

UNIVERSITE ABOUBEK BELKAID TLEMCEN
FACULTE DE MEDECINE
EXAMEN DU MODULE DE GYNECOLOGE OBSTETRIQUE
SESSION novembre 2014 (théorie)

1. L'adénomyose se caractérise par :
 - a) Du tissu endométrial qui pénètre dans le myomètre.
 - b) B. Du tissu endométrial qui pénètre dans le péritoine pelvien.
 - c) C. Du tissu endométrial situé au niveau de l'ovaire.
 - d) D. Du tissu endométrial qui pénètre dans le grêle ou le côlon.
 - e) E. Du tissu endométrial qui se greffe sur l'appendice.

2. L'endométriose externe se caractérise par :
 - a) Du tissu endométrial qui pénètre dans le myomètre.
 - b) Du tissu endométrial qui pénètre dans le péritoine pelvien.
 - c) Du tissu endométrial situé au niveau de l'ovaire.
 - d) Du tissu endométrial qui pénètre dans le grêle ou le côlon.
 - e) Du tissu endométrial qui se greffe sur l'appendice.

3. Devant une suspicion d'adénomyose quel(s) sont le ou les examen(s) le(s) plus utile(s)
 - a) pour affirmer le diagnostic?
 - b) Une échographie pelvienne.
 - c) Une hystérosalpingographie.
 - d) Une hystérocopie.
 - e) Une coelioscopie.
Un dosage du CA 125.

4. Devant une suspicion d'endométriose externe quel(s) sont le ou les examen(s) le(s) plus utile(s) pour affirmer le diagnostic ?
 - a) Une échographie pelvienne.
 - b) Une hystérosalpingographie.
 - c) Une hystérocopie.
 - d) Une coelioscopie.
 - e) Un dosage du CA 125.

5. À partir de quel âge parle-t-on d'aménorrhée primaire ?
 - a) 12 ans.
 - b) 14 ans.
 - c) 16 ans.
 - d) 18 ans.
 - e) 20 ans.

6. Chez une jeune fille qui a une aménorrhée primaire et chez qui on soupçonne une malformation de l'appareil génital, le premier examen complémentaire à demander est :

- a) Un dosage de FSH.
- b) Une IRM de la selle turcique.
- c) Une échographie pelvienne.
- d) Un dosage d'estradiol plasmatique.
- e) Un dosage de la prolactine plasmatique.

7. Chez une jeune fille qui a 17 ans et une aménorrhée primaire sans développement des caractères sexuels secondaires, le premier examen à demander est :

- a) Un dosage de l'estradiol plasmatique.
- b) Un dosage de FSH et de LH.
- c) Une recherche du sésamoïde du pouce.
- d) Un corpuscule de Barr.
- e) Un caryotype.

8. Dans le syndrome de Rokitansky- Kuster, on observe habituellement :

- a) Des caractères sexuels secondaires normaux.
- b) Des caractères sexuels non développés.
- c) Une absence de vagin et d'utérus.
- d) Des ovaires normaux.
- e) Des dysmorphies : pterigiumcolli, genuvalgum.

9. Choisissez parmi les propositions suivantes concernant le syndrome de Sheehan celle qui est exacte :

- a) Il est secondaire à un à-coup hypertensif au cours d'une hypertension artérielle.
- b) Il est secondaire à une nécrose hypophysaire.
- c) Il se caractérise par une aménorrhée avec bouffées vasomotrices.
- d) Il se caractérise par une montée laiteuse dans le post-partum.
- e) Il ne s'accompagne pas de signe d'insuffisance thyroïdienne.

10. Une synéchie :

- a) Est un accolement de faces de l'utérus après arrachage de l'endomètre.
- b) Est une lésion bénigne et traumatique de l'endomètre.
- c) Entraîne une oligo- ou une aménorrhée.
- d) Entraîne des ménométrorragies.
- e) Se traite par un curetage.

11. Les salpingites à chlamydiae :

- a) Se développent après une exploration endoscopique.
- b) Sont liées à une contamination vénérienne.
- c) Sont sensibles aux cyclines.
- d) Ne récidivent jamais.
- e) Sont associées à des leucorrhées jaunâtres.

12. Quelles sont les complications possibles des salpingites :
- Une péritonite.
 - Des adhérences péritubo-ovariennes sources d'algies pelviennes.
 - Un pyosalpinx.
 - Une stérilité.
 - Un abcès du Douglas.
13. Le cancer du col :
- Nait au niveau de la jonction squamo-cylindrique.
 - Est favorisé par une infection à HPV type 6 et 11.
 - Est favorisé par le tabagisme.
 - Est favorisé par l'infection à HPV type 16 et 18.
 - Est favorisé par la prise de pilule.
14. Une femme bien réglée est vue pour la première fois en milieu de grossesse, quel le meilleur moyen pour préciser le terme de cette grossesse :
- L'échographie.
 - Les dosages sanguins répétés d'HPL.
 - Le calcul à partir de la D.D.R.
 - La hauteur utérine.
 - Les dosages sanguins urinaires répétés d'H.C.G.
15. Dans le monitoring du R.C.F. au cours de la grossesse, quel est l'élément de bon pronostic :
- Le rythme plat.
 - Le rythme sinusoïdal.
 - Les épisodes d'accélération lors des mouvements fœtaux.
 - La tachycardie.
 - La bradycardie.
16. Le cancer du sein :
- Se développe le plus souvent à partir des galactophores du sein.
 - Se développe le plus souvent à partir des lobules du sein.
 - Se développe lentement et on admet qu'il faut en moyenne 10 ans pour qu'il atteigne 1 cm.
 - Est dès le début du traitement une maladie générale les micrométastases étant déjà en place.
 - Est au début une maladie locale qui se généralise parfois et tardivement pour donner des métastases.
17. Une femme de 45 ans a eu un cancer du col utérin au stade II B, traité par curithérapie suivie de colpohystérectomie et lymphadénectomie ; elle doit se faire suivre par vous, que lui conseillez-vous :
- Un scanner pelvien annuel.
 - Un scanner Complet 3 à 4 fois par an, les 3 premières années.
 - Une échographie rénale 3 mois après l'intervention, puis tous les ans.
 - Un frottis annuel.
 - Un dosage de l'A.C.E. tous les 3 mois.

18. Quel est suivant les recommandations de l'A.N.A.E.S. le rythme normal de réalisation des frottis cervico-vaginaux de dépistage chez une femme de 35-40 ans qui n'a pas de facteurs de risques particuliers et dont les frottis sont toujours normaux :

- a) Tous les ans.
- b) Tous les 2 ans.
- c) Tous les 3 ans.
- d) Tous les 5 ans.
- e) Tous les 10 ans.

19. Chez une patiente qui a un C.I.N. II la conisation est :

- a) Une méthode de diagnostic indispensable.
- b) Un traitement qui permet de vérifier que l'on a enlevé toute la lésion.
- c) Une méthode de traitement suffisante seulement si on est passé en tissu sain.
- d) Une méthode de prélèvement anatomo-pathologique indispensable.
- e) Un traitement toujours insuffisant et qui doit être complété par une hystérectomie.

20. La thérapeutique la plus généralement conseillée dans un cancer du sein de 1 à 2 cm de diamètre chez une patiente de 40 à 45 ans sans ganglion palpable ni métastases décelables :

- a) La mastectomie type Patey avec curage axillaire et irradiation.
- b) La mastectomie simple.
- c) La tumorectomie avec curage axillaire et irradiation complémentaire du sein.
- d) La tumorectomie suivie de chimiothérapie.
- e) La tumorectomie suivie d'hormonothérapie avec surveillance par les antioestrogènes.

Patiente âgée de 43 ans G4P4, DID depuis 04 ans de groupe sanguin O positif qui consulte pour des métrorragies, (*hémorragie utérine au dehors des règles*).
A l'examen clinique, on retrouve un utérus de taille normale et une masse latéro-utérine gauche.

21. Quels sont les diagnostics à évoquer :

- a) Cancer du col
- b) Adénomyose
- c) Grossesse extra-utérine
- d) Myome type 3
- e) Cancer de l'ovaire

22. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demanderiez-vous pour orienter le diagnostic ?

- a) Echographie pelvienne
- b) β -HCG
- c) Ca 125, ACE
- d) FNS
- e) FCV, colposcopie

23. Vous réalisez une échographie pelvienne, donnez les arguments sémiologiques et radiologiques en faveur d'une tumeur maligne de l'ovaire :
- a) cloison intra-kystique
 - b) taille supérieure à 5 cm
 - c) aspect homogène
 - d) végétation intra-et extra-kystique
 - e) ascite
- Contenu irrégulier*
24. Le scanner pelvien révèle un aspect pouvant évoquer un kyste dermoïde, quels sont les caractéristiques de ce kyste ?
- a) bilatéralité
 - b) appartenant à la classe des tumeurs épithéliales (*germinales*)
 - c) risque de torsion
 - d) sa rupture entraîne une péritonite chimique
 - e) son traitement repose sur la contraception œstro-progestative pendant 03 mois
25. L'origine des ces métrorragies peut être :
- a) le plus souvent fonctionnel
 - b) cancer de l'endomètre
 - c) tumeur ovarienne œstrogéno-sécrétante
 - d) péri-ménopause
 - e) notion de prise d'anti-vitamines K.
26. Quelques jours plus tard, la patiente présente une douleur vive à gauche avec un toucher vaginal douloureux, quels éléments orientent vers le diagnostic de torsion d'annexe :
- a) présence quasi-systématique d'un kyste de l'ovaire
 - b) douleur unilatérale irradiant vers une fausse lombaire
 - c) au TV, masse latéro-utérine unilatérale très douloureuse mobile avec les mouvements de l'utérus
 - d) défense de la fosse iliaque gauche
 - e) toutes les réponses sont justes
27. La douleur a cédé sous antispasmodiques, avec augmentation de volume de l'abdomen et une matité abdominale à l'examen clinique, le diagnostic de cancer de l'ovaire étant suspecté, quel examen complémentaire permettant d'établir le degré d'extension loco-régional :
- a) Echographie endovaginale
 - b) IRM
 - c) Scanner
 - d) exploration chirurgicale
 - e) marqueurs tumoraux

28. Vous décidez de réaliser une laparotomie exploratrice, quel geste à réaliser en premier lieu ?
- hystérectomie totale + annexectomie bilatérale + omentectomie
 - cytologie péritonéale + hystérectomie + annexectomie bilatérale
 - cytologie péritonéale + annexectomie gauche avec examen anapath extemporané
 - cytologie péritonéale + hystérectomie totale + annexectomie bilatérale + omentectomie + appendicetomie + curage iliaque interne et externe et lombo-aortique
 - aucune réponse n'est juste
29. L'examen anapath de la pièce opératoire révèle un adénocarcinome séreux de l'ovaire gauche avec cytologie péritonéale positive, vous préconisez :
- chimiothérapie : Cysplatine- Taxol
 - chimiothérapie : 5FluoroUracile- Adriamycine- Cyclophosphamide
 - chimiothérapie : Méthotrexate- Acide folinique
 - radiothérapie
 - hormonothérapie type Tamoxifène
30. Quelques années plus tard, la patiente présente des douleurs osseuses et articulaires, une ostéodensitométrie montre la présence d'une ostéoporose, la scintigraphie osseuse est normale, quel(s) traitement(s) préconisez-vous ?
- tibolone
 - raloxifène (tit / prévention de l'ostéoporose et de la réduction du risque de fracture chez les femmes ménopausées.)
 - traitement hormonal substitutif
 - calcium- vitamine D
 - biphosphonate
31. La principale étiologie de l'hémorragie de la délivrance est :
- L'atonie utérine et l'anesthésie profonde par les halogènes (fluothane)
 - L'anomalie de la contraction utérine et la rétention placentaire partielle
 - L'atonie utérine, la rétention placentaire et les troubles de l'hémostase
 - La fibrinolyse et la coagulation intra veineuse disséminée
 - L'anomalie de la délivrance et la libération placentaire et utérine des thromboplastines tissulaires
32. La prise en charge thérapeutique dans l'hémorragie de la délivrance dans un premier temps doit :
- Dépendre du retard de la prise en charge médicale et chirurgicale
 - Assurer la contraction utérine par les ocytociques et les antispasmodiques
 - Assurer la vacuité utérine et l'intégrité de la filière génitale par la révision utérine et l'examen sous valve.
 - Réanimation médicale puis traitement chirurgical par la ligature des artères hypogastriques
 - Traitement médical suivi d'une hystérectomie d'hémostase dans un premier temps

33. Le taux de uricémie de la toxémie grave est : . . .

A- Un taux d'uricémie situé entre 200 et 450 $\mu\text{mol/litre}$

B- Une thrombopénie inférieure à 200000 éléments et un taux de PDF supérieur à 5 mg

C- L'uricémie, la thrombopénie et la protéinurie des 24h

D- Une protéinurie supérieure à 200 mmol/litre

E- Toutes les réponses sont justes.

- Uricémie : $\text{mg} = 180 = 3.6 \mu\text{mol/l}$
- Taux de plq = Thrombopénie < 100000
- et PDF $> 20 \text{mg/ml} \rightarrow \text{CID}$
- Protéinurie $> 10 \text{g/24h}$

34. Dans le placenta prævia le diagnostic repose sur :

A- Hémorragie faite de sang rouge et une contracture utérine

B- Hémorragie faite de sang rouge, utérus souple, fœtus vivant et présentation haute mobile

C- Hémorragie faite de sang noirâtre, contracture utérine, fœtus mort in utero et présentation fixée

D- Hémorragie faite de sang noirâtre, utérus souple et un fœtus vivant

E- La palpation montre une contracture abdominale et un fœtus mort in utero avec trouble d'hémostase

35. Les causes prévisibles de la mort in utero sont représentées par :

A- Les malformations fœtales sévères (anencéphalie, hydrocéphalie)

B- Le traumatisme abdominal et les infections maternelles (toxoplasmose, listériose, rubéole)

C- Les anomalies du cordon ombilical (circulaire, nœuds et torsion)

D- Les irradiations et les intoxications par le plomb

E- La toxémie gravidique, le diabète mal équilibré, l'iso immunisation rhésus et la grossesse prolongée.

36. L'hémorragie de la délivrance

A- Survient dans les 24h qui suivent l'accouchement et dont les pertes sanguines dépassent les 1500ml (1500cc)

B- C'est la première cause de mortalité maternelle en gynécologie

C- Met en jeu le pronostic vital, maternel et le risque de décès par choc hémorragique.

D- Toujours rechercher une plaie vaginale et ou cervicale ou fémorale

E- survient dans les 48h qui suivent l'accouchement et dont les pertes sanguines dépassent les 500ml

37. La délivrance physiologique doit réunir :

A- une délivrance complète et une rétraction utérine totale

B- une vacuité utérine totale et une coagulation sanguine anormale

C- une hémostase normale, une délivrance complète, une vacuité utérine complète et une bonne rétraction utérine

D- une délivrance incomplète, une mauvaise rétraction et une hémostase sanguine anormale

E- toutes les réponses sont justes

38. la toxémie gravidique se complique :

A-~~x~~ d'un Hématome Rétro Placentaire, d'une crise d'éclampsie et d'une macrosomie fœtale

B- d'un O.A.P, d'une Insuffisance Rénale Aigue, d'une crise d'éclampsie, d'un R.G.I.U et d'une mort néonatale dans un tableau de SFC

C- se complique d'une crise d'éclampsie, d'un help syndrome, d'une crise d'épilepsie

D-~~x~~ d'une macrosomie fœtale et d'une mort fœtale dans les 24h qui suivent l'accouchement

E-~~x~~ toutes les réponses sont justes

39. dans le placenta praevia :

A- le placenta praevia latéral est classé stade I qui affleure l'orifice cervical interne

B- le placenta praevia partiel est classé stade II qui affleure l'orifice cervical interne

C- le placenta praevia marginal est un stade II qui affleure l'orifice interne du col utérin

D- le placenta praevia total ou central est classé stade III recouvrant partiellement le col utérin

E- toutes les réponses sont justes

40. le diagnostic différentiel du P-P est

A- l'Hématome Rétro Placentaire et l'hémorragie de benkiser

B- La rupture utérine et l'hémorragie de benkiser

C- La rupture utérine et l'hémorragie de la délivrance

D- L'hémorragie d'origine cervicale

E- Toute les réponses ont justes