

EXAMEN DU MODULE DE GYNECOLOGIE OBSTERIQUE

SESSION rattrapage 2015 (théorie)

1. La solidité d'une cicatrice utérine est jugée par :
 - a. L'examen clinique en dehors de la grossesse.
 - b. L'examen échographique en dehors de la grossesse.
 - c. L'examen échographique pendant la grossesse.
 - d. une hystérosalpingographie avant la grossesse.
 - e. Une hystérocopie avant la grossesse.
2. La cicatrice utérine est réputée solide en cas :
 - a. D'absence d'effraction de la cavité utérine lors d'une myomectomie
 - b. De césarienne segmentaire transverse
 - c. De césarienne corporéale
 - d. De césarienne multiples
 - e. De délai intergénésiqye supérieur à 6 mois
3. En cas d'utérus cicatriciel, la césarienne itérative est indiquée en cas :
 - a. présentation du siège.
 - b. De bassin chirurgical
 - c. D'antécédent de myomectomie sans effraction de la cavité
 - d. Une hystérosalpingographie de grade 1 ou 2.
 - e. Une épaisseur du segment inférieur supérieur à 3 mm.
4. L'endométriose est la ou les réponses justes ?
 - a. La présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine.
 - b. La présence d'implants péritonéaux
 - c. Une hystérocopie retrouve des petits orifices des canaux diverticulaires.
 - d. Une coelioscopie permet de poser le diagnostic
 - e. La dysménorrhée est le symptôme le plus fréquent
5. A propos de l'aménorrhée secondaire :
 - a. Se définit par l'absence de règle après l'âge de 16ans.
 - b. Se définit par l'absence de survenue de règles au-delà de 3 mois.
 - c. Sont moins fréquentes que les aménorrhées primaires.
 - d. Se définit par l'absence de règle après l'âge de 18ans
 - e. Les causes malformatives sont les principales étiologies

6. le test au duphaston :

- a. Consiste en l'administration de progestérone pendant 10 jours.
- b. Positif, cela signifie qu'il a eu des règles après l'arrêt.
- c. Positif, cela signifie qu'il y a une imprégnation ostrogénique
- d. Positif, cela signifie que l'endomètre est réceptif.
- e. Perturbe le dosage des hormones hypophysaires

7. Devant une aménorrhée secondaire il convient de faire :

- a. Une courbe de température.
- b. Un dosage de FSH et de LH.
- c. Une recherche du sésamoïde du pouce
- d. Un test de grossesse.
- e. Un caryotype

8. Une coelioscopie est indiquée pour :

- a. Le diagnostic et le traitement de la G.E.U
- b. Le diagnostic des kystes ovariens
- c. Stadifier les tumeurs de l'ovaire
- d. Diagnostiquer des algies pelviennes.
- e. La stérilisation tubaire.

9. Une coelioscopie est contre-indiquée en cas :

- a. Utérus gravide de plus de 16 SA.
- b. Utérus gravide de 7 SA.
- c. Abdomen multi opéré
- d. Traitement de GEU sans hémopéritoine important
- e. Cancer de l'ovaire avec carcinose péritonéale

10. Peut constituer une complication de l'avortement provoqué :

- a. Une perforation utérine.
- b. La béance cervico-isthmique
- c. Une GEU
- d. Une hémorragie.
- e. Le décès

Cas clinique

Mme H. âgée de 29ans, enceinte (30SA), consulte pour céphalées. Les éléments réunis par le médecin généraliste sont les suivants : tabagisme 20 cigarettes/jour avant la grossesse, 10 cigarettes actuellement, première grossesse sans antécédent pathologique notable. La grossesse semble s'être déroulée de façon normale jusqu'à présent, HU mesurée à 25 cm, présentation céphalique, BDC comptés à 124b/mn, la tension artérielle est mesurée à 170/100 mmHg(après repos), œdèmes importants des membres inférieurs protéinurie : ++. Le poids est noté à 7 kg (67 kg à la consultation précédente, 15 jours plus tôt, 60 kg avant la grossesse) pour une taille de 1.65m.

11. quelle(s) pathologie(s) évoquez-vous ?

- a. HTA gravidique
- b. Syndrome néphrotique
- c. Pré-éclampsie
- d. HTA labile de fin de grossesse
- e. (Edèmes physiologiques de fin de grossesse

12. Quels signes fonctionnels faut-il rechercher dans un tel contexte ?

- a. Barre épigastrique
- b. jactitation
- c. céphalées
- d. phosphènes
- e. acouphènes.

13. Quels examens biologiques auriez-vous demandé ?

- a. Plaquettes.
- b. Transaminases TGO-TGP
- c. Créatinémie
- d. Uricémie
- e. Protéinurie des 24h

14. Qu'auriez vous conseillé à votre patiente ?

- a. Une hospitalisation
- b. Une surveillance clinique quotidienne à domicile
- c. Un traitement antihypertenseur ambulatoire
- d. Une césarienne en urgence
- e. Un déclenchement de l'accouchement

15. Quels sont, selon vous parmi ces paramètres celui (ceux) qui comporte(nt) un pronostic de gravité chez cette patiente ?

- a. uricémie > 60mg/l
- b. thrombopénie > 100000
- c. protéinurie supérieure à 0.5g /24h
- d. thrombopénie < 150000
- e. hémoglobine < 9g/100ml

Question N 03

Cas clinique

Madame A, 28ans chômage est suivie par son médecin généraliste pour la surveillance de sa 2 grossesse elle fume 20 cigarettes par jour depuis l'âge de 13ans pèse 58kg pour une taille d'1.64 m son mari âgé de 25 ans magasinier, est également fumeur (40 cigarettes par jour). Les antécédents sont représentés par une césarienne à 34 SA, 2ans auparavant, ayant permis la naissance d'une fille, Jessica, pesant 1600 g, hospitalisée 5 semaines dans un service de néonatalogie

Elle possède une carte de groupe avec phénotype (deux déterminations) A rhésus négatif, recherche d'agglutinines irrégulièrement réalisée, négative, les sérodiagnostics de rubéole et toxoplasmose sont en faveur d'une immunité ancienne les sérodiagnostics VIH, VDRL, TPHA négatifs l'échographie réalisée à 22 semaines a confirmé un fœtus de biométrie et morphologie normales, un placenta antérieur dont le bord inférieur est à 6cm de l'orifice du col utérin.

Elle est adressée en urgence à 32 SA pour douleur abdominale brutale associée à de petites métrorragies de sang noir et absence de perception des MAF. Depuis la veille au soir. Absence des BCF à l'échographie présentation céphalique dos à droite, hauteur utérine à 26cm.

16. Quel diagnostic fait évoquer cette situation clinique ?

- a. Une rupture utérine.
- b. Un décollement du placenta bas inséré
- c. Une rupture du sinus marginal
- d. Un HRP
- e. Une saignement d'origine cervicale après un rapport sexuel.

17. La CAT en urgence est de :

- a. Vérifier la tension artérielle.
- b. Faire un groupage et recherche d'agglutinines
- c. Mesurer la hauteur utérine
- d. Hospitaliser en urgence la patiente
- e. Prévenir le SAMU

18. Quelles mesures pouvait-on prendre pour prévenir l'accident observé ?

- a. Régime sans sel
- b. Régime hypercalorique
- c. Aspirine 80mg/jour à partir de 14 SA d'aménorrhée
- d. Arrêt complet du tabagisme
- e. Arrêt de travail

19. Quels seront les éléments de prise en charge en hospitalisation ?

- a. demander un groupage sanguin phénotype en urgence
- b. contrôler l'absence d'activité cardiaque fœtale en urgence
- c. contrôler la recherche d'agglutinines irrégulières en urgence
- d. contrôler l'absence de troubles de la coagulation sanguine en urgence
- e. réaliser la rupture artificielle de la PDE en urgence.

20. Parmi les propositions suivantes concernant le placenta inséré bas SPIB) indiquez celle(s) qui est (sont) exacte(s)

- a. Peut entraîner une contracture utérine.
- b. Est un facteur de rupture prématurée des membranes.
- c. Ne se manifeste que lors du déclenchement du travail
- d. Favorise les présentations dystociques
- e. Nécessite toujours une césarienne

Une patiente âgée 21ans est amenée aux urgences pour des douleurs pelviennes intenses apparues depuis 2 jours latéralisées en fosse iliaque droite. C'est une G2P0 avec antécédent de 2 avortements par curetage, une salpingite à 17 ans et une prise contraceptive par microprogestatifs.

De groupe sanguin A- à l'interrogatoire on note une notion de troubles du cycle. A l'examen clinique, la température est à 37.4 et la TA 12/07 pouls 90b/mn ; l'abdomen est souple, douleur intense à la palpation de la FID

Au spéculum : un col violacé et des métrorragies noirâtres, au TV utérus légèrement augmenté de volume, et vous provoquez une violente douleur de cul-de-sac vaginal droit :

21. Quel diagnostic évoquer-vous en premier :

- a. Appendicite aiguë
- b. Salpingite aiguë
- c. Avortement en cours.
- d. Grossesse extra-utérine
- e. Torsion d'un kyste de l'ovaire

22. Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie retrouvée chez cette patiente ?

- a. Antécédent de salpingite
- b. Contraception microprogestative
- c. Antécédent de curetage
- d. Endométriose tubaire
- e. Antécédent de chirurgie pelvienne

23. Quels bilans paracliniques demandez-vous immédiatement :

- a. Dosage quantitatif des BHCG
- b. FNS, groupage, bilan de coagulation
- c. Echographie pelvienne
- d. ECB des pertes avec antibiogramme
- e. Ponction du Douglas

24. L'échographie pelvienne dans ce contexte :

- a. Constitue le premier examen d'imagerie
- b. Recherche un embryon avec activité cardiaque positive en latéro-utérin droit.
- c. Une vacuité utérine est à vérifier
- d. Recherche un épanchement du Douglas
- e. Confirme une GEU par une image latéro-utérine hétérogène

25. Vous décidez de faire une coelioscopie. Que dites-vous à la patiente avant de l'opérer :
- Information orale et écrite sur le geste chirurgical
 - Son rôle est de confirmer l'existence et le siège de la GEU
 - Rechercher la présence d'une salpingite
 - Réaliser un traitement conservateur ou radical sur la trompe
 - Etablir le pronostic de la fertilité ultérieure.
26. Quelles mesures à entreprendre par la suite :
- Surveillance du taux de Bheg
 - Injection de gamma globulines anti D.
 - Réaliser une hystéroscopie
 - Prévoir une antibiothérapie en fonction du germe
 - Informé la patiente sur le risque de récurrences.
27. Quelle contraception prescrivez-vous chez cette patiente :
- Normodosée
 - Stérilet MIRENA
 - Stérilet en CU
 - Microprogestative
 - IMPLANON
28. Quelles sont les complications à long terme de cette affection :
- La récurrence
 - l'infection chronique
 - Les métrorragies
 - La stérilité tubaire
 - L'endométriose tubaire
29. Si le taux de Bhcg reste élevé que préconisez-vous :
- Reprise chirurgicale
 - Une deuxième contrôle dans un mois
 - Une chimiothérapie à base de méthotrexate
 - L'expectative
 - Un curetage
30. L'obtention d'une grossesse ultérieure dans ce cas :
- Peut s'effectuer spontanément
 - Nécessite une induction de l'ovulation
 - Nécessite une PMA si les deux trompes sont atteintes.
 - Nécessite une coelioscopie avant.
 - Toutes les réponses sont justes.

31. La maladie de Paget du sein est :
- a. Se transmet par l'allaitement
 - b. Se transmet par l'allaitement.
 - c. Est une atteinte du mamelon souvent associée à un cancer mammaire sous jacent.
 - d. Est plus fréquent chez les asiatiques
 - e. apparaît avant 40ans.
32. Quelle méthode contraceptive discutez-vous après un traitement d'un cancer du sein :
- a. La castration radiothérapique
 - b. Le dispositif intra-utérin
 - c. La micropilule progestive
 - d. La pilluleoestroprogestative
 - e. La pose de clips
33. Une patiente ayant souhaité une nouvelle grossesse quelle réponse lui faire :
- a. Jamais c'est formellement contre-indiqué
 - b. pourquoi pas après deux ans de surveillance
 - c. notion de l'âge contre-indique une nouvelle grossesse
 - d. Oui mais pas avant cinq ans.
 - e. ce n'est pas possible car la castration a été nécessaire
34. A la période de la préménopause on observe chez la femme (QCM) :
- a. Un allongement des cycles.
 - b. un raccourcissement des cycles
 - c. Une élévation de la FSH.
 - d. Une élévation de l'œstradiol plasmatique
 - e. Une élévation de la progestérone plasmatique
35. Indiquez les facteurs de risques de l'ostéoporose (QCM) :
- a. La consommation d'alcool et de tabac
 - b. la pratique régulière d'un sport
 - c. La minceur
 - d. La carence en apport calcique dans l'alimentation
 - e. Les antécédents familiaux
36. Parmi les examens suivants le quel fait parmi du bilan étiologique à réaliser devant une M.A.P :
- a. l'échographie
 - b. Les prélèvements cervico-vaginaux
 - c. Le dosage de l'uricémie
 - d. l'amnioscopie
 - e. l'amniocentèse

37. Quels sont vous vous les critères d'une dysovulation (QCM) :

- a. Une courbe de température plate
- b. Une sécrétion de la progestérone plasmatique $< 10\text{ng/ml}$ au 8^{ème} jour du cycle
- c. Une sécrétion de la progestérone plasmatique $< 10\text{ng/ml}$ au 20^{ème} jour du cycle
- d. Un plateau thermique inférieur à 10 jours
- e. Un dosage de la FSH plasmatique élevé

38. Les hémorragies fonctionnelles sont fréquentes chez (QCM) :

- a. La femme jeune après la puberté
- b. La femme de la cinquantaine dans la période périménopausique
- c. La femme qui prend la pilule depuis longtemps
- d. La femme qui porte un dispositif intra utérin.
- e. La femme ménopausée depuis longtemps

39. Les infections à chlamydiae :

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

40. Les œstrogènes naturels administrés par voie percutané (QCM)

- a. N'entraînent pas de surcharge hépatique
- b. N'entraînent pas de modification lipidique
- c. Ont les mêmes propriétés mitotiques que les œstrogènes par voie orale
- d. Doivent être associés à la progestérone
- e. Doivent être préférentiellement choisis par rapport à la voie orale pour des raisons métabolique

Tiemcen, le Mardi 01 Septembre 2015

N° S36 Gynécologie - Obstétrique, programme d'examen de : "Rattrapage Théorique", de la Cinquième année de Médecine

27

Nom:
Prénom:
Cité/Place:
Matricule:

Ce sujet contient 40 QCM

Cochez les cases au stylo noir avec un astérisque épais. Croix avec une barre horizontale ou verticale: ou

- | | A | B | C | D | E | | A | B | C | D | E | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:G
T:G 26.
0,500/0,500 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ACD
T:ABE
0,500/0,500 |
| 2. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ABE
T:ABA 27.
0,500/0,500 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:A
T:A
0,500/0,500 |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:A
T:AB 28.
0,500/0,500 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:AD
T:AC
0,500/0,500 |
| 4. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ABD
T:ABD 29.
0,500/0,500 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:AC
T:C
0,500/0,500 |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:B
T:B 30.
0,500/0,500 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:AC
T:AC
0,500/0,500 |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BCD
T:ABCD 31.
0,500/0,500 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:C
T:C
0,500/0,500 |
| 7. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ABC
T:ABD 32.
0,500/0,500 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:BE
T:BE
0,500/0,500 |
| 8. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ACD
T:ACD 33.
0,500/0,500 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BD
T:BD
0,500/0,500 |
| 9. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ABE
T:ACE 34.
0,500/0,500 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BD
T:BD
0,500/0,500 |
| 10. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ABD
T:ABD 35.
0,500/0,500 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ACD
T:ACD
0,500/0,500 |
| | A | B | C | D | E | | A | B | C | D | E | |
| 11. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:AE
T:AE 36.
0,500/0,500 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BE
T:B
0,500/0,500 |
| 12. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ABE
T:ABD 37.
0,500/0,500 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ACD
T:ACD
0,500/0,500 |
| 13. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ABCDE
T:ABCDE 38.
0,500/0,500 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ABCD
T:ABCD
0,500/0,500 |
| 14. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:A
T:A 39.
0,500/0,500 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:BC
T:BC
0,500/0,500 |
| 15. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ABC
T:ABC 40.
0,500/0,500 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ABCD
T:ABCD
0,500/0,500 |
| 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:D
T:D
0,500/0,500 | | | | | | |
| 17. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:ABCDE
T:ABCDE
0,500/0,500 | | | | | | |
| 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:CD
T:CD
0,500/0,500 | | | | | | |
| 19. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:BC
T:BCD
0,500/0,500 | | | | | | |
| 20. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:BD
T:BD
0,500/0,500 | | | | | | |
| | A | B | C | D | E | | | | | | | |
| 21. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | R:D
T:D
0,500/0,500 | | | | | | |
| 22. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ABC
T:ABC
0,500/0,500 | | | | | | |
| 23. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:ABC
T:ABC
0,500/0,500 | | | | | | |
| 24. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:AC
T:ABCE
0,500/0,500 | | | | | | |
| 25. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | R:B
T:ABCE
0,500/0,500 | | | | | | |



FACULTE DE MEDECINE
EXAMEN DU MODULE DE GYNECOLOGE OBSTETRIQUE
SESSION rattrapage 2015 (pratique)

1. Une substance est dite tératogène :
 - a) Parce qu'elle traverse la barrière placentaire.
 - b) Parce qu'elle provoque des malformations fœtales.
 - c) Parce qu'elle entraîne la mort fœtale.
 - d) Parce qu'elle entraîne des malformations et la mort fœtale.
 - e) Parce qu'elle a un tropisme pour le tissu trophoblastique.

2. Dans les dix premières semaines de la grossesse des métrorragies ne peuvent pas être causées par :
 - a) Grossesse molaire
 - b) Menace d'avortement spontané
 - c) Insertion basse du placenta
 - d) lyse d'un jumeau.
 - e) Grossesse extra-utérine

3. La révision utérine :
 - a) S'assure de la vacuité utérine
 - b) Est indiquée après une extraction instrumentale.
 - c) Se pratique après un accouchement par voie basse d'un Utérus cicatriciel
 - d) Est indiquée après un long travail
 - e) Toutes les réponses sont justes

4. Une femme en post partum qui allaite a nécessité un examen diagnostique à base d'un produit radio-isotope (Technétium 99), que lui conseillez-vous ?
 - a) Poursuivre l'allaitement en toute quiétude
 - b) Arrêter l'allaitement pendant l'examen et le poursuivre après avoir analysé le lait
 - c) Arrêter définitivement l'allaitement car c'est dangereux pour l'enfant
 - d) Arrêter l'allaitement pendant 72H après l'examen
 - e) Arrêter l'allaitement pendant deux semaines après l'examen

5. L'examen macroscopique normal du délivre d'un enfant à terme pesant 3,600 kg doit trouver les constatations suivantes :

- a) Un diamètre du placenta entre 10 et 15 cm ϕ 14-20 cm, 2-4 d'épaisseur
- b) Un poids de 600 gr 450g ± 150g
- c) Epaisseur = 2 à 3 cm au centre, 4-6 mm sur les bords
- d) Un cordon avec une artère et deux veines AV + 2A
- e) Une longueur du cordon entre 50 et 70 cm

6. l'épisiotomie :

- a) c'est une section du faisceau pubococcygien du releveur de l'anus
- b) se fait a l'expulsion de l'épaule
- c) protège contre les troubles de la statique pelvienne
- d) se fait au moment d'une contraction utérine
- e) la médio latérale est la plus réalisée

7. cochez la(les) réponse(s) fausse(s) :

- a) l'extraction instrumentale est l'une des indications de l'épisiotomie.
- b) l'endométriose peut se greffer sur une cicatrice d'épisiotomie.
- c) le risque hémorragique est important en cas de réalisation précoce de l'épisiotomie.
- d) la réfection de l'épisiorrhaphie se fait de la peau vers le vagin.
- e) La révision utérine justifie la réalisation d'une épisiotomie.

8. 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.

9. la délivrance :

- a) en cas de rétention entraine une hémorragie.
- b) le mode le plus fréquent est le mode DUNCAN
- c) après l'expulsion du placenta l'utérus se trouve au niveau de l'ombilic
- d) se fait spontanément en 30 à 45mn
- e) il faut tracter sur le cordon pour aider la délivrance .

10. concernat l'utilisation des anticoagulants pendant la grossesse :

- a) les AVK peuvent être utilisés durant toute la grossesse.
- b) Les HBPM doivent être arrêtés 12 heures avant l'accouchement.
- c) Les HBPM traversent la barrière placentaire mais sans effet foetal.
- d) Les AVK peuvent entrainer des malformations pendant le premier trimestre.
- e) Les HBPM peuvent entrainer des malformations pendant le premier trimestre.

11. concernant l'utilisation des antibiotiques pendant la grossesse :
- a) les betalactamines sont autorisés seulement au premier trimestre.
 - b) les betalactamines sont autorisés pendant toute la grossesse.
 - c) Les tétracyclines sont autorisés pendant le premier trimestre.
 - d) Les tétracyclines sont contre-indiquées.
 - e) Leur utilisation doit être prudente.
12. Dans l'hématome rétro placentaire typique, on observe en association avec les métrorragies :
- a) Une contracture utérine.
 - b) Une douleur abdominale violente.
 - c) Un saignement rouge vif.
 - d) Une diminution de la hauteur utérine.
 - e) Une souffrance fœtale.
13. l'épisiotomie :
- a) raccourcit la durée de l'expulsion.
 - b) Systématique chez la primipare.
 - c) Evite les déchirures complexes du périnée.
 - d) Se fait sous anesthésie.
 - e) Est un acte chirurgical permettant d'élargir l'orifice vulvaire.
14. après un curetage la persistance de l'hémorragie est en rapport avec :
- a) inertie utérine
 - b) persistance de débris
 - c) infection a germe spécifique
 - d) perforation utérine
 - e) traumatisme cervical
15. l'examen du délivre :
- a) Permet un diagnostic rétrospectif d'un placenta praevia.
 - b) Il vérifie la présence d'une malformation du cordon.
 - c) Il élimine le diagnostic d'hémorragie de la délivrance par rétention placentaire.
 - d) Il explore la face fœtale du placenta qui était au contact de l'utérus.
 - e) Il nécessite un examen anatomo-pathologique en cas d'antécédent de grossesse molaire.
16. quels sont les risques de la révision utérine :
- a) endométriose.
 - b) Traumatisme du col.
 - c) Perforation utérine.
 - d) Synéchie utérine.
 - e) Avortement à répétition.

17. Les complications de l'épisiotomie la réponse fausse :

- a) L'hémorragie si elle a été faite trop tard.
- b) L'infection peut compliquer une épisiorraphie.
- c) Peut se compliquer d'endométriose.
- d) Le lâchage des fils de suture peut survenir.
- e) La douleur est la complication la plus fréquente.

18. La délivrance manuelle la réponse fausse :

- a) L'extraction manuelle du placenta.
- b) Se fait systématiquement après un accouchement sous anesthésie générale.
- c) Se fait systématiquement en cas d'utérus cicatriciel.
- d) Se fait en absence de délivrance spontanée au bout de 30 mn.
- e) Se fait en cas d'hémorragie de la délivrance.

19. Les métrorragies du placenta praevia :

- a) Surviennent après un traumatisme.
- b) Surviennent plutôt au repos.
- c) Sont faites de sang rouge, avec une contracture utérine.
- d) Sont faites de sang noirâtre, avec une contracture utérine.
- e) S'accompagne le plus souvent d'une mort fœtale in utero.

20. L'hémorragie de Benkiser est :

- a) Une étiologie des métrorragies du troisième trimestre.
- b) Survient après la rupture de la poche des eaux.
- c) Est en rapport avec la rupture d'un vaisseau acréta.
- d) Non traitée son évolution est bénigne pour la mère.
- e) Le saignement a pour origine le décollement marginal du placenta.