

## Les infections génitales

### Janvier 2018 :

#### **10. La leucorrhée :**

- A. Elle est pathologique si elle provient de la sécrétion exagérée de la glaire cervicale
- B. Elle est pathologique si elle est luisante et translucide
- C. Elle est pathologique si elle s'accompagne d'une odeur de poisson pourri
- D. Elle est pathologique si elle a un aspect verdâtre
- E. Elle est physiologique si elle s'accompagne d'une dyspareunie

### Janvier 2017 :

#### **1. La flore vaginale microbienne normale :**

- A. Est un moyen de défense local du vagin
- B. Est due à la présence en grande quantité de bacilles de Dorderleine
- C. Les bacilles de Dorderleine rendent le pH vaginal basique
- D. Elle peut être modifiée par l'imprégnation hormonale
- E. Son déséquilibre est la cause principale des vulvo-vaginites

#### **2. Les vulvo-vaginites mycosiques :**

- A. Sont fréquentes chez les femmes enceintes
- B. Surviennent sur un pH vaginal basique
- C. Se manifestent cliniquement par un prurit vulvaire intense
- D. Se manifestent par des leucorrhées grisâtres nauséabondes
- E. A l'examen direct, on trouve un protozoaire flagellé

#### **3. Le traitement de la vaginose bactérienne est basé sur :**

- A. Antifongique par voie orale et / ou locale
- B. Le traitement du ( ou des ) partenaires (s) est systématique
- C. Métronidazole par voie orale et / ou locale pendant une semaine
- D. Doxycycline par voie orale 100mg\*3/j pdt 7j
- E. Cephtriaxone ( rocéphine ) 500mg en IM en une seule prise

#### **4. L'infection génitale à HPV :**

- A. Est l'infection virale sexuellement transmissible dans le monde
- B. Risque d'évoluer vers un carcinome in situ
- C. Son dépistage se fait par le FCV
- D. En cas de FCV anormal , une colposcopie s'impose
- E. L'évolution vers un cancer invasif du col utérin prévenue par la vaccination

### Février 2016 :

#### **12. Une leucorrhée pathologique peut-être secondaire à :**

- A. Infection vulvo-vaginite
- B. Glairer cervicale abondante
- C. Déséquilibre de la flore vaginale
- D. Une hypo-œstrogénie de la période de post-ménopause
- E. Desquamation des cellules épithéliales vaginales

#### **13. Les vulvo-vaginites mycosiques :**

- A. Surviennent sur un pH vaginal basique

- B. Fréquente chez les femmes enceintes
- C. S'accompagnent de leucorrhées abondantes, spumeuses, nauséabondes
- D. Sa transmission est principalement sexuelle
- E. Son traitement est basé sur le métronidazole 500mg en deux prises par jour pendant une semaine

**14. L'infection génitale chez la femme à HPV :**

- A. Est l'infection virale sexuellement transmissible la plus fréquente
- B. Evolue rapidement vers un cancer invasif du col utérin
- C. Elle donne des lésions intra-épithéliales du col utérin
- D. Les lésions intra-épithéliales sont dépistées par un FCV
- E. Sa fréquence peut être limitée par la vaccination des jeunes filles contre le virus

## Cancer du sein

### Janvier 2018

**6. Le cancer du sein :**

- A. L'ADK est le type histologique le plus fréquent
- B. Le carcinome canalaire in situ est caractérisé par une membrane basale intacte
- C. Le carcinome lobulaire in situ est caractérisé par une membrane basale rompue
- D. Les sarcomes du sein sont des tumeurs qui se développent à partir des canaux galactophoriques
- E. Il est très méchant s'il s'agit d'un carcinome in situ

**7. Lors de l'examen des seins :**

- A. Une lésion est évocatrice de malignité s'il y a une rétraction du mamelon
- B. Une lésion est évocatrice de malignité s'il y a un aspect d'eczéma du mamelon
- C. Une lésion est évocatrice de malignité si elle est associée à un écoulement mamelonnaire unipore verdâtre à la pression du mamelon
- D. Une lésion est évocatrice de malignité si elle est mobile par rapport à la peau et fixé au muscle grand pectoral
- E. Une lésion est évocatrice de malignité si elle est associée à un œdème des deux MI

**8. En cas de palpation à l'examen d'un nodule du sein :**

- A. La mammographie est le premier examen para-clinique à demander chez une femme allaitante
- B. Pour limiter l'irradiation, la mammographie est faite seulement sur le sein présentant le nodule si la femme est enceinte
- C. L'échographie mammaire est un bon examen si les seins sont denses
- D. L'échographie mammaire ne permet pas de d'explorer aisément les micro-calcifications
- E. La mammographie explore mieux les micro-calcifications que l'échographie

**9. Les signes échographiques de malignité d'une lésion mammaire sont :**

- A. Image hypo-échogène homogène
- B. Image hypo-échogène hétérogène
- C. Des contours irréguliers
- D. Grand axe est perpendiculaire à la peau
- E. Image présentant un renforcement des échos en postérieur

### Janvier 2017 :

**5. Cancer du sein :**

- A. L'ADK est le type histologique le plus fréquent
- B. Le carcinome in situ est caractérisé histologiquement par l'envahissement de la membrane basale
- C. Le carcinome lobulaire infiltrant se développe au niveau des canaux galactophoriques
- D. Le carcinome canalaire infiltrant se développe au niveau de l'unité doctulo-lobulaire terminale ( UTDL )
- E. Le carcinome in situ est de plus mauvais pronostic par rapport au carcinome invasif

**6. L'autopalpation du sein :**

- A. Est un examen du sein qui doit être fait par le médecin
- B. Est un examen du sein qui doit être fait par la patient elle-même
- C. Est à faire une fois par mois lors de la douche
- D. L'examen doit concerner tous les quadrants des deux seins et des deux creux axillaires
- E. La détection d'un nodule du sein à l'autopalpation doit imposer une consultation médicale

**7. Un écoulement mamelonnaire est suspect de malignité s'il est :**

- A. Lactescent et bilatéral au niveau des deux seins
- B. Verdâtre , unilatéral et unipore
- C. Sanglant , unilatéral et unipore
- D. S'il est suspect de malignité , il impose une exploration radiologique des deux seins
- E. S'il est suspect de malignité , une chirurgie de type Patey s'impose en première intention

**8. Une mammographie :**

- A. En dehors des CI est le premier examen à demander en cas d'un nodule du sein diagnostiqué cliniquement
- B. Elle permet de mieux explorer les micro-calcifications
- C. La classification ACR mammographique permet d'orienter la CAT diagnostique
- D. Une lésion ACR2 à la mammographie impose de faire une biopsie
- E. Une lésion ACR5 à la mammographie impose de faire une intervention chirurgicale de type Patey

**Janvier 2016 :****4. Les facteurs du risque du cancer du sein :**

- A. L'âge jeune de la femme serait un facteur de risque
- B. L'obésité serait un facteur protecteur du cancer du sein
- C. La multiparité serait un facteur protecteur du cancer du sein
- D. L'allaitement au sein serait un facteur du risque du cancer du sein
- E. La ménopause tardive protégerait contre le cancer du sein

**5. Le mode d'extension du cancer du sein :**

- A. Est de proche en proche intra-galactophorique
- B. Est hématogène
- C. Est lymphatique
- D. Est péritonéal
- E. Se fait vers les ganglions de la chaîne mammaire interne

**6. La mammographie :**

- A. Est le premier examen à demander en cas de nodule du sein chez la femme allaitante
- B. Elle explore parfaitement les seins denses
- C. Doit être faite en association à l'échographie mammaire
- D. Par rapport à l'échographie ; la mammographie explore mieux les micro-calcifications

E. Est un examen recommandé pour le dépistage du cancer du sein

**7. Une tumeur du sein gauche mesurant 2cm associée à une rétraction cutanée en regard sans ADP axillaires palpables et sans métastases à distance est classé :**

- A. T1a , N0 , M0
- B. T4b , N0 , M0
- C. T2 , N1 , M0
- D. T3 , N0 , M0
- E. T4d , N0 , M0

## Cancer de la vulve

### Janvier 2018 :

**5. Le cancer de la vulve :**

- A. Touche la femme jeune ( vers 40 – 50 ans ) s'il est viro-induit par l'HPV
- B. Touche les femme âgées ( plus de 65 ans ) s'il n'est pas viro-induit
- C. Les lésions pré-cancéreuses de type lichen scléreux sont non viro-induites
- D. Les lésions pré-cancéreuses de type maladie de Bowen sont viro-induites
- E. Le traitement de base des cancers de la vulve est la chirurgie

### Juin 2017 :

**5. Le cancer de la vulve :**

- A. Est un cancer viro-induit
- B. Peut-être non viro-induit
- C. Le lichen scléro-atrophique de la vulve est un FDR
- D. La manifestation principale du cancer de la vulve est un facteur de risque
- E. La traitement chirurgicale radicale de base est la vulvectomy bilatérale associée à un curage inguinal bilatéral

## Cancer des ovaires

### Janvier 2018 :

**1. Parmi les FDR des cancers épithéliaux de l'ovaire :**

- A. L'âge avancé
- B. L'infection par l'HPV
- C. L'infection par l'HSV2
- D. Le blocage de l'ovulation
- E. L'induction de l'ovulation

**2. La dissémination des cancers épithéliaux de l'ovaire se fait :**

- A. Par voie lymphatique vers les ganglions iliaques et lombo-aortiques
- B. Par voie lymphatique vers les ganglions iliaques et axillaires
- C. Par voie péritonéale
- D. Par voie digestive
- E. Par voie sanguine

**3. Les critères échographiques de malignité d'une tumeur ovarienne sont :**

- A. Une image hétérogène à double composante tissulaire et liquidienne
- B. Une image complètement anéchogène à paroi fine
- C. Une image complètement anéchogène comportant des végétations endo-kystiques
- D. Une image présentant une paroi épaisse, irrégulière et vascularisée au doppler couleur
- E. Présence d'une image ovarienne associée à une ascite

**4. Le traitement des cancers épithéliaux de l'ovaire :**

- A. Le traitement chirurgical de base est une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, une omentectomie et un curage iliaque bilatérale et lombo-aortique
- B. Le traitement chirurgical de base est une hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale, une omentectomie et curage iliaque bilatérale et lombo-aortique
- C. Le traitement conservateur peut-être indiqué chez une patiente jeune stade Ib
- D. Le traitement conservateur peut être indiqué chez une jeune stade Ia
- E. Le traitement conservateur peut-être indiqué chez une femme ménopausée stade Ia

**Janvier 2017 :****9. Les tumeurs épithéliales malignes de l'ovaire :**

- A. Sont plus fréquents dans la tranche d'âge 25 – 30 ans
- B. Est plus fréquent que les tumeurs de la granulosa
- C. Peuvent se manifester cliniquement par une ascite
- D. Peuvent être complètement asymptomatique aux stades précoces
- E. Dont l'échographie pelvienne est le premier examen paraclinique à demander

**10. Le mode de dissémination des cancers épithéliaux de l'ovaire**

- A. Peut se faire vers le grand épiploon
- B. Peut se faire vers le péritoine viscéral
- C. Peut se faire vers le péritoine pariétal
- D. Peut se faire vers les ganglions iliaques bilatéraux
- E. Peut se faire vers les ganglions lombo-aortiques

**Juin 2017 :****1. Cancer de l'ovaire :**

- A. Les cancers épithéliaux sont les plus fréquents
- B. Les tumeurs du mésenchyme et du cordon sexuel peuvent s'accompagner d'une sécrétion des oestrogènes
- C. Les tumeurs du mésenchyme et du cordon sexuel peuvent s'accompagner d'une sécrétion des androgènes
- D. L'âge jeune est un FDR du cancer de l'ovaire
- E. Les cystadénocarcinomes séreux de l'ovaire s'accompagnent d'une sécrétion mucineuse

**2. Les signes d'organocité échographique d'un kyste de l'ovaire :**

- A. Image complètement anéchogène à paroi fine
- B. Présence des végétations
- C. Caractère multiloculaire
- D. Diamètre du kyste de 3cm
- E. Paroi épaisse du kyste

**3. Les critères de malignité échographiques d'une tumeur de l'ovaire :**

- A. Double composante liquidienne et tissulaire
- B. Présence des végétations exo- et endo-kystiques
- C. Contenu du kyste complètement anéchogène et homogène
- D. La paroi du kyste , et les cloisons sont épaisses et vascularisées au doppler couleur
- E. Présence d'une ascite associée à la tumeur

**4. Les moyens thérapeutiques d'une tumeur maligne de l'ovaire :**

- A. Hystérectomie totale associée à une annexectomie bilatérale
- B. Annexectomie unilatérale
- C. Curage iliaque bilatérale associée à un curage lombo-aortique
- D. Réduction tumorale
- E. Chimiothérapie

Pr.Errarhay

**RCIU**

**Janvier 2018 :**

Patiente de 37 ans , primipare consulte à 36 semaines d'aménorrhée , l'examen clinique trouve TA = 16/10 avec des BU à 3x , HU = 25cm , avec des BCF perçus et irréguliers avec un col long fermé postérieur sans notion d'hydrorrhée

**17. Quels sont vos diagnostics à évoquer ?**

- A. RCIU harmonieux sur HTA chronique
- B. RCIU dysharmonieux sur PE sévère
- C. RPM sur HTA gravidique
- D. Oligoamnios sur dépassement de terme
- E. Hypotrophie fœtale

**18. Quels sont les examens complémentaires nécessaires pour étiqueter le diagnostic ?**

- A. Echographie obstétricale
- B. Doppler des artères ombilicales et cérébrales
- C. Amniocentèse
- D. Score biophysique de manning
- E. ERCF

**19. Quelle serait votre CAT :**

- A. Césarienne en urgence
- B. Déclenchement du travail aux ocytociques
- C. Expectative
- D. Déclenchement du travail aux prostaglandines
- E. Extraction après administration d'une cure de corticothérapie

**Janvier 2017**

Patiente âgée de 26 ans chez qui l'échographie obstétricale de 32 SA a révélé que la mesure de la circonférence abdominale transverse est inférieure au 3<sup>ème</sup> percentile alors que le reste de la biométrie est normale

**17. Quel est votre CAT ?**

- A. RCIU harmonieux
- B. RCIU dysharmonieux
- C. Macrosomie fœtale

- D. Syndrome polymalformatif
- E. Erreur du terme

**18. Quels sont les exams complémentaires qui peuvent être nécessaires pour le diagnostic étiologique ?**

- A. Amniocentèse
- B. Echographie obstétricale avec doppler artériel
- C. IRM fœtale
- D. Sérologies maternelles
- E. Protéinurie de 24h

**Jun 2017 :**

Patiente âgée de 24 ans chez qui l'examen obstétrical à 32SA a révélé une HU = 23cm avec un col long fermé postérieur et PDE intacts

**16. Quels diagnostics évoquez-vous ?**

- A. RCIU harmonieux
- B. RCIU dysharmonieux
- C. Macrosomie fœtale
- D. Anomalie chromosomique
- E. Rupture des PDE

Une échographie obstétricale réalisée le jour même montre une grossesse monofoetale avec des biométrie inférieures au 3<sup>ème</sup> percentile pour 32 SA

**17. Quels sont les examens complémentaires qui peuvent être nécessaires pour le diagnostic étiologique ?**

- A. Caryotype fœtal
- B. Doppler des artères utérines maternelles
- C. IRM fœtale
- D. Sérologies maternelles
- E. ECBU

**Février 2016 :****25. Parmi les causes du retard de croissance intra-utérin :**

- A. Les anomalies chromosomiques
- B. HTA
- C. Malformations utérines
- D. Anémie
- E. Hypercholestérolémie

**26. Quels sont les exams complémentaires qui peuvent être nécessaires pour le diagnostic étiologique du RCIU ?**

- A. Amniocentèse
- B. Echographie obstétricale
- C. IRM fœtale
- D. Doppler de l'artère utérine
- E. ERCF

## Suite de couches normale et pathologique

**Janvier 2018 :****16. Parmi les propositions relatives aux suites de couches normales , quelles sont celles qui sont vraies :**

- A. Le retour des couches se fait 3 semaines après l'accouchement
- B. La fermeture de l'orifice interne du col utérin se fait au 15<sup>ème</sup> jour du post-partum

- C. L'effondrement de la sécrétion des oestrogènes immédiatement après l'accouchement
- D. L'utérus reprend sa taille initiale 1 mois après l'accouchement
- E. Le premier cycle est anovulatoire

### Janvier 2018 :

#### **Les gestes qui peuvent être réalisés durant le premier jour des suites de couches sont :**

- A. La prise d'une contraception orale oestro-progestative
- B. Le démarrage de l'allaitement maternel
- C. Le traitement anticoagulant en cas d'accouchement par voie haute
- D. Le traitement de la poussée hémorroïdaire aiguë
- E. La prévention de l'incompatibilité fœto-maternelle en cas de patient RH+

### Juin 2017 :

#### **Durant les premiers jours de suites de couches vous préconisez :**

- A. La mise en place d'un DIU
- B. La prise de bromocriptine pour arrêter la montée laiteuse
- C. Le traitement anticoagulant en cas d'accouchement par voie haute
- D. La prise d'une contraception oestro-progestative
- E. La prévention de l'incompatibilité fœto-maternelle en cas de patiente RH+ et de père RH-

### Février 2016 :

#### **29. Parmi les complications de suites de couches :**

- A. Les complications infectieuses
- B. Les complications hémorragiques
- C. Les complications cardiaques
- D. Les complications de l'allaitement
- E. Les complications psychiatriques

#### **30. Les gestes qui peuvent être réalisés durant le premier jour de suites de couches sont :**

- A. Le démarrage de la contraception orale
- B. Le blocage de montée laiteuse par la bromocriptine
- C. Le traitement de tranchées
- D. Le traitement de la poussée hémorroïdaire aiguë
- E. La prévention de l'incompatibilité fœto-maternelle dans le système rhésus

## **Utérus cicatriciel – Infection urinaire**

### Janvier 2018

Une primipare enceinte de 24 semaines d'aménorrhée consulte pour un syndrome fébrile associé à des brûlures mictionnelles, une hématurie et une douleur lombaire

#### **11. En faveur d'une infection urinaire :**

- A. L'âge gestationnel de 24 SA
- B. Le syndrome fébrile
- C. Les brûlures mictionnelles
- D. Hématurie
- E. Douleur lombaire

#### **12. Dans ce cas, l'antibiothérapie à prescrire de 1<sup>ère</sup> intention :**

- A. Amoxicilline
- B. Association amoxicilline – acide clavulanique

- C. Fluoroquinilones
- D. Sulfamides
- E. C3G

**13. Parmi les facteurs favorisant la déhiscence sur un utérus cicatriciel**

- A. Cicatrice corporelle
- B. Utilisation de prostaglandines
- C. Dépassement de terme
- D. ATCD de césarienne faite à 26 semaines d'aménorrhée
- E. Macrosomie fœtale

**Janvier 2017 :**

Patiente âgée de 22 ans , enceinte de 29SA qui consulte pour une douleur lombaire droite intense associée à une fièvre à 38,8° accompagnée de frissons avec douleurs à la palpation de la fosse lombaire

**15. Quel est votre diagnostic ?**

- A. Pyélonéphrite aiguë
- B. Cystite
- C. Appendicite
- D. Cholécystite aiguë
- E. Sigmœidite

**16. Devant ce tableau clinique , quels examens complémentaires prescrivez – vous ?**

- A. ECBU
- B. Hémocultures
- C. NFS
- D. Echographie rénale
- E. CRP

**20. Parmi les facteurs favorisant de la déhiscence sur un utérus cicatriciel**

- A. Cicatrice segmento-corporelle
- B. Utilisation de prostaglandines pour le déclenchement de travail
- C. Une disproportion fœto-pelvienne
- D. ATCD de césarienne faite à 26SA
- E. Macrosomie

**Juin 2017 :**

Patiente âgée de 32 ans , enceinte de 30SA qui consulte pour une douleur lombaire bilatérale associée à une fièvre à 38,8° accompagnée de frissons . La BU met en évidence une leucocyturie massive et des nitrites positifs

**14. Quel est votre diagnostic ?**

- A. Pyélonéphrite aiguë
- B. Cystite
- C. Salpingite
- D. Cholécystite aiguë
- E. Chorioamniotite

**15. Quels traitements mettez-vous en œuvre ?**

- A. Hospitalisation
- B. ATB à base de fluoroquinolones en 1<sup>ère</sup> intention
- C. Hydratation abondante

- D. Traitement antipyrétique
- E. Néphrostomie percutanée

**20. Parmi les facteurs favorisant la déhiscence sur un utérus cicatriciel :**

- A. Une cicatrice segmento-corporelle
- B. L'utilisation d'ocytocine pour le déclenchement de travail
- C. Grossesse multiple
- D. ATCD de césarienne faite à 26SA
- E. Une macrosomie

**Février 2016 :****24. Les infections de l'arbre urinaire survenant au cours de la grossesse :**

- A. Est favorisée par une hypotonie physiologique de l'arbre urinaire
- B. Le germe le plus fréquemment en cause est l'E.coli
- C. L'ECBU doit être réalisé systématiquement
- D. La PNA représente l'infection et l'inflammation de la vessie
- E. La pyélonéphrite est la forme la plus grave de ces infections urinaires

**23. Quels sont les signes cliniques pouvant différencier une infection urinaire basse d'une infection urinaire haute chez la femme enceinte ?**

- A. La fièvre
- B. Les cystalgies
- C. Les lombalgies
- D. Brulures mictionnelles
- E. Hématurie

## **Strepto B – rubéole – toxoplasmose – Herpès**

**Janvier 2018 :****14. La rubéole :**

- A. Donne une éruption qui apparaît en même temps que la production des anticorps
- B. Est d'autant plus grave qu'elle est contractée près du terme
- C. Est toujours symptomatique
- D. Peut-être responsable des phénomènes auto-immuns tardifs
- E. Le risque d'infection fœtale augmente avec l'âge de la grossesse

**15. Concernant la toxoplasmose au cours de la grossesse :**

- A. Le risque de transmission materno-fœtale est faible en début de la grossesse
- B. Est plus grave en fin de grossesse
- C. Peut être transmise au fœtus par voie ascendante
- D. Est responsable d'une placentite
- E. Est traitée par les quinolones

**20. L'herpès génitale au cours de la grossesse :**

- A. Est due souvent à l'herpès simplex virus type 2
- B. Peut être responsable de RCIU
- C. La césarienne est recommandée en cas de lésions actives au moment de l'accouchement
- D. L'allaitement maternel est contre-indiqué en cas de PI herpétique
- E. Le traitement antiviral néonatal est systématique

**30. La prévention de la transmission materno-fœtale du strepto B :**

- A. Nécessite un dépistage du portage du strepto B
- B. Se fait par administration de la pénicilline en per partum
- C. Permet d'éviter une infection néonatale mortelle
- D. Est indiquée si ATCD d'infection néonatale par le strepto B
- E. Est indiquée si bactériurie au strepto B au cours de la grossesse

**Janvier 2017 :****11. La toxoplasmose au cours de la grossesse :**

- A. Est une infection virale
- B. Le risque d'atteinte fœtale est possible si séroconversion
- C. Peut-être à l'origine d'un RCIU
- D. Est toujours symptomatique chez la femme enceinte
- E. Dont la prévention est basée sur la vaccination

**12. Chez une patiente enceinte de 18 SA présentant une séroconversion toxoplasmique confirmée par 2 sérologies réalisées à 3 semaines d'intervalle vous devez :**

- A. Mettre la patiente sous spiramycine
- B. Faire une amniocentèse
- C. Mettre la patiente sous parasiticide
- D. Faire une IMG
- E. Faire une surveillance échographique mensuelle

Chez une patiente enceinte de 11SA qui a une sérologie rubéolique négative et ayant été au contact , il y a plus de 15jours avec un enfant qui a présenté quelques jours plus tard une éruption rubéolique .

**13. Vous devez demander :**

- A. Sérologie maternelle IgM
- B. Sérologie maternelle IgG
- C. Vaccination maternelle
- D. IMG
- E. Recherche spécifique de la rubéole par PCR

**14. Dans une infection rubéoleuse ancienne , le statut des immunoglobulines peut-être :**

- A. IgM positifs et IgG négatifs
- B. IgM positifs et IgG positifs avec avidité aux IgG faible
- C. IgM négatifs et IgG positifs avec avidité aux IgG forte
- D. IgM négatifs et IgG négatifs
- E. IgM négatifs et IgG positifs

**Juin 2017 :**

Chez une patiente enceinte de 10SA présentant une séroconversion toxoplasmique confirmée par 2 sérologies réalisées à 3 semaines d'intervalle

**11. Que devriez-vous faire :**

- A. Mettre la patiente sous spiramycine 3MUI\*3/j
- B. Faire une amniocentèse 1 semaine après la date de la séroconversion
- C. Faire une surveillance sérologique mensuelle
- D. Faire une IMG
- E. Faire une IRM fœtale

**12. Quelles sont à ce terme les risques fœtaux de cette infection :**

- A. Avortements spontanés
- B. MFIU

- C. Atteinte ophtalmologique congénitale
- D. Anasarque fœtale
- E. Microcéphalie

**13. Dans une infection rubéoleuse ancienne , le statut des Ig peut-être :**

- A. IgM positifs et IgG négatifs
- B. IgM positifs et IgG positifs avec avidité aux IgG faible
- C. IgM négatifs et IgG positifs avec avidité aux IgG négatifs
- D. IgM négatifs et IgG négatifs
- E. IgM négatifs et IgG positifs

**Février 2016 :**

**21. La toxoplasmose au cours de la grossesse :**

- A. Est une infection parasitaire
- B. Le risque d'atteinte fœtale est possible si séroconversion
- C. Peut-être à l'origine d'une hydrocéphalie
- D. Est asymptomatique chez la femme enceinte
- E. Dont la prévention est basée sur la vaccination

**22. 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
- B. Bien cuire la viande
- C. Bien cuire les poissons
- D. Bien laver les fruits et les légumes
- E. Eviter le contact avec les chats

**27. La rubéole au cours de la grossesse :**

- A. Est une infection virale
- B. Le risque d'atteinte est surtout embryonnaire si séroconversion
- C. Peut-être à l'origine d'atteinte oculaire
- D. Est toujours asymptomatique chez la femme enceinte
- E. Dont la prévention est basée sur la vaccination

**28. Dans une infection rubéoleuse ancienne , le statut des Ig peut être :**

- A. IgM positifs et IgG négatifs
- B. IgM positifs et IgG négatifs avec avidité aux IgG faible
- C. IgM positifs et IgG positifs avec avidité aux IgG forte
- D. IgM négatifs et IgG négatifs
- E. IgM négatifs et IgG positifs

Pr.Bouchikhi

## Rupture prématurée des membranes

**Janvier 2018**

**25. La rupture prématurée des membranes :**

- A. Son diagnostic est souvent clinique
- B. Peut se compliquer de prématurité
- C. Peut se compliquer de chorioamniotite
- D. Indique une extraction en urgence
- E. La PEC dépend de l'âge gestationnel

**Janvier 2017 :****15. La rupture prématurée des membranes :**

- A. Est parfois secondaire à une infection cervico-vaginale
- B. Est diagnostiquée cliniquement
- C. Nécessite une hospitalisation quelque soit l'âge gestationnel
- D. Est parfois compliquée d'une chorioamniotite
- E. Se complique de rupture utérine

**Février 2016 :****19. La RPM :**

- A. Est une rupture de l'amnios et du chorion , avant le début de travail
- B. Peut-être causée par une infection cervico-vaginale au cours de la grossesse
- C. Se manifeste par une perte soudaine d'un liquide eau de roche , chaud , abondant et continu
- D. Les deux risques majeurs de la RPM sont la prématurité et la chorio-amniotite
- E. La chorio-amniotite n'est pas en rapport avec la RPM

**20. Devant une chorioamniotite confirmée :**

- A. Une hospitalisation s'impose
- B. Un bilan infectieux fait d'un prélèvement vaginal et d'un ECBU par voie orale à base d'amoxicilline doit être démarrée une fois que les prélèvements sont faits
- C. Une antibioprofylaxie par voie orale à base d'amoxicilline doit-être démarrée une fois que les prélèvements sont faits
- D. L'antibiothérapie préventive doit être administrée par voie parentérale et doit être à large spectre
- E. Une corticothérapie pour une accélération de la maturation pulmonaire fœtale est indiquée si la grossesse est estimée à 32SA

## **Délivrance normale et pathologique**

**Janvier 2018 :****26. La délivrance normale naturelle :**

- A. Est préférée à la délivrance spontanée
- B. Nécessite une expression lors de la phase de rémission
- C. L'examineur doit vérifier s'il y a eu un décollement placentaire
- D. Nécessite une injection de syntocinon au dégagement de l'épaule
- E. Nécessite une surveillance du saignement après l'expulsion du délivre

**27. Lors de la délivrance , ce qu'il ne faut pas faire :**

- A. Tirer sur le cordon
- B. Respecter la physiologie
- C. Négliger les membranes
- D. Abandonner la femme
- E. Privilégier la délivrance dirigée

**28. Parmi les étiologies des hémorragies du post-partum :**

- A. L'atonie utérine
- B. Placenta accreta
- C. Rétention complète du placenta
- D. Inversion utérine
- E. Cotyledon aberrant

**29. La prise en charge de l'hémorragie du post partum nécessite :**

- A. Une révision utérine
- B. Examen sous valves
- C. Chirurgie d'emblée
- D. Une perfusion de tocolytiques
- E. Des utérotoniques si atonie utérine

**Janvier 2017 :****27. Au cours de la délivrance physiologique , il faut :**

- A. Respecter la phase de rémission
- B. Faire des expressions utérines dès l'expulsion du fœtus
- C. Surveiller le saignement
- D. Faire une traction sur le cordon au cours de la phase de rémission
- E. Privilégier la délivrance dirigée

**28. Parmi les étiologies de l'hémorragie du post-partum , on trouve :**

- A. L'inertie utérine
- B. Rétention placentaire complète
- C. Rétention placentaire partielle
- D. Déchirures cervico-vaginales
- E. Placenta accreta

**29. Si le diagnostic d'une hémorragie du post partum est posé , il faut :**

- A. Evaluer les fonctions vitales
- B. Opérer immédiatement la patiente
- C. Une révision utérine
- D. Examen sous valves
- E. Traiter la cause de l'hémorragie

**30. La délivrance dirigée :**

- A. Permet de raccourcir la délivrance
- B. Renforce les contractions dès l'expulsion fœtale
- C. Est une injection d'ocytocyne dès l'engagement de la tête
- D. Augmente le risque d'hémorragie
- E. Est préférée chez toute accouchée

**Février 2016 :****15. Au cours de la délivrance :**

- A. La phase de repos physiologique correspond à la phase de rémission clinique
- B. L'enchattonnement du placenta donnera un HRP pathologique
- C. L'expulsion du placenta selon le mode de Duncan ( expulsion du placenta en premier par la face maternelle ) signifie que le placenta était bas inséré
- D. La ligature vivante des artères spiralées nécessite l'existence d'une bonne contraction utérine avec un globe de sécurité
- E. Le risque en cas d'absence du globe de sécurité est l'hémorragie du post partum

**16. Au cours de la délivrance :**

- A. La délivrance spontanée ne nécessite aucune intervention de la part de l'accoucheur
- B. La délivrance naturelle est préférée à la délivrance spontanée
- C. Avant de faire une délivrance naturelle , il faut s'assurer que le placenta est décollé
- D. Si le placenta n'est pas décollé , il faut tirer sur le cordon ombilical jusqu'à décollement complet du placenta

E. Si le placenta n'est pas décollé, il faut faire une délivrance artificielle

**17. Une hémorragie du post partum :**

- A. Est la première cause de mortalité maternelle au Maroc
- B. Peut être favorisée par un traitement anticoagulant
- C. Une délivrance dirigée (délivrance assistée) est l'une des causes de l'hémorragie du post-partum
- D. Peut être causée par un cotyledon aberrant après la délivrance
- E. Le placenta praevia peut donner une hémorragie du post-partum après une délivrance dirigée malgré l'existence d'un globe de sécurité

**18. L'inertie utérine**

- A. Se manifeste cliniquement par une hémorragie du post-partum avec absence de globe de sécurité
- B. L'absence de globe de sécurité n'est pas en rapport avec l'inertie utérine
- C. Peut-être favorisée par une HU excessive à 36cm au cours de la grossesse
- D. Sa PEC passe par une perfusion de l'ocytocine après avoir fait une révision utérine
- E. En cas d'échec au traitement médical les ligatures vasculaires peuvent être indiquées

## Grossesse extra-utérine

**Janvier 2018 :**

**21. La grossesse extra-utérine tubaire :**

- A. A comme FDR les IST
- B. Peut-être diagnostiquée à l'échographie pelvienne
- C. Peut causer un choc hémorragique
- D. Peut-être traité médicalement par méthotrexate
- E. Peut-être diagnostiquée par hystérocopie

**22. Le traitement chirurgical de la GEU tubaire :**

- A. Peut se faire par coelioscopie
- B. Peut se faire par laparotomie
- C. Est indiquée si échec du trt médical
- D. Se base sur une hystérectomie
- E. Doit être une salpingectomie dans tous les cas

**Janvier 2017 :**

**27. La grossesse extra-utérine :**

- A. A les infections génitales comme facteur de risque
- B. Peut entraîner un choc hémorragique si retard de traitement
- C. Peut être traitée par coelioscopie
- D. Doit être toujours chirurgicale
- E. Nécessite une PEC rapide pour préserver la fertilité

**Juin 2017 :**

**21. La grossesse extra-utérine :**

- A. Peut-être une cause de mortalité maternelle
- B. Le diagnostic peut être posé par échographie pelvienne
- C. L'abstention thérapeutique est possible si forme rompue
- D. Le traitement médical est possible si forme pauci-symptomatique
- E. Nécessite une PEC rapide pour préserver la fertilité

**22. L'abstention thérapeutique au cours de GEU :**

- A. Nécessite une surveillance médicale rapprochée
- B. Est indiquée si forme rompue
- C. Peut être indiquée si  $\beta$  HCG < 1000UI/l
- D. Le dosage répétitif de  $\beta$ HCG est obligatoire
- E. Se base sur une injection de méthotrexate

**Février 2016 :****8. La grossesse extra-utérine :**

- A. Est définie comme une implantation de l'embryon en dehors de la cavité utérine
- B. La grossesse abdominale n'est pas considérée comme une GEU
- C. Les localisations cervicales sont les plus fréquents des GEU
- D. Est la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse
- E. Peut être secondaire à une salpingite non ou mal traitées

**9. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine :**

- A. Doit être évoquée systématiquement devant une femme en période d'activité génitale présentant des douleurs pelviennes
- B. Est fortement évoqué devant la triade clinique : Aménorrhée + douleurs pelviennes + métrorragies
- C. L'association des trois signes cliniques de cette triade doit toujours être présente pour poser le diagnostic de la GEU
- D. Le diagnostic positif est basé sur la présence à l'échographie pelvienne d'un utérus vide et un sac ovulaire ectopique avec une activité cardiaque positive
- E. En cas de doute le dosage plasmatique des taux des  $\beta$  HCG peut aider au diagnostic

**10. Le traitement coelioscopique de la GEU :**

- A. Doit être préféré à la laparotomie
- B. Est indiquée en cas d'hémopéritoine important
- C. Est indiquée en cas d'instabilité hémodynamique
- D. Peut faire un traitement conservateur de la trompe
- E. A l'avantage d'être moins hémorragique et donner moins d'adhérences pelviennes

## **Maladies trophoblastiques gestationnelles**

**Janvier 2018 :****23. La mole hydatiforme complète :**

- A. A comme signes cliniques métrorragies , vomissements et douleurs expulsives
- B. L'échographie pelvienne est fondamentale
- C. Le dosage de  $\beta$  HCG plasmatique permet le diagnostic et la surveillance
- D. Est traité par la chimiothérapie
- E. Impose un curetage aspiratif échoguidé

**24. Le diagnostic d'une tumeur trophoblastique gestationnelle :**

- A. Peut être posé lors du suivi post-molaire
- B. Peut être posé devant l'ascension de plus de 10% de  $\beta$  HCG sur 3 dosages hebdomadaires consécutifs
- C. Nécessite un bilan d'extension pour le score
- D. Dont le score  $\leq 6$  est traité par mono-chimiothérapie
- E. Est traité souvent par hystérectomie

**Janvier 2017 :****23. La mole hydatiforme complète se manifeste par :**

- A. Des métrorragies d'abondance variable
- B. Des douleurs expulsives
- C. Vomissements
- D. Par une HTA
- E. Des crises d'épilepsie

**24. Le diagnostic d'une tumeur trophoblastique gestationnelle est posé , lors de la surveillance post-molaire devant :**

- A. Une ascension de  $\beta$  HCG de plus de 10% sur 3 dosages hebdomadaires
- B. Une stagnation de  $\beta$  HCG sur 4 dosages hebdomadaires
- C. Une stagnation de  $\beta$  HCG sur trois dosages mensuels
- D. Non négativation de  $\beta$ HCG au-delà de 24 semaines
- E. Des signes échographiques exclusivement

**Juin 2017 :****23. Le traitement de la môle hydatiforme complète consiste à :**

- A. Un curetage aspiratif écho-guidé
- B. Abstention thérapeutique
- C. Déclenchement par le misoprostol
- D. Perfusion d'ocytociques couplé au curetage aspiratif
- E. Hystérectomie de préférence

**24. Le diagnostic de tumeur trophoblastique gestationnelle est posé , lors de la surveillance post-molaire , devant :**

- A. Une ascension de  $\beta$  HCG de plus de 10% sur 3 dosages hebdomadaires
- B. Une stagnation de  $\beta$  HCG sur 4 dosages hebdomadaires
- C. Une stagnation de  $\beta$  HCG sur trois dosages mensuels
- D. Non négativation de  $\beta$ HCG au-delà de 24 semaines
- E. Des signes échographiques exclusivement

**25. Le traitement des TTG :**

- A. Se base sur la chimiothérapie
- B. La monochimiothérapie est indiquée si le score < 6
- C. La polychimiothérapie est indiquée si échec du curetage aspiratif
- D. La chirurgie a des indications limitées
- E. Ne nécessite plus de surveillance par  $\beta$  HCG après négativation

**Février 2016 :****10. Le traitement coelioscopique de la GEU :**

- A. Doit être préféré à la laparotomie
- B. Est indiquée en cas d'hémopéritoine important
- C. Est indiqué en cas d'instabilité hémodynamique
- D. Peut faire un traitement conservateur de la trompe
- E. A l'avantage d'être moins hémorragique et donner moins d'adhérences perliennes

**11. Les MTG :**

- A. Sont classés en lésions bénignes et lésions malignes
- B. La mole partielle est considérée comme une lésions maligne

- C. La mole invasive est considérée comme une lésion bénigne
- D. Le choriocarcinome est la seule tumeur maligne de toutes les MTG
- E. Toutes les MTG ont un fort pouvoir métastatique

**12. La mole hydatiforme complète :**

- A. Se manifeste par des métrorragies abondantes au premier trimestre
- B. Peut évoluer vers une TTG
- C. A l'examen gynéco , on trouve un gros utérus et plus volumineux par rapport à l'âge gestationnel
- D. A l'échographie , on trouve des images hyper-échogènes intra-cavitaires avec un embryon
- E. Une fois le diagnostic est posé , son aspiration doit être faite en urgence

**13. L'aspiration d'une mole hydatiforme complète , doit être faite :**

- A. Par un curetage à la curette fenêtrée
- B. Par aspiration à la canule d'aspiration
- C. Elle doit être faire sous contrôle échographique
- D. Elle doit être faite sous perfusion d'ocycine
- E. Un contrôle échographique de la cavité utérine est fait une dizaine de jour après l'aspiration