement mammaire.  
.....
- 13** Quel en est le traitement ?  
.....
- 14** Que sont les crevasses du mamelon ?  
.....
- 15** Quel en est le traitement ?  
.....
- 16** Quels sont les signes d'une lymphangite aiguë du sein ?  
.....
- 17** Quel en est le traitement ?  
.....
- 18** Quels sont les signes de galactophorite ?  
.....
- 19** Quel en est le traitement ?  
.....

**20** Donner les signes cliniques d'un abcès du sein.

---

**21** Quel en est le traitement ?

---

**1** Quand commencer l'allaitement au sein ?

- **Le plus tôt possible**
- **Idéalement, en salle d'accouchement**

**2** Quelles sont les modalités pratiques de l'allaitement maternel ?

- **Tétées initialement rapprochées, progressivement espacées**
- **Dès que l'enfant le réclame**
- **Pas deux fois de suite sur le même sein : alterner**
- **Durée de 20-30 minutes**
- **Soin du mamelon**

**3** Qu'est-ce que le colostrum ?

- **Produit de sécrétion de la glande mammaire, maximal dans les jours précédents la montée laiteuse**
- **Riche en protéine, pauvre en sucres et graisses**

**4** Quels sont les signes de montée laiteuse ?

- **Vers J3-J4 *post-partum***
- **Gonflement et tension des seins**
- **Ascension thermique modérée (> 38°C)**

**5** Quel diagnostic évoquer en l'absence de montée laiteuse ?

- **Syndrome de Sheehan (surtout si accouchement très hémorragique +++)**

**6** Quelles sont les règles hygiéno-diététiques que doit suivre la femme allaitante ?

- **Régime équilibré riche en calcium et protéines**
- **Boissons abondantes**
- **Interdiction de tous les toxiques (alcool, tabac, café, drogues...)**
- **Ne pas prendre de médicaments contre-indiqués lors de l'allaitement**
- **Hygiène locale : nettoyage du mamelon au sérum physiologique après chaque tétée**

- 7** Quelle est la prise en charge des femmes qui ne souhaitent pas allaiter ?
- **Inhibiteur de la lactation (bromocriptine PARLODEL®) pendant trois semaines**
  - **Soutien psychologique : déculpabilisation**
- 8** Quels sont les avantages pour le nourrisson de l'allaitement maternel ?
- **Apports nutritifs idéaux pour le nourrisson**
  - **Facilité de digestion**
  - **Moindre fréquence des infections respiratoires et digestives**
  - **Facilitation du lien mère-enfant**
- 9** Une femme allaitante peut-elle tomber enceinte ?
- **Oui**
-  *Beaucoup de femmes en retour de couches retombent enceintes faute d'information nécessaire : l'allaitement n'est pas un moyen contraceptif !*
- 10** Citer deux méthodes contraceptives compatibles avec l'allaitement.
- **Micropilule**
  - **Préservatif masculin**
- 11** Décrire le signe de Budin.
- **Issue de pus mélangé au lait maternel, laissant une tache jaune sur une compresse pressée sur le mamelon**
- 12** Donner les signes d'un engorgement mammaire.
- **J3 post-partum**
  - **Apyrexie (ou ascension thermique de la montée laiteuse)**
  - **Seins tendus et douloureux**
  - **Mauvaise vidange de la glande mammaire**
- 13** Quel en est le traitement ?
- **Poursuite de l'allaitement**
  - **Traitement local (douche chaude sur les seins, cataplasme d'antiphlogistine)**

**14** Que sont les crevasses du mamelon ?

- Fissures épidermiques au niveau du mamelon, entraînant douleurs et saignements au moment de la tétée

**15** Quel en est le traitement ?

- Poursuite de l'allaitement
- Traitement local (antiseptiques, pommades cicatrisantes, cataplasme d'antiphlogistine)
- Éducation de la patiente en prévention des récives

**16** Quels sont les signes d'une lymphangite aiguë du sein ?

- Crevasses dans les jours précédents
- Fièvre (40°C) frissons
- Douleur et placard rouge latéralisé au niveau d'un sein
- Absence du signe de Budin

**17** Quel en est le traitement ?

- Poursuite de l'allaitement, en espaçant les tétées et en commençant par le côté atteint
- Traitement local (compresses alcoolisées, désinfection locale, cataplasmes d'antiphlogistine)
- Surveillance

**18** Quels sont les signes de galactophorite ?

- Fièvre (38°C-39°C)
- Présence de crevasses négligées
- Tension mammaire douloureuse latéralisée
- Présence du signe de Budin

**19** Quel en est le traitement ?

- Urgence thérapeutique
- Hospitalisation
- Arrêt de l'allaitement, lait tiré jeté
- Traitement médical : anti-inflammatoires, antibiothérapie antistaphylococcique
- Traitement local
- Éducation de la patiente
- Surveillance

**20** Donner les signes cliniques d'un abcès du sein.

- Phase suppurée de la galactophorite
- AEG
- Fièvre oscillante
- Douleurs mammaires pulsatiles latéralisées
- Collection purulente mammaire
- Rougeur cutanée en regard
- Douleurs exquises à la palpation

**21** Quel en est le traitement ?

- Urgence
- Hospitalisation
- Arrêt de l'allaitement, lait tiré jeté
- Traitement chirurgical : incision, évacuation de l'abcès, drainage, lavage, prélèvements
- Traitement médical : anti-inflammatoires, antibiothérapie antistaphylococcique
- Traitement local
- Éducation de la patiente
- Surveillance

Question  
n° 25

## Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours



- ❖ Hémorragie de la délivrance :
  - Causes : atonie utérine, rétention placentaire
  - Complications : CIVD
- ❖ Ascension thérapeutique : ocytotiques, délivrance artificielle, révision utérine, chirurgie
- ❖ Complications infectieuses : endométrite +++
- ❖ Asepsie, antibioprophylaxie
- ❖ Complications thromboemboliques :
  - Thrombose veineuse pelvienne

1 Quelle est la définition du *post-partum* ?

.....

2 Quelle est la définition d'une hémorragie de la délivrance ?

.....

3 Citer trois grands types de causes d'hémorragie de la délivrance.

.....

4 Décrire brièvement votre conduite en cas d'hémorragie de la délivrance.

.....

5 Quel est alors votre bilan biologique ?

.....

6 Quelle est votre attitude thérapeutique en cas rétention placentaire ?

.....

7 Malgré votre traitement, l'hémorragie continue, quelle est alors votre attitude ?

.....

- 8** En cas d'échec des thérapeutiques précédentes, quelle est votre attitude ?  
.....
- 9** Quels traitements associés devez-vous penser à prescrire ?  
.....
- 10** Quels sont les moyens préventifs des hémorragies de la délivrance ?  
.....
- 11** Quelles sont les complications des hémorragies de la délivrance ?  
.....
- 12** Quels germes sont le plus souvent impliqués dans les complications infectieuses du *post-partum* ?  
.....
- 13** Quels sont les facteurs favorisant d'une endométrite du *post-partum* ?  
.....
- 14** Quels sont les signes d'une endométrite du *post-partum* ?  
.....
- 15** Quelles en sont les complications ?  
.....
- 16** Quels sont les principes du traitement d'une endométrite du *post-partum* ?  
.....
- 17** Quels en sont les moyens de prévention ?  
.....
- 18** Quels sont les facteurs favorisant le risque thrombo-embolique en *post-partum* ?  
.....

**19** Quelles sont les principales localisations des thromboses en *post-partum* ?

.....

**20** Quel est le principal risque de la maladie thromboembolique du *post-partum* ?

.....

**1** Quelle est la définition du *post-partum* ?

- Période faisant directement suite à l'accouchement, s'étendant entre la délivrance et le retour de couche (premières menstruations après l'accouchement)

**2** Quelle est la définition d'une hémorragie de la délivrance ?

- Perte de sang d'origine génitale supérieure à 500 ml survenant après l'accouchement, dans les 24 heures qui suivent.

**3** Citer trois grands types de causes d'hémorragie de la délivrance.

- Pathologies de la délivrance : inertie, hypertonie utérine, rétention placentaire, traction sur le cordon
- Lésions traumatiques génitales : rupture utérine, plaies cervicales, vaginales, vulvaires
- Anomalies de l'hémostase : CIVD obstétricales (HRP, pré-éclampsie, hémorragie sévère...)

**4** Décrire brièvement votre conduite en cas d'hémorragie de la délivrance.

- Évaluation :
  - tolérance de l'hémorragie (pouls, TA de la mère, signes de choc...)
  - abondance de l'hémorragie (recueil du sang, des compresses...)
- Déterminer l'origine du saignement :
  - révision utérine (délivrance artificielle si besoin)
  - vérification de la présence du globe de sécurité
  - examen sous valves
- Préparer au traitement :
  - pose d'une VVP, oxygénation nasale
  - prélever un bilan pré-transfusionnel
  - commander des produits sanguins compatibles

**5** Quel est alors votre bilan biologique ?

- NFS/plq
- Groupe Rhésus RAI
- Hémostase (TP, TCA, fibrinogène)

- D-dimères (recherche de CIVD)
- Ionogramme sanguin, créatininémie

**6** Quelle est votre attitude thérapeutique en cas rétention placentaire ?

- En urgence
- Délivrance artificielle si délivrance incomplète
- Révision utérine
- Ocytociques intraveineux oxytocine (SYNTOCYNON®)
- Surveillance

**7** Malgré votre traitement, l'hémorragie continue, quelle est alors votre attitude ?

- En urgence
- Nouvelle révision utérine
- Augmentation des doses d'ocytociques
- Tamponnement intra-utérin
- Surveillance

**8** En cas d'échec des thérapeutiques précédentes, quelle est votre attitude ?

- Urgence chirurgicale :
  - traitement conservateur : ligatures des artères hypogastriques (embolisation hypersélective si centre équipé)
  - traitement radical : hystérectomie d'hémostase
- Surveillance

**9** Quels traitements associés devez-vous penser à prescrire ?

- Traitement des troubles de l'hémostase
- Correction de la spoliation sanguine
- Prévention de l'allo-immunisation rhésus lors de l'accouchement

**10** Quels sont les moyens préventifs des hémorragies de la délivrance ?

- Prescription systématique d'ocytociques lors du travail et de l'accouchement
- Éviter les manœuvres brutales lors de la délivrance (tirer sur le cordon...)
- Délivrance artificielle au-delà de 30 minutes après l'accouchement

- Révision utérine à la recherche d'une délivrance incomplète
- Vérification de la présence du globe de sécurité

**11** Quelles sont les complications des hémorragies de la délivrance ?

- Choc hémorragique
- Décès
- Syndrome de Sheehan
- Complications de transfusions

**12** Quels germes sont le plus souvent impliqués dans les complications infectieuses du *post-partum* ?

- Streptocoques
- Staphylocoques
- *E. Coli*

**13** Quels sont les facteurs favorisant d'une endométrite du *post-partum* ?

- Rupture prolongée des membranes (> 24 heures)
- Manœuvres endo-utérines
- Césarienne en cours de travail

**14** Quels sont les signes d'une endométrite du *post-partum* ?

- Fièvre (38,5°C), tachycardie
- Lochies malodorantes et sales (à prélever)
- Utérus augmenté de volume douloureux et mou
- Col non fermé
- Abdomen souple, TR normal, culs-de-sac libres

**15** Quelles en sont les complications ?

- Infectieuses :
  - pelvipéritonite des suites de couche, abcès du Douglas, péritonites généralisées (rare), métastases septiques
- Thromboemboliques :
  - thrombophlébite pelvienne suppurée extensive

**16** Quels sont les principes du traitement d'une endométrite du *post-partum* ?

- Urgence thérapeutique
- Antibiothérapie adaptée au(x) germe(s) en cause

- **Utérotoniques**
- **Surveillance**

**17** Quels en sont les moyens de prévention ?

- **Antibioprophylaxie lors de rupture de membrane de plus de 24 heures**
- **Asepsie maximale lors de l'accouchement et de toute manœuvre endo-utérine**

**18** Quels sont les facteurs favorisant le risque thromboembolique en *post-partum* ?

- **Stase veineuse importante augmentée par la sédentarité**
- **Hypertension veineuse des membres inférieurs**
- **Hyperviscosité et hypercoagulabilité sanguine**

**19** Quelles sont les principales localisations des thromboses en *post-partum* ?

- **Pelvienne +++**
- **Membres inférieurs**

**20** Quel est le principal risque de la maladie thromboembolique du *post-partum* ?

- **L'embolie pulmonaire**

Questions  
n° 26  
et n° 243

## Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies

### Hémorragie génitale chez la femme



Type de métrorragie	Diagnostics à évoquer	Examen-clé
Femme en âge de procréer	GEU +++	$\beta$ -HCG
Fébriles	Salpingite	Coelioscopie
Provoquées	Cancer du col	Frottis cervicovaginal
Périménopause	Cancer de l'endomètre	Biopsies et hystérocopie
Périménopause	Fibrome	Échographie abdominale

- 1 Quelle est la durée normale d'un cycle menstruel ?  
.....
- 2 Quand a lieu l'ovulation dans le cycle ?  
.....
- 3 Quel moyen clinique simple permet de mettre en évidence la présence d'une ovulation ?  
.....
- 4 Donner la définition d'une aménorrhée.  
.....
- 5 Donner la définition d'une métrorragie.  
.....

**6** Donner la définition d'une ménorragie.

.....

**7** Donner la définition d'une spanioménorrhée.

.....

**8** Quelle étiologie devez-vous systématiquement évoquer devant des métrorragies chez une femme en âge de procréer ?

.....

**9** Quelle étiologie devez-vous évoquer devant des métrorragies provoquées par les rapports sexuels ?

.....

**10** Quel diagnostic évoquez-vous en cas de métrorragies fébriles chez une femme jeune ?

.....

**11** Citer trois causes de métrorragies fonctionnelles.

.....

**12** Quelles sont les deux étiologies que vous devez évoquer devant des métrorragies en période de péri-ménopause ?

.....

**13** Quel examen est indispensable dans ce contexte ?

.....

**14** Quels types de fibromes sont les plus susceptibles de provoquer des métrorragies ?

.....

**15** Quel examen complémentaire demandez-vous en première intention en cas de suspicion de fibrome ?

.....

**16** Qu'en attendez-vous ?

.....

- 17** Quelle image typique de fibrome retrouve-t-on à l'hystéro-salpingographie (HSG) ?
- .....
- 18** Quelles sont les contre-indications de l'HSG ?
- .....
- 19** Quelle complication des fibromes est plus fréquente en cas de grossesse ?
- .....
- 20** Quel en est le principal diagnostic différentiel ?
- .....
- 21** Quels en sont les signes cliniques et échographiques ?
- .....
- 22** Quels sont les principes de son traitement ?
- .....
- 23** Quelles sont les autres complications des fibromes ?
- .....
- 24** Quel traitement proposez-vous pour un fibrome asymptomatique ?
- .....
- 25** Quel traitement proposez-vous pour un fibrome symptomatique, mais non invalidant et non compliqué ?
- .....
- 26** Quel traitement proposez-vous pour un fibrome compliqué, ou avec une symptomatologie invalidante ?
- .....
- 27** Quels sont les éléments de surveillance d'un fibrome traité ou non ?
- .....

**1** Quelle est la durée normale d'un cycle menstruel ?

- **28 jours en moyenne**

**2** Quand a lieu l'ovulation dans le cycle ?

- **Au milieu du cycle (J14 après la fin des dernières règles)**

**3** Quel moyen clinique simple permet de mettre en évidence la présence d'une ovulation ?

- **Réalisation de la courbe ménothermique : ascension de la température corporelle au moment de l'ovulation, avec un plateau jusqu'à la fin du cycle**

**4** Donner la définition d'une aménorrhée.

- **Absence de menstruations**

**5** Donner la définition d'une métrorragie.

- **Saignement d'origine utérin survenant en dehors des règles, sans rapport avec elles**

**6** Donner la définition d'une ménorragie.

- **Règles anormalement longues et abondantes**

**7** Donner la définition d'une spanioménorrhée.

- **Augmentation de la durée du cycle qui est supérieure à 35 jours**

**8** Quelle étiologie devez-vous systématiquement évoquer devant des métrorragies chez une femme en âge de procréer ?

- **Grossesse extra-utérine**

**9** Quelle étiologie devez-vous évoquer devant des métrorragies provoquées par les rapports sexuels ?

- **Cancer du col utérin**



*Les métrorragies du cancer du col sont classiquement provoquées, mais elles peuvent prendre n'importe quelle forme, et cette étiologie doit être évoquée devant toute métrorragie*

- 10** Quel diagnostic évoquez-vous en cas de métrorragies fébriles chez une femme jeune ?
- **Salpingite infectieuse aiguë**
- 11** Citer trois causes de métrorragies fonctionnelles.
- **Pilule**
  - **Carence œstrogénique**
  - **Insuffisance lutéale**
- 12** Quelles sont les deux étiologies que vous devez évoquer devant des métrorragies en période de péri-ménopause ?
- **Cancer de l'endomètre**
  - **Fibrome utérin**
- 13** Quel examen est indispensable dans ce contexte ?
- **Biopsies de l'endomètre dirigées par hystérocopie opératoire (QS question n° 147)**
- 14** Quels types de fibromes sont les plus susceptibles de provoquer des métrorragies ?
- **Fibromes sous-muqueux**
- 15** Quel examen complémentaire demandez-vous en première intention en cas de suspicion de fibrome ?
- **Échographie utéroannexielle par voie sus-pubienne**
- 16** Qu'en attendez-vous ?
- **Utérus augmenté de volume à contours bosselés**
  - **Images typiques de fibromes : arrondies, hypoéchogènes, sans renforcement postérieur**
  - **Précise le nombre, la taille et la position des fibromes**
- 17** Quelle image typique de fibrome retrouve-t-on à l'hystéro-salpingographie (HSG) ?
- **Signes directs :**
    - lacune homogène à bords nets, de forme arrondie, base d'implantation sessile ou pédiculée
  - **Signes indirects :**
    - latérodéviations de la cavité utérine, refoulement de structures périphériques (trompes...)
-  Ces images s'opposent à celles typiques de cancer de l'endomètre (QS question n° 147)

**18** Quelles sont les contre-indications de l'HSG ?

- Grossesse
- Allergie à l'iode
- Hémorragie génitale en cours
- Infection génitale non guérie

**19** Quelle complication des fibromes est plus fréquente en cas de grossesse ?

- Nécrobiose aseptique

**20** Quel en est le principal diagnostic différentiel ?

- Salpingite infectieuse aiguë

**21** Quels en sont les signes cliniques et échographiques ?

- Clinique :
  - fièvre (38°C)
  - métrorragie noirâtres
  - douleurs pelviennes
- Échographique :
  - image typique en cocarde

**22** Quels sont les principes de son traitement ?

- En ambulatoire
- Repos au lit (arrêt de travail si nécessaire)
- AINS
- Antalgiques adaptés à la douleur
- Antibiothérapie pour certains
- Surveillance

**23** Quelles sont les autres complications des fibromes ?

- Hémorragiques (aiguë, chronique avec anémie par carence martiale)
- Mécaniques (torsion, compression des organes de voisinage)
- Obstétricales (infertilité, fausses couches spontanées, MAP, prématurité, hémorragie de la délivrance...)
- Infectieuses (endométrite)
- Thromboemboliques (pelviennes ou des membres inférieurs)

**24** Quel traitement proposez-vous pour un fibrome asymptomatique ?

- **Abstention thérapeutique**
- **Surveillance**

**25** Quel traitement proposez-vous pour un fibrome symptomatique, mais non invalidant et non compliqué ?

- **Traitement médical**
- **Progestatifs de synthèse (ex : LUTENYL®)**
- **Surveillance**

**26** Quel traitement proposez-vous pour un fibrome compliqué, ou avec une symptomatologie invalidante ?

- **Traitement chirurgical**
- **Conservateur (myomectomie) après préparation par analogues de la LH-RH (ex : DÉCAPEPTYL®)**
- **Ou Radical (hystérectomie totale ± annexectomie ± THS)**
- **Surveillance**

*- Traitement indiqué en cas de complications ou d'échec du traitement médical*



*- Les analogues de la LH-RH prescrits avant le traitement chirurgical conservateur ont pour rôle « d'assécher » les fibromes et limiter les complications hémorragiques per-opératoires*

**27** Quels sont les éléments de surveillance d'un fibrome traité ou non ?

- **Interrogatoire (Symptomatologie)**
- **Clinique (Palpation mammaire, examen au spéculum, TV)**
- **Échographique**

Question  
n° 27

## Contraception



- ❖ Indice de Pearls
- ❖ Bilan pré-pilule :
  - Clinique +++
  - Bilan lipidique, glycémie, frottis
- ❖ Complications DIU : infection, GEU
- ❖ Micropilule : GEU, compatible avec allaitement

**1** Qu'est-ce que la contraception ?

.....

**2** Une grossesse est-elle possible malgré l'utilisation d'un contraceptif ?

.....

**3** Donner la définition de l'indice de Pearls. Quel en est l'utilité ?

.....

**4** Expliquer ce qu'est une POP séquentielle.

.....

**5** Expliquer ce qu'est une POP combinée.

.....

**6** Quels sont les mécanismes d'action de la pilule œstroprogestative (POP) ?

.....

**7** Quel est votre bilan pré-pilule ?

.....

**8** Quels sont les effets secondaires des POP ?

.....

- 9** Quelles sont les contre-indications des POP ?
- .....
- 10** Quelles sont les principales interactions médicamenteuses à prendre en compte avec les POP ?
- .....
- 11** Que conseillez-vous de faire à une patiente qui a oublié de prendre sa POP depuis moins de 12 heures ?
- .....
- 12** Même question pour un oubli de plus de 12 heures.
- .....
- 13** Quelles sont les différentes méthodes contraceptives utilisant des progestatifs ?
- .....
- 14** Quelles sont les règles de prescription d'une micropilule ?
- .....
- 15** Quel est le mécanisme d'action des dispositifs intra-utérins (DIU) ?
- .....
- 16** Quelles sont les contre-indications absolues des DIU ?
- .....
- 17** Quelles sont les complications les plus fréquentes des DIU ?
- .....
- 18** Qu'est-ce que la contraception mécanique ? Citer trois méthodes contraceptives mécaniques.
- .....
- 19** Citer tous les moyens contraceptifs qui sont aussi préventifs des MST.
- .....

**20** Qu'est-ce que la méthode Ogino ?

**21** La vasectomie et la ligature des trompes sont-elles des moyens contraceptifs ?

**1** Qu'est-ce que la contraception ?

- **Utilisation de procédés temporaires et réversibles destinés à empêcher la conception**

**2** Une grossesse est-elle possible malgré l'utilisation d'un contraceptif ?

- **Oui**
- **Il ne faut pas confondre contraception et stérilisation**

**3** Donner la définition de l'indice de Pearls. Quel en est l'utilité ?

- **Nombre de grossesses pour 100 années-femmes utilisant une méthode contraceptive**
- **Il permet de mesurer l'efficacité d'une méthode contraceptive**

**4** Expliquer ce qu'est une POP séquentielle.

- **Pilule contraceptive comportant :**
  - **un œstrogène seul durant les 15 premiers jours du cycle**
  - **une association œstrogène-progestatif de synthèse durant le reste du cycle**

**5** Expliquer ce qu'est une POP combinée.

- **Pilule contraceptive utilisant conjointement œstrogène (O) et progestatif de synthèse (P) tout au long du cycle**
- **Monophasique : posologies de O et de P constantes**
- **Biphasique : posologie de P augmente en deuxième partie de cycle, posologie de O est constante**
- **Triphasique : la posologie de P décrit trois paliers au cours de la tablette, la posologie de O est constante**

**6** Quels sont les mécanismes d'action de la pilule œstro-progestative (POP) ?

- **Quadruple action :**
  - **ovaire : blocage de l'ovulation**
  - **col : modification de la glaire cervicale**
  - **endomètre : atrophie**
  - **trompes : ralentissement de la motilité tubaire**

**7** Quel est votre bilan pré-pilule ?

- **Interrogatoire :**
  - FDR cardiovasculaires, néoplasiques
  - traitement en cours
- **Clinique :**
  - poids, TA, examen des membres inférieurs
  - examen au spéculum, TV, palpation mammaire
- **Paraclinique :**
  - frottis cervico-vaginal
  - bilan lipidique (cholestérol total, LDL et HDL cholestérol, triglycérides)
  - glycémie à jeun

**8** Quels sont les effets secondaires des POP ?

- **Gynécologiques (spotting, aménorrhée)**
- **Cardiovasculaires : HTA, AVC, accidents thromboemboliques**
- **Troubles neuropsychiatriques**
- **Hépatique : ictères cholestatiques**
- **Cancérologique : cancer de l'endomètre (si POP fortement dosée)**
- **Biologique : dyslipidémie (augmentation des LDL, des triglycérides), insulino-résistance périphérique**

**9** Quelles sont les contre-indications des POP ?

- **Gynécologique : cancer gynécologique (utérus +++ , sein), hémorragies génitales non étiquetées**
- **Cardiovasculaire : antécédent de thrombose veineuse, HTA, cardiopathie décompensée, insuffisance coronaire**
- **Autres : affection hépatique, insuffisance rénale chronique**
- **Lupus (avec syndrome des antiphospholipides +++)**

**10** Quelles sont les principales interactions médicamenteuses à prendre en compte avec les POP ?

- **Inducteurs enzymatiques : diminuent l'efficacité de la POP, donc risque de grossesse (rifampicine, barbituriques...)**
- **Les POP diminuent l'efficacité des IMAO, tricycliques et de certaines benzodiazépines**

- 11** Que conseillez-vous de faire à une patiente qui a oublié de prendre sa POP depuis moins de 12 heures ?
- Prendre le comprimé oublié de suite, et poursuivre la prise des autres comprimés normalement
- 12** Même question pour un oubli de plus de 12 heures.
- Prendre le comprimé suivant à l'heure normale
  - Considérer que la contraception est inefficace les 7 jours suivant, donc rapports protégés pendant 7 jours
- 13** Quelles sont les différentes méthodes contraceptives utilisant des progestatifs ?
- **Prise continue :**
    - micropilule : progestatif seul microdosé
  - **Prise discontinuée :**
    - prise de progestatif seul du 5<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle
    - dosage fort (LUTENYL<sup>®</sup>) ou faible (LUTERAN<sup>®</sup>)
  - **Injectable :**
    - injection IM trimensuelle de progestatif retard (DÉPOPROVERA<sup>®</sup>)
- 14** Quelles sont les règles de prescription d'une micropilule ?
- Prise de un comprimé par jour à la même heure chaque jour
  - Sans interruption entre deux tablettes (même pendant les règles)
  - Prévenir de l'absence d'efficacité les dix premiers jours de prise
  - Peut être prescrit chez une femme allaitante
- 15** Quel est le mécanisme d'action des dispositifs intra-utérins (DIU) ?
- Empêchent la nidation de l'œuf dans l'endomètre en induisant une réaction inflammatoire locale : présence d'un corps étranger, action propre du cuivre dont sont constitués les DIU
- 16** Quelles sont les contre-indications absolues des DIU ?
- Grossesse
  - Infection génitale haute (imposent l'ablation du stérilet s'il est présent)
  - Cancer de l'endomètre ou du col utérin

- Troubles de la crase sanguine, valvulopathies (porte d'entrée d'une endocardite)
- Maladie de Wilson, intolérance au cuivre

**17** Quelles sont les complications les plus fréquentes des DIU ?

- GEU
- Salpingite
- Échec de contraception
- Perforation utérine, expulsion
- Douleurs pelviennes
- Hémorragies

**18** Qu'est-ce que la contraception mécanique ? Citer trois méthodes contraceptives mécaniques

- Moyen contraceptif empêchant au moyen d'une barrière mécanique la contraception
- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Diaphragme

**19** Citer tous les moyens contraceptifs qui sont aussi préventif des MST.

- Il n'y en a qu'un : le préservatif masculin

**20** Qu'est-ce que la méthode Ogino ?

- Méthode contraceptive se basant sur l'étude de la courbe de température de la femme pour déterminer la période ovulatoire et ainsi réduire les risques de fécondation



*Méthode très peu efficace*

**21** La vasectomie et la ligature des trompes sont-elles des moyens contraceptifs ?

- Non, ce sont des méthodes de stérilisation, car elles sont permanentes et irréversibles

Question  
n° 28

## Interruption volontaire de grossesse



- ❖ Avant 14 SA (12 semaines de grossesse)
- ❖ Délai légal de 8 jours entre la demande et la réalisation de l'IVG
- ❖ Déclaration anonyme obligatoire à la DDASS
- ❖ Consultations médicales et entretien social avec certificat nécessaires au dossier
- ❖ Prévention de l'allo-immunisation rhésus

**1** Quel est le terme limite légal de l'IVG en France ?

.....

**2** Quelles conditions sont nécessaires pour une femme qui demande une IVG ?

.....

**3** Quels médecins sont habilités à pratiquer une IVG ? Dans quelles conditions ?

.....

**4** Un médecin peut-il refuser de pratiquer une IVG ?

.....

**5** Quel est le délai incompressible du déroulement de la procédure légale de l'IVG ?

.....

**6** Quels sont les objectifs de la première consultation d'IVG ?

.....

**7** Quelle est la seconde étape de la procédure légale ? Quels en sont les objectifs ?

.....

**8** Quels sont les objectifs de la seconde consultation médicale ?

.....

**9** Quelle formalité légale le médecin qui pratique l'IVG est-il tenu de remplir ?

.....

**10** Quel est le principe de l'IVG médicale ?

.....

**11** Quels sont ses avantages et ses inconvénients ?

.....

**12** Quelles en sont les contre-indications ?

.....

**13** Quelles peuvent en être les complications obstétricales ?

.....

**14** Quel est le terme limite d'utilisation de la méthode médicale d'IVG ?

.....

**15** Quelle est la technique d'IVG « chirurgicale » ?

.....

**16** Quels en sont les principaux effets secondaires à court terme ?

.....

**17** Quelles en sont les principales séquelles à long terme ?

.....

**18** Quelles prescriptions médicales doivent impérativement accompagner une IVG par aspiration ?

.....

**1** Quel est le terme limite légal de l'IVG en France ?

- **12 semaines de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée (depuis 2001)**

**2** Quelles conditions sont nécessaires pour une femme qui demande une IVG ?

- **Remplir une demande écrite**
- **Femme majeure qui s'estime en situation de détresse**
- **Femme mineure accompagnée du consentement d'un des parents ou du représentant légal, ou d'une personne majeure désignée par la patiente**
- **Patientes étrangères (hors réfugiés politiques) avec justification de résidence en France de plus de 3 mois**

**3** Quels médecins sont habilités à pratiquer une IVG ? Dans quelles conditions ?

- **Tout médecin thésé, quelle que soit sa spécialité est habilité à pratiquer une IVG, à partir du moment où il exerce dans un établissement public ou privé agréé**

**4** Un médecin peut-il refuser de pratiquer une IVG ?

- **Oui, c'est la clause de conscience**
- **Mais s'il fait jouer cette clause, il doit en informer la patiente et la diriger vers un établissement pratiquant les IVG**

**5** Quel est le délai incompressible du déroulement de la procédure légale de l'IVG ?

- **Délai de réflexion de huit jours**
- **Dans certains cas d'urgence, on peut descendre à deux jours**

**6** Quels sont les objectifs de la première consultation d'IVG ?

- **Établir le diagnostic de grossesse (examen gynécologique)**
- **Dater le plus précisément possible la grossesse (échographie au besoin)**
- **Informar la patiente (risque de l'IVG, contraception)**
- **Remettre le dossier DDASS à la patiente**
- **Remplir le certificat de première consultation**

**7** Quelle est la seconde étape de la procédure légale ? Quels en sont les objectifs ?

- **Entretien social (facultatif pour les femmes majeures depuis 2001) réalisé dans un centre agréé ayant pour but :**
  - **informer la patiente (contraception +++, IVG...)**
  - **régler d'éventuels problèmes sociaux**
  - **remise à la patiente d'une attestation d'entretien social**

**8** Quels sont les objectifs de la seconde consultation médicale ?

- **Remplir la demande d'IVG**
- **Nouvelle information, notamment sur la contraception ultérieure**
- **Programmation de l'acte**
- **Remplir le certificat de deuxième consultation**

**9** Quelle formalité légale le médecin qui pratique l'IVG est-il tenu de remplir ?

- **Déclaration anonyme obligatoire à la DDASS recensant toutes les IVG pratiquées en France, à but statistique**

**10** Quel est le principe de l'IVG médicale ?

- **Entraîner la survenue d'un avortement spontané précoce**
- **Utilisation d'un antiprogestérone associé à une prostaglandine (locale ou générale)**

**11** Quels sont ses avantages et ses inconvénients ?

- **Avantages :**
  - **ne nécessite pas d'hospitalisation ni d'anesthésie**
  - **pas de geste endo-utérin**
- **Inconvénients :**
  - **ne peut se pratiquer que sur des grossesses au terme peu avancé**
  - **nécessite une échographie de contrôle à J8**

**12** Quelles en sont les contre-indications ?

- **Ce sont celles des produits utilisés :**
  - **âge > 35 ans**
  - **tabagisme**
  - **antécédents de troubles cardiovasculaires**
  - **allergie aux produits utilisés**
  - **insuffisance rénale**
  - **corticothérapie au long cours**

**13** Quelles peuvent en être les complications obstétricales ?

- Échec
- Hémorragie
- Allo-immunisation rhésus

**14** Quel est le terme limite d'utilisation de la méthode médicale d'IVG ?

- Sept semaines d'aménorrhée (5 semaines de grossesse)

**15** Quelle est la technique d'IVG « chirurgicale » ?

- C'est la dilatation cervicale — aspiration endo-utérine, sous anesthésie locale ou générale

**16** Quels en sont les principaux effets secondaires à court terme ?

- Hémorragie
- Perforation utérine
- Infection
- Rétention d'œuf
- Allo-immunisation rhésus
- Complications psychologiques (importance du suivi des patientes)

**17** Quelles en sont les principales séquelles à long terme ?

- Synéchies utérines avec risque de GEU
- Béance cervico-isthmique
- Stérilité, infertilité
- Psychologique

**18** Quelles prescriptions médicales doivent impérativement accompagner une IVG par aspiration ?

- MÉTHERGIN® (facilite la contraction utérine et diminue le risque d'hémorragies)
- Contraception
- Prévention de l'allo-immunisation rhésus si la patiente est rhésus négatif

Question  
n° 29

## Stérilité du couple : conduite de la première consultation



- ❖ Interrogatoire, clinique +++
- ❖ Chez la femme : courbe de température, dosages hormonaux, hystérosalpingographie
- ❖ Chez l'homme : spermogramme

**1** Qu'est-ce que la stérilité ?

.....

**2** Quelle est la différence entre la stérilité primaire et la stérilité secondaire ?

.....

**3** Quels éléments l'interrogatoire de la femme doit-il particulièrement rechercher ?

.....

**4** Même question pour l'homme.

.....

**5** Que recherche l'examen clinique de la femme ?

.....

**6** Même question pour l'homme.

.....

**7** Citer les principales causes de stérilité chez la femme.

.....

**8** Même question pour l'homme.

.....

- 9** Quel test clinique simple permet d'évaluer le cycle menstruel chez la femme ?
- .....
- 10** Quels dosages hormonaux de première intention chez la femme peuvent aider à détecter une cause hormonale à la stérilité ?
- .....
- 11** Quel est l'examen morphologique qui apporte le plus d'information chez la femme lors d'une enquête de stérilité ?
- .....
- 12** Quelles en sont les conditions de réalisation ?
- .....
- 13** Qu'est-ce que le test post-coïtal de Hünher ?
- .....
- 14** Quel est l'examen-clé de l'enquête d'infertilité chez l'homme ?
- .....
- 15** Quel examen réalisé à la fois chez l'homme et chez la femme permet de rechercher une cause génétique à la stérilité
- .....

**1** Qu'est-ce que la stérilité ?

- Absence de grossesse chez un couple après un minimum de deux ans de rapports sexuels normaux sans contraception

**2** Quelle est la différence entre la stérilité primaire et la stérilité secondaire ?

- Primaire : absence de toute grossesse antérieure
- Secondaire : existence d'une grossesse antérieure dans le couple

**3** Quels éléments l'interrogatoire de la femme doit-il particulièrement rechercher ?

- Âge
- Antécédents gynécologiques :
  - âge de la ménarche
  - caractéristiques des cycles menstruels
  - histoire de la contraception
  - Infection, endométriose...
- Antécédents obstétricaux :
  - existence de grossesses antérieures, complications
  - existence de GEU
  - recours à la PMA
- Antécédents médicaux :
  - maladie générale, endocrinienne, tuberculose...
  - prise de médicaments potentiellement à risque de stérilité
- Antécédents de chirurgie abdomino-pelvienne
- Histoire de la stérilité :
  - délai depuis la première tentative de grossesse
  - rapports sexuels (fréquence, dyspareunie, sexologie...)

**4** Même question pour l'homme.

- Âge
- Antécédents de paternité dans le même couple ou un autre
- Antécédents médicaux :
  - infections potentiellement à risque de stérilité (oreillons, infections génitales...)

- Antécédents chirurgicaux :
  - chirurgie pelvienne, abdominale, scrotale, torsion de testicule, cryptorchidie
- Mode de vie :
  - toxique (tabac...), chaleur, radiations ionisantes, chimique
  - profession avec exposition à risque
- Histoire de la stérilité :
  - mêmes questions que pour la femme
  - troubles de l'érection, de l'éjaculation

**5** Que recherche l'examen clinique de la femme ?

- Signes généraux d'un trouble hormonal (caractères sexuels secondaires, virilisme, galactorrhée)
- Anomalie génitale morphologique :
  - inspection : malformation vulvaire et vaginale
  - spéculum : examen du col à la recherche d'une anomalie morphologique, une lésion cicatricielle ou une anomalie de la glaire cervicale (à prélever pour examen)
  - toucher vaginal et palpation bimanuelle : anomalie utérine ou annexielle

**6** Même question pour l'homme.

- Signes généraux d'un trouble hormonal (caractères sexuels secondaires, gynécomastie, morphotype typique d'une anomalie génétique)
- Anomalie morphologique génitale :
  - examen de la verge
  - examen du scrotum et de son contenu : anomalies testiculaire, épидидymaire, varicocèle...
  - toucher rectal : anomalie prostatique

**7** Citer les principales causes de stérilité chez la femme.

- Trouble de la fonction ovarienne :
  - cause haute : hypothalamus, hypophyse, hyperprolactinémie
  - cause basse : insuffisance ovarienne
  - cause autre : hyperandrogénie

- Trouble mécanique :
  - malformation congénitale, séquelle infectieuse, séquelle chirurgicale, séquelle de GEU...
- Anomalie génétique

**8** Même question pour l'homme.

- Trouble de la spermatogenèse :
  - cause haute (insuffisance hypotalamo-hypophysaire, hyperprolactinémie...)
  - cause basse (insuffisance sécrétoire, syndrome de Klinefelter, chimiothérapie...)
  - cause infectieuse...
- Trouble de l'excrétion :
  - malformation de l'appareil éjaculatoire

**9** Quel test clinique simple permet d'évaluer le cycle menstruel chez la femme ?

- Établissement de la courbe de température de la femme

**10** Quels dosages hormonaux de première intention chez la femme peuvent aider à détecter une cause hormonale à la stérilité ?

- Dosage de prolactine, FSH, LH, œstradiol, testostérone, progestérone,

**11** Quel est l'examen morphologique qui apporte le plus d'information chez la femme lors d'une enquête de stérilité ?

- L'hystérosalpingographie

**12** Quelles en sont les conditions de réalisation ?

- Absence d'hémorragie
- Absence d'infection récente
- Absence de grossesse débutante (réalisation en première partie de cycle)

**13** Qu'est-ce que le test post-coïtal de Hünher ?

- Prélèvement sous spéculum de la glaire cervicale 12 heures au plus tard après le dernier rapport sexuel avec examen microscopique en vue de la quantification des spermatozoïdes. Ses résultats sont à confronter à ceux du spermogramme.

**14** Quel est l'examen-clé de l'enquête d'infertilité chez l'homme ?

- **Le spermogramme**
- **Résultats : volume de l'éjaculat, numération, morphologie et mobilité des spermatozoïdes**

**15** Quel examen réalisé à la fois chez l'homme et chez la femme permet de rechercher une cause génétique à la stérilité

- **Le caryotype**

Question  
n° 30

## Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques



- ❖ Lois bioéthiques du 29 juillet 1994
- ❖ Techniques : IAC, IAD, FIV, ICSI
- ❖ Complications : échec, grossesses multiples ou à risque
- ❖ Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (grave +++)

**1** Qu'est-ce que l'assistance médicale à la procréation ?

.....

**2** Dans quel cadre légal est-elle définie ?

.....

**3** Quelles sont les conditions que doit réunir un couple pour bénéficier de l'AMP ?

.....

**4** Quelles sont les contre-indications à l'AMP ?

.....

**5** Quelles sont les conditions légales du don de sperme ?

.....

**6** Quelles sont les conditions légales du don d'embryon ?

.....

**7** Décrire la technique de l'insémination artificielle intra-utérine de sperme.

.....

**8** Quelle est la limite du nombre d'IAC pour un seul couple ?

.....

- 9** Quelles en sont les principales indications ?  
.....
- 10** Quel en est le taux de succès ?  
.....
- 11** Quelles en sont les complications ?  
.....
- 12** Décrire les anomalies observables lors d'un syndrome d'hyperstimulation ovarienne.  
.....
- 13** Définir la fécondation *in vitro* (FIV).  
.....
- 14** Quelles en sont les principales indications ?  
.....
- 15** Quel en est le taux de succès ?  
.....
- 16** Qu'est-ce que l'ICSI ?  
.....
- 17** Quelles en sont les principales indications ?  
.....

**1** Qu'est-ce que l'assistance médicale à la procréation ?

- Ensemble des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, le transfert d'embryon et l'insémination artificielle, ainsi que de toute technique d'effet équivalent permettant la procréation en dehors du cadre naturelle (loi du 29 juillet 1994)

**2** Dans quel cadre légal est-elle définie ?

- Lois de bioéthique du 29 juillet 1994

**3** Quelles sont les conditions que doit réunir un couple pour bénéficier de l'AMP ?

- Demande parentale écrite
- Stérilité diagnostiquée médicalement
- Couple marié ou en concubinage depuis plus de deux ans
- Parents vivants et en âge de procréer
- Avoir subi un entretien avec l'équipe d'AMP
- Accord écrit du médecin responsable de l'AMP

**4** Quelles sont les contre-indications à l'AMP ?

- Âge de la mère supérieur à 42 ans
- Absence d'utérus fonctionnel
- Les conditions requises pour l'AMP ne sont pas réunies

**5** Quelles sont les conditions légales du don de sperme ?

- Don anonyme ne donnant droit à aucune rémunération
- Recueil du consentement écrit du donneur et de sa conjointe
- Donneur âgé d'au moins 35 ans, et ayant au moins deux enfants
- Respect des règles d'infectiovigilance
- Nombre de naissance limitées à cinq par don

**6** Quelles sont les conditions légales du don d'embryon ?

- Don anonyme ne donnant droit à aucune rémunération
- Recueil du consentement écrit du couple donneur
- Respect des règles d'infectiovigilance
- Enquête du juge : conditions de l'AMP sont réunies, conditions familiales chez les receveurs sont correctes

**7** Décrire la technique de l'insémination artificielle intra-utérine de sperme.

- Insémination dans l'utérus de sperme du conjoint (IAC) ou de donneur (IAD) préparé, après stimulation ovarienne médicamenteuse (hCG) et déclenchement de l'ovulation

**8** Quelle est la limite du nombre d'IAC pour un seul couple ?

- Cinq par couple

**9** Quelles en sont les principales indications ?

- Infertilité masculine légère
- Dysmucoorrhées
- Infertilité cryptogénétique depuis plus de deux ans

**10** Quel en est le taux de succès ?

- Succès dans 10 à 15 % des cas

**11** Quelles en sont les complications ?

- Échec
- Syndrome d'hyperstimulation ovarienne (pouvant engager le pronostic vital)
- Grossesses multiples plus fréquentes
- Grossesses pathologiques plus fréquentes

**12** Décrire les anomalies observables lors d'un syndrome d'hyperstimulation ovarienne.

- Hypertrophie ovarienne avec risque de torsion et de rupture
- Exsudation extra-vasculaire :
  - ascite, épanchement pleural, création d'un troisième secteur, hémococoncentration, choc hypovolémique
- Troubles ioniques et de la coagulation
- Insuffisance rénale aiguë
- SDRA et accidents thromboemboliques possibles



*Complication de la stimulation ovarienne pouvant être gravissime et mettre en jeu la vie de la patiente !*

**13** Définir la fécondation *in vitro* (FIV).

- Stimulation médicale de l'ovulation
- Prélèvements folliculaires échoguidés
- Insémination *in vitro* des ovocytes prélevés avec des spermatozoïdes

- Mise en culture
- Implantation intra-utérine

**14** Quelles en sont les principales indications ?

- Infertilité tubaire inaccessible à la chirurgie
- Infertilité masculine modérée
- Endométriose invalidante

**15** Quel en est le taux de succès ?

- Succès dans 20 % des cas

**16** Qu'est-ce que l'ICSI ?

- Variante de la FIV qui consiste à injecter directement dans le cytoplasme de l'ovocyte un spermatozoïde vivant et de morphologie normale

**17** Quelles en sont les principales indications ?

- Défaut de mobilité des spermatozoïdes
- Azoospermie obstructive (excrétoire)
- Azoospermie non-obstructive (sécrétoire) si spermatogénèse conservée
- Stérilité d'origine immunologique (anticorps anti-spermatozoïdes) masculine ou féminine

### Question n° 55



- ❖ Diagnostic clinique et rétrospectif, aucun examen indispensable
- ❖ Avoir la hantise du cancer de l'endomètre
- ❖ Penser à l'ostéoporose et au risque cardiovasculaire
- ❖ THS : œstrogène + progestérone (toujours en association)
- ❖ En dehors des contre-indications après bilan pré-thérapeutique

- 1** Quelle est la définition de la ménopause ?  
.....
- 2** Quels sont les deux motifs de consultation les plus fréquemment à l'origine du diagnostic de ménopause ?  
.....
- 3** Quels sont les examens dont la prescription est indispensable pour établir le diagnostic de ménopause ?  
.....
- 4** Quels examens prescrivez-vous pour étayer votre diagnostic de ménopause ?  
.....
- 5** Décrire l'examen clinique d'une femme qui consulte pour un bilan de ménopause.  
.....
- 6** Quels examens prescrivez-vous dans le cadre de ce bilan ?  
.....
- 7** Quelles sont les conséquences de la ménopause au niveau osseux ?  
.....

**8** Quelles sont les conséquences de la ménopause au niveau cardiovasculaire ?

.....

**9** Quelles sont les conséquences cutanéomuqueuses de la ménopause ?

.....

**10** Quels diagnostics évoquer chez une femme qui présente des métrorragies peu après la ménopause ?

.....

**11** Quel est le traitement de la ménopause ?

.....

**12** Quels sont ses intérêts principaux ?

.....

**13** Quelles sont ses contre-indications absolues ?

.....

**14** Quel bilan pré-thérapeutique prescrivez-vous ?

.....

**15** Quels traitements associés sont utiles dans le traitement de la ménopause ?

.....

**16** Quels sont les éléments de la surveillance d'une femme traitée pour ménopause ?

.....

**1** Quelle est la définition de la ménopause ?

- Arrêt définitif des menstruations, avec une période de un an sans règles.



*Précédée par une période dite de pré-ménopause, où les règles sont irrégulières et peu abondantes ; suivie par la post-ménopause, où le climat de carence œstrogénique s'installe*

**2** Quels sont les deux motifs de consultation les plus fréquemment à l'origine du diagnostic de ménopause ?

- Aménorrhée secondaire
- Bouffées de chaleur

**3** Quels sont les examens dont la prescription est indispensable pour établir le diagnostic de ménopause ?

- Aucun



*Le diagnostic de ménopause est clinique et rétrospectif, les examens ne sont là que pour confirmer les cas douteux et ne sont en aucun cas indispensables !*

**4** Quels examens prescrivez-vous pour étayer votre diagnostic de ménopause ?

- Courbe ménothermique :
  - plate, sans plateau lutéal de deuxième partie de cycle, indiquant l'absence d'ovulation
- Dosages hormonaux :
  - FSH normale ou augmentée
  - LH normale
  - œstradiol normal ou diminué
  - progestérone fortement diminuée



*Les dosages hormonaux peuvent être normaux au début, sans éliminer le diagnostic*

**5** Décrire l'examen clinique d'une femme qui consulte pour un bilan de ménopause.

- Interrogatoire :
  - histoire des règles, contraception, antécédents gynécologiques et obstétriques
  - bouffées de chaleur

- Examen gynécologique :
  - palpation mammaire bilatérale
  - spéculum (avec frottis cervicovaginal)
  - TV : atrophie et sécheresse vulvaire et vaginale
- Examen cardiovasculaire, cutané...

**6** Quels examens prescrivez-vous dans le cadre de ce bilan ?

- Mammographie bilatérale
- Frottis cervicovaginal
- Bilan lipidique (LDL, HDL, Cholestérol total, TG...)

**7** Quelles sont les conséquences de la ménopause au niveau osseux ?

- Ostéoporose +++
- Par œstropénie

**8** Quelles sont les conséquences de la ménopause au niveau cardiovasculaire ?

- Risque athérogène augmenté (il rejoint à cet âge celui des hommes)
- Fréquence des dyslipidémies augmentée

**9** Quelles sont les conséquences cutané-muqueuses de la ménopause ?

- Perte de souplesse, atrophie cutanée
- Atrophie et sécheresse vulvaire et vaginale

**10** Quels diagnostics évoquer chez une femme qui présente des métrorragies peu après la ménopause ?

- Cancer de l'endomètre
- Fibrome

**11** Quel est le traitement de la ménopause ?

- Traitement hormonal substitutif (THS) au long cours (au moins 10 ans) à débiter le plus précocement possible
- Prescrit en dehors des contre-indications, après bilan pré-thérapeutique
- Association œstroprogestative



*La prescription d'un œstrogène seul est interdite car elle augmente le risque de cancers hormonodépendants*

**12** Quels sont ses intérêts principaux ?

- Remédier à la carence œstrogénique et sa symptomatologie
- Diminuer le risque d'ostéoporose

**13** Quelles sont ses contre-indications absolues ?

- Risque élevé de cancer hormonodépendant (sein, endomètre)
- Hémorragie génitale non diagnostiquée
- Accident thromboembolique veineux ou artériel en évolution
- Atteinte hépatique sévère

**14** Quel bilan pré-thérapeutique prescrivez-vous ?

- Clinique (QS)
- Paraclinique :
  - frottis cervicovaginal
  - mammographie
  - bilan lipidique
  - glycémie à jeun

**15** Quels traitements associés sont utiles dans le traitement de la ménopause ?

- Neuroleptiques (ex : véralipride AGREAL®) pour les bouffées de chaleur (si contre-indication au THS) :
- Œstrogène local (ex : COLPOTROPHINE®) pour l'atrophie vaginale

**16** Quels sont les éléments de la surveillance d'une femme traitée pour ménopause ?

- Clinique :
  - palpation mammaire
  - spéculum, TV, TR
- Paraclinique :
  - frottis cervicovaginal
  - mammographie
  - bilan lipidique (si anomalie antérieure)

Question  
n° 88

## Infections génitales de la femme. Leucorrhées



- ❖ Salpingite :
  - Indispensable : bilan MST, dépistage et traitement des partenaires, rapports protégés
  - Ablation stérilet et mise en culture
  - Traitement : coelioscopie, antibiothérapie, contraception orale
  - Complications : stérilité tubaire et GEU à long terme
- ❖ Leucorrhées :
  - Aspect clinique à noter
  - Prélèvements locaux pour :
    - Sniff test, pH, microscope
    - coloration, IFD, direct, culture, antibiogramme
  - Candidose : facteurs favorisants à supprimer, anti-fongique local

**1** Donner la définition d'une leucorrhée.

.....

**2** Quelles sont les principales causes d'une leucorrhée d'origine utérine ?

.....

**3** Quelles sont les principales causes d'une leucorrhée d'origine vaginale ?

.....

**4** Donner la définition d'une salpingite.

.....

**5** Quels sont les facteurs de risque d'une salpingite aiguë ?

.....

**6** Donner les signes fonctionnels d'une salpingite aiguë.

.....

- 7** Décrire l'examen clinique d'une femme qui a une salpingite aiguë.
- 
- 8** Citer les examens complémentaires à prescrire devant une salpingite aiguë.
- 
- 9** Quels sont les germes le plus fréquemment en cause dans les salpingites ?
- 
- 10** Citer les diagnostics différentiels d'une salpingite aiguë.
- 
- 11** Quel est l'intérêt de la coelioscopie dans la salpingite aiguë ?
- 
- 12** Quel est l'intérêt de l'hystérosalpingographie et de l'hystérographie dans la salpingite aiguë ?
- 
- 13** Quelles sont les complications à court terme d'une salpingite aiguë ?
- 
- 14** Quelles sont les complications à long terme d'une salpingite aiguë ?
- 
- 15** Donner la définition du syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.
- 
- 16** Comment en fait-on le diagnostic ?
- 
- 17** Donner les principes du traitement d'une salpingite aiguë.
-

- 18** Détailler votre prescription d'antibiotiques dans une salpingite aiguë.
- .....
- 19** Quelles sont les mesures associées au traitement ?
- .....
- 20** Quels sont les moyens de prévention des salpingites aiguës ?
- .....
- 21** Quels germes sont le plus fréquemment impliqués dans les vulvo-vaginites ?
- .....
- 22** Quelles sont les caractéristiques d'une leucorrhée physiologique ?
- .....
- 23** Quels examens complémentaires prescrire devant toute leucorrhée ?
- .....
- 24** Quels sont les facteurs favorisant les mycoses vaginales ?
- .....
- 25** Décrire les leucorrhées typiques d'une candidose vaginale.
- .....
- 26** Quel en est le traitement ?
- .....
- 27** Quels sont les moyens de prévention des mycoses ?
- .....
- 28** Décrire les leucorrhées typiques d'une infection à *Trichomonas Vaginalis*.
- .....
- 29** Quel en est le traitement ?
- .....

**30** Décrire les leucorrhées typiques d'une infection à *Gardnerella Vaginalis*.

---

**31** Quel en est le traitement ?

---

**1** Donner la définition d'une leucorrhée.

- Écoulement non sanglant, muqueux ou muco-purulent d'origine génital.

**2** Quelles sont les principales causes d'une leucorrhée d'origine utérine ?

- Salpingite
- Endométrite

**3** Quelles sont les principales causes d'une leucorrhée d'origine vaginale ?

- Leucorrhées physiologiques
- Vulvo-vaginites
- Cervicites

**4** Donner la définition d'une salpingite.

- Inflammation aiguë ou chronique d'une ou des deux trompes de Fallope

**5** Quels sont les facteurs de risque d'une salpingite aiguë ?

- Âge < 25 ans
- Manceuvre ou dispositif endo-utérin :
  - stérilet
  - révision utérine, curetage, IVG
  - hystérosalpingographie, hystéroscopie
- Facteurs de risque de MST :
  - rapports sexuels non protégés
  - partenaires multiples
  - bas niveau socio-économique

**6** Donner les signes fonctionnels d'une salpingite aiguë.

- Fièvre (39°C-40°C)
- Leucorrhées (d'aspect variable selon le germe)
- ± Métrorragies
- Douleur abdominale en fosse iliaque ou hypogastrique, latéralisée ou non

**7** Décrire l'examen clinique d'une femme qui a une salpingite aiguë.

- Palpation abdominale douloureuse avec défense localisée
- Spéculum :
  - leucorrhées
  - col inflammatoire (cervicite)
- TV :
  - douloureux
  - mobilisation utérine difficile et douloureuse
  - masse ou empâtement latéro-utérin
  - recherche d'une douleur au cul-de-sac de Douglas

**8** Citer les examens complémentaires à prescrire devant une salpingite aiguë.

- Bactériologie :
  - sous spéculum : prélèvements des leucorrhées, de l'endocol et de l'exocol
  - généraux : hémocultures, ECBU
- Biologie :
  - $\beta$ -HCG, NFS plaquettes, VS, CRP
- Bilan MST : CHEZ LA FEMME ET SON PARTENAIRE :
  - TPHA VDRL, Sérologie *Chlamydiae*, mycoplasme, sérologie VIH avec accord du patient
- Échographie utéroannexielle par voie sus pubienne
- Coelioscopie

**9** Quels sont les germes le plus fréquemment en cause dans les salpingites ?

- Aiguës : MST +++ 70-80 % des cas :
  - *Chlamydiae Trachomatis*
  - gonocoque
- Chroniques : BK +++ (rare)

**10** Citer les diagnostics différentiels d'une salpingite aiguë.

- Gynéco :
  - GEU
  - endométrite
  - kystes et complications
  - nécrobiose aseptique de fibrome
- Autres (digestif : appendicite, cholécystite ; urologique pyélonéphrite aiguë...)

**11** Quel est l'intérêt de la coelioscopie dans la salpingite aiguë ?

- Intérêt triple :
  - diagnostique (clinique : trompes inflammatoires, exuda... ; prélèvements bactériologiques multiples)
  - pronostique (présences de complications : abcès, péritonite, FHC...)
  - thérapeutique (lyse des adhérences, lavage péritonéal)

**12** Quel est l'intérêt de l'hystérosalpingographie et de l'hystérogographie dans la salpingite aiguë ?

- **Aucun, ces examens sont formellement contre-indiqués dans cette situation**

**13** Quelles sont les complications à court terme d'une salpingite aiguë ?

- Locales :
  - pyosalpinx, abcès de l'ovaire
  - pelvipéritonite, abcès du Douglas
- À distance :
  - septicémie
  - thrombophlébite
  - syndrome de Fitz-Hugh-Curtis

**14** Quelles sont les complications à long terme d'une salpingite aiguë ?

- Récidive, passage à la chronicité
- Risque accru de GEU
- Stérilité tubaire

**15** Donner la définition du syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

- Périhépatite (péritonite localisée) secondaire à une infection génitale à *Chlamydiae Trachomatis* ou au gonocoque (le foie n'est touché en aucune façon)

**16** Comment en fait-on le diagnostic ?

- Clinique :
  - tableau de salpingite aiguë
  - douleur de l'hypochondre droit avec Murphy + et défense localisée

- Biologique :
  - syndrome inflammatoire
  - bilan hépatique normal
- Coelioscopie +++ :
  - adhérences inter-hépto-diaphragmatiques en corde de violon (ultra classique)

**17** Donner les principes du traitement d'une salpingite aiguë.

- Urgence thérapeutique imposant l'hospitalisation
- Repos au lit
- Traitement médical : antibiothérapie (OS)
- Traitement chirurgical : coelioscopie (laparotomie, si complication grave) :
  - exploration systématique de la capsule hépatique (FHC)
  - prélèvements à visée bactériologique
  - lavage, toilette péritonéale
  - adhésiolyse
  - drainage si abcédé
- Mesures associées
- Surveillance

**18** Détailler votre prescription d'antibiotiques dans une salpingite aiguë.

- Double Synergique Bactéricide
- Dirigée contre les germes les plus fréquemment en cause
- Probabiliste, secondairement adaptée à l'antibiogramme
- Débutée après les prélèvements sans en attendre les résultats
- Intraveineuse d'une durée de trois semaines minimum
- À type de : ( $\beta$ -lactamines + cyclines ou  $\beta$ -lactamines + Quinolones)

**19** Quelles sont les mesures associées au traitement ?

- Contraception orale
- Dépistage et traitement du ou des partenaires
- Abstinence sexuelle (ou rapports protégés)
- Antalgiques + AINS
- Arrêt de travail pendant un mois



*Les trois premières mesures sont capitales !*

**20** Quels sont les moyens de prévention des salpingite aiguës ?

- Prévention des MST :
  - rapports protégés +++
- Éducation des patientes et de leur(s) conjoint(s)

**21** Quels germes sont le plus fréquemment impliqués dans les vulvo-vaginites ?

- *Candida Albicans* (mycoses vaginales)
- *Gardnerella Vaginalis* (bactérie)
- *Trichomonas Vaginalis* (parasite)

**22** Quelles sont les caractéristiques d'une leucorrhée physiologique ?

- Inodore, indolore
- Blanches, translucides
- Présentes en période pré-ovulatoires ou pendant la grossesse

**23** Quels examens complémentaires prescrire devant toute leucorrhée ?

- Prélèvements locaux (endocol, exocol, culs-de-sac vaginaux) :
  - extemporané : pH, examen au microscope, sniff test (KOH 5 %)
  - au laboratoire : colorations (gram, spéciales)
  - IFD (*Chlamydiae*, *Gardnerella*)
  - mise en culture sur milieu standard et de Sabouraud
  - antibiogramme
- Bilan MST chez la femme et son partenaire (QS)

**24** Quels sont les facteurs favorisant les mycoses vaginales ?

- Augmentation de l'acidité locale
- Grossesse
- Immunodépression
- Diabète
- Obésité
- Atrophie vulvo-vaginale post-ménopause

- Contraception orale
- Antibiothérapie à large spectre (déséquilibre de la flore vaginale)
- Vêtements peu respirant et trop serrés

**25** Décrire les leucorrhées typiques d'une candidose vaginale.

- Blanches, inodores, caillébotées (en caillot)
- Prurigineuses, accompagnées d'une vaginite érythémateuses

**26** Quel en est le traitement ?

- Traitement antifongique imadazolé local : Gynopévaryl LP (ovule) en administration unique
- Rapports protégés

**27** Quels sont les moyens de prévention des mycoses ?

- Mesures d'hygiène :
  - vêtements en coton, pas trop serrés
  - toilette avec un savon alcalin
- Si nombreuses récurrences, envisager un traitement *per os* pour éliminer un éventuel foyer digestif

**28** Décrire les leucorrhées typiques d'une infection à *Trichomonas Vaginalis*.

- Abondantes, malodorantes, verdâtres
- Reposant sur une muqueuse rouge avec piqueté hémorragique du col
- pH alcalin
- Le microscope retrouve un protozoaire flagellé

**29** Quel en est le traitement ?

- Traitement antiparasitaire oral monodose : métromidazole (FLAGYL®)
- Traitement antiparasitaire local pendant 10 jours : métromidazole (FLAGYL®) ovule
- Recherche et traitement d'une MST associée
- Dépistage et traitement des partenaires
- Abstinence sexuelle pendant 10 jours
- Prévention des MST

**30** Décrire les leucorrhées typiques d'une infection à *Gardnerella Vaginalis*.

- Grisâtres, malodorantes (odeur de poisson)
- Pas de signe fonctionnel, muqueuse normale
- Sniff Test (test à la potasse) + (odeur de poisson pourri)
- Présence de *Clue-cells* au microscope

**31** Quel en est le traitement ?

- Traitement antibiotique *per os* pendant 7 jours
- Métromidazole (FLAGYL®) ou amoxicilline (CLAMOXYL®)
- Prévention des MST

Question  
n° 147

## Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin



- ❖ Cancer du col : 3<sup>e</sup> cancer gynécologique, intérêt du dépistage
  - Terrain : femme de 30 ans avec risques de MST, HPV
  - TV, spéculum, frottis cervicovaginal : éléments diagnostiques indispensables
  - Colposcopie et biopsies avec schémas datés pour un diagnostic de certitude
  - Extension locale +++ (IRM, TDM, UIV)
  - Traitement radiochirurgical
- ❖ Cancer de l'endomètre : 2<sup>e</sup> cancer gynécologique
  - Cancer hormonodépendant +++
  - À évoquer systématiquement devant toute métrorragie péri- ou post-ménopausique
  - Hystéroscopie opératoire avec biopsies et schémas datés pour un diagnostic de certitude
  - Traitement radiochirurgical

**1** Quels sont les types anatomopathologiques les plus fréquents des cancers du col utérin ?

**2** Quelle est l'évolution naturelle d'un cancer du col non traité ?

**3** Quelle est l'importance épidémiologique du cancer du col ?

**4** Quels sont les facteurs de risque de cancer du col ?

**5** Quelle famille de virus est impliquée de façon certaine dans la genèse du cancer du col ?

**6** Quels sont les modes de découverte les plus fréquents du cancer du col ?

.....

**7** Quel examen prescrivez-vous en cas d'anomalies de haut grade au frottis cervico-vaginal ?

.....

**8** Que faire si cet examen n'est pas assez informatif ?

.....

**9** Comment traitez-vous une infection bénigne à HPV du col, sans dysplasie de haut grade ?

.....

**10** Quel est votre bilan d'extension clinique en cas de cancer du col ?

.....

**11** Quel est votre bilan d'extension paraclinique ?

.....

**12** Quel traitement proposez-vous pour un cancer du col microinvasif sans métastases ganglionnaires ou viscérales ?

.....

**13** Quel traitement proposez-vous pour un cancer du col invasif limité au col et à l'utérus sans atteinte des paramètres ?

.....

**14** Quel traitement proposez-vous pour un cancer du col avec atteinte extra-pelvienne, métastase ou retentissement urinaire ?

.....

**15** Quels sont les éléments de surveillance d'un cancer du col traité ?

.....

- 16** Quels sont les éléments du dépistage du cancer du col ?
- .....
- 17** À quelle population ce dépistage s'adresse-t-il ?
- .....
- 18** Quel est le type anatomopathologique le plus fréquent des cancers de l'endomètre
- .....
- 19** Quelle est l'importance épidémiologique du cancer de l'endomètre ?
- .....
- 20** Quels sont les facteurs de risque du cancer de l'endomètre ?
- .....
- 21** Quel est le mode de présentation le plus fréquent du cancer de l'endomètre ?
- .....
- 22** Quelle autre étiologie devez-vous évoquer devant ce tableau ?
- .....
- 23** Quel examen prescrivez-vous pour obtenir le diagnostic de certitude de cancer de l'endomètre ?
- .....
- 24** Quel est votre bilan d'extension paraclinique du cancer de l'endomètre ?
- .....
- 25** Quelle classification d'extension est utilisée pour les cancers de l'endomètre et du col ?
- .....
- 26** Quels sont les facteurs de mauvais pronostic du cancer de l'endomètre ?
- .....

**27** Quel traitement proposez-vous pour un cancer de l'endomètre limité à l'utérus et ne dépassant pas le col utérin ?

---

**28** Quel traitement peut-on proposer pour un cancer de l'endomètre avec une extension locale dépassant l'utérus ou métastasé ?

---

**29** Quels sont les éléments de surveillance d'un cancer de l'endomètre traité ?

---

**1** Quels sont les types anatomopathologiques les plus fréquents des cancers du col utérin ?

- Exocol : carcinome épidermoïde (90 % des cancers du col)
- Endocol : adénocarcinome (10 %)

**2** Quelle est l'évolution naturelle d'un cancer du col non traité ?

- Extension locale +++ avec retentissement au niveau urinaire (insuffisance rénale obstructive)
- Puis extension ganglionnaire
- Les métastases viscérales sont peu fréquentes



*On dit que les femmes atteintes d'un cancer du col meurent d'insuffisance rénale*

**3** Quelle est l'importance épidémiologique du cancer du col ?

- C'est le troisième cancer gynécologique
- Il touche surtout les femmes jeunes

**4** Quels sont les facteurs de risque de cancer du col ?

- Femme à risque de MST (âge précoce des premiers rapports, multiplicité des partenaires, rapports non protégés)
- Tabac
- Immunodépression (quelle qu'en soit la cause)
- Bas niveau socio-économique

**5** Quelle famille de virus est impliquée de façon certaine dans la genèse du cancer du col ?

- Papillomaviridae
  - HPV plus particulièrement (*Human Papillomavirus*)

**6** Quels sont les modes de découverte les plus fréquents du cancer du col ?

- Chez une femme jeune (30-40 ans) :
  - présentant des facteurs de risque
  - métrorragies provoquées
- Découverte fortuite lors d'un frottis cervicovaginal systématique

**7** Quel examen prescrivez-vous en cas d'anomalies de haut grade au frottis cervico-vaginal ?

- Colposcopie
- Test à l'acide acétique
- Test au lugol
- Biopsies multiples des zones anormales macroscopiquement, iodo et acido positives et de la jonction endocol-exocol.
- Examen anatomopathologique des biopsies
- Schéma daté et signé des anomalies observées

**8** Que faire si cet examen n'est pas assez informatif ?

- En cas de :
  - mauvaise observation de la limite endocol-exocol
  - lésions dépassant le champ d'observation
- On demande une conisation diagnostique avec examen extemporané et examen anatomopathologique de la pièce de résection

**9** Comment traitez-vous une infection bénigne à HPV du col, sans dysplasie de haut grade ?

- Traitement local
- Cryothérapie ou laser

**10** Quel est votre bilan d'extension clinique en cas de cancer du col ?

- Examen pelvien sous anesthésie générale (Spéculum, TV, TR, toucher bimanuel) avec schémas datés et signés
- Palpation mammaire bilatérale et comparative
- (reste de l'examen bilan standard pour tous les cancers QS)

**11** Quel est votre bilan d'extension paraclinique ?

- Morphologique :
  - TDM pelvienne +++
  - IRM pelvienne +++
  - UIV (recherche d'un retentissement sur les voies urinaires)
  - radiographie pulmonaire
  - échographie abdominale
- Biologique : marqueur spécifique : SCC (*Squamous Cell Carcinoma*)

**12** Quel traitement proposez-vous pour un cancer du col microinvasif sans métastases ganglionnaires ou viscérales ?

- Traitement conservateur curatif
- Conisation chirurgicale
- Examen extemporané et anatomopathologique de la pièce de résection
- Surveillance

**13** Quel traitement proposez-vous pour un cancer du col invasif limité au col et à l'utérus sans atteinte des paramètres ?

- Traitement curatif
- Association radiochirurgicale (l'ordre varie selon les équipes) :
  - curiethérapie endovaginale néoadjuvante
  - chirurgie CHEL (Colpohystérectomie élargie aux paramètres avec lymphadénectomie) avec examen anatomopathologique de la pièce opératoire
  - radiothérapie externe fractionnée adjuvante

**14** Quel traitement proposez-vous pour un cancer du col avec atteinte extra-pelvienne, métastase ou retentissement urinaire ?

- Traitement palliatif (pas vraiment de consensus sur les indications thérapeutiques)
- Curiothérapie et radiothérapie externe
- Chimiothérapie (cis-platine)
- surveillance

**15** Quels sont les éléments de surveillance d'un cancer du col traité ?

- Clinique
- Frottis cervicovaginal sur cicatrice
- UIV
- Radiographie pulmonaire
- Échographie hépatique

**16** Quels sont les éléments du dépistage du cancer du col ?

- Examen clinique (Examen du col sous spéculum, TV)
- Frottis cervicovaginal

**17** À quelle population ce dépistage s'adresse-t-il ?

- Toute femme ayant une activité sexuelle, plus particulièrement celles ayant un ou des facteurs de risque
- Clinique à chaque consultation (idéalement annuelle)
- Frottis le plus tôt possible puis tous les trois ans

**18** Quel est le type anatomopathologique le plus fréquent des cancers de l'endomètre

- Adénocarcinome

**19** Quelle est l'importance épidémiologique du cancer de l'endomètre ?

- C'est le second cancer gynécologique en fréquence

**20** Quels sont les facteurs de risque du cancer de l'endomètre ?

- Hyperœstrogénie (cancer hormonodépendant cf. cancer du sein) +++
- Obésité, HTA, diabète

**21** Quel est le mode de présentation le plus fréquent du cancer de l'endomètre ?

- Femme ménopausée (ou en péri ménopause)
- Présentant des métrorragies

**22** Quelle autre étiologie devez-vous évoquer devant ce tableau ?

- Fibromes utérins

**23** Quel examen prescrivez-vous pour obtenir le diagnostic de certitude de cancer de l'endomètre ?

- Biopsies de l'endomètre dirigées par hystéroscopie opératoire
- Multiples, étagées
- Examen anatomopathologique des biopsies
- Schémas datés et signés

**24** Quel est votre bilan d'extension paraclinique du cancer de l'endomètre ?

- **Morphologique :**
  - échographie endovaginale
  - IRM abdomino-pelvienne
  - radiographie pulmonaire
  - échographie hépatique
- **Biologique :** marqueurs (p53, Ca 125, ACE)

**25** Quelle classification d'extension est utilisée pour les cancers de l'endomètre et du col ?

- **Classification de la FIGO**  
N.B. : Prend en compte l'extention pariétale, locale, ainsi que l'atteinte ganglionnaire et la présence de métastases

**26** Quels sont les facteurs de mauvais pronostic du cancer de l'endomètre ?

- Âge élevé
- Stade dans la classification FIGO
- Atteinte de plus de 50 % du myomètre
- Type histologique, degré de différenciation cellulaire
- Atteinte ganglionnaire
- Atteinte péritonéale

**27** Quel traitement proposez-vous pour un cancer de l'endomètre limité à l'utérus et ne dépassant pas le col utérin ?

- **Traitement curatif (association radiochirurgicale)**
- Hystérectomie élargie (col, paramètres), annexectomie, curage ganglionnaire iliaque complet
- Endocuriethérapie première ou adjuvante
- Radiothérapie externe à discuter en fonction des cas
- (traitement analogue à celui du cancer du col limité à l'utérus)

**28** Quel traitement peut-on proposer pour un cancer de l'endomètre avec une extension locale dépassant l'utérus ou métastasé ?

- **Traitement palliatif**
- Chirurgie de confort parfois proposée
- Radiothérapie externe
- Autres (Chimiothérapie, hormonothérapie)

**29** Quels sont les éléments de surveillance d'un cancer de l'endomètre traité ?

- Clinique (métrorragie, TV, spéculum)
- Paraclinique :
  - ACE, Ca 125
  - radiographies pulmonaires
  - échographie hépatique
  - autres examens sur signe d'appel

Question  
n° 153

## Tumeurs de l'ovaire



- ❖ Cancer de l'ovaire :
  - Découverte à un stade avancé → pronostic le plus souvent catastrophique
  - Évolution locale : carcinose péritonéale
  - Diagnostic : critères échographiques de malignité, laparotomie
  - Extension : TDM abdominopelvienne, laparotomie, Ca 125
  - Traitement : chirurgie (exploration péritoine, omentectomie +++)/chimiothérapie
  - Chirurgie de second look à distance
- ❖ Tumeurs bénignes :
  - Éliminer un kyste fonctionnel
  - Complications (torsion, hémorragie, rupture) plus fréquentes lors de la grossesse

**1** Quel est le type anatomopathologique le plus fréquent de cancer de l'ovaire ?

.....

**2** Quelles sont les circonstances de découverte typiques d'un cancer de l'ovaire ?

.....

**3** Quel examen prescrivez-vous devant une suspicion de cancer de l'ovaire ?

.....

**4** Qu'attendez-vous comme résultat typique de cet examen ?

.....

**5** Comment faites-vous le diagnostic de certitude d'un cancer de l'ovaire ?

.....

**6** Quel est votre bilan d'extension dans le cas d'un cancer de l'ovaire ?

.....

**7** Quelle est l'évolution naturelle d'un cancer de l'ovaire non traité ?

.....

**8** Quel est le pronostic classique d'un cancer de l'ovaire ? Pourquoi ?

.....

**9** Quels sont les principes du traitement d'un cancer de l'ovaire ?

.....

**10** Décrire les différents temps chirurgicaux du traitement du cancer de l'ovaire.

.....

**11** Qu'est-ce que la chirurgie de second look ? Quel est son intérêt ?

.....

**12** Citer les différents types anatomopathologiques des tumeurs bénignes de l'ovaire.

.....

**13** Quelles sont les circonstances de découverte classiques d'une tumeur bénigne de l'ovaire ?

.....

**14** Quels en sont les diagnostics différentiels ?

.....

**15** Quelles complications peuvent survenir sur une tumeur bénigne de l'ovaire ?

.....

16

Quelle est votre attitude devant un kyste anéchogène de l'ovaire ?

**1** Quel est le type anatomopathologique le plus fréquent de cancer de l'ovaire ?

- **Cystadénocarcinome séreux**

**2** Quelles sont les circonstances de découverte typiques d'un cancer de l'ovaire ?

- **Découverte fortuite lors d'une échographie abdominale**
- **Symptômes abdominaux aspécifiques**
- **Carcinose péritonéale**
- **Ascite**

**3** Quel examen prescrivez-vous devant une suspicion de cancer de l'ovaire ?

- **Échographie abdominale**
- **Par voie sus-pubienne et endovaginale**

**4** Qu'attendez-vous comme résultat typique de cet examen ?

- **Image latéro-utérine d'aspect malin :**
  - **taille > 10 cm**
  - **contours irréguliers**
  - **hétérogène (liquide/solide)**
  - **présence de végétations et cloisons intrakystiques**
- **Renforcement échographique des parois**
- **Atteinte de l'autre ovaire**
- **Associée à une ascite et une carcinose péritonéale**

**5** Comment faites-vous le diagnostic de certitude d'un cancer de l'ovaire ?

- **Examen anatomopathologique au cours et au décours d'une laparotomie exploratrice**

**6** Quel est votre bilan d'extension dans le cas d'un cancer de l'ovaire ?

- **Clinique :**
  - **examen gynécologique**
  - **palpation mammaire bilatérale et comparative**
  - **bilan standard (QS)**

- **Paraclinique :**
  - laparotomie exploratrice avec biopsies et examen anatomopathologique +++
  - TDM abdominopelvienne
  - radiographie pulmonaire
  - échographie hépatique
  - dosage du Ca 125
  - mammographie

**7** Quelle est l'évolution naturelle d'un cancer de l'ovaire non traité ?

- **Évolution locale :** extension à l'autre ovaire, carcinose péritonéale...
- **Métastases tardives**
- **Évolution lente**

**8** Quel est le pronostic classique d'un cancer de l'ovaire ? Pourquoi ?

- **Pronostic très défavorable en général**
- **Plus la découverte est tardive, plus le pronostic est sombre**
- **Étant donnée la localisation, la discrétion des signes d'appels, les cancers de l'ovaire sont découverts à un stade tardif, souvent au-delà de toute possibilité curative.**

**9** Quels sont les principes du traitement d'un cancer de l'ovaire ?

- **Traitement chirurgical (diagnostic et thérapeutique) par laparotomie première**
- **Chimiothérapie adjuvante à base de sels de platine**
- **Surveillance**

**10** Décrire les différents temps chirurgicaux du traitement du cancer de l'ovaire.

- **Laparotomie exploratrice**
- **Prélèvements pour cytologie et anatomopathologie du liquide d'ascite**
- **Biopsies péritonéales multiples (granulations...)**
- **Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale**
- **Curage ganglionnaire**
- **Omentectomie**

- Palpation du foie
- Examen anatomopathologique de toutes les biopsies, de tous les prélèvements et de toutes les pièces chirurgicales

**11** Qu'est-ce que la chirurgie de second look ? Quel est son intérêt ?

- Seconde laparotomie pratiquée à distance du début du traitement
- Utilité :
  - compléter l'exérèse
  - réaliser de nouveaux prélèvements pour s'assurer de l'absence de foyers infracliniques, ou de récurrence locale ou péritonéale



*Toutes les équipes ne préconisent pas la chirurgie de second look*

**12** Citer les différents types anatomopathologiques des tumeurs bénignes de l'ovaire.

- Kystes séreux
- Kystes mucineux
- Kystes endométrioïdes
- Kystes dermoïdes
- Tumeurs à cellules claires
- Tumeurs de Brenner

**13** Quelles sont les circonstances de découverte classiques d'une tumeur bénigne de l'ovaire ?

- Peut être asymptomatique (découverte fortuite)
- Gène, douleurs pelviennes
- Troubles des règles
- Signes de complications

**14** Quels en sont les diagnostics différentiels ?

- GEU, GIU
- Cancer de l'ovaire

**15** Quelles complications peuvent survenir sur une tumeur bénigne de l'ovaire ?

- Torsion
- Hémorragie intrakystique
- Rupture
- Infection (rare)

- Compression locale des organes de voisinage
- Dégénérescence maligne (rare)

**16** Quelle est votre attitude devant un kyste anéchogène de l'ovaire ?

- Éliminer un kyste fonctionnel :
  - examen clinique et échographie répétés à deux reprises lors de deux périodes différentes du cycle
  - traitement d'épreuve par progestatif
- Si persistance de l'image, ce n'est pas un kyste fonctionnel

Question  
n° 159

## Tumeurs du sein



- ❖ Cancer hormonodépendant
- ❖ Diagnostic, dépistage :
  - Palpation, autopalpation, mammographie
  - Biopsie, examen anatomopathologique (RH, SBR, type histologique)
- ❖ Traitement :
  - Mammectomie si diamètre > 3 cm, sinon tumorectomie
  - Hormonothérapie si RH +
  - Chimiothérapie si mauvais pronostic

**1** Quelle est l'importance épidémiologique du cancer du sein ?

.....

**2** Quels sont les facteurs de risque de cancer du sein ?

.....

**3** Quels sont les différents types anatomopathologiques des cancers du sein ? Quel est le plus fréquent ?

.....

**4** Qu'est-ce que la maladie de Paget du mamelon ?

.....

**5** Quels sont les modes de découverte les plus fréquents d'un cancer du sein ?

.....

**6** Quel est l'aspect clinique typique d'un cancer du sein ?

.....

**7** Quels examens prescrivez-vous en première intention devant une clinique évocatrice de cancer du sein ?

.....

- 8** Décrire l'image radiologique typique d'un cancer du sein.
- .....
- 9** Comment fait-on le diagnostic de certitude d'un cancer du sein ?
- .....
- 10** Quels sont les renseignements que vous attendez de l'étude anatomopathologique d'une biopsie d'un cancer du sein ?
- .....
- 11** Quel est votre bilan d'extension clinique ?
- .....
- 12** Quel est votre bilan d'extension paraclinique ?
- .....
- 13** Quels sont les facteurs de mauvais pronostic d'un cancer du sein ?
- .....
- 14** Quelles sont les indications de l'hormonothérapie ?
- .....
- 15** Quelle molécule utilise-t-on dans le cadre de l'hormonothérapie ?
- .....
- 16** Quelles sont les indications de la chimiothérapie ?
- .....
- 17** Quelles molécules utilise-t-on dans le cadre de la chimiothérapie ?
- .....
- 18** Décrire le traitement conservateur d'un cancer du sein.
- .....
- 19** Quelles en sont les indications ?
- .....

**20** Décrire le traitement radical d'un cancer du sein.

.....

**21** Quelles en sont les indications ?

.....

**22** Quels sont les éléments de surveillance d'une femme traitée pour un cancer du sein ?

.....

**23** Quelles sont les méthodes de dépistage d'un cancer du sein ?

.....

**24** Quelle(s) population est (sont) concernée(s) par ce dépistage ?

.....

**25** Quelles sont les deux tumeurs bénignes du sein les plus fréquentes ?

.....

**1** Quelle est l'importance épidémiologique du cancer du sein ?

- Premier cancer chez la femme
- 11 000 décès par an



*Il s'agit d'un problème important de santé publique, ce qui justifie en partie le dépistage de ce cancer*

**2** Quels sont les facteurs de risque de cancer du sein ?

- Liés au terrain :
  - âge > 50 ans, sexe féminin
  - antécédents personnels de cancer du sein, ou autre cancer
  - antécédents familiaux de cancer du sein
  - présence des gènes mutés BRC A1 et A2
- Liés à l'hyperœstrogénisme : cancer hormonodépendant :
  - ménarche précoce
  - nulli- ou pauciparité
  - première grossesse tardive
  - ménopause tardive
  - THS de la ménopause par œstrogènes seuls
- Facteurs locaux :
  - mastopathie bénigne
  - irradiation locale



*Tabac, allaitement et contraception œstroprogestative orale ne sont en aucun cas des facteurs de risque de cancer du sein !*

**3** Quels sont les différents types anatomopathologiques des cancers du sein ? Quel est le plus fréquent ?

- Le plus souvent : épithéliomas
- Le plus fréquent : carcinome canalaire infiltrant (75 %)
- Puis :
  - carcinome canalaire *in situ* (non infiltrant) (15 %)
  - carcinome lobulaire infiltrant (5 %)
  - carcinome lobulaire *in situ* (5 %)

**4** Qu'est-ce que la maladie de Paget du mamelon ?

- Lésion eczématiforme mammelonnaire et péri-mamelonnaire traduisant l'atteinte intraépidermique d'un carcinome mammaire infiltrant

**5** Quels sont les modes de découverte les plus fréquents d'un cancer du sein ?

- **Fortuitement : +++**
  - masse à l'autopalpation
  - image suspecte lors d'une mammographie de dépistage
- **Maladie de Paget du mamelon**
- **Métastase ou adénopathie**

**6** Quel est l'aspect clinique typique d'un cancer du sein ?

- **Masse mammaire unique**
- **Mal limitée, dure, indolore**
- **Atteintes cutanées possibles : maladie de Paget du sein, aspect de peau d'orange, adhérence cutanée de la masse**
- **Adhérence à la paroi thoracique (à rechercher systématiquement par l'examen dynamique)**

**7** Quels examens prescrivez-vous en première intention devant une clinique évocatrice de cancer du sein ?

- **Mammographie bilatérale**
- **Échographie mammaire bilatérale (en cas d'insuffisance de la mammographie)**

**8** Décrire l'image radiologique typique d'un cancer du sein.

- **Opacité intra-mammaire :**
  - **hétérogène, à contours flous et irréguliers**
  - **avec des microcalcifications spiculées en foyer**
- **Méplat cutané en regard de la lésion**
- **Taille radiologique inférieure à la taille constatée cliniquement**

**9** Comment fait-on le diagnostic de certitude d'un cancer du sein ?

- **Examen anatomopathologique d'une biopsie mammaire par drill-biopsie échoguidée (microbiopsie) ou par biopsie chirurgicale**



*L'examen cytologique est parfois utilisé, mais n'a de valeur que positif. La drill-biopsie semble être l'examen de première intention pour beaucoup d'équipes*

**10** Quels sont les renseignements que vous attendez de l'étude anatomopathologique d'une biopsie d'un cancer du sein ?

- Diagnostic positif
- Type histologique
- Grade histopronostique de Scarff-Bloom-Richardson (SBR)
- Étude des récepteurs hormonaux
- Étude en cytométrie de flux

**11** Quel est votre bilan d'extension clinique ?

- Interrogatoire : recherche des facteurs de risque (QS)
- Clinique :
  - palpation mammaire bilatérale et comparative, dynamique et statique (schéma daté de la tumeur et de son siège)
  - examen des aires ganglionnaires avec schémas datés
  - palpation abdominale (recherche de nodules hépatiques)
  - auscultation pulmonaire (recherche d'une métastase pulmonaire)
  - examen rhumatologique (recherche d'une métastase osseuse)
  - examen neurologique (recherche d'un déficit évocateur d'une métastase cérébrale)
  - examen gynécologique complet (spéculum, frottis cervico-vaginal, TV)

**12** Quel est votre bilan d'extension paraclinique ?

- Biologie :
  - bilan hépatique
  - Ca 15-3 (Marqueur tumoral spécifique)
- Morphologie :
  - radiographie pulmonaire de face
  - échographie hépatique
  - scintigraphie osseuse



*Au terme de ce bilan, on détermine le stade de la tumeur dans la classification TNM*

**13** Quels sont les facteurs de mauvais pronostic d'un cancer du sein ?

- Terrain :
  - âge élevé
  - sexe masculin
  - antécédents personnels et familiaux
- Tumeur :
  - siège de la tumeur (atteinte cutanée ou pariétale...)
  - évolutivité récente (PEV élevé)
- Anatomopathologie :
  - négativité des récepteurs hormonaux
  - atteinte ganglionnaire, nombre important de ganglions atteints
  - grade SBR élevé

**14** Quelles sont les indications de l'hormonothérapie ?

- Récepteurs hormonaux positifs



*Quel que soit le statut de la femme par rapport à la ménopause*

**15** Quelle molécule utilise-t-on dans le cadre de l'hormonothérapie ?

- Anti-œstrogène : tamoxifène (NOLVADEX®)

**16** Quelles sont les indications de la chimiothérapie ?

- Présence d'un ou de plusieurs facteurs de mauvais pronostic (QS question 13)

**17** Quelles molécules utilise-t-on dans le cadre de la chimiothérapie ?

- Polychimiothérapie séquentielle adjuvante
- Protocole FAC :
  - 5-Fluoro-uracile
  - adriamycine
  - cyclophosphamide

**18** Décrire le traitement conservateur d'un cancer du sein.

- Association radio-chirurgicale
- Tumorectomie, examen extemporané pour vérifier les limites de résection *in sano*, examen anatomopathologique de la pièce de tumorectomie

- Curage ganglionnaire axillaire avec technique du ganglion sentinelle (examen anatomopathologique extemporané des ganglions, arrêt du curage au premier ganglion sain)
- Radiothérapie externe adjuvante, sur le lit tumoral et sur les aires ganglionnaires axillaire, mammaire interne et sus claviculaire (si atteinte ganglionnaire)

**19** Quelles en sont les indications ?

- Diamètre tumoral < 3 cm, tumeur unifocale
- Absence d'atteinte cutanée, mammelonnaire, pariétale thoracique
- Absence de métastases viscérales

**20** Décrire le traitement radical d'un cancer du sein.

- Association radio-chirurgicale :
  - mammectomie radicale avec curage axillaire conservant le grand pectoral (opération de Patey) du côté atteint et examen anatomopathologique des pièces chirurgicales
  - radiothérapie externe adjuvante, sur le lit tumoral, la paroi thoracique et les aires ganglionnaires axillaire, mammaire interne et sus claviculaire

**21** Quelles en sont les indications ?

- Contre-indication au traitement conservateur

**22** Quels sont les éléments de surveillance d'une femme traitée pour un cancer du sein ?

- Clinique :
  - examen mammaire
  - recherche de métastases (hépatiques, pulmonaires, osseuses, neurologiques)
- Biologique :
  - Ca 15-3, ACE, bilan hépatique
- Morphologique :
  - mammographie bilatérale
  - échographie hépatique
  - radiographie pulmonaire
  - scintigraphie osseuse



*Le dépistage familial chez les filles et les sœurs est indispensable !*

**23** Quelles sont les méthodes de dépistage d'un cancer du sein ?

- **Clinique :**
  - palpation mammaire par le gynécologue
  - autopalpation régulière
- **Paraclinique :**
  - mammographie bilatérale

**24** Quelle(s) population est (sont) concernée(s) par ce dépistage ?

- La palpation et l'autopalpation sont recommandées chez toutes les femmes (notamment lors de toute consultation chez le gynécologue)
- La mammographie est recommandée :
  - tous les deux ans chez toutes les femmes de 50 à 75 ans
  - tous les ans (ou plus fréquemment selon le cas) chez les femmes présentant des facteurs de risque important (quel que soit leur âge)

**25** Quelles sont les deux tumeurs bénignes du sein les plus fréquentes ?

- Adénofibrome du sein (tumeur conjonctive bénigne solide)
- Kyste liquidien du sein (diagnostic et traitement par cytoponction)

Questions  
n° 196  
et n° 292

## Douleur abdominale aiguë chez une femme enceinte

## Algies pelviennes chez la femme



❖ Systématiquement penser à :

• GEU +++

❖ Douleurs aiguës :

• Salpingite aiguë

• Complications de kystes (torsion)

• Dyspareunie

❖ Douleurs cycliques :

• Endométriose

• Dysménorrhées

• Syndrome prémenstruel

**1** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant une douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer ?

.....

**2** Quels examens prescrivez-vous pour éliminer ce diagnostic ?

.....

**3** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant une douleur pelvienne accompagnée de leucorrhées et de fièvre chez une femme jeune ?

.....

**4** Quel diagnostic évoquer en premier lieu chez une femme se plaignant de douleurs en fosse iliaque droite avec une fièvre à 38°C ?

.....

**5** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant des douleurs abdominales chroniques post-menstruelles immédiates chez une femme sans antécédents particuliers ?

.....

**6** Quelles sont les complications des kystes ovariens susceptibles de causer des douleurs abdominales ?

---

**7** Comment étiquetez-vous des douleurs pelviennes périodiques survenant une semaine avant les menstruations et cédant à la fin de celles-ci ?

---

**8** Donner la définition de la dysménorrhée.

---

**9** Donner la définition de la dyspareunie.

---

**10** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant des douleurs lombaires latéralisées avec dysurie et fièvre chez une femme enceinte de 26 SA ?

---

**11** Quel conduite adoptez-vous dans ce cas ?

---

**12** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant des douleurs abdominales chez une femme enceinte porteuse connue d'un fibrome utérin ?

---

**13** Quel examen prescrivez-vous pour étayer votre suspicion diagnostique ?

---

**14** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant une douleur de l'hypochondre droit avec un signe de Murphy positif chez une femme enceinte de 27 SA ?

---

**15** Quel diagnostic évoquez-vous devant une douleur abdominale intense associée à une contracture utérine intense chez une femme au cours du troisième trimestre de sa grossesse ?

---

**16** Quelle attitude adoptez-vous en urgence ?

---

**1** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant une douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer ?

- GEU +++



*Réflexe !*

**2** Quels examens prescrivez-vous pour éliminer ce diagnostic ?

- **Dosage plasmatique quantitatif des  $\beta$ -HCG**
- **Échographie utéroannexielle sus-pubienne et endovaginale**

**3** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant une douleur pelvienne accompagnée de leucorrhées et de fièvre chez une femme jeune ?

- **Salpingite infectieuse aiguë**

**4** Quel diagnostic évoquer en premier lieu chez une femme se plaignant de douleurs en fosse iliaque droite avec une fièvre à 38°C ?

- GEU
- **Appendicite aiguë**

**5** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant des douleurs abdominales chroniques post-menstruelles immédiates chez une femme sans antécédents particuliers ?

- **Endométriose (description typique)**

**6** Quelles sont les complications des kystes ovariens susceptibles de causer des douleurs abdominales ?

- **Torsion**
- **Hémorragie intrakystique**
- **Rupture, fissuration**
- **Infection**

**7** Comment étiquetez-vous des douleurs pelviennes périodiques survenant une semaine avant les menstruations et cédant à la fin de celles-ci ?

- **Syndrome prémenstruel**

**8** Donner la définition de la dysménorrhée.

- Douleurs contemporaine des règles, pouvant se révéler à n'importe quel âge

**9** Donner la définition de la dyspareunie.

- Douleurs survenant lors des rapports sexuels

**10** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant des douleurs lombaires latéralisées avec dysurie et fièvre chez une femme enceinte de 26 SA ?

- **Pyélonéphrite aiguë**

**11** Quel conduite adoptez-vous dans ce cas ?

- **Traitement médical systématique**
- **Antibiothérapie (ex : pénicilline A)**



*Lors de la grossesse, toute infection urinaire (PNA, cystite, bactériurie asymptomatique) doit être traitée par antibiothérapie jusqu'à stérilisation de l'ECBU*

**12** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant des douleurs abdominales chez une femme enceinte porteuse connue d'un fibrome utérin ?

- **Nécrobiose aseptique du fibrome utérin**

**13** Quel examen prescrivez-vous pour étayer votre suspicion diagnostique ?

- **Échographie utérine**
- **À la recherche d'une image en cocarde typique**

**14** Quel diagnostic évoquer en premier lieu devant une douleur de l'hypochondre droit avec un signe de Murphy positif chez une femme enceinte de 27 SA ?

- **Colique hépatique**

**15** Quel diagnostic évoquez-vous devant une douleur abdominale intense associée à une contracture utérine intense chez une femme au cours du troisième trimestre de sa grossesse ?

- **Hématome rétroplacentaire**

**16** Quelle attitude adoptez-vous en urgence ?

- **Extraction foetale en urgence par césarienne**
- **Traitement symptomatique des troubles associés**

## Syndrome pré-éclampsique

Question  
n° 218<sup>1</sup>



- ❖ Fréquence chez les primipares
- ❖ Rechercher les signes cliniques de gravité de pré-éclampsie
- ❖ Surveillance : BU +++
- ❖ Traitement : règles hygiéno-diététiques et traitement médicamenteux
- ❖ Seul traitement étiologique : accouchement
- ❖ Complications : HELLP syndrome, HRP, CIVD,

**1** Donner la définition de l'HTA gravidique (HTAG).

.....

**2** Quels sont les facteurs de risque de l'HTAG ?

.....

**3** Donner la définition de la pré-éclampsie.

.....

**4** Donner la définition de l'éclampsie.

.....

**5** Quelles sont les complications maternelles possibles de l'HTAG ?

.....

**6** Quelles sont les complications foetales possibles de l'HTAG ?

.....

**7** Donner la définition du HELLP Syndrome.

.....

---

1. La partie HTA et grossesse de la question n° 17 est traitée dans cette question.

**8** Quels sont les signes de gravité de la pré-éclampsie ?

.....

**9** Quels sont les éléments indispensables de votre bilan para-clinique devant un syndrome pré-éclamptique ?

.....

**10** Quelles mesures sont préconisées dans le traitement de l'HTAG ?

.....

**11** Quels traitements médicamenteux sont recommandés dans le traitement de l'HTAG ?

.....

**12** Quel est le traitement d'une crise d'éclampsie ?

.....

**13** Quels sont les éléments de surveillance d'une femme suivie pour HTAG ?

.....

**1** Donner la définition de l'HTA gravidique (HTAG).

- Mesure à deux reprises à deux heures d'intervalle au repos en position assise :
  - TAS  $\geq$  140 mm Hg
  - et/ou TAD  $\geq$  90 mm Hg
- Pendant la grossesse

**2** Quels sont les facteurs de risque de l'HTAG ?

- FDR cardiovasculaires familiaux et personnels (QS)
- Âge de la mère (2 pics de fréquence 18 ans et 40 ans)
- Antécédent d'HTAG, de pré-éclampsie et d'éclampsie
- Primiparité ou 1<sup>re</sup> grossesse avec un nouveau partenaire
- Grossesse gémellaire ou multiple

**3** Donner la définition de la pré-éclampsie.

- Association d'HTAG avec une protéinurie supérieure à 0,3 g/24 heures (deux croix à la bandelette)



*Elle est plus fréquente chez la primipare.*

**4** Donner la définition de l'éclampsie.

- Apparition dans un contexte de pré-éclampsie lors du troisième trimestre de la grossesse de crises convulsives à répétition évoluant rapidement vers le décès de la mère et du fœtus



*C'est une affection rare et gravissime, nécessitant l'extraction fœtale en extrême urgence, qui est le seul moyen de mettre un terme aux convulsions !*

**5** Quelles sont les complications maternelles possibles de l'HTAG ?

- Éclampsie
- HRP
- CIVD
- HELLP syndrome
- Insuffisance rénale
- OAP
- Hémorragies (cérébrales, sous-conjonctivales, épistaxis)

**6** Quelles sont les complications fœtales possibles de l'HTAG ?

- RCIU
- SFA, SFC
- MFIU

**7** Donner la définition du HELLP Syndrome.

- Complication de certaines pré-éclampsies associant :
  - hémolyse
  - élévation des marqueurs de la fonction hépatique (*Elevated Liver functions*)
  - chute du taux de plaquettes (*Low Platelets*)

**8** Quels sont les signes de gravité de la pré-éclampsie ?

- Œdèmes d'apparition brutale
- Céphalées, Acouphènes
- Douleur en barre épigastrique
- Troubles visuels (nécessitant un examen du fond d'œil)

**9** Quels sont les éléments indispensables de votre bilan para-clinique devant un syndrome pré-éclamptique ?

- En Urgence
- Biologie :
  - NFS/plq
  - hémostase
  - bilan hépatique
  - bandelette urinaire (BU), recherche de protéinurie des 24 heures
  - créatininémie, ionogramme sanguin
  - groupe rhésus, RAI
- Morphologie :
  - échographie utéroplacentaire et fœtale
  - enregistrement du RCF

**10** Quelles mesures sont préconisées dans le traitement de l'HTAG ?

- Suivi en ambulatoire pour les HTAG simples, au moindre signe de pré-éclampsie, l'hospitalisation s'impose
- Contrôle et diminution progressifs de la TA (risque d'hypoperfusion placentaire)
- Traitement symptomatique :

- règles hygiéno-diététiques, repos au lit, arrêt de travail si nécessaire
- Traitement médical antihypertenseur :
  - en cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques, ou d'HTAG grave
- Surveillance



*Seul l'accouchement mettra un terme à l'HTAG. C'est à distance de la grossesse qu'on pourra déterminer s'il s'agissait d'une HTA débutante ou non*

**11** Quels traitements médicamenteux sont recommandés dans le traitement de l'HTAG ?

- Traitement médical antihypertenseur :
  - *per os* uniquement
- Les spécialités les plus prescrites sont :
  - TRANDATE® (labétolol) :  $\alpha$  et  $\beta$  bloquant
  - LOXEN® (nicardipine) : inhibiteur calcique
  - ALDOMET® (alphaméthildopa) : antihypertenseur central



*Les IEC et les diurétiques sont contre-indiqués en raison du risque d'hypoperfusion placentaire qu'ils induisent*

**12** Quel est le traitement d'une crise d'éclampsie ?

- Urgence médico-obstétricale
- Extraction fœtale en urgence par césarienne (c'est le traitement étiologique, seul permettant d'éviter la récurrence des crises)
- Traitement symptomatique des crises : anticonvulsivant
- Traitement antihypertenseur à la seringue électrique (TRANDATE®)
- Surveillance

**13** Quels sont les éléments de surveillance d'une femme suivie pour HTAG ?

- Clinique :
  - TA
  - BU
  - œdèmes des membres inférieurs
  - signes de gravité de la pré-éclampsie
- Paraclinique :
  - bilan biologique au moindre doute
  - échographie utéroplacentaire et fœtale pour évaluer le retentissement fœtoplacentaire

Question  
n° 296

## Aménorrhée



- ❖ Aménorrhée secondaire :
  - Toujours penser à la grossesse et aux  $\beta$ -HCG
- ❖ Selon le contexte, évoquer :
  - Ménopause (QS)
  - Hyperprolactinémie (aménorrhée-galactorrhée)
  - Syndrome de Sheehan (accouchement très hémorragique, absence de montée laiteuse et de retour de couche)
  - Syndrome des OPK type I (aménorrhée-obésité-hyperandrogénisme)

**1** Quelle est la définition de l'aménorrhée ?

.....

**2** Qu'est-ce qu'une aménorrhée secondaire ?

.....

**3** Qu'est-ce qu'une aménorrhée primaire ?

.....

**4** Quelle est la première cause d'aménorrhée secondaire à évoquer systématiquement ?

.....

**5** Comment éliminer cette cause ?

.....

**6** Qu'est-ce que le test à la progestérone ? Que recherche-t-il ?

.....

**7** Quel diagnostic évoquez-vous devant une femme souffrant d'aménorrhée secondaire, d'obésité et d'hirsutisme ?

.....

- 8** Quel élément de votre examen clinique en faveur de cette affection est à rechercher ?  
.....
- 9** Comment confirmez-vous votre diagnostic ?  
.....
- 10** Quels traitements pouvez-vous proposer à une patiente souffrant de cette affection ?  
.....
- 11** Quel diagnostic évoquer devant une femme présentant une absence de retour de couche et une absence de montée laiteuse ?  
.....
- 12** Quel élément de l'histoire obstétricale recherchez-vous en faveur de votre diagnostic ?  
.....
- 13** Quelle est l'évolution prévisible de cette pathologie à moyen et long terme ?  
.....
- 14** Quel diagnostic évoquez-vous devant l'association d'une aménorrhée secondaire et d'une galactorrhée ?  
.....
- 15** Quel élément important de l'interrogatoire peut vous orienter vers l'étiologie de cette pathologie ?  
.....
- 16** Quel(s) dosage(s) sanguin(s) vous semble(nt) nécessaire(s) pour avancer dans votre démarche diagnostique ?  
.....
- 17** Quel diagnostic évoquez-vous chez une femme de 50 ans, qui consulte pour une aménorrhée secondaire faisant suite à une période d'irrégularité menstruelle de deux ans ?  
.....

- 1** Quelle est la définition de l'aménorrhée ?
- Absence de menstruations
- 2** Qu'est-ce qu'une aménorrhée secondaire ?
- Absence de menstruations de plus de trois mois, survenant chez une femme antérieurement bien réglée
- 3** Qu'est-ce qu'une aménorrhée primaire ?
- Absence de menstruations chez une femme n'ayant jamais été réglée
- 4** Quelle est la première cause d'aménorrhée secondaire à évoquer systématiquement ?
- La grossesse
- 5** Comment éliminer cette cause ?
- Recherche qualitative de  $\beta$ -HCG
- 6** Qu'est-ce que le test à la progestérone ? Que recherche-t-il ?
- Injection de progestérone pendant 3 jours, entraînant normalement une menstruation dans les 5 jours suivant la fin des injections (hémorragie de privation)
  - Si ce test est négatif (absence de menstruation) cela signifie :
    - soit une mauvaise imprégnation œstrogénique
    - soit une malformation utérine, soit une grossesse en cours
- 7** Quel diagnostic évoquez-vous devant une femme souffrant d'aménorrhée secondaire, d'obésité et d'hirsutisme ?
- Syndrome des ovaires polykystiques de type I
- 8** Quel élément de votre examen clinique en faveur de cette affection est à rechercher ?
- Gros ovaires lisses retrouvés à la palpation abdominale
- 9** Comment confirmez-vous votre diagnostic ?
- Dosages hormonaux statiques :
    - FSH, PRL et  $\beta$ -HCG normales
    - LH et androgènes augmentés

- **Dosages hormonaux dynamiques :**
  - **test à la LH-RH : réponse explosive**

**10** Quels traitements pouvez-vous proposer à une patiente souffrant de cette affection ?

- **Médical (hormonal)**
- **Ou chirurgical (résection cunéiforme des ovaires)**

**11** Quel diagnostic évoquer devant une femme présentant une absence de retour de couche et une absence de montée laiteuse ?

- **Syndrome de Sheehan (nécrose antéhypophysaire)**

**12** Quel élément de l'histoire obstétricale recherchez-vous en faveur de votre diagnostic ?

- **Accouchement ou avortement très hémorragique**

**13** Quelle est l'évolution prévisible de cette pathologie à moyen et long terme ?

- **Insuffisance antéhypophysaire totale ou partielle quelques mois ou années plus tard**

**14** Quel diagnostic évoquez-vous devant l'association d'une aménorrhée secondaire et d'une galactorrhée ?

- **Hyperprolactinémie**

**15** Quel élément important de l'interrogatoire peut vous orienter vers l'étiologie de cette pathologie ?

- **Prise de médicaments hyperprolactinémisants (QS endocrinologie)**

**16** Quel(s) dosage(s) sanguin(s) vous semble(nt) nécessaire(s) pour avancer dans votre démarche diagnostique ?

- **Prolactinémie**
- **$\beta$ -HCG**

**17** Quel diagnostic évoquez-vous chez une femme de 50 ans, qui consulte pour une aménorrhée secondaire faisant suite à une période d'irrégularité menstruelle de deux ans ?

- **Ménopause (la période d'irrégularité menstruelle peut être qualifiée de pré-ménopause)**

# Table des matières

Avant-propos .....	5
Liste des abréviations.....	9
<b>Question n° 16</b>	
Grossesse normale.	
Besoins nutritionnels de la femme enceinte .....	11
<b>Question n° 17</b>	
Principales complications de la grossesse .....	17
<b>Question n° 18</b>	
Grossesse extra-utérine (GEU).....	35
<b>Question n° 20</b>	
Prévention des risques fœtaux :	
infection, médicaments, toxiques, irradiation .....	41
<b>Question n° 22</b>	
Accouchement, délivrance	
et suites de couches normales .....	49
<b>Question n° 24</b>	
Allaitement et complications .....	56
<b>Question n° 25</b>	
Suites de couches pathologiques :	
pathologie maternelle dans les 40 jours .....	63
<b>Questions n° 26 et n° 243</b>	
Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies	
Hémorragie génitale chez la femme .....	70
<b>Question n° 27</b>	
Contraception .....	77
<b>Question n° 28</b>	
Interruption volontaire de grossesse .....	84
<b>Question n° 29</b>	
Stérilité du couple :	
conduite de la première consultation .....	89

**Question n° 30**

Assistance médicale à la procréation :  
principaux aspects biologiques,  
médicaux et éthiques ..... 95

**Question n° 55**

Ménopause et andropause ..... 100

**Question n° 88**

Infections génitales de la femme. Leucorrhées ..... 105

**Question n° 147**

Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin ..... 116

**Question n° 153**

Tumeurs de l'ovaire ..... 126

**Question n° 159**

Tumeurs du sein ..... 133

**Questions n° 196 et n° 292**

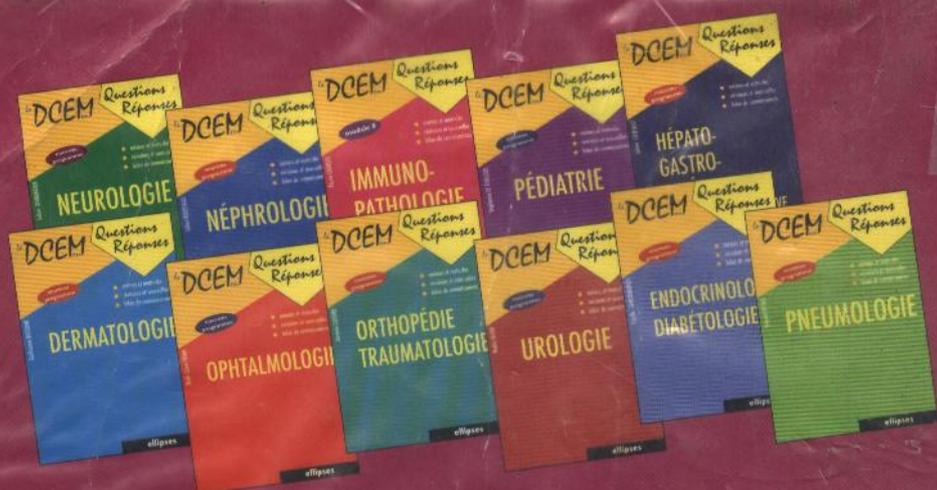
Douleur abdominale aiguë  
chez une femme enceinte  
Algies pelviennes chez la femme ..... 142

**Question n° 218**

Syndrome pré-éclampsique ..... 147

**Question n° 296**

Aménorrhée ..... 152



## Parus ou à paraître très prochainement dans la collection

- Cardiologie
- Dermatologie
- Endocrinologie - Diabétologie
- Gynécologie - Obstétrique
- Hématologie
- Hépatogastro-entérologie et Chirurgie digestive
- Immunopathologie (module 8)
- Néphrologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- ORL - Stomatologie
- Orthopédie - Traumatologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Santé publique, méd. légale, méd. du travail, méd. sociale, éthique
- Urologie

## Révisez aussi vos cours avec la collection RÉUSSIR L'INTERNAT



ISBN 2-7298-1318-7