

Dossiers progressifs - obstétrique

DP1. Suivi de grossesse

Vous êtes médecin généraliste, vous recevez en consultation Madame V. âgée de 36 ans car elle vient de réaliser une échographie de datation qui retrouve un embryon mesurant 22mm avec une activité cardiaque soit une grossesse évolutive à 8 semaines d'aménorrhée et 6 jours. Sur le plan gynécologique, elle est G2P0 (une IVG chirurgicale en 2019). Elle a arrêté la pilule Leeloo Gé (Lévonorgestrel 0.1mg/ Ethinylestradiol 0.02mg) il y a 6 mois et a des cycles réguliers de 28 jours. Son dernier frottis cervico-utérin date de 4 ans et concluait à l'absence de lésion intraépithéliale ou de malignité. Elle est sujette aux infections urinaires à répétition et a eu une appendicectomie par coelioscopie. Son IMC est à 20 kg/m². Elle n'a pas d'antécédents familiaux particuliers.

Q1. Quels sont les examens à lui prescrire obligatoirement? Indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. Glycémie à jeun
- B. Détermination du groupe sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières
- C. Sérologies syphilis, rubéole, toxoplasmose, VHC et AgHBs
- D. Protéinurie
- E. Échographie du premier trimestre

Q2. Que devez-vous lui proposer systématiquement ? Indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. Sérologie CMV
- B. Sérologie VIH
- C. Sérologie VHC
- D. Test HPV et examen mammaire
- E. Entretien prénatal précoce

Q3. Quelle information dispensez-vous à la patiente concernant le dépistage de la trisomie 21 ? Indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. Le calcul du risque combiné au premier trimestre se fait en combinant la mesure de la clarté nucale entre 10 et 13SA+6 jours, le dosage de free bêtaHCG et de la PAPP-A ainsi que l'âge maternel
- B. En cas de risque supérieur à 1/250, un caryotype fœtal est proposé d'emblée
- C. Un dépistage prénatal non invasif (DPNI) dans le sang maternel est proposée pour un niveau de risque entre 1/1000 et 1/51
- D. Un DPNI positif suffit pour porter le diagnostic de trisomie 21 fœtale
- E. Un dosage des marqueurs du deuxième trimestre est possible si la patiente n'a pas réalisé les examens au premier trimestre

Le bilan biologique est le suivant :

Sérologie VIH, VHB, VHC, syphilis : négatifs. Sérologie toxoplasmose IgG- IgM-.

Glycémie à jeun : 0.90g/l

Groupe sanguin : A négatif. RAI négatifs

Q4. Au vu des informations en votre possession, que faites-vous pour la suite de la prise en charge ? Indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. Orienter obligatoirement la patiente vers une maternité de niveau 2 au vu de ses facteurs de risque
- B. Remplir le formulaire de déclaration de grossesse à envoyer à la caisse d'allocations familiales et à la caisse d'assurance maladie avant 16 SA
- C. Proposer à la patiente le vaccin DTP-Ca entre 20 et 36SA
- D. Prescrire un bilan mensuel comportant une sérologie toxoplasmose, une protéinurie sur échantillon et un ECBU
- E. Prescrire un génotypage rhésus fœtal à réaliser dès que possible (à partir de 8SA)

Q5. Lors de la consultation à 26SA, la patiente ne présente pas de signes fonctionnels et n'a pas de contractions. Sa tension artérielle est à 120/80 avec une fréquence cardiaque à 75bpm. Elle a pris 8kg

Les examens biologiques réalisés le mois précédent sont les suivants :

Toxoplasmose IgG- IgM-, protéinurie sur échantillon 0.13g/l, ECBU : stérile

Génotypage rhésus fœtal négatif à deux reprises

Marqueurs de la trisomie 21 du 1^{er} trimestre : 1/6896

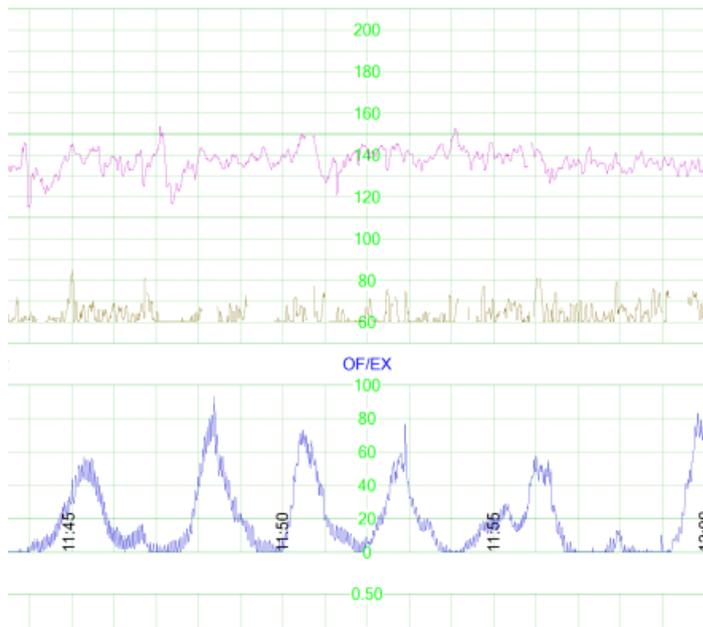
Que réalisez-vous lors de cette consultation ? Indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. Renforcement des mesures hygiéno-diététiques car la prise de poids maximale recommandée est de 14kg pour un singleton
- B. Injection d'immunoglobulines anti D à 28SA
- C. Numération formule sanguine
- D. Test d'hyperglycémie provoquée à 75g de glucose
- E. Toucher vaginal

Q6. Vous recevez la patiente en salle d'accouchement à 38 semaines d'aménorrhée. Elle a rompu la poche des eaux et présentes des contractions régulières qui augmentent en intensité depuis quelques heures. Le col est effacé, à 2 doigts à l'arrivée. Deux heures plus tard, au toucher vaginal, le col est à 4 cm.

Dans quelle phase du travail se trouve la patiente ? (QROC)

Q7. En cours de travail, à une dilatation de 7cm, le tracé cardiotocographique de la patiente est le suivant.



Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s)?

- A. Le rythme cardiaque fœtal de base est à 135bpm environ
- B. Le rythme est normo-oscillé
- C. Il y a des ralentissements du rythme cardiaque fœtal
- D. Il y a 3-4 contractions utérines par 10 minutes
- E. Ce tracé est normal

Q8. Madame V accouche à 38SA et 1 jour de manière eutocique d'un garçon de 3350g, Apgar 9/10/10 pH artériel 7.27, pH veineux 7.30. La délivrance dirigée est complète et le périnée présente une déchirure du 2^e degré. Les pertes sanguines sont estimées à 450cc. La patiente désire allaitée.

Concernant l'accouchement et les suites postnatales de cette patiente, indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. Un traitement anticoagulant préventif n'est pas nécessaire
- B. La patiente a présenté une hémorragie du post partum
- C. La méthode MAMA est une méthode fiable de contraception
- D. Leeloo Gé (Lévonorgestrel 0.1mg/ Ethinylestradiol 0.02mg) peut être débutée à 21 jours de l'accouchement
- E. Un DIU peut être posé lors de l'hospitalisation en suites de naissance

DP2. Allaitement

Madame U, 25 ans, G1P1, a accouché de manière eutocique à terme, il y a 16 jours, d'une fille de 3450g en bonne santé. Elle n'a pas d'antécédent particulier, ni d'allergie. Elle ne fume pas.

Elle vous consulte car elle allaite et est gênée par la survenue de douleurs mammaires importantes au niveau du sein gauche depuis quelques jours. Elle n'a pas pris de traitement antalgique.

Lors de l'examen clinique : TA 117/82 FC 65bpm Température 36.7°C

Le sein gauche est gonflé, tendu, douloureux et de couleur rosée diffuse. Le sein droit est sans particularité.

Q1. Quel est votre diagnostic ? (QROC) (1 mot)

Q2. Quel(s) examen(s) clinique(s) est(sont) nécessaire(s) pour confirmer le diagnostic ?

- A. Aucun
- B. Echographie mammaire
- C. NFS et CRP
- D. Prélèvement bactériologique du lait
- E. Hémocultures

Q3. Vous avez donc posé le diagnostic d'engorgement mammaire. Quelle est votre prise en charge ?

- A. Prescription d'antibiotiques
- B. Tétées à heure fixe avec un intervalle de 3-4 heures entre les tétées
- C. Massage mammaire ou tire lait si nécessaire
- D. AINS
- E. Arrêt de l'allaitement

Tétées fréquentes et efficaces sans limitation de leur nombre ou de leur durée

Q4. Madame U rentre chez elle et revient vous voir au bout de 7 jours devant l'aggravation des rougeurs mammaires droites, une hyperthermie à 39.5°C à domicile et des frissons.



A la palpation, le sein est diffusément tendu et douloureux mais sans masse palpée.

Quel est votre diagnostic ? (QROC) (1 mot)

DP3. Fièvre en post partum

Vous prenez en charge en maternité Madame H, âgée de 30 ans, qui a accouché par voie basse avec ventouse, pour non progression de la présentation après un travail long, il y a quatre heures d'un garçon de 4050g. Le périnée présentait une déchirure du 1^e degré suturé et les pertes sanguines étaient estimées à 350mL. La grossesse s'est déroulée de manière physiologique. Elle n'a pas d'antécédent hormis une appendicectomie dans l'enfance. Elle est G2P1. Elle ne fume pas et ne consomme pas d'alcool.

La patiente vous appelle car elle vient de perdre deux gros caillots d'environ 5 cm chacun correspondant à 150mL de pertes sanguines.

Q1. Quel diagnostic portez-vous ? (QROC) (4 mots)

Q2. Cliniquement, l'utérus est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'abdomen est souple, indolore. La patiente présente des saignements rouges vifs actifs depuis la perte des deux caillots, avec le remplissage d'une grosse protection en 10 minutes

Quel(s) examen(s) prescrivez-vous ?

- A. Echographie pelvienne
- B. NFS
- C. Bilan de coagulation
- D. Scanner abdominopelvien
- E. hCG

Q3. L'échographie pelvienne met en évidence une rétention intrautérine de 6 cm d'axe antéropostérieur ne prenant pas le doppler. L'hémoglobine est à 89g/l, les plaquettes à 175G/L et le bilan de coagulation normal.

Quelle est votre prise en charge initiale ? Indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. Révision utérine
- B. Traitement utérotonique
- C. Embolisation
- D. Transfusion
- E. Surveillance simple

Q4. Les saignements ont cédé après révision utérine et traitement utérotonique par Oxytocine puis Nalador. Les pertes totales ont été estimées à 1000cc.

La suite de la prise en charge s'est déroulée sans incident, l'allaitement maternel s'est mis en place sans difficulté et Madame H est sortie après 2 jours d'hospitalisation en maternité. Elle revient deux jours après sa sortie pour une hyperthermie atteignant 38.6°C.

Quel(s) diagnostic(s) peu(ven)t être évoqué(s) ? Indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. Endométrite
- B. Pyélonéphrite aiguë
- C. Mastite infectieuse
- D. Thrombose veineuse profonde
- E. Abscès de cicatrice

Q5. Cliniquement, à l'arrivée aux urgences :

TA 115/70 FC 97bpm SpO2 : 98% en air ambiant T 38.7°C

Abdomen souple, diffusément sensible. Sensibilité à l'ébranlement lombaire de manière bilatérale.
Lochies légèrement malodorantes

Au toucher vaginal : douleur à la mobilisation utérine.

Quel(s) examen(s) prescrivez-vous en première intention ? Indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. NFS, CRP
- B. Echographie pelvienne
- C. Hémocultures
- D. Prélèvement vaginal bactériologique
- E. Scanner abdominopelvien

Q6. Le bilan biologique retrouve des leucocytes à 19G/L et une CRP à 170. L'échographie pelvienne ne met pas en évidence de rétention intra-utérine. Les ovaires sont d'aspect et de taille normaux. Il n'y a pas d'épanchement dans le cul de sac de Douglas.

Quelle est votre prise en charge ? Indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. Hospitalisation
- B. Administration d'utérotoniques
- C. Administration d'une antibiothérapie probabiliste IV, possiblement par amoxicilline-acide clavulanique
- D. Administration d'antalgiques de type AINS
- E. Hystérectomie résection au bloc opératoire

Q7. La patiente est donc hospitalisée et reçoit un traitement par amoxicilline-acide clavulanique IV. Le prélèvement vaginal revient positif à E.coli sensible à l'amoxicilline-acide clavulanique.

Cependant sur le plan clinique, on note une persistance de douleurs abdominales intenses et de fièvre après 5 jours de traitement antibiotique bien conduit.

Quel diagnostic devez-vous évoquer ? (QROC)

Questions isolées

Q1 1. Concernant le suivi de la grossesse, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s)?

- A. Il comprend sept consultations par grossesse qui sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie
- B. La consultation postnatale a lieu entre 6-8 semaines après l'accouchement
- C. La consultation postnatale est obligatoire en cas d'accouchement par césarienne ou par extraction instrumentale
- D. La consultation postnatale est obligatoire en cas d'accouchement par césarienne ou par extraction instrumentale
- E. Un entretien prénatal au 6^e mois est proposé à visée de prévention

Q12. Quelle est la durée moyenne en heure de la 4^e étape du travail ? (Écrire en chiffre)(QROC)

Q13. Que permet d'évaluer le score de Bishop ? Indiquez la proposition exacte. (QRU)

- A. L'état du col utérin
- B. La dynamique utérine
- C. La présentation foetale
- D. L'efficacité des différents moyens contraceptifs
- E. Le bien-être foetal

Q14. Par l'administration de quelle substance prévient-on l'hémorragie du post partum ? (QROC) (1 mot)

Q15. Quelle(s) condition(s) maternelle(s) contre indique(nt) l'allaitement maternel en France ? Indiquez la(les) proposition(s) exacte(s).

- A. Séropositivité VIH
- B. Hépatite C
- C. Consommation de cocaïne
- D. Consommation tabagique
- E. Primoinfection herpétique

Q16. Vous recevez en urgence Madame R, 37 ans, G1P1, sans antécédents médicochirurgicaux, à J7 d'un accouchement voie basse eutocique. Elle se plaint d'intenses céphalées, inhabituelles, ne cédant pas sous paracétamol et d'une faiblesse du membre supérieur droit. Elle a présenté un épisode de vomissements le matin même. La tension artérielle est à 110/60 et la fréquence cardiaque à 90bpm. Elle est apyrétique. La bandelette urinaire ne retrouve pas de protéinurie.

Quel diagnostic devez-vous évoquer en priorité ? (QROC)

Q17. Concernant la procréation médicalement assistée, Indiquez la(les) réponse(s) exacte(s).

- A. Le taux moyen de grossesse est de 50% par cycle de transfert d'embryon frais
- B. Le seul moyen de préserver la fertilité d'une patiente impubère en oncofertilité est la maturation in vitro d'ovocytes
- C. Le prélèvement ovocytaire peut se compliquer d'une infection, d'un hémopéritoine ou d'une plaie digestive

- D. L'autoconservation des gamètes en dehors de tout motif médical est actuellement possible pour les femmes et les hommes
- E. L'accès est élargi aux couples de femmes et aux femmes célibataires depuis la loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique, toutefois cela n'est pas pris en charge par l'assurance maladie

Dossiers progressifs : Gynécologie

DP 1. Infertilité et PMA

Monsieur et Madame X viennent vous voir en consultation pour des difficultés à obtenir une grossesse.

Madame X est âgée de 39 ans. Elle a arrêté sa contraception par pilule microprogestative, initialement prescrite dans un contexte de suspicion d'endométriose, il y a 13 mois. Elle travaille en tant que banquière.

Monsieur X est âgé de 41 ans. Il n'a pas d'antécédents particuliers. Il est chauffeur routier et a un garçon de 18 ans issu d'une précédente union.

Le couple vous rapporte avoir des rapports sexuels réguliers.

Q1. Concernant ce couple, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) ?

- A. aucune exploration n'est nécessaire avant un délai 18 mois de rapports réguliers sans contraception
- B. l'âge de madame X, son antécédent d'endométriose et la prise de pilule microprogestative de manière prolongée sont des facteurs de risque d'infertilité
- C. l'infertilité ne peut pas être liée à Monsieur X puisqu'il a déjà une fille
- D. le métier de monsieur X est un facteur de risque d'infertilité
- E. on peut parler d'infertilité

Q2. Quels sont les éléments cliniques à rechercher auprès de la patiente ? Indiquez la(les) propositions vraie(s).

- A. Son indice de masse corporelle
- B. Sa consommation tabagique
- C. Ses antécédents obstétricaux
- D. Antécédents personnels et familiaux thromboemboliques
- E. Signes cliniques d'hyperandrogénie

Madame X a un IMC à 18, fume 10 cigarettes par jour et n'a jamais été enceinte. Elle n'a pas d'hirsutisme ni d'acné. Ses cycles sont plutôt irréguliers, entre 28 et 35 jours.

Q3. Quels examens complémentaires prescrivez-vous à madame X en première intention ? Indiquez la(les) propositions vraie(s).

- A. Courbe de température
- B. Dosage de la TSH
- C. Echographie pelvienne pour compte des follicules antraux entre J2 et J4 du cycle
- D. FSH, LH, AMH entre J2 et J10 du cycle
- E. Hystérosalpingographie en deuxième partie de cycle

Son bilan retrouve :

TSH à 2mUI/L (normale). FSH et LH normales. AMH reflet d'une bonne réserve ovarienne.

Echographie pelvienne : 8 follicules antraux par ovaires. Morphologie de la cavité utérine normale.

L'hystérosalpingographie montre une perméabilité tubaire bilatérale.

Dans le contexte de suspicion d'endométriose, une IRM pelvienne est réalisée et retrouve une atteinte endométriosique profonde des ligaments utérosacrés et du torus. La coelioscopie met en évidence quelques lésions d'endométriose superficielle et l'atteinte profonde vue en imagerie qui sont réséquées.

Q4. Concernant son conjoint, que devez-vous réaliser en première intention ? Indiquez la(les) propositions vraie(s).

- A. Aucun examen
- B. Examen génital à la recherche notamment de varicocèle
- C. Spermogramme et Spermocytogramme
- D. Test de migration survie des spermatozoïdes
- E. Testostéronémie

Q5. Monsieur X vous rapporte les résultats du spermogramme que vous aviez prescrit lors de votre dernière consultation. Ce spermogramme a été effectué quelques jours avant votre consultation, après 3 jours d'abstinence :

Couleur opalescent

Volume de l'éjaculat 3mL (N : 1.5-5)

Concentration en spermatozoïdes 10M/ml (N>15M/ml)

Formes mobiles progressives 15% (N >32%)

Formes typiques 2% (N>4%)

Formes vivantes 70% (N>58%)

Agglutinats Absence

Leucocytes Absence

Parmi les caractéristiques suivantes, la(les)quelle(s) retenir pour qualifier cet éjaculat ?

- A. Azoospermie
- B. Asthénospermie
- C. Hypospermie
- D. Oligospermie
- E. Tératospermie

Q6. Concernant la suite de la prise en charge, que préconisez-vous ? Indiquez la(les) propositions vraie(s).

- A. Arrêt du tabac
- B. Orientation en AMP pour FIV
- C. Orientation en AMP pour stimulation simple
- D. Sérologies VIH, VHB, VHC, syphilis, toxoplasmose pour les deux conjoints
- E. Supplémentation par acide folique 5mg par jour
- F.

Madame et monsieur X sont donc pris en charge en procréation médicalement assistée. Devant le diagnostic d'endométriome et d'oligoasthénospermie, une FIV-ICSI est proposée au couple.

Q7 Que pouvez-vous leur expliquer concernant cette prise en charge ? Indiquez la(les) propositions vraie(s).

- A. L'ovulation est déclenchée par l'administration de gonadotrophines de type FSH
- B. La ponction ovocytaire à lieu 72h après le déclenchement de l'ovulation
- C. Le test de grossesse doit être réalisé 14 jours après la ponction
- D. Si la ponction ovocytaire est réalisée le 28/07/2022 et que le transfert embryonnaire se fait à J3, la date de début de grossesse sera le 31/07/2022
- E. Trois tentatives seulement de FIV-ICSI seront prise en charge à 100% par la sécurité sociale

Madame X se présente aux urgences gynécologiques à J7 de son transfert d'embryon frais pour dyspnée et volumineux oedèmes des membres inférieurs.

Cliniquement, vous objectivez un abdomen distendu, une disparition du murmure vésiculaire au niveau des bases de manière bilatérale .

L'échographie met en évidence de volumineux ovaires de 10cm de grand axe et un épanchement pelvien.

Le bilan biologique est le suivant : leucocytes à 16G/L, Hémoglobine à 120g/l, plaquettes à 220G/L. Ionogramme sanguin normal, créatininémie à 80µmol/l, bilan hépatique normal et bilan de coagulation normal.

Q8 Quel diagnostic évoquez- vous ? (QROC) (3 mots)

DP2. Violences sexuelles

On vous prévient de l'arrivée en urgence de Madame V., âgée de 19 ans, qui se présente car elle a subi des violences sexuelles.

Q1. Quels sont les trois éléments à rechercher pour orienter la prise en charge ? Indiquez les propositions exactes.

- A. Notion de plainte auprès de la police ou de la gendarmerie
- B. Temps écoulé depuis l'agression
- C. Conséquences psychologiques initiales
- D. Identité de l'agresseur
- E. Antécédents personnels

Q2. Vous êtes rapidement informé que la patiente vous est adressée sur réquisition. Elle vous rapporte avoir subi des rapports sexuels non protégés et non consentis avec un inconnu, la nuit précédente en sortant de discothèque. Elle GOPO, n'a pas d'antécédents particuliers. Elle n'a pas de contraception.

Concernant l'examen clinique, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s)?

- A. Il doit obligatoirement être réalisé par un médecin légiste ou un gynécologue
- B. Il comporte un examen général avec description des lésions et un examen gynécologique
- C. Un examen normal rend le diagnostic d'agression peu probable
- D. Des prélèvements à la recherche de spermatozoïdes ou de cellules laissées par l'agresseur doivent être réalisés
- E. Des sérologies Chlamydia, syphilis, VHB, VHC et VIH ainsi que des prélèvements locaux à la recherche de germes doivent être réalisés

Q3. Après avoir procédé à l'examen clinique et rédigé le certificat médical, que proposez-vous ? Indiquez la (les) proposition(s) exacte(s).

- A. Prescription d'une contraception d'urgence
- B. Prescription d'une antibiothérapie par amoxicilline pendant 8 jours
- C. Prescription d'une thérapie antirétrovirale après avis du médecin du centre d'infectiologie de référence
- D. Accompagnement psychologique
- E. Contrôle sérologique VIH, VHB, VHC, Syphilis à 1 mois

DP3 Cancer du sein

Mme S, 56 ans, non ménopausée, nullipare se présente en consultation de suivi gynécologique. Elle a des règles régulières sans contraception. Elle est manipulatrice en radiologie et est très active. Elle pèse 60 kilos pour 1m60. Elle a un bonnet 95C. Son frottis cervico utérin a été réalisé en 2022 et est normal.

Lors de votre examen, vous réalisez un examen mammaire qui retrouve un nodule dans le quadrant supéro externe du sein gauche. Le sein droit et les aires axillaires sont sans particularités.

Q1. Concernant le cancer du sein, indiquez la(les) propositions vraie(s).

- A. Le dépistage du cancer du sein est systématique entre 50 et 70 ans
- B. Cette patiente présente plus d'un facteur de risque de développer un cancer du sein
- C. 5 à 10% des cancers sont d'origine génétique
- D. Un bilan par échographie seule est recommandé
- E. En cas de nodule identifié à l'imagerie, une microbiopsie sera réalisée.

Sur vos recommandations, la patiente a réalisé une mammographie et échographie. Le radiologue a mis en évidence un nodule de 17mm classé ACR5. Une microbiopsie est réalisée retrouvant un carcinome canalaire non spécifique RH+ HER2 négatif SBR11 Ki67 à 10%. L'échographie axillaire ne retrouve pas de nodule suspect.

Q2. Concernant cette prise en charge, indiquez la(les) propositions vraie(s).

- A. Le carcinome canalaire infiltrant représente 90% des cancers du sein.
- B. Dans le cas de cette patiente, un bilan d'extension est recommandé.
- C. Une thérapie néoadjuvante est recommandée.
- D. Le traitement chirurgical comportera une zonectomie associée à un ganglion sentinelle homolatéral.
- E. Un traitement adjuvant par hormonothérapie seul est recommandé.

La patiente a bénéficié d'une tumorectomie associée à un ganglion sentinelle. L'histologie finale retrouve un carcinome canalaire non spécifique RH+ HER2 négatif de 19mm. Un traitement adjuvant par radiothérapie puis hormonothérapie est mise en place. En reprenant l'interrogatoire lors de la consultation post opératoire, la patiente se souvient que sa mère est décédée très jeune d'un cancer du sein, ainsi que sa tante maternelle. Suite à une enquête génétique, une mutation BRCA1 est identifiée chez la patiente.

Q3. Concernant son suivi indiquez la(les) propositions vraie(s).

- A. Un dépistage organisé aurait été recommandée dès 30 ans.
- B. Une surveillance uniquement du sein droit est recommandé
- C. La patiente est plus à risque de cancer de l'ovaire
- D. La patiente est plus à risque de cancer du col de l'utérus
- E. Un frottis cervico utérin doit être réalisé au plus tard en 2027.

Vous revoyez la patiente annuellement dans les suites de son cancer du sein. Lors d'une échographie annuelle systématique, vous trouverez un kyste de l'ovaire droit. Ce dernier présente une végétation et mesure 7 cm. Vous retrouverez également un épanchement important dans le cul de sac de Douglas. La patiente est asymptomatique.



Q4. Concernant les proposition suivantes, indiquez la(les) proposition(s) vraie(s).

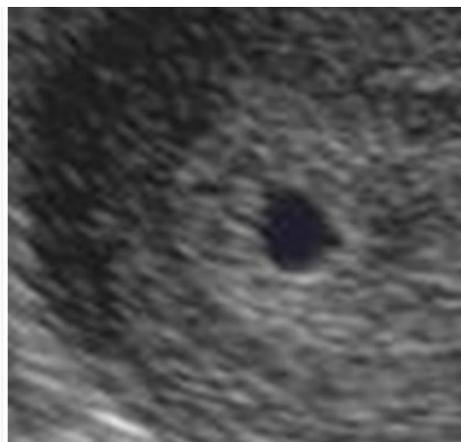
- A. Un bilan par IRM et marqueurs tumoraux est recommandé.
- B. Une coelioscopie est recommandée en première intention.
- C. Il existe un risque d'insuffisance rénale.
- D. Le stade FIGO peut être évalué grâce au bilan d'extension
- E. Le facteur pronostic principal est la taille de la tumeur

Questions isolées

Q1 - Vous recevez aux urgences gynécologiques Madame F. pour des douleurs hypogastriques intermittentes depuis 72h.

L'examen clinique est sans anomalie et la biologie retrouve des HCG à 800 UI/L.

Les images échographiques sont les suivantes :



Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes à propos de l'image échographique ci-dessus ?

- A. Vous voyez une vésicule vitelline
- B. Vous voyez un sac gestationnel intra-utérin
- C. Vous voyez une couronne hypoéchogène
- D. L'endomètre est épaissi
- E. Le diagnostic de grossesse extra utérine est possible

Q12- Une patiente de 25 ans se présente à votre consultation pour des pertes malodorantes. A l'interrogatoire, elle décrit avoir des partenaires irréguliers et certains rapports non protégés. A l'examen clinique, elle présente des pertes louches, avec une endocervicite. Le toucher vaginal est douloureux à la mobilisation utérine.

Concernant la pathologie évoquée, indiquez la (les) réponses exacte(s)

- A. La recherche d'IST se fait par PCR à partir d'un prélèvement vaginal
- B. Chlamydia trachomatis est le germe intracellulaire le plus fréquent
- C. L'examen de référence est la coelioscopie
- D. Un traitement par antibiotique est recommandé
- E. Un dépistage de ses partenaire est indiqué

Q13- Une jeune patiente de 18 ans vient vous voir en consultation pour une première contraception. Elle ne présente pas d'antécédents médico-chirurgicaux particuliers. Elle a un partenaire fixe depuis 1 an. Elle s'oriente vers un DIU hormonal de type Kyleena.

Concernant la contraception, indiquez la (les) réponses exacte(s)

- A. L'anneau vaginal permet de prévenir les IST.
- B. Une recherche d'infection génitale est systématique avant la pose du DIU.
- C. Elle peut présenter des métrorragies dans les premiers mois.
- D. Cette méthode de contraception est également une contraception d'urgence.
- E. Des corticoïdes au long cours pourraient avoir une influence sur l'efficacité du DIU.

TCS - Gyneco

Une femme de 30 ans consulte pour des dysménorrhées.

Question 1 :

Si vous pensiez à une endométriose

et que vous apprenez que ses règles sont douloureuses depuis la ménarche.

Que devient votre hypothèse diagnostique ?

- A. improbable
- B. peu probable
- C. ni plus ou moins probable

D. probable

E. certain

Question 2 :

Si vous pensiez à une adénomyose

Et que vous apprenez que ses règles sont abondantes et durent 8 jours. Que devient votre hypothèse diagnostique ?

A. Improbable

B. peu probable

C. ni plus ou moins probable

D. probable

E. certain

Question 3 :

Si vous pensiez à des fibromes utérins

Et que le toucher vaginal objective un utérus de taille normale.

Que devient votre hypothèse diagnostique ?

-

A. improbable

B. peu probable

C. ni plus ou moins probable

D. probable

E. certain