**GYNECOLOGIE partiel**

Mme G, 35 ans, secrétaire de direction, mariée, 2 enfants, est hospitalisée en service de gynécologie pour un cancer de l’ovaire.

Histoire de la maladie :

Mme G présentait depuis un mois une asthénie importante avec une perte de poids de 2kg, une sensation d’augmentation du volume abdominal ainsi qu’une masse douloureuse mobile.

Un e échographie pelvienne met en évidence une masse ovarienne hétérogène assez volumineuse, supérieure à 10 cm : on suspecte fortement un cancer de l’ovaire.

Une intervention est prévue une semaine plus tard.

Résumé de séjour :

Madame G est opérée, l’examen extemporané histologique confirme le diagnostic. Il est réalisé une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, omemectomie, lymphadenectomie lombo-aortique ainsi qu’une cytologie péritonéale.

Les suites opératoires se déroulent sans complication.

Au 9ème jour de l’hospitalisation, le médecin cancérologue informe Mme G et son mari du résultat de la biopsie pratiquée lors de l’intervention : il s’agit d’un adénocarcinome de l’ovaire droit, avec atteinte des annexes.

Le bilan d’extension est négatif.

Le traitement chimiothérapique est annoncé à Mme G. La 1ère cure comprend entre autre : *Taxol* \* (anti-néoplasique), 175 mg dans 500mL de soluté glucosé à 5% à passer en 3h. Le médecin prescrit 240 mg de produit.

La 1ère cure s’est bien déroulée, sans effet secondaire immédiat, mais Mme G se dit très inquiète.

**Question 1 (*mémorisation)* 5 points**

Reportez sur votre copie les numéros et les noms anatomiques correspondant au schéma de l’appareil génital féminin (exhaustivité demandée).



**Question 2 (*mémorisation, compréhension)* 3 points**

Citez les 3 examens effectués au cours du bilan d’extension.

**Question 3 (*compréhension)* 8 points**

A l’aide d’un graphique, représentez les différentes courbes hormonales du cycle menstruel (hormones hypophysaires et hormones ovariennes) ainsi que la courbe de température.

Indiquez sur ce même graphique, le nom de chaque phase du cycle et expliquez le mode d’action de chaque hormone.

**Question 4 5 points**

Quel est l’intérêt de l’examen extemporané réalisé au cours de l’intervention ?

**Question 5 (*analyse)* 8 points**

Citez et expliquez les répercussions anatomiques, physiologiques, sociales et professionnelles liées à l’hystérectomie totale et à l’annexectomie bilatérale.

**Question 6 (*analyse)* 5 points**

Argumentez les questions que se pose Mme G qui sont sources d’inquiétude pour elle.

Quelles actions de soins pouvez-vous mettre en place ?

**Question 7 (*mémorisation, compréhension*, *analyse)* 5 points**

Expliquez l’intérêt d’un frottis cervico-vaginal et son déroulement.

**Question 8 (*mémorisation)* 4 points**

Définissez la population à risque du cancer du sein.

**Question 9 (*compréhension, analyse)* 7 points**

Une femme de 30 ans doit se faire pratiquer une hystéro-salpingographie.

Que devez-vous lui demander pour fixer le rendez-vous ?

Quelles explications lui donnez-vous quant au déroulement et aux suites concernant cet examen ?

**Question 10 (*compréhension)* 6 points**

On vous demande des informations concernant la sérologie de la rubéole et de la toxoplasmose.

Expliquez l’intérêt de ces examens et les moyens prophylactiques à mettre en œuvre au cours du 1er trimestre de la grossesse.

**Question 11 (*compréhension, analyse)* 6 points**

Citez les 3 grandes complications possibles du post-partum.

Donnez pour chacune d’elles les éléments de surveillance infirmière.

**Question 12 (*mémorisation)* 10 points**

Définissez :

* Episiotomie.
* Tranchées utérines.
* Grossesse extra-utérine.

Citez les signes de la grossesse extra-utérine, les complications, les conséquences possibles qu’elle peut engendrer.

**Question 13 (*mémorisation*, *compréhension, analyse)* 8 points**

Expliquez les mécanismes d’action de la contraception orale.

**Dossier n°1**

Mme E… est âgée de 45 ans. Elle pèse 95 kg et mesure 1m55. Elle consulte pour des ménométrorragies d’apparition récentes (4 mois). Elle a eu 3 enfants sans problème et assure sa contraception par pilule oestroprogestative à 50 gamma.

- Définir les ménorragies

- Définir les métrorragies

Connaissez vous le score de Higham ? ; sur quels éléments cliniques repose-t-il ?

\* Ménorragies = au sens strict : règles anormalement longues (>7j)

 en pratique : anormalement longues + hyperménorrhée (>80cc)

\* Métrorragies = saignement en dehors des règles d’origine GYNECOLOGIQUE (que ce soit donc cervico-vaginal ou utérin)

\* Score d’Higham :

Score clinique permettant d’apprécier l’abondance de l’hémorragie génitale.

Basé sur :

- caillot ?

- débordements ? (donne une idée de la gène ressentie)

- nombre de changement de tampons, niveau d’imbibition (1/3, 2/3, 3/3)

Élément recueillis sur 8 jours : J1→J8

A cet âge de la vie d’une femme,

- quelles sont les 3 causes de ménométrorragies les plus couramment rencontrées ?

- détaillez les mécanismes physiopathologiques de chacune d’entre elles ?

*- Hémorragies Utérines Fonctionnelles* (HUF):

Dysovulation ou anovulation ; hyperoestrogénie relative, hypertrophie endométriale

*- Fibrome Utérin :*

hypertrophie endométriale,

troubles de la contraction si intracavitaire,

anomalie de la synthèse de prostaglandine (thromboxane A2), autres facteurs de croissance, activateurs plaquettaires…

IMPORTANT : ce n’est pas le fibrome qui saigne

*- Polype et/ou Adénomyose :*

Polype : même physiopathologie que le fibrome

Adénomyose : saigne dans des cryptes qui lors des règles sont mises à nues, donc saignement.

L’examen clinique de Mme E…. est bien difficile pour des raisons anatomiques.

- Quel(s) examen(s) complémentaires lui proposez vous en précisant leurs avantages et leurs inconvénients ?

- Bêta-HCG de principe

*- Échoendovaginale en 1ère intention*

Avantages :

Pas invasif, bon marché, bien diffusé, pas de risques

Montre :

le myomètre (fibrome, nodule d’adénomyose),

l’endomètre (épaisseur, si <5mm hyperoestrogénie peu probable),

la frontière endomètre/myomètre (image d’adénomyose)

parfois les annexes

Inconvénients :

Opérateur dépendant & matos dépendant

Pas une bonne exploration de la lumière utérine (virtuelle), c'est-à-dire des fibromes, polypes.

ET SOIT :

*1. Hystéroscopie ambulatoire*

Avantages :

Pas d’anesthésie, pas de prémédication

Cavité visible + caractérise les formations endocavitaires

Endomètre visible ; apprécier l’hypertrophie & la qualité de l’endomètre

On peut biopsier ; juger plus facilement de l’opérabilité que pour l’hystérosonographie

Inconvénients :

Maintenance, injection, risque d’infection

*2. Hystérosonographie*

= échographie endovaginale avec instillation de sérum physiologique dans la cavité utérine

Avantages :

Échographie du myomètre, endomètre, frontière myo/endo ; des annexes

La cavité est visible car la lumière n’est plus virtuelle

Inconvénients :

Injection, risque infectieux

PS : l’hystérosalpyngographie est un vieil examen, de moins en moins pratiqué ; les 2 examens précédents tendent à le supplanter.

- Que pensez vous de la contraception de Mme E… ?

- Quels en sont les dangers ? n’y a-t-il pas mieux à faire et si oui, quoi ?

- La contraception de Mme E… est inadaptée.

- Cette femme a 45 ans, obèse et prend une pilule à 50 gamma = 3 FDR TE (avant métabolique)

*À partir de 40 ans, la pilule est associée à un sur-risque TE*

1. si fibrome endocavitaire → hystéroscopie opératoire (AG)

2. utiliser un stérilet à la progestérone (Mirena®) s’il existe une hypertrophie endométriale. (excellent contrôle de l’endomètre + peu d’effets systémiques)

3. discuter une technique conservatrice utérine : - curetage – thermocoagulation

4. hystérectomie si utérus polyfibromateux.

*Notes :*

On pourrait utiliser un macroprogestatif 20 jours / 30 mais jambes lourdes, prise de poids, sécheresse vaginale, ↓ libido…

Dossier n°2

Mlle M. est âgée de 17 ans, elle est épileptique traitée par l'acide valproïque (dépakine®) à la dose quotidienne de 1 g.

Elle souhaite un enfant et vient vous voir en consultation pour savoir ce que vous en pensez. Elle n'a encore jamais été enceinte, assure sa contraception par préservatif et suit une formation d'aide aux collectivités locales.

Elle est du groupe O rhésus négatif, son mari est du groupe AB+.

Quels sont les risques malformatifs de ce traitement ; quelles mesures doivent être prises en périconceptionnel ?

Quel bilan biologique prescrivez vous chez cette jeune femme qui souhaite être enceinte ?

Les risques malformatifs sont :

- anomalie de fermeture du tube neural (spina bifida)

- cardiopathies

- également un peu plus de troubles cognitifs ou et de cas d'autisme.

Il s'agit donc d'un risque fréquent

Le risque de malformation de tout type est augmenté des que la patiente est epileptique, qu’elle soit traitée ou non…

Les mesures à prendre sont donc :

- si possible arrêt du traitement ; au mieux changer par un traitement moins tératogène (type gardenal) ; sinon diminuer les doses

- supplémenter en folates (2 mois avant et 2 mois après)

*ceci est également valable pour toute la population mais les doses sont différentes (si facteur de risque → 5 mg ; pour la population normale 0,5 mg)*

- surveillance médicale rapprochée.

Il faut prescrire également systématiquement une sérologie rubéole (même si la patiente a été vaccinée) et toxoplasmose, groupe rhésus kell, tout ceci a faire avant la grossesse.

Mme M. fait correctement tout ce que vous lui avez conseillé. Elle fait même une courbe ménothermique avec un franc décalage le premier janvier 2000. Quels sont les examens paracliniques obligatoires à faire en cours de grossesse et à quel terme ?

Quels sont les prescriptions systématiques a proposé lors de cette grossesse ?

Examens OBLIGATOIRES :

Sérologie toxoplasmose (si négatif, renouveler tous les mois), rubéole, TPHA-VDRL

Groupe, ABO, rhésus, Kell (double détermination), recherche d'agglutinines irrégulière.

BU à la recherche éventuelle de sucre et d’albumine.

Au 6ème mois : pratiquer une NFS, sérologie hépatite B (antigènes HBs), RAI (toute femme Rhésus négatif et / ou immunisée)

Examens à PROPOSER :

- les 3 échographies

- dépistage diabète gestationnel

- le dépistage de la trisomie 21 entre 14 et 17 semaines d’aménorrhée (triple test qui a un VPN et VPP très faible ; si positif (>1/250) → proposer une amniocentèse)

- une sérologie HIV

- Strepto B au 8ème mois (= 36 SA) par prélèvement vaginal ; si positif → ABprophylaxie par injection d’ampicilline 2g lors du travail)

- Consultation anesthésie individualisée (obligatoire)

- Vit D au 6ème mois (28SA) : 1 ampoule 100.000 unités (uvedose®)

- Cours de préparation à l’accouchement (8 séances)

***SCOOP ! CHANGEMENT FIN NOVEMBRE !***

Maintenant si Rh- et Rh +, injection systématique pour toute femme Rh- suspecte d’avoir un fœtus Rh+ de gamma globulines anti-D à 28SA

*NB :*

*- le dépistage du diabète gestationnel n'est pas consensuel*

*- Vit K ? débat actuellement → 3ème trimestre per os aux femmes épileptiques traitées ; certains disent que ça ne sert à rien.*

*- Sérologie VHC : rendement médiocre ; seulement si terrain à risque → toxicomanie, prison, transfusion…*

Au terme de 30 semaines d’aménorrhée , la hauteur utérine est égale à 22cm ; il y a une protéinurie égale à 6 grammes par 24 heures et la tension artérielle est égale à 15/9 à 2 reprises.

- Quel est votre diagnostic ?

- Quelles sont les premières mesures que vous prenez ?

**Diagnostic :**

Préeclampsie sévère (car >5g) + RCIU

**Premières mesures :**

- Hospitalisation dans maternité niveau III

- Recueil des constantes : TA, poids, prot / 24h…

- repos en DLG

- EC pour éliminer signes de gravité

- Surveillance électrocardiotocographique, echographie

- Biologie pour éliminer un HELLP syndrome

- Corticothérapie car < 34 SA

- TTT HTA si TAD > 120 mm HG

Transfert en maternité niveau III :

- < 33 SA

- e/o poids < 1500 gr

Sulfate de Mg2+ si préeclampsie sévère de forme neurologique (céphalées, ROT vifs) = pas consensuel

Évidement si éclampsie : Sulfate de Mg2+ pour éviter de nouvelles convulsions

Une décision d’extraction par césarienne est prise au terme de 31 semaines. Il s’agit d’une petite fille qui pèse 980 grammes.

Quels sont les risques à court et long terme pour cette enfant ?

A court terme :

- décès

- 4 grandes complications du prématuré : MMH, hémorragie cérébrale, ECUN, infections)

- autres : ictère, HTAP, troubles métaboliques

A long terme :

- **Neuro** : leucomalacie périventriculaire (maladie de la substance blanche) qui entraîne une IMC ; 50% de mortalité ; à 6 ans 11% sont indemne d’handicap.

- Dysplasie broncho-pulmonaire

- les filles ont un meilleur pronostic que les garçons.

Vous revoyez Mme. M… 3 mois après sa césarienne, elle va bien, sans aucun traitement.

- Quelles explorations pouvez vous proposer ?

- Quelles recommandations pour la grossesse suivante allez vous faire ?

- Quelle contraception est possible ?

a) rechercher un SAPL, une thrombophilie (PAS EN PREMIERE INTENTION), une maladie sous jacente notamment une néphropathie

 Reprise TA

 Rechercher Proteinurie résiduelle : si absence : ne rien faire

 Si anomalie : urée creat, echo rénale, bilan immuno et bilan

 thrombophilie

b) aspirine avant 17SA (sinon c’est trop tard) jusqu’à 10 jours avant l’accouchement (100mg/J) a donner si pré eclampsie ou RCIU de cause vasculaire. Lors 2eme grossesse, faire echo A utérines a 22 SA (bonne VPN)

c) pilule possible OP mais inducteur enzymatique (faible mais bon…) ; utiliser pilule progestérone normodosée sinon DIU.

Petite mise au point sur les RAI :

Si Rhésus Positif : RAI 1er trimestre de grossesse

 Si négatif : on ne les répète pas

 Si positif : identification : -anti-c, anti-Kell : pour les 2 risque

 d’hémolyse pour le foetus

 -anti-E (moins hémolysant)

 -autres agglutinines : plutôt Pb

 transfusionnel

Si Rhésus négatif ou positif avec ATCD de transfusion : RAI 1er trimestre de grossesse

 Si positif avec risque d’allo immunisation : Ig anti D

 Si négatif : RAI a répéter uniquement au 6eme mois et faire de façon

 systématique injection anti-D a 28 SA

Si négatif avec conjoind négatif (s’assurer que c’est bien le père….elle peut être volage…) :

 BB sera négatif

Prescriptions systématiques grossesse :

 VIT D : 1 amp de 100000 UI 6-7eme mois

 PAS FER NI POLYVITAMINE DE FACON SYSTEMATIQUE

**Qcm de gynéco-obstétrique**

1. Parmi les propositions suivantes concernant l’herpès génital, quelles sont celles qui sont exactes :
	1. En cas de primo-infection dans le mois qui précède le terme, la césarienne est indiquée
	2. La primo-infection nécessite une chimiothérapie anti-herpétique
	3. En cas de primo-infection le virus est excrété pendant au moins 3 semaines
	4. L’herpès néonatal est plus fréquent en cas d’infection asymptomatique
	5. Le pronostic de l’herpès néonatal est gravissime
2. au cours de la toxémie gravidique, il existe :
	1. Une ischémie utéro-placentaire
	2. Une persistance de la composante élastique dans les artères spiralées du myomètre
	3. Une anomalie du métabolisme des prostaglandines
	4. Un syndrome néphrotique
	5. Une atteinte hépatique fréquente
3. parmi les propositions suivantes concernant le fibrome utérin, lesquelles sont exactes :
	1. La dégénérescence maligne concernent 10% des cas après la ménopause
	2. Ils sont souvent la cause d’une incontinence urinaire à l’effort
	3. Le clivage chirurgical est possible
	4. Le traitement d’une nécrobiose aseptique est médicale
	5. Ils augmentent le volume sous l’effet des œstrogènes
4. concernant la surveillance de la grossesse :
	1. la mesure de la distance cranio-caudale permet de déterminer l’âge gestationnel à +/- 3 jours
	2. l’échographie faite à 36e SA à pour but de rechercher les anomalies morphologiques du fœtus
	3. le signe du lambda est pathognomonique d’une grossesse bi-choriale
	4. l’incisure protodiastolique ou notch est pathologique à partir de la 26e ou 28e SA
	5. une hypoéchogénicité de la nuque au premier trimestre est en faveur d’une trisomie 21
5. quels sont les examens nécessaires pour la surveillance du traitement tocolytique par les bêtamimétiques
	1. Ionogramme sanguin
	2. Electrocardiogramme
	3. Monitorage fœtale
	4. NFS
	5. Recherche d’agglutinine irrégulière
6. au cours de la grossesse normale, on observe :
	1. une élévation des résistance périphériques
	2. une augmentation du volume érythrocytaire
	3. une élévation de l’activité rénine plasmatique
	4. une diminution des facteurs II, VIII, IX, X
	5. une diminution de la filtration glomérulaire
7. quelle étiologie est improbable devant une aménorrhée primaire avec taille normale et caractères sexuels normaux :
	1. Un syndrome de Turner
	2. Un syndrome de Rokitansky Küster
	3. Un syndrome de Kallmann De Morsier
	4. Une dystrophie ovarienne polykystique
	5. Une cause iatrogène
8. Quelles sont les mesures à prendre chez une femme en début du travail sans rupture des membranes, ayant un antécédent d’herpès génital récurrent :
	1. Prescription d’Aciclovir par voie veineuse
	2. Indication d’accouchement par césarienne systématique
	3. Recherche d’une excrétion asymptomatique du virus sur les sécrétions génitales par isolement sur culture
	4. Pratique des sérodiagnostics
	5. Instauration systématique d’un traitement d’aciclovir par voie veineuse chez le nouveau-né
9. quels sont les examens nécessaires au bilan étiologique d’une menace d’accouchement prématuré
	1. Un test de O’Sullivan
	2. Une échographie obstétricale
	3. Un dosage de l’uricémie
	4. Un ECBU
	5. Une amnioscopie
10. L’embryopathie rubéolique peut associer :
	1. Microphtalmie
	2. Calcifications intracrâniennes
	3. Hydrocéphalie par fermeture de l’aqueduc de Sylvius
	4. Hypoacousie
	5. Persistance du canal artériel
11. Tous les signes suivants sont observés dans l’endométriose externe sauf un (présent dans l’adénomyose)
	1. Dysménorrhée
	2. Kyste ovarien finement échogène à l’échographie
	3. Des nodules péritonéaux bleutés à la cœlioscopie
	4. Des méno-métrorragies
	5. Des douleurs au TV au niveau du CDS postérieur
12. Le taux de ß-hCG
	1. Est détectable au 9e jour d’une grossesse normale
	2. Double en 48 heures
	3. Permet d’apprécier le terme avec précision
	4. Supérieur à 1000, il doit correspondre à la visualisation du sac gestationnel à l’échographie
	5. Son dosage est utilisé entre 15 et 17 SA pour le dépistage de la trisomie 21
13. Une femme de 28 ans, DDR : 01/03/00 (cycle régulier), qui consulte le 09/04/00 pour métrorragies depuis 6 jours. L’examen clinique est normal, le taux d’hCG est de 3500, l’échographie endovaginal montre un endomètre hyperéchogène et l’absence de masse annexielle pathologique, quels sont les diagnostics les plus probables :
	1. Grossesse mono-fœtale intra-utérine évolutive trop jeune pour voir le sac
	2. Salpingite
	3. Fausse couche spontané
	4. Grossesse extra-utérine
	5. Môle hydatiforme

1. Quel est l’aspect échographique d’un môle hydatiforme :
	1. Aspect d’un pseudosac intra-utérin
	2. Sac intra-utérin sans embryon visible
	3. Sac intra-utérin sans activité cardiaque visible
	4. Image annexielle latéro-utérine visible
	5. Aspect floconneux en tempête de neige intra-utérine
2. La pyélonéphrite aiguë au cours de la grossesse :
	1. Sont toujours en rapport avec une infection vaginale
	2. Sont le plus souvent droite
	3. Sont un facteur d’éclampsie
	4. Sont un facteur d’accouchement prématuré
	5. Peuvent se compliquer d’hépatite infectieuse
3. Mme M, G3P3, est enceinte de 38 SA, consulte pour fièvre à 39°C avec syndrome grippal, l’examen est normal. Quelle est la conduite à tenir immédiate :
	1. Paracétamol et surveillance de l’évolution
	2. ECBU
	3. MNI test
	4. Hémocultures
	5. Amoxicilline 3g/j
4. Une patiente à 39 SA, se présente pour un écoulement de liquide depuis 8 heures, sans contractions utérines, dans ces antécédents on note une infection à HSV2 sans récurrence au cours de la grossesse, mais elle signale des brûlures vaginales depuis 48 heures, quelle est l’attitude juste :
	1. Examens sous spéculum et prélèvements pour culture
	2. Césarienne d’emblée
	3. Aciclovir en intravaginal jusqu’à accouchement
	4. Accouchement par voie basse
	5. Bain bétadiné du nouveau-né à la naissance
5. Le dosage de l’hCG plasmatique est utile dans toutes ces situations sauf une laquelle :
	1. Le diagnostic précoce de la grossesse lors d’une fécondation in vitro
	2. Le pronostic évolutif d’une grossesse
	3. En cas de suspicion diagnostique de GEU
	4. Pour la surveillance de guérison des môles hydatiformes
	5. Pour la surveillance de certains cancers ovariens traités
6. Au cours du syndrome de Stein Leventhal on observe :
	1. Un taux de FSH de base élevé
	2. Une absence de follicule mature à l’échographie
	3. Une élévation de la delta-4-androstendione
	4. Un taux de LH de base élevé
	5. L’absence d’ovulation lors du test au clomifène (clomid®)
7. Quelles sont les propositions exactes concernant la toxémie gravidique :
	1. La chute de la PA doit être obtenue rapidement
	2. La baisse de la PA conditionne le pronostic fœtal
	3. La correction de l’hypovolémie par une expansion volémique est nécessaire dans les formes sévères
	4. Le recours à un IEC est le traitement de choix
	5. Le traitement préventif repose sur l’aspirine dés le début de la grossesse

≥

1. Quels sont les deux premiers diagnostics à évoquer chez une femme de 35 ans porteuse d’un dispositif intra-utérin, en place depuis 18 mois, se plaignant de douleurs pelviennes et de métrorragies :
	1. Expulsions du DIU
	2. Perforation utérine
	3. Grossesse extra-utérine
	4. Infection génitale haute
	5. Actinomycose génitale
2. Parmi les propositions suivantes devant une hémorragie du 3e trimestre lequel oriente vers une placenta prævia :
	1. Un antécédent de myomectomie
	2. La disparition des bruits du cœur fœtale
	3. L’existence d’une thrombopénie
	4. Une présentation haute
	5. Une contracture utérine douloureuse
3. Quelles sont les modifications physiologiques chez la femme enceinte :
	1. Diminution de la VS
	2. Diminution de la créatinémie
	3. Hyperleucocytose
	4. Hyperuricémie
	5. Hypercholestérolémie
4. Parmi les propositions suivantes concernant la placenta prævia lesquelles sont exactes :
	1. Il peut entraîner une contracture utérine
	2. C’est un facteur de risque de rupture prématurée des membranes
	3. Il peut remonter au troisième trimestre
	4. Il favorise la présentation dystocique
	5. Il nécessite toujours une césarienne
5. Dans quelle situation une amniocentèse avec dosage d’alpha foeto-protéine est indiquée :
	1. Antécédent de spina bifida ☑
	2. Antécédent d’anencéphalie ☑
	3. Antécédent de fente palatine
	4. Antécédent de cardiopathie
	5. Antécédent de trisomie 21
6. La toxémie gravidique peut s’accompagner de :
	1. Un retard de croissance intra-utérin
	2. Une accélération de la maturation fœtale
	3. Un anasarque fœto-placentaire
	4. Une souffrance fœtale chronique
	5. Un ictère néonatal grave
7. Quels sont les examens qui sont obligatoires au 6e mois de grossesse :
	1. ECBU
	2. Recherche de sucre et d’albumine dans les urines
	3. Recherche de l’Ag HBs
	4. Numération formule sanguine
	5. Sérologie de la toxoplasmose si la patiente n’est pas immunisée
8. Devant la découverte d’un hydramnios les diagnostics à évoquer sont :
	1. Diabète gestationnel
	2. Atrésie de l’œsophage
	3. Maladie de Steinert
	4. Infection à parvovirus B 19
	5. Séroconversion toxoplasmique
9. Quels sont les contre-indications de la contraception orale oestroprogestatif :
	1. Cardiopathie emboligène
	2. Psoriasis
	3. HTA
	4. Antécédent d’ictère gravidique
	5. tuberculose
10. une patiente enceinte à 10 SA, qui se présente avec une sérologie rubéolique de 1/160ème, elle rapporte la notion d’un contacte avec un enfant rubéoleux, il y a 8 jours. Quelle est la CAT : (RS)
	1. contrôle 15 jours après
	2. injection d’Ig spécifique
	3. proposer une IVG
	4. rassurer la patiente
	5. vacciner la patiente
11. concernant le syndrome transfuseur transfusé de la grossesse gémellaire, quelle est la proposition exacte :
	1. il complique toujours les grossesses monochoriales biamniotiques
	2. les jumeaux peuvent être de sexes opposés
	3. il est dû à des anastomoses artério-veineuses d’autant plus grave quelle surviennent précocement
	4. il s’accompagne d’un RCIU chez le transfusé et un hydramnios chez le transfuseur
	5. son traitement comporte des ponctions itératives de liquide amniotique chez le jumeau transfusé

1. devant une hémorragie de troisième trimestre quels sont les éléments qui sont en faveur d’un décollement placentaire normalement inséré :
	1. douleurs abdominales en barre
	2. métrorragies noirâtres
	3. rythme cardiaque fœtale aréactif sinusoïdal
	4. thrombopénie
	5. albuminurie
2. un fibrome sous séreux peut se compliquer de :
	1. métrorragies
	2. ménorragies
	3. nécrobiose aseptique
	4. torsion
	5. compression urétérale
3. pour quel type de fibrome utérin un traitement chirurgical est le plus souvent indiqué :
	1. Fibrome sous séreux pédiculé
	2. Fibrome sous muqueux
	3. Fibrome interstitiel isthmique
	4. Fibrome intra-mural fundique
	5. Fibrome inclus dans le ligament large
4. Hépatite B et grossesse (réponses exactes) :
	1. Le dépistage est obligatoire au 6e mois de la grossesse
	2. La transmission materno-fœtale au premier trimestre peut entraîner des malformations sévères
	3. La transmission materno-fœtale est maximale lors de l’accouchement
	4. Le degré de contagiosité de mères Ag HBs+, Ag HBe+ est de 50%
	5. Un nouveau-né d’une mère HBe+ doit être pris en charge par séroconversion
5. Parmi les signes suivants, lesquelles entraînent une hospitalisation en cas de toxémie gravidique :
	1. Métrorragie minime
	2. Elévation de l’uricémie > 360 µmol/l
	3. Thrombopénie
	4. Douleur de l’hypochondre droit
	5. Bactériurie
6. Concernant la mécanique obstétricale, il est vraie que :
7. La rotation du dos en arrière lors du dégagement dans la présentation du siège est redoutable
8. La présentation de face ne sera eutocique que si le menton tourne en arrière
9. La nutation favorise l’engagement
10. La présentation en occipito-sacré présente un risque périnéal majeur
11. La présentation du front implique une césarienne systématique
12. Une salpingite aiguë peut entraîner à distance :
	1. Une dyspareunie
	2. Des douleurs abdominales
	3. Une infection urinaire chronique
	4. Une grossesse extra-utérine
	5. Une stérilité tubaire
13. Chez la femme enceinte quelle est la traduction clinique la plus fréquente que peut avoir la listériose :
14. Des abcès pelviens
15. Une fébricule
16. Une méningite purulente
17. Une spondylodiscite
18. Une pleuro-pneumopathie
19. Parmi les affirmations suivantes concernant la salpingite, lesquelles sont exactes ;
20. La fièvre est fréquente
21. L’examen clinique permet de faire le diagnostic dans tous les cas
22. L’antibiothérapie doit comprendre un antibiotique actif sur le chlamydia
23. Les métrorragies sont parfois présentes
24. L’existence d’une masse annexielle doit foire craindre un abcès tubo-ovarien
25. Quel examen paraclinique permet de d’apprécier au mieux les caractères anatomiques des fibromes sous muqueux :
26. Hystéroscopie
27. Imagerie par résonance magnétique
28. Biopsie de la cavité utérine
29. Hystérographie
30. Echographie utérine
31. Parmi les propositions suivantes concernant le CMV, lesquelles sont exactes :
32. Le CMV congénital est la plus fréquente des infections virales à transmission materno-fœtale
33. L’infection maternelle est le plus souvent asymptomatique
34. Une femme anciennement immunisée contre le CMV ne peut transmettre ce virus à sont fœtus
35. L’infection fœtale peut être asymptomatique à la naissance
36. Parmi les propositions suivantes concernant l’iso-immunisation rhésus fœto-maternelle, quels sont les propositions exactes :
37. Le test de Kleihauer recherche des hématies fœtales dans le sang maternel
38. Le titrage des Ac irrégulier chez la mère se fait par le test Coombs indirect
39. La ponction du sang du cordon permet de préciser le degré d’atteinte fœtale
40. La pratique d’une amniocentèse avec dosage de la bilirubine est toujours indiquée en cas d’iso-immunisation
41. Le fœtus soufre d’anémie hémolytique
42. Quelles sont les contre-indications à la pose d’un dispositif intra-utérin :
43. Psoriasis
44. Malformation utérine
45. HTA
46. Nulliparité
47. Antécédents de salpingite
48. Parmi les propositions suivantes concernant le placenta bas inséré, lesquelles sont exactes :
49. Il correspond à une insertion sur le segment inférieur
50. Il est toujours responsable d’hémorragie pendant la grossesse
51. An cas d’hémorragie en cours du travail, la rupture de la poche des eau s’impose
52. Il peut être responsable d’anémie fœtale sévère
53. L’échographie fait le diagnostic dés la 34e SA
54. La présence de streptocoque B dans le vagin d’une femme enceinte :
55. Est d’origine vénérienne
56. Est fréquente
57. Impose une antibiothérapie orale
58. Entraîne dans la majorité des cas l’infection du nouveau-né
59. Impose le traitement antibiotique systématique du nouveau-né
60. La mortalité périnatale correspond au décès survenus pendant la période suivante :
61. De 28 semaines de gestation jusqu’au jour de la naissance
62. De 28 semaines de gestation jusqu’au 7e jour de la naissance
63. De 28 semaines de gestation jusqu’à la 4e semaine après la naissance
64. De la naissance à un an
65. De 28 semaines de gestation jusqu’à un an
66. Quelles sont les propositions exactes concernant la GEU :
67. Le site d’implantation le plus fréquent est le pavillon tubaire
68. L’absence de visualisation d’un sac gestationnel au-delà de 5 SA est en faveur de diagnostic
69. L’hématocèle est une complication fréquente
70. La coelioscopie opératoire est le traitement de la forme non compliquée
71. Elle impose un bilan à la recherche d’une MST
72. La contraception progestative minidosée peut être prescrite :
73. Chez la femme de plus de 40 ans
74. Chez la femme diabétique
75. En période d’allaitement
76. En cas d’HTA
77. En cas d’hyperplasie endométriale
78. Une femme de 30 ans qui a des antécédents d’herpès génitale consulte au terme de 33 SA pour une poussée d’herpès au niveau de la vulve. Quelle est la CAT :
79. Césarienne en urgence
80. Prélèvement au niveau du col et de la vulve pour rechercher le virus toutes les semaines jusqu’à accouchement
81. Accouchement par voie basse après 36 SA s’il n y a pas de poussée d’herpès ni de prodrome au moment de l’admission pour l’accouchement
82. Prescription d’un traitement par aciclovir jusqu'à la fin de la grossesse
83. Concernant le diabète gestationnel :
84. Il doit être dépister à partir de 20 SA
85. La fréquence des malformations fœtales est > à la population générale
86. L’hypertrophie myocardique septale est une des causes de mort fœtale in utero
87. Il représente un facteur de risque important de développement d’un diabète ultérieur
88. L’insulinothérapie est indispensable à son équilibre

**ABREVIATIONS EN OBSTETRIQUE**

ATB : antibiotique

ATCD: antécédent

Alb : albumine

AM: allaitement maternel

ANT: accouchement normal à terme

AP: accouchement prématuré

ARCF: anomalies du RCF

AT: arrêt de travail

APD: analgésie péridurale

AG: anesthésie générale

BdC: bruits du coeur

BW: syphilis

BGR: bassin généralement rétréci

BTR: basin transversalement rétréci

Bpm: battements par minute (RCF)

CI: contre-indication

CAT: conduite à tenir

CIVD: coagulation intra vasculaire disséminée

CMV: cyto mégalo virus

CG: culot globulaire

Cs: consultation

DDR: date des dernières règles

DDG: date de début de grossesse

DOO: durée d’ouverture de l’oeuf

DEE: durée des efforts expulsifs

DTT: durée totale du travail

DDC: délivrance dirigée complète

DNC: délivrance naturelle complète

DMI: délivrance manuelle immédiate (césarienne)

DAT: diamètre abdominal transverse

DG: début ou déclaration de grossesse, ou diabète gestationnel

DID: diabète insulinodépendant

DNID: diabète non insulinodépendant

DU : doppler utérin

DO : doppler ombilical

DC : dilatation complète

DFP : disproportion foeto-pelvienne

DLG : décubitus latéral gauche

DLD : décubitus latéral droit

DD : décubitus dorsal

DA : délivrance artificielle

ECBU : examen cyto bactériologique des urines

EMA : état de mort apparente

ELD : épisiotomie latérale droite

EEI : efforts expulsifs insuffisants

FCV : frottis cervico-vaginal

FCT : fausse couche tardive

FCS : fausse couche spontanée

HT :

HU : hauteur utérine

HCG : hormone chorionique gonadotrophique

HTA : hyper tension artérielle

HCV : hépatite C

Hbs : hépatite B

Ig : immunoglobulines

IMG/ITG : interruption médicale ou thérapeutique de grossesse

IVG : interruption volontaire de grossesse

LAC : liquide amniotique clair

LAT : liquide amniotique teinté

LT : ligature tubaire

MAP : menace d’accouchement prématuré

MA : mouvements actifs

MI : membres inférieurs ou membranes intactes

MFIU : mort fœtale in-utéro

ML : montée laiteuse

OP: occipito pubien

Oe: oestrogènes

OIGA, OIDA, OIDP, OIGP: occipito iliaque…

OS: occipito saccré

OMI : oedeme des membres inférieurs

OMS : oedeme des membres supérieurs

PC : périmètre crânien ou présentation céphalique

PH: partie haute

PM: partie moyenne

PB: partie basse

PV: prélèvement vaginal

PNI: placenta normalement inséré

PBI: placenta bas inséré

PT: périmètre thoracique

PDE: poche des eaux

PI: périnée intact

RSM: rupture spontanée des membranes

RPDE: rupture de la poche des eaux

RPM: rupture prématurée des membranes ou radiopélvimètrie

RAM: rupture artificielle des membranes

ROT: réflexes ostéo-tendineux

RCF: rythme cardiaque foetal

SFA : souffrance fœtale aiguë

SFC : souffrance fœtale chronique

SI : segment inférieur

SdT : salle de travail

SdC : suites de couches

SA : semaines d’aménorrhée

SAD : sonde à demeure

SF : signes fonctionnels ou sage femme

TT : terme théorique

TE : terme échographique

TD : terme dépassé

TS : test à la seringue

TV : toucher vaginal

TPHA-VDRL : syphilis

VB : voie basse

W : travail