

CYCLE

MENSTRUEL

[7]

Au cours du cycle menstruel, le pic de LH provoque:

- A - La fin des règles
- B - La croissance du follicule
- C - L'ovulation
- D - Le début des règles
- E - La sécrétion d'oestradiol

C

Le pic de LH qui succède à la sécrétion et au pic d'oestradiol provoque l'ovulation. La croissance du follicule est sous la dépendance de la FSH

[17]

A quelle période du cycle menstruel la sécrétion de la glaire cervicale est-elle maximale chez une femme ayant des cycles réguliers de 28 jours?

- A - 5ème jour
- B - 8ème jour
- C - 13ème jour
- D - 23ème jour
- E - 28ème jour

C

La sécrétion de la glaire cervicale est maximale juste avant l'ovulation et possède des caractères particuliers (filante, cristallisation en "feuille de fougère").

[56]

La constatation chez une femme de 21 ans, d'une glaire cervicale filante, claire, cristallisant en feuille de fougère à la dessiccation lente, donne un certain nombre de renseignements. Une telle constatation permet d'affirmer:

- A - Il n'y a pas de grossesse
- B - Il n'y a pas d'infection génitale haute
- C - La sécrétion oestrogénique est

satisfaisante

- D - Il existe une imprégnation progestéronique
- E - L'ovulation n'a pas encore eu lieu

A B C E

La glaire ainsi décrite correspond à une imprégnation oestrogénique maximale, précédant l'ovulation.

La glaire est louche en cas d'infection génitale haute.

[308]

Le taux de 17 bêta oestradiol plasmatique chez la femme normale sans contraception est le plus bas lors de

- A - Phase folliculaire
- B - Phase pré-ovulaire
- C - Ovulation
- D - Phase lutéale
- E - Menstruations

E

C'est la chute du taux d'oestrogène et de progestérone qui est à l'origine des menstruations

[84]

Quel est (quels sont) parmi ces stéroïdes celui(ceux) sécrété(s) par des ovaires normaux?

- A - Lestradiol
- B - Lestrone
- C - Lestriol
- D - La progestérone
- E - La testostérone

A B D E

Seul l'oestriol est sécrété exclusivement par le placenta.

Oestradiol surtout et oestrone sont sécrétés par la thèque interne et la granulosa, puis par le corps jaune avec la progestérone, la testostérone est aromatisée dans le stroma en petites quantités.

[111]

Un frottis vaginal présentant un aspect caractérisé par un index acidophile élevé, un index pycnotique élevé, des cellules isolées les unes des autres, peu de leucocytes, peut être interprété comme étant:

- A - Un frottis ovulatoire
- B - Un frottis en phase lutéale
- C - Un frottis hyperoestrogénique
- D - Un frottis au cours de la grossesse
- E - Un frottis au début de la phase folliculaire

A C

Il s'agit d'un frottis fait en période hyperoestrogénique ou

ovulatoire. En phase lutéale ou grossesse, les cellules sont basophiles plicaturées, desquamant en amas. En début de cycle, les indices sont bas.

[117]

Le pic ovulatoire de LH a pour origine

- A - Le pic de FSH
- B - L'augmentation de la progestérone
- C - L'augmentation de la 17-OH-progestérone
- D - Le pic d'oestradiol
- E - Le pic de progestérone

D

Le pic de LH succède (en moyenne de 15 h) au pic d'estradiol. Le pic de 17 OH progestérone et le pic de FSH sont simultanés au pic de LH. L'augmentation de la progestérone a lieu en phase lutéale.

[120]

Des métrorragies sont:

- A - Une augmentation des règles en durée
- B - Une augmentation des règles en abondance
- C - Un raccourcissement des cycles
- D - Un saignement entre les règles
- E - Aucun des cas précédents

D

Les métrorragies sont des saignements d'origine endo utérine survenant à distance des règles.

L'augmentation de la durée des règles est l'hyperménorrhée, l'augmentation de leur abondance polyménorrhée, un raccourcissement des cycles la pollakiménorrhée.

[178]

La constatation chez une femme de 21 ans, d'une glaire cervicale filante claire, cristallisant en feuille de fougère, à la dessiccation lente, donne un certain nombre de renseignements. Une telle constatation permet d'affirmer:

- A - Il y a une grossesse évolutive
- B - Il n'y a pas d'infection génitale haute
- C - La sécrétion oestrogénique est satisfaisante
- D - Il existe une imprégnation progestéronique
- E - Cette patiente est sous contraception progestative continue

B C

L'ensemble des données caractérisent une glaire en période pré-ovulatoire donc en l'absence de toute imprégnation progestative lutéale (D) gravidique (A) ou thérapeutique (E). Une infection génitale haute se traduit par une glaire louche.

[188]

Parmi les affections suivantes, indiquez celle(s) qui peut(peuvent) être responsable(s) de métrorragies:

- A - Une tumeur sécrétante de la granulosa
- B - Un cancer de l'endomètre
- C - Une salpingite
- D - Une adénomyose
- E - Une tumeur vaginale

[188]

A B C D

Les oestrogènes (oestriol) sont sécrétés par la granulosa ovarienne.

Une tumeur vaginale est responsable de saignements vaginaux et non de métrorragies qui sont par définition d'origine endométriale.

[196]

Chez une femme habituellement réglée tous les 32 jours, le calcul du terme à partir de l'ovulation doit tenir compte d'une phase pré-ovulatoire de

- A- 14 jours
- B - 16 jours
- C- 18 jours
- D - Variable entre 14 et 18 jours
- E-Supérieure à 18 jours

C

Seule la phase lutéale est constante et inférieure ou égale à 14 jours donc la phase préovulatoire est au minimum de 18 jours.

[202]

Dans les dix premières semaines de la grossesse, des métrorragies peuvent être causées par:

- A - Grossesse molaire
- B - Menace d'avortement spontané
- C - Insertion basse du placenta
- D - Décollement prématuré du placenta normalement inséré
- E - Prise d'aspirine

[202]

A B E

Les hémorragies d'origine placentaire nécessitent l'individualisation de ce dernier (15ème SA).

C - Les cancers génitaux

D - Les grossesses multiples

E - Les cancers du sein

[386]

B D

[206]

Le corps jaune sécrète

A - Les H.C.G.

B - L'H.P.L.

C - La 17 Bêta - Oestradiol (02)

D - La progestérone

E - La L H.

C D

L'oestradiol et la progestérone sont sécrétées par le corps jaune.

Leur chute détermine les

règles. La stimulation par l'HCG sécrétée par le trophoblaste,

permet le maintien de l'activité du corps jaune.

HPL est sécrétée par le placenta.

LH est une gonadostimuline hypophysaire.

[224]

Quelle est la cause la plus fréquente d'hémorragie génitale de la femme en période pubertaire?

A - Hémopathie bénigne

B - Corps étranger vaginal

C - Adénocarcinome vaginal

D - Insuffisance lutéale

E - Endométriose

D

La dysovulation, fréquente en période pubertaire, est responsable d'insuffisance du corps jaune et donc d'hémorragie génitale, due à l'hyperoestrogénie relative (défaut de sécrétion de progestérone). Elle se traduit par des cycles irréguliers et des régies abondantes. Il faut néanmoins évoquer, en cas d'hémorragie génitales abondantes répétées chez une jeune fille bien réglée, une hémopathie bénigne dont elle est souvent le 1er symptôme révélateur. L'adénocarcinome et le corps étranger vaginal sont des causes rares et l'endométriose exceptionnelle à cette période.

[386]

Quel(s) est (sont) le(s) risque(s) des inductions de l'ovulation ?

A - Des hémorragies génitales

B - Des hyperstimulations ovariennes

FÉCONDATION

[70]

Quel est le lieu habituel et classique de la fécondation?

- A - Fond utérin
- B - Pavillon de la trompe
- C - Tiers externe de la trompe
- D - Tiers interne de la trompe
- E - Cul-de-sac de Douglas

C

La fécondation a lieu classiquement au niveau ampullaire (1/3 externe de la trompe), quelques heures après l'ovulation.

[91]

Au moment de l'implantation, le produit de conception est au stade de

- A - Blastomère
- B - Blastocyste **
- C - Gamète
- D - Embryon
- E - Morula

[91]

D

L'implantation se produit au 6^e jour après la fécondation au stade de blastocyste (creusé du blastocèle dans lequel fait saillie le bouton embryonnaire).

[298]

Le lieu de la fécondation dans l'espèce humaine se situe dans

- A - Le fond utérin
- B - Le tiers externe de la trompe
- C - L'isthme tubaire
- D - La surface ovarienne
- E - La glaire cervicale

B

Sans commentaire

DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA GROSSESSE

[1]

Le moyen le plus précoce pour diagnostiquer une grossesse est

- A - L'examen clinique
- B - La courbe thermique
- C - La réaction immunologique de grossesse dans les urines
- D - Le dosage de Bêta HCG plasmatique
- E - L'échographie

[1]
D

Le dosage des bêta HCG plasmatiques est le plus performant et est positif (> ou égal 10 UI) au 10^e jour de grossesse alors que la courbe thermique nécessite un plateau prolongé de plus de 16 jours après le décalage et que les réactions immunologiques classiques de grossesse (seuil 31000 UI) ne se positivent qu'au 20^e jour de grossesse environ, en même temps que le seuil de sensibilité échographique : visualisation du sac ovulaire vers la 5^e SA.

[16]

Madame X est enceinte et présente une aménorrhée de dix semaines. Elle a des hémorragies génitales modérées. Parmi les examens ci-dessous, lequel permet d'affirmer la vitalité de l'œuf ?

- A - Les dosages d'HCG urinaire
- B - Les dosages d'oestrogènes et de pregnandiol urinaires
- C - L'échographie utérine
- D - Le dosage de HPL
- E - Aucun de ces examens

[16]
C

Seule l'échographie, par la recherche de battements cardiaques (visibles dès 7 SA) et de mouvements fœtaux, permet d'affirmer la vitalité ovulaire. Les HCG peuvent augmenter en l'absence d'embryon (grossesse molaire) et un seul dosage d'HPL ne permet pas de conclure.

[21]

La vitalité de la grossesse au terme de 8 semaines d'aménorrhée avec métrorragies peut être vérifiée par :

- A - Mesure de la hauteur utérine
- B - Auscultation des bruits du cœur au stéthoscope à ultrasons
- C - Un dosage des bêta HCG
- D - Echographie
- E - Courbe de température

[21]
C

Seule l'échographie, par la recherche de battements cardiaques et de mouvements actifs fœtaux, permet d'affirmer la vitalité ovulaire. Les bruits du cœur ne sont pas toujours perceptibles à ce terme au stéthoscope à ultrasons et aucun des autres examens ne permet isolément ce diagnostic.

[23]

Le dosage de l'HCG plasmatique est utile dans toutes les circonstances, sauf une. Laquelle ?

- A - Diagnostic précoce de la grossesse chez une femme stérile
- B - Pronostic d'évolution d'une grossesse échographiquement évolutive
- C - Diagnostic de la grossesse extra-utérine
- D - Surveillance de la guérison des mûles hydatiformes
- E - Surveillance de certains cancers ovariens traités

[23]
B

Le dosage plasmatique des HCG est utilisé dans le diagnostic précoce de grossesse ou de GEU (le plus sensible) ainsi qu'en tant que marqueur cellulaire de cellules anormales sécrétantes (grossesse molaire, cancers ovariens). Il ne donne pas de renseignement supplémentaire par rapport à l'échographie sur l'évolution de la grossesse.

[25]

Parmi les examens complémentaires demandés

lors de la déclaration de grossesse lequel(lesquels) est (sont) obligatoire(s)

- A - Groupe sanguin
- B - Protéinurie
- C - Glycémie
- D - Recherche de la sérologie de la syphilis
- E - Radio pulmonaire

[25]

A B D
La loi prévoit à titre obligatoire le groupe sanguin, la protéinurie et la sérologie syphilitique.
Il est conseillé de pratiquer une glycémie à jeun.
La radiographie pulmonaire n'est réservée qu'en cas d'anomalie clinique ou de terrain à risque de tuberculose.

[30]

Le terme d'une grossesse est calculé précisément grâce à l'échographie

- A - A la 34^{ème} semaine d'aménorrhée
- B - Au 15^{ème} jour de gestation
- C - Entre la 16^{ème} et la 20^{ème} semaine d'aménorrhée
- D - Entre la 28^{ème} et la 32^{ème} semaine d'aménorrhée
- E - Entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine d'aménorrhée

[30]

C
Plus l'échographie est réalisée précocément plus le calcul du terme est précis
- 6 à 8 S.A ± 5 jours (sac ovulaire)
- 8 à 12 S.A ± 3 jours (distance crâniocaudale)
- 13 à 24 S.A ± 1 semaine.
Au 1^{er} 5^{ème} jour de gestation le sac ovulaire n'est pas encore visible.

[41]

L'examen complémentaire le plus important pour établir le diagnostic d'un arrêt spontané de la grossesse entre 8 et 15 semaines d'aménorrhée est:

- A - Le dosage des HCG urinaires
- B - Le dosage des HCG plasmatiques
- C - Le dosage urinaires de prégnandiol et oestrogènes
- D - L'échographie
- E - L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal

[41]

D
Seule l'échographie peut faire le diagnostic de grossesse arrêtée sur l'absence de battements cardiaques, de mouvement actif puis le chevauchement des os du crâne, l'ascite fœtale etc... Les dosages hormonaux A et B isolés sur un dosage ne permettent en aucun cas d'affirmer le diagnostic (c'est sans intérêt) et la recherche des bruits du cœur aux ultrasons est souvent aléatoire à ce terme.

[43]

Quelle hypothèse, parmi les suivantes, fait évoquer une hauteur utérine à 26 cm à 34 semaines d'aménorrhée chez une femme dont le terme est connu avec précision?

- A - Une grossesse gémellaire
- B - Une hypotrophie fœtale
- C - Une hypertrophie du placenta
- D - Une grossesse normale
- E - Un hydramnios

[43]

B
La hauteur utérine à 34 SA est de 29 cm (7 mois 1/2 de grossesse). L'utérus grandit de 4 cm par mois du 3^{ème} au 7^{ème} mois puis de 2 cm par mois jusqu'à terme.

[71]

Quel est en pratique le premier examen à demander pour affirmer le diagnostic de grossesse devant un retard de règles de 10 jours?

- A - Test immunologique de grossesse
- B - Dosage oestradiol plasmatique
- C - Dosage progestérone plasmatique
- D - Dosage de oestriol urinaire
- E - Echographie

[71]

A
Sans commentaire.

[77]

La grossesse entraîne un certain nombre de modifications biologiques.

Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) qui est(sont) correcte(s)?

- 1 - Hyperleucocytose
- 2 - Hémodilution

3 - Hypercholestérolémie
4 - Accélération de la vitesse de sédimentation

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B
2,4=C 4=D 1,2,3,4E

[77]

E

Au cours de la grossesse, on note une augmentation du volume plasmatique d'où une anémie par hémodilution responsable d'une accélération de la VS. Il existe par ailleurs une hyperleucocytose (9000 à 15000) et une hypercholestérolémie.

[98]

Une échographie est faite à 9 semaines d'aménorrhée. Quel est l'élément quelle ne permet pas d'apprécier:

- A - L'activité cardiaque
- B - La longueur crânio-caudale de l'embryon
- C - La localisation du placenta
- D - L'existence des mouvements de l'embryon
- E - Les dimensions du sac gestationnel

L'échographie faite entre 8 et 12 SA permet:

- la précision sur le terme par mesure de la longueur crânio-caudale (± 3 jours)
- la dimension du sac gestationnel peut être mesurée mais est moins précise à ce terme,
- la vitalité foetale par l'existence de mouvements actifs et l'activité cardiaque (à partir de 7 SA)
- par contre, le trophoblaste ne s'individualise en placenta qu'à partir de la 15^e SA.

[100]

Madame X présente après une aménorrhée de 2 mois et demi des métrorragies d'abondance modérée. Parmi les examens ci-dessous, quel est celui qui permet d'affirmer l'évolutivité de la grossesse?

- A - Le dosage de l'HCG urinaire
- B - Le dosage de l'HCG bêta plasmatique
- C - Le dosage de la progestérone plasmatique
- D - Le diagnostic immunologique de grossesse
- E - L'échographie

[100]

E

Aucun dosage hormonal isolé (HCG plasmatiques ou urinaires, bêta-HCG) ne permet d'affirmer l'évolutivité d'une grossesse (le dosage de la progestérone n'y participe en aucun cas) seule l'échographie par la recherche de mouvements actifs et battements cardiaques permet de rassurer la patiente dans le cas

échéant.

P.M : Dans une grossesse molaire, il existe une augmentation des HCG sans développement embryonnaire.

[104]

Une femme au 8^e mois de sa grossesse présente les résultats suivants. L'un d'entre eux est anormal, indiquez lequel:

- A - Taux d'hémoglobine: 9 g/dl
- B - Fer sérique: 90 microg/dl (16 micromol/l)
- C - Leucocytes: $12 \times 10^9/l$ (12000/mm³)
- D - Fibrinogène : 4 g/l
- E - Vitesse de sédimentation globulaire: 30 mm en 1 heure

[104]

A

La grossesse s'accompagne d'une hyperleucocytose (9 000 à 15 000 *GB/mm³*), d'une accélération de la VS, d'une augmentation du fibrinogène (supérieur ou égal à 4 g/l) et d'une anémie modérée par hémodilution (Hb supérieur à 11g/l) avec baisse du fer sérique supérieur ou égal à 80 mg/100 ml. Dans ce cas, une Hb à 9 g doit faire rechercher une autre cause.

[110]

Le meilleur paramètre échographique permettant d'apprécier l'âge d'une grossesse dont la date de début est imprécise est

- A - La mesure du bi-pariétal à partir de la 13^e semaine d'aménorrhée
- B - La mesure du sac gestationnel à 7 semaines d'aménorrhée
- C - La mesure de la longueur fémorale à 24 semaines d'aménorrhée
- D - La mesure de la longueur crânio-caudale de l'embryon à 8 semaines d'aménorrhée
- E - La mesure du diamètre abdominal transverse à 24 semaines d'aménorrhée

[110]

D

La précision pour ces différentes mesures est

- bi-pariétal après 13 SA ± 1 semaine
- sac gestationnel 7 SA + ou - 5 jours
- fémur 24 SA ± 1 semaine
- crânio-caudale 8 SA ± 3 jours
- abdominal transverse 24 SA, critère de croissance pondérale.

[140]

Madame B, d'origine nord-africaine, 6ème pare, enceinte de 32 semaines étant un peu pâle, vous avez demandé une NFS/VS dont voici le résultat: hématies 37000001mm³

- hémoglobine 11 g/100 ml - hématocrite 35 % - leucocytes 1 000Imm³ - VS.

44/90 mmVous en déduisez que:

A - C'est une numération VS. normale chez une femme enceinte

B - C'est une anémie qu'il faut explorer, les autres paramètres sont normaux

C - Il n'y a pas d'anémie, mais une hyperleucocytose qui témoigne d'une infection à rechercher

D - La numération est normale, seule la vitesse de sédimentation est pathologique car très élevée

E - Etant donnée qu'il s'agit d'une Nord-Africaine, c'est très en faveur d'une thalassémie

[140]

A

Au cours de la grossesse, il existe une anémie relative par hémodilution (augmentation du volume plasmatique) responsable d'une accélération de la VS. Il existe aussi une hyperleucocytose.

[142]

Au 7ème mois d'une grossesse normale, on s'attend à trouver:

A - Une créatinine sérique à 120 micromoles/litre

B - Une uricémie à 200 micromoles/litre

C - Une protéinurie de 0,60 g/24 h

D - Une pression artérielle à 145/90 mmHg

E - Une bactériurie de 104 germes/ml

[142]

B

La créatininémie est abaissée (< ou égale à 70 micromol/l) ainsi que l'uricémie (< ou égale à 240 micromol/l).

Il n'y a pas de protéinurie ni de bactériurie, la pression artérielle est strictement inférieure à

140 mm Hg pour la systolique et 90 mmHg pour la diastolique.

[144]

Quels sont les deux moyens les plus précoces pour poser le diagnostic de grossesse?

A - L'examen clinique

B - La courbe thermique

C - La réaction immunologique de grossesse dans les urines

D - Le dosage de Béta HCG plasmatique

E - L'échographie

[144]

B D

Les béta HCG urinaires sont positives au 10ème jour de grossesse.

Le plateau thermique > ou égal à 16 jours permet de suspecter une grossesse débutante.

La R.I.G. classique urinaire (seuil de positivité 1000 UI) est positive au 21ème jour d'une grossesse normale.

L'échographie ne permet de voir un sac ovulaire qu'à la 4ème semaine de grossesse.

?????

[156]

Un cliché dit de contenu utérin est indiqué pour

A - Vérification de l'âge du fœtus

B - Contrôle des points d'ossification du fœtus

C - Mesure du périmètre crânien fœtal

D - Mesure du diamètre du détroit supérieur

E - Appréciation du sexe du fœtus

[156]

A B

Le contenu utérin, en appréciant la présence ou non des points d'ossification permet une approximation sur l'âge du fœtus au 3ème trimestre et donc de sa maturité, en l'absence de précision sur le terme (date des dernières règles inconnue, absence d'échographie précoce). Le périmètre crânien est mesuré in vivo et le diamètre du détroit supérieur sur une radiopélvimétrie.

[170]

Au cours d'une grossesse normale débutante, le taux plasmatique de l'HCG

A - Double en 12 heures

B - Double en 2 jours

- C - Double en 5 jours
- D - Double en 8 jours
- E - Aucune de ces propositions n'est exacte

[170]

B

Le maximum est atteint entre la 8ème et la 12ème semaine puis chute jusqu'à la 20ème semaine où il se maintient alors autour de 5 000 UI/24 h et disparaît dans les 5 jours suivant l'accouchement.

[209]

Une patiente, habituellement bien réglée, est vue pour la première fois en milieu de grossesse. Quel est le meilleur moyen pour préciser le terme de cette grossesse?

- A - Léchographie
- B - Les dosages sanguins répétés de l'H.P.L. (hormone lacto-placentaire)
- C - Le calcul à partir de la date des dernières règles
- D - La hauteur utérine
- E - Les dosages urinaires répétés de H.C.G. (hormone gonado-chorionique)

[209]

C

Lorsque les cycles sont réguliers, c'est la date des dernières règles qui donne la meilleure approximation sur le terme. En effet l'échographie entre 20 et 26 SA donne une précision de plus ou moins huit jours, ce qui la met en seconde position.

[213]

La surveillance échographique de la croissance foetale repose sur la mesure à intervalles réguliers

- A - Du diamètre bipariétal
- B - De la longueur du fémur
- C - Du diamètre abdominal transverse (diamètre ombilical)
- D - Du rapport LIS
- E - Du nombre de points d'ossification du membre inférieur

A B C

La biométrie foetale repose sur la surveillance de ces 3 paramètres sur les 2 échographies du deuxième et troisième trimestre de grossesse.

Le rapport (lécithine/sphingomyéline) est une mesure biochimique faite sur ponction du liquide amniotique afin d'évaluer la maturité foetale.

Les points d'ossification du membre inférieur sont repérables sur les clichés radiologiques du contenu utérin à partir de 36 SA (BELLARD) et 38 SA (TODT).

[230]

L'hormone lactogénique placentaire (H.P.L) ou hormone chorionique somatomammotrophique (H.C.S.):

- A - Est une hormone protéique synthétisée par le syncytio-trophoblaste
- B - Est une hormone protéique synthétisée par la surrénale foetale

C - A un taux plasmatique qui baisse après la 35ème semaine jusqu'au terme

D - A un taux plasmatique proportionnel à la masse placentaire

E - Est surtout utile en cas de diabète ou d'iso-immunisation

[230]

A c D

LHPL est sans intérêt dans la surveillance du retard de croissance intra-utérin depuis la pratique répétée des échographies.

[232]

Madame R., primigeste de 28 ans, sans antécédent, vous consulte pour sa visite du 8ème mois. Vous mesurez la hauteur utérine, elle est à 25 cm. Qu'en déduisez-vous?

- A - C'est normal pour le terme
- B - C'est trop important pour le terme, il faut rechercher une erreur de terme
- C - C'est trop petit pour le terme, il faut rechercher une erreur de terme
- D - C'est trop petit pour le terme, il faut rechercher un retard de croissance intra utérin
- E - C'est trop gros pour le terme, il faut rechercher un gros enfant ou des jumeaux

[232]

C D

Au cours du 8ème mois la hauteur utérine est comprise entre 28 et 32 cm.

Il faut donc rechercher une erreur de terme (date des dernières règles, recherche d'une échographie faite au 1er trimestre) et en présence de données précises sur le terme, il faut rechercher une hypotrophie foetale par la mesure biométrique échographique.

[238]

Au cours d'une grossesse normale, tous les phénomènes biologiques suivants sont habituels, sauf un. Lequel ?

- A - Diminution du taux d'hémoglobine
- B - Diminution de la masse globulaire
- C - Diminution des réserves de fer
- D - Augmentation de la vitesse de sédimentation
- E - Stabilité du chiffre des plaquettes

[238]

B

La masse globulaire augmente au cours de la grossesse moins vite que la masse plasmatique, ce qui entraîne une diminution relative du taux d'hémoglobine et une diminution des réserves de fer. Cette anémie relative est responsable d'une accélération de la VS. Les plaquettes sont stables.

[239]

Une échographie est faite à 12 semaines d'aménorrhée. Quel est l'élément qu'elle ne permet pas d'apprécier ?

- A - L'existence d'une malformation cardiaque
- B - La longueur crano-caudale de l'embryon
- C - Une anencéphalie
- D - L'existence des mouvements de l'embryon
- E - Les dimensions du sac gestationnel

[239]

A

Les dimensions du sac gestationnel sont sans intérêt à ce terme mais la mesure est théoriquement réalisable - la longueur crano-caudale et la recherche de mouvements actifs font partie de l'examen ainsi que l'étude du pôle céphalique qui permet le diagnostic précoce d'anencéphalie. En revanche l'étude fine de la morphologie cardiaque n'est réalisable que vers 20 - 22 SA.

[240]

Parmi ces propositions concernant l'interprétation du dosage de créatininémie pendant la grossesse, une réponse est exacte. Laquelle ?

- A - La créatininémie est inchangée pendant la grossesse normale

B - La limite supérieure de la norme est élevée en raison d'une diminution de la filtration glomérulaire

C - La limite supérieure de la norme est abaissée en raison d'une augmentation de la filtration glomérulaire

D - La limite supérieure de la norme est élevée en raison d'une augmentation des catabolismes

E - La limite supérieure de la norme est abaissée en raison d'une diminution des catabolismes

[240]

C

La créatininémie s'abaisse de 25 % en cours de grossesse en raison d'une augmentation de la filtration glomérulaire malgré l'augmentation du catabolisme.

[242]

Chez une femme au huitième mois de grossesse, indiquez le ou les résultats qui vous semblent anormaux.

- A - Vitesse de sédimentation globulaire à 30 mm à la première heure
- B - Leucocytes = 11 000 / mm³
- C - Taux d'hémoglobine = 9 g/dl
- D - Réticulocytes = 200 000 / mm³
- E - Plaquettes = 600 000 / mm³

CD

Au troisième trimestre de la grossesse il existe une anémie par hémodilution responsable en partie d'une accélération de la VS, néanmoins le taux d'hémoglobine doit rester supérieur à 11 g/dl. Les polynucléaires neutrophiles sont élevés et entraînent une augmentation des globules blancs jusqu'à 15 000/mm³.

Les plaquettes sont inchangées ainsi que les réticulocytes.

[252]

L'évaluation de l'âge gestationnel peut être établie à partir de

- A - L'extension des stries plantaires
- B - La maturation des cartilages de l'oreille
- C - Le développement des organes

génitaux externes

- D - Le développement des mamelons
- E - Le poids

[254]

Madame X. est enceinte et présente une aménorrhée de dix semaines. Elle a des hémorragies génitales modérées. Parmi les examens ci-dessous, lequel permet d'affirmer la vitalité de l'oeuf?

- A - Un dosage d'H.C.G. plasmatique
- B - Les dosages d'oestrogènes et de pregnandiol urinaires
- C - Le dosage de prolactine
- D - Le dosage de H.P.L.
- E - Aucun de ces examens

[254]

E
L'échographie est le meilleur moyen à ce terme d'affirmer la vitalité ovulaire (activité cardiaque - mouvements actifs) et de rechercher une étiologie éventuelle aux métrorragies. Un seul dosage d'HCG ou HPL ne permet pas de renseigner sur l'évolutivité d'une grossesse.

[268]

En échographie ultra-sonore, l'estimation de l'âge gestationnel entre 9 et 13 semaines d'aménorrhée est la meilleure avec:

- A - Le bipariétal
- B - La longueur fémorale
- C - La distance cranio-caudale
- D - Le périmètre crânien
- E - Le périmètre abdominal

C

Entre 9 et 13 semaines la distance cranio-caudale est la plus fiable, la plus précise, la plus reproductible et la plus aisée à réaliser. Après 13 SA c'est la mesure du BIP et du fémur qui donnent la meilleure estimation.

[277]

Un test immunologique dépistant des quantités de bêta-HCG de l'ordre de la milliunité-internationale par ml de sang permet le diagnostic de grossesse au plus tôt

- A - Après un seul jour de retard des règles
- B - Au 10ème jour du cycle
- C - Dès la fécondation

D - Au 12ème jour post-ovulatoire

E - Après 8 jours de retard de règles

D

L'unité Bêta de l'HCG est spécifique de la grossesse et détectable à partir du 11ème jour après l'ovulation dans le sang. Il existe une détection dans les urines réalisable par des tests pharmaceutiques qui permettent un diagnostic théorique après un seul jour de retard.

[284]

Mme C..., 4ème geste, 3ème pare. A négatif, consulte à la 33ème semaine d'aménorrhée pour la visite du 8ème mois. La hauteur utérine est de 29 cm. Quel(s) est (sont) parmi les examens suivants celui (ceux) que vous devez prescrire en fonction de cette consultation ?

- A - Amniocentèse
- B - Recherche d'agglutinines
- C - Glycémie à jeun et post prandiale
- D - Uricémie
- E - Protéinurie

[284]

B E

La recherche d'agglutinines irrégulières chez les femmes de Rhésus négatif non immunisées doit être mensuelle. Chez toute femme, la recherche de protéinurie et de glycémie doit se faire à chaque consultation. La glycémie à jeun et post-prandiale et l'uricémie sont conseillées au cours de la visite du 6ème mois mais non obligatoires en l'absence de pathologie de la grossesse.

[297]

Madame X. est enceinte de 8 semaines et a des hémorragies génitales modérées. Parmi les examens ci-dessous, quel est celui qui permet d'affirmer la vitalité de l'oeuf?

- A - Les dosages d'HCG urinaire
- B - Les dosages d'oestrogènes et de pregnandiol urinaires
- C - L'échographie utérine
- D - Le dosage de HPL
- E - Aucun de ces examens

[297]

C

A 8 semaines les battements cardiaques sont bien visibles et l'échographie permet en outre de visualiser un décollement du pôle inférieur de l'oeuf ou l'expulsion d'un 2ème jumeau,

éventuellement responsables des hémorragies.

[301]

Pour la déclaration de grossesse, indiquez les examens que vous devez obligatoirement prescrire à la femme qui vient vous consulter pour sa première grossesse

- A - Groupe sanguin
- B - Examen cyto bactériologique des urines
- C - Glycosurie/Albuminurie
- D - Sérologie HIV
- E - Agglutinines irrégulières

[301]

A C E

Les agglutinines irrégulières ne sont obligatoires que chez les femmes rhésus (-) mais conseillées dans les autres cas. CBU et sérologie HIV sont recommandés mais non obligatoires.

[303]

La grossesse normale entraîne la(les) modification(s) biologique(s) suivante(s) chez la femme enceinte

- A - Diminution de la vitesse de sédimentation
- B - Hypovolémie
- C - Hyperleucocytose
- D - Hyperuricémie
- E - Hypercholestérolémie

[303]

C E

La V.S. est accélérée au cours de la grossesse et du post partum. L'hypovolémie et l'hyperuricémie font partie du tableau de toxémie.

[309]

A quel moment doit-on effectuer le 2ème examen prénatal obligatoire?

- A- Dans les 15 premiers jours du 5ème mois
- B - Au cours du 6ème mois
- C - Au cours du 8ème mois
- D - Dans les 15 premiers jours du 8ème mois
- E - Dans les 15 premiers jours du 9ème mois

[309]

B

Le 1er examen a lieu avant la 15ème S.A. et le 3ème dans les 15 premiers jours du 8ème mois.

[317]

Le terme de la grossesse peut être déterminé avec une précision de plus ou moins 2 jours, par:

- A - Le dosage de HCG urinaire
- B - La détermination de la longueur crânio-caudale
- C - Le dosage de l'HPL plasmatique
- D - La mesure du diamètre bipariétal
- E - L'étude de la courbe ménothermique

E

La précision de la longueur crânio-caudale et bipariétal est fonction du terme de la grossesse.

La courbe de température lorsqu'elle est interprétable permet une bonne précision sur le terme (quelque soit l'âge de la grossesse !)

[344]

Parmi les éléments biologiques suivants, le(s)quel(s) est (sont) augmenté(s) physiologiquement au cours de la grossesse normale?

- A - Hématocrite
- B - Fibrinogène
- C - Facteur Willebrand (VIII Ag ou VIII WF)
- D - Uricémie
- E - Glycémie à jeun

[344]

B C

Hématocrite, uricémie et glycémie sont abaissées pendant la grossesse. Sont considérés comme pathologiques des chiffres de glycémie à jeun supérieurs à 1 g (5,6 mmol/l) et à 1,4 g (7,8 mmol/l) en post-prandial.

Le fibrinogène peut être augmenté jusqu'à 6 g/l et le facteur VIII est augmenté ainsi que les facteurs VII, Xet XII.

[350]

A quel terme de la grossesse, en semaines d'aménorrhée, commence-t-on à observer en échographie une activité cardiaque foetale?

- A - 4
- B - 7
- C - 10
- D - 13
- E - 15

[350]

B

En fait, dès six semaines et demi d'aménorrhée sur appareils performants ou avec les sondes endovaginales.

[360]

Chez une femme au 8^e mois de sa grossesse quel est le résultat anormal?

- A - Taux d'hémoglobine: 105 g/dl.
- B - Fer sérique: 90 microg/dl (16 micromol/l)
- C - Leucocytes : 12.109/1 (12.000/mm³)
- D - Fibrinogène : 4 g/l
- E - Aucun des examens ci-dessus

[360]

E

Il existe une anémie de dilution à partir de la 10^e semaine d'aménorrhée mais le chiffre couramment admis comme limite inférieure est 11 g/100 ml. Les leucocytes sont élevés surtout les PNN ainsi que le fibrinogène jusqu'à 5-6 g/l.

[368]

Une échographie obstétricale à 34 SA (semaines d'aménorrhée) peut:

- A - Permettre le diagnostic d'ascite foetale
- B - Permettre le diagnostic d'anencéphalie
- C - Permettre le diagnostic de placenta praevia
- D - Permettre le diagnostic de retard de croissance
- E - Préciser le terme exact

[368]

A B C D

L'échographie apporte une précision sur le terme de ± 2 jours de 7 à 12 semaines d'aménorrhée ; ± 7 jours de 15 à 24 semaines d'aménorrhée et quasi nulle ensuite. Le diagnostic de retard de croissance se fait sur deux échographies successives montrant l'infléchissement de la courbe de croissance et nécessite la connaissance exacte du terme sur un examen à la 34^e semaine d'aménorrhée.

[11]

cc

Madame X., 40 ans, est enceinte pour la 3^eme fois, car elle a arrêté sa pilule en raison d'une hypertension artérielle. Elle pèse 60 kg pour 1 m 55, les deux premières grossesses se sont déroulées sans problèmes. Les cycles de Madame X sont réguliers. Les dernières règles sont du 12 Mars 1983.

La date la plus probable de l'accouchement est:

- A- 12 Décembre 1983**
- B - 12 Janvier 1984**

C-24 Décembre 1983

D-5 Janvier 1984

E - 15 Décembre 1983

[12]

Quelle doit être la hauteur théorique de l'utérus à six mois révolus?

- A - 18 cm**
- B - 20 cm**
- C - 22 cm**
- D - 24 cm**
- E - 28 cm**

[13]

Quelle est la durée du congé prénatal de cette patiente?

- A - 4 semaines avant l'accouchement**
- B - 6 semaines avant l'accouchement**
- C - 8 semaines avant l'accouchement**
- D - 10 semaines avant l'accouchement**
- E - 12 semaines avant l'accouchement**

[14]

L'étude des antécédents de Madame X. vous permet de dire quelle appartient à une population à risque:

- A - De malformation**
- B - De diabète gestationnel**
- C - D'accouchement prématuré**
- D - De pathologie vasculo-rénale**
- E - Thrombo-embolique**

[11]

C

Une grossesse normale accouche en moyenne 9 mois après le début de cette grossesse, soit 39 semaines après les dernières règles.

[12]

D

L'utérus croît environ de 4 cm par mois à partir du 3^eme mois et de 2 cm à partir du 7^eme mois de grossesse.

[13]

C

En l'absence de complications, la loi prévoit 6 semaines de congé prénatal auquel on peut rajouter 2 semaines pour grossesse dite "pathologique". Il existe ici une HTA préalable à la grossesse qui constitue un facteur de risque.

[14]

A B D

A 40 ans, le risque de trisomie 21 est augmenté et l'amniocentèse proposée systématiquement. La surcharge pondérale entraîne un risque accru de diabète gestationnel. LHTA favorise la toxémie gravidique surajoutée.

LA ANOMALIES

- A - Permet la réalisation d'études biochimiques**
- B - Permet la réalisation d'étude hormonale**
- C - Permet la réalisation d'un caryotype foetal**
- D - Permet la culture des cellules foetales desquamées**
- E - Est limité au diagnostic des foetopathies**

[40]

La (les) conséquence(s) de la rupture prématurée des membranes peut(vent)

- A - La prématurité**
- B - Placenta praevia**
- C - La présentation de la face**
- D - La procidence du cordon**
- E - La dysgravidie**

[40]

A D

La rupture prématurée des membranes (avant tout début de travail) entraîne un risque de procidence du cordon, (la présentation n'appliquant pas nécessairement sur le segment inférieur), et d'accouchement prématuré provoqué par l'infection amniotique.

Le placenta bas inséré peut être un facteur étiologique (et non une conséquence) de cette rupture. La présentation de la face n'est pas plus fréquente.

[190]

La (les) conséquence(s) de la rupture prématurée des membranes peut(vent) être:

- A - L'infection ovulaire**
- B - Le placenta praevia**
- C - La présentation de la face**
- D - La procidence du cordon**
- E - La dysgravidie**

[190]

A D

La procidence du cordon est favorisée par une présentation non appliquée et le flux rapide de liquide amniotique.

La dysgravidie est éventuellement une cause mais non une conséquence

[321]

Le prélèvement du liquide amniotique par amniocentèse précoce:

[321]

A B C D

L'amniocentèse permet les études biochimiques (Alpha FT, ACE dosages enzymatiques), hormonales (exemple : 17 hydroxyprogestérone dosée dans l'hyperplasie surrénale congénitale) et la réalisation du caryotype après culture des cellules foetales desquamées, ce qui permet le diagnostic de sexe (maladies récessives liées au sexe).

MECANISME GENERAL DE

L'ACCOUCHEMENT

[92]

On dit qu'une présentation est engagée lorsque son plus grand diamètre

- A - Est au-dessus du détroit supérieur
- B - A franchi le détroit supérieur
- C - A franchi le détroit moyen
- D - A franchi le détroit inférieur
- E - A franchi la vulve

[92]

B

L'engagement est défini par le passage du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation (les 2 doigts de l'accoucheur dirigés vers la 2^e pièce sacrée butent sur la présentation).

[108]

Selon les critères utilisés en obstétrique, une femme enceinte à terme est en début de travail en cas de

- 1 - Diminution des mouvements du fœtus
 - 2 - Modification du col utérin
 - 3 - Rupture des membranes
 - 4 - Présence de contractions utérines régulières et devenant douloureuses
- Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B
2,4=C 4=D 1,2,3,4E

[108]

C

Le début de travail est défini par l'apparition de contractions utérines régulières, douloureuses, intenses et la modification du col (ramollissement, centrage, raccourcissement, dilatation), la rupture des membranes peut se faire avant tout début de travail et la diminution des M.A. parfois observée n'est pas un critère.

[243]

On dit qu'une présentation est engagée lorsque son plus grand diamètre:

- A - Est au-dessus du détroit supérieur
- B - A franchi le détroit supérieur
- C - A franchi le détroit moyen
- D - A franchi le détroit inférieur

E - A franchi la vulve

[306]

La variété de dégagement d'une présentation céphalique la plus fréquente est:

- A - Occipito-sacrée
- B - Occipito-pubienne
- C - L'oblique iliaque gauche antérieure
- D - L'oblique iliaque droite postérieure
- E - L'oblique iliaque gauche postérieure

[306]

C

La présentation s'engage dans un diamètre oblique (le plus fréquent est l'OIGA) et le dégagement s'effectue dans un diamètre antéropostérieur, occipito-pubien majoritairement.

[366]

Les critères obstétricaux qui permettent de dire qu'une femme à terme est en début de travail comportent:

- A - Perte du bouchon muqueux
- B - Présence de contractions utérines régulières et devenant douloureuses
- C - Rupture des membranes
- D - Modification du col utérin
- E - Engagement de la tête

[366]

B D

La perte du bouchon muqueux précède parfois de plusieurs jours le début du travail (signe accessoire et inconstant).

L'engagement de la tête fœtale peut s'observer en fin de grossesse mais survient habituellement après la période de dilatation et n'est pas un signe de début de travail. La rupture des membranes précède parfois les contractions utérines, les membranes peuvent rester intactes jusqu'à la fin du travail.

BASSIN

OBSTETRICAL

[81]

Quelle est la dimension moyenne du diamètre promonto-rétro-pubien du détroit supérieur?

- A - 15 cm
- B - 12,5 cm
- C - 10,5 cm
- D - 13,5 cm
- E - 9,5 cm

[81]

C

Un bassin harmonieux permettant à priori l'accouchement voie basse sur la radiopelvimétrie

- PRP: Promonto rétro pubien supérieur à 10,5cm

- TM : Transverse médian supérieur à 12,5 cm

d'où indice de Magnin = PRP + TM supérieur à 23.

[347]

Un cliché de pelvimétrie

- A - Mesure des diamètres pelviens lorsqu'on suspecte une dystocie foetomaternelle
 - B - Mesure de la tête foetale
 - C - Mesure les diamètres du détroit supérieur
 - D - Est réalisé de façon systématique chez toutes les femmes ayant eu un traumatisme grave du bassin
 - E - Est réalisé de façon systématique chez toutes les femmes primipares
- ?????

[347]

A D

La tête foetale bien que souvent visible n'est pas mesurée par cette technique (artéfact de centrage). La pelvimétrie permet la mesure des diamètres des détroits supérieurs et moyen (biépineux) ainsi que la corde sacrée et la flèche sacrée.

PRESENTATION DU

SOMMET

[257]

Dans la présentation du sommet dos à gauche:

A - Le foyer d'auscultation des bruits du coeur est à gauche et au dessus de l'ombilic

B - Le siège est au fond de l'utérus plus gros et mou que la tête

C - Le toucher vaginal sent bien le siège du foetus

D - Le front est perceptible au-dessous de la symphyse

E - La pression sur le fond utérin fait saillir le plan du dos que l'on sent

[257]

B E

La présentation du sommet est une présentation tête en bas.

lorsque le dos est à gauche, il s'agit d'une variété le plus souvent antérieure, le dos est senti comme un plan bien dur à gauche et en avant, le front est en regard du sacrum. Les bruits du coeur sont perceptibles en regard du plan des épaules donc au dessous de l'ombilic.

Le siège est gros, ou irrégulier, arrondi, palpable au niveau du fond utérin.

[307]

L'engagement de la tête foetale en présentation du sommet se définit comme:

A - Le franchissement du détroit inférieur par le bregma

B - La prise de contact du pourtour céphalique avec le détroit supérieur

C - Le franchissement de l'excavation par la tête foetale

D - Le franchissement de laire du détroit supérieur par le diamètre sous occipito-bregmatique

E - Aucune des définitions ci-dessus nest satisfaisante

[307]

D

L'engagement correspond au passage de la plus grande circonférence céphalique par l'aire du détroit supérieur ce qui correspond, dans une présentation du sommet bien fléchié, au diamètre sous occipito-bregmatique.

DELIVRANCE

PATHOLOGIES

[57]

Après un accouchement normal, quelques minutes après la délivrance, une hémorragie génitale survient. Cette hémorragie peut être causée par:

- 1 - Rétention du cotylédon
- 2 - Hypotonie utérine
- 3 - Plaie vaginale
- 4 - Plaie cervicale

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B
2,4=0 4=D 1,2,3,4E

[57]

E
Les hémorragies de la délivrance sont soit traumatiques (déchirure cervico-vaginale, rupture utérine) soit liées à l'inertie utérine qui impose la révision utérine à la recherche d'une rétention placentaire.

SUITES DE COUCHE ET COMPLICATION DE L'ALLAITEMENT

L'arrêt immédiat de la lactation fait exposer au risque d'abcès du sein Cf. ECN page 268

[105]

Au 6 et 7ème jour du post-partum, le fond utérin

- A - Est au-dessus de l'ombilic
- B - Atteint l'ombilic
- C - Est à mi-chemin entre ombilic et symphyse
- D - N'est plus perçu au-dessus de la symphyse
- E - Correspond à un utérus après les règles

[105]

- C
- L'involution utérine des suites de couche chez la primipare évolue classiquement selon le schéma suivant
- ombilic après l'accouchement (globe de sécurité)
 - mi-distance entre ombilic et symphyse au 6è jour
 - pelvien au 12è jour.

[265]

Complication de l'allaitement, la lymphangite aiguë

- A - Débute de façon caractéristique au 2ème jour après l'accouchement
- B - Provoque un clocher thermique à 39°-40°
- C - Se manifeste habituellement par un placard superficiel du sein, prolongé par des traînées rouges en direction du creux axillaire homolatéral
- D - Entraîne une symptomatologie bilatérale
- E - Doit faire arrêter la lactation immédiatement

[265]

B C E ?? E pour la galactophorite

La lymphangite aiguë apparaît dans la 1ère semaine de l'allaitement, c'est la montée laiteuse qui survient au 2ème jour (élimine A). Elle est classiquement unilatérale (élimine D). Elle doit faire arrêter temporairement la lactation (tirer et jeter le lait) jusqu'à la guérison...// ?? c'est la galactophorite

[280]

Une lymphangite du sein lors de l'allaitement maternel est responsable de tous les signes suivants, sauf un, lequel ?

- A - Température à 40
- B - Rougeur localisée ou traînée rouge
- C - Ganglions axillaires sensibles
- D - Existence de pus dans le lait
- E - Seins tendus très douloureux

[280]

D

L'existence de pus dans le lait témoigne de la colonisation bactérienne et donc du stade de galactophorite voir d'abcès du sein.

[324]

Au 6ème jour du post-partum des métrorragies modérées et une température à 38° peuvent être en rapport avec:

- A - Une endométrite
- B - Un petit retour de couches
- C - Une hyperprolactinémie par doses insuffisantes de Bromocriptine
- D - Une thrombophlébite surale
- E - Une rétention placentaire

[324]

A D E

Toute fièvre en suite de couche doit faire rechercher une phlébite des membres inférieurs (les métrorragies sont ici indépendantes) une phlébite pelvienne et une infection utérine en rapport ou non avec une rétention placentaire

[325]

Le traitement de l'endométrite du post-partum fait appel toujours à

- A - Les antibiotiques à large spectre
- B - Les utérotoniques dérivés de l'ergot de seigle
- C - Une association estro-progestative
- D - Des anti-inflammatoires
- E - Des béta-bloquants

[325]

A B

En raison de l'association possible à une rétention, on utilisera des utérotoniques en association à l'antibiothérapie. Les anti-inflammatoires ne sont pas obligatoires mais peuvent soulager la douleur.

[336]

Une fièvre, au 3^e jour des suites de couches, peut être due à

- A - Un abcès du sein
- B - Une infection urinaire asymptomatique par ailleurs
- C - Une rétention de membranes
- D - Une complication thrombo-embolique
- E - Une épisiotomie non compliquée

[336]

B C D

L'abcès du sein se développe tardivement (à 15^eme jour).
L'épisiotomie simple n'est pas fébrile.

[376]

Dans les suites de couches, une aménorrhée du 90^e jour peut être due à

- A - L'allaitement
- B - Une nouvelle grossesse
- C - Des synéchies après curetage utérin dans le post-partum
- D - La prise trop prolongée de Parlodel®
- E - Un syndrome de Sheehan

[376]

A B C E

L'allaitement (hyperprolactinémie) peut retarder le retour de couche, contrairement à la prise de Parlodel. Le curetage endo-utérin en suite de couche est très synéchiant et doit être évité à tout prix.

[54]

La prématurité se définit par:

- A - Un poids de naissance inférieur à 2500 Kgs
- B - Un âge gestationnel inférieur à la 37ème semaine
- C - Un poids de naissance inférieur au 10ème percentile
- D - Un âge gestationnel inférieur à 38 semaines
- E - Un âge gestationnel inférieur à 32 semaines révolues

[54]

B

La prématurité est définie par l'âge gestationnel inférieur à 37 SA le poids de naissance inférieur au 10è percentile (2 500 g à terme) définit l'hypotrophie.

[102]

Tous les médicaments suivants peuvent être utilisés dans le traitement d'une menace d'accouchement prématuré, sauf un. Lequel?

- A - Progestérone
- B - Aspirine
- C - Bêta-bloquant
- D - Indométacine
- E - Salbutamol.

[102]

C

3 classes de médicaments sont utilisés dans la menace d'accouchement prématuré : les bêta+ mimétiques (salbutamol), les progestatifs naturels et les A.I.N.S. pour leur action antiprostaglandine myorelaxante. Les bêta- à l'inverse ont un risque théorique de favoriser l'accouchement prématuré (bien que les bêta- sélectifs soient parfois utilisés dans le traitement de l'HTA gravidique).

[173]

Quelle est la circonstance qui ne constitue pas un risque de menace d'accouchement prématuré?

- A - Placenta praevia
- B - Grossesse gémellaire

C - Infection urinaire

D - Anencéphalie sans hydramnios

E - Diabète

[173]

D

Le placenta praevia, qui favorise la rupture prématurée des membranes, la grossesse gémellaire et le diabète ou l'hydramnios, est souvent associé et l'infection urinaire, par le biais de ramniotite secondaire, sont des causes possibles d'accouchement prématuré.

[216]

Madame L..., employée de bureau, âgée de 25 ans, est enceinte pour la troisième fois. Elle a déjà accouché à la deuxième grossesse à 33 semaines. Sa nouvelle grossesse est normale, mis à part des métrorragies au troisième trimestre. Vous retenez en faveur d'un risque d'accouchement prématuré:

- A - Employée de bureau
- B - 25 ans
- C - Antécédent d'accouchement prématuré
- D - Métrorragies au troisième trimestre
- E - Grossesse unique

[216]

C D

Un antécédent d'accouchement prématuré majore le risque de prématurité pour les grossesses suivantes.

Les métrorragies du 3ème trimestre sont à rapporter en premier lieu à une pathologie placentaire (placenta praevia, hématome rétroplacentaire) mais peuvent être le prélude d'une menace d'accouchement prématuré lorsque toute autre étiologie a été éliminée.

[283]

Les bêta-mimétiques utilisés dans la menace d'accouchement sont contre-indiqués en cas de:

- A - Hydramnios chronique
- B.- Myopie
- C - Hyperuricémie
- D - Asthme
- E - Troubles du rythme cardiaque

[283]

E

Les cardiopathies, troubles du rythme cardiaque et hypertension sont des contre-indications aux Bêta + et imposent un E.C.G avant tout traitement. En cas d'hydramnios chronique on préférera utiliser les antiprostaglandines qui ont également pour effet de diminuer la quantité de liquide amniotique.

[311]

Une menace d'accouchement prématuré peut se traduire par: C

- A - Contractions utérines douloureuses
- B - Métrorragies
- C - Douleurs ligamentaires
- D - Modification du col
- E - Hypertension artérielle

[311]
A B D

Les métrorragies sont dues au décollement du pôle inférieur de l'oeuf lors des contractions utérines

[332]

La menace d'accouchement prématuré cesse à:

- A - 34 semaines d'aménorrhées révolues
- B - 35 semaines d'aménorrhées révolues
- C - 36 semaines d'aménorrhées révolues
- D - 37 semaines d'aménorrhées révolues
- E - 38 semaines d'aménorrhées révolues

[332]
D

Sans commentaire.

[358]

Sont cause de prématurité

- A - Les utérus malformés
- B - Les utérus cicatriciels
- C - Les échographies trop répétées
- D - Une hémodilution trop importante
- E - L'absence d'oedèmes

[358]
A

La malformation utérine peut entraîner un accouchement prématuré par hypoplasie utérine et béance cervicale.

[380]

Un nouveau-né prématuré est un nouveau-né dont l'âge gestationnel est:

- A - < 35 semaines
- B - < 36 semaines
- C - < 37 semaines
- D - < 38 semaines
- E - < 39 semaines

GEU

[5]

Lorsque l'examen clinique semble normal, dans le cas d'une suspicion de grossesse extra-utérine, que faut-il faire

- A - Reconvoquer la malade quinze jours plus tard pour nouvel examen
- B - Faire une coelioscopie
- C - Demander un dosage de bêta HCG et une échographie
- D - Lopérer immédiatement
- E - Aucune de ces actions n'est correcte

[5]

C

En l'absence d'anomalie clinique évocatrice, toute suspicion de GEU doit faire demander un dosage des BHCG dont l'évolution sur 48 heures renseigne sur l'évolutivité de la grossesse, et une échographie qui permet d'écarter le diagnostic lorsqu'elle retrouve une image intra-utérine et de la suspecter en cas d'utérus vide avec une image annexielle et/ou liquidienne dans le Douglas. c'est après avoir réuni un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques que l'on posera l'indication opératoire (coelioscopie).

[9]

La grossesse extra utérine à une fréquence accrue dans la(les) circonstance(s) suivante(s)

- A - Antécédent de stérilité
- B - Antécédent de salpingite
- C - Antécédent d'avortement spontané du deuxième trimestre
- D - Contraception par oestro-progestatif normo-dosé
- E - Contraception par stérilet

[9]

A B E

La grossesse extra utérine est favorisée par les lésions tubaires (salpingite, endométriose, plastie tubaire...) elle est retrouvée classiquement de façon plus fréquente en cas de stérilet, d'antécédent de stérilité et de contraception microprogestative. Par contre sa fréquence n'est pas modifiée par une contraception oestroprogestative normodosée ni par les A.T.C.D. d'avortements spontanés du 2^e trimestre.

[79]

Au cours des grossesses extra-utérines, la site d'implantation ectopique le plus fréquent est

- A - Le pavillon tubaire
- B - L'ovaire
- C - La portion isthmique de la trompe
- D - L'ampoule tubaire
- E - La portion interstitielle de la trompe

[79]

D

Toutes les localisations ont été décrites lors d'une grossesse extra-utérine mais la plus fréquente est la grossesse ampullaire (78 %) contre 20 % pour l'isthmique.

[153]

Une femme jeune présente des métrorragies d'installation récente et l'examen clinique trouve une masse latéro-utérine douloureuse de volume modéré Parmi les cinq éléments suivants, quel est celui qui vous permet pratiquement d'éliminer une grossesse extra-utérine en activité?

- A - Absence de retard de règles
- B - Kyste de l'ovaire connu
- C - Test de grossesse standard négatif
- D - Existence d'un stérilet en place
- E - Taux de la bêta-HCG plasmatique inférieur à 5 milli-unités/ml

[153]

E

Les bêta HCG sont sécrétées par le trophoblaste dès son individualisation (9^e jour après l'ovulation).

C'est donc le dosage le plus sensible, avec un seuil de positivité à 5 UI/ml et le plus précoce.

[261]

Les facteurs de risques de grossesse extra-utérine comportent:

- A - Les antécédents de salpingite aiguë
- B - Les microprogestatifs
- C - Le stérilet
- D - Les antécédents d'appendicectomie
- E - L'âge supérieur à 40 ans

[261]

A B C

Toute lésion tubaire infectieuse, endométriosique ou chirurgicale, est un facteur de risque de GEU ainsi que les microprogestatifs (effet non retrouvé dans les nouvelles spécialités) par diminution du brossage et du flux intra-tubaire. Le stérilet prévient la grossesse intra-utérine et non la grossesse extra-utérine dont le taux relatif est donc plus important.

et D chirurgie abdomino-pelvienne par adhérence péri-tubaires

[281]

Parmi les signes cliniques ci-dessous, quel est celui qui ne fait pas partie du tableau de l'inondation par rupture cataclysmique de grossesse ectopique?

- A - Douleurs scapulaires
- B - Douleur hypogastrique brutale
- C - Tachycardie
- D - Contracture abdominale
- E - Douleur du cul de sac de Doug las

[281]

D

La contracture abdominale accompagne la péritonite et non l'hémopéritoine.

[390]

Vous suspectez une GEU (Grossesse Extra Utérine) chez une patiente. Votre examen clinique est normal. Vous devez:

- A - Revoir la patiente cliniquement 4 à 5 jours plus tard
- B - Faire une coelioscopie
- C - Faire une hystérocopie
- D - Faire un dosage de HCG et une échographie
- E - Faire un dosage de progestérone

[390]

D

En l'absence de signes d'hémorragie abdominale (examen clinique normal) qui imposeraient la coelioscopie, le dosage des bêta HCG et l'échographie permettent d'affirmer la grossesse et de montrer l'absence de sac intra-utérin avec éventuellement un épanchement abdominal et/ou une masse annexielle suspecte, plus rarement l'image précise de la GEU.

[79]

cc

Une patiente de 30 ans, aux cycles réguliers et désirant un enfant, vous consulte pour une aménorrhée de 6 semaines avec fébricule à 38CC, douleurs pelviennes et épisode de métrorragies. On note dans ses antécédents plusieurs épisodes d'annexite et une intervention tubaire par microchirurgie il y a un an. Vous retrouvez à l'examen clinique un

utérus globuleux à la mobilisation, des annexes sensibles sans masse perçue.

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) proposez-vous pour préciser le diagnostic?

- A - Abdomen sans préparation
- B - Hystérosalpingographie
- C - Echographie pelvienne
- D - Prélèvements bactériologiques de l'endocol
- E - Dosage des Bêta-HCG plasmatiques

[80]

Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous d'emblée?

- A - Endométrite ou salpingite
- B - Torsion de kyste de l'ovaire
- C - Endométriose pelvienne
- D - Grossesse extra-utérine
- E - Menace d'avortement spontané fébrile

[81]

L'échographie révèle une masse latéro-utérine hétérogène de 3 x 4 cm de diamètre, un épanchement liquidien du Douglas, et une lacune anéchogène intra-utérine, arrondie, de 1 cm de diamètre. Les bêta-HCG plasmatiques sont à 250 mUI/ml.

Quelle est votre attitude?

- A - Abstention thérapeutique et contrôle dans 8 jours pour échographie et bêta-HCG
- B - Laparotomie exploratrice d'emblée
- C - Curetage et surveillance clinique
- D - Coelioscopie
- E - Biopsie d'endomètre et coelioscopie en fonction du résultat

[82]

Au terme de votre démarche diagnostique, vous décidez d'une coelioscopie, au cours de laquelle vous découvrez une grossesse extra utérine droite de 1 cm de diamètre, ampullaire; la trompe controlatérale est recouverte d'adhérences et présente un phimosis complet du pavillon. Quel geste thérapeutique vous semble le plus adapté?

A - Conservation tubaire par césarienne tubaire

B - Salpingectomie droite

C - Salpingectomie bilatérale

D - Salpingectomie droite et plastie tubaire gauche

E - Salpingectomie droite et ligature tubaire controlatérale

[79]

C D E

Toute aménorrhée secondaire impose la recherche d'une grossesse par dosage des BHCG. Dans ce contexte infectieux, les prélèvements bactériologiques sont nécessaires et l'hystérogographie contre-indiquée. L'échographie renseigne sur la présence d'un sac intra-utérin et/ou d'une image annexielle (G.E.U., hydrosalpinx).

[80]

A D E

La grossesse extra-utérine doit bien sûr être évoquée en premier lieu (aménorrhée, antécédent de microchirurgie tubaire) avant de soulever celui d'endométrite ou salpingite ou d'avortement spontané fébrile. L'endométriose et la torsion de kyste sont aseptiques au début.

[81]

D

La coelioscopie est impérative pour affirmer ou infirmer la grossesse extra-utérine. L'image intra-utérine peut correspondre à la caduque.

[82]

A

Compte-tenu de la petite taille de la grossesse et du mauvais état de la trompe controlatérale, on propose une chirurgie conservatrice.

ABRT

[35]

Parmi les causes d'avortements tardifs énumérées ci-dessous, lune est fausse Laquelle?

(On désigne par avortement tardif, un avortement survenant au deuxième trimestre de la grossesse)

- A - Malformation du corps utérin
- B - Placenta extra-chorialis
- C - Béance cervico-isthmique
- D - Aberration chromosomique
- E - Infection du pôle inférieur de l'oeuf

[35]

D

Les avortements tardifs sont principalement d'origine utérine (malformation, béance) lorsque le foetus est vivant, et ovulaire (anomalie du placenta et du cordon, infection : listériose et syphilis surtout) lorsqu'il est mort.

Les aberrations chromosomiques ne sont plus en cause (1ère cause au 1er trimestre).

[64]

Dans les dix premières semaines de la grossesse des métrorragies peuvent être causées par:

- A - Grossesse molaire
- B - Menace d'avortement spontané
- C - Insertion basse du placenta
- D - Hématome rétro placentaire
- E - Grossesse extra-utérine

[64]

A B E

Les complications placentaires nécessitent l'individualisation de celui-ci qui n'a lieu qu'au 2ème trimestre.

[115]

Quelle est la cause la plus fréquente des avortements spontanés du 1er trimestre de la grossesse?

- A - Causes hormonales
- B - Malformations utérines
- C - Fibromes

D - Béance de l'isthme

E - Anomalies chromosomiques de l'oeuf

[115]

E

Les malformations utérines, les fibromes utérins et la béance cervico-isthmique sont responsables d'avortements tardifs du 2ème trimestre avec foetus vivant. Les anomalies chromosomiques et l'insuffisance lutéale sont responsables d'avortements du 1er trimestre, les 1ères étant les plus fréquentes (40 à 60% des cas).

[151]

Une femme enceinte de 1 mois (6 semaines d'aménorrhée) présente une menace d'avortement. Que conseillez-vous?

- A - Bêta-mimétiques
- B - Abstention thérapeutique
- C - Progestatifs norstéroïdiens
- D - Oestrogènes
- E - Cerclage

[151]

B

L'abstention thérapeutique est de règle au premier trimestre où les anomalies ovulaires (anomalies chromosomiques) sont une cause importante d'avortement spontané.

[181]

Une femme enceinte de 7 semaines présente une menace d'avortement. Quelle attitude recommandez-vous?

- A - Bêta-mimétiques
- B - Abstention thérapeutique
- C - Progestatifs norstéroïdiens
- D - Oestrogènes
- E - Cerclage

[181]

B

L'abstention thérapeutique est de règle au 1er trimestre dans les menaces d'avortement spontané car les causes ovulaires, en particulier les anomalies chromosomiques, tiennent la place.

[235]

Quelle est la malformation utérine qui expose le plus aux avortements spontanés précoces?

- A - Utérus bicorné
- B - Utérus unicorne vrai
- C - Utérus pseudo-unicorne

D - Utérus cloisonné
E - Béance cervico-isthmique

[235]

D

L'utérus cloisonné est la malformation utérine classiquement responsable du plus grand nombre d'avortements spontanés du 1er trimestre. Les autres malformations sont pourvoyeuses de complications du 2ème trimestre.

[299]

Une femme enceinte qui s'estime de ce fait dans une situation de détresse et demande une IVG, doit faire pratiquer celle-ci

A - Entre la 10ème et 15ème semaine de grossesse

B - Avant la fin de la 10ème semaine d'aménorrhée

C - Après la 15ème semaine d'aménorrhée

D - Avant la fin de la 10ème semaine de grossesse

E - Aucune proposition précédente n'est exacte

[299]

D

La loi donne comme limite la fin de la 10ème semaine de grossesse soit la 12ème semaine d'aménorrhée.

[334]

Un avortement avant 10 Semaines d'Aménorrhée (SA) peut être dû à

A - Une anomalie chromosomique

B - Une hyperactivité maternelle

C - Une insuffisance hormonale

D - Une béance cervico-isthmique

E - Une allo-immunisation rhésus

[334]

A C

Les avortements du premier trimestre sont essentiellement liés à une anomalie ovulaire (60 % anomalies chromosomiques).

L'insuffisance lutéale est rendue responsable d'avortements très précoces (4 semaines d'aménorrhée). Les béances cervico-isthmiques sont responsables d'avortements tardifs (deuxième trimestre) et allo-immunisation rhésus de mort in utero (2ème-3ème trimestre).

[362]

Une femme enceinte de un mois présente une menace d'avortement. Quelle orientation thérapeutique prenez-vous?

A - Bêta-mimétiques

B - Abstention

C - Progestatifs norstéroïdiens

D - Estrogènes

E - Cerclage

[362]

B

Les fausses couches spontanées précoces sont liées le plus souvent à une anomalie chromosomique et tout geste visant à maintenir artificiellement la grossesse est absurde.

[385]

Une IVG peut se compliquer:

A - De rétention placentaire

B - D'infection génitale

C - De perforation utérine

D - De rupture du col de l'utérus

E - D'engorgement mammaire

[385]

A B C

Les complications doivent être énoncées lors de la visite légale. Il faut y ajouter le risque de stérilité, le risque d'échec et d'accident d'anesthésie

La déchirure du col est rare et en règle générale bénigne

HTA ET GROSSESSE

[3]

L'état pré-éclamptique d'une néphropathie gravidique typique comporte les symptômes suivants sauf un. Lequel?

- A - Une protéinurie souvent importante
- B - Une uricémie souvent élevée
- C - Une hypertension artérielle
- D - Des oedèmes
- E - Une bactériurie importante

[3]

E
L'état prééclamptique est caractérisé par une néphropathie gravidique responsable, d'une HTA d'une protéinurie, d'une hyperuricémie et d'une rétention hydrosodée (oedèmes), la bactériurie n'a pas de liaison avec ce tableau.

[29]

Un syndrome vasculo-rénal gravidique peut bénéficier d'un traitement par:

- 1 - L'Aldomet®
 - 2 - Le Nepressol®
 - 3 - Les bêtabloqueurs
 - 4 - Les diurétiques
- Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B
2,4=C 4=D 1,2,3,4E

[29]

A
Les antidépresseurs centraux et les bêta bloquants peuvent être utilisés dans le syndrome vasculorénal gravidique, par contre les diurétiques sont contre-indiqués car ils aggravent le déficit relatif du bilan hydrosodé. Les risques théoriques d'hypovolémie et de bronchospasme néonataux liés à la prescription de bêta-bloquants n'ont pas été vérifiés.

[37]

Chez une femme de 28 ans, le bilan

d'hypertension a mis en évidence une sténose de l'artère rénale gauche. Depuis un an, la tension artérielle est maintenue à la normale par un traitement bêtabloquant (400 mg d'acébutolol par jour). Elle vient consulter pour un arrêt de règles de 8 semaines, les réactions biologiques de grossesse sont positives. Vous devez décider:

- A - Une interruption de grossesse en raison du risque tératogène
- B - Une interruption du traitement
- C - Une interruption du traitement et son remplacement par un régime désodé et un diurétique
- D - Une interruption du traitement et contrôle des lésions par une nouvelle artériographie
- E - Poursuite du traitement sous surveillance obstétricale et tensionnelle

[37]

E
La poursuite du traitement par les bêta-bloquants est possible compte-tenu d'une surveillance obstétricale et tensionnelle, en effet les bêta- ne sont pas tératogènes et le risque théorique d'hypoglycémie, de bronchospasme néonatal ou d'accouchement prématuré n'a pas été démontré et est facilement traité. L'hypertension est aggravée par la grossesse et peut se compliquer d'une toxémie surajoutée. L'artériographie et les diurétiques sont contre-indiqués (majoration de l'hypovolémie, irradiation foetale).

[50]

Une jeune femme primigeste de 28 ans, en 39^{ème} semaine d'aménorrhée, consulte pour céphalées et sensations *de mouches volantes*". Il existe albuminurie(+++), oedèmes des membres inférieurs et supérieurs, prise de poids de 21 kg depuis le début de la grossesse. La TA est à 150/105. Le tracé cardiaque foetal est parfait. Le col utérin est long de 2 cm, ouvert à 1 cm sur toute sa longueur:

- A - Vous prescrivez un traitement anti-hypertenseur à cette patiente en lui précisant de revenir consulter dans une semaine, si elle n'a pas accouché
- B - Vous prescrivez un bilan d'hypertension à faire en ambulatoire: créatinine, urée, acide urique, clearance, avant tout traitement antihypertenseur

C - Vous demandez une UIV pour apprécier la fonction sécrétoire du rein
D - Vous hospitalisez cette patiente immédiatement pour bilan et surveillance
E - Vous interrompez la grossesse dans le plus bref délai

[50]

E

Il s'agit d'un syndrome prééclampsique chez une femme à terme nécessitant de toute urgence le sauvetage maternel et foetal par l'interruption de grossesse (compte-tenu de l'absence de souffrance foetale et de l'état du col, un déclenchement est possible) associé à un traitement antihypertenseur sous surveillance clinique accrue...//, ????

[85]

Parmi les éléments suivants, lequel(lesquels) observe-t-on habituellement dans la toxémie gravidique?

- A - Un amaigrissement
- B - Abaissement de l'uricémie
- C - Une protéinurie
- D - Une hypertension artérielle
- E - La primiparité

[85]

C D E

La toxémie gravidique atteint classiquement la primipare. Elle comporte une néphropathie glomérulaire responsable de la protéinurie, de l'hyperuricémie et de l'HTA, ainsi que d'une prise de poids et d'œdèmes rétentionnels.

[132]

Les toxémies gravidiques admettent comme critère(s) de gravité

- 1 - Elévation de l'acide urique sérique
- 2 - Diminution des plaquettes sanguines
- 3 - Diminution du fibrinogène
- 4 - Diminution de la créatinine sérique

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B
2,4=C 4=D 1,2,3,4E

[132]

A

L'élévation de l'uricémie consécutive à la diminution de la filtration rénale est proportionnelle au degré de souffrance foetale. La diminution des plaquettes et du fibrinogène signe la CIVD diffuse.

La créatinine plasmatique est augmentée

[159]

Quel est l'examen biologique le plus fiable pour évaluer le pronostic d'une toxémie gravidique?

- A - Glycémie
- B - Créatininémie
- C - Triglycéridémie
- D - Uricémie
- E - Natrémie

[159]

D

L'élévation de l'uricémie est statistiquement associée à la souffrance foetale : Nale < 240 micromol/l.

Les modifications de la créatininémie sont moins sensibles.

[168]

Chez une femme enceinte de 7 mois, vous constatez l'apparition d'un œdème déclive, d'une protéinurie et d'une élévation tensionnelle. Votre prescription comportera:

- A - Régime normosodé
- B - Diurétique
- C - Repos
- D - Aldomet® (alphaméthyl-dopa)
- E - Inhibiteur de l'enzyme de conversion

[168]

A C D

Le traitement de la toxémie gravidique commence par le repos et la prescription d'antihypertenseurs centraux.

Diurétiques et régime sans sel aggravent le bilan sodé négatif (hypovolémie relative).

[175]

A propos de grossesse et pression artérielle choisir la(les) proposition(s) exacte(s)

- A - Le volume plasmatique s'accroît au cours de la grossesse normale
- B - La pression artérielle s'élève au cours de la grossesse normale
- C - Les résistances périphériques s'abaissent au cours de la grossesse normale
- D - Il existe une liaison statistique entre hypertension artérielle de la grossesse et trouble de la croissance du fœtus
- E - Le régime sans sel est la base du traitement de l'HTA de la grossesse

[175]

A C D

Chez la femme enceinte, il existe une augmentation de la volémie avec bilan sodé positif, augmentation de la filtration rénale et baisse des résistances périphériques d'où baisse de la tension artérielle. Dans la toxémie, il existe une hypovolémie

avec bilan sodé moins positif, le régime sans sel est donc dans ce cas un facteur d'aggravation.
L'hypertension artérielle gravidique est statistiquement liée à l'hypotrophie foetale (ischémie utéroplacentaire).

[179]

Parmi les cinq propositions suivantes toutes sont exactes, sauf une. Laquelle ? Une grossesse comportant un risque vasculo-rénal est surveillée sur:

- A - La créatininémie
- B - Lurémie
- C - Luricémie
- D - La protéinurie des 24 heures
- E - La prise de la tension artérielle

[179]

B

L'urémie est un très mauvais critère de surveillance de la grossesse à risque vasculo-rénal. Elle baisse chez la femme enceinte mais son augmentation dans la grossesse toxémique est perturbée par de nombreux facteurs métaboliques.

[182]

Parmi les schémas évolutifs suivants, lequel correspond à l'évolution habituelle de la tension artérielle chez la femme au cours d'une grossesse?

- A - Abaissement tensionnel pendant la première moitié de la grossesse puis retour à la normale sur la fin*
- B - Elévation tensionnelle progressive pendant toute la grossesse*
- C - Elévation tensionnelle pendant les 2 premiers trimestres*
- D - Abaissement au 3ème trimestre*
- E - Aucune variation tensionnelle au cours de la grossesse*

[182]

A

La tension artérielle est légèrement abaissée dans la 1ère moitié de la grossesse.
Elle est aussi plus labile au détriment de la systolique. Elle doit être strictement inférieure à 14/9.

[195]

Une femme enceinte de 7 mois et demi a une pression artérielle de 16/10 cm de Hg, des oedèmes malléolaires, une uricémie élevée, une protéinurie à 2 g/24h.

Lauscultation cardiopulmonaire est normale.

Parmi les traitements suivants, lequel (lesquels) vous parai(ssen)t devoir être envisagé(s)?

- A - Aldomet®*
- B - Zyloric® (Allopurinol)*
- C - Lasilix®*
- D - Repos*
- E - Césarienne*

[195]

A D

Les diurétiques sont contre-indiqués car aggravent le déficit relatif en ions Na⁺. La césarienne ne se discute qu'en cas de souffrance foetale aiguë ou de résistance maternelle au traitement bien conduit.

[234]

La présence d'oedèmes des chevilles chez une femme enceinte avec une créatininémie à 60 micromoles par litre:

- A - Justifie un traitement diurétique
- B - Est un signe spécifique de la néphropathie gravidique
- C - Ne s'accompagne pas d'un risque d'insuffisance cardiaque
- D - Doit faire réduire l'apport calorique
- E - Est le signe d'un apport alimentaire excessif de sodium

[234]

C

La présence d'oedèmes des chevilles avec une TA et créatinémie normale sans protéinurie est banale en cours de grossesse et souvent en rapport avec un défaut du retour veineux et régressive en décubitus. Les diurétiques sont contre indiqués en cours de grossesse. Les oedèmes de la moitié supérieure du corps sont un signe d'alerte en cas de néphropathie gravidique imposant l'hospitalisation.

L'apport calorique ne doit être réduit qu'en cas de prise de poids excessive (supérieure à 1 kg par mois).

[295]

La pré-éclampsie (toxémie) chez une

primigeste est:

- A - Plus à craindre en cas de diabète
- B - Liée à une ischémie placentaire
- C - Source de retard de croissance in utéro
- D - Associée à une hypovolémie
- E - Responsable d'une baisse de la clearance de l'acide urique

[295]

A B C D E

E - Il s'agit en fait d'une baisse de clearance relative, responsable d'une élévation de l'uricémie en fin de grossesse.

[314]

Parmi les principaux traitements proposés chez une femme enceinte présentant une toxémie gravidique lequel est déconseillé?

- A - Régime normosodé
- B - Anti hypertenseurs périphériques
- C - Anti hypertenseurs centraux
- D - Diurétiques
- E - Béta bloquants

[314]

D

La toxémie gravidique s'accompagne d'une hypovolémie relative qui contre-indique donc l'emploi des diurétiques et du régime hyposodé.

[357]

Quelles sont, des 5 situations gestationnelles suivantes, les deux qui ont le plus fréquemment responsables d'hypotrophie foetale?

- A - Le diabète insulino-prive
- B - Le tabagisme
- C - L'hypertension artérielle
- D - La primo-infection toxoplasmique
- E - L'infection urinaire

[357]

B C

Le diabète est responsable de macrosomie foetale. L'infection urinaire donne des menaces d'accouchement prématuré ou des infections foetales aiguës.

[397]

Au 3ème mois d'une grossesse non compliquée chez une femme dont la fonction rénale était normale antérieurement à la grossesse, il est habituel de constater:

- A - Une baisse des chiffres de pression artérielle
- B - Une baisse du taux d'urée sanguine
- C - Une baisse du taux de créatinine plasmatique
- D - Une baisse de l'uricémie
- E - Une protéinurie à 0,80 g/24h

[397]

A B C D

Une protéinurie à 0,80 g/24 h est anormale et doit faire rechercher une infection urinaire, une pathologie rénale préexistante ou une toxémie surajoutée.

[357]

Quelles sont, des 5 situations gestationnelles suivantes, les deux qui ont le plus fréquemment responsables d'hypotrophie foetale?

- A - Le diabète insulino-prive
- B - Le tabagisme
- C - L'hypertension artérielle
- D - La primo-infection toxoplasmique
- E - L'infection urinaire

[361]

Toutes les propositions suivantes sont exactes sauf une, Indiquez laquelle ? Au cours d'une grossesse normale on observe

- A - Une augmentation du pool sodique
- B - Une augmentation minimale de la TA
- C - Une baisse de la créatininémie
- D - Une baisse de l'uricémie
- E - Une augmentation de la quantité de glucose filtré

[361]

B

La TA s'abaisse physiologiquement pendant la grossesse malgré l'augmentation du pool sodique par vasodilatation.

L'augmentation du débit rénal entraîne une augmentation du glucose filtré (réabsorbé) et une baisse de l'uricémie et de la

créatininémie.

[367]

La toxémie gravidique peut s'accompagner de:

- A - Un retard de croissance intra-utérin
- B - Une accélération de la maturation foetale
- C - Un anasarque foeto-placentaire
- D - Une souffrance foetale chronique
- E - Des ictères néonataux graves

[367]

A B D

L'ischémie placentaire entraîne une anoxie chronique responsable de souffrance foetale et de retard de croissance pouvant entraîner la mort foetale. A terme et à poids foetal comparable, il existe une accélération de la maturation. L'ictère n'est pas spécifique mais peut être lié à la prématurité.

[377]

Est (sont) typiquement augmenté(s) dans les toxémies gravidiques

- A - L'albuminémie
- B - La fibrinémie
- C - Le taux de plaquettes
- D - La créatininémie
- E - L'uricémie

[377]

E D

L'albuminémie, la fibrinémie et le taux de plaquettes sont normales ou abaissées par consommation et sont alors un signe d'aggravation. La créatininémie et l'uricémie s'élèvent par diminution de la filtration rénale.

[379]

Au cours de la grossesse, chez la mère

- A - Le débit cardiaque augmente de 65 %
- B - La fréquence cardiaque diminue de 65 %
- C - Le volume d'éjection systolique est stable
- D - Un souffle diastolique est fréquent
- E - Le débit cardiaque reste élevé dans l'heure qui suit l'expulsion

[379]

E

Le débit cardiaque, la fréquence cardiaque et la masse sanguine augmentent pendant la grossesse. L'augmentation du débit cardiaque est dû d'abord à l'augmentation du volume d'éjection systolique, il augmente encore lors de l'accouchement et se normalise dans les premières semaines post-partum

[383]

Madame C., primigeste de 25 ans, sans pathologie à la déclaration de grossesse, présente au 5ème mois une T.A. à 14,5/8 cm Hg à deux reprises lors de votre

consultation.

Parmi les attitudes suivantes, lesquelles préconisez-vous?

- A - Arrêt de travail immédiat
- B - Surveillance tensionnelle régulière en ambulatoire
- C - Hospitalisation immédiate
- D - Bilan cardiovasculaire en service spécialisé
- E - Exploration rénale

[383]

B

La tension diastolique reste normale et dans un premier temps un simple contrôle est justifié. Les autres mesures ne se discutent qu'en cas de minima > ou = à 9.

[21]

cc

Une primigeste à la 28ème semaine de grossesse présente une hauteur utérine à 24 cm, les

bruits du coeur sont présents, le col est long fermé, la tension artérielle est à 15/9 et on note

une albuminurie à 50 g/litre. Au cours de la surveillance, on constate une élévation de la TA à

18/10,5 et une augmentation de l'albuminurie. A la 34ème semaine, la hauteur utérine est à 27

cm, le foetus est en siège, la TA est instable et l'enregistrement des bruits du coeur de

l'enfant montre un tracé plat.

Lors de la première consultation, vous préconiserez:

- A - Une hospitalisation immédiate**
- B - Consultation une fois par semaine sans traitement**
- C - Une consultation une fois par semaine avec repos au lit à domicile**
- D - Surveillance une fois par semaine avec traitement hypotenseur**
- E - Surveillance une fois par semaine avec traitement diurétique**

[22]

Parmi les examens biologiques, quel est celui qui a la plus grande valeur prédictive de complications ultérieures?

- A - Cholestérolémie**
 - B - Azotémie**
 - C - Béta 1 Glycoprotéine**
 - D - Uricémie**
 - E - Créatininémie**
- [23]

Quelles sont, parmi les prescriptions suivantes, les deux plus utiles?

- A - Diurétiques**
- B - Régime sans sel**
- C - Repos au lit**
- D - Tranquillisants**
- E - Hypotenseurs**

[24]

Quels sont les deux examens qui vont vous permettre de mieux dépister la souffrance foetale?

- A - Dosage de l'oestriol urinaire**
- B - Dosage de l'hormone lactogène placentaire**
- C - Dosage du pregnandiol urinaire**
- D - L'échographie foetale**
- E - Enregistrement des bruits du coeur de l'enfant**

[25]

A la 34ème semaine, devant les données de l'examen, que préconisez-vous?

- A - Poursuite de la grossesse sous surveillance stricte jusqu'à la 38ème semaine puis extraction du foetus**
- B - Déclenchement immédiat du travail pour extraire l'enfant par voie basse**
- C - Test à l'ocytocine pour tester la vitalité foetale**
- D - Prescription de vasodilatateurs pour améliorer la circulation placentaire**
- E - Extraction immédiate de l'enfant par césarienne**

[21]

C

A la première consultation la hauteur utérine est en rapport avec le terme (24 cm pour 6 mois de grossesse), la TA à la limite supérieure de la normale et l'albuminurie modérée justifiant une consultation hebdomadaire avec repos au lit strict.

[22]

D

L'uricémie augmente parallèlement à la gravité du syndrome vasculorénal. Elle a la valeur prédictive la meilleure comparée à la créatininémie et azotémie.

[23]

C E

Le repos au lit strict est indispensable et permet d'améliorer la perfusion foeto-placentaire. Il est associé aux hypotenseurs de type centraux dans un premier temps. Les diurétiques et le régime sans sel sont formellement contre-indiqués car aggravant l'hypovolémie plasmatique.

[24]

D E

La souffrance foetale est dépistée par la répétition des tracés du rythme cardiaque foetal qui doit rester bien fluctuant avec des phases d'accélération et sans décélération. L'échographie foetale permet de surveiller la croissance foetale (biométrie) et l'aspect trophique du placenta (zones calcifiées, infarciées). Le dosage de roestriol urinaire est moins couramment utilisé (insuffisance rénale, collecte incorrecte des urines, variabilité extrême du taux de cette hormone).

[25]

E

Devant le tableau de souffrance foetale chronique majeure

- retard de croissance intra-utérin (3 cm en 1 mois 1/2)

- tracé cardiaque foetal plat (non fluctuant).

Compte-tenu des données obstétricales

- foetus en siège

- prématurité (mais viabilité)

- mère primigeste (voie basse exclue dans ce contexte), on

préconise la césarienne

de sauvetage maternel et surtout foetal immédiate.

[36]

Le test de Kleihauer est utilisé pour:

- A - Apprécier la maturité pulmonaire du fœtus**
- B - Diagnostiquer une immunisation foeto-maternelle**
- C - Rechercher la présence d'hématies foetales dans le sang maternel**
- D - Titrer les agglutinines immunes**
- E - Préciser le sexe foetal sur cultures de cellules amniotiques**

[36]

C

Le test de Kleinhauer recherche la présence d'hématies foetales dans le sang maternel et permet ainsi de mesurer l'efficacité de la prévention de l'immunisation rhésus par l'injection préalable d'immunoglobulines anti-D à la mère (toutes les hématies foetales doivent être détruites).

Le diagnostic de l'immunisation foeto maternelle se fait sur la recherche d'agglutinines irrégulières chez la mère

[45]

Quelle(s) est(sont), parmi ces circonstances cliniques, celle(s) où une femme Rhésus négatif doit recevoir des immunoglobulines anti-D

- A - Après erreur transfusionnelle avec un sang Rhésus positif**
- B - Après amniocentèse précoce**
- C - Dans les 72 heures qui suivent une injection dlg anti-D si le contrôle montre la persistance dhématies foetales dans le sang maternel**
- D - Après tout avortement d'une femme Rhésus négatif**
- E - Rapidement après la certitude de la mort foetale**

[45]

A B C D E

Toute agression médicale ou foetale chez une femme Rh négatif non immunisée doit être suivie dans les 72 heures de l'injection d'immunoglobuline anti-D.

[53]

Lorsque une femme Rh négatif a accouché

d'un enfant Rh + avec test de Coombs positif, il faut très rapidement:

- A - Faire en urgence une exsanguino-transfusion chez l'enfant**
- B - Faire des gamma-globulines anti-D à la mère**
- C - Faire un dosage de bilirubine dans le sang de l'enfant**
- D - Prévenir la mère qu'elle devra attendre 2 ans avant une nouvelle grossesse**
- E - Demander un test de Kleihauer**

[53]

C

Un test de Coombs positif signifie que la mère est déjà immunisée définitivement et qu'il y a eu un passage transplacentaire des immunoglobulines anti-D maternelles. Il est trop tard pour la prévention et il faut apprécier l'importance du retentissement foetal (hémolyse) par le dosage de la bilirubinémie qui orientera la thérapeutique (exanguinotransfusion).

[58]

Quel est(quel sont) les examen(s) nécessaire(s) pour reconnaître une incompatibilité foeto-maternelle?

- 1 - Test de Coombs direct chez l'enfant**
 - 2 - Test de Coombs direct chez la mère**
 - 3 - Test de Coombs indirect chez la mère**
 - 4 - Test de Coombs indirect chez l'enfant**
- Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0 4=D 1,2,3,4^E**

[58]

B

La recherche d'une immunisation foeto-maternelle se fait chez la mère par la recherche d'agglutinines irrégulières anti-D (test de Coombs indirect) et chez l'enfant par la recherche d'hématies recouvertes d'anticorps (test de Coombs direct)

[80]

Toutes les propositions suivantes s'appliquent à la foetoscopie, sauf une.

Indiquez laquelle

- A - Elle se pratique à la 10ème semaine d'aménorrhée**
- B - Elle permet la visualisation de certaines régions du fœtus**
- C - Elle permet d'effectuer un prélèvement de sang foetal**
- D - Elle permet d'effectuer une biopsie de peau du fœtus**

E - Elle consiste en l'introduction, par voie abdominale, d'un système optique dans la cavité amniotique

[80]

A

La foetoscopie nécessite pour l'introduction du système optique dans la cavité amniotique que celle-ci soit suffisamment vaste et que le fœtus soit bien développé afin que le repérage des vaisseaux du cordon pour prélèvement de sang foetal puisse se faire. C'est à partir de la 20^è S.A. qu'elle est réalisée.

[83]

Un passage d'hématies fœtales dans la circulation maternelle est possible lors

A - D'un accouchement

B - D'une interruption volontaire de grossesse

C - D'une fausse-couche spontanée précoce

D - D'une amniocentèse

E - D'une échographie

[83]

A B C D

Tout traumatisme utérin spontané ou provoqué par une manoeuvre ou un examen invasif est a priori responsable d'un passage d'hématies fœtales dans le sang maternel, cause d'une immunisation des femmes rhésus négatif porteuses d'un fœtus rhésus positif. L'échographie est considérée comme non traumatique.

[88]

Dans quelle association faut-il faire une prévention de la maladie hémolytique périnatale par injection d'immunoglobuline anti-D à l'accouchée?

A - Mère groupe O rhésus négatif - test de Coombs indirect négatif-enfant groupe A rhésus négatif

B - Mère groupe O rhésus négatif- test de Coombs indirect positif-enfant groupe O rhésus positif

C - Mère groupe O rhésus négatif - test de Coombs indirect négatif-enfant groupe O rhésus positif

D - Mère groupe B rhésus positif - test de Coombs indirect négatif-enfant groupe A rhésus négatif

E - Mère groupe O rhésus négatif - test de Coombs indirect négatif-enfant groupe O rhésus négatif

[88]

C

La prévention de la maladie hémolytique du nouveau-né s'applique aux mères rhésus négatif, quel que soit le groupe, non encore immunisées (test de Coombs indirect négatif) et porteuses d'un enfant rhésus positif.

P.M. : Le test de Coombs indirect recherche les agglutinines irrégulières chez la mère.

[90]

Dans un ictère néonatal par incompatibilité érythrocytaire foeto maternelle, toutes les perturbation biologiques suivantes peuvent se voir, sauf une

A - Anémie

B - Thrombopénie

C - Elévation de la bilirubine conjuguée

D - Elévation des transaminases

E - Erythroblastose

[90]

D

L'incompatibilité érythrocytaire foeto-maternelle est responsable d'une destruction des hématies fœtales (anémie) suivie d'une régénération médullaire (érythroblastose). L'hémolyse peut s'accompagner d'une CIVD minime (consommation plaquettaire) et est responsable de l'élévation de la bilirubine conjuguée et de l'ictère. Par contre, la cytololyse ne fait pas partie du tableau.

[106]

Parmi les examens de laboratoire suivants, quel est celui (quels sont ceux) qui, pratiqué(s) sur le sang du nouveau-né, permettent d'étayer le diagnostic d'incompatibilité foeto-maternelle?

A - Test de Kleihauer

B - Test de Coombs direct

C - Test de falciformation

D - Taux de bilirubine

E - Recherche d'hémoglobine F

[106]

B D

Le test de Coombs direct sur le sang foetal permet de rechercher des hématies porteuses d'agglutinines irrégulières (transmises par la mère) en cas d'incompatibilité foeto-maternelle. Le taux de bilirubine (conjuguée) apprécie l'importance de l'hémolyse chez le nouveau-né. Le test de Kleinhauer se pratique sur le sang maternel (recherche d'hématies fœtales). Les autres tests n'ont rien à voir.

[109]

On effectue le dépistage des allo-immunisations au facteur D chez la femme enceinte Rhésus négatif par

- A - Léchographie
- B - La recherche des anticorps irréguliers anti-érythrocytaires
- C - Le dosage de bilirubine amniotique
- D - La recherche dérythroblastes
- E - Le test de Kleihauer

[109]

B
Le dépistage des allo immunisations rhésus chez la femme enceinte Rh- se fait par la recherche mensuelle des agglutinines irrégulières anti-D, le test de Kleihauer ne permet que de dépister un passage d'hématies foetales dans le sang maternel et de vérifier si ceux-ci ont été détruits par l'injection préalable de gammaglobulines anti-D.

[114]

En cas dallo-immunisation foeto-maternelle, l'atteinte foetale est généralement traduite par

- 1 - Existence dun rythme cardiaque foetal sinusoïdal
- 2 - Un excès de liquide amniotique
- 3 - Existence dun excès de volume du placenta à l'échographie
- 4 - Existence dune exagération des mouvements foetaux à l'échographie

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0 4=D 1,2,3,4E

[114]

A
Lalloimmunisation foeto-maternelle se traduit chez le foetus, dans les formes graves, par un tableau d'anasarque foeto-placentaire avec hydramnios, ascite foetale, épaissement placentaire (surcharge pigmentaire) et rythme cardiaque sinusoïdal signant la souffrance foetale aiguë gravissime. Il existe une diminution des mouvements actifs parfois perçue par la mère.

[163]

Le mécanisme physiopathologique d'immunisation foeto-maternelle dans le système rhésus est lié

- A - Au passage de leucocytes foetaux dans la circulation maternelle
- B - Au passage d'hématies maternelles dans la circulation foetale
- C - Au passage d'hématies foetales dans la

circulation maternelle

D - Au passage d'anticorps maternels dans la circulation foetale

E - A une bilirubinémie élevée

[163]

C
C'est le passage d'hématies foetales Rh+ qui détermine chez la mère, la sécrétion d'immunoglobulines anti-D susceptibles de passer le placenta et d'entraîner une hémolyse foetale.

[260] !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Dans quelle(s) association(s) faut-il faire une prévention de la maladie hémolytique par injection d'immunoglobulines anti-D ?

- A - Mère groupe O Rhésus -, test de Coombs indirect négatif enfant groupe A Rhésus -
- B - Mère groupe O Rhésus -, test de Coombs indirect positif enfant groupe O Rhésus + C
- C - Mère groupe O Rhésus -, test de Coombs indirect négatif enfant groupe O Rhésus +
- D - Mère groupe B Rhésus +, test de Coombs indirect négatif enfant groupe A Rhésus -
- E - Mère groupe O Rhésus -, test de Coombs indirect négatif enfant groupe O Rhésus -

B=C

[289]

L'immunisation rhésus

- A - Est dépistée par le dosage des agglutinines chez les femmes rhésus négatif
- B - Est une cause d'excès de hauteur utérine
- C - Est responsable d'anémie foetale
- D - Est déclenchée par le passage des hématies foetales dans le sang maternel
- E - Ne survient jamais lors d'une première grossesse

[289]

A C D
L'immunisation rhésus est liée au passage d'hématies foetales dans la circulation maternelle ce qui peut survenir dès la première grossesse notamment lors d'un geste médical

(amniocentèse, version par manoeuvres externes). L'anémie hémolytique foetale est responsable d'un retard de croissance variable, sans excès de liquide.

.. ??? B par hydramnios et ascite foetal

[69]

cc

Une femme enceinte de groupe sanguin AB rhésus négatif (ée dd ee) présente dans son sérum un allo-anticorps anti-D (Rho) résultant d'une immunisation antérieure par grossesse.

Au cours de cette grossesse, les examens légaux à réaliser chez la mère comprendront:

A - Une vérification du groupe sanguin ABO et Rhésus

B - Une recherche des anticorps irréguliers anti-érythrocytaires

C - Un titrage de ces anticorps si la recherche précédente est positive

D - Une recherche des anticorps immuns anti-A et/ou anti-B

E - Un dosage de la bilirubine

[70]

Un dosage pondéral de l'anticorps anti-D sérique naturel sera envisagé si on observe:

A - Une augmentation significative du titre de l'anticorps anti-D naturel B - L'apparition d'autres spécificités (AC) anti-érythrocytaires dans le sérum de la mère

C - Une augmentation du taux de la bilirubinémie maternelle

D - Que le père est homozygote pour le gène D

E - L'apparition d'anticorps immuns anti-A dans le sérum de la mère

[71]

Le dosage de la bilirubinémie est classiquement réalisé par:

A - Technique radio-immunologique

B - Le test de Kleihauer

C - Technique biochimique (Diazoréaction)

D - Etude spectrophotométrique du liquide amniotique

E - Technique Elisa

[72]

A la naissance, les examens pratiqués sur le sang du nouveau-né destinés à porter le diagnostic dallo-immunisation foeto-maternelle comportent:

A - Groupage sanguin ABC-Rhésus

B - Test de Coombs direct

C - Test de Kleihauer

D - Numération formule sanguine

E - Dosage de la bilirubine libre

[73]

Le groupe ABC Rhésus du sang utilisé pour l'exsanguino-transfusion pourrait être (enfant du groupe A Rhésus positif)

A - A Rhésus négatif

B - B Rhésus positif

C - C Rhésus négatif

D - C Rhésus positif

E - A Rhésus positif

[69]

A B C

Il faut systématiquement révérifier le groupe sanguin, rhésus, et les agglutinines irrégulières qu'il faut doser (référence pour la surveillance ultérieure). La bilirubinémie n'a d'intérêt que chez le foetus.

[70]

A

Le dosage pondéral se fait en cas d'augmentation significative du titre d'anticorps anti D naturel tous les 15 jours à partir du 5ème mois.

[71]

D

Le dosage de la bilirubinémie est réalisé par étude spectrophotométrique ce qui implique que le tube doit être transporté à l'abri de la lumière.

[72]

A B D E

Le diagnostic de l'autoimmunisation rhésus repose sur la mise en évidence d'agglutinines sur les hématies foetales par le test de Coombs direct, après le groupage vérifiant la positivité rhésus. L'hémogramme et la bilirubinémie apprécient le retentissement foetal par le degré d'hémorragie et l'importance de la régénération.

[73]

A C

Il est préférable de transfuser avec un sang isogroupe rhésus négatif (les hématies rhésus + risquent d'être détruites par les agglutinines), le sang O positif n'est pas incompatible.

RISQUE IATROGENE GROSSESSE

[10]

Un médicament tératogène, administré du 28ème au 35ème jour de la grossesse, peut entraîner une atteinte

- A - De l'oeil
- B - Du système nerveux central
- C - Du coeur
- D - Des membres
- E - Des organes génitaux externes

[10]

A B c D

La période correspondante à la 6^è semaine de grossesse (28^è au 30^è jour de grossesse) est la formation des ébauches d'organes (embryogénèse). Seuls les organes génitaux externes seront développés au début de la période foetale.

[28]

Indiquer la(les) vaccination(s) qui, parmi celle(s) proposée(s), est (sont) contreindiquée(s) chez une femme enceinte de trois mois:

- 1 - Tétanos
- 2 - Rubéole
- 3 - Poliomyélite antérieure aiguë (vaccin inactivé injectable)
- 4 - Poliomyélite antérieure aiguë (vaccin vivant atténué buvable)

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0
4=D 1,2,3,4E

[28]

C

Tous les vaccins vivants sont susceptibles d'être responsables d'une transmission virale maternofoetale et donc contre-indiqués en cours de grossesse (le vaccin antitétanique est une anatoxine).

[96]

Parmi les antibiotiques suivants, quel(s) est (sont) celui (ceux) contreindiqué(s) les 3 derniers mois de la grossesse

- A - Tétracyclines
- B - Ampicilline
- C - Aminosides
- D - Chloramphénicol
- E - Macrolides

[96]

A C D

Les tétracyclines absorbées par les dents provoquent une coloration et un hypoplasie dentaire. Les aminosides utilisés à fortes doses cumulées sont responsables de toxicité auditive et sont donc à éviter.

Le chloramphénicol est contre-indiqué pendant toute la grossesse (syndrome gris du nouveau-né).

[39]

Parmi les 5 vaccins suivants, citez celui(ceux) que Ion peut prescrire sans arrière pensée pendant la grossesse

- A - BCG
- B - Vaccin antipolyomyélitique buvable
- C - Vaccin antirubéolique
- D - Vaccin antigrippal
- E - Vaccin antihépatite B

[39]

D E

Les vaccins vivants même atténués sont contre-indiqués pendant la grossesse car susceptibles d'un passage transplacentaire. Le vaccin antigrippal est inactivé et celui de l'hépatite B est un vaccin antigénique donc peuvent être prescrits.

[212]

A quel âge débute la minéralisation des incisives lactéales?

- A - Au 1er mois de la vie intra-utérine
- B - Au 3ème mois de la vie intra-utérine
- C - Au 8ème mois de la vie intra-utérine
- D - A la naissance
- E - A partir du 3ème mois

[212]

B

Ce qui a deux conséquences:

- l'intérêt de la supplémentation en fluor de la mère dès le deuxième trimestre
- La contre-indication des tétracyclines pendant toute la grossesse (hypoplasie et coloration des dents lactéales).

[214]

Parmi ces antibiotiques, il est possible d'utiliser sans risque foetal au cours de la

grossesse

- A - Céfalotine®
- B - Vibramycine®
- C - Erythromycine
- D - Claforan®
- E - Chloramphénicol

[214]

A C D

En l'absence d'allergie maternelle, les antibiotiques du groupe des bêta Lactamines (Céfalotine® - Claforan®) et les Macrolides® (Erythromycine) sont utilisables sans danger pour le foetus contrairement à la Vibramycine (hypoplasie et coloration des dents) et les phénicols ("Grey Syndrome" du nouveau né).

[223]

La grossesse ne contre-indique pas la prise de

- A - Tétracyclines
- B - Pénicilline
- C - Amoxicilline
- D - Rovamycine
- E - Chloramphénicol

[223]

B C D

Les bêta lactamines et macrolides sont sans danger pendant la grossesse.
Les tétracyclines sont contre-indiquées (hypoplasie et coloration dentaire) ainsi que le chloramphénicol ("Grey syndrome" du nouveau-né).

[233]

Parmi les 5 propositions suivantes concernant les antibiotiques autorisés pendant la grossesse, indiquez celle(s) qui est(sont) exacte(s)

- A - Tétracyclines
- B - Cotrimoxazole
- C - Amoxicilline
- D - Spiramycine
- E - Chloramphénicol

[233]

C D

Les sulfamides (cotrimoxazole) sont responsables d'éventuels ictères nucléaires par hémolyse du nouveau-né.
Les phénicols (chloramphénicol) sont responsables de "grey syndrome" à la naissance et les tétracyclines, d'hypoplasie et coloration dentaire.
bêta lactamines et macrolides sont utilisés sans danger

[262]

Parmi les antibiotiques suivants, indiquez celui ou ceux qui peut(vent) être administré(s) à la femme enceinte de 2 mois sans faire courir de risque notable à la mère et à l'enfant?

- A - Céfalotine
- B - Gentamicine
- C - Doxycycline
- D - Erythromycine
- E - Triméthoprim-sulfaméthoxazole

[262]

A D

Tétracyclines et Bactrim® (= triméthoprim - sulfaméthoxazole) sont contre-indiqués pendant toute la grossesse.
La gentamicine présente un faible risque de toxicité foetale et ne peut donc être utilisée que pour des traitements brefs à doses modérées. On lui préférera les bêta lactamines et macrolides, sans danger.

[288]

La prise de barbituriques au cours de la grossesse

- A - Augmente le risque malformatif
- B - Augmente le risque de détresse respiratoire
- C - Augmente le risque de postmaturité
- D - Expose à un syndrome de sevrage chez le nouveau-né
- E - Expose le nouveau-né à des troubles hémorragiques

[288]

A B D

Les benzodiazépines ont été accusées aux USA d'augmenter le risque de malformation (fente labiale) et sont contre-indiquées au 1er trimestre de grossesse aux USA et non en Europe. Ils sont responsables d'un syndrome de sevrage dans les 1ers mois de la vie et l'Apgar à la naissance est statistiquement diminué.

[300]

La grossesse contre-indique

- A - Les injections d'immunoglobulines humaines
- B - La vaccination antirabique
- C - La vaccination antigrippale
- D - La vaccination antirubéolique
- E - La vaccination antipoliomyélitique par voie parentérale

[300]

D

Les vaccinations à virus vivant atténué sont contre-indiquées pendant la grossesse mais le vaccin antigrippal est réputé sans danger. En aucun cas une vaccination faite en début de grossesse n'est une indication à un avortement thérapeutique.

SOUFFRANCE FOETALE

[116]

Quel est l'examen le plus fiable pour diagnostiquer une souffrance foetale in utéro au 3ème trimestre de la grossesse?

- A - Dosage de l'oestriol
- B - Dosage de H.P.L. (hormone lactogène placentaire)
- C - Amnioscopie
- D - Enregistrement du rythme cardiaque foetal
- E - Echographie

[116]

D
L'enregistrement du rythme cardiaque foetal (R.C.F.) est le plus sensible pour dépister une souffrance foetale au 3ème trimestre. Il recherche un tracé aréactif: absence de phases d'accélération (voire décélération), diminution de l'amplitude des fluctuations, au maximum rythme sinusoïdal, bradycardie de gravité extrême. Lamnioscopie apporte des informations au moment du terme lorsque le col est ouvert (couleur du liquide amniotique). L'échographie renseigne sur la croissance foetale et les mouvements actifs mais malgré les scores définis (Magnin), la valeur prédictive est inférieure à renregistrement du R.C.F. L.H.P.L. d'origine exclusivement placentaire et l'oestriol témoin du bien-être du couple foetoplacentaire sont moins sensibles et moins spécifiques (nombreuses sources d'erreur). Le dosage de l'oestriolémie n'est considérée comme significative de souffrance foetale que lorsque la chute est supérieure à 40 % de la moyenne des 3 valeurs précédentes.

[161]

Dans le monitoring du rythme cardiaque foetal au cours de la grossesse, quel est l'élément de bon pronostic?

- A - Rythme plat
- B - Rythme sinusoïdal
- C - Episodes d'accélération lors des mouvements foetaux
- D - Tachycardie permanente, même en l'absence de mouvements foetaux
- E - Bonne récupération après un ralentissement induit par une contraction utérine

[161]

C

Toutes les autres propositions sont des tracés de souffrance foetale avec dans l'ordre de gravité croissante E.D.A.B.

[279]

Parmi les éléments de surveillance de la vitalité d'un foetus en fin de grossesse, quel est celui qui apporte le maximum de renseignements?

- A - L'amnioscopie
- B - Le comptage des mouvements actifs
- C - L'échotomographie
- D - L'enregistrement du rythme cardiaque foetal
- E - L'amniocentèse

[279]

D

L'échographie avec la réalisation d'un score de Manning est l'examen le plus complet. L'enregistrement du RCF est le plus facilement reproductible et donc le plus utilisé dans la surveillance de fin de grossesse.

[340]

Dans le monitoring du rythme cardiaque foetal au cours de la grossesse, quel est l'élément de bon pronostic?

- A - Rythme plat
- B - Rythme sinusoïdal
- C - Episodes d'accélération lors des mouvements foetaux
- D - Tachycardie
- E - Bradycardie

[340]

C

Le tracé évoque une souffrance foetale chronique lorsque les fluctuations disparaissent (tracé plat) au maximum tracé sinusoïdal. Tachycardie et bradycardie sont des signes de souffrance foetale aiguë.

[26]

Chez une femme présentant un décollement placentaire avant l'expulsion, il est indispensable de surveiller:

- 1 - Diurèse horaire
- 2 - Courbes des pouls, T A
- 3 - Crase sanguine
- 4 - N.F.S. - plaquettes

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0
4=D 1,2,3,4E

[26]

C
Le décollement placentaire précédent l'expulsion comporte un risque majeur de souffrance foetale aiguë et chez la mère d'une CIVD qu'il faut surveiller cliniquement et biologiquement pendant et après l'expulsion.

[67]

Dans l'hémorragie rétroplacentaire typique, on observe en association avec les métrorragies:

- A - Une contracture utérine
- B - Une douleur abdominale violente
- C - Un état de choc
- D - Une diminution de la hauteur utérine
- E - Une souffrance foetale

[67]

A B C E
Malgré la contracture utérine, l'hématome entraîne une augmentation de la hauteur utérine. La souffrance foetale aiguë et la CIVD maternelle sont à prévenir en urgence par l'extraction foetale et la réanimation.

[75]

L'hématome rétro-placentaire dans sa forme complète:

- 1 - Se traduit par une contracture du corps utérin
- 2 - Peut se compliquer de coagulopathie de consommation
- 3 - Entraîne souvent la mort du fœtus in utero
- 4 - Ne récidive jamais lors d'une grossesse ultérieure

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0
4=D 1,2,3,4^E

[75]

A
L'HTA gravidique survient classiquement chez la primipare dans le dernier trimestre de la grossesse et ne récidive pas ; par contre, l'hématome rétro placentaire, qui peut mais n'est pas obligatoirement une conséquence de cette première, peut récidiver.

[263]

Une deuxième geste, césarisée lors de la première grossesse est adressée en urgence, à 34 semaines d'aménorrhée pour état de choc avec hémorragie peu abondante, noirâtre. L'examen retrouve une T.A. élevée à 16/10, une contracture utérine et une souffrance foetale aiguë. Le diagnostic le plus probable est:

- A - Un syndrome du sinus marginal
- B - Une rupture utérine
- C - Un décollement prématuré du placenta normalement inséré
- D - Un décollement prématuré du placenta bas inséré
- E - Un infarctus myométral

[263]

C
Les réponses A, B, C, D correspondent à un tableau de choc hémorragique avec souffrance foetale aiguë, mais A et D entraînent une hémorragie abondante de sang rouge et B une hypercinésie initiale et non une contracture ; enfin HTA est plus souvent en rapport avec C

[369]

Chez une femme enceinte de 36 semaines d'aménorrhée, amenée aux urgences pour hémorragie utérine, vous évoquez un hématome rétroplacentaire. Quel(s) signe(s) oriente(nt) vers ce diagnostic?

- A - Contracture utérine
- B - Fièvre à 38°5
- C - Absence de douleurs
- D - Disparition des bruits du coeur foetal
- E - Impression de gros enfant

[369]

A D
L'hématome rétroplacentaire associe typiquement métrorragies, contracture utérine douloureuse et disparition des bruits du coeur (mort foetale).

[24]

Quel est le dosage réalisé dans le liquide amniotique qui donne le meilleur reflet de la maturité pulmonaire foetale?

- A - Créatinine**
- B - Bilirubine**
- C - Alpha-foeto-protéine**
- D - Lécithine/Sphingomyéline**
- E - Glucide et acide urique**

[24]

D

Le dosage du rapport lécithine-sphingomyéline amniotique est le marqueur de la maturité pulmonaire, pratiqué en cas d'indication d'extraction prématurée. Le dosage de l'alpha-foetoprotéine recherche une malformation foetale (anencéphalie, spina bifida, malformations digestives). La bilirubine amniotique permet d'apprécier l'atteinte foetale dans les immunisations foeto maternelles

[372]

Quels sont les deux gestes thérapeutiques préventifs systématiques à prescrire en salle de travail chez un nouveau-né normal?

- A - La perfusion de sérum glucosé**
- B - Une injection de vitamine D**
- C - Une instillation oculaire d'un collyre antiseptique**
- D - Une administration de 20 ml de G 10 par sonde gastrique**
- E - L'administration de 5 mg de vitamine K**

[372]

C E

Le collyre antiseptique permet d'éviter les conjonctivites (chlamydiae, gonocoque...) transmises par passage dans les voies génitales maternelles. La vitamine K est administrée par intramusculaire dans la cuisse ou P.C. (5 gouttes à renouveler dans les 12 premières heures) et prévient les risques d'une hypovitaminose (troubles de la coagulation).

CONTRACEPTION

[11]

Parmi ces quatre propositions, la(les)quelle(s) constitue(nt) une contre-indication à la pose d'un dispositif intra-utérin

- 1 - Antécédent de salpingite récente**
- 2 - Cardiopathie valvulaire**
- 3 - Nulliparité**
- 4 - Malformation utérine**

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0

4=D 1,2,3,4E

1234

[11]

E

Les antécédents de salpingite et les cardiopathies valvulaires sont des contre-indications au D.I.U en raison de l'augmentation du risque infectieux lié à sa présence.

La nulliparité (hypoplasie relative) et les malformations utérines augmentent le risque d'expulsion et de difficulté lors de la pose et sont donc également des contre-indications.

[12]

La prescription de contraceptifs oraux:

- 1 - Nécessite l'autorisation des parents pour les mineurs**
- 2 - N'est pas renouvelable**
- 3 - Est limitée à une durée d'un mois de traitement**
- 4 - Est renouvelable dans la limite d'un an de traitement**

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0

4=D 1,2,3,4^E

4

[12]

D

La prescription de contraceptifs oraux aux mineurs ne nécessite pas l'autorisation parentale (disposition légale), celle-ci se fait pour 6 mois renouvelable 1 an.

[18]

La composition d'un oestroprogestatif est la suivante

Les 7 premiers comprimés contiennent 30 mcg d'Ethinyl-Oestradiol - Les 14 autres

comprimés, 40 mcg d'Ethinyl-Oestradiol - La dose du progestatif reste constante. Sagit-il?

- A - D'une pilule classique combinée**
- B - D'une pilule minidosée combinée**
- C - D'une pilule séquentielle**
- D - D'une pilule minidosée biphasique**
- E - D'une micropilule**

D

[18]

D

Le terme "combiné" signifie l'association permanente oestro-progestative.

Le terme "séquentiel" signifie l'alternance d'oestrogènes puis de progestatifs sur un cycle. Les micropilules sont des pilules progestatives microdosées, enfin une pilule biphasique est une pilule combinée avec 2 concentrations différentes d'oestrogènes selon les phases du cycle. Une micropilule contient moins de 50 microg d'oestrogène.

[19]

Quel(s) conseil(s) donnez-vous à une femme mariée de 25 ans prenant une pilule contraceptive oestro-progestative minidosée et devant recevoir une triple antibiothérapie antituberculeuse (I NH, Rifampicine Ethambutol)

- A - Exclusion INH**
- B - Exclusion Rifampicine**
- C - Arrêt de toute contraception**
- D - Autre méthode contraceptive après avis spécialisé**
- E - Diminution des doses de pilule oestro-progestative**

D

[19]

D

La rifampicine est un inducteur enzymatique et augmente le catabolisme des oestrogènes. Il faut donc, compte-tenu de l'importance primordiale de ce type de traitement, augmenter les doses ou changer de type de contraception.

[27]

La micropilule progestative

- 1 - Peut faire diminuer le pic de LH**
- 2 - Peut entraîner une insuffisance du corps jaune**
- 3 - Est contre-indiquée chez les femmes à**

haut risque mammaire

4 - Est d'une efficacité supérieure à celle de la pilule oestroprogestative

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0

4=D 1,2,3,4^E

123

[27]

A

A - La micropilule respecte l'ovulation mais la perturbe (diminution du pic de LH, insuffisance du corps jaune) et entraîne un climat d'hyperoestrogénie relative qui fait déconseiller son utilisation chez les femmes à haut risque mammaire.

Son efficacité est moindre : indice de Pearl de 0,5 à 1 contre 0,1 pour les minipilules oestroprogestatives et 0,01 pour les pilules normodosées).

[37]

Parmi les propositions suivantes qui concernent la pilule', indiquez la réponse inexacte:

A - Elle peut être prescrite pour 3 mois avec une ordonnance renouvelable pour un an

B - Elle peut être distribuée gratuitement par les centres de planification et d'éducation familiale

C - Sa prescription et sa délivrance aux mineurs nécessitent l'autorisation parentale

D - Elle nécessite une prescription médicale

E - Elle représente actuellement la méthode contraceptive la plus utilisée

[38]

C

La pilule peut être prescrite à partir de l'âge de 13 ans sans autorisation parentale (loi du 4.12.74). Afin de pallier au problème du non remboursement dans ce cas de figure, la loi prévoit la distribution gratuite dans les centres de planning. La loi fait exception aux règles de renouvellement pour la pilule qui est renouvelable 1 an.

[52]

Devant des métrorragies survenant chez une femme porteuse d'un stérilet. Indiquez parmi les suivants, le(s) diagnostic(s) envisageable(s)

A - Une grossesse extra-utérine

B - Une salpingite

C - Un fibrome sous-muqueux

D - Un avortement spontané

E - Un cancer du col de l'utérus

[52]

A B C D E

Toutes les causes de métrorragie doivent être envisagées, en particulier la grossesse sur stérilet ne peut être éliminée.

[62]

Parmi les circonstances suivantes, laquelle est une contre indication à la contraception oestro-progestative:

A - Antécédent de kyste lutéinique

B - Fibrome utérin

C - Endométriose

D - Hyperplasie de l'endomètre

E - Toutes ces propositions sont vraies

[62]

B

Les oestroprogestatifs ont une action atrophiante sur l'endomètre et peuvent donc être utilisés, dans l'hyperplasie utérine et l'endométriose (où l'on préfère une contraception progestative).

L'antécédent de kyste lutéinique fera préférer l'utilisation d'oestro-progestatifs normodosés. Seul le fibrome est une contre-indication relative compte-tenu de l'augmentation de volume possible et du risque de nécrobiose.

[69]

Madame L, prend un oestro-progestatif combiné à 50 microgrammes déthyloestradiol : elle a lu qu'il existait des pilules de la même famille. mais moins dosées en oestrogènes. Elle souhaiterait essayer, car elle a des nausées les premiers jours de la prise. Que lui conseillez-vous?

A - Milligynon®

B - Ovanon®

C - Diane®

D - Minidril®

E - Microval®

[69]

D

Milligynon® et Microval® sont 2 micropilules progestatives. Ovanon® est une pilule

séquentielle, normodosée à 50 microg d'E.E. et Diane® est combinée normodosée à 50 mg.

Seule Minidril® ne contient que 30 mg d'E.E.

Autres réponses Adépal®, Miniphase®, Varnoline®.

[73]

La contraception orale par oestroprogestatifs est contre-indiquée quand existe

A - Une intolérance aux hydrates de carbone

B - Une HTA

C - Une sarcoïdose

D - Une hyperlipémie

E - Un antécédent de cancer mammaire

[73]

A B D E

Le diabète, l'HTA, l'hyperlipémie et les ATCD de cancer mammaire (hormono-dépendant) font partie des contre-indications classiques des oestroprogestatifs auxquelles il faut rajouter essentiellement les ATCD thrombo-emboliques (ou cardiopathie emboligène), les pathologies hépatiques éthyliques et/ou cholestatiques ainsi que les ATCD d'ictère gravidique, l'adénome à prolactine et l'otospongieuse. La sarcoïdose n'est pas une contre-indication.

[76]

L'information sur la contraception est obligatoire légalement

1 - Seulement après une césarienne

2 - Seulement chez les mineurs avant 18 ans

3 - Uniquement chez les femmes ayant subi plus d'une interruption volontaire de grossesse

4 - Après chaque interruption volontaire de grossesse

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0 4=D 1,2,3,4^E

[76]

D

Toute I.V.G doit nécessairement être accompagnée d'une information sur la contraception. C'est la seule clause prévue par la loi.

[94]

Parmi les examens suivants, lequel (lesquels) doit (doivent) être réalisé(s) annuellement pour la surveillance habituelle d'une contraception orale par oestroprogestatifs combinés minidosés chez une femme de 30 ans sans antécédent pathologique

A - Dosage de la F S H plasmatique

B - Frottis cervico-vaginaux de cyto-

détection

C - Vitesse de sédimentation

D - Dosage du cholestérol sanguin total

E - Numération des plaquettes sanguines

[94]

B D

Les frottis cervicaux vaginaux annuels font partie de la surveillance de toute femme ayant des rapports sexuels réguliers. Il est conseillé de surveiller le bilan lipidique annuellement bien que celui-ci ne semble pas être modifié secondairement lorsque les premiers contrôles sont normaux. Le dosage des plaquettes ne permet pas de prévenir les accidents thromboemboliques.

[97]

La propriété anti-conceptionnelle d'une pilule oestro-progestative minidosée peut être altérée par la prise concomitante de

1 - Barbiturique

2 - Hydantoïne

3 - Rifampicine

4 - Anti-inflammatoire

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0

4=D 1,2,3,4^E

[97]

A

Les oestrogènes sont détruits par le foie et toute accélération des enzymes microsomiaux hépatiques, en accélérant leur dégradation, diminue leur efficacité. L'association aux inducteurs enzymatiques (barbituriques, hydantoïnes, rifampicine) est contre-indiquée. Les anti-inflammatoires ont été accusés de réduire l'efficacité des dispositifs intra-utérins.

[112]

La prescription d'une pilule normodosée présente des contre-indications ; citer parmi les propositions suivantes celle(s) qui constitue(nt) une contre-indication absolue ou relative

A - L'hypertension artérielle

B - La béance cervico-isthmique

C - Les antécédents de phlébite

D - Lutérus cicatriciel

E - Le tabagisme après 40 ans

[112]

A C E

Les antécédents de phlébites et le tabagisme après 40 ans sont une contre-indication aux progestatifs en raison du risque

thrombo embolique accru ainsi que l'HTA qu'ils peuvent majorer. La béance et l'utérus cicatriciel sont des contre-indications relatives au D.I.U.

[119]

Citer parmi les propositions suivantes concernant la pilule minidosée celle(s) qui est(sont) exacte(s)

- A - Le dosage des oestrogènes est généralement de 50 microgrammes**
- B - Elle agit à trois niveaux (hypothalamo-hypophysaire, utérin, cervical)**
- C - Elle se prescrit tous les jours du cycle**
- D - Le risque de grossesse n'est réellement important qu'après un oubli de 48H**
- E - Elle induit peu d'effets métaboliques mais assez souvent des troubles des règles**

[119]

B E

La pilule minidosée contient généralement 30, microg d'oestrogène, elle agit à tous les niveaux (blocage hypothalamo-hypophysaire, muqueuse utérine impropre à la nidation, glaire cervicale imperméable). Elle se prescrit du 1er au 21ème jour du cycle. Le risque de grossesse devient important après un oubli de 12h. Elle induit peu d'effets métaboliques mais souvent des métrorragies en cours de cycle.

??? effet regulateur du cycle non N ??

[121]

Si une grossesse survient chez une femme qui porte un stérilet et est dans l'incertitude sur la poursuite de la grossesse, quelle est la conduite à tenir?

- A - Avortement thérapeutique**
- B - IVG**
- C - Ablation du stérilet**
- D - Section des fils du stérilet**
- E - Abstention et surveillance échographique**

[121]

C

L'ablation du stérilet, quand elle est possible, est impérative, le risque morbide étant plus important lorsqu'il reste en place. La grossesse sur stérilet est entachée de complications précoces (avortement spontané, infection) plus fréquentes mais ne justifie

pas en elle-même l'avortement thérapeutique

[125]

Quel(s) jour(s) du cycle recommande-t-on habituellement de poser un stérilet? A - Le premier jour des règles

- B - Le dernier jour des règles**
- C - Le jour de l'ovulation**
- D - Sept jours après l'ovulation**
- E - Deux jours avant les règles**

[125]

B

Afin d'éviter de poser un stérilet chez une femme enceinte et de se placer dans les meilleures conditions d'ouverture cervico-isthmique, on conseille la pose d'un stérilet à la fin des règles.

[129]

Les oestroprogestatifs sont contre-indiqués en cas de

- A - Diabète non insulino-dépendant**
- B - Goitre**
- C - Hyperthyroïdie**
- D - Hypercholestérolémie**
- E - Hypertriglycéridémie**

[129]

A D E

Le diabète non insulino-dépendant est une contre-indication à la prise d'oestroprogestatifs en raison de l'hyperinsulinisme réactionnel, parfois à l'origine d'obésité.

Les hyperlipémies sont une contre-indication formelle en raison de caractère prédisposant aux accidents thrombo-emboliques.

[130]

Certaines méthodes de contraception sont considérées comme très fiables avec un indice de Pearl théorique inférieur à 2% ; citer cette (ces) méthode(s) parmi les suivantes:

- A - Le coït interrompu**
- B - Le stérilet au cuivre**
- C - La méthode du calendrier**
- D - La pilule classique normodosée**
- E - Les spermicides**

[130]

B D

Seules les méthodes contraceptives par stérilet et contraception hormonale sont fiables. L'indice de Pearl est de 4,7 à 8 pour les

spermicides, 17 % d'échec pour le retrait et 30 % d'échec avec la méthode du calendrier.

[131]

Le micro-pilule progestative

- 1 - Peut faire diminuer le pic de LH
 - 2 - Peut entraîner une insuffisance du corps jaune
 - 3 - Est contre-indiquée chez les femmes à haut risque mammaire
 - 4 - Est contre-indiquée chez les femmes à haut risque vasculaire
- Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0
4=D 1,2,3,4^E

[131]

A
L'ovulation est en général respectée mais la modification du pic de LH entraîne une insuffisance lutéale qui favorise les perturbations menstruelles. Le climat d'hyperoestrogénie relative consécutive explique sa contre-indication chez les femmes à haut risque mammaire. Il n'existe pas de contre-indication métabolique.

[135]

La contraception orale par oestroprogestatif est contre-indiquée de manière absolue ou relative dans les cas suivants, sauf un.

Lequel ?

- A - Multiparité
- B - Hypertension artérielle
- C - Phlébite profonde
- D - Hépatite cholestatique
- E - Fibrome utérin

[135]

A
Les antécédents d'HTA et thrombo-emboliques contre-indiquent les oestroprogestatifs en raison du risque de thrombose cérébrale. L'hépatite cholestatique est majorée par les O.P. et le fibrome utérin peut connaître une poussée évolutive.

[147]

A propos de la pilule contraceptive, il est exact en France que

- A - Elle peut être prescrite pour 3 mois avec

une ordonnance renouvelable pour un an

- B - Elle peut être distribuée gratuitement par les centres de planification et d'éducation familiale
- C - Sa prescription et sa délivrance aux mineurs nécessitent l'autorisation parentale
- D - Elle nécessite une prescription médicale
- E - Elle représente actuellement la méthode contraceptive la plus utilisée

[147]

A B D E
Elle peut être délivrée au mineur sans autorisation parentale par un médecin (clause légale). Une des méthodes contraceptives les plus utilisées est encore à ce jour la méthode du retrait malgré un taux d'échec de 17 % environ.

[165]

Indiquez, parmi les conditions suivantes, celle(s) qui peut (peuvent) être cause(s) de grossesse extra-utérine:

- A - Salpingite
- B - Stérilet
- C - Malformation tubaire
- D - Progestatifs microdosés
- E - Antécédents de plastie tubaire

[165]

A C D E
Les progestatifs microdosés altèrent la motilité tubaire et les mouvements ciliés et ralentissent ainsi le transport de l'oeuf dans la trompe. Le stérilet ne protège pas de la GEU mais ne la provoque pas ??? c'est un facteur de risque

[184]

Madame C.. 30 ans, sans antécédents, mère de 2 enfants, est sous Stédiril®.

Au 10^{ème} jour de son cycle, elle vous téléphone à 10 heures du matin, car elle a oublié de prendre sa pilule la veille.

Que lui conseillez-vous?

- A - De prendre maintenant le comprimé oublié, et ce soir le comprimé prévu
- B - D'attendre le soir pour prendre le comprimé prévu et de jeter celui qui a été oublié
- C - De prendre 2 comprimés le soir (celui qui a été oublié + celui prévu)
- D - D'arrêter la plaquette là où elle en est, d'attendre l'hémorragie de

privation et de recommencer une plaquette neuve

E - De faire au choix une des 4 solutions proposées ci-dessus

[184]

A

Le Stédiril® est une pilule combinée normodosée et un retard de prise de 12 heures ne compromet pas l'efficacité contraceptive.

[185]

La composition d'un oestroprogestatif est la suivante

les 7 premiers comprimés contiennent 30 mcg d'Éthinyl-Oestradiol - les 14 autres comprimés 40 mcg d'Éthinyl-Oestradiol - la dose du progestatif reste constante.

S'agit-il

- A - D'une pilule classique combinée**
- B - D'une pilule minidosée combinée**
- C - D'une pilule séquentielle**
- D - D'une pilule combinée minidosée biphasique**
- E - D'une micropilule**

[185]

D

Il s'agit d'une pilule minidosée : dose d'éthinyl oestradiol <50 mg et biphasique puisqu'il existe 2 paliers de dosage pour la composante oestrogénique. Enfin, il s'agit d'une pilule "combinée" associant les composantes oestrogéniques et progestatives et non "séquentielle" alternant celles-ci.

[193]

Parmi les propositions suivantes, citer celle(s) qui constitue(nt) une contre-indication absolue ou relative à la pose d'un stérilet:

- A - Utérus bicorne**
- B - Salpingite**
- C - Comitialité**
- D - Hypertension artérielle**
- E - Nulliparité**

[193]

A B E

Les utérus hypoplasiques des nullipares et les utérus malformés sont une contre-indication à la pose de stérilet compte-tenu du risque élevé de rejet.

Les antécédents infectieux le contre-indiquent en raison du risque de réveil et de récurrence.

[201]

Devant des métrorragies survenant chez une femme porteuse d'un stérilet, indiquez parmi les suivants, le(s) diagnostic(s) envisageable(s)

- A - Une migration du stérilet**
- B - Une salpingite**
- C - Un fibrome sous-muqueux**
- D - Un avortement spontané**
- E - Un condylome plan cervical**

[201]

A B C D

Les condylomes cervicaux ne donnent pas de métrorragies qui sont par définition d'origine endo-utérine.

[204]

L'administration d'un contraceptif oestroprogestatif est déconseillée chez les femmes qui

- A - Ont une intolérance aux hydrates de carbone**
- B - Ont eu des enfants d'un poids supérieur à 4 kg à la naissance**
- C - Ont une dyslipémie**
- D - Fument plus d'un paquet de cigarettes par jour**
- E - Ont un traitement anticomitial**

[204]

A B C D E

Les antécédents d'enfants d'un poids supérieur à 4 kg surviennent chez des femmes prédisposées au diabète. Le tabagisme potentialise le risque thrombo-embolique. Les anticomitiaux (barbituriques) sont des inducteurs enzymatiques et augmentent le catabolisme des oestroprogestatifs en diminuant leur efficacité contraceptive.

[208]

Chez une femme hypertendue qui vient de subir une césarienne au 7ème mois, quelle(s) mesure(s) de contraception vous semble(nt) pouvoir être appliquée(s) dans les 6 premiers mois?

- A - Pilule classique avec oestrogène et progestatif**

- B - Pilule à progestatif seul**
- C - Pose dun stérilet**
- D - Injection de progestérone retard**
- E - Contraception locale (diaphragme + spermicide)**

[208]

B E

Les oestrogènes sont contre-indiqués en raison de l'HTA ainsi que les progestatifs normo ou macrodoses (progestérone retard). Le stérilet est contre-indiqué dans les suites proches d'une césarienne.

La fertilité est diminuée dans le post partum et la contraception locale ou les microprogestatifs sont une bonne indication.

[221]

La prescription d'une pilule oestroprogestative à 50 microgrammes d'éthinylœstradiol chez une femme de 30 ans présente des contre-indications. Indiquez parmi les propositions ci-dessous celle(s) qui constitue(nt) une contre-indication absolue

- A - Tension artérielle à 16/10**
- B - Triglycéridémie à 0,90 g/l**
- C - Prise de Tranxène® le soir**
- D - Antécédents de salpingite**
- E - Antécédents de phlébite**

[221]

A E

L'hypertension artérielle et les antécédents thrombo emboliques sont des contre-indications absolues des oestro progestatifs normodosés. Les autres contre-indications sont

- l'hyperlipidémie (ici taux normaux)
- le diabète
- les cancers du sein et de l'utérus.

Tranxene est un benzodiazepame est un inducteur enzymatique donc c'est une contre indication relative

[226]

La prescription d'une pilule normodosée mais avec un climat trop oestrogénique peut entraîner certains troubles d'adaptation et même certains états pathologiques : lequel (lesquels) parmi les suivants

- A - Acné**
- B - Métrorragie de 2ème partie du cycle**
- C - Etat dépressif**

D - Mastose

E - Jambes lourdes

[226]

B D E

L'hyperoestrogénie relative favorise les métrorragies de deuxième partie de cycle par hyperplasie muqueuse et insuffisance lutéale, ainsi que les mastodynies, mastose et les jambes lourdes.

L'acné est en rapport avec une hyperandrogénie ou à l'effet androgénique de certains progestatifs. L'état dépressif est plus fréquent en période de carence oestrogénique.

[246]

Parmi les propositions suivantes, indiquez celle qui est inexacte

- A - Un traitement barbiturique diminue l'efficacité de la contraception orale**
- B - La venue d'une aménorrhée pendant 1 an après la prise d'oestroprogestatif peut être due à l'effet atrophiant prolongé de la pilule sur l'endomètre**
- C - Le tabagisme augmente le risque vasculaire des oestroprogestatifs**
- D - Un antécédent de thrombophlébite contre-indique formellement la prescription d'oestroprogestatifs**
- E - L'adénome hépatique est une complication possible des oestroprogestatifs**

[246]

B

Une aménorrhée post pilule de 1 an doit faire rechercher une hyperprolactinémie (adénome hypophysaire) ou toute cause de perturbation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. L'effet atrophiant des oestro-progestatifs en association est modéré et rapidement réversible

Par les oestrogènes qu'ils contiennent, les contraceptifs oraux peuvent contribuer à, et parfois être responsables de, divers troubles fonctionnels et diverses lésions hépatiques, rares voire même un adénome hépatique. CO est un facteur de risque de survenue des Adénome hépatique. CAT chez une femme est de changer la méthode contraceptive

[250] !!!!

- Quelle maladie n'est pas une contre-indication aux oestro-progestatifs?**
- A - Sclérose en plaques**
 - B - Porphyrie aiguë**

- C - Hyperlipidémie**
- D - Maladie de Crohn**
- E - Hypertension artérielle**

[251]

Dans la contraception par oestro-progestatifs combinés

- A - Il existe une simulation du cycle physiologique**
- B - L'oestrogène agit seul au niveau du col**
- C - L'oestrogène et le progestatif agissent au niveau de l'ovulation**
- D - La glaire cervicale est de mauvaise qualité**
- E - La stimulation de l'endomètre est de mauvaise qualité**

[251]

C D E

Oestrogènes et progestatifs agissent en synergie en inhibant le cycle physiologique et en

- bloquant l'ovulation
- rendant la glaire impropre à la migration des spermatozoïdes (effet progestatif)
- rendant la muqueuse impropre à la nidation

[258]

Dans la contraception par oestro-progestatifs séquentiels

- A - Loestrogène est dosé à 35 gamma déthinyl-oestradiol**
- B - Seule la deuxième partie du cycle comprend oestrogènes et progestatifs**
- C - Loestrogène agit au niveau de la glaire cervicale**
- D - Elle peut être conseillée après une I.V.G.**
- E - Elle présente un risque d'échec de 0,2 % année – femme**

[258]

B D

La dose de 35 gamma déthinyl-oestradiol correspond aux mini-pilules combinées. C'est le progestatif qui agit au niveau de la glaire cervicale en la rendant impropre à la migration des spermatozoïdes.

Elle présente un risque d'échec supérieur aux pilules oestroprogestatives combinées de l'ordre de 2 à 3 % année - femme.

On rutilise après un curetage pour favoriser la 'repousse' muqueuse (action proliférative des oestrogènes donnés seuls en première partie).

[296]

Des ménorragies peuvent être causées par:

- A - Fibromyome utérin**
- B - Polypose utérine**
- C - Adénomyose**
- D - Stérilet**
- E - Cancer du corps de l'utérus**

[296]

A B C D E

Le cancer de l'utérus est responsable de métrorragies ou ménométrorragies mais doit être évoqué de principe en raison de sa gravité.

[310]

Certaines contre-indications à la mise d'un stérilet sont classiques. Parmi les propositions suivantes laquelle(lesquelles) retenir-vous?

- A - Antécédents psychiatriques**
- B - Cervicite à chlamydia**
- C - Valvulopathie aortique**
- D - Utérus cloisonné**
- E - Obésité**

[310]

B C D

La cervicite à chlamydia non traitée expose au risque de salpingite sur stérilet. Le risque de greffe oslérienne est faible sur une valvulopathie aortique. L'utérus cloisonné expose au risque de rejet et d'échec de la méthode.

[328]

Le prescription de contraceptifs oraux:

- A - Nécessite l'autorisation des parents pour les mineurs**
- B - N'est pas renouvelable**
- C - Est limitée à une durée d'un mois de traitement**
- D - Est renouvelable dans la limite d'un an de traitement**
- E - N'est pas soumis à une prescription médicale**

[328]

D

Seuls médicaments de la pharmacopée renouvelables dans la limite d'un an.

[338]

Parmi les affirmations suivantes concernant les stérilets, laquelle (ou lesquelles) est (sont) vraie(s)?

A - Il faut éviter de le poser chez les nullipares

B - Il faut éviter de le poser chez les tuberculeuses

C - Il faut éviter de le poser juste après l'accouchement

D - Il faut éviter de le poser après une hépatite

E - C'est la contraception de choix de la femme de 35 ans qui a réalisé son désir de maternité.

[338]

A B C E

La pose d'un stérilet entraîne un risque infectieux local qui fait contre-indiquer son utilisation chez les nullipares dont l'utérus hypoplasique le tolère qui plus est difficilement. En outre, toute infection antérieure peut connaître un rebond après la pose (tuberculose génitale). Après l'accouchement, le volume utérin et la béance cervicale font qu'il est fréquemment expulsé et il est prudent d'attendre deux cycles spontanés avant la pose.

[353]

Devant une jeune femme mère de deux enfants, qui a eu la veille un rapport non protégé et craint une grossesse non désirée, que proposez-vous?

A - La prise de Microval® 2 comprimés, puis 2 autres comprimés 12 heures plus tard

B - La prise de Stédiril® 2 comprimés, puis 2 autres comprimés, 12 heures plus tard

C - La pose d'un stérilet dans les 72 heures

D - 50 µg d'Éthinyl oestradiol en 1 seule prise

E - La prise de 2 comprimés d'Adépal®, puis 2 autres comprimés 12 heures plus tard

[353]

B C

Adépal® et Microval® sont trop peu dosées pour être efficaces de même 50 µg d'EE est insuffisant. En l'absence de contre-

indications (infection, nulliparité) la pose d'un stérilet dans les 72 heures empêche la nidation d'une éventuelle grossesse (jusqu'à 5 jours après le rapport) avec un taux d'échec < à 1 %.

[378]

Une aménorrhée post-pilule

A - Est due à une persistance de l'atrophie de l'endomètre

B - Doit faire rechercher des synéchies utérines

C - Doit faire rechercher une grossesse

D - Impose une contraception par stérilet pendant le temps des examens

E - S'accompagne toujours d'une galactorrhée

[378]

A C

L'aménorrhée post-pilule est fréquente, liée le plus souvent à une période de latence avant la reprise spontanée du cycle ovulatoire. Elle doit faire éliminer une grossesse et une hyperprolactinémie qui peut alors s'accompagner de galactorrhée

[384]

Une femme de 30 ans habituellement normalement réglée présente une aménorrhée secondaire après l'arrêt d'un contraceptif oral L'examen clinique ne révèle rien d'anormal. Quels sont les deux examens que vous demanderez en priorité?

A - FSH plasmatique

B - Prolactinémie

C - Delta 4 androsténone plasmatique

D - Bêta-HCG plasmatique

E - Estradiol plasmatique

[384]

B D

L'aménorrhée post-pilule doit faire rechercher une grossesse et un adénome hypophysaire à prolactine.

[392]

Madame, Anne-Marie B., 30 ans, sans antécédent, mère de 2 enfants, est sous Stédiril®. Au 1^{er} jour de son cycle elle

vous téléphone à 10 heures du matin car elle a oublié de prendre sa pilule la veille. Que lui conseillez-vous?

A - De prendre maintenant le comprimé oublié et le soir le comprimé prévu B - D'attendre le soir pour prendre le comprimé prévu et de jeter celui qui a été oublié

C - De prendre 2 comprimés le soir (celui qui a été oublié + celui prévu) D - D'arrêter la plaquette là où elle en est, d'attendre l'hémorragie de privation et de recommencer une plaquette neuve

E - De ne pas avoir de rapport sexuel pendant le reste du cycle

[392]

A

L'oubli de pilule diminue l'efficacité de ce mode de contraception et impose la prudence.

MENOPAUSE

[46]

Parmi les complications que peut entraîner la carence oestrogénique de la ménopause, laquelle(lesquelle) retenez-vous:

- A - Atrophie vaginale**
- B - Hyperplasie de l'endomètre**
- C - Involution mammaire**
- D - Hypersécrétion de la glaire cervicale**
- E - Dysplasie du col utérin**

[46]

A C

Les oestrogènes sont des hormones de prolifération de la muqueuse endométriale et des canaux galactophores ; ils assurent la trophicité du tractus génital et stimulent les sécrétions glandulaires de l'endocol. La dysplasie cervicale diminue après la ménopause.

[61]

Sur le plan hormonal, la ménopause se caractérise par:

- A - Un taux de FSH normal et d'estradiol bas**
- B - Un taux de FSH abaissé et d'estradiol élevé**
- C - Un taux de FSH élevé et d'estradiol bas**
- D - Un taux de FSH normal et d'estradiol normal**
- E - Un taux de FSH augmenté et d'estradiol normal**

[61]

C

La ménopause est caractérisée par l'épuisement folliculaire donc une sécrétion oestrogénique effondrée malgré l'élévation de la FSH (un peu moins que la LH)

[66]

Devant des métrorragies en période péri-ménopausique. indiquez, parmi es suivants, le(s) diagnostic(s) envisageable(s)

- A - Un cancer de l'endomètre**
- B - Des métrorragies fonctionnelles**
- C - Une tumeur de l'ovaire**

D - Une grossesse compliquée

E - Une hyperplasie de l'endomètre

[66]

A B C D E

La période périménopausique est marquée par une irrégularité des cycles et un climat d'hyperoestrogénie relative.

Toutes les causes de métrorragies sont envisageables, en particulier ne pas occulter la possibilité d'une grossesse.

[74]

La constatation d'une imprégnation oestrogénique chez une femme ménopausée depuis 10 ans est anormale. Parmi les causes suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) qui peut(peuvent) être à l'origine de cette anomalie

A - Existence d'une tumeur sécrétante de l'ovaire

B - Sécrétion résiduelle d'oestrogènes par l'ovaire ménopausique

C - Apport exogène d'oestrogènes, à titre thérapeutique

D - Aromatisation des androgènes dans le tissu graisseux

E - Cancer de l'endomètre

[74]

A C D

L'ovaire connaît une sécrétion résiduelle d'oestrogène après les derniers cycles pendant plusieurs mois mais jamais à 10 ans de la ménopause.

Le cancer de l'endomètre n'est jamais sécrétant contrairement à certaines tumeurs ovariennes.

Plusieurs spécialités médicales ou cosmétiques contiennent des oestrogènes (parfois à l'insu de la patiente). Enfin le tissu graisseux peut transformer les androgènes en oestrogènes par aromatisation de façon importante chez la femme obèse.

[134]

Parmi les actions pharmacologiques des oestrogènes de synthèse administrés en traitement continu, per os, on relève

1 - Une diminution de la tolérance au glucose

2 - Une augmentation de la synthèse des lipoprotéines de basse densité

3 - Une augmentation du taux de triglycérides

4 - Une diminution du taux d'antithrombine

**Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=C
4=D 1,2,3,4E**

[134]
E

Les oestrogènes de synthèse augmentent les triglycérides et les VLDL et augmentent le rapport HDL/LDL. Ils diminuent l'antithrombine et altèrent la tolérance au glucose.

[138]

Parmi les affections suivantes, une seule n'est pas une contre-indication formelle des oestro-progestatifs Laquelle?

- A - Tumeurs malignes du sein et de l'utérus**
- B - Accidents thrombo-emboliques**
- C - Fibrome utérin**
- D - Hépatite cholestatique**
- E - Adénome hypophysaire**

[138]
C

Le fibrome utérin, bien que classiquement contre-indiquant l'utilisation des oestroprogestatifs en raison du risque d'augmentation de volume et de nécrose aseptique, est en règle stable si l'oestroprogestatif utilisé est normodosé ou a un "climat progestatif", l'hyperoestrogénie relative étant à éviter.

[143]

Les oestroprogestatifs sont contre-indiqués en cas de

- A - Diabète non insulino-dépendant**
- B - Goitre**
- C - Hyperthyroïdie**
- D - Hypercholestérolémie**
- E - Hypertriglycéridémie**

[143]
A D E

Les oestrogènes diminuent la tolérance au glucose et sont donc contre-indiqués dans le diabète non insulino-dépendant. L'augmentation des triglycérides et du cholestérol par les oestrogènes majorent le risque thrombo-embolique des hyperlipémies.

[162]

Une patiente de 45 ans, en aménorrhée depuis 9 mois, avec bouffées vasomotrices, s'inquiète de savoir si elle est ménopausée. Quel examen paraclinique peut aider à ce diagnostic?

- A - Dosage d'oestradiol plasmatique**

- B - Dosage de FSH plasmatique**
- C - Dosage de LH plasmatique**
- D - Biopsie d'endomètre**
- E - Echotomographie pelvienne**

[162]
B

L'élévation de la FSH à cet âge est caractéristique de la ménopause. L'élévation de la LH est plus variable, modulée par le taux de stéroïdes circulants.

L'oestradiol plasmatique continue à être sécrété par l'ovaire et la biopsie d'endomètre peut être normale, montrer une atrophie ou au contraire une hyperplasie.

[169]

Le profil hormonal un an après castration chez une femme obèse sans traitement substitutif comporte

- A - Taux élevé de F.S.H.**
- B - Taux normal de L.H.**
- C - Absence totale d'oestradiol**
- D - Absence totale de progestérogène**
- E - Taux normal de prolactine**

[169]
A D E

La FSH est constamment élevée, même longtemps après la ménopause.

La LH l'est de façon inconstante en fonction des taux hormonaux circulants.

L'oestradiol est encore sécrété par l'ovaire puis par la conjugaison périphérique de l'androsténédione surrénalienne.

La progestérogène n'est plus sécrétée en l'absence de corps jaune.

[174]

Devant des métrorragies en période post-ménopausique, indiquez, parmi les suivants, le(s) diagnostic(s) envisageable(s)

- A - Une atrophie endométriale**
- B - Des métrorragies fonctionnelles**
- C - Une tumeur de l'ovaire**
- D - Une adénomyose**
- E - Une hyperplasie de l'endomètre**

[174]
A B C D E

L'atrophie utérine par carence oestrogénique est un diagnostic classique mais l'hyperoestrogénie relative chez les obèses ou en période post-ménopausique immédiate peut être responsable d'hyperplasie endométriale, cause de métrorragies.

Une tumeur sécrétante de l'ovaire (oestrogène) est une cause plus rare à rechercher après avoir éliminé par l'hystérocopie-curetage, des étiologies plus courantes. L'adénomyose peut être encore responsable de métrorragies dans les situations d'hyperoestrogénie relative.

Les métrorragies dites fonctionnelles représentent un diagnostic d'élimination.

[177]

Indiquez le(les) symptôme(s) clinique(s) pouvant accompagner la phase de préménopause:

- A - Mastodynie**
- B - Troubles du rythme menstruel**
- C - Syndrome prémenstruel**
- D - Atrophie vulvaire**
- E - Ménorragies**

[177]

A B C E

La préménopause est caractérisée par un climat d'hyperoestrogénie relative (chute plus importante de la progestérone due à l'augmentation des cycles anovulatoires). L'atrophie vulvaire est plus tardive après un déficit oestrogénique prolongé

[272]

Parmi les diagnostics suivants, quel(s) est (sont) celui (ceux) pouvant se rapporter à une métrorragie post-ménopausique?

- A - Hyperplasie adénomateuse atypique**
- B - Thécome ovarien**
- C - Atrophie endométriale**
- D - Adénocarcinome tubaire**
- E - Prise d'DVESTIN (Estriol) pour sécheresse vaginale**

[272]

A B C D E

Les métrorragies post-ménopausiques doivent faire rechercher une hyperoestrogénie iatrogène (E) ou tumorale (B) responsables d'hyperplasie endométriale (A). Le diagnostic d'atrophie est un diagnostic d'élimination après avoir recherché une tumeur utérine ou annexielle (D).

[291]

Le traitement non hormonal de la ménopause est capable d'améliorer:

- A - Prurit vulvaire**
- B - Sécheresse vaginale**
- C - Bouffées de chaleur**
- D - Crises sudorales**
- E - Douleurs ostéo-articulaires**

[291]

C D

Le traitement non hormonal de la ménopause classique (exemple : Agréal®) n'agit que sur les bouffées de chaleur et les crises sudorales qui les accompagnent mais d'autres traitements peuvent agir sur les douleurs ostéo-articulaires (anti-inflammatoires)

B pour TIBOLONE LIVIAL

[318]

Dans la ménopause confirmée:

- A - Le taux de FSH est plus élevé que le taux de LH**
- B - Il persiste une faible sécrétion de progestérone par transformation périphérique des androgènes**
- C - L'administration de progestatifs provoque une hémorragie de privation**
- D - Il existe un taux important d'estriol**
- E - Il existe une hyperprolactinémie d'entraînement**

[318]

A

Le taux d'estriol circulant est supérieur au taux d'oestradiol lié à la conversion périphérique des androgènes surrénaliens. La progestérone disparaît. En l'absence d'hyperoestrogénie iatrogène ou tumorale, l'administration de progestatifs n'entraîne pas d'hémorragie de privation.

[335]

Parmi les signes suivants et les examens complémentaires suivants, sur lesquels peut-on se baser pour adapter la posologie d'un traitement hormonal substitutif post-ménopausique?

- A - Bouffées de chaleur**
- B - Tension des seins**
- C - Sécheresse vaginale**
- D - La concentration minérale osseuse**
- E - Glycémie et triglycérides**

[335]

A B C D

L'hypoestrogénie relative se manifeste par la reprise ou la persistance des bouffées de chaleur, l'atrophie cutanéomuqueuse, l'absence d'hémorragie de privation. L'hyperoestrogénie se traduit par un gonflement mammaire douloureux et des ménorragies. La concentration minérale osseuse évaluée à 2 examens successifs à un an d'intervalle permet d'apprécier l'efficacité de la supplémentation oestrogénique sur la prévention de l'ostéoporose. L'évolution de la glycémie et des triglycérides est indépendante du taux d'oestrogènes plasmatiques.

[342]

Parmi les signes cliniques suivants, indiquez celui (ceux) qui est (sont) une (des) conséquence(s) possible(s) de la ménopause

- A - Hypotension artérielle**
- B - Ostéoporose**
- C - Augmentation du risque cardiovasculaire par athérosclérose**
- D - Epaissement de la peau**
- E - Sécheresse vaginale**

[342]

B C D E

En dehors des conséquences classiques telles que sècheresse vaginale par atrophie de la muqueuse, épaissement de la peau par hyperandrogénie relative, ostéoporose par augmentation relative de l'ostéoclasie, il est actuellement bien démontré que les oestrogènes naturels protègent du risque d'athérosclérose.

[375]

Dans la ménopause confirmée:

- A - FSH est plus élevée que LH**
- B - Une faible sécrétion de progestérone persiste par transformation des androgènes**
- C - L'administration de progestatifs ne provoque pas d'hémorragie de privation**
- D - Il existe une sécrétion importante d'oestriol**
- E - Il existe une hyperprolactinémie d'entraînement**

[375]

A C

L'absence d'ovulation entraîne l'absence de sécrétion de progestérone. Il persiste de faibles taux d'oestrogènes insuffisants pour que l'administration de progestatifs ne provoque une hémorragie de privation.

[59]

Des leucorrhées prurigineuses, d'aspect blanchâtre et grumeleux, d'apparition récente, évoquent d'emblée une des pathologies suivantes. Laquelle?

- A - Infection à trichomonas vaginalis
- B - Infection à gonocoque
- C - Infection mycosique à Candida
- D - Infection herpétique par virus de type II
- E - Oxyurose

[59]

C

La description est typique d'une candidose vaginale. Le trichomonas donne une leucorrhée verdâtre spumeuse très liquide et le gonocoque une leucorrhée brunâtre épaisse. Les lésions herpétiques (col et vulve) sont érosives (précédées de vésicules en bouquet) et souvent douloureuses. L'oxyurose est une pathologie digestive.

[72]

Une biopsie endométriale faite dans un cas d'endométrite suppurée montre un grand nombre de

- A - Plasmocytes
- B - Polynucléaires à noyaux pycnotiques
- C - Cellules glandulaires altérées
- D - Histiocytes épithélioïdes
- E - Mastocytes

[72]

B C

Il s'agit d'une réaction à médiation cellulaire non spécifique. On ne retrouve donc ni des plasmocytes (médiation humorale) ni des mastocytes (anaphylaxie spécifique) mais des polynucléaires et des cellules glandulaires altérées

[87]

Les leucorrhées en relation avec une vaginite à trichomonas sont

- A - Favorisées par un pH acide
- B - Abondantes
- C - Épaisses
- D - Spumeuses
- E - Accompagnées volontiers de lésions périnéales correspondant à une propagation du microbe lui-même

[87]

B D

Les leucorrhées du trichomonas sont classiquement abondantes, liquides, verdâtres, spumeuses, nauséabondes, et ne s'accompagnent pas de lésions périnéales (contrairement aux candidoses et à l'herpès). Elles sont favorisées par un milieu alcalin (contrairement aux candidoses).

[118]

Les leucorrhées en relation avec une vaginite à gonocoque sont caractérisées par:

- A - L'association rare à des signes urinaires
- B - Leur aspect spumeux
- C - La fragilité du microbe lorsqu'on ne dispose pas d'un milieu de transport approprié
- D - Le risque accentué de stérilité par propagation ascendante canaliculaire
- E - L'efficacité habituelle du métronidazole (Flagyl®)

[118]

C D

Les leucorrhées gonococciques sont graves par le risque de stérilité par propagation ascendante du germe (contrairement au chlamydia qui diffuse par les plexus vasculaires et atteint la muqueuse tubaire tardivement). Le germe est très fragile et difficile à mettre en évidence. On le retrouve fréquemment au niveau urétéral (prélèvement systématique). L'aspect spumeux et la sensibilité au Flagyl® sont le fait du trichomonas.

[122]

Toutes les propositions suivantes concernant les facteurs de risques d'une infection génitale haute sont exactes, sauf une. Laquelle?

- A - Maximum de fréquence avant 30 ans
- B - Risque accru par la prise d'un microprogestatif
- C - Risque accru chez la nullipare
- D - Le D.I.U. est un facteur de risque
- E - Protection partielle par l'utilisation de contraceptifs locaux

B

L'infection génitale haute est dans la majorité des études considérée comme favorisée par la présence d'un D.I.U., à l'inverse de la contraception orale (diminution de la perméabilité de la glaire cervicale) et surtout mécanique (préservatifs, spermicides également antiseptiques) diminuent le risque relatif. La nullipare (à priori nombre de partenaires plus élevé) est plus exposée.

[141]

Une salpingite aiguë peut avoir pour séquelle(s)

- A - Une stérilité tubaire
- B - Une grossesse extra-utérine
- C - Une infection urinaire chronique

- D - Une dyspareunie
- E - Des douleurs abdominales

[141]

A B D E

L'altération de la muqueuse tubaire est responsable de grossesse extra-utérine et de stérilité. Les adhérences externes pelviennes sont souvent causes de douleurs abdominales et de dyspareunie séquellaire.

[154]

Les leucorrhées physiologiques en relation avec une desquamation vaginale sont caractérisées par

- A - Leur survenue en période post-menstruelle immédiate
- B - Leur aspect lactescent
- C - Leur abondance modérée
- D - L'association fréquente à un prurit vulvaire
- E - L'inutilité habituelle de toute thérapeutique

[154]

B C E

Les leucorrhées n'entraînent jamais de troubles fonctionnels.

[176]

Les vaginites à trichomonas peuvent être traitées efficacement par:

- A - L'Amphotéricine B (Fungizone®)
 - B - LEconazole (Gynopévaryl 150®)
 - C - Le Nimorazole (Naxogyn 1000®)
 - D - Le Métronidazole (Flagyl®)
 - E - La Nystatine (Mycostatine®) [176]
- C D

Le trichomonas est un parasite sensible aux nitro-imidazolés (antiprotozoaires à large spectre) (Naxogyn®-Flagyl®) et non aux dérivés non nitrés de l'imidazole : éconazole, miconazole qui sont fungicides ainsi que l'amphotéricine B et la nystatine.

[192]

Parmi les états suivants le(s)quel(s) peu(ven)t favoriser une candidose vaginale?

- A - Contraception orale
- B - Traitement par bêta-bloquants
- C - Antibiothérapie générale
- D - Diabète
- E - Grossesse

[192]

A C D E

L'hyperoestrogénie locale augmente l'acidité du milieu qui

favorise la candidose vaginale, de même pour la sélection de la flore vaginale saprophyte par une antibiothérapie à large spectre ainsi que pour les maladies générales immunodéficientes.

[264]

Une mycose vaginale:

- A - Est toujours d'origine vénérienne
- B - S'accompagne fréquemment d'un foyer candidosique digestif
- C - Doit faire rechercher un diabète
- D - Peut provoquer un prurit important
- E - Peut s'accompagner de dysurie

[264]

B C D

La mycose vaginale est une infection opportuniste (élimine A). Elle peut s'accompagner de brûlures vulvaires lors des mictions mais non de dysurie (élimine E) qui doit faire rechercher une cystite associée.

[267]

Quel(s) examen(s) est(sont) utile(s) en cas d'infection utéro-annexielle aiguë A - NFS - VS

- B - Hystérosalpingographie
- C - Coelioscopie
- D - Prélèvements bactériologiques cervico-vaginaux
- E - Hystérocopie

[267]

A C D

Les manoeuvres endo-utérines susceptibles de disséminer l'infection (B-E) sont contre-indiquées en période aiguë. La coelioscopie permet un geste diagnostique, bactériologique (prélèvements directs) et thérapeutique (lavage, évacuation d'un hydrosalpinx, libération d'adhérences) qui justifient son coût et son caractère invasif.

[287]

Quel(s) germe(s) est (sont) responsable(s) de leucorrhées malodorantes? A - Gardnerella Vaginalis

- B - Trichomonas
- C - Tréponèmes
- D - Candida albicans
- E - Strepto B

[287]

A B

Le tréponème ne donne pas de leucorrhée. Les levures et les strepto B donnent des leucorrhées peu odorantes.

[294]

Une patiente de 37 ans vous consulte pour ménorragies douloureuses habituelles. Quel(s) diagnostic(s) recherchez-vous?

- A - Fibrome sous séreux pédiculé
- B - Adénomyose
- C - Atrophie endométriale
- D - Endométrite
- E - Myome intra-cavitaire

[294]

B D E

- Le fibrome sous séreux n'est pas responsable de ménorragies contrairement au fibrome sous muqueux.
- L'atrophie est responsable de métorragies post-ménopausiques.
- L'adénomyose donne typiquement des ménorragies douloureuses.
- L'endométrite doit être systématiquement recherchée bien qu'étant plus souvent responsable de méno-métorragies douloureuses récentes.

[313]

Chez la femme, les trichomonases génitales cliniques se caractérisent par

- A - Vulvovaginite aiguë
- B - Leucorrhées spumeuses aérées, continues
- C - Prurit vulvaire tardif résistant le plus souvent au traitement
- D - Un examen au spéculum montrant une muqueuse vaginale inflammatoire avec piquetés hémorragiques
- E - Une diminution des troubles pendant la grossesse et à la ménopause

[313]

B D

C - Le prurit vulvaire est retrouvé lorsqu'il existe une mycose associée.
A - Il s'agit le plus souvent d'une forme sub-aiguë. La forme aiguë est < 10 % et est plus caractéristique de l'infection gonococcique.

[345]

Devant un tableau clinique évocateur, parmi les examens suivants quel est celui ou ceux permettant de faire le diagnostic d'infection utéro annexielle?

- A - Echographie pelvienne
- B - Hystérogaphie
- C - Prélèvement bactériologique d'endocol
- D - Coelioscopie
- E - Frottis endométrial

[345]

A C D

L'hystérogaphie est contre-indiquée (risque de dissémination). L'échographie pelvienne n'est ni sensible ni spécifique (parfois image de pyosalpinx ou d'épanchement pelvien) mais est couramment demandée. Le frottis retrouve des signes indirects d'infection (nombreux polynucléaires) mais doit être évité dans ce contexte (fausses atypies).

[382] !!!!!

Une jeune femme, porteuse d'un D.I.U. (Dispositif Intra Utérin), consulte en urgence en raison de douleurs pelviennes, de troubles du transit et de leucorrhées fétides. L'examen gynécologique, très douloureux, révèle des érosions diffuses sur le col utérin, le vagin, la vulve. Quel diagnostic semble le plus probable?

- A - Endométrite à colibacilles
- B - Vulvo-vaginite herpétique de primo-infection
- C - Salpingite à chlamydiae
- D - Pelvi-péritonite gonococcique
- E - Vaginite et endométrite à Gardnerella

[393]

Madame M. 66 ans a une leucorrhée à germes banals avec une vaginite assez importante. Vous l'avez traitée avec des antibiotiques locaux et généraux pendant 10 jours. Elle revient un mois après avec un tableau clinique identique. Pourquoi?

- A - L'antibiotique était inadapté, il faut faire un nouveau prélèvement avec antibiogramme
- B - Il faut faire un traitement antibiotique par voie orale
- C - Il fallait traiter le partenaire
- D - Il faut associer des oestrogènes pour améliorer la trophicité vaginale
- E - Il faut faire un traitement antibiotique par voie parentérale

[393]

D

L'atrophie vaginale par carence oestrogénique est un facteur favorisant des vaginites non spécifiques de la ménopause

[6]

cc

Une jeune femme de 19 ans consulte pour des douleurs pelviennes apparues depuis 24 heures s'accompagnant de nausées et de fièvre à 38°. Il n'y a pas de trouble du transit. Il n'y a aucun antécédent pathologique notable et depuis quatre ans, cette patiente prend une pilule

oestro-progestative combinée normodosée sans surveillance médicale. A l'examen physique : absence d'ictère, météorisme abdominal discret, palpation de la région hypogastrique normale mais hypochondre droit sensible avec discrète défense à ce niveau, Il n'y a aucun trouble du transit intestinal.

L'examen pleuro-pulmonaire est normal. L'examen au spéculum montre l'existence de leucorrhées jaunâtres mêlées de sang et après prélèvements bactériologiques et nettoyage local, le col apparaît légèrement inflammatoire sans autre anomalie.

Les touchers pelviens sont douloureux : cul de sac latéral droit empâté, très sensible et douleur à la mobilisation de l'utérus ainsi qu'au niveau du cul de sac postérieur. Le cul de sac gauche paraît souple et peu sensible. Le reste de l'examen clinique est normal ; en particulier, la rate n'est pas perçue, les fosses lombaires sont souples et indolores et il n'y a aucun signe d'accompagnement.

Parmi les examens complémentaires qui ont été demandés en urgence, on note les résultats

suyvants : NFS, 11 000 GB dont 78 % de polynucléaires-neutrophiles.

Transaminases SGOT: 25 UI (N 40), 200 UI (N 300)

ECBU : 25.000 leucocytes altérés par ml et 1000 colibacilles.

Parmi les diagnostics suivants, ce tableau clinique et paraclinique est compatible avec:

- A - Appendicite aiguë
- B - Pneumopathie de la base droite
- C - Pyélonéphrite aiguë
- D - Pancréatite aiguë
- E - Salpingite aiguë

[7]

Parmi les éléments cliniques, quel(s) est(sont) celui(ceux) qui vous oriente(nt) vers le diagnostic de salpingite?

- A - Leucorrhées jaunâtres
- B - Douleur à la mobilisation utérine
- C - Fièvre à 38°
- D - Cul de sac vaginal gauche souple et peu sensible
- E - Etat nauséux

[8]

Parmi les examens complémentaires suivants, lequel vous paraît le plus adapté pour confirmer le diagnostic de salpingite?

- A - Coelioscopie
- B - Hystérogaphie
- C - Biopsie de l'endomètre
- D - Hémoculture
- E - Radiographie de l'abdomen sans préparation

[9]

Parmi les résultats suivants des prélèvements bactériologiques, quels sont les agents pathogènes qui sont susceptibles d'être à l'origine de la salpingite?

- A - Staphylocoques blancs
- B - Colibacilles
- C - Bacilles de Doderlein
- D - Candida albicans
- E - Gonocoques

[10]

Au vu de ces résultats, quel traitement préconisez vous parmi ceux qui sont proposés?

- A - Ampicilline 3 g par jour
- B - Gentalline® 160 mg par jour
- C - Flagyl® 15g par jour
- D - Mycostatine® ovule
- E - Ces quatre prescriptions sont valables en association

[6]

A E

Les signes orientent vers une pathologie infectieuse prédominant à droite avec des signes de pelvipéritonite compatible avec une appendicite ou une salpingite.

[7]

A B c E

Seule l'unilatéralité des renseignements fournis par le toucher

vaginal ne correspondent pas à la description classique de salpingite.

[8]

A

La coelioscopie est préconisée d'emblée chez la femme jeune soucieuse de sa fertilité ultérieure afin de

- confirmer le diagnostic
- faire des prélèvements bactériologiques au siège de l'infection,
- décrire les lésions et apprécier le pronostic,
- éventuellement libérer quelques adhérences.

N.B.: L'hystérogographie et la biopsie d'endomètre sont contre-indiquées en terrain infectieux.

[9]

B E

Les candida albicans, bacilles de Doderlein et staphylocoques blancs ne sont jamais responsables d'infection génitale haute en l'absence de déficit immunitaire sévère. Le gonocoque est le germe le plus fréquemment retrouvé (avec les chlamydia).

[10]

E

Afin de préserver au maximum le pronostic de fertilité, il faut être actif au départ sur l'ensemble de la flore bactérienne susceptible d'être responsable de l'infection, par une antibiothérapie bactéricide à large spectre secondairement adaptée au résultat des prélèvements. Il est bon de prévenir une candidose vaginale secondaire à cette antibiothérapie par antimycotique local.

[64]

cc

Madame S. 23 ans, consulte le 14 février 1986 son médecin traitant pour une douleur

hypogastrique intense apparue assez brusquement le matin même ; la température est à 39°C

depuis l'apparition de la douleur qui est continue. L'interrogatoire ne met en évidence aucun

antécédent notable en dehors de suites de couches fébriles après un premier accouchement

le 25 Janvier 1986. Il existe une défense sus-pubienne, le toucher vaginal est très douloureux

et objective un empâtement diffus et hyperalgique des deux culs de sac latéraux du vagin.

Quel diagnostic évoquez-vous en premier?

- A - Nécrobiose aseptique**
- B - Appendicite**
- C - Torsion de kyste de l'ovaire**
- D - Pyélonéphrite bilatérale**
- E - Infection génito-pelvienne**

[65]

Parmi les examens complémentaires, suivants citer celui(ceux) qui est(sont) utilisé(s) pour confirmer votre hypothèse diagnostique

- A - Coelioscopie**
- B - Biopsie d'endomètre**
- C - Hystérosalpingographie**
- D - Hémogramme**
- E - Urographie intra-veineuse**

[66]

Le diagnostic est établi : que prescrit-on généralement?

- A - Une antibiothérapie double ou triple**
- B - Un anti-inflammatoire**
- C - Un progestatif de synthèse en continu**
- D - Une laparotomie immédiate**
- E - Un désinfectant urinaire**

[67]

Pour affirmer la guérison, que vérifier?

- A - La disparition des germes sur les prélèvements**
- B - La disparition de la leucocytose**
- C - La normalisation de l'hystérosalpingographie**
- D - La disparition de la douleur pelvienne**
- E - La normalisation de l'échographie rénale bilatérale**

[68]

Quelle(s) séquelle(s) est (sont) retrouvée(s) électivement dans les suites de cette affection lorsqu'elle est non ou mal traitée?

- A - Urétéro-hydronéphrose**
- B - Insuffisance lutéale**
- C - Algie pelvienne**
- D - Hémorragie génitale**
- E - Stérilité**

[64]

E

Il s'agit d'une infection pelvi-génitale bilatérale. La nécrobiose aseptique et la torsion de kyste sont asymétriques au départ.

[65]

A D

La coelioscopie est un examen à faire de 1ère intention chez une femme jeune désireuse de grossesse afin de faire un prélèvement bactériologique dans de bonnes conditions

- de confirmer le diagnostic et d'apprécier l'étendue des lésions (pronostic)
- de lever des adhérences éventuelles.

L'hémogramme fait partie du bilan pour apprécier l'hyperleucocytose.

Biopsie d'endomètre et hystérographie sont contre-indiquées dans un tableau infectieux et non utiles dans ce cas.

[66]

A B

Une antibiothérapie à large spectre est entreprise (les associations bactériennes sont fréquentes) comprenant entre autre un anti-anaérobie et anti-chlamydia, associés dans de nombreuses équipes à un traitement anti-inflammatoire dès l'apyrexie obtenue. La laparotomie ne se discute qu'en cas d'abcès.

[67]

B D

La surveillance de l'efficacité du traitement repose sur la disparition des signes cliniques (douleurs), la disparition de l'hyperleucocytose et la normalisation de la V.S. Une coelioscopie est pratiquée dans certaines équipes après un laps de temps variable. Les prélèvements endométriaux ne sont pas pratiqués.

[68]

C E

Le risque majeur de la salpingite est la stérilité par obturation tubaire. Les algies pelviennes séquellaires sont fréquentes (adhérences), la survenue d'une hémorragie génitale doit faire rechercher une récurrence ou une autre pathologie.

TUMEURS

DU SEIN

[31]

Une femme de 20 ans présente un nodule mammaire de 2 cm de diamètre d'apparence clinique bénigne. Quelle est la première hypothèse à laquelle vous pensez?

- A - Cancer
- B - Kyste
- C - Fibro-adénome
- D - Lipome
- E - Tuberculose

[31]

C

La tumeur mammaire la plus fréquente à cet âge est le fibroadénome.

[124]

Quel est l'examen le plus sensible pour le dépistage des cancers du sein ?

- A - La thermographie
- B - La mammographie
- C - Lautopalpation
- D - L'échographie
- E - Le dosage sérique de l'ACE.

[124]

B

La mammographie permet de dépister des tumeurs infracliniques (groupement de microcalcifications par exemple), la thermographie et l'échographie sont moins sensibles pour les tumeurs inférieures ou égales à 1 cm. L'ACE est utilisé dans la surveillance des tumeurs traitées et non dans le dépistage.

[149]

Une femme de 20 ans présente un nodule mammaire de 2 cm, de diamètre d'apparence clinique bénigne.

Quel est le diagnostic le plus probable?

- A - Cancer
- B - Kyste
- C - Fibro-adénome
- D - Lipome
- E - Tuberculose

[149]

C

Ladénofibrome est la tumeur solide bénigne la plus fréquente de la femme jeune.

[158]

Les cancers du sein qui comportent à la fois des récepteurs d'oestradiol et des récepteurs de progestérone sont hormonosensibles dans un certain pourcentage de cas. Lequel?

- A - 10 %
- B - 20 %
- C - 30 %
- D - 80 %
- E - 100 %

[158]

D

L'étude de Mc Guire regroupant 5 publications rapporte 80 % de réponse aux antioestrogènes dans les formes porteuses de récepteurs. Les autres auteurs estiment que 60 % environ de ces tumeurs répondent à l'hormonothérapie.

[180]

Parmi les examens suivants, lequel est le plus sensible pour le dépistage des cancers du sein après cinquante ans?

- A - La thermographie
- B - La mammographie
- C - Lautopalpation
- D - L'échographie
- E - Le dosage sérique de l'ACE.

[180]

B

La mammographie est particulièrement performante dans les seins peu denses, en involution lipomateuse des femmes ménopausées et permet de dépister des tumeurs infracliniques.

[191]

Le risque de cancer du sein est augmenté en cas de:

- A - Antécédents familiaux de cancer du sein
- B - Multiparité
- C - Nulliparité
- D - Adénofibrome
- E - Hypertrophie mammaire

[191]

A C D

Risque 2 fois plus élevé.

C - Risque augmenté de même chez les femmes ayant eu leur premier enfant tardivement (après 35 ans).

D - Le fibroadénome isolé chez la femme jeune ne semble pas

constituer un facteur de risque, par contre chez la femme de plus de 40 ans où il rentre souvent dans le cadre de la maladie fibrokystique, il augmente le risque.

[205]

Madame D, vous consultez pour une tumeur du sein. Quel(s) est (sont) le(s) élément(s) qui vous fait (font) penser qu'elle est à haut risque de cancer du sein?

- A - Elle a été opérée d'une mastopathie bénigne
- B - Elle a eu 4 enfants
- C - Elle prend la pilule
- D - Sa mère a eu un cancer du sein
- E - Elle a eu ses premières règles tard - 16 ans

[205]

A D

Les mastopathies bénignes multiplient par deux le risque de cancer du sein, en particulier la maladie fibrokystique avec hyperplasie proliférante et atypies cellulaires.

De même un cancer du sein chez un ascendant ou collatéral multiplie par 2 ce risque.

Le risque est augmenté chez les femmes nulli ou paucipares ou au 1er enfant tardif, dont les 1ères règles sont précoces (< 13 ans) et la ménopause tardive (> 50 ans).

La majorité des enquêtes ne mettent pas en évidence de relation significative avec la prise de contraceptif oral.

[207]

Parmi les propositions suivantes, concernant le cancer du sein, laquelle (lesquelles) est(sont) vraie(s) ?

- A - L'épithélioma du sein représente le cancer le plus fréquent chez la femme
- B - Le risque de cancer du sein est augmenté chez la patiente dont la soeur a présenté un carcinome mammaire
- C - L'augmentation de l'antigène carcino-embryonnaire est toujours en rapport avec une métastase hépatique
- D - Un écoulement sanglant témoigne toujours d'un carcinome intragalactophorique
- E - Une poussée évolutive d'un cancer du sein contre-indique la mastectomie immédiate

[207]

A B E

Un écoulement sanglant doit toujours faire rechercher un carcinome intra-galactophorique parfois responsable.

LACE est augmenté dans environ 20% des cas non métastatiques.

Le taux annuel de mortalité par cancer du sein est de 28/1 00 000 soit le 1er rang avant les cancers digestifs.

[211]

Une femme présente un nodule mammaire isolé du quadrant supéro-externe.

Une mammographie est pratiquée. Un autre examen para-clinique est indispensable. Lequel?

- A - Echographie
- B - Cytoponction
- C - Galactographie
- D - Thermographie
- E - Xérographie

[211]

B

C'est l'association : examen clinique, mammographie, cytologie mammaire, qui assure la plus grande spécificité et sensibilité dans le dépistage du cancer du sein.

[249]

La maladie de Paget du sein

- A - Se transmet par l'allaitement
- B - Est une atteinte du mamelon souvent associée à un cancer méconnu sous-jacent
- C - Est un comédo-carcinome
- D - Est plus fréquente chez les asiatiques
- E - Apparaît avant 40 ans

[249]

B

La maladie de Paget du sein est une lésion d'allure eczémateuse du mamelon plus fréquente après 40 ans et très souvent associée à un cancer sous-jacent à composante canalaire. Le comédo-carcinome est un cancer invasif à composante canalaire, de bon pronostic, caractérisé par de nombreuses microcalcifications à la mammographie.

[304]

Concernant le fibroadénome du sein

- A - Il s'agit d'une tumeur plus fréquente avant 35 ans
- B - A la mammographie l'opacité est homogène entourée d'un halo clair
- C - La ponction est nécessaire
- D - La conduite à tenir consiste à répéter la mammographie 3 mois plus tard
- E - Il s'agit d'une tumeur qui dégénère souvent

[304]

A B C

L'adénofibrome dégénère exceptionnellement (on retrouve dans 4 % des pièces de tumorectomie pour fibrome un adénocarcinome associé). L'examen clinique régulier et la mammographie tous les ans sont préconisés en cas de traitement conservateur mais l'excision chirurgicale est la plus souvent pratiquée

[339]

L'une des propositions suivantes est considérée comme un facteur de risque pour le cancer du sein. Laquelle?

- A - Multiparité
- B - Bas niveau socio-économique
- C - Premières règles tardives
- D - Première grossesse après 30 ans
- E - Ménopause précoce

[339]

D

Les facteurs de risque de cancer du sein sont

- antécédents familiaux
- premières règles précoces
- pathologie mammaire bénigne
- nulli ou pauciparité
- première grossesse tardive
- ménopause tardive.

[343]

Dans le cancer du sein, les métastases atteignent avant tout trois organes; lesquels?

- A - Les os
- B - Le foie
- C - Les ovaires
- D - Le thymus
- E - Les poumons

[343]

A B E

Le bilan du cancer du sein comprend donc un cliché des poumons, une échographie hépatique et une scintigraphie osseuse.

[354]

Parmi les antécédents suivants, lesquels doivent être considérés comme facteurs de risque du cancer du sein ?

- A - Cancer du sein chez sa mère
- B - Première règles précoces avant 10 ans
- C - Grossesse avant 20 ans
- D - Allaitement maternel des 2 enfants
- E - Hyperprolactinémie

[354]

A B

Cf. commentaire [339].

[355] !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Dans le cancer du sein, il est important, pour surveiller la patiente, de disposer de certains dosages; lesquels?

- A - Dosage du CA 15/3
- B - CA 125

C - Dosage de la prolactine

D - Dosage de la ferritine dans le lait

E - Dosage de la bêta HCG

[356]

Madame D vous consulte pour une tumeur du sein. Quels sont le ou les éléments qui vous font penser, qu'elle est à haut risque de cancer du sein ?

- A - Elle a 45 ans
- B - Elle a eu 4 enfants
- C - Elle prend la pilule
- D - Sa mère a eu un cancer du sein
- E - Elle a eu ses premières règles tard (après 16 ans)

[356]

A D

Le cancer du sein est d'autant plus fréquent que l'âge augmente. Le rôle de la pilule n'a pu être confirmé (nombreuses études contradictoires). La pilule doit être arrêtée dès que l'on suspecte une tumeur maligne.

[391]

Parmi ces cinq signes, lequel d'entre eux doit être considéré comme spécialement évocateur d'un cancer du sein ?

- A - Douleur
- B - Rétraction du mamelon
- C - Rougeur
- D - Ecoulement du mamelon
- E - Hypertrophie unilatérale du sein

[391]

B

L'écoulement unipore, surtout lorsqu'il est sanglant, doit faire pratiquer un examen cytologique et radiologique à la recherche d'un cancer mais la rétraction récente du mamelon doit également faire pratiquer un examen radiologique recherchant une tumeur.

PATHOLOGIE

S DU COL

[32]

Après hystérectomie élargie type Wertheim, précédée de curiethérapie intravaginale, une perte d'urine, d'apparition immédiatement post-opératoire, correspond vraisemblablement à

- A - Une fistule vésico-vaginale radique
- B - Une lésion chirurgicale du sphincter strié de l'urètre
- C - Une fistule urétéro-vaginale
- D - Une incontinence urinaire d'effort
- E - Une vessie neurologique centrale hyperactive

[32]

C

La curiethérapie intravaginale et la dévascularisation urétérale lors du Wertheim sont responsables de complications post-opératoires à type de fistule urétéro-vaginale par nécrose

[42]

Parmi les affirmations suivantes concernant les cancers du col, l'une est fautive

- A - Les cancers du col surviennent habituellement chez les femmes plus jeunes que celles qui ont un cancer de l'endomètre
- B - Ils sont très lymphophiles
- C - Ils sont hormono-dépendants
- D - Il s'agit d'épithélioma épidermoïde
- E - Ils se révèlent rarement par des métastases à distance

[42]

C

Le cancer du col est un cancer de l'épithélium de revêtement, le plus souvent épithélioma épidermoïde (plus rarement cylindrique) et n'est pas hormono-dépendant contrairement aux cancers du sein et à un moindre degré aux cancers de l'endomètre. Son extension est d'abord locorégionale, les chaînes ganglionnaires iliaques sont rapidement envahies. L'âge est de 45 ans contre 60 pour le cancer de l'endomètre.

[47]

Une femme ménopausée depuis 5 ans présente des métrorragies. L'examen au spéculum montre un col normal, le toucher vaginal retrouve un utérus polymyomateux et les ovaires ne sont pas perçus; à l'origine de ces métrorragies, on peut mettre en évidence:

- 1 - Cancer de l'endomètre
- 2 - Cancer de l'endocol
- 3 - Hyperplasie de l'endomètre
- 4 - Fibrome sous-séreux

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0
4=D 1,2,3,4^E

[47]

A

Les fibromes responsables de métrorragies sont les fibromes sous muqueux (qui érodent la muqueuse).

[127]

Madame X, 60 ans, présente des saignements post-ménopausiques, son col est apparemment sain; vous lui faites un frottis qui revient classe IV avec des cellules glandulaires. Laquelle des explorations suivantes s'impose chez cette patiente?

- A - Coloscopie et biopsie dirigée
- B - Conisation
- C - Léchographie
- D - Hystérogaphie
- E - Frottis itératif après désinfection vaginale

[127]

A

La présence de cellules anormales sur le frottis impose de préciser le type de lésion (dysplasie, cancer in situ, cancer infiltrant) par la coloscopie, qui permet de biopsier la lésion la plus suspecte, afin d'adapter secondairement la conduite thérapeutique aux résultats anatomopathologiques.

On ne pratique d'hystérogaphie que lorsque la coloscopie est normale. Le frottis, après désinfection, est indiqué dans une classe 3.

[139]

Quelle est la nature histologique de la tumeur primitive maligne la plus fréquemment observée au niveau du col utérin

- A - Epithélioma malpighien ou carcinome épidermoïde
- B - Epithélioma glandulaire ou adénocarcinome
- C - Leiomyosarcome

- D - Fibrosarcome
- E – Lymphome

[139]

A

Le col est revêtu d'un épithélium malpighien non kératinisé. Les carcinomes épidermoïdes sont les plus fréquents suivis par les adénocarcinomes développés à partir des glandes ou de réépithélium cylindrique de l'endocol.

[148]

L'examen cytologique d'un frottis cervico-vaginal:

- 1 - Permet le diagnostic de certaines maladies virales
 - 2 - Coûte moins de 200 francs
 - 3 - Permet le diagnostic de certaines infestations parasitaires
 - 4 - Permet d'affirmer le diagnostic de cancer sans recourir à la biopsie
- Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B
2,4=C 4=D 1,2,3,4E

[148]

A

Seul l'examen anatomopathologique permet le diagnostic du cancer. Le frottis permet de suspecter une infection virale sur la présence de koilocytes. On peut retrouver des trichomonas ou des levures.

[152]

Parmi les agents infectieux suivants, lequel peut vraisemblablement intervenir dans la genèse du cancer du col?

- A - Trichomonas
- B - Gonocoque
- C - Chlamydia
- D - Papillomavirus
- E - Mycoplasme

[152]

D

Les papilloma virus (virus des condylomes plans) et certains sous type d'herpès virus, ont été retrouvés dans le génome des cellules cervicales cancéreuses.

[167]

A propos d'un cancer du col de l'utérus T3 non vaginal, indiquez la(les) affirmation(s) exacte(s)

- A - Le T.R. retrouve un envahissement

paramétrial jusqu'à la paroi pelvienne

B - L'atteinte des paramètres est toujours bilatérale

C - Le traitement initial est une curiethérapie

D - Le traitement initial est la chirurgie

E - Le traitement initial est la radiothérapie externe

[167]

A E

Le stade T3 non vaginal est l'envahissement de un ou deux paramètres en totalité, ne laissant pas d'espace libre entre la tumeur et le mur pelvien. Le traitement en est la radiothérapie externe, seule ou associée à la curiethérapie.

[172]

Lors d'un examen cytologique par frottis du col utérin, la réponse "Classe V de Papanicolaou" indique:

- A - Un état inflammatoire
- B - La présence d'une tumeur maligne
- C - Une dysplasie sévère
- D - L'existence d'une hyperoestrogénie
- E - La probabilité d'une infection virale

[172]

B

La classe 5 montre la présence de cellules malignes sur le frottis et impose la recherche d'une tumeur maligne (qui peut être endocervicale ou exocervicale). Parfois le bilan bien conduit ne retrouve qu'une dysplasie cervicale sévère.

[218]

Un cancer du col au stade IB peut correspondre à toutes les caractéristiques suivantes sauf une Laquelle?

- A - Cancer épidermoïde du col utérin
- B - Adénocarcinome du col utérin
- C - Cancer micro-invasif
- D - Cancer limité au col
- E - Cancer avec extension lymphatique

[218]

C

La classification repose sur l'examen clinique et ainsi exclut l'envahissement lymphatique qui peut exister ou non. Le cancer micro-invasif est un cancer "préclinique" correspondant au stade IA. La nature anatomopathologique du cancer n'intervient pas dans la stadification

[222]

Le cancer in situ du col

- A - Ne succède jamais à une dysplasie
- B - N'a pas de signes cliniques
- C - Est souvent associé à une virose génitale
- D - Peut être traité par une conisation au laser
- E - Est le plus souvent traité par une intervention de Wertheim

[222]

B C D

Le cancer in situ du col succède souvent à une dysplasie dont il représente la forme la plus sévère. Il est en règle asymptomatique. On retrouve dans la majorité des cas des stigmates d'infection virale (Papillomavirus). Il peut être traité par conisation faite au large en zone saine. L'intervention de Wertheim est réservée aux cancers invasifs.

[241]

Vous avez fait faire à Madame R., 26 ans, 2ème pare sous oestrogénostatif, un frottis cervico-vaginal de dépistage. La cytologie répond classe III. Que conseillez-vous à la patiente?

- A - Refaire un frottis dès l'année prochaine
- B - Refaire un frottis après un traitement désinfectant le col
- C - Arrêter la pilule
- D - Proposer une conisation au laser
- E - Proposer un traitement radio-chirurgical

[241]

B

La classe III correspond à des lésions inflammatoires du col souvent de nature infectieuse qui ne permettent pas de conclure sur une éventuelle lésion. Il faut donc refaire rapidement le frottis après désinfection locale.

[225]

Quelle méthode choisira-t-on pour préciser la nature exacte d'une petite lésion polypeuse de l'orifice de l'exocol?

- A - Biopsie
- B - Examen extemporané
- C - Examen cytologique
- D - Biopsie exérèse
- E - Ponction biopsie

[225]

D

La résection ambulatoire par bistournage du polype ou exérèse à la pince est la méthode habituellement utilisée dans ce cadre avec examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse.

Un examen extemporané est indiqué en cas de lésion suspecte, prélevée lors d'une anesthésie générale.

Une biopsie simple est réalisée sur des lésions étendues, souvent planes, dont l'exérèse n'est pas possible simplement.

La ponction biopsie se fait sur des lésions situées en profondeur des tissus. Enfin l'examen cytologique concerne les liquides ponctionnés ou les frottis cellulaires.

[247]

La stadification du cancer du col en stade I ou II se fait lors

- A - De lurographie intraveineuse
- B - De la lymphographie
- C - Du scanner
- D - Du toucher vaginal sous anesthésie générale
- E - De la colposcopie

[247]

C D E

La stadification du cancer du col est clinique et se fait par l'appréciation lors d'un toucher vaginal au mieux sous anesthésie générale, d'une infiltration vaginale et/ou paramétriale. La colposcopie peut renseigner sur une invasion de la muqueuse vaginale mais est insuffisante à elle seule.

La sensibilité du scanner est encore inférieure à la sensibilité de l'examen clinique mais est souvent pratiquée dans le bilan d'invasion.

L'urographie et la lymphographie n'interviennent pas dans les stades I à II

[270]

Une tumeur cervico-utérine classée II b dans la classification FIGO correspond a:

- A - Une tumeur de plus de 2 cm, ne dépassant pas 5 cm de diamètre
- B - Une tumeur étendue aux autres organes pelviens, sans atteindre le péritoine
- C - Une tumeur infiltrant le col jusqu'à l'isthme
- D - Une tumeur dépassant le col et infiltrant le paramètre sans atteindre la paroi
- E - Une tumeur intéressant le tiers inférieur du vagin

[270]

D

Voir définition

[315]

Une femme de 52 ans, consultant pour métrorragies, présente une tumeur bourgeonnante et hémorragique du col de l'utérus. Parmi ces différents examens, quel est celui qui permet d'évaluer l'atteinte des paramètres?

- A - Toucher vaginal
- B - Toucher rectal
- C - Cystoscopie
- D - Hystérométrie
- E - Restoscopie

[315]

B

Les paramètres sont les lames tissulaires situées latéralement par rapport au conduit cervicovaginal et sont donc explorées par le toucher rectal (au mieux toucher bi-digital : vaginal + rectal).

[329]

Un frottis de dépistage sur un col utérin cliniquement normal est étiqueté classe III de la classification de Papanicolaou. Quelle attitude proposez-vous? A - Nouveau frottis un an plus tard

- B - Hystérectomie
- C - Conisation
- D - Colposcopie avec biopsie
- E - Electrocoagulation du col

[329]

D

Devant un frottis de classe III, on peut soit proposer un frottis après traitement local anti-inflammatoire, soit faire d'emblée une colposcopie avec biopsies dirigées pour préciser la nature des lésions.

[333]

Les frottis cervico-vaginaux pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

- A - Ne doivent être pratiqués que chez les femmes non ménopausées, et jusqu'à 5 ans après la ménopause
- B - Doivent être pratiqués jusqu'à 65 ans chez toute femme exposée au cancer du col
- C - Doivent être répétés dans les 6 mois si le

compte-rendu ne mentionne pas la présence de cellules endo-cervicales

D - Doivent toujours être réalisés au moyen d'un prélèvement effectué par examen au spéculum non lubrifié et avant le T.V.

E - Doivent être suivis d'une colposcopie en cas d'anomalie cytologique sans lésion cliniquement visible au spéculum

[333]

B C D E

Le risque de cancer du col augmente progressivement jusqu'à la cinquantaine puis se stabilise ensuite.

?? C 3 ou 6 ??

[330]

Auquel des états suivants correspond un frottis vaginal de classe IV (classification de Papanicolaou)?

- A - Une cervicite
- B - Un dysfonctionnement hormonal
- C - Une dysplasie mineure
- D - Un épithélioma
- E - Aucun de ces états

[330]

D

Sans commentaire.

[341]

Le cancer invasif du col utérin

- A - Est habituellement un adénocarcinome
- B - Guérit dans plus de 80 % des cas, lorsque l'atteinte est localisée au col
- C - Dissémine surtout par voie lymphatique
- D - Se manifeste le plus fréquemment par des saignements
- E - Le bilan d'extension doit comporter une cystoscopie

B C D

Le cancer invasif du col utérin est habituellement un carcinome épidermoïde (épithélium pavimenteux) plus rarement un adénocarcinome (épithélium cylindrique de l'endocol). Le riche réseau lymphatique péricervical constitue la première voie de dissémination. Les métrorragies provoquées ou spontanées sont un mode de révélation fréquente. La cystoscopie n'est indiquée que dans les stades II antérieurs et plus. Dans les stades I la survie à 10 ans est de 85 %.

[373]

Les métrorragies provoquées sont caractéristiques

- A - Du fibrome utérin
- B - Du cancer du col
- C - Du cancer de l'endomètre
- D - Des tumeurs de l'ovaire
- E - Des métrorragies fonctionnelles

[373]

B

Les métrorragies sont par définition des saignements d'origine endo-utérine, néanmoins l'habitude a consacré le terme de métrorragies provoquées (par les rapports ou l'examen), aux saignements cervicaux, qui doivent faire évoquer de principe un cancer du col.

[389]

Auquel des cancers suivants, une femme de 45 ans, employée de maison, qui a eu ses premières règles à 14 ans, qui a eu 4 enfants dont le premier à l'âge de 19 ans, les a tous les quatre allaités plus d'un mois, est-elle particulièrement exposée?

- A - Adénocarcinome du corps utérin
- B - Carcinome épidermoïde du col utérin
- C - Carcinome épidermoïde du vagin
- D - Cancer de l'ovaire
- E - Adénocarcinome du sein

[389]

B

Les facteurs de risque du cancer du col sont le milieu socio-économique défavorisé, la première grossesse précoce, la multiparité, les partenaires multiples, les premiers rapports sexuels précoces et les MST. Le pic de fréquence se situe autour de 45 ans. L'allaitement et la première grossesse précoce diminuent le risque de cancer du sein.

[152]

Parmi les agents infectieux suivants, lequel peut vraisemblablement intervenir dans la genèse du cancer du col?

- A - Trichomonas
- B - Gonocoque
- C - Chlamydia
- D - Papillomavirus
- E - Mycoplasme

[152]

D

Les papilloma virus (virus des condylomes plans) et certains sous type d'herpès virus, ont été retrouvés dans le génome des cellules cervicales cancéreuses.

[26]

cc

Madame X., serveuse de bar, a 30 ans et consulte pour métrorragies minimes.

Dans les antécédents, on retient une tuberculose pulmonaire traitée sans séquelles à l'âge de 20 ans.

Une première grossesse à l'âge de 17 ans terminée par une I.V.G. puis 3 grossesses avec

accouchement normal à terme. Madame X a eu un stérilet pendant 2 ans 1/2. Il a été retiré

lors d'une salpingite à gonocoques en 1982. Elle prend actuellement Adépal®, les dernières

régies normales sont terminées depuis 2 jours. A l'examen, le vagin est un peu rouge, le col

paraît remanié au spéculum, le toucher vaginal montre un utérus un peu gros avec un myome

du fond de 3 cm de diamètre, sensible. Les ovaires sont normaux.

L'étude des antécédents de Madame X permet de penser qu'elle appartient à une population à risque de

A - D'accouchement prématuré

B - Cancer du sein

C - Cancer du col

D - D'accident thrombo-embolique

E - Dysplasie de la vulve

[27]

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

A - Une échographie pour préciser la topographie du fibrome

B - Un frottis cervico-vaginal

C - Une hystérogographie pour rechercher un fibrome intra-cavitaire

D - Un curetage

E - Une NFS

[28]

Les examens complémentaires pratiqués sont normaux, mais le frottis revient classe III, que faut-il faire?

- A - Une conisation**
- B - Un curetage biopsique**
- C - Un nouveau frottis après un traitement anti-inflammatoire**
- D - Une biopsie du col**
- E - Un prélèvement bactériologique endocervical**

[29]

Le second frottis revient classe IV. Quelle(s) attitude(s) proposez-vous?

- A - Hystérectomie totale**
- B - Conisation du col**
- C - Nouveau frottis cervical dans 6 mois**
- D - Curiethérapie cervico vaginale**
- E - Colposcopie et biopsie cervicales dirigées**

[26]

A C

Madame X. appartient à une population à risque de cancer du col

- milieu socio-économique bas
- 1ers rapports sexuels dans l'adolescence (avant 17 ans)
- infection génitale
- profession à risque de partenaires sexuels multiples
- précocité de la première grossesse, multiparité (supérieur à 3).

Et à risque d'accouchement prématuré

- travail en station debout prolongée
- 3 enfants à charge
- milieu socio-économique bas.

Par-contre, elle n'entre pas dans la population à risque de cancer du sein

- multiparité (plus de 3 enfants)
- 1ère grossesse jeune (avant 30 ans).

[27]

B E

Il est impératif de pratiquer un frottis cervico-vaginal compte-tenu du terrain à risque et de l'aspect remanié du col. La topographie du myome est appréciée par l'examen clinique et rend inutile l'échographie. L'hystérographie et le curetage sont contre-indiqués dans un contexte infectieux (antécédents de salpingite, utérus sensible, métrorragies), la numération apprécie les conséquences de la spoliation sanguine répétée et l'éventuelle hyperleucocytose.

[28]

C E

Le frottis classe III (inflammatoire) nécessite une désinfection locale et générale suivie d'un nouveau frottis. Le prélèvement bactériologique endocervical permet d'adapter le traitement.

[29]

E

La présence de cellules suspectes sur le frottis nécessite une confirmation anatomopathologique faite au mieux par la colposcopie avec biopsies dirigées. Selon les résultats (invasifs ou in situ), on pratiquera l'hystérectomie ou la conisation.

[42]

cc

chez une femme de 32 ans, sans antécédent particulier, un frottis cervicovaginal systématique met en évidence des cellules classe IV. L'examen gynécologique complet montre un col utérin inflammatoire, le vagin est normal de même que les paramètres. Le reste de l'examen clinique ne montre aucune anomalie. La biopsie du col conclut à l'existence de cellules malignes épidermoïdes qui restent limitées à l'épithélium sans dépasser sa membrane basale.

Quelle est la conclusion de ce compte rendu anatomopathologique?

- A - Carcinome malpighien invasif**
- B - Carcinome glandulaire**
- C - Carcinome para-malpighien**
- D - Carcinome in situ**
- E - Carcinome micro-invasif**

[43]

Le traitement de choix est:

- A - Une hystérectomie simple**
- B - Une colpohystérectomie avec lymphadénectomie**
- C - Une hystérectomie avec annexectomie bilatérale**
- D - Une colpectomie**
- E - Une amputation du col ou une conisation**

[44]

L'examen de la pièce opératoire montre qu'il s'agit d'un cancer invasif. Quel est le 1er relai de drainage lymphatique du col utérin?

- A - Iliaque interne**
- B - Lombo-aortique**
- C - Obturateur**
- D - Iliaque primitif**
- E - Inguinal**

[45]

Il s'agit d'un T1. Que doit comporter le bilan pré-thérapeutique? A - Une lymphographie pédieuse bilatérale

B - Une coelioscopie

C - Une urographie intra-veineuse

D - Un dosage de béta H.C.G.

E - Une radiographie pulmonaire

[46]

Le risque d'atteinte ganglionnaire à ce stade de la maladie est

A - Inférieur à 5%

Proposition B B-10 à 15%

C - 25 à 40 %

D - 45 à 65 %

E - Nul

[42]

D

L'absence de dépassement de la membrane basale définit le carcinome in situ ou non invasif.

Il s'agit d'un carcinome épidermoïde (du revêtement) par opposition au carcinome glandulaire (adénocarcinome).

[43]

E

Dans un premier temps, la conisation (amputation intra-vaginale du col), si elle passe à distance des limites du foyer tumoral en zone saine, permet de guérir 100% des carcinomes in situ (sous réserve de la découverte de foyers d'invasion à l'examen de la pièce).

[44]

C

Le premier relais lymphatique du col est le ganglion obturateur au niveau des chaînes iliaques externes. Ensuite le drainage se fait vers les ganglions iliaques primitifs puis les chaînes lombosacrées. Il existe aussi quelques voies de drainage iliaque interne accessoires. Les ganglions inguinaux ne sont jamais atteints.

[45]

A C E

Le bilan pré-thérapeutique comporte une radiographie de thorax afin de rechercher une métastase pulmonaire (exceptionnelle à ce stade) et de servir de référence pour la surveillance ultérieure.

Une urographie intra-veineuse cherche une compression urétérovésicale (qui signifierait un stade plus tardif) mais surtout pour but de localiser les uretères avant la chirurgie (intervention de Wertheim). Enfin, certaines équipes pratiquent encore une lymphographie pédieuse bilatérale afin de juger de l'envahissement ganglionnaire.

[46]

C

Le stade T1 est un stade clinique correspondant à un cancer sans envahissement viscéral ex cervical (cancer limité au col) mais n'excluant pas l'envahissement ganglionnaire qui est retrouvé à ce stade sur les pièces opératoires (curage iliaque) dans 25 à 40 % des cas.

[83]

cc

Vous recevez un frottis cervico-vaginal classe IV (classification de Papanicolaou) concernant une patiente de 34 ans que vous suivez régulièrement. Elle n'a aucun signe fonctionnel.

Indiquez le(s) examen(s) que vous devez effectuer:

A - Nouveaux frottis

B - Hystérogaphie

C - Hystérocopie

D - Colposcopie

E - Biopsie cervicale sur chaque lèvre du col

[84]

Il s'agit de lésions de dysplasie sévère situées sur la lèvre antérieure du col, dont la limite supérieure n'est pas vue. Indiquez le point de départ le plus fréquent de ces lésions

A - La muqueuse de l'endocol

B - Les glandes de l'endocol

C - La muqueuse de l'exocol

D - La muqueuse du cul-de-sac vaginal antérieur

E - La zone de jonction des muqueuses pavimenteuse et cylindrique

[85]

Quel geste diagnostique et thérapeutique devez-vous proposer?

A - Hystérectomie totale

B - Conisation du col

C - Vaporisation laser

D - Curiethérapie vaginale

E - Electrocoagulation des lésions

[86]

Le examen anatomo-pathologique de la pièce découvre un foyer d'épithélioma intra-épithélial. Les limites de la pièce dextère sont en zone saine. Que proposez-vous?

A - Une chimiothérapie complémentaire

B - Une radiothérapie complémentaire

- C - Une curiethérapie complémentaire**
 - D - Une hystérectomie totale de principe**
 - E - Une simple surveillance**
- [87]

Parmi les agents sexuellement transmissibles suivants, quel(s) est (sont) celui (ceux) corrélés au diagnostic de dysplasie sévère?

- A - Mycose**
- B - Trichomonas**
- C - Papilloma virus**
- D - Herpès**
- E - Streptocoque du groupe B**

[83]

D

La présence de cellules suspectes impose la confirmation anatomopathologique par colposcopie avec biopsie dirigée (et non à l'aveugle) d'où découlera l'indication thérapeutique. En l'absence d'anomalie, on pratiquera alors une hystéroscopie avec biopsie.

[84]

E

C'est au point le plus haut situé dans l'endocervix (zone de jonction) que démarrent les dysplasies, ce qui impose de voir cette zone lors de la colposcopie et le cas échéant de compléter l'examen par la microcolposcopie.

[85]

B

La conisation s'impose. Les limites de l'exérèse doivent être en zone saine (confirmation anatomopathologique) compte-tenu de l'absence de visibilité de la jonction lors de la colposcopie.

[86]

E

La conisation enlevant l'ensemble de la lésion non invasive guérit dans 100 % des cas mais impose une surveillance par frottis ultérieur.

[87]

C D

Les virus herpès (du type 2) et papilloma virus (responsable des condylomes) ont été retrouvés dans des lésions dysplasiques et sont corrélés avec le diagnostic.

ENDOMETRIOSE

[228]

Une endométriose génitale peut être traitée efficacement par:

- A - Bêta-mimétique**
- B - Estrogène pur**
- C - Progestatif pur**
- D - Danazol (Danazol®)**
- E - Castration**

[228]

C D E

L'endométriose est oestrogéno-dépendante.

Toute interruption de la synthèse d'oestrogène (castration - antagonistes du LHRH) ou traitement antioestrogène (danazol - progestatif puissant) sont susceptibles de faire régresser les lésions.

A l'inverse une oestrogénothérapie exclusive va aggraver les lésions.

Les bêta mimétiques n'ont pas d'action.

[294]

Une patiente de 37 ans vous consulte pour ménorragies douloureuses habituelles. Quel(s) diagnostic(s) recherchez-vous?

- A - Fibrome sous séreux pédiculé**
- B - Adénomyose**
- C - Atrophie endométriale**
- D - Endométrite**
- E - Myome intra-cavitaire**

[294]

B D E

- Le fibrome sous séreux n'est pas responsable de ménorragies contrairement au fibrome sous muqueux.

- L'atrophie est responsable de ménorragies post-ménopausiques.

- L'adénomyose donne typiquement des ménorragies douloureuses.

- L'endométrite doit être systématiquement recherchée bien qu'étant plus souvent responsable de méno-ménorragies douloureuses récentes.

K C DE

L'ENDOMETRE

[14]

Une femme de 55 ans sous oestrogénothérapie présente des métrorragies. Le bilan est le suivant : - Examen clinique normal - Cytologie cervicale normale - Hystérosalpingographie: muqueuse épaisse - Biopsie à la canule de Novak: endomètre hyperplasique. Vous devez

- A - Rassurer la malade et poursuivre l'oestrogénothérapie
- B - Rassurer la malade et arrêter l'oestrogénothérapie
- C - Rassurer la malade et prescrire des progestatifs
- D - Compléter le bilan par un curetage de la cavité utérine
- E - Compléter le bilan par une échographie

[14]

D
Aucun des examens du bilan ne permet d'éliminer un cancer de l'endomètre dont c'est le terrain (femme ménopausée - traitement oestrogénique isolé - hyperplasie endométriale) et souvent l'unique symptôme (métrorragies), la biopsie a pu passer à distance d'un cancer débutant. Il faut donc pratiquer un curetage soigneux de l'ensemble de la muqueuse endométriale car seule l'anatomopathologie peut affirmer le diagnostic.

[99]

Parmi les facteurs suivants, tous sont considérés comme favorisant le développement d'un cancer du corps utérin, sauf un

- A - Obésité
- B - Diabète
- C - Hypertension
- D - Traitement progestatif
- E - Traitement oestrogénique

[99]

D
Le cancer de l'endomètre survient préférentiellement dans un climat d'hyperoestrogénie (obésité - traitement oestrogénique

isolé). Une association avec une HTA ou un diabète est retrouvée de façon significative. Par contre, les progestatifs sont des "protecteurs" théoriques.

[133]

Une femme ménopausée depuis 5 ans présente des métrorragies. L'examen au spéculum montre un col normal, le toucher vaginal retrouve un utérus polyyomateux et les ovaires ne sont pas perçus. A l'origine de ces métrorragies, on peut mettre en évidence:

- 1 - Cancer de l'endomètre
- 2 - Atrophie endométriale
- 3 - Hyperplasie de l'endomètre
- 4 - Synéchie

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=C 4=D 1,2,3,4^E

[133]

A
Chez la femme ménopausée depuis 5 ans, il peut exister soit un climat d'hyperoestrogénie relative, favorisée par l'obésité, responsable d'hyperplasie endométriale et de cancer de l'endomètre, soit une carence oestrogénique pouvant entraîner une atrophie de l'endomètre.

[145]

Madame R. 50 ans, consulte pour des métrorragies. Quel(s) élément(s) vous font dire quelle est à haut risque de cancer de l'endomètre?

- A - Elle n'est pas ménopausée
- B - Elle n'a pas eu d'enfants. ayant été traitée sans succès pour stérilité
- C - Elle pèse 70 kg pour 1 m50
- D - Sa pression artérielle est de 170/100 mmHg
- E - Elle prend des progestatifs depuis plusieurs mois pour régulariser son cycle

[145]

B C D
Les facteurs de risque de cancer de l'endomètre sont les causes ou les conséquences d'une hyperoestrogénie relative ou absolue - obésité, grande taille, stérilité non mécanique, fausses couches répétées, syndrome prémenstruel, dysménorrhée, ménopause tardive > ou égal à 55 ans, traitement oestrogénique isolé - diabète et HTA sont associés de façon significative.

A ménopause tardive est un facteur de risque aussi

[155]

Parmi les symptômes suivants observés après la ménopause, lequel (lesquels) doi(ven)t faire rechercher un cancer de l'endomètre?

- A - Métrorragie
- B - Adénopathie inguinale
- C - Hydrorrhée
- D - Polype accouché par le col
- E - Leucorrhée avec brûlures vaginales

[155]

A D

Toute métrorragie chez la femme ménopausée doit faire rechercher un cancer de l'endomètre, ainsi que le polype accouché par le col dit "sentinelle" qui se développe sur le même terrain que le cancer.

Les cancers de l'endomètre ne métastasent jamais dans le territoire inguinal ???. Une hydrorrhée doit faire rechercher un cancer de la trompe.

Et le stade IV ??

On peut trouver des écoulements séreux « hydrorrhé » ou même des leucorrhées purulentes et fétides « pyométrie »

Donc ABCD on eut trouvé des leucorrhées mais sans brûlures vaginales

[183]

Toutes les conditions suivantes sont des facteurs de risque de cancer de l'endomètre, sauf une. Laquelle?

- A - Obésité
- B - Ménopause tardive
- C - Grande multiparité
- D - Traitement oestrogénique post-ménopausique
- E - Tumeurs féminisantes de l'ovaire

[183]

C

La grande multiparité est un facteur de risque du cancer du col. Les autres facteurs de risque proposés ont en commun le climat d'hyperoestrogénie relative

[215]

Le cancer de l'endomètre est:

- A - Très fréquent entre 40 et 50 ans
- B - Révélé par des métrorragies post-ménopausiques

C - Fréquent chez les femmes soumises à une hyperoestrogénie

D - Fréquent chez les obèses

E - Traité habituellement par les progestatifs seuls

[215]

A B C D

Le cancer de l'endomètre est le plus fréquent des cancers gynécologiques après 40 ans. Il survient sur un terrain d'hyperoestrogénie relative (traitement oestrogénique isolé - obésité - péri-ménopause). Toute métrorragie post-ménopausique doit avoir un examen anatomopathologique de l'endomètre.

[219]

Une femme de 65 ans nulligeste consulte pour des métrorragies post-ménopausiques. Elle est obèse, hypertendue et diabétique. L'examen constate seulement un écoulement de sang assez peu abondant par le col utérin. Quel est le diagnostic le plus probable?

- A - Carcinome de l'ovaire
- B - Myome utérin sous-muqueux
- C - Adénocarcinome de l'endomètre
- D - Polype endocervical
- E - Carcinome du col utérin

[219]

C

Le cancer gynécologique de l'endomètre est le cancer le plus fréquent chez la femme ménopausée en particulier sur un terrain à risque comme ici (diabète-obésité-hypertension artérielle) et en l'absence de lésion cervicale, il s'agit donc du 1er diagnostic à évoquer.

[220]

Les facteurs de risque de cancer de l'endomètre comportent:

- A - Obésité
- B - Diabète
- C - Hyperplasie de l'endomètre
- D - Femme jeune
- E - Cancer du col familial

[220]

A B C

L'hyperplasie atypique de l'endomètre est une lésion précancéreuse.

Le risque est également augmenté sur un terrain d'hyperoestrogénie relative (obésité - diabète gras)

C'est un cancer de la femme ménopausée ou en péri-ménopause, sans relation avec le cancer du col.

[245]

Des métrorragies post-ménopausiques évoquent en premier lieu

- A - Des règles persistantes
- B - Une prise intempestive d'hormones
- C - Un cancer de l'endomètre
- D - Un cancer du col
- E - Un fibrome

[245]

C

Tout saignement survenant après la ménopause doit faire évoquer en premier lieu et jusqu'à preuve du contraire, un cancer de l'endomètre dont il est le mode de révélation habituel et le plus fréquent dans cette classe d'âge.

[275]

Quel est le traitement complémentaire après hystérectomie pour un cancer de l'endomètre stade I grade I chez une femme de 65 ans chez laquelle l'examen de la pièce opératoire a montré un envahissement du myomètre jusqu'au tiers externe?

- A - Chimiothérapie
- B - Hormonothérapie
- C - Radiothérapie pelvienne
- D - Hormonothérapie + radiothérapie
- E - Chimiothérapie + hormonothérapie

[275]

C

En l'absence de lymphadénectomie et donc de renseignement sur l'envahissement lymphatique on pratiquera une radiothérapie pelvienne d'autant plus que la tumeur envahie le 1/3 externe du myomètre. La chimiothérapie n'est pas utilisée dans le traitement initial et l'indication de l'hormonothérapie est discutée et ne fait pas encore l'objet d'un consensus clinique.

[296]

Des ménorragies peuvent être causées par:

- A - Fibromyome utérin
- B - Polypose utérine
- C - Adénomyose
- D - Stérilet
- E - Cancer du corps de l'utérus

[296]

A B C D E

Le cancer de l'utérus est responsable de métrorragies ou ménométrorragies mais doit être évoqué de principe en raison de sa gravité.

[316]

Une femme de 68 ans, obèse, hypertendue, présente depuis plusieurs semaines des métrorragies intermittentes. Un examen gynécologique met en évidence un utérus augmenté de volume, sans anomalie du col. Quel examen proposez-vous pour établir le diagnostic?

- A - Hystéroscopie
- B - Biopsie de lexocol
- C - Frottis cervico-vaginal
- D - Curetage biopsique étagé sous A.G.
- E - Biopsie endo-utérine à la seringue de Novak

[316]

D

Il existe une forte suspicion clinique d'adénocarcinome utérin dont le diagnostic est anatomopathologique et se fait au mieux par curetage biopsique après hystéroscopie, ce qui permet de préciser la limite par rapport à l'isthme utérin. Les frottis d'endomètre et la biopsie à l'aveugle (Novak) sont insuffisants (risque de faux négatifs).

[326]

Le pronostic de l'adénocarcinome de l'endomètre est fonction de

- A - Profondeur d'infiltration du myomètre
- B - Extension au col de l'utérus
- C - Degré de différenciation histologique
- D - Envahissement ganglionnaire
- E - Association à une adénomyose

[326]

A B C D

L'envahissement ganglionnaire est le principal facteur pronostique

[1]

cc

Une femme de 47 ans, nulligeste, jusque là normalement réglée, présente depuis 3 semaines des métrorragies génitales persistantes d'abondance moyenne. Elle n'a aucun rapport depuis 3 mois.

L'examen clinique montre un utérus bosselé, indolore, discrètement augmenté de volume et il n'y a pas de sensibilité particulière à la mobilisation. Les culs-de-sac vaginaux sont souples et libres, sans masse latéro-utérine. L'examen au spéculum avait montré un col sain en apparence. La température est à 38°2 c. Le reste de l'examen somatique est normal.

Parmi les examens complémentaires suivants, quel est celui qui vous paraît immédiatement le plus utile et non contre-indiqué?

- A - Frottis cervico-vaginaux de cytodétection
 - B - Biopsie d'endomètre
 - C - Radiographie de l'abdomen sans préparation
 - D - Numération - formule sanguine et taux d'hémoglobine
 - E - Hystérosalpingographie
- [2]

Quel est votre choix parmi ces différents traitements pour arrêter rapidement l'hémorragie?

- A - Corticothérapie par voie orale
 - B - Antiseptiques locaux
 - C - Oestrogénothérapie parentérale
 - D - Curetage hémostatique
 - E - Prescription de bromocriptine per os (Parlodel)
- [3]

Cette femme a été hospitalisée et mise sous antibiotique. Après 21 jours, elle ne saigne plus et n'a plus de fièvre. Quels sont le (les) examen(s) complémentaire(s) qui vous paraissent indispensable(s) pour définir la cause de l'hémorragie: la NFS montre 3.600.000 G R, 6 500 G B et la VS est à 6-14.

- A - Hystéroscopie
- B - Coelioscopie
- C - Scannographie pelvienne
- D - Dosage plasmatique des stéroïdes

sexuels

- E - Hystérosalpingographie
- [4]

Quelle(s) origine(s) pensez-vous retenir pour expliquer la fièvre à 38°2 du début, alors qu'il n'y a aucune infection intercurrente?

- A - Endométrite
- B - Nécrobiose d'un noyau fibromateux sous-séreux
- C - Dysfonction cortico-hypothalamo-hypophysaire s'intégrant dans le cadre d'un syndrome pré-ménopausique
- D - Salpingite
- E - Toutes ces propositions sont vraies

[5]

Quelle(s) origine(s) pourriez-vous retenir pour expliquer les métrorragies?

- A - Cancer de l'endomètre
- B - Fibrome sous-muqueux
- C - Nécrobiose d'un noyau myomateux sous-séreux
- D - Choriocarcinome
- E - Synéchie corporelle

[1]

D
Compte-tenu du contexte infectieux (hyperthermie), la biopsie d'endomètre et l'hystérosalpingographie sont contre-indiquées. La Numération Formule Sanguine et l'hémoglobininémie renseignent sur l'importance de l'anémie par spoliation (probable) et l'état infectieux.

[2]

C

On utilise classiquement les oestrogènes injectables (ex: Prémarien®) dans un premier temps afin de réserver le curetage (le risque de perforation est augmenté par le contexte infectieux) en cas d'échec.

[3]

A E

L'infection étant jugulée, il est possible, en l'absence de saignement, de pratiquer selon les possibilités une hystérosalpingographie et/ou une hystéroscopie afin de visualiser la cause du saignement (fibrome sous-muqueux probable). Le scanner est un mauvais examen pour apprécier une lésion endométriale à fortiori la coelioscopie.

[4]

A D

La nécrobiose aseptique d'un fibrome sous-séreux aurait été retrouvée lors de l'examen initial (douleur exquise à la palpation). Une endométrite et une salpingite sont compatibles avec ce type de tableau car ne sont pas toujours douloureuses.

[5]

A B

Le choriocarcinome ne peut se discuter qu'en cas d'antécédent de grossesse. Les synéchies corporeales ne sont pas des causes de métrorragie. La nécrobiose de fibrome est douloureuse. Le cancer de l'endomètre doit de principe être évoqué et recherché par un curetage biopsique. L'étiologie vraisemblable est le fibrome sous-muqueux.

[38]

cc

Une femme de 63 ans, pesant 78 kg pour 1,60 m, consulte pour des saignements par le vagin. On ne trouve pas d'antécédent particulier sauf la prise d'oestrogènes depuis la ménopause intervenue à l'âge de 56 ans. L'examen gynécologique révèle un col normal, l'utérus est de taille normale.

Le symptôme pour lequel consulte cette patiente s'appelle:

- A - Hémorragies vaginales
- B - Ménorragies
- C - Méno-métrorragies
- D - Métrorragies
- E - Leucorrhées

[39]

Quel diagnostic évoquez-vous en premier?

- A - Cancer de la vulve
- B - Atrésie vaginale
- C - Cancer du vagin
- D - Cancer du col utérin
- E - Cancer de l'endomètre

[40]

Quel examen demandez-vous pour confirmer ce diagnostic?

- A - Frottis cervical
- B - Colposcopie
- C - Curetage biopsique
- D - Urographie intraveineuse
- E - Scanner pelvien

[41]

Parmi les cancers suivants, un ou plusieurs sont épidémiologiquement liés à la prise d'oestrogènes:

- A - Cancer malpighien de la vulve
- B - Cancer de l'ovaire

C - Sarcome embryonnaire du vagin

D - Cancer malpighien du col utérin

E - Adénocarcinome de l'endomètre

[38]

D

Il s'agit de saignements survenus en dehors des règles (femme ménopausée) ce qui définit les métrorragies. Les ménorragies sont l'augmentation du volume des règles.

[39]

E

Compte-tenu des facteurs de risque : obésité, ménopause tardive, oestrogénothérapie isolée et de l'aspect normal du col à l'examen, le 1er diagnostic à évoquer à cet âge est le cancer de l'endomètre.

[40]

C

Seule l'anatomopathologie permet d'affirmer le diagnostic par curetage endo-utérin biopsique. Les autres examens participeront éventuellement au bilan préthérapeutique avec l'hystéroggraphie.

[41]

E

Seuls les cancers du sein et de l'endomètre sont épidémiologiquement en rapport avec une hyperoestrogénie.

[52]

cc

Une patiente âgée de 47 ans consulte pour ménorragies. Dans ses antécédents on trouve une stérilité primaire d'origine ovarienne avec de longues périodes de spanioménorrhée.

A l'examen, la malade pèse 80 kg pour une taille de 1m60. L'examen clinique retrouve un col sain, un utérus un peu gros, indolore et une tumeur pelvienne de 6 cm de diamètre antéro latéral droite par rapport à l'utérus, séparée de ce dernier par un sillon, mobilisable avec l'utérus de consistance assez ferme.

Un bilan paraclinique nous donne les renseignements suivants

- frottis cervicaux de dépistage : aucune cellule suspecte.

- échotomographie pelvienne: utérus de volume normal, ovaires mis en évidence ; le gauche

est porteur d'un follicule translucide de 18 mm de diamètre au 20ème jour du cycle. Il existe

en avant et à droite de l'utérus une tumeur de nature solide homogène, mesurant 7 cm de diamètre.

- l'hystéroggraphie objective une cavité

utérine non déformée avec un aspect en double contour plus ou moins régulier de l'endomètre au niveau de la corne droite.

Quelle(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) plausible(s)?

- A - Hyperplasie atypique de l'endomètre**
 - B - Polype endométrial**
 - C - Sarcome de l'endomètre**
 - D - Adénocarcinome de l'endomètre**
 - E - Fibrome interstitiel**
- [53]

Dans un but diagnostique vous demandez:

- A - Hystérocopie**
 - B - Scanner**
 - C - Curetage biopsique**
 - D - Coelioscopie**
 - E - Dosages hormonaux**
- [54]

En dehors de toute pathologie maligne, le traitement peut comporter:

- A - Hystérectomie**
 - B - Myomectomie**
 - C - Progestatifs**
 - D - Simple surveillance avec rendez-vous 6 mois plus tard**
 - E - Estrogènes**
- [55]

Parmi les éléments ci-dessous, vous reprenez comme facteur(s) de risque de cancer de l'endomètre?

- A - Polype endocol**
- B - Ménopause précoce**
- C - Obésité diabète**
- D - Multiparité**
- E - Ovaires micropolykystiques**

[56]

Parmi les éléments suivants vous reprenez comme intervenant(s) dans le pronostic du cancer de l'endomètre

- A - Age**
- B - Pénétration dans le myomètre**

- C - Envahissement ganglionnaire**
- D - Situation par rapport à l'isthme**
- E - Embois vasculaires**

[57]

La localisation métastatique la plus fréquente du cancer de l'endomètre est:

- A - Poumons**
- B - Foie**
- C - Ovaires**
- D - Vagin**
- E - Cerveau**

[52]

A D

Les fibromes interstitiels et les sarcomes de l'endomètre sont des tumeurs intra-pariétales donc ne peuvent pas être séparées de l'utérus par un sillon. Le polype donnerait une image de lacune endo-utérine, l'adénocarcinome de l'endomètre est le diagnostic à éliminer formellement, l'extension extra-cavitaire (annexielle) est probable. L'hyperplasie atypique peut lui être associée ou expliquer l'image en double contour. Il peut enfin s'agir d'un fibrome sous-séreux.

[53]

A C

L'hystérocopie avec curetage biopsique permet de faire le diagnostic anatomopathologique, ce qui est dangereux et aléatoire sous coelioscopie (biopsies contre-indiquées). Le scanner est demandé dans le bilan d'extension mais non pour affirmer le diagnostic. Les dosages hormonaux ont peu d'intérêt diagnostique.

[54]

A C

L'hyperplasie utérine et le fibrome utérin sont favorisés par un climat d'hyperoestrogénie et traités par progestatifs. Compte-tenu de l'âge et de la stérilité, il est licite de proposer une hystérectomie d'emblée d'autant qu'il existe un facteur de risque important de dégénérescence cancéreuse.

[55]

A C E

Les facteurs de risques du cancer de l'endomètre sont ceux qui favorisent ou révèlent un climat d'hyperoestrogénie relative : insuffisance lutéale des ovaires micropolykystiques, ménopause tardive, obésité, diabète, polype de l'endomètre, hyperplasie endométriale, nullipare, traitements oestrogéniques isolés.

[56]

B C D E

Le pronostic du cancer de l'endomètre dépend comme pour toute tumeur de la différenciation cellulaire et de l'envahissement ganglionnaire et à distance (présumé sur la présence de métastases vasculaires). Compte-tenu de la richesse du drainage lymphatique de l'isthme, son atteinte est de mauvais pronostic ainsi que la pénétration myométriale. L'âge n'intervient pas directement.

[57]

D

L'extension est d'abord locorégionale vers le vagin (15%), puis aux annexes (10%), enfin par voie hémotogène au foie et aux poumons.

[101]

cc

Il s'agit d'une patiente de 62 ans, mère de 3 enfants, ménopausée à 50 ans qui consulte pour des pertes rosées ayant duré une semaine. Elle mesure 163 cm, pèse 69 kilos et est en bon état général. L'examen général, l'examen des aires ganglionnaires, l'examen des seins et du col est normal. L'utérus est de volume normal, les annexes ne sont pas percues. L'hystérogographie met en évidence une lacune régulière du fond utérin.

Chez cette patiente, quel est le meilleur examen pour éliminer ou affirmer l'existence d'un cancer de l'endomètre?

- A - Cytologie endo-utérine
- B - Biopsie à la canule de Novak
- C - Echographie
- D - Curetage sous anesthésie générale
- E - Coelioscopie

[102]

Un adénocarcinome infiltrant limité à la cavité utérine est confirmé, l'hystérométrie est de 7 cm. Quel est le stade de ce cancer?

- A - Adénocarcinome in situ
- B - IA
- C - IB
- D - II
- E - IV

[103]

Cette patiente bénéficie d'une curiethérapie vaginale avant son intervention. Quel(s) est(sont) le(s) but(s) de cette irradiation ?

- A - Stériliser une éventuelle extension cervicale
- B - Stériliser les paramètres
- C - Stériliser la lésion endométriale
- D - Prévenir une récurrence vaginale
- E - Permettre de limiter le geste chirurgical

[104]

Sur le compte rendu de l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire figurent les 5 informations suivantes Quelle(s) est(sont) celle(s) qui a(ont) une valeur pour le pronostic ultérieur?

- A - Adénocarcinome du fond utérin
- B - Dysplasie cervicale modérée
- C - Infiltration du myomètre sur 3 mm
- D - Adénocarcinome bien différencié
- E - Absence d'atteinte ganglionnaire sur les 20 ganglions examinés

[105]

Compte-tenu du compte-rendu anatomo-pathologique, dans quelle catégorie de survie à 5 ans peut-on classer cette patiente?

- A - 90 %
- B - 75 %
- C - 60 %
- D - 50 %
- E - 30 %

[101]

D

Sans commentaire.

[102]

B

(IA) : tumeur limitée au corps utérin avec hystérométrie inférieure ou égale à 8 cm.

[103]

D E

Elle vise à stériliser les cellules en migration vaginale, pelvienne et lymphatique.

[104]

C D E

L'atteinte limitée à la muqueuse endométriale est le meilleur pronostic que l'invasion pariétale (myomètre...).

[105]

B

Connaissance.

FIBROME UTERIN

[2]

Parmi ces propositions concernant le fibrome et la grossesse, laquelle est fausse

A - Le fibrome peut gêner le diagnostic d'une grossesse jeune

B - Si on constate qu'il existe un fibrome au 3^{ème} trimestre d'une grossesse, il faut faire une myomectomie

C - La nécrobiose aseptique est plus fréquente

D - On observe plus souvent des présentations anormales

E - Le fibrome peut constituer un obstacle à l'accouchement

[2]

B

Au cours de la grossesse, le fibrome peut se compliquer plus fréquemment de nécrobiose aseptique et entraîner une expulsion prématurée ou une dystocie lors de l'accouchement (obstacle praevia, présentation anormale) ; enfin, en déformant l'utérus il gêne l'appréciation de la hauteur utérine surtout pour une grossesse jeune. En l'absence de complication, il est illicite de proposer une myomectomie au 3^{ème} trimestre.

[8]

Le traitement non chirurgical du fibrome utérin comporte en général:

A - L'administration d'oestrogènes

B - L'administration d'androgènes

C - L'administration de progestatifs

D - Un traitement radiothérapeutique

E - Une association de plusieurs de ces thérapeutiques

[8]

C

Le fibrome utérin a une physiopathologie encore mal connue mais est favorisé par une hyperoestrogénie locale, on administrera donc un anti-oestrogène (progestatif ou LH-RH). Les oestrogènes et les androgènes (transformation métabolique en oestrogènes) sont contre-indiqués.

La radiothérapie est inefficace.

[13]

Quelle indication thérapeutique, parmi les suivantes, vous paraît la plus logique chez une femme de 50 ans présentant un gros utérus fibromateux avec ménométrorragie et déformation de la cavité utérine à l'hystérographie?

A - Myomectomie

B - Progestatifs

C - Oestrogènes

D - Hystérectomie totale sans conservation des ovaires

E - Hystérectomie subtotale avec conservation des ovaires

[13]

D

Il s'agit d'un fibrome sous-muqueux (déformation de la cavité utérine à l'hystérographie) sur lequel le traitement progestatif est peu efficace. En raison de l'absence de grossesse envisageable et de la proximité de la ménopause on peut proposer en 1^{ère} intention une hystérectomie totale non conservatrice.

[48]

La complication la plus fréquente du fibrome sous-muqueux est:

A - La torsion

B - L'infection

C - Les métrorragies

D - La transformation en cancer

E - La nécrobiose aseptique

[48]

C

L'anomalie de la muqueuse utérine au contact du fibrome est responsable de sa principale complication : les métrorragies. La torsion concerne les fibromes sous séreux pédiculés. La dégénérescence sarcomateuse est exceptionnelle.

[55]

La présence d'un fibrome utérin et d'une grossesse implique la connaissance de certains risques et attitudes thérapeutiques, parmi lesquels vous retenez

A - Indication de cerclage systématique en raison du risque d'avortement tardif

B - Administration de progestatifs durant le premier trimestre de la grossesse

- C - Césarienne systématique à terme
- D - Risque d'accouchement prématuré
- E - Surveillance accrue de la délivrance (risque d'hémorragie par inertie utérine)

[55]

D E

Le fibrome risque de se compliquer pendant la grossesse (torsion, nécrobiose) et de compliquer la grossesse : accouchement prématuré, obstacle praevia, hémorragie de la délivrance.

Il nécessite donc une surveillance accrue mais aucun geste préventif systématique n'est indiqué.

[78]

On prescrit souvent des progestatifs en cas de ménorragies d'importance moyenne en relation avec un fibrome utérin ; à quelle époque du cycle les prescrit-on généralement?

- A - Pendant les règles
- B - Du 5ème au 14ème jour du cycle
- C - Du 10ème au 20ème jour du cycle
- D - Du 16ème au 25ème jour du cycle
- E - En continu

[78]

D

Les ménorragies sur utérus fibromateux sont souvent dues à l'hyperplasie endométriale généralement associée et c'est elle que l'on traite en prescrivant des progestatifs en 2è partie de cycle

[86]

Vers la 16ème semaine d'aménorrhée, l'examen obstétrical note un col long et fermé, une hauteur utérine à 24 cm, des bruits du coeur foetal bien perçus. Quelle(s) conclusion(s) peut(vent) être compatible(s) avec ces constatations?

- A - Grossesse normale
- B - Grossesse gémellaire
- C - Grossesse molaire
- D - Erreur de terme
- E - Grossesse et fibrome

[86]

B D E

A 16 semaines d'aménorrhée (3è mois), la hauteur utérine est de 12-13cm (approximativement 4 cm/mois jusqu'au 7è mois). Un excès de hauteur utérine peut être en rapport avec une grossesse multiple ou un fibrome méconnu ou plus fréquemment une erreur de terme.

Dans la grossesse molaire responsable d'une HU excessive, il n'y a pas de foetus donc pas de bruits du coeur.

[89]

Quel est le fibrome utérin pour lequel le traitement chirurgical est le plus souvent nécessaire?

- A - Fibrome sous-séreux pédiculé
- B - Fibrome fibreux intra-cavitaire
- C - Fibrome de l'isthme
- D - Fibrome intra-mural
- E - Fibrome du col

[89]

B

Tous ces types de fibromes peuvent être "chirurgicaux" en raison de complication (torsion du sous-séreux pédiculé, nécrobiose de lintra-mural, surinfection du fibrome du col stérilité ou obstacle praevia du fibrome isthmique) mais la complication la plus fréquemment observée est les ménométrorragies en rapport avec le fibrome (polype fibreux) intra-cavitaire nécessitant un geste chirurgical (curetage, myomectomie sous hystéroscope ou hystérectomie).

[160]

Toutes ces étiologies peuvent donner une hémorragie génitale externe en fin de grossesse, sauf une. Laquelle?

- A - Insertion basse du placenta
- B - Hématome rétro-placentaire
- C - Polype endocervical décidualisé
- D - Nécrose dun fibrome pédicule sous séreux
- E - Rupture d'un utérus cicatriciel

[160]

D

Un fibrome sous-séreux pédiculé n'est pas en contact avec la muqueuse endométriale et ne provoque pas de métorrhagie en cas de nécrobiose.

[187]

Parmi les propositions suivantes, indiquez celle(s) qui s'applique(nt) aux fibromes intra-cavitaires ?

- A - Ils peuvent coexister avec un utérus de volume normal
- B - Ils s'associent fréquemment à des ménorragies
- C - Ils résistent au traitement progestatif
- D - Ils donnent une ballonnisation de l'utérus

à l'hystérosalpingographie

E - Leur traitement est chirurgical

[187]

A B C D E

Les myomes intra-cavitaires ou sous-muqueux sont responsables de métrorragies par l'altération de la muqueuse qui les recouvre ou par l'hyperplasie muqueuse associée. Ils déforment régulièrement les contours de la cavité utérine à l'H.S.G. qui est dite "soufflée" ou "ballonnée".

B - Ils s'associent fréquemment à des métrorragies !!

[282]

Une patiente de 37 ans vous consulte pour ménorragies douloureuses habituelles. Outre l'examen clinique, quel examen conseillez-vous en priorité?

- A - Coelioscopie
- B - Frottis endométrial
- C - Hystérogographie
- D - Courbe de température
- E - Echographie pelvienne

[282]

E

L'échographie, mieux tolérée que l'hystérogographie, renseigne comme celle-ci sur la présence d'anomalies muqueuses (hyperplasie, polype) ou musculaires (fibrome, adénomyose) éventuellement responsables, et constitue le 1er examen de débrouillage avant la biopsie d'endomètre (hyperplasie-insuffisance lutéale) ou la coelioscopie (endométriase).

[294]

Une patiente de 37 ans vous consulte pour ménorragies douloureuses habituelles. Quel(s) diagnostic(s) recherchez-vous?

- A - Fibrome sous séreux pédiculé
- B - Adénomyose
- C - Atrophie endométriale
- D - Endométrite
- E - Myome intra-cavitaire

[294]

B D E

- Le fibrome sous séreux n'est pas responsable de ménorragies contrairement au fibrome sous muqueux.
- L'atrophie est responsable de métrorragies post-ménopausiques.
- L'adénomyose donne typiquement des ménorragies

douloureuses.

- L'endométrite doit être systématiquement recherchée bien qu'étant plus souvent responsable de méno-métrorragies douloureuses récentes.

[296]

Des ménorragies peuvent être causées par:

- A - Fibromyome utérin
- B - Polyposé utérine
- C - Adénomyose
- D - Stérilet
- E - Cancer du corps de l'utérus

[296]

A B C D E

Le cancer de l'utérus est responsable de métrorragies ou ménométrorragies mais doit être évoqué de principe en raison de sa gravité.

[346]

Parmi les propositions suivantes concernant les fibromes utérins, quelles sont celles qui sont fausses ?

- A - Dégénérescence maligne dans 10 % des cas après la ménopause
- B - Incontinence urinaire à l'effort
- C - Clivage chirurgical possible
- D - Cause de stérilité
- E - Augmentation de volume sous l'effet des oestrogènes

[346]

A

on peut trouver des incontinences urinaires à l'effort déjà se sont parmi les circonstances de découverte

La compression vésicale par le fibrome peut donner des signes d'irritation vésicale (impériosités, pollakiurie). Il ne dégénère qu'exceptionnellement en sarcome. Son rôle éventuel dans la stérilité est contesté (obstacle tubaire, obstacle à la nidation).

[359]

Mme L., 38 ans, est porteuse d'un myome sous séreux de 5 cm de diamètre découvert à un examen systématique, il y a trois ans. Elle est admise en urgence; le diagnostic de nécrobiose du myome est porté : sur quel(s) signe(s)

- A - Douleurs pelviennes
- B - Dysménorrhée

- C - Température à 38°
- D - Métrorragies
- E - Anémie hypochrome

[359]

A C

Les métrorragies et l'anémie accompagnent les myomes sous-muqueux ou interstitiels. La dysménorrhée est un signe d'endométriose ou d'adénomyose.

[395]

L'apparition de ménorragies chez une femme en période d'activité génitale doit faire évoquer d'abord

- A - Un cancer du col
- B - Un fibrome utérin
- C - Un cancer de l'endomètre
- D - Une malformation utérine
- E - Une synéchie

[395]

B

Les ménorragies sont le fait le plus souvent d'une insuffisance lutéale avec hyperoestrogénie relative et hyperplasie endométriale souvent associée au fibrome sous-muqueux dont le rôle dans les ménorragies n'est encore pas bien précisé.

[294]

Une patiente de 37 ans vous consulte pour ménorragies douloureuses habituelles. Quel(s) diagnostic(s) recherchez-vous?

- A - Fibrome sous séreux pédiculé
- B - Adénomyose
- C - Atrophie endométriale
- D - Endométrite
- E - Myome intra-cavitaire

[294]

B D E

- Le fibrome sous séreux n'est pas responsable de ménorragies contrairement au fibrome sous muqueux.
 - L'atrophie est responsable de métrorragies post-ménopausiques.
 - L'adénomyose donne typiquement des ménorragies douloureuses.
 - L'endométrite doit être systématiquement recherchée bien qu'étant plus souvent responsable de méno-métrorragies douloureuses récentes

[1]

CC

Une femme de 47 ans, nulligeste, jusque là

normalement réglée, présente depuis 3 semaines des métrorragies génitales persistantes d'abondance moyenne. Elle n'a aucun rapport depuis

3 mois.

L'examen clinique montre un utérus bosselé, indolore, discrètement augmenté de volume et il

n y a pas de sensibilité particulière à la mobilisation. Les culs-de-sac vaginaux sont souples et libres, sans masse latéro-utérine. L'examen au spéculum avait montré un col sain en apparence. La température est à 38°2 c. Le reste de l'examen somatique est normal.

Parmi les examens complémentaires suivants, quel est celui qui vous paraît immédiatement le plus utile et non contre-indiqué?

- A - Frottis cervico-vaginaux de cytodétection
- B - Biopsie d'endomètre
- C - Radiographie de l'abdomen sans préparation
- D - Numération - formule sanguine et taux d'hémoglobine
- E - Hystérosalpingographie

[1]

D

Compte-tenu du contexte infectieux (hyperthermie), la biopsie d'endomètre et l'hystérosalpingographie sont contre-indiqués. La Numération Formule Sanguine et l'hémoglobininémie renseignent sur l'importance de l'anémie par spoliation (probable) et l'état infectieux.

[2]

Quel est votre choix parmi ces différents traitements pour arrêter rapidement l'hémorragie?

- A - Corticothérapie par voie orale
- B - Antiseptiques locaux
- C - Oestrogénothérapie parentérale
- D - Curetage hémostatique
- E - Prescription de bromocriptine per os (Parlodel)

[2]

C

On utilise classiquement les oestrogènes injectables (ex: Prémalin®) dans un premier temps afin de réserver le curetage (le risque de perforation est augmenté par le contexte infectieux)

en cas d'échec.

[3]

Cette femme a été hospitalisée et mise sous antibiotique. Après 21 jours, elle ne saigne plus et n'a plus de fièvre. Quels sont le (les) examen(s) complémentaire(s) qui vous parai(ssen)t indispensable(s) pour définir la cause de l'hémorragie: la NFS montre 3.600.000 G R, 6 500 G B et la VS est à 6-14.

- A - Hystérocopie
- B - Coelioscopie
- C - Scannographie pelvienne
- D - Dosage plasmatique des stéroïdes sexuels
- E - Hystérosalpingographie

[3]

A E

L'infection étant jugulée, il est possible, en l'absence de saignement, de pratiquer selon les possibilités une hystérosalpingographie et/ou une hystérocopie afin de visualiser la cause du saignement (fibrome sous-muqueux probable). Le scanner est un mauvais examen pour apprécier une lésion endométriale à fortiori la coelioscopie.

[4]

Quelle(s) origine(s) pensez-vous retenir pour expliquer la fièvre à 38°2 du début, alors qu'il n'y a aucune infection intercurrente?

- A - Endométrite
- B - Nécrobiose d'un noyau fibromateux sous-séreux
- C - Dysfonction cortico-hypothalamo-hypophysaire s'intégrant dans le cadre d'un syndrome pré-ménopausique
- D - Salpingite
- E - Toutes ces propositions sont vraies

[4]

A D

La nécrobiose aseptique d'un fibrome sous-séreux aurait été retrouvée lors de l'examen initial (douleur exquise à la palpation). Une endométrite et une salpingite sont compatibles avec ce type de tableau car ne sont pas toujours douloureuses.

[5]

Quelle(s) origine(s) pourriez-vous retenir pour expliquer les métrorragies?

- A - Cancer de l'endomètre
- B - Fibrome sous-muqueux
- C - Nécrobiose d'un noyau myomateux sous-

séreux

- D - Choriocarcinome
- E - Synéchie corporeale

[5]

A B

Le choriocarcinome ne peut se discuter qu'en cas d'antécédent de grossesse. Les synéchies corporeales ne sont pas des causes de métrorragie. La nécrobiose de fibrome est douloureuse. Le cancer de l'endomètre doit de principe être évoqué et recherché par un curetage biopsique. L'étiologie vraisemblable est le fibrome sous-muqueux.

PLACENTA PRAEVIA

[22]

Lorsque surviennent des métrorragies, rouges et abondantes, au 3ème trimestre de la grossesse, sans lésion du col, quel est l'examen complémentaire à demander pour affirmer l'étiologie?

- A - Une amniocentèse tardive
- B - Un dosage doestriol
- C - Une échographie
- D - Un enregistrement du rythme cardiaque foetal
- E - Un dosage de prégnandiol

[22]

C

Le premier diagnostic évoqué est le placenta praevia et seule l'échographie permet de préciser la localisation placentaire.

[150]

Devant des métrorragies, rouges et abondantes, au 3ème trimestre de la grossesse, sans lésion du col, l'examen complémentaire à demander est:

- A - Une amniocentèse
- B - Un dosage d'oestriol
- C - Une échographie
- D - Une amnioscopie
- E - Un dosage de prégnandiol

[150]

C

Le premier diagnostic à évoquer devant des métrorragies isolées de sang rouge au 3ème trimestre est le placenta bas inséré diagnostiqué par l'échographie

[160]

Toutes ces étiologies peuvent donner une hémorragie génitale externe en fin de grossesse, sauf une. Laquelle?

- A - Insertion basse du placenta
- B - Hématome rétro-placentaire

- C - Polype endocervical décidualisé
- D - Nécrose dun fibrome pédicule sous séreux
- E - Rupture d'un utérus cicatriciel

[160]

D

Un fibrome sous-séreux pédiculé n'est pas en contact avec la muqueuse endométriale et ne provoque pas de métrorragie en cas de nécrobiose.

[166]

Dans l'insertion basse du placenta

- A - Le placenta est toujours inséré sur le segment inférieur
- B - Il y a toujours des hémorragies soit pendant la grossesse soit pendant l'accouchement
- C - Quand il y a des hémorragies au cours du travail, la rupture de la poche des eaux peut les arrêter
- D - L'hémorragie liée à l'insertion basse du placenta peut entraîner une anémie foetale sévère
- E - L'échographie peut faire le diagnostic à 35 semaines

[166]

A C D E

La définition du placenta bas inséré est son insertion partielle sur le segment inférieur.

Lorsqu'il s'associe à des hémorragies il s'appelle alors placenta praevia. Celles-ci ne sont pas systématiques.

L'anémie foetale sévère est exceptionnelle, il s'agit le plus souvent d'une hypoxie.

L'échographie permet le diagnostic dès l'individualisation du segment inférieur.

[286]

Devant une hémorragie du 3ème trimestre de la grossesse, choisir parmi les propositions suivantes celle(s) qui est(ont) compatible(s) avec le diagnostic de placenta praevia.

- A - Présence d'accélération transitoires sur le rythme cardiaque foetal
- B - Fibrinogène à 0,9 g/l
- C - Uricémie à 511 mmol/l
- D - Absence de protéinurie
- E - Utérus contracté par intermittence

[286]

A D E

Le placenta praevia (recouvrant ou bas inséré) provoque une

hémorragie de sang rouge de type mécanique par décollement du pôle inférieur de l'oeuf (contractions, TV.) et est donc indépendant d'une toxémie (C) ou d'un trouble de la coagulation (B). Si l'hémorragie est peu abondante le rythme cardiaque foetal peut rester normal (A).

[365]

Le placenta praevia

- A - Est un facteur de rupture prématurée des membranes
- B - Peut ne se manifester qu'à accouchement
- C - Favorise les présentations dystociques
- D - Nécessite toujours une césarienne
- E - Peut entraîner une contracture utérine

[365]

A B C

La rupture prématurée des membranes, plus fréquente, est due à la moindre résistance de celles-ci, près de l'insertion placentaire. L'obstacle praevia que constitue le placenta favorise les présentations anormales. Si le placenta est non recouvrant, la voie basse est possible lorsque l'hémorragie génitale est contrôlée.

GHR

[15]

Parmi les caractères suivants, indiquez celui qui s'applique aux anémies gravidiques par carence martiale:

- A - Elles sont plus fréquentes que les anémies mégaloblastiques
- B - Elles sont liées en grande partie au transport de fer de la mère vers le fœtus et le placenta
- C - Elles s'accompagnent en général d'une microcytose
- D - Elles nécessitent une transfusion sanguine lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 8 g/100 ml
- E - Toutes ces propositions sont exactes

[15]

E

Toutes les propositions sont exactes, les besoins en fer sont

augmentés par la grossesse et la spoliation sanguine de la délivrance et atteignent 0,01 g/l alors que les apports par absorption duodénale ne sont que de 1 à 5 mg, la femme enceinte puise donc sur ses réserves (1 g environ).

[146]

Parmi les caractères suivants, indiquez celui (ceux) qui s'applique(nt) aux anémies gravidiques par carence martiale:

- A - Elles sont plus fréquentes que les anémies mégaloblastiques
- B - Elles sont liées en grande partie au transport de fer de la mère vers le fœtus et le placenta
- C - Elles s'accompagnent en général d'une microcytose
- D - Elles nécessitent une transfusion sanguine lorsque le taux d'hémoglobine est inférieur à 8 g/100 ml
- E - Le traitement est l'acide folique

[146]

A B C D

L'acide folique traite les anémies mégaloblastiques par carence folique. Néanmoins, l'association des 2 carences est fréquente et elles sont souvent traitées de façon concomitante.

[278]

Chez une femme enceinte de 8 mois, vous avez la certitude d'une thrombose veineuse fémorale sans embolie pulmonaire. Quelle thérapeutique préconisez-vous dans l'immédiat?

- A - Antivitamines K avec dose de charge
- B - Héparinothérapie par voie intraveineuse
- C - Anti-agrégants plaquettaires
- D - Traitement thrombolytique
- E - Interruption de la veine cave inférieure

[278]

B

L'hospitalisation et le décubitus dorsal strict s'imposent avec l'héparinothérapie IV, en sachant que celle-ci ne traverse pas la barrière placentaire contrairement aux antivitamines K, contre-indiquées pendant la grossesse ainsi que les thrombolytiques. L'interruption de la VCI ne se discute qu'en cas d'embolies récidivantes.

TUMEURS DE L'OVAIRE

[33]

Parmi ces propositions concernant l'évolution spontanée habituelle des kystes fonctionnels de l'ovaire, laquelle vous paraît la plus constamment exacte

- A - Evolution vers un kyste organique
- B - Dégénérescence maligne possible
- C - Hypersécrétion hormonale responsable d'une hyperplasie de l'endomètre
- D - Augmentation de volume considérable avec distension abdominale
- E - Régression spontanée

[33]

E

Une des caractéristiques fondamentale du kyste fonctionnel (ou folliculaire) de l'ovaire est sa régression en fin de cycle (visible sur 2 échographies à 2 cycles différents). Il ne dégénère jamais et est non sécrétant, son volume est modéré.

[51]

Chez une femme ménopausée de 55 ans ayant une ascite néoplasique en rapport avec un carcinome ovarien à développement pelvi-abdominal, quelle attitude doit-on préconiser en premier:

- A - Chirurgie exploratrice
- B - Chimiothérapie après scanner
- C - Radiothérapie abdomino-pelvienne
- D - Abstention thérapeutique
- E - Ponction et traitement hormonal

[51]

A

Dans les tumeurs ovariennes, à priori néoplasiques, la chirurgie dite "de 1er look" est indiquée pour le diagnostic anatomopathologique, le bilan d'extension et la réduction tumorale.

[60]

Parmi les formations ovariennes kystiques suivantes, quelle est celle qui est douée du plus haut potentiel de malignité?

- A - Kyste dermoïde
- B - Cystadénome séreux
- C - Kyste folliculaire
- D - Kyste accompagnant la môle hydatiforme
- E - Kyste mucoïde

[60]

B

Les kystes fonctionnels (folliculaires) et ceux qui accompagnent une môle hydatiforme ne dégèrent pas. Le kyste dermoïde dégénère rarement le cystadénome séreux dégénère le plus souvent.

[68]

La conduite thérapeutique pour un cystadénome séreux de l'ovaire est:

- A - Labstention
- B - Le traitement par progestatifs
- C - Exérèse chirurgicale
- D - La radiothérapie
- E - La chimiothérapie

[68]

C

Le cystadénome séreux de l'ovaire est une tumeur organique bénigne à contenu liquide, persistante sur 2 examens échographiques faits sur 2 cycles différents. En raison de son potentiel dégénératif, l'exérèse chirurgicale est impérative.

[101]

En cas de tumeur ovarienne solide ou mixte à l'échographie, chez une jeune fille, il faut

- A - Ne rien faire
- B - Opérer d'emblée
- C - Ponctionner par voie coelioscopique
- D - Refaire l'échographie après les régies suivantes
- E - Faire un test thérapeutique par oestro-progestatif ou progestatif

[101]

B

Une tumeur solide ou mixte est par définition une tumeur organique (par opposition aux kystes fonctionnels) et donc suspecte. Il est inutile de contrôler par une deuxième échographie. La ponction est dangereuse car elle peut entraîner une dissémination de cellules malignes dans la cavité péritonéale le cas échéant. Il s'agit d'une indication opératoire formelle pour diagnostic anatomopathologique.

[137]

Quel est le symptôme le plus souvent révélateur des cancers de l'ovaire?

- A - Des métrorragies
- B - Des signes de compression rectale
- C - Une augmentation du volume de l'abdomen
- D - Des signes de compression vésicale
- E - Une adénopathie susclaviculaire

[137]

C

L'ovaire étant libre dans la cavité péritonéale, l'augmentation de son volume puis l'ascite, tous deux perceptibles par une augmentation du volume de l'abdomen, sont en général le symptôme révélateur.

[198]

Parmi les formations ovariennes kystiques suivantes, quelle est celle qui est douée du plus haut potentiel de malignité. ?

- A - Kyste dermoïde
- B - Cystadénome séreux
- C - Kyste du corps jaune
- D - Kyste accompagnant la môle hydatiforme
- E - Kyste mucoïde

[198]

B

Le cystadénome séreux, et à un moindre degré le kyste mucoïde, sont susceptibles de dégénérer. Cette dégénérescence est rare pour le kyste dermoïde. Les kystes fonctionnels (corps jaune, môle hydatiforme) ne dégèrent jamais.

[199]

Dans le bilan du cancer de l'ovaire, le marqueur le plus approprié est

- A - L'alphafoetoprotéine
- B - LHCG bêta
- C - L'antigène carcino-embryonnaire
- D - Le C 15-3
- E - Le CA 125

[199]

E

Le Ca 125 est retrouvé dans 80 à 85 % des cancers de rovaire essentiellement le cystadénocarcinome séreux. L'alpha foetoprotéine et HCG sont élevées dans certains dysembryomes.

[396]

Chez une femme de 50 ans le traitement chirurgical d'un cancer limité à un seul ovaire comprend

- A - Une ovariectomie unilatérale
- B - Une annexectomie bilatérale
- C - Une omentectomie
- D - Une hystérectomie totale
- E - Une lymphadénectomie iliaque bilatérale

[396]

B C D

En l'absence de désir de grossesse potentiel, le traitement du cancer de l'ovaire stade I associe l'hystérectomie totale avec ovariectomie bilatérale ainsi que l'omentectomie (fréquence des micrométastases).

[93]

cc

Madame X. , âgée de 45 ans, vient consulter pour des méno-métrorragies capricieuses. La patiente a eu 2 enfants sans incidents. Elle était bien réglée jusqu'à l'apparition de ses métrorragies. Elle n'a pas maigri. L'examen de l'abdomen le montre un peu tendu. Le toucher vaginal trouve dans le cul de sac droit une masse arrondie, séparée de l'utérus par un sillon, mobile.

Parmi les examens suivants, lequel(lesquels) demanderez vous pour asseoir le diagnostic?

- A - Abdomen sans préparation
- B - Echotomographie du petit bassin
- C - Hystérosalpingographie
- D - Coelioscopie
- E - Biopsie de la masse sous coelioscopie

[94]

La patiente, sur les conseils de son chirurgien, a accepté une laparotomie. Vous assistez à l'opération. Le chirurgien trouve un gros ovaire droit sans végétation en surface. Si vous étiez à sa place, laquelle(lesquelles) de ces attitudes choisiriez-vous?

- A - Ponctionner l'ovaire tumoral in situ**
- B - Faire une biopsie chirurgicale de cet ovaire**
- C - Enlever l'ovaire en question pour faire un examen histologique extemporané en prenant garde de ne pas le rompre**
- D - Faire une hystérectomie totale avec annexectomie d'emblée**
- E - Faire une ovariectomie bilatérale**

[95]

En admettant que la patiente examinée ait un cancer de l'ovaire au stade III, auquel de ces éléments attacheriez-vous une importance pronostique?

- A - Présence d'ascite libre**
- B - Sténose localisée et partielle du grêle**
- C - Atteinte des coupes diaphragmatiques**
- D - Présence d'un gros utérus envahi**
- E - Volume des lésions restant en fin d'intervention**

[96]

L'espérance de survie actuelle à 5 ans des femmes atteintes de cancer de l'ovaire est actuellement

- A - 80 %**
- B - De l'ordre de 75 %**
- C - de l'ordre de 50 %**
- D - De l'ordre de 25 %**
- E - De 0 %**

[93]

B D

L'échographie dans un premier temps permet de préciser la nature solide ou liquide de la masse et d'orienter sur sa nature. La coelioscopie, en cas de confirmation de la nature ovarienne.

[94]

C

Toute tumeur organique de l'ovaire impose son exérèse pour étude anatomopathologique de l'ensemble de la pièce.

[95]

E

La chirurgie réductrice précède la chimiothérapie et radiothérapie. Seul le volume des lésions restant en fin d'intervention conditionne le pronostic ultérieur (l'ensemble des autres propositions font partie de la description possible d'un stade 3). Des lésions de plus de 2 cm ne peuvent pas être stérilisées par la radiothérapie.

[96]

D

Tous stades confondus, l'espérance de vie globale est de 25 % à 5 ans. Il s'agit d'un cancer de mauvais pronostic

[97]

cc

Madame T..., âgée de 34 ans consulte pour l'apparition depuis 2 mois environ d'une pesanteur pelvienne. A l'interrogatoire, on ne retrouve pas la notion d'aménorrhée ou de métrorragies mais celle d'un amaigrissement de 4 kg en 2 mois. L'examen révèle une augmentation de l'abdomen localisée en sous-ombilical. Le toucher vaginal avec palpation montre la présence d'une masse annexielle à droite, irrégulière et non mobile. L'utérus paraît de taille normale. L'auscultation pulmonaire est normale.

Quel est le diagnostic le plus probable de la maladie?

- A - Kyste folliculaire ovarien droit**
- B - Choriocarcinome placentaire**
- C - Cancer épithélial ovarien**
- D - Cancer colique sigmoïdien**
- E - Cancer de l'endomètre**

[98]

Parmi les examens paracliniques suivants, vous devez demander:

- A - Lymphographie bipédieuse**
- B - Frottis du col utérin**
- C - Echographie abdomino pelvienne**
- D - Dosage de l'Ag Ca 125**
- E - U.I.V.**

[99]

Un traitement chirurgical à visée curatrice est entrepris dans un premier temps. On constate une carcinose péritonéale. Comment classez-vous cette maladie?

- A - Stade I a**
- B - Stade I b**
- C - Stade II**
- D - Stade III**
- E - Stade IV**

[100]

L'examen histologique montre des cellules indifférenciées de grade III. Devant une exérèse tumorale incomplète, on décide de débiter une chimiothérapie qui comporte du Cisplatine. Parmi les effets secondaires suivants, vous attribuez au Cisplatine

A - Alopécie

B - Surdité

C - Insuffisance rénale

D - Pancytopénie

E - Fibrose pulmonaire

[97]

C

L'utérus est de taille normale ( limine B, E), le sigmoïde est à gauche et se cancrise plus tard, on est donc orienté vers une pathologie maligne ( limine A) de l'annexe droite (augmentation de volume rapide, masse irrégulière et fixée, amaigrissement) et par argument de fréquence vers un cancer épithélial ovarien.

[98]

B C D E

L'échographie permet de préciser la nature (liquide ou solide). L'urographie intra-veineuse précise la position des uretères avant l'intervention chirurgicale et le retentissement éventuel de la tumeur sur l'appareil urinaire.

Le CA 125 est un marqueur tumoral souvent élevé dans les tumeurs ovariennes. La lymphographie est inutile car les métastases ganglionnaires sont tardives et leur présence ne modifie pas la conduite thérapeutique.

Le frottis du col est conseillé bien que l'hystérectomie totale soit faite si elle est possible.

[99]

D

Le stade III est défini par l'atteinte intra-péritonéale extra-pelvienne en l'absence de métastase extra-abdominale clinique.

[100]

B C D

La toxicité rénale de ce produit nécessite une diurèse provoquée > ou égale à 3 1/24 h. Lors de son administration, cette toxicité est cumulative (liée à la dose totale).

La toxicité porte sur les hautes fréquences, la plupart du temps se réduit à des bourdonnements d'oreilles.

La pancytopénie est plus rare (my lod pression).

DIABETE ET GROSSESSE

[123]

L'action hypoglycémisante des sulfamides antidiabétiques peut être potentialisée par l'un des médicaments suivants, lequel

- A - Tétracycline
- B - Pénicilline G
- C - Noramidopyrine
- D - Antivitamines K
- E - Hormones thyroïdiennes

[123]

D

Les antivitamines K inhibent le catabolisme hépatique des sulfamides hypoglycémisants.

Les hormones thyroïdiennes sont hyperglycémisantes.

Les autres produits n'interagissent pas.

[305]

Une jeune femme désire une grossesse et elle est atteinte d'un diabète insulino-dépendant depuis l'enfance. Parmi les propositions suivantes, quelle est celle qui est fautive ?

- A - Grossesse à éviter en cas de rétinopathie proliférante
- B - Education à l'auto-surveillance glycémique si celle-ci n'est pas effectuée
- C - L'hyperglycémie au moment de la conception n'a pas de signification péjorative
- D - Il peut être utile de conseiller le port d'une pompe à insuline pendant la grossesse
- E - L'équilibre pourra être surveillé par l'hémoglobine glycosylée pendant la grossesse

[305]

C

L'hyperglycémie au moment de la conception est accusée d'augmenter les malformations congénitales. La grossesse chez la diabétique doit donc être programmée afin d'équilibrer parfaitement le diabète au moment de la conception

[370]

Au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse chez une patiente diabétique insulino-dépendante, quels

sont les éléments qu'il faudra faire intervenir dans la décision obstétricale (choix du moment du mode d'accouchement)?

- A - Parité
- B - Echographie
- C - Rythme cardiaque fœtal
- D - Equilibre diabétique
- E - Notion d'utérus cicatriciel

[370]

A B C E

La parité intervient dans le choix du mode d'accouchement (ATCD de césarienne, voie basse, poids des enfants à la naissance). L'échographie renseigne sur la biométrie (macrosomie) et le bien-être fœtal (score de Magnin). L'enregistrement du RCF dépiste une souffrance fœtale éventuelle. La notion d'utérus cicatriciel intervient dans la décision de césarienne.

MALADIES

INFECTIEUSES ET

GROSSESSE

[6]

Une femme enceinte au terme de 2 mois a eu un contact avec un enfant. Il apparaît chez celui-ci une éruption rubéoliforme 4 jours plus tard. Le sérodiagnostic est pratiqué deux jours après l'apparition de l'éruption de l'enfant. Le titre est de 1/60. Quelle est votre interprétation ?

A - C'est une immunité ancienne, vous rassurez la patiente
B - Vous demandez un contrôle sérologique à 15 jours d'intervalle
C - Vous demandez un fractionnement avec recherche d'IgM
D - Vous estimez nécessaire de faire pratiquer une injection de gammaglobulines spécifiques
E - Vous concluez à une rubéole de primo-infection et demandez un avortement

[6]

A

La durée d'incubation minimale de la rubéole est de 14 jours. Le dosage fait ici au 6^e jour du contact permet donc de conclure à une immunité ancienne et de rassurer la patiente (seuil de positivité = 1/20).

[39]

Parmi les 5 vaccins suivants, citez celui(ceux) que l'on peut prescrire sans arrière-pensée pendant la grossesse

A - BCG
B - Vaccin antipolyomyélitique buvable
C - Vaccin antirubéolique
D - Vaccin antigrippal
E - Vaccin antihépatite B

[39]

D E

Les vaccins vivants même atténués sont contre-indiqués pendant

la grossesse car susceptibles d'un passage transplacentaire. Le vaccin antigrippal est inactivé et celui de l'hépatite B est un vaccin antigénique donc peuvent être prescrits

[

[95]

Chez une femme enceinte dont la sérologie de la toxoplasmose est négative, vous devez conseiller de:

A - Faire une sérologie de la toxoplasmose une fois par mois jusqu'à l'accouchement
B - Bien cuire la viande
C - Bien cuire les poissons
D - Bien laver les fruits et les légumes
E - Eviter les chats

[95]

A B D E

Le cycle du parasite toxoplasme passe par le chat, ses excréments (susceptibles de contaminer fruits et légumes) puis le muscle des herbivores (boeuf et porc); les poissons ne sont pas concernés. Il est conseillé de pratiquer mensuellement un contrôle sérologique jusqu'à l'accouchement.

[107]

Quels sont les virus dans la liste ci-dessous qui ont un pouvoir tératogène reconnu?

A - Poliovirus
B - Virus de la rubéole
C - Virus de la rage
D - Virus de l'hépatite A
E - Virus des inclusions cytomégaliennes

[107]

B

Les malformations fœtales congénitales d'origine virale (tératogénicité) sont dues au virus de la rubéole (cataracte, microcéphalie, malformations cardiaques, surdité) et au cytomégalovirus (hydrocéphalie, microcéphalie, encéphalie, cécité, mort in utero).

Le virus de la polio n'entraîne pas de malformation mais peut être transmis en fin de grossesse.

Le virus de l'hépatite A peut être tenu responsable de mort in utero mais pas de malformations.

[128]

Une femme enceinte de 8 semaines reste au contact 3 jours (J O J 3) auprès d'un enfant atteint d'une éruption rubéolique. On ignore si

elle est immunisée Un séro-diagnostic de rubéole est réalisé au jour J 7, le laboratoire retrouve un taux d'anticorps en inhibition de l'hémagglutination positive au 1/128

A - Il s'agit d'une immunité acquise antérieurement

B - Il s'agit d'une immunité d'apparition récente

C - Il s'agit d'un résultat ininterprétable

D - Ce résultat sera interprétable seulement avec la comparaison avec un examen de contrôle réalisé 15 jours au plus tard

E - Il faut réaliser l'injection de gammaglobulines spécifiques anti-rubéoliques à la mère

[128]

A

L'incubation de la rubéole est de 14 jours minimum, le sérodiagnostic se positivise le jour de l'éruption.

Un taux de 1/128^{ème} au 7^{ème} jour signe donc une immunisation ancienne

[157]

Parmi les 5 infections ci-dessous, indiquer celle(s) qui fait (font) courir un danger pour la grossesse ou le fœtus

A - Herpès génital

B - Cytomégalovirus

C - Toxoplasmose

D - Virus de l'hépatite B

E - Listeria

[157]

A B C D E

L'herpès génital peut être responsable d'encéphalite herpétique chez le nouveau-né

(contamination le plus souvent au moment de la naissance)

- le cytomégalovirus est responsable de mort fœtale in utero ou de malformations céphaliques

- la toxoplasmose est responsable de mort in utero et d'atteinte oculaire ou neurologique

- la listériose est responsable de mort in utero, de méningite, hépatite ou septicémie néonatale.

Enfin le virus de l'hépatite B ne donne pas de malformation mais peut provoquer une mort

fœtale in utero ou une hépatite néonatale (rare) et un accouchement prématuré

[189]

Parmi les infections suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) susceptible(s) de donner une embryofœtopathie:

A - Listériose

B - Syphilis

C - Rubéole

D - Cytomégalovirus

E - Hépatite épidémique de type A

[189]

A B C D

La listériose peut provoquer chez le nouveau-né une méningite, hépatite ou septicémie.

La syphilis congénitale associe des lésions cutanéo-muqueuses, une hépatosplénomégalie et ascite.

La rubéole est responsable de cataracte, microcéphalie, malformation cardiaque et surdité.

Le cytomégalovirus provoque une hydrocéphalie ou microcéphalie, encéphalite et surdité.

L'hépatite A ne donne pas d'embryofœtopathie

[217]

Madame R. est enceinte pour la deuxième fois.

La première grossesse s'est déroulée normalement. Vous avez noté sur son dossier: son groupe sanguin ORh+, sérologie rubéole 1/20, sérologie toxoplasmose négative. Vous devez obligatoirement prescrire pour la déclaration de sa deuxième grossesse

A - Sérologie rubéole

B - Sérologie toxoplasmose

C - Sérologie syphilis

D - Agglutinines irrégulières

E - Sucre et albumine dans les urines

[217]

B C E

La sérologie de la rubéole étant positive lors de la 1^{ère} grossesse il n'est pas nécessaire de la redemander.

Une recherche d'agglutinines irrégulières est recommandée pour rechercher une immunisation dans les autres groupes (E, E, Kell) mais non obligatoire pour la déclaration puisque la patiente est rhésus positif.

[227]

Au cours d'une toxoplasmose acquise chez une femme enceinte non immunisée

A - Le plus grand risque de contamination fœtale se rencontre au cours du dernier trimestre de la grossesse

B - La prescription de Spiramycine (Rovamycine®) diminue le risque de contamination fœtale

C - C'est au cours du premier trimestre de la grossesse que le fœtus peut contracter la forme

grave (méningo-encéphalomyélite) de la maladie

D - Les immunoglobulines IgM antitoxoplasmiques de la mère passent habituellement la barrière placentaire

E - Au cours du dernier trimestre de la grossesse le fœtus peut être atteint de toxoplasmose congénitale infraclinique dans près de 50% des cas

[227]

A B C E

La toxoplasmose est plus fréquemment transmise au troisième trimestre (50 %) mais plus grave lors du premier trimestre (méningo-encéphalomyélite)

Le traitement diminue le risque de contamination fœtale et améliore le pronostic fœtal. Seules les IgG maternelles passent la barrière placentaire. Les IGM spécifiques fœtales n'apparaissent qu'après 20 SA et sont donc spécifiques de la contamination fœtale (intérêt de la ponction in utero de sang fœtal au cordon).

[231]

Madame L., 3^{ème} geste, 3^{ème} pare, est enceinte de 38 semaines. Elle vous appelle car elle a une température à 39° évoquant un syndrome grippal. L'examen clinique et obstétrical est normal. Quelle conduite immédiate proposez-vous?

A - Vous prescrivez du paracétamol et vous surveillez l'évolution

B - Vous demandez un examen cytobactériologique des urines

C - Vous demandez un Paul et Bunnell

D - Vous demandez une hémoculture

E - Vous prescrivez de l'Ampicilline 3 g/jour

[231]

B D E

Tout syndrome grippal fébrile en cours de grossesse doit faire l'objet de prélèvements bactériologiques urinaires (l'infection urinaire est souvent asymptomatique et souvent fébrile) et d'une hémoculture qui est le prélèvement le plus sensible pour la recherche de listériose. Une antibiothérapie active sur les listéria doit alors être entreprise dans l'attente des résultats.

[253] !!!!!!!!!!!

Vous avez la certitude d'une séro-conversion pour la toxoplasmose au 7^{ème} mois de grossesse de Madame X. - - Quel(s) élément(s)

vous permettront d'affirmer que le nouveau-né de cette femme n'est pas contaminé?

A - Examen clinique initial normal

B - Absence d'IgM spécifiques à la sérologie néo-natale

C - Négativité de la sérologie chez l'enfant dans les premiers mois

D - Fond d'oeil et radiographie du crâne normaux

E - Traitement maternel par la spiramycine pendant les trois derniers mois de la grossesse

[244]

Une femme enceinte au terme de deux mois a eu un contact avec un enfant. Il apparaît chez celui-ci une éruption rubéoliforme quatre jours plus tard. Le sérodiagnostic maternel est pratiqué deux jours après l'apparition de l'éruption de l'enfant. Le titre est de 1/80. Que faites-vous?

A - C'est une immunité ancienne, vous rassurez la patiente

B - Vous demandez un contrôle sérologique à 15 jours d'intervalle

C - Vous demandez un fractionnement avec recherche d'IgM

D - Vous estimez nécessaire de pratiquer une injection de gammaglobulines spécifiques

E - Vous concluez à une rubéole de primo-infection et demandez un avortement

[244]

A

Un titre, même faible (>1/20 ou 25 UJ/ml) affirme l'immunité ancienne.

Les immunoglobulines apparaissent en effet 14 jours après le contact en même temps que les signes cliniques éventuels.

[259]

Madame R., 22 ans, vous consulte pour une lésion vulvaire douloureuse.

Vous constatez des vésicules en bouquet sur la grande lèvre, certaines étant rompues. Il existe des adénopathies inguinales homolatérales sensibles. Elle a

38°5. Quel(s) diagnostic(s) devez-vous soulever?

- A - Une syphilis
- B - Des condylomes vulvaires
- C - Un herpès génital
- D - Un cancer
- E - Une mycose vulvaire

[259]

A C

La présence de vésicules en bouquet évoque en tout premier lieu un herpès génital mais la fièvre et les adénopathies homolatérales sensibles, moins typiques de ce diagnostic, doivent faire rechercher systématiquement une syphilis associée, la contamination pouvant être multiple ou concomitante sur ce terrain "à risque".

[266]

Madame Z. 39 ans, vous consulte pour un petit bouton à la vulve apparu depuis 8 jours. A l'examen, on retrouve une ulcération de 1 cm de diamètre, recouverte d'une sérosité, à peine indurée, la palpation est indolore. Il existe quelques ganglions perçus indolores au triangle de scarpa. Quel(s) diagnostic(s) soulevez vous?

- A - Un herpès génital
- B - Un condylome
- C - Une syphilis
- D - Une donovanose
- E - Un cancer de la vulve

[266]

A C E

Les réponses A, C, D, E sont compatibles avec une ulcération vulvaire néanmoins l'herpès est souvent multifocal douloureux et non induré, mais doit être évoqué par argument de fréquence et le cancer de la vulve apparaît chez une femme plus âgée (moins de 60 ans), mais doit être évoqué en raison de sa gravité. Le condylome n'est pas ulcéré et la donovanose est une ulcération chronique large à fond granuleux, sans adénopathies, chez une femme d'origine tropicale et est exceptionnelle en FranGe

[269]

Quel traitement préventif préconisez-vous à un nouveau-né de mère Ag HBs et Ag HBe positifs?

- A - Aucun traitement
- B - Immunoglobulines polyvalentes
- C - Vaccination seule
- D - Immunoglobulines spécifiques seules
- E - Séro-vaccination

[269]

E

La présence d'Ag HBs et HBe chez la mère témoigne d'une infection en cours à haut risque contagieux. La transmission se fait en particulier au moment de l'accouchement et des 1ères semaines et la prévention se fait par l'injection de gamma-globulines Anti HBs et de la 1ère dose vaccinale.

[271]

Un syndrome nommé "toxic shock syndrome" est observé chez la femme après port de tampons vaginaux qui favorisent la pullulation d'une espèce bactérienne et la sécrétion de ses toxines. Parmi les espèces bactériennes suivantes, laquelle est responsable?

- A - Escherichia coli
- B - Shigella dysenteriae
- C - Staphylococcus aureus
- D - Staphylococcus albus
- E - Streptococcus du groupe B

[271]

C

Sans commentaire

[276]

Chez une femme enceinte et non prémunie contre la toxoplasmose indiquer le rythme de surveillance sérologique toxoplasmique dans le cadre de la prévention de la toxoplasmose congénitale.

- A - Surveillance hebdomadaire
- B - Surveillance inutile
- C - Surveillance trimestrielle
- D - Sérologie à l'accouchement
- E - Surveillance mensuelle

[276]

E

Le risque foetal en cas d'infection toxoplasmique pendant la grossesse est présent toute la durée de celle-ci bien que le risque soit plus faible (mais les conséquences plus graves) au 1er trimestre. La surveillance est donc classiquement mensuelle ainsi qu'à l'accouchement par prélèvement au cordon.

[292]

Une femme enceinte de deux mois présente un contage rubéolique le 5 mai. Le 8 mai, la sérologie de la rubéole demandée en urgence (dosage de IgG) revient positive à i/i 28. Il faut théoriquement

- A - Proposer une interruption de grossesse
- B - Faire une ponction de cordon à 20 semaines d'aménorrhée
- C - Rassurer la patiente : son enfant ne risque rien
- D - Faire d'urgence des gamma-globulines spécifiques
- E - Refaire dans 3 semaines un dosage des IgG associé à un dosage des IgM

[292]

C

Les immunoglobulines apparaissent au 14ème jour après le contage (virémie). Une sérologie positive au 3ème jour témoigne d'une immunité ancienne.

[300]

La grossesse contre-indique

- A - Les injections d'immunoglobulines humaines
- B - La vaccination antirabique
- C - La vaccination antigrippale
- D - La vaccination antirubéolique
- E - La vaccination antipoliomyélitique par voie parentérale

[300]

D

Les vaccinations à virus vivant atténué sont contre-indiquées pendant la grossesse mais le vaccin antigrippal est réputé sans danger. En aucun cas une vaccination faite en début de grossesse n'est une indication à un avortement thérapeutique.

[302]

Parmi les propositions thérapeutiques suivantes, citer celle(s) qui doit (doivent) être effectuée(s) à la naissance chez le nouveau-né de mère antigène HBs positif:

- A - Gammaglobulines non spécifiques
- B - Gammaglobulines spécifiques du virus B
- C - Vaccin seul
- D - Séro-vaccination
- E - Vidarabine à petites doses

[302]

D

Voir question [269].

[312]

Chez une femme enceinte, la présence d'un taux sérique élevé d'anticorps antitoxoplasme de classe IgM prédominante:

- A - N'a aucune valeur diagnostique
- B - Est le reflet d'une réponse humorale de type primaire
- C - Protège le fœtus de l'atteinte du toxoplasme
- D - Est un signe de réinfection toxoplasmique de la mère
- E - Induit une immunité contre la rubéole

[312]

B

L'augmentation des IgM correspond à une primo-infection toxoplasmique, elles peuvent néanmoins persister à un taux plus faible des mois après l'infection mais la classe IgG est alors prédominante. De même lors de la réinfection seules les IgG s'élèvent.

[319]

Quelle est la pathologie maternelle à rechercher en cas de risque de surdité néonatale?

- A - Ascendant atteint de otospongiose
- B - Contage rubéolique pendant la gestation
- C - Mère travaillant en milieu bruyant pendant la grossesse
- D - Tabagisme
- E - Contage de toxoplasmose pendant la gestation

[319]

B

En cas de primo-infection rubéolique entre 12 et 16 SA 35 % des enfants sont atteints de surdité congénitale.

[322]

L'herpès génital maternel est dangereux pour le fœtus. Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s)

- A - HSV1 est moins dangereux que HSV2
- B - Il peut être responsable d'encéphalite néonatale
- C - L'infection maternelle est surveillée par une variation des IgM spécifiques
- D - L'infection maternelle est surveillée par une variation des IgG spécifiques

E - Le traitement par l'Acyclovir est contre-indiqué chez l'enfant avant l'âge de un an

[322]

B

HSV1 est majoritairement buccal et non génital (10 %). La surveillance se fait classiquement par culture des prélèvements cervico-vaginaux vulvaires hebdomadaires à partir de la 34^{ème} SA. L'Acyclovir peut être utilisé chez la mère en fin de grossesse et chez l'enfant contaminé

[323]

La rubéole congénitale

- A - Atteint les voies biliaires
- B - Est responsable d'une infiltration monocytaire du cordon à la naissance
- C - Est responsable d'une cataracte
- D - Peut entraîner une phocomélie
- E - Est une des causes principales de fentes labio-palatines

[323]

C

A - Il existe une hépatite avec ictère sans atteinte des voies biliaires.
D - L'altération des os longs (bandes claires métaphysaires) ne provoque pas de phocomélie

[331]

Une femme enceinte de six semaines vient consulter avec les résultats des examens sérologiques de la toxoplasmose suivants: IgG 1000 UI. Test de Remington: négatif. Le médecin doit:

- A - Faire avorter sa patiente
- B - La rassurer puisqu'elle est immunisée
- C - Ne rien faire avant les résultats d'un nouvel examen sérologique de contrôle
- D - Traiter avec de la Rovamycine®
- E - Traiter avec de la Rovamycine et de la Priméthamine (Fansidar®)

[331]

B

Un taux de 1000 UI/ml d'IgG est élevé et on ne peut se contenter de l'absence d'IgM pour conclure à une infection ancienne, seul un deuxième dosage montrant la stagnation des taux permet de rassurer la patiente.

[349]

Chez une femme enceinte, au troisième

trimestre de la grossesse, qui se plaint de fièvre apparemment isolée à 40°C avec frissons, quels sont les deux diagnostics à évoquer en priorité?

- A - Listériose
- B - Pneumonie atypique
- C - Grippe
- D - Infection des voies urinaires
- E - Infection par le cytomégalo virus

[349]

A E

Listériose et infection à CMV sont à évoquer en priorité, non pour leur fréquence mais pour leur gravité sur le fœtus (mort in utero). L'infection des voies urinaires sera recherchée systématiquement mais est rarement asymptomatique à ce degré.

[351]

Madame D. est enceinte de 8 semaines, elle garde pour la première fois un enfant de 2 ans chez qui apparaît ce jour une éruption qui évoque pour vous une rubéole certaine.

Madame D. ignore son immunité rubéolique et vous lui faite un prélèvement sanguin immédiat pour connaître son immunité. Lorsqu'elle vous apporte le résultat du laboratoire, elle est très inquiète car le taux d'IgG est à 1/1 280. Que lui dites-vous?

- A - Il s'agit d'une rubéole, comme vous êtes enceinte de 8 semaines, il faut avorter, en raison du risque de malformation foetale
- B - Il faut faire un deuxième prélèvement dans 15 jours, si le taux augmente de 2 dilutions cela voudra dire qu'il y a rubéole et qu'il faut avorter
- C - Il faut faire un deuxième prélèvement pour doser les IgG et les IGM si les IgG sont seules élevées, il s'agit d'une immunité ancienne, aucune crainte
- D - Le prélèvement ayant été fait le jour de l'apparition de l'éruption chez l'enfant, il s'agit d'une immunité ancienne avec taux d'anticorps élevés
- E - Il faut à 20 semaines de grossesse faire un prélèvement sanguin au cordon sous échographie pour savoir si l'enfant a fait ou non une rubéole

[351]

D

Sans commentaire

[363]

Un accouchement prématuré fébrile avec tableau pseudo-grippal doit faire suspecter avant tout une des maladies suivantes.

Laquelle?

A - La toxoplasmose

B - La rubéole

C - La listériose

D - L'herpès

E - La mononucléose infectieuse

[363]

C

La listériose, maladie bénigne en dehors de la grossesse, se manifeste par un tableau pseudogrippal fébrile qui peut entraîner une mort in utéro ou un travail prématuré. Toute fièvre en cours de grossesse impose donc la recherche d'une listériose et d'une antibiothérapie adaptée

[371]

Les examens suivants du sang du cordon peuvent orienter vers une toxoplasmose congénitale:

A - Hémogramme

B - Dosage LDH

C - Dosage gamma GT

D - Dosage de la bilirubine

E - Dosage des IgM non spécifiques

[371]

A B C E

Les signes biologiques indirects de l'infection toxoplasmique foetale sont réosinophilie, la thrombopénie, l'augmentation des IgM globales, des gamma GT et des LDH. La présence d'IgM spécifiques et le risolement des parasites par inoculation à la souris lorsqu'ils sont négatifs n'éliminent pas la possibilité d'infection.

[374]

Quelle est la période de la grossesse où le risque de contamination foetale est le plus élevé en cas de primo-infection toxoplasmique?

A - Le premier mois

B - Les trois premiers mois

C - Du 4ème au 6ème mois

D - Les trois derniers mois

E - Le risque est identique tout au long de la grossesse

[374]

D

Le risque de contamination est de < 20 % en début de grossesse contre 70 % en fin de grossesse. En revanche, la gravité de l'infection est beaucoup plus élevée en début de grossesse (maximum entre 10 et 17 semaines d'aménorrhée) où l'on trouve les formes léthales et les atteintes pluriviscérales.

Il faut faire la différence entre le risque de contamination et la gravité de l'infection

[381]

En cas de séroconversion toxoplasmique au cours d'une grossesse

A - Le foetus est toujours contaminé

B - Le foetus a plus de risque d'être contaminé si l'infection a lieu en début de grossesse

C - Le foetus peut posséder des anticorps antitoxoplasmiques de classe IgG

D - Le titre des anticorps antitoxoplasmiques du foetus est toujours supérieur à celui de la mère

E - Le foetus possède toujours des anticorps antitoxoplasmiques de classe IgM

[381]

C

La contamination foetale est d'autant plus fréquente et d'autant moins grave qu'elle a lieu tard dans la grossesse. Le foetus possède les anticorps transmis par la mère (IgG) et parfois des anticorps spécifiques (IgM) dont l'absence ne permet pas d'éliminer l'infection foetale.

[387]

Une femme enceinte au terme de 34 semaines est hospitalisée en urgence, pour une fièvre à 40 degrés. Elle accouche 3 heures plus tard d'un enfant de 2,100 g en état de souffrance aiguë. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous?

A - Toxoplasmose aiguë

B - Tuberculose

C - Syphilis

D - Listériose aiguë

E - Herpès

[387]

D

[30]

cc

Une jeune femme, à la 30ème semaine de grossesse, développe un état infectieux

d'allure
grippale comportant fièvre à 39°,
frissons, myalgies. L'examen clinique
montre une
tuméfaction modérée des ganglions
cervicaux La vitalité foetale ne semble
pas compromise.
compte tenu du terrain, vous suspectez
une infection à listeria monocytogènes.

Parmi les propositions suivantes,
laquelle (lesquelles) peut (peuvent)
s'appliquer à ce germe?

- A - Bacille anaérobie strict
- B - Bacille à gram positif
- C - Sporulé
- D - Immobile
- E - Peu résistant dans le milieu
extérieur

[31]

Quelle(s) caractéristique(s)
épidémiologique(s) peut (peuvent)
s'appliquer à la listériose?

- A - Contamination digestive
- B - Maladie sexuellement transmise
- C - Transmission par un arthropode
vecteur
- D - Germe hydrotellurique
- E - Réservoir strictement humain

[32]

Parmi les agents suivants, lequel
(lesquels) pourrai(en)t être
responsable(s) d'un tableau identique
chez cette jeune femme?

- A - Streptocoque B
- B - Yersinia entérocolitica
- C - Eschérichia coli
- D - Toxoplasma gondii
- E - Tréponème pallidum

[33]

Chez la femme enceinte, quelle(s) autres
traduction(s) clinique(s) peut
(peuvent) avoir la listériose?

- A - Abscès gynécologiques
- B - Latence totale
- C - Méningite purulente

- D - Discospondylite
 - E - Pleuro-pneumopathie
- [34]

Quel(s) examen(s) faut-il mettre en oeuvre
pour assurer rapidement le
diagnostic chez cette jeune femme?

- A - Prélèvement de gorge
- B - Hémogramme
- C - Ponction lombaire
- D - Sérologie spécifique
- E - Hémocultures

[35]

Quelle(s) peut (peuvent) être la (les)
conséquence(s) de la listériose
maternofoetale non traitée chez cette jeune
femme?

- A - Accouchement prématuré
- B - Malformations cardiaques
- C - Risque de stérilité ultérieure
- D - Septicémie néonatale
- E - Malformations oculaires

[36]

Quelle attitude thérapeutique vous paraît la
plus appropriée au cas de cette jeune
femme?

- A - Spiramycine pendant 3 semaines
- B - Gentamicine jusqu'à l'accouchement
- C - Ampicilline pendant 3 semaines
- D - Ampicilline jusqu'à l'accouchement
- E - Acide nalidixique jusqu'à
l'accouchement

[37]

Quelle est la meilleure prophylaxie de la
listériose néonatale?

- A - Prélèvement vaginal lors de chaque
visite prénatale
- B - Surveillance régulière de la sérologie
- C - Hémocultures systématiques à chaque
épisode fébrile maternel
- D - Prélèvement de gorge systématique à
chaque épisode fébrile maternel
- E - Vaccination sous contraceptifs de toute
femme séronégative

[30]

B

La listéria monocytogène est un bacille gram positif non capsulé, non sporulé mais pourvu de cils périphériques qui le rendent mobile. C'est un germe résistant que l'on trouve dans le milieu extérieur (réservoir tellurique).

[31]

A D

Ce germe est ubiquitaire (réservoir tellurique) et donc susceptible de contaminer les aliments et l'eau par opposition aux germes transmis par un vecteur ou par rapports sexuels.

[32]

D

Il faut penser systématiquement à la toxoplasmose, souvent asymptomatique mais parfois responsable d'adénopathies cervicales et de syndrome grippal grave par le risque de transmission foetale. Les autres germes sont spécifiques d'une localisation infectieuse particulière qui prédomine par rapport au syndrome grippal.

[33]

B C E

La listériose est parfois totalement latente et explique certaines morts foetales in utero (prélèvements bactériologiques placentaires systématiques). Elle peut provoquer une méningite purulente (fréquemment à liquide clair). Il existe des formes pleuropulmonaires pseudotuberculeuses chez des patients immunodéprimés dont les femmes enceintes font partie.

[34]

E

Les hémocultures retrouvent le plus souvent le germe en période fébrile. La sérologie donne des résultats inconstants et trop tardifs. La ponction lombaire ne se discute qu'en cas de signes méningés, ce qui n'est pas le cas. L'hémogramme est non spécifique et le prélèvement de gorge exceptionnellement positif (contamination digestive).

[35]

A D

Le fœtus contaminé risque une septicémie responsable de mort in utero, accouchement prématuré, ou avortement selon le terme et des localisations méningées ou hépatiques responsables de lourdes séquelles. Les malformations oculaires sont dues particulièrement à la toxoplasmose et les malformations cardiaques évoquent la rubéole. Des avortements successifs ont été attribués dans quelques observations à la listériose sans que l'on puisse parler de stérilité.

[36]

C

La listéria est sensible à l'ampicilline, aux céphalosporines et à la gentamicine. Le traitement classique se fait par 3 à 6 g/24 heures d'ampicilline pendant 3 semaines.

[37]

C

Seule la pratique systématique d'hémocultures à chaque épisode maternel permet de dépister et guérir une listériose maternelle. Il n'existe pas de vaccin (contrairement à la rubéole) et les autres examens sont très peu sensibles.

[74]

cc

Cette femme de 32 ans, enceinte de 3 mois, est hospitalisée pour un syndrome méningé

modérément fébrile, un état sub-comateux et une paralysie oculomotrice.

La ponction lombaire montre un liquide opalescent dont l'examen bactériologique révélera la présence de Listéria

Monocytogènes.

Cute la grossesse, d'autres terrains peuvent favoriser la pathogénicité de ce germe relativement rare ; ainsi vous retenez:

A - Enfance

B - Adulte jeune

C - Cirrhose éthylique

D - Cancer digestif

E - Asthme

[75]

Au cours de cette méningite, quelle est l'anomalie la plus évocatrice de l'examen cytochimique du LCR?

A - Hyper-albuminorachie avec hypercytose lymphocytaire pure

B - Hypoglycorachie avec hypercytose lymphocytaire pure

C - Glycorachie normale ou abaissée et hypercytose panachée (présence de polynucléaires et de lymphocytes en quantité à peu près égale)

D - Hyperchlorurachie avec hypercytose lymphocytaire pure

E - Hypoglycorachie avec hypercytose à polynucléaires

[76]

Quelle(s) est (sont) la (les) possibilité(s) prévisible(s) de déviation de la grossesse?

A - Accouchement à terme d'un enfant normal

B - Accouchement à terme d'un enfant porteur d'une cardiopathie

C - Accouchement proche du terme d'un enfant porteur d'une listériose néonatale

D - Avortement au cours de l'évolution de la méningite

E - Aucune des manifestations précédentes

[77]

Quel traitement proposez-vous chez cette patiente?

A - Ampicilline

B - Chloramphénicol

- C - Céphalosporine, type Cefotaxime®
 - D - Erythromycine
 - E - Tétracycline
- [78]

Quelle(s) est (sont) la(les) autre(s) localisation(s) fréquente(s) de ce germe?

- A - Hépatiques
- B - Pleuro-pulmonaires
- C - Rénales
- D - Infection placentaire
- E - Aucune d'entre elles

[74]
C D

Toutes les situations d'immunodépression cellulaire favorisent le développement de ce germe ubiquitaire qui devient alors virulent.

[75]
C

Malgré sa nature bacillaire, la listéria peut donner des méningites à liquide clair lymphocytaires mais le tableau d'hypercytose panachée est le plus fréquemment retrouvé.

[76]
A D

La listériose est grave pour le fœtus responsable d'avortement et de septicémie fœtale en l'absence de traitement précoce adapté. Elle n'est pas responsable de malformation fœtale (cardiopathie) et l'absence d'avortement signifie que le fœtus est indemne lorsque le traitement est adapté.

[77]
A

Le traitement classique est l'ampicilline 3 à 6 g/24 h pendant 3 semaines. Les aminosides et céphalosporines peuvent également être utilisées.

[78]
B D

Les atteintes classiques sont l'infection placentaire à rechercher systématiquement par prélèvement bactériolo-placentaire en cas de mort fœtale in utero ou souffrance fœtale inexplicée, lors de la délivrance. Chez la mère elle, peut réaliser un tableau pseudogrippal, pseudotyphoïdien.

[88]
cc

Madame A. présente à 37 semaines un ictère cutanéomuqueux net avec prurit modéré.

L'ictère s'est installé progressivement avec un syndrome pseudo-grippal et des vomissements. La température est à 37,6°. Sur le plan obstétrical, la H.U. est à 32 cm et le fœtus bouge bien. Le col n'est pas modifié. La T.A. est à 125/70. Au Labstix : albumine-, glycosurie -, acétone +, nitrite -.

Quel est le diagnostic le plus probable?

- A - Cholestase gravidique
 - B - Hépatite virale
 - C - Hépatite listérienne
 - D - Hépatite carencielle
 - E - Péri hépatite à chlamydia
- [89]

Quel(s) examen(s) biologique(s) allez-vous demander?

- A - Transaminases
- B - Phosphatases alcalines
- C - Bilirubine
- D - Cholestérol
- E - Electrophorèse des protides sanguins

[90]

Le(s) risque(s) encouru(s) par ce fœtus est(sont)

- A - Prématurité
- B - Hypotrophie
- C - Mort in utero
- D - Malformation cardiaque
- E - Hépatite chronique

[91]

Le signe de gravité de cet ictère gravidique est:

- A - Prurit
- B - Hypercholestérolémie à 4 g/l
- C - Pouls à 55
- D - Taux prothrombine à 50 %
- E - Présence d'acétone + au Labstix

[92]

En plus des règles hygiéno-diététiques que prescrivez-vous systématiquement ?

- A - Cholestéramine (Questran®)
- B - Bétamimétiques
- C - Ampicilline
- D - Héparine
- E - Aucune des propositions ci-dessus

[88]
B

Il s'agit en l'absence de signes infectieux du tableau classique de la cholestase gravidique. Dans ce contexte pseudogrippal, c'est

l'hépatite virale qui est évoquée en premier lieu.

[89]

A B C

Le bilan hépatique recherche une cytolysse (transaminases) et apprécie le degré de la cholestase (phosphatases alcalines, bilirubine).

[90]

C E

La prématurité est définie par l'accouchement avant 37 S.A. donc est ici exclue, de même pour les malformations et rhyptrophie. L'atteinte foetale peut entraîner une hépatite chronique ou la mort foetale in utéro (rare). On pratiquera une séroprophylaxie systématique à la naissance.

[91]

D

La gravité essentielle est liée à l'insuffisance hépatique avec baisse des facteurs de coagulation, augmentant le risque maternel et obstétrical (hémorragie de la délivrance).

[92]

A

Le prurit peut être combattu par le Questran® après échec des antihistamiques car il est théoriquement non absorbé.

AMENORRHEE

[20]

Les propositions suivantes sont fausses, sauf une Le bilan d'une aménorrhée secondaire chez une femme de 35 ans montre une selle turcique normale, un taux élevé de FSH et de LH plasmatiques, un taux normal de prolactine et de testostérone, un test de grossesse négatif, un taux très bas de progestérone, un examen gynécologique normal. Le diagnostic s'oriente vers:

- A - Une dysgénésie gonadique**
- B - Une syndrome de Stem et Leventhal**
- C - Une tumeur hypophysaire**
- D - Une ménopause précoce**
- E - Une aménorrhée psychogène**

[20]

D

L'augmentation de FSH et LH signe l'origine basse de l'aménorrhée.

La dysgénésie gonadique est responsable d'une aménorrhée primaire et dans le syndrome de

Stem Leventhal, l'élévation de FSH et LH est dissocié et l'examen retrouve en général de gros

ovaires polykystiques et un hirsutisme (hyperandrogénie).

[44]

Une aménorrhée secondaire peut être due à:

- A - Un traitement par Dogmatil®**
- B - Une hyperprolactinémie**
- C - Une hyperandrogénie**
- D - Un hypopituitarisme**
- E - Un syndrome de Turner**

[44]

A B C D

Le syndrome de Turner (caryotype 45, X0) est responsable d'une aménorrhée primaire. L'hypopituitarisme peut être secondaire, ex : syndrome de Sheehan, tumeur hypophysaire.

[49]

Une aménorrhée primaire, après 18 ans, avec taille normale et caractères sexuels normaux peut être due à

- A - Une dysgénésie gonadique**
- B - Une malformation utéro-vaginale**
- C - Un impubérisme**
- D - Une ménopause précoce**
- E - Une cause iatrogène**

[49]

B

En l'absence d'anomalies des caractères sexuels secondaires impliquant un fonctionnement hypothalamo-hypophysaire-ovarien satisfaisant, une aménorrhée primaire est en rapport avec une malformation utéro-vaginale.

[63]

Une jeune fille de 13 ans dont les seins sont développés, consulte pour absence de règles Il sagit vraisemblablement:

- A - D'une aménorrhée primaire**
- B - D'un retard pubertaire hypogonadotrophique**
- C - D'un retard pubertaire hypergonadotrophique**
- D - D'une anorexie mentale**
- E - D'un état normal**

[63]

E

Le développement des seins précède l'apparition des règles chez

la jeune fille, de 2 ans environ. Les 1ères règles surviennent en moyenne à 13 ans sous nos climats. Il y a donc lieu de rassurer cette jeune fille.

[82]

Chez une femme de taille normale, ayant des caractères sexuels secondaires normaux, âgée de plus de 18 ans, une aménorrhée primaire peut être due à:

- A - Une dysgénésie gonadique**
- B - Une malformation utéro-vaginale**
- C - Un impubérisme**
- D - Une ménopause précoce**
- E - Une cause iatrogène**

[82]

B

La dysgénésie gonadique et l'impubérisme s'accompagnent de caractères sexuels secondaires anormaux. Une ménopause précoce et une cause iatrogène sont responsables d'aménorrhée secondaire.

Une malformation utéro-vaginale (ex: Rokitansky - Kuster) s'accompagne d'un trouble des règles sans trouble de la sécrétion hormonale (ovaires normaux, caractères sexuels secondaires normaux).

[93]

Une jeune fille de 16 ans présente une aménorrhée caractérisée par une augmentation très nette des gonadotrophines. Au niveau de quel(s) organe(s) peut siéger l'étiologie?

- A - L'hypothalamus**
- B - L'hypophyse**
- C - Les ovaires**
- D - Les surrénales**
- E - La thyroïde**

[93]

C

L'augmentation des gonadotrophines (LH - FSH) est consécutive à une anomalie périphérique. Seul un dysfonctionnement ovarien est à l'origine d'une aménorrhée.

[113]

Une aménorrhée du post partum après un accouchement spontané normal doit faire penser à:

- 1 - Une nouvelle grossesse**
- 2 - Un syndrome de Sheehan**

3 - Un blocage hypothalamo-hypophysaire

4 - Un syndrome d'Ascherman

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0

4=D 1,2,3,4E

[113]

B

Le syndrome de Sheehan est dû à la nécrose ischémique de l'hypophyse secondaire à un collapsus circulatoire sévère et prolongé, ce qui est exclu par l'énoncé.

Le syndrome d'Ascherman est une aménorrhée secondaire à une synéchie utérine après curetage, exclu également.

Le blocage hypothalamo-hypophysaire peut être fonctionnel, psychogène ou en rapport avec un adénome à prolactine à rechercher.

La grossesse est dans ce contexte le 1er diagnostic à évoquer.

[126]

Lorsqu'une fille a une aménorrhée primaire et un taux de FSH plasmatique élevé, il peut s'agir de:

- 1 - Une puberté retardée**
- 2 - Une aplasie utéro-vaginale**
- 3 - Une dystrophie polykystique des ovaires**
- 4 - Une dysgénésie gonadique**

Compléments corrects : 1,2,3A 1,3B 2,4=0

4=D 1,2,3,4^E

[126]

D

Une élévation de la FSH signe l'origine "basse" de l'aménorrhée primaire : anomalie ovarienne

(dysgénésie gonadique). Une aplasie utéro-vaginale ne s'accompagne pas de modification de

FSH (ovaires normaux) et la FSH est basse dans les retards pubertaires. La maladie des

ovaires polykystiques est responsable d'une aménorrhée secondaire. ????

[171]

Une aménorrhée secondaire chez une femme de 30 ans peut être la conséquence de:

- A - Une malformation utérine**
- B - Un prolapsus**
- C - Une endométriose**
- D - La prise prolongée des oestro-progestatifs**
- E - Un fibrome intra-cavitaire**

[171]

D

Les malformations utérines sont responsables d'aménorrhée primaire, l'endométriose et le fibrome intra-cavitaire provoquent des ménométrorragies. Le prolapsus n'entraîne pas de troubles des règles.

En cas d'aménorrhée persistante il faut rechercher un adénome à prolactine associé

[186]

Une aménorrhée secondaire peut être due à:

- A - Un traitement par Dogmatil®**
- B - Une hyperprolactinémie**
- C - Une hyperandrogénie**
- D - Une grossesse**
- E - Un syndrome de Turner**

[186]

A B C D

Le syndrome de Turner est une cause d'aménorrhée primaire. Le Dogmatil® peut provoquer une hyperprolactinémie.

[194]

Une aménorrhée secondaire peut être causée par:

- A - Grossesse**
- B - Ovaire micropolykystique**
- C - Hyperprolactinémies iatrogènes**
- D - Syndrome du testicule féminisant**
- E - Causes psychogènes**

[194]

A B C E

Le testicule féminisant est une cause d'aménorrhée primaire (absence d'organes génitaux internes).

[197]

Une aménorrhée primaire, après 18 ans, avec taille normale et caractères sexuels normaux peut être due à

- A - Un syndrome de Turner**
- B - Une malformation utéro-vaginale**
- C - Un impubérisme**
- D - Une ménopause précoce**

E - Une hypoplasie surrénale congénitale

[197]

B

Dans le syndrome de Turner, l'impubérisme et l'hyperplasie congénitale des surrénales; il existe une anomalie des caractères sexuels secondaires. La ménopause précoce est une aménorrhée secondaire

[203]

Le syndrome de Stein-Leventhal est caractérisé par:

- A - Hypersécrétion de prolactine**
- B - Hyper-réponse à LH-RH**
- C - Gros ovaires à coque épaisse**
- D - Oestrone de base supérieure à la normale**
- E - D4 Androsténone augmenté**

[203]

B C E

Les ovaires sclérodystrophiques sécrètent trop d'androgènes et pas assez d'oestrogènes. Les pics de gonadostimulines disparaissent avec un taux de base supérieure à la normale et une repousse explosive au test au LH-RH, la conséquence en est la spanioménorrhée anovulatoire.

[236]

Le syndrome d'Asherman, responsable d'une aménorrhée complète, correspond à:

- A - Une absence congénitale de vagin**
- B - Un retard pubertaire simple**
- C - Une hypotrophie ovarienne majeure**
- D - Une tuberculose utérine**
- E - Une synéchie utérine après curetage**

[236]

E

Sans commentaire. Par définition

[248]

Une malade présente une spanioménorrhée. Une dystrophie scierokystique des ovaires, type Stein-Leventhal se traduit par:

- A - Anovulation**
- B - Bouffées de chaleur**
- C - Hirsutisme**
- D - Galactorrhée**
- E - Gros ovaires**

[248]

A C E

Le tableau clinique du Stem Leventhal réunit chez une femme présentant des troubles des règles de type spanioménorrhée, une courbe thermique anovulatoire, une hyperandrogénie avec hirsutisme, des gros ovaires blancs nacrés avec une coque lisse et épaisse.

Il n'y a pas de carence oestrogénique donc pas de bouffées de chaleur et pas d'hyperprolactinémie donc pas de galactorrhée.

[256] !!!!!!!!!!!!!!!

Chez une jeune fille aménorrhéique par un syndrome de Turner, l'origine d'une hypertension artérielle constatée peut être

- A - Un syndrome de Conn
- B - Une malformation rénale
- C - Un phéochromocytome
- D - Une coarctation aortique
- E - Une malformation des voies excrétrices urinaires

[273]

Quel(s) type(s) d'anomalie devez-vous évoquer chez une jeune fille de 18 ans non réglée?

- A - Tuberculose génitale
- B - Utérus unicorne
- C - Utérus bicorne bicervical avec hémivagin borgne
- D - Syndrome de Rokitansky
- E - Syndrome de Turner

[273]

A D E

Le diagnostic d'aménorrhée primaire est compatible avec l'absence d'utérus fonctionnel, exemple : synéchie post-tuberculeuse (A), l'absence congénitale de vagin avec utérus fonctionnel (D) et la dysgénésie gonadique (E). En revanche la présence d'au moins une corne utérine communicante (B-C) permet l'apparition des règles.

[285]

Lorsque chez une jeune fille avec une aménorrhée primaire le taux plasmatique de FSH est élevé, on peut évoquer:

- A - Puberté retardée
- B - Dystrophie ovarienne micro-polykystique
- C - Aplasie utéro-vaginale

D - Dysgénésie gonadique

E - Syndrome de Turner

[285]

D E

- FSH élevée indique qu'il s'agit d'une cause ovarienne anovulatoire (D-E).

- FSH est normale dans A et C.

- B est une cause d'aménorrhée secondaire.

[290]

Parmi les causes des aménorrhées primaires on note

- A - La ménopause précoce
- B - Le syndrome de Turner
- C - Le syndrome de Rokitansky
- D - Les synéchies totales traumatiques
- E - Le syndrome de Sheehan

[290]

B C

Les synéchies totales traumatiques font suite à des manoeuvres endo-utérine (curetage), ce qui implique un cycle normal au départ, contrairement aux synéchies infectieuses (tuberculose) qui peuvent se constituer avant la puberté.

[293]

Dans l'exploration d'une aménorrhée, une LH à 16ng/ml (normale : 2,5 à 5 ng/ml) peut correspondre à:

- A - Une grossesse
- B - Une aménorrhée psychogène
- C - Un syndrome de Stein-Leventhal
- D - Une aménorrhée utérine
- E - Des dosages effectués en phase ovulatoire

[293]

C E

Une LH élevée indique que l'aménorrhée est d'origine ovarienne (élimine B-D) mais il peut également s'agir d'un pic préovulatoire. Dans le syndrome de Stein-Leventhal la LH est élevée et la FSH reste normale.

[352] !!!!

Une aménorrhée est l'absence de règles depuis au moins:

- A - 2 mois
- B - 3 mois

- C - 6 mois
- D - 9 mois
- E - 12 mois

[394]

L'apparition des règles après l'administration de progestérone, chez une femme aménorrhéique permet d'affirmer que:

- A - L'imprégnation oestrogénique est présente
- B - Le rétro-contrôle positif de LH aux hormones sexuelles est intact
- C - L'endomètre est atrophique
- D - La FSH est normale
- E - Le taux de prolactine est normal

[394]

A

L'apparition de règles après administration de progestérone nécessite une imprégnation oestrogénique préalable suffisante qui peut exister en cas d'hyperprolactinémie. Ce test n'apporte pas de renseignements sur le fonctionnement hypothalamohypophysaire

[58]

cc

Madame D., âgée de 24 ans, consulte pour aménorrhée secondaire et stérilité primaire. Réglée à 14 ans, elle a présenté des cycles irréguliers de 40 à 60 jours jusqu'à l'âge de 18 ans. Elle a alors débuté une contraception orale par oestro-progestatifs par Stéridril®, poursuivie pendant 4 ans sans interruption. Depuis l'arrêt de cette contraception, elle n'est plus réglée.

A l'examen clinique, on note

- taille 1m60, poids 60 kilos
- hypertrichose modérée et peau acnéique
- col sain avec absence de glaire
- au toucher vaginal, l'utérus est hypoplasique, les ovaires un peu gros.

Différents examens complémentaires sont pratiqués

- bilan hormonal plasmatique: F S.H. normale (15 ng/ml), L.H. élevée (4 ng/ml)
- Oestradiol bas (50 pg/ml), progestérone basse (0,6 ng/ml)
- Delta-4 androstènedione élevée (2800 pg/ml) ainsi que la testostérone (800 pg/ml), 17 OHP normale (0,4 ng/ml).
- Prolactine normale (300 uU/ml).
- Caryotype : 46, XX
- H.S.G. petite cavité utérine, perméabilité tubaire bilatérale
- Radiographie de selle turcique normale.

On peut parler d'aménorrhée secondaire parce que l'absence de règles dure plus de:

- A - 3 mois
- B - 6 mois
- C - 9 mois
- D - 12 mois
- E - 18 mois

[59]

Parmi les propositions diagnostiques suivantes, laquelle retenez-vous?

- A - Aménorrhée psychogène
- B - Syndrome de Rokitanski
- C - Syndrome de Stein-Leventhal
- D - Ménopause précoce
- E - Aménorrhée ovariooplégique

[60]

Parmi les examens complémentaires suivants, lequel convient-il de pratiquer pour le confirmer?

- A - Coelioscopie
- B - Test au TRH
- C - Courbe ménothermique
- D - Test au LH-RH
- E - Dosage des bêta-HCG

[61]

Quel traitement proposez-vous si la patiente désire une grossesse?

- A - Clomid®
- B - Acétate de cyprostérone

- C - Résection cunéiforme des ovaires**
 - D - Parlodel®**
 - E - Séquence H.M.G - H.C.G**
- [62]

de peu d'intérêt et le caryotype normal dans les aménorrhées secondaires sans malformation. La prolactinémie est normale donc la radiographie de la selle turcique a des chances de l'être aussi.

La normalité du dosage de 17 hydroxyprogestérone permet d'éliminer le diagnostic de

- A - Hyperplasie surrénale congénitale**
 - B - Stein-Leventhal**
 - C - Ménopause précoce**
 - D - Dysgénésie gonadique**
 - E - Tumeur ovarienne audio-séro-sécrétante**
- [63]

Parmi les examens rapportés dans l', il n'était pas nécessaire de pratiquer en première intention

- A - Progestérone plasmatique**
- B - Caryotype**
- C - Radio de selle turcique**
- D - LH plasmatique**
- E - Prolactine plasmatique**

[58]

A

L'aménorrhée secondaire est définie par l'absence de règles depuis plus de 3 mois.

[59]

C

Le tableau décrit le syndrome de Stein-Leventhal avec ovaires polykystiques (blancs nacrés et augmentés de volume) avec spanioménorrhée puis anovulation et hyperandrogénie relative. Il existe une hypersensibilité hypophysaire à la LHRH et LH est élevée.

[60]

D

Le meilleur examen est le test au LHRH qui montre une réponse explosive du LH La coelioscopie nest pas pratiquée systématiquement.

[61]

A

La résection cunéiforme des ovaires était le traitement classique peu efficace visant à favoriser l'ovulation ; on utilise actuellement le Clomid® qui est compétitif avec roestradiol au niveau hypothalamique et supprime le rétro-contrôle hypophysaire d'où libération de FSH et maturation folliculaire.

[62]

A

La 17 hydroxyprogestérone est élevée dans les déficits congénitaux en 21 bêta, 11 bêta et 3 bêta OH déshydrogénase de l'hyperplasie congénitale des surrénales (responsable dimpubérisme, ambiguïté sexuelle et aménorrhée primaire).

[63]

A B C

En l'absence d'ovulation, la progestérone est toujours basse donc

SOMMAIRE

CYCLE MONSTRUEL.....	1	UMC NEO NAT.....	41
FECONDATION	4	CONTRACEPTION.....	42
DIAGNOSTIQUE PRECOCE DE LA GROSSESSE	5	MENOPAUSE.....	52
LA ET ANOMALIES	14	IGH IGB	56
MECANISME GENERAL DE L'ACCOUCHEMENT	15	TUMEURS DU SEIN.....	62
BASSIN OBSTETRICAL.....	16	PATHOLOGIES DU COL	66
PRESENTATION DU SOMMET	16	ENDOMETRIOSE.....	72
DELIVRANCE NORMALE ET PATHOLOGIQUE	17	CANCER DE L'ENDOMETRE	73
SUITES DE COUCHE ET COMPLICATION DE L'ALLAITEMENT	18	PLACENTA PRAEVIA	85
M ^{AP}	20	FIBROME UTERIN	80
G ^{EU}	22	GHR	86
A ^{BRT}	25	TUMEUR DE L'OVAIRE	87
HTA ET GROSSESSE	27	MALADIES INFECTIEUSES ET GROSSESSE.....	92
IMF	33	DIABETE ET GROSSESSE	91
RISQUE IATROGENE ET GROSSESSE	37	AMENORRHEE	102
SOUFFRANCE FœTALE	39		
H ^{RP}	40		
GROSSESSE PROLONGE	41		