



Conférences ECNi

Spécialité

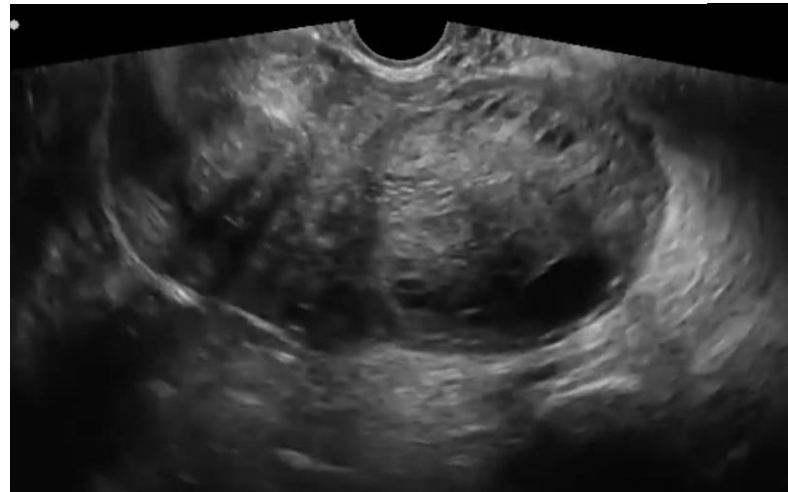
Dossier de Gynécologie

Pr G CHENE
Service de Gynécologie
HFME



Mme A, âgée de 48 ans, G2P2, consulte pour son renouvellement d'acétate de chlormadinone. Elle utilise ce traitement depuis 12 mois en raison de ménorragies. Sous traitement, elle est en aménorrhée secondaire et n'a plus de douleurs pelviennes.

Elle vous montre son échographie pelvienne réalisée il y a 1 mois



QUESTION N°1

Quelle(s) anomalie(s) échographique(s) objectivez-vous ? (QRM)

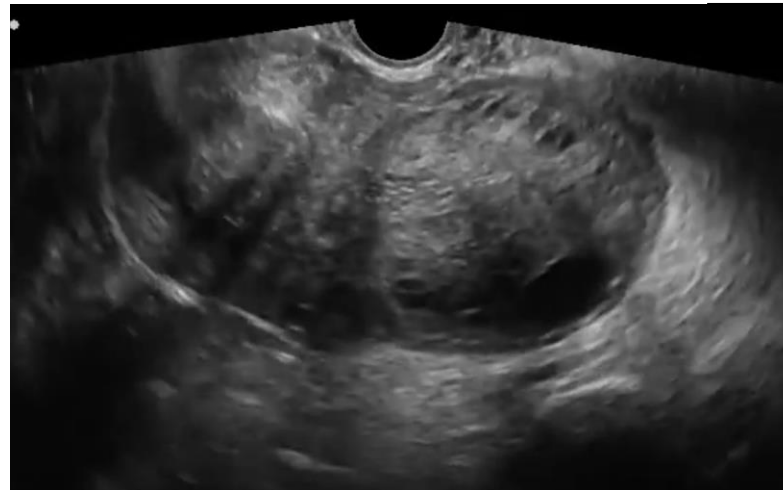
A – cancer de l'endomètre

B - hydrosalpinx

C – fibrome utérin

D – kyste ovarien

E - pyosalpinx



QUESTION N°2

D'après la classification FIGO 2011 (Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique), comment classez-vous ce fibrome ? (QRU)

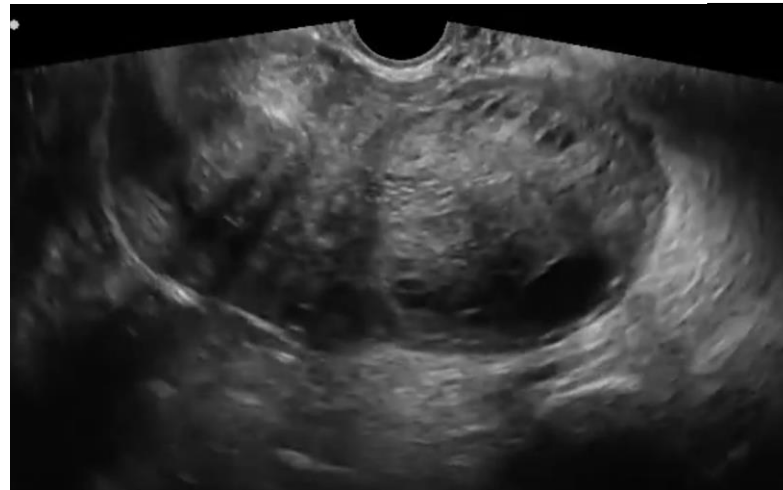
A – type 0

B – type 1

C – type 2

D – type 5

E – type 7



QUESTION N°3

Vous avez réaliser votre examen gynécologique et le test HPV.

Pour poursuivre le traitement par acétate de chlormadinone, quelle(s) information(s) devez-vous faire ? (QRM)

A – discuter la balance bénéfice-risque de poursuivre ce traitement

B – remettre à la patiente le document d'information de l'ANSM

C – remettre à la patiente l'attestation d'information co-signée

D – réévaluer la pertinence de poursuivre le traitement

E – obligation de faire une fenêtre thérapeutique de 4 mois

QUESTION N°4

La patiente souhaite poursuivre son traitement par acétate de chlormadinone.
Quel examen d'imagerie devez-vous proposer à la patiente ? (QRU)

A – IRM thoracique

B – IRM cérébral

C – TDM cérébral

D – TDM thoracique

E – PET-Scanner



QUESTION N°5

A quel risque expose la prise prolongée d'acétate de chlormadinone ? (QRU)

A – glioblastome cérébral

B – méningiome cérébral

C – cancer du poumon non à petites cellules

D – sarcome utérin

E – cancer séreux de haut grade de l'ovaire

QUESTION N°6

A quelle fréquence la patiente doit-elle réaliser l'IRM cérébrale ? (QRM)

A – tous les ans pendant la durée de prise de l'acétate de chlormadinone

B – tous les deux ans pendant la durée de prise de l'acétate de chlormadinone

C – tous les cinq ans pendant la durée de prise de l'acétate de chlormadinone

D – cinq ans après la première IRM puis tous les deux ans pendant la durée de prise de l'acétate de chlormadinone

E – immédiatement en cas de signes cliniques évocateurs de méningiome



QUESTION N°7

Quel(s) est(sont) le(s) signe(s) évocateur(s) d'un méningiome cérébral ?
(QRM)


A – céphalées récidivantes

B - vertiges

C – troubles de l'audition

D - convulsions

E – troubles du langage



Mme B, âgée de 49 ans, G2P2, consulte pour son suivi gynécologique. Elle est inquiète en raison du courrier que vous lui avez adressé expliquant que le test HPV n'est pas normal.

QUESTION N°1

Les test HPV à révélé un HPV 16. Quel élément d'information pouvez-vous donner à la patiente ? (QRU)

A – HPV 16 est un HPV à haut risque de cancer du col de l'utérus

B - HPV 16 est un HPV potentiellement à haut risque de cancer du col de l'utérus

C - HPV 16 est un HPV à bas risque de cancer du col de l'utérus

D - HPV 16 est un HPV à risque indéterminé de cancer du col de l'utérus

E - HPV 16 est un HPV à haut risque de condylomes du col de l'utérus

QUESTION N°2

La cytologie réflexe a mis en évidence un ASC-US (Atypies cytologiques des cellules malpighiennes de signification indéterminée). Quelle est la conduite à tenir ? (QRM)

A - colposcopie

B – test HPV dans 12 mois

C – frottis cervico-vaginal dans 12 mois

D – conisation

E – abstention thérapeutique



QUESTION N°3

La patiente souhaite savoir comment se déroule l'examen colposcopique.
Quel(s) élément(s) d'information lui donnez-vous ? (QRM)

A – observation cervicale sans préparation

B – test à l'acide acétique

C – test à l'acide chlorhydrique

D – test à la bétadine

E – test au lugol



QUESTION N°4

Sur quelle(s) zone(s) devez-vous faire les biopsies cervicales ? (QRM)

A – zones acidophiles

B – zones acidophobes

C – zones iodonégatives

D – zones iodopositives

E – zones chloropositives

QUESTION N°5

Elle vous demande si elle peut bénéficier du vaccin anti-HPV et comment éliminer le virus. Quel(s) élément(s) d'information lui donnez-vous ? (QRM)

A – vaccin bivalent recommandée au-delà de 35 ans

B – clairance virale spontanée dans 90% des cas dans les deux ans

C – vaccin non recommandée au-delà de 19 ans révolus

D – conisation pour éliminer le virus

E – laser cervical pour éliminer le virus

QUESTION N°6

Elle vous demande si sa fille âgée de 13 ans et sans antécédent particulier pourrait bénéficier du vaccin anti-HPV. Quel vaccin allez-vous lui proposer?
(QRU)

- A – vaccin bivalent
- B – vaccin tétravalent
- C – vaccin heptavalent
- D – vaccin hexavalent
- E – vaccin nonavalent



QUESTION N°7

Quel schéma vaccinal allez-vous proposer à cette jeune fille ? (QRU)

A – 3 doses espacées de 4 mois

B – 2 doses espacées de 6 à 13 mois

C – 1 dose unique

D – 1 dose avec rappel à 5 ans

E – 1 dose avec rappel à 10 ans

QUESTION N°8

Quel(s) est(sont) le(s) effet(s) secondaire(s) possible(s) du vaccin anti-HPV ?
(QRM)

A – douleur au point d'injection dans les suites immédiates du vaccin

B – érythème au point d'injection dans les suites immédiates du vaccin

C – fébricule ou céphalées dans les heures suivant le vaccin

D – sclérose en plaque

E – polyarthrite rhumatoïde

QCM 1

Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) de risque du cancer de l'ovaire ?
(QRM)

A – mutation des gènes BRCA 1 ou BRCA 2

B – syndrome de Lynch

C – Multiparité

D – ménopause précoce

E – ménopause tardive

QCM 2

Quelle(s) est(sont) le(s) différente(s) méthode(s) possible(s) pour confirmer un cancer de l'endomètre ?

(QRM)

A – biopsie d'endomètre à la pipelle de Cornier

B – Conisation

C – colposcopie avec biopsie cervicale

D – hystéroscopie avec biopsie d'endomètre

E – hystéroscopie avec curetage biopsique de l'endomètre

QCM 3

Quel(s) est(sont) le(s) signe(s) clinique(s) évocateur(s) d'un cancer de l'endomètre chez une patiente de 65 ans ? (QRM)

A – métrorragies post-ménopausiques

B – Hydrorrhée

C – Pyorrhée

D – écoulement séro-sanglant d'origine endométriale

E – métrorragies post-coïtales

QCM 4

Quel(s) est(sont) le(s) critère(s) nécessaire(s) pour la mise en œuvre d'un dépistage organisé de cancer d'après l'OMS ? (QRM)

A – cancer décelable à un stade précoce

B – connaissance appropriée de l'histoire naturelle du cancer

C – test de dépistage bien accepté par les patients

D – avantages du dépistage équivalents aux inconvénients

E – coût modéré du dépistage

QCM 5

Quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) possible(s) d'(une) endométrite du post-partum?(QRM)

A – salpingite

B – abcès pelvien

C – Pelvipéritonite

D – infertilité

E – pyosalpinx



QCM 6

Mme X âgée de 25 ans consulte pour dysménorrhée. Quel(s) autre(s) signe(s) clinique(s) pourrait(ent) orienter vers une endométriose pelvienne profonde ?
(QRM)

- A – dyspareunies profondes
- B – cystalgies cataméniales
- C – douleurs pelviennes chroniques
- D – diarrhées cataméniales
- E – Infertilité

QCM 7

Mme X a 2 enfants et est âgée de 35 ans. Elle souhaiterait bénéficier d'une contraception par dispositif intra-utérin hormonal. Quelle(s) est(sont) la(les) contre-indication(s) relative(s) ou absolue(s) ? (QRM)

- A – antécédent d'infection génitale haute de moins de 3 mois
- B – hémorragies génitales non diagnostiquées
- C – antécédent familial de cancer du sein
- D – antécédent personnel de conisation
- E – antécédent d'endométriose pelvienne profonde

QCM 8

Quel(s) est (sont) le(s) effet(s) bénéfique(s) de la contraception oestro-progestative ? (QRM)

- A – diminution du risque de cancer de l'ovaire
- B – diminution du risque thrombo-embolique veineux
- C – diminution du risque de cancer de l'endomètre
- D – amélioration des dysménorrhées
- E – amélioration du syndrome prémenstruel



QCM 9

Mme A est âgée de 52 ans et est en aménorrhée secondaire. Quelle est la durée suffisante de l'aménorrhée secondaire permettant de poser le diagnostic de ménopause ? (QRM)

A – 6 mois

B – 9 mois

C – 12 mois

D – 15 mois

E – 24 mois



KFP

Une patiente de 25 ans consulte pour des douleurs pelviennes chroniques associées à des dyspareunies profondes, et des dysménorrhées. Elle n'a pas d'antécédent et est nulligeste
Vous suspectez une endométriose.



KFP 1

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pourront aider à confirmer le diagnostic ?
(QRM)

A – CA 125

B – Pet-Scanner

C – IRM pelvienne

D – échographie pelvienne

E – Cystoscopie

F- Radiographie abdomen sans préparation

G- CA 19-9

KFP 2

Vous réalisez une échographie: quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) ? (QRM)

A – endométriose péritonéale

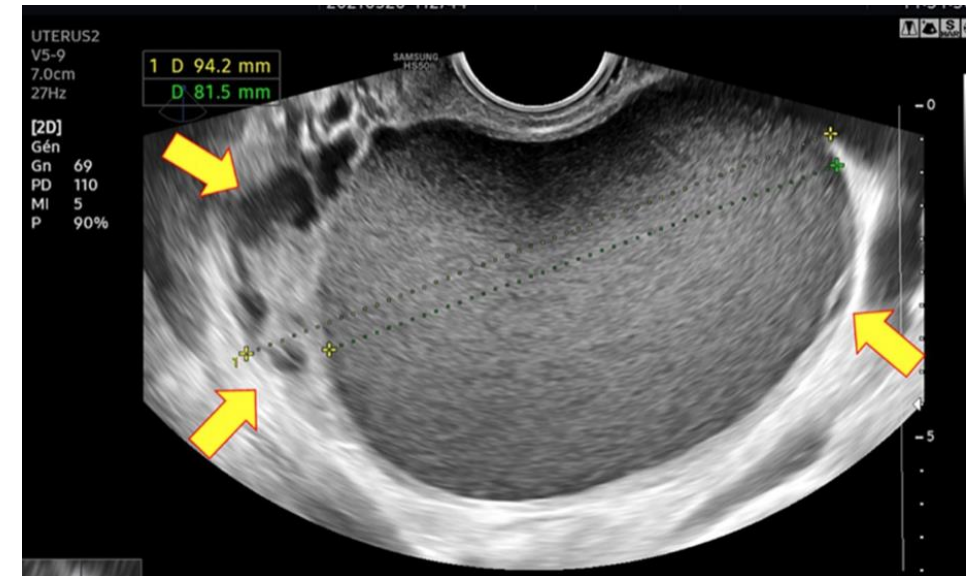
B – endométriome ovarien

C – épanchement pelvien

D – torsion annexielle

E – endométriose du ligament utéro-sacré

F- endométriose digestive



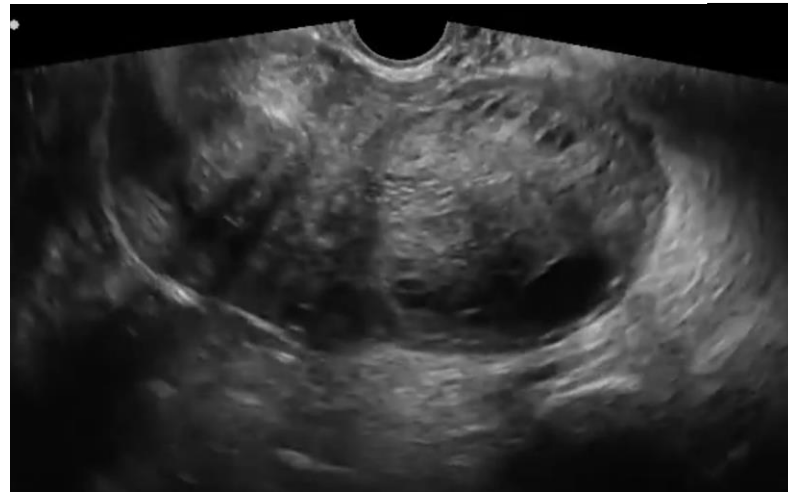
KFP 3

L'endométriose est confirmée sous forme d'un kyste endométriosique ovarien droit de 3 cm. Quelle(s) est(sont) la(les) option(s) thérapeutique(s) disponible(s) ? (QRM)

- A – contraception oestroprogestative
- B – Microprogestatif
- C – antalgiques de palier 1
- D – antalgiques de palier 2
- E – anti-inflammatoires non stéroïdiens
- F- anti-spasmodiques
- G- Psychothérapie
- H- dispositif intra-utérin au levonorgestrel

Mme A, âgée de 48 ans, G2P2, consulte pour son renouvellement d'acétate de chlormadinone. Elle utilise ce traitement depuis 12 mois en raison de ménorragies. Sous traitement, elle est en aménorrhée secondaire et n'a plus de douleurs pelviennes.

Elle vous montre son échographie pelvienne réalisée il y a 1 mois



QUESTION N°1

Quelle(s) anomalie(s) échographique(s) objectivez-vous ? (QRM)

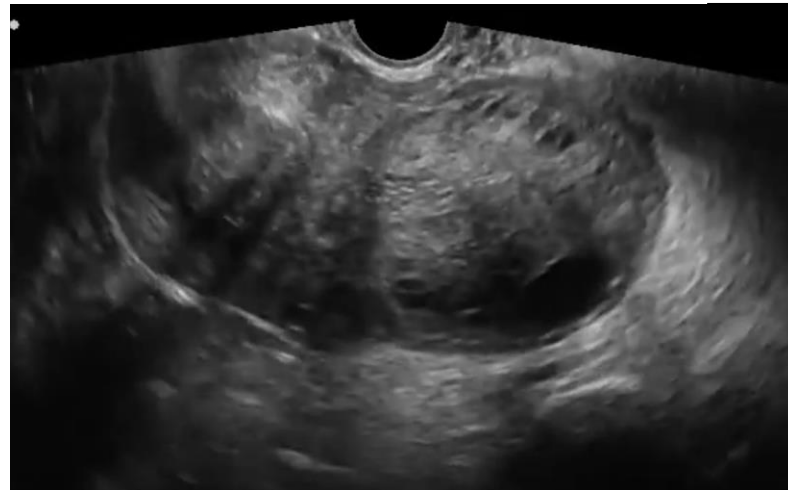
A – cancer de l'endomètre

B - hydrosalpinx

C – fibrome utérin

D – kyste ovarien

E - pyosalpinx



QUESTION N°2

D'après la classification FIGO 2011 (Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique), comment classez-vous ce fibrome ? (QRU)

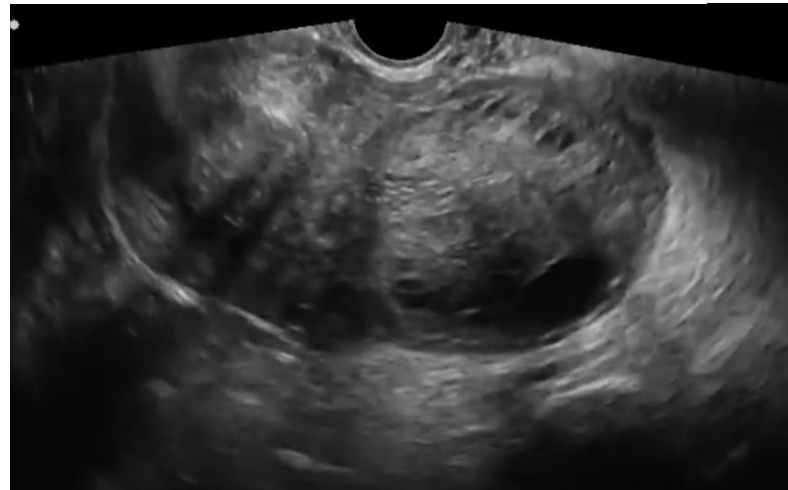
A – type 0

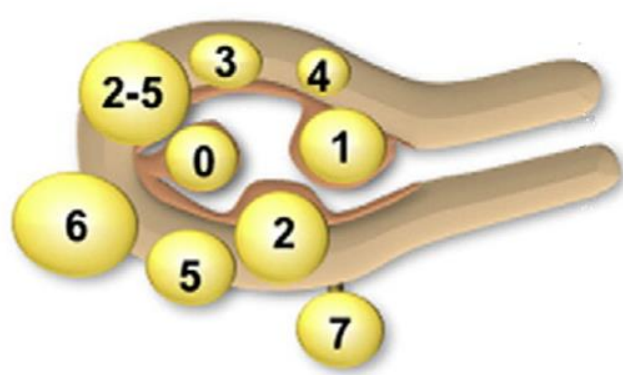
B – type 1

C – type 2

D – type 5

E – type 7





Attention rang B (page 48) ou C (page 158) selon cours collégiale

Généralités

La Classification FIGO 2011 des myomes utérins (PALM-COEIN) permet une description plus objective de la localisation des fibromes utérins (cartographie) et par conséquent une meilleure transmission des données entre le radiologue, le gynécologue et le chirurgien.

Sous-muqueux	0	Pédiculé intra-cavitaire
	1	< 50% intra-mural
	2	≥ 50% intra-mural
Intra-mural ou interstitiel	3	100% intra-mural, au contact de l'endomètre
	4	Intra-mural
Sous-séreux	5	Sous-séreux, ≥50% intra-mural
	6	Sous-séreux, <50% intra-mural
	7	Sous-séreux pédiculé
Autres	8	Autre, parasite (cervical, ligament rond, ligament large)
Hybride (touchant à la fois l'endomètre et la séreuse)	2-5	Deux chiffres séparés d'un trait d'union, le premier, précisant le rapport avec l'endomètre, le second avec la séreuse)
	5	Exemple : Hybride, sous-muqueux de classe 2 et sous-séreux de classe 5

QUESTION N°3

Vous avez réaliser votre examen gynécologique et le test HPV.

Pour poursuivre le traitement par acétate de chlormadinone, quelle(s) information(s) devez-vous faire ? (QRM)

A – discuter la balance bénéfice-risque de poursuivre ce traitement

B – remettre à la patiente le document d'information de l'ANSM

C – remettre à la patiente l'attestation d'information co-signée

D – réévaluer la pertinence de poursuivre le traitement

E – obligation de faire une fenêtre thérapeutique de 4 mois

Informations pour les patientes

Pour une femme débutant un traitement par Lutényl, Lutéran ou un de leurs génériques OU BIEN une femme traitée depuis moins d'un an :

- Le médecin doit remettre à la patiente le document d'information et mentionner sur l'ordonnance "traitement inférieur à un an" **à partir du 1er juillet 2021**.
- L'attestation d'information n'est pas indispensable au cours de la première année de traitement.
- La patiente pourra obtenir son médicament à la pharmacie **uniquement** si cette mention figure sur son ordonnance.

Pour une femme sous traitement Lutényl, Lutéran ou un de leurs génériques depuis plus d'un an :

- À l'occasion de la prochaine consultation de gynécologie, l'intérêt de poursuivre le traitement devra être réévalué en tenant compte du rapport bénéfice/risque individuel.
- **Au plus tard le 1er janvier 2022**, le médecin devra remettre à la patiente le document d'information et une copie de l'attestation d'information co-signée (l'originale est conservée dans le dossier médical de la patiente). L'attestation devra obligatoirement être présentée pour obtenir le médicament en pharmacie.

Attention : quelle que soit l'ancienneté du traitement, il doit être réévalué à chaque consultation de gynécologie et au moins une fois par an.
Si votre traitement assurait votre contraception, en cas d'arrêt, même ponctuel, vous devez penser à utiliser une méthode contraceptive efficace.

QUESTION N°4

La patiente souhaite poursuivre son traitement par acétate de chlormadinone.
Quel examen d'imagerie devez-vous proposer à la patiente ? (QRU)

A – IRM thoracique

B – IRM cérébral

C – TDM cérébral

D – TDM thoracique

E – PET-Scanner

Que faire si vous êtes actuellement traitée ?

Un examen par imagerie cérébrale (IRM) doit être réalisé :

- à tout moment pendant le traitement en cas de symptômes évocateurs de méningiome (voir ci-dessous) ;
- si vous êtes traitée depuis plus d'un an et que votre traitement nécessite d'être poursuivi.

Si vous êtes traitée depuis moins d'un an et que vous ne ressentez pas de symptômes évocateurs de méningiome, il n'est pas nécessaire de réaliser une IRM cérébrale.

Que faire si vous débutez un traitement ?

Il n'est pas recommandé de réaliser une IRM au cours de la première année de traitement, sauf si vous avez un **facteur de risque de méningiome**. Dans ce cas, l'IRM doit être réalisée au début du traitement.

Facteurs de risque de méningiome : radiothérapie du cerveau dans l'enfance ou neurofibromatose de type 2.

Que faire si vous avez été traitée par le passé avec un de ces médicaments ?

Parlez-en à votre médecin à l'occasion d'une prochaine consultation de gynécologie. En cas de symptômes évocateurs de méningiome, une IRM cérébrale devra être pratiquée, même à distance de l'arrêt du traitement.

En l'absence de symptômes évocateurs, il n'est pas nécessaire de réaliser une IRM cérébrale.

QUESTION N°5

A quel risque expose la prise prolongée d'acétate de chlormadinone ? (QRU)

A – glioblastome cérébral

B – méningiome cérébral

C – cancer du poumon non à petites cellules

D – sarcome utérin

E – cancer séreux de haut grade de l'ovaire

Comme tous les médicaments, l'acétate de nomégestrol et l'acétate de chlormadinone peuvent provoquer des effets indésirables. **La prise de ces médicaments est associée à une augmentation importante du risque de méningiome.** Ce risque augmente en fonction de la dose, de la durée du traitement et de l'âge. Lorsque ces médicaments sont utilisés moins d'un an, le risque de méningiome est très faible, au-delà, ce risque est multiplié par :

- 12 à partir de 5 ans de traitement par acétate de nomégestrol (Lutényl et génériques)
- 7 à partir de 3,5 ans de traitement par acétate de chlormadinone (Lutéran et génériques)^[1]

QUESTION N°6

A quelle fréquence la patiente doit-elle réaliser l'IRM cérébrale ? (QRM)

A – tous les ans pendant la durée de prise de l'acétate de chlormadinone

B – tous les deux ans pendant la durée de prise de l'acétate de chlormadinone

C – tous les cinq ans pendant la durée de prise de l'acétate de chlormadinone

D – cinq ans après la première IRM puis tous les deux ans pendant la durée de prise de l'acétate de chlormadinone

E – immédiatement en cas de signes cliniques évocateurs de méningiome

Que faire si vous êtes actuellement traitée ?

Un examen par imagerie cérébrale (IRM) doit être réalisé :

- à tout moment pendant le traitement en cas de symptômes évocateurs de méningiome (voir ci-dessous) ;
- si vous êtes traitée depuis plus d'un an et que votre traitement nécessite d'être poursuivi.

Si vous êtes traitée depuis moins d'un an et que vous ne ressentez pas de symptômes évocateurs de méningiome, il n'est pas nécessaire de réaliser une IRM cérébrale.

Que faire si vous débutez un traitement ?

Il n'est pas recommandé de réaliser une IRM au cours de la première année de traitement, sauf si vous avez un **facteur de risque de méningiome**. Dans ce cas, l'IRM doit être réalisée au début du traitement.

Facteurs de risque de méningiome : radiothérapie du cerveau dans l'enfance ou neurofibromatose de type 2.

Que faire si vous avez été traitée par le passé avec un de ces médicaments ?

Parlez-en à votre médecin à l'occasion d'une prochaine consultation de gynécologie. En cas de symptômes évocateurs de méningiome, une IRM cérébrale devra être pratiquée, même à distance de l'arrêt du traitement.

En l'absence de symptômes évocateurs, il n'est pas nécessaire de réaliser une IRM cérébrale.

Que se passe-t-il si votre IRM révèle la présence d'un méningiome ?

Votre traitement sera définitivement arrêté et un avis neuro-chirurgical sera requis. La prise d'acétate de nomégestrol, chlormadinone ou cyprotérone ne sera plus jamais possible.

Que se passe-t-il si votre IRM ne révèle rien de particulier ?

Vous pourrez poursuivre votre traitement, après discussion avec votre médecin. Dans ce cas, il vous prescrira une **IRM 5 ans après la première, puis tous les 2 ans tant que votre traitement sera maintenu**. Chaque année, il vous remettra également une **attestation d'information que chacun de vous signera** ; elle vous sera indispensable pour obtenir votre médicament en pharmacie.



QUESTION N°7

Quel(s) est(sont) le(s) signe(s) évocateur(s) d'un méningiome cérébral ?
(QRM)

A – céphalées récidivantes

B - vertiges

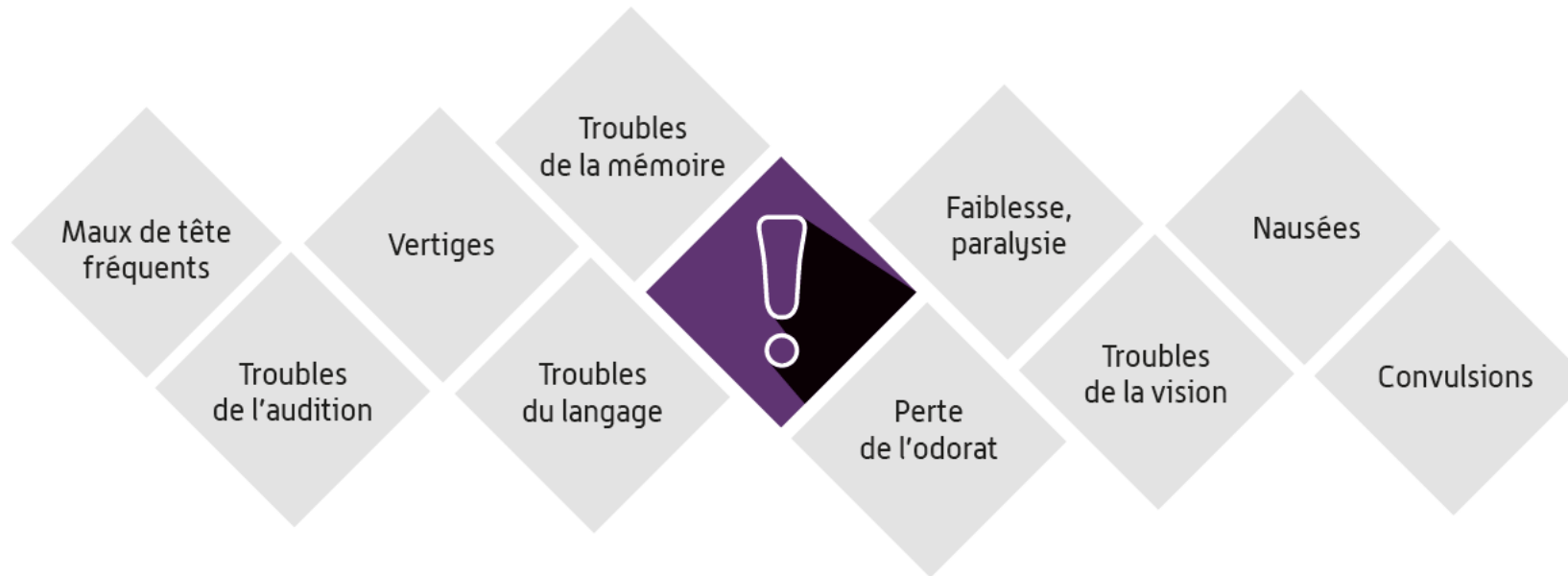
C – troubles de l'audition


D - convulsions

E – troubles du langage

Méningiomes : quels symptômes doivent vous alerter ?

Les symptômes peuvent être très différents selon la taille et la localisation du méningiome, les plus fréquents sont les suivants (liste non exhaustive). En cas de survenue d'un de ces symptômes en cours de traitement, contactez votre médecin.





Mme B, âgée de 49 ans, G2P2, consulte pour son suivi gynécologique. Elle est inquiète en raison du courrier que vous lui avez adressé expliquant que le test HPV n'est pas normal.

QUESTION N°1

Les test HPV à révélé un HPV 16. Quel élément d'information pouvez-vous donner à la patiente ? (QRU)

A – HPV 16 est un HPV à haut risque de cancer du col de l'utérus

B - HPV 16 est un HPV potentiellement à haut risque de cancer du col de l'utérus

C - HPV 16 est un HPV à bas risque de cancer du col de l'utérus

D - HPV 16 est un HPV à risque indéterminé de cancer du col de l'utérus

E - HPV 16 est un HPV à haut risque de condylomes du col de l'utérus

+++ distinction des groupes d'HPV

- HPV à haut risque: lésions précancéreuses et cancéreuses, du col, anus, vagin, vulve et pénis
- HPV bas risque: lésions de bas grade du col, condylomes ou verrues génitales externes

CARACTÉRISATION DU RISQUE	TYPES HPV
Haut risque	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82 (IS39 sous-type)
Potentiellement haut risque	26, 53, 66
Bas risque	6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP 6108
Risque indéterminé	34, 55, 57, 83

QUESTION N°2

La cytologie réflexe a mis en évidence un ASC-US (Atypies cytologiques des cellules malpighiennes de signification indéterminée). Quelle est la conduite à tenir ? (QRM)

A - colposcopie

B – test HPV dans 12 mois

C – frottis cervico-vaginal dans 12 mois

D – conisation

E – abstention thérapeutique

TEST HPV : MODIFICATION DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le 15 août 2020, l'arrêté réorganisant le dépistage des cancers du col utérin, a été publié au J.O ([consultable ICI](#)). Il intègre l'évolution des recommandations de la HAS parue en Juillet 2019 avec le recours au **test HPV en dépistage primaire à partir de 30 ans**.

Invitation des femmes

de 26 à 29 ans sans frottis depuis plus de 3 ans, pour réaliser cet examen tous les 3 ans

de 30 à 65 ans sans frottis depuis plus de 3 ans, à réaliser un test HPV tous les 5 ans

Recommandations HAS Juillet 2019

Suite à la parution des métaanalyses confortant l'impact de son utilisation, la HAS recommande la recherche de l'ADN des HPV oncogènes dans le dépistage des cancers du col :

- tous les 5 ans à partir de 30 ans et jusqu'à 65 ans
- maintien du dépistage cytologique de 25 à 29 ans

Dépistage cytologique maintenu de 25 à 29 ans

- Entre 25 et 29 ans, les anciennes recommandations sont maintenues : réalisation de deux examens cytologiques à 1 an d'intervalle, puis 3 ans après si le résultat des deux premiers est normal.
- Réalisation préférentielle du prélèvement en milieu liquide, favorisant l'HPV reflexe en cas de frottis ASC-US sans reconvoquer la femme.

Test HPV à partir de 30 ans

- A partir de 30 ans, le test HPV est réalisé 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal.
- Le rythme entre deux dépistages par test HPV est de 5 ans, dès lors que le résultat du test est négatif.
- L'analyse est faite à partir d'un prélèvement cervico-utérin identique à celui du frottis cytologique (milieu de transport compatible avec les 2 méthodes).

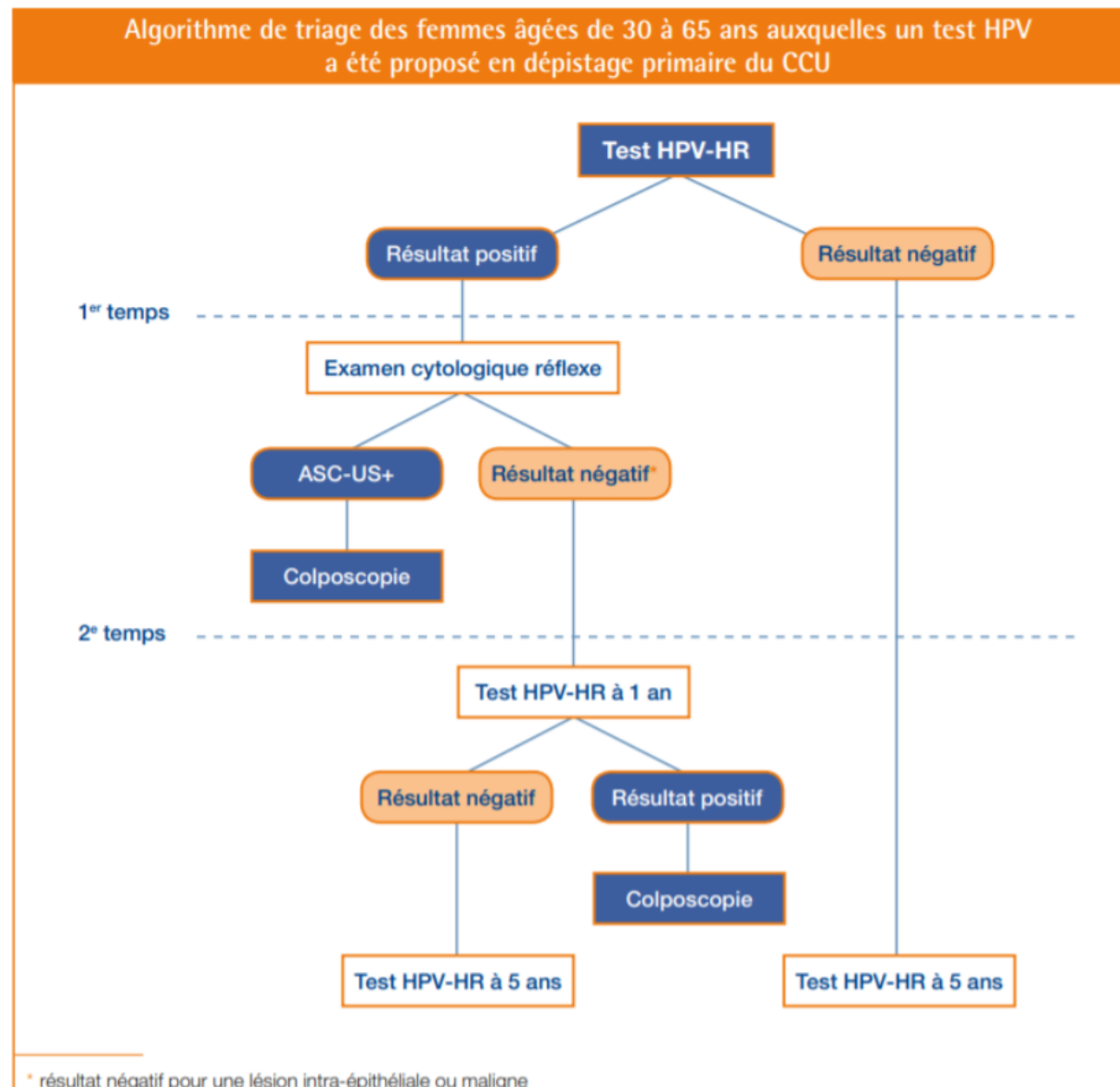
Test HPV positif : quel suivi ?

Après un test HPV positif, un examen cytologique réflexe doit être réalisé.

Conduite à tenir selon son résultat :

- cytologie ASC-US ou anomalies plus sévères : colposcopie
- cytologie normale : test HPV de contrôle à 1 an
 - test HPV 1 an plus tard positif : colposcopie
 - test HPV 1 an plus tard négatif : nouveau dépistage HPV de routine 5 ans plus tard

HAS – Schéma CAT extrait de la
« Synthèse recommandation en
Santé Publique – Juillet 2019 »



Recours aux auto prélèvements

- Il est possible mais actuellement réservé à des études d'intervention menées par les centres de dépistage organisé pour les femmes non suivies et non répondantes aux invitations classiques
- Un groupe de travail national piloté par l'INCa doit définir les modalités de l'ajout en DO à la relance en 2021

QUESTION N°3

La patiente souhaite savoir comment se déroule l'examen colposcopique.
Quel(s) élément(s) d'information lui donnez-vous ? (QRM)

A – observation cervicale sans préparation

B – test à l'acide acétique

C – test à l'acide chlorhydrique

D – test à la bétadine

E – test au lugol

QUESTION N°4

Sur quelle(s) zone(s) devez-vous faire les biopsies cervicales ? (QRM)

A – zones acidophiles

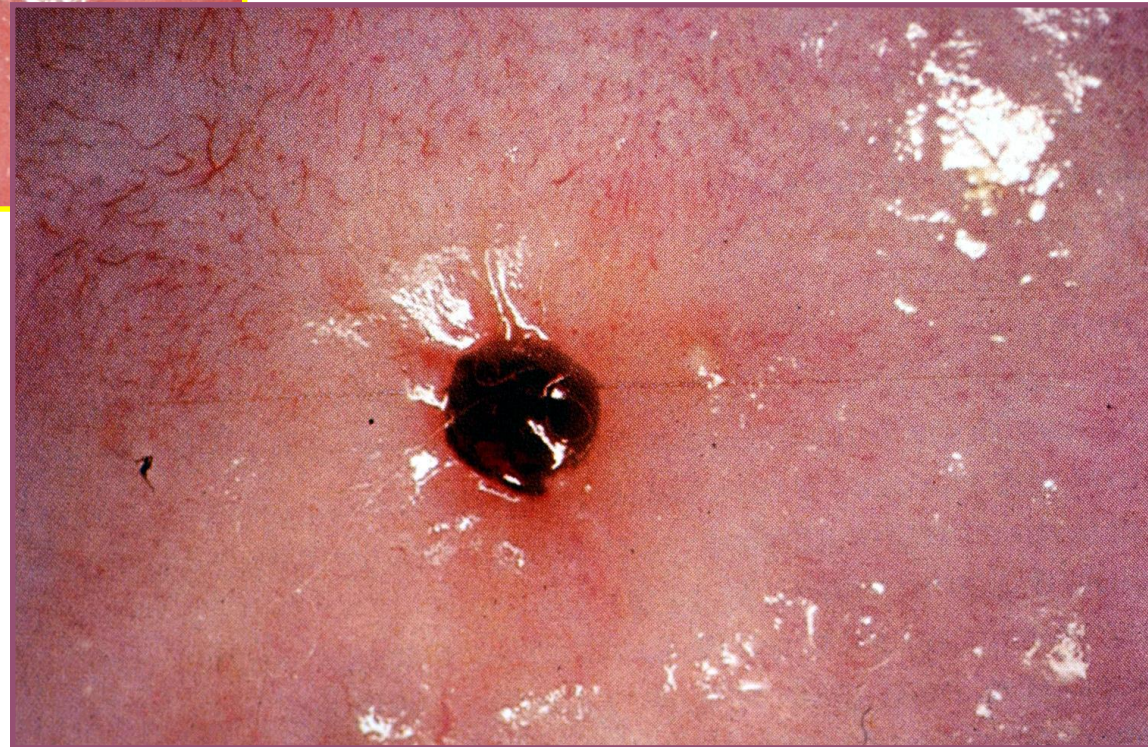
B – zones acidophobes

C – zones iodonégatives

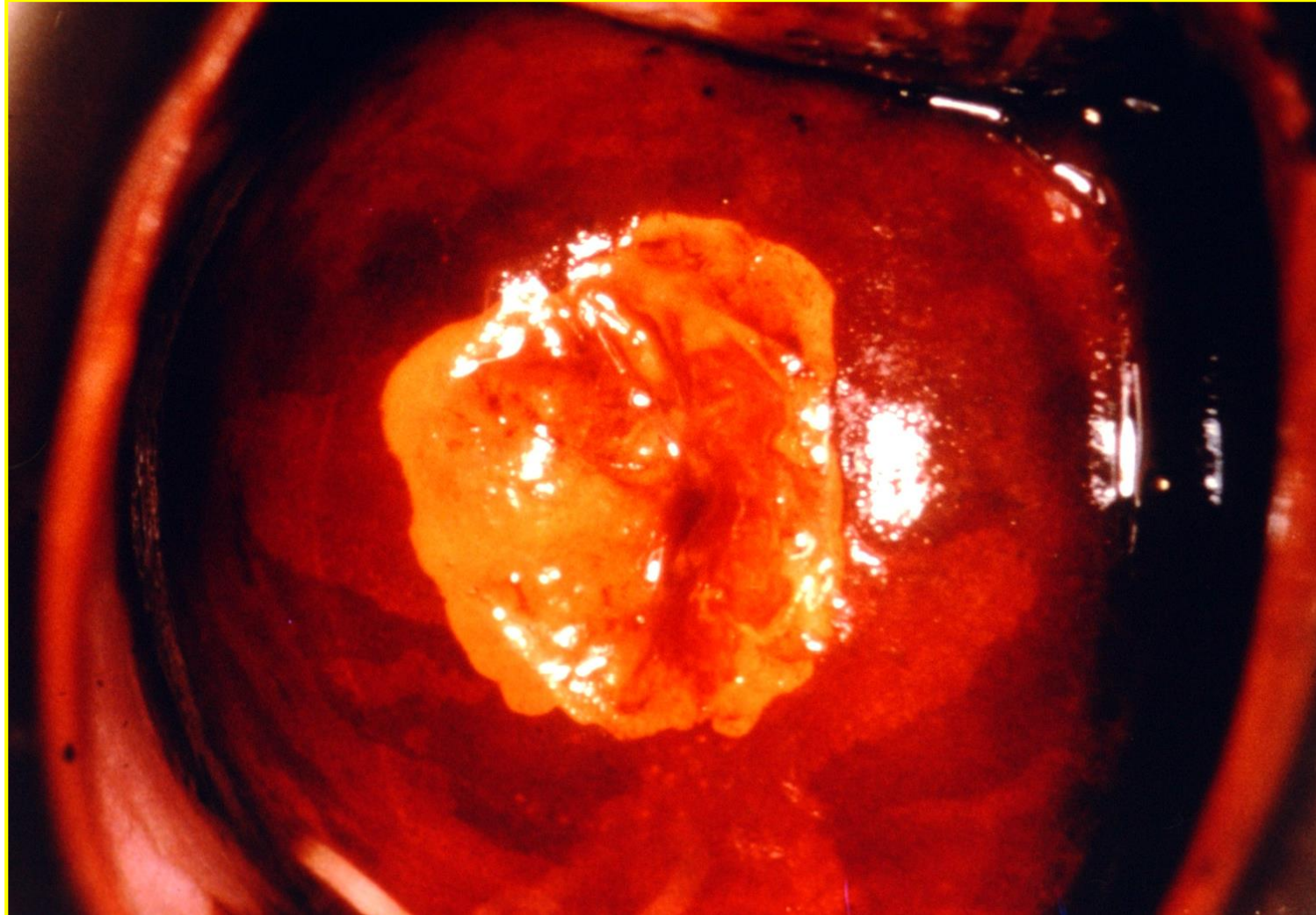
D – zones iodopositives

E – zones chloropositives

- avec acide acétique



- avec solution lugol



QUESTION N°5

Elle vous demande si elle peut bénéficier du vaccin anti-HPV et comment éliminer le virus. Quel(s) élément(s) d'information lui donnez-vous ? (QRM)

A – vaccin bivalent recommandée au-delà de 35 ans

B – clairance virale spontanée dans 90% des cas dans les deux ans

C – vaccin non recommandée au-delà de 19 ans révolus

D – conisation pour éliminer le virus

E – laser cervical pour éliminer le virus

Schéma vaccinal

• **Vaccin nonavalent (Gardasil 9®) :**

Vaccination initiée chez les filles et chez les garçons :

- *Entre 11 et 14 ans révolus* : deux doses espacées de 6 à 13 mois
- *Entre 15 ans et 19 ans révolus* : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.
- *Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à 26 ans révolus* : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Vaccin quadrivalent (Gardasil®) : à utiliser uniquement pour un schéma vaccinal initié avec ce vaccin

- *Entre 11 et 13 ans révolus* : deux doses espacées de 6 mois : M0 M6
- *Entre 14 et 19 ans révolus* : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2 M6.

Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à 26 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

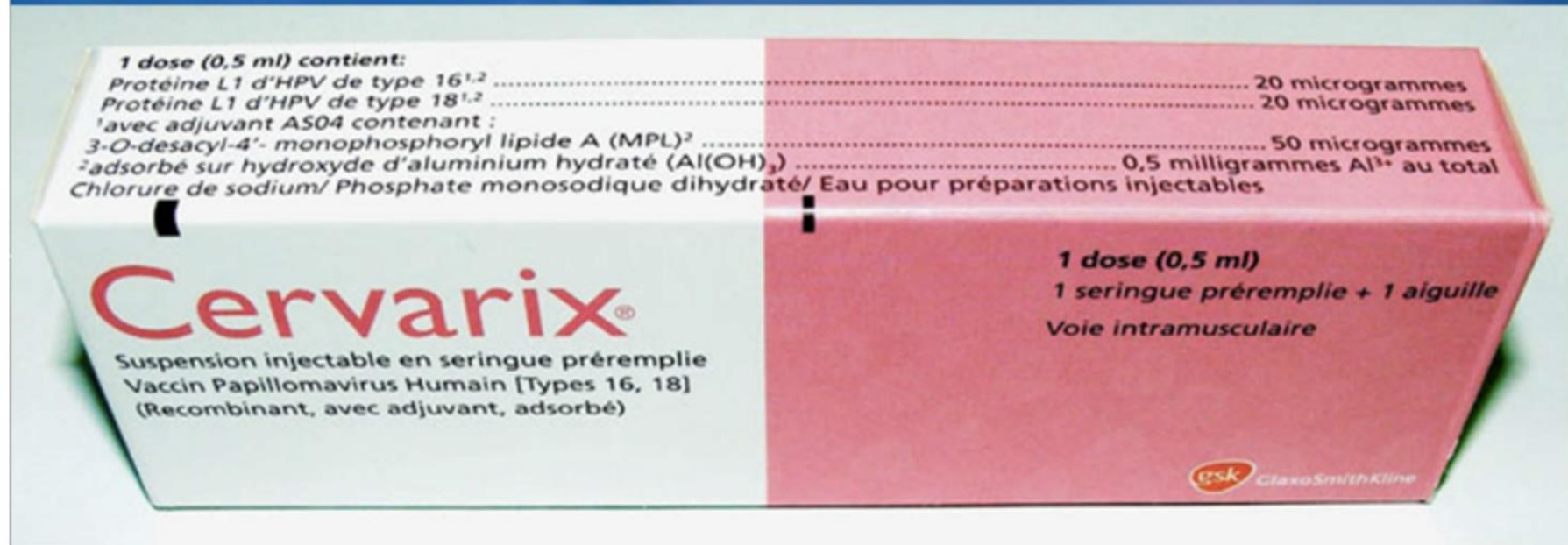
Vaccin bivalent : (Cervarix®) : à utiliser uniquement pour un schéma vaccinal initié avec ce vaccin

- *Entre 11 et 14 ans révolus* : deux doses espacées de 6 mois.
- *Entre 15 et 19 ans révolus* : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois.

QUESTION N°6

Elle vous demande si sa fille âgée de 13 ans et sans antécédent particulier pourrait bénéficier du vaccin anti-HPV. Quel vaccin allez-vous lui proposer?
(QRU)

- A – vaccin bivalent
- B – vaccin tétravalent
- C – vaccin heptavalent
- D – vaccin hexavalent
- E – vaccin nonavalent**





GARDASIL 9 includes more HPV types than any currently available HPV vaccine. The seven high-risk HPV types in GARDASIL 9 (HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58) cause approximately 90% of cervical cancer, 90% of HPV related anal cancer and 80% of high-grade cervical lesions (cervical precancers defined as CIN 2, CIN 3 and AIS) worldwide. The two low-risk types, HPV 6 and 11, cause 90% of genital wart cases.¹

The marketing authorization is supported by a comprehensive clinical program initiated in 2007; seven trials evaluated more than 15,000 individuals across 30 countries. GARDASIL 9 was shown to be 97% effective in preventing high-grade lesions of the cervix, vagina and vulva caused by the 5 additional oncogenic HPV types (31, 33, 45, 52, 58).



2.10 Infections à papillomavirus humains (HPV)

Recommandations générales

La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles et pour tous les garçons âgés de 11 à 14 ans révolus. La vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles et les jeunes garçons n'ont pas encore été exposés au risque d'infection par le HPV. L'une des doses de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains peut être co-administrée notamment avec le rappel diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite prévu entre 11 et 13 ans ou avec un vaccin contre l'hépatite B, ainsi qu'avec le vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans le cadre du rattrapage vaccinal.

Par ailleurs, dans le cadre du rattrapage vaccinal, la vaccination est recommandée pour les deux sexes entre 15 et 19 ans révolus.

La recommandation de vaccination des garçons contre les infections à HPV susmentionnée sera applicable au 1^{er} janvier 2021.

Toute nouvelle vaccination doit être initiée avec le vaccin Gardasil 9[®]. Les vaccins ne sont pas interchangeables et toute vaccination initiée avec le Cervarix[®] ou le Gardasil[®] doit être menée à son terme avec le même vaccin aussi longtemps qu'il sera disponible.



QUESTION N°7

Quel schéma vaccinal allez-vous proposer à cette jeune fille ? (QRU)

A – 3 doses espacées de 4 mois

B – 2 doses espacées de 6 à 13 mois

C – 1 dose unique

D – 1 dose avec rappel à 5 ans

E – 1 dose avec rappel à 10 ans

Schéma vaccinal

• **Vaccin nonavalent (Gardasil 9®) :**

Vaccination initiée chez les filles et chez les garçons :

- *Entre 11 et 14 ans révolus* : deux doses espacées de 6 à 13 mois
- *Entre 15 ans et 19 ans révolus* : 3 doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.
- *Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à 26 ans révolus* : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Vaccin quadrivalent (Gardasil®) : à utiliser uniquement pour un schéma vaccinal initié avec ce vaccin

- *Entre 11 et 13 ans révolus* : deux doses espacées de 6 mois : M0 M6
- *Entre 14 et 19 ans révolus* : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois : M0, M2 M6.

Pour les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à 26 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Vaccin bivalent : (Cervarix®) : à utiliser uniquement pour un schéma vaccinal initié avec ce vaccin

- *Entre 11 et 14 ans révolus* : deux doses espacées de 6 mois.
- *Entre 15 et 19 ans révolus* : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois.

QUESTION N°8

Quel(s) est(sont) le(s) effet(s) secondaire(s) possible(s) du vaccin anti-HPV ?
(QRM)

A – douleur au point d'injection dans les suites immédiates du vaccin

B – érythème au point d'injection dans les suites immédiates du vaccin

C – fébricule ou céphalées dans les heures suivant le vaccin

D – sclérose en plaque

E – polyarthrite rhumatoïde

QCM 1

Quel(s) est(sont) le(s) facteur(s) de risque du cancer de l'ovaire ?
(QRM)

A – mutation des gènes BRCA 1 ou BRCA 2

B – syndrome de Lynch

C – Multiparité

D – ménopause précoce

E – ménopause tardive

QCM 2

Quelle(s) est(sont) le(s) différente(s) méthode(s) possible(s) pour confirmer un cancer de l'endomètre ?

(QRM)

A – biopsie d'endomètre à la pipelle de Cornier

B – Conisation

C – colposcopie avec biopsie cervicale

D – hystéroscopie avec biopsie d'endomètre

E – hystéroscopie avec curetage biopsique de l'endomètre

QCM 3

Quel(s) est(sont) le(s) signe(s) clinique(s) évocateur(s) d'un cancer de l'endomètre chez une patiente de 65 ans ? (QRM)

A – métrorragies post-ménopausiques

B – Hydrorrhée

C – Pyorrhée

D – écoulement séro-sanglant d'origine endométriale

E – métrorragies post-coïtales

QCM 4

Quel(s) est(sont) le(s) critère(s) nécessaire(s) pour la mise en œuvre d'un dépistage organisé de cancer d'après l'OMS ? (QRM)

A – cancer décelable à un stade précoce

B – connaissance appropriée de l'histoire naturelle du cancer

C – test de dépistage bien accepté par les patients

D – avantages du dépistage équivalents aux inconvénients

E – coût modéré du dépistage

QCM 5

Quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) possible(s) d'(une) endométrite du post-partum?(QRM)

A – salpingite

B – abcès pelvien

C – Pelvipéritonite

D – infertilité

E – pyosalpinx

QCM 6

Mme X âgée de 25 ans consulte pour dysménorrhée. Quel(s) autre(s) signe(s) clinique(s) pourrait(ent) orienter vers une endométriose pelvienne profonde ?
(QRM)

- A – dyspareunies profondes
- B – cystalgies cataméniales
- C – douleurs pelviennes chroniques
- D – diarrhées cataméniales
- E – Infertilité

QCM 7

Mme X a 2 enfants et est âgée de 35 ans. Elle souhaiterait bénéficier d'une contraception par dispositif intra-utérin hormonal. Quelle(s) est(sont) la(les) contre-indication(s) relative(s) ou absolue(s) ? (QRM)

A – antécédent d'infection génitale haute de moins de 3 mois

B – hémorragies génitales non diagnostiquées

C – antécédent familial de cancer du sein

D – antécédent personnel de conisation

E – antécédent d'endométriose pelvienne profonde

QCM 8

Quel(s) est (sont) le(s) effet(s) bénéfique(s) de la contraception oestro-progestative ? (QRM)

- A – diminution du risque de cancer de l'ovaire
- B – diminution du risque thrombo-embolique veineux
- C – diminution du risque de cancer de l'endomètre
- D – amélioration des dysménorrhées
- E – amélioration du syndrome prémenstruel

QCM 9

Mme A est âgée de 52 ans et est en aménorrhée secondaire. Quelle est la durée suffisante de l'aménorrhée secondaire permettant de poser le diagnostic de ménopause ? (QRM)

A – 6 mois

B – 9 mois

C – 12 mois

D – 15 mois

E – 24 mois



KFP

Une patiente de 25 ans consulte pour des douleurs pelviennes chroniques associées à des dyspareunies profondes, et des dysménorrhées. Elle n'a pas d'antécédent et est nulligeste
Vous suspectez une endométriose.



KFP 1

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pourront aider à confirmer le diagnostic ?
(QRM)

A – CA 125

B – Pet-Scanner

C – IRM pelvienne

D – échographie pelvienne

E – Cystoscopie

F- Radiographie abdomen sans préparation

G- CA 19-9

KFP 2

Vous réalisez une échographie: quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) ? (QRM)

A – endométriose péritonéale

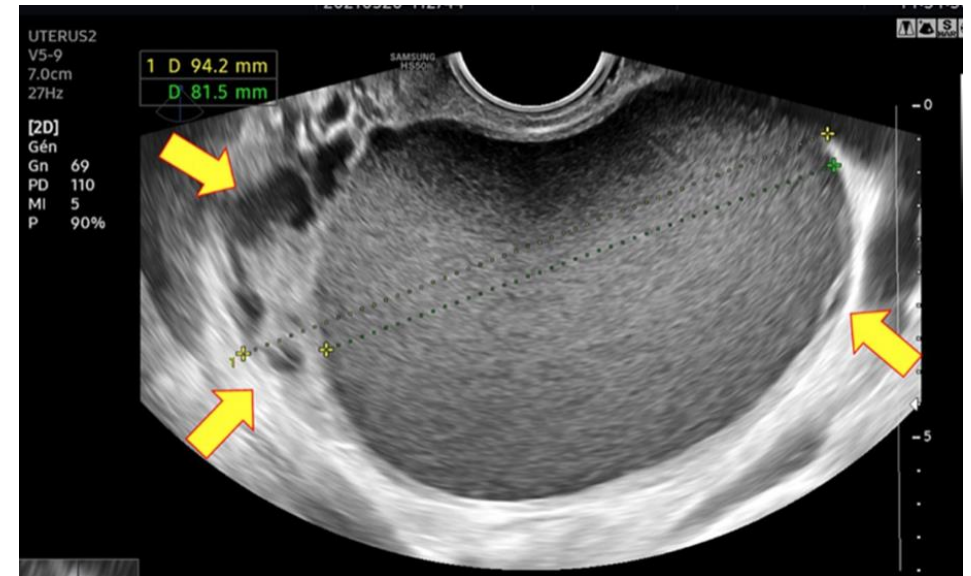
B – endométriome ovarien

C – épanchement pelvien

D – torsion annexielle

E – endométriose du ligament utéro-sacré

F- endométriose digestive



KFP 3

L'endométriose est confirmée sous forme d'un kyste endométriosique ovarien droit de 3 cm. Quelle(s) est(sont) la(les) option(s) thérapeutique(s) disponible(s) ? (QRM)

- A – contraception oestroprogestative
- B – Microprogestatif
- C – antalgiques de palier 1
- D – antalgiques de palier 2
- E – anti-inflammatoires non stéroïdiens
- F- anti-spasmodiques
- G- Psychothérapie
- H- dispositif intra-utérin au levonorgestrel