

ECNi intensif



Collection sous la direction de
Pierre Seners et Clément Cholet

Gynécologie Obstétrique

Association des gynécologues
obstétriciens en formation (AGOF)



Collège national des gynécologues
et obstétriciens français (CNGOF)



Coordination : Nicolas Nocard et Bernard Hédon

ENTRAÎNEMENT

Questions isolées

Dossiers progressifs

Fiches de synthèse

+ Dossiers progressifs en ligne

Conforme
aux
ECNi

ELSEVIER

Elsevier Masson

Gynécologie-Obstétrique

Chez le même éditeur

Dans la même collection

Hépatogastro-entérologie, par Louis de Mestier et Cindy Neuzillet, validé par la Collégiale des universitaires en hépatogastro-entérologie, 2014, 200 pages.

ORL, par Diane Evrard et Vincent Trevillot, validé par le Collège français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, 2014, 288 pages.

Urologie, par le Collège français des urologues, 2015, 208 pages.

Médecine physique et réadaptation par l'Association des Jeunes en Médecine physique et Réadaptation (AJMER), validé par le Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation, 2015, 184 pages.

Neurologie, par Pierre Seners et Jean-François Llitjos, validé par le Collège des enseignants de neurologie, 2015, 160 pages.

Douleur et soins palliatifs, par Sylvie Rostaing-Rigattieri, Dominique Varin, Barbara Tourniaire et Andréa Passard, 2015, 272 pages.

Néphrologie, par Marie-Noëlle Peraldi, Bruno Hurault de Ligny, Alexandre Hertig et Bruno Moulin, 2016, 168 pages.

Rhumatologie, par Capucine Eloy, validé par le Collège français des enseignants en rhumatologie, 2016, 160 pages.

Dans la collection Les référentiels des Collèges

Anatomie pathologique, par le Collège français des pathologistes (CoPath), 2013, 416 pages.

Cardiologie, par le Collège National des enseignants de cardiologie – Société Française de Cardiologie (CNEC-SFC), 2^e édition, 2014, 464 pages.

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, par le Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, 3^e édition, 2014, 384 pages.

Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques, par le Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (CEEDMM), 3^e édition, 2016, 612 pages.

Dermatologie, par le Collège des enseignants en dermatologie de France (CEDEF). 6^e édition, 2014, 528 pages.

Gériatrie, par le Collège national des enseignants de gériatrie (CNEG), 3^e édition, 2014, 272 pages.

Gynécologie – Obstétrique, par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). 3^e édition, 2015, 504 pages.

Hématologie, par la Société française d'hématologie (SFH). 2^e édition, 2014, 384 pages.

Hépatogastro-entérologie, par la Collégiale des universitaires en hépatogastro-entérologie (CDU-HGE). 2012, 496 pages.

Médecine physique et réadaptation, par le Collège français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation (COFEMER). 2015, 5^e édition, 256 pages.

Neurologie, par le Collège français des enseignants en neurologie (CEN). 2016, 4^e édition, 592 pages.

Neurochirurgie, par le Collège de neurochirurgie, 2016, 272 pages.

Nutrition, par le Collège des enseignants de nutrition (CEN). 2^e édition, 2015, 296 pages.

Ophtalmologie, par le Collège des ophtalmologistes universitaires de France (COUF), 2^e édition, 2013, 304 pages.

ORL, par le Collège Français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale (CFORL et CCF). 3^e édition, 2014, 392 pages.

Parasitoses et mycoses des régions tempérées et tropicales, par l'Association française des enseignants de parasitologie et mycologie (ANOFEL). 3^e édition, 2013, 504 pages.

Pédiatrie, par le Collège national des pédiatres universitaires A. Bourrillon, G. Benoist, C. Delacourt. 6^e édition, 2014, 1056 pages.

Réanimation et urgences, par le Collège national des enseignants de réanimation (CNER). 2012, 4^e édition, 676 pages.

Imagerie médicale - Radiologie et médecine nucléaire, par le CERF (Collège des enseignants de radiologie de France) et le Collège National des Enseignants de Biophysique et de Médecine Nucléaire (CNEBMN). 2^e édition, 2015, 632 pages.

Rhumatologie, par le Collège français des enseignants en rhumatologie (COFER). 5^e édition, 2015, 560 pages.

Santé publique, par le Collège universitaire des enseignants de santé publique (CUESP). 2013, 336 pages.

Urologie, par le Collège par le collège français des urologues (CFU), 3^e édition, 2015, 440 pages.

ECNintensif

Sous la direction de

Clément Cholet

Interne en radiologie et imagerie médicale, Paris

Pierre Seners

Neurologue, Paris

Gynécologie- Obstétrique

Coordonné par

Nicolas Nocart

Président de l'AGOF (Association des gynécologues obstétriciens en formation)

Bernard Hédon

Président du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)

Elsevier Masson



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ».

Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2017, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-74934-6

e-ISBN : 978-2-294-75052-6

Les auteurs

Coordination de l'ouvrage

Nicolas Nocart, Président de l'AGOF, interne des hôpitaux, pôle obstétrique-reproduction-gynécologie, hôpital Pellegrin, CHU Bordeaux.

Bernard Hédon, Président du CNGOF, professeur de gynécologie obstétrique, coordonnateur de gynécologie obstétrique, responsable du service de médecine de la reproduction, CHU de Montpellier.

Auteurs

Aubert Agostini, PU-PH, CHU Marseille

Jean-Marie Antoine, PU-PH, CHU Paris

Yves Aubard, PU-PH, CHU Limoges

Marcos Ballester, PU-PH, CHU Paris

Magalie Barbier, interne, CHU Marseille

Emmanuel Barranger, PU-PH, CHU Nice

Imane Ben M'Barek, interne, CHU Paris

Noémie Berge, interne, CHU Bordeaux

Bruno Borghese, PU-PH, CHU Paris

Pierre Boulot, PU-PH, CHU Montpellier

Maxime Eslier, interne, PU-PH, CHU Caen

Hervé Fernandez, PU-PH, CHU Paris

Yasmine Hamoud, interne, CHU Lille

Cyril Huissoud, PU-PH, CHU Lyon

Lorraine Hejl, interne, CHU Metz

Jean-Marie Jouannic, PU-PH, CHU Paris

Sidi Kasbaoui, interne, CHU Strasbourg

Gilles Kayem, PU-PH, CHU Paris

Antoine Koch, interne, CHU Strasbourg

Lise Lecointre, interne, CHU Strasbourg

Laurent Mandelbrot, PU-PH, CHU Paris

Carole Mathelin, PU-PH, CHU Strasbourg

Aurélien Matuizzi, interne, CHU Bordeaux

Philippe Merviel, PU-PH, CHU Brest

Sarah Mizrahi, interne, CHU Lille

Jacky Nizard, PU-PH, CHU Paris

Océane Pécheux, interne, CHU Lille

Marie Pecout, interne, CHU Lille

Florie Pirot, interne, CHU Paris

Jean-Luc Pouly, PU-PH, CHU Clermont-Ferrand

Chloé Reau-Giusti, interne, CHU Angers

Didier Riethmuller, PU-PH, CHU Besançon

Laurent Salomon, PU-PH, CHU Paris

Marie Stahl, interne, CHU Bordeaux

Claire Toubin, interne, CHU Besançon

Phuong Lien Tran, interne, CHU Bordeaux

Denis Vinatier, PU-PH, CHU Lille

This page intentionally left blank

Avant-propos

Cet ouvrage est le fruit de la collaboration entre l'Association des Gynécologues et Obstétriciens en Formation (AGOF, association des internes de la filière Gynécologie-Obstétrique), et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens (CNGOF, société savante fédératrice de la Gynécologie-Obstétrique).

Les deux présidents (N. Nocart pour l'AGOF, B. Hédon pour le CNGOF) ont constitué 19 binômes interne-professeur. Chacun, interne ou professeur, des 38 rédacteurs constitutifs de ces binômes a eu la charge de rédiger puis de faire valider par son binôme, un dossier progressif et une série de questions isolées.

Cette association originale avait pour but que le fond (responsabilité principale du professeur) et la forme (point sur lequel les internes ont une sensibilité particulière en raison de la proximité avec leur propre ECN) puissent être optimisés.

La thématique a été laissée au libre choix de chaque binôme, afin que chaque dossier puisse évoluer librement et couvrir plusieurs items, comme cela doit être le cas pour des questions d'ECNi.

Les deux présidents ont assuré la coordination de ce travail, ont veillé à ce que tous les principaux items de l'ECNi relevant de la Gynécologie-Obstétrique soient évoqués, enfin ils ont également assuré la validation de l'ensemble des contenus.

Nous vous souhaitons une bonne préparation à l'ECNi, et surtout que vos patientes puissent bénéficier de ce que vous aurez pu apprendre en faisant cet entraînement spécifique.

B. Hédon

président du CNGOF

N. Nocart

président de l'AGOF

This page intentionally left blank

L'esprit de la collection *ECNintensif*

Chers Étudiants,

Le mode de validation des ECN a changé (BO du 16 mai 2013) : dans ce contexte, cette nouvelle collection *ECNintensif*, que nous sommes heureux de vous présenter, met à votre disposition toute une batterie d'entraînements variés, conformes au programme du DFASM et aux nouvelles épreuves ECNi : dossiers progressifs, également en ligne, pour vous tester dans les conditions réelles, questions isolées QCM ou QROC, et, selon les ouvrages, TCS ou LCA.

Nous avons conçu ces livres comme un outil de travail essentiel et complet pour vos révisions, en nous inspirant de nos attentes lorsque nous étions à votre place. Nous avons voulu créer des ouvrages dont nous rêvions à cette époque.

La préparation aux ECNi est une épreuve longue et angoissante. La masse de connaissances à acquérir est énorme et son apprentissage est un défi. Le temps est difficile à gérer, malgré les deux années de préparation dont on dispose, et tout passe toujours trop vite. Enfin, le choix parmi les ouvrages proposés est difficile. Qui n'a pas hésité une heure, voire plus, dans une librairie médicale spécialisée, entre différents ouvrages plus alléchants les uns que les autres, pour au final toujours se demander si l'on a fait le bon choix ? La qualité et la validité de l'information procurée sont au cœur de vos préoccupations, nous le savons.

C'est pourquoi nous avons voulu vous transmettre d'une part l'expérience de jeunes internes brillants, encore formatés au concours et qui ont su s'adapter pour vous aux nouveaux types de questions, et, d'autre part, le point de vue et la caution des collègues de spécialité, afin de vous procurer de solides informations.

Les ouvrages de cette nouvelle collection sont tous relus et validés par les enseignants de la spécialité concernée, vous offrant ainsi des contenus solides et de qualité, afin que vous soyez certains de vous entraîner de façon efficace et utile pour les ECNi.

Au-delà des exercices proposés, ces ouvrages allient la précision des corrections aux fiches de synthèse qui vous permettent de revoir rapidement les points essentiels des items abordés au fur et à mesure de votre entraînement.

L'étudiant se préparant au concours est un sportif de haut niveau. Au même titre que l'apprentissage de cours, nous sommes convaincus que l'entraînement répété est une des clés essentielles de la réussite, car il permet d'améliorer son score, son temps, son classement.

Dans cette collection, comme vous le constaterez, qui se démarque des autres collections d'entraînements existantes par le label des Collèges, gage de la qualité des contenus, et par la diversité des exercices, conformes au programme et aux épreuves des ECNi 2016, toutes les conditions sont réunies pour que vous soyez le mieux préparé possible.

Votre succès est l'objectif de notre travail.

Bonne chance.

Clément Cholet et Pierre Seners

This page intentionally left blank

Table des matières

Les auteurs	V
Avant-propos	VII
L'esprit de la collection <i>ECNintensif</i>	IX
Note au lecteur sur les barèmes des dossiers cliniques	XIII
Abréviations	XV

I Énoncés

1 Cas cliniques	3
2 Questions isolées	69

II Corrigés

3 Cas cliniques corrigés	97
4 Questions isolées corrigées	173

This page intentionally left blank

Note au lecteur sur les barèmes des dossiers cliniques

Questions sous forme de QRM : aux ECNi, le score des questions à réponses multiples est fondé sur le nombre de discordances entre les réponses de l'étudiant et la grille de correction — discordance : un item attendu n'a pas été coché ou un item non attendu a été coché. Les questions peuvent proposer de cinq à huit items. Pour une question comportant cinq items et notée sur 10 points :

- en l'absence de discordance, l'étudiant a la note maximale (donc 10 points);
- dans le cas d'une discordance, la note est divisée par 2 (elle passe donc de 10 points à 5 points);
- dans le cas de deux discordances, la note est divisée par 5 (elle passe donc de 10 points à 2 points);
- dans le cas de trois discordances ou plus, la note est de zéro.

En l'absence de réponse, la note est de zéro. Ce barème peut être modifié selon les mêmes principes pour des questions à plus de cinq items. Une réponse peut être indispensable (PMZ) ou inacceptable (SMZ) : en cas d'erreur sur cet item cela entraîne un zéro à la question.

Questions sous forme de QROC : le nombre de points fonctionne par mots-clés trouvés. Aux ECNi le nombre de mots attendus aux QROC ne dépassera pas deux ou trois. Dans cette collection, ce nombre est fréquemment dépassé pour des raisons pédagogiques.

Notez que sur un support papier, les dossiers peuvent apparaître moins « progressifs » qu'ils ne le seront le jour des ECNi.

Dans le cadre des ouvrages de la collection *ECNintensif*, nous avons noté chaque dossier progressif sur 100 points. Pour s'autoévaluer, il faut appliquer les règles mentionnées ci-dessus. Les dossiers sont accessibles en ligne également et permettent un calcul automatique des scores aux QRM.

This page intentionally left blank

Abréviations

ACE	Antigène carcino-embryonnaire
ACR	<i>American College of Radiology</i>
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMP	Aide médicale à la procréation
ARCF	Anomalies du RCF
ASC-H	<i>Atypical Squamous Cells, cannot exclude HSIL</i>
ASCUS	<i>Atypical Squamous Cell of Unknown Significance</i>
ASP	Abdomen sans préparation
AVK	Antivitamine K
BAV	Bloc auriculo-ventriculaire
β-hCG	<i>β-Human Chorionic Gonadotropin</i>
BRCA	<i>BReast CAncer</i>
CCI	Carcinome canalaire infiltrant
CCIS	Carcinome canalaire <i>in situ</i>
CGR	Concentré de globules rouges
CIN	<i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i>
CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée
CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
CRIP	Cellule départementale de recueil des informations préoccupantes
CRP	<i>C-Reactive Protein</i>
DIU	Dispositif intra-utérin
DPPNI	Décollement prématuré du placenta normalement inséré
ECBU	Examen cyto bactériologique des urines
ECG	Électrocardiogramme
EEG	Électroencéphalogramme
EPF	Estimation de poids fœtal
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
ERCF	Enregistrement du rythme cardiaque fœtal
FC	Fréquence cardiaque
FCS-R	Fausses couches spontanées à répétition
FCV	Frottis cervicovaginal
FEC	fluoro-uracil, épirubicine, cyclophosphamide
FIGO	Fédération internationale de gynécologie obstétrique
FIV	Fécondation <i>in vitro</i>
GEU	Grossesse extra-utérine
HBPM	Héparines de bas poids moléculaires
HELLP	<i>Hemolysis, Elevated Liver enzyme Levels, and Low Platelet levels</i>
HER2	<i>Human Epidermal Growth Factor Receptor-2</i>
HGPO	Hyperglycémie provoquée par voie orale
HNPCC	<i>Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer</i>
HPP	Hémorragie du <i>post-partum</i>
HPV	<i>Human Papillomavirus</i>
HRP	Hématome rétroplacentaire
HSIL	<i>High-grade Squamous Intraepithelial Lesion</i>
HTA	Hypertension artérielle
HTAP	Hypertension artérielle pulmonaire
IEC	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion

IGFBP1	<i>Insulin-like Growth Factor-Binding Protein 1</i>
IGH	Infections génitales hautes
IMC	Indice de masse corporelle
IMG	Interruption médicale de grossesse
IOTA	<i>International Ovarian Tumor Analysis</i>
IR	Index de résistance vasculaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
ITT	Incapacité totale de travail
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LCC	Longueur crânio-caudale
LDH	Lactate déshydrogénase
LIN	<i>Lobular Intraepithelial Neoplasia</i>
LSIL	<i>Low grade Squamous Intraepithelial Lesion</i>
MAP	Menace d'accouchement prématuré
MFIU	Mort fœtale <i>in utero</i>
NFS	Numération-formule sanguine
OAP	Œdème aigu pulmonaire
OIDA	Occipito-iliaque droite antérieure
OIDP	Occipito-iliaque droite postérieure
OIGA	Occipito-iliaque gauche antérieure
OIGP	Occipito-iliaque gauche postérieur
PA	Pression artérielle
PAG	Petit poids pour l'âge gestationnel
PAPP-A	<i>Pregnancy-Associated Plasma Protein-A</i>
PC	Périmètre crânien
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PFC	Plasma frais congelé
PV	Prélèvement vaginal
QSE	Quadrant supéro-externe
RCF	Rythme cardiaque fœtal
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
Rh	Rhésus
RH	Récepteurs hormonaux
SA	Semaines d'aménorrhée
SBR	Scarff, Bloom et Richardson (grade de –)
SCC	<i>Squamous Cell Carcinoma</i>
SGB	Streptocoque du groupe B
SRIS	Syndrome de réponse inflammatoire systémique
TDM	Tomodensitométrie
TEP	Tomographie par émission de positons
THM	Traitement hormonal de la ménopause
TV	Toucher vaginal
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VVP	voie veineuse périphérique



Énoncés

This page intentionally left blank

Cas cliniques

Cas clinique 1 ++

Madame D. est une patiente de 35 ans, troisième geste, deuxième pare, qui a accouché deux fois à terme sans complication. Son groupe sanguin est A rhésus positif; elle pèse 58 kg pour 1,63 m. La patiente est immunisée contre la toxoplasmose, non immunisée contre la rubéole. Son oncle du côté maternel est décédé à l'âge de 45 ans et présentait un trouble du comportement sévère. La plus jeune sœur de la patiente a eu des difficultés scolaires. Elle est actuellement titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle (CAP). Les deux neveux de la patiente, Timéon et Léo, sont pris en charge en institut médico-éducatif pour un retard mental. La grossesse actuelle est spontanée, sans particularité.

Question 1

Vous voyez la patiente pour son échographie de datation à 12 SA. Que représente la mesure ci-dessous ?



- A la longueur cranio-caudale
- B le diamètre bipariétal
- C la clarté nucale
- D les os propres du nez
- E le décollement des membranes

Question 2

Concernant le dépistage de la trisomie 21 à partir des marqueurs du premier trimestre, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le test de dépistage de la trisomie 21 est obligatoire
- B il s'agit d'un calcul de risque combiné
- C un risque $> 1/250$ doit faire discuter une amniocentèse
- D un caryotype fœtal est systématiquement proposé aux femmes de plus de 38 ans
- E le caryotype fœtal est l'examen qui confirme le diagnostic

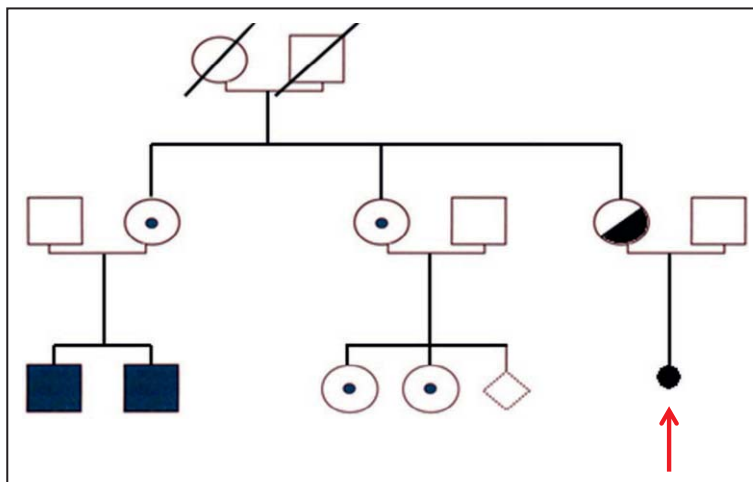
Question 3

Quelle pathologie vous évoque les antécédents familiaux de la patiente ?

- A trisomie 21
- B syndrome de Turner
- C syndrome de Klinefelter
- D trisomie 18
- E syndrome de l'X fragile

Question 4

Ci-dessous, une partie de l'arbre généalogique de la famille de Madame D.



Que signifie le sigle pointé par la flèche ?

- A** une interruption médicale de grossesse
- B** une grossesse en cours
- C** une mort fœtale *in utero*
- D** une fausse couche spontanée
- E** un enfant mort-né

Question 5

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit d'une maladie autosomique dominante
- B** il s'agit d'une maladie autosomique récessive
- C** la grand-mère de Madame D. était obligatoirement conductrice
- D** il s'agit d'une maladie liée à l'X
- E** le grand-père de Madame D. a transmis le gène muté

Question 6

Concernant l'enfant à naître, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** l'expression clinique du syndrome de l'X fragile dépend du sexe de l'enfant
- B** un diagnostic préimplantatoire précoce peut être proposé aux parents
- C** s'il s'agit d'un garçon muté, une demande d'interruption médicale de grossesse de la patiente peut être acceptée
- D** une femme qui présente la mutation a un risque de ménopause précoce
- E** une femme mutée peut présenter des signes mineurs du syndrome

Question 7

Concernant le syndrome de l'X fragile, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il résulte d'une mutation du gène *CFTR*
- B** les garçons sont conducteurs
- C** il est lié à un mécanisme d'amplification de triplets
- D** on n'observe jamais de macro-orchidie
- E** le syndrome de l'X fragile est la première cause de déficience mentale héréditaire

Question 8

Le couple ne souhaite pas la réalisation d'un diagnostic prénatal. Alors que vous aviez perdu la patiente de vue, vous vous étonnez de la retrouver lors de sa consultation prénatale du 7^e mois. Vous retrouvez une hauteur utérine à 23 cm.

Quelle est la hauteur utérine théorique attendue à ce terme ?

- A** 16 cm
- B** 20 cm
- C** 24 cm
- D** 28 cm
- E** 30 cm

Question 9

Par ordre de fréquence, quelle est la première cause de RCIU à évoquer ?

- A** une insuffisance fœtoplacentaire
- B** un diabète gestationnel
- C** une trisomie 21
- D** une séroconversion CMV
- E** une séroconversion toxoplasmose

Question 10

Quels examens vous semblent indispensables ?

- A** une sérologie VIH
- B** une protéinurie des 24 heures
- C** un toucher vaginal
- D** un bilan hépatique
- E** une NFS

Question 11

La sage-femme vous appelle à la réception du bilan biologique d'entrée réalisé dans le cadre d'une hospitalisation à 32 SA + 3 jours : Hb = 9,2 ; GB = 12,8 G/l ; plaquettes = 109 G/l ; TGO = 176 ; TGP = 190 ; haptoglobine = 0,8.

Qu'évoquez-vous ?

- A** une prééclampsie
- B** une cholestase gravidique
- C** une thrombopénie gestationnelle
- D** un HELLP syndrome
- E** une migration lithiasique

Question 12

Quelle est la vaccination à ne pas oublier chez la mère ?

- A** coqueluche
- B** ROR
- C** tétanos
- D** hépatite B
- E** antigrippale

Question 13

Concernant la rubéole, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** en cas de sérologie négative en début de grossesse, un contrôle de la sérologie rubéoleuse doit être fait entre 18 SA et 20 SA
- B** la rubéole congénitale est une cause de RCIU
- C** la rubéole congénitale est une cause de cécité
- D** la rubéole congénitale peut être à l'origine d'une surdité congénitale
- E** après 18 SA, le risque malformatif liée à l'infection est majeur

Question 14

Que pouvez-vous conseiller pour une future grossesse ?

- A** une supplémentation en fluor
- B** un dépistage au premier trimestre d'un diabète gestationnel
- C** aspirine à partir de 12 SA
- D** HBPM à partir de 12 semaines
- E** une supplémentation en acide folique

Cas clinique 2 ++

Vous recevez en consultation dans votre cabinet de ville Madame F. Cette patiente vous évoque un désir de grossesse. Elle a 28 ans, mesure 1,66 m pour 68 kg. Son groupe sanguin est A rhésus négatif. Dans ses antécédents, on note une fausse couche précoce complète et une épilepsie avec crises tonico-cloniques généralisées traitée depuis l'âge de 18 ans par acide valproïque (Dépakine®) 750 mg 2 fois par jour.

Question 1

Que lui dites-vous concernant son désir de grossesse ?

- A** la grossesse est contre-indiquée par l'épilepsie
- B** une grossesse est envisageable si sa pathologie est stable
- C** l'acide valproïque est moins tératogène que la lamotrigine (Lamictal®)
- D** une femme en âge de procréer peut être traitée par acide valproïque
- E** un suivi spécialisé et pluridisciplinaire est indispensable

Question 2

Concernant l'acide valproïque (Dépakine®), quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il ne passe pas la barrière placentaire
- B** il s'agit de l'anticonvulsivant le plus tératogène
- C** il augmente le risque d'anomalie de fermeture du tube neural
- D** une supplémentation en acide folique n'est pas recommandée
- E** c'est un inducteur enzymatique

Question 3

Dr Brain, le neurologue de Madame D., a adapté le traitement de votre patiente et celle-ci débute une grossesse quelques semaines plus tard. Elle consulte pour son échographie du premier trimestre.

Quels sont les objectifs de cet examen ?

- A** recherche de malformation des membres
- B** recherche des anomalies de la placentation
- C** confirme le sexe du fœtus
- D** confirme la date exacte du début de grossesse
- E** permet de mesurer la clarté nucale

Question 4

Malheureusement votre patiente fait une crise convulsive traumatique. Transférée aux urgences du CHU, la patiente bénéficie d'un scanner cérébral en phase de confusion post-critique. L'interne de neurologie de garde ignorait la grossesse en cours.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** à partir de 1 000 mGy le risque de déficience mentale est élevé
- B** une irradiation extrême peut entraîner une mort *in utero*
- C** le risque fœtal est élevé pour cette patiente
- D** pour un scanner cérébral, l'utérus est en dehors du faisceau de rayonnement
- E** la dose-gonade correspond à la dose délivrée à l'utérus

Question 5

Le scanner et l'EEG sont normaux. La grossesse se poursuit sans autres crises et Madame D. bénéficie d'un suivi régulier en consultation prénatale.

Quels sont les paramètres de surveillance systématique à chaque consultation ?

- A** toucher vaginal
- B** hauteur utérine
- C** protéinurie
- D** monitoring fœtal
- E** tension artérielle

Question 6

Quelles sont les particularités de la consultation du 7^e mois ?

- A** injection de sérum anti-D à 28 SA
- B** injection de corticoïdes pour maturation pulmonaire fœtale
- C** échographie du placenta
- D** supplémentation en vitamine D
- E** injection de progestérone IM

Question 7

La patiente est non immunisée contre la toxoplasmose et immunisée contre la rubéole.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** pendant la grossesse, la consommation de fromages pasteurisés est autorisée
- B** la consommation de charcuteries artisanales est contre-indiquée
- C** une sérologie de contrôle mensuelle pour la toxoplasmose est obligatoire
- D** le risque infectieux fœtal est nul en cas de séroconversion pendant la grossesse
- E** la séroconversion toxoplasmose pendant la grossesse est souvent responsable d'une fièvre maternelle

Question 8

Vous recevez le bilan du 8^e mois et votre externe vous interpelle devant la sérologie toxoplasmose : IgM⁺ IgG⁻. La sérologie du mois précédent était bien négative.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit d'une possible séroconversion toxoplasmose
- B** il s'agit d'une séroconversion toxoplasmose certaine
- C** la patiente est dans une période où le risque de transmission est maximal
- D** la patiente est dans une période où le risque de transmission est minimal
- E** il faut réaliser d'emblée une amniocentèse

Question 9

Quelle est la principale complication d'une toxoplasmose congénitale à ce terme ?

- A** microcéphalie
- B** chorioretinite
- C** mort fœtale *in utero*
- D** ascite
- E** anasarque

Question 10

Quelle est votre prise en charge ?

- A** il faut proposer une interruption médicale de grossesse
- B** abstention thérapeutique
- C** le traitement curatif repose sur la prescription de pyriméthamine et de sulfadiazine associée à de l'acide folinique en cas de confirmation diagnostique
- D** il faut traiter par spiramycine en attendant la confirmation diagnostique
- E** la surveillance est échographique

Question 11

Madame F. accouche à terme d'une petite fille Magalie. Un allaitement maternel est débuté. Le séjour en maternité est marqué par une crise convulsive généralisée tonico-clonique. Vous êtes aussitôt alerté. À votre arrivée, la patiente va bien, ne se souvient plus de ce qu'il s'est passé. La glycémie capillaire est à 0,84 g/l.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A** une crise d'épilepsie
- B** une éclampsie
- C** une thrombose veineuse cérébrale

- D** une hypoglycémie
- E** une psychose puerpérale

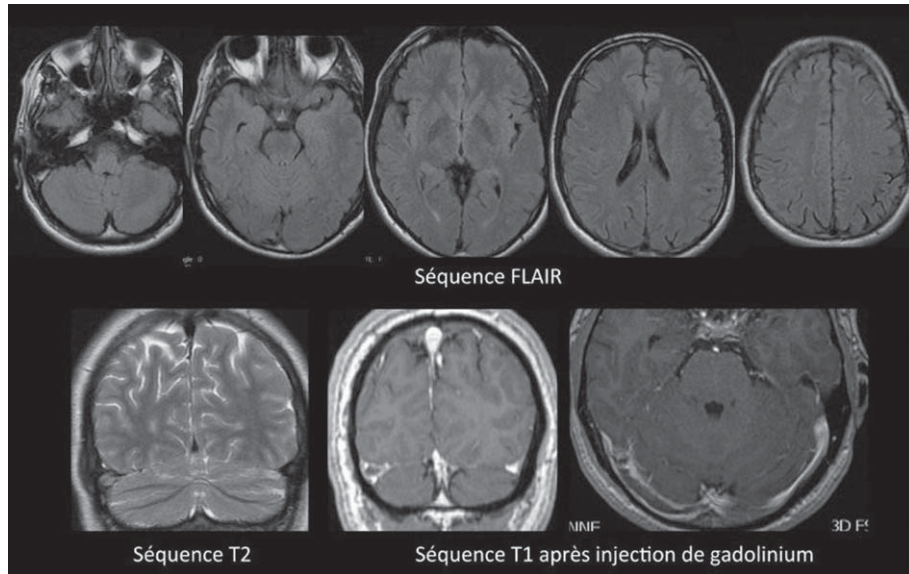
Question 12

Quel est l'examen à réaliser en première intention ?

- A** un gaz du sang artériel
- B** une IRM cérébrale
- C** une glycémie capillaire
- D** un EEG
- E** une ponction lombaire

Question 13

Ci-dessous, l'IRM cérébrale.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** hyposignal pathologique du sinus latéral droit en T1 injecté
- B** hypersignal pathologique du sinus latéral droit en T2
- C** hyposignal pathologique du sinus latéral gauche en T2
- D** la séquence FLAIR de l'IRM permet de détecter un remaniement hémorragique
- E** indication à un traitement anticoagulant en urgence par héparine puis relais par fluindione (Previscan®)

- C** échographie
- D** différence de poids : Poids actuel – Poids en début de grossesse
- E** périmètre abdominal

Question 2

Un membre d'une association d'aide aux victimes de guerre vous a rejoint. Il vous apprend que la patiente a 25 ans et est en France depuis 4 mois. Il s'agit d'une troisième pare, quatrième geste. Ses premiers enfants sont nés par voie basse à terme et décédés à quelques heures de vie sans cause retrouvée.

Ses dernières règles datent de début octobre, ce qui correspond bien à l'estimation que vous avez pu faire de son terme.

La patiente est apyrétique. Elle ne se plaint que de contractions régulières et rapprochées. La BU est négative. PA : 134/76 mm Hg; pouls 95/min. Il n'y a pas de métrorragies.

L'échographie retrouve une bonne vitalité; le fœtus est eutrophe. Le placenta est normalement inséré. La plus grande citerne de liquide amniotique mesure 25 mm.

Quelle est votre conduite à tenir ?

Cas clinique 3 ++

Lors d'une agréable soirée de juin (le 1^{er} juin), vous recevez en garde Madame S., enceinte, pour douleurs pelviennes à type de contractions évoluant depuis la fin d'après-midi. La patiente est non francophone. Elle a l'air d'être avancée dans sa grossesse.

Question 1

Comment pourriez-vous définir le terme ?

- A** date des dernières règles
- B** hauteur utérine

- A** pose d'une électrocardiographie externe
- B** recherche d'une rupture prématurée des membranes

- C prélèvement vaginal
- D toucher vaginal
- E tocolyse par inhibiteur calcique

Question 3

Pendant que vous remplissez le dossier médical, vous montrez à l'étudiant qui vous accompagne — et après accord de la patiente — l'aspect vulvaire suivant :

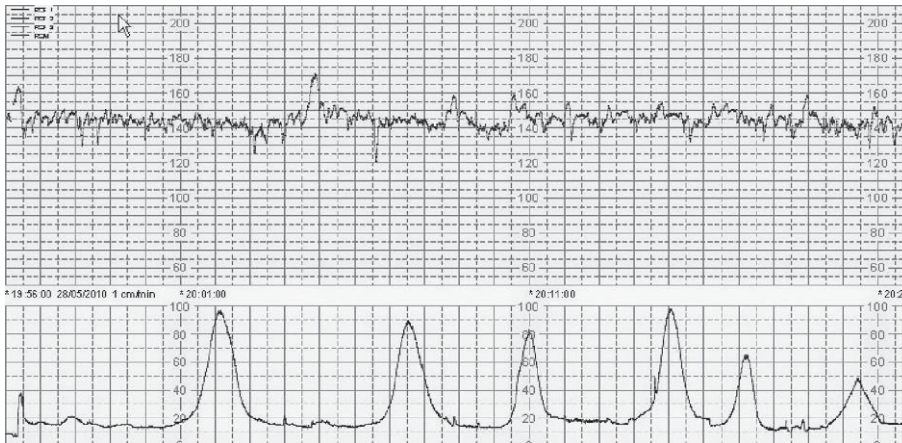


Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A vous le rassurez, l'examen est normal
- B la patiente présente une cicatrice chéloïde
- C la patiente a subi une mutilation sexuelle
- D la patiente a une malformation vulvaire
- E vous suspectez une tumeur clitoridienne

Question 4

L'enregistrement RCF et tocographique externe est le suivant.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le rythme de base est micro-oscillant
- B le rythme de base est normo-oscillant
- C le rythme est tachycarde
- D il y a trois contractions utérines par 10 minutes
- E on note un épisode de ralentissement peu profond

Question 5

À ce stade, quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ?

- A menace d'accouchement prématuré
- B hématome rétroplacentaire
- C chorio-amnionite
- D rupture prématurée des membranes
- E mise en travail spontanée

Question 6

La patiente est de plus en plus algique. Au toucher vaginal, elle est à 2 doigts larges.

On a récupéré une partie du bilan biologique : Hb = 9 g/dl ; VGM = 67 fl ; plaquettes = 250 G/l ; Gb = 13 G/l ; CRP < 5 mg/l. PV : présence de cocci Gram-positifs. O rhésus négatif.

Quelle est votre conduite à tenir ?

- A tocolyse
- B amoxicilline
- C passage en salle de naissance
- D antalgiques de palier 3 en IV
- E hospitalisation en grossesse pathologique

Question 7

Après 5 heures de travail, la patiente donne naissance à un enfant de sexe masculin pesant 3 540 g, Apgar 9/10/10 ; pH artériel : 7,27 ; lactates : 2,1 $\mu\text{mol/l}$. La délivrance dirigée a lieu 30 minutes après l'accouchement. L'estimation des pertes sanguine est de 400 cc.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A l'enfant est né en acidose
- B l'enfant est bien portant
- C la délivrance s'est faite tardivement
- D on doit vérifier la vacuité utérine grâce à une révision utérine
- E nous sommes face à une hémorragie de la délivrance

Question 8

Malgré toutes les mesures de précautions, la patiente présente à l'examen un périnée complet non compliqué.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A au vu de l'examen antérieur, il était prévisible
- B il s'agit d'une simple épisiotomie
- C il s'agit d'une déchirure du sphincter interne et externe rectal

- D il faudra prévoir un contrôle ultérieur du sphincter anal
- E il faudra organiser une reconstruction à distance du sphincter anal

Question 9

La patiente est hospitalisée en suite de couches. Le nouveau-né a été examiné par les pédiatres. L'examen est normal. Il est de rhésus O négatif. On a récupéré l'ensemble du bilan concernant la patiente : Ag HBs négatif ; anti-VHC négatif ; sérologie VIH positive (*western blot* et ELISA), charge virale 500 copies.

Que prévoyez-vous pour cette patiente ?

- A injection de gammaglobulines anti-D
- B promotion de l'allaitement maternel
- C bilan de thrombophilie
- D débuter des traitements antirétroviraux chez la mère
- E débuter des traitements antirétroviraux chez l'enfant

Question 10

La patiente souhaite une contraception par DIU.

Quelle est votre ordonnance de sortie ?

- A supplémentation en vitamine K pour le nouveau-né
- B supplémentation en vitamine D pour le nouveau-né
- C ordonnance de rééducation périnéale
- D anticoagulation à dose préventive
- E ordonnance de DIU en cuivre

Cas clinique 4 ++

Madame F. est une patiente G1P0 âgée de 21 ans, tabagique (4 paquets-années), qui se présente aux urgences gynécologiques pour des vomissements incoercibles au terme de 8 SA.

Question 1

Quelles complications des vomissements recherchez-vous ?

- A un pli cutané
- B une cétonurie
- C une hyperkaliémie
- D une hématurie
- E une perte de poids > 5 %

Question 2

À l'examen physique, la patiente est asthénique, les yeux cernés, et rapporte des douleurs pelviennes sans défense palpable. Vous décidez de faire une échographie.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A à ce terme, la grossesse est visible en sus-pubien
- B Madame F. est à risque de GEU
- C si l'embryon est aperçu, vous évoquez une grossesse évolutive
- D les annexes sont encore visibles à ce terme-là
- E l'espace de Morrison est situé entre le foie et le rein gauche

Question 3

Vous obtenez le cliché suivant.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A l'image peut correspondre à une rétention trophoblastique
- B il peut s'agir d'une môle hydatiforme partielle
- C un épanchement est visible sur cette coupe
- D les β -hCG quantitatifs sont indispensables
- E le rhésus est inutile ici, devant l'absence de métorragie

Question 4

Le bilan que vous avez demandé retrouve : Hb = 12,3 g/dl ; plaquettes = 300 G/l ; hémostase normale ; groupe O négatif, RAI négatives ; β -hCG = 150 000 UI ; K^+ = 2,8 mmol/l ; Na^+ = 150 mmol/l ; créatininémie = 125 mmol/l.

Quelle sera votre prise en charge ?

- A aspiration endo-utérine avec anatomopathologie
- B méthotrexate IM
- C Rhophylac® 200 μ g en SC car rhésus-prophylaxie
- D ECG
- E voie veineuse périphérique et 1 litre de Ringer lactate

Question 5

Que pouvez-vous dire au sujet de la surveillance ?

- A elle nécessite des β -hCG hebdomadaires puis mensuels
- B il faudra faire des RAI
- C en l'absence de traitement, l'évolution peut se faire vers l'adénocarcinome
- D la contraception efficace est obligatoire pendant 6 mois à 1 an
- E le risque de récurrence est de 1 %

Question 6

Quatre jours après son intervention, Madame F. consulte à nouveau pour une récurrence des douleurs pelviennes, associées à une hyperthermie (39,5 °C). Vous lui trouvez un abdomen sensible en hypogastre et une douleur à la mobilisation de l'utérus.

Quel(s) diagnostic(s) vous semble(nt) plausible(s) ?

- A récurrence de grossesse molaire
- B endométrite postopératoire
- C rétention trophoblastique
- D perforation utérine
- E cervicite

Question 7

Trois ans plus tard, Madame F. est à nouveau enceinte. Elle a l'an passé subi une conisation pour un CIN 2. Elle est actuellement à 22 SA + 3 jours et consulte pour des contractions utérines isolées depuis le matin.

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) proposez-vous ?

- A** NFS et RAI
- B** PV et ECBU
- C** rythme cardiaque fœtal
- D** test de Kleihauer
- E** échographie cervicale

Question 8

La BU est négative. Le reste du bilan est en cours. Vous obtenez les clichés suivants.



Quel(s) diagnostic(s) faites-vous ?

- A** une menace de fausse couche tardive
- B** une béance cervico-isthmique
- C** une menace d'accouchement prématuré
- D** une rupture spontanée des membranes
- E** une malformation utérine

Question 9

Quels sont les facteurs de risque présents ici ?

- A** âge maternel
- B** tabagisme
- C** conisation
- D** geste endo-utérin
- E** antécédent d'infection génital haute

Question 10

Quelle sera votre prise en charge ?

- A** hospitalisation et repos strict au lit
- B** phloroglucinol
- C** tocolyse par inhibiteur calcique
- D** corticothérapie maturative
- E** antibiothérapie probabiliste par amoxicilline

Question 11

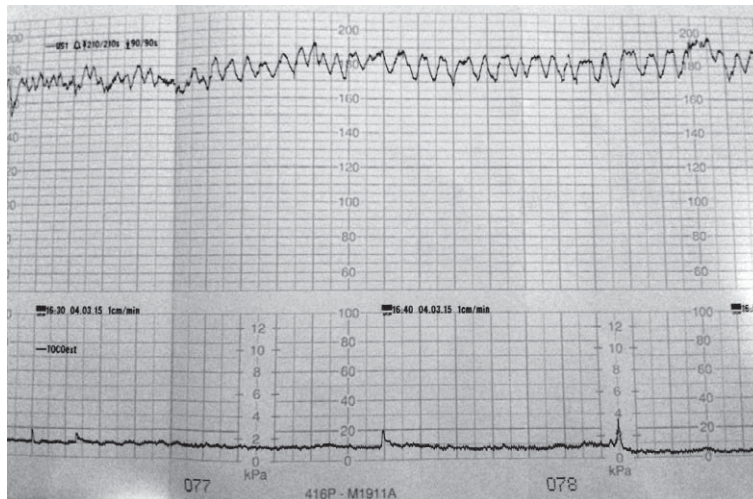
Après une courte hospitalisation, Madame F. rentre en hospitalisation à domicile. Elle revient à 29 SA pour des métrorragies associées à des pertes de liquide. Elle a eu sa consultation du 7^e mois il y a 3 jours.

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) allez-vous réaliser ?

- A** une échographie de vitalité fœtale et localisation placentaire
- B** un PROM Test®/Amniodiag®
- C** un Kleihauer
- D** un rythme cardiaque fœtal
- E** un hémogramme

Question 12

Les RAI et le PROM Test® sont positifs. L'hémoglobine est à 10 g/dl, les leucocytes à 15 G/l. Le Manning est coté à 4/8 pour un oligoamnios et une diminution des mouvements périphériques. Madame F. frissonne, est tachycarde à 110 bpm et contracte douloureusement. Le RCF est le suivant.



Quelle prise en charge proposez-vous ?

- A** Rhophylac® 200 µg en IM
- B** antibiothérapie probabiliste IV par céphalosporine de troisième génération ± aminoside
- C** tocolyse par inhibiteur calcique
- D** césarienne en urgence
- E** sulfate de magnésium

Question 13

L'examen du col au toucher vaginal retrouve des conditions locales défavorables.

Quels sont les paramètres du score de Bishop ?

- A** la longueur du col
- B** la position du col
- C** la consistance du col

- D la présentation foetale
- E la dilatation cervicale

Question 14

La température de Madame F. monte à 40 °C ; les contractions sont de plus en plus rapprochées et douloureuses. Des décélérations répétées apparaissent sur le tracé du RCF.

Que décidez-vous ?

- A cure de corticoïdes puis césarienne
- B césarienne en urgence
- C réalisation de lactates/pH au scalp
- D changement d'antibiothérapie puis césarienne
- E arrêt du sulfate de magnésium

Question 15

Une fille de 1010 g naît dans un liquide teinté, avec un Apgar à 6/8/8 et un pH = 7,10. Elle présente d'emblée une détresse respiratoire.

Quelle(s) étiologie(s) de détresse respiratoire évoquez-vous ?

- A un défaut de résorption de liquide amniotique
- B une infection maternofoetale
- C une maladie des membranes hyalines
- D une intoxication au sulfate de magnésium
- E une inhalation de liquide amniotique méconial

Cas clinique 5 +++

Madame M. est une jeune femme de 28 ans, journaliste dans la capitale. G2P0 (deux IVG chirurgicales à 16 et 18 ans). Elle n'a jamais été opérée, est sous thymorégulateurs pour un trouble bipolaire, et s'est fait poser il y a un an un DIU au cuivre. Elle se présente à votre cabinet pour une consultation de routine.

Question 1

Au sujet du DIU, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il est contre-indiqué chez les patientes greffées
- B il est toujours valable 5 ans contrairement à l'implant qui ne se porte pas plus de 3 ans
- C il peut être utilisé comme contraception d'urgence
- D il bloque l'ovulation
- E les AINS sont contre-indiqués avec lui

Question 2

Madame M. pense avoir déjà fait une primo-infection herpétique génitale.

Quel tableau clinique pouvait-elle présenter à ce moment-là ?

- A des éruptions vésiculeuses polycycliques
- B des adénopathies inguinales
- C une dysurie
- D une hyperthermie
- E des leucorrhées nauséabondes

Question 3

Quelle prise en charge lui a-t-on probablement prescrite ?

- A aciclovir 500 mg 2 fois par jour pendant 1 semaine
- B aciclovir 200 mg 5 fois par jour pendant 5 jours
- C AINS locaux
- D métronidazole 500 mg 2 fois par jour pendant une semaine
- E bains de siège

Question 4

Madame M. vous avoue ne jamais avoir fait de frottis (FCV).

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il est recommandé dès 25 ans
- B il se fait 2 années de suite puis tous les 2-3 ans
- C c'est une analyse histologique de l'exocol et de l'endocol
- D il n'est pas interprétable après un rapport sexuel
- E il est pris en charge par la Sécurité sociale

Question 5

Le FCV que vous effectuez ce jour-là, revient avec le résultat : « ASCUS ».

Quelle(s) possibilité(s) de prise en charge proposez-vous ?

- A un contrôle à 3 mois
- B une conisation
- C une colposcopie
- D une PCR pour rechercher du HPV
- E une relecture des lames

Question 6

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A c'est un virus de la famille Herpès
- B il faut réaliser une colposcopie
- C Madame M. a des facteurs de risque d'infection par HPV
- D on peut traiter par laser ou crème topique
- E vous proposez un dépistage d'IST

Question 7

La colposcopie met en évidence des lésions suspectes à 12 h et 3 h.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A ces zones seront biopsiées pour une analyse extemporanée
- B ces lésions sont iodo-négatives
- C ces lésions sont acidophiles
- D l'acide acétique permet de différencier ces lésions de la zone de jonction
- E une recherche HPV pourra être réalisée sur les prélèvements

Question 8

Des lésions dysplasiques CIN 2 sont présentes sur les deux biopsies.

Quelle sera votre prise en charge ?

- A trachélectomie
- B conisation
- C contrôle colposcopique à 1 mois
- D cure de laser
- E FCV à 6 mois

Question 9

Un an plus tard, les FCV de contrôle sont normaux et Madame M. a souhaité garder son DIU car elle oublie souvent le préservatif.

Elle se présente aux urgences du CHU le plus proche pour des douleurs en fosse iliaque droite évoluant depuis 3 jours associées à une hyperthermie.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A** une appendicite aiguë
- B** une infection génitale haute
- C** une GEU
- D** une pyélonéphrite
- E** une colique néphrétique droite non compliquée

Question 10

Quel bilan demandez-vous en première intention ?

- A** NFS et CRP
- B** deux prélèvements vaginaux
- C** ECBU
- D** β -hCG
- E** cœlioscopie exploratrice

Question 11

L'échographie que vous réalisez retrouve une masse latéro-utérine droite de 4 cm, avasculaire, et un épanchement minime du Douglas. Les β -hCG sont négatifs, la CRP = 120, les leucocytes = 14 G/l.

Madame M. frissonne. Sa fréquence cardiaque est à 110 bpm pour une tension artérielle à 85/66 mm Hg.

Quel(s) diagnostic(s) faites-vous ?

- A** SRIS
- B** sepsis sévère
- C** kyste de l'ovaire droit
- D** infection génitale haute
- E** pyosalpinx droit

Question 12

Quelle sera votre prise en charge thérapeutique ?

- A** tri-antibiothérapie intraveineuse
- B** cœlioscopie exploratrice isolée
- C** ponction échoguidée
- D** aspiration endo-utérine
- E** pose d'une voie veineuse périphérique et remplissage

Question 13

Quelle conduite adoptez-vous vis-à-vis du DIU ?

- A** laissé en place encore 3 ans
- B** retrait immédiat
- C** contre-indication définitive à la pose d'un nouveau
- D** contrôle du PV à 2 semaines
- E** modification pour un DIU à la progestérone

Question 14

Deux ans plus tard, Madame M. se présente à nouveau aux urgences après un malaise dans la rue. Elle n'a pas eu ses règles depuis 5 semaines et l'abdomen est sensible en fosse iliaque gauche.

Vous évoquez une GEU gauche. Quels en sont les facteurs de risque présent chez Madame M. ?

- A** l'âge
- B** l'infection à HPV

- C** le DIU
- D** l'antécédent d'infection génitale haute
- E** l'antécédent de chirurgie pelvienne

Question 15

Vous calculez un score de Fernandez à 12, ne permettant pas un traitement médical. Dans ce score, quels critères contre-indiquent le traitement médical d'une GEU ?

- A** trouble bipolaire
- B** β -hCG = 5 600
- C** épanchement du Douglas de 100 cc
- D** progestérone = 800
- E** créatininémie à 125

Cas clinique 6 ++

Vous êtes le médecin de garde à la maternité.

Vous recevez aux urgences Madame A., 28 ans, pour contractions utérines toutes les 3 à 5 minutes douloureuses et rapprochées au terme de 38 SA + 3 jours. La patiente décrit avoir « perdu les eaux » il y a 1 heure.

Voici les informations que vous retrouvez dans son dossier obstétrical :

- G2P1 : accouchement par voie basse il y a 2 ans à 38 SA d'un garçon de 3900 g compliqué d'une hémorragie de la délivrance (atonie utérine).
- Pas d'antécédents médico-chirurgicaux notables ni d'allergie.
- Groupe A rhésus positif.
- Ag HBs, TPHA-VDRL et VIH négatifs.
- Non immunisée contre la toxoplasmose et la rubéole.
- Risque combiné de trisomie 21 au premier trimestre : 1/6 000.
- Dépistage du portage à streptocoque du groupe B positif.
- Suivi de grossesse sans particularité par ailleurs.
- Échographie du troisième trimestre à 32 SA + 5 jours :
 - fœtus eutrophe, poids estimé au 85^e percentile ;
 - présentation céphalique dos à gauche ;
 - placenta postérieur non bas inséré ;
 - liquide amniotique en quantité normale.
- Vit en couple, secrétaire médicale.

Question 1

Votre examen clinique retrouve :

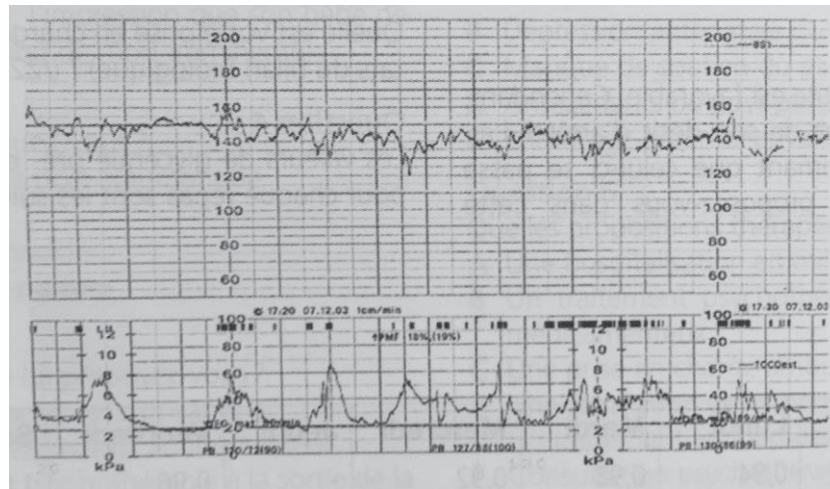
- PA = 135/85 mm Hg ;
- utérus contractile ; hauteur utérine = 32 cm ;
- toucher vaginal : col en position intermédiaire, mou, court, 3 cm de dilatation ;
- écoulement de liquide clair.

Concernant le (les) diagnostic(s) évoqués, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** menace d'accouchement prématuré
- B** mise en travail spontané
- C** rupture prématurée des membranes
- D** rupture spontanée des membranes
- E** rupture artificielle des membranes

Question 2

La sage-femme vous présente l'électrocardiogramme de la patiente enregistrée aux urgences.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le tracé du haut correspond au rythme cardiaque fœtal
- B** le rythme de base est à environ 140 bpm
- C** le tracé du haut correspond à l'enregistrement des contractions utérines
- D** le rythme cardiaque fœtal est normal
- E** le rythme cardiaque fœtal est pathologique

Question 3

D'après l'analyse du dossier obstétrical, quels surrisques obstétricaux et/ou périnataux mettez-vous en évidence pour la patiente et son enfant ?

- A** hémorragie de la délivrance
- B** infection materno-fœtale
- C** endométrite du *post-partum*
- D** césarienne
- E** hémorragies intraventriculaires néonatales

Question 4

La patiente étant en travail, vous décidez de l'installer en salle de naissance afin de faire poser une anesthésie péridurale pour la soulager.

Devant la rupture spontanée des membranes associée à un portage de streptocoque du groupe B, vous décidez de prescrire une antibioprofylaxie *per-partum* par voie parentérale.

Quel est l'antibiotique que vous prescrivez en première intention chez cette patiente ?

- A** pénicilline G
- B** doxycycline
- C** métronidazole
- D** ofloxacine
- E** ceftriaxone

Question 5

Quatre heures plus tard, Madame A. est à dilatation complète. Vous l'examinez afin de connaître la variété de présentation d'engagement du fœtus.

Le fœtus étant en présentation du sommet, quel sera le repère qui va vous servir à définir la variété de présentation ?

- A** le sacrum
- B** le menton
- C** l'occiput
- D** le nez
- E** l'acromion

Question 6

Voici la variété de présentation que vous ressentez au toucher vaginal.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit d'une occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA)
- B** il s'agit d'une occipito-iliaque droite postérieure (OIDP)
- C** il s'agit d'une occipito-iliaque gauche postérieure (OIGP)
- D** il s'agit d'une occipito-iliaque droite antérieure (OIDA)
- E** il s'agit de la variété de présentation la plus fréquente

Question 7

Lors de votre toucher vaginal, vous remarquez par ailleurs que la présentation est engagée.

Concernant la définition de l'engagement, quelle est la proposition exacte ?

- A** franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation
- B** franchissement du détroit moyen par le plus grand diamètre de la présentation
- C** franchissement du détroit inférieur par le plus grand diamètre de la présentation
- D** franchissement du détroit supérieur par le plus petit diamètre de la présentation
- E** franchissement du détroit moyen par le plus petit diamètre de la présentation

Question 8

Une heure plus tard vous décidez de débiter les efforts expulsifs. Naissance d'un garçon de 3900 g. La délivrance est naturelle et semble complète. Cependant, la patiente se met à saigner abondamment suite à l'expulsion du placenta.

À partir de quelle quantité de pertes sanguines parlez-vous d'hémorragie de la délivrance ?

- A** 300 ml
- B** 500 ml
- C** 600 ml
- D** 800 ml
- E** 1 000 ml

Question 9

Vous atteignez rapidement 500 ml de pertes sanguines et déclenchez le protocole « hémorragie de la délivrance ». L'anesthésie péridurale est toujours efficace, Madame A. est Glasgow 10; PA = 100/60 mm Hg; FC = 110 bpm.

Parmi les propositions suivantes, lesquelles allez-vous réaliser en première intention afin de stopper l'hémorragie ?

- A** sondage urinaire
- B** révision utérine
- C** utérotonique de première ligne : oxytocine (Syntocinon®)
- D** utérotonique de première ligne : sulprostone (Nalador®)
- E** embolisation des artères utérines

Question 10

Vous réalisez la prise en charge de première ligne :

- la révision utérine ne ramène que quelques caillots;
- l'examen sous valve ne retrouve pas de lésion du col ou de déchirure vaginale;
- l'utérus reste mou et sus-ombilical 20 minutes après le début de la prise en charge malgré l'utérotonique de première ligne : oxytocine (Syntocinon®).

L'anesthésiste de garde est sur place et prend en charge la patiente sur le plan hémodynamique; elle est toujours stable. Vous estimez les pertes sanguines à 800 ml. L'Hémocue® estime le taux d'Hb à 7,5 g/dl. Quelle prise en charge de seconde ligne allez-vous mettre en route ?

- A** embolisation des artères utérines
- B** utérotonique de seconde ligne : sulprostone (Nalador®)
- C** hystérectomie d'hémostase
- D** majoration de la posologie de l'oxytocine (Syntocinon®)
- E** envisager la transfusion de culots globulaires

Question 11

À 5 minutes de l'administration de sulprostone (Nalador®), l'hémorragie se tarit et la patiente est transférée en unité de soins intensifs pour surveillance. Quel est, selon vous, l'étiologie la plus probable responsable de cette hémorragie de la délivrance ?

- A** placenta accreta
- B** rétention placentaire
- C** rupture utérine
- D** endométrite
- E** atonie utérine

Question 12

Concernant le (les) moyen(s) de prévention de l'hémorragie de la délivrance, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) recommandée(s) ?

- A** traction sur le cordon
- B** délivrance dirigée : oxytocine (Syntocinon®) intraveineuse directe au dégageant de l'épaule antérieure
- C** sac de recueil des pertes sanguines afin d'évaluer le volume des pertes
- D** surveillance systématique de toute accouchée 30 minutes en salle de travail
- E** délivrance artificielle en cas de non-décollement à 30 minutes de l'accouchement

Question 13

Remise des complications de son accouchement, vous réalisez l'information de sortie de suite de couche auprès de Madame A. Elle ne souhaite pas allaiter son enfant.

Concernant la (les) recommandation(s) ou information(s) que vous allez lui donner, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le retour de couche surviendra dans les 6 à 12 semaines du *post-partum*
- B** vaccination maternelle contre la rubéole
- C** vaccination maternelle contre la toxoplasmose
- D** vaccination contre la coqueluche des parents et de l'ensemble des personnes amenées à s'occuper du nouveau-né
- E** visite postnatale avec le gynécologue-obstétricien dans les 6 à 8 semaines

Question 14

Madame A. souhaite recevoir des informations sur les différents types de contraception possible dans le *post-partum* immédiat.

Quel(s) type(s) de contraception pouvez-vous lui proposer jusqu'à la visite postnatale (dans 6 à 8 semaines) ?

- A** pilule œstroprogestative
- B** pilule microprogestative de troisième génération (désogestrel, Optimizette®)

- C implant progestatif Nexplanon®
- D DIU au cuivre
- E préservatif

Question 15

À J6 de son accouchement, Madame A. consulte aux urgences de la maternité pour une fièvre à 38°C.

Quels sont les trois diagnostics les plus probables ?

- A montée laiteuse
- B pyélonéphrite aiguë
- C thrombophlébite
- D abcès du sein
- E endométrite

Cas clinique 7 ++

Vous êtes gynécologue et vous voyez en consultation Madame D. pour un début de grossesse. Il s'agit d'une primipare de 27 ans sans antécédent particulier et qui ne prend pas de traitement. Grâce à la date de ses dernières règles, vous estimez la grossesse à 7 SA.

Question 1

Vous réalisez une échographie pelvienne et vous confirmez une grossesse intra-utérine évolutive à 7 SA.

Quel bilan biologique obligatoire prescrivez-vous à la patiente ?

- A sérologie rubéole et toxoplasmose
- B sérologie syphilis et VIH
- C groupe sanguin, rhésus et RAI
- D BU : albuminurie, glycosurie
- E NFS

Question 2

La patiente vous annonce qu'elle hésite sur le fait de conserver sa grossesse.

À propos du cadre légal de l'interruption volontaire de grossesse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A vous donnez à la patiente une information claire, loyale et précise sur la procédure et sur le délai de réflexion
- B vous rédigez dès ce jour un certificat initial de demande d'IVG
- C le délai légal de réflexion est de 7 jours
- D un entretien psychosocial est obligatoire dans le cadre d'une demande d'IVG
- E le délai légal en France pour la réalisation d'une IVG est de 14 semaines de grossesse

Question 3

La patiente revient vous voir 7 jours plus tard et vous annonce qu'elle a décidé de garder sa grossesse. Elle vous ramène les résultats du bilan biologique que vous lui avez prescrit la dernière fois :

- rubéole : immunisée (59 UI);
- toxoplasmose : non immunisée;
- sérologies syphilis et VIH négatives;
- groupe sanguin A rhésus négatif, RAI négative.

Quels facteurs de risque de diabète gestationnel devez-vous rechercher à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

- A un âge maternel supérieur à 35 ans
- B un indice de masse corporelle en dehors de la grossesse supérieur à 20
- C un indice de masse corporelle en dehors de la grossesse supérieur à 25
- D la présence d'antécédents familiaux de diabète aux premier et deuxième degrés
- E la présence d'antécédents personnels de diabète

Question 4

La patiente vous informe que son père est diabétique. À propos du dépistage du diabète gestationnel, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A une glycémie à jeun au premier trimestre
- B un test de O'Sullivan au premier trimestre
- C une glycémie à jeun entre 24 et 28 SA en cas de glycémie à jeun normale au premier trimestre
- D une hyperglycémie provoquée par voie orale à 75 g entre 24 et 28 SA
- E une hyperglycémie provoquée par voie orale à 100 g entre 24 et 28 SA

Question 5

La glycémie à jeun est normale. Vous organisez une échographie du premier trimestre pour votre patiente. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A l'échographie doit être réalisée entre 11 SA et 13 SA + 6 jours
- B elle permet de confirmer le terme par la mesure de la longueur cranio-caudale
- C elle ne permet pas de porter le diagnostic de chorionicité en cas de grossesse gémellaire
- D elle permet de réaliser la mesure de la clarté nucale qui entre en compte dans l'établissement du dépistage du risque de trisomie
- E elle doit être couplée au dosage de la PAPP-A et de la fraction libre β -hCG

Question 6

La patiente est désormais au 6^e mois de sa grossesse. L'examen clinique retrouve un poids à 70 kg (+5 kg), une tension artérielle normale, une hauteur utérine normale (24 cm), un rythme cardiaque fœtal normal. Avec quelle(s) ordonnance(s) la patiente rentre-t-elle à domicile ?

- A sérologie toxoplasmose
- B recherche d'anticorps anti-HBs
- C numération globulaire
- D HGPO à 75 g de sucre
- E injection systématique de gammaglobulines anti-D avant dosage des RAI

Question 7

Vous êtes de garde en salle de naissance et Madame D. vient consulter à 33 SA à la demande de son médecin traitant pour une tension artérielle à 150/90 mm Hg. L'examen clinique retrouve une prise de poids de 2 kg en une semaine, des œdèmes des membres inférieurs et deux croix de protéine à la BU.

Quel(s) examen(s) biologique(s) demandez-vous en urgence ?

- A une numération globulaire
- B une protéinurie des 24 heures
- C un bilan hépatique
- D un dosage de l'haptoglobine
- E la recherche de schizocytes

Question 8

Vous posez le diagnostic de prééclampsie.

Quel(s) signe(s) de gravité devez-vous rechercher ?

- A les signes fonctionnels d'HTA : céphalées, phos-phènes, acouphènes, barre épigastrique
- B une PA systolique ≥ 150 mm Hg ou une PA diastolique ≥ 110 mm Hg
- C des réflexes ostéotendineux vifs
- D une protéinurie supérieure à 5 g/24 heures
- E une diminution des mouvements actifs fœtaux

Question 9

La prééclampsie est caractérisée de sévère devant une PA diastolique à 115 mm Hg.

À propos de la prise en charge thérapeutique, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A prise en charge en externe
- B hospitalisation
- C corticothérapie pour maturation pulmonaire
- D traitement antihypertenseurs par bêtabloquant
- E surveillance du rythme cardiaque fœtal

Question 10

Quelles sont les complications possibles de la prééclampsie ?

- A la crise d'éclampsie
- B le HELLP syndrome, qui se définit par une cholestase, une hémolyse, une thrombopénie
- C un hématome rétroplacentaire
- D une CIVD
- E un RCIU

Question 11

À propos des facteurs de risque de la prééclampsie, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la multiparité
- B l'âge maternel avancé
- C les grossesses multiples
- D l'obésité
- E les antécédents de prééclampsie

Question 12

Le lendemain, la patiente présente des signes neurologiques à type de réflexes ostéotendineux polycinétiques. Vous décidez d'instaurer un traitement par sulfate de magnésium. Malgré cela, 30 minutes après l'instauration du sulfate de magnésium, la patiente présente une crise convulsive.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A une intubation et une ventilation peuvent s'imposer
- B les benzodiazépines sont le traitement de référence de la crise d'éclampsie
- C il existe une indication d'extraction fœtale en urgence

D en cas de score de Bishop favorable, l'accouchement peut être déclenché par prostaglandines

E le traitement par sulfate de magnésium impose une surveillance des réflexes ostéotendineux : un surdosage se révélera par des réflexes ostéotendineux vifs et polycinétiques

Question 13

La patiente est césarisée en urgence et elle donne naissance à une fille pesant 1900 g qui est transférée en néonatalogie. À J3 de son accouchement, la patiente présente une hyperthermie avec des seins tendus.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A l'engorgement mammaire est défini par un sein tendu, douloureux avec peu ou pas de fièvre
- B le traitement de l'engorgement mammaire est fondé sur l'extraction du lait par tétées efficaces ou par tire-lait
- C l'association d'une hyperthermie maternelle à 38,5 °C, d'une douleur et de signes locaux définit la mastite
- D l'abcès mammaire est caractérisé par la présence d'une masse fluctuante
- E le traitement de l'abcès mammaire repose sur les antibiotiques

Question 14

À J6 de sa césarienne, la patiente quitte le service.

Quelle(s) ordonnance(s) lui remettez-vous ?

- A injection quotidienne d'une HBPM à dose curative pendant 15 jours
- B prescription d'une contraception œstroprogestative
- C bilan vasculo-rénal à réaliser 3 mois après l'accouchement
- D un bilan de thrombophilie est indiqué en cas de prééclampsie sévère associée à un RCIU
- E en cas de retard de croissance d'origine vasculaire, une prévention par aspirine 100 mg peut être mise en place pour la prochaine grossesse

Question 15

Le lendemain de la sortie de la maternité, la patiente consulte aux urgences gynécologiques pour une hyperthermie avec des lochies nauséabondes. Vous évoquez une endométrite du *post-partum*.

À propos de l'endométrite, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A l'examen clinique retrouve un utérus mal involué
- B l'échographie abdominale permet d'éliminer une rétention placentaire
- C le diagnostic de certitude repose sur la biopsie de l'endomètre
- D en cas d'allaitement maternel, le schéma antibiotique repose sur une céphalosporine de troisième génération et du métronidazole
- E en cas de mauvaise évolution, il faut évoquer une thrombophlébite pelvienne

Cas clinique 8 ++

Une jeune femme de 25 ans se présente aux urgences gynécologiques pour des saignements

d'origine génitale. Elle ne note jamais ses règles mais est à moins de 10 SA.

Question 1

En quoi consiste votre examen clinique ?

- A** interrogatoire
- B** prise des constantes hémodynamiques
- C** examen au spéculum
- D** toucher vaginal
- E** échographie pelvienne

Question 2

La patiente présente en effet des métrorragies de faible abondance, cailloteuses et rougeâtres. Elle décrit une algie similaire à des douleurs de règles, cotée en EVA à 3.

Quel serait l'examen biologique de première intention ?

Question 3

Vous avez demandé la recherche de β -hCG sanguin. Ce test est revenu positif avec une valeur de 4 500 UI/l. Quelles sont les étiologies des hémorragies génitales du premier trimestre de la grossesse ?

- A** l'hématome rétroplacentaire
- B** la grossesse intra-utérine évolutive
- C** l'avortement spontané précoce
- D** le placenta praevia
- E** la GEU

Question 4

Vous réalisez une échographie pelvienne. Quels signes peuvent vous orienter vers l'argument de GEU ?

- A** un sac gestationnel centré dans la cavité avec une couronne trophoblastique
- B** une image de pseudo-sac
- C** un épanchement pelvien
- D** une image latéro-utérine
- E** une vacuité utérine

Question 5

Votre échographie retrouve un sac ovulaire intra-utérin bien visible avec une couronne trophoblastique échogène et un embryon de 8 SA sans activité cardiaque. Quel est votre diagnostic ?

- A** un hématome rétroplacentaire
- B** une grossesse intra-utérine évolutive
- C** une grossesse intra-utérine non évolutive
- D** un placenta praevia hémorragique
- E** une GEU

Question 6

Elle vous dit qu'elle a déjà fait deux épisodes d'avortement spontané avant 14 SA. Au décours de chacun de ces épisodes, elle a chaque fois eu une injection d'un médicament appelé gammaglobulines anti-D. Pourquoi a-t-elle eu ces injections ?

- A** pour la maturation pulmonaire fœtale
- B** afin d'anticoaguler le sang en prévention des récidives
- C** pour la prévention de l'allo-immunisation rhésus
- D** parce qu'elle est rhésus négative
- E** parce qu'elle a fait des avortements spontanés à répétition

Question 7

Encore de garde aux urgences, vous revoyez Madame S. deux ans plus tard.

Elle est à nouveau enceinte à 10 SA et vient pour des brûlures mictionnelles; elle vous demande de suivre cette grossesse. Cette grossesse est obtenue spontanément mais elle décrit un passage en service d'assistance médicale à la procréation. Lors de cette consultation pour infertilité, un bilan a été prescrit après 12 mois de rapports sexuels sans contraception et réguliers avec mise en évidence d'un anticorps dans le sang sans autre précision. Elle ne prend aucun traitement actuellement.

Parmi ces items, lesquels *ne sont pas* inclus dans le bilan paraclinique de première intention dont le couple a dû bénéficier ?

- A** coelioscopie exploratrice
- B** échographie pelvienne
- C** FSH, LH, œstradiol
- D** ponction folliculaire
- E** spermogramme

Question 8

Votre diagnostic est celui d'une cystite.

Parmi les examens biologiques suivants, lesquels auraient une légitimité dans votre ordonnance de laboratoire à l'issue de votre consultation ?

- A** sérologie VIH
- B** ECBU
- C** sérologie toxoplasmose
- D** hyperglycémie orale provoquée (HGPO 75 g)
- E** sérologie VHB

Question 9

Parmi les suivants, quel(s) traitement(s) aurai(en)t une légitimité dans votre ordonnance à l'issue de votre consultation ?

- A** corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale
- B** aspirine à faible dose
- C** acide folique
- D** céphalosporine de troisième génération, céfixime
- E** fluoroquinolones

Question 10

À la consultation du 9^e mois, elle revient le visage plus rond que d'habitude. Elle s'inquiète depuis le matin de la présence de métrorragies rougeâtres. Elle signale mal dormir car a des épisodes de migraines avec des bourdonnements d'oreille et présente les mêmes œdèmes des membres inférieurs que lors de la dernière consultation. Le bilan sanguin de la veille montre : sérologie toxoplasmose négative; albuminurie = 1,2 g/l; glycosurie = 0,03 g/l.

À l'examen, vous ne faites pas de toucher vaginal, les mouvements actifs fœtaux sont présents mais moindres, la hauteur utérine est à 25 cm, vous retrouvez une PA à 150/90 mm Hg aux deux bras.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

- A** un effet blouse blanche
- B** une HTA chronique
- C** une HTA gravidique

- D une prééclampsie modérée
- E une prééclampsie sévère

Question 11

Sur quels arguments étayez-vous ce diagnostic ?

- A PAS > 140 mm Hg
- B PAD = 90 mm Hg
- C RCIU
- D macrosomie
- E albuminurie = 1,2 g/l

Question 12

Quels sont les critères de sévérité ?

- A PAS > 140 mm Hg
- B PAD = 90 mm Hg
- C RCIU
- D macrosomie
- E albuminurie = 1,2 g/l

Question 13

Quelle est la cause la plus probable de ces saignements ?

- A placenta praevia hémorragique
- B hématome rétroplacentaire
- C CIVD
- D grossesse molaire
- E GEU

Question 14

Vous hospitalisez votre patiente et constatez une mort fœtale *in utero* avec des tensions artérielles qui augmentent, des céphalées, acouphènes, phosphènes et des réflexes vifs.

Quel traitement *n'a pas* sa place dans la prise en charge de la patiente à ce stade ?

- A extraction fœtale
- B corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale
- C sulfate de magnésium
- D antihypertenseur
- E gammaglobulines anti-D

Question 15

Quels sont dans ce dossier les arguments pour un SAPL (syndrome des antiphospholipides) ?

- A cystite
- B prééclampsie
- C mort fœtale *in utero*
- D avortements spontanés à répétition
- E notion d'un anticorps dans le sang

Cas clinique 9 ++

Il s'agit d'une patiente de 33 ans, deuxième geste et primipare, après accouchement par césarienne d'un garçon de 4900 g il y a 2 ans. Elle prend actuellement une pilule œstroprogestative Leeloo®. Elle a depuis un an un nouveau conjoint et souhaite changer de contraception car elle l'oublie souvent. Elle dit vouloir une contraception sans œstrogènes car elle a lu qu'il existe des risques de phlébite, alors qu'elle fume 10 cigarettes par jour. Le reste de votre interrogatoire

ne retrouve pas de contre-indication à une contraception hormonale ou non.

Question 1

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) *fausse(s)* ?

- A la pilule œstroprogestative était contre-indiquée chez cette patiente
- B le risque de thrombose veineuse profonde est causé par le progestatif dans la pilule œstroprogestative
- C la césarienne contre-indique la pose d'un DIU (stérilet)
- D la prise de sa pilule à 8 heures de l'heure habituelle nécessite une prise de la contraception d'urgence (pilule du lendemain), sans nécessité de poursuivre le cycle avec une contraception locale
- E il existe un risque de GEU plus important avec un stérilet que sous pilule

Question 2

Quels moyens de contraception pouvez-vous lui proposer pour respecter sa demande ?

- A implant sous-cutané
- B DIU au lévonorgestrel
- C DIU au cuivre
- D patch transdermique
- E anneau vaginal

Question 3

Parmi les propositions suivantes, lesquels sont des contre-indications absolues de la contraception œstroprogestative ?

- A tabagisme avant 35 ans
- B diabète sévère
- C cancer du sein
- D cancer de l'endomètre
- E prise d'AINS

Question 4

Vous lui prescrivez finalement un moyen de contraception pouvant lui convenir. Vous avez expliqué que les règles pourront-être plus longues et plus abondantes, qu'elle doit se méfier du risque de GEU en cas de retard de règles et/ou des douleurs latéralisées.

Quel est ce moyen contraceptif ?

- A implant sous-cutané
- B DIU au lévonorgestrel
- C DIU au cuivre
- D patch transdermique
- E anneau vaginal

Question 5

Elle porte désormais son stérilet depuis 3 ans et demande à vous voir de toute urgence car elle a depuis ce jour de fortes douleurs en fosse iliaque droite. Elle a vomi ce matin et se sent mal.

Quel doit être le premier diagnostic à évoquer ?

- A appendicite aiguë
- B GEU
- C salpingite
- D torsion d'annexe droite
- E endométrite

Question 6

Quel bilan sanguin demandez-vous ?

- A** transaminases
- B** β -hCG
- C** CRP
- D** progestérone
- E** NFS

Question 7

Vous concluez à une salpingite aiguë (ou infection génitale haute).

Quels éléments cliniques étayeraient votre diagnostic ?

- A** métrorragies nauséabondes
- B** douleur pelvienne spontanée
- C** douleur pelvienne à la mobilisation utérine
- D** fièvre
- E** prurit vulvaire

Question 8

Quels éléments de l'échographie pelvienne peuvent être compatibles avec votre diagnostic ?

- A** une douleur lors de la mobilisation de la sonde endovaginale
- B** une masse latéro-utérine
- C** un sac gestationnel tubaire
- D** un épanchement pelvien
- E** une échographie pelvienne normale

Question 9

La patiente est fébrile à 38 °C. Quels sont les deux examens bactériologiques à demander pour confirmer votre diagnostic ?

- A** ECBU
- B** hémocultures
- C** frottis cervicovaginal
- D** prélèvement vaginal
- E** analyse bactériologique du stérilet

Question 10

Parmi les suivants, quel antibiotique n'a pas d'indication dans le traitement de la salpingite non compliquée ?

- A** pénicilline G
- B** ceftriaxone
- C** doxycyclines
- D** ofloxacine
- E** métronidazole

Question 11

Quelle est la durée de l'antibiothérapie dans la salpingite non compliquée ?

- A** 2 jours
- B** 7 jours
- C** 14 jours
- D** 21 jours
- E** 6 semaines

Question 12

Cette patiente a un désir de grossesse depuis 2 ans, conduisant à des investigations en service d'aide médicale à la procréation (AMP). On retrouve dans son dossier un compte rendu opératoire récent de salpingectomie bilatérale pour hydrosalpinx bilatéral.

Quelle est la cause la plus probable de cet hydrosalpinx bilatéral ?

- A** césarienne
- B** endométrite aiguë
- C** port de stérilet
- D** salpingite (infection génitale haute)
- E** tabagisme

Question 13

De quelle(s) technique(s) d'AMP peut-elle bénéficier en France dans sa situation ? [Une ou plusieurs réponses possibles.]

- A** stimulation ovarienne
- B** insémination artificielle avec sperme de conjoint
- C** insémination artificielle avec sperme de donneur
- D** fécondation *in vitro* (FIV)
- E** gestation pour autrui

Question 14

Concernant les critères d'accès à l'AMP, quelles conditions sont légales en France ?

- A** le couple doit être hétérosexuel
- B** le couple doit avoir ouvert un dossier d'adoption
- C** les deux membres du couple doivent être vivants au moment du transfert d'embryon ou de l'insémination
- D** si le couple se sépare, un transfert d'embryons congelés est toujours possible pour la femme si elle n'a pas d'autre conjoint
- E** le couple doit être en âge de procréer

Question 15

La patiente bénéficie d'une FIV. Elle vient vous voir à quelques jours du transfert d'embryon avec les symptômes suivants : douleurs et ballonnements abdominaux, avec dyspnée, majorée au décubitus strict avec saturation oxymétrique à 98 %.

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A** embolie pulmonaire
- B** GEU
- C** hyperstimulation ovarienne
- D** embolie amniotique
- E** œdème aigu pulmonaire

Cas clinique 10 ++

Une jeune femme de 38 ans consulte à 26 SA dans le cadre de son suivi de grossesse. Il s'agit de sa première grossesse et elle n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers mis à part une allergie vraie à la pénicilline. Elle ne présente aucune plainte fonctionnelle.

Question 1

Quelles sont les informations obligatoires que vous devez retrouver dans son dossier ?

- A** sérologie toxoplasmose
- B** sérologie VIH
- C** groupe sanguin-rhésus
- D** dépistage du diabète gestationnel
- E** bilan de coagulation

Question 2

Que devez-vous rechercher à votre examen physique ?

- A PA
- B pouls
- C saturation en oxygène
- D contractions utérines
- E hauteur utérine

Question 3

Vous retrouvez une PA à 130/85 mm Hg, un pouls à 90 bpm; à la BU : leucocytes ++, sang -, nitrites +; hauteur utérine à 28 cm. Vous suspectez :

- A une macrosomie
- B une prééclampsie
- C une bactériurie asymptomatique que vous ne traitez pas d'emblée
- D une cystite que vous traitez d'emblée
- E vous débutez un traitement par céphalosporines de troisième génération pendant 3 jours

Question 4

Statut sérologique de la patiente pour la toxoplasmose : IgM⁻ IgG⁻; pour la rubéole : IgG⁺. La patiente est de groupe sanguin B rhésus négatif.

Que lui prescrivez-vous ?

- A prophylaxie anti-D si le conjoint est de rhésus positif
- B hyperglycémie provoquée par voie orale
- C sérologie toxoplasmose
- D traitement préventif de la toxoplasmose
- E vitamine D systématique à prendre à partir de 28 SA

Question 5

Elle est inquiète concernant ses résultats de sérologie. Que lui dites-vous ?

- A peu de risque concernant la rubéole : pas de contagion infectieuse et, après 26 SA, le risque de transmission est faible
- B pas de risque concernant la toxoplasmose ni la rubéole
- C surveillance mensuelle de la rubéole
- D prévention de la toxoplasmose : éviter le contact avec les chats et leur litière
- E prévention de la toxoplasmose : consommer la viande bien cuite

Question 6

Elle a entendu parler du streptocoque B et sa voisine lui a dit qu'il fallait prendre des antibiotiques pour ne pas que le bébé soit infecté.

Concernant le streptocoque B, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le dépistage est fait entre 35 et 38 SA pour les femmes à risque
- B le dépistage se fait par un prélèvement par écouvillon
- C en cas de dépistage positif, elle sera traitée pendant la grossesse
- D un traitement par amoxicilline sera débuté au cours du travail
- E un antécédent de dépistage positif lors d'une grossesse précédente est une indication de traitement d'emblée pendant le travail

Question 7

Elle vous signale des douleurs abdominales régulières depuis la veille. Vous suspectez des contractions utérines et décidez de faire une électrocardiographie externe (monitoring).

Vous suspectez une menace d'accouchement prématuré (MAP). Quel(s) autre(s) examen(s) à but diagnostique faites-vous ?

- A aucun
- B prélèvement vaginal
- C échographie du col
- D toucher vaginal
- E recherche de diamine oxydase vaginale

Question 8

Les constantes maternelles sont PA : 130/85 mm Hg, FC : 90 bpm température : 38,7 °C; à l'échographie vous retrouvez un poids fœtal estimé à 1 100 g (> 90^e p) avec une bonne vitalité fœtale, une quantité de liquide amniotique normale, un placenta antérieur non inséré bas et un col mesuré à 20 mm. Au toucher vaginal, vous retrouvez un col mesuré à 20 mm. Vous posez le diagnostic de MAP.

Quelle est votre attitude ?

- A examens biologiques comprenant : NFS, CRP
- B corticothérapie préventive
- C repos stricte
- D tocolyse sans délai
- E oxytocine IV

Question 9

Votre externe vous demande quel tocolytique utiliser en première intention dans ce cas ?

- A inhibiteur calcique *per os*
- B inhibiteur calcique par voie IV
- C antagoniste de l'ocytocine
- D bétaméthasone
- E aucun

Question 10

Votre bilan sanguin retrouve : CRP = 100 mg/l, hyperleucocytose = 16 G/l. La sage-femme vous confirme une température à 38,5 °C et la patiente ressent des contractions de plus en plus importantes ainsi que des frissons. Une seule injection de corticothérapie a déjà été faite.

Quelle est votre attitude ?

- A examen clinique du col de l'utérus
- B hémocultures
- C tocolyse le temps de la deuxième injection de corticoïdes
- D césarienne en urgence
- E arrêt de la corticothérapie

Question 11

Quel bilan infectieux prescrivez-vous ?

- A sérologie *Listeria*
- B ECBU
- C PCR *Chlamydia* sur urines
- D hémocultures
- E prélèvement vaginal

Question 12

Vous décidez de poursuivre la surveillance en hospitalisation.

Vous êtes rappelé par la sage-femme au début de votre garde : la patiente frissonne, présente une fièvre à 39,5 °C, des douleurs abdominales et lombaires droites. Le laboratoire vous renvoie les résultats de l'examen direct de l'ECBU prescrit : présence de nombreux germes et de nombreux leucocytes. Vous prescrivez une échographie rénale qui retrouve une dilatation pyélocalicielle de 18 mm à droite sans calcul visible.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** vous posez le diagnostic de colique néphrétique compliquée de pyélonéphrite même sans calcul visible à cause de la dilatation pyélocalicielle
- B** vous débutez une antibiothérapie par céphalosporine de troisième génération
- C** vous poursuivez la corticothérapie préventive
- D** ECBU de contrôle à 48 heures
- E** ECBU mensuel pour le reste de la grossesse

Question 13

Parmi ces traitements, lequel doit être fait en urgence dans ce contexte ?

- A** gammaglobulines anti-D
- B** vitamine D
- C** corticothérapie préventive
- D** extraction fœtale par césarienne
- E** perfusion d'oxytocine

Question 14

Les contractions utérines s'arrêtent complètement et la patiente accouche finalement à 37 SA.

Au 3^e jour du *post-partum*, la patiente fait un pic fébrile à 38,5 °C avec des douleurs abdominales spasmodiques. Quel est votre diagnostic principal ?

- A** récurrence de pyélonéphrite
- B** appendicite aiguë
- C** montée de lait
- D** listériose
- E** endométrite du *post-partum*

Question 15

Quels sont les avantages de l'allaitement maternel ?

- A** protection contre les infections maternelles
- B** économique
- C** protection contre le cancer de l'ovaire
- D** favoriser la relation mère-enfant
- E** protection des entérocolites ulcéro-nécrosantes du nouveau-né

Cas clinique 11 ++

Madame B. vient vous voir en urgence pour des céphalées apparues il y a 2 jours, persistantes. Vous connaissez bien cette patiente de 40 ans car vous la suivez pour sa grossesse. Elle est maintenant à 35 SA de sa troisième grossesse, avec deux IVG médicamenteuses à 23 et 27 ans.

Par ailleurs, elle est de groupe A, rhésus négatif, RAI négative ; les sérologies toxoplasmose et rubéole sont

anciennement positives. Les autres sérologies du suivi de grossesse sont négatives.

Question 1

À ce stade de la prise en charge, quelles hypothèses diagnostiques évoquez-vous ?

- A** allo-immunisation rhésus
- B** thrombophlébite cérébrale
- C** migraine
- D** prééclampsie
- E** paludisme

Question 2

Votre examen initial montre une fréquence cardiaque à 85/minute, une PA à 152/85 mm Hg, une température à 37,1 °C. Le reste de votre examen physique montre une hauteur utérine à 23 cm, des réflexes ostéotendineux normaux et, globalement, un bon état général.

L'HTA au cours de la grossesse se définit par :

- A** une PA systolique \geq 130 mm Hg
- B** une PA diastolique \geq 90 mm Hg
- C** à une seule reprise
- D** au moins à deux reprises
- E** l'association HTA et œdèmes

Question 3

La BU montre : leucocytes +, protéines ++. La patiente est hypertendue. Vous évoquez une prééclampsie.

Parmi les signes suivants, lesquels permettent de poser le diagnostic de prééclampsie sévère ?

- A** céphalées résistantes au traitement antalgique simple
- B** survenue de crises convulsives tonico-cloniques
- C** survenue de contractions utérines
- D** survenue d'un œdème pulmonaire
- E** protéinurie supérieure à 2,5 g/24 heures

Question 4

Les pressions artérielles de la patiente augmentent et vous vous posez la question d'introduire un traitement hypertenseur.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la prise en charge de l'HTA a pour objectif de limiter les risques maternels
- B** la prise en charge de l'HTA ne diminue pas les risques obstétricaux
- C** la prise en charge de l'HTA a pour objectif de diminuer les accidents vasculaires cérébraux
- D** la prise en charge médicamenteuse de l'HTA doit se faire dès le diagnostic de prééclampsie modérée
- E** la prise en charge de l'HTA dépend de la tolérance clinique des chiffres tensionnels

Question 5

Les pressions artérielles de la patiente augmentent et elle a le jour même 180/115 mm Hg. Elle a des céphalées importantes, des réflexes ostéotendineux vifs et diffus. Vous attendez encore le bilan initial qui a été prélevé.

Votre prise en charge va comporter :

- A** la première injection de corticoïdes
- B** la mise en route d'un traitement antihypertensif

- C la mise en place d'une perfusion lente de benzodiazépine
- D la mise en place d'une perfusion de gluconique de calcium
- E la mise en place d'une perfusion de sulfate de magnésium

Question 6

Quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) antihypertensif(s) de première intention au cours de la prééclampsie ?

- A les inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- B les diurétiques thiazidiques
- C les diurétiques de l'anse
- D les inhibiteurs calciques
- E les bêtamimétiques

Question 7

Quelle(s) option(s) thérapeutique(s) vous semble(nt) raisonnable(s) à ce stade ?

- A faire accoucher la patiente rapidement
- B transférer la patiente vers une maternité mieux adaptée
- C transférer la patiente en réanimation avec un enregistrement continu du RCF
- D réévaluer l'état du col tous les 2 jours jusqu'à ce qu'il soit déclenchable
- E majorer la tocolyse si elle se met en travail

Question 8

Vous avez finalement réalisé une césarienne en urgence devant des anomalies du RCF, donnant naissance à un garçon de 1 320 g, Apgar 7 à une minute, 9 à cinq minutes et 10 à dix minutes. Le pH artériel au cordon était à 7,18. La patiente a saigné 1 800 ml au cours de l'intervention.

L'évolution de la prééclampsie dans le *post-partum* :

- A montre constamment une amélioration immédiate dès la naissance
- B peut s'aggraver dans les premiers jours avant de s'améliorer
- C peut s'aggraver d'un HELLP syndrome
- D peut s'améliorer progressivement
- E ne nécessite plus de surveillance particulière

Question 9

Les critères diagnostiques du HELLP syndrome sont :

- A une protéinurie supérieure à 5 g/24 heures
- B une hémolyse
- C une thrombopénie
- D des réflexes ostéotendineux vifs
- E une élévation des transaminases

Question 10

Parmi les propositions suivantes, lesquels sont des facteurs de risque de thrombose veineuse profonde chez cette patiente ?

- A l'hémorragie du *post-partum*
- B la prééclampsie
- C la période de *post-partum*
- D l'accouchement à 35 SA
- E le traitement antihypertensif

Question 11

Comment allez-vous prévenir le risque de thrombose veineuse profonde chez cette patiente ?

- A perfusion de plus de 2 000 ml par jour
- B lever précoce
- C contention élastique des membres inférieurs
- D anticoagulation préventive par HBPM
- E optimisation de la gestion de la douleur

Question 12

Le nouveau-né est petit pour l'âge gestationnel.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A petit pour l'âge gestationnel et retard de croissance intra-utérin veulent dire la même chose
- B tous les petits pour l'âge gestationnel n'ont pas de retard de croissance intra-utérin
- C un retard de croissance intra-utérin est un phénomène anormal
- D un petit pour l'âge gestationnel est un phénomène anormal
- E tous les retards de croissance intra-utérins ne sont pas petits pour l'âge gestationnel

Question 13

Chez cette patiente, quel(s) est (sont) l'(es) argument(s) pour dire que son nouveau-né a un retard de croissance intra-utérin ?

- A le rhésus négatif de la patiente
- B le fait que ce soit sa troisième grossesse
- C l'âge maternel
- D le score d'Apgar à 9 à cinq minutes
- E le contexte de prééclampsie

Question 14

Cette patiente a fait une prééclampsie sévère tardive.

Que va comporter votre bilan étiologique ?

- A la recherche des thrombopénies constitutionnelles
- B la recherche d'un déficit en protéine S
- C la recherche d'une sténose des artères rénales
- D la recherche d'un syndrome des antiphospholipides
- E aucune recherche étiologique

Question 15

Lors d'une visite en suite de couche à la patiente, elle vous demande s'il y a un risque que cette situation se reproduise et, si oui, comment la prévenir.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A oui, et on lui prescrira de l'aspirine lors de sa prochaine grossesse
- B non, car ce sera alors une quatrième pare
- C non, mais il faut quand même prescrire de l'aspirine
- D oui, et on lui prescrit de la vitamine C et E
- E non, mais il faut quand même lui prescrire de la vitamine C et E

Cas clinique 12 +++

Vous voyez en consultation du 7^e mois Madame G., 27 ans, enceinte de 29 SA. Il s'agit d'une première grossesse dont le début a été daté au 13 mai 2014.

Il s'agit d'une grossesse obtenue par FIV à la suite d'une stérilité primaire de couple ayant abouti au diagnostic d'azoospermie chez le conjoint.

En reprenant le dossier, vous notez dans les antécédents de la patiente un tabagisme actif à 5 paquets-années et une allergie aux acariens. Les antécédents familiaux mettent en évidence un diabète de type 2 chez la mère. Les frottis réalisés avant la grossesse étaient normaux.

Les premières consultations n'ont mis aucune anomalie en évidence, mis à part une constipation légère améliorée par des règles hygiéno-diététiques élémentaires.

La patiente est de groupe A rhésus négatif. Elle n'est pas immunisée contre la toxoplasmose ni contre la rubéole.

Question 1

Quelle sera la date théorique de surveillance du terme ?

- A 13 mai 2014
- B 13 janvier 2015
- C 13 février 2015
- D 13 mars 2015
- E 13 avril 2015

Question 2

L'interrogatoire de la patiente ne révèle aucun élément notable. Les constantes sont les suivantes : température à 37,3 °C, PA = 130/80 mm Hg, FC = 78 bpm. L'examen clinique retrouve un œdème des membres inférieurs léger. La prise de poids est stable et conforme aux normes. La hauteur utérine est à 24 cm. Les bruits du cœur fœtal sont entendus au Doppler. Vous palpez une présentation céphalique dos à gauche. Le col est long au toucher vaginal, postérieur, tonique et fermé à l'orifice externe.

Quels sont les examens biologiques qui ont dû être prescrits au 6^e mois ?

- A protéinurie sur échantillon
- B NFS
- C ferritinémie
- D Ag HBs
- E TSH

Question 3

Vous revoyez Madame G. à 31 SA + 4 jours aux urgences obstétricales lors d'une de vos gardes. Elle a été adressée par une sage-femme libérale pour une HTA gravidique. La patiente se plaint de céphalées persistantes sans troubles visuels et auditifs.

À l'examen clinique, vous notez une PA à 170/110 mm Hg, une FC à 105 bpm, une température à 37,1 °C, une prise de poids de 6 kg par rapport à la dernière consultation. L'examen pulmonaire est normal. Vous notez un œdème important des membres inférieurs prenant le godet. Les réflexes ostéotendineux sont vifs avec une extension de la zone réflexogène des rotuliens. La BU note l'absence de leucocytes, de nitrites et d'hématies et la présence de 3 croix de protéines.

Quel diagnostic suspectez-vous ?

- A HTA chronique avec syndrome néphrotique
- B HTA gravidique
- C éclampsie sévère et précoce
- D prééclampsie sévère et précoce
- E phéochromocytome

Question 4

Quel est le mécanisme physiopathologique de cette maladie ?

- A pathologie d'origine maternelle
- B pathologie d'origine placentaire
- C pathologie impliquant le cytotrophoblaste extravilloux
- D pathologie impliquant le syncytiotrophoblaste
- E pathologie de l'endothélium maternel

Question 5

- Ionogramme sanguin : Na = 136 mmol/l ; K = 3,9 mmol/l ; Cl = 98 mmol/l ; bicarbonates = 28 mmol/l ; glucose = 4,5 mmol/l ; créatinine = 90 µmol/l ; protides = 62 g/l ; Ca = 2,25 mmol/l ; acide urique = 390 µmol/l.
- Biochimie : LDH = 70 UI/l (N < 33) ; haptoglobine = 0,3 g/l (N = 0,5–2,5).
- Hémogramme : Hb = 9,9 g/dl ; GR = 4,67 T/l ; Ht = 44 % ; réticulocytes = 80 G/l ; GB = 12,5/l ; plaquettes = 99 G/l.
- Bilan hépatique : ASAT = 4 N ; ALAT = 3 N.

Quelles anomalies relevez-vous ?

- A thrombopénie
- B hypokaliémie
- C cytolysé hépatique
- D anémie hémolytique
- E insuffisance rénale aiguë

Question 6

Vous décidez d'hospitaliser la patiente.

Parmi les thérapeutiques suivantes, lesquelles sont possibles pour traiter cette patiente ?

- A α-méthyl dopa jusqu'à 2 000 mg par jour
- B labétolol jusqu'à 600 mg par jour
- C nicardipine jusqu'à 1 000 mg par jour
- D ramipril jusqu'à 50 mg par jour
- E nifédipine jusqu'à 100 mg par jour

Question 7

Quels sont les facteurs de risque connus de cette pathologie ?

- A âge supérieur à 40 ans
- B obésité
- C grossesse gémellaire
- D anomalie chromosomique du fœtus lors de la grossesse
- E antécédent de mort fœtale *in utero*

Question 8

Finalement, vous prenez la décision d'extraire l'enfant par césarienne quelques heures après devant des anomalies cardiaques fœtales.

Quel(s) bilan(s) allez-vous prescrire à distance de l'accouchement concernant le suivi de cette patiente ?

- A bilan de recherche de thrombophilie
- B bilan de recherche de parvovirus B19 et de CMV
- C bilan rénal avec recherche de protéinurie

- D bilan hépatique avec échographie hépatique
- E bilan hématologique avec biopsie ostéomédullaire

Question 9

Quel(s) traitement(s) diminue(nt) le risque de récurrence de prééclampsie lors d'une prochaine grossesse lorsque l'introduction thérapeutique se fait précocement ?

- A inhibiteur calcique
- B antivitamine K
- C HBPM
- D aspirine à faible dose
- E calcium

Question 10

La patiente, après avoir consulté un site internet spécialisé, vous demande si un traitement par sulfate de magnésium aurait pu changer le cours de sa grossesse. Que lui répondez-vous ?

- A oui, car il s'agit du meilleur traitement contre les complications de la prééclampsie
- B oui, car il procure une neuroprotection fœtale permettant la poursuite de la grossesse jusqu'à 34 SA
- C oui, car l'association inhibiteur calcique et sulfate de magnésium permet de contrôler les chiffres tensionnels
- D non, car ce traitement nécessite plusieurs heures de perfusion incompatible avec une extraction en urgence
- E non, car ce médicament n'a pas fait la preuve de son efficacité

Question 11

La patiente est sous HBPM à la suite de la césarienne. Que devez-vous surveiller biologiquement concernant ce traitement dans ce contexte ?

- A hémoglobine
- B créatinémie
- C taux de plaquettes
- D haptoglobine
- E ASAT/ALAT

Question 12

En suivant le taux de plaquettes sous HBPM, vous observez une diminution de son taux de 45 %. Vous suspectez une thrombopénie induite à l'héparine (TIH). Concernant cette complication, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la TIH de type 1 est la plus grave
- B la TIH de type 2 est la plus grave
- C la TIH d'origine immune est confirmée par le dosage d'anticorps anti-PF4
- D la TIH est une pathologie hémorragique
- E la TIH est une pathologie thrombotique

Question 13

Il s'agit bien d'une TIH de type 2. La patiente n'allait pas.

Quelle est la suite de la prise en charge ?

- A poursuite de l'HBPM à plus faible dose
- B relais de l'HBPM par un antivitamine K
- C relais de l'HBPM par un héparinoïde sodique
- D relais de l'HBPM par un antiagrégant plaquettaire
- E arrêt de l'HBPM sans traitement de relais

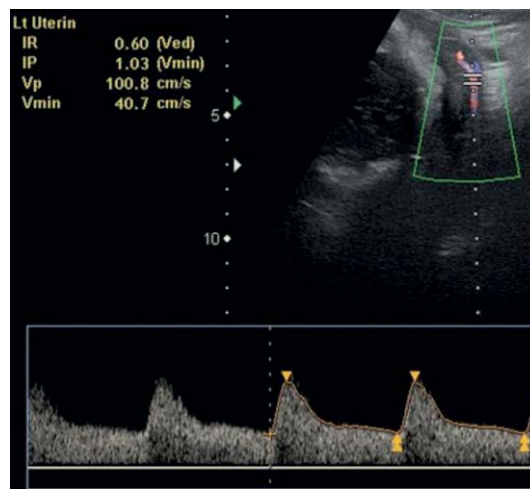
Question 14

Finalement, l'histoire est résolutive et le taux de plaquettes remonte progressivement sans complication. Lors d'une prochaine grossesse, quels signes échographiques faudra-t-il surveiller concernant le surrisque de prééclampsie ?

- A biométries fœtales
- B quantification du liquide amniotique
- C insertion du placenta
- D Doppler des artères utérines
- E Doppler de l'artère cérébrale moyenne fœtale

Question 15

Vous revoyez en échographie votre patiente 2 ans plus tard pour une nouvelle grossesse. Voici l'image que vous retrouvez au Doppler de l'artère utérine gauche.



Qu'observez-vous ?

- A examen normal avec absence de notchs
- B examen normal avec présence de notchs physiologiques
- C examen anormal avec présence de notchs profonds
- D examen anormal avec diastole nulle permanente
- E examen anormal avec *reverse flow*

Cas clinique 13 ++

Madame M., 30 ans, 3^e pare, suivie pour une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique est hospitalisée à 29 SA pour menace d'accouchement prématuré. Elle a comme antécédent deux accouchements par voie vaginale (à 38 SA et 35 SA), une conisation pour un CIN 2 et une appendicectomie. Elle fume trois cigarettes par jour et boit un verre de vin par semaine. Un prélèvement vaginal a été réalisé en début de grossesse et montrait une vaginose bactérienne.

Elle se plaint de contractions utérines depuis la veille au soir. Aucun autre signe fonctionnel.

À l'examen clinique, elle est apyrétique, l'abdomen est souple et indolore, l'utérus est contractile.

À l'examen obstétrical, le col est mi-long, tonique, centré, perméable à un doigt à l'orifice interne. Il n'y a pas d'écoulement de liquide. Les bruits des cœurs fœtaux sont perçus.

Question 1

Quels éléments figurent dans la définition de la menace d'accouchement prématuré (MAP)?

- A** la présence de contractions utérines régulières
- B** la présence de modifications cervicales
- C** un âge gestationnel supérieur à 20 SA
- D** une tachycardie fœtale
- E** une vaginose bactérienne

Question 2

Quels facteurs de risque de MAP retrouve-t-on chez cette patiente?

- A** grossesse gémellaire
- B** antécédent de d'accouchement prématuré à 36 SA
- C** antécédent de conisation
- D** une vaginose bactérienne
- E** un verre d'alcool par semaine

Question 3

Quels examens complémentaires biologiques pratiquez-vous dans l'immédiat?

- A** prélèvement vaginal
- B** ECBU
- C** bilan hépatique
- D** NFS
- E** ionogramme sanguin

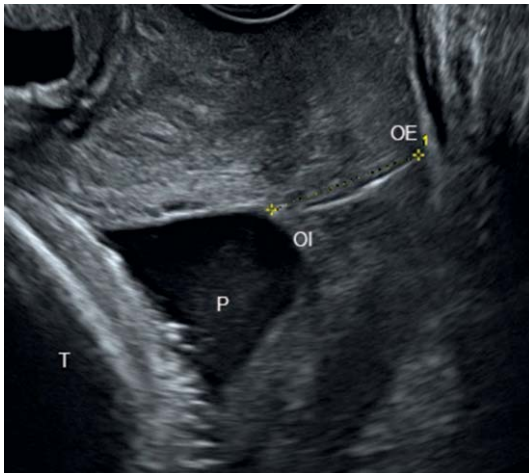
Question 4

Quels sont les autres éléments du bilan paraclinique?

- A** ECG
- B** hyperglycémie provoquée par voir orale (75 g)
- C** échographie du col
- D** échographie fœtale
- E** rythme cardiaque fœtal

Question 5

L'échographie du col est réalisée et figure ci-dessous.



Distance OI-OE = 18 mm.

Qu'en déduisez-vous?

- A** la longueur cervicale est courte
- B** il y a un risque élevé d'accouchement prématuré
- C** il y a une protrusion de la poche des eaux
- D** il faudrait proposer un cerclage en urgence
- E** le risque d'accouchement prématuré est supérieur à 50 %

Question 6

Quelle est votre prise en charge thérapeutique?

- A** hospitalisation
- B** tocolyse en l'absence de contre-indications
- C** corticothérapie de maturation pulmonaire
- D** transfert dans une maternité de niveau 2b
- E** antibiothérapie pendant 5 jours

Question 7

À 30 SA + 2 jours, suite à un écoulement vaginal franc de liquide clair, elle perçoit des contractions utérines régulières et douloureuses toutes les 5 minutes. La température est de 38,1 °C. Le rythme cardiaque fœtal montre une tachycardie fœtale des deux fœtus à 165 et 175 bpm et la tocométrie une contractilité régulière. Le prélèvement vaginal qui avait été réalisé à 29 SA met en évidence une *Escherichia coli*.

Quels seraient les éléments définissant une chorioamniotite?

- A** hyperthermie maternelle
- B** tachycardie fœtale
- C** contractions utérines
- D** écoulement d'un liquide fétide
- E** rupture des membranes

Question 8

Quelle prise en charge peut être proposée?

- A** tocolyse ne dépassant pas 24 heures dans ce contexte
- B** corticothérapie (bétaméthasone)
- C** sulfate de magnésium si entrée en travail
- D** amoxicilline
- E** aminosides

Question 9

Elle entre finalement en travail 4 heures plus tard et accouche par voie basse sans difficultés. Les deux enfants sont hospitalisés en réanimation néonatale.

Quels sont les risques néonataux que vous devez expliquer aux parents?

- A** risque de décès
- B** risque de leucomalacie périventriculaire
- C** risque d'entéocolite ulcéro-nécrosante
- D** risque de dysplasie bronchopulmonaire
- E** risques métaboliques

Question 10

Deux ans après cet accouchement, votre patiente revient vous voir. Elle est de nouveau enceinte de jumeaux et est très inquiète des risques de récurrence de la prématurité.

Quels sont les moyens de prévention que vous pouvez lui proposer?

- A** arrêt du tabac
- B** cerclage
- C** progestérone
- D** repos strict au lit à partir de 12 SA
- E** tocolyse dès 12 SA

Cas clinique 14 +++

Madame X., 35 ans, se présente aux urgences gynécologiques de l'hôpital de S. (niveau 1) ce jour. Elle est

enceinte de 30 SA mais ne fait pas suivre sa grossesse. Durant l'interrogatoire, vous apprenez que c'est une patiente tabagique (un paquet de cigarettes par jour), qui fume aussi régulièrement du cannabis. Elle a déjà une petite fille de 5 ans qui est née à 37 SA et qui pesait 1,6 kg.

Vous lui faites une échographie et vous estimez le poids fœtal aux alentours de 1200 g. Le Doppler ombilical est normal.

Question 1

Comment qualifiez-vous l'estimation de poids fœtal (EPF) pour ce fœtus ?

- A RCIU
- B PAG
- C poids normal
- D macrosomie
- E aucune bonne réponse

Question 2

Quels examens cliniques et paracliniques permettent de dépister un PAG ou un RCIU ?

- A électrocardiographie
- B hauteur utérine
- C largeur utérine
- D échographie pelvienne
- E amniocentèse

Question 3

Quelles biométries fœtales sont en général utilisées pour faire l'estimation du poids fœtal ?

- A périmètre crânien
- B périmètre thoracique
- C périmètre abdominal
- D longueur de l'humérus
- E longueur du fémur

Question 4

Quelle est votre conduite à tenir en ce qui concerne le suivi échographique ?

- A échographie de contrôle le lendemain puis 2 fois par semaine jusqu'à accouchement
- B échographie de contrôle dans 1 semaine
- C échographie de contrôle dans 2 ou 3 semaines
- D échographie de contrôle dans plus de 3 semaines
- E pas d'échographie de contrôle

Question 5

Vous revoyez donc la patiente 3 semaines plus tard et elle est maintenant à 33 SA. L'EPF est estimée à 1300 g et vous retrouvez un Doppler ombilical avec *reverse flow*. Le rythme cardiaque fœtal (RCF) est normal.

Comment qualifiez-vous alors l'EPF pour ce fœtus ?

- A RCIU
- B PAG
- C poids normal
- D macrosomie
- E aucune bonne réponse

Question 6

Quelle est l'infection à rechercher systématiquement devant un RCIU ?

- A toxoplasmose
- B rubéole
- C VIH
- D CMV
- E EBV

Question 7

Quelle est l'origine la plus fréquente du RCIU ?

- A génétique
- B infectieuse
- C vasculaire
- D immunologique
- E idiopathique

Question 8

Que faites-vous ?

- A transfert *in utero* en maternité de type 2 ou 3
- B extraction en urgence après cure de maturation pulmonaire
- C hospitalisation pour surveillance
- D contrôle de l'EPF à 7 jours
- E tocolyse

Question 9

À propos des conduites addictives de la patiente, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le test de Fagerström permet d'évaluer la dépendance au tabac
- B on parle de dépendance forte si le résultat du test de Fagerström est supérieur ou égal à 6
- C la consommation de tabac et de cannabis peut entraîner un syndrome polymalformatif chez l'enfant à naître
- D les patchs nicotiques sont autorisés pendant la grossesse
- E il est nécessaire de rechercher la présence de co-intoxications lors d'une consultation avec un addictologue

Question 10

Le petit Lucas naît le lendemain à 3 h 48, avec un Apgar de 1/3/5/8. Il pèse 1350 g et est transféré immédiatement en néonatalogie.

Qu'est ce qui est évalué dans le score d'Apgar ?

- A mouvements respiratoires
- B battements cardiaques
- C ouverture des yeux
- D tonus
- E coloration des téguments

Question 11

Quelle doit être la prise en charge immédiate pour cet enfant ?

- A transfert en néonatalogie
- B mise en couveuse
- C intubation systématique
- D mise en place d'une sonde nasogastrique
- E antibiothérapie systématique

Question 12

Quelles complications peut-on redouter chez cet enfant ?

- A** hypobilirubinémie
- B** maladies des membranes hyalines
- C** entérocolite nécrosante
- D** persistance du canal veineux
- E** leucomalacie périventriculaire

Question 13

Classer par ordre de fréquence les séquelles tardives auxquelles cet enfant prématuré peut être exposé.

- 1. Psychomotrices.
- 2. Auditives.
- 3. Visuelles.
- 4. Langagières.
- 5. Respiratoires.

- A** 1, 2, 3, 4, 5
- B** 1, 5, 4, 3, 2
- C** 1, 3, 5, 2, 4
- D** 1, 4, 3, 5, 2
- E** 5, 4, 3, 2, 1

Question 14

À propos des institutions et des aides sociales et financières organisées autour de l'enfant handicapé, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la CDAPH résulte de la fusion des CDES et COTOREP par loi du 11 février 2005
- B** la carte d'invalidité est délivrée à toute personne ayant un taux d'invalidité > 50 %
- C** l'AJPP est allouée par la CDAPH
- D** l'AAEH est allouée par la CDAPH
- E** la SEGPA est une classe adaptée durant l'enseignement secondaire

Question 15

Que proposez-vous à cette femme pour sa prochaine grossesse ?

- A** aide à l'arrêt du tabac et des toxiques
- B** échographies mensuelles durant sa prochaine grossesse
- C** mise sous aspirine quelle que soit l'origine du RCIU
- D** cerclage prophylactique à 15 SA
- E** aides à domicile de type aide-ménagère, baby-sitter...

Cas clinique 15 +++

Madame R., 38 ans, d'origine afro-caribéenne, est 5^e pare, 4^e geste. Sa dernière grossesse date d'il y a 10 ans. Elle se présente aux urgences de la maternité au terme de 26 SA pour contractions utérines. La grossesse actuelle est normale et s'est bien déroulée jusqu'alors. Cette patiente n'a par ailleurs aucun antécédent particulier, mis à part un tabagisme à 15 cigarettes par jour depuis 10 ans.

Elle est de groupe O négatif, immunisée contre la toxoplasmose et la rubéole. Les autres sérologies habituelles sont négatives.

Question 1

Quelle(s) est (sont) la(es) proposition(s) exacte(s) ?

- A** Madame R. a déjà eu une fausse couche
- B** Madame R. en est à sa quatrième grossesse
- C** Madame R. a déjà accouché de jumeaux

- D** une prophylaxie par immunoglobulines anti-D (Rhophylac[®]) doit être réalisée
- E** un arrêt du tabac est recommandé

Question 2

Au terme de Madame R., quelle(s) mesure(s) de hauteur utérine considérez-vous comme normale(s) ?

- A** 18 cm
- B** 21 cm
- C** 23 cm
- D** 26 cm
- E** 30 cm

Question 3

Parmi les symptômes et signes suivants, lesquels définissent une menace d'accouchement prématuré (MAP) ?

- A** augmentation de la hauteur utérine
- B** douleurs ligamentaires
- C** contractions utérines
- D** pertes de liquide amniotique
- E** modifications cervicales

Question 4

Dans une MAP, comment sont typiquement les contractions utérines ?

- A** fréquentes
- B** douloureuses
- C** régulières
- D** prolongées
- E** à l'emporte-pièce

Question 5

Vous suspectez une MAP. Quels examens peuvent vous permettre de confirmer ce diagnostic ?

- A** toucher vaginal
- B** échographie endovaginale
- C** NFS
- D** CRP
- E** prélèvement vaginal

Question 6

Quels autres examens sont utiles à la prise en charge ?

- A** NFS
- B** CRP
- C** prélèvement vaginal
- D** échographie obstétricale
- E** enregistrement cardiotocographique

Question 7

Après bilan et prise en charge approprié, l'état de Madame R. se stabilise. Vous continuez de la suivre régulièrement. À 28 SA, vous dépistez une HTA gravidique isolée que vous traitez par monothérapie avec une surveillance hebdomadaire.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** l'HTA gravidique évolue généralement vers la prééclampsie
- B** une protéinurie supérieure à 300 mg/24 heures fait partie de la définition
- C** une association avec un RCIU est possible
- D** le traitement a pour but d'éviter les complications maternelles
- E** un inhibiteur de l'enzyme de conversion peut être utilisé en monothérapie

Question 8

À 32 SA, l'examen de Madame R. montre une PA à 140/80 mm Hg sous la monothérapie qu'elle n'a pas modifiée. Il n'y a pas de signes fonctionnels. La protéinurie est à 0,7 g/24 heures. La hauteur utérine est à 25 cm. Quel est le diagnostic probable ?

- A néphropathie hypertensive
- B HTA gravidique compliquée
- C prééclampsie sévère
- D éclampsie
- E HELLP syndrome

Question 9

Quatre jours plus tard, Madame R. se plaint de douleurs abdominales. À l'examen, la PA est à 100/60 mm Hg, le pouls à 85 bpm. L'utérus est tendu et douloureux spontanément et à la palpation. Lors de votre examen, vous notez quelques taches de sang noirâtre sur la garniture de Madame C., taches qu'elle n'avait pas remarquées. Quel diagnostic suspectez-vous ?

- A hématome rétroplacentaire
- B rupture utérine
- C début de travail
- D placenta praevia
- E hémorragie de Benckiser

Question 10

Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie que vous notez dans cette observation ?

- A origine antillaise
- B tabac
- C HTA gravidique
- D multiparité
- E antécédent de gémellité

Question 11

Le rythme cardiaque fœtal retrouve des signes de souffrance fœtale avec un rythme de base à 100 bpm, micro-oscillant. Quel est le mécanisme de cette souffrance fœtale ?

- A interruption des échanges fœtomaternels au niveau du décollement placentaire
- B compression cordonale liée à la contraction utérine
- C souffrance fœtale chronique secondaire au RCIU
- D anémie fœtale
- E infection maternofoetale

Question 12

Quels examens complémentaires effectuez-vous en urgence ?

- A NFS
- B groupe, rhésus, RAI
- C échographie par voie endovaginale à la recherche d'un placenta praevia
- D aucun
- E protéinurie

Question 13

Quelle est la prise en charge la plus adaptée dans le contexte ?

- A césarienne en urgence
- B transfert en maternité de type 3
- C hospitalisation pour maturation pulmonaire

- D induction de l'accouchement dans les 48 heures
- E contrôle du monitoring cardiaque fœtal après remplissage maternel

Question 14

Quelles complications maternelles sont à redouter ?

- A insuffisance rénale
- B troubles de la coagulation
- C décès
- D hémorragie de la délivrance
- E éclampsie

Question 15

Quelles complications fœtales sont à redouter ?

- A asphyxie néonatale
- B anémie périnatale
- C décès
- D séquelles neurologiques
- E bronchodysplasie

Cas clinique 16 ++

Madame B.A., 28 ans, sans antécédent particulier, consulte pour des métrorragies d'apparition spontanée. Elle vous apporte un dosage sanguin des β -hCG effectué il y a 2 jours : 4 517 UI/l. Son groupe sanguin est O rhésus négatif.

Question 1

Très inquiète, elle vous demande quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques.

- A grossesse intra-utérine évolutive
- B fausse couche spontanée
- C GEU
- D règles
- E hémorragie intrakystique

Question 2

Quels examens allez-vous faire en première intention pour avancer dans le diagnostic ?

- A échographie abdominale
- B échographie endovaginale
- C dosage des β -hCG
- D pipelle de Cornier
- E aucun autre examen que ceux cités

Question 3

L'échographie endovaginale montre cette image.



Vous concluez donc à :

- A grossesse intra-utérine
- B fausse couche spontanée
- C GEU
- D pseudo-sac gestationnel
- E impossibilité de conclure

Question 4

Vous effectuez une injection d'immunoglobulines anti-Rh D afin de :

- A éviter l'évolution vers une fausse couche spontanée
- B éviter l'allo-immunisation fœtomaternelle
- C ne plus avoir à la refaire plus tard dans la grossesse
- D éviter les malformations fœtales
- E quel que soit le groupe sanguin de son conjoint

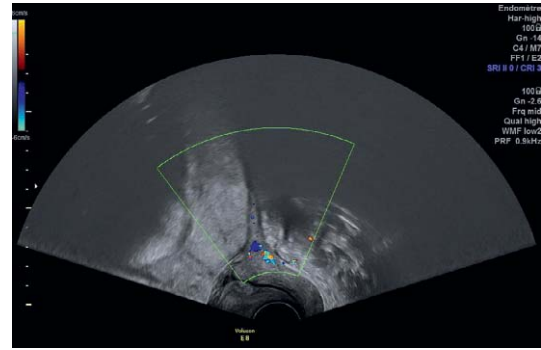
Question 5

Finalement la grossesse de Madame B.A. a bien évolué. Vous la revoyez en consultation d'urgence à 26 SA pour des contractions utérines associées à des métrorragies. Vous effectuez en premier :

- A un toucher vaginal
- B un examen au spéculum
- C une échographie endovaginale
- D un enregistrement cardiotocographique
- E un bilan préopératoire

Question 6

L'examen au spéculum objective des métrorragies d'origine endo-utérine. Vous effectuez une échographie endovaginale.



Vous posez donc le diagnostic de :

- A hématome rétroplacentaire
- B décollement sous-membranaire
- C MAP
- D placenta praevia
- E cancer du col de l'utérus

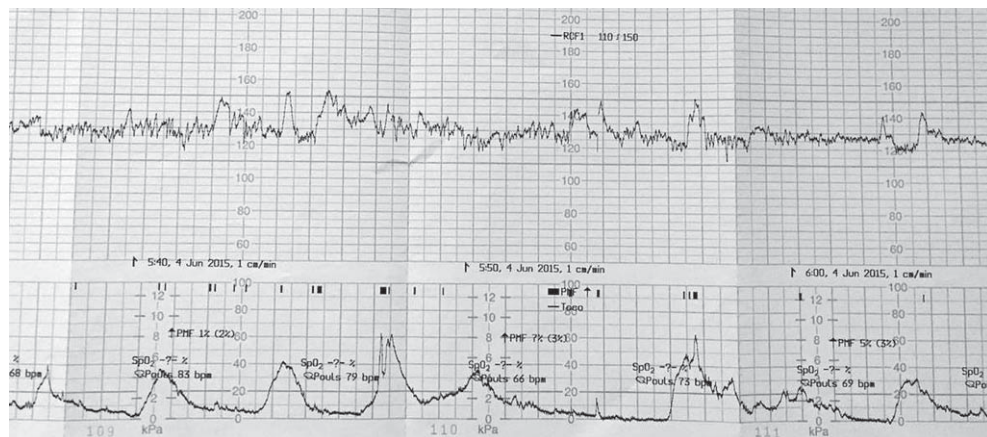
Question 7

Vous confirmez le diagnostic de placenta praevia. Quels sont les signes cliniques en faveur de ce diagnostic ?

- A métrorragies de sang rouge vif
- B métrorragies de sang foncé
- C métrorragies abondantes
- D contracture utérine permanente
- E contractions utérines répétées

Question 8

Vous transférez la patiente en salle d'accouchement et débutez un enregistrement cardiotocographique.



Vous notez :

- A rythme cardiaque fœtal normal
- B ralentissements du rythme cardiaque fœtal
- C tachycardie fœtale
- D contractions utérines régulières
- E absence de contractions utérines

Question 9

La patiente étant stable hémodynamiquement, vous décidez de réaliser :

- A une césarienne en urgence pour sauvetage maternel
- B une césarienne en urgence pour sauvetage fœtal

- C une surveillance simple
- D un traitement tocolytique
- E une transfusion sanguine

Question 10

Vous avez décidé de réaliser une tocolyse afin d'arrêter les contractions utérines. Vos mesures complémentaires sont :

- A une corticothérapie prénatale
- B une injection d'immunoglobulines anti-Rh D
- C un test de Kleihauer
- D une surveillance étroite
- E une recherche d'un facteur déclenchant

Question 11

La patiente présente un syndrome infectieux clinique et biologique. Quelle est votre première hypothèse diagnostique par argument de fréquence ?

- A chorioamniotite
- B listériose
- C gastro-entérite aiguë
- D pyélonéphrite aiguë
- E pneumopathie

Question 12

Vous confirmez le diagnostic de pyélonéphrite aiguë gauche. Quelle est votre antibiothérapie de première intention ?

- A céfotaxime
- B lévofloxacine
- C amoxicilline
- D fosfomycine
- E attente des résultats de l'ECBU

Question 13

Vous choisissez d'utiliser la céfotaxime : à quelle posologie ?

- A 200 mg 2 fois par jour
- B 400 mg 2 fois par jour
- C 1 g 2 fois par jour
- D 1 g 3 fois par jour
- E 2 g 3 fois par jour

Question 14

L'évolution est favorable grâce à votre prise en charge. Vous revoyez la patiente à 37 SA. Quel examen indispensable vous permettra de choisir la voie d'accouchement ?

- A toucher vaginal
- B examen au spéculum
- C échographie endovaginale
- D pelvimétrie par scanner
- E échographie de croissance

Question 15

Votre échographie endovaginale montre un placenta recouvrant. Vous préconisez donc :

- A épreuve du travail
- B déclenchement du travail
- C césarienne prophylactique
- D césarienne en cas de saignement au cours du travail
- E réévaluation à 41 SA

Cas clinique 17 ++

Une patiente de 24 ans vient en consultation pour avis concernant la survenue de fausses couches spontanées à répétition.

Antécédents :

- médicaux : groupe A rhésus négatif, asthme traité par Ventoline® (salbutamol), hypothyroïdie sous Lévothyrox® (lévothyroxine sodique);
- chirurgicaux : appendicectomie;
- gynécologiques : trois FCS précoces entre 8 et 10 SA, avec curetage endo-utérin;

- familiaux : père ayant fait deux phlébites et une embolie pulmonaire, *a priori* sans facteur déclenchant. Par ailleurs, elle vous rapporte un cas de trisomie 21 chez un cousin de son conjoint.

Question 1

Quel bilan biologique allez-vous prescrire devant ce tableau de fausses couches spontanées à répétition ?

- A anticoagulant circulant
- B anticorps anti-TPO
- C glycémie à jeun
- D mutation du facteur V Leiden
- E caryotype uniquement chez la patiente

Question 2

On retrouve des anticorps anti-ADN natif à 1/100 avec anticorps anti-phospholipides à 32 UGP.

Quelle sera votre conduite à tenir chez cette patiente ?

- A consultation en médecine interne
- B bilan rénal (créatininémie, protéinurie)
- C bilan lipidique (cholestérol, triglycérides)
- D traitement par aspirine au cours de la grossesse suivante
- E traitement par aspirine et HBPM au cours de la grossesse suivante

Question 3

Six mois plus tard, cette patiente débute une nouvelle grossesse et vous la voyez en consultation à 30 SA. Elle ne prend aucun traitement. La hauteur utérine est à 22 cm, l'activité cardiaque fœtale est perçue, le col est long, postérieur et fermé, la PA est à 161/103 mm Hg et il existe deux croix de protéinurie à la BU.

Qu'évoquez-vous ?

- A prééclampsie
- B éclampsie
- C MAP
- D RCIU
- E macrosomie fœtale

Question 4

Quelles peuvent être les complications maternelles et fœtales de ce diagnostic ?

- A fausse couche précoce
- B hématome rétroplacentaire
- C HELLP syndrome
- D mort fœtale *in utero*
- E GEU

Question 5

Quelle conduite tenez-vous dans ce cas ?

- A retour à domicile
- B hospitalisation en maternité de niveau 1
- C prescription d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- D prescription de bétaméthasone à visée de maturation pulmonaire
- E hydratation de la patiente

Question 6

Plusieurs années après, cette femme consulte pour une cinquième grossesse. Enceinte de 32 SA, elle présente des métrorragies de sang rouge et des contractions

utérines non régulières. Entre ces deux grossesses, elle est devenue consommatrice occasionnelle de cocaïne, a eu une myomectomie par laparotomie pour un fibrome interstitiel de 9 cm. Cette grossesse a été obtenue par insémination intra-utérine avec sperme de donneur. Elle ne prend aucun traitement. Elle vous signale un épisode de pertes vaginales rosées il y a 3 semaines. Votre examen confirme les métrorragies, l'utérus est contractile (4 contractions par 10 minutes) et se relâche mal. La patiente présente des sueurs, une anxiété et des céphalées.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A placenta praevia
- B hématome rétroplacentaire
- C rupture utérine
- D rupture prématurée de la poche des eaux
- E môle hydatiforme

Question 7

Son mari vous rapporte l'échographie réalisée à 22 SA, qui montre une croissance au 20^e percentile, une quantité de liquide amniotique diminué, un placenta antéro-latéral droit normalement inséré, un Doppler aux artères utérines avec index D/S à 20 % et un notch unilatéral droit. Quelques heures plus tard, cette patiente présente une douleur intense pelvienne avec contracture utérine associée à des métrorragies sépia. La PA est à 172/113 mm Hg et la protéinurie à 2 g/l. Le col utérin est déhiscent à l'orifice externe.

Quel diagnostic retenez-vous ?

- A placenta praevia
- B hématome rétroplacentaire
- C rupture utérine
- D hémorragie de Benckiser
- E polype utérin

Question 8

Quel traitement aurait dû être prescrit à cette patiente compte tenu de ses précédentes grossesses ?

- A HBPM
- B insuline retard
- C aspirine à 750 mg par jour
- D aspirine à 150 mg par jour
- E β -mimétiques

Question 9

Le rythme cardiaque fœtal montre des décélérations profondes et répétées. Quelle est votre attitude ?

- A déclenchement du travail
- B délivrance dirigée
- C césarienne en urgence
- D appel en urgence de l'anesthésiste
- E appel en urgence du pédiatre

Question 10

Vous avez réalisé une césarienne en urgence, mais la patiente continue à saigner abondamment. Quelles sont vos options thérapeutiques ?

- A un massage utérin
- B une perfusion de β -mimétiques
- C une perfusion d'agoniste des prostaglandines E2
- D une embolisation des artères utérines
- E une hystérectomie d'hémostase

Question 11

Deux jours après la fin de la grossesse, la patiente présente une douleur épigastrique associée à des céphalées. Vous suspectez un HELLP syndrome, qui se définit par :

- A atteinte hépatique
- B atteinte rénale
- C baisse des transaminases
- D thrombopénie
- E anémie ferriprive

Question 12

Dix jours après, au moment de sa sortie de la maternité, vous êtes appelé pour des mouvements tonico-cloniques chez la patiente. Vous constatez à votre arrivée une respiration lente et une confusion.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

- A hémorragie cérébro-méningée
- B éclampsie
- C intoxication à la bromocryptine prescrite pour stopper l'allaitement
- D cholestase gravidique
- E tumeur cérébrale

Question 13

Vous avez traité efficacement cette crise d'éclampsie. Les tensions se sont normalisées sous traitement anti-hypertenseur. Quelques jours plus tard, vous effectuez son examen de sortie. La patiente souhaite une contraception efficace.

Que lui proposez-vous ?

- A contraception œstroprogestative
- B stérilisation tubaire par technique Essure®
- C contraception microprogestative
- D contraception par préservatifs
- E ligature tubaire

Question 14

Trois jours après sa sortie de la maternité, la patiente consulte pour une hyperthermie à 38,3 °C et des lochies malodorantes. Vous faites le diagnostic d'endométrite du *post-partum* grâce, en premier lieu, à :

- A examen clinique
- B prélèvement vaginal
- C hystérocopie diagnostique
- D bilan biologique
- E scanner abdomino-pelvien

Question 15

Votre traitement consiste donc en :

- A curetage endo-utérin
- B reprise au bloc opératoire
- C antibioprophyllaxie probabiliste
- D antibiothérapie dès réception du prélèvement vaginal
- E arrêt de l'allaitement

Cas clinique 18 ++

Mademoiselle L., 15 ans, consulte pour un retard de règles. Elle dit avoir eu un rapport non protégé au décours d'une soirée au mois d'octobre. La date des dernières règles est le 1^{er} novembre. Par ailleurs, elle signale

des douleurs en fosse iliaque gauche depuis 1 semaine et des nausées. Cette patiente ne présente aucun antécédent médico-chirurgical notable hormis un tabagisme actif à 10 cigarettes par jour. Son groupe sanguin est O négatif (elle vous remet sa carte de groupe).

Question 1

Si la patiente est enceinte, quelle serait la date de début de grossesse ?

- A 8 novembre
- B 10 novembre
- C 15 novembre
- D 1^{er} décembre
- E on ne peut pas savoir

Question 2

Mademoiselle L. serait, selon la date de ses dernières règles, à 6 SA. Après discussion avec cette dernière, elle vous dit avoir eu une échographie pelvienne il y a 48 heures qui s'avère non contributive sur le compte rendu qu'elle vous remet, sur lequel vous trouvez également les résultats d'un test qualitatif HCG positif.

Quels sont les examens complémentaires à réaliser en première intention ?

- A échographie abdominale
- B échographie pelvienne
- C HCG qualitatifs
- D dosage de β -hCG plasmatiques quantitatifs
- E NFS

Question 3

Le test de grossesse sanguin s'avère positif mais Mademoiselle L. ne veut pas de cette grossesse. Elle vous demande de réaliser une interruption volontaire de grossesse (IVG). Elle est finalement à 12 SA.

Concernant les modalités réglementaires légales de l'IVG, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le délai légal de l'IVG en France depuis la loi Aubry est de 12 SA
- B le délai légal de l'IVG en France depuis la loi Aubry est de 14 semaines de grossesse
- C le délai légal de l'IVG en France depuis la loi Aubry est de 10 semaines de grossesse
- D le délai légal de l'IVG en France depuis la loi Aubry est de 12 semaines de grossesse
- E le délai légal de l'IVG en France depuis la loi Aubry est de 14 SA

Question 4

Concernant les modalités réglementaires légales de l'IVG et la contraception d'urgence, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) fausse(s) ?

- A dans les structures scolaires, les infirmières sont autorisées à délivrer une contraception d'urgence
- B pour les mineures non émancipées, le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'autorisation d'un des deux parents ou du représentant légal
- C en cas d'absence de consentement parental, la mineure doit se faire accompagner d'une personne majeure de son choix
- D cette personne majeure désignée par la patiente mineure se voit attribuer un rôle d'autorité parentale

E depuis 2005, un décret impose aux pharmaciens la délivrance gratuite d'une contraception d'urgence aux mineures

Question 5

Concernant les structures et les modalités de prise en charge des IVG, quelle est la proposition fausse ?

- A au-delà de 12 SA, les structures d'IVG doivent disposer d'un plateau technique chirurgical
- B chaque centre d'accueil doit disposer d'un échographe
- C aucun médecin ne peut refuser de pratiquer une IVG en France
- D les frais d'IVG sont pris en charge à 100 % par la caisse primaire d'assurance maladie pour les patientes mineures
- E pour les femmes étrangères, l'IVG n'est plus soumise à aucune condition de durée et de régularité de séjour en France

Question 6

Concernant le déroulement et la prise en charge de l'IVG chez Mademoiselle L., quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A une datation exacte de l'âge gestationnel de la grossesse est indispensable
- B l'entretien psychosocial est obligatoire pour Mademoiselle L.
- C un dépistage des IST est obligatoire
- D un frottis cervico-utérin est systématiquement réalisé
- E nous pouvons dès la première consultation lui prescrire une contraception

Question 7

Concernant le délai de réflexion relatif à une IVG, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il est de 5 jours entre la première demande et la réalisation de l'IVG
- B il est de 7 jours entre la première demande et la réalisation de l'IVG
- C ce délai doit être respecté
- D ce délai peut être raccourci si l'âge gestationnel est situé en 12 et 14 semaines de grossesse
- E en 2015, le délai de réflexion a été supprimé

Question 8

À la fin de cette première consultation, vous établissez le certificat de demande initiale de l'IVG.

Concernant l'examen biologique à prescrire à Mademoiselle L. à l'issue de cette première consultation, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la détermination d'un groupe rhésus
- B une recherche d'agglutinines irrégulières
- C un bilan de coagulation
- D une NFS
- E une quantification d'hématies fœtales par test de Kleihauer compte tenu du rhésus négatif

Question 9

Concernant les différentes techniques d'IVG, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** seules deux techniques (chirurgicale ou médicale) existent
- B** la technique retenue dépend de la qualification du praticien qui prend en charge l'IVG
- C** jusqu'à 7 SA, la technique chirurgicale est la technique de choix
- D** de 7 SA + 1 jour à 9 SA, les deux techniques sont réalisables
- E** après 9 SA, la technique médicale est la technique de choix

Question 10

Mademoiselle L. décide de la réalisation d'une IVG médicamenteuse après vos explications sur l'ensemble des techniques possibles.

Concernant l'IVG médicamenteuse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** elle repose sur l'utilisation de deux produits : la mifépristone et les ocytociques
- B** une des complications est l'hémorragie
- C** le risque d'endométrite post-IVG médicamenteuse est nul
- D** la prévention de l'allo-immunisation rhésus n'est pas nécessaire dans cette technique
- E** la quatrième consultation post-IVG médicamenteuse est conseillée

Question 11

Parmi les contre-indications absolues de la mifépristone, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** asthme sévère non équilibré par un traitement
- B** insuffisance hépatique
- C** insuffisance rénale
- D** porphyrie héréditaire
- E** anémie sévère

Question 12

Concernant les mécanismes d'action du misoprostol, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit d'un analogue de la prostaglandine E1
- B** il possède des propriétés anti-progesterone
- C** il permet de stimuler les contractions utérines
- D** son action principale est d'induire un décollement de l'œuf par nécrose déciduale péri-ovulaire
- E** il provoque une maturation cervicale

Question 13

Finalement Mademoiselle L. opte pour une IVG chirurgicale. L'équipe médicale accède à sa demande.

Concernant l'IVG chirurgicale, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la mifépristone peut être administrée 48 heures avant le geste
- B** un contrôle échographique peropératoire est obligatoire
- C** le risque de perforation utérine est de 1 %
- D** le risque hémorragique est nul
- E** le geste peut se compliquer de synéchie utérine secondaire à l'origine d'une aménorrhée ou d'une infertilité

Question 14

L'IVG chirurgicale de Mademoiselle L. se déroule sans complication. Vous lui remettez les papiers de sortie le soir même.

Concernant les différentes méthodes de contraception envisageable chez Mademoiselle L., quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) fausse(s) ?

- A** la prescription d'une contraception est obligatoire chez les patientes mineures
- B** la pose d'un DIU est possible le jour même de l'IVG
- C** la pilule ne devra être débutée que 7 jours après l'IVG
- D** seule une pilule microprogestative peut être prescrite chez cette patiente fumeuse
- E** la pose d'un implant sous-cutané est possible dès le jour de l'IVG

Question 15

Vous revoyez Mademoiselle L. en consultation après la réalisation de l'IVG.

Concernant cette quatrième consultation, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** elle est conseillée mais non obligatoire
- B** elle est obligatoire pour les patientes mineures
- C** elle permet de vérifier la bonne utilisation de la contraception prescrite lors de l'IVG
- D** elle permet de vérifier la vacuité utérine
- E** le bilan IST est obligatoirement prescrit lors de cette consultation

Cas clinique 19 ++

Mademoiselle S., 16 ans, vous consulte en urgence affolée car elle ne veut pas être enceinte à la suite de son premier rapport sexuel non protégé la veille.

Elle ne présente pas d'antécédent médical particulier, fume 20 cigarettes par jour. Elle mesure 1,70 m pour 55 kg. Sa PA est mesurée à 120/60 mm Hg.

Question 1

Quelles sont les différentes possibilités pour une contraception d'urgence chez Madame S. ?

- A** lévonorgestrel (Norlevo®) dans les 48 heures maximum suivant le rapport
- B** ulipristal d'acétate dans les 5 jours maximum suivant le rapport
- C** DIU au cuivre dans les 5 jours suivant le rapport
- D** lévonorgestrel (Norlevo®) dans l'heure suivant le rapport
- E** ulipristal d'acétate dans 24 heures suivant le rapport

Question 2

La patiente très inquiète vous pose de nombreuses questions sur le fonctionnement de la contraception orale d'urgence par lévonorgestrel, où se la procurer et comment, alors qu'elle est mineure.

Que lui répondez-vous ?

- A** efficacité de 100 %
- B** nécessité d'une ordonnance
- C** délivrance gratuite pour les mineures
- D** nécessité d'un majeur accompagnant
- E** se substitue à une contraception journalière si prise précocement après chaque rapport non protégé si rapports sexuels peu fréquents

Question 3

Mademoiselle S. prend sa contraception d'urgence et revient vous voir 1 mois après accompagnée de sa tante de 40 ans. Elle ne manifeste pas de préférence particulière envers un mode de contraception. L'examen clinique et l'interrogatoire de Madame S. ne retrouve rien de particulier.

Que pouvez-vous lui prescrire ?

- A** frottis cervico-utérin de dépistage
- B** pilule œstroprogestative de deuxième génération
- C** patch transdermique
- D** contre-indication aux œstroprogestatifs car patiente tabagique
- E** bilan métabolique à réaliser 3 mois après le début de la contraception

Question 4

La tante de 40 ans a pour antécédents des migraines sans aura, une thrombose veineuse superficielle, une hyperlipidémie et un tabagisme actif à 20 cigarettes par jour. Elle est également suivie pour une tumeur bénigne du foie. Elle mesure 1,70 m pour 70 kg et a une PA à 150/90 mm Hg.

Quelles sont les contre-indications absolues à une contraception orale œstroprogestative chez la tante ?

- A** migraine sans aura
- B** thrombose veineuse superficielle
- C** tabagisme (plus de 15 cigarettes par jour)
- D** tumeur bénigne hépatique
- E** hyperlipidémie

Question 5

Quelles sont alors les informations vraies sur les possibilités de contraception hormonale chez la tante ?

- A** la prescription d'un patch contraceptif est autorisée
- B** la prescription d'un anneau vaginal est autorisée
- C** la prescription d'une pilule à base d'œstrogène naturelle est autorisée
- D** la prescription d'une pilule œstroprogestative minidosée est autorisée
- E** la prescription d'un implant sous-cutané est autorisée

Question 6

Madame S. vous demande plus d'informations sur les contraceptions en dehors de la pilule afin d'améliorer son observance.

Que lui répondez-vous ?

- A** l'implant sous-cutané est une contraception œstroprogestative
- B** le patch est une contraception microprogestative
- C** l'anneau est une contraception œstroprogestative
- D** l'implant sous-cutané est le moyen de contraception ayant le meilleur indice de Pearl
- E** la stérilisation tubaire est interdite avant 45 ans

Question 7

Madame S. vous demande des informations sur le dispositif intra-utérin (DIU).

Que lui répondez-vous ?

- A** le DIU est contre-indiqué chez les nulligestes
- B** le DIU aux progestatifs est contre-indiqué en cas d'antécédent de cancer du sein

C le DIU présente un risque infectieux prévenu par une antibioprofylaxie systématique

D le DIU est contre-indiqué en cas d'antécédent d'IVG

E le DIU est contre-indiqué en cas d'antécédent de GEU

Question 8

Madame S. vous demande les différences entre le DIU au cuivre et le DIU aux progestatifs.

Que lui répondez-vous ?

A le DIU aux progestatifs entraîne souvent des ménorragies

B le DIU aux progestatifs peut entraîner une aménorrhée

C les DIU aux progestatifs et au cuivre sont contre-indiqués en cas de grande multiparité

D le DIU au cuivre doit être changé tous les 18 mois

E le DIU aux progestatifs est contre-indiqué en cas de prise de médicaments inducteurs enzymatiques

Question 9

Madame S. vous demande des informations complémentaires sur la pilule œstroprogestative.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

A la pilule œstroprogestative doit être arrêtée régulièrement environ tous les 2 ans pendant 2 à 3 mois pour éviter un arrêt définitif de la fonction ovarienne

B la pilule œstroprogestative entraîne souvent une aménorrhée à l'arrêt de la pilule par synéchie utérine

C la pilule œstroprogestative est déconseillée en cas d'endométriose

D la pilule œstroprogestative peut être prise en continue

E la pilule œstroprogestative est contre-indiquée chez les patientes migraineuses avec aura

Question 10

La pose d'un DIU au cuivre est décidée. La pose se fait en première partie de cycle au cabinet ; pendant celle-ci, la patiente présente un malaise vagal.

Madame S. se présente 1 mois après la pose pour douleurs pelviennes généralisées ; elle est apyrétique, présente des métrorragies minimales et vous ramène un bilan avec une CRP à 30 mg/l. L'examen clinique retrouve un abdomen souple avec une douleur diffuse à la mobilisation utérine.

Que pouvez-vous suspecter chez cette patiente ?

A infection génitale haute

B GEU

C appendicite

D perforation utérine

E pyélonéphrite

Question 11

Concernant le bilan à réaliser, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

A échographie pelvienne

B dosage des HCG

C IRM pelvienne

D scanner abdomino-pelvien

E ablation systématique du DIU et mise en culture

Question 12

Vous l'avez suivi pour sa grossesse, qui s'est déroulée normalement. Vous la voyez pour sa consultation du *post-partum* à 2 mois de son accouchement par voie basse. Elle allaite son enfant de manière exclusive. Quels moyens de contraception pouvez-vous lui proposer ?

- A contraception œstroprogestative
- B contraception progestative
- C DIU au cuivre
- D DIU à la progestérone
- E implant sous-cutané

Question 13

Elle opte pour l'implant sous-cutané. Quel est son mode d'action principal ?

- A atrophie de l'endomètre
- B blocage de l'ovulation
- C modification de la glaire cervicale
- D toxicité sur les spermatozoïdes
- E blocage de la maturation folliculaire

Question 14

Vous la perdez de vue et la revoyez plus tard à l'âge de 46 ans. Depuis, elle a eu trois autres enfants dont deux par césarienne. Elle désire une contraception définitive.

Quelle(s) méthode(s) pouvez-vous lui proposer et quel délai de réflexion doit être respecté ?

- A délai de réflexion obligatoire de 3 mois
- B délai de réflexion obligatoire de 4 mois
- C ligature-section des trompes par coelioscopie
- D micro-implants tubaires (Essure®)
- E stérilisation tubaire par sclérothérapie

Question 15

Quelles sont les obligations légales concernant la contraception définitive ?

- A délai de réflexion obligatoire
- B accord du conjoint
- C patiente ayant eu au moins un enfant
- D patiente ayant la nationalité française
- E consentement écrit de la patiente

Cas clinique 20 +

Madame P., 38 ans, G3P3, de groupe O rhésus négatif, antécédent de salpingite et d'appendicectomie, tabagique (un paquet par jour), consulte son médecin traitant le 15 avril 2015 pour des métrorragies marron de faible abondance depuis quelques jours. À l'interrogatoire, elle vous signale avoir des rapports sexuels avec des partenaires multiples et utilise comme contraception des préservatifs en faisant attention car elle ne désire plus d'enfant. Elle souffre de pertes blanches abondantes et d'un prurit vaginal depuis quelques jours. Elle ajoute avoir eu des douleurs dans le bas du ventre au niveau des ovaires, habituelles selon elle pendant ses règles. Sa date des dernières règles est le 10 mars 2015.

À l'examen physique, on retrouve une PA à 11/6, une FC à 67/min, un abdomen souple et indolore. Le spéculum retrouve des pertes blanchâtres abondantes sans trace de sang. Le toucher vaginal retrouve une douleur au niveau du cul-de-sac vaginal droit sans douleur à la mobilisation utérine.

Question 1

Quelle est votre première hypothèse diagnostique ?

- A une salpingite aiguë
- B une GEU
- C des ménorragies
- D un kyste de l'ovaire droit
- E une torsion de l'annexe droite

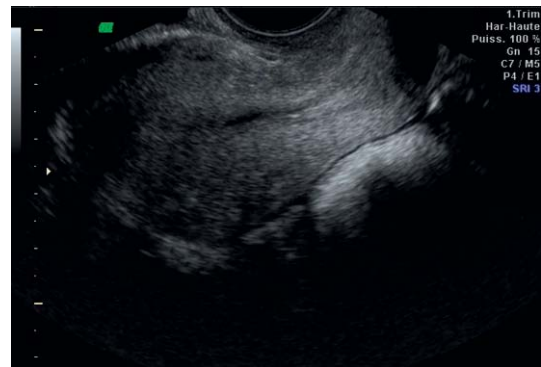
Question 2

Que faites-vous comme examen(s) en première intention ?

- A un dosage hCG plasmatique quantitatif
- B une échographie par voie abdominale
- C une échographie par voie endovaginale
- D une TDM abdomino-pelvienne
- E aucun

Question 3

Le dosage plasmatique β -hCG revient à 1316 UI/l. Une échographie par voie endovaginale est réalisée.



Que voyez-vous à l'échographie ?

- A un sac gestationnel intra-utérin
- B une vacuité utérine
- C un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas
- D un pyosalpinx
- E un fibrome

Question 4

Quelle est votre prise en charge ?

- A contrôle hCG à 48 heures
- B contrôle échographique dans 48 heures
- C traitement antifongique
- D antibiothérapie par ofloxacine et métronidazole
- E immunoglobuline anti-D par voie IM

Question 5

La patiente revient 48 heures plus tard. Elle n'a pas eu de récurrence de ses douleurs abdominales. L'abdomen est souple et indolore. Le taux de β -hCG est à 1900 UI/l. Elle habite à 15 minutes de l'hôpital. Que faites-vous ?

- A urgence chirurgicale
- B traitement ambulatoire
- C hospitalisation
- D traitement médical par méthotrexate
- E une échographie endovaginale

Question 6

Quel bilan faites-vous ?

- A NFS
- B bilan hépatique
- C fonction rénale
- D groupe, rhésus
- E ionogramme sanguin

Question 7

Un traitement par méthotrexate 1 mg/kg est instauré. Elle retourne à son domicile. Elle revient en urgence 4 jours plus tard pour apparition brutale d'une douleur abdominale en fosse iliaque droite. Que faites-vous ?

- A une TDM abdomino-pelvienne en urgence
- B une échographie endovaginale et abdominale
- C un dosage β -hCG
- D une deuxième dose de méthotrexate
- E un traitement antalgique

Question 8

Une échographie endovaginale est réalisée.



Que voyez-vous ?

- A un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas
- B une GEU
- C un sac gestationnel intra-utérin
- D un kyste de l'ovaire
- E un pyosalpinx

Question 9

Une salpingectomie a été réalisée. Que faites-vous en postopératoire ?

- A un examen anatomopathologique
- B un contrôle β -hCG
- C un contrôle de la NFS
- D arrêt du tabac
- E un dépistage d'IST chez la patiente et son partenaire

Question 10

Le contrôle de l'Hb revient à 8,1 g/dl. La patiente a été transfusée de deux CGR, permettant de ramener l'Hb à 9,6 g/dl. L'évolution est favorable. Elle sort à son domicile avec une supplémentation en fer et souhaite discuter de sa contraception. Elle vous avoue ne pas vouloir arrêter le tabac.

Quel(s) mode(s) de contraception pouvez-vous lui proposer ?

- A une contraception œstroprogestative
- B un progestatif
- C un implant sous-cutané
- D un DIU
- E une stérilisation tubaire définitive

Question 11

Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque de GEU chez cette patiente ?

- A son âge
- B l'antécédent de salpingite
- C l'antécédent d'appendicectomie
- D le tabac
- E la multiparité

Question 12

Un DIU au cuivre a été mis en place à la consultation de suivi postopératoire après s'être assuré de la négativation du taux de β -hCG. Elle revient 2 mois plus tard pour des douleurs dans le bas du ventre. Elle a peur d'une récurrence. Elle est apyrétique ; l'abdomen est sensible en hypogastre sans défense ni contracture. La biologie ne retrouve pas de syndrome inflammatoire biologique. Une échographie a été réalisée.



Commentez l'échographie :

- A DIU en place
- B migration du DIU
- C présence d'un abcès
- D échographie par voie abdominale
- E échographie par voie endovaginale

Question 13

Quelle est votre prise en charge ?

- A** une coelioscopie
- B** une laparotomie
- C** une ablation du DIU
- D** une antibiothérapie
- E** une hystérocopie

Question 14

Quel(s) est (sont) le(s) risque(s) à long terme de la GEU ?

- A** récidive
- B** dégénérescence cancéreuse
- C** infection génitale haute
- D** douleur pelvienne chronique
- E** ménopause précoce

Cas clinique 21 ++

Vous recevez aux urgences gynécologiques une jeune femme de 36 ans, Mademoiselle A., d'origine vietnamienne, G2P1 : elle a bénéficié d'une IVG chirurgicale à 18 ans et a une enfant de 10 ans, qui vit avec son père. Elle vous dit être inquiète car elle a réalisé un test de grossesse urinaire ce matin qui s'est révélé positif. Elle utilise le préservatif masculin ou féminin comme contraceptif. Elle a des rapports hebdomadaires, mais pas de partenaire régulier. Il ne lui semble pas avoir oublié de se protéger, mais elle ne pourrait l'assurer complètement.

Lors de sa grossesse menée à terme, elle se souvient avoir pris un traitement car on lui avait trouvé des *Chlamydiae*. Elle ne vous rapporte pas d'autres antécédents particuliers, ni chirurgicaux ni médicaux. Elle fume 12 cigarettes par jour depuis 16 ans, consomme occasionnellement du cannabis ; elle vit seule.

Elle ne se souvient pas de la date de ses dernières règles, mais c'était il y a plus d'un mois et demi. En revanche, elle présente de petits saignements marron sporadiques depuis environ 2 semaines.

Taille et poids : 1,72 m pour 50 kg.

L'examen clinique est sans particularité mais une sensibilité en fosse iliaque droite marquée, sans défense, vous interpelle. L'examen cutané en regard de la fosse iliaque droite retrouve une cicatrice mince et claire évoquant la réalisation d'un McBurney.

Mademoiselle A. vous signale des douleurs abdominales depuis environ 1 semaine.

Question 1

À propos de *Chlamydia trachomatis*, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** c'est une bactérie intracellulaire obligatoire
- B** c'est une maladie sexuellement transmissible dont la prévalence est moins importante que celle de la gonorrhée
- C** elle peut être à l'origine de péri-hépatites
- D** elle peut être traitée par azithromycine en une seule prise orale chez la femme enceinte
- E** elle peut être traitée par tétracycline en une seule prise orale chez la femme enceinte

Question 2

Quels éléments non renseignés ici vous semblent indispensables afin de compléter votre examen clinique ?

- A** toucher vaginal
- B** BU
- C** température, FC, PA
- D** échographie pelvienne
- E** échographie endovaginale

Question 3

La patiente est inquiète : elle vous précise que sa situation est un peu précaire et, si elle s'avère enceinte, elle serait désireuse de réaliser une IVG.

Que lui expliquez-vous ?

- A** le délai légal est de 14 SA
- B** le délai légal est de 16 SA
- C** le délai légal est de 12 SA
- D** il existe un délai de réflexion de 7 jours
- E** si elle prend la décision de réaliser une demande d'IVG, un entretien psychosocial sera obligatoire

Question 4

Quelles sont vos trois principales hypothèses diagnostiques ?

- A** grossesse évolutive
- B** torsion d'annexe
- C** cancer du col utérin
- D** GEU
- E** endométriose en poussée

Question 5

Quels facteurs de risque de GEU présente cette patiente ?

- A** antécédent d'IVG
- B** IMC inférieur à 25
- C** antécédent de FIV
- D** tabagisme
- E** antécédent de salpingite

Question 6

À l'examen clinique, vous notez lors de la pose du speculum des leucorrhées blanches, grumeleuses, caillabottées.

Quel diagnostic évoquez-vous ?

- A** salpingite à *Chlamydia trachomatis*
- B** salpingite à gonocoque
- C** mycose fongique
- D** infection à *Gardnerella*
- E** mycose à *Candida albicans*

Question 7

La réalisation d'une échographie endovaginale met en évidence une masse latéro-utérine gauche, hétérogène ; la masse est très sensible au passage de la sonde et mesure 5 cm sur 7 cm ; il existe un épanchement d'allure liquidien du Douglas de 4 cm. Vous suspectez une GEU droite.

À propos des diverses localisations des GEU, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) fausse(s) ?

- A** les GEU de localisation ovarienne sont fréquentes
- B** une GEU infundibulaire correspond à la présence d'une GEU au niveau de la corne de la trompe
- C** une GEU tubaire peut siéger dans l'isthme de la trompe

- D une GEU tubaire peut siéger dans l'ampoule de la trompe
- E la localisation ampullaire est la plus fréquente

Question 8

Quelles attitudes thérapeutiques avez-vous déjà écartées ?

- A traitement médicamenteux par méthotrexate
- B traitement chirurgical par coelioscopie
- C traitement chirurgical par laparotomie
- D abstention thérapeutique et contrôle des β -hCG sériques dans 48 heures
- E traitement médicamenteux par misoprostol

Question 9

En cas de traitement par méthotrexate, les contrôles sériques des β -hCG :

- A sont réalisés à J4 et J7
- B sont réalisés à J6 et J10
- C sont réalisés jusqu'à négativation totale des β -hCG
- D peuvent retrouver une augmentation transitoire des β -hCG à J2
- E permettent de surveiller l'ascension des β -hCG jusqu'à J20

Question 10

Que comporte au minimum le bilan préthérapeutique avant méthotrexate ?

- A NFS
- B créatininémie
- C ALAT/ASAT
- D bilirubinémie
- E RAI

Question 11

Vous optez pour un traitement chirurgical coelioscopique : quelles attitudes envisagez-vous ?

- A salpingographie coelioscopique
- B salpingotomie coelioscopique
- C salpingectomie coelioscopique
- D ponction-aspiration échoguidée
- E hystéroscopie

Question 12

Vous réalisez un traitement radical. La patiente rentre à domicile à J2 ; les suites opératoires sont simples. Vous revoyez Mademoiselle A. en consultation post-opératoire à un mois. Les β -hCG sont négative, elle se porte bien et ne présente aucune plainte.

Quels examens complémentaires allez-vous réaliser ?

- A FCV
- B dosage du CA 19.9
- C écouvillonnage HSV-2
- D sérologies VIH
- E recherche de *Chlamydiae* sur le premier jet d'urine

Question 13

Les résultats sont rassurants. Mademoiselle A. viens vous revoir un an plus tard : elle se porte comme un charme, elle présente un désir de grossesse, présente un retard de règle depuis 15 jours et elle a refait un test de grossesse sanguin ; le laboratoire rapporte un taux de β -hCG à 250 UI/l.

Que pouvez-vous affirmer à l'échographie.



- A on observe une vacuité utérine
- B on observe une masse latéro-utérine gauche suspecte d'être une GEU
- C il s'agit d'un avortement spontané du premier trimestre
- D il y a une grossesse intra-utérine évolutive
- E vous allez revoir Mademoiselle A. avec un contrôle de β -hCG sérique réalisé dans le même laboratoire dans 48 heures

Question 14

La grossesse se poursuit et évolue normalement. À 4 mois de grossesse environ, Mademoiselle A. vient vous voir : elle vous présente une analyse d'urine retrouvant une leucocyturie à 10/ml et une bactériurie à 10⁶/ml ; on identifie un bacille Gram-négatif. Le mois précédent vous l'aviez déjà prise en charge pour la même pathologie. Elle ne présente aucune plainte et est apyrétique.

Quel est votre diagnostic ?

- A cystite aiguë
- B bactériurie asymptomatique
- C pyélonéphrite aiguë
- D salpingite
- E rupture prématurée des membranes

Question 15

Quelles propositions thérapeutiques pouvez-vous proposer ?

- A mesures hygiéno-diététiques
- B sertaconazole pendant 7 jours
- C cefixime pendant 7 jours
- D traitement minute par fosfomycine-trométamol dose unique
- E nitrofurane pendant 7 jours

Cas clinique 22 ++

Une patiente de 37 ans, d'origine antillaise, se présente à votre consultation de gynécologie. Elle est très inquiète : depuis quelques mois, elle note un allongement de la durée de ses règles, qui sont anormalement abondantes. Femme de ménage dans une grosse entreprise, elle se sent fatiguée depuis

quelques mois, mais ses quatre enfants lui causent un peu de soucis. Elle n'a pas pu venir consulter plus tôt, mais redoute un cancer ; elle n'a pas eu de suivi gynécologique depuis sa dernière grossesse il y a 5 ans.

Elle prend une pilule contraceptive de deuxième génération, œstroprogestative. Elle mesure 1,70 m et pèse 80 kg. Elle ne se souvient pas avoir été opérée ni soignée pour des maladies particulières. Elle a mené à terme sa première grossesse à l'âge de 17 ans ; elle a fait trois fausses couches précoces dans sa vie. Ses enfants sont issus de deux conjoints différents.

À l'examen, l'abdomen est souple. Au toucher vaginal, vous notez la présence d'un gros utérus bosselé ; il vous semble percevoir une masse latéro-utérine ferme, lisse, bien délimitée déformant la surface de l'utérus. L'examen au spéculum met en évidence un col d'aspect sain ; il n'y a pas de saignement actif. Vous réalisez un frottis cervico-vaginal.

Question 1

Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

- A** môle hydatiforme
- B** GEU
- C** cancer du col utérin
- D** fibrome(s) du corps utérin
- E** infection génitale haute

Question 2

Quels sont les deux termes médicaux à utiliser pour parler des « règles abondantes et trop longues » présentées par cette patiente ?

- A** aménorrhée
- B** métrorragies
- C** polyménorrhées
- D** ménorragies
- E** hyperménorrhées

Question 3

À propos du cycle menstruel, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le cycle menstruel dure environ 21 jours
- B** le début du cycle est défini par le premier jour après les règles
- C** la période d'ovulation a lieu aux alentours du 4^e jour du cycle
- D** le pic de LH vers le 14^e jour du cycle aboutit à l'ovulation
- E** après l'ovulation, il y a transformation du follicule en corps jaune sécrétant de la progestérone et de l'œstradiol

Question 4

Quels examens complémentaires allez-vous demander en première intention ?

- A** une hystérosalpingographie
- B** une échographie pelvienne
- C** une IRM pelvienne
- D** un scanner abdomino-pelvien
- E** une NFS

Question 5

À propos des fibromes utérins, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** ce sont des tumeurs malignes développées aux dépens du muscle utérin
- B** c'est une pathologie fréquente atteignant jusqu'à 20 % des femmes vers 40 ans
- C** ce sont des tumeurs bénignes développées aux dépens du muscle utérin
- D** ce sont des tumeurs bénignes développées aux dépens de l'endomètre utérin
- E** c'est une pathologie rare, atteignant moins de 5 % des femmes avant 40 ans

Question 6

Quelle est la circonstance de découverte des myomes la plus fréquente ?

- A** découverte fortuite
- B** ménorragies
- C** douleurs pelviennes
- D** pollakiurie
- E** prolapsus pelvien

Question 7

Quels facteurs de risque de fibromes retrouvez-vous chez cette patiente ?

- A** âge
- B** ménarche précoce
- C** obésité
- D** multiparité
- E** contraception orale

Question 8

Quelles complications des fibromes peut-on évoquer devant une douleur abdominale aiguë ?

- A** nécrobiose aseptique
- B** pollakiurie
- C** torsion d'un myome pédiculé
- D** ténesme
- E** occlusion intestinale

Question 9

À l'examen d'imagerie demandé, le service d'imagerie répond : « 10 myomes type 3 à 5 de 4 à 8 cm de diamètre. » Hb = 9,9 g/dl ; ferritine = 3 ng/ml. La patiente vous avertit qu'elle n'a pas renoncé à l'idée d'avoir une grossesse et refuse l'hystérectomie.

Quelle doit être selon vous l'attitude thérapeutique à proposer ?

- A** progestatifs
- B** SPRM (modulateurs sélectifs des récepteurs à la progestérone) ou agonistes GnRH
- C** embolisation utérine
- D** myomectomie coelioscopique
- E** myomectomie par laparotomie

Question 10

Quel doit être le bilan préchirurgical avant une myomectomie par laparotomie ? [Une seule réponse.]

- A** échographie 2D
- B** échographie 3D
- C** IRM
- D** hystérosalpingographie
- E** scanner injecté

Question 11

Vous proposez l'intervention à Madame S. pour le mois suivant.

À J1 postopératoire, le bilan biologique demandé retrouve une hémoglobémie à 7 g/dl. La patiente présente un abdomen souple; elle est bien soulagée par les antalgiques usuels. PA : 120/80 mm Hg; FC : 85 bpm; température : 37,1 °C.

Que proposez-vous ?

- A** reprise chirurgicale en urgence
- B** transfusion sanguine
- C** fer par voie IV
- D** fer *per os*
- E** expectative 48 heures

Question 12

Un mois plus tard, lors de la visite postopératoire, vous constatez que Madame S. présente une cicatrice de laparotomie boursoufflée, indurée, dépigmentée.

Quel est votre diagnostic ?

- A** désunion de cicatrice
- B** cicatrice chéloïde
- C** allergie aux pansements
- D** cicatrice sphénoïde
- E** allergie au nickel

Question 13

À cette occasion, vous lui transmettez les résultats de son frottis cervico-vaginal : on y retrouve des lésions de type « ASC-H ».

Que faites-vous ?

- A** conisation
- B** colposcopie
- C** suivi cytologique par FCV
- D** hystérectomie
- E** trachélectomie

Question 14

Quels facteurs de risque de cancer du col utérin retrouvez-vous chez cette patiente ?

- A** multiparité
- B** âge
- C** origine ethnique
- D** obésité
- E** rapports sexuels précoces

Question 15

Cinq ans plus tard, Madame S. revient vous voir; elle est désireuse d'une contraception définitive.

À propos de la stérilisation, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** un délai de réflexion de 4 mois après la demande est nécessaire
- B** un délai de réflexion de 6 mois après la demande est nécessaire
- C** l'accord du conjoint est recueilli sur un consentement écrit
- D** la démarche n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale
- E** la patiente est informée du caractère réversible de l'intervention

Cas clinique 23 ++

Madame F., 29 ans, nulligeste, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, vient consulter aux urgences pour des douleurs pelviennes évoluant depuis 3 jours, associées à des métrorragies et à des brûlures mictionnelles. Elle est apyrétique. Sa PA est normale. L'examen clinique retrouve une douleur à la palpation de la fosse iliaque droite, sans défense. L'examen au spéculum objective des traces de sang malodorant dans le vagin. Le col est sain. Il existe une douleur à la mobilisation utérine.

Question 1

Quels examens complémentaires demandez-vous dans ce contexte ?

- A** NFS avec dosage de la CRP
- B** hémocultures
- C** biopsie d'endomètre
- D** dosage des β -hCG urinaires
- E** échographie pelvienne

Question 2

Les résultats de ces examens vous orientent vers une infection génitale haute non compliquée.

À quel niveau effectuez-vous des prélèvements bactériologiques ?

- A** vagin
- B** urines
- C** sang
- D** endocol
- E** endomètre

Question 3

Quels sont les trois germes le plus fréquemment responsables d'infection génitale haute ?

- A** *Escherichia coli*
- B** *Neisseria gonorrhoeae*
- C** *Mycoplasma genitalium*
- D** *Enterobacter cloacae*
- E** *Chlamydia trachomatis*

Question 4

Quel traitement antibiotique proposez-vous ?

- A** amoxicilline 3 g par jour *per os*
- B** amoxicilline + acide clavulanique 3 g par jour en IV
- C** ceftriaxone 500 mg en IM
- D** ofloxacine 400 mg \times 2 par jour + métronidazole 500 mg \times 2 par jour *per os*
- E** érythromycine 1 g \times 2 par jour *per os*

Question 5

Quelle est la durée du traitement antibiotique ?

Question 6

Vous la revoyez quelques jours plus tard. Les douleurs persistent. Elle est fébrile à 38,5 °C. Les autres constantes sont normales. Les examens que vous réalisez montrent une masse latéro-utérine hétérogène de 3,5 cm à droite.

Quel est votre diagnostic ?

- A** GEU
- B** cancer de l'ovaire
- C** hydrosalpinx

- D kyste du corps jaune
- E abcès tubo-ovarien

Question 7

Quels sont les deux types de traitement que vous pouvez proposer ?

- A poursuivre l'antibiothérapie par voie IV
- B drainage de l'abcès par cœlioscopie
- C ponction de l'abcès sous contrôle radiologique
- D annexectomie droite
- E hystérectomie

Question 8

L'évolution a été favorable.

Quelques mois plus tard, Madame F. revient vous voir en consultation. Elle s'inquiète car depuis qu'elle a arrêté de fumer il y a 2 mois, elle n'a pas eu ses règles. L'échographie pelvienne montre un embryon avec activité cardiaque situé dans la trompe droite. Votre examen clinique retrouve une défense en fosse iliaque droite.

Quel traitement proposez-vous ?

- A injection IM de 50 mg de méthotrexate
- B pas de traitement, surveillance de la décroissance des β -hCG
- C salpingectomie droite par cœlioscopie
- D salpingotomie droite par cœlioscopie

Question 9

Quelles sont les deux raisons pour lesquelles le traitement conservateur de la trompe n'était pas envisageable ?

Question 10

Quelle surveillance biologique réalisez-vous après cette salpingectomie ?

- A NFS
- B décroissance des β -hCG jusqu'à négativation
- C dosage des β -hCG le lendemain de l'intervention
- D NFS et β -hCG pendant 15 jours
- E aucune

Question 11

Cette femme a un groupe rhésus négatif. Quelles situations exposent au risque d'allo-immunisation rhésus D fœtomaternelle ?

- A grossesse molaire
- B hémorragie génitale du premier trimestre
- C GEU
- D fausse couche spontanée du premier trimestre
- E IVG

Question 12

Quelle prophylaxie proposez-vous chez cette patiente ?

Cas clinique 24 +++

Madame X., 42 ans, vient vous voir en consultation parce qu'elle n'a plus ses règles depuis 4 mois et qu'elle présente des bouffées de chaleur. Sa cousine lui a expliqué que c'était la ménopause. Par ailleurs, elle est porteuse d'un DIU de type Mirena® depuis 1 an.

Question 1

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A aménorrhée liée au DIU
- B grossesse
- C GEU
- D ménopause précoce
- E période d'aménorrhée précédant la ménopause confirmée

Question 2

Quels sont les diagnostics possibles ?

- A aménorrhée liée au DIU
- B grossesse
- C GEU
- D ménopause précoce
- E période d'aménorrhée précédant la ménopause confirmée

Question 3

Finalement, elle n'est pas enceinte mais elle a eu très peur et demande une stérilisation tubaire, que vous lui faites tout en enlevant le DIU.

Elle revient 6 mois après la stérilisation. Elle n'a toujours pas ses règles et les bouffées de chaleur sont de plus en plus invalidantes.

Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A aménorrhée post-DIU
- B grossesse
- C GEU
- D ménopause précoce
- E période d'aménorrhée précédant la ménopause confirmée

Question 4

Elle a entendu dire que la ménopause précoce augmentait le risque de cancers. Que pouvez-vous lui dire concernant la ménopause précoce ?

- A elle augmente le risque de cancer du sein
- B elle diminue le risque de cancer du sein
- C elle augmente le risque de cancer de l'endomètre
- D elle augmente le risque de cancer du col
- E elle diminue le risque de cancer de l'ovaire

Question 5

Elle revient vous voir 6 mois plus tard, toujours en aménorrhée avec des bouffées de chaleur qu'elle a beaucoup de difficultés à supporter. Elle réclame un traitement hormonal substitutif (THS), mais elle veut en connaître les effets sur le sein. Que pouvez-vous lui répondre ?

- A le THS augmente le risque de cancer du sein
- B le THS protège contre le cancer du sein
- C en cas de surdosage en progestérone, le THS peut donner des mastodynies
- D le THS rend les seins plus denses en mammographie
- E en cas de THS, il est recommandé de faire une mammographie tous les ans

Question 6

Elle a lu dans « Femme au foyer » qu'il fallait prendre les œstrogènes par voie transcutanée. Elle vous en demande la raison. Que répondez-vous ?

- A la voie transcutanée pour les œstrogènes est moins à risque de cancer du sein que la voie orale
- B la voie transcutanée pour les œstrogènes est moins à risque cardiovasculaire que la voie orale

- C** la voie transcutanée pour les œstrogènes est moins à risque de phlébite que la voie orale
- D** la voie transcutanée pour les œstrogènes coûte moins cher que la voie orale
- E** « Femme au foyer » ne raconte que des âneries dans le domaine médical

Question 7

Elle a lu dans « Écologie au naturel » qu'il valait mieux prendre de la progestérone dite naturelle plutôt qu'un progestatif de synthèse. Elle vous en demande la raison. Que répondez-vous ?

- A** les progestatifs dits naturels diminuent le risque de cancer du sein par rapport aux progestatifs de synthèse
- B** les progestatifs dits naturels diminuent le risque cardiovasculaire par rapport aux progestatifs de synthèse
- C** les progestatifs dits naturels diminuent le risque de phlébite par rapport aux progestatifs de synthèse
- D** les progestatifs dits naturels coûtent moins cher que les progestatifs de synthèse
- E** « Écologie au naturel » ne raconte que des âneries dans le domaine médical

Question 8

Vous avez instauré un THS de type combiné continu : Estréva® 1 dose par jour, Utrogestan® 1 cp. par jour. Elle revient vous voir 3 mois plus tard, parce qu'elle a toujours des bouffées de chaleur, moins invalidantes mais qui la gênent toujours.

Que proposez-vous ?

- A** arrêter le progestatif (Utrogestan®)
- B** diminuer le progestatif (Utrogestan®)
- C** augmenter l'œstrogène (Estréva®)
- D** diminuer l'œstrogène (Estréva®)
- E** arrêter le THS car il est inefficace

Question 9

Elle revient un an plus tard. Elle a subi une hystérectomie pour hyperplasie de l'endomètre. Son médecin traitant a tenté d'interrompre son THS, mais les bouffées de chaleur sont revenues toujours très invalidantes. Que faites-vous ?

- A** j'arrête le THS à cause du risque de cancer de l'endomètre
- B** je continue le THS inchangé (Estréva® + Utrogestan® en continu)
- C** j'arrête Utrogestan®
- D** j'arrête Estréva®
- E** j'arrête le THS et je donne du raloxifène

Question 10

Elle revient vous voir un an plus tard car elle a senti une « boule » dans son sein gauche. À l'examen vous confirmez la présence d'un nodule de 1,5 cm dans le quadrant supéro-externe du sein gauche Sa dernière mammographie date d'un an ; elle était normale.

Que proposez-vous ?

- A** revoir la patiente dans 6 mois
- B** simple échographie puisque la mammographie date de moins de 2 ans

- C** mammographie plus échographie mammaire
- D** IRM mammaire car seins denses sous THS
- E** vous faites une cytoponction de ce nodule

Question 11

Le radiologue vous répond : « Nodule spiculé, ACR 5 (bi-rads 5) dans le QSE du sein gauche, mesurant 1,5 cm en échographie. »

Que convient-il de faire ?

- A** nouvelle mammographie dans 6 mois
- B** confier la patiente au chirurgien car c'est un cancer évident
- C** microbiopsie du nodule sous échographie
- D** macrobiopsie du nodule (mammotome)
- E** cytoponction du nodule

Question 12

Le résultat de la biopsie est : « Carcinome canalaire infiltrant, SBR 2, RE et RP +++ sur 95 % des cellules, Ki à 10 %, Ag c-ErbB2 négatif. »

Que faites-vous pour le THS ?

- A** arrêt du THS
- B** arrêt du progestatif
- C** arrêt de l'œstrogène
- D** poursuite du THS inchangé
- E** augmentation du progestatif

Question 13

La patiente est opérée de son cancer du sein. Il s'agit d'une tumeur pT1N0M0 et l'anatomopathologie définitive confirme exactement les données de la biopsie.

Concernant le traitement hormonal de ce cancer, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** pas besoin d'hormonothérapie (tamoxifène ou anti-aromatase) car cancer de bon pronostic
- B** la patiente a une indication d'hormonothérapie
- C** la patiente aura du tamoxifène pendant 5 ans
- D** la patiente aura un anti-aromatase pendant 5 ans
- E** la patiente aura tout d'abord du tamoxifène puis switch avec anti-aromatase au bout de 2 ans

Question 14

Quels sont les effets de l'hormonothérapie ?

- A** le tamoxifène peut aggraver les bouffées de chaleur
- B** le tamoxifène peut aggraver l'ostéoporose
- C** les anti-aromatase peuvent aggraver l'ostéoporose
- D** le tamoxifène augmente le risque de cancer de l'endomètre
- E** les anti-aromatase augmentent le risque de cancer de l'endomètre

Question 15

La patiente revient vous voir un an après son diagnostic de cancer, car ses bouffées de chaleur sont redevenues très invalidantes. Que peut-on lui proposer ?

- A** reprise du THS
- B** mise sous raloxifène
- C** mise sous tibolone
- D** mise sous Abufène®
- E** pas de traitement

Cas clinique 25 +++

Mademoiselle Pamela A., 29 ans, se présente à votre consultation car depuis quelques semaines elle sent au niveau de son sein gauche une « petite boule » et cela l'inquiète beaucoup car sa grand-mère et la sœur de cette dernière ont eu un cancer du sein à un âge avancé.

Elle ne présente pas d'antécédent médico-chirurgical particulier et prend une pilule œstroprogestative comme contraception, car elle ne veut pas d'enfant (« c'est trop tôt »). Elle mesure 1,65 m, pèse 60 kg et fume 5 cigarettes par jour.

Vous évoquez un adénofibrome du sein gauche, centimétrique.

Question 1

Quelle(s) peut (peuvent) être la (les) caractéristique(s) clinique(s) de cette lésion mammaire ?

- A** bilatéralité possible
- B** écoulement mamelonnaire
- C** indolore
- D** mobilité par rapport au plan cutané
- E** signes inflammatoires locaux

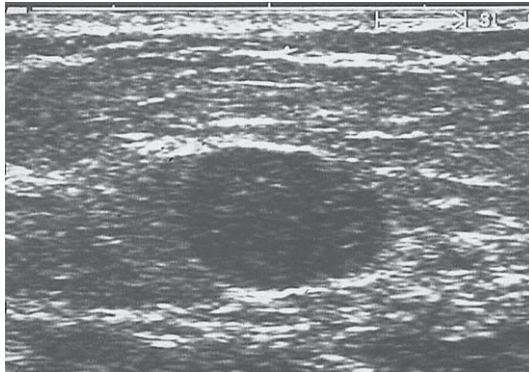
Question 2

Quel est l'examen à faire en première intention selon vous ?

- A** aucun
- B** une échographie mammaire
- C** une IRM mammaire
- D** une mammographie
- E** une microbiopsie

Question 3

L'échographie est en faveur d'un adénofibrome.



Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) échographique(s) d'une telle lésion ?

- A** cône d'ombre postérieur
- B** grand axe perpendiculaire à la peau
- C** lacune hypoéchogène
- D** peut contenir des macrocalcifications
- E** tissu mammaire voisin refoulé

Question 4

Quelle prise en charge proposez-vous à la patiente ?

- A** abstention thérapeutique
- B** bilan complémentaire biologique : dosage des marqueurs tumoraux
- C** bilan d'imagerie complémentaire : mammographie
- D** exérèse chirurgicale et envoi en anatomopathologie
- E** surveillance annuelle clinique et échographique

Question 5

Vous continuez de suivre en consultation Pamela A. durant plusieurs années. L'année de ses 36 ans, elle revient vous voir pour une visite de contrôle. Tout va bien, elle n'a plus de gêne mammaire et son adénofibrome n'a pas évolué. Elle n'a toujours pas d'enfant (« ne voulant pas abîmer son corps de rêve »). Vous décidez de revoir sa contraception avec elle.

Quelle(s) est (sont) le(s) contre-indication(s) aux œstroprogestatifs chez Pamela A. ?

- A** l'âge supérieur à 30 ans
- B** les antécédents familiaux de cancer du sein
- C** son antécédent personnel d'adénofibrome
- D** un tabagisme actif
- E** aucune

Question 6

À l'âge de 56 ans, Pamela A., qui est restée célibataire sans enfant, vous consulte à nouveau. Elle est ménopausée depuis 2 ans. Mise à part une prise de poids importante à l'arrêt de la cigarette (elle pèse désormais 85 kg), elle n'a pas d'élément nouveau sur le plan médical si ce n'est qu'elle a été traitée pour une phlébite il y a un an et qu'elle consomme trois verres de Chardonnay par jour. Vous la revoyez en consultation, avec les résultats de sa mammographie de dépistage.

Concernant ce dépistage, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'effectue tous les ans pendant 2 ans, puis tous les 2 ans
- B** il s'agit d'un dépistage avec double lecture
- C** il est obligatoire
- D** il est mis en place pour les patientes âgées de 50 à 74 ans
- E** il est remboursé par la Sécurité sociale

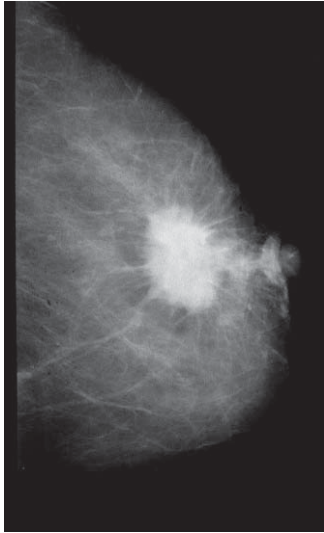
Question 7

Quels sont les facteurs de risque de cancer du sein présentés par Pamela A. ?

- A** son antécédent de fibroadénome
- B** ses antécédents familiaux
- C** la consommation d'alcool
- D** sa nulliparité
- E** son poids

Question 8

Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) mammographique(s) visibles ici ?



- A aspect de distorsion architecturale
- B contours bien délimités
- C contours spiculés
- D masse
- E microcalcifications en foyer

Question 9

La mammographie montre une image de 6 cm classée ACR 5 au niveau du sein droit. Vous décidez de faire réaliser un prélèvement percutané.

Que permet ce prélèvement ?

- A la confirmation du diagnostic histologique
- B de déterminer les traitements adjuvants
- C il n'est pas nécessaire pour la prise en charge chirurgicale
- D de rechercher la présence de récepteurs aux œstrogènes et à la progestérone
- E de permettre un repérage de la tumeur

Question 10

L'histologie met en évidence un carcinome canalaire infiltrant HER2 : 1+, récepteurs hormonaux positifs. Cliniquement, vous palpez une adénopathie axillaire droite qui vous semble suspecte, malgré sa mobilité. Quelle(s) est (sont) votre (vos) option(s) de bilan d'extension en première intention ?

- A dosage du CA 15-3
- B IRM cérébrale, TDM thoraco-abdomino-pelvienne et scintigraphie osseuse
- C radiographie du thorax et scintigraphie osseuse
- D TDM thoraco-abdomino-pelvienne et scintigraphie osseuse
- E pas de bilan d'extension

Question 11

De quoi Pamela A. va-t-elle bénéficier dans le cadre de la prise en charge générale de son cancer ?

- A ALD 30
- B consultation d'oncogénétique
- C dispositif d'annonce
- D présentation de son cas en RCP
- E secret médical vis-à-vis de son médecin traitant

Question 12

Finalement, vous décidez d'opérer Mademoiselle A. Sa condition physique permet d'envisager un traitement chirurgical : elle bénéficie alors d'une mastectomie droite associée à un curage axillaire homolatéral. L'histologie finale confirme qu'il s'agit d'un carcinome canalaire infiltrant de 6 cm de grand axe, de grade II avec 3 ganglions envahis sur les 10 réséqués lors du curage. Le bilan d'extension est négatif.

Comment classez-vous cette tumeur ?

- A T3N2M0
- B T3N1M0
- C pT3N1M0
- D pT2N1M0
- E pT3N2M0

Question 13

Quel(s) traitement(s) adjuvant(s) proposez-vous à Mademoiselle A. ?

- A chimiothérapie
- B hormonothérapie par anti-aromatase
- C hormonothérapie par tamoxifène
- D radiothérapie de la paroi thoracique et du creux axillaire
- E trastuzumab

Question 14

Pamela vous demande alors quels peuvent être les effets secondaires les plus fréquents de son hormonothérapie.

Que lui répondez-vous ?

- A augmentation de l'incidence du cancer de l'endomètre
- B bouffées de chaleur
- C complications thromboemboliques
- D douleurs ostéoarticulaires
- E ostéoporose

Question 15

Alors que vous pensiez la connaître après toutes ces années, Pamela A. vous révèle que son père est décédé d'un cancer du côlon à l'âge de 35 ans, que sa tante paternelle a bénéficié d'une hystérectomie totale à 40 ans pour cancer de l'endomètre et que son frère de 42 ans est, quant à lui, pris en charge par votre confrère le Pr Bladder pour une tumeur de la vessie.

Que vous évoque en priorité cette histoire familiale ?

- A une mutation *BRCA1*
- B une tendance au tabagisme
- C un syndrome de Klinefelter
- D un syndrome de Krukenberg
- E un syndrome de Lynch

Cas clinique 26 ++

Madame Debbie H. est âgée de 58 ans et est ménopausée depuis 2 ans. Elle mesure 1,68 m et pèse 87 kg. Elle vous consulte pour un nodule palpable, légèrement sensible, localisé au niveau du quadrant inféro-externe du sein gauche.

Dans les antécédents familiaux de Debbie H., vous relevez un cancer du sein unilatéral chez sa mère à l'âge de 60 ans, et bilatéral chez sa tante maternelle à l'âge de 41 ans. Sur le plan personnel, l'interrogatoire révèle des premières règles à l'âge de 10 ans et demi, une seule grossesse à l'âge de 37 ans et une prise de 8 kg en péri-ménopause. Debbie H. signale également une phlébite authentifiée après son accouchement. La dernière mammographie, réalisée il y a un an dans le cadre de la campagne de dépistage organisé, était normale.

Question 1

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) correspond(ent) à un (des) facteur(s) de risque de cancer mammaire chez cette patiente ?

- A** l'âge de sa première grossesse
- B** le cumul de plusieurs facteurs de risque
- C** le fait d'être ménopausée tardivement

- D** ses antécédents familiaux de cancer du sein
- E** son obésité

Question 2

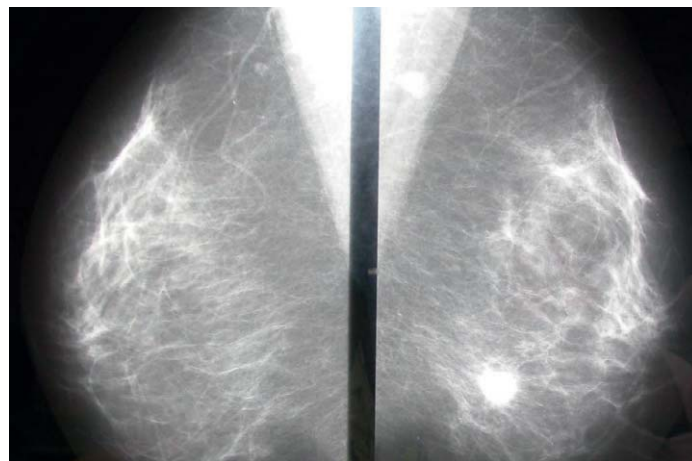
L'examen clinique révèle une légère fossette cutanée et, à la palpation, un nodule arrondi de 2 cm de diamètre légèrement douloureux. On retrouve une adénopathie dure au niveau de l'aire ganglionnaire axillaire gauche.

Quel(s) est (sont) le (les) signe(s) évocateur(s) d'une lésion maligne ?

- A** l'adénopathie axillaire dure
- B** la découverte de la lésion à l'autopalpation
- C** la fossette cutanée
- D** la présence de contours arrondis
- E** le caractère sensible de la lésion

Question 3

Les clichés en incidence oblique de la mammographie sont présentés ci-dessous.



Sein droit

Sein gauche

Quelle(s) est (sont) la (les) caractéristique(s) mammographique(s) visible(s) ici ?

- A** adénopathie axillaire droite dense à contours polycycliques
- B** au niveau du sein droit, masse à contours irréguliers
- C** au niveau du sein gauche, une masse à contours réguliers
- D** masse située dans la région interne du sein
- E** masse située dans la région inférieure du sein

Question 4

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous ?

- A** aucun
- B** une TDM-TAP
- C** une échographie pelvienne
- D** une scintigraphie osseuse
- E** une microbiopsie

Question 5

La microbiopsie est en faveur d'un carcinome canalaire infiltrant de grade SBR III.

Quelle conduite tenez-vous ?

- A** chimiothérapie néoadjuvante
- B** chirurgie en première intention

- C** monter un dossier d'ALD
- D** réalisation de la technique du ganglion sentinelle
- E** présentation du dossier en RCP

Question 6

Les résultats histologiques postopératoires sont les suivants :

- carcinome canalaire infiltrant de grade SBR III de 12 mm de diamètre ;
- les sections chirurgicales sont saines ;
- N 1/22 ;
- RE : +++ (80 %), RP : + (5 %) ;
- HER-2 : négatif.

Quel(s) traitement(s) complémentaire(s) prescrivez-vous ?

- A** chimiothérapie néoadjuvante
- B** hormonothérapie par anastrozole
- C** hormonothérapie par tamoxifène
- D** radiothérapie locorégionale
- E** traitement par trastuzumab

Question 7

Quelle(s) modalité(s) de surveillance mettez-vous en place ?

- A dosage de l'ACE
- B mammographie annuelle
- C scintigraphie osseuse tous les 2 ans
- D surveillance clinique tous les 6 mois
- E TDM-TAP tous les 2 ans

Question 8

Vous revoyez Madame Debbie H. un an après le diagnostic initial. Elle signale des douleurs lombaires et articulaires.

Quel(s) est (sont) le (les) diagnostic(s) que vous évoquez chez cette patiente ?

- A douleurs ostéoarticulaires liées à la prise d'anti-aromatase
- B métastases osseuses
- C ostéoporose ayant entraîné un tassement vertébral
- D polyarthrite rhumatoïde
- E spondylarthrite ankylosante

Question 9

Quatre ans plus tard, Madame Debbie H. vous consulte pour un sein inflammatoire.

Qu'évoquez-vous face à ce tableau clinique ?

- A abcès mammaire
- B effet indésirable de l'anti-aromatase
- C mastite carcinomateuse
- D mastite infectieuse
- E état fibro-kystique

Question 10

Quatre ans plus tard, la fille de Madame Debbie H. vous consulte pour un carcinome canalaire infiltrant. Que lui proposez-vous ?

- A une consultation d'annonce
- B une consultation d'oncogénétique
- C une recherche de mutation chez sa fille de 17 ans
- D un examen gynécologique
- E un soutien psychologique

Cas clinique 27 +

Vous êtes médecin traitant et vous voyez ce jour Madame L., 50 ans, G4P3 (une fausse couche), sans antécédent particulier, dans le cadre de son suivi gynécologique annuel. Elle n'est pas ménopausée, sous contraception œstroprogestative, porte des soutiens-gorge de taille 100 D et a un indice de masse corporelle à 30. Son dernier frottis date de 2 ans. Elle s'inquiète d'avoir reçu une convocation pour réaliser une mammographie dans le cadre du dépistage ADECA.

Question 1

Elle vous questionne donc sur le cancer du sein.

À propos du cancer du sein, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme
- B en 2012, le nombre de nouveaux cas était estimé à 80 000
- C l'âge médian de diagnostic est de 51 ans
- D le taux de survie à 5 ans est de près de 90 %

- E dans 5 à 7% des cas, le cancer du sein est lié à la présence de gènes de susceptibilité au processus néoplasique

Question 2

Elle vous informe que plusieurs personnes de sa famille ont présenté des cancers du sein, dont sa sœur qui aurait bénéficié d'une recherche de mutation *BRCA*.

Quelles sont les situations devant amener à une consultation d'oncogénétique ?

- A un cancer du sein chez l'homme avant 50 ans
- B un cancer du sein avant 35 ans
- C un cancer du sein triple négatif avant 50 ans
- D présence dans la même branche de trois cas de cancer du sein
- E présence dans la même branche de deux cas de cancer du sein dont un cancer du sein avant 60 ans

Question 3

Vous réalisez un examen sénologique qui vous paraît normal et lui conseillez donc de réaliser sa mammographie de dépistage.

À propos de la mammographie de dépistage, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A elle est destinée aux femmes âgées de 50 à 74 ans
- B elle est à réaliser tous les 3 ans, comme le frottis cervico-vaginal
- C seule une incidence est obligatoire
- D la densité mammaire est classée ainsi : 1 = très dense, 4 = très graisseux
- E un résultat ACR 4 ou 5 nécessite un prélèvement anatomopathologique

Question 4

Comment orientez-vous votre interrogatoire à la recherche de facteurs de risque de cancer du sein ?

- A l'absence de mutation délétère identifiée de *BRCA1* ou *BRCA2* chez la sœur de Madame L.
- B les antécédents familiaux de cancer du sein, même en l'absence de mutation identifiée
- C les hyperplasies canalaire atypiques, les cicatrices radiaires et les papillomes
- D les situations d'hypo-œstrogénie : puberté précoce, ménopause tardive, nulliparité, l'absence d'allaitement...
- E un niveau socio-économique bas

Question 5

Vous revoyez Madame L. 15 jours plus tard qui vous ramène ses clichés de mammographie. Elle présente au niveau du sein droit une tumeur *a priori* bénigne du quadrant inféro-externe de 20 mm.

À propos des tumeurs bénignes du sein, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la mastopathie fibro-kystique est la maladie bénigne du sein la plus fréquente
- B les fibroadénomes touchent principalement les femmes de 25 à 30 ans
- C la découverte d'un fibroadénome impose systématiquement un prélèvement anatomopathologique
- D la découverte d'un fibroadénome impose systématiquement une exérèse chirurgicale

E la sémiologie radiologique des mastopathies associée : des masses kystiques, un placard de fibrose et des microcalcifications

Question 6

La mammographie du sein gauche retrouvait par contre une lésion du quadrant supéro-externe de 7 mm. Une biopsie a été réalisée, correspondant à un carcinome canalaire infiltrant (CCI) de grade 2 (3, 2, 1), RE 100 %, RP 90 %, HER2 non fait; associé à du carcinome canalaire *in situ* (CCIS) de grade intermédiaire. Concernant les CCIS, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit de carcinome ne comportant pas d'envahissement de la membrane basale
- B** ils représentent 15 % des cancers du sein
- C** ils se traduisent le plus souvent radiologiquement sous forme de microcalcifications
- D** le risque métastatique est nul
- E** ils ne nécessitent pas de bilan d'extension

Question 7

Concernant le traitement chirurgical des CCIS, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit le plus souvent de lésions palpables donc ne nécessitant pas de repérage radiologique
- B** une mastectomie peut être proposée en cas de CCIS étendu
- C** il n'existe pas d'indication de ganglion sentinelle pour les CCIS
- D** la radiothérapie est systématique après un traitement conservateur
- E** les marges de tissu sain doivent être au moins de 2 mm

Question 8

On est donc face à un CCI de 7 mm de grade 2 (3, 2, 1), RE 100 %, RP 90 %, HER2 score 1+; associé à du CCIS de grade intermédiaire. L'échographie axillaire réalisée dans le même temps que la mammographie ne retrouve pas d'adénopathies suspectes. Quel est le stade TNM de cette patiente ?

- A** T1aNOMx
- B** T1aNOMO
- C** T1bNOMx
- D** T1cNOMx
- E** T2NOMO

Question 9

Quels sont les facteurs de mauvais pronostic du cancer du sein ?

- A** âge < 35 ans
- B** taille de la tumeur > 10 mm
- C** envahissement ganglionnaire
- D** grade SBR 3, Ki67 élevés et RH négatifs
- E** HER2 négatif

Question 10

Elle s'inquiète, à juste titre, par rapport à sa contraception hormonale.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** seules les contraceptions contenant des œstrogènes sont contre-indiquées

B on peut proposer à cette patiente un stérilet au cuivre

C le DIU au cuivre est efficace 15 jours après la pose

D la stérilisation féminine par voie hystéroscopique (Essure®) est une bonne alternative chez cette patiente

E cinq ans après son cancer du sein, cette patiente pourra bénéficier d'un traitement hormonal de la ménopause

Question 11

Elle se demande maintenant si « des cellules cancéreuses n'ont pas pu aller se balader partout dans son corps ».

Concernant le bilan d'extension, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il est recommandé de réaliser un bilan d'extension pour toutes les patientes présentant une tumeur classée T2, T3 et T4
- B** il est recommandé de réaliser un bilan d'extension pour toutes les patientes présentant une tumeur classée T3, T4 ou N+ clinique
- C** le bilan d'extension recommandé peut être une radiographie pulmonaire associée à une échographie abdominale et une scintigraphie osseuse
- D** le bilan d'extension recommandé peut être un scanner thoraco-abdomino-pelvien et une tomographie par émission de positrons au 18-fluoro-déoxyglucose (TEP-TDM)
- E** il est nécessaire de réaliser un bilan d'extension en post-chirurgie pour les envahissements ganglionnaires macrométastatiques confirmés

Question 12

Concernant *HER2*, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit d'un oncogène faisant partie de la famille des gènes *SRC*
- B** il code un récepteur membranaire de type tyrosine kinase
- C** son amplification est un facteur de bon pronostic
- D** un score à 1 croix est considéré comme un résultat négatif
- E** le trastuzumab est un anticorps monoclonal qui bloque spécifiquement les récepteurs *HER2*

Question 13

Vous la confiez au Dr M., chirurgien sénologue, pour la réalisation de son traitement chirurgical.

À propos du traitement chirurgical, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** en cas de foyer de microcalcifications, il est nécessaire de réaliser un repérage préopératoire (harpon ou repère cutané)
- B** l'examen extemporané permet de connaître la taille de la tumeur, le caractère *in sano* de l'exérèse
- C** en cas de foyer de microcalcifications, on réalise une radiographie de la pièce opératoire
- D** on réalise une lymphadénectomie sélective du ganglion sentinelle pour les tumeurs unifocales de moins de 5 cm

E une mastectomie peut être indiquée en cas d'impossibilité de réaliser une radiothérapie

Question 14

Vous revoyez votre patiente 1 semaine après son traitement chirurgical qui a consisté en une zonectomie après repérage par harpon et technique du ganglion sentinelle à gauche. Elle va plutôt bien, la cicatrisation est en cours. Elle vous dit que son dossier doit être présenté en RCP pour discuter des traitements complémentaires dont elle bénéficiera.

À propos des traitements adjuvants, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la radiothérapie est systématique après tout traitement chirurgical, qu'il soit conservateur ou radical
- B** la chimiothérapie néoadjuvante peut permettre de réduire la taille tumorale et ainsi de réaliser une conservation mammaire
- C** la chimiothérapie de référence associe une anthracycline et du docétaxel
- D** l'hormonothérapie est prescrite, en cas de récepteurs hormonaux positifs, pour une durée de 3 ans
- E** l'hormonothérapie prescrite chez une patiente non ménopausée est un anti-aromatase (létrozole)

Question 15

Vous revoyez la patiente 6 mois après la fin de sa radiothérapie. Elle est actuellement sous tamoxifène, plutôt bien toléré.

Comment organisez-vous son suivi à long terme ?

- A** le suivi est uniquement réalisé par le médecin traitant
- B** l'examen clinique est à réaliser de façon bi-annuel pendant 5 ans puis une fois par an à vie
- C** une mammographie couplée à une échographie mammaire de façon annuelle
- D** une échographie pelvienne annuelle est nécessaire pour les traitements par anti-aromatase
- E** surveillance de la tolérance de l'hormonothérapie : bouffées de chaleur, arthralgies

Cas clinique 28 ++

Vous êtes gynécologue et voyez ce jour en consultation Madame D., agréable patiente de 47 ans G4P2, dans le cadre d'une consultation gynécologique standard. Elle est fumeuse et a bénéficié d'une stérilisation tubaire lors d'une césarienne. Son dernier frottis date de sa dernière grossesse, c'est-à-dire 15 ans.

Question 1

Vous réalisez un examen gynécologique ainsi que le frottis du col.

Quelles sont les affirmations vraies à propos du frottis cervico-vaginal ?

- A** le frottis est à réaliser à partir de 20 ans et jusqu'à 65 ans chez les femmes qui ont eu des rapports
- B** le FCV est à réaliser tous les 2 ans, comme la mammographie de dépistage
- C** le FCV est à réaliser tous les 3 ans après deux FCV normaux à 6 mois d'intervalle

D le FCV est à réaliser après le toucher vaginal

E le FCV doit concerner l'exocol et l'endocol

Question 2

Vous recherchez des facteurs de risque de cancer du col chez Madame D.

Citez les facteurs de risque du cancer du col.

- A** le HPV (*Human Papillomavirus*), principalement le 6 et le 18
- B** le tabac
- C** l'âge précoce du premier rapport, les partenaires multiples
- D** l'absence d'utilisation de contraceptifs oraux
- E** une population défavorisée

Question 3

À propos des HPV, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit de virus à ARN
- B** ils sont associés aux cancers du col, de la vulve, de l'anus, voire de la sphère ORL
- C** les types 16 et 18 sont les plus rares
- D** l'infection à HPV est sexuellement transmissible
- E** les infections à HPV peuvent guérir seules en 1 à 2 ans

Question 4

Vous recevez les résultats du frottis de Madame D. et vous constatez un ASC-US.

À propos du système Bethesda 2001, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** en cas de frottis ASC-US, on peut réaliser d'emblée une colposcopie
- B** un résultat ASC-H impose un contrôle par frottis à 6 mois
- C** une colposcopie immédiate peut être réalisée devant un frottis LSIL
- D** un frottis HSIL impose une colposcopie d'emblée
- E** les anomalies glandulaires au frottis peuvent être négligées et le FCV peut être contrôlé à 3 ans

Question 5

Vous avez également réalisé d'emblée une recherche HPV qui revient positive pour les HPV 16 et 18. Vous décidez devant l'association de ces deux résultats de reconvoquer votre patiente pour une colposcopie.

À propos de la colposcopie, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** elle n'est pas indispensable pour diriger les biopsies
- B** elle permet de préciser la topographie des lésions
- C** l'examen a lieu sous anesthésie locale, au bloc opératoire
- D** l'examen a lieu en trois temps : sans préparation, à l'acide acétique puis au Lugol
- E** ce n'est qu'après les trois temps que les biopsies sont pratiquées

Question 6

Madame D. vous fait part de ses recherches sur internet et sur les néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN) et donc de ses questions. Concernant les néoplasies intraépithéliales cervicales (CIN), quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit de lésions précancéreuses
- B** les CIN 1 et 2 sont de simples lésions infectieuses
- C** les CIN 2 et 3 sont des lésions pré-invasives
- D** le risque de développer un cancer du col pour les patientes porteuses de CIN 3 est de 1 à 10 %
- E** l'adénocarcinome *in situ* est une lésion précancéreuse qui survient en moyenne entre 25 et 30 ans

Question 7

La patiente vous interroge maintenant sur les différents traitements possibles en cas de CIN confirmé. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** l'abstention thérapeutique est possible en cas de CIN 1
- B** en cas de persistance de CIN 1 à 18 mois, on peut proposer à la patiente une vaporisation par laser ou une conisation
- C** dans tous les autres cas, la conisation est recommandée
- D** la conisation peut être réalisée au bistouri froid ou au bistouri électrique
- E** une hystérectomie complémentaire est recommandée en cas d'adénocarcinome *in situ*

Question 8

Les biopsies ciblées réalisées lors de la coloscopie retrouvent un CIN 2 à CIN 3 et vous proposez donc logiquement à la patiente une conisation.

À propos de la conisation, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la conisation doit être réalisée sous anesthésie générale car il s'agit d'un geste très douloureux et hémorragique
- B** la conisation est une exérèse chirurgicale qui permet de confirmer le caractère complet de l'exérèse et de ne pas méconnaître un cancer associé
- C** les complications précoces de la conisation sont surtout marquées par les hémorragies
- D** les conisations peuvent être responsables de complications obstétricales
- E** la béance cervicale est une complication tardive de la conisation

Question 9

Malheureusement, la pièce de conisation retrouve un carcinome épidermoïde (FIGO IA2).

À propos du cancer du col, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** c'est un cancer hormonodépendant
- B** l'âge moyen de survenue est 48 ans
- C** le principal facteur de risque de cancer du col est le tabac
- D** la forme histologique la plus fréquente est l'adénocarcinome
- E** les métrorragies sont les principales circonstances de découverte de cancer du col

Question 10

À propos de la classification FIGO du cancer du col, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la classification FIGO est fondée sur les résultats de l'imagerie
- B** le stade IA2 correspond à un stade de carcinome micro-invasif non visible macroscopiquement

- C** la survie à 5 ans du stade IB est globalement bonne (85 %)
- D** le stade II correspond à une tumeur dépassant le col mais sans atteindre la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin
- E** une tumeur étendue aux organes de voisinage est classée IV

Question 11

Quel bilan d'extension proposez-vous à cette patiente ?

- A** un cancer de stade IA2 ne nécessite pas de bilan d'extension
- B** un examen clinique rigoureux sous anesthésie générale est nécessaire en cas de tumeur macroscopique
- C** le scanner abdomino-pelvien est l'examen de référence
- D** l'IRM abdomino-pelvienne est l'examen de référence
- E** pour les cancers épidermoïdes, le dosage du SCC (*Squamous Cell Carcinoma*) peut être utile pour le suivi ultérieur

Question 12

Vous traitez la patiente selon le traitement optimal. Vous revoyez la patiente un an après la fin de ses traitements.

À propos de la surveillance, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** les récurrences surviennent le plus souvent dans l'année
- B** la surveillance est essentiellement clinique
- C** la surveillance repose sur l'IRM
- D** la surveillance par dosage du SCC peut avoir un intérêt pour les adénocarcinomes
- E** la surveillance doit être réalisée tous les 4 mois la première année puis tous les 6 mois pendant 3 ans puis de façon annuelle

Question 13

Deux ans après, Madame D. revient vous voir car elle pense être ménopausée.

À propos de la ménopause, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la ménopause repose sur un diagnostic biologique
- B** la ménopause repose sur un diagnostic clinique
- C** la ménopause se définit comme l'absence de règles depuis 6 mois
- D** la ménopause associe aménorrhée et signes climatiques
- E** les bouffées de chaleur, les sueurs nocturnes et la sécheresse vaginale font partie des signes climatiques typiques de ménopause

Question 14

Votre interrogatoire et votre examen clinique confirment le diagnostic de ménopause. Elle souhaite avoir des informations sur le traitement hormonal de la ménopause (THM).

À propos du THM, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le THM est proposé aux patientes qui présentent un syndrome climactérique
- B** les principales contre-indications du THM sont le cancer du sein et les maladies thromboemboliques

- C le THM associe un œstrogène et un progestatif
- D le THM provoque des « fausses règles » = hémorragie de privation
- E le THM est prescrit pour maximum 10 ans

Question 15

Madame D. s'inquiète pour sa fille âgée de 15 ans, qui n'a jamais eu de rapport sexuel.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la vaccination HPV est définie comme une prévention primaire
- B la vaccination HPV n'est pas remboursée par la CPAM
- C la vaccination HPV peut aussi protéger des condylomes
- D chez les patientes vaccinées, la surveillance par FCV n'est pas indispensable
- E vous proposez à Madame D. de réaliser un FCV de dépistage chez sa fille

Cas clinique 29 ++

Madame H., 37 ans, vient vous voir en consultation ce jour pour son contrôle gynécologique habituel. Il s'agit d'une patiente fumeuse à raison de 15 paquets-années. Elle présente une obésité avec un IMC à 33. Elle est actuellement traitée par metformine pour un diabète de type 2. La dernière HbA1c du mois dernier était à 7,8 %. Elle n'a pas vu l'endocrinologue depuis 2 ans. Elle ne présente pas d'autres antécédents médico-chirurgicaux notables.

Sur le plan gynécologique et obstétrical, cette patiente est réglée depuis l'âge de 11 ans. Elle est G5P4 et actuellement sous contraception orale (Leeloo Gé® : lévonorgestrel-éthynilestradiol). Ses dernières règles remontent à la semaine passée. Le dernier frottis cervico-utérin réalisé il y a 2 ans retrouvait une lésion intraépithéliale de bas grade (LIEBG = LSIL) pour laquelle elle ne s'est pas fait suivre.

Elle vous dit ne pas avoir de partenaire fixe depuis la séparation avec son ex-mari il y a 5 ans. Elle n'exclut pas d'avoir d'autres enfants à l'avenir. Elle ne présente aucune plainte fonctionnelle.

Question 1

Lors de la consultation, l'examen clinique que vous pratiquez est sans particularité. Vous réalisez également un frottis cervico-utérin de dépistage.

Madame H. vous demande à la fin de la consultation de lui renouveler son ordonnance de pilule pour 1 an. Étant son gynécologue depuis longtemps, comment accédez-vous à sa requête ?

- A vous acceptez
- B vous lui prescrivez également un bilan biologique avec une exploration des anomalies lipidiques
- C vous refusez et lui proposez une pilule microprogestative
- D vous lui proposez un autre moyen de contraception à plus long terme compte tenu du défaut d'observance possible chez cette patiente

- E étant donné son âge et son nombre d'enfants, il vous paraît licite de lui proposer une stérilisation tubaire

Question 2

Le résultat du frottis cervico-utérin vous parvient au bout de 15 jours et vous indique que Madame H. présente toujours une lésion intraépithéliale de bas grade (LIEBG = LSIL).

Que lui proposez-vous ?

- A contrôle FCU à 3 ans
- B colposcopie avec biopsies
- C contrôle FCU à 1 an
- D conisation
- E test HPV

Question 3

Vous réalisez donc la colposcopie et les biopsies. Le résultat de l'anatomopathologie retrouve un CIN 2. Vous expliquez à Madame H. la nécessité de réaliser une conisation et le risque d'aggravation dans le cas contraire. Madame H. est réticente et souhaite un deuxième avis.

Dix ans plus tard, votre collègue urgentiste débordé vous appelle car Madame H., que vous n'avez pas revue depuis, se présente aux urgences pour un tableau de douleurs lombaires associées à des nausées et vomissements depuis cette nuit. Elle mentionne également des métrorragies de sang rouge de faible abondance après les rapports sexuels depuis 4 mois.

Son traitement est composé de metformine et d'une contraception microprogestative par Antigone Gé® (désogestrel).

La patiente est apyrétique, la PA est à 123/68 mm Hg et la FC à 93. L'EVA est estimée à 9/10 et la patiente ne tient pas en place.

L'abdomen est souple et dépressible à la palpation, le transit est normal. Les orifices herniaires sont libres. Il existe un choc lombaire franc à droite.

Le toucher vaginal retrouve un col induré, irrégulier, et votre doigtier est taché de sang rouge. Le cul-de-sac vaginal gauche semble empâté.

Quelle est l'étiologie la plus probable de ces métrorragies ?

- A métrorragies sous progestatif
- B cancer de l'endomètre
- C cancer du col de l'utérus
- D fausse couche débutante
- E GEU

Question 4

Quel bilan préconisez-vous ?

- A SCC
- B β-hCG
- C glycémie
- D bilan hépatique
- E BU

Question 5

L'examen au spéculum retrouve une lésion bourgeonnante d'au moins 4 cm sans atteinte vaginale.

Que faite vous? Quel est le stade minimum de la lésion?

- A** biopsie du col
- B** colposcopie
- C** stade IA2
- D** stade IB1
- E** stade IB2

Question 6

Vous récupérez le bilan de votre patiente, qui est légèrement améliorée par les AINS et antispasmodiques : Hb = 11,9 g/dl; VGM = 79; leucocytes = 8 G/l; plaquettes = 270 G/l; TP = 92 %; TCA = 1,02; glycémie = 0,86 g/l; β -hCG : négatif; Na^+ = 141 mmol/l; K^+ = 3,1 mmol/l; ASAT = 28 UI/l (N < 20); ALAT = 32 UI/l (N < 23); gamma-GT = 36 UI/l (N < 60); créatininémie = 225 $\mu\text{mol/l}$ (N < 110); urée = 12 mmol/l (N < 7); BU : sang +, protéines +, leucocytes -, nitrites -. L'ECG réalisé de principe est strictement normal.

Vous évoquez donc ici le diagnostic de colique néphrétique.

Quel examen d'imagerie demandez-vous en urgence? Avec quelle(s) précaution(s)?

- A** échographie rénale
- B** TDM abdomino-pelvienne
- C** IRM pelvienne
- D** aucune précaution
- E** arrêt de la metformine

Question 7

L'échographie rénale que vous avez réalisée montre une dilatation pyélocalicelle bilatérale sans objectiver de calcul. Les bas uretères sont mal visualisés compte tenu d'un pelvis d'aspect largement remanié sans que le radiologue n'ait pu conclure sur cet aspect iconographique.

Quelle mesure thérapeutique urgente doit être mise en place?

- A** correction de l'hypokaliémie
- B** mise en route d'une insulinothérapie IVSE
- C** antibioprofylaxie en prévention d'une pyélonéphrite obstructive
- D** dérivation des urines par sonde urétérale ou néphrostomie percutanée
- E** transfusion de deux CGR

Question 8

L'évolution de la patiente est rapidement favorable après une prise en charge adéquate. Vous souhaitez profiter de son hospitalisation pour faire le point sur le plan gynécologique et notamment sur ces épisodes de métrorragies. Dans ce contexte, vous suspectez fortement un cancer du col utérin.

Quels en sont les facteurs de risque?

- A** rapports sexuels précoces
- B** hyperœstrogénie relative
- C** tabagisme
- D** multiparité
- E** exposition prolongée aux HPV oncogènes

Question 9

Malheureusement, comme vous le suspectiez, le résultat de l'anatomopathologie confirme l'existence

d'un carcinome épidermoïde du col de l'utérus chez Madame H. Vous lui annoncez le diagnostic et envisagez de réaliser un bilan d'extension avant de discuter de la prise en charge avec elle.

Quels examens demandez-vous?

- A** IRM pelvienne
- B** TDM abdomino-pelvienne
- C** scintigraphie osseuse
- D** TEP-TDM
- E** échographie hépatique

Question 10

Concernant la figure ci-dessous :



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s)?

- A** il s'agit d'une IRM en coupe coronale séquence T1
- B** il s'agit d'une IRM en coupe sagittale en séquence T1 gadolinium
- C** il s'agit d'une IRM en coupe sagittale en séquence T2
- D** il s'agit d'une TEP-TDM en coupe sagittale
- E** il s'agit d'une TDM-TAP injectée

Question 11

L'IRM montre une lésion hétérogène de 5 cm de grand axe avec une atteinte paramétriale gauche. Le toucher rectal retrouve une atteinte du paramètre gauche mais le rectum est bien libre. Le bilan d'extension clinique et paraclinique est négatif chez cette patiente.

Quel est le stade FIGO de cette tumeur?

- A** stade IA1
- B** stade IB2
- C** stade IIIA
- D** stade IIIB
- E** stade IV

Question 12

Madame H. est inquiète et vous interroge sur les suites de la prise en charge.

Quelle prise en charge thérapeutique lui proposez-vous?

- A** traitement chirurgical seul (colpohystérectomie élargie)
- B** chimiothérapie néoadjuvante puis chirurgie en second temps

- C radiothérapie exclusive
- D radio-chimiothérapie concomitante
- E chimiothérapie et hormonothérapie pendant 5 ans

Question 13

Alors que tout se passait bien jusque-là, Madame H. se présente à vous 10 jours après sa dernière cure de chimiothérapie car elle ne se sent pas bien et se sent plus fatiguée que d'habitude. Elle présente une dyspnée à l'effort d'apparition progressive et vous signale une prise de poids récente. Sa fréquence cardiaque est à 120 bpm et sa tension à 118/72 mm Hg. Elle est fébrile à 38,7 °C. La saturation est à 98 % en air ambiant. Cliniquement, il n'y a pas de signe de lutte.

Quel bilan préconisez-vous ?

- A NFS
- B procalcitonine
- C hémocultures
- D ECG
- E D-dimères

Question 14

Le bilan résultat du bilan montre : Hb = 8,7 g/dl, leucocytes = 910/mm³ dont 430/mm³ PNN, plaquettes = 25 000, CRP = 160, CA 125 augmenté. L'ECG montre une tachycardie sinusale sans autre signe associé. La radiographie de thorax montre un épanchement pleural bilatéral de légère abondance. L'écho-Doppler des membres inférieurs est normal. Quelle est votre prise en charge ?

- A isolement
- B antibiothérapie probabiliste à large spectre de type pipéracilline-tazobactam (Tazocilline®) et amikacine (Amiklin®)
- C anticoagulation préventive
- D injection de G-CSF
- E corticothérapie systémique 1 mg/kg

Question 15

Madame H décèdera finalement quelques mois plus tard malgré votre prise en charge. Sa fille s'interroge sur son risque personnel de cancer du col et vous demande quelle surveillance mettre en place. Que lui répondez-vous ?

- A FCU tous les ans
- B surveillance standard par FCU tous les 3 ans
- C enquête génétique
- D colposcopie ± biopsie tous les ans
- E conisation à titre prophylactique

Cas clinique 30 ++

Une patiente de 50 ans consulte pour des métrorragies évoluant depuis quelques semaines. Elle vous parle de sa mère décédée d'un cancer du sein et d'une sœur chez qui a été diagnostiqué un cancer du sein à 45 ans, mais elle ne déclare aucun antécédent personnel particulier hormis une consommation régulière de tabac, estimée à 30 paquets-années.

Elle a quatre enfants de trois pères différents ; elle a eu son premier fils à 17 ans et n'a pas vu de gynécologue depuis la naissance de sa dernière fille. Mais elle s'est fait prescrire par son médecin traitant une mammographie, qu'elle n'a toujours pas réalisée, et un traitement substitutif de la ménopause, qu'elle prend maintenant depuis 10 ans, car il l'aide à bien dormir.

Question 1

L'interrogatoire vous indique des saignements faibles mais récidivants depuis plusieurs mois survenant souvent après un rapport sexuel.

Quelle est votre hypothèse diagnostique privilégiée ?

- A fibrome
- B polype
- C cancer de l'endomètre
- D cancer du col
- E ectropion

Question 2

La patiente apporte un vieux dossier dans lequel vous retrouvez les résultats d'un frottis cervical indiquant un frottis HSIL (*High Grade Squamous Lesion*) effectué il y a 10 ans. L'absence de frottis depuis plus de 10 ans vous paraît anormale.

Quelle (s) est (sont) la (les) recommandation(s) actuelle(s) en France en matière de dépistage du cancer du col ?

- A le dépistage commence à 25 ans
- B le dépistage est proposé dès le premier rapport sexuel
- C le frottis peut être substitué par une colposcopie
- D le frottis sera répété tous les 3 ans, après deux frottis normaux à 1 an d'intervalle
- E le dépistage est proposé jusqu'à 80 ans

Question 3

Si vous aviez été le destinataire des résultats de ce frottis, qu'auriez-vous fait ?

- A une conisation
- B une échographie pelvienne
- C un typage du virus HPV
- D une biopsie guidée par la colposcopie
- E un frottis de contrôle

Question 4

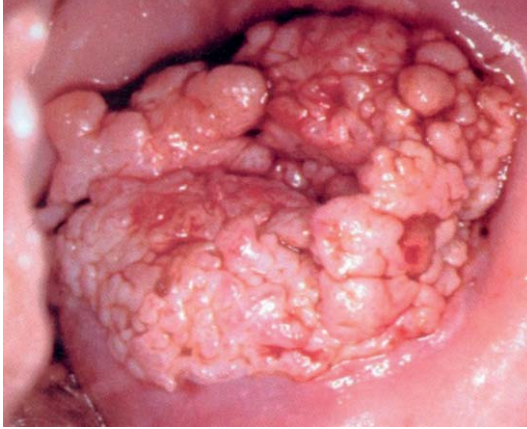
Parmi les documents que vous remet la patiente, il apparaît qu'elle avait bénéficié d'une colposcopie avec une biopsie d'une anomalie de la lèvre antérieure du col. Le compte rendu de l'examen histologique de la biopsie indique qu'il s'agissait d'une dysplasie de haut grade (CIN 3).

Quel(s) aurai(en)t dû être le(s) traitement(s) de cette dysplasie sévère (CIN 3) ?

- A une conisation à l'anse électrique
- B une hystérectomie
- C une hystérectomie avec annexectomie
- D une destruction au laser des anomalies
- E une simple surveillance avec nouvelle colposcopie 6 mois plus tard

Question 5

Après votre interrogatoire minutieux, vous examinez la patiente. L'examen au spéculum montre un gros col, que vous avez photographié.



Que proposez-vous de faire à la patiente ?

- A** un frottis cervical
- B** des biopsies du bourgeonnement
- C** une coloscopie
- D** une conisation
- E** une recherche du virus HPV

Question 6

Concernant le reste de votre examen clinique, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le reste de votre examen clinique comportera un examen mammaire car le cancer du sein est comme le cancer du col, un cancer hormonodépendant
- B** vous ne réalisez pas de toucher vaginal car il y a un risque de saignement important
- C** vous palpez les aires ganglionnaires inguinales à la recherche de métastase ganglionnaire
- D** vous faites une biopsie de l'endomètre à la pipelle de Cornier
- E** toutes les réponses sont fausses

Question 7

Vous réalisez des biopsies cervicales et une biopsie de l'endomètre à la pipelle de Cornier. Votre toucher vaginal retrouve une tumeur indurée, saignant au contact et infiltrant les paramètres proximaux. Vous récupérez les résultats de vos biopsies cervicales qui confirment un carcinome cervical.

Ce résultat est incomplet car il n'indique pas le type de carcinome cervical. Pouvez-vous préciser les deux types histologiques les plus fréquents ?

- A** adénocarcinome
- B** carcinome épidermoïde
- C** épithélioma basocellulaire
- D** mélanosarcome
- E** carcinome spinocellulaire

Question 8

La patiente vous interroge sur les facteurs de risque de cancer du col qu'elle n'aurait pas évités. Quels sont-ils ?

- A** traitement hormonal substitutif
- B** alcool
- C** tabac
- D** premiers rapports précoces
- E** partenaires multiples

Question 9

Après appel de l'histologiste, le diagnostic de carcinome épidermoïde est retenu.

Avant de présenter le dossier en RCP, quels examens complémentaires prescrivez-vous pour pouvoir discuter du dossier ?

- A** IRM pelvienne
- B** TEP-scanner
- C** scintigraphie osseuse
- D** TDM-TAP
- E** hystérosalpingographie

Question 10

Vous avez prescrit une IRM en précisant au radiologue que, s'agissant d'un cancer du col, il est souhaitable que l'IRM remonte jusqu'au niveau des vaisseaux rénaux.

Quelles informations importantes pour le choix thérapeutique recherchez-vous sur cette IRM pelvienne ?

- A** la taille de la tumeur
- B** la nature histologique de la tumeur
- C** l'infiltration des paramètres
- D** l'atteinte des ganglions pelviens
- E** l'atteinte des ganglions lombo-aortiques

Question 11

L'IRM pelvienne montre une tumeur de 4,5 cm, infiltrant les paramètres proximaux, sans atteinte des ganglions pelviens. Il n'y a pas non plus d'hyperfixation au TEP-scanner.

Quel est le stade FIGO de cette tumeur ?

- A** I
- B** II
- C** III
- D** IV
- E** V

Question 12

Vous présentez son dossier en RCP : quels traitements proposez-vous ?

- A** conisation
- B** colpohystérectomie élargie
- C** cryothérapie
- D** chimiothérapie
- E** radiothérapie

Question 13

La RCP tranche pour une radio-chimiothérapie concomitante, une curiethérapie que vous organisez.

Sa fille de 30 ans vient vous voir, inquiète, car elle a peur d'avoir le même cancer que sa mère. Elle a entendu parler d'un vaccin contre le cancer du col de l'utérus. Que lui dites-vous ?

- A** vous lui proposez le vaccin car, du fait de ses antécédents familiaux, elle est à risque élevé de cancer du col
- B** le vaccin est remboursé pour toute femme vierge, quel que soit son âge

- C** il existe un vaccin quadrivalent contre les virus HPV 16, 18, 6, 11
- D** d'après le calendrier vaccinal, le vaccin peut être proposé à toute fille entre 11 et 14 ans
- E** le vaccin ne dispense pas d'une surveillance annuelle par frottis

Cas clinique 31 ++

Vous voyez en consultation Madame C., âgée de 42 ans, G7P3, sans aucun suivi gynécologique depuis 6 ans. La patiente est adressée par son médecin traitant en raison de la découverte d'une anomalie cytologique lors de son frottis cervico-utérin (FCU) réalisé il y a 2 ans (« Frottis de qualité satisfaisante avec des cellules malpighiennes et glandulaires, classées ASC-US ».). La patiente vous dit être débordée depuis son divorce. Dans ses antécédents familiaux, vous notez un décès suite à un cancer du sein à l'âge de 42 ans chez sa mère et un cancer de l'ovaire chez sa tante maternelle âgée de 60 ans en cours de traitement. La patiente fume environ 25 cigarettes par jour depuis 20 ans.

Question 1

En présence d'un frottis ASC-US, quelles sont les options thérapeutiques ?

- A** une conisation à l'anse
- B** une surveillance clinique
- C** une biopsie cervicale sous anesthésie générale
- D** une colposcopie avec biopsies dirigées
- E** un contrôle cytologique à 6 mois
- F** une recherche d'HPV à haut risque

Question 2

Quel est le risque de lésion de type CIN 2–3 devant un frottis initialement ASC-US ?

- A** 5 à 15 %
- B** 20 à 30 %
- C** < 1 %
- D** > 50 %
- E** aucune de ces propositions

Question 3

Quelle est la cellule impliquée en cas de FCU de type ASC-US ?

- A** la cellule glandulaire cervicale
- B** la cellule malpighienne cervicale
- C** la cellule transitionnelle cervicale
- D** la cellule de la membrane basale
- E** aucune de ces propositions

Question 4

Vous apprenez que la patiente a consulté aux urgences il y a 10 jours pour une infection génitale haute non compliquée.

Quels peuvent être les symptômes associés à ce diagnostic ?

- A** leucorrhées malodorantes
- B** dysménorrhée
- C** brûlures mictionnelles
- D** pertes sanglantes
- E** fièvre

Question 5

Si vous aviez posé le diagnostic d'infection génitale haute compliquée d'un abcès tubo-ovarien, quelle(s) aurai(en)t été l'(les) option(s) thérapeutique(s) ?

- A** un drainage de l'abcès tubo-ovarien par voie coelioscopique
- B** un drainage de l'abcès tubo-ovarien par voie vaginale sous contrôle échographique
- C** un drainage de l'abcès tubo-ovarien sous contrôle scanographique
- D** une antibiothérapie à large spectre exclusive
- E** aucune de ces propositions

Question 6

Vous optez pour la réalisation d'un nouveau FCU qui confirme la présence d'atypies cellulaires de haut grade.

Que proposez-vous ?

- A** une conisation thérapeutique
- B** un FCU dans 6 mois
- C** une PCR HPV
- D** une colposcopie avec des biopsies
- E** un examen vulvo-vaginal et de la marge anale

Question 7

Les biopsies réalisées sous colposcope mettent en évidence des lésions histologiques malpighiennes de haut grade de type CIN 3 (*Cervical Intraepithelial Neoplasia*). Votre examen clinique est sans particularité.

Que proposez-vous ?

- A** une hystérectomie
- B** un dosage du marqueur sanguin SCC
- C** un contrôle clinique à 6 mois
- D** une surveillance à 3–6 mois avec nouveau FCU ± colposcopie
- E** une conisation à l'anse

Question 8

Finalement, malgré vos conseils, Madame C. est perdue de vue pendant 2 ans. Elle revient vous voir car depuis quelques semaines elle est gênée par des saignements pendant les rapports sexuels. Elle souhaite une contraception pour arrêter ces saignements.

Quelle complication redoutez-vous ?

- A** adénocarcinome malpighien
- B** adénocarcinome endométrial
- C** une récurrence de CIN 3
- D** carcinome *in situ*
- E** aucune de ces propositions

Question 9

Vous suspectez un cancer du col envahissant le vagin. Au spéculum, vous percevez une tumeur bourgeonnante du col de 2 cm, saignant au contact et légèrement nécrotique.

En cas de cancer du col HPV-induit, quelle est la forme histologique la plus fréquente ?

- A** adénocarcinome
- B** carcinome épidermoïde
- C** carcinosarcome
- D** carcinome à petites cellules
- E** carcinome à grandes cellules

Question 10

Quels éléments font partie du bilan initial de la maladie, en supposant qu'il s'agisse d'une lésion de 20 mm limitée au col ?

- A** biopsie de la lésion avec analyse anatomopathologique
- B** TEP-TDM
- C** coélioscopie avec cytologie péritonéale et curage lombo-aortique
- D** IRM abdomino-pelvienne
- E** dosage du SCC

Question 11

Quels sont les facteurs pronostic ayant un impact sur la survie en cas de cancer du col en général ?

- A** l'âge de la patiente
- B** l'atteinte ganglionnaire
- C** la présence d'une séropositivité VIH
- D** le stade FIGO
- E** la consommation tabagique active

Question 12

Vous souhaitez réaliser une évaluation non chirurgicale du statut ganglionnaire.

Quel est l'outil d'imagerie qui présente la meilleure pertinence diagnostique ?

- A** l'IRM abdomino-pelvienne
- B** la TDM abdomino-pelvienne
- C** la TEP-TDM
- D** l'échographie abdomino-pelvienne
- E** aucune de ces propositions

Question 13

Quels sont les facteurs prédictifs d'envahissement ganglionnaire dans le cancer du col ?

- A** la présence d'embols lymphovasculaires
- B** l'âge de la patiente
- C** la taille de la tumeur
- D** l'atteinte de l'endocol
- E** l'atteinte des paramètres

Question 14

Finalement, il s'agit d'une tumeur de stade FIGO IIA.

Quelles structures peuvent être atteintes avec ce stade FIGO ?

- A** le col de l'utérus
- B** le rectum
- C** les deux tiers supérieurs du vagin
- D** le tiers inférieur du vagin
- E** les paramètres

Question 15

Vos examens complémentaires vous conduisent à opter pour une radio-chimiothérapie concomitante. Une chirurgie sera prévue à distance.

Quels sont les deux principaux génotypes d'HPV responsables des cancers invasifs du col de l'utérus ?

- A** les génotypes 6 et 12
- B** les génotypes 16 et 18
- C** les génotypes 15 et 19
- D** les génotypes 17 et 16
- E** aucune de ces propositions

Cas clinique 32 ++

Une femme âgée de 51 ans consulte pour le renouvellement de sa contraception. Elle est tabagique et a pour antécédents trois césariennes, des migraines avec aura, une dyslipidémie et un indice de masse corporelle à 35 kg/m². Elle n'a plus de suivi gynécologique depuis 5 ans. Elle est asymptomatique.

Question 1

Quel prélèvement réalisez-vous lors de votre examen gynécologique ?

Question 2

Quelle contraception lui proposez-vous ?

- A** des patchs Evra® (éthinyloestradiol, norelgestromine)
- B** un stérilet Mirena® (lévonorgestrel)
- C** Adépal® (éthinyloestradiol, lévonorgestrel)
- D** un stérilet au cuivre
- E** Ellaone® (ullipristale d'acétate)

Question 3

Quelle est la définition de la ménopause ?

- A** l'arrêt définitif des rapports sexuels pour une femme
- B** l'impossibilité de concevoir
- C** une aménorrhée définitive par épuisement de la réserve folliculaire ovarienne
- D** une augmentation des androgènes sériques
- E** toutes femmes ayant plus de 50 ans

Question 4

Quels sont les critères en faveur de la malignité d'un kyste ovarien ?

- A** un kyste ovarien de plus de 7 cm
- B** des cloisons épaisses
- C** un kyste uniloculaire
- D** la présence de végétations endokystiques
- E** un kyste liquidien pur

Question 5

Quels sont les facteurs de risque de cancer de l'ovaire que vous recherchez à l'interrogatoire ?

- A** un parcours de procréation médicalement assistée
- B** un antécédent personnel de cancer colique
- C** un antécédent de GEU
- D** la prise d'une contraception œstroprogestative
- E** une ménopause précoce

Question 6

À l'examen gynécologique, le col est sain et l'annexe gauche augmentée de volume. L'examen clinique est normal par ailleurs. L'échographie pelvienne est en faveur d'une tumeur maligne de l'ovaire.

Quels examens complémentaires prescrivez-vous ?

- A** une biopsie de la masse ovarienne
- B** une IRM pelvienne
- C** une TDM thoraco-abdomino-pelvienne
- D** une radiographie pulmonaire et une échographie hépatique
- E** un dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE)
- F** un dosage du CA 125

Question 7

Les examens d'imagerie sont en faveur d'une tumeur maligne localisée à l'ovaire gauche sans lésion de carcinose péritonéale. Le CA 125 est dosé à 327 U/ml. Quelles sont les causes d'augmentation du CA 125 ?

- A** seul le cancer de l'ovaire peut causer une telle augmentation de ce marqueur
- B** l'endométriose
- C** les fibromes utérins
- D** le cancer colorectal
- E** l'alcool

Question 8

Votre patiente est prise en charge dans un centre spécialisé en cancérologie. Il est décidé une coelioscopie exploratrice. Une annexectomie gauche et une cytologie péritonéale sont effectuées. L'exploration abdomino-pelvienne ne retrouve pas d'anomalie et l'ovaire droit paraît sain. L'examen anatomopathologique décrit une tumeur de type cystadénocarcinome séreux de haut grade, limité à l'ovaire, sans effraction capsulaire. Il s'agit donc d'un stade IA.

Quelle est la suite de votre prise en charge ?

- A** le dossier complet de la patiente est présenté en RCP
- B** une deuxième opération doit être programmée pour réaliser une hystérectomie totale, une annexectomie controlatérale, des curages pelvien, lombo-aortique et inguinaux
- C** une chimiothérapie première doit être réalisée pour éviter l'essaimage lors de la reprise chirurgicale
- D** la résection de la tumeur étant totale, il n'est pas nécessaire de réaliser d'autre traitement; la patiente est guérie
- E** une deuxième opération doit être programmée pour réaliser une hystérectomie totale, une annexectomie controlatérale, des curages pelvien et lombo-aortique, une omentectomie infragastrique, une appendicectomie ainsi que des biopsies péritonéales

Question 9

La patiente a été réopérée. Vous la revoyez en consultation postopératoire. Elle est accompagnée de sa fille, étudiante en médecine, qui souhaite vous poser plusieurs questions. Elle est inquiète pour sa mère et pour elle-même.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la fille de la patiente doit faire de toute urgence un bilan oncogénétique
- B** une chimiothérapie adjuvante n'est pas nécessaire
- C** le tabac est un facteur de risque du cancer de l'ovaire
- D** chez une femme, le cancer de l'ovaire est plus fréquent que le cancer du sein
- E** l'incidence du cancer de l'ovaire est de 8 pour 100 000 femmes par an

Question 10

Quelles sont les indications de recherche oncogénétique ?

- A** une patiente présentant un carcinome ovarien séreux de haut grade
- B** une patiente dont un parent au premier degré présente un syndrome de Lynch
- C** une patiente dont le frère présente une mutation *BRCA2*
- D** une patiente présentant successivement un cancer de l'ovaire et un cancer du sein
- E** un antécédent familial de cancer du sein chez un homme (père, frère, etc.)

Question 11

Votre patiente a terminé son traitement. Elle souhaite savoir quelle sera sa surveillance.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la surveillance est principalement clinique, aidée du suivi du CA 125
- B** il est nécessaire de réaliser une échographie pelvienne annuelle
- C** une IRM tous les 2 mois
- D** le suivi peut être alterné avec le médecin traitant
- E** un suivi n'est pas nécessaire

Question 12

La patiente vient vous voir pour sa visite de contrôle. Elle se plaint d'un prurit du sein droit et plus précisément au niveau du mamelon.



Quels sont les diagnostics les plus probables ?

- A** un eczéma de la plaque aréolo-mamelonnaire
- B** une réaction allergique à la chimiothérapie
- C** une maladie de Paget
- D** un carcinome mammaire
- E** une érosion due aux frottements avec les vêtements

Question 13

Vous supposez qu'il s'agit d'une maladie de Paget du sein.

Quelle est la prise en charge adaptée ?

- A** un traitement par corticoïdes
- B** une biopsie cutanée de la plaque aréolo-mamelonnaire
- C** une cytoponction
- D** une macrobiopsie
- E** une exérèse complète de la lésion

Question 14

Une mastectomie totale est décidée lors d'une RCP. Quelles sont les complications liées au curage axillaire ?

- A** une impotence fonctionnelle complète du bras dans les suites postopératoires
- B** des neuropathies séquellaires
- C** un lymphœdème
- D** une algoneurodystrophie
- E** pas de complication

Cas clinique 33 ++

Une femme de 27 ans consulte le 18 août 2014 pour sa première grossesse. La date des dernières règles est le 23 juin 2014 et elle a toujours eu des cycles irréguliers. Devant une aménorrhée plus longue que d'habitude, elle a fait un test de grossesse qui est positif. La grossesse est datée du 28 juillet 2014.

Elle a comme antécédent une épilepsie de type grand mal actuellement traitée par acide valproïque et très bien équilibrée, et une allergie à la pénicilline. Son IMC est 28. Elle fume 15 cigarettes par jour.

Question 1

Quel est le moyen le plus fiable pour déterminer le début d'une grossesse ?

- A** le taux de β -hCG plasmatique avant 12 SA
- B** la mesure du sac ovulaire à 8 SA
- C** la mesure du sac ovulaire à 10 SA
- D** la mesure de la clarté nucale de l'embryon à 12 SA
- E** la mesure de la longueur cranio-caudale de l'embryon à 12 SA

Question 2

La mesure de la clarté nucale pour l'évaluation du risque de trisomie 21 se fait :

- A** par des praticiens agréés par des réseaux de périnatalité
- B** sur des coupes cervicales transverses strictes embryonnaires
- C** sur des coupes sagittales strictes embryonnaires
- D** entre 9 SA + 0 jour et 12 SA + 6 jours
- E** entre 11 SA + 0 jour et 13 SA + 6 jours

Question 3

Cette patiente à la date de votre première consultation souhaite un dépistage du risque de trisomie 21. Quelle sera la méthode de dépistage la plus fiable ?

- A** un test non invasif fondé sur l'ADN libre fœtal circulant dans le sang maternel
- B** la mesure de la clarté nucale
- C** la détermination du risque combiné de trisomie 21
- D** le dosage de marqueurs sériques entre 14 SA et 17 SA (α -foetoprotéine et β -hCG libre)
- E** le dosage des marqueurs sériques maternels entre 11 SA + 0 jour et 13 SA + 6 jours (PAPP-A et fraction libre de la β -hCG)

Question 4

Le dépistage du risque de trisomie 21 revient à 1/219, avec la distribution suivante des marqueurs : β -hCG libre à 3,8 MoM, PAPP-A à 0,86 MoM.

- A** vous proposez à la patiente une amniocentèse
- B** vous proposez à la patiente une biopsie de trophoblaste
- C** le diagnostic de trisomie 21 est possible *via* l'ADN libre circulant dans le sang maternel avec une excellente fiabilité
- D** vous proposez un suivi échographique fœtal par des échographistes spécialisés en médecine fœtale
- E** le taux de β -hCG de cette patiente indique aussi un risque accru de pathologie vasculaire placentaire

Question 5

Vis-à-vis de la prise d'acide valproïque, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** ce médicament est un agent tératogène
- B** il peut entraîner des anomalies d'hémostase fœtale
- C** il entraîne un risque de diminution du quotient verbal des enfants exposés *in utero*
- D** vous demandez au neurologue qui suit la patiente de modifier ce traitement pour un traitement antiépileptique
- E** vous ne demandez pas au neurologue de changer ce traitement

Question 6

Vis-à-vis du tabagisme de la patiente, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il augmente significativement le risque de prématurité
- B** il augmente significativement le risque de mort subite du nouveau-né
- C** vous optez pour le conseil minimal pour faire diminuer son intoxication
- D** vous lui conseillez l'usage des cigarettes électroniques
- E** la substitution nicotinique n'a pas prouvé son efficacité dans l'amélioration du bien-être fœtal

Question 7

Quels sont les examens biologiques obligatoires lors de la déclaration de la grossesse ?

- A** NFS
- B** glycémie à jeun
- C** dépistage du risque de trisomie 21
- D** Ag HBs
- E** détermination du groupe sanguin maternel

Question 8

Concernant le risque de diabète gestationnel chez cette patiente au premier trimestre, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** ce risque est augmenté du fait de son IMC
- B** vous évaluez ce risque par la glycémie à jeun
- C** vous évaluez ce risque par une hyperglycémie provoquée par voie orale
- D** vous évaluez ce risque par une glycémie à jeun et postprandiale
- E** vous évaluez ce risque par un cycle glycémique

Question 9

Cette femme est rhésus négatif. Elle se présente le 4 septembre pour des saignements en rapport avec un décollement ovulaire peu important. Le père de l'enfant est rhésus négatif.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** vous ne pratiquez pas une injection de gammaglobulines anti-D
- B** vous pratiquez une injection de gammaglobulines anti-D
- C** vous injectez une dose de 200 µg de gammaglobulines anti-D
- D** vous injectez une dose de 300 µg de gammaglobulines anti-D
- E** vous prescrivez plutôt un génotypage érythrocytaire foetal (Ag D) par ADN libre circulant dans le sang maternel

Question 10

Le 14 janvier 2015, la NFS montre une hémoglobine à 10,8 g/dl.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il y a une anémie
- B** il n'y a pas d'anémie
- C** vous supplémentez la patiente en fer vu la fréquence de la carence martiale
- D** vous supplémentez la patiente en fer par du fer injectable
- E** vous demandez un dosage de la ferritine

Question 11

Concernant le dépistage du streptocoque B chez cette patiente, vous optez pour :

- A** un dépistage du portage vaginal entre 24 et 28 SA
- B** un dépistage du portage vaginal entre 38 et 41 SA
- C** une recherche de l'ADN du streptocoque B à l'entrée en travail de la patiente
- D** un traitement maternel en cas de positivité du prélèvement vaginal
- E** l'absence de traitement d'un portage maternel du streptocoque B

Question 12

La patiente arrive le 28 avril sans avoir accouché.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le dépassement de terme affecte 20 % des grossesses
- B** on ne peut être sûr du terme chez cette patiente car elle a des cycles irréguliers
- C** vous déclenchez immédiatement l'accouchement dans tous les cas
- D** vous pouvez surveiller le bien-être foetal par enregistrement du rythme cardiaque foetal et échographie toutes les 48 heures jusqu'à 41 SA + 6 jours
- E** vous pouvez surveiller le bien-être foetal par enregistrement du rythme cardiaque foetal et échographie toutes les 48 heures jusqu'à 42 SA + 6 jours

Question 13

Le 2 mai à 19 h 00, la patiente consulte pour des contractions utérines et un écoulement liquidien. Les bruits du cœur sont perçus, la présentation est longitudinale, céphalique, le col est mi-long, perméable au doigt, le segment inférieur est amplié, la tête est engagée. Il y a une rupture prématurée des membranes. Comment affirmeriez-vous que cette femme est en travail ?

- A** parce qu'elle ressent des contractions utérines
- B** parce qu'elle a une rupture des membranes
- C** parce que la tête est engagée
- D** parce que le col est raccourci
- E** si l'on notait des modifications cervicales significatives à deux examens successifs rapprochés

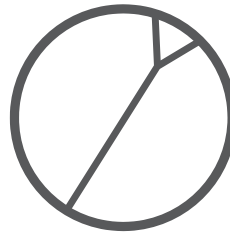
Question 14

La patiente devrait bénéficier :

- A** d'une antibioprophylaxie par pénicilline G
- B** d'une antibioprophylaxie par amoxicilline-acide clavulanique
- C** d'une antibioprophylaxie par céfazoline
- D** d'une antibioprophylaxie par clindamycine
- E** d'une antibioprophylaxie par érythromycine

Question 15

Le 3 mai à 4 h 00 du matin, la patiente est en travail. Elle arrive aux urgences obstétricales à une dilatation de 5 cm. Le toucher de la sage-femme est reporté sur le diagramme suivant.



- A** il s'agit d'une présentation OIGP
- B** il s'agit d'une présentation OIGA
- C** il s'agit d'une présentation du sommet
- D** il s'agit d'une présentation au bon pronostic mécanique
- E** la rotation de la tête se fera de 45° en arrière pour le dégagement de la tête foetale

Cas clinique 34 ++

Une femme de 30 ans, ayant eu trois enfants à terme avec des accouchements non compliqués, consulte pour le début d'une nouvelle grossesse le 23 mars. La date des dernières règles est le 12 février. Elle a toujours eu des cycles réguliers d'environ 28 jours et l'échographie de datation que vous pratiquez est en accord avec la date de l'ovulation. Elle bénéficie d'un traitement anticoagulant au long cours par antivitamine K pour antécédent d'embolie pulmonaire sans causes favorisantes retrouvées. Ce traitement a été immédiatement remplacé par une HBPM à dose curative par son cardiologue dès le diagnostic de grossesse connu. Son IMC est de 22.

Question 1

Concernant les dates clefs de sa grossesse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la date présumée de début de grossesse est le 26 février
- B** la date présumée de début de grossesse est le 5 mars

- C la date d'accouchement sera le 26 novembre
- D la date d'accouchement sera le 20 novembre
- E l'accouchement ne sera plus prématuré au-delà du 26 octobre

Question 2

Parmi ces examens, quels sont ceux obligatoires en début de grossesse ?

- A NFS
- B ECBU
- C toxoplasmose
- D TPHA-VDRL
- E VIH

Question 3

Concernant la déclaration de la grossesse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A on peut la faire jusqu'à 16 SA
- B on peut la faire jusqu'au 19 avril
- C on peut la faire jusqu'au terme
- D il faut y indiquer la date présumée de la naissance
- E il faut y indiquer la date présumée de la grossesse

Question 4

Ce cliché montre un embryon entre 11 et 13 SA :



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la clarté nucale est normale
- B la clarté nucale est anormale
- C la clarté nucale est mesurée correctement
- D la clarté nucale n'est pas mesurée correctement
- E la clarté nucale peut indiquer un risque d'anomalie autre que la seule trisomie 21

Question 5

Que proposeriez-vous si la clarté nucale de l'embryon à 12 SA avait été mesurée à 4,3 mm ?

- A contrôle échographique 8 jours plus tard
- B amniocentèse
- C biopsie de trophoblaste
- D détermination des taux de la PAPP-A et de la fraction libre de la β -hCG
- E avis auprès d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN)

Question 6

Quels sont les examens obligatoires au 6^e mois ?

- A NFS
- B ferritine

- C HGPO
- D HCV
- E Ag HBs

Question 7

L'échographie effectuée le 16 juillet montre un placenta recouvrant. À ce terme, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A cette placentation est associée à un risque accru de métrorragies
- B cette placentation est associée à un risque accru de rupture prématurée des membranes
- C cette placentation est définitive
- D cette placentation n'est pas définitive
- E vous informez la patiente qu'elle aura une césarienne

Question 8

Le 5 septembre, la patiente souffre de façon importante d'une sciatique non calmée par une perfusion de paracétamol. Que lui proposez-vous comme antalgiques à ce terme ?

- A infiltration de corticoïdes
- B anti-inflammatoires non stéroïdiens durant 48 heures
- C corticoïdes
- D antalgiques de palier II (paracétamol + codéine, Contramal®...)
- E antalgiques morphiniques

Question 9

Le 10 septembre, la hauteur utérine devrait être :

- A 24 cm
- B 26 cm
- C 29 cm
- D 32 cm
- E 34 cm

Question 10

Le 23 septembre, la patiente consulte pour quelques contractions utérines. L'échographie effectuée en urgence est la suivante.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le col est normal
- B le col est trop court pour l'âge gestationnel
- C le col est fermé

- D le col a un orifice interne ouvert
- E l'état du col utérin indique un risque élevé d'accouchement prématuré

Question 11

Vous revoyez cette patiente le 5 octobre et la grossesse se déroule normalement. Quelles sont vos prescriptions à ce terme ?

- A échographie obstétricale
- B radiopelvimétrie
- C protéinurie et glycosurie
- D consultation d'anesthésie
- E enregistrement hebdomadaire du rythme cardiaque fœtal jusqu'au terme

Question 12

Lors de votre examen le 12 octobre, vous mettez en évidence une présentation du siège.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A cette présentation du siège à ce terme est courante
- B cette présentation à ce terme est définitive
- C vous programmez une césarienne lors de cette consultation
- D vous proposez à la patiente une version par manœuvre externe
- E la présentation du siège est parfois associée à une malformation utérine ou fœtale

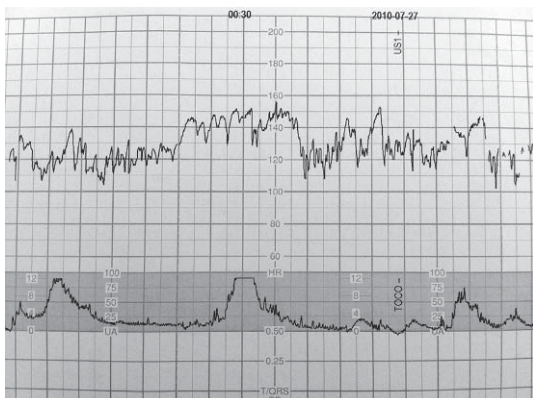
Question 13

La patiente entre en travail à 39 SA. Concernant les modifications cervicales chez cette patiente durant le travail, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A elles débiteront vraisemblablement par un effacement du col suivi de la dilatation
- B elles débiteront vraisemblablement par une dilatation concomitante de l'effacement du col
- C l'engagement de la présentation est concomitant de la dilatation
- D l'engagement de la présentation est indépendant de la dilatation
- E la dilatation cervicale s'accompagne toujours d'une rupture de la poche des eaux

Question 14

Voici le rythme cardiaque fœtal enregistré durant le travail de la patiente à 4 cm de dilatation.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A c'est un ECG fœtal
- B c'est un tracé anormal car peu réactif
- C c'est un tracé normal car réactif et oscillant
- D le rythme cardiaque fœtal pendant le travail ne peut être interprété qu'en fonction des contractions utérines
- E le rythme cardiaque durant le travail va évoluer physiologiquement et progressivement vers une tachycardie jusqu'à la naissance

Question 15

La douleur des contractions utérines est jugée très importante chez cette femme lors de son accouchement et elle vous demande de la soulager. Elle est à 3 cm de dilatation. Vous pourriez proposer :

- A une analgésie péridurale
- B le protoxyde d'azote
- C l'administration de morphiniques de type nalbuphine (Nubain®)
- D l'administration de morphine sous-cutanée
- E l'association paracétamol-codéine

Cas clinique 35 ++

Madame R., 25 ans, G2P0 (deux fausses couches spontanées en 2011 et 2012), consulte car elle voudrait une contraception d'urgence suite à un rapport sexuel non protégé la veille avec son petit ami. Elle ne présente pas d'antécédent médical particulier. Elle ne fume pas. Sa PA est mesurée à 120/60 mm Hg.

Question 1

Quelles sont les différentes possibilités pour une contraception du lendemain chez Madame R. ?

- A lévonorgestrel dans les 72 heures maximum
- B DIU aux progestatifs dans les 5 jours
- C DIU au cuivre dans les 5 jours
- D ulipristal d'acétate dans les 72 heures maximum
- E absence de contraception d'urgence si rapport non protégé avec oubli de pilule il y a 3 jours

Question 2

Quelles sont les précautions d'emploi du lévonorgestrel ?

- A hypersensibilité au produit
- B le poids n'est pas un facteur prédictif du succès du lévonorgestrel
- C il est déconseillé en cas d'antécédent de salpingite ou de GEU
- D il est contre-indiqué en cas de diabète
- E il peut être inducteur enzymatique

Question 3

Finalement, la patiente ne prend pas de traitement et débute une grossesse qu'elle souhaite conserver. Vous lui rappelez les règles hygiéno-diététiques du début de grossesse et la mettez en garde vis-à-vis des toxiques. À propos du syndrome d'alcoolisation fœtale, on peut observer classiquement :

- A une dysmorphie faciale
- B un retard de croissance

- C un retard mental
- D des polymalformations majeures
- E une déficience sensorielle, notamment visuelle

Question 4

Vous suivez la patiente et lui prescrivez un test OMS à 75 g de glucose à 25 SA.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le test OMS à 75 g est le test de référence pour le dépistage du diabète gestationnel vers 26 SA
- B il suffit d'une seule valeur au-dessus de la norme pour diagnostiquer un diabète gestationnel
- C une glycémie à H0 supérieure ou égale à 0,95 g/l signe un diabète gestationnel
- D une glycémie à H1 supérieure ou égale à 1,60 g/l signe un diabète gestationnel
- E une glycémie à H2 supérieure ou égale à 1,60 g/l signe un diabète gestationnel

Question 5

La patiente vous demande des renseignements pour sa sœur de 30 ans, diabétique de type 2, et qui désire débuter une grossesse.

Quel est l'objectif préconceptionnel chez la sœur diabétique ?

- A l'objectif d'HbA1c est un seuil inférieur à 6,5 %
- B l'objectif d'HbA1c est un seuil inférieur à 7 %
- C l'objectif de glycémie préprandiale est inférieur à 0,80 g/l
- D l'objectif de glycémie postprandiale est inférieur à 1,53 g/l
- E l'objectif de glycémie préprandiale est inférieur à 0,95 g/l

Question 6

Concernant les risques du diabète gestationnel, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le nouveau-né est à risque d'hypoglycémie
- B le nouveau-né est à risque d'hyperglycémie

- C le risque de dystocie des épaules est augmenté
- D le risque de plexus brachial est inchangé
- E le risque d'extraction instrumentale est augmenté

Question 7

La patiente est suivie pour macrosomie fœtale sans diabète associé. La grossesse se déroule normalement. Elle se présente à 32 SA car elle a des contractions, son col est effacé à un doigt.

Quel est votre bilan initial ?

- A NFS
- B CRP
- C échographie fœtale
- D ECBU
- E prélèvement vaginal

Question 8

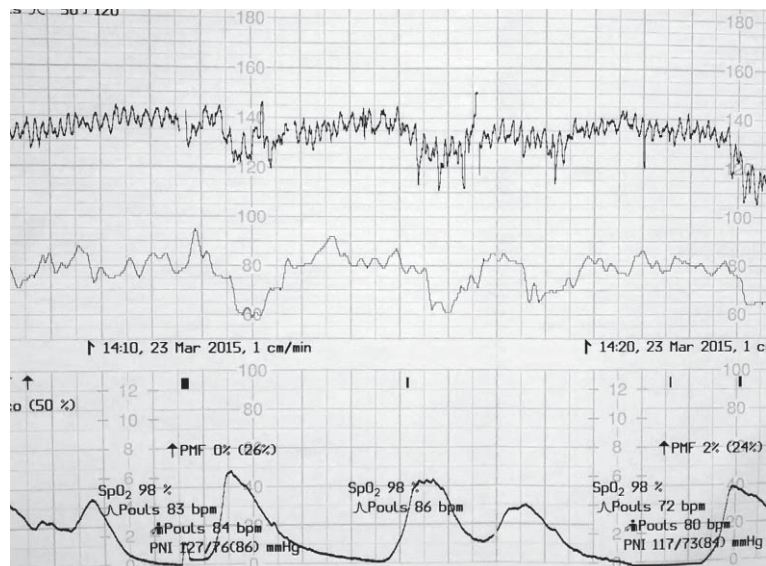
Les contractions ont diminué grâce à une tocolyse. Une corticothérapie prénatale est réalisée et les examens infectiologiques sont négatifs. La patiente vous pose des questions sur la césarienne programmée.

Concernant la césarienne programmée, il est recommandé de la réaliser :

- A systématiquement si le fœtus est en présentation podalique
- B devant une macrosomie >4500 à 5000 g hors diabète gestationnel
- C devant une macrosomie >4250 à 4500 g en cas de diabète gestationnel
- D devant un placenta prævia recouvrant
- E sur un utérus cicatriciel

Question 9

La patiente entre finalement en travail spontané à terme, à 39 SA + 3 jours. Le fœtus est en présentation du sommet. Elle bénéficie d'une analgésie péridurale. Voici l'analyse cardiocardiographique en salle de naissance.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la patiente a 2 à 3 contractions par 5 minutes
- B** le rythme cardiaque fœtal est normo-oscillant
- C** le rythme cardiaque fœtal est aréactif
- D** le rythme cardiaque fœtal de base est à 130 bpm
- E** le rythme cardiaque fœtal est normal

Question 10

La patiente accouche d'un garçon pesant 4 100 g, Apgar 10/10/10 à 20 h 13, la délivrance a lieu à 20 h 30. Elle présente rapidement des saignements abondants d'origine endo-utérine.

Concernant l'hémorragie de la délivrance, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** elle est définie par un saignement de plus de 500 ml dans les 24 heures suivant l'accouchement par voie basse
- B** elle est définie par un saignement de plus de 500 ml dans les 24 heures suivant l'accouchement par césarienne
- C** on doit réaliser en urgence une révision utérine
- D** un des produits utilisés est l'oxytocine (Syntocinon®)
- E** un des produits utilisés est la sulprostone (Nalador®)

Question 11

Les suites de couche se passent bien. La patiente est inquiète car elle ressent des contractions depuis l'accouchement, surtout lorsqu'elle allaite son enfant. À quel phénomène rattachez-vous cette symptomatologie ?

- A** une endométrite
- B** un engorgement mammaire
- C** des tranchées (physiologiques)
- D** une bouffée délirante aiguë
- E** une crise d'angoisse

Question 12

La patiente sort avec son bébé au 3^e jour d'hospitalisation.

Elle consulte aux urgences 8 jours plus tard pour des douleurs pelviennes importantes. Elle a 39 °C de température, un ventre souple avec un utérus mou, douloureux et des pertes vaginales sales. Vous évoquez le diagnostic d'endométrite du *post-partum*.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la patiente peut être traitée par céphalosporine de troisième génération et métronidazole
- B** la patiente peut être traitée par amoxicilline-acide clavulanique
- C** une échographie peut être réalisée pour éliminer une rétention intra-utérine
- D** une IRM pelvienne est nécessaire au diagnostic
- E** le diagnostic est principalement clinique

Question 13

Concernant le *post-partum*, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** une nouvelle grossesse est possible avant le retour de couche
- B** la contraception orale à privilégier est la pilule œstroprogestative
- C** la contraception orale à privilégier est la pilule microprogestative

- D** le DIU au cuivre est contre-indiqué dans l'année suivant un accouchement par voie basse
- E** le DIU au cuivre est contre-indiqué dans l'année suivant un accouchement par césarienne

Question 14

Les suites sont simples.

La patiente est inquiète pour son enfant qui a maintenant 4 ans car elle le trouve « gros ».

Quels sont les examens biologiques à réaliser systématiquement chez un enfant obèse ?

- A** glycémie à jeun
- B** exploration d'une anomalie lipidique
- C** échographie abdominale
- D** transaminases
- E** ECG

Cas clinique 36 ++

Madame Madeleine X., 24 ans, consulte en vue d'une future grossesse. Elle ne prend pas de contraception car elle n'a pas eu de rapports sexuels. Elle doit se marier dans 2 mois et elle envisage d'initier une grossesse rapidement après son mariage.

- Antécédents médicaux : néant.
- Antécédents chirurgicaux : appendicectomie par coelioscopie à l'âge de 15 ans sans complication.
- Antécédents gynécologiques :
 - premières règles à l'âge de 13 ans ;
 - cycles réguliers de 27 à 29 jours, règles normales durant 5 jours.

Il n'y a pas d'antécédent familial particulier en dehors d'une trisomie 21 chez une cousine germaine du côté de sa mère. Elle ne fume pas.

Taille : 1,65 m, poids : 52 kg ; PA : 120/60 mm Hg ; groupe sanguin O rhésus négatif.

L'examen clinique est sans particularité.

Question 1

Quel(s) examen(s) gynécologique(s) proposez-vous systématiquement chez cette patiente ?

- A** examen mammaire
- B** toucher vaginal
- C** examen vulvaire et hyménéal
- D** frottis cervico-vaginal
- E** échographie endovaginale

Question 2

Quelle sérologie obligatoire en cas de grossesse vous paraît prioritaire chez Madame X. ?

- A** sérologie CMV
- B** sérologie grippale
- C** sérologie VIH
- D** sérologie hépatite C
- E** sérologie rubéole

Question 3

La sérologie rubéole est négative. Quelle proposition vous paraît la plus adaptée ?

- A** sérovaccination vis-à-vis de la rubéole
- B** vaccination contre la rubéole si la patiente dit n'avoir jamais été vaccinée
- C** vaccination itérative contre la rubéole malgré deux vaccinations documentées

- D** sérothérapie spécifique contre la rubéole en cas de contact très récent
- E** la patiente n'est pas protégée contre la rubéole congénitale si elle a déjà été vaccinée deux fois

Question 4

Madame X. s'inquiète du risque de trisomie 21 à cause de ses antécédents familiaux. On lui a indiqué que la trisomie 21 du cas familial était une forme classique au caryotype.

Quelles conclusions pouvez-vous en tirer ?

- A** il s'agit probablement d'une trisomie 21 libre et homogène
- B** un caryotype constitutionnel normal chez Madame X. écarterait tout risque de trisomie 21 fœtale chez elle
- C** le test de dépistage combiné de la trisomie 21 ne pourra pas être envisagé
- D** le risque *a priori* de trisomie 21 fœtale pour une grossesse à venir est très élevé
- E** dans tous les cas, la mesure de la clarté nucale fœtale pour une future grossesse devra être proposée

Question 5

Six mois plus tard, le 28 avril, Madame X. consulte car elle débute une grossesse obtenue naturellement. La date des dernières règles était le 10 mars.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le terme théorique de cette grossesse est le 24 décembre
- B** le terme théorique de cette grossesse est le 10 décembre
- C** le terme réel de cette grossesse est le 24 décembre
- D** le nouveau-né sera considéré comme prématuré s'il naît le 8 décembre
- E** le terme théorique sera fixé au mieux par une échographie de datation précoce

Question 6

Lors de cette consultation, Madame X. vous présente les résultats d'une sérologie CMV demandée par son médecin traitant :

- IgM faiblement positives ;
- IgG faiblement positives.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit sans aucun doute d'une séroconversion récente au CMV
- B** il faut contrôler l'évolution de la sérologie
- C** les IgM contre le CMV peuvent persister plus de 3 mois dans le sang après une primo-infection
- D** une recherche de virémie à CMV peut aider au diagnostic
- E** une amniocentèse à la recherche de CMV dans le liquide amniotique doit être proposée immédiatement

Question 7

Finalement, la grossesse évolue normalement jusqu'à 32 SA quand Madame X. se présente aux urgences pour une douleur du mollet gauche survenue spontanément après un trajet de 4 heures en voiture. Il n'y a pas d'œdème à l'examen.

Quel diagnostic devez-vous évoquer en priorité et pourquoi ?

- A** thrombose veineuse superficielle gauche du mollet gauche car c'est une urgence thérapeutique
- B** thrombose veineuse superficielle gauche du mollet gauche car il n'y a pas d'œdème

- C** thrombose veineuse profonde surale gauche car il y a un risque d'embolie pulmonaire deux fois sur trois
- D** thrombose veineuse profonde surale gauche car il faut anticoaguler la patiente malgré la grossesse
- E** thrombose veineuse profonde surale gauche car il faut envisager une thrombolyse

Question 8

Le diagnostic de thrombose veineuse profonde surale gauche a été confirmé. Madame X. est traitée par une héparinothérapie (HBPM) à dose décoagulante.

Quel examen biologique obligatoire en début de grossesse aurait pu vous faire craindre une thrombophilie acquise ?

- A** recherche d'anticorps irréguliers
- B** sérologie syphilitique
- C** NFS-plaquettes
- D** glycémie à jeun
- E** glycosurie

Question 9

À 37 SA, Madame X. se présente en salle d'accouchement pour un écoulement liquidien issu du vagin. Quels arguments plaident en faveur du diagnostic de rupture de la poche des eaux ?

- A** la présence de liquide citrin dans le cul-de-sac vaginal postérieur
- B** la présence de liquide verdâtre dans le cul-de-sac vaginal postérieur
- C** un prélèvement vaginal positif pour le streptocoque du groupe B
- D** une recherche d'IGFBP1 positive au niveau vaginal
- E** une sensation de cuisson au niveau vulvo-vaginal

Question 10

Le diagnostic de rupture spontanée des membranes est confirmé. Le col est mi-long ouvert à un doigt juste, avec une présentation céphalique amorcée. Madame X. ne ressent pas de contraction. Le prélèvement vaginal est positif pour le streptocoque B.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** Madame X. est en travail car les membranes ovulaires sont rompues
- B** le prélèvement vaginal est positif pour le streptocoque B une fois sur deux après 34 SA
- C** un traitement antibiotique doit être administré à Madame X
- D** des hémocultures seront réalisées systématiquement chez le nouveau-né
- E** une extraction instrumentale est contre-indiquée de principe à cause du traitement par HBPM chez la mère

Question 11

Finalement Madame X. accouche par voie basse spontanée le lendemain d'un enfant de 2850 g Apgar 10 à 5 minutes, de groupe sanguin A rhésus négatif.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le père biologique n'est probablement pas de groupe sanguin A
- B** une injection de gammaglobulines anti-D n'est pas nécessaire chez la mère
- C** une injection de gammaglobulines anti-D doit être administrée au nouveau-né

- D** le nouveau-né ne présente pas de risque d'ictère néonatal par allo-immunisation antiérythrocytaire
- E** des tests de coagulation doivent être réalisés sur le cordon ombilical

Question 12

Les suites de couches se déroulent sans problème particulier et Madame X. a interrompu son traitement par HBPM lorsque vous la revoyez un an après son accouchement. Quels moyens de contraception sont indiqués dans son cas ?

- A** pilule œstroprogestative de première génération
- B** pilule microprogestative
- C** implant sous-cutané de progestatifs
- D** DIU hormonal
- E** DIU au cuivre

Cas clinique 37 ++

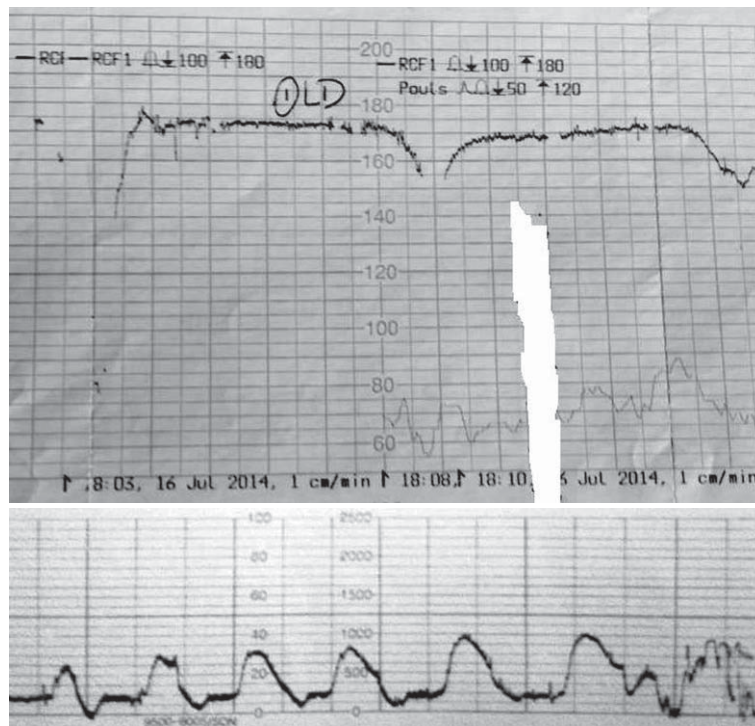
Madame C. vient aux urgences, enceinte de 28 SA, pour douleurs hypogastriques continues, violentes,

depuis 2 heures (depuis qu'elle est arrivée à Lille en venant de Strasbourg en voiture). Elle pense qu'elle était mal positionnée quand elle s'est endormie dans la voiture, mais est venue « pour se rassurer ». La patiente est G2P1 (une FCS traitée par curetage il y a 4 ans et une césarienne pour présentation en siège il y a 11 mois), présente un diabète gestationnel et fume (mais a diminué à 2 cigarettes par jour, contre 10 par jour en dehors de la grossesse). Son échographie du troisième trimestre réalisée il y a 28 jours était sans particularité.

Elle ne présente pas de métrorragies, pas de contractions utérines, et sent bien son bébé bouger.

La sage-femme l'examine à titre systématique et retrouve un col long, tonique, fermé, postérieur, une tête haute et mobile. Le doigtier ramène quelques minimes traces de sang mais un ectropion est connu chez cette patiente, ceci est donc probablement lié au toucher vaginal sur cet ectropion.

La sage-femme démarre donc une cardiotocométrie, présentée ci-dessous.



Question 1

Concernant vos hypothèses diagnostiques à ce stade, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** MAP
- B** HRP
- C** rupture utérine
- D** phase de sommeil fœtal
- E** pathologie thromboembolique (potentiellement phlébite pelvienne), favorisée par le long trajet en voiture

Question 2

Que faites-vous ?

- A** poursuite du monitoring pour obtenir un enregistrement de minimum 30 minutes, après changement de position maternelle et stimulation fœtale

- B** échographie obstétricale avec évaluation de la vitalité fœtale, estimation de la quantité de liquide amniotique, biométrie fœtale, étude du placenta
- C** cure de bétaméthasone
- D** transfert *in utero* dans une maternité de niveau 3
- E** césarienne en urgence

Question 3

Vous décidez une césarienne code rouge pour suspicion d'HRP.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** vous envisagez l'anesthésie générale
- B** les collègues que vous devez prévenir sont en tout et pour tout : anesthésiste, infirmière anesthésiste, infirmière de bloc opératoire, sage-femme

- C** le bébé sera systématiquement transféré en soins intensifs ou en réanimation néonatale
- D** vous prévoyez d'envoyer quelque chose en anatomopathologie
- E** vous désirez un bilan de coagulation au plus vite

Question 4

Trois heures plus tard, après la césarienne, vous êtes appelé(e) à son chevet pour céphalées persistantes. Sa PA est à 160/100 mm Hg, son pouls à 82, sa température à 37,2 °C.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** vous demandez une BU
- B** vous demandez un bilan hépatique
- C** vous prescrivez du paracétamol
- D** vous prescrivez un traitement antihypertenseur si même mesure retrouvée à un deuxième contrôle au calme aux deux bras
- E** vous suspectez une infection maternofoetale et prévenez tout de suite le pédiatre

Question 5

La BU que vous avez demandée retrouve 3 croix de protéines.

Concernant les éléments cliniques que vous recherchez en priorité, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** localisation des céphalées, notamment latéralité
- B** diurèse
- C** barre épigastrique
- D** acouphènes et phosphènes
- E** vivacité des réflexes ostéotendineux

Question 6

La patiente se stabilise finalement.

Deux ans après, vous la revoyez pour sa deuxième grossesse. Elle est enceinte de 11 SA.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** Dopplers en début de deuxième trimestre
- B** vous pouvez éventuellement entamer une prescription d'Aspegic®

- C** hospitalisation systématique dès le début de grossesse
- D** si vous retrouvez une HTA ou une protéinurie, vous l'adresserez à un confrère (le problème n'est pas uniquement obstétrical)
- E** vous prescrivez l'échographie du premier trimestre

Question 7

Elle convulse. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

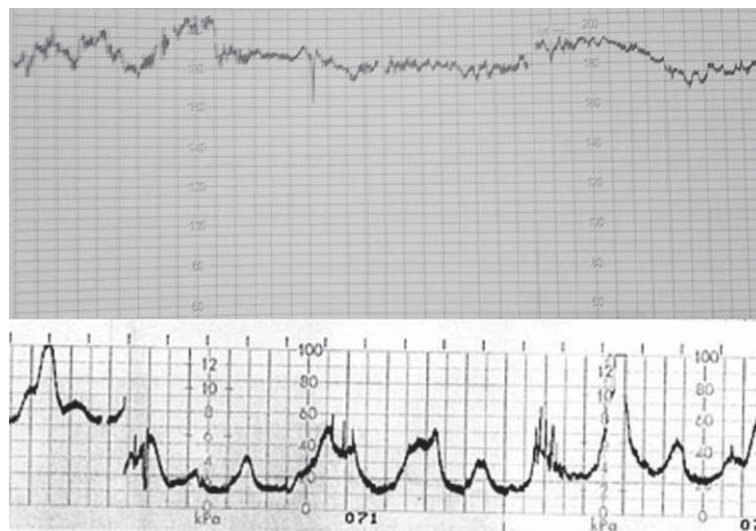
- A** imagerie cérébrale en urgence vitale
- B** première chose que vous faites face à la patiente : la pousser au bloc pour extraction fœtale en extrême urgence
- C** première chose que vous faites : BU à la recherche d'une protéinurie
- D** antihypertenseurs mais objectif environ 140/90 mm Hg
- E** protéinurie et contrôle de la pression artérielle 3 mois après la sortie de maternité

Cas clinique 38 +++

L'histoire de la maladie vous montre qu'il s'agit d'une première grossesse à 34 SA + 1 jour, correctement suivie par son médecin traitant. Il n'y a pas d'antécédent notable obstétrical ou médical, il s'agit d'un syndrome pseudo-grippal isolé avec une fièvre à 39 °C et une tachycardie à 110 depuis 24 heures.

La patiente n'a pas d'antécédent particulier.

L'examen obstétrical retrouve une hauteur utérine en rapport avec le terme, la présentation est céphalique, un col long postérieur ouvert à l'orifice externe, fermé à l'orifice interne, les mouvements actifs fœtaux sont perçus normalement, elle ne ressent pas de contractions utérines, n'a pas senti d'écoulement de liquide, il n'y a pas d'œdèmes des membres inférieurs, et vous ne notez pas d'autre anomalie à l'examen clinique général. La BU retrouve : leucocytes : +; hématies : +; protéines : traces; glucose : traces; nitrites négatifs.



Question 1

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** les quatre étiologies à évoquer en premier si vous aviez retrouvé une polyadénopathie chez cette patiente seraient : grippe, toxoplasmose, EBV, adéno/rhinovirus
- B** les quatre étiologies à évoquer en premier si vous aviez retrouvé une polyadénopathie chez cette patiente seraient : lymphome, VIH, grippe, rubéole
- C** les trois étiologies à évoquer en premier si vous aviez retrouvé une polyadénopathie chez cette patiente seraient : toxoplasmose, VIH, cytomégalovirus
- D** si la patiente présente un facteur de risque de *Listeria*, vous écririez « avec recherche de *Listeria* » sur votre bon d'ECBU
- E** la patiente présente une hypercinésie utérine

Question 2

Concernant votre prise en charge, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** vous attendez les résultats de vos prélèvements pour mettre en place une antibiothérapie
- B** vous attendez d'avoir réalisé les prélèvements mais n'attendez pas les résultats avant de débuter une antibiothérapie
- C** votre antibiothérapie probabiliste de premier choix sera : Augmentin®
- D** vous prescrivez un antipyrétique, même si vous ne pourrez plus surveiller la température correctement ensuite
- E** vous prescrivez une tocolyse en urgence car il y a un risque important d'accouchement prématuré devant des contractions utérines aussi importantes

Question 3

Quel diagnostic évoqueriez-vous si vous retrouviez des microabcès jaunâtres sur le placenta ?

Question 4

La patiente présente une évolution favorable sous amoxicilline et sort du service de grossesses pathologiques 2 jours plus tard.

Elle revient aux urgences 6 jours plus tard pour perte de liquide. Vous faites un Amniocator®, qui revient positif. L'échographie retrouve une quantité de liquide amniotique normale et le monitoring une absence de

contractions utérines et un RCF normoréactif normo-oscillant. Le toucher vaginal est inchangé. Température : 37,1 °C.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le diagnostic est : rupture spontanée des membranes
- B** vous prescrivez systématiquement de l'amoxicilline d'emblée
- C** si le liquide est méconial, vous réalisez une césarienne
- D** il s'agit d'une MAP
- E** la prise en charge peut être ambulatoire devant l'absence de critères de gravité ou de signes de début de travail

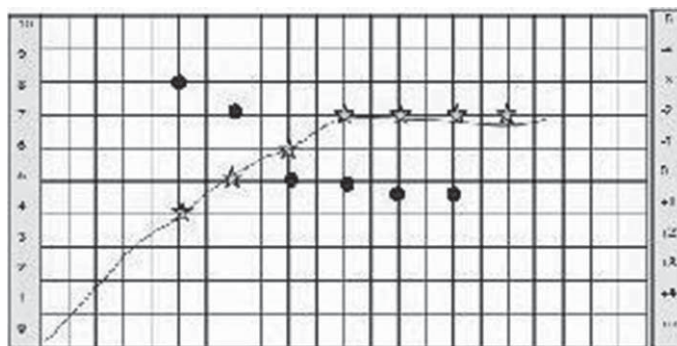
Question 5

La CRP demandée est à 213. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** vous attendez le résultat des prélèvements bactériologiques pour adapter votre antibiothérapie
- B** vous réalisez une césarienne d'emblée
- C** vous déclenchez le travail
- D** vous prescrivez une CRP de contrôle 6 heures après la CRP précédente
- E** vous ne réalisez pas d'injection de corticoïdes dans ce contexte infectieux

Question 6

Finalement, vous déclenchez le travail. Voici le partogramme.



1 carreau (horizontalement) = 1 heure.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A c'est un partogramme normal
- B le fœtus est présenté initialement en OIGA
- C vous ajoutez du Syntocinon® (ocytociques)
- D vous avez probablement déjà réalisé un sondage urinaire et posturer la patiente 30 %
- E vous réalisez une césarienne

Cas clinique 39 ++

Madame B., 23 ans, G3P1 (une césarienne pour ARCF il y a 3 ans et un curetage pour grossesse arrêtée à 8 SA il y a 2 ans), consulte pour métrorragies de faible abondance ce matin, à un terme de 25 SA + 3 jours. Elles sont actuellement tariées. La patiente est de groupe sanguin A rhésus positif. Vous faites une échographie qui retrouve une bonne vitalité fœtale, un liquide amniotique normal, des biométries normales et un placenta comme ceci :



(À droite : col de l'utérus; puis, vers la gauche : placenta, tête fœtale).

Question 1

Concernant votre conduite à tenir à court terme, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A prise en charge ambulatoire
- B vous demandez des RAI
- C vous prescrivez une cure de Célestène®
- D devant l'évidence du diagnostic et la bonne vitalité fœtale en échographie, vous ne réalisez pas d'enregistrement électrocardiotocographique
- E césarienne en urgence

Question 2

Le placenta est recouvrant (recouvre l'orifice interne du col utérin). Vous poursuivez l'interrogatoire et l'information de la patiente.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A vous prévenez la patiente qu'elle accouchera de toute façon par césarienne (mais pas en urgence ce jour)
- B vous avez une nécessité absolue des résultats du dernier FCV
- C le test de Kleihauer peut avoir un intérêt si reprise des saignements
- D si la patiente ne saigne pas à nouveau pendant 48 heures, elle pourra sortir de l'hôpital
- E si la patiente, stabilisée, rentre à domicile, vous lui conseillez de ne pas avoir de rapports sexuels; si elle saigne à nouveau, vous lui conseillez de reconsulter en urgence si le saignement est abon-

dant, mais pas s'il est comme des règles ou inférieur (étiologie déjà connue donc pas d'indication à tout recommencer à chaque fois)

- F vous recherchez des signes de placenta accreta

Question 3

La patiente n'a plus de métrorragies et sort 2 jours plus tard après cure de corticoïdes.

Elle consulte 8 jours après (donc à 26 SA + 6 jours) pour contractions utérines douloureuses (EN à 8/10), irrégulières, toutes les 5-7 minutes. Vous réalisez un toucher vaginal (précautionneux ++++) et trouvez un col dilaté à 2 cm, raccourci de longueur et ramolli, une tête fœtale appliquée.

Concernant votre conduite à tenir à court terme, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A vous ne pouvez pas diagnostiquer une MAP sans enregistrement cardiotocographique (monitoring) prouvant la présence de contractions
- B vous avez besoin d'une échographie de col utérin pour connaître sa longueur et poser le diagnostic de MAP
- C vous recherchez des signes fonctionnels urinaires
- D parmi les trois points primordiaux de votre prise en charge en urgence, vous décidez un transfert *in utero* en maternité de niveau adapté (niveau 3)
- E vous prescrivez une cure de corticoïdes

Question 4

Concernant votre conduite à tenir à court terme, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A une fois la prise en charge thérapeutique classique débutée (pas de prescription d'inhibiteurs de l'ocytocine; prescription aux indications limitées), vous devez surveiller de près la PA
- B vous appelez le pédiatre
- C vous appelez le réanimateur adulte
- D vous avez besoin d'une échographie de localisation du placenta en urgence
- E si la patiente a des métrorragies très abondantes, le fœtus peut être anémié

Question 5

Finalement, vous parvenez à arrêter le travail. La patiente accouche par voie basse à 37 SA + 2 jours (le placenta était remonté à 30 mm de l'orifice interne); 40 minutes après l'accouchement de Matteo, 4 200 g, la délivrance n'a pas encore eu lieu et les saignements sont estimés à 900 cc; ils sont en nappe, sans caillot. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il s'agit d'une hémorragie de la délivrance sévère
- B vous massez l'utérus d'emblée
- C vous pratiquez une délivrance artificielle avec révision utérine
- D vous suspectez une CIVD
- E vous faites un examen de la filière génitale sous valves

Question 6

Concernant les moyens de prévention de cette complication, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A délivrance artificielle dans l'heure suivant l'accouchement
- B poche de recueil de sang après la délivrance
- C examen du placenta

- D délivrance dirigée
- E position maternelle en Trendelenburg

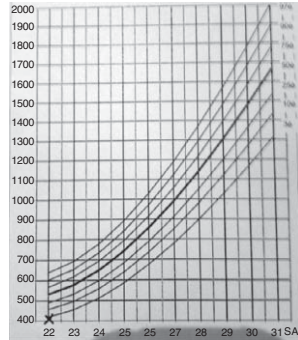
Cas clinique 40 +++

Vous voyez une patiente, primigeste, enceinte de 22 SA, pour son échographie du deuxième trimestre.

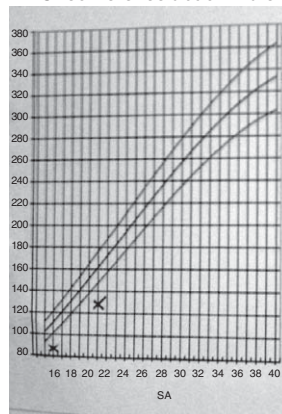
La patiente n'a pas d'antécédent en dehors d'un tabagisme actif (pas d'autre facteur de risque cardiovasculaire). Elle est depuis le début de grossesse immunisée contre la toxoplasmose et la rubéole. Son groupe sanguin est A négatif.

Vous réalisez une biométrie et reportez vos mesures sur les courbes suivantes.

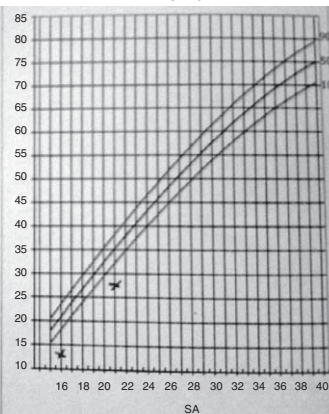
Poids fœtal entre 22 SA et 31 SA



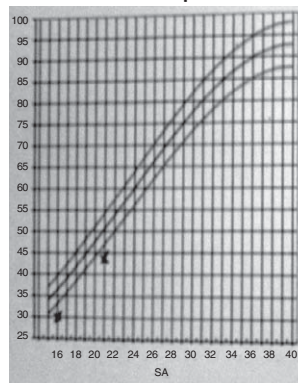
Circonférence abdominale



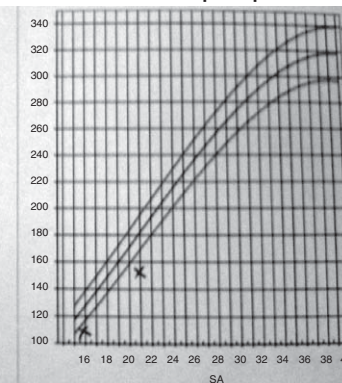
Fémur



Diamètre bipariétal



Périmètre céphalique



Question 1

Concernant votre conduite à tenir à court terme, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A vous recalculer le terme, vérifiez les clichés de datation
- B vous demandez des sérologies virales
- C vous ne faites pas de bilan complémentaire devant cette histoire typiquement liée à une consommation de tabac pendant la grossesse
- D vous prescrivez du Rhophylac® (prévention de l'allo-immunisation) en vue du reste de votre bilan, si les examens des réponses A et B sont normaux
- E vous prescrivez une cure de corticoïdes

Question 2

Parmi les sérologies suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) à demander ?

- A** parvovirus B19
- B** toxoplasmose
- C** rubéole
- D** CMV
- E** grippe

Question 3

Toutes les sérologies reviennent négatives. La datation est confirmée et l'amniocentèse ne retrouve pas d'anomalie chromosomique. Vous prévoyez une surveillance échographique toutes les 2 semaines.

Un mois après, vous constatez une cassure de croissance. Le poids fœtal estimé est inférieur au 3^e percentile.

Concernant votre prise en charge, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le RCIU est modéré
- B** le RCIU est probablement d'origine vasculaire
- C** vous réalisez des dopplers au cours de l'échographie
- D** vous prescrivez une cure de corticoïdes
- E** vous réalisez une césarienne

Question 4

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** si le père est rhésus négatif comme la mère, la prévention de l'allo-immunisation n'est pas obligatoire

- B** si la patiente n'avait pas été immunisée contre la rubéole, on l'aurait vaccinée d'emblée

- C** par contre, le vaccin antigrippal est contre-indiqué pendant la grossesse

- D** le dépistage du VIH est obligatoire pendant la grossesse (après accord de la patiente)

- E** en cas de séroconversion toxoplasmique pendant la grossesse, selon le terme, une amniocentèse peut être préconisée

Question 5

Une échographie est réalisée à 30 SA. En sachant qu'à 30 SA, le doppler ombilical est normal de 0,5 à 0,85, et le doppler cérébral est normal s'il est compris entre 0,7 et 1, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** si vous constatez, à l'étude du doppler ombilical, un *reverse flow*, vous allez envisager l'extraction fœtale

- B** vous êtes rassurés si l'IR ombilical est à 0,45 et l'IR cérébral à 0,95

- C** vous êtes rassurés si l'IR ombilical est à 0,9 et l'IR cérébral à 0,65

- D** la présence d'une quantité de liquide amniotique normale est rassurante

- E** la présence d'une onde A pour le Doppler niveau canal d'Arantius est rassurante

CHAPITRE 2

Questions isolées

QI 1

Quel(s) est (sont) le(s) examen(s) biologique(s) obligatoire(s) à réaliser pendant la grossesse ?

- A** détermination du groupe sanguin (deux déterminations), rhésus complet et recherche d'agglutinines irrégulières
- B** en cas de présence d'agglutinines irrégulières, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires
- C** dépistage de la syphilis et du VIH, sérologie rubéole, sérologie toxoplasmose
- D** surveillance mensuelle de la sérologie toxoplasmose en cas d'immunité acquise
- E** recherche mensuelle de sucre et d'albumine dans les urines

QI 2

À propos de la consultation du 8^e mois de grossesse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** elle peut être réalisée par le médecin généraliste
- B** il convient de réaliser le prélèvement vaginal à la recherche du streptocoque B
- C** en cas de portage de streptocoque B, l'accouchement par voie basse est contre-indiqué à cause du risque d'infection materno-fœtale
- D** une ampoule de vitamine D à 100 000 UI doit être prescrite afin d'éviter le risque d'hypocalcémie néonatale
- E** la consultation d'anesthésie est conseillée

QI 3

À propos de la prééclampsie, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** on parle de prééclampsie à partir de 30 SA
- B** on parle de prééclampsie précoce lorsqu'elle survient avant 32 SA
- C** elle se définit par une tension artérielle supérieure à 140/90 mm Hg et une protéinurie supérieure à 0,3 g/24 heures
- D** le HELLP syndrome, qui est une complication de la prééclampsie, associe une hémolyse, une cytolyse et une thrombopénie
- E** l'éclampsie est une complication du HELLP syndrome

QI 4

Quel(s) est (sont) le(s) critère(s) permettant de définir une prééclampsie sévère ?

- A** une pression artérielle systolique supérieure à 160 mm Hg et une pression artérielle diastolique supérieure à 110 mm Hg
- B** une protéinurie supérieure à 5 g/l
- C** une barre épigastrique
- D** une éclampsie, un HELLP syndrome ou un hématome rétroplacentaire
- E** des modifications cervicales

QI 5

À propos de la prise en charge de la prééclampsie, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il convient de réaliser un bilan biologique complet : NFS, bilan de coagulation, bilan hépatique, protéinurie
- B** une échographie hépatique doit être réalisée en cas de HELLP syndrome ou de barre épigastrique
- C** un enregistrement du rythme cardiaque fœtal permet d'évaluer la vitalité fœtale
- D** une corticothérapie doit être réalisée en cas de terme inférieur à 34 SA
- E** une crise d'éclampsie est une indication de césarienne en urgence

QI 6

Une patiente échappe à la tocolyse à 33 SA et accouche d'un garçon de 1 000 g (< 3^e percentile); PC = 26 cm (< 3^e percentile). Parmi les suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** vous suspectez un RCIU
- B** cet enfant est eutrophe
- C** cet enfant est hypotrophe
- D** il s'agit d'une prématurité spontanée
- E** le risque métabolique majeur est l'hypoglycémie

QI 7

Parmi les signes suivants, lesquels sont évocateurs d'une trisomie 21 à la naissance ?

- A** hypotonie
- B** ASP avec aspect de double bulle

- C dysmorphie faciale
- D souffle cardiaque
- E absence de pli de flexion palmaire médian

QI 8

Vous voyez Madame B. en début de grossesse. Elle est non immunisée contre la toxoplasmose. À 16 SA, vous recevez une sérologie toxoplasmose IgM⁺ IgG⁻. Parmi les suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il s'agit d'une possible séroconversion toxoplasmose
- B il s'agit d'une sérologie toxoplasmose certaine
- C le risque fœtal est maximal à ce terme
- D il faut réaliser une amniocentèse d'emblée
- E le diagnostic d'une toxoplasmose congénitale est échographique

QI 9

Quels sont les risques fœtaux d'une toxoplasmose congénitale ?

- A macrocéphalie
- B chorioretinite
- C macrophtalmie
- D hydrocéphalie
- E anasarque

QI 10

Vous voyez en consultation une patiente de 32 ans atteinte d'un lupus cutané-articulaire associé à un syndrome des anti-phospholipides secondaire découvert dans les suites d'une phlébite surale droite spontanée. Elle est traitée par 20 mg par jour de prednisolone, 200 mg par jour d'hydroxychloroquine et par AVK. Sa pathologie est stable. Elle est enceinte. Quelles modifications de son traitement entreprenez-vous ?

- A arrêt des AVK
- B arrêt de l'hydroxychloroquine
- C arrêt de la prednisolone
- D poursuite de l'hydroxychloroquine
- E poursuite de la prednisolone

QI 11

Concernant le tabac, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) fausse(s) ?

- A une faible consommation de tabac est autorisée au troisième trimestre de grossesse
- B il faut tenter un sevrage tabagique complet et définitif chez toute femme fumeuse et en début de grossesse
- C seule la nicotine est fœtotoxique
- D les hydrocarbures passent la barrière placentaire
- E les métaux lourds ne passent pas la barrière placentaire

QI 12

Quels sont les risques fœtaux liés à un tabagisme maternel ?

- A hypotrophie
- B prématurité
- C atrésie de l'œsophage
- D imperforation des choanes
- E décollement placentaire

QI 13

Pendant la grossesse, quel est le vaccin autorisé parmi les suivants ?

- A vaccin antitétanique
- B vaccin anti-varicelle
- C vaccin anti-toxoplasmose
- D vaccin anti-rubéole
- E vaccin anti-HPV

QI 14

Quels sont les facteurs de risque de transmission maternofœtale du VIH ?

- A placenta postérieur
- B rupture prématurée des membranes
- C terme < 20 SA
- D chorioamniotite
- E charge virale > 100 000 copies

QI 15

Quelle est la prise en charge d'une varicelle maternelle avant 20 SA chez une patiente naïve de varicelle ?

- A sérologie en urgence
- B abstention thérapeutique
- C aciclovir IV
- D surveillance échographique
- E le risque de varicelle congénitale est majeur avant 20 SA

QI 16

Au sujet du mobile fœtal, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la fontanelle antérieure est également nommée lambda
- B la variété de dégagement la plus fréquente est l'OIGA
- C le score de Manning évalue les dimensions du bassin maternel
- D le signe de Farabeuf permet d'évaluer l'engagement du fœtus
- E le plus grand diamètre du bassin est le bi-épineux

QI 17

Quelle(s) phrase(s) retenir-vous au sujet de la première partie du travail ?

- A le début du travail est souvent précédé de la perte du bouchon aqueux
- B les contractions utérines sont irrégulières, rythmées et douloureuses
- C la rupture de la poche des eaux se fait avant le début du travail
- D la courbe de Friedman définit la progression fœtale au cours du temps
- E cette phase du travail est souvent plus rapide chez les multipares

QI 18

Quelles sont les topographies atteintes par le cancer dans le spectre HNPCC ?

- A seins
- B côlon
- C ovaires
- D voies biliaires
- E voies urinaires

QI 19

Quels sont les médicaments contre-indiqués au troisième trimestre de la grossesse ?

- A énalapril (IEC)
- B aspirine
- C AINS
- D tétracycline
- E coumadine (AVK)

QI 20

Quelles sont les contre-indications absolues à la contraception microprogestative ?

- A antécédent de cancer de l'endomètre
- B antécédent d'embolie pulmonaire
- C hépatite B chronique
- D lupus érythémateux diffus
- E allaitement maternel

QI 21

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous devant une douleur à la mobilisation utérine ?

- A une endométrite
- B une infection génitale haute compliquée
- C un fibrome
- D une endométriose de grade II
- E une GEU

QI 22

Qui devez-vous avertir en cas de suspicion de viol chez une jeune femme de 19 ans ne souhaitant pas porter plainte ?

- A l'unité de police judiciaire
- B le procureur de la République

- C la CRIP
- D le directeur de l'hôpital
- E aucune réponse n'est juste

QI 23

Au sujet de la corticothérapie maturative, quelles sont les propositions justes ?

- A elle nécessite deux injections de bétaméthasone sur 72 heures
- B elle est contre-indiquée chez les patientes diabétiques
- C elle augmente le risque de rupture prématurée des membranes
- D elle peut être répétée une seconde fois au cours de la grossesse
- E elle diminue le risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante

QI 24

Madame N., 41 ans, est une G2P0 à 20 SA, ayant comme principal antécédent une conisation au laser pour un CIN 1 et un tabagisme actif à 18 paquets-années. Quels sont les risques pour cette grossesse ?

- A un diabète gestationnel
- B une MAP
- C un placenta praevia
- D une trisomie 21
- E une infection maternofoetale à streptocoque B

QI 25

Quelles sont les possibles complications d'une infection par parvovirus B19 au cours d'une grossesse ?

- A anémie fœtale
- B atteinte hépatique fœtale
- C inclusions cyto-nucléaires
- D anasarque
- E mort fœtale *in utero*

QI 26

Une jeune fille de 19 ans vous consulte pour des leucorrhées verdâtres spumeuses et abondantes associées à des sensations de brûlures au moment des rapports. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il s'agit d'une infection à *Gardnerella vaginalis*
- B il faudra dépister le partenaire
- C il s'agit d'une infection à *Trichomonas vaginalis*
- D le test à la potasse sera positif
- E le traitement est le métronidazole

QI 27

Parmi les suivants, quels sont les facteurs de risque de trouble de la statique pelvienne ?

- A accouchement voie basse d'enfants macrosomes
- B obésité

- C traitement hormonal de la ménopause
- D toux chronique
- E excision type II

QI 28

Une jeune femme G3P0 (trois IVG chirurgicales) se présente aux urgences gynécologiques pour une douleur brutale et intense en fosse iliaque gauche apparue il y a une heure et non soulagée par le paracétamol. L'échographie que vous réalisez retrouve ceci :



Quel(s) est (sont) le (les) diagnostic(s) envisageable(s) ?

- A endométriome rompu
- B kyste fonctionnel ovarien gauche rompu
- C GEU tubaire droite
- D torsion d'annexe
- E fausse couche spontanée précoce

QI 29

Quel(s) âge(s) fait (font) partie de la population cible pour la vaccination anti-HPV en deux doses depuis 2014 ?

- A 8 ans
- B 11 ans
- C 13 ans
- D 15 ans
- E 17 ans

QI 30

Concernant l'amniocentèse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) fausse(s) ?

- A pratiquée avant 15 SA, elle peut causer des amputations de membres
- B elle permet d'obtenir le caryotype maternel
- C elle est possible jusqu'au terme
- D elle peut être à l'origine d'une allo-immunisation rhésus
- E le risque de fausse couche spontanée est de 0,5 à 0,7 %

QI 31

Concernant l'HTA gravidique et la prééclampsie, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la prééclampsie est définie par une pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg après 20 SA associée à une protéinurie $\geq 0,3$ g/24 heures
- B le ramipril (Triatec®, inhibiteur de l'enzyme de conversion) est le traitement de première intention de l'HTA gravidique lorsque la tension artérielle est $\geq 150/100$ mm Hg
- C l' α -méthyl dopa (Aldomet®, antihypertenseur central) est le traitement de première intention de l'HTA gravidique lorsque la tension artérielle est $\geq 150/100$ mm Hg
- D le sulfate de magnésium est le traitement préventif de choix de l'éclampsie devant une prééclampsie sévère présentant des signes neurologiques
- E il est recommandé d'administrer de l'aspirine à faible dose, à titre préventif, dès la fin du premier trimestre chez une patiente ayant pour antécédent une prééclampsie sévère lors de sa première grossesse

QI 32

Madame S., G1P0, est admise aux urgences obstétricales d'une maternité de type 1 à 30 SA + 4 jours pour MAP. Parmi les suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la recherche d'une hémorragie génitale est une donnée essentielle de l'interrogatoire
- B un bilan infectieux (NFS, CRP, PV, ECBU) doit être réalisé afin d'éliminer une infection en cours, pourvoyeuse d'accouchement prématuré
- C une corticothérapie anténatale par bétaméthasone doit être administrée à Madame S. afin de prévenir les complications néonatales liées à la prématurité
- D elle doit être transférée dans une maternité de type II
- E une naissance au terme actuel correspondrait à une prématurité extrême

QI 33

Concernant le calcul du risque combiné de trisomie 21 au premier trimestre, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A l'âge maternel est une des données pris en compte dans le calcul
- B la mesure de la clarté nucale entre 11 SA + 0 jour et 13 SA + 6 jours est une des données prise en compte dans le calcul
- C le dosage des marqueurs sériques maternels PAPP-A et β -hCG est une des données pris en compte dans le calcul
- D le dosage des marqueurs sériques maternels α -foetoprotéine et β -hCG est une des données pris en compte dans le calcul
- E un risque combiné $\geq 1/350$ impose la réalisation d'un caryotype fœtal

QI 34

Quelle est l'étiologie la plus fréquente devant une fièvre pendant la grossesse ?

- A listériose
- B chorioamniotite
- C pyélonéphrite aiguë
- D méningite virale
- E grippe saisonnière

QI 35

Concernant la toxoplasmose, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la transmission maternofoetale augmente avec l'âge gestationnel
- B le risque d'embryofœtopathie sévère augmente avec l'âge gestationnel
- C « consommer la viande bien cuite » est l'une des recommandations à donner aux patientes séronégatives afin de réduire le risque de séroconversion
- D la majorité des enfants contaminés *in utero* ont une atteinte infraclinique
- E une séroconversion toxoplasmique en début de grossesse est une indication formelle à une interruption médicale de grossesse

QI 36

Parmi les antibiotiques suivants, lesquels sont autorisés pendant la grossesse ?

- A fluoroquinolones
- B macrolides
- C pénicillines
- D doxycycline
- E céphalosporines

QI 37

Quel contraceptif a le meilleur indice de Pearl (meilleure efficacité) ?

- A spermicide
- B pilule œstroprogestative
- C préservatifs
- D retrait
- E ligature tubaire

QI 38

Parmi les sérologies suivantes, laquelle n'est pas recherchée dans les bilans systématiques de la grossesse ?

- A VIH
- B syphilis
- C VHC
- D rubéole
- E VHB

QI 39

Concernant la MAP, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) fausse(s) ?

- A la multiparité est un facteur protecteur
- B la corticothérapie a une indication foetale
- C la tocolyse est toujours indiquée en cas de contractions
- D la grossesse gémellaire est un facteur de risque de MAP
- E la chorioamniotite peut se manifester par une MAP avec fièvre

QI 40

Concernant le diabète gestationnel, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il est un facteur de risque de diabète de type 2 ultérieur
- B l'HGPO est un test réalisé en début de grossesse permettant d'en faire le diagnostic
- C c'est un facteur de risque de MAP
- D il est fréquemment la cause d'une hypotrophie à la naissance
- E il peut se compliquer d'une mort foetale *in utero*

QI 41

Quelles sont les atteintes maternelles contre-indiquant l'allaitement ?

- A herpès
- B VIH
- C hépatite B
- D hépatite C
- E varicelle

QI 42

Parmi les critères suivants, lesquels font partie du dépistage anténatal de la trisomie 21 ?

- A l'âge maternel
- B l'amniocentèse
- C le dosage de marqueurs sériques
- D la mesure de la clarté nucale autour de 12 SA
- E la biopsie de trophoblaste

QI 43

Quels sont les traitements possibles dans le cancer du sein avec une mutation du gène *BRCA2* ?

- A la chimiothérapie
- B la curiethérapie
- C l'ovariectomie bilatérale
- D l'hormonothérapie
- E la reconstruction mammaire après mastectomie bilatérale

QI 44

Quelle est la cause de fièvre la plus fréquente pendant la grossesse ?

- A pyélonéphrite
- B listériose
- C montée de lait
- D grippe
- E chorioamniotite

QI 45

Quelles sont les deux causes redoutées justifiant d'une hémoculture lors d'une fièvre pendant la grossesse ?

- A pyélonéphrite
- B listériose
- C montée de lait
- D grippe
- E chorioamniotite

QI 46

Concernant la MAP, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A elle n'existe pas après 34 SA
- B une infection peut en être sa cause
- C on retrouve toujours des modifications cervicales
- D son diagnostic est clinique
- E sa complication est la prématurité

QI 47

Concernant l'étiologie de la MAP, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le tabac
- B le jeune âge maternel
- C un antécédent d'accouchement prématuré
- D le diabète gestationnel
- E les infections

QI 48

Concernant le traitement de la MAP, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le repos
- B une anticoagulation efficace
- C la corticothérapie
- D les inhibiteurs calciques
- E l'accouchement

QI 49

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la corticothérapie réduit de 50 % les complications néonatales
- B la corticothérapie peut être initiée par bétaméthasone ou dexaméthasone
- C l'échographie endovaginale de la mesure du col utérin a une meilleure spécificité que le toucher vaginal
- D la rupture prématurée est une contre-indication à la tocolyse
- E une antibiothérapie n'est commencée en cas de MAP uniquement en cas d'infection suspectée

QI 50

Concernant le dépistage de la trisomie 21, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il est obligatoire chez toutes les patientes
- B il est obligatoire chez les patientes présentant des facteurs de risque
- C il est possible au premier trimestre
- D le risque combiné associe la mesure de la clarté nucale avec le dosage de l'HCG et la PAPPa sanguines associé à l'âge maternel
- E le seuil fixé est de 1/250

QI 51

Concernant l'hypertension artérielle gravidique, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A elle peut survenir à tout moment au cours de la grossesse
- B elle peut être associée à une protéinurie
- C elle peut nécessiter un traitement antihypertenseur
- D elle peut être associée à des symptômes tels que des céphalées
- E elle peut précéder la grossesse

QI 52

Concernant l'hypertension artérielle chronique au cours de la grossesse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A on peut poser le diagnostic devant une hypertension artérielle avant 20 SA
- B elle se normalise le plus souvent dès la fin du premier trimestre
- C elle peut réapparaître en fin de grossesse
- D elle peut se compliquer d'une prééclampsie
- E aucune de ces propositions

QI 53

Concernant le diabète de type 1 au cours de la grossesse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il augmente le risque de malformation
- B il augmente le risque de mort fœtale *in utero*
- C il augmente le risque de prématurité
- D il augmente les fausses couches précoces
- E il augmente les risques de prééclampsie

QI 54

Concernant le diabète gestationnel, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il augmente le risque de malformation
- B il augmente le risque de mort fœtale *in utero*
- C il augmente le risque de prématurité
- D il augmente les fausses couches précoces
- E il augmente les risques de prééclampsie

QI 55

Concernant l'infection urinaire au cours de la grossesse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la cystite est plus souvent asymptomatique au cours de la grossesse
- B** la cystite ne nécessite pas de traitement au cours de la grossesse
- C** la bactériurie symptomatique ne nécessite pas de traitement au cours de la grossesse
- D** la pyélonéphrite peut bénéficier d'un traitement minute si la patiente n'est pas septique
- E** il est possible d'utiliser des aminosides en cas d'infection sévère

QI 56

Madame T., 19 ans, G0P0, sans antécédent, vient consulter son médecin traitant car elle souhaite débuter une grossesse. Elle a arrêté sa contraception il y a 3 mois maintenant et pense être enceinte car le test urinaire qu'elle a effectué est positif. Quels sont les examens obligatoires avant 15 SA ?

- A** NFS
- B** sérologies rubéole/toxoplasmose
- C** sérologie VIH
- D** dépistage combiné de la trisomie 21 au premier trimestre par échographie et marqueurs
- E** frottis cervico-utérin si le précédent date de plus de 3 ans

QI 57

Quelle est l'antibiothérapie à instaurer en cas d'infection génitale haute non compliquée ?

- A** ofloxacine + métronidazole
- B** amoxicilline
- C** amoxicilline + acide clavulanique
- D** ceftriaxone + métronidazole
- E** amoxicilline + aminoside + métronidazole

QI 58

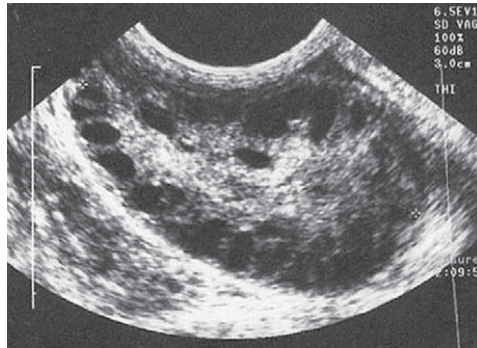
Madame C., 32 ans, G2P1, se présente aux urgences gynécologiques pour des céphalées à 31 SA + 3 jours. Il n'y a pas eu d'anomalie pendant le début de grossesse. À l'examen clinique, on retrouve une pression artérielle à 155/95 mm Hg, FC = 70/min, une hauteur utérine à 24 cm, un col long, postérieur et fermé au toucher vaginal, une bandelette urinaire positive avec 3 croix de protéines. À l'échographie, les biométries fœtales sont au 9^e percentile, avec une morphologie normale et une quantité de liquide amniotique normale. Le Doppler ombilical est normal.

Quelle est votre première hypothèse diagnostic ?

- A** une hypertension artérielle
- B** une prééclampsie
- C** une prééclampsie sévère
- D** une prééclampsie sévère précoce
- E** une éclampsie

QI 59

Madame D., 25 ans, avec comme unique antécédent un surpoids avec un IMC à 29, se présente à votre consultation car elle n'a plus ses règles depuis 7 mois. Elle a effectué plusieurs tests de grossesse qui sont tous revenus négatifs. Elle ne comprend pas pourquoi elle ne tombe pas enceinte alors qu'elle ne prend plus de contraception depuis 3 ans maintenant. Par ailleurs, elle ne supporte plus d'avoir des boutons d'acné et de prendre du poids depuis l'arrêt de sa contraception et se plaint d'être trop poilue du visage et des jambes. Elle vous montre un cliché d'échographie endovaginale faites à la suite de douleurs au niveau des ovaires.



Quel est votre diagnostic ?

- A** syndrome de Cushing
- B** tumeur surrénalienne
- C** syndrome des ovaires polykystiques
- D** tumeur ovarienne virilisante
- E** déficit enzymatique surrénalien

QI 60

Madame Z., 75 ans, a des métrorragies depuis 2 jours peu abondants. Elle a déjà eu un épisode similaire il y a 6 mois, mais n'avait pas consulté. Elle vous signale avoir pris un traitement hormonal pour la ménopause pendant 5 ans. L'abdomen est souple et indolore. Le spéculum retrouve un col normal avec des traces de saignements venant du col. Le toucher vaginal ne retrouve pas de douleur à la mobilisation utérine ni de masse latéro-utérine. Une échographie endovaginale retrouve une image endo-utérine. Une hystérocopie est donc réalisée afin d'effectuer des biopsies.



Quel est le diagnostic le plus probable ?

- A un cancer de l'endomètre
- B un fibrome sous-séreux pédiculé
- C un fibrome interstitiel
- D un fibrome sous-muqueux sessile
- E un fibrome sous-muqueux pédiculé

QI 61

À propos des GEU, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A les GEU représentent moins de 10 % des grossesses
- B 50 % des GEU diagnostiquées à 8 semaines de grossesses retrouvent une localisation intra-utérine vers 10 SA
- C toute contraception diminue le risque de GEU
- D un antécédent de chirurgie tubaire n'est pas un facteur de risque de GEU
- E un score de Fernandez inférieur à 12 prédispose à un taux de succès du traitement médicamenteux de 85 %

QI 62

À propos des troubles de la statique pelvienne, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la saillie du rectum dans le vagin est appelée rectocèle
- B la saillie de la vessie dans le vagin est appelée colpocèle
- C la saillie de l'utérus dans le vagin est appelée hystérocèle
- D les pathologies bronchopulmonaires sont un facteur de risque de prolapsus pelvien
- E l'obésité est un facteur de risque admis de prolapsus pelvien

QI 63

Parmi les suivantes, quelles molécules sont susceptibles de présenter des interactions médicamenteuses avec les œstroprogestatifs ?

- A phénobarbital
- B inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase reverse
- C rifampicine
- D acide valproïque (Dépakine®)
- E codéine

QI 64

Parmi les modes de contraceptions suivant, lesquels pouvez-vous proposer à une patiente désireuse de contraception non hormonale ?

- A patch transdermique contraceptif
- B spermicides
- C DIU au cuivre
- D capes cervicales
- E DIU au lévonorgestrel

QI 65

À propos du mode d'action des œstroprogestatifs, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ? Les œstroprogestatifs entraînent :

- A une modification endométriale improprie à la nidation
- B une modification de la glaire cervicale la rendant défavorable au passage des spermatozoïdes
- C un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire
- D une inhibition de la croissance folliculaire
- E une inhibition de l'ovulation

QI 66

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le terme aménorrhée caractérise l'absence de menstruations
- B le terme métrorragies définit des menstruations de durée anormalement longue et d'abondance anormalement excessive
- C le terme ménorragies définit des menstruations de durée anormalement longue et d'abondance anormalement excessive
- D le terme métrorragies désigne des saignements génitaux survenant en dehors des menstruations
- E le terme ménorragies désigne des saignements génitaux survenant en dehors des menstruations

QI 67

Vous rédigez un certificat médical pour l'une de vos patientes déclarant être victime de violences de la part de son conjoint. Le certificat mentionnera :

- A la signature du médecin sur chaque page
- B un appel à l'auteur des violences physiques
- C l'identification du médecin et de la victime, le lieu, la date et l'heure de l'examen
- D la gravité ou le danger imminent
- E la durée de l'incapacité totale de travail (ITT) même chez les femmes qui n'ont pas d'activité professionnelle reconnue

QI 68

Concernant l'accouchement sous le secret, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A aucune pièce d'identité ne peut être exigée et il ne peut être procédé à aucune enquête
- B s'il s'agit d'une mineure, l'autorisation du tuteur légal doit être recueillie
- C les frais d'hébergement sont à la charge de la parturiente
- D si l'enfant est reconnu dans un délai de 3 jours par le père ou la mère, le séjour est réglé dans les conditions habituelles par celui des parents qui l'a reconnu
- E la patiente peut lever à tout moment le secret de son identité

QI 69

Quels sont les symptômes les plus fréquents du syndrome prémenstruel ?

- A** mastodynies, douleurs mammaires
- B** troubles du transit, ballonnement abdominal
- C** irritabilité, anxiété
- D** douleurs articulaires, arthrites
- E** syndrome climatérique

QI 70

Quels sont les critères de malignité devant la découverte d'un kyste ovarien de 4 x 5 cm chez une femme de 45 ans ?

- A** présence de végétations intrakystiques
- B** âge
- C** épanchement intra-abdominal
- D** CA 125 diminué
- E** taille

QI 71

Citez les différentes complications possibles des fibromes utérins.

- A** anémie microcytaire hyposidérémique
- B** anémie macrocytaire hypersidérémique
- C** nécrobiose aseptique
- D** dégénérescence cancéreuse
- E** compression nerveuse : sciatalgies

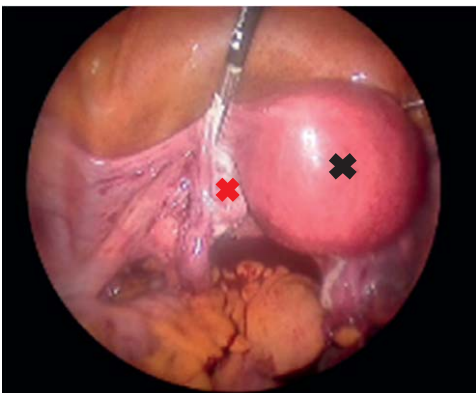
QI 72

Vous recevez une patiente en consultation; elle vient d'avoir une fausse couche spontanée tardive; elle vous raconte avoir subi une IVG dans sa jeunesse, une césarienne pour la naissance de ces jumeaux il y a 4 ans, et pour son petit dernier il y a 2 ans. Elle a accouché par voie basse de son premier enfant. Elle a fait une fausse couche spontanée il y a 12 ans. Quelle est la proposition juste ?

- A** la patiente est G6P4
- B** la patiente est G6P6
- C** la patiente est G5P4
- D** la patiente est G6P5
- E** la patiente est G5P3

QI 73

Vous réalisez une coéloscopie.



Parmi les suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la structure désignée par la croix noire est l'utérus
- B** la structure désignée par la croix noire est l'ovaire
- C** la structure désignée par la croix noire est un hydrosalpinx
- D** la structure désignée par la croix rouge est l'ovaire
- E** la structure désignée par la croix rouge est la trompe

QI 74

On parle de PAG sévère quand les biométries fœtales sont inférieures :

- A** au 20^e percentile
- B** au 10^e percentile
- C** au 5^e percentile
- D** au 3^e percentile
- E** au 1^{er} percentile

QI 75

Un RCIU survenant dès le deuxième trimestre de la grossesse est le plus souvent :

- A** d'origine infectieuse
- B** d'origine placentaire
- C** d'origine chromosomique
- D** dû à une malformation de l'utérus
- E** d'origine toxique

QI 76

Un RCIU survenant plus tardivement, à partir du troisième trimestre de la grossesse, est le plus souvent : [Une seule réponse.]

- A** d'origine infectieuse
- B** d'origine placentaire
- C** d'origine chromosomique
- D** dû à une malformation de l'utérus
- E** d'origine toxique

QI 77

Quels sont les facteurs de risque du RCIU ?

- A** âges extrêmes
- B** multiparité
- C** milieu socio-économique défavorisé
- D** antécédents de RCIU
- E** consommation de toxiques (tabac, alcool)

QI 78

Comment prévenir un RCIU lors de la grossesse suivante ?

- A** arrêt du tabac et de l'alcool
- B** réalisation d'une échographie mensuelle jusqu'à la fin de la grossesse
- C** traitement par aspirine en cas de RCIU précoce dans un contexte vasculaire
- D** traitement par anticoagulant
- E** supplémentation en fer *per os*

QI 79

Parmi les symptômes et signes suivants, lesquels définissent une MAP ?

- A** douleurs ligamentaires
- B** contractions utérines
- C** modifications cervicales
- D** pertes de liquide amniotique
- E** augmentation de la hauteur utérine

QI 80

Quelles sont les caractéristiques des contractions utérines associées à la MAP ?

- A** régulières
- B** prolongées
- C** à l'emporte-pièce
- D** douloureuses
- E** fréquentes

QI 81

Quels éléments recherchez-vous à l'échographie dans le cadre d'une MAP ?

- A** mesure Doppler de la vitesse maximale systolique dans l'artère cérébrale moyenne
- B** évaluation de la quantité de liquide amniotique
- C** position du placenta
- D** estimation de poids fœtal
- E** longueur du col utérin

QI 82

Quels sont les facteurs de risque potentiel de MAP ?

- A** antécédents d'IVG par aspiration
- B** travail pénible
- C** diabète
- D** macrosomie probable
- E** antécédent d'IVG médicamenteuse

QI 83

Quels sont classiquement les éléments de la prescription médicamenteuse d'une MAP ?

- A** antibiothérapie préventive, couvrant le streptocoque B
- B** tocolyse
- C** corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale
- D** héparinothérapie préventive
- E** insulinothérapie

QI 84

Quel(s) médicament(s) à visée tocolytique peu(ven)t être(s) utilisé(s) ?

- A** dérivés nitrés
- B** β_2 -mimétiques
- C** inhibiteurs calciques
- D** corticoïdes
- E** antagonistes de l'ocytocine

QI 85

Parmi les infections suivantes, lesquelles s'accompagnent d'un risque de RCIU ?

- A** toxoplasmose
- B** parvovirus B19
- C** cytomégalovirus
- D** rubéole
- E** syphilis

QI 86

La corticothérapie prescrite dans le cadre d'une MAP :

- A** diminue le risque de maladie des membranes hyalines
- B** diminue le risque d'accouchement prématuré
- C** est indiquée jusqu'à 37 SA
- D** diminue le risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante
- E** est administrée à la dose de 0,5 mg/kg par jour

QI 87

Quels éléments sont évocateurs d'une origine vasculo-placentaire face à un RCIU au 5^e percentile ?

- A** hyperclarté nucale au premier trimestre
- B** Doppler utérins perturbés
- C** apparition dès 16 SA
- D** oligoamnios
- E** prééclampsie maternelle associée

QI 88

Une consommation d'alcool pendant la grossesse peut être responsable de :

- A** syndrome de Down
- B** RCIU
- C** fausse couche
- D** accouchement prématuré
- E** syndrome d'alcoolisation fœtale

QI 89

À propos de l'injection d'immunoglobulines anti-Rh D, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** elle ne s'envisage qu'en cas de groupe rhésus positif chez la mère
- B** elle ne s'envisage qu'en cas de groupe rhésus négatif chez la mère
- C** elle ne sera pas effectuée en cas de père de groupe rhésus négatif
- D** elle permet de prévenir de l'allo-immunisation fœtomaternelle
- E** il n'y a pas d'indication à faire une injection systématique au cours de la grossesse en cas de groupe rhésus négatif chez la mère

QI 90

Quelles sont les deux principales causes d'hémorragie sévère au troisième trimestre de la grossesse ?

- A l'allo-immunisation fœtomaternelle
- B la MAP
- C l'hématome rétroplacentaire
- D le placenta accreta
- E le placenta praevia

QI 91

Quels sont les arguments cliniques permettant de s'orienter vers un placenta praevia ?

- A une hémorragie de sang foncé
- B la présence de contractions utérines intermittentes
- C la présence d'une contracture utérine permanente
- D une HTA
- E un antécédent de césarienne

QI 92

La survenue d'une hémorragie génitale en cas de placenta praevia impose :

- A un bilan à visée étiologique
- B une surveillance simple
- C un traitement à visée tocolytique
- D une antibiothérapie
- E une césarienne en urgence

QI 93

À propos du placenta praevia, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A un placenta praevia non recouvrant à terme impose une césarienne
- B l'hématome rétroplacentaire et le placenta praevia sont deux entités proches
- C une HTA est fréquemment retrouvée
- D les altérations du rythme cardiaque fœtal sont très souvent retrouvées
- E une corticothérapie prénatale sera réalisée avant 34 semaines en cas de saignement

QI 94

Concernant l'hématome rétroplacentaire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A l'hématome rétroplacentaire complique environ 1 % des grossesses
- B l'hématome rétroplacentaire est un décollement prématuré d'un placenta bas inséré
- C par définition, l'hématome rétroplacentaire survient toujours avant 20 SA
- D la mortalité maternelle liée à un hématome rétroplacentaire peut être secondaire à une coagulation intravasculaire disséminée
- E la mortalité périnatale liée à un hématome rétroplacentaire est proche de 20 %

QI 95

Quels sont les facteurs de risque d'hématome rétroplacentaire ?

- A la prééclampsie
- B l'héroïne
- C la rupture prématurée des membranes
- D l'existence d'un cordon ombilical court
- E l'iso-immunisation rhésus

QI 96

Concernant le diagnostic différentiel de l'hématome rétroplacentaire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A dans le placenta praevia, il existe une contracture utérine
- B la rupture utérine peut survenir sur un utérus non cicatriciel
- C au troisième trimestre de la grossesse, la môle hydatiforme donne des métrorragies noirâtres
- D l'hémorragie de Benckiser est liée à la rupture d'une artère cervico-vaginale
- E la fréquence du cancer du col utérin au cours de la grossesse est inférieure à un pour 1 000

QI 97

Concernant la clinique de l'hématome rétroplacentaire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le début des symptômes est brutal
- B durant les semaines précédentes, des métrorragies de sang rouges peuvent exister
- C il existe constamment une hypertension artérielle associée
- D il peut exister en cas d'hématome rétroplacentaire uniquement une hypercinésie utérine
- E les métrorragies peuvent être absentes du tableau clinique

QI 98

Concernant la biologie de l'hématome rétroplacentaire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il existe constamment une protéinurie
- B les transaminases peuvent être élevées
- C les plaquettes sont toujours augmentées
- D l'hématocrite peut être élevé
- E la connaissance du rhésus maternel est utile à la prise en charge

QI 99

Concernant les complications de l'hématome rétroplacentaire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la coagulation intravasculaire disséminée correspond à une consommation excessive des facteurs de la coagulation et des plaquettes
- B la coagulation intravasculaire disséminée diminue les saignements

- C** une crise d'éclampsie peut survenir en même temps qu'un hématome rétroplacentaire
- D** l'insuffisance rénale aiguë secondaire à un hématome rétroplacentaire est uniquement fonctionnelle
- E** au cours d'un hématome rétroplacentaire, le rythme cardiaque fœtal est toujours perturbé

QI 100

Concernant l'échographie de l'hématome rétroplacentaire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** l'image échographique d'un hématome rétroplacentaire est toujours bien visible
- B** il s'agit typiquement d'une cupule biconvexe à contenu anéchogène ou hétérogène
- C** l'aspect échographique ne varie pas avec le temps
- D** le Doppler aux artères utérines retrouve constamment une incisure proto-diastolique
- E** le Doppler à l'artère cérébrale moyenne permet de rechercher une vasoconstriction précoce, signe d'adaptation du fœtus

QI 101

Concernant la prise en charge de l'hématome rétroplacentaire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** si le rythme cardiaque fœtal le permet et que l'accouchement est imminent, une voie basse peut être proposée
- B** en cas de mort fœtale *in utero*, un accouchement par voie basse sera privilégié
- C** on ne pratique jamais une césarienne pour l'extraction d'un enfant mort à la suite d'un hématome rétroplacentaire
- D** en cas d'apoplexie utérine ou d'hémorragie incoercible, une hystérectomie d'hémostase est possible
- E** un test de Kleihauer positif peut conduire à une transfusion sanguine maternelle

QI 102

Concernant le traitement d'une coagulation intravasculaire disséminée, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il survient dans 90 % des cas d'hématome rétroplacentaire
- B** il nécessite une bonne coopération entre l'obstétricien et l'anesthésiste
- C** il vise à compenser l'augmentation du fibrinogène observée dans le cas d'une coagulation intravasculaire disséminée
- D** il comprend des culots globulaires et l'apport des facteurs de la coagulation
- E** il nécessite initialement le traitement de la cause de la coagulation intravasculaire disséminée

QI 103

Concernant les suites d'un hématome rétroplacentaire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** un enfant mort-né peut ne pas être déclaré à l'état civil
- B** un bilan hépato-rénal à 3 mois sera nécessaire en cas d'hématome rétroplacentaire d'origine vasculaire
- C** les récives sont exceptionnelles, quelle que soit la cause de l'hématome rétroplacentaire
- D** une prescription d'acide acétylsalicylique lors d'une grossesse ultérieure sera indiquée dans certains cas d'hématome rétroplacentaire
- E** la dose d'acide acétylsalicylique sera de 500 mg par jour

QI 104

Concernant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** seules les femmes françaises peuvent en bénéficier
- B** il faut être en France depuis au moins 3 mois pour pouvoir en bénéficier
- C** l'IVG a été légalisée en 1974
- D** le délai de réflexion légal est de 5 jours en France
- E** la loi Roudy permet le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale

QI 105

Concernant l'IVG, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le délai de réflexion est une obligation légale
- B** l'entretien psychosocial est obligatoire pour les patientes mineures
- C** il existe des situations d'urgence pouvant diminuer le délai de réflexion
- D** la quatrième consultation post-IVG est obligatoire
- E** l'accord des parents est nécessaire pour la patiente mineure

QI 106

Concernant les modalités pratiques de prise en charge de l'IVG, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** l'IVG médicamenteuse peut être réalisée jusqu'à 15 SA
- B** le délai légal autorisant la pratique de l'IVG est de 12 SA
- C** le principal risque de l'IVG médicamenteuse est la perforation utérine
- D** après l'IVG, il faut attendre une semaine avant de débuter une contraception orale
- E** la pose d'un dispositif intra-utérin est possible le jour même de l'IVG chirurgicale

QI 107

Concernant les principales complications précoces de l'IVG chirurgicale, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le risque d'endométrite est de 20 %
- B** il existe un risque de complications thromboemboliques
- C** il existe un risque de rétention intra-utérine partielle pouvant être à l'origine d'hémorragie
- D** il existe un risque de perforation utérine secondaire
- E** l'OMS retient les valeurs de 0,6 à 1,2 décès pour 100 000 avortements légaux avant 13 SA

QI 108

Concernant « l'IVG en ville », quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** seules les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif
- B** le délai gestationnel maximum est de 5 semaines de grossesse
- C** le délai gestationnel maximum est de 8 semaines d'aménorrhée
- D** tous les médecins peuvent pratiquer ces IVG
- E** le médecin réalisant ces IVG passe une convention avec un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG

QI 109

À propos de l'implant contraceptif, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** l'implant est composé d'un progestatif
- B** l'implant a une efficacité diminuée par la prise de médicaments inducteurs enzymatiques
- C** l'implant est posé à la face interne de la cuisse
- D** l'implant doit être retiré en cas de chirurgie avec alitement postopératoire
- E** l'implant est contre-indiqué en cas d'antécédent du cancer du sein

QI 110

À propos du dispositif intra-utérin (DIU), quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le DIU est contre-indiqué chez la nulligeste
- B** le DIU est contre-indiqué chez l'adolescente
- C** le risque de GEU est augmenté en cas de grossesse sur DIU
- D** le DIU est contre-indiqué en cas d'antécédent de césarienne
- E** le DIU est contre-indiqué en cas d'antécédent d'endométriose

QI 111

À propos du dispositif intra-utérin (DIU), quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le DIU présente un risque d'infection pelvienne
- B** le DIU présente un risque d'infertilité
- C** le DIU présente un risque de cancer ovarien
- D** le DIU aux progestatifs est contre-indiqué après 45 ans
- E** le DIU au cuivre est contre-indiqué en cas de maladie inflammatoire de l'intestin

QI 112

À propos de l'implant contraceptif, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** l'implant peut entraîner une aménorrhée
- B** l'implant a une durée d'efficacité diminuée en cas d'IMC élevé
- C** l'implant est parfois difficilement perçu après la pose
- D** l'implant doit être contrôlé régulièrement par un dosage sanguin de son composé actif
- E** l'implant est contre-indiqué en cas d'allaitement

QI 113

À propos de la contraception orale à base de progestatifs de troisième génération, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit d'une contraception orale en continu
- B** il s'agit d'une contraception orale à prendre entre le 5^e et 25^e jour du cycle
- C** il s'agit d'une contraception orale nécessitant une prise à heure fixe
- D** il s'agit d'une contraception possible dans le *post-partum*
- E** il s'agit d'une contraception contre-indiquée chez la tabagique après 35 ans

QI 114

Concernant les caractéristiques générales de l'adénofibrome, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** c'est une prolifération mixte épithéliale et conjonctive
- B** il touche préférentiellement les patientes ménopausées
- C** on ne peut pas le visualiser à l'échographie
- D** on le prend en charge chirurgicalement s'il induit une gêne fonctionnelle
- E** c'est une lésion précancéreuse

QI 115

Madame Mona L. a 45 ans. Elle fume et n'est pas ménopausée. Sa mère a eu une mastectomie totale pour cancer du sein à 38 ans. Lors de sa consultation à votre cabinet, que vous lui prescrivez-vous ?

- A** une IRM mammaire
- B** une mammographie dans le cadre du dépistage individuel du cancer du sein

- C une mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein
- D un dosage du CA 15-3
- E rien

QI 116

Suite à une mammographie, vous retrouvez chez votre patiente une image suspecte classée ACR 4. Quel(s) est (sont) le (les) moyen(s) à votre disposition pour la confirmation diagnostique ?

- A une confirmation à l'aide d'une nouvelle mammographie
- B un prélèvement percutané
- C une IRM mammaire
- D une TDM thoraco-abdomino-pelvienne
- E une échographie mammaire

QI 117

Vous examinez Madame Lara C. pour son cancer du sein que vous venez de diagnostiquer. L'examen clinique met en évidence une tumeur du sein gauche de moins de 2 cm de grand axe, avec une adénopathie axillaire homolatérale mobile. Le reste de l'imagerie ne montre pas d'autre anomalie. Comment classez-vous cette tumeur ?

- A pT1N1M0
- B T2N1M0
- C pT1N1Mx
- D T1N1M0
- E T2N2M0

QI 118

Quand évoquer la mutation *BRCA1* ou *BRCA2* ?

- A si présence d'au moins deux cancers du sein chez des apparentés du deuxième degré
- B si présence d'au moins trois cancers du sein chez des apparentés au premier et deuxième degré
- C si présence d'au moins deux cancers du sein chez des apparentés au premier degré et cancer du sein chez une femme de moins de 40 ans
- D si cancer du sein chez l'homme
- E si association d'un cancer du sein et d'un mélanome chez une grand-mère maternelle

QI 119

Parmi ces propositions, quelle(s) est (sont) le (les) facteur(s) de mauvais pronostic du cancer du sein ?

- A grande taille de la tumeur
- B grade II histopronostique de Scarff-Bloom-Richardson
- C âge > 50 ans
- D présence de signes inflammatoires
- E absence de récepteurs hormonaux

QI 120

Parmi ces types de cancers, quel est le plus fréquent des cancers du sein ?

- A le sarcome
- B le carcinome lobulaire
- C le carcinome canalaire *in situ*
- D le carcinome canalaire infiltrant
- E la maladie de Paget

QI 121

L'IRM mammaire est un examen de deuxième intention. Parmi les propositions suivantes, dans quel(s) cas la réalisez-vous ?

- A patiente mutée *BRCA1* ou *BRCA2*
- B patiente avec une petite poitrine
- C patiente porteuse d'un pacemaker
- D bilan complémentaire lorsque l'imagerie standard (mammographie, échographie) ne permet pas de conclure
- E jamais

QI 122

Votre voisine, que vous croisez dans l'ascenseur, vous raconte que son médecin l'a mise sous tamoxifène dans le cadre de la prise en charge de son cancer du sein. Elle vous demande des petites précisions.

- A elle devra prendre son traitement pendant 2 ans
- B sa tumeur exprimait HER2 mais n'exprimait pas les récepteurs hormonaux
- C elle peut recevoir cette molécule car elle n'est pas ménopausée
- D elle risque d'avoir des bouffées de chaleur
- E sa tumeur ne présentait pas de récepteurs hormonaux

QI 123

Madame Nico, âgée de 40 ans, se présente à votre consultation. Elle se plaint de mastodynies bilatérales et symétriques, et ses seins sont tendus et sensibles, avec un aspect multikystique à l'examen. Qu'évoquez-vous en première intention ?

- A un adénofibrome
- B un cancer du sein
- C une maladie de Paget
- D une tumeur phyllode du sein
- E un état fibrokystique

QI 124

Concernant le dépistage organisé du cancer du sein, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il est gratuit pour les patientes
- B il est annuel
- C il correspond à une mammographie composée de deux incidences : face et oblique externe

- D** si une anomalie est détectée à la première lecture, la mammographie doit obligatoirement être relue
- E** il permet le diagnostic précoce de lésions infracliniques

QI 125

Quels facteurs de risque du cancer du sein sont à l'origine d'une hyperœstrogénie ?

- A** un IMC < 25 kg/m²
- B** une grande multiparité
- C** une absence d'allaitement maternel
- D** des antécédents familiaux de cancer du sein
- E** une puberté précoce et une ménopause tardive

QI 126

Le diagnostic de cancer du sein est apporté par :

- A** une mammographie
- B** un examen clinique
- C** une microbiopsie mammaire et examen anatomopathologique
- D** une macrobiopsie mammaire et examen anatomopathologique
- E** une cytoponction axillaire

QI 127

Une patiente de 54 ans a réalisé une mammographie de dépistage retrouvant une masse de 1 cm du quadrant supéro-externe gauche. L'examen clinique ne retrouve pas d'anomalie mammaire ni axillaire. La biopsie réalisée retrouve un carcinome canalaire infiltrant de grade II, RH⁺, HER2-négatif, Ki67 : 7 %. Cela signifie que :

- A** elle peut bénéficier d'une zonectomie avec recherche du ganglion axillaire sentinelle homolatéral
- B** elle peut bénéficier d'une tumorectomie avec recherche d'un ganglion sentinelle axillaire sentinelle homolatéral
- C** elle recevra de la radiothérapie
- D** elle ne pourra pas bénéficier d'un traitement par trastuzumab
- E** le cancer est décrit comme peu proliférant

QI 128

Cette patiente a été traitée et s'interroge sur la surveillance.

- A** elle répond aux critères de consultation d'oncogénétique
- B** la première mammographie doit être réalisée 6 mois après la fin du traitement
- C** la surveillance sera à vie
- D** elle repose sur un examen clinique et une mammographie annuelle
- E** la surveillance est multidisciplinaire

QI 129

Concernant le cancer du col utérin, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la pratique triennale du frottis réduit le risque de cancer du col de 90 %
- B** le frottis cervical a une très bonne sensibilité (> 95 %) pour le dépistage du cancer du col
- C** dans la majorité des cas, l'HPV est un agent pathogène
- D** sa prévalence le place au deuxième rang des cancers dans le monde
- E** les adénocarcinomes représentent la forme histologique la plus fréquente

QI 130

À propos du frottis, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le frottis est à réaliser à partir de 20 ans jusqu'à l'âge de 65 ans
- B** le frottis est à réaliser à partir de 25 ans jusqu'à l'âge de 65 ans
- C** deux frottis sont réalisés à 1 an d'intervalle puis tous les 2 ans
- D** deux frottis sont réalisés à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans
- E** il n'y a pas d'indication à réaliser de frottis si la patiente n'a jamais eu de rapports sexuels et ceci quel que soit l'âge

QI 131

Concernant les propositions recommandées en fonction du résultat cytologique exprimé selon le système Bethesda, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** en cas de frottis ininterprétable, il convient de le refaire entre 3 et 6 mois
- B** les frottis ASCUS doivent bénéficier d'une détection HPV
- C** la seule proposition acceptable pour les frottis LSIL est la réalisation d'une colposcopie immédiate
- D** les frottis ASCUS peuvent soit être contrôlés par frottis à 6 mois soit bénéficier d'une colposcopie immédiate
- E** les atypies des cellules glandulaires nécessitent un contrôle par frottis à 3 mois

QI 132

Quels sont les principaux facteurs de risque du cancer du col ?

- A** l'activité sexuelle
- B** l'obésité
- C** le tabagisme
- D** l'absence de dépistage
- E** la contraception orale

QI 133

Concernant le cancer du col utérin, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A la tomographie par émission de positons a sa place dans le bilan d'extension
- B le stade IA2 correspond à une tumeur visible entre 3 et 5 mm
- C le stade IB1 correspond à une tumeur de moins de 4 cm sans extension extra-utérine
- D le stade IIB correspond à une tumeur avec extension vaginale sans atteinte des paramètres
- E un cancer du col utérin responsable d'une hydro-néphrose est classé IIIB

QI 134

Classement des cancers de la femme par ordre de fréquence en France : quelle est la proposition vraie ?

- A sein > col > ovaire > endomètre
- B endomètre > col > ovaire > sein
- C sein > ovaire > col > endomètre
- D sein > endomètre > ovaire > col
- E col > sein > endomètre > ovaire

QI 135

Concernant les marqueurs biologiques des tumeurs gynécologiques, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A le marqueur du cancer du sein est le CA 15-3
- B dans le cancer du col de l'utérus, on peut doser l'ACE
- C en cas de cancer de l'ovaire, il est recommandé de doser CA 125, CA 19-9 et ACE
- D chez la femme jeune avec cancer de l'ovaire, on peut aussi doser β -hCG et PSA
- E le marqueur du cancer de l'endomètre est le SCC

QI 136

Une patiente de 60 ans sans suivi gynécologique se présente à votre consultation pour une douleur du sein droit. À l'examen, vous découvrez une lésion d'environ 3 cm du quadrant supéro-externe du sein droit, ulcérée à la peau, avec la palpation d'un ganglion axillaire droit mobile. Quel est le stade TNM ?

- A T2N1Mx
- B T4N2Mx
- C T3N3Mx
- D T4N1Mx
- E T2N2Mx

QI 137

Quels sont les critères échographiques en faveur d'une tumeur ovarienne maligne ?

- A végétations exokystiques
- B taille supérieure à 4 cm
- C paroi fine
- D hétérogénéité
- E cloisons intrakystiques

QI 138

Quels sont les facteurs de risque du cancer du sein ?

- A antécédents familiaux de cancer du sein
- B adénofibrome
- C mutation *BRCA1*, *BRCA2*
- D tabac
- E DIU au cuivre

QI 139

Quel(s) bilan(s) réalisez-vous chez une femme de 21 ans, sans antécédent, avant de débiter une contraception œstroprogestative ?

- A une numération-formule sanguine
- B une cholestérolémie
- C une glycémie à jeun
- D une glycémie postprandiale
- E une recherche de mutation du facteur V
- F une recherche de mutation du facteur II
- G aucun

QI 140

À propos de la ligature tubaire, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A l'âge minimal est de 41 ans
- B elle nécessite deux consultations avec un délai de réflexion de 4 mois
- C elle est définitive
- D elle ne se réalise qu'au cours d'une césarienne
- E elle peut se faire par hystérocopie
- F un contrôle par hystérosalpingographie est recommandé afin de s'assurer de la réussite de la ligature tubaire

QI 141

Quels sont les facteurs de risque du cancer de l'endomètre ?

- A la nulliparité
- B la multiparité
- C l'obésité
- D l'exposition aux progestatifs
- E la ménopause précoce
- F la puberté précoce
- G l'hypertension artérielle
- H le tabac

QI 142

Quelle est la première cause de découverte des fibromes ?

- A des ménorragies
- B des métorragies
- C des douleurs pelviennes
- D une constipation
- E une pollakiurie
- F une pesanteur pelvienne
- G au cours d'un examen systématique

QI 143

Concernant le frottis cervico-vaginal, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il permet de dépister la présence d'HPV
- B** il dépiste le cancer du col
- C** il dépiste le cancer de l'endomètre
- D** il se réalise sur lame
- E** il n'est plus recommandé après la ménopause

QI 144

Que doivent faire évoquer en premier lieu des métrorragies post-ménopausiques ?

- A** un utérus polomyomateux
- B** un cancer du col utérin
- C** un cancer de l'endomètre
- D** un cancer de la vulve
- E** une adénomyose

QI 145

Quels examens complémentaires prescrivez-vous en première intention chez une patiente de 25 ans se présentant aux urgences gynécologiques pour douleurs pelviennes d'apparition brutale ?

- A** bandelette urinaire
- B** NFS
- C** CRP
- D** β -hCG plasmatiques
- E** échographie pelvienne par voie sus-pubienne
- F** échographie pelvienne par voie endovaginale
- G** scanner abdomino-pelvien
- H** abdomen sans préparation de face
- I** procalcitonine

QI 146

Quel diagnostic évoquez-vous en première intention chez une femme jeune se présentant aux urgences pour douleurs pelviennes ?

- A** torsion annexielle
- B** GEU
- C** rupture de kyste
- D** syndrome menstruel
- E** cystite
- F** appendicite
- G** endométriose

QI 147

Une de vos patientes ayant un antécédent de CIN 2, lors de son suivi annuel vous fait part de son inquiétude concernant sa fille. Leur médecin traitant ne veut pas réaliser le vaccin contre le HPV (papillomavirus humain) car celle-ci est âgée de 19 ans. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le schéma vaccinal est à réaliser sur des patientes âgées de 12 à 14 ans
- B** le dépistage du cancer du col de l'utérus, au même titre que le cancer du sein, est un dépistage systématisé
- C** la vaccination pourra être réalisée si le frottis cervicovaginal est négatif
- D** le frottis cervicovaginal est à réaliser tous les ans chez les femmes ayant une activité sexuelle
- E** le frottis cervicovaginal permet d'établir le diagnostic de cancer du col

QI 148

En ce qui concerne les cancers de l'endomètre, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** l'échographie est un bon test de dépistage
- B** le diabète est un facteur de risque
- C** les femmes jeunes ne développent pas de cancer de l'endomètre ; c'est un cancer spécifique de la femme ménopausée
- D** les facteurs pronostiques sont : le grade et le type histologique, le stade FIGO
- E** le tamoxifène, qui est un anti-œstrogène, protège du cancer de l'endomètre

QI 149

En ce qui concerne les cancers du sein, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** le dépistage national se fait de 50 à 64 ans
- B** les lésions classées ACR 4 et ACR 5 nécessitent un prélèvement pour examen anatomopathologique
- C** un adénofibrome chez la femme jeune nécessite en toutes circonstances une exérèse pour examen histologique
- D** lors de la prise en charge d'un carcinome intracanalalaire, il n'est pas nécessaire de réaliser un bilan d'extension
- E** il est nécessaire de réaliser une recherche de ganglions sentinelles lors d'une tumorectomie pour carcinome *in situ*

QI 150

En ce qui concerne les cancers du sein, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** après chimiothérapie néoadjuvante, une mastectomie totale sera toujours proposée
- B** lors du bilan d'extension, une scintigraphie osseuse doit être réalisée lorsqu'un TEP-TDM ne peut être réalisé
- C** le CA 19-9 peut être utilisé pour le suivi
- D** la radiothérapie du creux axillaire doit être réalisée en cas d'atteinte de celui-ci
- E** le repérage du ganglion sentinelle se fait par une injection de bleu de méthylène et de gadolinium

QI 151

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** après mastectomie partielle, la radiothérapie du sein opéré est systématique
- B** le cancer du col de l'utérus est un cancer hormonodépendant
- C** un cancer inflammatoire du sein est d'emblée un stade 3 de la classification TNM
- D** après réalisation de la procédure du ganglion sentinelle, dans le cadre d'un carcinome invasif, il est nécessaire de réaliser une radiothérapie axillaire
- E** le bilan d'extension est à réaliser en cas d'atteinte ganglionnaire

QI 152

Quelle est la proposition exacte à propos de la prééclampsie ?

- A** elle se définit par une albuminurie $> 0,3$ g/l associée à une hypertension artérielle maternelle
- B** son incidence en France est proche de 15 % des femmes enceintes
- C** il s'agit d'une affection spécifique de la grossesse
- D** elle est souvent associée à une macrosomie fœtale
- E** son dépistage au premier trimestre est systématisé en France

QI 153

Une patiente consulte pour des œdèmes des membres inférieurs douloureux au niveau des chevilles au 7^e mois de la grossesse. Il s'agit d'une deuxième grossesse. La première avait été marquée par une prééclampsie au 7^e mois qui avait conduit à la naissance à 29 SA d'une petite fille, Emma, qui pesait 600 g. La patiente prend de l'aspirine (100 mg par jour). Elle n'a pas d'antécédent médical particulier en dehors de la grossesse. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** la patiente présente une prééclampsie certaine
- B** un œdème du visage doit être recherché comme argument en faveur d'une prééclampsie
- C** Emma présentait probablement un RCIU en rapport avec la prééclampsie
- D** l'aspirine a probablement été prescrite pour réduire le risque de récurrence de prééclampsie et de RCIU
- E** en cas de prééclampsie sévère, la corticothérapie prénatale à visée fœtale est formellement contre-indiquée

QI 154

En France, la prévention des infections à *Streptococcus agalactiae* (streptocoque B de la classification de Lancefield) repose sur :

- A** une recherche systématique du germe au 5^e mois de la grossesse

- B** une antibiothérapie préventive chez toutes les femmes porteuses du germe à l'approche du terme
- C** un traitement par ofloxacine dès la rupture des membranes en cas de portage vaginal
- D** un traitement antibiotique maternel en cas d'antécédent d'infection maternofoetale grave à streptocoque B
- E** le recours possible au test de dépistage rapide du streptocoque A (classification de Lancefield)

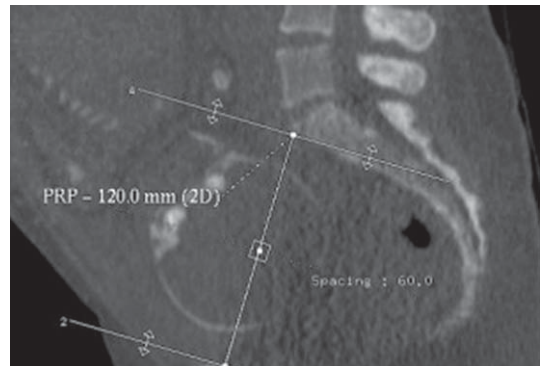
QI 155

Une patiente vous consulte 3 mois après avoir accouché par les voies naturelles. L'accouchement a été marqué par une hémorragie du *post-partum* liée à une rétention placentaire. Elle n'a pas souhaité allaiter son bébé. Elle vous signale qu'elle n'a toujours pas eu son retour de couches. Quels sont les diagnostics à évoquer ?

- A** synéchie utérine
- B** rétention placentaire
- C** insuffisance posthypophysaire
- D** nouvelle grossesse
- E** adénome à prolactine

QI 156

À propos de cet examen radiologique, parfois réalisé en fin de grossesse.



Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il s'agit d'un pelviscanner
- B** il s'agit d'un examen non irradiant
- C** le fœtus est en présentation podalique
- D** la présentation podalique fœtale est une indication habituelle de cet examen
- E** le diamètre promonto-rétropubien mesuré à 120 mm est normal

QI 157

Quel est le risque majeur associé avec ce type anatomique de placenta ?



- A l'hémorragie du *post-partum*
- B l'hémorragie de Benckiser
- C la rétention placentaire
- D la dystocie dynamique
- E la dystocie mécanique

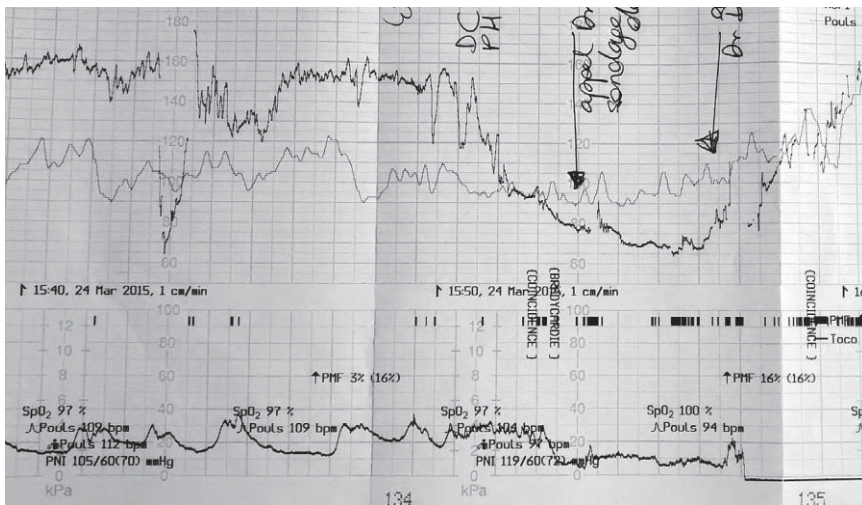
QI 158

Parmi les situations suivantes, lesquelles contre-indiquent un traitement par méthotrexate pour une GEU ?

- A insuffisance rénale chronique
- B hématosalpinx mesuré à 2 cm
- C patiente à risque de suivi défectueux (habitant loin d'un centre chirurgical, parlant mal la langue...)
- D activité cardiaque visible dans la masse latéro-utérine
- E score de Fernandez à 7

QI 159

Voici un enregistrement électrocardiographique.



Que peut-on y voir ?

- A une décélération profonde du rythme cardiaque fœtal
- B un rythme cardiaque fœtal normo-oscillant sur tout le tracé
- C le pouls maternel
- D un rythme cardiaque fœtal de base initialement à 120 bpm
- E une hypertonie utérine

- C l'embryon est souvent visible en échographie
- D son aspect échographique est une image hétérogène en « tempête de neige »
- E c'est une tumeur bénigne trophoblastique

QI 160

Concernant la môle hydatiforme, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A elle peut être diagnostiquée sur des métrorragies du premier trimestre
- B les signes sympathiques de grossesse sont classiquement absents

QI 161

Quelles sont les causes possibles d'augmentation des transaminases hépatiques pendant la grossesse ?

- A la grossesse est classiquement associée à une élévation des transaminases hépatiques
- B la cholestase intrahépatique gravidique
- C la stéatose aiguë gravidique
- D le HELLP syndrome
- E l'hyperemesis gravidarum

QI 162

Les malformations cardiaques sont fréquentes chez les sujets atteints de trisomie 21. Laquelle de ces malformations est la plus fréquente ?

- A communication interventriculaire
- B communication inter-atriale
- C tétralogie de Fallot
- D canal atrioventriculaire
- E canal artériel persistant

QI 163

Le travail se déroule en quatre étapes. La deuxième étape du travail qui correspond à la descente du mobile foetal dans la filière génitale se décompose en trois phases. Quelles sont-elles ?

- A dilatation cervicale
- B engagement
- C délivrance
- D dégagement
- E descente

QI 164

La mucoviscidose est une maladie génétique fréquente. Quelle est la proposition exacte concernant les caractères génétiques de cette maladie ?

- A maladie chromosomique autosomique dominante
- B maladie chromosomique autosomique récessive
- C maladie génique autosomique dominante
- D maladie génique autosomique récessive
- E maladie génique gonosomique dominante

QI 165

L'allaitement maternel doit être privilégié selon l'OMS qui a émis des recommandations sur le sujet. Il existe néanmoins certaines contre-indications à respecter. Quelles sont les contre-indications absolues maternelles parmi les propositions suivantes ?

- A infection en cours à VHB
- B infection en cours à VHC
- C infection en cours à VIH
- D infection en cours à *Treponema pallidum*
- E infection en cours à *Trypanosoma cruzi*

QI 166

L'endométrite du *post-partum* est une complication infectieuse possible lors des suites de couches. Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie ?

- A accouchement par césarienne
- B MAP
- C révision utérine pour délivrance artificielle
- D choriocentèse à 17 SA
- E travail long

QI 167

La nutrition de la femme enceinte comporte des particularités qu'il est important de connaître pour pouvoir adapter un régime voire introduire une supplémentation. Quelles sont les suppléments à proposer systématiquement lors de toute grossesse ?

- A supplémentation en fer
- B supplémentation en vitamine B9
- C supplémentation en vitamine B12
- D supplémentation en vitamine D
- E supplémentation en iode

QI 168

Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) peut être d'origine placentaire. Parmi les anomalies placentaires macroscopiques suivantes, laquelle (lesquelles) peut (peuvent) causer un RCIU ?

- A placenta praevia recouvrant
- B placenta circumvallata
- C placenta avec insertion vélamenteuse du cordon
- D placenta bi-partita
- E placenta accreta

QI 169

L'hématome rétroplacentaire est une urgence obstétricale qui impose une extraction foetale en urgence. Quels signes cliniques sont en faveur de ce diagnostic ?

- A utérus de bois
- B utérus en sablier
- C saignement rouge et abondant d'origine endo-utérine
- D saignement noirâtre et peu abondant d'origine endo-utérine
- E contractions utérines fréquentes et régulières

QI 170

Certains médicaments sont contre-indiqués pendant la grossesse notamment pour leur effet tératogène. Parmi les médicaments suivants, lesquels sont tératogènes chez le foetus ?

- A valproate de sodium
- B hydroxychloroquine
- C ramipril
- D halopéridol
- E gentamycine

QI 171

Chez une patiente non immunisée contre la toxoplasmose, quelles règles hygiéno-diététiques préconisez-vous ?

- A éviter les enfants en bas âge
- B éviter les fromages à pâte molle
- C éviter le contact avec les félinés domestiques
- D éviter le contact direct avec la terre
- E éviter la consommation d'œufs crus

QI 172

Sont des facteurs de risque thromboemboliques :

- A** une pilule œstroprogestative de seconde génération
- B** une mutation hétérozygote du facteur V
- C** une contraception microprogestative
- D** une contraception macroprogestative
- E** toute intervention chirurgicale

QI 173

Sont des facteurs de risque de travail prématuré :

- A** un antécédent d'accouchement prématuré
- B** une grossesse gémellaire
- C** une hypertension artérielle
- D** une activité sportive modérée
- E** des métrorragies du second trimestre

QI 174

Quels sont les moyens de prévention de la prématurité chez une patiente ayant un antécédent d'accouchement prématuré ?

- A** l'arrêt du tabac
- B** le repos au lit
- C** la progestérone
- D** l'aspirine
- E** un arrêt de travail avant 10 SA

QI 175

Un HELLP syndrome est :

- A** toujours associé à une prééclampsie
- B** implique en général un accouchement rapide
- C** doit faire prescrire une corticothérapie anténatale pour diminuer le risque de thrombopénie
- D** associe une thrombopénie, une hémolyse, une augmentation des transaminases et une diminution du facteur V
- E** peut être associé à un hématome sous-capsulaire du foie

QI 176

Des nausées et des vomissements au cours de la grossesse :

- A** peuvent être associés à une hyperthyroïdie au premier trimestre de la grossesse
- B** peuvent être associés une élévation des transaminases au premier trimestre de la grossesse
- C** peuvent être un symptôme de stéatose aiguë gravidique
- D** peuvent être un symptôme de prééclampsie
- E** peuvent être un symptôme d'appendicite

QI 177

La listériose au cours de la grossesse :

- A** survient plus volontiers au deuxième trimestre
- B** peut provoquer une chorioamnionite par voie ascendante

- C** peut ne pas être associée à une fièvre maternelle
- D** peut être suspectée sur la présence de bacilles Gram-positifs au prélèvement vaginal
- E** est traitée par l'association bactéricide amoxicilline et aminosides

QI 178

Une prééclampsie au cours de la grossesse est sévère :

- A** en cas d'association à un RCIU
- B** en cas de protéinurie supérieure à 5 g/24 heures
- C** en cas d'insuffisance rénale associée
- D** en cas d'association à un HELLP syndrome
- E** en cas d'œdèmes majeurs des membres inférieurs et du visage

QI 179

La prise en charge d'une MAP :

- A** peut comprendre un inhibiteur calcique
- B** implique le repos allongé le plus longtemps possible
- C** associe une corticothérapie anténatale pour diminuer la morbi-mortalité néonatale
- D** associe une antibiothérapie par amoxicilline
- E** associe une antibiothérapie par pénicilline G

QI 180

Une crise comitiale pendant la grossesse chez une femme sans antécédents médicaux :

- A** fait évoquer en premier une éclampsie
- B** est le plus fréquemment associée à une thrombophlébite cérébrale
- C** fait rechercher une tumeur cérébrale
- D** fait rechercher une protéinurie et une hypertension artérielle
- E** implique une extraction fœtale en cas d'éclampsie

QI 181

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) une (des) contre-indication(s) absolue(s) à un traitement œstroprogestatif ?

- A** le tabac
- B** l'obésité
- C** un mauvais état veineux des membres inférieurs
- D** un diabète insulino-dépendant
- E** une cardiopathie arythmique

QI 182

Quels sont les effets à court terme de la ménopause ?

- A** spanioménorrhée
- B** bouffées de chaleur
- C** troubles de l'humeur
- D** ostéoporose
- E** augmentation du risque cardiovasculaire

QI 183

Quels sont les médicaments qui ont une action bénéfique sur les bouffées de chaleur ?

- A les progestatifs
- B les œstrogènes
- C la tibolone
- D le raloxifène
- E les androgènes

QI 184

Quelles sont les causes possibles d'une ménopause précoce ?

- A puberté précoce
- B radio- et/ou chimiothérapie dans l'enfance
- C syndrome de Turner
- D hyperstimulation ovarienne dans le cadre des FIV
- E ovariectomie bilatérale à 42 ans

QI 185

Quels sont les signes qui font partie du syndrome climatérique de la ménopause ?

- A les bouffées de chaleur
- B l'incontinence urinaire d'effort
- C l'ostéoporose
- D les troubles de l'humeur
- E l'alopécie

QI 186

Quelles sont les recommandations pour le THS ?

- A l'indication principale en est « les troubles invalidants du climatère »
- B œstrogènes seuls en cas d'antécédent d'hystérectomie
- C pas plus de 10 ans
- D commencer par la dose la plus basse en œstrogènes
- E privilégier les progestatifs par voie transcutanée

QI 187

Quelles sont les contre-indications formelles au THS ?

- A antécédent familial de cancer du sein
- B antécédent personnel de cancer du sein
- C antécédent personnel de phlébite
- D antécédent personnel d'HTA sévère
- E antécédent de cancer de l'ovaire

QI 188

Que doit comporter l'examen clinique mammaire ?

- A un interrogatoire recherchant les facteurs de risque du cancer du sein
- B la taille de soutien-gorge
- C un examen bilatéral et comparatif des seins

- D un examen des aires ganglionnaires : axillaires, sus-claviculaires et mammaires internes
- E un examen général ciblé sur les principaux sites métastatiques : poumon, foie, ovaires et squelette

QI 189

Quelle(s) proposition(s) à propos de la mammographie est (sont) exacte(s) ?

- A elle doit être réalisée de préférence en première partie de cycle
- B elle peut être de dépistage ou diagnostique
- C dans le cadre du dépistage organisé, elle est destinée aux femmes de 45 à 74 ans
- D deux incidences sont systématiques : cranio-caudale et oblique externe
- E un résultat ACR 1 impose une biopsie, tandis qu'un résultat ACR 5 correspond à une mammographie normale

QI 190

À propos de l'IRM mammaire, quelles propositions sont exactes ?

- A l'IRM mammaire est un examen de première intention
- B l'IRM mammaire est un examen de deuxième intention
- C l'IRM mammaire doit être réalisée en deuxième partie de cycle
- D la surveillance d'une patiente mutée *BRCA* peut être une indication d'IRM mammaire
- E la chimiothérapie néoadjuvante est une indication d'IRM mammaire

QI 191

Quelle(s) proposition(s) vous semble(nt) exacte(s) à propos du bilan d'extension d'un cancer du sein ?

- A la taille de la tumeur et l'envahissement ganglionnaire sont les deux principaux facteurs prédictifs de métastases asymptomatiques
- B les sites métastatiques préférentiels sont les ganglions axillaires, les os, le cerveau et les poumons
- C il n'y a pas d'indication à réaliser un bilan d'extension en cas de tumeur classée T1
- D il n'y a pas d'indication à réaliser un bilan d'extension en cas de tumeur classée T2
- E il y a une indication à réaliser un bilan d'extension en cas de tumeur classée T4 et suspicion d'envahissement ganglionnaire clinique

QI 192

À propos de la classification TNM des cancers du sein, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A une tumeur de 5 mm correspond à un stade TNM T1a
- B une tumeur de 5 mm correspond à un stade TNM T1b

- C le stade T4a correspond à une extension à la peau
- D le stade T4b correspond à une extension à la paroi thoracique
- E le stade T4c correspond à un cancer inflammatoire

QI 193

Concernant la vaccination anti-HPV, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A elle concerne les jeunes filles de 11 à 14 ans.
- B elle est prise en charge à 100 % par la CPAM
- C il s'agit d'une méthode de prévention secondaire
- D il existe une vaccination de rattrapage jusqu'à 23 ans pour les patientes vierges ou dans la première année suivant les rapports sexuels.
- E elle dispense d'un dépistage ultérieur par frottis cervico-utérin

QI 194

Concernant le dépistage du cancer du sein, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il s'agit d'un dépistage individuel
- B il est obligatoire pour toutes les femmes de 50 à 75 ans
- C il est réalisé par une mammographie tous les 2 ans
- D les clichés sont lus par deux radiologues différents
- E il est pris en charge à 100 % par la CPAM

QI 195

Concernant le cancer du sein, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A c'est le cancer le plus fréquent chez la femme
- B il n'existe pas chez l'homme
- C les patientes avec une mutation du gène *BRCA1* ou du gène *BRCA2* développent des cancers plus agressifs
- D le traitement réside principalement en une chimiothérapie seule
- E l'histologie la plus fréquente est le carcinome lobulaire infiltrant

QI 196

Concernant le cancer du sein, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A tous les cancers du sein nécessitent un traitement adjuvant par Herceptin
- B le scanner cérébral fait partie du bilan d'extension standard
- C la technique du ganglion sentinelle peut être proposée pour des tumeurs de moins de 2 cm
- D la nulliparité apparaît comme un facteur de risque de cancer du sein
- E l'IRM mammaire a tendance à supplanter la mammographie dans le dépistage du cancer du sein

QI 197

Parmi les propositions suivantes, lesquelles décrivent une mammographie normale ?

- A ACR 0
- B ACR 1
- C ACR 2
- D ACR 3
- E ACR 4

QI 198

Quels sont les critères de malignité d'une tumeur de l'ovaire ?

- A absence de végétation endo- ou exokystique
- B kyste uniloculaire
- C contenu homogène
- D cloisons intrakystiques
- E hypervascularisation au Doppler

QI 199

Quel est le principal facteur de risque clinique du cancer de l'endomètre parmi les suivants ?

- A tabagisme
- B âge
- C obésité
- D multiparité
- E HTA

QI 200

Concernant le frottis cervico-utérin, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A il s'agit d'un examen de dépistage
- B il s'agit d'un examen anatomopathologique
- C il est proposé à partir de 25 ans
- D un FCU anormal justifie la réalisation d'une conisation
- E il peut se réaliser sur lame ou en phase liquide

QI 201

Quelle(s) est (sont) votre (vos) option(s) face un frottis revenu ASC-US ?

- A conisation
- B colposcopie ± biopsies cervicales
- C contrôle du FCU à 6 mois
- D contrôle du FCU à 1 mois
- E test HPV

QI 202

Concernant le cancer de l'endomètre, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A une pipelle de Cornier négative permet d'éliminer le diagnostic avec certitude
- B il s'agit d'un cancer gynécologique rare
- C le principal symptôme est la métrorragie post-coïtale

- D l'histologie la plus fréquente est le cancer épidermoïde
- E l'IRM pelvienne a une place importante dans le bilan des cancers de l'endomètre

QI 203

Troisième consultation pour diminution des MAF à 40 SA chez une 3^e pare. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A vous calculez un score de Bishop
- B vous faites un score de Manning
- C vous demandez un enregistrement électrocardiographique
- D vous demandez un pH *in utero* à la recherche d'une acidose fœtale
- E décollement des membranes

QI 204

Parmi les éléments suivants, en considérant que le suivi a été complet/normal jusque-là, lequel (lesquels) est (sont) indispensable(s) pendant la consultation du 8^e mois ?

- A consultation d'anesthésie
- B vitamine D
- C RAI pour toutes les patientes
- D NFS
- E conseils de terme

QI 205

Concernant la prise en charge envisageable de l'HTA gravidique, parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) exacte(s) ?

- A régime sans sel
- B surveillance de la croissance
- C Dopplers
- D traitement antihypertenseur de prescription très facile
- E TA à 3 mois après l'accouchement

QI 206

Concernant la prise en charge envisageable de l'HTA gravidique, parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) exacte(s) ?

- A déclenchement artificiel du travail à 39 SA possible
- B césarienne systématique à un moment ou un autre
- C arrêt progressif du traitement en *post-partum*
- D contraception de choix en *post-partum* à partir de J21 *post-partum* : œstroprogestatifs
- E prochaine grossesse : aspirine envisageable jusque 35 SA, Dopplers utérins en T2

QI 207

Parmi les éléments suivants, lequel (lesquels) est (sont) une (des) indication(s) du dépistage du diabète gestationnel ?

- A surpoids
- B suspicion échographique de macrosomie pendant la grossesse
- C antécédent personnel de diabète de type 1
- D âge supérieur à 40 ans
- E découverte d'un hydramnios pendant la grossesse, chez une femme ne présentant aucun facteur de risque

QI 208

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) correspond(nt) à la (aux) complication(s) plus fréquente(s) en cas de diabète de type 2 préexistant à la grossesse ?

- A augmentation du risque de dystocie des épaules
- B augmentation du risque de malformations
- C risque accru de césarienne
- D hyperglycémie néonatale
- E augmentation du risque d'hémorragie de la délivrance

QI 209

Parmi les situations suivantes, lors de laquelle ou lesquelles une voie basse est-elle parfois envisageable pour l'accouchement ?

- A présentation du front
- B utérus bicatriciel
- C patiente de 1,50 m (taille du bassin)
- D lésions herpétiques le jour de l'accouchement
- E présentation en siège complet

QI 210

Concernant la supplémentation vitaminique pendant la grossesse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A vitamine D au 4^e mois
- B fer systématique
- C folates en pré- et périconceptionnel
- D fer ferreux en comprimés (Tardyféron®) si Hb 8,1 g/dl
- E iode en début de grossesse pour éviter le risque de crétinisme

QI 211

Au sujet des infections urinaires pendant la grossesse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A ECBU systématique devant une BU positive
- B devant un tableau de cystite, palpation lombaire et CRP systématiques pour éliminer la pyélonéphrite
- C si BU positive et hyperthermie, réalisation d'un ionogramme urinaire
- D le traitement minute n'est pas envisageable chez la femme enceinte
- E après une infection urinaire pendant la grossesse, ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement

QI 212

La patiente est enceinte de 23 SA et présente une douleur intense (EN 10/10) en fosse iliaque droite depuis quelques heures, avec une hyperthermie à 38,7 °C ; TA : 12/7. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** vous suspectez une appendicite aiguë ; si elle est confirmée, vous la traitez par antibiothérapie car elle ne peut être opérée compte tenu de sa grossesse
- B** vous lui expliquez que l'anesthésie générale est formellement contre-indiquée pendant la grossesse
- C** vous évoquez une salpingite aiguë droite
- D** vous lui prescrivez des antalgiques
- E** l'appendicite est confirmée ; si la symptomatologie s'aggrave, vous réalisez une cure de Célestène® et pratiquez une césarienne pour pouvoir traiter correctement la patiente

QI 213

Concernant les anticoagulants, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A** il est possible de prescrire un AVK à une femme qui allaite
- B** les AVK sont contre-indiqués au premier trimestre de la grossesse

- C** si une patiente est sous HBPM et que leur arrêt pour l'accouchement n'est pas envisageable, la péridurale sera contre-indiquée
- D** si une patiente sous AVK se voit diagnostiquer une grossesse de 4 mois, l'IMG est proposée d'emblée
- E** le risque principal de la prise d'AVK pendant la grossesse est la survenue de calcifications périventriculaires

QI 214

Dilatation complète ; le fœtus est engagé partie moyenne. Vous constatez un ralentissement profond prolongé (6 minutes). Concernant votre prise en charge, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) envisageable(s) ?

- A** césarienne d'emblée
- B** extraction instrumentale par ventouse
- C** extraction instrumentale par forceps
- D** il n'y a à ce stade plus aucun risque de césarienne
- E** épisiotomie

This page intentionally left blank



Corrigés

This page intentionally left blank

CHAPITRE 3

Cas cliniques corrigés

Cas clinique 1

Question 1

Réponse : C.

Commentaire : la mesure de la clarté nucale varie en fonction de l'âge gestationnel. Sachez par exemple qu'une clarté nucale supérieure à 3 mm au-delà de 12 SA est un signe échographique de trisomie 21.

Question 2

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- A : Obligatoirement proposé aux patientes.
- B : Dépistage combiné = marqueurs sériques maternels + clarté nucale + âge maternel.
- C : Seuil 1/250 à connaître.
- D : Exceptionnellement, et en cas de facteurs de risque, on peut proposer un prélèvement ovulaire aux patientes qui n'ont pas bénéficié des tests de dépistage prévus par la loi.

Question 3

Réponse : E.

Commentaire : le syndrome de l'X fragile est la première cause de déficience mentale héréditaire. Les garçons sont malades et les femmes sont conductrices.

Question 4

Réponse : D.

Question 5

Réponse : C, D.

Commentaire : retenez dans les maladies liées à l'X : les femmes sont conductrices et les hommes sont malades; il n'y a pas de transmission père-fille.

Question 6

Réponse : A, B, C, D, E.

Commentaire : la difficulté dans ce cas serait d'avoir un fœtus de sexe féminin; dans ce cas, il n'est pas possible de préciser au couple si l'enfant sera symptomatique ou non.

Question 7

Réponse : C, E.

Commentaire :

- A : Non c'est le gène *FMR1*.
- D : À partir de la puberté.
- E : Maladie sous-diagnostiquée car méconnue.

Question 8

Réponse : D.

Question 9

Réponse : A.

Commentaire : la première cause devant tout RCIU est la cause vasculaire.

- E : La patiente est immunisée.

Question 10

Réponse : B, D, E.

Commentaire : un bilan infectieux complet vous permettra de rechercher une étiologie infectieuse (CMV, HSV, rubéole, toxoplasmose...).

Question 11

Réponse : A, D.

Commentaire : il s'agit ici d'une prééclampsie sévère et compliquée.

- B : Diagnostic fait sur le dosage des sels biliaires; pas le contexte ici.
- C : Diagnostic d'élimination devant une thrombopénie chez la femme enceinte.
- D : Triade : hémolyse, cytolysse hépatique et thrombopénie.

Question 12

Réponse : B.

Commentaire : on vous demande de choisir une seule vaccination. La mise à jour du vaccin contre la rubéole est majeure ici.

Question 13

Réponse : A, B, C, D.

Commentaire : les autres complications fœtales de la rubéole congénitales sont les anomalies cérébrales et les anomalies ophtalmologiques.

- A : Après 18 SA, il n'y a aucun risque malformatif.

Question 14

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- B : Un facteur de risque : âge > 35 ans.
- C : À recommander devant l'antécédent de prééclampsie sévère.



Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	C	8		
2	B, C, E	6	C	
3	E	10		
4	D	8		
5	C, D	6		E
6	A, B, C, D, E	8		
7	C, E	6		
8	D	6		
9	A	6		
10	B, D, E	8		
11	A, D	7		
12	B	9		
13	A, B, C, D	4		
14	B, C, E	8		
	Total	100		

*Pour aller plus loin***Principaux items abordés :**

item 22 : Grossesse normale
 item 23 : Principales complications de la grossesse
 item 26 : Prévention des risques foetaux : infection (...)
 item 29 : Prématurité et retard de croissance intra-utérin : facteurs de risque et prévention
 item 43 : Problèmes posés par les maladies génétiques : le syndrome de l'X fragile (...)

Référence :

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (HAS, mai 2016). ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf).
 Le retard de croissance intra-utérin. RPC (CNGOF, 2013). ( http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2013_FINAL_RPC_rciu.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 144.

Cas clinique 2**Question 1**

Réponse : B, E.

Commentaire :

- C : C'est l'inverse.
- E : Principe de base pour toute femme atteinte d'une pathologie chronique évoquant un désir de grossesse.

Question 2

Réponse : B, C.

Commentaire :

- A : Si, d'où son effet tératogène.
- C : Retenir : anomalies de fermeture du tube neural, des membres et de la face.
- D : Prévention usuelle par 5 mg par jour d'acide folique.

Question 3

Réponse : A, E.

Commentaire :

- D : La mesure de la LCC permet d'estimer la date du terme à ± 3 jours.
- E : Pour le dépistage combiné de la trisomie 21.

Question 4

Réponse : A, B, D, E.

Commentaire :

- A : Par mécanisme de mort cellulaire (surtout neuronale) survenant à partir d'un seuil de 100–200 mGy.
- C : Le risque est faible ; il faudra rassurer la patiente.

Question 5

Réponse : B, C, E.

Question 6

Réponse : A, D.

Commentaire :

- A : Prévention de l'allo-immunisation rhésus.
- D : 1 ampoule d'Uvedose® 100 000 UI.

Question 7

Réponse : B, C (PMZ).

Commentaire :

- D : Au contraire.

Question 8

Réponse : A, C.

Commentaire : l'enjeu d'une séroconversion toxoplasmose en fin de grossesse est que le risque de transmission est élevé. Il faut donc traiter sans attendre la confirmation diagnostique.

- A : Il peut y avoir des faux positifs ; il faut contrôler la sérologie et mesurer l'avidité des anticorps.
- C : Le risque de transmission augmente avec le terme et la surface d'échange placentaire.
- E : Pour le diagnostic de certitude, l'amniocentèse doit être réalisée 4 semaines après la séroconversion.

Question 9

Réponse : B.

Question 10

Réponse : C, D, E.

Commentaire : sur une séroconversion du 8^e mois, vous devez traiter même en l'absence de confirmation diagnostique. La spiramycine vous permet seulement de réduire de 50 % le risque de transmission en attendant les 4 semaines et la réalisation d'une amniocentèse.

Question 11

Réponse : A, B, C.

Commentaire :

- D : SMZ. La glycémie capillaire est normale.

Question 12

Réponse : B.

Question 13

Réponse : A, B.

Commentaire :

- D : La séquence FLAIR met en évidence l'œdème vasogénique.
- E : La fluindione est contre-indiquée pendant l'allaitement.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B, E	9		
2	B, C	8		
3	A, E	8		
4	A, B, D, E	8		
5	B, C, E	9		
6	A, D	6		
7	B, C	6	C	
8	A, C	10		
9	B	5		
10	C, D, E	10		
11	A, B, C	6		D
12	B	10		
13	A, B	8		
	Total	100		


Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**


item 22 : Grossesse normale

item 23 : Principales complications de la grossesse

item 26 : Prévention des risques fœtaux : infection (...)

Référence :

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (HAS, mai 2016).  http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf.
Épilepsies graves. Guide ALD (HAS, juillet 2007).

 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ald_9__epilepsies_guide_medecin.pdf.

Fiche de synthèse : voir p. 145.**Cas clinique 3****Question 1**

Réponse : B, C.

Commentaire : date des dernières règles, échographie du premier trimestre, en AMP : date de ponction des ovocytes.

- A : La patiente n'est pas francophone.
- B : En première intention. Entre 4 et 7 mois, elle correspond au nombre de mois multiplié par 4.
- C : En prenant le 50^e percentile du périmètre crânien.
- D : N'a pas sa place pour déterminer un début de grossesse.
- E : Peut avoir un intérêt dans le suivi des grossesses géminaires.

Question 2

Réponse : A, B, C, D.

- A : Évaluation du bien-être fœtal.
- B : Aucune donnée sur une rupture des membranes dans le sujet.
- C : À la recherche de streptocoque B ; si présent, indication à une antibioprofylaxie pour prévenir les infections fœtomaternelles.
- D : Pour évaluation de la dilatation cervicale et poser le diagnostic de début de travail (contractions utérines régulières et modification cervicale).
- E : SMZ. Il ne s'agit pas une MAP (terme > 34 SA).

Question 3

Réponse : C.

Commentaire : les mutilations sexuelles concernent 125 millions de femmes dans le monde. En France, des peines sont prévues par le Code pénal pour l'auteur d'une mutilation. Une obligation de signalement existe sous peine d'être poursuivi pour non-assistance à personne en danger.

- A : SMZ.
- C : On note l'absence du capuchon et gland clitoridien, ainsi qu'une excision des petites lèvres. Il s'agit d'une excision grade II.

Question 4

Réponse : B, D.

Question 5

Réponse : E.

Commentaire :

- A : Le terme est > 34 SA.
- B : Ne peut être formellement éliminé, mais *a priori* pas d'hypertension, pas de métrorragies, bon relâchement utérin entre deux contractions et pas d'anomalie du RCF.
- C : Patiente apyrétique. Fœtus non tachycarde.
- D : Terme > à 37 SA, RPM si < 37 semaines.
- E : Le plus probable ; noter que la dilatation cervicale est non connue à ce stade.

Question 6

Réponse : B, C.

Commentaire : si la patiente ne souhaite pas de péridurale ; une analgésie par morphinique est discutable ; préparation d'un antagoniste morphinique pour le fœtus (dépresseur respiratoire).

- A : Il ne s'agit pas d'une MAP.
- B : PV positif. Prévention de l'infection maternofoetale par streptocoque B. Ce qui est plus consensuel est de considérer l'antibiothérapie d'emblée chez les femmes non dépistées, à moins que l'on ne dispose du Genexpert® (ADN).
- C : La patiente est en travail.
- E : Une patiente en travail, multipare, doit être admise dès que possible en salle de naissance.

Question 7

Réponse : B.

Commentaire :

- A : Acidose foetale : pH < 7, 25 voire 7,20.
- C : Une délivrance dirigée (avec injection d'ocytocique au dégagement des épaules) doit se faire dans les 30 minutes; pour une délivrance non dirigée, le temps est allongée (en dehors d'une situation d'hémorragie de la délivrance).
- D : Hors situation d'hémorragie de la délivrance ou de non-décollement, tout geste endo-utérin est inutile.
- E : Non. Estimation des pertes sanguines < 500 cc.

Question 8

Réponse : A, C, D.

Commentaire :

- A : La patiente présente une mutilation sexuelle.
- B : L'épisiotomie est incision latérale droite réalisée par l'opérateur de la peau, vagin, muscles bulbocaverneux, transverse superficiel et puborectal.
- C : Il existe différents stades de déchirure sphinctérienne. Un périnée complet non compliqué : lésion du sphincter sans atteinte de la muqueuse anale.
- D : Par l'évaluation de l'incontinence aux gaz et aux selles.
- E : La reconstruction doit se faire dès diagnostic pour remédier aux complications.

Question 9

Réponse : D, E.

Commentaire :

- A : Le foetus étant rhésus négatif, pas d'intérêt.
- B : Non, l'allaitement est contre-indiqué chez la patiente VIH-positive.
- C : Pas d'indication dans cette situation.
- D : CV-positif.
- E : Prévenir la transmission foetale. Débuter chez l'enfant zidovudine si accouchement normal; et si FDR : trithérapie.

Question 10

Réponse : C.

Commentaire :

- A : Pas d'allaitement maternel exclusif.
- B : Pas de supplémentation en vitamine D car allaitement artificiel.
- C : La patiente a présenté une déchirure sphinctérienne; la rééducation est fondée sur l'évaluation du périnée 6 à 8 semaines après la naissance (visite postnatale).
- D : Pas d'indication.
- E : À poser minimum 3 semaines après l'accouchement.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B, C	10		
2	A, B, C, D	10		E
3	C	10		A
4	B, D	10		
5	E	10		
6	B, C	10		
7	B	10		
8	A, C, D	10		
9	D, E	10		
10	C	10		
	Total	100		


Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 22 : Grossesse normale

item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales

Référence :

Post-partum (CNGOF, 2015). ( <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>).

Fiche de synthèse : voir p. 146 et 147.

Cas clinique 4

Question 1

Réponse : A, B, D, E.

Commentaire :

- A : Le pli cutané est le signe d'une déshydratation extracellulaire.
- D : L'hématémèse témoigne d'un Mallory-Weiss.

Question 2

Réponse : A, B, D.

Commentaire :

- A : La grossesse est visible en sus-pubien dès 7 SA.
- B : Le tabac est le premier facteur de risque de GEU.
- C : Pour parler de grossesse évolutive, il vous faut également une activité cardiaque.
- E : Le Morisson se situe entre le foie et le rein droit.

Question 3

Réponse : A, B, D.

Commentaire : aspect typique intra-utérin d'une opacité irrégulière « en tempête de neige »; môle

complète = dégénérescence du trophoblaste isolé; môle incomplète = avec un sac gestationnel et \pm un embryon.

- E : Le groupe et le rhésus sont systématiquement demandés devant toute femme enceinte (+++).

Question 4

Réponse : A, D, E.

Commentaire :

- A : Le traitement d'une grossesse molaire est toujours l'aspiration endo-utérine.
- C : Le Rhophylac[®] se fait en IM.
- D, E : Devant l'hypokaliémie et l'insuffisance rénale (*a priori* fonctionnelle), il vous faudra réaliser un ECG (+++) et réhydrater la patiente.

Question 5

Réponse : A, D, E.

Commentaire :

- B : Les RAI n'ont aucun intérêt et seront positives après administration de Rhophylac[®].
- C : L'évolution d'une môle hydatiforme non traitée est le choriocarcinome.
- D : Pour éviter la récurrence, il ne faut aucune nouvelle grossesse dans les 6 mois minimum (après négativation complète des β -hCG).

Question 6

Réponse : B, C.

Commentaire : fièvre et douleur pelvienne post-geste endo-utérine = endométrite postopératoire; le plus souvent, elle est favorisée par la rétention de matériel endo-utérin.

Question 7

Réponse : A, B, E.

Commentaire : éliminer une infection quel qu'en soit le site, à l'origine de contractions; mesurer la longueur cervicale efficace.

- C : RCF impossible avant 25 SA.
- D : Kleihauer inutile : pour rechercher une hémorragie fœtomaternelle.

Question 8

Réponse : B, C.

Commentaire :

- A : Dès 22 SA, la viabilité OMS est acquise : donc MAP et non menace de fausse couche tardive.
- B : La protrusion en «U» de la poche des eaux visible ici et les antécédents de Madame F. laissent suspecter une béance cervicale.

Question 9

Réponse : B, C, D.

Commentaire : la conisation et l'antécédent de curetage pour la môle hydatiforme sont à l'origine d'une incompetence cervicale : vous pouvez voir ici la poche des eaux bomber dans le canal cervical et l'orifice interne ouvert. Le tabagisme actif pendant la grossesse est un facteur de risque de fausse couche/prématurité.

Question 10

Réponse : B.

Commentaire : à 22 SA, l'enfant ne sera pas réanimé... On arrive sur la zone grise française de la prise en charge pédiatrique.

- C, D : Pas de corticoïde avant 23–24 SA et donc pas de tocolyse.
- E : Il n'y a aucun contexte infectieux ici, donc pas d'antibiothérapie à l'aveugle.

Question 11

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire : toute métrorragie du deuxième ou troisième trimestre doit conduire à réaliser :

- une échographie (permettant de localiser le placenta, d'éliminer des vaisseaux praevia et de vérifier que la vitalité fœtale est bonne);
- un RCF (possible à ce terme);
- un test de Kleihauer pour éliminer l'hémorragie fœtomaternelle;
- un bilan infectieux chez la patiente dès qu'il existe une suspicion de fissuration de la poche des eaux associée.

Attention : le PROM Test[®] sera faussement positif avec le sang.

Question 12

Réponse : A, B, E.

Commentaire :

- A : Le Rhophylac[®] a déjà été fait à la consultation du 7^e mois...; d'ailleurs les RAI sont positifs!
- B : Le PROM Test[®] peut être faussement positif à cause du sang, mais il existe un doute de fissuration des membranes, il faut donc prévenir l'infection materno-fœtale par une antibiothérapie probabiliste.
- C, SMZ : Pas de tocolyse dans un contexte d'infection avec doute sur une rupture : tocolyser un chorioamnionite est tout simplement une erreur.
- E : Le sulfate de magnésium (hors programme) est un neuroprotecteur pour le grand prématuré. Il peut être administré en cas de risque d'accouchement prématuré imminent < 32 SA.

Question 13

Réponse : A, B, C, E.

Commentaire : le cinquième critère est la sollicitation du col par le mobile fœtal et non la présentation de ce dernier. Chaque item est coté de 0 à 2. Un col est favorable à l'accouchement dès que le score est ≥ 6 .

Question 14

Réponse : B, E.

Commentaire :

- B : Les anomalies du RCF laissent présager un début d'infection materno-fœtale. Vous risquez l'asphyxie fœtale aiguë et les séquelles neurologiques infectieuses... Ça ne sert plus à rien d'attendre \rightarrow césarienne.
- E : Il faut arrêter le sulfate de magnésium (interaction avec les produits anesthésiants); de plus, son effet bénéfique neuroprotecteur est obtenu après une perfusion de 20 minutes.

- A : Pas de corticoïdes ! Il faut 12 heures pour que leur efficacité soit patente. Par ailleurs vous risquez d'être plus iatrogènes que bénéfiques : les corticoïdes vont créer une dépression de l'axe cortico-trope du nouveau-né et une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

Question 15

Réponse : A, B, C.

Commentaire :

- A : Défaut de résorption car césarienne.
- B : Infection maternofoetale, car contexte de probable chorioamniotite.
- C : Maladie des membranes hyalines, car prématurisme important.
- E : Pas de méconium émis, pas d'inhalation méconiale suspectée.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, B, D, E	7		
2	A, B, D	7		
3	A, B, D	7		
4	A, D, E	7		
5	A, D, E	7		
6	B, C	6		
7	A, B, E	7		
8	B, C	6		
9	B, C, D	7		
10	B	5		
11	A, C, D, E	7		
12	A, B, E	7		C
13	A, B, C, E	7		
14	B, E	6		
15	A, B, C	7		
	Total	100		


Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

- item 22 : Grossesse normale
- item 23 : Principales complications de la grossesse
- item 26 : Prévention des risques fœtaux
- item 33 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours

Référence :

Maladies trophoblastiques gestationnelles (môles hydatiformes et tumeurs trophoblastiques gestationnelles). (CNGOF, avril 2010). (http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/100611_maladies_trophoblastiques.pdf).

Césarienne : conséquences et indications (CNGOF, 2000). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM).

Fiche de synthèse : voir p. 148.

Cas clinique 5

Question 1

Réponse : A, C.

Commentaire :

- B : Certains DIU sont utilisés 3 ans maintenant (les nouveaux DIU à la progestérone).
- D : Le mécanisme d'action principal est la gêne à la nidation : la présence du stérilet rend l'endomètre architecturalement impropre à la nidation.
- E : Les AINS ne sont plus contre-indiqués chez la patiente porteuse d'un DIU ; c'est idée fausse que de penser que la contraception est simplement liée à une inflammation et qu'empêcher cette dernière rend le DIU non efficient.

Question 2

Réponse : A, B, C, D.

Question 3

Réponse : A, E.

Commentaire : n'oubliez pas la prise en charge du partenaire sexuel ; il faut en théorie également réaliser un dépistage des IST.

Question 4

Réponse : A, B, D, E.

Commentaire :

- A : Il est recommandé de 25 à 65 ans.
- C : C'est une analyse cytologique qui nécessite une analyse histologique en cas d'anomalie.

Question 5

Réponse : C, D.

Commentaire : on peut proposer de refaire un FCV mais à 6 mois.

Question 6

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- A : C'est un papillomavirus.
- C : Les facteurs de risque d'HPV sont : l'antécédent d'IST (herpès) et l'antécédent d'IVG à un âge précoce (donc rapports sexuels précoces).

Question 7

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- A : Il n'y a pas d'intérêt à réaliser une analyse extemporanée car on ne va pas réaliser le reste de la prise en charge immédiatement, même en cas de malignité.
- D : L'acide acétique blanchit la zone de jonction comme les lésions dysplasiques, donc il ne permet pas de les séparer, simplement de repérer la jonction épithélio-glandulaire.

Question 8

Réponse : B, E.

Commentaire : la présence de lésions dysplasiques de haut grade est une indication à réaliser une conisation thérapeutique. Si les berges sont saines, il faudra simplement contrôler à 6 mois puis 1 an par une nouvelle coloscopie.

Question 9

Réponse : A, B, C, D.

Commentaire :

- C : Malgré l'hyperthermie, vous ne pouvez pas complètement écarter une GEU ici. Toutes douleurs pelviennes chez une femme en âge de procréer... et cette jeune femme qui a déjà présenté une infection génitale peut très bien avoir une pathologie tubaire.
- E : La colique néphrétique associée à une hyperthermie est une colique néphrétique compliquée : une pyélonéphrite obstructive.

Question 10

Réponse : A, B, C, D.

Commentaire : avant la coéloscopie, il vous faut une biologie et surtout une échographie pelvienne.

Question 11

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- A : SRIS associé à un point d'appel infectieux → sepsis.
- B : Sepsis associé à un trouble hémodynamique (hypotension artérielle et tachycardie) → sepsis sévère.

Question 12

Réponse : A, E.

Commentaire :

- A : L'antibiothérapie des infections génitales hautes est depuis 2012 : métronidazole + ceftriaxone + ofloxacine.
- B : La coéloscopie est également thérapeutique : elle va permettre de mettre à plat l'abcès tubo-ovarien ou le pyosalpinx retrouvé ; elle est utile également pour réaliser l'adhésiolyse.

Question 13

Réponse : B, D.

Commentaire :

- A : SMZ. Le DIU doit absolument être ôté et envoyé en culture bactériologique.
- C : La contre-indication relative aux antécédents d'infection génitale haute n'est plus vraie ; mais si on pose de nouveau un dispositif, ce sera à distance et après bilan infectieux négatif.

Question 14

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- C : Elle n'a plus son DIU en théorie.

Question 15

Réponse : A, B.

Commentaire : les critères du score de Fernandez sont :

	1	2	3
Âge gestationnel (SA)	> 8	7–8	< 6
Taux d'hCG (mUI/ml)	< 1000	1000–5000	> 5000
Taux de progestérone (ng/ml)	< 5	5–10	> 10
Douleurs	Absente	Provoquée	Spontanée
Hématosalpinx (cm)	< 1	1–3	> 3
Hémopéritoine (ml)	0	1–100	> 100

Un score corrigé > 9 (sans prendre la progestérone) ou entier > 12 est une indication au traitement chirurgical.

Les autres contre-indications au traitement médical sont :

- l'éloignement par rapport au centre de soins ;
- l'absence de compréhension ;
- la mauvaise observance attendue ;
- une insuffisance rénale ou hépatique, une cytopénie ;
- un refus de la patiente au traitement médicamenteux.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, C	7		
2	A, B, C, D	7		
3	A, E	5		
4	A, B, D, E	7		
5	C, D	7		
6	B, C, E	7		
7	B, C, E	7		
8	B, E	7		
9	A, B, C, D	7		
10	A, B, C, D	7		
11	B, D, E	7		
12	A, E	7		
13	B, D	7		A
14	B, D, E	4		
15	A, B	7		
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**


item 23 : Principales complications de la grossesse
 item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales


item 33 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours

Référence :

Les infections génitales hautes (CNGOF, 2012).

 http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_infections_2012.pdf.

Prévention du cancer du col de l'utérus (CNGOF, décembre 2007).  http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_19.HTM.

Prise en charge de la grossesse extra-utérine (CNGOF, 2003).  http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_11.HTM.

Fiche de synthèse : voir p. 150.

Cas clinique 6**Question 1**

Réponse : B (PMZ), D (PMZ).

Commentaire :

- A : SMZ. Terme entre 37 et 41 SA donc absence de prématurité.
- B : Contractions utérines >2 par 10 minutes + modification cervicale >37 SA.
- C : SMZ. Rupture spontanée à terme et après mise en travail.
- E : SMZ.

Question 2

Réponse : A, B, D.

Commentaire :

- C : SMZ. Le tracé du *bas* correspond à l'enregistrement des contractions utérines (4 à 5 par 10 minutes).
- D : Oui, normofréquent (110 à 160 bpm), oscillant et réactif. Absence de décélération.

Question 3

Réponse : A, B, C.

Commentaire :

- A : Antécédent d'hémorragie de la délivrance lors de la première grossesse = facteur de risque de récurrence.
- B, C : Portage à streptocoque du groupe B positif = facteur de risque.
- D, E : Pas de surrisque par rapport à la population générale.

Question 4

Réponse : A.

Commentaire : pénicilline G ou amoxicilline IV en première intention.

Question 5

Réponse : C.

Commentaire :

- A : SMZ. Sacrum → Repère d'une présentation du siège.
- B : Menton → Repère d'une présentation de la face.
- C : Occiput.
- D : Nez → Repère d'une présentation du front.
- E : Acromion → Repère d'une présentation de l'épaule.

Question 6

Réponse : A, E.

Commentaire : OIGA (57 % des cas) >OIDP >OIGP >OIDA.

Question 7

Réponse : A.

B ou C ou D ou E : SMZ.

Question 8

Réponse : B.

Commentaire : pertes >500 ml dans les 24 heures suivant l'accouchement.

A ou C ou D ou E : SMZ.

Question 9

Réponse : A (PMZ), B (PMZ), C (PMZ).

Commentaire :

- A : Une vessie remplie empêche l'utérus de se rétracter.
- B : Systématique.
- D : SMZ. Seconde ligne.
- E : SMZ. Troisième ligne.

Question 10

Réponse : B, E.

Commentaire :

- A : Troisième ligne.
- B : Sous scope ECG (++).
- C : En dernier recours.
- E : Hb <8 g/dl.

Question 11

Réponse : E.

Commentaire :

- A : Pas de facteur de risque (utérus cicatriciel, placenta praevia).
- B : SMZ. Révision utérine ne ramenant que des caillots.
- C : SMZ.
- E : Antécédent + bébé de 3900 g + révision sans particularité.

Question 12

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- A : Respecter le mécanisme physiologique (+++).
- D : Surveillance 2 heures.

Question 13

Réponse : A, B (PMZ), D (PMZ), E.

Commentaire :

- B : Car non immunisée (+++).
- C : SMZ. Pas de vaccin existant contre la toxoplasmose. Contrôle de la sérologie dans 1 mois afin d'éliminer une séroconversion du péri-partum.

Question 14

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- A : SMZ. Augmentation du risque thromboembolique dans les 6 à 8 semaines du *post-partum*.
- D : Taux élevé d'expulsion en *post-partum* immédiat; préférer une pose lors de la visite postnatale.
- E : Au minimum (+++).

Question 15

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- A : J2-J3.
- D : La patiente n'allait pas → très peu probable.
- E : streptocoque du groupe B positif et révision utérine → le plus probable.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B, D	12	B, D	A, C, E
2	A, B, D	4		C
3	A, B, C	6		
4	A	4		
5	C	6		A
6	A, E	6		
7	A	4		B, C, D, E
8	B	12		A, C, D, E
9	A, B, C	12	A, B, C	D, E
10	B, E	6		
11	E	4		B, C
12	B, C, E	6		
13	A, B, D, E	6	B, D	C
14	B, C, E	6		A
15	B, C, E	6		
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 23 : Principales complications de la grossesse

item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales


item 33 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours


Référence :

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (HAS,

mai 2016). ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf).

Hémorragies du *post-partum* immédiat (CNGOF, 2004). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_12.HTM).

Les hémorragies du *post-partum*. CNGOF, 2014. ( http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf).

Post-partum (CNGOF, 2015). ( <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOILLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>).

Fiche de synthèse : voir p. 152.**Cas clinique 7****Question 1**

Réponse : A, C, D.

Commentaire :

- B : La sérologie VIH est proposée systématiquement mais non obligatoire.

Question 2

Réponse : A, B, C.

Commentaire :

- C : Même si depuis 2015 le délai de réflexion a été supprimé.
- D : L'entretien est obligatoire pour les mineures.
- E : Le délai légal en France pour la réalisation d'une IVG est de 14 semaines d'aménorrhée.

Question 3

Réponse : A, C, E.

Commentaire :

- D : Uniquement au premier degré.

Question 4

Réponse : A, D.

Question 5

Réponse : A, B, D, E.

Commentaire : le dépistage de la trisomie 21 ne peut être réalisé par le dépistage combiné en cas de grossesse gémellaire.

- C : Il est indispensable d'établir le diagnostic de chorionicité au premier trimestre. Le cliché doit être imprimé et mis dans le dossier.

Question 6

Réponse : A.

Commentaire :

- B : On recherche les antigènes HBs.
- D : En cas de facteurs de risque de diabète gestationnel et malgré une glycémie à jeun normale au premier trimestre, la patiente doit bénéficier d'un dépistage du diabète gestationnel par HGPO entre 24 et 28 SA.
- E : L'injection de Rhophylac® doit être réalisée après dosage des RAI sans attendre les résultats.

Question 7

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 8

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire : il s'agit de signes devant faire évoquer une prééclampsie sévère.

- B : Une PA systolique ≥ 160 mm Hg ou une PA diastolique ≥ 110 mm Hg.

Question 9

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- C : Jusqu'à 34 SA.
- D : SMZ. Les bêtabloquants sont contre-indiqués pendant la grossesse. Le traitement de référence est la nicardipine.

Question 10

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire :

- B : Il s'agit d'une cytolyse et non d'une cholestase.

Question 11

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire :

- A : La primiparité ou un changement de procréateur.
- B : Et le jeune âge (<20 ans).

Question 12

Réponse : A, B, C.

Commentaire :

- E : En cas de surdosage, les réflexes sont abolis.

Question 13

Réponse : A, B, C, D.

Commentaire :

- E : Le traitement de référence est le drainage chirurgical.

Question 14

Réponse : C, D, E.

Commentaire :

- A : L'HBPM doit être prescrite à dose préventive.
- B : Les œstroprogestatifs sont contre-indiqués ; il faut privilégier les microprogestatifs.

Question 15

Réponse : A, B, D, E.

Commentaire :

- D : En l'absence d'allaitement, le schéma est clindamycine + gentamycine.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, C, D	4		
2	A, B, C	7		
3	A, C, E	7		
4	A, D	5		
5	A, B, D, E	7		

6	A	7		
7	A, B, C, D, E	7		
8	A, C, D, E	7		
9	B, C, E	7		
10	A, C, D, E	7		
11	B, C, D, E	7		
12	A, B, C	7		
13	A, B, C, D	7		
14	C, D, E	7		
15	A, B, D, E	7		
	Total	100		

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 22 : Grossesse normale

item 23 : Principales complications de la grossesse


item 32 : Allaitement maternel


item 33 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours


item 35 : Contraception


item 36 : Interruption volontaire de grossesse

Référence :

Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) (HAS, 2013, 2015).  http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf.

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (HAS, mai 2016).  http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf.

Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie (SFAR, CNGOF, SFMP, SFNN, janvier 2009).  http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_preeclampsie_fr_BM2.pdf.

Post-partum (CNGOF, 2015).  <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>.

Fiche de synthèse : voir p. 153.

Cas clinique 8

Question 1

Réponse : A, B, C, D.

Commentaire :

- E : Il s'agit d'un examen paraclinique.

Question 2

Réponse : C.

Question 3

Réponse : B, C, E (PMZ).

Question 4

Réponse : B, C, D, E.

A : SMZ.

Question 5

Réponse : C.

B : SMZ.

Question 6

Réponse : C, D.

Question 7

Réponse : A, D.

Question 8

Réponse : A, B, C.

Question 9

Réponse : B, C, D.

Question 10

Réponse : E.

Question 11

Réponse : A, B, C, E.

Question 12

Réponse : C, E.

Question 13

Réponse : B.

D ou E : SMZ.

Question 14

Réponse : B.

Question 15

Réponse : B, C, D, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, B, C, D	7		
2	C	5		
3	B, C, E	7	E	
4	B, C, D, E	7		A
5	C	7		B
6	C, D	7		
7	A, D	7		
8	A, B, C	7		
9	B, C, D	7		


10	E	4		
11	A, B, C, E	7		
12	C, E	7		
13	B	7		D, E
14	B	7		
15	B, C, D, E	7		
	Total	100		


Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 23 : Principales complications de la grossesse

Référence :

Les pertes de grossesse (CNGOF, 2014). (
http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf).

Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie (SFAR, CNGOF, SFMP, SFNN, janvier 2009). (
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_preeclampsie_fr_BM2.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 153 et 154.

Cas clinique 9

Question 1

Réponse : A, B, C, D sont fausses.

Question 2

Réponse : A, B, C.

Question 3

Réponse : B, C, D.

Question 4

Réponse : C.

Question 5

Réponse : B.

Question 6

Réponse : B, C, E.

Question 7

Réponse : B, C, D.

Question 8

Réponse : A, B, D, E.

Question 9

Réponse : D, E.

Question 10

Réponse : A.

Question 11

Réponse : C.

Question 12

Réponse : D.

Question 13

Réponse : D.

Question 14

Réponse : A, C, E.

Question 15

Réponse : C.

Grille d'évaluation


N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, B, C, D	5		
2	A, B, C	7		
3	B, C, D	7		
4	C	5		
5	B	6		
6	B, C, E	7		
7	B, C, D	7		
8	A, B, D, E	7		
9	D, E	7		
10	A	7		
11	C	7		
12	D	7		
13	D	7		
14	A, C, E	7		
15	C	7		
	Total	100		


Pour aller plus loin


Principaux items abordés :

item 23 : Principales complications de la grossesse
 item 158 : Infections sexuellement transmissibles (IST)

Référence :

Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) (HAS, 2013, 2015). ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionadulte-procreer-060215.pdf).

Les infections génitales hautes (CNGOF, 2012). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_infections_2012.pdf).

La prise en charge du couple infertile (CNGOF, décembre 2010). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_INFERTILITE_2010.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 155 et 156.

Cas clinique 10

Question 1

Réponse : A, C.

Commentaire :

- B : À proposer systématiquement mais ne fait pas partie du bilan obligatoire.
- C : Penser à faire deux déterminations.
- D : Pas obligatoire, mais à proposer ici car facteur de risque; à ce stade de la grossesse, on devrait retrouver une glycémie à jeun au premier trimestre.
- E : Sauf si contexte particulier, il est prescrit lors du bilan anesthésique au 9^e mois.

Question 2

Réponse : A, E.

Commentaire :

- D : Recherchées à l'interrogatoire.

Question 3

Réponse : A, D.

Commentaire :

- A : Hauteur utérine :
 - entre 4 et 7 mois : multiplier le nombre de mois par 4;
 - au 8^e et 9^e mois : $(T \times 4) - 2$ cm.
- B : La définition c'est PA systolique ≥ 140 mm Hg et/ou PA diastolique ≥ 90 mm Hg + protéinurie des 24 heures > 300 mg/l.
- D : Toute infection urinaire de la femme enceinte doit être traitée.
- E : Non, le traitement doit être de minimum 5 jours chez la femme enceinte, les traitements minute et courts de 3 jours ne sont pas recommandés. Attention au piège classique de l'allergie : on aurait pu vous proposer un traitement de 5 jours par amoxicilline 1 g 3 fois par jour, qui est recevable en cas d'absence d'allergie.

Question 4

Réponse : A, B, C, E.

Commentaire :

- A : Si le conjoint est de rhésus positif.
- B : À proposer dans ce cas car facteur de risque : > 35 ans.
- C : Mensuelle car la patiente n'est pas immunisée.
- D : Non, pas de traitement préventif si pas de séro-conversion : les seules mesures à prendre sont de la prévention primaire : règles hygiéno-diététiques.

Question 5

Réponse : D, E.

Commentaire :

- A : Non, pas de risque pour la rubéole IgG⁺ = immunisée.
- B : Elle n'est pas immunisée contre la toxoplasmose; il faut faire une surveillance mensuelle.
- C : Si la patiente est immunisée, on arrête la surveillance.
- E : Se laver les mains avant chaque repas, laver les fruits et légumes souillés et éviter le contact avec les chats et les litières.

Question 6

Réponse : B.

Commentaire :

- A : Le dépistage est systématique mais il est inutile chez les femmes ayant déjà fait une bactériurie pendant la grossesse à streptocoque B ou ayant un antécédent d'infection maternofoetale à streptocoque B; dans ces cas-là, le traitement est systématique.
- C : Le traitement antibiotique ne se fait *que* pendant le travail.
- D : SMZ. Attention ! La patiente est allergique aux pénicillines.
- E : On ne dépiste pas de streptocoque B s'il existe un antécédent d'infection maternofoetale; dans ce cas, on traite d'emblée.

Question 7

Réponse : C, D.

Commentaire :

- C : Examen de référence : moins de faux positifs et de faux négatifs que le toucher vaginal.
- D : Le diagnostic de MAP est clinique : contractions utérines + modifications du col → donc forcément toucher vaginal.

Question 8

Réponse : A, B (PMZ).

Commentaire :

- B : Pour toute MAP de 24 SA à 34 SA, par bétaméthasone 12 mg par jour pendant 48 heures en IM; la dexaméthasone est aussi utilisée.
- C : non stricte à cause des risques thromboemboliques; penser aux bas de contention pour les MAP.
- D : Non car ici on a une température à 38,7 °C; il faut éliminer une chorioamniotite avant de débiter le traitement tocolytique.
- E : L'ocytocine est l'hormone des contractions, ce qu'on voudrait diminuer à 26 SA.

Question 9

Réponse : E.

Commentaire : pas de tocolyse avant le bilan infectieux.

Question 10

Réponse : A, B.

Commentaire :

- C : Pas de tocolyse en cas de chorioamniotite.
- D : Ce point peut être discuté si la patiente n'est pas en travail et qu'elle est septique.

Question 11

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- A : Pas de sérologie : faire une recherche spécifique sur les hémocultures.
- D : Penser à faire une recherche spécifique de *Listeria*.

Question 12

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire :

- A : Une dilatation pyélocalicielle modérée < 20 mm est physiologique chez la femme enceinte surtout à droite à cause de la dextrorotation physiologique de l'utérus.
- C : La tocolyse n'est faite que pour permettre d'effectuer la cure de corticoïdes, donc pendant 48 heures au maximum.
- D, E : Recommandations.

Question 13

Réponse : C.

Question 14

Réponse : A, C.

Question 15

Réponse : B, C, D.

Commentaire :

- A : Protection des infections de l'enfant.
- C : Protège contre le cancer du sein et associé à une diminution du risque du cancer de l'ovaire.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, C	8		
2	A, E	10		
3	A, D	3		
4	A, B, C, E	6		
5	D, E	6		
6	B	4		D
7	C, D	3		
8	A, B	10		
9	E	6		
10	A, B	3		
11	B, D, E	10		
12	B, C, D, E	10		
13	C	5	C	
14	A, C	3		
15	B, C, D	3		
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 22 : Grossesse normale




item 23 : Principales complications de la grossesse


item 26 : Prévention des risques fœtaux : infection (...)

item 27 : Connaître les particularités de l'infection urinaire au cours de la grossesse

item 32 : Allaitement maternel

Référence :

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (HAS, mai 2016). ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf). La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes (CNGOF, 2002). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM). Les infections génitales hautes (CNGOF, 2012). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_infections_2012.pdf).

Post-partum (CNGOF, 2015). ( <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2COLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>).

Fiche de synthèse : voir p. 157.

Cas clinique 11**Question 1**

Réponse : B, C, D.

Commentaire : sans information sur les autres symptômes et sur la PA, on ne peut pas éliminer ces trois hypothèses. La réponse « E » aurait été juste si on avait le contexte.

Question 2

Réponse : B, D.

Commentaire : l'HTA gravidique se définit par une PA systolique ≥ 140 mm Hg *et/ou* une PA diastolique ≥ 90 mm Hg, à deux reprises au moins à 6 heures d'intervalle, en position assise ou couchée, au repos, avec un brassard adapté à la taille du bras.

Question 3

Réponse : A, B, D.

Commentaire :

- E : Le seuil de protéinurie est ≥ 5 g/24 heures pour faire le diagnostic de prééclampsie sévère.

Question 4

Réponse : A, B, C, D.

Commentaire :

- B : La prise en charge de l'HTA ne permet pas de diminuer les complications obstétricales, mais va protéger la mère des risques des poussées hypertensives.

Question 5

Réponse : B, E.

Commentaire :

- A : Pas besoin de corticoïdes car nous sommes > 34 SA et c'est une perte de temps en contexte d'urgence.
- E : Le traitement de première intention du risque d'éclampsie ou de l'éclampsie elle-même est la perfusion de sulfate de magnésium.

Question 6

Réponse : D.

Commentaire :

- B ou C : SMZ. Contre-indiqués pendant la grossesse.

Question 7

Réponse : A.

Commentaire :

- A : Il faut maintenant rapidement la faire accoucher car elle a une prééclampsie sévère après 34 SA.
- B : SMZ. Le niveau des maternités est à prendre en compte en dehors d'un contexte d'urgence : on ne peut pas transférer une patiente qui risquerait de faire une éclampsie sur le trajet. Il faut dans ce cas provoquer la naissance sans délai pour sauvetage maternel et dans un second temps si nécessaire le bébé sera transféré dans un niveau adapté à son terme. Toujours penser pour deux : la mère et le bébé.

Question 8

Réponse : B, C, D.

Commentaire :

- A : Méfiez-vous des termes comme « constamment », « toujours », « jamais »...
- B : Si le traitement de la prééclampsie est la naissance, elle peut s'aggraver dans les premiers jours du *post-partum*; une éclampsie est toujours possible jusqu'à quelques jours après l'accouchement.

Question 9

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- A : La protéinurie ≥ 5 g/24 heures et les réflexes ostéotendineux vifs sont des critères de prééclampsie sévère.

On peut dire qu'une prééclampsie est sévère si on retrouve au moins un critère parmi :

- PA systolique ≥ 160 mm Hg *et/ou* diastolique ≥ 110 mm Hg;
- atteinte rénale : oligurie < 500 ml/24 heures ou créatinine > 135 $\mu\text{mol/l}$ ou protéinurie ≥ 5 g/l;
- OAP;
- barre épigastrique persistante, nausées ou vomissements;
- HELLP syndrome;
- éclampsie ou troubles neurologiques : troubles visuels, réflexes ostéotendineux vifs ou polycinétiques, céphalées violentes, phosphènes, acouphènes;
- HRP;
- retentissement foetal : RCIU.

Pour le HELLP syndrome, tout est dans l'anagramme (en anglais, bien sûr) : *Haemolysis* (hémolyse), *Elevated Liver enzymes* (augmentation des enzymes hépatiques : cytolyse), *Low Platelets* (plaquettes basses : thrombopénie).

Question 10

Réponse : A, B, C.

Question 11

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire :

- E : Une bonne gestion de l'analgésie favorise la mobilisation et donc la prévention des thromboses veineuses profondes.

Question 12

Réponse : B, C, E.

Question 13

Réponse : C, E.

Question 14

Réponse : E.

Commentaire : la recherche des anti-phospholipides est indiquée dans les formes précoces.

Question 15

Réponse : A.

Commentaire : l'aspirine est à introduire avant 12 SA et à dose antiagrégante plaquettaire, 75 mg par jour jusqu'à 35 SA.

Grille d'évaluation


N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B, C, D	7		
2	B, D	10		
3	A, B, D	10		
4	A, B, C, D	6		
5	B, E	4		A
6	D	4		B, C
7	A	4		B
8	B, C, D	5		
9	B, C, E	10		
10	A, B, C	5		
11	B, C, D, E	9		
12	B, C, E	6		
13	C, E	6		
14	E	6		
15	A	6		
	Total	100		


Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 23 : Principales complications de la grossesse

item 339 : Prise en charge d'une patiente atteinte de pré-éclampsie

Référence :

Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie (SFAR, CNGOF, SFMP, SFNN, janvier 2009). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_preeclampsie_fr_BM2.pdf).

Césarienne : conséquences et indications (CNGOF, 2000). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM).

Fiche de synthèse : voir p. 153.

Cas clinique 12**Question 1**

Réponse : C.

Question 2

Réponse : A, B, D.

Question 3

Réponse : D.

Question 4

Réponse : B, C, E.

Question 5

Réponse : A, C, D, E.

Question 6

Réponse : A, B, E.

Question 7

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 8

Réponse : A, C.

Question 9

Réponse : C, D, E.

Question 10

Réponse : D.

Question 11

Réponse : B, C.

Question 12

Réponse : B, C, E.

Question 13

Réponse : C.

Question 14

Réponse : D.

Question 15

Réponse : A.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	C	5		
2	A, B, D	7		
3	D	4		
4	B, C, E	7		
5	A, C, D, E	7		
6	A, B, E	7		
7	A, B, C, D, E	7		
8	A, C	7		
9	C, D, E	7		
10	D	7		
11	B, C	7		
12	B, C, E	7		

13	C	7		
14	D	7		
15	A	7		
	Total	100		

Pour aller plus loin


Principaux items abordés :


item 23 : Principales complications de la grossesse

item 326 : Prescription et surveillance des antithrombotiques

item 339 : Prise en charge d'une patiente atteinte de pré-éclampsie

Référence :

Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie (SFAR, CNGOF, SFMP, SFNN, janvier 2009). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_preeclampsie_fr_BM2.pdf).

Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale (SFAR, 2005). ( http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/09/2_AFAR_Prevention-de-la-maladie-thromboembolique-veineuse-perioperatoire-et-obstetricale.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 153.

Cas clinique 13

Question 1

Réponse : A, B.

Question 2

Réponse : A, B, C, D.

Question 3

Réponse : A, B, D.

Question 4

Réponse : C, D, E.

Question 5

Réponse : A, B, C, E.

Question 6

Réponse : A, B, C.

Question 7

Réponse : A, B, C, D.

Question 8

Réponse : A, C, D, E.

Question 9

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 10

Réponse : A.

Grille d'évaluation


N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, B	10		
2	A, B, C, D	10		
3	A, B, D	10		
4	C, D, E	10		
5	A, B, C, E	10		
6	A, B, C	10		
7	A, B, C, D	10		
8	A, C, D, E	10		
9	A, B, C, D, E	10		
10	A	10		
	Total	100		


Pour aller plus loin


Principaux items abordés :

item 23 : Principales complications de la grossesse

Référence :

Les grossesses gémellaires (CNGOF, 2009). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC%20GEMELLAIRE_2009.pdf).

La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes (CNGOF, 2002). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM).

Rupture prématurée des membranes (CNGOF, 1999). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_06.HTM).

Fiche de synthèse : voir p. 157.

Cas clinique 14

Question 1

Réponse : B.

Question 2

Réponse : B, D.

Question 3

Réponse : A, C, E.

Question 4

Réponse : C.

Question 5

Réponse : A.

Question 6

Réponse : D.

Question 7

Réponse : C.

Question 8

Réponse : A, B, D.

Question 9

Réponse : B.

Question 10

Réponse : A, B, D, E.

Question 11

Réponse : A, B.

Question 12

Réponse : B, C, E.

Question 13

Réponse : D.

Question 14

Réponse : A, D, E.

Question 15

Réponse : A, E.


Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B	6		
2	B, D	7		
3	A, C, E	7		
4	C	6		
5	A	6		
6	D	6		
7	C	6		
8	A, B, D	7		
9	B	7		
10	A, B, D, E	7		
11	A, B	7		
12	B, C, E	7		
13	D	7		
14	A, D, E	7		
15	A, E	7		
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 29 : Prématurité et retard de croissance intra-utérin : facteurs de risque et prévention

Référence :

Le retard de croissance intra-utérin. RPC (CNGOF, 2013). ( http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2013_FINAL_RPC_rciu.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 158.

Cas clinique 15**Question 1**

Réponse : B, C, E.

Question 2

Réponse : B, C.

Question 3

Réponse : C, E.

Question 4

Réponse : A, B, C.

Question 5

Réponse : A, B.

Question 6

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 7

Réponse : C, D.

Question 8

Réponse : C.

Question 9

Réponse : A.

Question 10

Réponse : A, B, C.

Question 11

Réponse : A.

Question 12

Réponse : D.

Question 13

Réponse : A.

Question 14

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 15

Réponse : A, C, D, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B, C, E	7		
2	B, C	7		
3	C, E	7		
4	A, B, C	7		
5	A, B	7		
6	A, B, C, D, E	7		
7	C, D	7		
8	C	6		


9	A	6		
10	A, B, C	7		
11	A	6		
12	D	6		
13	A	6		
14	A, B, C, D, E	7		
15	A, C, D, E	7		
	Total	100		


Pour aller plus loin


Principaux items abordés :

item 23 : Principales complications de la grossesse
 item 339 : Prise en charge d'une patiente atteinte de pré-éclampsie

Référence :

La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes (CNGOF, 2002). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM).

Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie (SFAR, CNGOF, SFMP, SFNN, janvier 2009). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_preeclampsie_fr_BM2.pdf).

Césarienne : conséquences et indications (CNGOF, 2000). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM).

Fiche de synthèse : voir p. 153 et 157.

Cas clinique 16

Question 1

Réponse : A, B, C (PMZ).

Commentaire :

- C : Toute métrorragie en début de grossesse est une GEU jusqu'à preuve du contraire.
- D : SMZ. β -hCG positifs !

Question 2

Réponse : A, B, C.

Commentaire : lorsqu'il n'y a pas de précisions apportées, le terme « examen » fait référence à la fois à la clinique et à la paraclinique.

- C : Surtout en cas d'examen clinique et échographique non concluants.
- D : Pas en première intention (recherche de villosités trophoblastiques en faveur d'une grossesse intra-utérine).
- E : SMZ. Examen clinique à ne pas oublier.

Question 3

Réponse : A, PMZ.

Commentaire : la vésicule vitelline permet de poser le diagnostic de grossesse intra-utérine.

Question 4

Réponse : B.

Commentaire :

- A : Pas de lien.
- C : SMZ. Attention ! L'injection ne protège de l'allo-immunisation que pour 2 à 3 mois.
- D : Pas de lien.
- E : Si le père biologique est de groupe négatif, il n'y a pas lieu de faire cette injection.

Question 5

Réponse : B.

Commentaire : l'examen au spéculum permettra d'objectiver l'origine des saignements.

- A : SMZ. Formellement contre-indiqué avant d'avoir éliminé un placenta praevia.

Question 6

Réponse : D.

Commentaire : on observe sur cette coupe le placenta recouvrant l'orifice interne du col.

Question 7

Réponse : A, C, E.

Commentaire :

- B, D : En faveur d'un hématome rétroplacentaire.

Question 8

Réponse : A, D.

Commentaire :

- A : Tracé oscillant et réactif avec un rythme de base à 130 bpm.
- B : Absent sur ce tracé.
- C : Rythme de base inférieur à 160 bpm.

Question 9

Réponse : D.

Commentaire : la seule indication de césarienne en urgence serait la présence d'une hémorragie cataclysmique, le rythme cardiaque fœtal ne présentant habituellement pas d'altération sévère.

- B : Le rythme cardiaque fœtal est normal. Pas d'indication à faire naître l'enfant.
- C : SMZ.
- E : Patiente hémodynamiquement stable.

Question 10

Réponse : A (PMZ), B, C, D, E.

Commentaire : le traitement tocolytique est symptomatique. Il faut rechercher un éventuel facteur déclenchant de ces contractions.

- A : À ne jamais oublier en cas de risque de prématurité.
- B : Il faut la refaire, la précédente datant de plus de 3 mois.
- C : Afin d'évaluer l'éventuelle participation fœtale à l'hémorragie.

Question 11

Réponse : D.

Commentaire : même s'il faut toujours penser à une listériose en cas de fièvre au cours de la grossesse, la pyélonéphrite reste beaucoup plus fréquente.

Question 12

Réponse : A.

Commentaire : le traitement de première intention d'une pyélonéphrite aiguë au cours de la grossesse repose sur une céphalosporine de troisième génération.

- C : Résistance élevée des entérobactéries.
- D : Peut être indiqué en cas d'infection urinaire basse.
- E : SMZ. Il faut débuter un traitement probabiliste, qui sera adapté secondairement à l'antibiogramme.

Question 13

Réponse : D.

Commentaire : en attendant les résultats de l'antibiogramme. Le relais par voie orale se fera après 48 heures d'apyrexie.

Question 14

Réponse : C (PMZ).

Commentaire : afin de réévaluer la position du placenta par rapport au col de l'utérus.

Question 15

Réponse : C.

Commentaire : un placenta recouvrant empêche un accouchement par voie basse. Une césarienne prophylactique sera donc réalisée.

- E : Si le placenta est recouvrant à 37 SA, il le sera également à 41.


Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, B, C	9	C	D
2	A, B, C	9		E
3	A	7	A	
4	B	6		C
5	B	5		A
6	D	7		
7	A, C, E	6		
8	A, D	8		
9	D	7		C
10	A, B, C, D, E	5	A	
11	D	8		
12	A	5		E
13	D	4		
14	C	7		
15	C	7		
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 23 : Principales complications de la grossesse
 item 27 : Connaître les particularités de l'infection urinaire au cours de la grossesse

Référence :

Les infections génitales hautes (CNGOF, 2012). 
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_infections_2012.pdf.

Fiche de synthèse : voir p. 159.

Cas clinique 17**Question 1**

Réponse : A, B, C.

Question 2

Réponse : A, B, E.

Question 3

Réponse : A, D.

Question 4

Réponse : B, C, D.

Question 5

Réponse : D, E.

Question 6

Réponse : A, B, C, D.

Question 7

Réponse : B.

Question 8

Réponse : A, D.

Question 9

Réponse : C, D, E.

Question 10

Réponse : A, C, D, E.

Question 11

Réponse : A, D.

Question 12

Réponse : A, B, E.

Question 13

Réponse : C, D.

Commentaire : la stérilisation tubaire et la ligature tubaire ne peuvent se faire qu'après un délai de réflexion de 4 mois.

- A : SMZ. Contre-indiquée dans le *post-partum* immédiat (risque thromboembolique).
- B ou E : SMZ.

Question 14

Réponse : A.

Commentaire : le contexte (césarienne en urgence), les lochies et l'hyperthermie modérée orientent le diagnostic. Une douleur à la mobilisation utérine, un

col béant et une mauvaise involution utérine sont également recherchés.

- B : À visée étiologique (recherche du germe en cause).
- D : Non spécifique de l'endométrite.
- E : L'échographie endovaginale est l'examen d'imagerie de référence (recherche de restes trophoblastiques).

Question 15

Réponse : C.

Commentaire : le traitement de l'endométrite du *post-partum* est médical. L'antibiothérapie doit être débutée immédiatement et sera adaptée secondairement au résultat du prélèvement vaginal.

- A : SMZ. Risque de perforation utérine.
- B ou D : SMZ.
- E : L'allaitement peut être poursuivi, à condition d'administrer un antibiotique compatible.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, B, C	6		
2	A, B, E	6		
3	A, D	8		
4	B, C, D	6		
5	D, E	6		
6	A, B, C, D	8		
7	B	8		
8	A, D	4		
9	C, D, E	6		
10	A, C, D, E	4		
11	A, D	6		
12	A, B, E	6		
13	C, D	8		A, B, E
14	A	9		
15	C	9		A, B, D
	Total	100		


Pour aller plus loin


Principaux items abordés :


- item 23 : Principales complications de la grossesse
- item 33 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours
- item 37 : Stérilité du couple : conduite de la première consultation

Référence :

La prise en charge du couple infertile (CNGOF, décembre 2010). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_INFERTILITE_2010.pdf).

Thrombophilie et grossesse. Prévention des risques thrombotiques maternels et placentaires (ANAES, 2003). ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Thrombophilie_grossesse_court.pdf).

Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie (SFAR, CNGOF, SFMP, SFNN, janvier 2009). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_preeclampsie_fr_BM2.pdf).

Césarienne : conséquences et indications (CNGOF, 2000). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM).

Fiche de synthèse : voir p. 160.

Cas clinique 18

Question 1

Réponse : C.

Question 2

Réponse : B, D (PMZ).

Question 3

Réponse : D, E (PMZ).

Question 4

Réponse : D, E sont fausses.

Question 5

Réponse : C.

Question 6

Réponse : A, B, E.

Question 7

Réponse : E.

Question 8

Réponse : B.

Question 9

Réponse : A, D.

Question 10

Réponse : B, E.
C : SMZ.

Question 11

Réponse : A, D.

Question 12

Réponse : A, C, E.

Question 13

Réponse : A, C, E.
D : SMZ.

Question 14

Réponse : A, C, D sont fausses.

Question 15

Réponse : A, C, D.

Grille d'évaluation


N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	C	6		
2	B, D	7	D	
3	D, E	7	E	
4	D, E	7		
5	C	6		
6	A, B, E	7		
7	E	6		
8	B	6		
9	A, D	6		
10	B, E	7		C
11	A, D	7		
12	A, C, E	7		
13	A, C, E	7		D
14	A, C, D	7		
15	A, C, D	7		
	Total	100		


Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 35 : Contraception

item 36 : Interruption volontaire de grossesse

Référence :

Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse (HAS, décembre 2010). 
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf.

Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse (IVG) (HAS, 2013, 2015). 
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception-post-ivg-060215.pdf.

Fiche de synthèse : voir p. 162.

Cas clinique 19**Question 1**

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 2

Réponse : C.

Question 3

Réponse : B, E.

Question 4

Réponse : C, D, E.

Question 5

Réponse : E.

Question 6

Réponse : C, D.

Question 7

Réponse : B.

Question 8

Réponse : B.

Question 9

Réponse : D, E.

Question 10

Réponse : A, B, D.

Question 11

Réponse : A, B, E.

Question 12

Réponse : B, C, D, E.

Question 13

Réponse : A, B, C.

Question 14

Réponse : B, C, D.

Question 15

Réponse : A, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B, C, D, E	7		
2	C	6		
3	B, C, E	7		
4	C, D, E	7		
5	E	6		
6	C, D	7		
7	B	6		
8	B	6		
9	D, E	7		
10	A, B, D	7		
11	A, B, E	7		
12	B, C, D, E	7		



13	B	6		
14	B, C, D	7		
15	A, E	7		
	Total	100		

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 35 : Contraception

Référence :

Contraception d'urgence (HAS, 2013, 2015).  http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1754842/fr/contraception-d-urgence?xtmc=&xtcr=5.
 Contraception chez l'adolescente (HAS, 2013, 2015).  http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf.

Fiche de synthèse : voir p. 164.

Question 13

Réponse : B, E.

Question 14

Réponse : A, C.

Question 15

Réponse : A.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B	6		
2	A, B, C	7	A	
3	B	6		
4	A, B, C, E	7	E	
5	B, D, E	7		
6	A, B, C, D	7		
7	B, E	7		
8	B	6		
9	A, D	7		
10	A, B, C, D, E	7		
11	B, C, D, E	7		A
12	A, B, C, D	7		
13	B, E	7		
14	A, C	6		
15	A	6		
	Total	100		

Cas clinique 20

Question 1

Réponse : B.

Question 2

Réponse : A (PMZ), B, C.

Question 3

Réponse : B.

Question 4

Réponse : A, B, C, E (PMZ).

Question 5

Réponse : B, D, E.

Question 6

Réponse : A, B, C, D.

Question 7

Réponse : B, E.

Question 8

Réponse : B.

Question 9

Réponse : A, D.

Question 10

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 11

Réponse : B, C, D, E.
A : SMZ.

Question 12

Réponse : A, B, C, D.



Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 24 : Grossesse extra-utérine

item 35 : Contraception

Référence :

Prise en charge de la grossesse extra-utérine (CNGOF, 2003).  http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_11.HTM.
 Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) (HAS, 2013, 2015).  http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionadulte-procreer-060215.pdf.

Fiche de synthèse : voir p. 150.

Cas clinique 21

Question 1

Réponse : A, C, D.

Commentaire :

- B : Les IST à *Chlamydia* sont beaucoup plus fréquentes que les infections à gonocoques ou la syphilis.
- E : Les tétracyclines sont contre-indiquées chez la femme enceinte; le traitement n'est pas en prise unique mais dure 14 jours.

Question 2

Réponse : A, B, C.

Commentaire :

- D, E : Examen complémentaire.

Question 3

Réponse : A.

Commentaire : délai légal 14 SA; entretien psychosocial obligatoire uniquement pour les mineures; le délai de réflexion peut être raccourci à 48 heures en cas de risque de dépassement du délai légal.

Question 4

Réponse : A, C, D.

Commentaire :

- B : Douleur aiguë et brutale.
- C : Ne peut être écarté chez cette patiente dont le suivi semble être sporadique.
- E : Pas d'histoire d'endométriose rapportée par la patiente.

Question 5

Réponse : D, E.

Commentaire : l'obésité et la FIV ne sont pas des facteurs de risque reconnus de GEU.

Question 6

Réponse : C, E.

Question 7

Réponse : A, B sont fausses.

Question 8

Réponse : A, D, E.

Commentaire :

- A : Critères de gravité et contexte non compatibles.
- D : Non !
- E : Traitement médicamenteux en cas d'IVG ou FCS précoce avec rétention utérine.

Question 9

Réponse : A, C (PMZ), D.

E : SMZ.

Commentaire : dosage J4 et J7; une ascension peut être présente; on peut discuter une seconde injection de méthotrexate.

Question 10

Réponse : A, B, C, E.

Commentaire :

- E : Penser au risque d'allo-immunisation maternofoetale.

Contre-indication biologique au méthotrexate :

- thrombopénie $> 100\,000/\text{mm}^3$;
- leucopénie $> 2\,000/\text{mm}^3$;
- créatininémie $< 130\ \mu\text{mol/l}$;
- élévation des enzymes hépatiques $< 2\ \text{N}$.

Question 11

Réponse : B, C.

Commentaire : salpingectomie : exérèse de la trompe, traitement radical; salpingotomie : ouverture de la trompe, traitement conservateur.

- A : N'existe pas.

Question 12

Réponse : A (PMZ), D, E.

Commentaire : la patiente présente un risque accru d'IST.

- C : Inutile hors poussée.

Question 13

Réponse : A, E.

C : SMZ.

Commentaire : début de grossesse et vacuité utérine → réalisation d'une cinétique de β -hCG si la patiente ne présente pas de signes cliniques inquiétant.

Question 14

Réponse : B.

Commentaire : patiente asymptomatique.

Question 15

Réponse : A, C, E.

B : SMZ.

Commentaire :

- D : On ne peut réaliser un traitement minute devant une infection récidivante.

Grille d'évaluation


N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, C, D	8		
2	A, C, D	5		
3	A, D	6		B, C
4	A, C, D	6		
5	D, E	6		
6	C, E	6		
7	A, B	10		
8	A, D, E	6		
9	A, C, D	6	C	E
10	A, B, C, E	6		
11	B, C	6		
12	A, D, E	6	A	
13	A, E	6		C
14	B	10		
15	A, C, E	7		B
	Total	100		


Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

- item 24 : Grossesse extra-utérine
- item 27 : Connaître les particularités de l'infection urinaire au cours de la grossesse
- item 158 : Infections sexuellement transmissibles (IST)

Référence :

Prise en charge de la grossesse extra-utérine (CNGOF, 2003).  http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_11.HTM.

Les infections génitales hautes (CNGOF, 2012).  http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_infections_2012.pdf.

Fiche de synthèse : voir p. 150.

Cas clinique 22

Question 1

Réponse : D.

Commentaire :

- A : Pas de contexte de grossesse.
- B : Pas de retard de règles.
- C : Ménorragies cycliques.
- D : Argument de fréquence et symptomatologie.
- E : Absence de douleurs, de leucorrhées suspectes, pas d'altération de l'état général.

Question 2

Réponse : C, D.

Commentaire :

- A : Absence de règles.
- C : Ce sont les règles avec anomalies de la durée et de l'abondance.
- E : Les règles sont de durée normale mais trop abondantes (> 80 ml).

Les ménorragies sont les anomalies du cycle menstruel par augmentation de la durée ou de l'abondance des règles. Par définition les ménorragies concernent les patientes en âge de procréer et non enceintes puisque réglées.

Les métrorragies, par opposition aux ménorragies, sont les hémorragies génitales hautes survenant en dehors des règles. On peut classer les métrorragies de différentes manières :

- des hémorragies sans caractère cyclique voire des hémorragies provoquées par un contact (examen médical, traumatisme ou rapport sexuel);
- des hémorragies cycliques dont trois aspects sont fréquents :
 - les saignements vers le 14^e jour au moment de l'ovulation;
 - les saignements précédant les règles, souvent associés à un cortège fonctionnel plus complet du syndrome prémenstruel et directement liés à l'insuffisance lutéale;

- les saignements en période postmenstruelle sous forme de règles traînantes liées à la carence œstrogénique en début du cycle.

Question 3

Réponse : D, E.

Commentaire :

- A : 28 jours.
- B : Le début du cycle est défini par le premier jour des dernières règles.
- C : Aux alentours du 14^e jour.

Question 4

Réponse : B, E.

Commentaire : seuls examens à réaliser en première intention.

Question 5

Réponse : B, C.

A : SMZ.

Question 6

Réponse : A.

Commentaire : dans 50 % des cas, découverte fortuite.

Question 7

Réponse : A, B, C.

Question 8

Réponse : A, C.

Commentaire :

- B et D : Ce ne sont pas des complications aiguës.

Question 9

Réponse : E.

Commentaire :

- A : Action insuffisante attendue.
- B, C : Contre-indiqués si désir de grossesse.
- D : Fibromes trop nombreux.

Question 10

Réponse : C.

Commentaire : seul examen pertinent permettant de réaliser une cartographie de la localisation des fibromes.

Question 11

Réponse : B.

Commentaire : transfusion si Hb < 7 g/dl chez le sujet non coronarien.

Question 12

Réponse : B.

Commentaire : ethnie noire à risque.

Question 13

Réponse : B.

Question 14

Réponse : A, E.

Question 15

Réponse : A.

E : SMZ.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	D	10		A
2	C, D	6		
3	D, E	6		
4	B, E	8		
5	B, C	5		
6	A	5		
7	A, B, C	5		
8	A, C	6		
9	E	8		
10	C	6		
11	B	6		
12	B	5		
13	B	8		
14	A, E	8		
15	A	8		E
	Total	100		

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :


item 34 : Anomalies du cycle menstruel.
Métrorragies


item 35 : Contraception

item 42 : Tumeur pelvienne chez la femme

item 325 : Transfusion sanguine et produits dérivés du sang

Référence :

Actualisation de la prise en charge des myomes (CNGOF, 2011). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_fibrome_2011.pdf).

Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) (HAS, 2013, 2015). ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionadulte-procreer-060215.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 165.

Cas clinique 23

Question 1

Réponse : A, D (PMZ), E.

Question 2

Réponse : A, D.

Question 3

Réponse : B, C, E (PMZ).

Question 4

Réponse : D.

Question 5

Réponse : 14 jours. Autres réponses acceptées : 2 semaines, 15 jours.

Question 6

Réponse : E.

Question 7

Réponse : B, C.

E : SMZ.

Question 8

Réponse : C.

Question 9

Réponse : GEU avec activité cardiaque; antécédent d'abcès tubo-ovarien homolatéral.

Question 10

Réponse : E.

Question 11

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 12

Réponse : une injection unique de 200 µg d'immunoglobulines anti-D par voie IM ou IV.


Grille d'évaluation


N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, D, E	12	D	
2	A, D	8		
3	B, C, E	12	E	
4	D	4		
5	14 jours (ou 2 semaines ou 15 jours)	4		
6	E	4		
7	B, C	8		E
8	C	4		
9	GEU avec activité cardiaque et antécédent d'abcès tubo-ovarien homolatéral	8		
10	E	4		
11	A, B, C, D, E	20		
12	Injection unique de 200 µg d'immunoglobulines anti-D par voie IM ou IV	12		
	Total	100		

*Pour aller plus loin***Principaux items abordés :**

item 24 : Grossesse extra-utérine
 item 39 : Algies pelviennes chez la femme
 item 42 : Tuméfaction pelvienne chez la femme

Référence :

Prise en charge de la grossesse extra-utérine (CNGOF, 2003). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_11.HTM).

Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D foeto-maternelle (CNGOF, 2005). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM).

Fiche de synthèse : voir p. 155 et 156.

Cas clinique 24**Question 1**

Réponse : A.

Question 2

Réponse : A, B, C, E.

Question 3

Réponse : E.

Question 4

Réponse : B, C.

Question 5

Réponse : A, D.

Question 6

Réponse : E.

Question 7

Réponse : A.

Question 8

Réponse : C.

Question 9

Réponse : C.

Question 10

Réponse : C.

Question 11

Réponse : C.

Question 12

Réponse : A.

Question 13

Réponse : B, D.

Question 14

Réponse : A, C, D.

Question 15

Réponse : D, E.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A	6		
2	A, B, C, E	7		
3	E	6		
4	B, C	7		
5	A, D	7		
6	E	7		
7	A	6		
8	C	6		
9	C	6		
10	C	7		
11	C	7		
12	A	7		
13	B, D	7		
14	A, C, D	7		
15	D, E	7		
	Total	100		

*Pour aller plus loin***Principaux items abordés :**

item 120 : Ménopause

item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers

item 288 : Cancer : cancérogenèse, oncogénétique
 item 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques ; caractérisation du stade ; pronostic


item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie


item 309 : Tumeurs du sein

Référence :

Cancer du sein. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010.

( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf).

Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépis-

tage. HAS, mars 2014. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 166 et 167.

Cas clinique 25

Question 1

Réponse : A, C, D.

Commentaire :

- E : Évoque une atteinte maligne ou infectieuse.

Question 2

Réponse : B.

Commentaire :

- B : Examen de référence chez la femme jeune.
- C : Il s'agit d'un examen de deuxième intention.
- E : SMZ. Pas de biopsie sans imagerie.

Question 3

Réponse : C, D, E.

Commentaire :

- A, B : Évoquent une image suspecte.
- D : Lors de son évolution, le fibroadénome se calcifie.

Question 4

Réponse : A, E.

Commentaire :

- D : Pas de chirurgie en première intention, sauf gêne fonctionnelle importante ou souhait de la patiente.

Question 5

Réponse : D.

Commentaire :

- A : C'est l'âge supérieur à 35 ans.
- C : Il ne s'agit pas d'une lésion précancéreuse.
- D : Lorsqu'il est associé à un âge supérieur à 35 ans.

Question 6

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- A : Il s'effectue tous les 2 ans.
- B : Le dépistage individuel sans double lecture est notamment réservé aux patientes ayant un antécédent familial de cancer du sein au premier degré.

Question 7

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire : le cancer du sein est un cancer le plus souvent hormonodépendant, favorisé par l'hyperœstrogénie relative.

- E : IMC = 31,2 ; obésité à la ménopause.

Question 8

Réponse : C, D.

Commentaire :

- B : En faveur d'une lésion bénigne le plus souvent.
- E : En faveur d'une lésion maligne, mais ce n'est pas le cas ici.

Question 9

Réponse : A (PMZ), B, D.

Commentaire : pas de prise en charge sans diagnostic histologique.

- B : Thérapeutique ciblée mise en place dans la prise en charge du cancer du sein.
- C : SMZ. Pas de chirurgie sans confirmation histologique.

Question 10

Réponse : A, D.

Commentaire :

- A : Permet une surveillance à distance.
- B : Pas d'IRM cérébrale en première intention en l'absence de point d'appel clinique, ou en première intention si HER2 : 3+.
- C : Ont leur place en première intention si association à une échographie abdominale.

Question 11

Réponse : A, C, D (PMZ).

Commentaire :

- A : Prise en charge à 100 % des cancers.
- B : Si au moins trois cas de cancer du sein et/ou de l'ovaire chez des apparentés du premier degré.
- C : Le dispositif d'annonce se fait en quatre temps :
 - temps médical ;
 - temps d'accompagnement soignant ;
 - temps d'articulation avec la médecine de ville ;
 - accès à une équipe impliquée dans les soins de support.
- E : SMZ. Le relais avec la médecine de ville est essentiel dans la prise en charge du cancer.

Question 12

Réponse : C.

Commentaire : absence de métastase à distance = M0.

- C : Le « p » signifie que l'analyse anatomopathologique a été faite.
- D : La tumeur fait plus de 5 cm, sans extension à la paroi thoracique ou à la peau = T3.
- E : Les trois adénopathies axillaires sont mobiles = N1

Question 13

Réponse : A, B.

Commentaire :

- A : Du fait de la grande taille tumorale, de l'atteinte ganglionnaire et du grade II.
- B : La tumeur présente des récepteurs hormonaux et la patiente est ménopausée.

- C : Traitement proposé plutôt avant la ménopause; contre-indiqué ici en raison de l'antécédent de phlébite.
- D : SMZ. Irradiation du creux axillaire contre-indiquée en cas de curage axillaire : risque de lymphœdème.
- E : La tumeur ne présente pas de récepteur HER2.

Question 14

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

A, C : Complications du tamoxifène.

Question 15

Réponse : E.

Commentaire :

- C : Prédipose les hommes atteints au cancer du sein.
- D : Métastase ovarienne d'un cancer digestif.
- E : Ou syndrome HNPCC (*Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer*).

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, C, D	6		
2	B	6		E
3	C, D, E	6		
4	A, E	6		
5	D	4		
6	B, D, E	10		
7	B, C, D, E	8		
8	C, D	6		
9	A, B, D	10	A	C
10	A, D	6		
11	A, C, D	10	D	E
12	C	4		
13	A, B	6		D
14	B, D, E	8		
15	E	4		
	Total	100		

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 120 : Ménopause

item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers

item 288 : Cancer : cancérogenèse, oncogénétique

item 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques; caractérisation du stade; pronostic

item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie


item 309 : Tumeurs du sein

Référence :

Cancer du sein. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010.

( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf).

Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage.

HAS, mars 2014. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 167.

Cas clinique 26

Question 1

Réponse : A, B, C, D, E.

Commentaire :

- B : Les différents facteurs de risque sont cumulatifs.
- C : C'est le fait d'avoir une ménopause tardive qui est un facteur de risque, pas la ménopause en elle-même.
- E : L'obésité après la ménopause est un facteur de risque, pas l'obésité avant la ménopause.

Question 2

Réponse : A, C.

Commentaire :

- C : La fossette cutanée est en rapport avec la réaction locale et la fibrose rétractile.
- D : Les contours arrondis sont plutôt en faveur d'une lésion bénigne, mais peuvent se rencontrer dans certains cancers : cancer de croissance rapide, cancer de type histologique particulier (médullaire, colloïde).
- E : Plutôt en faveur d'un kyste, mais ne peut exclure le cancer.

Question 3

Réponse : E.

Commentaire :

- B : Masse à contours réguliers : le sein droit est normal.
- C : Masse à contours irréguliers.
- D : L'absence du cliché de face ne nous permet pas de savoir si cette opacité est externe, centrale ou

interne (même si cliniquement on sait que la masse est externe).

Question 4

Réponse : C, E (PMZ).

Commentaire :

- A : SMZ.
- C : Les antécédents familiaux poussent à chercher une autre localisation cancéreuse, notamment un cancer de l'ovaire.
- E : La confirmation du diagnostic histologique est indispensable pour la suite de la prise en charge.

Question 5

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- B : Tumorectomie avec marges ou mastectomie possible si la patiente le souhaite (antécédents familiaux).
- D : Réalisation d'un curage axillaire car présence d'une adénopathie palpable et suspecte.

Question 6

Réponse : B, D.

Commentaire :

- A : Chimiothérapie adjuvante (car post-chirurgicale) car N+ et grade III.
- C : SMZ. Antécédent de phlébite : contre-indication chez cette patiente.
- D : Même si réalisation d'une mastectomie, car grade N+.
- E : Pas d'indication car HER2 négatif.

Question 7

Réponse : B, D.

Commentaire :

- C, E : Pas de métastase → pas d'indication.

Question 8

Réponse : A, B (PMZ), C.

Commentaire :

- A : Effet indésirable fréquent.
- B : Premier site métastatique du cancer mammaire.

Question 9

Réponse : A, C, D.

Question 10

Réponse : A, B, D, E.

Commentaire :

- C : Pas de dépistage avant la majorité.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, B, C, D, E	10		
2	A, C	10		
3	E	10		

4	C, E	10	E	
5	B, C, E	10		
6	B, D	10		C
7	B, D	10		
8	A, B, C	10	B	
9	A, C, D	10		
10	A, B, D, E	10		
	Total	100		

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 120 : Ménopause

item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers

item 288 : Cancer : cancérogenèse, oncogénétique
item 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques; caractérisation du stade; pronostic

item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie

item 309 : Tumeurs du sein

Référence :

Cancer du sein. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010.

(🖱️ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf).

Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage.

HAS, mars 2014. (🖱️ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 167.

Cas clinique 27

Réponses 1

Réponse : A, D, E.

Réponses 2

Réponse : C, D.

Commentaire :

- A : Cancer du sein chez l'homme quel que soit l'âge.
- B : Un cancer du sein avant 40 ans.

- E : Quand deux cas dans la même branche, dont un cancer du sein avant 50 ans *ou* un cancer du sein bilatéral.

Réponses 3

Réponse : A, E.

Commentaire :

- B : La mammographie de dépistage est à réaliser tous les 2 ans.
- C : Deux incidences obligatoires : crano-caudale (= face) et médio-latéral (= oblique externe).
- D : C'est l'inverse : 1 = <25 % de glande; 4 = >75 % de glande.

Réponses 4

Réponse : B, C.

Commentaire :

- A : SMZ.
- C : De même que les LIN ou l'adénose sclérosante.
- D : Il s'agit de situations d'hyperœstrogénie, qu'elle soit relative ou absolue.

Réponses 5

Réponse : A, B, E.

Commentaire :

- B : Ils peuvent également toucher les adolescentes.
- C : Les microbiopsies sont à réaliser en cas de : âge >30 ans, contexte à risque, discordance clinique/imagerie.
- D : Une chirurgie est indiquée en cas de douleur, gêne fonctionnelle ou préjudice esthétique.

Réponses 6

Réponse : A, B, C, D, E.

Réponses 7

Réponse : B, D (PMZ), E.

Commentaire :

- C : Il est seulement indiqué en cas de mastectomie ou en cas de suspicion de micro-infiltration.

Réponses 8

Réponse : C.

Réponses 9

Réponse : A, C, D.

Commentaire : ces facteurs dont pris en compte dans les indications de traitements adjuvants.

Réponses 10

Réponse : B, D.

Commentaire :

- A : SMZ. Toute contraception hormonale ou THM est contre-indiqué(e) à vie.
- C : Il est efficace immédiatement.
- E : SMZ.

Réponses 11

Réponse : B, C, E.

Réponses 12

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- A : Famille des gènes *ErbB*.

Réponses 13

Réponse : A, B, C, D, E.

Commentaire : en cas de récurrence, il faut réaliser une mastectomie compte tenu de l'impossibilité de réaliser une nouvelle radiothérapie.

- C : Dans le but de visualiser la présence de microcalcifications.

Réponses 14

Réponse : B, C.

Commentaire :

- A : Indications de la radiothérapie après mastectomie : T3, T4, N+.
- B : C'est le principal intérêt de la chimiothérapie néoadjuvante.
- D : Pendant 5 ans.
- E : L'anti-aromatase (létrazole) est donné après la ménopause; avant, c'est un anti-œstrogène (tamoxifène).

Réponses 15

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- A : Prise en charge conjointe par le chirurgien, l'oncologue, le radiothérapeute et le médecin traitant.
- D : Pour le tamoxifène, car il augmente le risque de cancer de l'endomètre.
- E : En plus, pour le tamoxifène, épaissement de l'endomètre, et pour les anti-aromatases l'ostéoporose et les perturbations du bilan lipidique.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, D, E	8		
2	C, D	6		
3	A, E	8		
4	B, C	7		A
5	A, B, E	6		
6	A, B, C, D, E	7		
7	B, D, E	6	D	
8	C	8		
9	A, C, D	7		
10	B, D	7		A, E
11	B, C, E	6		
12	B, D, E	6		
13	A, B, C, D, E	6		
14	B, C	6		
15	B, C, E	6		
	Total	100		

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 35 : Contraception

item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers

item 288 : Cancer : cancérogenèse, oncogénétique

item 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques; caractérisation du stade; pronostic


item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie


item 309 : Tumeurs du sein

Référence :

Cancer du sein. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010.

( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf).

Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage.

HAS, mars 2014. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 167.

Items traités : 309, 35, 287

Cas clinique 28

Question 1

Réponse : E.

Commentaire :

- A : À partir de 25 ans.
- B : Tous les 3 ans et la mammographie tous les 2 ans.

Question 2

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- A : 16 et 18.

Question 3

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- A : Virus à ADN.

Question 4

Réponse : A, C, D.

Commentaire :

- A : Ou détection d'HPV. Si négatif, FCV de contrôle à 6 mois.
- B : Colposcopie d'emblée.
- C : Le contrôle du FCV à 6 mois est également une attitude acceptable.
- E : SMZ. Colposcopie d'emblée.

Question 5

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- C : Pas d'anesthésie, au cabinet lors d'une consultation classique.

Question 6

Réponse : A, C, D, E.

Question 7

Réponse : A, B, C, D.

Commentaire :

- E : Tout dépend des marges, de l'âge.

Question 8

Réponse : B, C, D.

Commentaire :

- D : Par exemple, accouchement prématuré et petit poids de naissance.
- E : Sténose cervicale cicatricielle pouvant rendre difficile la surveillance de la nouvelle zone de jonction.

Question 9

Réponse : B, E.

Commentaire :

- C : Le principal facteur de risque est l'HPV; le tabac quant à lui multiplie le risque par 3.
- D : Carcinome épidermoïde à 85 %, adénocarcinome à 10 % et autres 5 % (carcinome adéno-scaveux, sarcome).

Question 10

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire :

- A : Il s'agit d'une classification clinique couplée à l'IRM.

Question 11

Réponse : D, E.

Commentaire :

- B : Il n'est pas absolument nécessaire; il l'est pour les situations particulières : patiente difficilement examinable, doute à l'IRM... Le but est de déterminer l'atteinte vaginale, des paramètres. Il peut être couplé à une cystoscopie ou une rectoscopie en cas de doute sur une atteinte de la vessie ou du rectum.

Question 12

Réponse : B, E.

Commentaire :

- A : Le plus souvent dans les 2 ans mais 10 % surviennent après 5 ans.
- D : Intérêt pour les carcinomes épidermoïdes.

Question 13

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- C : Depuis 12 mois.

Question 14

Réponse : A, B, C.

Commentaire :

- D : Cela dépend du schéma :
 - prise séquentielle → hémorragies de privation;
 - schéma combiné → sans règles.
- E : Maximum 5 ans.

Question 15

Réponse : A, C.

Commentaire :

- B : Remboursée à 65 % si : jeunes filles de 14 ans ou jeunes femmes de 15 à 23 ans, vierges ou dans la première année qui suit le premier rapport.
- D : SMZ.
- E : SMZ. Pas avant 25 ans !

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A	8		
2	B, C, E	7		
3	B, D, E	7		
4	A, C, D	8		E
5	B, D, E	6		
6	A, C, D, E	6		
7	A, B, C, D	6		
8	B, C, D	6		
9	B, E	7		
10	B, C, D, E	7		
11	D, E	7		
12	B, E	6		
13	B, D, E	6		
14	A, B, C	6		
15	A, C	7		D, E
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 120 : Ménopause

item 143 : Vaccination

item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers

item 288 : Cancer : cancérogenèse, oncogénétique


item 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques; caractérisation du stade; pronostic


item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade


item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie

item 297 : Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin

Référence :

Cancer invasif du col utérin. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_col_uterin_web_2010-02-12_09-57-34_599.pdf).

Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS, juillet 2010. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf).

Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. HAS, juin 2013. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 169.

Cas clinique 29**Question 1**

Réponse : B, C, D.

Commentaire :

- A : SMZ. La patiente présente plusieurs contre-indications absolues à la pilule œstroprogestative : âge > 35 ans et tabagisme. Il est donc nécessaire de lui proposer un autre moyen de contraception (pilule microprogestative, implant...). L'obésité et le diabète déséquilibré apparaissent ici comme des contre-indications supplémentaires à la poursuite d'une pilule œstroprogestative.
- B : Intérêt chez cette patiente avec un risque cardiovasculaire élevé pour discuter l'indication d'aspirine en préventif.
- C : Vous pourriez également proposer une contraception par DIU (cuivre ou au lévonorgestrel).
- E : SMZ. La patiente n'exclut pas d'avoir d'autres enfants, il n'est donc pas licite de lui proposer une méthode de contraception définitive. De plus, la stérilisation tubaire doit être demandée par la patiente et non par le médecin, sauf si une grossesse peut engager le pronostic vital de la patiente.

Question 2

Réponse : B.

Commentaire : À votre niveau, tout frottis anormal doit être exploré par une colposcopie. Pour les futurs gynécologues, un frottis LSIL peut éventuellement être reconstrôlé à 4 à 6 mois avant d'envisager une colposcopie en raison de la clairance naturelle de l'HPV. Mais ici, la lésion est persistante depuis plus de 18 mois, donc un traitement par vaporisation laser est nécessaire.

- A : Toute anomalie du FCU fait sortir du cadre du dépistage classique, au moins temporairement.
- D : Jamais de conisation sans preuve histologique qu'il existe une lésion de haut grade (CIN 2 ou 3); le FCU donne une information cytologique et non pas histologique.
- E : Hors recommandation.

Question 3

Réponse : C.

Commentaire :

- C : Absence de suivi d'une lésion CIN 2 et métrorragies provoquées (+++).
- E : Toujours à éliminer.

Question 4

Réponse : B (PMZ), C (PMZ), D, E.

Commentaire : Ici, on vous demande un bilan initial. Même si on vous laisse sous-entendre dans le dossier qu'il s'agit d'un sujet de cancérologie, les marqueurs tumoraux, l'évaluation de l'état nutritionnel ne font pas partie du bilan d'urgence.

- A : Pas de dosage des marqueurs tumoraux en urgence.
- B : Systématique devant toutes métrorragies chez la femme en âge de procréer.
- C : Troubles digestifs chez une patiente diabétique.
- D : Dans le cadre du bilan de vomissements.

Question 5

Réponse : A (PMZ), E.

Commentaire :

- C : Pas de colposcopie sur une lésion visible.
- D : Non car la lésion est visible.
- E : Les stades IBI correspondent à des tumeurs de moins de 4 cm.

Question 6

Réponse : A, D.

Commentaire : désormais, pour les TDM injectées chez les patients sous metformine, il est recommandé d'arrêter la metformine le jour de l'examen et 48 heures après; il n'est plus nécessaire de l'arrêter 48 heures avant. Pour rappel, une colique néphrétique hyperalgique est définie par les urologues comme résistantes aux AINS et non aux morphiniques.

- A : IRA → échographie rénale en urgence.
- B : L'uro-TDM est justifiée dans les coliques néphrétiques hyperalgiques ou fébriles pour rechercher une complication rénale; de plus, ici, la créatinine est élevée, ne permettant pas l'injection de produit de contraste.
- C : Pas de place dans l'urgence.
- E : À faire pour les TDM injectées, car risque d'acido-lactique avec l'injection de produit de contraste.

Question 7

Réponse : D (PMZ).

Commentaire :

- A : La supplémentation doit être mise en place rapidement mais, devant l'absence de signes ECG, le pronostic vital n'est pas engagé; d'autant plus que la cause de l'hypokaliémie (les vomissements) sera prise en charge par des antiémétiques permettant de ne pas aggraver le trouble ionique.
- D : Il s'agit d'une colique néphrétique compliquée, justifiant une dérivation urinaire en urgence !

Question 8

Réponse : A, C, E (PMZ).

Commentaire :

- B : Ce n'est pas un cancer hormonodépendant, contrairement au cancer du sein et au cancer de l'endomètre !

Question 9

Réponse : A (PMZ), D.

Commentaire : le bilan d'extension cherche surtout à évaluer l'envahissement locorégional et les chaînes ganglionnaires lombo-aortique. Les métastases à distance sont rares dans le cancer du col.

- A : Elle permet de déterminer le stade présumé de la tumeur.
- D : Il permet la recherche de localisation secondaire, notamment l'exploration de la région lombo-aortique à la recherche d'adénopathies suspectes.

Question 10

Réponse : C.

Question 11

Réponse : D.

Question 12

Réponse : D.

Commentaire :

- A : Il s'adresse aux tumeurs de petite taille sans envahissement locorégional.
- D : Il s'agit du traitement de base des stades T2b à T3c; une chirurgie peut être proposée dans un second temps.
- E : Il ne s'agit pas d'un cancer hormonodépendant, donc l'hormonothérapie n'a pas de place.

Question 13

Réponse : A (PMZ), C (PMZ), D.

Commentaire :

- A : À la recherche d'un syndrome inflammatoire ou d'une anémie (dyspnée).
- B : N'a été évalué qu'en néonatalogie donc non recommandé.
- D : Bilan de tachycardie.
- E : Ininterprétables chez les patients atteints d'un cancer.

Question 14

Réponse : E.

Question 15

Réponse : B.

Commentaire : il s'agit d'un cancer lié à l'infection à HPV; il n'y a pas de composante génétique; n'ayant pas de composante héréditaire, il n'y a pas lieu de modifier la surveillance.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B, C, D	6		A, E
2	B	5		
3	C	4		
4	B, C, D, E	8	B, C	
5	A, E	5	A	


6	A, D	8		
7	D	10	D	
8	A, C, E	5		
9	A, D	10	A	
10	C	6		
11	D	7		
12	D	10		
13	A, C, D	5	C	
14	E	8		
15	B	3		
	Total	100		


Pour aller plus loin


Principaux items abordés :

item 35 : Contraception
 item 262 : Lithiase urinaire
 item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers
 item 288 : Cancer : cancérogenèse, oncogénétique
 item 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques; caractérisation du stade; pronostic
 item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade
 item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie
 item 297 : Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin

Référence :

Cancer invasif du col utérin. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_col_uterin_web_2010-02-12_09-57-34_599.pdf).

Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS, juillet 2010. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf).

Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. HAS, juin 2013. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 169.

Cas clinique 30

Question 1

Réponse : D.

Commentaire : métrorragies provoquées → cancer du col jusqu'à preuve du contraire.

Question 2

Réponse : A, D.

Commentaire :

- C : SMZ.
- E : Jusqu'à 65 ans.

Question 3

Réponse : A, D.

Commentaire :

- A : Histologie avant conisation.
- C : Intérêt du typage HPV dans les frottis ASCUS.

Question 4

Réponse : A.

Commentaire :

- D : Le laser est un traitement possible des lésions de bas grade.

Question 5

Réponse : B.

Commentaire :

- A : Le frottis est un examen de dépistage chez les patientes asymptomatiques.

Question 6

Réponse : D.

Commentaire :

- B : Un toucher vaginal délicat permet d'évaluer la taille de la tumeur et son infiltration.
- C : Le drainage ganglionnaire du cancer du col se fait en pelvien et lombo-aortique, et non en inguinal.
- D : Métrorragies post-ménopausiques → cancer de l'endomètre à éliminer.

Question 7

Réponse : A, B.

Question 8

Réponse : C, D, E.

Question 9

Réponse : A, B.

E : SMZ.

Question 10

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire :

- B : Histologie par l'anatomopathologie.

Question 11

Réponse : B.

Commentaire : IIB.

Question 12

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- A : SMZ.
- C : SMZ. Curiethérapie.

Question 13

Réponse : C, D, E.

Commentaire : Gardasil® : 16, 18, 6 et 11 ; Cervarix® : 16 et 18.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	D	10		
2	A, D	8		B
3	A, D	7		
4	A	7		D, E
5	B	6		
6	D	6		
7	A, B	6		
8	C, D, E	9		
9	A, B	10	A	
10	A, C, D, E	10		
11	B	6		
12	B, D, E	9		
13	C, E, E	6		
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 34 : Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies

item 143 : Vaccination

item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers


item 288 : Cancer : cancérogenèse, oncogénétique

item 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques ; caractérisation du stade ; pronostic



item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie

item 297 : Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin

Référence :Cancer invasif du col utérin. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010. ( <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/>

ald_30_gm_col_uterin_web_2010-02-12_09-57-34_599.pdf).

Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS, juillet 2010. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf).Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. HAS, juin 2013. ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf).**Fiche de synthèse : voir p. 169.****Cas clinique 31****Question 1**

Réponse : D, E, F.

Question 2

Réponse : A.

Question 3

Réponse : B.

Question 4

Réponse : A, C, D, E.

Question 5

Réponse : A, B, C.

Question 6

Réponse : D, E.

Commentaire : la conisation ne se fait qu'après documentation *histologique*. Le FCU n'apporte que des données *cytologiques*.**Question 7**

Réponse : E.

Question 8

Réponse : E.

Commentaire : l'évolution du CIN 3 non traité est le carcinome épidermoïde ; les métrorragies provoquées sont assez caractéristiques, puis deviennent spontanées à un stade plus avancé.

Question 9

Réponse : B.

Question 10

Réponse : A, D, E.

Commentaire : le cancer du col est associé à une invasion principalement locorégionale ; le PET-scanner n'est pas systématique : que si stade > IIbNO.

Question 11

Réponse : A, B, C, D.

Question 12

Réponse : C.

Question 13

Réponse : A, C, E.

Question 14

Réponse : A, C.

Question 15

Réponse : B.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	D, E, F	7		
2	A	6		
3	B	6		
4	A, C, D, E	7		
5	A, B, C	7		
6	D, E	7		
7	E	6		
8	E	6		
9	B	6		
10	A, D, E	7		
11	A, B, C, D	7		
12	C	7		
13	A, C, E	7		
14	A, C	7		
15	B	7		
	Total	100		

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers

item 288 : Cancer : cancérogenèse, oncogénétique

item 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques; caractérisation du stade; pronostic

item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade


item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie


item 297 : Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin

Référence :

Cancer invasif du col utérin. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010.  http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_col_uterin_web_2010-02-12_09-57-34_599.pdf.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf.

Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS, juillet 2010.  http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf.

Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. HAS, juin 2013.  http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf.

Fiche de synthèse : voir p. 169.

Cas clinique 32

Question 1

Un frottis cervico-utérin (cervico-vaginal également accepté).

Question 2

Réponse : D.

Question 3

Réponse : C.

Question 4

Réponse : A, B, D.

Commentaire : la classification IOTA (*International Ovarian Tumor Analysis*) décrit ces critères pour discriminer les masses ovariennes suspectes.

Question 5

Réponse : A.

Commentaire : tout facteur augmentant le nombre de cycles ovulatoires augmente le risque de cancer ovarien : stimulation ovarienne, ménopause tardive, puberté précoce, nulliparité...

Question 6

Réponse : C, F.

Commentaire :

- A : La biopsie de l'ovaire expose à un risque de dissémination très élevé chez une patiente ayant une maladie localisée; cependant, de manière exceptionnelle (patients inopérables d'emblée ou suspicion de sarcome), une telle stratégie peut être proposée.
- B : Il est nécessaire de réaliser une IRM *abdomino-pelvienne* qui permet, contrairement à l'IRM pelvienne, d'évaluer les ganglions lymphatiques pelviens et aortiques.

Question 7

Réponse : B, C, D.

Commentaire :

- A : SMZ. Le CA 125 est un marqueur d'inflammation péritonéale; il n'est pas spécifique du cancer de l'ovaire.

Question 8

Réponse : A, E.

Question 9

Réponse : B, E.

Commentaire :

- C : Le tabac est un facteur de risque de cancer du col.
- D : Le cancer de l'ovaire est le deuxième cancer gynécologique pelvien par ordre de fréquence après le cancer de l'endomètre.

Question 10

Réponse : A, B, C, D, E.

Question 11

Réponse : A, D.

Question 12

Réponse : C, D.

Question 13

Réponse : B.

Question 14

Réponse : B, C, D.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	Frottis cervico-vaginal	6		
2	D	5		
3	C	6		
4	A, B, D	4		
5	A	6		
6	C, F	3		
7	B, C, D	10		A
8	A, E	10		
9	B, E	6		
10	A, B, C, D, E	6		
11	A, D	8		
12	C, D	10		
13	B	10		
14	B, C, D	10		
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 120 : Ménopause
item 143 : Vaccination

item 287 : Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers

item 288 : Cancer : cancérogenèse, oncogénétique

item 289 : Diagnostic des cancers : signes d'appel et investigations para-cliniques; caractérisation du stade; pronostic

item 291 : Traitement des cancers : chirurgie, radiothérapie, traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, thérapies ciblées, immunothérapie). La décision thérapeutique pluridisciplinaire et l'information du malade

item 292 : Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie

item 297 : Tumeurs du col utérin, tumeur du corps utérin

item 303 : Tumeurs de l'ovaire

item 309 : Tumeurs du sein

Référence :

Cancer invasif du col utérin. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_col_uterin_web_2010-02-12_09-57-34_599.pdf.

Cancer du sein. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf.

Cancer de l'ovaire. Guide ALD. HAS, INCa, janvier 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald30_gm_k_ovaire_vd_2010-02-11_15-00-56_15.pdf.

Tumeurs de l'ovaire présumées bénignes. CNGOF, 2013. http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2013_FINAL_RPC_tumeurs%20ovaire.pdf.

Fiche de synthèse : voir p. 171.

Cas clinique 33**Question 1**

Réponse : E.

Commentaire : datation à ± 3 jours par la longueur crano-caudale à 12 SA.

Question 2

Réponse : A, C, E.

Commentaire :

- A : Les praticiens doivent avoir réalisé une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) auprès d'un organisme reconnu comme formateur (CNGOF, CFEF...) et disposer d'un numéro d'agrément délivré au vu de la réalisation d'une EPP par les réseaux de périnatalité auxquels ils appartiennent.
- C : Fœtus en position sagittale, ni en flexion ni déflection.
- E : Ce sont les dates fiables de mesure de la clarté nucale.

Question 3

Réponse : C.

Commentaire : le risque combiné associe la clarté nucale et les marqueurs biologiques du premier trimestre; pris isolement, la clarté nucale ou les marqueurs biologiques du premier ou du deuxième trimestre sont moins pertinents pour le dépistage.

- A : Il s'agit d'un diagnostic et non d'un dépistage.

Question 4

Réponse : A, B, C, D.

Commentaire :

- A et B : Ce sont les deux méthodes invasives pour lesquelles une information signée du praticien et le consentement signé de la mère sont nécessaires.
- C : Cette méthode non invasive est fiable à 99,9 % ; elle doit également, comme les méthodes non invasives, être précédées d'une consultation médicale de génétique; pour cette méthode, le résultat rendu n'est pas un caryotype, ce dont doivent être avertis les parents.
- D : Ce marqueur trop élevé indique des risques accrus de prééclampsie, RCIU, MFIU.

Question 5

Réponse : A, B, C, D.

Commentaire :

- A : Médicament très tératogène (anomalies de fermeture du tube neural, microcéphalies, anomalies de la face), qui ne devrait pas être prescrit chez une femme en âge de procréer et avec un désir d'enfant.
- B : C'est l'autre effet du valproate en fin de grossesse chez le fœtus.
- C : Autre effet, joint aussi à une diminution possible du quotient intellectuel.
- D : Changement nécessaire le plus rapidement possible par son neurologue pour d'autres antiépileptiques de type lamotrigine (Lamictal®) ou Keppra® après avis d'un centre de pharmacovigilance.

Question 6

Réponse : A, B, C, E.

Commentaire :

- A : Le risque est multiplié par deux, comme pour le risque de RCIU, de RPM...
- B : Risque augmenté par 2 à 3.
- C : Ce conseil minimal est efficace mais de façon inconstante.
- E : Deux études (dont l'étude française Snipp) n'ont pu montrer un bénéfice évident de la substitution nicotinique sur la minimalisation des effets nocifs du tabagisme (cf. étude Snipp, Grangé et al., CNGOF, 2014); la cigarette électronique ne doit pas être utilisée chez la femme enceinte.

Question 7

Réponse : E.

Commentaire : en effet, ni la NFS ni la glycémie à jeun ne sont obligatoires. Le dépistage de la trisomie 21 doit être systématiquement proposé mais non systé-

matiquement prescrit. L'Ag HBs est obligatoire, mais au 6^e mois.

Question 8

Réponse : A.

Commentaire : le risque de diabète gestationnel dépend de l'IMC et est d'autant plus élevé que l'IMC est important. Les recommandations du CNGOF sur le diabète gestationnel préconisent d'effectuer au premier trimestre une glycémie à jeun. Le diagnostic de diabète gestationnel est alors porté à ce stade de la grossesse si la glycémie est >0,92 g/l et le diagnostic de diabète de type 2 est porté si la glycémie dépasse 1,26 g/l. Si le taux de glycémie est normal et parce que cette patiente est à risque, il faudra proposer une HGPO selon les critères de l'étude HAPO entre 24 et 28 SA.

Question 9

Réponse : A.

Commentaire : les recommandations ne préconisent pas, en cas de paternité certaine et si le père est rhésus négatif, d'effectuer une injection de gammaglobulines. Quant à E, ce sera sûrement l'avenir mais ce test n'est actuellement pas réalisé en routine (sauf cas d'immunisation anti-D, par exemple) et non pris en charge par l'assurance maladie sauf exceptions (cas des demandes de génotypage en cas d'allo-immunisations materno-fœtales avérées).

Question 10

Réponse : B.

Commentaire : pas d'anémie (anémie au 6^e mois si Hb < à 10,5 g/dl; anémie au premier trimestre si Hb < 11 g/dl), donc pas de traitement; pas d'exploration supplémentaire.

Question 11

Réponse : C, E.

Commentaire : dépistage par un seul prélèvement au tiers inférieur du vagin, entre 34 et 38 SA (HAS) idéalement à 35 SA. Demander un antibiogramme si la patiente est allergique à la pénicilline — ce qui est le cas de notre patiente. Pas de traitement d'un portage. Lire les recommandations européennes récentes sur le sujet (+++). L'avenir — et déjà pour certaines maternités actuellement — sera le diagnostic du portage fait en 30 minutes par l'ADN du streptocoque B pour toutes les patientes à l'entrée en travail ou pour les mères n'ayant pas été dépistées par biologie délocalisées au bloc obstétrical (système Genexpert®).

Question 12

Réponse : A, D, E.

Commentaire : ce qui compte, puisque les recommandations HAS et CNGOF proposent des dates « limites » différentes, est la surveillance du bien-être fœtal par échographie et ERCF.

- A : Situation fréquente.
- B : Le terme a été corrigé par la LCC au premier trimestre.
- D : Selon recommandations HAS sur le dépassement du terme.
- E : Selon les recommandations CNGOF.

Question 13

Réponse : E.

Commentaire : en effet, la tête fœtale peut être engagée au début du 9^e mois chez une primipare qui n'accouchera qu'à 40 SA; une rupture prématurée des membranes peut survenir à 38 SA sans que le travail ne se déclenche; le col peut être raccourci des semaines avant l'accouchement. Enfin, des contractions peuvent ne pas être associées à un début de travail.

Question 14

Réponse : C, D, E.

Commentaire : C ou E car la patiente a une allergie à la pénicilline ! L'allergie croisée avec les céphalosporines de troisième génération est rare; il est permis d'envisager l'utilisation de la céfazoline (Céfacidal®). L'érythromycine depuis les recommandations récentes européennes n'est plus utilisée du fait de sa mauvaise diffusibilité dans le liquide amniotique et du taux de résistance important des streptocoques B. La vancomycine ne sera utilisée qu'exceptionnellement en cas de contre-indications aux autres antibiotiques et en cas de résistance bactérienne.

Question 15

Réponse : B, C, D.

Commentaire :

- B : Car la petite fontanelle (lambda) est en haut et à gauche (de la patiente).
- C : Car c'est une présentation céphalique et du sommet puisque c'est l'occiput qui est dans l'aire de dilatation.
- D : Car la flexion est souvent excellente, avec un amoindrissement des diamètres fœtaux (faible valeur du diamètre sous occipito-bregmatique = 9,5 cm) et la rotation sera seulement de 45 % vers en avant pour un dégagement en occipito-pubien.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	E	6		
2	A, C, E	7		
3	C	6		
4	A, B, C, D	7		
5	A, B, C, D	7		
6	A, B, C, E	7		
7	E	6		
8	A	6		
9	A	6		
10	B	7		
11	C, E	7		
12	A, D, E	7		
13	E	7		
14	C, D, E	7		
15	B, C, D	7		
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 22 : Grossesse normale


item 23 : Principales complications de la grossesse


item 26 : Prévention des risques fœtaux : infection (...)


item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales


item 43 : Problèmes posés par les maladies génétiques : trisomie 21 (...)

Référence :

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (HAS, mai 2016). ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf).

Le diabète gestationnel (CNGOF, 2010). ( http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf).

Infections cervico-vaginales et grossesse (CNGOF, 1997). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_02.HTM).

Infections urinaires au cours de la grossesse. Colonisation urinaire gravidique, cystite gravidique, pyélonéphrite aiguë gravidique (SPILF, décembre 2015). ( <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-grossesse-spilf-2015.pdf>).

Fiche de synthèse : voir p. 146 et 147.**Cas clinique 34****Question 1**

Réponse : A, C, E.

Commentaire :

- A : 14 jours de plus que le premier jour des règles = date de l'ovulation chez cette femme aux cycles réguliers, le début de la grossesse étant assimilé à l'ovulation.
- C : car 26 novembre = 41 SA révolues.
- E : 37 SA : la définition de l'accouchement prématuré est une naissance < 37 SA.

Question 2

Réponse : C, D.

Commentaire :

- C : En l'absence de documentation antérieure d'une immunité.
- D : Obligatoire à chaque grossesse.

Question 3

Réponse : A, D.

Commentaire :

- A : On peut faire la déclaration jusqu'à 16 SA.
- D : C'est cette seule date qu'il est obligatoire de mentionner sur la déclaration.

Question 4

Réponse : A, C, E.

Commentaire :

- A : La clarté nucale est fine, < à 3 mm.
- C : Mesurée correctement sur un embryon en coupe sagittale stricte.
- E : La clarté nucale indique non seulement un risque accru de trisomie 21 mais aussi un risque accru de malformations fœtales (surtout cardiaques mais aussi osseuses, rénales...).

Question 5

Réponse : B, C, E.

Commentaire :

- B et C : Le risque d'anomalie chromosomique est élevé car la clarté nucale est importante, > 3 mm. Dans ces cas-là, on peut proposer d'emblée à la patiente l'obtention d'un caryotype fœtal soit par biopsie de trophoblaste (résultats rapides par examen direct) soit par amniocentèse (résultats rapides par FISH suivis d'une culture cellulaire) et au mieux après une consultation médicale de génétique. Les risques de pertes fœtales pour les deux techniques sont identiques pour des équipes entraînées.
- E : Un avis auprès d'un CPDPN est utile étant donné le risque d'anomalie fœtale et les risques génétiques autres que la trisomie 21, même si l'hyperclarté nucale régresse en cas de caryotype fœtal normal. Il faudra au minimum un suivi échographique par des spécialistes de médecine fœtale et une échocardiographie fœtale à 22 SA.

Question 6

Réponse : A, E.

Commentaire : l'hépatite C est recommandée mais non obligatoire. L'HGPO se pratique sur des patientes à risques de diabète gestationnel, la ferritine n'est utile qu'en cas de forte présomption d'anémie par carence martiale.

Question 7

Réponse : A, B, D.

Commentaire : le risque hémorragique est réel, de même que celui de rupture prématurée des membranes. Cette position du placenta à 22 SA n'est pas définitive, l'ampliation du segment inférieur au troisième trimestre le refoulant parfois à distance du col.

Question 8

Réponse : C, D, E.

Commentaire : pas de contre-indication à ces antalgiques en cours de grossesse, ici à 29 SA. L'usage des morphiniques expose à un syndrome d'imprégnation et de sevrage du nouveau-né lorsqu'ils sont administrés au long cours et à l'approche du terme.

Question 9

Réponse : B.

Commentaire : à ce terme, 30 SA, la hauteur utérine chez cette femme mince (IMC à 22) est de 26 cm.

Question 10

Réponse : A, C.

Commentaire : à la 32^e SA, le col est long et fermé, n'indiquant pas un risque accru d'accouchement pré-

maturé, bien que ce critère ne soit pas d'une pertinence absolue.

Question 11

Réponse : A, C, D.

Commentaire :

- A : Ce sera l'échographie de 32 SA.
- B : La BU est obligatoire à chaque consultation.
- C : La consultation d'anesthésie est nécessaire et doit être programmée au 8^e ou 9^e mois, voire avant en cas de pathologie maternelle ou de risque hémorragique.

Question 12

Réponse : A, D, E.

Commentaire :

- A : À ce terme (33 SA), il n'est pas rare qu'il y ait une présentation podalique (siège complet ou décompleté); la présentation du siège n'est donc pas définitive.
- D : On peut opter à ce terme et dès le diagnostic pour une version par manœuvre externe qui n'est pas toujours couronnée de succès (recommandations CNGOF, 2002).
- E : Les présentations du siège peuvent être imposées par des anomalies de forme utérine (utérus cloisonné, bicorne, unicorne...) ou des malformations utérines (hydramnios associé, tératomes fœtaux...).

Question 13

Réponse : B, D.

Commentaire :

- B : Car chez cette multipare, la dilatation est concomitante de l'effacement du col voire peut le précéder, à la différence de la primipare.
- D : Engagement de la présentation et dilatation du col sont deux phénomènes indépendants, sans simultanéité absolue.

Question 14

Réponse : C, D.

Commentaire :

- C : L'ERCF n'est pas un ECG mais une analyse de la fréquence cardiaque (battement par battement) et de ses variations.
- D : Durant le travail, ses variations éventuelles sont analysées en fonction des contractions utérines, ce qui permet de classer les ralentissements en types de sévérités différentes (précoces, tardifs, variables...).

Question 15

Réponse : B, C.

Commentaire : pas d'analgésie péridurale chez cette femme car elle reçoit des anticoagulants à doses curatives, ce qui est une contre-indication à l'analgésie péridurale (risques d'hématome péri-médullaire, paralégie...).

- B : Le protoxyde d'azote peut aider si les contractions ne sont pas trop intenses.
- C : La nalbuphine peut être utilisée, sans méconnaître le fait d'une sédation possible du nouveau-né si la naissance survient

rapidement après l'administration du produit. Ces patientes peuvent bénéficier avant la naissance de préparation à la naissance par hypnose ou de techniques de relaxation ou de sophrologie.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, C, E.	6		
2	C, D	7		
3	A, D	7		
4	A, C, E	7		
5	B, C, E	7		
6	A, E	7		
7	A, B, D	7		
8	C, D, E	7		
9	B	6		
10	A, C	7		
11	A, C, D	7		
12	A, D, E	7		
13	B, D	6		
14	C, D	6		
15	B, C	6		
	Total	100		

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :


item 22 : Grossesse normale


item 23 : Principales complications de la grossesse


item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales


item 43 : Problèmes posés par les maladies génétiques : trisomie 21 (...)

Référence :

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (HAS, mai 2016).  http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf.

Thrombophilie et grossesse. Prévention des risques thrombotiques maternels et placentaires (ANAES, 2003).  http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Thrombophilie_grossesse_court.pdf.

La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes (CNGOF, 2002).  http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM.

Post-partum (CNGOF, 2015).  <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>.

Fiche de synthèse : voir p. 146 et 147.

Cas clinique 35

Question 1

Réponse : A, C.

Commentaire :

- B : DIU au cuivre seulement.
- D : Dans les 5 jours.
- E : SMZ.

Les trois contraceptifs d'urgence sont les suivants (HAS, 2013) :

- lévonorgestrel dans les 72 heures, de préférence dans les 12 heures;
- ulipristal d'acétate dans les 5 jours;
- DIU au cuivre dans les 5 jours.

Une contraception d'urgence est indiquée devant un rapport non protégé avec oubli de pilule dans les 7 derniers jours. Sans oublier : information sur le risque d'échec, le possible trouble des règles, hCG dans les 5 jours si absence de saignements ou saignements anormaux, et le risque d'IST (+ partenaire).

Question 2

Réponse : A, C, E.

Commentaire :

- B : Inefficacité si poids > 80 kg.
 - E : Faire attention avec reprise de la pilule.
- Utilisation déconseillée des molécules contraceptives d'urgence dans les situations suivantes :
- lévonorgestrel : hypersensibilité, poids > 75 kg (inefficace > 80 kg), antécédent de grossesse ectopique, association médicamenteuse (inducteur enzymatique);
 - ulipristal d'acétate (*per os*) : insuffisance hépatique, asthme sévère, association médicamenteuse (inducteur enzymatique, notamment avec pilule contraceptive).

Question 3

Réponse : A, B, C, E.

Commentaire : le syndrome d'alcoolisation fœtale (HAS, 2013) :

- dysmorphie faciale : fentes palpébrales raccourcies, sillon naso-labial lisse, allongé, effacé, lèvres supérieure mince;
- retard de croissance pré- ou postnatal;
- trouble du développement neurologique : retard mental, difficultés d'apprentissage, déficience sensorielle notamment visuelle.

Tolérance ZÉRO : il existe un risque même lors d'une consommation ponctuelle.

Question 4

Réponse : A (PMZ), B, C, E.

Commentaire :

- A : Entre 24 et 28 SA, dépistage ciblé.
- C : H0 > 0,92 g/l.
- D : H1 > 1,80 g/l.
- E : H2 > 1,53 g/l.

Diabète gestationnel (HAS, 2012) : dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque; les trois valeurs à connaître pour le test OMS à 75 g de glucose sont : H0 > 0,92; H1 > 1,80; H2 > 1,53.

Question 5

Réponse : A, E.

Commentaire :

- D : Postprandiale < 1,20 g/l.
- E : Préprandiale < 0,95 g/l.

Diabète (HAS, 2013) :

- lors d'un diabète préexistant : l'objectif périconceptionnel d'HbA1c est de 6,5 % ;
- les deux valeurs à connaître dans le suivi d'un diabète gestationnel et dans le diabète préexistant chez une femme en désir de grossesse sont : glycémie capillaire préprandiale < 0,95, postprandiale < 1,20.

Question 6

Réponse : A, C (PMZ), E.

Commentaire :

- A : Car hypersulinisme.
- C : Et donc risque de plexus brachial augmenté.
- D : SMZ.

Le diabète gestationnel a pour risque :

- fœtal : macrosomie, MFIU, hydramnios, plexus brachial, dystocie des épaules ;
- néonatal : hypoglycémie, troubles ioniques (dyscalcémies), détresse respiratoire aiguë, extraction instrumentale, prématurité (MAP) ;
- maternel : HTA gravidique et prééclampsie, lésions périnéales, hémorragies de la délivrance (distension utérine), infections.

Question 7

Réponse : A, B, C (PMZ), D, E.

Commentaire : le bilan initial de MAP comprend :

- un bilan étiologique : NFS, CRP, PV, ECBU ;
- un bilan des conséquences : échographie fœtale (vitalité, liquide, estimation de poids fœtal).

Question 8

Réponse : B, C, D.

Commentaire :

- A : On peut accoucher du siège par voie basse.
- Indications de la césarienne programmée à terme (HAS, 2012) :
- utérus tricatriciel ;
 - présentation du siège avec bassin rétréci ou absence de déflexion de la tête ;
 - macrosomie :
 - > 4 500–5 000 g hors diabète gestationnel ;
 - > 4 250–4 500 g si diabète gestationnel ;
 - risque de transmission d'infection fœtomaternelle : VIH avec copies > 400, primo-infection à HSV après 35 SA ;
 - placenta praevia recouvrant et autres cas assez rares.

Question 9

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- A : 2 à 3 contractions par 10 minutes.
- C : Il est normoréactif.

Lorsqu'on décrit un rythme cardiaque fœtal :

- tocographie : 10 minutes séparent les lignes verticales (avec les chiffres) ;
- rythme de base ;
- oscillation : variations ;
- réaction : accélérations ;
- décélérations.

Ne pas hésiter à dire que les examens sont normaux dans les cas cliniques !

Question 10

Réponse : A, B, C (PMZ), D, E.

Commentaire :

- E : Ce sont des prostaglandines.
- Hémorragie de la délivrance (CNGOF, 2014) :
- saignement > 500 ml, quelle que soit la voie d'accouchement [nouveau 2014] ;
 - diagramme de prise en charge très bien résumé sur le site du CNGOF.

Question 11

Réponse : C.

D : SMZ.

Commentaire : les tranchées sont des contractions utérines après l'accouchement; elles sont plus intenses car la patiente allaite.

Question 12

Réponse : A, B, C, E.

Recommandation sur les infections génitales hautes (CNGOF, 2012) :

- le diagnostic est clinico-biologique, aidé de l'échographie ;
- traitement de l'endométrite du *post-partum* :
 - si la patiente allaite : amoxicilline-acide clavulanique IV ou céphalosporine de troisième génération + métronidazole ;
 - si la patiente n'allait pas : clindamycine + gentamycine IV.

Question 13

Réponse : A, C.

Commentaire :

- B : SMZ. Risque thromboembolique lié au *post-partum*.
 - D : DIU possible dans les mois suivant l'accouchement par voie basse.
 - E : DIU possible dans les mois suivant la césarienne.
- La contraception à privilégier est une pilule microprogestative, en raison du risque thromboembolique. Le DIU (au cuivre ou aux hormones) peut être posé quelle que soit la voie d'accouchement dans les mois suivant l'accouchement.

Question 14

Réponse : A, B, D.

Commentaire : trois examens sont indiqués systématiquement devant un enfant obèse ou en surpoids avec

antécédent familial de diabète ou dyslipidémie : EAL, glycémie à jeun, transaminases (HAS, 2011).

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, C	8		E
2	A, C, E	6		
3	A, B, C, E	6		
4	A, B, C, E	8	A	
5	A, E	8		
6	A, C, E	8	C	D
7	A, B, C, D, E	8	C	
8	B, C, D	6		
9	B, D, E	6		
10	A, B, C, D, E	10	C	
11	C	4		D
12	A, B, C, E	8		
13	A, C	8		B
14	A, B, D	6		
	Total	100		

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

item 22 : Grossesse normale

item 26 : Prévention des risques fœtaux : infection (...)

item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales

item 33 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours

item 35 : Contraception

item 245 : Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications

item 252 : Nutrition et grossesse

Référence :

Le diabète gestationnel. CNGOF, 2010. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf.

Les infections génitales hautes. CNGOF, 2012. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_infections_2012.pdf.

Les hémorragies du *post-partum*. CNGOF, 2014. http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf.

Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. HAS, septembre 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/obesite_enfant_et_adolescent_-_synthese.pdf.

Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2. HAS, janvier 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/10irp04_synth_diabete_type_2_objectif_glycemique_messages_cles.pdf.

Indications de la césarienne programmée à terme. HAS, janvier 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_fiche_de_synthese_-_indications.pdf.

Troubles causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. HAS, juillet 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/troubles_causés_par_l'alcoolisation_foetale_reperage_-_fiche_memo.pdf.

Fiche de synthèse : voir p. 146, 155 et 156.

Cas clinique 36

Question 1

Réponse : A, C.

Commentaire :

- A : Ne jamais l'oublier.
- D : SMZ.

La patiente est vierge, ce qui limite l'examen clinique et échographique. L'examen vulvaire et hyménéal permet d'apprécier l'anatomie de la patiente ; néanmoins certains gestes ne peuvent être systématiques.

Question 2

Réponse : E.

Commentaire :

- A : Seulement sur point d'appel.
- C : Obligatoirement proposée.
- E : Obligatoire.

Question 3

Réponse : B.

Commentaire : la sérologie rubéole est obligatoire et prioritaire car la primo-infection rubéoleuse en cours de grossesse peut induire une embryo-fœtopathie sévère. La prévention repose sur la vaccination et la connaissance du statut sérologique de la patiente. Si la patiente est séronégative pour la rubéole, elle n'est *a priori* pas protégée. Néanmoins, les tests sérologiques standards n'ont pas une sensibilité de 100 % ; aussi, en cas de vaccinations itératives antérieures, l'immunité est acquise et toute vaccination supplémentaire est superflue. En outre, il n'existe pas de sérothérapie spécifique contre la rubéole.

Question 4

Réponse : A, E (PMZ).

Commentaire :

- C : Dépistage combiné = marqueurs sériques + clarté nucale mesurée au premier trimestre + âge maternel.

La plupart des trisomies 21 résultent d'une anomalie de la ségrégation méiotique des gamètes (surtout ovocytaire). La forme la plus classique est la trisomie 21 libre (trois chromosomes 21 indépendants) et homogène (concerne toutes les cellules d'un individu).

Question 5

Réponse : A, E (PMZ).

Commentaire :

- B : Terme théorique : 41 SA.
- D : Prématuré si < 37 SA.

Le terme théorique (à ne pas confondre avec le terme réel de l'accouchement toujours inconnu au départ) est de 41 SA (ajouter 9 mois à la date de début de grossesse théorique : ici 24 mars + 9 mois = 24 décembre). Le moyen le plus fiable, hors PMA, pour connaître l'âge d'une grossesse est de mesurer la LCC embryonnaire en début de grossesse.

Question 6

Réponse : B, C, D.

Commentaire : question assez spécialisée.

- A : Une séroconversion récente aurait montré des IgM seules.
- E : Pas d'urgence diagnostique car malheureusement il n'existe pas de traitement.

La sérologie CMV n'est pas obligatoire en cours de grossesse normale. Cette sérologie a pour caractéristique de détecter des IgM longtemps après une primo-infection. Une sérologie CMV positive ne peut pas exclure une fœtopathie à CMV (réactivation virale ou infection par une nouvelle souche peu sensible aux anticorps maternels).

Question 7

Réponse : D.

E : SMZ.

Commentaire : la grossesse multiplie par 6 environ les risques thrombotiques veineux. Les trajets longs constituent un facteur de risque supplémentaire. Une sérologie syphilitique dissociée (TPHA⁻, VDRL⁺) en début de grossesse doit faire rechercher un syndrome des anti-phospholipides.

Question 8

Réponse : B.

Commentaire : évoque un lupus.

Question 9

Réponse : A, B, D.

Commentaire :

- A : Si le liquide est clair.
 - B : Si le liquide est méconial.
- Du liquide vert dans le cul-de-sac vaginal postérieur évoque la présence de liquide amniotique méconial.

Question 10

Réponse : C.

Commentaire :

- A : SMZ. Travail = modifications cervicales + contractions utérines régulières rapprochées.
- La rupture des membranes est un phénomène indépendant de la définition du travail même si elle peut favoriser la survenue de contractions. Entre 10 et 15 %

des femmes sont porteuses de streptocoque B vaginal. Dans ce cas, les recommandations du CNGOF indiquent un traitement antibiotique maternel, un accouchement dans les 24 heures environ après la rupture membranaire et une surveillance néonatale. Les antibiotiques chez le nouveau-né ne sont pas systématiques.

Question 11

Réponse : B.

Commentaire :

- B : Car nouveau-né rhésus négatif : pas de risque d'allo-immunisation rhésus chez la mère.
- C : Jamais chez le nouveau-né.
- D : Mère groupe O ; nouveau-né groupe A.
- E : Les HBPM ne passent pas la barrière placentaire.

La mère est de groupe sanguin O rhésus négatif et le nouveau-né A rhésus négatif. Les gammaglobulines anti-D ne sont donc pas indiquées. Il existe un risque d'ictère par incompatibilité ABO chez le nouveau-né. Les tests de coagulation sont sans intérêt car les HBPM ne passent pas la barrière placentaire.

Question 12

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire :

- A : SMZ. Contre-indication formelle des pilules œstroprogestatives car antécédent thromboembolique.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, C	8		D
2	E	8		
3	B	8		
4	A, E	8	E	
5	A, E	8	E	
6	B, C, D	8		
7	D	8		E
8	B	10		
9	A, B, D	10		
10	C	8		A
11	B	8		
12	B, C, D, E	8		A
	Total	100		


Pour aller plus loin


Principaux items abordés :


- item 22 : Grossesse normale
- item 23 : Principales complications de la grossesse
- item 26 : Prévention des risques fœtaux : infection (...)
- item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales


item 35 : Contraception
 item 43 : Problèmes posés par les maladies génétiques : trisomie 21 (...)
 item 143 : Vaccination


Référence :

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (HAS, mai 2016). ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf).

Infections cervico-vaginales et grossesse (CNGOF, 1997). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_02.HTM).

Infections urinaires au cours de la grossesse. Colonisation urinaire gravidique, cystite gravidique, pyélonéphrite aiguë gravidique (SPILF, décembre 2015). ( <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/infections-urinaires-grossesse-spilf-2015.pdf>).

Post-partum (CNGOF, 2015). ( <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>).

Contraception chez la femme en post-partum (HAS, 2013, 2015). ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 146 et 147.

Cas clinique 37**Question 1**

Réponse : B (PMZ), C.

Commentaire : césarienne il y a moins d'un an.

Question 2

Réponse : E (PMZ).

Commentaire : rhésus.

Question 3

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire :

- B : manque le pédiatre.

Question 4

Réponse : A (PMZ), B, C, D.

Commentaire : césarienne il y a moins d'un an.

Question 5

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire : barre épigastrique : rupture d'hématome capsulaire hépatique.

Question 6

Réponse : A, B, D, E.

Question 7

Réponse : D, E.

Commentaire : si prochaine grossesse, césarienne itérative. Anticonvulsivants avant la césarienne (sulfate de

magnésium +++ ; sinon benzodiazépine encore par certaines équipes) ! Imagerie cérébrale dans la journée.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B, C	25	B	
2	E	25	E	
3	A, C, D, E	10		
4	A, B, C, D	10	A	
5	B, C, D, E	10		
6	A, B, D, E	10		
7	D, E	10		
	Total	100		


Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 22 : Grossesse normale

item 23 : Principales complications de la grossesse

item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales

Référence :

Césarienne : conséquences et indications (CNGOF, 2000). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM).

Fiche de synthèse : voir p. 160.

Cas clinique 38**Question 1**

Réponse : C, D, E.

Question 2

Réponse : B, D.

E : SMZ.

Question 3

Infection maternofoetale à *Listeria monocytogenes* (chorioamniotite).

Question 4

Réponse : B.

Commentaire :

- A : Avant 37 SA, rupture prématurée.
- B : Poursuite de l'amoxicilline car *Listeria* suspectée précédemment, antibiothérapie non terminée ; sinon, dans le cadre d'une rupture, antibiothérapie fonction du terme et du résultat du prélèvement streptocoque B entre 34 et 38 SA.

NB :

- Sensible mais peu spécifique, bon marché : Amniocator®, test à la nitrazine.

- Spécifiques mais coûteux : PROM Test®/Actim PROM®, immunodosage rapide spécifique de l'IGFBP-1 ; test à la diamine oxydase.
- Cure de corticoïdes : à partir de 26 SA ; jusque 35 SA +6 jours. Pas après 33 SA + 6 jours si déjà une cure (à partir de 23 SA + 4 jours si MAP sévère et souhait des parents de prise en charge).

Question 5

Réponse : C.
E : SMZ.

Question 6

Réponse : B, D, E.

Grille d'évaluation



N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	C, D, E	18		
2	B, D	18		E
3	Infection maternofoetale à <i>Listeria monocytogenes</i>	10		
4	B	18		
5	C	18		E
6	B, D, E	18		
	Total	100		

Pour aller plus loin

Principaux items abordés :

- item 22 : Grossesse normale
- item 23 : Principales complications de la grossesse
- item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales

Référence :

Infections cervico-vaginales et grossesse (CNGOF, 1997).  http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_02.HTM.
Césarienne : conséquences et indications (CNGOF, 2000).  http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM.

Cas clinique 39

Question 1

Réponse : B, C, D.
Commentaire :

- D : Pas d'enregistrement cardiaque fœtal à ce terme (tocométrie seule possible en revanche).

Question 2

Réponse : C, D, F.

Commentaire :

- B : FCV à partir de 25 ans.
- E : SMZ.

Question 3

Réponse : C, D, E.

Commentaire :

- A : Les contractions sont diagnostiquées cliniquement.
- C : Recherche d'un facteur déclenchant.

Question 4

Réponse : A, B, D, E.

Question 5

Réponse : C, D, E.

Commentaire :

- Sévère à partir d'1 litre ; un saignement en nappe sans caillots à 900 cc... ce n'est pas normal !
- Mise en condition : monitoring cardiotensionnel, oxymètre de pouls, O₂ masque à haute concentration, deux VVP de bon calibre, poche de recueil de sang, sonde urinaire.
- Prise en charge de la CIVD :
 - PFC pour TP supérieur à 60% et TCA inférieur à 1,5 témoin ;
 - fibrinogène pour supérieur à 3 g ;
 - concentré plaquettaire si inférieures à 30000 (ou 50000 si césarienne) pour supérieur à 100000.
- Remplissage (+++), transfusion.
- Syntocynon® (ocytocique) puis, si insuffisant, Nalador® (prostaglandines).
- Antibiotrophylaxie.
- Ballon de Bakri (surtout si nécessité de transfert).
- Embolisation (radiologie interventionnelle) : seulement si stable hémodynamiquement (attention, après arrêt du Nalador®).
- En dernier recours : capitonnage utérin, ligatures artérielles, voire hystérectomie d'hémostase.

Question 6

Réponse : B, C, D.

Commentaire :

- A : Dans les 30 minutes.
- C : Vérification de l'intégrité des membranes et des cotylédons.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	B, C, D	20		
2	C, D, F	20		E
3	C, D, E	15		
4	A, B, D, E	15		
5	C, D, E	15		
6	B, C, D	15		
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 22 : Grossesse normale


item 23 : Principales complications de la grossesse

item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales

item 33 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours

item 41 : Hémorragie génitale chez la femme

Référence :

La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes (CNGOF, 2002). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM).

Hémorragies du *post-partum* immédiat (CNGOF, 2004). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_12.HTM).

Les hémorragies du *post-partum*. CNGOF, 2014. ( http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 152, 157 et 159.

Cas clinique 40**Question 1**

Réponse : A, B, D.

Commentaire :

- E : Pas de cure de corticoïdes avant 24 SA.
- C : Rhophylac® avant amniocentèse.

Question 2

Réponse : A, B, D.

Commentaire : immunisée contre la rubéole.

Question 3

Réponse : B, C, D (PMZ).

Question 4

Réponse : A, E.

Commentaire : vaccin ROR : en *post-partum*.

Question 5

Réponse : A, B, D, E.

Commentaire : redistribution du flux sanguin en hypoperfusion : diminution des résistances cérébrales. Aboutit à une inversion des dopplers.

Grille d'évaluation

N°	Réponses	Points	PMZ	SMZ
1	A, B, D	23		
2	A, B, D	23		
3	B, C, D	23	D	
4	A, E	23		
5	A, B, D, E	8		
	Total	100		

Pour aller plus loin**Principaux items abordés :**

item 22 : Grossesse normale

item 23 : Principales complications de la grossesse

item 26 : Prévention des risques fœtaux

item 30 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales


item 26 : Prévention des risques fœtaux : infection (...)


item 43 : Problèmes posés par les maladies génétiques : trisomie 21 (...)


item 143 : Vaccination

item 326 : Prescription et surveillance des antithrombotiques

Référence :

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (HAS, mai 2016). ( http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf).

Prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D fœto-maternelle (CNGOF, 2005). ( http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM).

Le retard de croissance intra-utérin. RPC (CNGOF, 2013). ( http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2013_FINAL_RPC_rciu.pdf).

Fiche de synthèse : voir p. 158.

Fiche de synthèse du cas clinique 1

Syndrome de l'X fragile

Maladie génétique :

- mutation instable du gène *FMR1* conduisant à une expansion de triplets CGG;
- transmission liée à l'X atypique sous forme de pré-mutation ou de mutation complète;
- pénétrance incomplète chez les sujets de sexe féminin pré-mutée (40 % pauci- ou asymptomatique);
- mutation complète chez les sujets de sexe masculin.

Épidémiologie :

- prévalence d'un pour 4 000 chez les garçons;
- 1,3 % de filles pré-mutées.

Triade clinique chez les garçons :

- retard mental (degré d'atteinte variable);
- dysmorphie;
- macro-orchidie après la puberté.

Chez les filles :

- troubles de l'apprentissage, du comportement et déficience intellectuelle;
- insuffisance ovarienne précoce.

Diagnostic par biologie moléculaire :

- PCR : amplification de l'ADN et compte du nombre de triplets CGG;
- *Southern blot*.

Fiche de synthèse du cas clinique 2**Prise en charge d'une séroconversion toxoplasmose**

Séroconversion récente = apparition d'IgM sans IgG.

Datation de la séroconversion :

- mesure de l'avidité des IgG;
- évolution des sérologies sur deux prélèvements à 3 semaines d'intervalle;
 - si élévation des IgG et des IgM → contamination récente < 2 mois;
 - si taux d'IgG stable → contamination ancienne.

Traitement préventif en urgence :

- spiramycine (Rovamycine®) 3 MUI 3 fois par jour;
- réduit de 50 % le passage transplacentaire du parasite.

Diagnostic anténatal ; évaluation du risque foetal :

- information des parents du risque de perte foetal de 0,5 à 1 % lié à l'amniocentèse;
- prévention de l'allo-immunisation fœtomaternelle;
- amniocentèse dès 18 SA et 4 semaines après la séroconversion maternelle :
 - PCR de l'ADN *Toxoplasma gondii*;
 - test d'inoculation à la souris.

Toxoplasmose congénitale confirmée :

- risque maximal entre 10 SA et 24 SA;
- surveillance échographique rapprochée, IRM cérébrale anténatale à 32 SA;
- traitement curatif;
- proposition d'IMG en cas de fœtopathie.

Particularité :

- séroconversion de fin de grossesse → traitement curatif sans délai.

Fiche de synthèse des cas cliniques 3, 7, 33, 34, 35 et 36

Grossesse normale

Le diagnostic de **terme** repose sur la date des dernières règles et, en cas d'incertitude, sur une échographie réalisée avant 12 SA.

En début de grossesse, il est important d'**évaluer les risques gravidiques** afin de diriger cette femme enceinte vers la structure adaptée à sa pathologie (ou à son risque).

Sept consultations sont obligatoires au cours de la grossesse. Des **examens complémentaires** sont obligatoires au cours de la grossesse (cf. *infra*). Les **trois échographies** conseillées sont réalisées à **12 SA, 22 SA** et **32 SA**. Une consultation au niveau de la maternité qui prendra en charge la parturiente est obligatoire au dernier trimestre.

Le **dépistage de la trisomie 21** repose sur l'analyse des facteurs de risque à partir des antécédents, de l'échographie de 12 SA et des marqueurs sériques.

Au cours de la grossesse, aucune **supplémentation** n'est conseillée en dehors de l'acide folique jusqu'à 10 SA (et en préconceptionnel), de l'iode et la vitamine D au 7^e mois.

Facteurs de risque de dysthyroïdie :

- âge > 30 ans;
- histoire familiale de pathologie thyroïdienne auto-immune ou d'hypothyroïdie;
- présence d'un goitre;
- présence d'anticorps antithyroïdien, particulièrement d'anti-TPO;
- signes cliniques d'hypothyroïdie;
- autre pathologie auto-immune ou diabète de type 1;
- notion d'infertilité;
- antécédent d'accouchement prématuré;
- antécédent d'irradiation cervicale ou de chirurgie thyroïdienne;
- patiente sous Lévothyrox®.

Facteurs de risque de diabète gestationnel :

- surcharge pondérale : IMC (juste avant grossesse) ≥ 25 kg/m²;
- âge ≥ 35 ans;
- antécédents familiaux au premier degré de diabète de type 2;
- antécédents personnels de diabète gestationnel ou de macrosomie.

Le **bilan paraclinique obligatoire** comprend :

- des sérologies : rubéole, toxoplasmose, syphilis;
- la première détermination du groupe sanguin ABO, Rh et Kell, RAI;
- une bandelette urinaire : recherche de protéinuries et de glycosurie.

Le **bilan paraclinique non obligatoire** comprend :

- sérologies VIH, VHC, VHB;
- NFS de dépistage précoce d'une anémie.

Note sur les congés :

- congés maternité : 6 semaines avant, 10 semaines après, + 14 jours si grossesse pathologique;
- congés paternité : 11 jours.

Fiche de synthèse des cas cliniques 3, 6, 33, 34 et 36

Accouchement normal en présentation du sommet

Première étape du travail

Période de **dilatation** du col utérin.

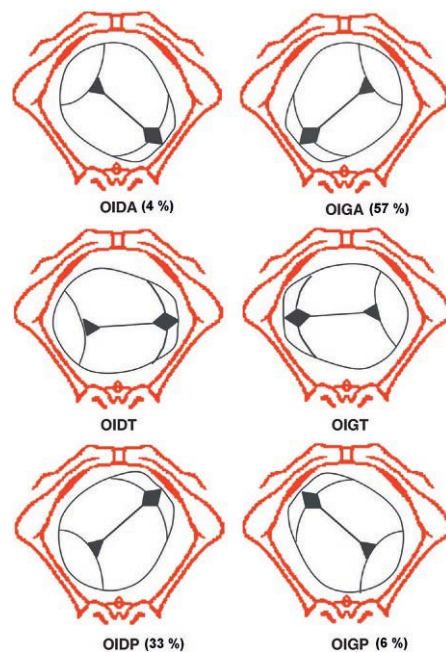
Définition du travail :

- contractions utérines **doulooureuses** et **rapprochées** (> 2 par 10 minutes);
- associées à des modifications cervicales;
- > 37 SA.
- Deux phases : latence puis active.

Deuxième étape du travail

Engagement :

- franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation;
- quatre opérations d'accommodation de la tête fœtale au détroit supérieur :
 - flexion;
 - orientation en oblique (cf. figure : variétés des présentations d'engagement et leur fréquence);
 - asynclitisme;
 - déformations plastiques.



Descente et rotation dans l'excavation :

- parcours de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne;
- rotation en occipito-pubienne dans la majorité des cas.

Expulsion : dégagement de la tête fœtale.

Troisième étape du travail

Délivrance du placenta et des membranes :

- respecter le mécanisme physiologique (pas de manœuvre trop hâtive);
- savoir reconnaître le décollement placentaire;
- extraction douce du placenta et des membranes;
- examen macroscopique du placenta (complet?).

Quatrième étape du travail

Phase de retour à la normale.

Surveillance 2 heures en salle d'accouchement (constantes, rétraction utérine).

Expression utérine.

Fiche de synthèse du cas clinique 4

Indications de la césarienne

Césarienne programmée

En cas de contre-indication de l'accouchement par voie basse. La césarienne est planifiée à l'avance, en fin de grossesse.

Principales indications (HAS)

- Placenta praevia de stade III ou IV.
- Macrosomie fœtale > 4500 g (ou 4250 g en cas de diabète associé).
- Antécédent de dystocie des épaules.
- Antécédent de rupture utérine.
- Présentation du siège avec anomalie de la confrontation fœtopelvienne, déflexion de la tête ou non-coopération de la patiente.
- Patiente VIH+ avec réplication virale.
- Patiente avec primo-infection HSV.
- Utérus cicatriciel.

Les situations suivantes doivent être évaluées au cas par cas

- Cicatrice utérine corporéale verticale ou segmento-corporéale.
- Utérus pluricicatriciel.
- Cicatrice utérine d'origine gynécologique.
- Cicatrices utérines traumatiques.
- Cicatrice de césarienne segmentaire avec complications postopératoires (endométrite, abcès de paroi...).

Césarienne en urgence

La césarienne en urgence peut être indiquée soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail.

Extrême urgence (code couleur : rouge)

Les urgences absolues ont un caractère vital soit pour l'enfant à venir, soit pour la mère.

La césarienne doit être faite dans les plus brefs délais. L'absence de cathéter d'anesthésie péridurale en place oblige à recourir à une anesthésie générale.

- Urgence fœtale : principalement l'**hypoxie** fœtale, dont les étiologies sont :
 - pathologie funiculaire (procidence du cordon);
 - hypoperfusion fœtoplacentaire;
 - hypertonie utérine;
 - hypoxie maternelle;
 - échec de forceps pour anomalie du rythme cardiaque fœtal sévère;
 - échec de grande extraction sur J2.
- Urgence maternelle : il s'agit d'hémorragies ou de complications particulièrement graves d'une pathologie maternelle, en rapport direct avec la grossesse ou associée à la grossesse :
 - décollement placentaire;
 - crise d'éclampsie, HRP;
 - hémorragie utérine : DPPNI (décollement prématuré du placenta normalement inséré), placenta praevia...;
 - suspicion de rupture utérine.

Urgence relative (code couleur : orange)

Les urgences relatives laissent un délai de plus de 10 minutes pour permettre soit l'extension d'une péridurale analgésiante, soit la pratique d'une rachianesthésie.

- Échec de l'épreuve du travail.
- Présentation dystocique en cours de travail.
- Dystocie dynamique : arrêt de la dilatation rebelle à toute thérapeutique.
- Souffrance fœtale compensée entre les contractions utérines.

Césarienne de convenance

Dans ses recommandations de bonne pratique concernant les indications de césarienne programmée à terme, la HAS aborde la question de la césarienne de convenance, à la demande de la patiente, sans indications médicales ou obstétricales.

Un médecin peut refuser une césarienne de convenance. Il adresse alors la patiente à un autre confrère. La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Il est recommandé de rechercher les raisons spécifiques à cette demande, de les discuter et de les mentionner dans le dossier médical. Lorsqu'une femme demande une césarienne par peur de l'accouchement par voie basse, il est recommandé de lui proposer un accompagnement personnalisé le plus tôt possible et une information sur la prise en charge de la douleur.

Les bénéfices attendus pour la patiente doivent être mis en regard des risques associés à la césarienne et lui être expliqués (**en particulier, le risque accru de placenta praevia et placenta accreta pour les grossesses futures**).

Au terme de la grossesse, après toutes ces démarches, lors d'une dernière consultation, l'acceptation d'une césarienne sur demande nécessite une analyse concertée avec la patiente de ses motivations. Le résultat et la décision sont consignés dans le dossier.

Fiche de synthèse des cas cliniques 5, 20 et 21

Grossesse extra-utérine

La grossesse extra-utérine (GEU) reste la première cause de mort maternelle au premier trimestre de grossesse.

Terrain : femme en période d'activité génitale, retard de règles ou aménorrhée secondaire.

La GEU est la nidation ectopique de l'œuf en dehors de la cavité utérine. La plupart des grossesses ectopiques sont des grossesses tubaires. Les différentes parties anatomiques de la trompe peuvent être concernées : trompe 98 %, ampoule 75 % des cas, isthme 20 %, pavillon 3 %, infundibulum, ovaire, en dernier abdomen (< 1 %).

Le diagnostic doit être évoqué de principe en cas de douleurs associées à des métrorragies en début de grossesse.

Les **facteurs de risque** sont ceux entraînant :

- une altération des trompes : salpingite et IST, chirurgie pelvienne, tabac, âge avancé ;
- des anomalies hormonales spontanées ou iatrogènes : DIU, contraception microprogestative ou d'urgence, FIV et transfert d'embryons, inducteurs de l'ovulation.

Le **diagnostic** repose sur le trépied :

- clinique ;
- échographie : vacuité utérine, épanchement liquidien dans le Douglas, formation latéro-utérine hétérogène correspondant à un hématosalpinx ou la visualisation directe du sac ovulaire ;
- dosage des β -hCG : cinétique perturbée du fait d'une non-multiplication par 2 des taux de β -hCG toutes les 48 heures.

En cas de vacuité utérine associée à un taux de β -hCG > 1500 UI/l, la probabilité de GEU est importante.

GEU non rompue :

- douleur unilatérale sus-pubienne ou dans une fosse iliaque ;
- \pm métrorragies peu abondantes, répétées ;
- examen au spéculum : saignement par l'orifice du col, congestif (grossesse) ;
- toucher vaginal : utérus peu volumineux pour le terme, \pm masse latéro-utérine, \pm douleur au cul-de-sac de Douglas.

GEU rompue → urgence chirurgicale :

- douleur souvent brutale pelvienne puis abdominale diffuse ;
- \pm état de choc hémorragique : hypotension, tachycardie, marbrures, oligurie, lipothymie ;
- défense sus-pubienne ;
- touchers pelviens très douloureux.

Examens complémentaires :

- échographie pelvienne par voie abdominale et surtout vaginale :
 - vacuité utérine malgré terme > 5 SA et/ou β -hCG > 1 500 UI/l ;
 - \pm épanchement liquidien dans le Douglas (hémopéritoine) ;
 - \pm image latéro-utérine hétérogène (hématosalpinx ou sac ovulaire) ;
- β -hCG plasmatiques quantitatifs positifs, non multipliés par 2 après 48 heures ;
- NFS (déglobulisation ?), bilan prétransfusionnel (groupe, Rh, RAI) ;
- bilan préthérapeutique : TP, TCA, consultation d'anesthésie (+ ASAT, ALAT, urée, créatinine si traitement médicamenteux).

Le **traitement** a plusieurs objectifs :

- traitement symptomatique :
 - voie veineuse ;
 - \pm expansion volémique par macromolécules ;
 - \pm transfusion de CGR ;
 - surveillance hémodynamique et NFS ;
- traiter la GEU avant qu'elle ne provoque un hémopéritoine ;
- préserver la fertilité ;
- limiter le risque de récurrence ;
- limiter la morbidité thérapeutique ;
- éviter une immunisation rhésus chez les patientes de groupe sanguin rhésus négatif.

	Méthotrexate1 injection unique IM	Chirurgie
	GEU pauci-symptomatique, peu évolutive (sans activité cardiaque, < 35 mm et β -hCG < 5 000), hémorragie faible ou absente (hémodynamique stable, hémopéritoine absent ou faible et stable)	<p>Diagnostique et thérapeutique Contre-indication ou non-indication au traitement médical NB : Avertir la patiente d'une possible salpingectomie avec risque de laparoconversion</p> <p>Chirurgie radicale (salpingectomie) ou chirurgie conservatrice (salpingotomie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – salpingectomie : en cas de trompe délabrée, d'absence de désir de grossesse, de récurrence homolatérale – salpingotomie avec aspiration de la GEU : si désir de grossesse et état tubaire correct
	β -hCG < 5 000 UI/l Hématosalpynx de petite taille Absence d'hémopéritoine	Hémopéritoine
Bilan préthérapeutique	Groupe, RAI, NFS, TP, TCA, créatininémie, urée, ALAT, ASAT	Groupe, RAI, NFS, TP, TCA
Surveillance de la décroissance des β -hCG jusqu'à négativation (sauf salpingectomie)	J4 et J7 Une élévation transitoire peut survenir Jusqu'à négativation	À 48 heures pour éliminer toute persistance de trophoblaste actif Conseiller jusqu'à négativation
	Observance et surveillance possible Hystérosalpingographie à discuter après 3 mois : état des trompes	Hystérosalpingographie à discuter après 3 mois : état des trompes
	Possibilité de réaliser une seconde injection	
Taux d'échec	10 à 20 %	1 pour 10 000

Le taux de grossesse intra-utérine après traitement est de 50 à 60 %, avec 10 à 15 % de GEU.

Information : risque de récurrence (15 %), stérilité tubaire, échographie obstétricale à 6 SA.

Ne pas oublier : les formes cataclysmiques de GEU (GEU rompue) → stratégie urgente organisée.

Fiche de synthèse des cas cliniques 6 et 39

Hémorragie de la délivrance

Définition

Pertes sanguines > 500 ml dans les 24 heures après l'accouchement.

Prise en charge

- **Urgence obstétricale.**
- Appel de l'obstétricien et de l'anesthésiste de garde.
- Noter l'heure.
- Mise en condition :
 - pose d'une deuxième VVP de bon calibre ;
 - **réchauffer** la patiente ;
 - monitoring PA, FC, SpO₂ ;
 - oxygénothérapie au masque à haute concentration ;
 - bilan biologique : groupe ABO, Rh, RAI, NFS, TP-TCA-Fg ;
 - mise en réserve de CGR et PFC.

Retenir quatre gestes systématiques

Assurer la stabilité hémodynamique :

- expansion volémique par cristalloïdes ± vasopresseur ;
- transfusion de CGR phénotypés/PFC/culots plaquettaires :
 - objectifs : Hb > 8 g/dl, plaquettes > 50 G/l, fibrinogène > 2 g/l ;
 - en pratique : rapport PFC/CGR entre 1:1 et 1:2.

Assurer la vacuité utérine :

- délivrance artificielle puis **révision** utérine ;
- aseptie, analgésie, antibioprofylaxie.

Assurer la contraction utérine :

- **sondage** vésical (à demeure pour monitoring de la diurèse) ;
- utérotonique : oxytocine (Syntocinon®) 5 à 10 UI IVL puis 5 à 10 UI/h sur 2 heures ;
- **massage utérin.**

Assurer l'intégrité de la filière génitale : examen sous **valve** ± suture.

Si persistance à 15–30 minutes → Hémorragie du *post-partum* grave

- Utérotoniques de niveau supérieur : sulprostone (Nalador®) IVSE sous scope.
- Rechercher une CIVD : D-dimères, plaquettes, TP-TCA-Fg.

Si échec à 30 minutes : hémostase locale

Radiologie interventionnelle pour **embolisation des artères utérines** :

- conditions :
 - radiologie interventionnelle accessible ;
 - état hémodynamique **stable** ;
 - transport médicalisé rapidement possible ;
- indications préférentielles : accouchement par voie basse ou plaie cervico-vaginale.

Chirurgie : **ligature vasculaire** :

- conditions :
 - radiologie interventionnelle inaccessible ;
 - état hémodynamique **instable** ;
 - transport médicalisé rapide impossible ;
- indications préférentielles :
 - HPP en cours de césarienne ;
 - échec d'embolisation.

Dernier recours

Hystérectomie d'hémostase.

Fiche de synthèse des cas cliniques 7, 8, 11, 12 et 15

Prééclampsie

Les **facteurs de risque** de prééclampsies sont :

- les antécédents familiaux et personnel de prééclampsie ;
- la nulliparité ;
- l'obésité ;
- l'HTA chronique ;
- le diabète gestationnel ;
- les maladies auto-immunes de type lupus érythémateux disséminé, syndrome des anti-phospholipides ;
- le Doppler utérin pathologique ;
- les grossesses multiples.

Les **signes de gravité de la prééclampsie** sont :

- signes de gravité **maternels** :
 - PAS > 160 mm Hg et/ou la PAD > 110 mm Hg ; signes fonctionnels de l'HTA ;
 - oligurie ;
 - réflexes ostéotendineux vif ;
- signes de gravité **biologiques** :
 - thrombopénie ;
 - hémolyse mécanique, qui donne des schizocytes ;
 - cytolyse hépatique ;
 - insuffisance rénale aiguë ;
 - protéinurie supérieure à 5 g par 24 heures ;
- signes de gravité **foetaux** :
 - RCIU sévère ;
 - Doppler ombilical et cérébral anormal ;
 - oligoamnios ;
 - RCF pathologique.

Les **complications de la prééclampsie** existent tant pour la mère comme pour le fœtus :

- pour la mère : l'éclampsie, l'HRP, le HELLP syndrome, l'insuffisance rénale aiguë, les troubles de la coagulation, les AVC hémorragiques, l'OAP ;
- pour le fœtus : prématurité induite, RCIU, mort foetale *in utero*.

Dans une prééclampsie, la **surveillance** est majorée, tous les 10 jours en cas de prise en charge ambulatoire, et comporte :

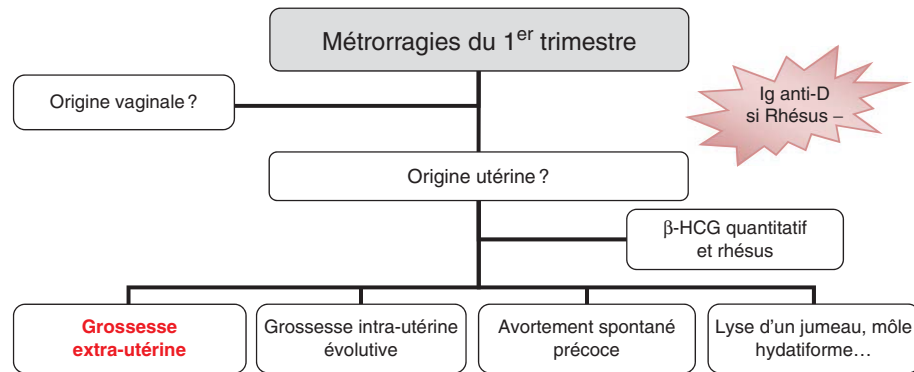
- pour la mère :
 - clinique : la PA, le poids, la diurèse des 24 heures ;
 - paraclinique : NSF-plaquettes, TP, TCA, protéinurie des 24 heures, fibrinogène, fonction rénale, transaminases ;
- pour le fœtus : une échographie obstétrique objectivant le poids, la vitalité et la quantité de liquide amniotique, ainsi qu'un Doppler ombilical.

En *post-partum*, les complications sont toujours possibles.

Penser au **bilan vasculo-rénal** 3 mois après l'accouchement : recherche de néphropathie, bilan de thrombophilie, de pathologies auto-immunes et examen anatomopathologique du placenta.

Fiche de synthèse du cas clinique 8

Hémorragie génitale du premier trimestre



Un quart des femmes ont des saignements au premier trimestre.

La moitié des grossesses présentant des saignements au premier trimestre n'évolueront pas normalement.

L'échographie permet de visualiser une grossesse intra-utérine évolutive à partir de 6 SA.

La confrontation échographie-dosage de la β -hCG est souvent nécessaire dans les grossesses jeunes.

Les principales **causes des saignements** sont :

- les saignements au cours des grossesses normales (cf. *infra*);
- les grossesses arrêtées (l'avortement provoqué);
- la GEU;
- la maladie trophoblastique.

Les **causes de saignement au cours de la grossesse évolutive** sont :

- la lyse d'un jumeau;
- l'hématome décidual;
- l'insertion trophoblastique basse.

Dans la majorité des grossesses arrêtées, l'expulsion est spontanée.

En cas de môle, après aspiration, il faudra suivre la décroissance de la β -hCG jusqu'à négativation, afin d'éliminer l'existence d'un choriocarcinome ou d'une môle invasive.

En cas de rhésus négatif, on devra pratiquer une injection de gammaglobulines anti-D pour prévenir l'iso-immunisation rhésus maternofoetale.

Fiche de synthèse du cas clinique 9, 23 et 35

Infections génitales hautes

Principaux germes responsables d'infections génitales hautes (IGH) :

- *Chlamydia trachomatis* (60 %) ;
- gonocoque (5–7 %) ;
- *Mycoplasma genitalium* (15–20 %) .

Les IGH sont polymicrobiennes (co-infection avec les germes issus de la flore commensale).

Deux tiers des IGH sont asymptomatiques.

Les prélèvements bactériologiques sont réalisés au niveau de l'endocol.

L'échographie pelvienne recherche des complications (pyosalpinx, abcès pelvien).

Pour les formes simples, le traitement est médicamenteux *per os*, en externe :

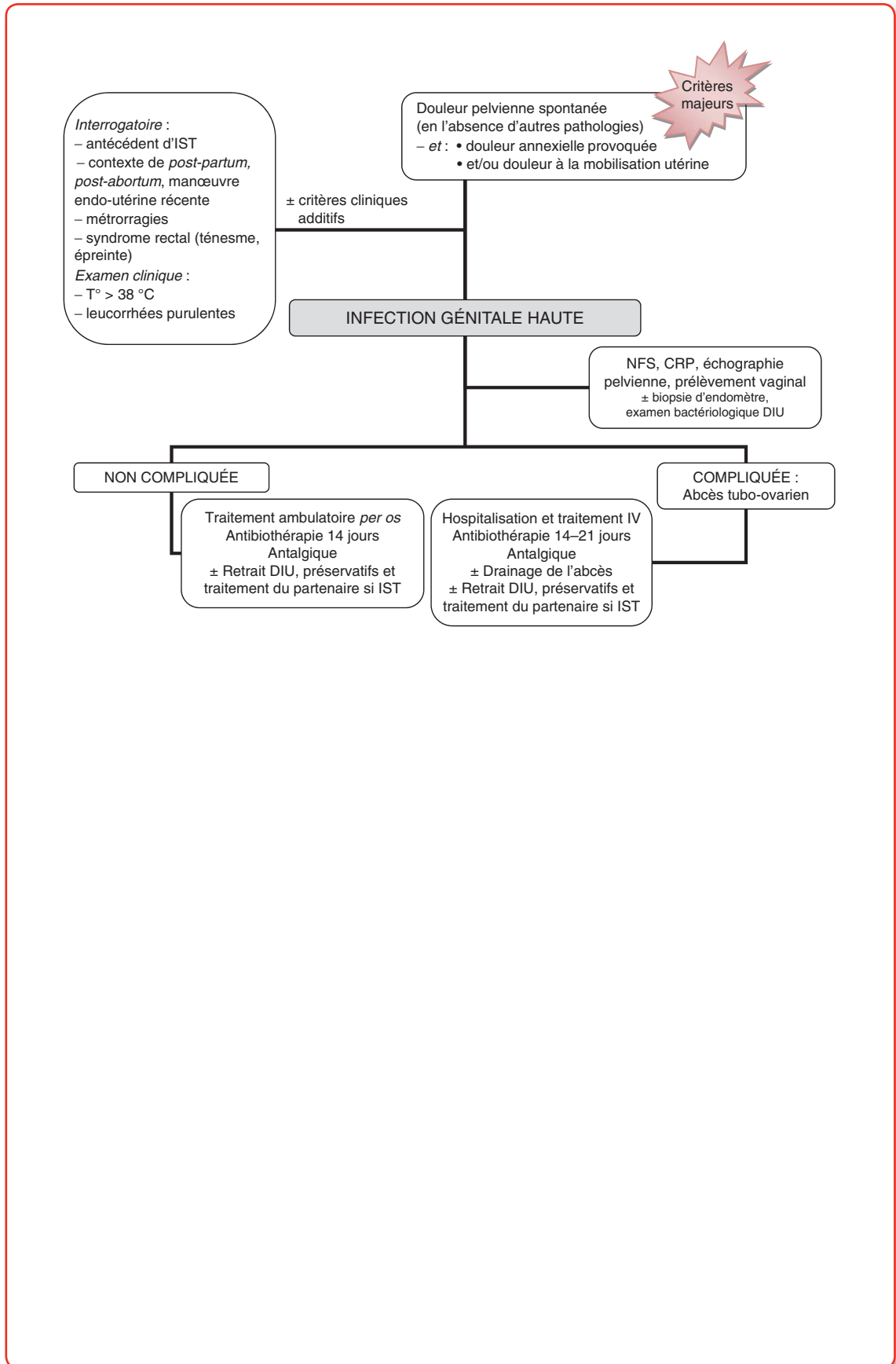
- les antibiotiques ;
- les antalgiques (paracétamol + AINS) ;
- le traitement du partenaire (azythromycine 4 cp. en une prise) ;
- utilisation de préservatifs.

Protocoles d'antibiothérapie des IGH non compliquées (CNGOF, 2012) :

	Antibiotiques	Posologies et voies d'administration	Durées	Remarques
Traitement proposé en première intention	Ofloxacin	400 mg × 2 par jour <i>per os</i>	14 jours	
	+ Métronidazole	500 mg × 2 par jour <i>per os</i>	14 jours	
	(± Ceftriaxone)	(500 mg, 1 injection IM)	(Dose unique)	
Alternatives possibles	Ceftriaxone + Azithromycine	500 mg IM 1 g par semaine	Dose unique 14 jours	Hors AMM Protocole à l'efficacité limitée sur les anaérobies
	Moxifloxacin	400 mg par jour	14 jours	Coût plus élevé que l'ofloxacin Précautions si troubles hépatiques connus
	Ceftriaxone + Métronidazole + Doxycycline	500 mg, 1 injection IM 500 mg × 2 par jour <i>per os</i> 100 mg × 2 par jour <i>per os</i>	Dose unique 14 jours 14 jours	

Pour les formes compliquées, la prise en charge est réalisée en hospitalisation par voie IV. La chirurgie est réalisée d'emblée ou après 36–48 heures d'antibiothérapie IV. En cas d'abcès, il est réalisé un drainage sous contrôle radiologique (échographie ou scanner) ou coelioscopique.

Indications de la coelioscopie : doute diagnostique (appendicite ?), mauvaise évolution du traitement antibiotique, traitement des formes compliquées.



Fiche de synthèse des cas cliniques 10, 13, 15, 35 et 39

Menace d'accouchement prématuré

La définition légale de la viabilité est un poids supérieur à 500 g ou un terme supérieur à 22 SA.

La **définition de la menace d'accouchement prématuré (MAP)** est la combinaison :

- de contractions utérines rapprochées, douloureuse, régulières, fréquentes;
- de modification du col utérin;
- survenant à partir de 22–24 SA (seuil de viabilité : en dessous, c'est une menace de fausse couche tardive) et avant 37 SA (au-delà, c'est un accouchement à terme).

Les **deux étiologies à éliminer en priorité** sont :

- la **rupture prématurée des membranes**;
- l'**infection**.

Les **facteurs de risque** de MAP sont les antécédents d'accouchement prématuré, les antécédents de fausse couche tardive, le tabagisme, les causes toxiques, le bas niveau socio-économique, la violence conjugale, le stress, le travail physique.

Étiologie :

- causes maternelles :
 - les infections (urinaires, cervico-vaginales, chorioamniotite, autres);
 - la béance cervico-isthmique;
 - les malformations utérines;
 - la prééclampsie;
- distension de l'utérus : grossesse multiple, hydramnios;
- causes placentaires : rupture prématurée des membranes, chorioamniotite, placenta praevia, hématome décidual ou rétroplacentaire.

Le **diagnostic** de MAP se fait au toucher vaginal (modifications du col), l'échographie du col de l'utérus et la mesure de la longueur cervicale efficace. En effet, le meilleur marqueur diagnostique et pronostique de la MAP est la mesure échographique du col utérin par voie endovaginale : le seuil de 25 mm est habituellement retenu.

Le monitoring objective les contractions utérines.

Après 34 SA, il faut hospitaliser ou suivre à domicile selon la sévérité de MAP. Le repos est préconisé. Le traitement est étiologique ; la surveillance rapprochée par une sage-femme à domicile éventuellement.

Concernant le traitement avant 34 semaines

Le bénéfice de la **corticothérapie** réside dans la maturation pulmonaire qui diminue le risque de détresse respiratoire, la maturation neurologique qui diminue la morbidité neurologique et celle de l'hémorragie intraventriculaire, la diminution du risque d'entérocologie ulcéro-nécrotique, la diminution de la morbi-mortalité néonatale.

Place des tocolytiques :

- inhibiteurs calciques : nifédipine, nicardipine;
- β_2 -mimétiques : salbutamol (effets secondaires : hypokaliémie, hyperglycémie, tachycardie);
- antagonistes de l'ocytocine, comme l'atosiban.

Sans oublier que la chorioamniotite est la contre-indication de la tocolyse.

Dans certains cas (chorioamniotite, HRP, etc.), les modifications cervicales et les contractions utérines sont un mécanisme de sauvetage fœtal car la poursuite de la grossesse met en jeu le pronostic vital. Dans ces cas, la tocolyse est strictement contre-indiquée et l'extraction fœtale doit être réalisée en urgence.

Fiche de synthèse des cas cliniques 14 et 40

Retard de croissance intra-utérin

Le **petit poids pour l'âge gestationnel**, ou **PAG**, est défini par un poids estimé inférieur au 10^e percentile; le PAG sévère correspond à un PAG inférieur au 3^e percentile.

Le **retard de croissance intra-utérin**, ou **RCIU**, correspond le plus souvent à un PAG associé à des arguments en faveur d'un défaut de croissance pathologique : arrêt ou infléchissement de la croissance (**au moins deux mesures à 3 semaines d'intervalle**); on peut aussi évoquer un RCIU sur une mesure isolée si on retrouve des **signes d'altération du bien-être fœtal à l'échographie** (diminution des mouvements fœtaux, oligoamnios, anomalies du Doppler).

Les enfants PAG sont soit des enfants constitutionnellement petits, soit d'authentiques RCIU.

Il est nécessaire d'utiliser des courbes de croissance adaptées à la croissance *in utero*, pour pouvoir suivre correctement l'évolution de la croissance fœtale.

Les enfants nés dans un contexte de RCIU et/ou PAG ont un risque plus élevé de déficits cognitifs mineurs, de difficultés scolaires et de syndrome métabolique à l'âge adulte.

Les **facteurs de risque** de PAG sont : les antécédents de PAG, l'âge maternel > 35 ans, la primiparité et la grande multiparité, des troubles hypertensifs (HTA chronique, prééclampsie, hypertension gravidique), le diabète préexistant à la grossesse avec atteinte vasculaire, un tabagisme actif, une consommation alcoolique, une consommation de drogues, l'insuffisance pondérale, l'obésité, le niveau socio-économique défavorisé.

Dépistage du PAG et/ou du RCIU :

- clinique : mesure de la hauteur utérine à partir de 22 SA;
- échographique : mesure des biométries fœtales (comprenant périmètre céphalique, périmètre abdominal, longueur fémorale), qui permettent de faire l'estimation du poids fœtal (EPF).

Bilan étiologique du RCIU :

- échographie;
- recherche d'une infection maternofoetale à CMV;
- discuter éventuellement la nécessité d'un prélèvement invasif de type amniocentèse au cours d'une RCP.

La **surveillance** se fait surtout grâce à l'analyse du Doppler ombilical et du rythme cardiaque fœtal :

- en cas de RCIU avec Doppler ombilical normal, il faut réaliser idéalement une échographie toutes les 3 semaines pour surveiller la croissance;
- en cas de Doppler ombilical pathologique avec une diastole positive, il est conseillé de réaliser au moins une échographie par semaine (en fonction de la gravité du RCIU);
- en cas de Doppler ombilical pathologique avec une diastole nulle ou un *reverse flow*, il faut discuter une extraction après réalisation de la maturation pulmonaire.

La **prise en charge** ne comprend pas d'indication à une hospitalisation systématique, mais une maturation par **corticoïdes** si une extraction est envisagée avant 34 SA, une prescription de **sulfate de magnésium** si accouchement prématuré avant 32–33 SA.

L'orientation vers une **maternité de type 2b ou 3** doit être proposée en cas de poids estimé < 1 500 g, de naissance prévisible avant 32–34 SA, d'une pathologie fœtale associée.

Pas de césarienne systématique en cas de RCIU.

La prise en charge ne sera pas la même selon qu'on est avant ou après **32 SA** :

- avant 32 SA, on envisage un traitement conservateur même en cas de Doppler ombilical pathologique;
- après 32 SA, la naissance ou l'expectative sont deux options possibles.

Prévention du RCIU :

- arrêt du tabac, de l'alcool et des drogues;
- faire une recherche d'anti-phospholipides (anti-cardiolipine, anticoagulant circulant, anti- β_2 -GP1) en cas de RCIU sévère (< 3^e percentile) ayant entraîné une naissance avant 34 SA;
- attendre 18 à 23 mois entre deux grossesses;
- il est recommandé de prescrire de l'aspirine chez les femmes ayant des antécédents de prééclampsie < 34 SA et/ou RCIU < 5^e percentile dont l'origine vasculaire est probable.

Fiche de synthèse des cas cliniques 16 et 39**Hémorragies génitales du troisième trimestre : placenta praevia**

En cas de saignement au cours de la grossesse chez une mère de groupe rhésus négatif, il faut réaliser une injection d'immunoglobulines anti-Rh D afin d'éviter l'allo-immunisation fœtomaternelle.

Cette injection sera répétée en cas de nouvel épisode de saignement et/ou à 28 SA, si la recherche d'agglutinine irrégulière (RAI) est négative.

En cas de saignement, les signes cliniques en faveur d'un **placenta praevia** sont :

- la présence d'une hémorragie de sang rouge vif ;
- des contractions utérines ;
- un antécédent de césarienne ou de curetage endo-utérin.

L'**échographie endovaginale** confirmera le diagnostic en mettant en évidence un placenta affleurant l'orifice interne du col, jusqu'à le recouvrir.

La **prise en charge** d'un saignement sur placenta praevia comprend la réalisation d'un bilan étiologique, l'instauration d'un traitement à visée tocolytique — que des contractions utérines soient objectivées ou non à l'enregistrement tocographique —, une corticothérapie prénatale avant 34 SA, un test de Kleihauer et une surveillance étroite.

Une césarienne prophylactique sera réalisée à terme en cas de placenta recouvrant.

Fiche de synthèse des cas cliniques 17 et 37

Hématome rétroplacentaire

Fréquence des hématomes rétroplacentaires (HRP) : 0,5 à 2 %, en moyenne environ 1 % des grossesses. Forte mortalité périnatale, allant de 15 à 25, voire 50 % ; mortalité maternelle d'environ 1 %.

Étiologie :

- l'HTA gravidique et la prééclampsie sont en cause dans 40 à 50 % des cas d'HRP, avec un risque augmenté lorsque celles-ci sont précoces et/ou sévères (RR : 3,8) ; à l'opposé, l'HTA chronique isolée n'est pas à elle seule un facteur de risque d'HRP ;
- le tabagisme (RR : 4,6 à 5,9), l'alcool et la cocaïne ;
- les accidents funiculaires (cordons courts ou circulaires), les versions par manœuvres externes avec un placenta antérieur ou fundique chez une femme présentant une HTA, les amniocentèses précoces en cas de placenta antérieur ;
- l'HRP survenant après un accident de voiture avec ceinture de sécurité justifie une surveillance obstétricale et fœtale dans les 48 heures qui suivent celui-ci (HRP retardés jusqu'à 5 jours après le traumatisme) ;
- la rupture prématurée des membranes (RR : 5,7) ou l'évacuation trop rapide d'un hydramnios.

Terme dépassé : circonstance où les morts fœtales *in utero* peuvent survenir après un HRP.

L'HRP, ou DPPNI (décollement prématuré du placenta normalement inséré), entraîne un passage abondant dans la circulation maternelle de thromboplastines déciduales et placentaires et de facteurs de la coagulation activés, entraînant dans 30 à 40 % des cas d'HRP une **coagulation intravasculaire disséminée** (CIVD).

Il existe des formes plus frustes pouvant prendre l'aspect d'une simple menace d'accouchement prématuré sans métrorragies ou des cas d'HRP développés sur un placenta praevia (métrorragies de sang rouge).

Le **diagnostic différentiel** de l'HRP regroupe les causes des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse, comme le placenta praevia, la rupture utérine, l'hémorragie de Benckiser et les causes cervicales : l'ectropion ou l'exceptionnel cancer du col au cours de la grossesse (0,1 pour 1 000 grossesses).

Une poussée aiguë d'hydramnios peut s'accompagner d'une hypertonie utérine, qui fait croire à la survenue d'un HRP.

Mise en condition de la patiente et bilan en urgence

- Mise en place de deux voies veineuses de bon calibre. Il est parfois nécessaire d'installer un contrôle de la pression veineuse centrale, en particulier en cas d'oligoanurie.
- Perfusion de cristalloïdes (Ringer lactate) : la restitution volémique du Ringer lactate est faible (350 cc pour 500 cc d'apport) et temporaire (4 heures environ) ; le maintien de la volémie peut nécessiter des macromolécules ou de la sérumbumine à 4 % si nécessaire.
- Correction des troubles de la crase : culots globulaires, plasma frais congelé décongelé (PFC apportant du fibrinogène et des facteurs de la coagulation), transfusions de concentrés unitaires de plaquettes (si nombre de plaquettes inférieur à 50 000).
- Surveillance par Dynamap® (pouls et PA), sonde urinaire à demeure (diurèse normale si supérieure à 40 ml/heure), oxygénothérapie nasale si nécessaire, rasage sus-pubien en vue d'une césarienne.
- Examen clinique de la patiente, en particulier neurologique : il doit être pratiqué à l'entrée et répété régulièrement.
- Bilan sanguin : groupe-rhésus (deux déterminations) et RAI, NFS-plaquettes ; bilan complet d'hémostase : TP-TCA, fibrinogène, facteurs de la coagulation, produits de dégradation de la fibrine (PDF) ou D-dimères ; uricémie, créatininémie, ionogramme sanguin, transaminases, protéinurie sur bandelette et sur 24 heures ; ce bilan sera répété, en fonction du contexte clinique, toutes les 3 heures et parfois plus tôt dans certaines situations.

Traitement obstétrical

Dans la quasi-totalité des cas d'HRP, l'évacuation utérine est impérative et urgente (75 % des morts fœtales surviennent dans la première heure et demie) — pouvant être temporairement différé par une nécessaire correction préalable d'un grave trouble hémodynamique chez la parturiente. Deux cas se présentent alors :

- *soit l'enfant est mort* : l'accouchement doit alors être conduit par les voies naturelles, après rupture des membranes, éventuelle perfusion d'ocytociques. L'expulsion doit être la plus rapide possible, avant l'apparition ou l'aggravation des troubles de la crase (heureusement l'hypercinésie de fréquence aide souvent à cette évacuation rapide). Ce n'est qu'en cas d'hémorragie grave ou d'altération profonde de la crase sanguine (CIVD importante et évolutive) qu'une césarienne sur enfant mort sera exceptionnellement réalisée;
- *soit l'enfant est vivant* : l'extraction se fera par voie haute, sauf exception (si voie basse plus rapide que voie haute).

Dans tous les cas, la **délivrance** doit être dirigée sous ocytociques car il existe un risque de décompensation hémodynamique à ce moment-là. En cas de mauvaise rétraction utérine ou d'hémorragie persistante, des analogues de prostaglandines seront prescrits en remplacement des ocytociques.

En cas de mère de groupe rhésus négatif, la prévention des immunisations devra tenir compte des résultats du test de Kleihauer, car l'injection d'une dose habituelle de gammaglobulines anti-D risque d'être insuffisante du fait d'une transfusion foetomaternelle importante au cours de l'HRP. En effet, le passage de 5 ml de sang foetal correspond à 10 GR foetaux pour 10 000 GR maternels (dose de 200 µg suffisante); par contre, en cas de passage plus important, il faut augmenter la prévention de 10 µg par ml de sang supplémentaire.

Parfois, en raison d'un terme de grossesse précoce et de l'existence d'un HRP de petit volume sans traduction clinique maternelle et foetale (souvent découvert au cours d'une échographie systématique), une abstention thérapeutique est possible sous couvert d'une surveillance clinique et paraclinique stricte. À l'opposé, les cas d'hystérectomie d'hémostase avant ou après évacuation d'un HRP sont devenus exceptionnels en raison d'un dépistage plus précoce et d'une prise en charge thérapeutique mieux codifiée; cependant, une apoplexie utérine, une hémorragie incontrôlable (malgré une embolisation artérielle en première intention) ou une surinfection utérine avec choc infectieux restent des indications à ce traitement radical.

Fiche de synthèse du cas clinique 18

Interruption volontaire de grossesse

Les centres d'IVG doivent être accessibles durant toute l'année. L'IVG peut être réalisée jusqu'à 12 semaines de grossesse, soit 14 SA, après avoir confirmé la grossesse par échographie (datation précise). Les risques de saignements important imposent la détermination du groupe sanguin maternel : si rhésus négatif, ils imposent l'injection immunoglobuline anti-D (Rophylac®).

La modalité de prise en charge médicale ou chirurgicale dépend surtout du terme : l'IVG peut être réalisée par technique médicamenteuse jusqu'à 9 SA; au-delà de 9 SA, l'IVG est chirurgicale. La patiente choisit le type d'anesthésie qu'elle désire : générale ou locale. N'oubliez pas d'informer vos patientes du fait que l'initiation du traitement médical se déroulera à l'hôpital.

- Traitement médical :
 - 200 mg de mifépristone (Mifégyne®) + J2-3 400 µg de misoprostol (Cytotec®);
 - comporte un risque hémorragique d'où la nécessité de suivi;
- Traitement chirurgical :
 - aspiration et curetage, sous anesthésie locale ou générale, après dilatation du col puis aspiration sous contrôle échographique;
 - ce traitement n'est pas anodin, responsable de complications : perforation utérine, hémorragies, infections aiguës ou à distance, voire à long terme incompétence cervico-isthmique, synéchies, fausses couches à répétition.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG : dans ce cas, il doit informer l'intéressée dès la première visite de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de médecins susceptibles de pratiquer l'acte. Il est tenu de signer le certificat initial.

Un délai de réflexion de 7 jours entre la première consultation et la réalisation de l'acte, auparavant obligatoire, a été supprimé en 2015.

Concernant les mineures, en l'absence du consentement (non obligatoire) d'un des parents, elles doivent se faire accompagner d'un adulte de leur choix. L'attestation de l'entretien social est obligatoire avant la réalisation de l'acte. Concernant les femmes étrangères, l'IVG n'est plus soumise à une durée de séjour, ni à la régularité du séjour en France. Les femmes peuvent réaliser leur IVG en dehors de tout contexte de détresse.

Consultation initiale de demande

Elle se termine avec un certificat rédigé et signé :

- retraçant l'entretien psychosocial : obligatoire pour les mineures, systématiquement proposé pour les majeures;
- datation précise de la grossesse;
- proposer un dépistage des IST ± frottis cervico-utérin si patiente de plus de 25 ans;
- discussion-prescription d'une méthode de contraception ultérieure;
- choix de la technique : informations claires et précises sur les deux procédures possibles.

Deuxième consultation : formulaire de consentement signé par la patiente

- Suppression du délai de réflexion en 2015.
- Immunisation rhésus : prescription groupe, rhésus + RAI et penser à la prescription d'immunoglobulines anti-D en cas de rhésus négatif.
- Remise de l'attestation de l'entretien social pour la mineure.

Troisième consultation : réalisation de l'IVG

La patiente a le choix entre IVG médicamenteuse et chirurgicale.

Méthode médicamenteuse (mifépristone et misoprostol) :

- attention aux contre-indications absolues :
 - mifépristone (Mifégyne®) : suspicion de GEU, grossesse non confirmée biologiquement ou échographiquement, insuffisance surrénalienne chronique, porphyrie héréditaire, asthme sévère non équilibré par un traitement, allergie connue à la mifépristone;
 - misoprostol (Cytotec®) : antécédent d'asthme, de bronchite spasmodique ou cardio-vasculaire, allergie aux prostaglandines;
- de 7 SA à 9 SA;
- complications : hémorragie, endométrite rare, risques d'échec, séquelles psychoaffectives, allo-immunisation rhésus.

Méthode chirurgicale (aspiration du contenu utérin) :

- technique de choix entre 9 SA + 1 jour et 14 SA;
- complications immédiates : accidents liés à l'anesthésie, perforation utérine (1 %);
- complications précoces : hémorragies, endométrite, échec de l'IVG, rétention de débris trophoblastiques, mortalité;
- complications tardives : retentissements sur la fertilité ultérieure (synéchies → aménorrhée et infertilité), séquelles psychoaffectives, allo-immunisation rhésus.

Dose d'immunoglobulines anti-D si rhésus négatif.

Prise de la contraception dès le lendemain de l'IVG ou pose d'un DIU possible immédiatement en cas d'IVG chirurgicale.

Quatrième consultation post-IVG : conseillée mais non obligatoire

- Entre le 14^e et le 21^e jour après l'IVG.
- Vérification de la bonne utilisation de la contraception prescrite lors de l'IVG.
- Vérification de l'arrêt des métrorragies et contrôle de la vacuité utérine.

Fiche de synthèse des cas cliniques 19 et 35

Contraception

Contraception d'urgence

La contraception d'urgence hormonale donne le choix entre deux produits en prise unique qui doivent être pris le plus tôt possible suivant le rapport, dans les 72 heures maximum pour le lévonorgestrel (Norlevo®) et 120 heures maximum pour l'ulipristal acétate (Ellaone®).

Aucune des deux n'est efficace à 100 %.

Seul le lévonorgestrel peut être délivré sans ordonnance. Il peut être délivré de façon anonyme et gratuite aux mineures en pharmacie, centre de planification et par les infirmières scolaires.

L'ulipristal d'acétate est délivré uniquement sur ordonnance mais peut être délivré gratuitement et sous confidentialité en pharmacie pour les mineures.

Initiation d'une contraception hormonale

La consultation est centrée sur l'interrogatoire. Il n'y a pas d'examen gynécologique systématique. L'interrogatoire doit éliminer les contre-indications, interactions médicamenteuses et le risque de maladies métaboliques familiales ou de thrombophilie héréditaire. Si tous ces éléments sont éliminés, un bilan métabolique sera fait 3 mois après le début de la contraception. Cette dernière privilégie la pilule minidosée de deuxième génération.

Lors du suivi d'une contraception hormonale, il n'y a aucune indication à effectuer des périodes d'arrêt de la pilule. Le seul risque est la survenue d'une grossesse non désirée. Il n'existe pas d'impact sur la fertilité. Il existe souvent une aménorrhée post-pilule, mais cette étiologie doit être retenue une fois éliminé les autres causes.

Contraception œstroprogestative

Les contre-indications aux œstroprogestatifs sont les mêmes quelle que soit la voie d'administration (anneau, patch), le dosage de l'œstrogène, la génération de pilule et le type d'œstrogène (naturel ou synthétique).

Contraception par DIU

L'antécédent de grossesse extra-utérine n'est pas une contre-indication.

Il s'agit d'une contraception pouvant être réalisée chez les adolescentes et nulligestes ou nullipares.

Le principal risque du DIU est le risque infectieux, qui survient en général dans les 3 mois suivants la pose.

Une douleur importante lors de la pose doit faire suspecter une perforation ou un faux trajet.

Contraception du post-partum

En cas d'allaitement, la contraception œstroprogestative est contre-indiquée. La pose d'un DIU est possible 4 semaines après l'accouchement par voie naturelle.

Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire

Voir la Fiche Mémo HAS, 2013 (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638478/fr/contraception-chez-la-femme-a-risque-cardio-vasculaire-fiche-memo?xtmc=&xtcr=2).

Fiche de synthèse du cas clinique 22

Fibromes

Tumeur bénigne de l'utérus la plus fréquente chez la femme en âge de procréer ; 50 % des fibromes sont asymptomatiques, l'abstention thérapeutique est alors de mise.

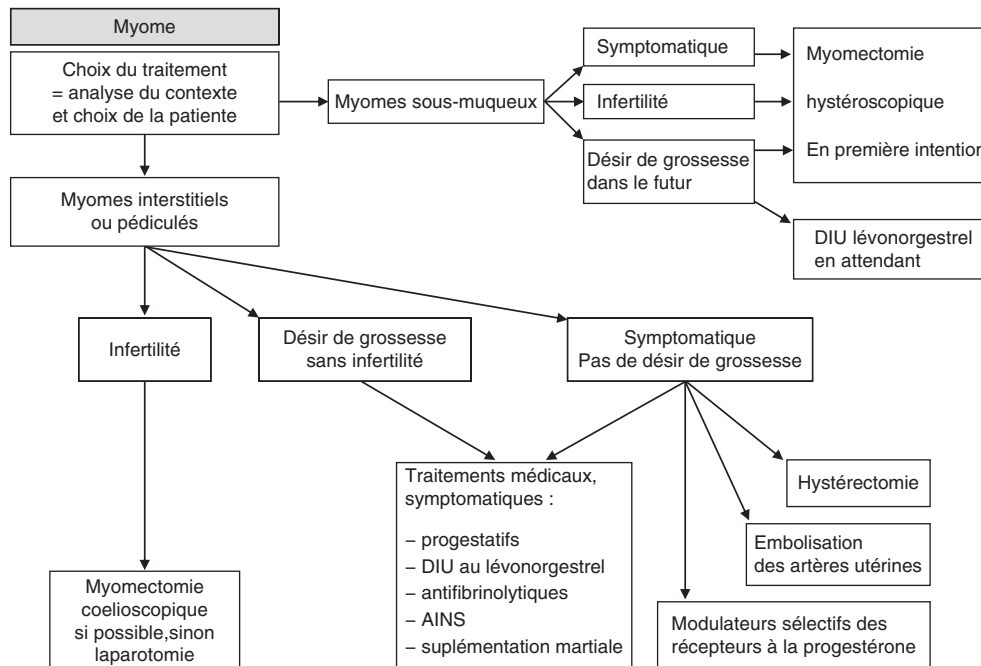
Le fibrome est une tumeur mésoenchymateuse développée aux dépens du muscle lisse et souvent séparée du myomètre normal par une pseudo-capsule. Elle est œstrogène-dépendante. Son risque de dégénérescence est faible.

Principale indication d'hystérectomie chez les femmes en pré-ménopause.

Les **facteurs de risque** sont : âge, ethnie, antécédents familiaux, ménarche précoce, infertilité, obésité, nulliparité.

Les **facteurs protecteurs** sont : multiparité, âge tardif à la dernière grossesse, contraception orale, tabac.

Complications et symptômes : hémorragie, anémie, torsion d'un myome pédiculé, nécrobiose aseptique d'un fibrome, infertilité, complications mécaniques (compression des organes de voisinage).



Fiche de synthèse du cas clinique 24

Ménopause

Étape physiologique du vieillissement normal de la femme qui survient en moyenne vers 50 ans, elle correspond à un épuisement de la réserve folliculaire ovarienne. Les conséquences à long terme de la carence en œstrogènes sont les coronaropathies et l'ostéoporose.

Interrogatoire sur l'âge des antécédents, recherche de contre-indication au traitement hormonal substitutif, la date des dernières règles et la recherche de syndrome climatérique.

Le **diagnostic est clinique** : aménorrhée secondaire > 1 an, éventuellement confirmée biologiquement (FSH haute, courbe de température...). La carence œstrogénique est définitive.

Les **complications** sont : prise de poids androïde, ostéoporose, athérosclérose, atrophie vulvaire, utérine, des seins, syndrome climatérique.

La présence du **syndrome climatérique** impose la réalisation d'une **mammographie + FCV**.

La prescription d'œstrogènes corrige les troubles climatériques. Bien retenir que les effets bénéfiques du **THM** pendant 5 ans sont supérieurs aux effets secondaires en termes de qualité de vie et de survie mais que, chez les femmes en bonne santé qui ne présentent pas de syndrome climatérique ni de facteurs de risque d'ostéoporose, l'administration d'un THM n'est pas recommandée en raison d'un rapport bénéfique/risque défavorable. Les contre-indications absolues sont réduites (cancer du sein et maladies thromboemboliques). La réévaluation de la balance bénéfiques/risques doit se faire tous les ans.

La **péri-ménopause** est la période qui précède la ménopause ; durant une dizaine d'années, elle entraîne une hyperœstrogénie relative et une insuffisance lutéale.

Les manifestations dues à l'hyperœstrogénie relative sont :

- la perturbation du cycle menstruel ;
- les métrorragies ou ménorragies, qui imposent l'élimination du cancer de l'endomètre ;
- l'aggravation du syndrome prémenstruel : prise de poids, troubles psychiques.

Le traitement de l'hyperœstrogénie relative repose sur les progestatifs du 15^e au 25^e jour du cycle, d'où l'intérêt du DIU à la progestérone.

L'insuffisance ovarienne précoce :

- ménopause < 40 ans ;
- antécédents familiaux ;
- dosage hormonaux : FSH, LH élevées, œstrogènes diminués, androgènes normaux.

L'insuffisance ovarienne précoce est souvent primitive, ou secondaire à une radiothérapie, une chimiothérapie ou une maladie auto-immune.

Note : la **densitométrie minérale osseuse** (DMO) est demandée devant des facteurs de risque d'ostéoporose :

- période d'hypo-œstrogénie ;
- corticothérapie au long cours ;
- âge < 60 ans ;
- antécédents de fracture après 40 ans ;
- antécédents familiaux de fracture ou d'ostéoporose ;
- immobilisation prolongée ;
- IMC < 19 ;
- hyperthyroïdie et hyperparathyroïdie ;
- insuffisance ovarienne primitive prématurée (c'est-à-dire avant 40 ans).

Fiche de synthèse des cas cliniques 24, 25, 26 et 27

Cancer du sein

C'est le premier cancer chez la femme. Une femme sur huit aura un cancer du sein. Âge médian : 50–65 ans. Son dépistage est organisé. Il est hormonodépendant. L'adénocarcinome canalaire infiltrant est le type le plus souvent retrouvé.

Les **facteurs de risque** sont :

- individuels :
 - antécédents familiaux, tabac, âge, mutation *BRCA* ;
 - hyperœstrogénie : IMC >25, faible parité, première grossesse >35 ans, absence d'allaitement maternel, puberté précoce, ménopause tardive ;
- iatrogènes : THS, contraception par pilule œstroprogestative.

L'étape **clinique** du diagnostic comprend un examen bilatéral et comparatif, qui impose la recherche de :

- masse, nodule palpable ;
- douleur mammaire persistante ;
- placard érythémateux ;
- sein inflammatoire = mastite carcinomateuse ;
- écoulement mammaire sanglant ;
- anomalie du mamelon (maladie de Paget) ;
- adénopathie axillaire.

La **mammographie** bilatérale, face et profil :

- elle doit être effectuée si point d'appel (masse, écoulement sanglant...) : on parle alors de **mammographie diagnostique** ;
- en l'absence de point d'appel clinique et d'antécédent personnel ou familial au premier degré de cancer du sein, on fait appel au **dépistage organisé** :
 - pour les patientes de 50 à 74 ans ;
 - en respectant la « règle des 2 » : tous les 2 ans, les 2 seins, selon 2 incidences, avec double lecture par 2 radiologues ;
- si antécédent personnel ou familial au premier degré de cancer du sein, on utilise le **dépistage individuel** ;
- elle recherche : masse, microcalcification, destruction des travées, attraction cutanée ;
- elle peut être couplée à l'échographie (à la recherche d'une masse irrégulière, hétérogène, à cône d'ombre postérieure) et être complétée par échographie axillaire, IRM mammaire, TEP-TDM.

Le diagnostic de certitude est toujours histologique :

- microbiopsie au pistolet pour les petites tumeurs qui nécessitent un repérage échographique ;
- macrobiopsie au mammotome si lésion bien palpable ;
- ± cytoponction du ganglion axillaire homolatéral ;
- le compte rendu de biopsie comprend le type de carcinome (infiltrant ou *in situ*), le type histologique, le grade selon SBR, les RH en pourcentages, le statut HER2, l'indice de prolifération : Ki67 (seuil : 20 %).

Enfin, le **bilan d'extension** est indiqué pour les tumeurs agressives, les récidives, devant des signes cliniques en faveur d'une extension à distance. Les examens indiqués sont la radiographie thoracique + échographie hépatique, TDM abdomino-pelvienne, scintigraphie osseuse, TDM cérébrale, TEP-TDM au FDG.

Classification **TNM** :

T	Tumeur primitive	
	Tx	Indéterminé
	T0	Non palpable
	T1	Tumeur ≤ 20 mm – T1a : ≤ 5 mm – T1b : > 5 mm et ≤ 10 mm – T1c : > 10 mm et ≤ 20 mm
	T2	Tumeur > 20 mm et ≤ 50 mm
	T3	Tumeur > 50 mm
	T4	Tumeur avec extension à la paroi ou à la peau – T4a : atteinte de la paroi thoracique – T4b : atteinte cutanée – T4c : T4a + T4b – T4d : cancer inflammatoire
N	Adénopathies axillaires	
	Nx	Indéterminé
	N0	Pas d'envahissement axillaire clinique
	N1	Adénopathies axillaires homolatérales mobiles
	N2	Adénopathies axillaires homolatérales fixées
	N3	Adénopathies mammaires internes homolatérales

Traitement chirurgical en première intention si la tumeur est opérable d'emblée, non métastatique et non inflammatoire.

Technique du ganglion sentinelle : si tumeur T0-T1 et petit T2 sans ganglion suspect.

Curage axillaire : si ganglion sentinelle positif, si tumeur T3 ou T4.

Bilan d'extension seulement si, avant chirurgie, la tumeur est cliniquement T3-T4, suspicion clinique d'envahissement ganglionnaire, et, après chirurgie, si l'envahissement ganglionnaire macrométastatique est confirmé.

Le **CA 15-3** est utile : sa valeur sert de référence pour la surveillance.

Chimiothérapie si : grande taille tumorale, agressivité histologique, adénopathie.

Consultation d'oncogénétique : si trois cancers ou plus du sein et/ou de l'ovaire chez des apparentés au premier degré.

Note : l'**adénofibrome** est la tumeur la plus fréquente de la femme de moins de 30 ans ; il n'est pas une lésion précancéreuse ; évolution possible vers la calcification.

Fiche de synthèse des cas cliniques 28, 29, 30 et 31

Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col est le deuxième cancer dans le monde. Âge moyen de dépistage : 48 ans. Incidence en France 3 500 cas, 1 000 décès par an. Dépistage individuel par FCV de 25 à 65 ans tous les 3 ans après deux frottis normaux à 1 an d'intervalle.

Il s'agit d'une **IST** puisque le principal facteur de risque est l'exposition prolongée aux **HPV oncogènes**. Intervalle entre première transformation cellulaire et cancer invasif : 15 ans. Il existe deux types histologiques :

- carcinome épidermoïde, le plus fréquent (80–90 %) ;
- adénocarcinome (10–20 %).

Les **facteurs de risque principaux** sont l'exposition prolongée aux HPV oncogènes, l'activité sexuelle (premier rapport précoce, partenaires multiples), tabac, transplantée rénale, infection VIH, conditions socio-économiques défavorisées (par absence de dépistage) ; la contraception œstroprogestative augmenterait le risque de cancers glandulaires (discuté).

La **prévention primaire** consiste en une vaccination des jeunes filles de 11 à 14 ans avec deux injections à 6 mois d'intervalle.

La **prévention secondaire** : premier FCU à 25 ans puis deuxième 1 an après ; s'ils sont normaux, un contrôle par FCU tous les 3 ans est recommandé, et ce jusqu'à l'âge de 65 ans.

Circonstances de découverte : sur anomalies du FCU, métrorragies post-coïtales provoquées, ou spontanées, syndromes vésicaux ou rectaux sur les formes localement avancées, leucorrhées ; au spéculum : col apparaissant normal ou ± tumeur bourgeonnante ; au toucher vaginal : ± tumeur saignant au contact ; infiltration des paramètres à la colposcopie + biopsies.

Le diagnostic de certitude repose sur les **biopsies cervicales** (preuve histologique obligatoire avant tout traitement) ; le bilan d'extension recherche une atteinte ganglionnaire.

Bilan d'extension :

- examen clinique : sous anesthésie générale (+++), spéculum, toucher vaginal et toucher rectal ;
- IRM : examen de référence, elle permet d'apprécier : volume tumoral, extension locale, atteinte ganglionnaire ;
- TEP-TDM : bilan d'extension à distance ;
- biologie : ± SCC pour carcinome épidermoïde.

Classification **FIGO** :

Stade I	Localisation stricte au col	
	IA	Carcinome micro-invasif non visible macroscopiquement IA1 : envahissement du chorion \leq 3 mm, largeur \leq 7 mm IA2 : envahissement du chorion $>$ 3 mm et $<$ 5 mm, largeur \leq 7 mm
	IB	IB1 : lésion \leq 4 cm IB2 : lésion $>$ 4 cm
Stade II	Extension extra-utérine	
	IIA	Extension vaginale sans atteinte des paramètres IIA1 : lésion \leq 4 cm IIA2 : lésion $>$ 4 cm
	IIB	Extension vaginale avec atteinte d'au moins un des paramètres
Stade III	Cancer étendu à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet	
	IIIA	Cancer étendu au tiers inférieur du vagin
	IIIB	Cancer étendu aux parois pelviennes et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet
Stade IV	Invasion de la vessie, du rectum et au-delà de la cavité pelvienne	
	IVA	Extension à la muqueuse de la vésicale et/ou à la muqueuse rectale
	IVB	Métastases à distance (cavité péritonéale, foie, poumons et autres)

Traitement :

- Stade IA1 → conisation.
- Stade IA2 → conisation ; avec présence d'emboles → évaluation ganglionnaire pelvienne.
 - Si N- et désireuse de grossesse → trachélectomie ;
 - Si N- et non désireuse de grossesse → hystérectomie simple peut être préconisée.
 - Si N+ → radio-chimiothérapie concomitante.
- Stade IB1 (< 4 cm) :
 - Pas de standard.
 - Le plus classique est : colpohystérectomie élargie + annexectomie bilatérale et curage iliaque externe bilatérale.
 - Si tumeur de moins de 3 cm et désir de grossesse, on proposera une trachélectomie élargie.
- Stade IB2 à IIB : lymphadénectomie commune et aortique.
 - Si pN+, radio-chimiothérapie concomitante exclusive.
 - Si pN-, radio-chimiothérapie et chirurgie de clôture.
- > Stade IIB : radio-chimiothérapie concomitante exclusive.

Mesures associées : prise en charge multidisciplinaire, RCP, parcours personnalisé de soin, prise en charge à 100 %.

Le **pronostic** est fonction du stade tumoral, du volume tumoral, du type histologique et de l'envahissement ganglionnaire. Il est globalement bon car le FCU permet des prises en charge à un stade précoce. La survie à 5 ans est de :

- 85 % au stade IB ;
- 10–20 % au stade IV.

Surveillance :

- une fois tous les 4 mois pendant 1 an puis une fois tous les 6 mois pendant 3 ans puis une fois par an ;
- clinique (+++).

Fiche de synthèse du cas clinique 32

Cancer de l'ovaire

4430 nouveaux cas par an, pour un âge médian de 65 ans.

Les **facteurs de risque** sont : prédisposition génétique (mutation des gènes *BRCA1* ou *BRCA2*), nulliparité, règles précoces, ménopause tardive, âge.

Les **facteurs protecteurs** sont : contraception orale, grossesse, allaitement, ligature de trompes.

Se manifeste par des **symptômes non spécifiques** : gêne, douleurs abdominales, augmentation du périmètre abdominal (ascite), syndrome compressif (trouble du transit, colique néphrétique, ténesme).

L'**échographie** abdomino-pelvienne sus-pubienne et l'échographie endovaginale sont importantes pour poser la suspicion.

Si suspicion de néoplasie, **bilan d'extension** par TDM thoraco-abdomino-pelvienne, IRM abdomino-pelvienne, CA 125 (ou autres marqueurs si suspicion de tumeur particulière : germinale, des cordons sexuels).

Le diagnostic de certitude de cancer est anatomopathologique.

Traitement :

- chirurgie, dont l'objectif est la résection complète des lésions cancéreuses (principal facteur de pronostic) et qui peut comporter :
 - une annexectomie bilatérale;
 - une hystérectomie totale;
 - une omentectomie infragastrique;
 - une appendicectomie;
 - un curage pelvien et lombo-aortique infra-rénal;
 - avec biopsies et cytologie péritonéales;
- chimiothérapie : elle peut être adjuvante ou néoadjuvante (si impossibilité de résection complète initiale).

Le **suit** des patientes est essentiellement clinique et biologique (dosage des marqueurs initialement élevés).

Le **bilan oncogénétique** a sa place pour tout carcinome ovarien séreux de haut grade, quel que soit l'âge.

This page intentionally left blank

Questions isolées corrigées

QI 1

Réponse : A, B, E.

Commentaire :

- C : La sérologie VIH est proposée mais non obligatoire.
- D : C'est en cas d'immunité non acquise (c'est-à-dire de sérologie négative) que la surveillance doit être mensuelle.

QI 2

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- A : La consultation spécialisée doit commencer au début du troisième trimestre, c'est-à-dire à partir du 7^e mois.
- C : Faux ! En cas de portage de streptocoque B, une antibiothérapie prophylactique (par amoxicilline) devra être mise en place dès le début du travail.
- D : Quelle que soit la région, y compris ensoleillée.

QI 3

Réponse : B, C, D.

Commentaire :

- A : On parle de prééclampsie à partir de 20 SA.
- E : L'éclampsie, crise convulsive tonico-clonique, est une complication de la prééclampsie.

QI 4

Réponse : C, D.

Commentaire :

- A : Une pression artérielle systolique supérieure à 160 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique supérieure à 110 mm Hg.
- B : Une protéinurie supérieure à 5 g/24 heures.

QI 5

Réponse : A, B, C, D, E.

QI 6

Réponse : A, C, D, E.

QI 7

Réponse : A, B, C, D, E.

Commentaire : l'aspect en double bulle est caractéristique de l'atrésie duodénale.

QI 8

Réponse : A, C.

Commentaire : l'amniocentèse est réalisable seulement après 18 SA et 4 semaines après le diagnostic de séroconversion.

QI 9

Réponse : B, D, E.

QI 10

Réponse : A, D, E.

Commentaire : les AVK sont contre-indiqués pendant la grossesse (risque tératogène). Il faut faire un relais par HBPM à dose curative en l'absence d'insuffisance rénale. L'arrêt des corticoïdes et des antipaludéens de synthèse expose la patiente à des poussées lupiques graves pouvant compliquer la grossesse. La balance bénéfice/risque est défavorable.

QI 11

Réponse : A, C, E sont fausses.

Commentaire : tous les composants de la cigarette sont nocifs et passent la barrière placentaire.

QI 12

Réponse : A, B, E.

QI 13

Réponse : A.

Commentaire : la vaccination antigrippale est également autorisée et recommandée pour toutes les femmes enceintes en l'absence d'allergie documentée.

QI 14

Réponse : B, D, E.

QI 15

Réponse : A, C, D, E.

QI 16

Réponse : D.

Commentaire : le signe de Farabeuf permet d'évaluer l'engagement du fœtus. L'autre signe pour évaluer l'engagement est le signe de Demelin. Dans les deux cas, on introduit l'index (ou deux doigts) perpendiculairement à la symphyse. S'ils viennent buter sur la tête fœtale, elle est engagée.

- A : C'est la fontanelle postérieure le lambda (celle qui est perçue le plus facilement au cours du suivi de travail et donne la variété de l'enfant); la fontanelle antérieure est nommée bregma.
- B : La variété de dégagement la plus fréquente est l'OP, c'est l'engagement qui se fait en OIGA.
- C : C'est le score de Magnin qui permet d'avoir une évaluation des dimensions du bassin : transverse médian + promonto-rétro-pubien; la valeur est correcte si > 220 mm.
- E : Le plus grand diamètre du bassin est le transverse maximum — comme son nom l'indique.

QI 17

Réponse : E.

Commentaire :

- A : C'est le bouchon muqueux que perdent les parturientes.
- B : Les contractions de début de travail sont régulières.
- C : La rupture de la poche des eaux peut se faire à tout moment. Avant le travail, elle est prématurée. Elle peut être spontanée ou artificielle.
- D : La courbe de Friedman décrit la dilatation cervicale au cours du temps. Elle est sinusoïdale et montre une période initiale de latence jusque 2–3 cm (la plus longue), puis une phase active (où la dilatation est plus rapide de 2–3 cm par heure) et, enfin, une phase de décélération entre 8 cm et dilatation complète. L'allure de cette courbe nous permet d'évaluer la dynamique du travail, son avancée, et éventuellement d'agir en fonction.

QI 18

Réponse : A, B, C, D, E.

QI 19

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire :

- A : Les IEC sont associés à une toxicité rénale parfois irréversible (oligo-anamnios) et une malformation de la voûte du crâne.
- C : Les AINS sont responsables d'une fermeture précoce du canal artériel responsable d'une HTAP.
- D : Les tétracyclines sont l'un des cinq antibiotiques contre-indiqués chez la femme enceinte (sulfamides, quinolones, aminosides, tétracyclines, phénicolés). Ils colorent les dents de lait — effet qui semble dérisoire mais bon...
- E : Les AVK sont contre-indiqués au troisième trimestre pour le risque hémorragique.

QI 20

Réponse : A, C.

Commentaire :

- B : La maladie thromboembolique veineuse n'est une contre-indication aux progestatifs que si elle est active.
- E : L'allaitement n'est pas une contre-indication, néanmoins il faut prévenir la patiente que la montée laiteuse est ralentie initialement et qu'elle doit stimuler son sein au maximum (en général, la contraception est débuté à J21 de l'accouchement).

QI 21

Réponse : A, B, E.

Commentaire : la douleur à la mobilisation utérine traduit la présence d'un épanchement, d'une inflammation... bref une irritation du péritoine.

- C : Le fibrome n'est pas douloureux en dehors d'un épisode de nécrobiose aseptique.
- D : L'endométriose n'est pas douloureuse au TV mais donne des nodules/indurations des ligaments utéro-sacrés permettant le diagnostic.

QI 22

Réponse : E.

Commentaire : c'est frustrant mais chez une adulte (non incapable majeure) vous êtes tenus au secret médical! Faites tout ce que vous pouvez pour faire changer d'avis la patiente!

QI 23

Réponse : C, D, E.

Commentaire :

- A : C'est bien deux injections IM de 12 mg de bétaméthasone, mais sur 48 heures.
- B : Elle perturbe transitoirement les glycémies mais n'est pas contre-indiquée en cas diabète (bénéfice >> risque).
- C : Elle augmente le risque de rupture de membranes au long cours mais en théorie pas simplement par deux injections.

- D : On peut répéter l'administration à 2–3 semaines mais pas plus d'une fois car il existe un risque de diminution de la croissance fœtale au-delà sans bénéfice supplémentaire.
- E : Elle diminue les entérocolites ulcéro-nécrosantes et la maladie des membranes hyalines.

QI 24

Réponse : A, B, C, D.

Commentaire : l'âge maternel > 35 ans est un facteur de risque majeur de pathologies gravidiques. Diabète gestationnel, HTA et prééclampsie, mal-insertion placentaire, MAP... Par ailleurs, l'âge augmente également le risque d'aneuploïdie et mutation chromosomique. Le tabac et la consistance augmentent davantage le risque de MAP.

QI 25

Réponse : A, D, E.

Commentaire : la principale complication est l'anémie fœtale par destruction des érythroblastes fœtaux. Puis c'est la loi du tout ou rien : soit le fœtus « passe le cap » et poursuit sa croissance, soit l'anémie est à l'origine d'une insuffisance cardiaque puis une anasarque et enfin une MFIU.

QI 26

Réponse : C, E.

Commentaire :

- C'est la description classique de la littérature. On écrit aussi que les leucorrhées sentent le plâtre frais...
- Le *Gardnerella* donne des leucorrhées grisâtres très nauséabondes. C'est une IST. Le « sniff-test » est positif pour le *Gardnerella*.

QI 27

Réponse : A, B, D.

Commentaire :

- C : La carence œstrogénique est un facteur de risque donc pas le traitement substitutif.
- E : L'excision est une ablation des tissus extérieurs et donc n'influe pas sur le soutènement.

QI 28

Réponse : B.

Commentaire :

- A : L'endométriome ne se rompt pas, c'est un kyste tissulaire très adhérentiel.
- C : La GEU est possible mais attention à la latéralité.
- D : La torsion d'annexe est possible mais vous avez ici un épanchement qui doit faire évoquer son diagnostic différentiel : la rupture de kyste.

QI 29

Réponse : B, C.

Commentaire : la population cible est 11–13 ans avec un schéma en deux doses. Puis il existe un rattrapage possible de 14 à 19 ans révolus par trois doses.

QI 30

Réponse : B est fausse.

Commentaire : Le caryotype recherché est celui du fœtus. Le prélèvement est possible jusqu'au terme mais plus difficile en fin de grossesse car le liquide est moins abondant.

QI 31

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire :

- B : Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont contre-indiqués durant l'ensemble de la grossesse (effets fœtotoxiques rénaux).

QI 32

Réponse : A, B, C.

Commentaire :

- A : La présence d'une hémorragie génitale orienterait vers un diagnostic de placenta praevia et serait un signe de sévérité.
- B : Il est essentiel de rechercher une infection (vaginale et urinaire notamment) afin de mettre en route rapidement un traitement antibiotique adapté si nécessaire.
- C : La corticothérapie anténatale réduit de 50% les complications néonatales liées à la prématurité.
- D : Elle doit être transférée dans une maternité de type III car l'âge gestationnel est inférieur à 32 SA.
- E : Une naissance au terme actuel correspondrait à une grande prématurité (28–32 SA). la prématurité extrême correspond à une naissance < 28 SA.

QI 33

Réponse : A, B, C.

Commentaire :

- D : L' α -fœtoprotéine et la β -hCG sont les marqueurs sériques pris en compte dans le dépistage séquentiel intégré du deuxième trimestre.
- E, SMZ : Un risque combiné $\geq 1/250$ impose la réalisation d'un caryotype fœtal.

QI 34

Réponse : C.

- A : Rare mais grave : toujours l'évoquer, réaliser systématiquement des hémocultures et associer la mise en route d'une antibiothérapie par amoxicilline (Clamoxyl®) jusqu'à élimination du diagnostic.

- B : Rare mais grave. À évoquer devant des contractions utérines, une rupture prématurée des membranes (liquide teinté ou purulent) et une tachycardie fœtale. Une tocolyse est alors contre-indiquée.

QI 35

Réponse : A, B, D.

Commentaire :

- B : Le risque d'embryofoetopathie sévère diminue avec l'âge gestationnel (organogenèse au premier trimestre).
- C : Les kystes de toxoplasmes se situent dans les muscles des animaux contaminés (bœufs, moutons...). Une cuisson satisfaisante suffit à les détruire.
- D : 70 % des enfants contaminés *in utero* ont une atteinte infraclinique, 25 % une forme légère (choriorétinite surtout), 5 % une forme grave (malformations neurologiques).
- E : Une interruption médicale de grossesse ne sera recevable qu'en cas de forme sévère (soit 5 % des séroconversions) et après avis du CPDPN.

QI 36

Réponse : B, C, E.

QI 37

Réponse : B.

Commentaire :

- E : Ce n'est pas un moyen contraceptif.

QI 38

Réponse : C.

QI 39

Réponse : A, C sont fausses.

QI 40

Réponse : A, C, E.

QI 41

Réponse : B, E.

QI 42

Réponse : A, C, D.

QI 43

Réponse : A, C, D, E.

QI 44

Réponse : A.

QI 45

Réponse : B, E.

QI 46

Réponse : B, C, D, E.

QI 47

Réponse : A, B, C, D, E.

QI 48

Réponse : A, D.

QI 49

Réponse : A, B, C, D, E.

QI 50

Réponse : C, D, E.

QI 51

Réponse : C, D.

QI 52

Réponse : A, B, C, D.

QI 53

Réponse A, B, C, D, E.

QI 54

Réponse : C, E.

QI 55

Réponse : A, E.

QI 56

Réponse : B.

QI 57

Réponse : A.

QI 58

Réponse : D.

QI 59

Réponse : C.

QI 60

Réponse : E.

QI 61

Réponse : A, C, E.

Commentaire : la contraception diminue le risque de survenue d'une grossesse donc de GEU.

QI 62

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire : les facteurs de risque de prolapsus pelvien sont les suivants :

- facteurs de risque constitutionnels (anatomiques, ethniques, héréditaires et tissulaires);
- facteurs de risque acquis (obésité, efforts ou activité sportive importants, constipation, pathologies bronchopulmonaires, vieillissement et carence hormonale);
- facteurs de risque gynéco-obstétricaux (grossesse, accouchement, chirurgie pelvienne).

QI 63

Réponse : A, C.

Commentaire :

- anticonvulsivants, antituberculeux, griséofulvine, millepertuis, antiprotéases présentent des interactions médicamenteuses avec les œstroprogestatifs;
- inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase réverse et acide valproïque n'ont pas d'interactions médicamenteuses avec les œstroprogestatifs.

QI 64

Réponse : B, C, D.

QI 65

Réponse : A, B, C, D, E.

QI 66

Réponse : A, C, D.

Commentaire : définitions indispensables à connaître.

QI 67

Réponse : A, C, D, E.

QI 68

Réponse : A, D, E.

QI 69

Réponse : A, B, C.

QI 70

Réponse : A, B, C, E.

QI 71

Réponse : A, C, E.

QI 72

Réponse : A.

QI 73

Réponse : A, D.

QI 74

Réponse : D.

QI 75

Réponse : A, C.

QI 76

Réponse : B.

QI 77

Réponse : A, C, D, E.

QI 78

Réponse : A, B, C.

QI 79

Réponse : B, C.

QI 80

Réponse : A, D, E.

QI 81

Réponse : B, D, E.

QI 82

Réponse : A, B, D.

QI 83

Réponse : B, C.

QI 84

Réponse : B, C, E.

QI 85

Réponse : C.

QI 86

Réponse : A, D.

QI 87

Réponse : B, D, E.

QI 88

Réponse : B, C, D, E.

QI 89

Réponse : B, C, D.
Commentaire : en l'absence d'une précédente injection, il faudra réaliser systématiquement une injection à 28 SA.

QI 90

Réponse : C, E.

QI 91

Réponse : B, E.

QI 92

Réponse : A, C.

QI 93

Réponse : E.

QI 94

Réponse : A, D, E.

QI 95

Réponse : A, C, E.

QI 96

Réponse : B, E.

QI 97

Réponse : A, D, E.

QI 98

Réponse : B, D, E.

QI 99

Réponse : A, C.

QI 100

Réponse : B.

QI 101

Réponse : B, D.

QI 102

Réponse : B, D, E.

QI 103

Réponse : A, B, D.

QI 104

Réponse : C, E.

QI 105

Réponse : B, C (si aucun délai de réflexion admis, pas de délai d'urgence non plus).

QI 106

Réponse : E.

QI 107

Réponse : B, C, E.

QI 108

Réponse : A, B, E.

QI 109

Réponse : A, B, E.

QI 110

Réponse : C.

QI 111

Réponse : A, B.

QI 112

Réponse : A, B, C.

QI 113

Réponse : A, C, D.

QI 114

Réponse : A, D.

QI 115

Réponse : B.

QI 116

Réponse : B.

QI 117

Réponse : D.

QI 118

Réponse : B, C, D.

QI 119

Réponse : A, D, E.

QI 120

Réponse : D.

QI 121

Réponse : A, D.

QI 122

Réponse : C, D.

QI 123

Réponse : E.

QI 124

Réponse : A, C, E.

QI 125

Réponse : C, E.

QI 126

Réponse : C, D.

Commentaire : le diagnostic est histologique.

QI 127

Réponse : A, C, D, E.

Commentaire : une tumorectomie est nécessaire pour les tumeurs non palpables et nécessite un repérage stéréotaxique. Un cancer est décrit comme proliférant avec un Ki67 > 20 %.

QI 128

Réponse : B, C, D, E.

QI 129

Réponse : A, C, D.

Commentaire :

- B : Le frottis cervical a une très bonne spécificité (> 95 %) pour le dépistage du cancer du col.
- D : Onzième cancer en France.
- E : Adénocarcinomes : 10–20 % ; carcinome épidermoïdes : 80–90 %.

QI 130

Réponse : B, D, E.

QI 131

Réponse : A, B (PMZ), D.

Commentaire :

- C : On peut également proposer un contrôle par frottis à 6 mois.
- E : Les atypies des cellules glandulaires nécessitent une colposcopie immédiate.

QI 132

Réponse : A, C, D, E.

QI 133

Réponse : A, C, E.

Commentaire :

- B : Le stade IA2 correspond à une tumeur non visible macroscopiquement entre 3 et 5 mm.

- D : Le stade IIB correspond à une tumeur avec extension vaginale avec atteinte d'au moins un des paramètres.

QI 134

Réponse : D.

QI 135

Réponse : A, C.

Commentaire :

- B : SCC.
- D : β -hCG, α -foetoprotéine, LDH.
- E : Pas de marqueur.

QI 136

Réponse : D.

QI 137

Réponse : A, D, E.

QI 138

Réponse : A, C, D.

QI 139

Réponse : G.

QI 140

Réponse : B, C, E.

QI 141

Réponse : A, C, F, G, H.

QI 142

Réponse : G.

QI 143

Réponse : B, D.

QI 144

Réponse : C.

QI 145

Réponse : A, D, E, F.

QI 146

Réponse : B.

QI 147

Réponse : A.

Commentaire : le FCV est un test de dépistage individuel et non pas systématique sauf dans quelques régions Françaises. C'est un test de dépistage : il ne peut donc pas poser un diagnostic.

QI 148

Réponse : B, D.

QI 149

Réponse : B, D.

QI 150

Réponse : A, B.

Commentaire : c'est le CA 15-9 qui permet la surveillance. Si le creux axillaire est atteint, un curage axillaire sera réalisé. Celui-ci est une contre-indication à la radiothérapie de cette zone car le risque de lymphœdème est trop grand.

QI 151

Réponse : A, C, E.

QI 152

Réponse : C.

Commentaire :

- A : $> 0,3$ g/24 heures.
- C : Pathologie d'origine placentaire.
- E : Pathologie des deuxième et troisième trimestres.

QI 153

Réponse : B, C, D, E.

Commentaire :

- A : Pas de diagnostic sans tension ni albuminurie.
- E : Si critères de gravité : nécessité d'extraction fœtale pour sauvetage maternel.

QI 154

Réponse : D.

Commentaire :

- A : Au 8^e mois.
- C : Amoxicilline.
- E : Streptocoque B.

QI 155

Réponse : A, B, D (PMZ), E.

Commentaire :

- C : Antéhypophysaire.
- D : Toujours y penser !

QI 156

Réponse : A, D, E.

Commentaire :

- B : Le scanner est irradiant, d'où les indications très limitées des rayons X chez la femme enceinte.
- C : Céphalique : on voit son crâne dans le bassin !
- D : Une des seules indications du pelviscanner.

QI 157

Réponse : B.

Commentaire :

- A : Trois causes principales : rétention placentaire, atonie utérine, inversion utérine.
- B : Vaisseau aberrant : risque d'hémorragie du nouveau-né.
- C : Pas plus qu'un autre placenta.

QI 158

Réponse : A, C (PMZ), D.

Commentaire :

- A : Et insuffisance hépatique sévère.
- B : > 4 cm.
- C : Très important.
- E : Score > 13.

Aussi : épanchement majeur, instabilité hémodynamique, douleur intense.

QI 159

Réponse : A, C.

Commentaire :

- A : Durée 7 minutes, jusqu'à 70 bpm.
- B : SMZ.
- C : Trait gris clair.
- D : 150 bpm.

QI 160

Réponse : A (PMZ), D, E.

Commentaire :

- B : Exacerbés.
- C : Parfois : môle embryonnée.
- E : Tumeur bénigne mais potentiellement agressive.

QI 161

Réponse : B, C, D, E.

QI 162

Réponse : D.

QI 163

Réponse : B, D, E.

QI 164

Réponse : D.

QI 165

Réponse : C, E.

QI 166

Réponse : A, C, E.

QI 167

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- E : Au cours de la grossesse, aucune supplémentation n'est conseillée en dehors de l'acide folique jusqu'à 10 SA (et en préconceptionnel), de l'iode et la vitamine D au 7^e mois.

QI 168

Réponse : B, C.

QI 169

Réponse : A, D.

QI 170

Réponse : A, C.

QI 171

Réponse : C, D.

QI 172

Réponse : A, B.

QI 173

Réponse : A, B, E.

QI 174

Réponse : A, C.

QI 175

Réponse : B, E.

QI 176

Réponse : A, B, C, D, E.

QI 177

Réponse : C, E.

QI 178

Réponse : A, B, C, D.

QI 179

Réponse : A, C.

QI 180

Réponse : A, C, D, E.

QI 181

Réponse : E.

QI 182

Réponse : B, C.

QI 183

Réponse : B, C.

QI 184

Réponse : B, C.

QI 185

Réponse : A, D.

QI 186

Réponse : A, B, D.

QI 187

Réponse : B, C, D.

QI 188

Réponse : A, B, C, E.

Commentaire :

- D : Les ganglions mammaires internes ne sont pas accessibles à l'examen clinique.

QI 189

Réponse : A, B, D.

Commentaire :

- C, SMZ : De 50 à 74 ans.
- E : C'est l'inverse ; ACR 1 : normal ; ACR 5 : image évocatrice de cancer.

QI 190

Réponse : B, D, E.

Commentaire :

- C : En première partie de cycle.
- D : Autres indications : CLI, adénopathie métastatique avec bilan sénologique normal.
- E : L'IRM est dans ce cas réalisée avant la chimiothérapie et en fin de traitement.

QI 191

Réponse : A (PMZ), C, D.

Commentaire :

- B : Les sites métastatiques préférentiels sont les ganglions axillaires, les os, le foie et les poumons.
- E : Il y a une indication à réaliser un bilan d'extension en cas de tumeur classée T4 ou suspicion d'envahissement ganglionnaire clinique.

QI 192

Réponse : A, E.

Commentaire :

- C : Le stade T4a correspond à une extension à la paroi thoracique.
- D : Le stade T4b correspond à une extension à la peau.

QI 193

Réponse : A.

QI 194

Réponse : C, D, E.

QI 195

Réponse : A, C.

QI 196

Réponse : C, D.

QI 197

Réponse : B.

QI 198

Réponse : D, E.

QI 199

Réponse : C.

QI 200

Réponse : A, E.

QI 201

Réponse : B, C, E.

QI 202

Réponse : E.

QI 203

Réponse : A, B, C, E.

QI 204

Réponse : A, E.

Commentaire : RAI : pour toutes les patientes en début de grossesse et à 6 mois (davantage si rhésus négatif). Vitamine D : au 6^e mois

QI 205

Réponse : B, C, D, E.
A : SMZ

QI 206

Réponse : A, C, E.

QI 207

Réponse : A, B, D, E.
C : SMZ

QI 208

Réponse : A, B, C, E.

QI 209

Réponse : B, C, E.
D : SMZ

QI 210

Réponse : C.

QI 211

Réponse : A (PMZ), E (PMZ).

QI 212

Réponse : D.
C : SMZ.

QI 213

Réponse : A, B, C.

QI 214

Réponse : B, C, E.

Elsevier Masson S.A.S
65, rue Camille-Desmoulins
92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
Dépôt Légal : Mars 2017

Composition : SPI

Imprimé en Italie par Printer Trento