uECN EN

DOSSIERS PROGRESSIFS

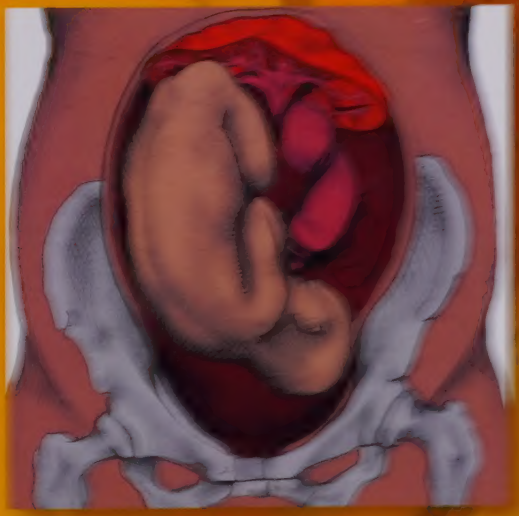
Les dossiers de spécialité version iECN

VG Editions

QCM ET QROC

Gynécologie Obstétrique

Hélène BAILLEUL



- Tous les « **Dossiers progressifs** » couvrant l'**ensemble de la spécialité**
- Conformes aux **nouvelles modalités d'examen** et au **nouveau programme** organisé en Unités d'Enseignement
- Coaching personnalisé : **classement, zéros, mots-clés** et **réflexes**
- **Grilles de cotation** et commentaires avec **méthodologie et astuces des meilleurs de l'ECN**
- **Items abordés**
- Le + en tableaux : les **fiches de synthèse** et **fiches consensus incontournables**

uECN EN DOSSIERS PROGRESSIFS

Les dossiers de spécialité version iECN

Gynécologie Obstétrique

Hélène BAILLEUL

Editions Vernazobres-Grego VG
99 bd de l'Hôpital
75013 PARIS - Tél. 01 44 24 13 61
www.vg-editions.com

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

DECEMBRE 2014 - ISBN : 978-2-8183-1295-7

REMERCIEMENTS :

Au Dr MERCIER, chef de service de Gynécologie-Obstétrique CH Avranches-Granville et son équipe pour leur disponibilité et leur aide précieuse à la réalisation de cet ouvrage.

Au Dr GUERY, radiologue, pour sa collaboration.

Pensées toutes particulières :

- à Pierre-Sylvain pour son soutien permanent
- à mes parents pour leur soutien nutritionnel et psychologique pendant la DCEM4 !
- à mes relecteurs de renom
- à toutes mes amies de médecine, source d'inspiration…

Repère

Sommaire général (Aperçu des dossiers)

DOSSIER	APERCU DOSSIER CLINIQUE PROGRESSIF	DIFFICULTE	PAGE
1	Une grossesse sous haute tension	2 / 3	5
2	Elle a fait un bébé toute seule…	3 / 3	13
3	Couvrez ce sein que je ne saurais voir	1 / 3	21
4	J'ai eu peur de perdre mon bébé	1 / 3	29
5	Le dégât des ans …	3 / 3	36
6	Immaculé conception	2 / 3	44
7	Ca sent la jeune fille qui se néglige	1 / 3	52
8	Echec et maths-ernité !	2 / 3	61
9	Ginette, la reine des boulettes	1 / 3	68
10	C'est la cerise sur le gâteau	3 / 3	77
11	La mayonnaise ne veut pas prendre	2 / 3	85
12	Sortez couvert	1 / 3	92
13	Chat alors !	2 / 3	100
14	L'instinct maternel	1 / 3	108
15	Il va falloir se mettre au vert	3 / 3	116
16	Un enfant pas comme les autres	2 / 3	126
17	J'ai la fibre	1 / 3	133
18	Ca colle Anatole	2 / 3	140
19	X-women	1 / 3	148
20	La Pub d'Arte parle du loup	3 / 3	156
21	Maitre Yours	2 / 3	164
22	Une histoire sucrée	3 / 3	171
23	Pas de bol	1 / 3	178
24	Petite crevette	2 / 3	186
25	Ah mais ne dites pas ça	3 / 3	196
26	Le loup est revenu	3 / 3	204
27	Au diable l'avarice !	2 / 3	212
28	SOS d'un terrien en détresse	2 / 3	219
29	La vraie importance humaine	1 / 3	226
30	Une histoire vraie	3 / 3	232

Cahier de bord (Items & UE)

DOSSIER	DIFFICULTE	ITEM PRINCIPAL ABORDE			POUR MIEUX ASSIMILER		PAGE
		UE	N°	Intitulé	Fiche synthèse	Fiche consensus	
1	2 / 3	2	23	HTA et Grossesse	x	x	5
2	3 / 3	2	23	MAP et Grossesse	x	-	13
3	1 / 3	9	309	Cancer du sein	x	x	21
4	1 / 3	2	24	Grossesse extra-utérine	x	-	29
5	3 / 3	5	120	Ménopause	x	-	36
6	2 / 3	2	30	Accouchement et délivrance normales	x	-	44
7	1 / 3	6	158	Infections génitales hautes	-	x	52
8	2 / 3	2	23	Hémorragie génitale et grossesse	x	-	61
9	1 / 3	9	297	Tumeur du corps de l'utérus	x	x	68
10	3 / 3	8	252	Diabète et grossesse	x	-	77
11	2 / 3	2	38	Assistance médicale à la procréation	x	-	85
12	1 / 3	2	35	Contraception	-	x	92
13	2 / 3	2	26	Prévention des risques fœtaux liés aux infections	x	-	100
14	1 / 3	2	32	Allaitement maternel	x	-	108
15	3 / 3	9	303	Tumeur de l'ovaire	x	x	116
16	2 / 3	2	43	Problèmes liés aux maladies génétiques	x	-	126
17	1 / 3	9	297	Tumeurs du corps utérin	x	-	133
18	2 / 3	9	297	Tumeurs du col utérin	-	x	140
19	1 / 3	2	26	Prévention des risques fœtaux liés à l'irradiation	x	-	148
20	3 / 3	2	47	Puberté	x	-	156
21	2 / 3	2	49	Algies pelviennes de la femme	x	-	164
22	3 / 3	8	252	Diabète et grossesse	x	-	171
23	1 / 3	2	23	Fièvre et grossesse	x	-	178
24	2 / 3	2	29	Prématurité et retard de croissance intra-utérin	-	x	186
25	3 / 3	2	40	Aménorrhée	x	-	196
26	3 / 3	7	109	Lupus érythémateux	x	-	204
27	2 / 3	2	26	Prévention des risques fœtaux liés à l'irradiation	x	-	212
28	2 / 3	2	43	Problèmes liés aux maladies génétiques	x		219
29	1 / 3	2	23	Menace d'accouchement prématuré	-	x	226
30	3 / 3	9	297	Tumeur du corps de l'utérus	x	-	232

Synthèse + Consensus

UE dossier clinique progressif N° 1

Une grossesse sous haute tension

1 Enoncé

Tout(e) jeune interne en gynécologie obstétrique, vous recevez pour la première fois en consultation Mme P. âgée de 37 ans, primipare à 30 semaines d'aménorrhée. Elle est toute heureuse de vous annoncer cette grossesse tant désirée et finalement obtenue par FIV avec insémination de sperme d'un donneur. Elle n'a aucuns antécédents médico-chirurgicaux particuliers. Elle mesure 1m65 pour 84 kilos. Son groupe sanguin est A négatif. Elle n'est pas vaccinée contre la rubéole.

QCM 1	**Vous commencez par faire du tri dans son dossier de maternité qu'elle vous tend. Quels sont les examens complémentaires obligatoires réalisés depuis le début de la grossesse jusqu'à ce terme ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	NFS
B -	Bandelette urinaire
C -	Groupe rhésus
D -	Groupe ABO
E -	Echographie de datation
F -	Echographie de croissance
G -	Recherche d'agglutinines irrégulières
H -	Sérologie toxoplasmose
I -	Sérologie syphilitique
J -	Sérologie rougeole
K -	Sérologie VIH 1 et 2
L -	Antigène HbS

QCM 2	**A l'examen clinique vous retrouvez un col fermé, une hauteur utérine à 23 cm, des bruits du cœur fœtaux normaux et des mouvements fœtaux actifs. Sa tension artérielle est à 165/112. Rappeler la définition d'une HTA gravidique. (Jusqu'à 3 réponses)**
A -	PAS > 140 mmHg et PAD > 90 mmHg
B -	PAS > 140 mmHg ou PAD > 90 mmHg
C -	PAS > 140 mmHg et/ou PAD > 90 mmHg
D -	PAS ≥ 140 mmHg et PAD ≥ 90 mmHg
E -	PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg
F -	PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg
G -	PAS ≥ 140 mmHg et PAD ≥ 90 mmHg après 20 semaines d'aménorrhée
H -	PAS > 140 mmHg et PAD > 90 mmHg après 30 semaines d'aménorrhée
I -	PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg après 20 semaines d'aménorrhée
J -	PAS > 140 mmHg ou PAD > 90 mmHg après 30 semaines d'aménorrhée
K -	PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg après 20 semaines d'aménorrhée
L -	PAS > 140 mmHg et/ou PAD > 90 mmHg après 30 semaines d'aménorrhée
QROC 3	**Citer les facteurs de risque de pré éclampsie retrouvés dans l'énoncé. (3 mots)**

QCM 4	**Votre bandelette urinaire retrouve 3 croix d'albuminurie. Vous décidez de rechercher les signes de gravité cliniques d'une pré-éclampsie chez cette patiente. Quels sont-ils ? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Barre épigastrique
B - Phosphènes
C - Œdèmes
D - Hyperréflexie
E - PAS ≥ 180 mmHg et/ou PAD ≥ 100 mmHg
F - PAS ≥ 160 mmHg et/ou PAD ≥ 110 mmHg
G - PAS ≥ 200 mmHg et/ou PAD ≥ 120 mmHg
H - OAP
I - Oligurie < 1000 ml / 24 heures
J - Oligurie < 500 ml / 24 heures
K - Acouphènes
L - Céphalées

QCM 5	**Vous retrouvez la majorité de ces signes : œdèmes des membres inférieurs et du visage, réflexes ostéo-tendineux vifs, diffusés et des signes neurosensoriels. Vous lancez alors un bilan complémentaire en urgence. Quels sont les examens faisant partie de ce bilan ? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Electro-cardio-tocographe
B - Bilan hépatique
C - Bilan d'hémolyse
D - Bilan rénal
E - Ionogramme sanguin
F - Uricémie
G - Echographie fœtale
H - Doppler des artères utérines
I - Doppler des artères ombilicales
J - CRP
K - Frottis sanguin
L - D-Dimères

QROC 6	**Ces principaux examens retrouvent : GR 5.5 TL, Hb 9 g/dl, réticulocytes 140 000 mm3, VGM 85 microcube, plaquettes 142 000 mm3, LDH 500 UI/l (Norme 150-350), Bilirubine totale 35 mg/l, bilirubine conjuguée 5mg/l, protéinurie des 24 heures 6g/j, haptoglobine 0.0025 g/l, créatininémie 136, TGP 155 UI, TGO 160 UI, D-Dimères 200, TP 90%, bon rythme cardiaque fœtal au monitoring, retard de croissance utérin modéré à l'échographie sans signes de souffrance fœtale aigue.** **Quel est votre diagnostic précis ?** **(4 mots)**

QROC 7	**Rappeler les 3 principales thérapeutiques contre-indiquées dans le traitement de l'hypertension artérielle de la femme enceinte ?** **(4 mots)**

QCM 8	**Quels sont les grands principes de votre prise en charge ? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Hospitalisation en niveau 2 de maternité (néonatalogie)
B - Hospitalisation en niveau de 3 de maternité (réanimation pédiatrique)
C - Extraction fœtale en urgence
D - Corticothérapie pour maturation fœtale
E - Prévention de l'allo-immunisation par gammaglobulines
F - Sulfate de magnésium pour prévenir l'éclampsie
G - Traitement anti hypertenseur parentéral
H - Baisse brutale de la tension artérielle < 140/90
I - Baisse progressive de la tension artérielle
J - Surveillance materno-fœtale
K - Régime normosodé
L - Régime hyposodé

QROC 9	**Brutalement, Mme P. présente une vive douleur abdominale en hypochondre droit et une instabilité hémodynamique avec TA = 8/5. Son abdomen est sensible.** **Un test rapide HémoCue® montre Hb=6 g/dl.** **Devant l'ensemble de ce tableau, quel est le diagnostic à évoquer ? (4 mots)**

QCM 10	**Une extraction fœtale a lieu en urgence après transfusion de plaquettes ainsi qu'un packing hépatique. Le nouveau-né est transféré en réanimation pédiatrique. La mère est également en réanimation pour surveillance. Quelles sont les démarches qui vous semblent judicieuses à moyen et long terme de cette pré-éclampsie sévère ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Prescription de Bromocriptine pour éviter la montée de lait
B - Contre indication formelle à la bromocriptine
C - Bilan de thrombophillie
D - Bilan de néphropathie
E - Recherche d'un lupus érythémateux
F - Recherche d'un déficit en G6PD
G - Prescription d'AVK 20mg/jour durant toute la grossesse en préventif
H - Prescription d'Aspirine 100mg/jour durant toute la grossesse en préventif
I - Prescription d'Aspirine 100mg/jour à partir de 12 SA jusqu'à la fin de la grossesse
J - Prescription d'Aspirine 100mg/jour avant 20 SA d'aménorrhée
K - Contre indication formelle à une prochaine grossesse
L - Vaccination contre la rubéole

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de pré-éclampsie sévère avec HELLP syndrome compliqué d'un hématome sous capsulaire du foie
  - HTA : problème de santé publique, souvent méconnue chez les femmes enceintes, à dépister +++
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Devant toute HTA de la femme enceinte, rechercher une pré-éclampsie => BU
  - CONTRE INDICATION des IEC, des diurétiques, et du régime HYPOsodé chez la femme enceinte
  - Rhésus négatif => gamma-globulines
  - Pas de vaccin contre la rubéole => vaccin en post-partum (CI pendant la grossesse)
  - Poids + taille => Calcul de l'IMC
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Pour le QCM2 : ne pas paniquer, éliminer progressivement les réponses fausses (par exemple rayer toutes les propositions sans notion de semaines d'aménorrhée et celles avec 30 SA)

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	2	ATTENTION : seuls les examens OBLIGATOIRES étaient demandés • Le suivi d'une grossesse normale doit être maitrisé sans hésitation - Le plus simple est d'avoir un tableau schématique (clinique / paraclinique) en tête - Cf synthèse
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 2	A -	F	-1	Définition à connaître par coeur • HTA = PAS ≥140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg - Gravidique : × Survenant après 20 semaines d'aménorrhée × Disparaissant avant la fin de la 6ème du post partum
	B -	F	-1	
	C -	F	-1	
	D -	F	-1	
	E -	F	-1	
	F -	F	-1	
	G -	F	-1	
	H -	F	-1	
	I -	V	20	
	J -	F	-1	
	K -	F	-1	
	L -	F	-1	
QCM 4	A -	V	2	Les signes de gravité de la pré éclampsie sont cités dans les conférences de consensus donc à maitriser parfaitement! Ils sont à rechercher systématiquement quand on vous parle de pré éclampsie (prise en charge différente)
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	

	E -	F	2	• Les signes neuro sensoriels regroupent - Céphalées - Phosphènes - Acouphènes
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 5	A -	V	2	• Bien penser aux examens **MATERNELS** : - Bilan d'**H**émolyse : NFS, réticulocytes, Frottis (schizocytes), LDH, haptoglbine, bilirubine - Bilan d'**H**émostase (CIVD) : TP, TCA, D-dimères, Fibrinogène - Bilan **H**épatique : transaminases, bilirubine, GGT, PAL - Bilan Rénal : iono, urée, créatinine, protéinurie des 24h, ECBU - Uricémie (facteur pronostique) - Bilan d'HTA : FO, ECG • Et **FOETAUX** : - Echographie fœtale avec évaluation du score de Manning et Doppler des artères ombilicales, cérébrales et utérines - ECT
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 8	A -	F	-1	Pour les différents niveaux de maternities : • Connaître schématiquement : × 1 : > 35 SA et > 2000 g : suite de couche de courte durée × 2a : > 33 SA et > 1600 g : néonatalogie × 2b : > 32 SA et > 1600g : USI × 3 : < ou = 32 SA , < 1500g : reanimation néonatale Les indications à une extraction foetale en urgence sont clairement définies (rf consensus) **En Gynécologie, toujours penser :** × Corticothérapie si < 34 SA et pas d'indication à une extraction foetale en urgence × Gamma-globulines
	B -	V	6	
	C -	F	-1	
	D -	V	6	
	E -	V	6	
	F -	V	6	
	G -	V	6	
	H -	F	-1	
	I -	V	6	
	J -	V	6	
	K -	V	6	
	L -	F	-1	
QCM 10	A -	F	-2	Dernière question difficile • Contre indications de la BROMOCRIPTINE à connaître : × HTA grave au cours de la grossesse × Troubles psychiques graves • Devant toute pré-éclampsie chez une femme enceinte (donc jeune), faire un bilan vasculo-rénal à distance (3 mois) : thrombophillie (deficit en protéine S/C, mutation du facteur V Leiden...), LED +/ SAPL (et non G6PD, maladie métabolique mise dans les propositions pour semer le trouble), néphropathie • AVK contre indiqués pendant la grossesse • AINS (donc aspirine) contre indiqués après 24 SA : fermeture de canal artériel • Vaccin de la rubéole non fait (CI) pendant la grossesse => vaccination en post partum
	B -	V	10	
	C -	V	10	
	D -	V	10	
	E -	V	10	
	F -	F	-2	
	G -	F	-2	
	H -	F	-2	
	I -	F	-2	
	J -	V	10	
	K -	F	-2	
	L -	V	10	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Primiparité • Obésité • Insémination	6 6 6	Bien lire le texte et relever les facteurs de risque possibles. L' âge élevé est considéré comme un FdR au delà de 40 ans. • Les FdR à connaître : × ATCD perso ou familiaux HTA / pré-éclampsie × Primi ou nullipare × Période d'exposition au sperme courte × Obésité × Age : <18 ou >40 × Pathologie connue : LED, SAPL, néphropathie × Diabète, insulino résistance

QROC 6	• Pré-éclampsie • Sévère • HELLP syndrome	6 6 20	Seulement 4 mots étaient demandés. Essayer d'aller à l'essentiel comme pour rédiger une conclusion à un dossier medical. • Toutes les données amenaient au HELLP syndrome • C'est un diagnostic **BIOLOGIQUE** - **H**emolysis × Anémie microcytaire régénérative × Schizocytes au frottis × Elevation LDH, Bilirubine LIBRE, haptoglobine effondrée - **E**levated **L**iver enzyme × Cytolyse héptique - **L**ow **P**latelet : thrombopénie
QROC 7	• IEC • Diurétiques • Régime hyposodé	6 6 12	ATTENTION item 20 très difficile : toxiques et grossesse • Dans l'HTA de la femme enceinte, seuls sont autorisés : - Inhibiteur calcique - Béta bloquant - AntiHTA centraux (α-méthyldopa) × Sans oublier les contre-indications usuelles : pas de bétabloquants si la patiente est asthmatique !
QROC 9	• Hématome sous-capsulaire • Hépatique	7+13 6	Question difficile, complication rare mais grave du HELLP syndrome • S'aider du texte si on est perdu × Hypocondre droit => atteinte hépatique × Chute de l'Hémoglobine => saignement × Instabilité hémodynamique => grave
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	23	Principales complications de la grossesse Hypertension artérielle et grossesse
Questions accessoires	2	22	Grossesse normale
	2	26	Prévention des risques fœtaux liés aux toxiques

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

PRE-ECLAMPSIE : grave donc DEPISTAGE avec prise de la TA à chaque consultation
- HTA gravidique : **PAS ≥ 140 mmHg et/ou PAD ≥ 90 mmHg**
  après 20 semaines d'aménorrhée et disparaissant avant la fin de la 6ème semaine de post partum
- Associée à protéinurie > 0.3 g/jour
- HELLP Syndrome : hémolyse + cytolyse hépatique + thrombopénie

SUIVI d'UNE GROSSESSE NORMALE : voici un tableau donné pour exemple

SUIVI GROSSESSE		CLINIQUE	PARACLINIQUE (obligatoire)	AUTRE
M0-M3 (16 SA)	T1	Confirmer Grossesse : exam clinique + hCG Prévention : RHD, arrêt toxiques, vaccins	**Groupe Rhésus RAI** **Sérologies toxo rubéole** **TPHA VDRL** Echo datation 12 SA	Déclaration Gr <15 SA Dépistage T21 +/- VIH, VHB, VHC EPP, Femme
M4 (16-20 SA)	T2	SF : pertes, brûlures, MFA, CU ? TA, FC, Poids **BU : albuminurie, glycosurie** HU (nb sem-4) Spéculum, TV (col ?) MFA + BDC fœtaux (stétho US) Présentation fœtale	Echo morphologique 22 SA	**Sérologie toxo mensuel si -**
M5 (20-24 SA)			Résultats échographie	
M6 (24-28 SA)			**NFS, AgHbs, RAI** Echo de croissance 32 SA Dépistage Diabète gestationnel si FdR	Séances préparation à l'accouchement (8 PEC à 100%)
M7 (28-32 SA)	T3		A 28 SA : -injection Gamma Globulines si Rh – -vitamine D 100 000 UI 2ème détermination Groupe Rh RAI	
M8 (33-37 SA)			Consultation anesthésie Visite maternité	Début du congé de maternité (S-6, S+10)
M9 (37-41 SA)			RDV systématique le jour du terme	
8 semaines post partum	PP	Evaluation psycho Ex gynéco : périnée, épisio, seins Allaitement		Contraception Rééducation périnéale VACCINATIONS

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

SFAR (2009- modifié avril 2013)	**Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de pré-éclampsie**

Définition de la PRE-ECLAMPSIE (PE) SEVERE

- Présence d'un de ces signes :
  - HTA sévère (PAS ≥ 160 mm Hg et/ou PAD ≥ 110 mm Hg)
  - Atteinte rénale avec oligurie (< 500 ml/24h) ou créatininémie > 135mmol/L ou protéinurie > 5 g/l
  - OAP ou barre épigastrique persistante ou HELLP syndrome
  - Eclampsie ou troubles neurologiques rebels (troubles visuels, ROT polycinétiques, céphalées)
  - Thrombopénie <100 G.L-1
  - Hématome Rétro Placentaire (HRP) ou retentissement foetal.

- Critères d'arrêt de la grossesse :
  - PE non sévère > 36 SA
  - PE sévère > 32 SA
  - PE sévère < 24 SA => IMG
  - PE sévère [24 – 32 SA] :
    - Raisons maternelles :
      - ✓ Immédiates : HTA non contrôlée, OAP, HRP, éclampsie, plaquettes < 50 000, **hématome sous capsulaire aigü hépatique**
      - ✓ Après corticothérapie pour maturation foetale :
        IR (oligurie < 100 ml/4h) malgré remplissage, éclampsie imminente, douleur épigastrique persistante, **HELLP syndrome**
    - Raisons foetales : décélérations répétées sur le RCF, RCIU, diastole ombilicale artérielle inversée

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 2

Elle a fait un bébé toute seule...

1 Enoncé

Vous recevez le 08 septembre en consultation Melle L. Cindy, 19 ans, car elle pense être enceinte. Son dernier compagnon en date, Brandon, vient de la quitter; c'est pourquoi elle se présente seule à cette consultation.

Dans ses antécédents gynécologiques on note une fausse couche spontanée il y a 2 ans, une salpingite aigüe l'année dernière. Dans ses autres antécédents, on retrouve une appendicectomie à l'âge de 13 ans et une allergie à la Pénicilline® (œdème de Quick... enfin de Quincke).

Elle travaille et s'occupe de la mise en rayon d'un grand supermarché. Elle fume 15 cigarettes light par jour. Elle a une contraception par pilule microdosée qu'elle prend 21 jours par mois quand elle y pense. Ses règles sont irrégulières à type de spotting. Elle a des rapports non protégés réguliers avec des partenaires multiples. Elle estime la date de ses dernières règles au 1er juin. Elle a déjà consulté son médecin traitant pour faire une demande d'IVG. Mais, allant contre les convictions de ce dernier, sa demande n'a pas abouti.

Votre examen clinique retrouve un utérus mou et augmenté de volume, l'absence de glaire cervicale et un col couleur lilas. Le test urinaire de grossesse fait au cabinet est positif. Elle pèse 48kg pour 1m70. Elle ne connaît pas son groupe sanguin. L'échographie montre un fœtus viable avec une LCC de 70mm.

QCM 1	A quel terme de grossesse est actuellement Cindy ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	11 semaines d'aménorrhée
B -	11 semaines de grossesse
C -	12 semaines d'aménorrhée
D -	12 semaines de grossesse
E -	13 semaines d'aménorrhée
F -	13 semaines de grossesse
G -	14 semaines d'aménorrhée
H -	14 semaines de grossesse
I -	15 semaines d'aménorrhée
J -	15 semaines de grossesse

QCM 2	Rappeler les informations correctes concernant l'IVG. (Jusqu'à 12 réponses)
A -	Le délai légal est à 14 semaines de grossesse
B -	Le délai légal est à 14 semaines d'aménorrhée
C -	Tous les médecins peuvent la pratiquer
D -	Il est soumis à une déclaration obligatoire anonyme à l'ARS
E -	Il est autorisé en France depuis la Loi WEIL de 1975 modifié par la loi du 4/7/2001
F -	L'accord des parents n'est plus obligatoire pour une jeune femme mineure
G -	L'entretien psycho social est obligatoire pour toutes les patientes
H -	Le délai de réflexion est habituellement de 7 jours
I -	En cas d'urgence il n'y a pas de délai de réflexion
J -	L'IVG permet de sursoir à la plupart des examens paracliniques du suivi de grossesse
K -	Il est pris en charge à 100% pour les femmes mineures
L -	Les centres habilités doivent disposer d'une ligne téléphonique dédiée

QROC 3	Quelle règle concernant l'IVG n'a pas été respectée par le médecin traitant ? (3 mots)

QROC 4	**La grossesse se poursuit puisque le délai légal pour l'IVG est dépassé et que Cindy n'a pas les moyens d'aller à l'étranger pour avorter.** **Elle consulte en urgence le 13 janvier pour des douleurs abdominales. Vous l'examinez à la recherche d'une modification de col utérin.** **Caractériser ces modifications attendues en faveur d'une Menace d'Accouchement Prématuré (MAP).** **(4 mots)**

QCM 5	**Votre examen clinique s'oriente vers une Menace d'Accouchement Prématuré.** **A l'examen clinique, la patiente est fébrile à 39°C. Le toucher vaginal est très douloureux.** **Quels examens complémentaires réalisez- vous ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - ECT
B - Echographie fœtale
C - Echographie de col
D - Prom-test®
E - Hémoculture
F - CRP
G - Doppler utérin
H - ECBU
I - Prélèvement vaginal
J - Sérologie VIH
K - Sérologie VHB
L - Fibronectine maternelle

QCM 6	**Quels sont les facteurs de risque de MAP retrouvés chez cette patiente ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Surmenage
B - Profession difficile
C - Antécédent de salpingite
D - Antécédent de fausse couche
E - Jeune âge
F - Tabagisme actif
G - IMC faible
H - Macrosomie
I - Hydramnios
J - Grossesse stimulée
K - Grossesse multiple
L - Précarité

QCM 7	**Quelle est votre prise en charge ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Hospitalisation en urgence
B - Repos au lit
C - Retour à domicile et rendez-vous de contrôle le lendemain matin
D - Tocolyse par béta-mimétique
E - Tocolyse par inhibiteur calcique
F - Corticothérapie pour maturation pulmonaire fœtale
G - Pas de tocolyse
H - Tocolyse par antagoniste à l'ocytosine
I - Antibiothérapie probabiliste
J - Arrêt de travail
K - Surveillance materno-fœtale
L - Accouchement voie basse

QROC	**Visualiser cette vidéo numéro 1 et caractériser par 4 mots ce rythme cardiaque fœtal.** **Texte libre (4 mots)**

QCM 8	**Alors que Mme L. Cindy est toujours en salle de travail pour surveillance, la sage-femme vous appelle car elle a remarqué 650 cc de sang dans le sac de recueil.** **Répondez aux questions suivantes.** **(Jusqu'à 9 réponses)**

A - Il s'agit de la délivrance
B - Il s'agit d'une hémorragie de la délivrance
C - Il s'agit de l'expulsion du placenta
D - L'atonie utérine est un facteur de risque
E - La rétention placentaire est un facteur de risque
F - Les troubles de la coagulation sont des facteurs de risque
G - On définit l'hémorragie de la délivrance par un saignement de > 500cc vaginal dans les 24h après un accouchement voie basse
H - On définit l'hémorragie de la délivrance par un saignement de > 1000cc vaginal dans les 24h après une césarienne
I - C'est une cause fréquente de décès maternel du post-partum

QCM 9	**Quelle est votre prise en charge en urgence ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Examen sous valve
B - Assurer la vacuité utérine
C - Massage utérin
D - Sondage urinaire
E - Ocytociques parentéraux
F - Embolisation en première intention
G - Hystérectomie d'hémostase en première intention
H - Ligature des trompes
I - Méchage intra vaginal
J - Révision utérine
K - Délivrance artificielle
L - Pose d'une voie veineuse périphérique

QROC 10	**Mme L. Cindy a été prise en charge en urgence. Vous la revoyez en consultation postnatale à 6 semaines de son accouchement. L'enfant va bien. Par contre Mme L. Cindy se plaint d'asthénie. Elle est pâle, fatiguée et dépressive. Elle n'a toujours pas eu son retour de couche. Et en plus, elle a l'impression de perdre beaucoup ses cheveux. Elle est très constipée en ce moment. Quel diagnostic évoquez-vous ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de MAP avec hémorragie de la délivrance compliquée d'un syndrome de Sheehan
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - CONTRE INDICATION à la TOCOLYSE : chorioamniotite = fièvre + TV douloureux
  - IVG : DO, délai légal à 14 SA, réflexion de 7 jours (2j si urgence), consentement écrit, si mineure (entretien psychosocial obligatoire, représentant majeur mais pas obligatoirement les parents, 100%) anonymat
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Bien lire chaque mot du QCM : saignement intra-utérin ≠ vaginal (QCM8)
  - Pour les QROC : c'est très difficile de trouver seulement 4 mots. Essayer de réfléchir en mots clé. Il est probable que les synonymes soient acceptés.

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	1	Pour calculer le terme au moment de la consultation : - DDR étant le 1er juin × Elle consulte le 8 septembre × (8 septembre – 1er juin) = 14 semaines d'aménorrhée = 12 semaines de grossesse • **Semaines d'aménorrhée** : date depuis le 1er jour des dernières règles • **Semaines de grossesse** : date depuis la conception (J+15 des SA) Pour déterminer quand elle va accoucher : règle de **NAEGELE** • Terme = DDR + 15 jours + 41 semaines - 1er juin + 2 semaines (15 juin=date de conception) + 41 semaines => 15 mars × NB : la contraception minidosée est à prendre en CONTINU (28 jours)
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	8	
	E -	F	1	
	F -	F	1	
	G -	V	7	
	H -	F	1	
	I -	F	1	
	J -	F	1	
	K -	F	1	
	L -	F	1	
QCM 2	A -	F	3	L'IVG est un acte médico-légal. Il faut absolument connaître cet item. • Pour faciliter cela, aller chercher un **dossier guide** dans un service de gynécologie ou aller sur le site internet **http://www.sante.gouv.fr/ivg**. Je vous conseille d'ailleurs de récupérer un maximum de documents dans vos services pour compléter vos fiches : bon de commande de CGR, dossier vierge d'anesthésie, bons de transport, arrêt de travail, maladie professionnelle….Et lisez toutes les petites annotations au dos ! - Délai légal = **14 SA**, délai de reflexion = **7 jours** (2jours si urgence) × Modification récente de la loi (2001) : pour les mineures, accord d'un représentant majeur, mais pas forcément des parents × Respect de l'anonymat × DO à l'ARS × Entretien psycho social obligatoire pour les mineures seulement
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 5	A -	V	2	• **Examens maternels** : - Echographie de col : MAP si < 20 mm × Bilan étiologique, éliminer l'INFECTION : NFS, CRP, hémocultures, ECBU, PV × Pré-thérapeutique (béta2mimétiques) : ECG, glycémie, kaliémie
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	

	F -	V	2	• **<u>Examens fœtaux</u> :** retentissement - ECT : détecter une rupture prématurée des membranes : test à la DAO (Prom-test®) × Rechercher une rupture prématurée des membranes : test à la DAO (Prom-test®) × Echographie fœtale
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 6	A -	V	1	Terrain typique de MAP : femme jeune, vivant seule, travail physique et difficile, tabagisme actif…
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
	F -	V	1	
	G -	F	1	
	H -	F	1	
	I -	F	1	
	J -	F	1	
	K -	F	1	
	L -	V	1	
QCM 7	A -	V	4	Prise en charge hospitalière, niveau adapté (3) en urgence • **CONTRE INDICATION FORMELLE à la TOCOLYSE** - Signes de **<u>chorioamniotite</u>** dans l'énoncé (diagnostic étiologique de la MAP) × Fièvre × Toucher vaginal douloureux • Traitement étiologique = traitement de la chorioamniotite = antibiothérapie probabiliste - Traitement symptomatique : accouchement voie basse + PEC pédiatrique en réanimation × Au niveau social : arrêt de travail
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	4	
	H -	F	3	
	I -	V	4	
	J -	V	4	
	K -	V	4	
	L -	V	4	
QCM 8	A -	F	1	• A connaître : - Définition de l'hémorragie de la délivrance × > 500 cc de saignement d'origine UTERINE dans les 24h après un accouchement par voie basse × > 1000 cc de saignement d'origine UTERINE dans les 24h après un accouchement par césarienne
	B -	V	3	
	C -	F	2	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	1	
	H -	F	1	
	I -	V	3	
QCM 9	A -	V	5	URGENCE VITALE : appel du réanimateur, pose de *DEUX* VVP (si remplissage) • Assurer la vacuité utérine : - Première intention × Examen sous valve + révision utérine + sondage urinaire × Si échec : prostaglandines IV × Si échec : embolisation (si plateau technique adapté) / ligature des artères utérines / hystérectomie d'hémostase • Assurer la contraction utérine - Première intention × Massage utérin × Ocytociques IV
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	V	5	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	V	5	
	K -	F	1	
	L -	F	1	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Clause de conscience	15	Quand un médecin consulté ne pratique pas les IVG (non habilité ou contraire à ses convictions), il est dans l'obligation de communiquer immédiatement à la patiente les coordonnées de confrères réalisant des IVG.

QROC 4	• Ouvert **ou** dilaté • Court **ou** effacé • Centré **ou** antérieur • Ramolli	5 5 5 5	Recherche de la **triade** de la MAP • Avant 37 SA : × Contractions utérines (douloureuses, régulières) × Modifications du col (court, ouvert, centré et ramolli) × Caractérisées par le SCORE DE BISHOP
QROC 8	• Tachycardie fœtale • Normo-oscillant • Accélérations • Contractions (utérines)	10 10 10 10	Analyse d'un ECT • Fœtale : - Doit toujours comprendre 3 points : × **Rythme de base** = fréquence des battements du cœur fœtal normal (120-150) bradycardie (<110), tachycardie (>150), ici tachycardie à 180 BPM × **Oscillations** : normo-oscillant (5-25 par minutes), mini-oscillant (>5), plat (0), saltatoire (>25) × **Réactivité** : accélérations (bien être fœtal), ralentissement • Maternelle : - Contractions utérines : calcul de la fréquence
QROC 10	• Syndrome de SHEEHAN	25	Nécrose hypophysaire post hémorragique suite à une hémorragie de la délivrance • Tableau d'insuffisance hypophysaire +/- complet - Origine centrale × Axe thyroïdien × Axe corticotrope × Axe lactotrope × Axe somatotrope × Axe gonadotrope
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	2	23	Menace d'accouchement prématuré
Questions accessoires	2	36	IVG
	2	33	Suites de couche pathologiques
	2	30	Accouchement (RCF) et délivrance

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

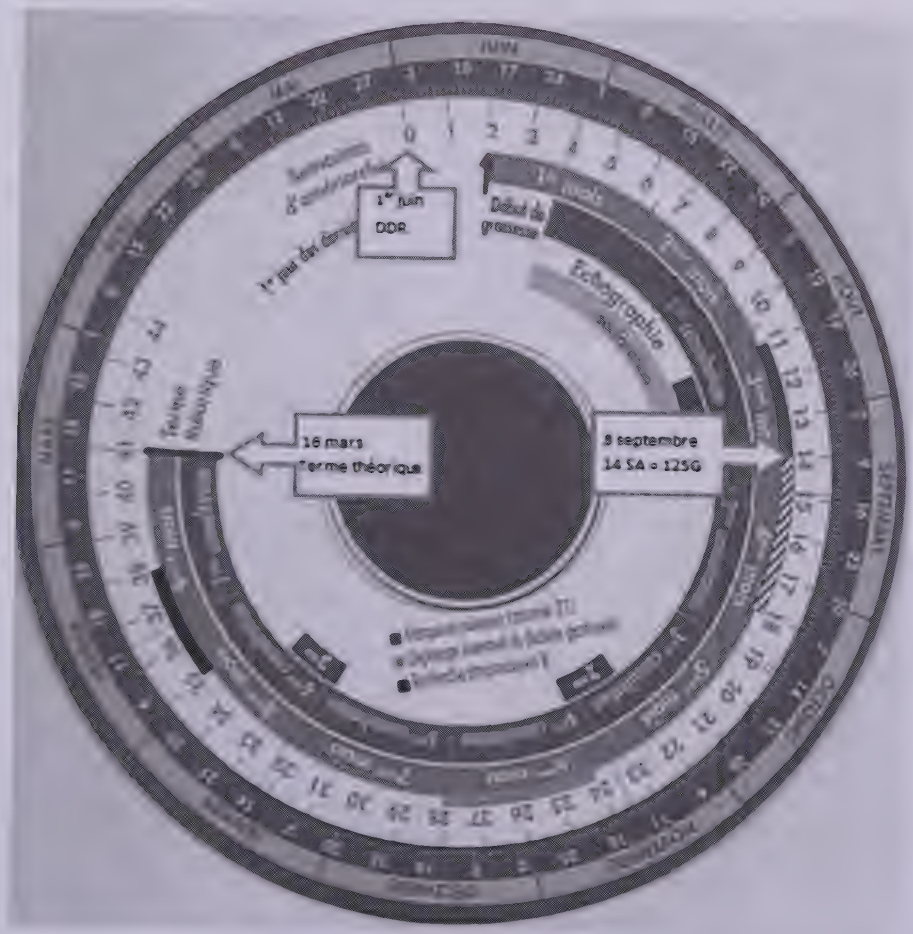
- IVG =
  - Délai 14 SA
    - × 7 jours de délai de réflexion
    - × Consentement écrit
  - Centre agréé, médecin agréé, ligne téléphonique dédiée
  - DO à l'ARS
- Traitement médicamenteux **avant 9 SA :**
  - Association d'une anti-progestérone (Mifépristone, MEFEGYNE®)
  - Et d'une prostaglandine (Misoprostol, CYTOTEC®) à 72heures
    - × <7 SA : possible en cabinet de ville avec médecin traitant référent, au centre de plannification ou dans un centre de santé
    - × 7 – 9 SA : en ambulatoire en centre de santé agréé

- Traitement chirurgical **entre 9 et 14 SA** :
  - Obligatoirement en établissement de santé
  - Dilatation du col (après prise de Mifépristone®) et aspiration endo-utérine

- **MAP** = définie par
  - Triade
    - Modifications du col (court, ramolli, centre, ouvert)
    - Contractions utérines régulières douloureuses (début de travail)
    - Avant 37 semaines d'aménorrhée
  - Contre indications à la tocolyse : CHORIOAMNIOTITE, souffrance foetale, RMP, HRP, <25 SA ou >34SA

- **Hémorragie de la délivrance :**
  - Urgence, cause fréquente de décès maternel
  - Définie par des pertes > 500cc de sang d'origine UTERINE dans les 24h
- URGENCE VITALE : appel du réanimateur, pose de *DEUX* VVP (si remplissage)
- Assurer la vacuité utérine :
  - Première intention
    - Examen sous valve + révision utérine + sondage urinaire
    - Si échec : prostaglandines IV
    - Si échec : embolisation si plateau technique / ligature artères utérines / hystérectomie d'hémostase

- Assurer la contraction utérine
  - Première intention
    - Massage utérin
    - Ocytosiques IV



☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Consensus + Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 3

Couvrez ce sein que je ne saurais voir

1 Enoncé

Vous recevez en consultation Mme K. âgée de 60 ans, qui se présente avec sa mammographie réalisée dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Elle est mariée, a deux enfants de 28 et 34 ans et est retraitée institutrice.

Elle n'est pas ménopausée et porte un stérilet Miréna® à but contraceptif depuis 6 ans.

Elle ne présente aucuns symptômes. Ses principaux antécédents médico-chirurgicaux regroupent une appendicectomie étant jeune et une rupture de la coiffe des rotateurs il y a 2 ans. Elle n'a pas d'allergie aux médicaments.

QCM 1	**Déterminer les informations correctes concernant le dépistage du cancer du sein dans le cas de cette patiente. (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Il s'agit d'un dépistage individuel
B -	Il s'agit d'un dépistage de masse
C -	Il s'agit d'un dépistage personnalisé
D -	Il est proposé aux femmes de 50 à 90 ans
E -	Les femmes volontaires peuvent poursuivre de 70 à 75 ans
F -	Il est proposé aux femmes de 50 à 69 ans
G -	Il comprend une mammographie bilatérale avec deux incidences (face + profil)
H -	Les critères ACR de la mammographie sont utilisés
I -	Ce dépistage est national
J -	Les clichés de mammographie sont comparés aux clichés antérieurs
K -	Ce dépistage est pris en charge à 100%
L -	Les clichés sont relus par 2 radiologues

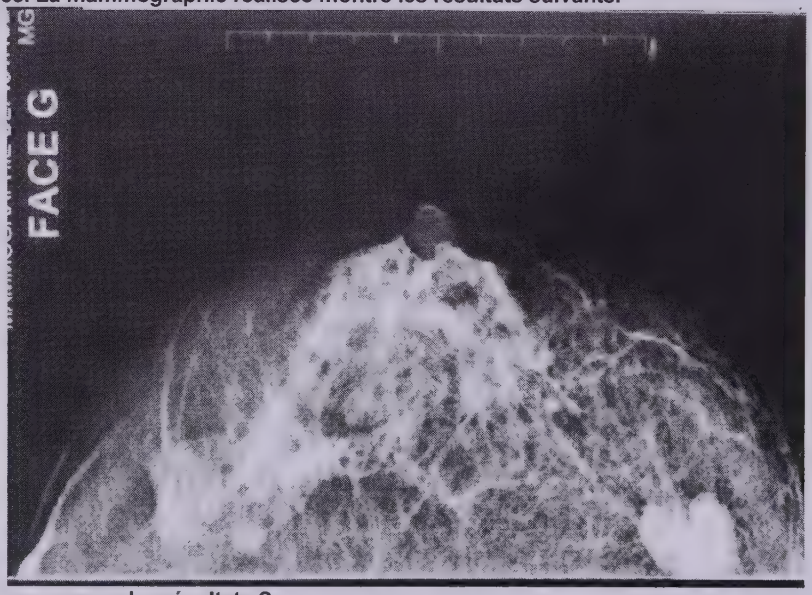
QCM 2	**Quelles les propositions correctes à propos du cancer du sein ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Le type anatomopathologique le plus fréquent est un adénocarcinome canalaire infiltrant
B -	Contrairement au cancer de l'endomètre, le cancer du sein n'est pas hormono-dépendant
C -	L'hyper-oestrogénémie relative est un facteur de risque
D -	Des antécédents familiaux sont des facteurs de risque
E -	L'allaitement n'est pas un facteur protecteur
F -	Une puberté précoce est un facteur de risque
G -	Une ménopause précoce est un facteur de risque
H -	Le tabac est un facteur de risque
I -	Le stade histo-pronostic est le score Ellis Elston
J -	C'est le cancer le plus fréquent chez la femme
K -	Le SOPK est un facteur de risque
L -	La nulliparité est un facteur de risque

QROC 3	**A l'examen clinique, vous réalisez une palpation bilatérale symétrique des seins de la patiente. Vous décidez de mettre le bras en abduction de la patiente et de réaliser une adduction contrariée pour rechercher une fixation cutanée ou au grand pectoral. Comment s'appelle cette manœuvre ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 4	**Que recherchez-vous d'autre à l'examen clinique ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Examen cm par cm
B -	Examen quadrant par quadrant
C -	Réalisation d'un schéma daté signé
D -	Une crevasse mammelonaire
E -	Un écoulement mammelonaire
F -	Un méplat
G -	Un sein inflammatoire
H -	Une rétraction
I -	Des adénopathies
J -	Une hépatomégalie
K -	Une douleur osseuse
L -	Une anomalie à l'examen neurologique

QCM 5

Vous retrouvez au niveau du sein gauche une masse ferme indurée de 3cm avec une rétraction en regard du quadrant interne et un aspect peau d'orange inflammatoire. Vous palpez une adénopathie axillaire gauche mobile d'environ 1.5 cm. Il n'y a pas de signes d'évolution à distance. La mammographie réalisée montre les résultats suivants.



Que pensez-vous des résultats ?
(Jusqu'à 12 réponses)

A -	On peut classer cliniquement la lésion T1 N0 M0
B -	On peut classer cliniquement la lésion T2 N1 M1
C -	On peut classer cliniquement la lésion T3 N2 Mx
D -	On peut classer cliniquement la lésion T4 N1 M1
E -	On peut classer cliniquement la lésion T4N1 Mx
F -	Il s'agit d'un cancer de bon pronostic
G -	Il s'agit d'un cancer de mauvais pronostic
H -	Sur la mammographie on retrouve deux zones suspectes
I -	Sur la mammographie on retrouve la glande mammaire et une zone suspecte
J -	Sur la mammographie on ne retrouve que les glandes mammaires densifiées par l'âge

QCM 6	**Quel est votre bilan paraclinique ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Réalisation de biopsies mammaires et envoi en anatomopathologie
B -	Recherche des récepteurs hormonaux
C -	Recherche de la mutation HER-2
D -	IRM du sein
E -	TDM cérébrale
F -	TDM TAP
G -	CA 125
H -	CA 15-3
I -	Echographie cœur
J -	Echographie pelvienne
K -	Bilan phosphocalcique
L -	Scintigraphie osseuse

QCM 7	**Quelle est votre prise en charge ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	RCP
B -	Urgence
C -	Mastectomie droite
D -	Chimiothérapie par Anthracycline et Taxotère
E -	Radiothérapie
F -	Curage ganglionnaire et envoi en anatomopathologie
G -	Ablation du stérilet
H -	Hormonothérapie par anti-aromatase
I -	Renutrition
J -	Contre indication à un traitement substitutif de la ménopause
K -	Consultation d'annonce
L -	Soutien psychologique

QROC 8	**Elle vient en consultation de contrôle le mois suivant et se plaint d'un bras gauche très oedématié, douloureux à type de tension. Il n'y a pas d'érythème ni de fièvre. Elle vous dit d'ailleurs qu'elle a du retirer son alliance qui était trop serrée.** **Quel est votre diagnostic le plus probable au vu de ses antécédents ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 9	**Quelle est votre prise en charge de cet évènement indésirable ?** **(Jusqu'à 9 réponses)**
A -	Kinésithérapie
B -	Drainage lymphatique
C -	Port d'un manchon de contention
D -	Ré intervention chirurgicale
E -	Ponction sous cutanée pour envoi en bactériologie
F -	Interdiction de port de charge lourde de ce côté
G -	Interdiction de prise de tension artérielle de ce côté
H -	Interdiction de prélèvement biologique de ce côté
I -	Pose d'une dérivation lymphatique

QROC 10	**Alors que vous creusez l'interrogatoire de cette patiente, elle vous apprend que sa tante a eu elle-même un cancer du sein, et sa sœur souffre d'un cancer de l'ovaire à l'âge de 35 ans.** **Quelle(s) mutation(s) génétique(s) devez-vous rechercher en première intention dans le cadre d'une consultation oncogénétique ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

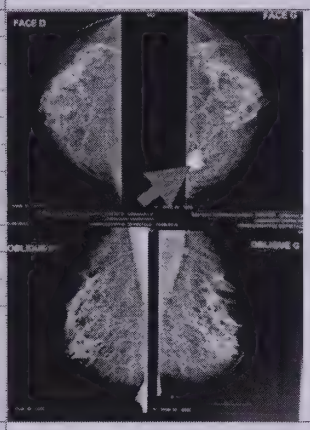
2 Corrigé

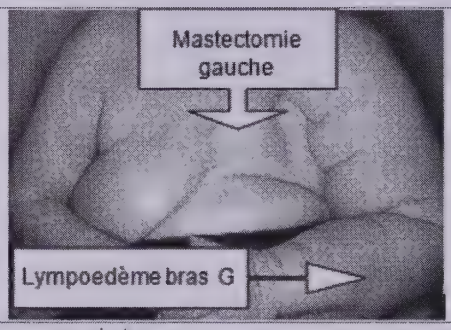
LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier typique de cancer du sein
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Cancer = RCP, consultation d'annonce, PPS, soins de confort (douleur, nutrition), plan cancer
  - Du sein = autopalpation, sein controlatéral, CI THS / COP / DIU avec progestatif
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Respecter le nombre de mots imposé dans les QROC
  - Bien lire toutes les propositions (chaque adjectif compte) : gauche/droite, les négations…
  - Attention les réponses fausses sont cotées, sinon il suffirait de tout mettre vrai pour avoir le maximum de points !

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	LE DEPISTAGE : objectif = diminuer l'incidence et la mortalité spécifique par cancer chez des patients asymptomatiques • Dépistage de masse : pour tous • Dépistage individuel : selon les FdR et les symptômes - **3 cancers avec dépistage de masse à connaître** × sein × colon × col de l'utérus - Attention PAS LE CANCER DE LA PROSTATE (non recommandé par l'HAS) • Pour le sein : toutes les femmes (asymptomatiques) de 50 à 69 ans, de 70 à 75 pour les volontaires, mammo bilatérale, face + oblique ext, tous les 2 ans, double lecture, PEC 100%, comparées aux clichés antérieurs, national, organisation départementale
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 2	A -	V	2	Cancer du sein • Le plus fréquent et le plus mortel chez la femme : - Épidémiologie de 2012 × Incidence : 48 693 cas × Mortalité : 11 688 décès Hormono-dépendant (comme la prostate et l'endomètre, pas l'ovaire ni l'utérus) • Anapath : adénocarcinome canalaire infiltrant +++ - Attention score de Scarff Bloom Richarson remplacé par Ellis Eltson
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 4	A -	F	2	Dans la cancérologie : • Toujours penser à l'examen clinique + paraclinique - Etre systématique × Examen loco-régional × Examen à distance
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	

	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 5	A -	F	2	 TNM à connaître car la prise en charge est au programme, et dépend directement de la sévérité de cette classification • Cf synthèse • Ci-joint mammographie bilatérale : droite normale et masse dans le quadrant interne gauche
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 6	A -	V	2	Dans le bilan paraclinique • Diagnostic positif : - Prélèvement + envoi en anapath par méthode au choix × Microbiopsies × Macrobiopsies au mammotome × Ponction cytologique sous échographie • Extension à distance : **UNIQUEMENT** SI CANCER DE MAUVAIS PRONOSTIC - Pré thérapeutique × Avant chimio : écho coeur (Anthracyclines®) et écho pelvienne (Taxane®) × Recherche récepteurs hormonaux + HER2 pour plus de traitement
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 7	A -	V	4	• Prise en charge médico-psycho-sociale selon le plan cancer • RCP / consultation annonce / PPS / Accord du patient + consentement • CURATIF ou PALLIATIF • Chirurgie +/- Curage +/- Radiothérapie +/- Chimiothérapie • Hormonothérapie • Traitement ciblé • SOINS de SUPPORT : psychothérapie, renutrition, douleur, EI des traitements • SOCIAL : 100%, ALD • Ici : mastectomie GAUCHE contre-indiquée car **sein inflammatoire**, chimiothérapie puis radiothérapie, hormonothérapie par anti-oestrogènes (Tamoxifène, risque de cancer endomètre(d'où l'écho préthérapeutique), antiaromatase chez la femme ménopausée
	B -	F	4	
	C -	F	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	F	4	
	I -	V	4	
	J -	V	4	
	K -	V	4	
	L -	V	4	
QCM 9	A -	V	3	Lymphoedème du bras = complication typique du curage axillaire post cancer du sein • EDUCATION de la patiente et prévention - Interdiction au : × Port de charge lourde × Prise de sang de ce côté × Prise de Pression artérielle × Prévention des infections : désinfection • Prise en charge curative - Drainage lymphatique : kiné , port de contention, surélévation
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Manoeuvre de Tillaux	25	× Recherche systématique
QROC 8	• Lympoedème • Bras gauche	25 25	
QROC 10	• BRCA 1 ou 2	25	Gènes suppresseurs de tumeur • 1/1000 porteuse de la mutation - Facteur de risque de cancer du sein
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	9	309	Cancer du sein
Questions accessoires	9	287	Epidémiologie, facteurs de risques, prévention et dépistage des cancers
	9	288	Cancérogénèse et oncogénétique
	9	291	Traitement des cancers

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

Guide ALD Janvier 2010 — **Cancer du sein**

A retenir :

- Cancer le plus fréquent mais incidence en baisse, survie à 5 ans proche de 85%
- Dépistage organisé de masse ou individuel
- **Clinique** :
  - Recherche FdR, ATCD familiaux, prise de traitement hormonal (dont Mirena®+++), comorbidités
  - Palpation des seins, aires ganglionnaires, extension à distance
- **Paraclinique** :
  - Diagnostic = mammo bilatérale +/- écho des seins et aires ganglionnaires si seins denses
  - De certitude = ANAPATH : biopsies (micro/macro/ponction) => recherche récepteurs + mutation HER2
  - Extension = non sytématique = TDM TAP, Scintigraphie os, CA 15-3 non systématique
  - Pré-thérapeutique = chimio (ETT, infectieux, pose VVC), Tamoxifène® (Echo pelvienne)

- **Prise en charge CANCER** :
  - × Chirurgie = tumorectomie (< 3 cm) mastectomie (> 3 cm), curage ganglionnaire +/- sentinelle
  - × Chimiothérapie = T >3cm, envahissement gg, haut grade, <35 ans, **inflammatoire**, récepteurs hormonaux négatifs, emboles tumoraux
  - × Radiothérapie = irradiation du lit tumoral, éviter aire axillaire
  - × Hormonothérapie = anti-oestrogènes (non menopause), anti-aromatase (ménopause)
  - × Thérapies ciblées : Herceptine® si mutation HER-2
  - × CI aux hormones : PAS de THS, ni de contraception oestro-progestative, ni de DIU Miréna®
  - × Surveillance tous les 6 mois pendant 5 ans puis annuel à vie

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

- **TNM cancer du sein à connaître (7ème édition en 2010)** :
  - **Tumor** :
    - × T1 = ≤ 2 cm
    - × T2 = 2 à 5 cm inclus
    - × T3 = > 5 cm
    - × T4 = a/ extension à la paroi thoracique, b/ à la peau, c/ les deux, d/ cancer inflammatoire
  - **Nodes :**
    - × N0 = pas d'adénopathies
    - × N1 = 1 à 3 gg axillaires et/ou ganglion sentinelle positif sans signes cliniques
    - × N2 = 4 à 9 gg axillaires ou adénopathies mammaires internes homolatéraux sans atteinte axillaire
    - × N3 = ≥10 gg axillaires ou envahissement gg sous-claviculaires ou
      Atteinte des gg mammaires homolat avec soit envahissement gg axillaire soit sentinelle positif
  - **Métastase :**
    - × M0 = pas de métastases
    - × M1 = metastases à distance

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 4

J'ai eu peur de perdre mon bébé

1

C'est le 25 décembre et vous êtes de garde aux urgences gynéco-obstétriques. A 23h, vous voyez en consultation Mme P. âgée de 25 ans, en pleurs, pour métrorragies.

Elle vous explique qu'elle est enceinte de 2 mois et demi et qu'elle a déjà fait 2 fausses couches cette année. Elle a été prise brutalement lors du repas de Noël de saignements. Elle est très inquiète. Elle a peur de perdre à nouveau son « bébé ».

Vous regardez son carnet de maternité : elle est de groupe rhésus O négatif, ses sérologies initiales de la toxoplasmose et VIH sont négatives, elle est G3P0. Vous approfondissez l'interrogatoire. Elle est secrétaire médicale. Elle fume 5 cigarettes par jour mais elle a diminué à 2 depuis qu'elle est enceinte. La cigarette électronique ne l'a pas convaincue. Ses antécédents son marqués par une opération des ligaments croisés du genou droit et une péritonite sur appendicite. Elle est allergique à l'Augmentin®. Sa mère a eu elle-même du mal à avoir des enfants et a eu recours à des stimulations ovariennes par Clonidine®.

Cela fait 1 an qu'elle a arrêté sa pilule Microval®. Elle pèse 83 kg pour 1m65. Elle a très peur de ne pas pouvoir avoir d'enfant.

QCM 1	A partir de ces éléments, quelles sont les hypothèses diagnostiques à retenir ? (Jusqu'à 8 réponses)
A -	Grossesse intra-utérine évolutive
B -	Avortement spontané précoce
C -	Placenta prævia
D -	Cervicite avec ectropion
E -	Cancer du col utérin
F -	Grossesse extra-utérine
G -	Crise d'attaque de panique
H -	Traumatisme vaginal
I -	Maladie trophoblastique gestationnelle
J -	Hématome rétro-placentaire
K -	Décollement prématuré d'un placenta normalement inséré
L -	Pré-éclampsie

QCM 2	Que recherchez-vous d'emblée à l'interrogatoire ? (Jusqu'à 12 réponses)
A -	Des malaises
B -	Les facteurs de risques de cancer du col utérin
C -	La date des dernières règles
D -	Les caractéristiques des métrorragies
E -	Des signes intenses d'accompagnement de la grossesse
F -	Des douleurs abdominales associées
G -	De la fièvre
H -	Un traumatisme vaginal récent
I -	La prise de Distilbène® chez sa mère
J -	Des antécédents psychiatriques
K -	Des facteurs de risques de VIH
L -	La présence d'un chat à la maison

QROC 3	Elle vous dit que ses pertes sont de faible abondance, plutôt foncées. Quel en est le nom sémiologique ? Texte libre (1 à 3 mots)

QROC 4	**Elle ajoute qu'elle souffre de douleurs abdominales plutôt latéralisées à droite. Elle a fait un léger malaise sur les toilettes avant que son conjoint ne l'amène aux urgences.** **Quel est le diagnostic à éliminer jusqu'à preuve du contraire ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	**Quels sont les éléments de votre examen clinique pour confirmer ce diagnostic étiologique ?** **(Jusqu'à 9 réponses)**
A -	Prise de la tension artérielle
B -	Prise de la température
C -	Prise de la fréquence cardiaque
D -	Palpation abdominale à la recherche d'une défense ou d'une contracture
E -	Examen au spéculum pour définir l'origine du saignement
F -	Contre indication de l'examen au spéculum pouvant être traumatique
G -	Toucher vaginal pour déterminer l'état du col utérin
H -	Contre indication du toucher vaginal avant l'échographie pelvienne
I -	Recherche des mouvements fœtaux actifs
J-	Auscultation des bruits du cœur fœtaux au stéthoscope à ultrasons

QCM 6	**La patiente est apyrétique. Sa tension artérielle est de 10/6. A l'examen gynécologique, le col utérin est fermé, l'utérus est faiblement augmenté de volume et vous avez un doute sur une masse latéro-utérine droite sensible. Votre doigtier objective la présence de sang noirâtre. Le spéculum confirme l'origine intra-utérine du saignement.** **Cochez les réponses fausses parmi les propositions suivantes :** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Il s'agit d'une menace d'accouchement prématuré
B -	Il s'agit d'une maladie d'avortement
C -	Il s'agit d'une GEU médicale
D -	Il s'agit d'une GEU grave
E -	Il s'agit d'une rupture de kyste ovarien
F -	Il s'agit d'une torsion d'annexe droite
G -	Le tabac est un facteur de risque
H -	La prise de micro-progestatif est un facteur de risque
I -	Une chirurgie abdomino-pelvienne en est un facteur de risque
J -	La FIV est un facteur de risque
K -	L'endométriose est un facteur de risque
L -	La prise de Clonidine® est un facteur de risque
QROC 7	**A partir de cette vidéo numéro 2, quels sont les signes directs et indirects retrouvés du diagnostic principal ?** **(10 mots)**

QCM 8	**Quels sont vos examens complémentaires ?** **(Jusqu'à 9 réponses)**
A -	Consultation d'anesthésie en urgence
B -	Groupe rhésus
C -	Groupe ABO
D -	RAI
E -	Sérologie toxoplasmose
F -	hCG quantitatifs
G -	hCG qualitatifs
H -	Echographie pelvienne par voie abdominale
I -	Echographie pelvienne par voie intravaginale
J -	Sérologie rubéole
K -	Bilan hépatique pré Méthotrexate®
L -	Fonction rénale pré Méthotrexate®

QCM 9	**Quelle est votre prise en charge en urgence parmi ces réponses? (Jusqu'à 9 réponses)**
A -	Retour au domicile si la patiente est observante
B -	Hospitalisation en urgence
C -	Prévention de l'allo-immunisation par gamma-glubulines
D -	Règles hygiéno-diététiques contre la toxoplasmose
E -	Cœlioscopie en urgence diagnostique et thérapeutique
F -	Lyse chimique par Méthotrexate® en absence de contre-indication
G -	Information du risque de salpingectomie et du risque de laparoconversion
H -	Information sur les effets indésirables du Méthotrexate® et la surveillance de la décroissance des hCG
I -	Surveillance de la décroissance des hCG
J -	Arrêt du tabac

QROC 10	**Quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) à long terme à redouter chez cette patiente et dont vous allez lui faire part ? Texte libre (1 à 3 mots)**

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier typique de GEU +++
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Groupe rhésus négatif = prévention allo-immunisation => gamma-globulines
  - Toxo négative => surveillance mensuelle de la sérologie + RHD anti-chat
  - Tabac => arrêt du tabac
  - Hémorragie du premier trimestre => GEU jusqu'à preuve du contraire +++
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Attention au QCM6 où on vous demande les réponses fausses
  - Bien différencier les diagnostics entre métrorragies du 1er et du 3ème trimestre

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	3	On élimine d'emblée les causes de métrorragies du 3ème trimestre ! • Pas de HRP, pas de placenta praevia ni de DPPNI On garde les causes de métrorragies du 1er trimestre • Bien différencier les causes : - UTERINES : × FCS = Avortement spontané précoce × GEU = 1er diagnostic à évoquer jusqu'à preuve du contraire × Môle hydatiforme = maladie trophoblastique gestationnelle × Grossesse intra-utérine évolutive × Lyse d'un jumeau (rare) - VAGINALES et CERVICALES : cervicite, cancer du col, traumastisme… • La crise d'attaque de panique est peu probable : SF atypiques, diagnostic d'élimination
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 2	A -	V	2	• A l'interrogatoire, on cherche à : - Confirmer la grossesse × DDR - Caractériser les saignements × Abondance / couleur / origine / éliminer d'autres saignements extra utérin (vaginal, du col) - Rechercher des signes de gravité × Malaise lipothymies douleurs thoraciques - Rechercher des signes d'accompagnement : × Douleur abdominale, fièvre • FCS à répétition = recherche d'une prise familiale de Distilbène® • Toxo négative = risque de séroconversion = présence d'un chat à la maison
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 5	A -	V	2	A l'examen Clinique : • Retentissement maternel - Signes de gravité = signes de CHOC × TA × FC
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	

	F -	F	2	• Orientation diagnostique - Métrorragies 1er trimestre × TV : col ouvert / fermé × Spéculum : origine du saignement - Métrorragies 3ème trimestre × CONTRE INDICATION AU TV avant l'échographie
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 6	A -	F	5	REPONSES FAUSSES DEMANDEES !! ABCEFL à cocher • Diagnostic retenu : - GEU grave car la patiente a fait un malaise, TA déjà basse × Femme enceinte à 2 mois (T1) + sépia + douleur lateralisée × Masse latéro utérine, col fermé • FdR à connaître - Ceux présents dans l'énoncé - Tabac, pilule microprogestative, ATCD de chirurgie abdomino-pelvienne
	B -	F	5	
	C -	F	5	
	D -	V	2	
	E -	F	5	
	F -	F	5	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	F	5	
QCM 8	A -	V	3	Bilan en urgence pré coelioscopie : • Consultation anesthésique - Biologie : Groupe Rhésus RAI (2ème determination en urgence) - Echographie pelvienne : ABDO ET INTRA-VAGINALE • Contre indication au Méthotrexate® • Sérologie toxoplasmose négative : rechercher une séroconversion
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	1	
	K -	F	1	
	L -	F	1	
QCM 9	A -	F	3	CONTRE INDICATION au Méthotrexate® : • Signes de gravité : × GEU symptomatique × Signes échographiques présents URGENCE (les RHD de la toxoplasmose on verra ça après....) • Coelioscopie - INFORMATION patiente (risque de laparo + salpingectomie) × Envoi en anapath × Suivi indispensable : décroissance hCG jusqu'à négativation dans le même laboratoire
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	F	3	
	E -	V	5	
	F -	F	3	
	G -	V	5	
	H -	F	3	
	I -	V	4	
	J -	V	4	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Sépia	10	Sémiologie à connaître
QROC 4	• Grossesse extra utérine • Grave	10 20	Face à des métrorragies du 1er trimestre • GEU jusqu'à preuvre du contraire - TRIADE = retard de règles + sépia + douleur latéralisée × GRAVE car lipothymie +++ × Plus côtée car détermine la prise en charge

QROC 7	• Utérus vide • Endomètre gravide • Sac gestationnel tubaire • Epanchement du Douglas	10 10 10 10	• Connaître les signes échographiques de la GEU - DIRECTS × Sac gestationnel tubaire × Hématosalpinx - INDIRECTS × Utérus vide, peu augmenté de volume × Endomètre gravide = épaissi × Épanchements du Douglas et du Morrison
QROC 10	• Récidive • Stérilité (=infertilité) tubaire	10 10	Information de la patiente • Avant la chirurgie = risque de laparoconversion et de salpingectomie • Après la chirurgie : risque de récidive et de stérilité tubaire
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	24	Grossesse extra utérine
Questions accessoires	2	23	Hémorragie génitale au cours de la grossesse (T1)
	2	25	Douleur abdominale aigüe de la femme enceinte

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

LA GROSSESSE EXTRA-TERRINE !!!! « Bon, s'coup ci, lé ti dans la terrine ?? »

- **Métrorragies du premier trimestre = GEU jusqu'à preuve du contraire**
- **TRIADE** : retard de règles + douleur latéralisée + métrorragies sépia
  - TV : col fermé, masse latéro-utérine, cri du douglas
    - × SdG = GEU ROMPUE (hémopéritoine): lipothymie, instabilité hémodynamique, défense, scapulalgies

- **DISCORDANCE** entre le taux de hCG et l'échographie :
  - Quand on a hCG > 1500 on DOIT voir un sac gestationnel intra-utérin
  - La présence d'un sac gestationnel dans l'utérus EXCLUT une GEU
    - × Signes directs échographiques de GEU : sac gestationnel tubaire, hématosalpinx
    - × Signes indirects échographiques de GEU : utérus vide, endomètre gravide décidual, épanchement dans les culs de sac de Douglas et Morrison

- PRISE EN CHARGE : différencier deux formes de GEU :
  - **GEU "médicale"** : pas de signes de gravité
    - × LYSE CHIMIQUE PAR **METHOTREXATE®** 1 mg/kg en IM unique
    - × HCG <1000, asymptomatique ou paucisymptomatique, pas de signes échographiques, compliance au traitement
    - × Reste possible si hcG<5000, hématosalpinx <4cm, contre-indication à la chirurgie ou à l'anesthésie (obésité morbide, patiente multi-opérée)
    - × En absence de contre indication : mauvaise observance+++, insuffisance rénale ou hépatique

  - **GEU "chirurgicale"** : URGENCE
    - × Hémodynamique instable, hCG >10 000, hématosalpinx > 4cm, pas de surveillance ambulatoire possible, contre indication au Méthotrexate®
    - × **COELIOSCOPIE** sous AG en urgence diagnostique et thérapeutique
    - × **Traitement conservateur (si possible) :** salpingotomie
    - × **Traitement non conservateur :** salpingectomie + envoi en anapath
    - × **Information du risque d'infertilité tubaire et de récidive au long cours**

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

UE dossier clinique progressif N° 5

Le dégât des ans ...

1 Enoncé

La princesse Leila qui a maintenant 48 ans vient vous voir en consultation, dépitée...Depuis environ 12 mois, elle vous explique que son cycle est complètement déréglé, qu'elle saigne tout le temps, quasiment tous les 10 jours, que ses seins sont tout gonflés, et qu'elle vient de prendre 5 kilos. Elle se sent toute ballonnée. Ses règles sont très prolongées et abondantes. Par contre, contrairement à la Princesse Amidala, elle n'a pas de sueurs nocturnes.

Elle est G5P5 dont son dernier, un beau bébé de 4.8 kg, sa fierté, mais dont l'extraction avait nécessité les forceps. Son IMC est à 40.

QCM 1	Parmi ces réponses, quelles sont celles qui peuvent caractériser l'état actuel de la princesse ? (Jusqu'à 9 réponses)
A -	Ménopause
B -	Péri-ménopause
C -	Hypo-oestrogénie
D -	Hyper-oestrogénie relative
E -	Ménorragies
F -	Métrorragies
G -	Syndrome climatérique
H -	Syndrome prémenstruel
I -	Cancer de l'endomètre à éliminer

QCM 2	Est-il nécessaire de réaliser un bilan biologique chez elle? Le cas échéant, à quoi ressemblerait-il à cette période ? (Jusqu'à 8 réponses)
A -	Non
B -	Oui
C -	Oestrogénémie nettement diminuée
D -	Progestéronémie augmentée
E -	FSH augmentée
F -	FSH diminuée
G -	LH normale ou augmentée
H -	LH diminuée ou normale
I -	Inhibine B augmentée
J -	Inhibine B diminuée
K -	Oestrogénémie commence à diminuer
L -	Progestéronémie diminuée

QROC 3	Caractérisez la physiopathologie de l'hyperoestrogénémie relative. Texte libre (4 mots)

QCM 4	**Dans l'hypothèse où la patiente ne présente aucune contre-indication, quelles différentes options thérapeutiques pouvez-vous lui proposer ? (Jusqu'à 10 réponses)**

A - Traitement hypertrophiant
B - Traitement atrophiant
C - Microprogestatif
D - Macroprogestatif
E - J1 à J25 du cycle avec effet contraceptif
F - J1 à J21 du cycle sans effet contraceptif
G - J15 à J25 du cycle sans effet contraceptif
H - J15 à J21 du cycle avec effet contraceptif
I - J1 à J25 du cycle sans effet contraceptif
J - J5 à J25 du cycle avec effet contraceptif
K - DIU aux progestatifs Miréna®
L - DIU au cuivre

QROC 5	**La patiente ne désire aucun de ces traitements. Elle reconsulte 1 an et demi plus tard car elle n'a plus ses règles depuis la dernière consultation. Elle se plaint de bouffées de chaleur intenses et de sueurs nocturnes. Elle présente manifestement une ménopause. Quel risque systémique est alors augmenté? Texte libre (1 mot)**

QCM 6	**La patiente présente un sevère tableau de syndrome climatérique. Quelles sont les contre indications absolues à un traitement hormonal substitutif? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Maladie thromboembolique
B - Lupus érythémateux disséminé
C - Mastopathies bénignes
D - Diabète insulinodépendant
E - Cancer du sein
F - Antécédent familiaux de cancer du sein
G - Endométriose
H - HTA
I - Porphyrie
J - Tumeur hypophysaire non explorée
K - Adénomyose
L - Insuffisance hépatique grave évolutive

QCM 7	**Quelles sont les contre-indications relatives au traitement hormonal substitutif? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Maladie thromboembolique
B - HTA maligne
C - Lupus
D - Porphyrie
E - Mastopathies bénignes
F - Diabète insulinodépendant
G - Endométriose
H - Cancer de l'endomètre
I - Antécédent familiaux de cancer du sein
J - Tumeur hypophysaire non explorée
K - Fibrome
L - Antécédent d'infarctus du myocarde

QCM 8	**Vous revoyez 10ans plus tard la Princesse Leila qui vient à votre cabinet un peu gênée. En effet, elle a la sensation d'avoir une boule au niveau de son vagin, une drôle de perception de pesanteur, sans réelle douleur. Elle n'a pas de fuites urinaires ni de troubles du transit. Elle a eu recours à la chirurgie bariatrique l'année dernière car elle ne supportait plus son corps, si ressemblant à Jabba le Hutt ! Elle pèse désormais 48kg pour 1m63.** **Vous décidez de poser des petites questions d'anatomie et sémiologie à votre externe.** **Quelles sont les bonnes associations?** **(Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Cystocèle = prolapsus de vessie = colpocèle postérieure
B -	Cystocèle = prolapsus de vessie = colpocèle antérieure
C -	Hélytrocèle =prolapsus du cul de sac de Douglas= colpocèle postérieure
D -	Elytrocèle = prolapsus du cul de sac de Douglas = colpocèle antérieure
E -	Rectocèle = prolapsus du rectum = colpocèle postérieur
F -	Hystérocèle = prolapsus du colon = colpocèle postérieur
G -	Hystérocèle = prolapsus de l'intestion grêle = colpocèle postérieur
H -	Colpocèle = prolapsus de l'utérus
I -	Colpocèle = prolapsus du col de l'utérus
J -	Stade I : prolapsus intra-utérin
K -	Stade II : prolapsus effleurant l'orifice vulvaire
L -	Stade III : prolapsus extra-vulvaire

QCM 9	**Quels sont les facteurs de risque de prolapsus que présente ou a présenté la princesse?** **(Jusqu'à 9 réponses)**
A -	Multiparité
B -	Ménopause
C -	Acromégalie
D -	Cancer du sein
E -	Hystérectomie
F -	Fibrome
G -	Obésité
H -	Régime amaigrissant massif
I -	Constipation
J -	Accouchement par voie basse d'un macrosome
K -	Fuites urinaires
L -	Obi wan kénobi

QCM 10	**La Princesse Leila présente effectivement une hystérocèle de stade I qu'elle ne supporte plus. Quelle prise en charge thérapeutique lui proposez-vous?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Chirurgie en urgence avec pose de bandelettes de soutènement
B -	Lutte contre l'obésité
C -	Traitement hormonal substitutif en l'absence de contre-indications
D -	Rééducation pelvi-périnéale
E -	Abstention thérapeutique
F -	Régularisation du transit
G -	Œstrogènes locaux
H -	Port de protection anti-frottement

QROC 11	**Vous revoyez la princesse un an après. Elle a opté pour la chirurgie après échec des méthodes médicamenteuses. Seulement, depuis elle se plaint de fuites urinaires, ce pour quoi elle vous consulte à nouveau.** **Comment définissez-vous ce phénomène ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur la péri-ménopause, la ménopause et ses conséquences !
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Dossier axé sur des questions de cours sur les items difficiles et souvent peu vus, mais sur des pathologies pourtant fréquentes
  - Bien connaître les contre-indications au THS de la ménopause
  - Attention à bien différencier les contre-indications absolues et les relatives
  - Toujours avoir l'anatomie en tête

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	PERI-MENOPAUSE • Méno-métrorragies, cycles irréguliers, syndrome pré-menstruel - Devant des méno-métrorragies penser au cancer de l'endomètre chez la femme âgée × Ménorragies = saignements abondants pendant les règles × Métrorragies = saignements en dehors des règles • Physiologie - Hyperoestrogénie relative = diminution de la secrétion de progestérone par le corps jaune = insuffisance lutéale
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
QCM 2	A -	V	3	Question difficile • Pas de bilan biologique hormonal SYSTEMATIQUE pour la périménopause ou ménopause - Bilan hormonal recommandé **si et seulement si** le praticien a un doute diagnostique, si la patiente est âgée de moins de 40ans et présente des signes cliniques de ménopause × Avant prescription d'une THS, test à la Progestérone possible × Prise de Progestérone pendant 10 à 12 jours, à l'arrêt on recherche une hémorragie de privation × Si elle est absente, la patiente est bien ménopausée • Biologie : rf tableau en synthèse
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 4	A -	F	2	Traitement de la périménopause = ATROPHIANT pour limiter les méno-métrorragies • A but contraceptif - DIU avec progestatifs = Miréna® - Macroprogestatifs de J5 à J25 • A but non contraceptif - Macroprogestatifs de J15 à J25
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	

	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 6	A -	V	3	Rf synthèse
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 7	A -	F	2	Rf synthèse
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 8	A -	F	3	Rf schéma synthèse
	B -	V	5	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	5	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	V	4	
	L -	V	4	
QCM 9	A -	V	2	Facteurs de risque de troubles de la statique pelvienne × Multiparité × Ménopause × Accouchement voie basse (macrosome, traumatique) × Extraction instrumentale × Obésité × Régime amaigrissant massif × Constipation chronique × Toux chronique × ATCD d'hystérectomie × ATCD d'hernie crurale × Anomalies des tissus conjonctifs (Marfan...)
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	F	0	
QCM 10	A -	F	2	Prise en charge des prolapsus • Abstention thérapeutique si femme âgée, prolapsus ancient et bien toléré - Traitement médicamenteux : × RHD : lutte contre l'obésité et la constipation × THS en absence de contre indication × Oestrogènes locaux (crème) × Rééducation pelvi-péritonéale - Traitement chirurgical × D'emblée si sévère ou gêne fonctionnelle importante (TVT, TVO) × Si échec traitement médicamenteux
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
			218	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Épuisement folliculaire • Insuffisance lutéale	20 20	Début de la perte folliculaire > diminution de l'inhibine B > augmentation de la FSH > diminution plus lente de l'oestrogénémie que de la progestéronémie > insuffisance lutéale et hyperoestrogénémie **RELATIVE**
QROC 5	• Cardio-vasculaire	20	Penser au risque cardio vasculaire et à l'ostéoporose
QROC 11	• Effet pelote	22	Lors d'une cure chirurgicale de prolapsus, on démasque une incontinence urinaire. Le prolapsus venait comprimer l'urètre.
		82	**Total QROC**

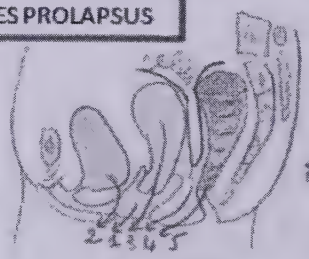
UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	5	120	Péri-ménopause et ménopause
Questions accessoires	2	42	Troubles de la statique pelvienne : les prolapsus
	2	42	Tuméfaction pelvienne chez la femme
	5	121	Incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

LES PROLAPSUS



1 Colpocèle Prolapsus paroi du vagin
2 Cystocèle Prolapsus vessie => colpocèle antérieur = étage ant
3 Hystérocèle Prolapsus utérus => prolapsus étage moyen
4 Entérocèle Prolapsus Douglas => colpocèle post, étage post
5 Rectocèle Prolapsus rectum => colpocèle post

* Stades
- Stade I Prolapsus intravaginal
- Stade II Prolapsus affleurant orifice vulvaire
- Stade III Prolapsus extra vulvaire

- La **péri-ménopause** : début de l'épuisement folliculaire
- La **ménopause** : aménorrhée secondaire depuis plus de 12 mois

- **DIAGNOSTIC CLINIQUE** : aménorrhée secondaire
  - × Signes d'accompagnement : syndrome climatérique
  - × Bouffées de chaleur, prise de poids, sueurs nocturnes, troubles neuropsy, troubles sexuels, sécheresse vaginale

- Pas de dosage biologique sauf chez la patiente hystérectomisée, en cas d'aménorrhée isolée, prise d'un traitement par agoniste de la LHRH, chez la patiente jeune <40 ans avec des points d'appel cliniques.

- **Traitement hormonal substitutif de la ménopause** :
  - Séquentiel (règles) ou en continu (pas de règles) : Oestrogènes (PO/patch à ne pas poser sur le sein) + Progestérone
  - Réévalué annuellement, durée maximale de 5 ans
  - Pas de progestatifs si la patiente a été hysérectomisée
  - Bilan pré THS : mammographie, frottis, glycémie, bilan lipidique
  - Contre indications :

CI ABSOLUES	CI RELATIVES
Cancer du sein	Fibrome
Cancer de l'endomètre	Endométriose
Maladies thromboemboliques artérielles/veineuses	Mastopathies bénignes
Lupus	HTA
Porphyrie	Diabète insulinodépendant
Tumeur hypophysaire	Cholestase
Affections hépatique graves évolutives	ATCD familiaux cancer sein/endomètre
Hyperlipidémies sévères	
HTA grave	

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 6

Immaculé conception

1 Enoncé

Médecin généraliste en Basse-Normandie, vous recevez en consultation Mme B. Ndila, 36 ans car elle désire une grossesse et voudrait arrêter son mode de contraception. Elle vit en concubinage et va se marier l'été prochain avec son second mari. C'est sa future belle-mère qui l'a informée et persuadée de venir en consultation pour l'obtention d'un certificat prénuptial. Originaire d'Alger, elle n'était pas au courant de cette formalité administrative.

QCM 1	**Cochez les réponses vraies concernant le certificat prénuptial parmi les suivantes : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Le certificat prénuptial est obligatoire avant la publication des bans depuis 2007
B -	Il est indispensable pour obtenir un livret de famille
C -	Il n'est plus obligatoire depuis 2003
D -	Il permet de toucher les allocations familiales
E -	Il est remplacé par un bilan pré-conceptionnel
F -	Il permet d'obtenir les congés maternité
G -	Il est constitué de 2 consultations prises en charge à 100%
H -	Le certificat, signé par un médecin thésé, est remis en main propre à l'intéressée pour faire valoir ce que de droit
I -	Il n'est plus obligatoire depuis le 1er janvier 2008

QCM 2	**Vous faîtes le point sur les vaccinations avec elle. Quels sont les vaccins contre-indiqués pendant la grossesse parmi les suivantes ? Donnez les réponses fausses. (Jusqu'à 9 réponses)**
A -	Grippe
B -	Rubéole
C -	BCG
D -	Varicelle
E -	Rougeole
F -	Coqueluche
G -	Fièvre jaune
H -	Oreillons
I -	Poliomyélite orale
J -	Toxoplasmose

QROC 3	**Quels sont les 3 objectifs de cette consultation pré-conceptionnelle ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 4	**Au cours de l'interrogatoire, vous apprenez qu'elle porte actuellement un DIU au cuivre. Il a été posé suite à son troisième accouchement il y a moins de 3 mois. Elle est G3P3. Son groupe sanguin est O négatif. Elle pèse 90kg pour 1m67. Elle prend ¼ de LEXOMIL® le soir que sa belle-mère lui fournit car elle dort mal. Elle ne fume pas, mais son nouveau compagnon oui. Elle ne boit pas régulièrement d'alcool, seulement en soirée. Elle a un chien et un chat. Elle n'a jamais eu de frottis cervico-utérin en Algérie.** **Quels sont les risques auxquels cette femme est exposée lors d'une prochaine grossesse ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Cancer du col utérin
B -	GEU
C -	Allo-immunisation foeto-maternelle
D -	Toxicité des benzodiazépines
E -	Syndrome de sevrage du nourrisson
F -	Diabète gestationnel
G -	Anémie
H -	Fermeture du canal artériel par les benzodiazépines
I -	Thalassémie
J -	Drépanocytose
K -	Stérilité
L -	Toxoplasmose

QCM 5	**Quels conseils, traitements et mesures de prévention prenez-vous en pré conceptionnel ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Contre-indication à une 4ème grossesse
B -	Perte de poids
C -	Ablation du DIU
D -	Arrêt du tabac paternel
E -	Vitamine D
F -	Gamma-globulines
G -	Acide folique 0.4 mg/j
H -	Acide folique 5 mg/jour
I -	Arrêt des benzodiazépines pendant la grossesse
J -	Poursuite des benzodiazépines non contre-indiquées pendant la grossesse
K -	Règles hygiéno-diététiques anti-chat
L -	Règles hygiéno-diététiques anti-chien

QROC 6	**Vous perdez de vue votre patiente. Vous en profitez pour vous mettre à jour en Obstétrique, et testez votre interne actuellement en stage chez vous.** **A quoi correspond la somme du diamètre promonto-rétropubien et du diamètre transverse médian ? Quelle est sa norme ?** **(4 mots)**

QCM 7	**Quelles sont les bonnes réponses concernant l'accouchement normal ?** **(Jusqu'à 9 réponses)**
A -	Il a lieu après 41 semaines d'aménorrhée
B -	Il a lieu après 37 semaines d'aménorrhée
C -	Il commence par la progression du fœtus
D -	Il commence par des modifications du col utérin
E -	La dilation du col se fait en moyenne à 1cm/h
F -	Les positions fœtales d'engagement les plus courantes sont l'OIGA et l'OIGP
G -	La délivrance n'est pas systématique
H -	La descente se fait le plus souvent en OP
I -	Le faux travail se définit par des contractions utérines irrégulières et l'absence des modifications du col

QCM 8	**La belle-mère de votre patiente vous appelle affolée à votre cabinet. Sa belle-fille est en train d'accoucher et personne n'est là pour les emmener à la maternité. Aucune d'entre elles ne conduit. Votre cabinet est à 200 mètres. Vous décidez de vous y rendre en urgence. Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Vous appelez le SAMU en premier et partez les rejoindre
B -	Vous allez immédiatement examiner la patiente en premier
C -	Vous recherchez le degré d'imminence de l'accouchement
D -	Vous lui posez une VVP
E -	Vous vérifiez le terme
F -	Vous recherchez une rupture des membranes et des métrorragies
G -	Vous demandez des draps chauds
H -	Vous installez la patiente en travers de lit
I -	Vous installez la patiente dans la baignoire selon ses désirs
J -	Vous auscultez les bruits du cœur fœtaux entre chaque contraction
K -	Vous déposez un sac de recueil sous les fesses de la patiente
L -	Vous surveillez le périnée et empêchez la tête de sortir trop vite

QCM 9	**La petite Immaculé née à 14h35 dans la chambre de la patiente. Quels sont les premiers gestes à prodiguer au nouveau-né ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Clamper le cordon ombilical
B -	Couper le cordon ombilical sans le clamper
C -	Mise au sein pour lutter contre l'hypoglycémie
D -	Calcul du score d'Apgar
E -	Vérification de la perforation de choanes
F -	Vérification de la perforation œsophagienne
G -	Vérification de la perforation rectale
H -	Prise des constantes
I -	Pose d'un bracelet d'identification avec nom et prénom
J -	Réalisation du test de Guthrie
K -	Examen général du nouveau-né
L -	Prévention de l'hypothermie

QROC 10	**Au fait, vous avez un trou de mémoire…Le score d'Apgar comprend la fréquence cardiaque, les mouvements respiratoires, et …Mince. Aidez-moi. Quels sont les items manquants. Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 11	**Après 15 min passées à contempler la petite Immaculé, la patiente se tord de douleur à nouveau. Les contractions reprennent. Le SAMU n'est toujours pas arrivé. Que faites-vous ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Vous passez un Perfalgan® dans la VVP pour que ça passe
B -	Vous tirez fort sur le cordon ombilical versant maternel
C -	Il s'agit de la délivrance placentaire
D -	Vous réalisez des expressions utérines
E -	Dès que le cordon ne s'élève plus à la pression du bas fond utérin, c'est que les membranes sont décollées
F -	Une fois le placenta expulsé, vous le jetez dans le container déchet vert
G -	Une fois le placenta expulsé, vous le conservez dans un récipient stérile
H -	Une fois le placenta expulsé, dans le doute, vous réalisez une révision utérine
I -	Vous recherchez les cotylédons et les membranes du placenta
J -	Vous vérifiez la présence de 2 artères et 1 veine ombilicale
K -	Vous vérifiez la présence de 2 veines et 1 artère ombilicale
L -	SI tout s'est bien passé, la patiente peut rester au domicile

2 Corrigé

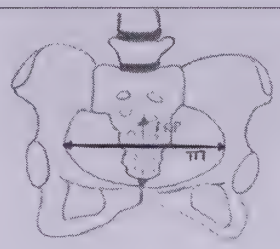
LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur des thèmes pratiques : bilan pré-conceptionnel et accouchement inopiné au domicile
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Certificat prénuptial HAS BEEN => bilan pré-conceptionnel, non obligatoire UP TO DATE
  - Score d'APGAR à connaître par cœur (pédia et gynéco font la paire)
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Bien donner les réponses fausses lorsque celles-ci sont demandées
  - Bien connaître les médicaments contre-indiqués pendant la grossesse et leur principal effet
  - De même, tous les VVA sont contre-indiqués pendant la grossesse

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	Le certificat prénuptial n'est plus obligatoire depuis le 1er janvier 2008 • Il est dorénavant remplacé par un bilan pré-conceptionnel NON OBLIGATOIRE - Permettant de faire le point sur les risques possibles de la future grossesse et la mise en place des mesures de prévention - Vaccinations, RHD, arrêt des toxiques et des médicaments à risque, premier bilan biologique (groupe, rhésus, sérologies)
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
QCM 2	A -	F	8	ATTENTION REPONSES FAUSSES DEMANDEES : Cocher A et J • Connaître les Vaccins Vivants Atténués qui sont contre-indiqués pendant la grossesse - Il n'y a pas de Vaccin pour la toxoplasmose !
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	8	
QCM 4	A -	V	2	Prendre chaque élément de l'énoncé et essayer de le relier avec les propositions
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	

	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 5	A -	F	3	A connaître : prévention avant une grossesse pour mettre toutes les chances de son côté • Arrêt du mode contraceptif : pilule, ablation du DIU - Mise à jour des vaccinations × Acide folique : 0.4 mg/j en prévention, 5 mg/j si traitement antiépileptique × Alimentation : équilibrée, variée, pas de viande crue ni de produits artisanaux (listériose), perte de poids si obésité × Arrêt des toxiques (mère + père) : tabac, alcool × Lutte contre les IST
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
	K -	V	3	
	L -	F	3	
QCM 7	A -	F	2	Accouchement normal : • Après 37 SA, <24h, par voie basse spontanée - Trois phases successives : × Modifications du col : TRAVAIL = CU douloureuses, soutenues, régulières × Progression du foetus : engagement (OIGA), descente (OP) dégagement × Délivrance placentaire
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
QCM 8	A -	V	2	Accouchement inopiné au domicile • Thème de plus en plus fréquent, phénomène de mode et pénurie des obstétriciens - Connaître les petites subtilités du domicile × Vous ne disposez pas de tout le confort moderne de l'hôpital × C'est une question de bon sens • Le médecin généraliste possède de quoi poser une VVP dans sa trousse d'urgence - Indispensable en cas d'hémorragie de la délivrance × Draps chauds pour couvrir le nouveau-né et lutter contre l'hypothermie, remplace la couveuse !! × Pour l'accouchement, aider la patiente lors des efforts de poussées pendant les CU, relâcher entre les CU et ausculter les BDC foetaux, bien surveiller le périnée, retenir la tête pour éviter les déchirures périnéales.
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 9	A -	V	2	Question mixte Gynéco-Pédia qui font la paire : l'un ne va pas sans l'autre • Les premiers soins du nouveau-né sont à connaître - Particularité ici, vous êtes au domicile × Vous ne pouvez donc pas tout faire
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 11	A -	F	2	**Délivrance placentaire** = 3ème phase de l'accouchement Décollement puis expulsion du placenta Hémostase avec GLOBE UTERIN de sécurité : attention à l'HEMORRAGIE de la délivrance • Ce n'est pas la partie la plus plaisante pour la patiente, le bébé est là mais ça continue ! - Examen **SYSTEMATIQUE** du placenta : cotylédons tous présents, vaisseaux parcourant les membranes, face foetale et face maternelle × 2 artères et 1 veine (inverse de d'habitude) La révision utérine n'a lieu que si la délivrance est incomplète (il manque un cotyledon par exemple) × A l'hôpital, la délivrance est souvent dirigée avec l'injection IV de SYNTOCINON® lors du dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Dépistage • Prévention • Education	10 10 10	Penser simple, penser mots clés
QROC 6	• Indice de MAGNIN • ≥ 230 mm	20 20	 PRP = Diamètre Promonto-rétropubien TM = Diamètre Transverse médian
QROC 10	• Tonus • Coloration • Réactivité	10 10 10	Par coeur
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	2	30	Accouchement et délivrance normales
Questions accessoires	2	21	Examen prénuptial
	2	31	Evaluation et soins du nouveau-né à terme

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

ACCOUCHEMENT NORMAL : deux autres questions tombables :

1/ Informations à vérifier en salle de naissance

- Déroulement global de la grossesse
- ATCD d'accouchements antérieurs , ATCD médico-chirurgicaux
  - GROUPE rhésus : négatif > gamma-globulines dans les 72h
    - × Consultation d'anesthésie (bilan pré-péridurale)
    - × Dépistase Streptocoque A (PV positif) > Augmentin IV
    - × Dépistage Diabète gestationnel > macrosomie ?
    - × Sérologies maternelles : AgHbS, VIH ...
  - TERME : à recalculer
  - PARITE
  - Croissance foetale sur l'échographie, estimation du poids foetal, HU
- Clinique : TV ; dilatation du col / spéculum aspect / constantes (TA/BU/Température)
- Retentissement foetal : RCF, tocométrie externe (CU)

2/ Données du partogramme

- COL : dilatation, position au TV toutes les heures
- PRESENTATION FOETALE : fontanelle lambda au TV
- RCF : ECT ralentissement , tachycardie
- CU : fréquence, durée, douleur, efforts de poussées
- CONSTANTES : TA / FC / Température / Diurèse
- AMNIOS : état des membranes, couleur du liquide amniotique
- DOULEUR : EVA
- THERAPEUTIQUE : analgésie, pH, lactates

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 7

Ca sent la jeune fille qui se néglige

1 Enoncé

Vous recevez à votre consultation Madame JOLY Jeziqua, âgée de 17 ans, actuellement en recherche d'emploi. Elle vous confie être escorte girl professionnelle pour finir les fins de mois.

C'est la deuxième fois qu'elle consulte. A sa première consultation, on lui a posé un DIU en cuivre à but contraceptif. Ce jour, elle se plaint de douleurs pelviennes quand elle exerce sa profession, de brûlures vulvaires, ainsi qu'une forte envie de se gratter depuis 1 semaine. Tout a commencé par une angine résolutive après un traitement par Amoxicilline®. Elle décrit des pertes vaginales blanchâtres, grumeleuses, inodores depuis 1 semaine. Elle a beau faire ses 3 douches vaginales quotidiennes, cela ne passe pas. Elle ne présente aucuns signes fonctionnels urinaires.

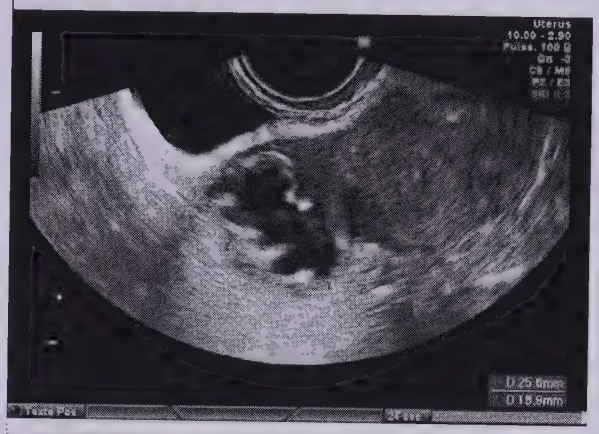
QCM 1	**Comment caractérisez-vous le tableau de madame JOLY et quelle est la conduite à tenir? Donner les réponses vraies. (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Leucorrhée physiologique
B -	Leucorrhée pathologique
C -	Vulvo-urétrite à Candida Albicans
D -	Vulvo-urétrite à Trichomonas Vaginalis
E -	Flore de Doderlein rare
F -	Flore de Doderlein abondante
G -	Vulvo-vaginite à germe saprophyte
H -	Réalisation d'un prélèvement vaginal
I -	Traitement systématique des partenaires
J -	Toilette par savon alcalin
K -	Traitement par métronidazole
L -	Traitement par ovule *Imidazolé* à J1 et J3

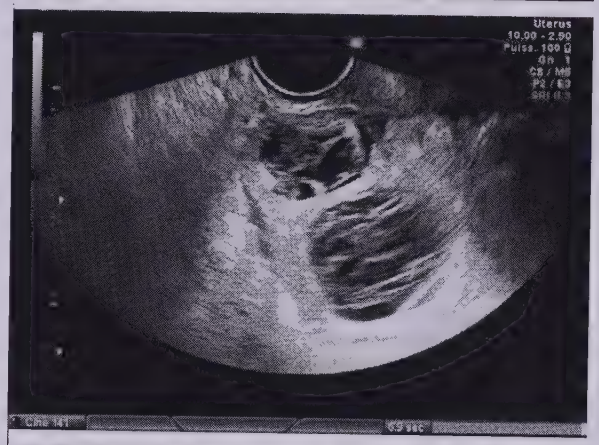
QROC 2	**Jeziqua revient 6 mois plus tard vous voir avec de violentes douleurs pelviennes droites, accompagnées de métrorragies. Quel est le premier diagnostic à évoquer ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

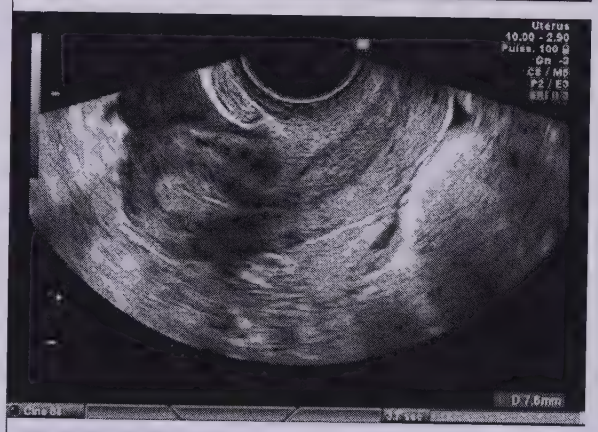
QCM 3	**Vous prenez la température de Jeziqua qui se trouve être à 38.6°. Vous palpez son abdomen et vous retrouvez une défense en fosse iliaque droite. À l'examen au speculum vous retrouvez une leucorrhée purulente très malodorante. Le test urinaire de grossesse réalisé au cabinet est négatif. Quelles sont les hypothèses diagnostiques à retenir ? (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Appendicite aigue
B -	Ulcère gastrique
C -	Grossesse extra-utérine
D -	Salpingite chronique
E -	Torsion d'annexe droite
F -	Endométrite
G -	Chorio-amniotite
H -	Adénomyose
I -	Endométriose
J -	Pyélonéphrite droite
K -	Pancréatite aigue
L -	Colique néphrétique gauche

QROC 4

Vous réalisez une échographie et vous retrouvez ces images. Décrivez. Texte libre (1 à 4 mots)







QROC 5	**Vous décidez de reexaminer la patiente. A la palpation abdominale vous retrouvez en plus une douleur à l'hypochondre droit. La fièvre est maintenant à 39°. Vous ne retrouvez rien à l'échographie hépatique faite en urgence. Que suspectez vous?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 6	**Quels sont vos examens complémentaires ?** **(Jusqu'à 10 réponses)**

A - Dosage hCG
B - NFS
C - Ionogramme sanguin
D - CRP
E - Prélèvement vaginal
F - Prélèvement de l'endocol
G - Mise en culture du DIU
H - Maintien du DIU
I - Hémocue
J - Bilan hépatique complet
K - Sérologies VIH 1+2
L - Sérologie TPHA-LDL

QCM 7	**Vous confirmez une infection génitale haute compliquée. Quel est votre traitement en urgence ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Cœlioscopie avec traitement conservateur ou non
B - Laparotomie en urgence pour adhésiolyse hépatique
C - Rocéphine® et Doxycycline® et Métronidazole® per os
D - Antalgiques
E - Contraception orale pour bloquer l'ovulation
F - Photoprotection
G - Salpingectomie d'emblée
H - Hépatectomie partielle suite à la périhépatite aigüe
I - Antibiothérapie probabiliste puis adaptée pendant 14 à 21 jours
J - Ovules imprégnées d'antibiothérapie
K - Traitement du(des) partenaire(s)
L - Traitement par Azythromycine en prise unique®

QCM 8	**Quelles sont les bonnes réponses concernant les IST et leurs mesures associées ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - L'hépatite C est sexuellement transmissible
B - L'hépatite B est sexuellement transmissible
C - Le médecin se doit d'informer le(s) partenaire(s)
D - Des sérologies de contrôle à 3 mois sont indiquées
E - Seul le VIH-1 est sexuellement transmissible
F - Il faut conseiller des rapports protégés jusqu'à la guérison
G - La PCR Chlamydia se fait sur ECBU des urines de milieu de miction
H - Des prélèvements oraux et anaux sont à faire
I - Proposer la vaccination VHB
J - Toutes les IST sont à déclaration obligatoire

QROC 9	**Quelles complications au long cours redoutez vous chez cette patiente ?** **Texte libre (1 à 4 mots)**

QCM	**Elle revient 5 ans plus tard. Elle a arrêté ses activités de la nuit…Elle a rencontré l'homme de sa vie, radiologue avec qui elle vient de se marier. Elle est très heureuse. Elle en vient au sujet de la consultation un peu gênée….Visionnez cette vidéo numéro 6 de l'interrogatoire de la patiente. Quel diagnostic suspectez- vous ?**

(Jusqu'à 12 réponses)

A - Vulvo-vaginite à Trichomonas Urétéris
B - Vulvo-vaginite à Gardnerella Vaginalis
C - Vulvo-vaginite à Chlamydiae Trachomatis
D - Vulvo-vaginite à Neisseriae Gonorrhée
E - Traitement ambulatoire par Métronidazole®
F - Traitement du partenaire
G - Traitement par Azythromycine
H - Traitement par C3G IM unique
I - Test à la potasse sur le PV indiqué

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

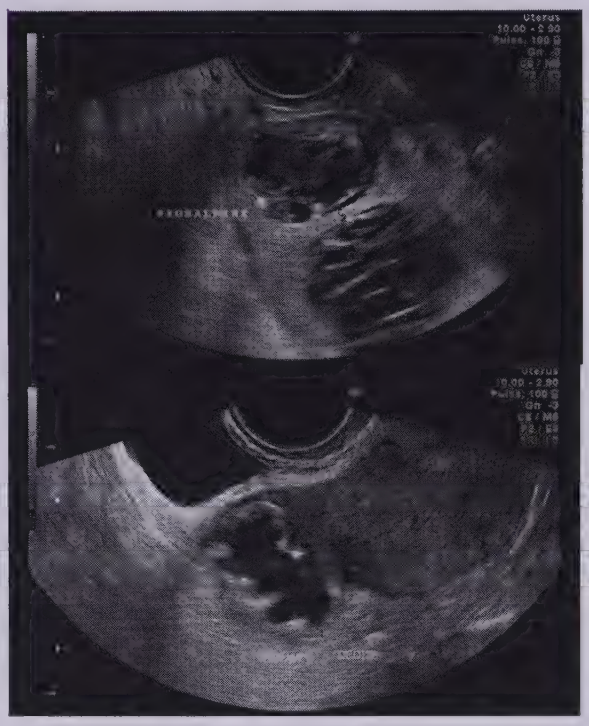
- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier typique de salpingite et ses complications
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - IST = DO, rapports protégés, dépistage et traitement des partenaires, sérologies VIH 1+2 AVEC ACCORD, sérologies Syphilis, VHB, recherche des gonococcies et des chlamydioses
  - Douleurs abdominales + métrorragies chez la femme jeune = GEU jusqu'à preuve du contraire
  - Candidose vaginale ≠ IST
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Ne pas aller trop vite : bien lire Hémocue au lieu d'Hémoculture
  - Lire les phrases jusqu'au bout : PO au lieu de IV

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	**Vulvo-vaginite à Candida Albicans** • ≠ IST - Déséquilibre de la flore vaginale × FdR = toilette intime excessive, antibiothérapie, diabète, corticoides, immunodépression, grossesse, ménopause, pantalon trop serré × Diagnostic clinique : leucorhée 'lait caillé' + dyspareunie + prurit
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 3	A -	V	3	Devant une douleur fébrile de la FID chez une femme non enceinte
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 6	A -	V	2	**Paraclinique** : • Eliminer une grossesse : hCG - Bilan infectieux : × PV + prélèvement de l'endocol+++ × ECBU
	B -	V	2	
	C -	F	1	
	D -	V	2	
	E -	V	2	

	F -	V	2	× HémocuLTURES aérobies et anaérobies
	G -	V	2	× Mise en culture du stérilet recommandée par le CNGOF
	H -	F	1	× Bilan des IST
	I -	F	1	
	J -	V	2	- Echographie pelvienne : recherche des complications
	K -	F	1	× Pyosalpinx
	L -	F	1	× Abcès
QCM 7	A -	V	4	Prise en charge :
	B -	F	4	• **Traitement médicamenteux** :
	C -	F	4	- Antibiothérapie probabiliste puis adaptée aux prélèvements de la coelioscopie
	D -	V	4	× C3G + Métronidazole + Doxycycline 14 à 21 jours
	E -	V	4	× FQ + Métronidazole 14 jours si NON COMPLIQUEE
	F -	V	4	- Antalgiques, antipyrétiques
	G -	F	4	- Contraception orale pour bloquer l'ovulation
	H -	F	4	- Photoprotection
	I -	V	4	- Mesures associées aux IST
	J -	F	4	• **Traitement chirurgical** :
	K -	V	4	- Coelioscopie :
	L -	F	4	× Traitement conservateur : salpingotomie × Traitement non conservateur : salpingectomie
QCM 8	A -	F	3	**<u>Les IST et leurs mesures associées</u>**
	B -	V	4	• IST = VIH 1+2, VHB, Syphilis, Gonocoque, Chlamydiae
	C -	F	3	- Consultation d'annonce
	D -	V	4	× Déclaration obligatoire pour VIH et VHB aigü, c'est TOUT !
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	F	3	• Dépistage et traitement des partenaires
	H -	V	4	- Sérologies de contrôle à 3 mois (recherche d'une séroconversion)
	I -	V	4	× Rapports protégés, abstinence jusqu'à la guérison
	J -	F	4	× Proposer les vaccinations HPV et VHB
QCM 10	A -	F	3	Pour les infections génitales basses
	B -	V	3	• TRICHOMONAS
	C -	F	3	- = IST
	D -	F	3	× Leucorrhée verte, bulleuse, nauséabonde
	E -	V	3	× Métronidazole ovule + traitement du partenaire
	F -	F	3	• GARDNERELLA
	G -	F	3	- ≠ IST
	H -	F	3	× Leucorrhée grisâtre, odeur de POISSON POURRI TYPIQUE
	I -	V	3	× Test à la potasse : clue cells × Métronidazole PO
			190	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 2	• Grossesse-Extra-Utérine	10	Chez la femme jeune, toute douleur abdominale accompagnée de métrorragies est une GEU jusqu'à preuve du contraire, le DIU n'arrageant pas forcément les choses.

QROC 4	• Pyosalpinx • Epanchement du Douglas • Endométrite	20 10 10	Salpingite compliquée d'un abcès de la trompe visible à l'échographie. Parois épaissies et cloisonnement. 
QROC 5	• Syndrome FITZ-HUGH-CURTIS • Péri hépatite	20 10	Devant une douleur HCD dans un contexte de salpingite • Penser au FHC +++ péri hépatite - Fréquemment associée au germe Chlamydiae × Bilan hépatique et écho normale × Coelio : cordes de violons > adhésiolyse
QROC 9	• GEU • Stérilité(ou infertilité) tubaire • Douleurs chroniques	10 10 10	
		110	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	6	158	Infections génitales de la femme
Questions accessoires	2	39	Algies pelviennes chez la femme
	2	24	GEU

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

CNGOF 2012 — **Infections génitales hautes (IGH)**

IGH = salpingite + endométrite

- **FdR** : jeune âge, bas niveau social, DIU, ATCD d'IST, précocité des rapports sexuels, partenaires multiples
- **CLINIQUE** : fièvre + leucorrhées purulentes + douleurs pelviennes spontanées+/- métrorragies
  - Toujours rechercher des symptômes chez le(s) partenaire(s)
  - Interrogatorie : IST, post-partum ou post-abortum, manoeuvre endo-utérines récentes
  - Signes physiques :
    - × Défense +/- HCD (FCH)
    - × TV douloureux
    - × Douleur à la mobilisation utérine
    - × Diagnostics différentiels ≠ appendicite, GEU
- **PARACLINIQUE**
  - hCG
  - Bilan infectieux : PV + endocol, ECBU, HC, culture DIU, IST +++
  - Examen direct et recherche des Chlamydiae, Gonocoque et Mycoplasma Génitalium
  - Echographie pelvienne : pyosalpinx, abcès, épanchement du Douglas
  - Coelio diagnostique : que si IGH compliquée ou doute diagnostique
- **TRAITEMENT**
  - / !\ Différences entre le CNGOF et le Pilly
  - CNGOF :
    - × FQ : Ofloxacine®
    - × +/- Métronidazole®
    - × +/- C3G : Ceftriaxone®
    - × 14 jours (simple), 14-21 jours (compliquée)
    - × +/- ponction drainage de l'abcès (coelio ou radiologie interventionnelle avec ponction transvaginale)
  - Pilly : augmentation des résistances aux FQ
    - × Doxycycline®
    - × + Métronidazole®
    - × + C3G : Ceftriaxone®
- **ANTIBIOPROPHYLAXIE** avant certains gestes
  - Hystérosalpingographie (dilatation tubaire, ATCD IGH)
  - IVG chirurgicale : <25 ans et risque d'IST DOXYCYCLINE®, >25 ans METRONIDAZOLE®

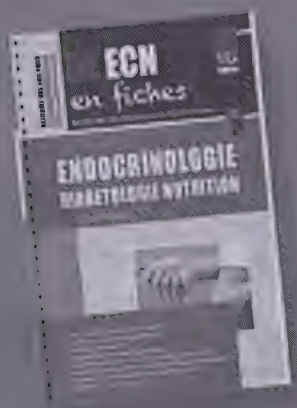
REFORME DES ECN POUR
LE CONCOURS 2016
À partir du cycle DFASM1 de 2013-2014

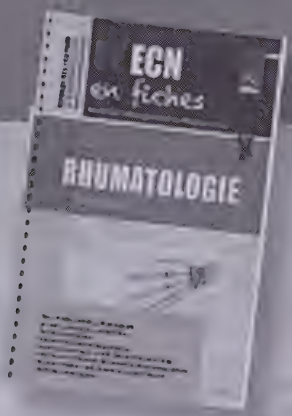
ECN en fiches

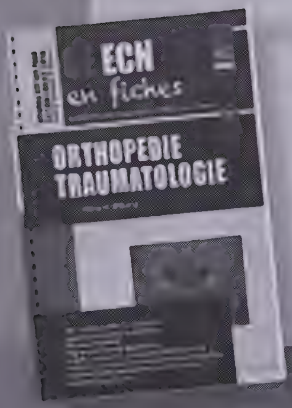
VG Editions

Les Unités d'Enseignement de l'ECN en fiches

validation PUPH







- Cancerologie
- Cardiologie
- Dermatologie
- Electrocardiogramme
- Endocrinologie
- Gériatrie
- Gynécologie
- Hématologie
- Maladies Infectieuses
- Médecine Interne
- Nephrologie
- Neurologie
- Orthopédie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Rhumatologie
- Thérapeutique
- Urologie

- Item : intitulé, numéro, UE et objectifs
- Encadré « introduction et définition »
- Tableaux comparatifs
- Diagrammes et arbres diagnostiques
- Encadré « synthèse » : points clés QCM et zéros QCM
- Références, conférences de consensus et recommandations
- Annales tombées : date, dossier et contenu résumé
- Multiples icônes repères

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 8

Echec et maths-ernité !

1 Enoncé

De garde un 4 novembre, vous êtes tranquillement en train de papoter avec les sages-femmes, lorsqu'une patiente sonne à l'interphone de garde. « Je suis enceinte de quatre mois et ça ne va pas bien ». Ok on arrive.

Vous faîtes connaissance avec Mme B., 32 ans, secrétaire médicale, accompagnée de son conjoint. Elle est G3P1, actuellement enceinte à 16 SA + 4j. Elle a accouché d'une petite Zélie l'année dernière et a eu recours à une IVG chirurgicale à 16 ans. Elle a arrêté de fumer suite à sa première grossesse. Son groupe sanguin est AB négatif.

Elle consulte en urgence très inquiète pour des brûlures mictionnelles. Ca la brûle beaucoup lorsqu'elle urine et elle a mal au ventre malgré la prise de Spasfon®. Elle ne présente aucuns autres signes cliniques.

QCM 1	**Calculez la date des dernières règles présumées de la patiente d'après son terme ? (1 réponse)**
A -	Le 11 juin
B -	Le 14 juillet
C -	Le 4 juillet
D -	Le 28 juin
E -	Le 9 juillet
F -	Le 30 juin
G -	Le 2 août
H -	Le 20 juillet
I -	Le 15 juin
J-	Le 21 juin

QCM 2	**A l'examen clinique, la température est à 38.2°C. On retrouve une douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire droite. La BU montre Leucocytes + et Nitrites +. On ne perçoit aucuns mouvements foetaux. L'auscultation cardiaque maternelle retrouve des bruits du coeur réguliers et une fréquence cardiaque à 95 par minute. La tension artérielle est à 12/6. (Jusqu'à 9 réponses)**
A -	Vous suspectez une cystite aigüe gravidique
B -	Vous suspectez un arrêt du cœur fœtal
C -	Vous suspectez un avortement spontané tardif
D -	Vous suspectez une pyélonéphrite gauche
E -	La BU est suffisante pour faire le diagnostic
F -	L'ECBU est indispensable même devant une cystite aigüe de la femme enceinte
G -	Un ECBU mensuel de contrôle jusqu'à l'accouchement est nécessaire
H -	On ne traite pas une bactériurie asymptomatique
I -	Devant toute pyélonéphrite aigüe de la femme enceinte, on recherche une MAP

QCM 3	**Vous suspectez donc une pyélonéphrite aigüe droite. Quels sont vos examens complémentaires ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	NFS
B -	CRP
C -	Ionogramme sanguin
D -	Echographie pelvienne par voie abdominale uniquement
E -	Echographie de l'arbre urinaire
F -	hCG
G -	ECBU avec examen direct et antibiogramme
H -	Hémoculture avec recherche de Listéria
I -	Uro-TDM avec injection de produit de contraste d'emblée
J -	Hémocultures simples
K -	Echographie de col
L -	Urée Créatinine

QROC 4	**Citez 4 antibiothérapies théoriquement contre-indiquées pendant la grossesse.** **(4 mots)**

QCM 5	**L'échographie urinaire ne montre pas de dilatation des cavités pyélocalicielles. L'ECBU est en cours. Les hémocultures sont stériles. Les constantes restent identiques.** **Quelle est votre prise en charge ?** **(Jusqu'à 10 réponses)**

A - Ambulatoire
B - Hospitalisation en urgence
C - Antibiothérapie per os
D - C3G IV puis relai per os après 48 heures d'apyrexie
E - Dérivation urinaire en urgence
F - ECBU de contrôle à 4 jours
G - Antalgiques par AINS
H - Diminution des apports hydriques
I - Amoxicilline® 1g*3/jour per os pendant 7 jours
J - Surveillance materno-foetale
K - ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement
L - Antipyrétiques

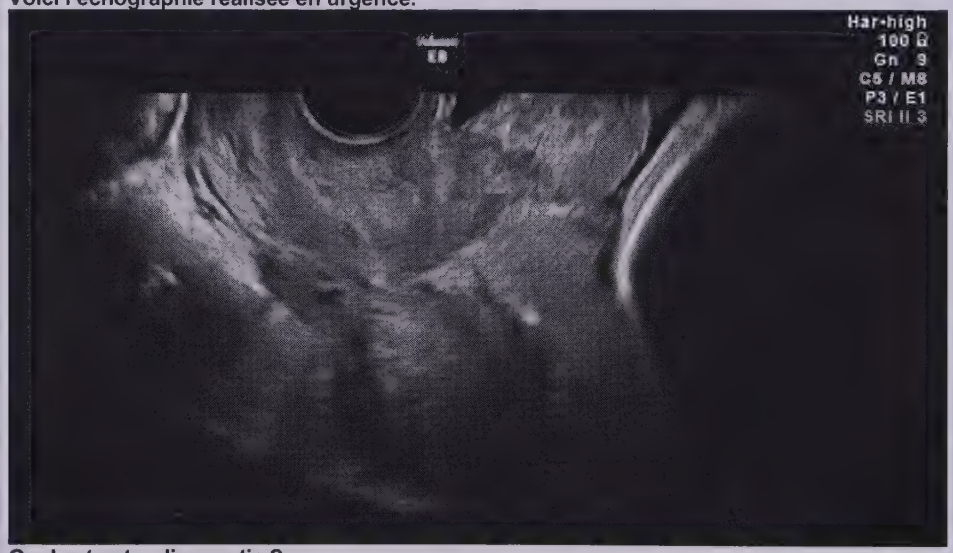
QCM 6	**L'épisode est résolutif et la patiente rentre chez elle au bout de 15 jours.** **Elle revient vous voir en urgence le 11 mars.** **A quel terme est-elle et quelle est la date prévue de l'accouchement ?** **(1 bonne réponse)**

A - 39 SA actuellement, accouchement prévu le 1er Avril
B - 34 SA + 2 actuellement, accouchement prévu le 27 Avril
C - 35 SA + 5 actuellement, accouchement prévu le 17 Avril
D - 36 SA + 4 actuellement, accouchement prévu le 11 Avril
E - 31 SA + 4 actuellement, accouchement prévu le 15 Mai
F - 33 SA + 3 actuellement, accouchement prévu le 03 Mai
G - 36 SA + 2 actuellement, accouchement prévu le 13 Avril
H - 38 SA + 3 actuellement, accouchement prévu le 28 Mars
I - 35 SA actuellement, accouchement prévu le 22 Avril

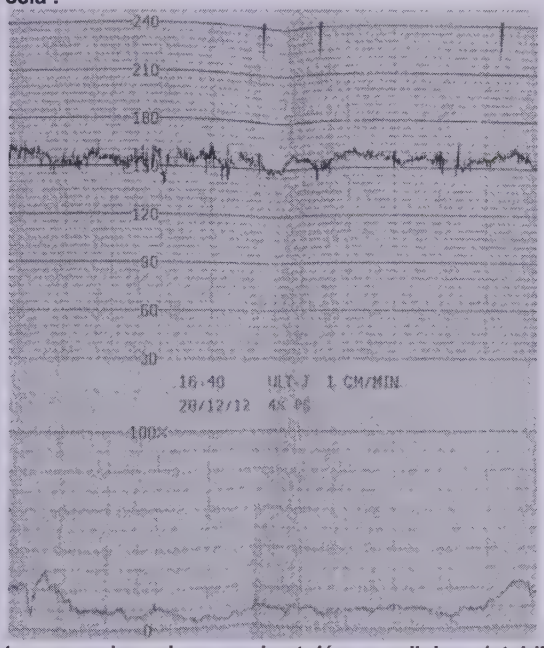
QROC 7	**Elle présente des saignements rouges vifs, peu douloureux. Son ventre est souple.** **Quel est LE geste clinique formellement contre-indiqué ?** **Texte libre (1 à 4 mots)**

QROC 8

Voici l'échographie réalisée en urgence.



Quel est votre diagnostic ?
Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 9	**L'ECT réalisé montre cela :**  **La patiente ne présente aucun signe de mauvaise tolérance clinique (stabilité hémodynamique, saignements peu abondants)** **Quelle est votre prise en charge ?** **(Jusqu'à 10 réponses)**

A - Corticothérapie pour maturation pulmonaire fœtale
B - Gamma-glubulines en prévention de l'allo-immunisation foeto-maternelle
C - Accouchement par voie basse
D - Césarienne programmée
E - Extraction fœtale en urgence par césarienne en urgence
F - Extraction fœtale en urgence par césarienne en urgence sous AG
G - Antalgiques
H - Réassurance des parents
I - Surveillance materno-fœtale
J - Surveillance maternelle et du nouveau-né

QCM 10	**Une autre patiente arrive au même moment aux urgences. Ce n'est pas votre journée!!** **Elle est à 36 SA. Elle a très mal au ventre et présente des pertes noirâtres depuis ce matin.** **Vous prenez ses constantes : TA=15-9, Pouls = 85/min, Saturation 98%, Température 37.5°C. La hauteur utérine est à 39 cm. La BU montre : Leuco - Nitrite - Ph=6 Densité ++ Prot + Sang -. La palpation abdominale retrouve un ventre dur.** **Cochez les bonnes réponses parmi celles ci-dessous.** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Il s'agit d'une Pré-éclampsie sévère
B - Il s'agit d'une HTA Gravidique
C - Il s'agit d'un placenta prævia
D - Il s'agit d'une GEU
E - Il s'agit un DPPNI
F - Il s'agit d'un HRP
G - Il s'agit d'une hémorragie de Benckiser
H - Il y a indication à une extraction fœtale par césarienne en urgence
I - L'échographie pelvienne par voie abdominale retrouvera une lentille biconcave
J - L'échographie par voie intra-vaginale est contre-indiquée
K - La complication maternelle à redouter est la CIVD
L - La complication maternelle à redouter est le SAPL

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

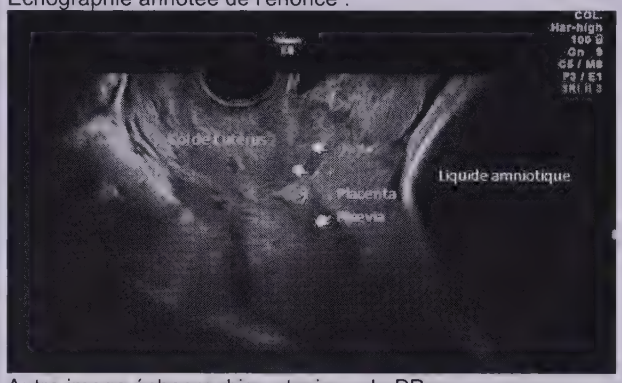
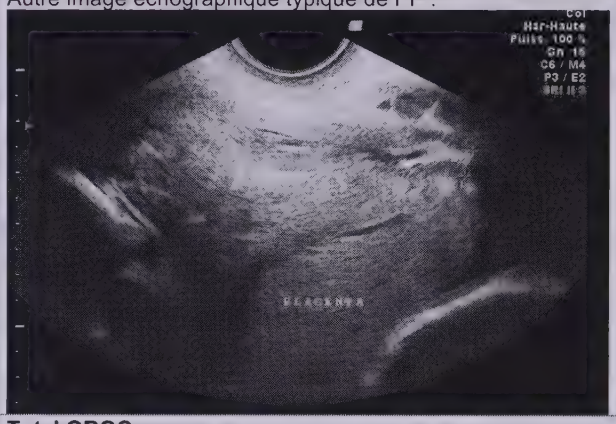
- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur les métrorragies du troisième trimestre et une pyélonéphrite aigüe gravidique
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Groupe négatif => Gamma-globulines
  - TV contre indiqué devant des métrorragies du T3 avant l'échographie !!!!
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Calculs : gardez votre sang froid !
  - Bien interpréter tous les documents fournis, utiles pour définir la prise en charge

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	-1	En pratique, on a la roulette...mais en garde vous n'en avez pas toujours une sous la main et aux ECNs encore moins! • Le 4 Novembre on est à 16 SA + 4 jours, donc 16 SA le 31 octobre (je vous ai aidé sur ce coup là) - Comptez sur vos mains les mois à 31 et 30 jours ! × Juillet 31 / Août 31 / Septembre 30 / Octobre 31 (31 inclus = 16 SA) - 16 SA = 16 x 7 jours = 113 jours × Les mois octobre + septembre + aout = 31 (inclus) + 30 + 31 = 93 jours × 113 - 93 = 22 jours restant au mois de Juillet × 31-22 = 9 juillet
	B -	F	-1	
	C -	F	-1	
	D -	F	-1	
	E -	V	20	
	F -	F	-1	
	G -	F	-1	
	H -	F	-1	
	I -	F	-1	
	J -	F	-1	
QCM 2	A -	F	3	Différencier : • Cystite aigüe gravidique - SFU sans signes généraux : ECBU chez la FE (terrain particulier) • Pyélonéphrite aigüe gravidique - SFU + douleurs lombaires + fièvre × TOUJOURS éliminer la MAP × ECBU diag + à 48h + 8-10j + mensuel jusqu'à l'accouchement • Traitement de toute bactériurie asymptomatique chez la femme enceinte
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	F	3	
	I -	V	4	
QCM 3	A -	V	3	Paraclinique • MATERNEL : - Bilan infectieux × HC pour éliminer une listéria × ECBU avec ED + culture + antibiogramme - Fonction rénale × Iono urée créatininémie × ECHOGRAPHIE DES VOIES URINAIRES : recherche d'une DCPC +++ × UroTDM chez la FE que si abcès, sans injection, bénéfice>risque
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	

	K -	V	3	• FOETAL : - ECT + Echographie pelvienne abdo + intra-vaginale + col : MAP ?souffrance foetale ?
	L -	V	3	
QCM 5	A -	F	3	Traitement d'une pyélonéphrite aigüe gravidique : • Hospitalisation en Gynéco-Obstétrique - VVP + Antipyrétique (lutte contre la MAP) × Antibiothérapie probabiliste parentérale autorisée pendant la grossesse active contre les germes, à bonne diffusion urinaire : C3G+++ × Relai per os après 48 heures d'apyrétique • Surveillance materno (constantes, douleurs) foetale (ECT avec RCF) - ECBU à 48h puis à 8-10 jours × ECBU MENSUEL jusqu'à l'accouchement • La dérivation urinaire n'a d'indication que dans la COLIQUE NEPHRETIQUE FEBRILE
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 6	A -	F	0	Prendre la DDR (ici 9 juillet) • **Règle de NAEGELE** : - Terme théorique = DDR + 15jours + 41 SA × 9 juillet + 15 = 24 juillet × 41 x 7 jours = 287 jours × 24 -> 31 juillet = 7 × 280 jours nous amène jusqu'au 22 Avril - Consultation le 11 mars - Du 9 juillet au 11 mars = 245 jours × 245 / 7 = 35 SA
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
	I -	V	20	
QCM 9	A -	F	3	Sur l'ECT, on remarque • L'absence de contractions utérines : la patiente n'est pas en travail - Le bien-être foetal : × Rythme de base = 155 / min × Oscillations = 25 / min × Accélérations / pas de décélérations • Patiente à 35 SA donc pas d'indication à la corticothérapie (> 34 SA) - Gamma-globulines car patiente de rhésus négatif × PP recouvrant contre-indiquant la voie basse × Césarienne à programmer
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
QCM 10	A -	F	2	Mise en miroir du PP et du HRP • rf synthèse Autres diagnostics proposés mais faux • Hémorragie de Benckiser : dilacérations d'un vaisseau praevia lors de la rupture des membranes - Pré-éclampsie = HTA gravidique + Protéinurie (> 3 croix à la BU)
	B -	V	3	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	3	
	G -	F	2	
	H -	V	3	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	V	3	
	L -	F	2	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• Tétracyclines • Aminosides • Quinolones • Sulfamides	10 10 10 10	Phrase mnémotechnique : • *Tes amis qui saoulent Nicole* × Tétracyclines : coloration jaune des dents × Aminosides : ototoxique × Quinolones : risque articulaire × Sulfamides : hémolyse × Phénicolés
QROC 7	• TOUCHER VAGINAL • Avant échographie	10 5	FORMELLEMENT CI devant des métrorragies du T3 • Pas de TV avant d'avoir fait une échographie - Echographie intra-vaginale NON contre-indiquée × PP ? × HRP ?

QROC 8	• Placenta Praevia (PP) • Recouvrant	30 15	Echographie annotée de l'énoncé :  Autre image échographique typique de PP : 
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	23	Hémorragie génitale au cours de la grossesse (T3)
Questions accessoires	6	157	Infection urinaire chez la femme enceinte
	2	23	Hypertension artérielle et grossesse
	2	26	Prévention des risques fœtaux liés aux toxiques

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

HEMORRAGIE DU TROISIEME TRIMESTRE **(CI TV avant écho)**	
Placenta Prævia	Hématome rétro-placentaire
Pas d'HTA gravidique Métrorragies rouges, indolores +/- provoquées Utérus souple Présentation fœtale (tête) haute Position par rapport au col utérin ≠ marginal, latéral, recouvrant complet/partiel PEC selon la tolérance materno-fœtale	Contexte d'HTA gravidique (TA/BU) Métrorragies sang noir Utérus de bois HU augmentée Lentille BICONVEXE à l'écho **EXTRACTION FŒTALE en URGENCE** Risque de CIVD maternelle
Autres diagnostics : (plus rare) : placenta accreta (ATCD de césarienne), hémorragie de Benckiser, rupture utérine (fréquent) : hématome décidual marginal, décollement prématuré d'un placenta normalement inséré (DPPNI)	

UE ECN+ Guide Pratique

la référence !

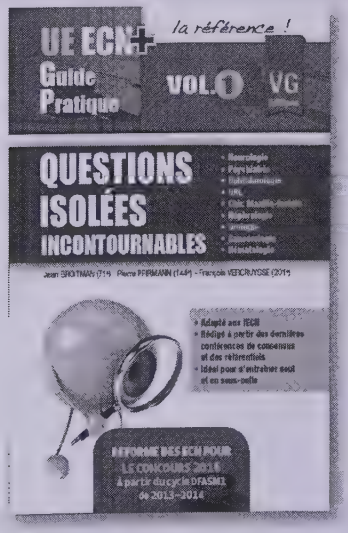
VG Editions

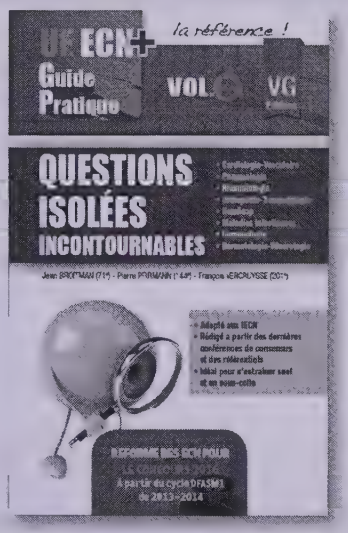
QUESTIONS ISOLÉES INCONTOURNABLES

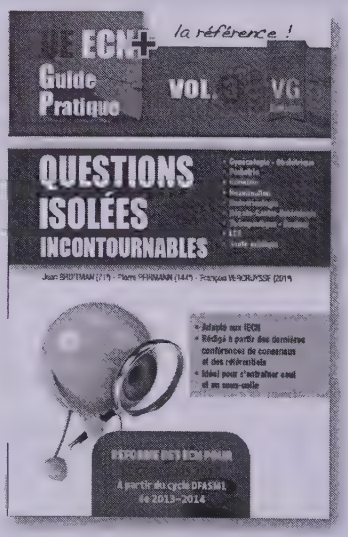
- Neurologie
- Psychiatrie
- Ophtalmologie
- ORL
- Chir. Maxillo-faciale
- Néphrologie
- Urologie
- Cancérologie
- Hématologie

- Adapté aux IECN
- Rédigé à partir des dernières conférences de consensus et des référentiels
- Idéal pour s'entraîner seul et en sous-colle

3 VOLUMES







REFORME DES ECN POUR LE CONCOURS 2016
À partir du cycle DFASM1 de 2013-2014

Synthèse + Consensus

UE dossier clinique progressif N° 9

Ginette, la reine des boulettes

1 Enoncé

C'est le mardi et comme d'habitude vos consultations s'enchaînent. C'est au tour de Ginette K. âgée de 62 ans de vous raconter ses misères. Cela va bien faire 20 ans qu'elle n'a pas vu de gynécologue. « Oh ba dam, pour ki fère, tout allé ben !! »

Elle vous dit avoir eu 4 enfants âgés de 42 - 41 - 39 et 35 ans. Elle vous dit ne pas avoir d'autres antécédents médico-chirurgicaux. Cependant, elle prend un petit traitement pour la tension et n'en a plus : AMLOR® 5mg 1 le matin. C'est dans sa famille que ça coince : son plus jeune frère de 45 ans a eu une 'boule' au colon, son père est décédé de ça aussi et sa tante a eu une 'boule' aux ovaires.

Alors qu'elle était tranquille et ne saignait plus depuis 2 ans, voilà que ses règles sont de retour.

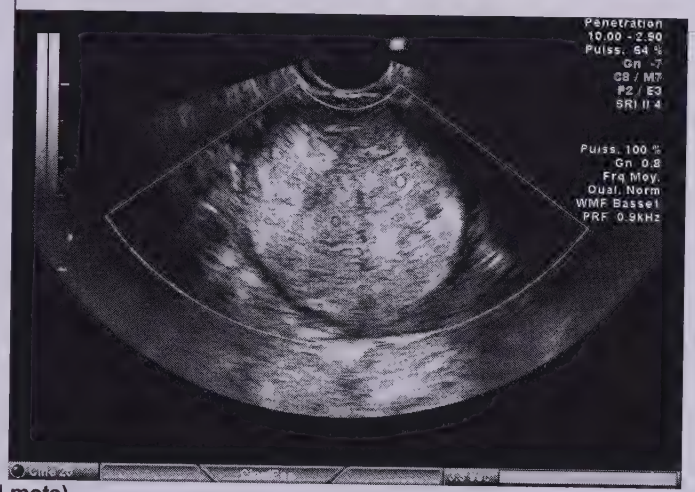
QROC 1	**Quel est le premier diagnostic à suspecter chez cette patiente ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Quels sont les facteurs de risque du cancer de l'endomètre parmi ceux-ci ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Nulliparité
B -	Prise de Taxotère®
C -	HTA
D -	Obésité
E -	Tabac
F -	Puberté précoce
G -	Hyperoestrogénémie
H -	Absence d'allaitement
I -	Multipare
J -	SOPK
K -	Infection à HPV
L -	IST

QCM 3	**A l'examen clinique, on retrouve au toucher vaginal un utérus mou, indolore, globuleux. L'examen au spéculum objective des métrorragies d'origine intra-utérine et l'absence d'anomalies du col. La palpation des seins est normale.** **Quels sont vos examens complémentaires ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Mammographie bilatérale
B -	Echographie pelvienne
C -	CA 15-3
D -	CA 125
E -	ACE
F -	TDM pelvienne
G -	IRM pelvienne
H -	Hystéroscopie diagnostique
I -	Hystéro-salpingoraphie
J -	Test au bleu
K -	Biopsies à la canule de Djokovic
L -	Scintigraphie osseuse

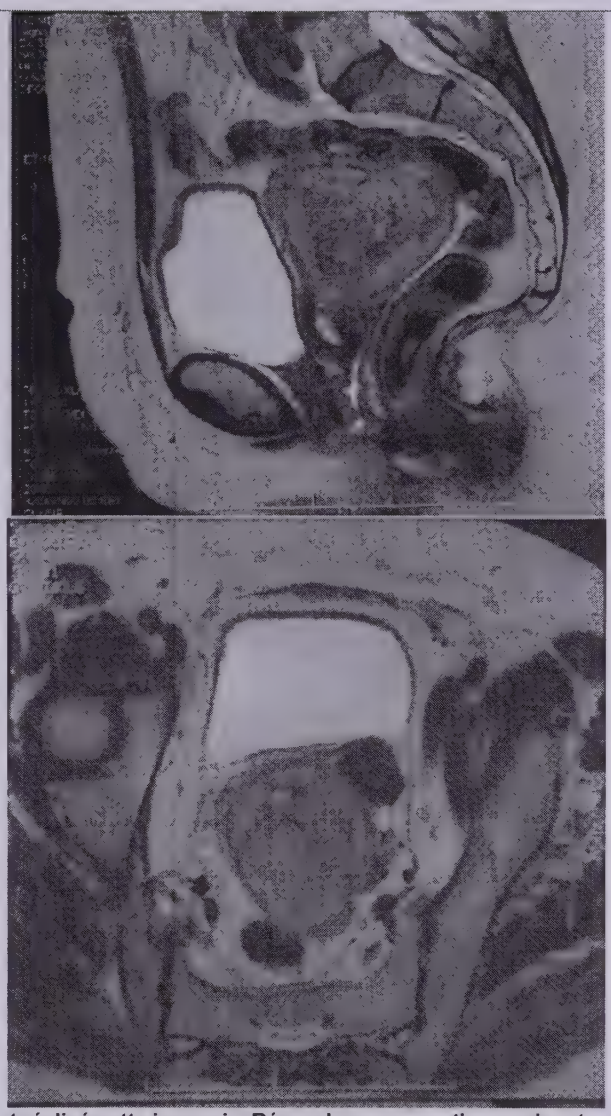
QROC 4

Vous retrouvez cette image à l'échographie. Commentez



Texte libre (1 à 4 mots)

QCM 5



Vous avez également réalisé cette imagerie. Répondez aux questions suivantes. (Jusqu'à 10 réponses)

A - Il s'agit d'une tomodensitométie pelvienne avec injection
B - Il s'agit d'une tomodensitométrie pelvienne sans injection
C - Il s'agit d'une imagerie par raisonnance magnétique en coupes frontale et sagittale
D - Il s'agit d'une imagerie par raisonnance magnétique en coupes sagittale et transversale
E - Il s'agit d'une imagerie par raisonnance magnétique en séquence T2
F - Il s'agit d'une imagerie par raisonnance magnétique en séquence T1
G - Il s'agit d'une imagerie par raisonnance magnétique en séquence T1 avec injection de Gadolinium
H - Il s'agit d'un cancer rectal avec envahissement de la paroi utérine
I - Il s'agit d'un cancer de l'endocol envahissant le vagin
J - Il s'agit d'un cancer de l'endomètre sans envahissement de la vessie
K - Il s'agit d'un cancer de l'endomètre avec envahissement de la vessie
L - Il s'agit d'un cancer de l'endomètre avec envahissement du rectum

QCM 6	**Vous interrogez votre externe sur la classification FIGO. Quelles sont les bonnes associations parmi les suivantes ? (Jusqu'à 8 réponses)**

A - Stade I = limité au col de l'utérus
B - Stade IIa = atteinte des 2/3 supérieurs du dôme vaginal
C - Stade III = extension péritonéale microscopique
D - Stade Ib = envahissement < 50 % du myomètre
E - Stade II = tumeur limitée à l'utérus
F - Stade IIb = extension à la muqueuse vésicale
G - Stade III = hydronéphrose
H - Stade Ia = envahissement ne dépassant pas la moitié du myomètre
I - Stade II = atteinte des ganglions pelviens
J - Stade IIIc = rupture capsulaire
K - Stade II = tumeur épargnant le stroma cervical
L - Stade IIIa = atteinte des séreuses ou annexes

QCM 7	**Devant ce tableau familial, vous suspectez une maladie génétique qui sera à explorer en consultation oncogénétique. Donnez les réponses correctes. (Jusqu'à 9 réponses)**

A - On suspecte une polypose adénomateuse familiale
B - On suspecte un syndrome HNPCC
C - Il s'agit d'une maladie liée à l'X
D - Il s'agit d'une maladie autosomique dominante
E - Les critères cliniques de Copenhague aident au diagnostic
F - Ces critères correspondent à : 2 cancers du même spectre, 2 générations successives, 2 cas avant 50 ans
G - Cela ne correspond pas à la mutation du gène APC
H - Cela correspond à une anomalie du système MMR
I - Une coloscopie tous les 5 ans est préconisée

QROC 8	**Citez les 3 cancers pour lesquels on peut proposer un dépistage de masse à Ginette. (4 mots)**

QCM 9	**On réalise une hystérectomie à la patiente qui est actuellement en remission. Ginette, très contente de sa prise en charge, revient vous voir avec sa petite fille, âgée de 17 ans. Elles s'interrogent sur la prévention du cancer du col de l'utérus. Cochez les réponses exactes. (Jusqu'à 10 réponses)**

A - La vaccination protège à 100% contre le cancer du col
B - La vaccination rend non nécessaire la réalisation des frottis cervico-utérins
C - La vaccination tétravalente lutte contre HPV 6-11-16-18
D - La prévention primaire est faite grâce aux frottis cervico-urtérins
E - Le vaccin est préconisée à partir de l'âge de 11 ans
F - Un rattrapage est possible dans les 5 ans après les premiers rapports sexuels
G - Les frottis sont réalisés tous les 3 ans après deux frottis normaux à 1 an d'écart
H - La vaccination HPV protège directement les hommes par passage muqueux
I - Les HPV 6 et 11 sont à haut risque de développer un cancer du col contrairement aux HPV 16 et 18
J - Les virus HPV sont oncogènes
K - La vaccination contre HPV ne dispense pas de la prévention des IST (port de préservatifs)
L - La prévention secondaire est faite de la vaccination anti-HPV

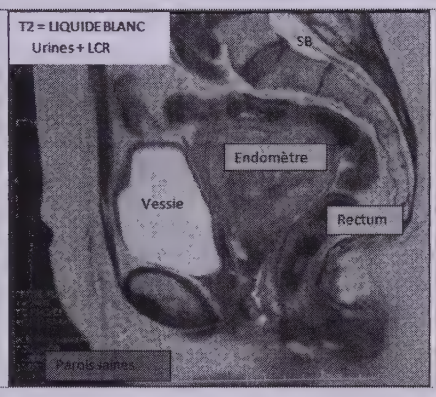
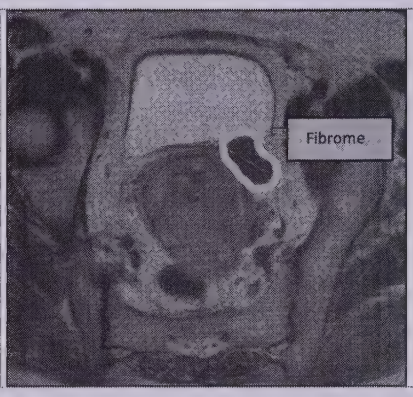
2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier typique de cancer de l'endomètre
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Toutes métrorragies chez la femme ménopausée = CANCER de L'ENDOMETRE +++
  - Cancers multiples dans la famille = consultation oncogénétique
  - Penser à proposer les autres dépistages de masse
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - IRM (os gris) ≠ TDM (os très blanc+++)
  - T2 (Liquide blanc) ≠ T1, injection de Gadolinium possible qu'en séquence T1
  - Pour le FIGO : faire par élimination, puis bien se rappeler de son anatomie

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	3	FdR à connaître : • Hyperoestrogénémie × Nulliparité × Puberté précoce × Ménopause tardive • Syndrome métabolique × HTA × Obésité × Diabète • Prise de Tamoxifène® (et non Taxotère® = chimiothérapie) • HNPCC • Hérédité
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 3	A -	V	3	Paraclinique • DIAGNOSTIQUE : - Biopsies d'endomètre (3 façons) × Curetage biopsique sous AG (hystéroscopique) × Canule de Novak : en consultation sous spéculum + racler × Pipelle de Cornier (souple) : en consultation, simple aspiration • BILAN D'EXTENSION : - IRM, TDM si CI à l'IRM • Recherche des autres cancers HORMONO-DEPENDANTS+++ • Mammographie bilatérale (surtout qu'elle n'a pas vu de gynécologue depuis 20ans)
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	

QCM 5	A -	F	3	 
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	4	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 6	A -	F	3	Il est intéressant de connaître les classifications FIGO. C'est difficile car on se mélange vite les pinceaux ! Le mieux est de les apprendre ensemble pour ne pas les confondre et surtout s'aider de l'anatomie. • Cf schéma synthèse
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	4	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	V	4	
QCM 7	A -	F	2	Revoir l'item sur le cancer du colon • PAF : polypose adénomateuse familiale - Transmission autosomique dominante × Mutation du gène APC × Coloscopie tous les ans puis colectomie totale préventive • HNPCC : syndrome de Lynch = Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer - Transmission autosomique dominante × Mutation du système MMR × Coloscopie tous les 2 ans
	B -	V	6	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
QCM 9	A -	F	4	Vaccination HPV • Nouveau calendrier vaccinal (simplifié, à connaître par coeur) - Dès 11 ans avec le rappel du DTP × Tétravalent = Gardasil ®=anti HPV 16-18 (risque fort) et 6-11 (faible) × Bivalent = Cervarix®= antiHPV 16-18 • LA VACCINATION NE SE SUBSTITUE PAS AUX FCU +++++ - Dépistage et prévention = thèmes à la mode
	B -	F	4	
	C -	V	4	
	D -	F	4	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	V	4	
	H -	F	4	
	I -	F	4	
	J -	V	4	
	K -	V	4	
	L -	F	4	
			220	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Cancer de l'endomètre	10	**Toutes métrorragies chez la femme ménopausée = CANCER de L'ENDOMETRE +++** × Jusqu'à preuve du contraire

QROC 4	• Hyperplasie de l'endomètre • Hypervascularisée	20 20	Exemple à un stade moins évolué : coupe transversale Coupe sagittale chez cette même patiente × Endomètre épaissi à 4cm >> 8 mm
QROC 8	• Sein • Colon • Col utérin	10 10 10	• Mammographie bilatérale tous les 2 ans • Coloscopie tous les 2 ans • FCU tous les 3 ans
		80	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

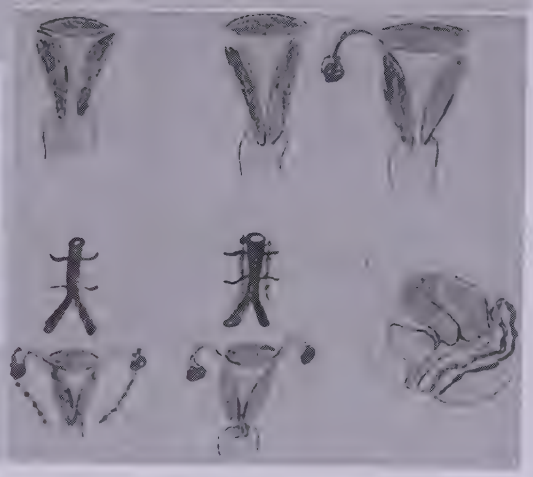
TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	9	297	Tumeur du corps utérin
Questions accessoires	9	297	Tumeur du col utérin
	9	287	Dépistage des cancers
	9	288	Oncogénétique

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

FIGO ENDOMETRE

STADE I	Limité au CORPS de l'utérus
Ia	< 50% du myomètre
Ib	>50% du myomètre
STADE II	Limité à l'utérus (COL +CORPS atteints)
STADE III	EXTENSION LOCO-REGIONALE
IIIa	Séreuse et/ou annexes
IIIb	Vaginale et/ou paramétrale
IIIc	Ganglions pelviens et/ou lombo-aortiques
STADE IV	EXTENSION A DISTANCE
IVa	Muqueuse vésicale et/ou intestinale
IVb	Métastases à distances dont intra-abdo et/ou gg inguinaux



FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

Guide ALD
Décembre 2010

Cancer de l'endomètre

Cancer gynécologique *le plus fréquent* **HORMONO-DEPENDANT**

- Femme ménopausée (68 ans),
- FDR = Obésité / Diabète / Tamoxifène / Antioestrogénémie
  - Clinique :
    - **METRORRAGIES POST-MENOPAUSIQUES +++**
    - Leucorrhées rosées ou purulentes
    - Examens abdomino-pelvien et ganglionnaire
    - Spéculum + TV : atteinte du col ?
  - Paraclinique :
    - BIOPSIES de l'endomètre
    - IRM pelvienne + aires ganglionnaires
    - Pas de marqueur spécifique
  - Traitement :
    - Hystérectomie totale +++ annexiectomie bilatérale + lympadénectomie > Anapath
    - Radiothérapie +/- curiethérapie
    - Chimiothérapie : sels de platine, taxotère ou anthracyclines
    - Surveillance clinique des signes de récidive
  - Dépistage des cancers secondaires : vessie, colon, seins
- Forme particulière = HNPCC = Syndrome de LYNCH

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 10

C'est la cerise sur le gâteau

1 Enoncé

Ca y est, c'est la consultation du 4ème mois pour Mme D. âgée de 36 ans qui a pris rendez-vous pour sa deuxième échographie. Vous reprenez son carnet de maternité.

Elle est G2P1. Son petit premier, Kyllian, a 3 ans et se porte bien. Il pesait 4.1kg à la naissance à terme. Elle mesure 1m67 pour 82kg avant la grossesse, vous retrouvez 91kg5 ce jour. Parmi ses sérologies, on retrouve : rubéole +, toxoplasmose +, VIH-, VHC -, TPHA VDRL -. Son groupe sanguin est A positif. La BU ne montre rien de particulier. Ses tensions artérielles depuis le début de grossesse sont autour de 13/7. La hauteur utérine ce jour est à 21cm.

QCM 1	**Rappelez les réponses exactes concernant les modalités de dépistage du diabète gestationnel. (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Il se déroule entre la 24 et 28 SA (au 4ème mois)
B -	Il comprend un test de référence : le test O'Sullivan
C -	Il comprend la mesure de la glycémie à jeun chez toutes les patientes
D -	Il comprend une HGPO de 75g de sucre au deuxième trimestre
E -	Une mesure de la glycémie à jeun peut être proposée aux femmes à risque au deuxième trimestre
F -	On parle de diabète gestationnel uniquement lors de la découverte d'un diabète après 24 SA
G -	On parle toujours de diabète gestationnel quelque soit la date de découverte lors de la grossesse
H -	Les facteurs de risque de diabète gestationnel sont IMC > 35, âge > 25ans, ATCD familiaux de diabète
I -	Les facteurs de risque de diabète gestationnel sont ethnie afro-antillaise, SOPK et macrosomie (>4kg)
J -	Les facteurs de risque de diabète gestationnel sont surpoids, antécédent personnel de diabète gestationnel
K -	Les facteurs de risque de diabète gestationnel sont hydramnios et macrosomie découverts à l'échographie
L -	Les facteurs de risque de diabète gestationnel sont tabac, HTA et diabète de type II

QCM 2	**Vous revoyez cette patiente au 6èmois pour rechercher une hyperglycémie provoquée par voie orale. Elle ingère donc 75g de sucre après prélèvement d'une première glycémie à jeun (GAJ). Puis on dose la glycémie à 1 heure (H1) et à 2 heures (H2) de l'ingestion. Voici les résultats de 12 patientes différentes. Indiquez celles qui souffrent de diabète gestationnel. (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	GAJ = 0.82, H1 = 1.70 et H2 = 1.43 en g/l
B -	GAJ = 4.9, H1 = 9 et H2 = 7.5 en mmol/l
C -	GAJ = 0.92, H1 = 1.82 et H2 = 1.63 en g/l
D -	GAJ = 0.85, H1 = 1.78 et H2 = 1.56 en g/l
E -	GAJ = 5.1, H1 = 10 et H2 = 8.5 en mmol/l
F -	GAJ = 1.06, H1 = 2.1 et H2 = 2 en g/l
G -	GAJ = 0.85, H1 = 1.69 et H2 = 1.50 en g/l
H -	GAJ = 5, H1 = 9.5 et H2 = 8 en mmol/l
I -	GAJ = 0.72, H1 = 1.60 et H2 = 1.33 en g/l
J -	GAJ = 0.95, H1 = 1.78 et H2 = 1.60 en g/l
K -	GAJ = 4.7, H1 = 11 et H2 = 8 en mmol/l
L -	GAJ = 0.75, H1 = 1.50 et H2 = 1.50 en g/l

QCM 3	**Votre patiente a une HGPO positive et présente donc un diabète gestationnel. Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Multidisciplinaire
B -	Ambulatoire
C -	Règles hygiéno-diététiques
D -	Auto-surveillance glycémique
E -	Education de la patiente
F -	Metformine® en première intention
G -	Glucophage® en première intention
H -	Insulinothérapie si échec des premières mesures
I -	Hospitalisation en urgence
J -	Régime diabétique à vie
K -	Carnet de surveillance des glycémies
L -	Régime hypocalorique strict à 1000 kcal/jour

QCM 4	**Quels sont vos objectifs biologiques pour le suivi ? *Légende* : glycémie à jeun (GAJ), glycémie à 1 heure (H1) et à 2 heures (H2) (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	GAJ < 0.85, H1 < 1.40 et H2 < 1.20 en g/l
B -	GAJ < 0.90, H1 < 1.30 et H2 < 1.10 en g/l
C -	GAJ < 0.95, H1 < 1.30 et H2 < 1.20 en g/l
D -	GAJ < 0.95, H1 < 1.40 et H2 < 1.20 en g/l
E -	GAJ < 5, H1 < 7 et H2 < 6.6 en mmol/l
F -	GAJ < 5.25, H1 < 7 et H2 < 6.6 en mmol/l
G -	GAJ < 5.25, H1 < 7.8 et H2 < 6.6 en mmol/l
H -	GAJ < 5.25, H1 < 7.8 et H2 < 7 en mmol/l
I -	HbA1c ≤ 6.5 %
J -	HbA1c ≤ 7%
K -	HbA1c ≤ 8%
L -	HbA1c ≤ 9 %

QROC 5	**Voici l'échographie du troisième trimestre. Rappelez l'objectif de celle-ci en un mot. Visionnez la vidéo numéro 3 et déterminez quelle biométrie manquante à celle-ci est indispensable pour estimer le poids foetal ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 6	**Quelles sont les complications maternelles à court terme du diabète gestationnel ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	HTA gravidique
B -	Malformation cardiaque
C -	Infection urinaire
D -	Hypoglycémie néonatale
E -	Dystocie des épaules
F -	Maladies de membranes hyalines
G -	Pré-éclampsie
H -	Hydramnios
I -	Endométrite du post-partum
J -	Macrosomie
K -	Césarienne
L -	Hémorragie de la délivrance

QCM 7	**Quelles sont les complications foetales et néonatales du diabète gestationnel ? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - HTA gravidique
B - Hypoglycémie néonatale
C - Malformation cardiaque
D - Infection urinaire
E - Mort fœtale in vagina
F - Pré-éclampsie
G - Accouchement prématuré
H - Encéphalopathie anoxique
I - Déchirure cervico-vaginale
J - Hydramnios
K - Paralysie du plexus brachial
L - Maladie des membranes hyalines

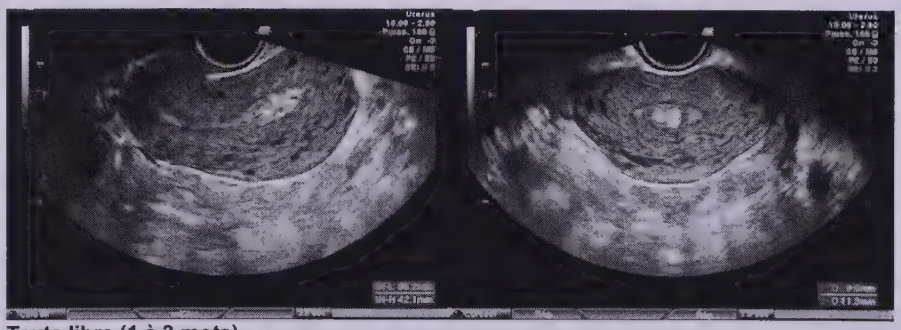
QROC 8	**Après échec des règles hygièno-diétiques simples, la patiente est mise sous insuline, ce qui permet de stabiliser le diabète gestationnel. Une césarienne est programmée du fait d'une macrosomie importante (4.7kg). Elle accouche donc par césarienne le 1er février d'un petit Charles-Apollon, 4.650kg, un beau bébé! Elle est hospitalisée en suite de couche et allaite. Elle reste hospitalisée une semaine de plus pour suspicion de phlébite veineuse. Son moral en prend un coup !** **Alors que vous faites la visite 10 jours plus tard, une sage-femme vous appelle, affolée, pour que veniez voir votre patiente qui a soudainement changer de comportement. Cette dernière est persuadée qu'on a échangé son bébé avec celui d'Héra, épouse de Zeus. Elle vous dit "être fatiguée et vouloir rejoindre le ciel funestre rempli de cigognes". Elle vous dit être en l'an 1923, "année lugubre où la malediction a fait rage". Son conjoint ne la reconnait plus.** **Quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) à évoquer en première intention ?** **Texte libre (1 à 4 mots)**

QCM 9	**L'imagerie cérébrale est normale. Vous en concluez à une cause psychiatrique. Quelle est votre prise en charge de cet épisode? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Unité mère/enfant
B - Pas de séparation de la mère et de son enfant
C - Antidépresseur
D - Poursuite de l'allaitement
E - Soutien psychologique du conjoint
F - Bromocriptine®
G - Neuroleptiques anti-psychotiques
H - Examen du nouveau-né et recherche de maltraitance
I - Prévention du risque suicidaire
J - Prévention du risque infanticide
K - Rapprochement rapide de la mère et de l'enfant
L - Prise en charge obstétrique seule

QROC 10

Si vous aviez eu ces images échographiques (ce qui n'est pas le cas de la patiente précédente), quelle aurait été la cause de ce tableau ?



Texte libre (1 à 3 mots)

QROC 11	**C'est l'après-midi et vous reprenez les consultations. Vous réalisez une échographie à votre première patiente. Que remarquez vous ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

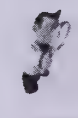
- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de diabète gestationnel et psychose puerpérale
  - Difficulté : 3/3 très difficile (ne soyez pas effrayés !! Faisable avec de la méthode et son cours bien en tête)
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Diabète gestationnel = CONTRE-INDICATION aux ADO
  - Définition biologique +++
  - Psychose puerpérale = séparation mère/enfant, arrêt allaitement, neuroleptiques, CI Bromocriptine®, risques suicidaire et infanticide
  - Toujours éliminer l'ORGANICITE devant un tableau psychiatrique
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Pour les réponses chiffrées, notez les bonnes valeurs seuils à côté et rayer toutes les fausses pour gagner du temps
  - Devant une échographie sans énoncé (QCM 10), regardez ce qui saute aux yeux

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	Dépistage du diabète gestationnel : • Au 1er trimestre - Dosage de la glycémie à jeun chez les femmes à risque × Diabète de type II préexistant si découvert avant 24 SA × Diabète gestationnel après 24 SA • Au 2ème trimestre - HGPO 75 g de sucre × Glycémie à jeun, à 1 et 2 heures
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 2	A -	F	2	Etre méthodique +++ • Recopier les valeurs normales à côté, rayer les valeurs fausses - Garder les lignes où AU MOINS UNE VALEUR EST BONNE - On parle de diabète gestationnel quand on a UNE des valeurs suivantes : × **GAJ ≥ 0.92 g/l ou ≥ 5.1 mmol/l** × **H1 ≥ 1.80 g/l ou ≥ 10 mmol/l** × **H2 ≥ 1.53 g/l ou ≥ 8.5 mmol/l**
	B -	F	2	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	V	4	
	K -	V	4	
	L -	F	2	
QCM 3	A -	V	2	CONTRE-INDICATION aux ADO +++ • Prise en charge ambulatoire pluridisciplinaire - RHD × Régime sans sucre hypocalorique SANS JAMAIS être < 1800 kcal/jour
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	

	E -	V	2	× Surveillance glycémique + carnet UN MOT CLE EN DIABETO = EDUCATION • Insulinothérapie si échec des mesures initiales
	F -	F	5	
	G -	F	5	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 4	A -	F	2	Idem QCM 2, être méthodique pour ne pas perdre de temps sur ce genre de question. • Connaître par coeur les objectifs glycémiques × **GAJ STRICTEMENT < 0.95 g/l ou < 5.25 mmol/l** × **H1 STRICTEMENT < 1.40 g/l ou < 7.8 mmol/l** × **H2 STRICTEMENT < 1.20 g/l ou < 6.6 mmol/l** × **HbA1c ≤ 6.5%** • Conversion à connaître - **g/l x 5.5 = mmol/l** - **mmol/l x 0.18 = g/l**
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	4	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	4	
	H -	F	2	
	I -	V	4	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 6	A -	V	2	Attention à bien différencier les risques maternels et foetaux
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 7	A -	F	2	Attention il n'y a pas de risque de malformations foetales dans le diabète gestationnel, mais dans le DIABETE de type I ou de type II méconnu ou déséquilibré avec hyperglycémie pré-conceptionnelle.
	B -	V	2	
	C -	F	10	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 9	A -	V	2	• A savoir - Unité mère/enfant, séparation puis rapprochement précoce PROGRESSIF × Arrêt de l'allaitement × Neuroleptiques × Soutien psychologique mère et PERE × CI Bromocriptine®
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 5	• Croissance • Longueur Fémorale	10 10	Poids foetal estimé à partir de 3 mesures • Macrosomie = > 4 kg (ici 4.7kg) - Biométries à connaître × BIP : Diamètre bi-pariétal × PA : Périmètre abdominal × LF = Longueur fémorale
QROC 8	• Psychose puerpérale • Thrombophlébite cérébrale	20 30	Rare mais gravissime
QROC 10	• Rétention placentaire	20	Devant un tableau psychiatrique, toujours éliminer l'organicité : × Rétention placentaire × Thrombophlébite cérébrale
QROC 11	• Un DIU	10	Sur l'échographie : • Image hyperéchogène au sein de la cavité uterine = DIU - L'échographie permet de vérifier le bon positionnement du DIU après la pose
		100	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	252	Diabète et Grossesse
Questions accessoires	3	67	Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum
	8	252	Nutrition et Grossesse
	2	35	Contraception (DIU)

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

DIABETE GESTATIONNEL : après 24 SA (avant = D2 méconnu)

- Définition biologique
- FdR = IMC > 25, âge > 35 ans, ATCD personnel ou familial au premier degré de diabète gestationnel
  SOPK, ethnie africaine / antillaise / maghrébine, macrosomie, MFIU inexpliquée
  - Diagnostic biologique
    - × Dépistage T1 : Glycémie à jeun si FdR : ≥ 1.26 g/l = D2 méconnu
    - × HGPO T2 : une valeur parmi
    - × **GAJ ≥ 0.92 g/l ou ≥ 5.1 mmol/l**
    - × **H1 ≥ 1.80 g/l ou ≥ 10 mmol/l**
    - × **H2 ≥ 1.53 g/l ou ≥ 8.5 mmol/l**
  - RHD, régime hypocalorique (toujours > 1800kcal)
  - CONTRE INDICATION AUX ADO
  - Insulinothérapie si échec
  - EDUCATION, carnet de surveillance
- **Complications**
  - Maternelles : HTA gravidique, risque infectieux augmenté, traumatisme obstétrical, césarienne
  - Fœtales : macrosomie, dystocie des épaules, paralysie du plexus brachial, prématurité, hydramnios, MFIU
    - × PAS DE MALFORMATIONS CONGENITALES (D1 ou D2 avec hyperglycémie péri-conceptionnelle)
  - Néonatales : hypoglycémie, détresse respiratoire (MMH), hypocalcémie, ictère

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 11

La mayonnaise ne veut pas prendre

1 Enoncé

Vous recevez en juin un couple en consultation qui a besoin d'aide. En effet, ils n'arrivent pas à avoir d'enfant. La patiente a arrêté sa pilule depuis mai l'année dernière sans succès. Ils ont lu beaucoup de choses sur internet et ont peur d'être stériles.

QCM 1	**Comment menez-vous l'interrogatoire chez ce couple en détresse ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Recherche du mode de vie : profession
B -	Recherche de prise de toxiques : tabac, alcool
C -	Recherche d'obtention d'autres grossesses avec un autre partenaire antérieur
D -	Recherche d'une infection par la rougeole chez l'homme (orchite ?)
E -	Recherche d'une consanguinité
F -	Recherche d'une hémochromatose familiale
G -	Recherche de prise de statines
H -	Recherche d'une cryptorchidie
I -	Recherche d'une cure d'hernie inguinale bilatérale masculine
J -	Recherche d'une dyspareunie féminine
K -	Recherche d'une exposition familiale au Distilbène® chez l'homme
L -	Recherche d'une chirurgie de l'appendicite chez la femme

QCM 2	**Comment menez-vous l'examen clinique chez ce couple ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Galactorrhée
B -	Palpation de la thyroïde
C -	Morphotype
D -	Hirsutisme
E -	Palpation des seins
F -	Stade de Tanner
G -	Gynécomastie
H -	Varicocèle
I -	Pilosité
J -	Recherche de cicatrices
K -	Palpation de la verge et du cordon spermatique
L -	Palpation des testicules

QCM 3	**Quels sont les examens paracliniques de première intention à réaliser chez ce couple ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Dosage à J5 du cycle de la LH, FSH, Oestrogènes et Progestérones chez la femme
B -	Courbe de température chez l'homme
C -	Sérologies VIH 1+2 avec accord pour les deux
D -	Hystérosonographie chez la femme
E -	Test de Hühner
F -	Spermo-cytogramme chez l'homme
G -	TSH chez la femme
H -	PRL chez l'homme
I -	Echographie pelvienne chez la femme
J -	Sérologie hépatite C chez les deux
K -	Groupe sanguin ABO et rhésus maternel
L -	Sérologie toxoplasmose chez la femme

QCM 4	**Vous avez fait réaliser un spermo-cytogramme chez le patient. Cochez les réponses exactes. (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Il est réalisé par ponction trans-testiculaire sous anesthésie locale
B -	L'abstinence quelques jours avant le prélèvement est conseillée
C -	L'asthénospermie correspond à la présence de formes atypiques de spermatozoïdes
D -	L'azoospermie correspond à l'absence totale de spermatozoïdes
E -	L'hypospermie correspond à moins de 40 millions de spermatozoïdes dans l'éjaculat
F -	La tératospermie correspond à > 50 % de spermatozoïdes immobiles
G -	L'oligospermie correspond à un volume d'éjaculat inférieur à 1.5 ml
H -	L'asthénospermie correspond à moins de 32% de spermatozoïdes mobiles progressifs
I -	L'azoospermie correspond à l'absence d'éjaculat
J -	L'hypospermie correspond à un volume d'éjaculat < 1.5 ml
K -	La tératospermie correspond à plus de 50% de spermatozoïdes morts
L -	L'oligospermie correspond à une diminution du nombre de spermatozoïdes dans l'éjaculat

QROC 5	**Citez 3 contre indications à la réalisation d'une hystéro-salpingographie. Texte libre (1 à 4 mots)**

QCM 6	**Vous apprenez à l'interrogatoire que la patiente a 30 ans, qu'elle est directrice de crèche, qu'elle ne prend pas de médicaments et qu'elle a eu une conisation dans les suites d'un cancer du col CIN2. Ses cycles sont réguliers et ses règles non douloureuses, d'abondance normale. Concernant le patient, il a 32 ans, est boulanger-pâtissier à son compte, sans antécédents médico-chirurgicaux et son spermo-cytogramme est normal. Ils n'ont eu aucun enfant de leur côté avec des partenaires différents. Le couple a des rapports sexuels fréquents, non douloureux. Le test post coïtal est anormal. Donnez les réponses vraies. (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	On suspecte une stérilité féminine secondaire
B -	On suspecte une stérilité féminine primaire
C -	On suspecte une infertilité masculine primaire
D -	On suspecte une infertilité féminine primaire
E -	Il s'agit probablement d'une étiologie tubaire
F -	Il s'agit probablement d'un obstacle sur les canaux déférents
G -	Il s'agit probablement d'une endométriose
H -	Il s'agit probablement d'une anomalie de la glaire cervicale
I -	Il est recommandé de faire une FIV d'emblée
J -	Il est recommandé de faire une ICSI d'emblée
K -	Il est recommandé de faire une induction d'ovulation d'emblée
L -	Il est recommandé de faire une insémination intra-utérine d'emblée

QROC 7	**Quelle est la condition anatomique indispensable avant de réaliser une insémination intra-utérine ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 8	**Malheureusement, les 6 inséminations intra-utérines successives échouent. Vous en venez donc à proposer une Fécondation In Vitro. Quelles sont les bonnes réponses concernant cette aide médicalisée à la procréation (AMP) ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	L'AMP est un acte régi par la loi Weil
B -	Elle s'adresse aux couples infertiles, vivants, mariés ou pacsés, hétérosexuels en âge de procréer
C -	Le consentement paternel n'est pas nécessaire depuis la révision de la loi en juillet 2011
D -	La FIV débute par une désensibilisation hypophysaire puis une stimulation ovarienne
E -	La ponction d'ovocytes a lieu par voie transcutanée
F -	La ponction d'ovocytes a lieu 36h après le déclenchement de l'ovulation
G -	La fécondation se fait dans les trompes maternelles
H -	Le ou les zygotes sont transférés dans l'utérus de la patiente 1 mois après la fécondation
I -	Le dosage des hCG ne peut pas être réalisé dans les 15 premiers jours après la FIV (serait positif)
J -	Le principal risque de la FIV est l'obtention de grossesses multiples
K -	Le spermatozoïde est injecté directement dans le cytoplasme
L -	La FIV est prise en charge à 100% par la sécurité sociale pour 8 tentatives

QROC 9	**Votre patiente présente après la stimulation ovarienne une douleur abdominale avec distension. Elle est dyspénique. A l'examen clinique vous retrouvez un murmure vésiculaire aboli des bases, une matité déclive abdominale. Par ailleurs, elle vous dit uriner moins. Son bilan rénal montre urée = 8 mmol/l, créatininémie = 215 µmol/l, clairance de la créatinine = 34 ml/min par formule MDRD.** **Quel diagnostic évoquez-vous devant ce tableau clinico-biologique ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 10	**La patiente désespérée vous pose des questions sur le don de gamètes. En effet, sa soeur serait prête à faire don d'un de ses ovocytes pour permettre à sa soeur de connaître la joie d'être mère. Quelles sont les réponses vraies parmi les suivantes ?** **(Jusqu'à 10 réponses)**

A - Le don de gamètes est rémunéré
B - Le don de gamètes est possible au sein d'une même famille
C - L'obligation d'avoir déjà eu un enfant avant le don de gamètes a été aboli depuis la révision des lois Bioéthiques
D - Le donneur de gamètes est volontaire et anonyme
E - Le processus de recueil des ovocytes d'une donneuse est simplifié par rapport à la FIV
F - Le recueil de sperme se fait par masturbation
G - Le CECOS gère le don de gamètes
H - L'homme donneur de sperme doit être âgé de moins de 45 ans
I - Le nombre de donneuses d'ovocytes est faible en France
J - Une évaluation sanitaire (bilan des IST) est indispensable avant le don

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier d'infertilité et d'Aide Médicalisée à la Procréation (AMP)
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Infertilité ≠ stérilité
  - Origine féminine, masculine ou mixte
  - AMP = médico-légal = consentement éclairé, centre agrée, PEC 100% (6 IIU, 4 FIV)
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - N'ayez pas peur de cocher toutes les réponses si elles vous paraissent bonnes (QCM 2)
  - Respecter le nombre de mots imposés au QROC (points négatifs ?)

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	3	L'interrogatoire de la femme, de l'homme puis du couple est l'étape clé du diagnostic. • Recherche des causes possibles - Ce sont les oreillons qui donnent une orchite, pas la rougeole × L'hémochromatose donne un hypogonadisme (impuissance) × La consanguinité +++ : anomalies chromosomiques ? × Chirurgies abdomino-pelviennes : dissection des canaux déférents chez l'homme, adhérences chez la femme
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 2	A -	V	2	Rf tableau synthèse • Et oui, tout était vrai, n'ayez pas peur de tout cocher
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 3	A -	F	2	• Courbe de température chez la FEMME pour - Dosages hormonaux à **J3 du cycle** × Progestéronémie × Oestradiolémie
	B -	F	2	
	C -	V	3	
	D -	F	2	
	E -	V	3	

	F -	V	3	
	G -	V	3	• Hystérosalpingoraphie et non hystérosonoraphie
	H -	F	2	• Test de Hühner = test post-coïtal
	I -	V	3	• Bilan sanitaire indispensable +++ (si AMP après)
	J -	V	3	- Sérologies (VIH avec ACCORD, VHC, VHB, syphilis) et prélèvements des OGE
	K -	V	3	• Ne pas oublier le BILAN PRECONCEPTION HABITUEL +++
	L -	V	3	- Sérologies Rubéole, Toxoplasmose, Groupe ABO Rhésus
QCM 4	A -	F	3	Ne pas se mélanger les pinceaux
	B -	V	3	• Question de L2-DFASM1
	C -	F	3	- A apprendre :
	D -	V	3	× HYPOSPERMIE = volume éjaculat < 1.5 ml
	E -	F	3	× OLIGOSPERMIE = < 40 Millions de spermatozoides
	F -	F	3	× AZOOSPERMIE = absence totale de spermatozoides
	G -	V	3	× ASTHENOSPERMIE = < 32% de spermatozoides mobiles
	H -	V	3	× TERATOSPERMIE = < 4% de spermatozoides normaux
	I -	F	3	× NECROSPERMIE = > 42 % se spermatozoides morts
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 6	A -	F	4	
	B -	F	4	• On ne parle plus de stérilité mais d'INFERTILIE (laisser de l'espoir)
	C -	F	4	- Définition
	D -	V	4	× PRIMAIRE : pas de fertilité antérieure
	E -	F	4	× SECONDAIRE : fertilité antérieure possible
	F -	F	4	
	G -	F	4	• Causes féminine / masculine / mixte
	H -	V	4	- La conisation peut être réalisée trop haute et atteindre le col utérin qui ne secrète plus de glaire cervicale
	I -	F	4	× Première indication à l'Insémination Intra Utérine (IIU)
	J -	F	4	
	K -	F	4	
	L -	V	4	
QCM 8	A -	F	2	L'AMP est régie par les lois de BIOETHIQUES
	B -	V	2	
	C -	F	2	• Le consentement écrit des 2 futurs parents est indispensable
	D -	V	2	• La ponction d'ovocytes a lieu par voie transvaginale
	E -	F	2	• Le transfert de l'embryon au stage zygote (4-8 cellules) se fait 48-72 heures après
	F -	V	2	• ICSI ≠ FIV = injection d'un spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovocyte
	G -	F	2	• PEC à 100% de 6 IIU et 4 FIV
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 10	A -	F	2	
	B -	F	2	DON DE GAMETES :
	C -	V	2	• Anonyme, volontaire et GRATUIT
	D -	V	2	- Abolition de la nécessité d'avoir déjà eu un enfant auparavant
	E -	F	2	- Même processus que pour la FIV pour la ponction d'ovocytes
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
			220	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 5	• Infection • Métrorragies • Allergie iode	10 10 10	Hystéro-salpingo-graphie • Exploration des trompes - A noter que la GROSSESSE est aussi une CI
QROC 7	• Perméabilité tubaire	20	Avant de faire une IIU • Perméabilité des trompes indispensable sinon on passe à la FIV
QROC 9	• Hyperstimulation ovarienne	30	Tableau de douleur abdominale et épanchement des séreuses au cours d'une stimulation ovarienne • Surveillance clinique et biologique rapprochée
		80	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	2	38	Assistance médicale à la procréation
Questions accessoires	2	37	Stérilité du couple

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

	Insémination Intra-Utérine IIU	FIV **/ I\ FdR GEU**	ICSI
Condition préalable	Perméabilité tubaire	CARYOTYPE normal	CARYOTYPE normal
Déroulement	Désensibilisation hypophysaire : Analogue LHRH en continu Induction ovulation Déclenchement ovulation (hCG) Recueil sperme Insémination à 36h après le déclenchement des spz CAPICITES dans cavité utérine par KT souple	Désensibilisation hypophysaire : Analogue LHRH en continu Induction ovulation Déclenchement ovulation (hCG) Recueil sperme Ponction ovocytes transvaginale à 36h FIV en labo des spz capacités et ovocytes ponctionnés Transfert intra-utérin des zygotes (1 ou2) au stage 4-8 cellules à 48-72h Surveillance écho et dosage E2-LH	Idem FIV mais Injection Intra cytoplasmique d'UN SEUL spz dans l'ovocyte puis transfert *NB : septembre 2014 : Nouvelle technique de Montpellier pour visualiser l'embryon en 3D et impression 3D*
Indications	Anomalie glaire (conisation+++) Anomalie faible du sperme Troubles de l'érection	Etiologie TUBAIRE +++ Anomalie sévère du sperme Endométriose Echec IIU	OAT +++ Azoospermie Echec FIV classique
NB	Dosage hCG après 15 jours (sinon positif)		
Complications	Hyperstimulation ovarienne (HSO), Grossesses multiples, Torsion d'annexe		

UE ECN EN QUESTIONS ISOLEES

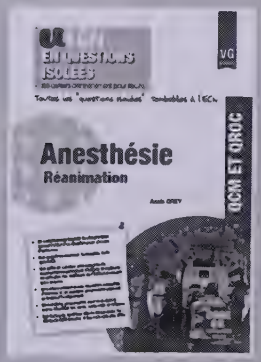
les cahiers d'entraînement pour l'ECN

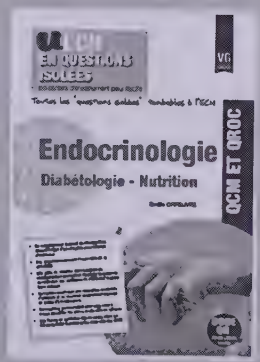
VG Editions

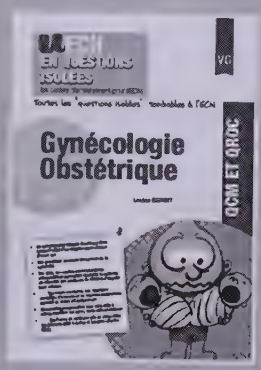
Toutes les "questions isolées" tombables à l'ECN

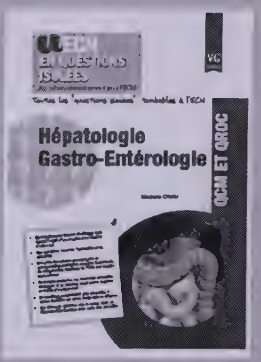
- **Un entraînement intensif de chaque item faisant l'objet d'un chapitre pour chacun d'entre eux**
- **Des questions couvrant l'ensemble de la spécialité**
- Une **grille de cotation** accompagnée de **commentaires** permettant d'adopter la **méthode de réflexion des meilleurs de l'ECN** et d'acquérir leurs **astuces**
- Un contenu **conforme aux nouvelles modalités d'examen et au nouveau programme** organisé en Unités d'Enseignement
- Un **coaching personnalisé** pour vous aider à **mieux identifier les zéros, mots-clés et réflexes**
- Des **fiches de synthèse** afin de mieux cibler les éléments QCM à cocher et les mots-clés des QROC

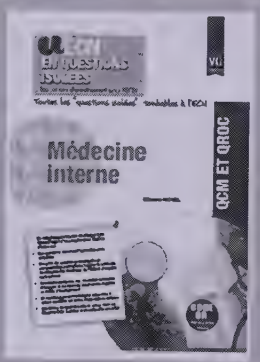
QCM ET QROC

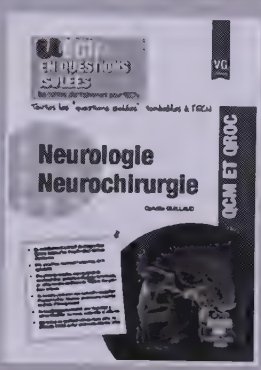












Retrouvez tous les ouvrages de cette collection en scannant ce code

http://www.vg-librairies.com/ecn/qroc-qcm/ue-ecn-en-questions-isolees.html

www.vg-editions.com

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 12

Sortez couvert

1 Enoncé

Vous êtes de garde aux urgences gynécologiques le 21 juin lorsque débarque dans votre bureau Melle Condon Célimène, 17 ans, affolée. En effet, elle était la veille à une soirée, légèrement arrosée et... elle n'a plus aucun souvenir de cette soirée et a peur d'avoir eu des relations sexuelles non protégées.

QCM 1	**Que recherchez-vous lors de votre interrogatoire ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Vaccination anti VHC
B -	Prise d'une contraception
C -	Vaccination anti-VIH
D -	Vaccination antitétanique
E -	Rapports sexuels antérieurs
F -	Douleurs vaginales uniquement
G -	Prise d'alcool
H -	Prise de benzodiazépines
I -	Idées suicidaires
J -	Antécédents psychiatriques
K -	Date des dernières règles
L -	Prise d'une douche depuis l'évènement

QCM 2	**Elle vous dit ne pas prendre de contraception car elle n'en avait pas l'utilité. Elle n'a jamais eu de rapports sexuels antérieurs. Tous ses vaccins sont à jour. Elle a pour seul antécédent une appendicectomie à l'âge de 14 ans. Elle ne prend aucun médicament. Ses dernières règles datent du 1er juin. Elle avoue avoir un peu abusé d'alcool pendant la soirée. Après elle a un trou noir et ne se souvient plus de rien. Elle est venue directement ici, à l'insu de ses parents, après s'être reveillée dans la rue. Elle se plaint de douleurs pelviennes et présente des traces de sang dans ses sous-vêtements. Quel est votre examen clinique ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Recueil du consentement pour l'examen gynécologique
B -	Recherche de traumatismes
C -	Etat de l'hymen
D -	Inspection de l'intérieur des cuisses
E -	Examen proctologique
F -	Réalisation de photographies
G -	Palpation des seins bilatérale symétrique
H -	Examen sous spéculum
I -	Examen neurologique
J -	Palpation des mollets
K -	Examen ORL
L -	Recherche d'un contact lombaire

QCM 3	**Vous retrouvez un hymen défloré avec métrorragies, ainsi que des contusions au niveau des bras et des cuisses. Les examens ORL et proctologique sont normaux. Quels examens paracliniques réalisez-vous en urgence ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Echographie pelvienne
B -	Sérologie rubéole
C -	Sérologie toxoplasmose
D -	hCG
E -	Sérologies VIH
F -	Alcoolémie
G -	Prélèvement de cheveux
H -	Prélèvement vaginal pour recherche de Gonocoque et Chlamydia
I -	Prélèvement buccal
J -	Prélèvement anal
K -	Récupérer les vêtements avec traces de sang ou sperme dans un sac en plastique
L -	Bilan hépatique

QCM 4	**Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Signalement au Procureur de la République seulement avec accord de la patiente
B -	Rédaction d'un certificat de coups et blessures avec Incapacité Temporaire de Travail
C -	Traitement anti-rétroviral en urgence
D -	C3G IM en dose unique
E -	Azythromicine® per os en dose unique
F -	Métronidazole® 7 jours
G -	Soutien psychologique
H -	Rapports sexuels protégés
I -	Contrôle sérologique à 6 mois
J -	Pose d'un DIU Miréna® lors de la consultation
K -	Prise de Progestatif de 2ème génération dans les 72 heures
L -	Norlevo® en vente libre, gratuit pour les mineures

QROC 5	**Heureusement la patiente s'en sort indemne : pas de bébé ni de virus à l'horizon ! Elle revient vous voir à l'âge de 21 ans car elle a recontré l'homme de sa vie et souhaiterait une contraception. Comment s'appelle l'indice permettant de déterminer la fiabilité d'une méthode contraceptive ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 6	**Quelles sont les bonnes réponses concernant la contraception hormonale ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	C'est la méthode de contraception la plus répandue
B -	Un bilan glycémique et lipidique est obligatoire avant toute prescription
C -	Les pilules micro-progestatives se prennent 21 jours sur 28
D -	Les pilules micro-progestatives sont des facteurs de risque de GEU
E -	La contraception œstro-progestative existe per os, en patch et en anneau
F -	Les traitements anticonvulsivants sont compatibles avec la contraception hormonale
G -	L'accès est gratuit et anonyme pour les mineurs
H -	Elle est efficace contre les IST
I -	Le Lévonorgestrel® est un progestatif de 2ème génération
J -	La majorité des pilules œstro-progestatives utilisent un œstrogène de synthèse : l'Ethinyl Estradiol®
K -	Elle induit une atrophie endométriale
L -	Elle modifie la glaire cervicale

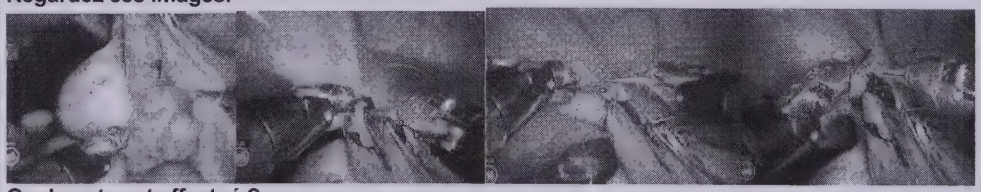
QCM 7	**Concernant la contraception non hormonale, quelles sont les réponses fausses ? (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Le DIU est contre-indiqué chez la nullipare
B -	Le DIU au cuivre est contre-indiqué dans la maladie de Wilson
C -	Le DIU Miréna® est contre-indiqué dans le cancer du sein
D -	Le DIU Miréna® est contre-indiqué dans le cancer de l'endomètre
E -	Le DIU Miréna® est contre-indiqué en cas de thrombose veineuse profonde
F -	L'effet du DIU est anti-nidatoire
G -	Le DIU bloque l'ovulation
H -	Il peut être posé en dehors des règles
I -	Le DIU au cuivre modifie la glaire cervicale
J -	Le DIU Miréna® est indiqué en première intention dans le traitement des ménorragies fonctionnelles
K -	Il est changé tous les 7 ans
L -	Il peut être posé par une sage-femme

QCM 8	**Vous la perdez de vue. Vous la retrouvez à 32 ans en suite de couche dans le service d'Obstétrique. Elle vient de mettre au monde le petit Aloïs, 2.8kg, bien portant. Son stérilet avait été retiré. Elle a décidé d'allaiter son petit garcon. Quelles sont les bonnes réponses concernant la contraception dans le post-partum ? (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Le retour de couche se fait 6 à 8 semaines après l'accouchement lors d'un allaitement artificiel
B -	Le retour de couche se fait 6 à 8 semaines après l'accouchement lors d'un allaitement maternel
C -	On propose à cette patiente la pose d'un stérilet d'emblée
D -	On propose à cette patiente la prise d'une contraception œstro-progestative 21 jours sur 28
E -	On propose à cette patiente une contraception microdosée
F -	On propose à cette patiente l'arrêt de l'allaitement et la reprise d'une contraception œstro-progestative
G -	On ne lui propose aucune contraception, l'allaitement est suffisant
H -	On propose à cette patiente une pilule micro-progestative en continu
I -	On lui propose la prise de Bromocriptine®
J -	La pose d'un stérilet est possible à partir de 4 mois
K -	La pose d'un stérilet est possible à partir de 2 semaines
L -	La pilule œstro-progestative favorise la production de lait

QCM 9	**Vous revoyez en consultation Mme Condon et son conjoint. Elle a désormais 42 ans et souhaiterait une méthode contraceptive efficace à vie en attendant la ménopause ! Concernant la stérilisation, donnez les bonnes réponses parmi les énoncés suivants. (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Il existe deux méthodes chez la femme : vasectomie ou ligature des trompes
B -	Le délai de réflexion est de 8 jours
C -	La contraception doit être ininterrompue 3 mois après la pose d'Essure®
D -	La contraception doit être ininterrompue 3 mois après la vasectomie
E -	Un spermogramme de contrôle doit montrer une azoospermie à 3 mois
F -	Un recueil de sperme est possible au CECOS avant vasectomie
G -	Le consentement est recueilli oralement lors de la consultation
H -	On remet au couple un dossier guide
I -	La pose d'Essure® se fait en ambulatoire
J -	La ligature des trompes est efficace immédiatement
K -	La vasectomie est irréversible
L -	La pose d'Essure® est efficace immédiatement

QROC 10

Regardez ces images.



Quel geste est effectué ?
Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier abordant la contraception à partir d'exemples concrets
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Agression sexuelle = SAT VAT, hCG, IST (VIH+++), contraception d'urgence
  - Contraception : contre-indications à connaître
  - Stérilisation = délai de réflexion de 4 mois, consentement écrit
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Attention aux réponses fausses demandées
  - Lire attentivement chaque mot : ininterrompu et non interrompu, micro-dosée ou micro-progestative

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	Interrogatoire après violences sexuelles • Evaluation psychologique +++ : idées suicidaires, état de stress aigü • Evaluation somatique : - Antécédents : × Vaccinations : VHB, HPV, DTP × Gynéco-obst : DDR, contraception, ATCD IST, rapports sexuels antérieurs × Prise de traitement, allergie • Recueil commémoratif des faits, des doléances (symptômes) : × Nombre d'agresseurs × Prise de toxiques × Pénétration, etc... • Faits entre le viol et la consultation : douche ? nouveau rapport sexuel avec conjoint ? **RECUEIL DU CONSENTEMENT pour l'examen clinique**
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 2	A -	V	2	• Examen clinique avec empathie, dans l'intimité, par un médecin expérimenté • En URGENCE si < 72 h • SCHEMA daté signé, photographies • Recherche de traumatisme : plaies, ecchymoses, marques de défense × Ex GYNECO : stade pubertaire, hymen, intérieur des cuisses, prélèvements locaux, signes de grossesse × Ex ORL : plaie, sperme de l'agresseur × Ex proctologique
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 3	A -	F	3	Paraclinique • Eliminer une grossesse : hCG, pas d'échographie (trop précoce) • Eliminer une infection : × Virale : sérologies VIH (1+2) **AVEC ACCORD,** Ac-antiHbs si vaccin
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	

	F -	V	3	× Bactérienne : prélèvements locaux (OGE+anal+buccal) à la recherche de gonocoque, PCR 1er jet urine pour Chlamydiae, TPHA, VDRL • Médicol-légal : recherche génétique de l'agresseur : sang, sperme (SAC EN CARTON) • Recherche de toxiques × Alcoolémie × Prélèvement de cheveux (ne pas les teindre!!) recherche de benzodiazépines • Bilan pré-thérapeutique (traitement anti-rétroviral!) × Urée créatinine × Bilan hépatique
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 4	A -	F	3	ATTENTION patiente MINEURE • Signalement au Procureur de la République (accord non indispensable) - Rédaction d'un certificat coups et blessure avec ITTp × ITTp(coup et blessure) = Incapacité Totale de Travail personnel = AVQ × ≠ ITT (arrêt de travail) = Interruption Temporaire de Travail • Traitement anti-rétroviral en urgence puis consultation avec un Infectiologue à 48h - Prévention des IST : C3G (anti-goconoque) et Azythromycine® (anti-chlamydia) × Dose unique • **Contraception d'urgence** : - Progestatif de TROISIEME génération : Norlevo® : < 72 h - Acétate d'Ulipristal = Ellaone® : < 5jours - Pose d'un DIU dans les 7 jours lors des règles
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 6	A -	V	2	• Bilan glycémique et lipidique fait à 3 mois puis tous les 5 ans - ATTENTION : × La pilule microprogestative se prend en continu : 28/28 jours × Contre-indication des inhibiteurs enzymatiques avec la pilule × SEUL LE PRESERVATIF protége contre les IST × Il existe également l'implant impregné de Progestatfis (3 ans d'efficacité)
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 7	A -	F	6	ATTENTION REPONSES FAUSSES DEMANDEES : AGHIKL • Le DIU est posé pendant les règles après hystérométrie (longueur de l'utérus) et légère dilatation du col - NB : maladie de Wilson = surcharge en cuivre × Changement tous les 5 ans × Le DIU Mirena® a les mêmes contre-indications que les progestatifs × Le DIU ne peut être posé que par un médecin × Échographie de contrôle : rf QCM 11 dossier 10
	B -	V	0	
	C -	V	0	
	D -	V	0	
	E -	V	0	
	F -	V	0	
	G -	F	6	
	H -	F	6	
	I -	F	6	
	J -	V	0	
	K -	F	6	
	L -	F	6	
QCM 8	A -	V	2	Contraception du post-partum (difficile) • Retour de couche × S+6 à S+8 après allaitement artificiel × M+6 après allaitement maternel × L'allaitement maternel a un effet contraceptif sous de nombreuses conditions : plus de 6 têtées par jour, à heures précises...donc NON FIABLE • Lors de l'allaitement maternel : pilule microprogestative - En continu 28/28 jours × Bromocriptine® donnée pour empêcher la montée de lait !!
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 9	A -	F	3	La stérilisation • 4 mois de délai de réflexion • Recueil du consentement ECRIT - Attention aux délais d'éfficacatié × 3 mois pour la pose d'Essure® (spirale dans les trompes) × 3 mois pour la vasectomie × Immédiatement pour la ligature des trompes
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	

H -	V	3	
I -	V	3	
J -	V	3	
K -	V	3	
L -	F	3	
		240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 5	• Indice de PEARL	20	• Nombre de grossesses survenues chez 100 femmes exposées pendant 12 cycles (1 an)
QROC 10	• Ligature des trompes • Coeliscopique	20 20	Image coelioscopique
		60	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	35	Contraception
Questions accessoires	1	10	Violences sexuelles
	2	35	Stérilisation

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE CONSENSUS (CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)	
HAS 2013	**Consultation d'Urgence**

TROIS METHODES :

- **Lévonorgestrel per os :**
  - Dose unique de 1.5 mg
    - × Inhibe ou retarde l'ovulation
    - × Peut être pris jusqu'à 72h , optimum dans les 12h, à n'importe quelle période du cycle, sauf en cas de retard de règle
    - × Pas de contre-indications absolues
    - × Déconseillé chez les femmes présentant des FdR de grossesse ectopique
    - × Allaitement non recommandé dans les 8 heures
    - × Effets indésirables : spotting, nausées, vomissements, fatigue, diarrhées, céphalées, vertiges, tension mammaire
    - × Intéraction médicamenteuse : inducteurs enzymatiques
    - × SANS PRESCRIPTION MEDICALE : vente libre en pharmacie
    - × Gratuit et anonyme pour les mineures, sinon non remboursé
    - × Délivré gratuitement au planning familial pour les mineurs ou bénéfiiaires de la CMU
    - × Délivrance par les infirmières scolaires, anonyme et gratuite pour les collégiennes ou lycéennes
    - × Remboursé à 65% sur prescription médicale ou prescription par une sage-femme

- **Acétate d'Ulipristal : Ellaone®**
  - Modulateur sélectif des récepteurs à la Progestérone
    - × Peut être pris jusqu'à 5 jours
    - × Précaution d'emblée en cas d'insuffisance hépatique et d'asthme sévère
    - × Ne pas utiliser plus d'une fois par cycle
    - × Nécessité d'une prescription par un médecin ou une sage-femme
    - × Remboursement à 65 %

- **DIU au Cuivre :**
  - Effet cytotoxique sur les gamètes empêchant la fécondation et effet anti-nidatoire
    - × Peut être posé jusqu'à 5 jours
    - × Même CI que tout DIU : malformation utérine, infection, saignement
    - × La NULLIPARITE n'est PAS UNE CONTRE-INDICATION
    - × Précaution : évaluer et écarter TOUT RISQUE INFECTIEUX avant la pose
    - × Pas d'intéraction médicamenteuse
    - × Nécessité d'une prescription par un médecin ou une sage-femme
    - × Remboursement à 65 %

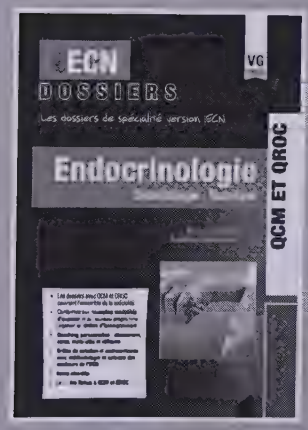
iECN DOSSIERS

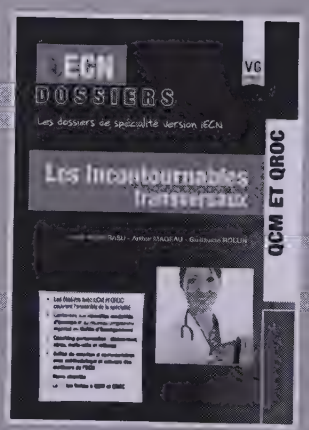
Les dossiers de spécialité version iECN

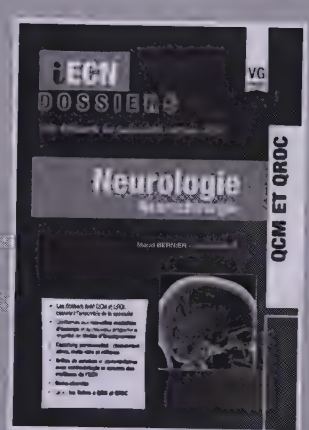
VG Editions

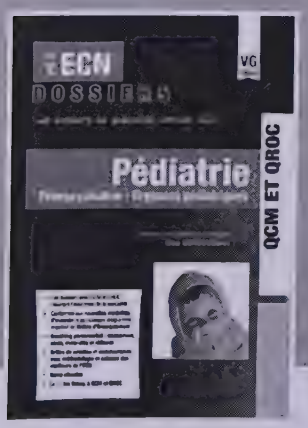
QCM ET QROC

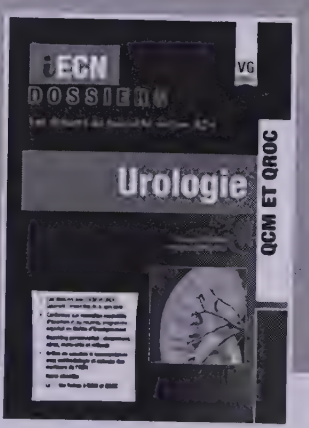
- Les dossiers avec QCM et QROC couvrant l'ensemble de la spécialité
- Conformes aux **nouvelles modalités d'examen** et au nouveau programme organisé en **Unités d'Enseignement**
- **Coaching personnalisé : classement, zéros, mots-clés et réflexes**
- **Grilles de cotation** et **commentaires avec méthodologie et astuces des meilleurs de l'ECN**
- **Items abordés**
- Le + : **les fiches à QCM et QROC**

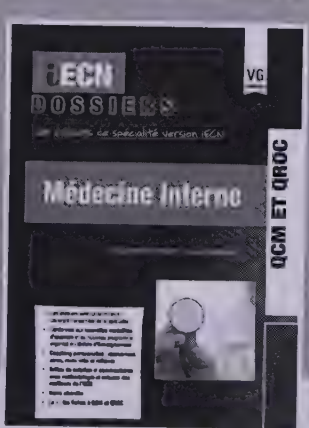












Retrouvez tous les ouvrages de cette collection en scannant ce code

http://www.vg-librairies.com/ecn/dossiers-et-annales/iecn-dossiers.html

www.vg-editions.com

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 13

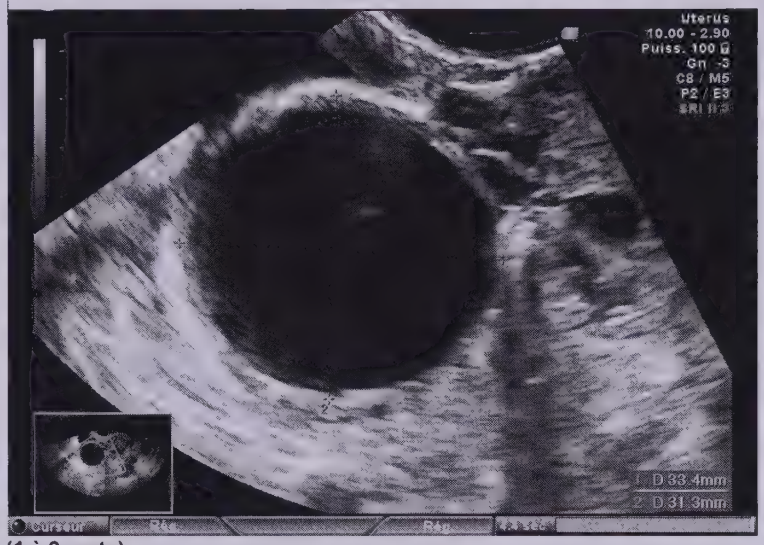
Chat alors !

1 Enoncé

Alors que Mademoiselle C. est tranquillement en train de caresser son chat, un dimanche matin, elle présente une vive douleur abdominale. Elle décide donc de se présenter aux urgences les plus proches.

Vous êtes content de l'accueillir car c'était bien calme aux urgences de Lyon. Elle a 19 ans. Elle n'a pas d'antécédents médico-chirurgicaux. Elle ne prend pas de traitement mis à part sa pilule Leeloo®. Elle décrit une douleur lancinante, en fosse iliaque droite, évaluée à EVA=9/10, sans irradiation, sans position antalgique. Elle n'a pas de nausées, ni de vomissements. Elle n'a pas de signes fonctionnels urinaires. Ses dernières règles datent d'il y a 15 jours. La palpation abdominale retrouve une défense en fosse iliaque droite. L'examen gynécologique montre l'absence de métrorragies, un utérus de taille et de forme habituelle ainsi qu'un col fermé. Son groupe sanguin est O négatif.

QCM 1	D'après les éléments ci-dessus, quelles sont les hypothèses diagnostiques les plus probables? (Jusqu'à 10 réponses)
A -	Grossesse extra-utérine
B -	Avortement spontané précoce
C -	Colique néphrétique
D -	Appendicite aigüe
E -	Môle hydatiforme
F -	Pyélonéphrite
G -	Poussée aigüe de maladie de Crohn
H -	Torsion d'annexe
I -	Nécrobiose aseptique de fibrome
J -	Cholécystite aigüe
K -	Sigmoïdite aigüe
L -	Endométriose

QROC 2	**Vous réalisez une échographie abdomino-pelvienne en urgence. En voici une iconographie. Quel est votre diagnostic échographique ?**  **Texte libre (1 à 3 mots)**
QROC 3	**Le dosage hCG est négatif. La douleur persiste malgré l'administration de Perfalgan® Quel est alors le diagnostic clinique le plus probable ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 4	**Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Urgence médicale
B -	Urgence chirurgicale
C -	Intervention dans les 6 heures
D -	Intervention dans les 8 heures
E -	Cœlioscopie diagnostique
F -	Prévenir de l'unique risque de laparoconversion
G -	Gamma-globulines
H -	La nécrose ovarienne nécessite un traitement conservateur par annexiectomie unilatérale
I -	Kystectomie unilatérale et envoi en anatomopathologie
J -	Détorsion de l'annexe
K -	Inspection de l'annexe contro-latérale
L -	Appendicectomie et antibiothérapie probabiliste

QCM 5	**Au final, l'ovaire ne peut pas être sauvé. Elle bénécifie donc d'une ovariectomie droite. Les suites sont simples. Vous la revoyez en consultation le 11 Mai où elle est toute heureuse de vous annoncer qu'elle est enceinte d'1 mois. Elle a dorénavant 31 ans. Elle pèse 80 kg pour 1m65. Son bilan initial retrouve : groupe sanguin O négatif, sérologie rubéole +, sérologie toxoplasmose -, sérologie syphilis, -, sérologie VIH 1 et 2 -, Ac anti-Hbs > 100, BU normale, NFS : Hb = 11.2 g/dl. Que conseillez-vous à cette patiente tout au long de sa grossesse ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Bien laver son frigo
B -	Pas d'indication à une sérologie mensuelle toxoplasmique car elle possède un chat
C -	Bien se laver les mains après avoir épluché des fruits et légumes
D -	Nettoyer régulièrement la litière de son chat
E -	Manger la viande après l'avoir congelée
F -	Bien cuire la viande
G -	Le steak tartare n'est pas contre-indiqué
H -	Bien laver ses ustensiles de cuisine et son plan de travail
I -	Faire une sérologie mensuelle pour la toxoplasmose
J -	Déterminer le groupe ABO et rhésus du père
K -	Revaccination contre l'hépatite B
L -	Vaccination contre la syphilis

QROC 6	**La sérologie toxoplasmose du 8 Juillet suivant montre IgM+ et IgG- Comment caractérisez vous ce tableau biologique ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 7	**Quels examens paracliniques réalisez-vous et quels risques sont en jeu? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Réalisation d'une amniocentèse en urgence
B -	Poursuite de la sérologie mensuelle toxoplasmique sans traitement
C -	Amniocentèse possible à partir de 18 SA
D -	Amniocentèse 4 semaines après la séroversion
E -	Le gold standard est le test d'inoculation à la souris
F -	Traitement antibiotique et absence d'examens paracliniques supplémentaires
G -	IRM fœtale cérébrale possible à partir 12 SA
H -	PCR Toxoplasmose sur LCR
I -	Le risque est une toxoplasmose néonatale
J -	Il y a 1% de risque de fausse couche lors de la réalisation d'une amiocentèse
K -	Le risque de transmission materno-fœtale augmente au cours de la grossesse
L -	Le risque de séquelles graves diminue au cours de la grossesse

QCM 8	**Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Traitement anti-parasitaire
B -	Traitement fœtal par SPIRAMYCINE®
C -	Traitement anté-natal maternelle par SPIRAMYCINE®
D -	Si l'amniocentèse est négative, poursuite de la SPIRAMYCINE®
E -	Si l'amniocentèse est négative, arrêt de la SPIRAMYCINE®
F -	Si l'amniocentèse est positive, traitement curatif par Bactrim®, Ganciclovir® et Acide Folique®
G -	Si l'amniocentèse est positive, traitement curatif par Pyriméthanol®, Sulfadiazine® et Acide Folique®
H -	Si l'amniocentèse est positive, traitement curatif par Foscarnet®, Atovaquine® et Pentamidine®
I -	Une demande d'IVG est recevable après réalisation de l'amniocentèse
J -	Vaccination pour les grossesses ultérieures
K -	Echographie trans-fontanellaire du nouveau-né
L -	Histologie placentaire : recherche de Toxoplasma Gondii

QROC 9	**Si une autre patiente avait présenté IgG+ et IgM+, quel test aurait permis d'avancer dans le diagnostic ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 10	**Vous en profitez pour tester votre externe préféré(e) sur la grossesse et la rubéole en cas de sérologie rubéolique négative. Quelles sont les réponses vraies ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Sérologie rubéole mensuelle
B -	Le risque est une surdité s'il y a transmission materno-fœtale entre 13 et 18 SA
C -	Le risque est une embryofoetopathie s'il y a transmission materno-fœtale entre 13 et 18 SA
D -	Le syndrome de Cregg comprend surdité, cataracte et cardiopathie
E -	Il n'y a plus aucun risque malformatif après 32 SA
F -	La vaccination peut être réalisée au cours de la grossesse
G -	L'amniocentèse peut être réalisée 4 semaines après la séroconversion
H -	La vaccination rubéolique doit être réalisée chez la jeune femme en âge de procréer sous contraception efficace les deux mois suivant sa réalisation
I -	Une éruption suspecte doit faire réaliser une sérologie rubéolique
J -	Une IMG est possible dès 13 SA en cas de séroconversion rubéolique
K -	La rubéole n'est pas tératogène
L -	La rubéole est la première cause de handicap neuro-sensoriel

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur une torsion d'annexe sur kyste ovarien puis d'une toxoplasmose au cours de la grossesse
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Femme jeune en âge de procréer + douleur abdominale = GEU jusqu'à preuve du contraire
  - Toxoplasmose négative = RHD anti-chat et sérologie mensuelle
  - Lors d'une séroconversion : traitement maternel par SPIRAMYCINE® tout au long de la grossesse
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Attention, le diagnostic ECHOGRAPHIQUE puis CLINIQUE vous était demandé
  - Bien relever les dates dans les énoncés pour calculer le terme de grossesse
  - Attention à l'orthographe est mots : pyriméthaNOL aulieu de pyriméthaMINE

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	2	Tableau de douleur abdominale aigüe en FID chez une femme jeune en âge de procréer • Patiente trop jeune pour la sigmoïdite - Ne pas oublier la maladie de Crohn, assez fourbe chez les jeunes × Eliminer en premier l'appendicite aigüe × Absence de signes en faveur d'un avortement spontané précoce ou d'une maladie trophoblastique gestationnelle(signes de grossesse marqués)
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 4	A -	F	3	URGENCE CHIRURGICALE +++ < 6 heures • Préserver au maxium l'ovaire et la fertilité - Coelioscopie diagnostique et thérapeutique : DETORSION de l'ovaire - Prévention du risque de lapoconversion et ovarectomie × Traitement conservateur : kystectomie × Traitement non conservateur : ovariectomie si nécrose × Inspection de l'ovaire controlatéral +++ • Attention, patiente non enceinte ! pas de risque d'allo-immunisation
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	F	3	
QCM 5	A -	V	3	Bien connaître les règles de prévention de la toxoplasmose et de la listériose • Pas de vaccination existante pour la syphilis - Patiente immunisée contre l'hépatite B (> 10 UI) ne pas refaire
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	

	F -	V	3	La patiente possède un chat et a une sérologie toxoplasmose négative. Elle est particulièrent à risque. Surveillance mensuelle OBLIGATOIRE !
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 7	A -	F	3	Examens paracliniques réalisés après la mise en route de la SPIRAMYCINE® • Amniocentèse possible 4 semaines après la séroconversion ou à partir de 18 SA - 1% de risque de fausse couche • PCR avec recherche de l'ADN toxoplasma gondii - Faite sur liquide amniotique × Le test d'inoculation à la souris n'est plus fait en pratique
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 8	A -	F	3	• URGENCE pour éviter une toxoplasmose congénitale • SEULE INFECTION pour laquelle il existe un TRAITEMENT +++ • À connaître parfaitement • Traitement antibiotique maternel ante-natal - SPIRAMYCINE®++ × Dès la séroconversion × Tout au long de la grossesse (même si poursuivie) × Poursuite du traitement après l'amniocentèse si négative - Traitement curatif si amniocentèse positive : × Pyriméthamine® + Sulfadiazine® + Acide folique® • Demande d'IMG recevable - Pas de vaccination existante pour la toxoplasmose
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 10	A -	F	1	La rubéole, attention pas si rare et tombable car la nouvelle génération est moins bien vaccinée en n'ayant pas reçu les 2 injections de ROR. • Risque jusqu'à 18 SA - Donc sérologie mensuelle jusqu'à 18-20 SA, pas après × Embryofoetopathie entre avant 13 SA (organogénèse) × Surdité +++ entre 13 et 18 SA × Plus de risque après 18 SA • ROR = VVA = CI pendant la grossesse - Réalisé sous contraception efficace × C'est le CMV qui est la première cause de neurohandicap
	B -	V	5	
	C -	F	1	
	D -	V	5	
	E -	F	1	
	F -	F	1	
	G -	F	1	
	H -	V	5	
	I -	V	5	
	J -	V	5	
	K -	F	1	
	L -	F	1	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 2	• Kyste • Fonctionnel • Ovarien	10 10 10	• Masse anéchogène à parois fines bien limitées en fosse iliaque - Image typique de kyste FONCIONNEL ovarien × A garder en tête
QROC 3	• Torsion • Ovaire • Droit	20 20 10	Bien différencier le diagnostic échographique et clinique • Une image de kyste ovarien associée à une vive douleur est une torsion d'annexe jusqu'à preuve du contraire - URGENCE CHIRURGICALE × Préserver l'ovaire et la fertilité

QROC 6	• Séroconversion	10	Apparition d'IgM sans immunité antérieure (IgG négatif)
QROC 9	• Test d'avidité	10	Ou deuxième prélèvement à 15j mais entraîne un retard de PEC • Recherche de l'avidité des anticorps IgG × Si elle est faible = infection récente × Si elle est élevée = infection ancienne
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	39	Algies pelviennes de la femme
	2	26	Prévention des risques fœtaux liés aux infections
Questions accessoires	9	303	Kyste de l'ovaire

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

TOXOPLASMOSE ET GROSSESSE

- 50% des femmes immunisées, 1.5% de séroconversion pendant la grossesse
- Le risque de transmission materno-fœtale augmente pendant la grossesse alors que la gravité des séquelles fœtales diminue
- Rsiques fœtaux : FCS, MFIU, malformations cérébrales (hydrocéphalie, microcéphlie, microcalcifications), malformations oculaires (choriorétinite, cataracte congénitale)
- **Seule infection pour laquelle il existe un traitement curatif !**
- Sérologie toxoplasmose obligatoire au bilan initial
  - Si sérologie négative :
    - × RHD anti-chat : viande cuite, laver les fruits et légumes, ne pas toucher au chat (surtout la litière), laver le plan de travail et les ustensiles de cuisine
    - × Sérologie toxoplasmose mensuelle

SEROLOGIE TOXOPLASMOSE

IgG	IgM	Interprétation	CAT
-	-	Non immunisée	Sérologie mensuelle RHD anti-chat
+	-	Infection ancienne	Ø
-	+	SEROCONVERSION débutante	SPIRAMYCINE® Amniocentèse
+	+	Avidité faible = infection récente Avidité forte = infection ancienne	Test d'avidité ou 2ème prélèvement à 15j

- Lors d'une séroconversion :
  - Traitement maternel en urgence par antibiothérapie : **SPIRAMYCINE®** 3 MUI x 3 / jour per os
  - Amniocentèse 4 semaines après la séroconversion ou à partir de 18 SA
  - 1% de risque de fausse couche

- Traitement curatif
  - En cas d'amniocentèse négative : POURSUITE du traitement par Spiramycine®, surveillance échographique mensuelle +/- IRM cérébrale fœtale (à partir de 32 SA)

- En cas d'amniocentèse positive : traitement CURATIF jusqu'à l'accouchement par PyriméthaMINE®, Sulfadiazine® et Acide folique®, demande d'IMG auprès du CPDPN recevable de la part des parents

- Bilan néonatal :
  - Examen clinique : neurologique + oculaire
  - Echographie transfontanellaire
  - Sérologies au cordon puis sérologies fœtales mensuelles
  - Histologie du placenta (PCR +/- test inoculation souris)
  - Si enfant séropositif : traitement curatif identique
  - Surveillance ophtalmologique jusqu'à l'âge de 16 ans

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 14

L'instinct maternel

1 Enoncé

Vous recevez en consultation une jeune femme de 27 ans enceinte de 14 SA+3 jours et son conjoint pour un premier rendez-vous, adressés par leur médecin traitant. Ils sont tous les deux infirmiers. La patiente n'a aucuns antécédents médico-chirurgicaux. Elle ne fume pas. Ses vaccins sont à jour. Elle est de groupe sanguin A positif, mais a oublié sa carte de groupe chez elle. Son frottis date de 4 ans. Elle pèse 62kg pour 1m72. Elle n'a réalisé aucun examen complémentaire pour le moment.

QCM 1	Que réalisez-vous lors de cette première consultation ? (Jusqu'à 10 réponses)
A -	Confirmation du groupe rhésus
B -	Echographie morphologique
C -	Bandelette urinaire
D -	Dépistage de la trisomie 21 du 1er trimestre
E -	Sérologie rubéole
F -	Déclaration de grossesse
G -	Sérologie toxoplasmose
H -	Sérologie syphilis
I -	Frottis cervico-utérin
J -	Examen des seins
K -	Calcul du terme théorique par la longueur cranio-caudale
L -	AgHbs

QCM 2	Que réalisez-vous à la consultation du 7ème mois (28-32 SA)? (Jusqu'à 12 réponses)
A -	NFS
B -	Deuxième détermination du groupe ABO et Rhésus
C -	Prélèvement vaginal
D -	Injection de vitamine D
E -	Gammaglobulines
F -	AgHbs
G -	Echographie de croissance
H -	Dépistage du diabète gestationnel
I -	Sérologie toxoplasmose systématique
J -	Consultation d'anesthésie
K -	Séances de préparation à l'accouchement commençant au 8ème mois
L -	Recherche d'Agglutinines Irrégulières

QCM 3	**Au fait, la patiente, infirmière spécialisée dans la nutrition, vous pose des questions sur les besoins nutritionnels au cours de la grossesse. Vous avez la pression… Quelles sont les réponses vraies ? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - L'injection de vitamine D à 28 SA comprend 1 000 000 UI
B - L'acide folique peut être continué jusqu'à 8 semaines de grossesse
C - L'apport énergétique doit être doublé lors de la grossesse
D - L'apport hydrique est de 1.5 à 2 L par jour
E - Un apport supplémentaire en iode doit être fourni
F - L'apport énergétique doit être d'environ 2600 kcal par jour
G - L'apport énergétique doit être constitué de 50% de glucides 30 % de protides et 20 % de lipides
H - L'apport calcique est d'environ 1 mg/jour
I - La prise de vitamine K est nécessaire en cas de prise d'inhibiteur enzymatique
J - Les apports énergétiques sont augmentés de 100kcal au premier trimestre et 150 aux deuxième et troisième

QROC 4	**Parmi les 4 propositions dans les vidéos numéros 5 a, b, c et d, quelle est la bonne façon de mesurer la hauteur utérine ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	**Rappelez les bonnes réponses concernant les congés de maternité ? (Jusqu'à 10 réponses)**

A - Ils commencent 8 semaines avant le terme prévu et finissent 10 semaines après en cas de grossesse simple, chez une primipare
B - Ils commencent 5 semaines avant le terme prévu et finissent 12 semaines après en cas de grossesse simple, chez une primipare
C - Ils commencent 8 semaines avant le terme prévu et finissent 10 semaines après en cas de grossesse gémellaire, chez une primipare
D - Ils commencent 8 semaines avant le terme prévu et finissent 20 semaines après en cas de grossesse simple, chez une femme attendant son troisième enfant
E - Ils commencent 4 semaines avant le terme prévu et finissent 16 semaines après en cas de grossesse simple, chez une primipare
F - Ils commencent 8 semaines avant le terme prévu et finissent 18 semaines après en cas de grossesse simple, chez une femme attendant son troisième enfant
G - Ils commencent 8 semaines avant le terme prévu et finissent 20 semaines après en cas de grossesse gémellaire, chez une femme ayant déjà 3 enfants
H - Ils commencent 10 semaines avant le terme prévu et finissent 20 semaines après en cas de grossesse gémellaire, chez une primipare
I - Ils commencent 10 semaines avant le terme prévu et finissent 12 semaines après en cas de grossesse simple, chez une femme attendant son troisième enfant
J - Ils commencent 6 semaines avant le terme prévu et finissent 14 semaines après en cas de grossesse simple, chez une femme attendant son troisième enfant
K - Ils commencent 6 semaines avant le terme prévu et finissent 10 semaines après en cas de grossesse simple, chez une primipare
L - Ils commencent 4 semaines avant le terme prévu et finissent 16 semaines après en cas de grossesse gémellaire, chez une primipare

QROC 6	**La patiente accouche le 14 octobre après un long travail. Elle rejoint, avec sa petite Kiwing, le service de suites de couche physiologique. Le lendemain, à la visite, elle se plaint de douleurs abdominales évaluées à EVA 8/10. Ses constantes montrent TA 12/7, Température 38.3°C, Fréquence cardiaque 110 par minute. A l'examen clinique, elle présente des lochies nauséabondes et la mobilisation utérine est douloureuse. Son ECG est normal. Quel est votre diagnostic ? Texte libre (1 à 4 mots)**

QCM 7	**Quelle est votre prise en charge diagnostique et thérapeutique ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Echographie pelvienne à la recherche d'une rétention trophoblastique
B -	ECBU après antibiothérapie
C -	Hémocultures
D -	NFS
E -	D-Dimères
F -	AINS
G -	Augmentin®
H -	Relai Héparine puis AVK
I -	Syntocinon® IV pour lutter contre la rétention placentaire
J -	Prélèvements de lochies avant antibiothérapie
K -	AngioTDM spiralé
L -	Echo-doppler des membres inférieurs

QCM 8	**L'épisode est vite résolutif. La patiente décide d'allaiter Kiwing. Elle est novice en la matière et vous pose beaucoup de questions. Quelles sont les réponses vraies parmi celles-ci-dessous ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	La tétée a lieu toutes les 6 heures
B -	Il est à promouvoir d'après l'OMS
C -	Il faut utiliser en alternance un seul sein par tétée
D -	Le positionnement de la tête du nouveau-né est indifférent
E -	La mère peut reprendre le tabac et la consommation d'alcool sans danger
F -	La pilule œstro-progestative peut être reprise sans danger
G -	La restriction hydrique est recommandée
H -	Une tétée d'accueil précoce est faite en salle de naissance
I -	Il ne faut pas se laver les mamelons
J -	Un tire-lait permet d'avoir du lait d'avance
K -	Une fébricule au 3ème jour n'est pas rare
L -	Il ne faut pas laisser le choix aux patientes et obliger l'allaitement maternel

QROC 9	**Citez deux complications maternelles et 2 complications de nouveau-né liées à l'allaitement maternel ? (4 mots)**

QCM 10	**Quels sont les bénéfices attendus de l'allaitement maternel ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Lait adapté parfaitement aux besoins du nouveau-né
B -	Economique pour les parents
C -	Perte de poids maternel plus simple
D -	Diminution du risque de cancer du sein
E -	Diminution du risque d'ostéoporose
F -	Favorise la relation mère-enfant
G -	Lutte contre les infections maternelles
H -	Lutte contre les infections du nouveau-né
I -	Réduit la mortalité infantile
J -	Diminue les allergies du nouveau-né
K -	Favorise une seconde grossesse
L -	A un rôle contraception fiable

QROC 11	**Citez deux contre-indications maternelles et 2 contre-indications du nouveau-né à l'allaitement maternel ? (4 mots)**

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier typique sur les besoins nutritionnels lors de la grossesse et l'allaitement maternel
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Allaitement maternel : à promouvoir par l'OMS
  - Suivi de grossesse à connaître par cœur
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Pour les congés de maternité : rayer les chiffres aberrants d'emblée sans lire les phrases
  - Pour les vidéos : prendre son temps pour les visionner (équivalent du jeu des 7 erreurs)
  - Pour les QROC 9 et 11 où ils existent plus de 2 réponses correctes : ne pas en mettre plus au risque d'avoir des points négatifs, sélectionner celles qui ne dépassent pas le nombre de mots imposés

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	2	Toujours voir la carte de groupe sanguin et rhésus, sinon redemander un groupe • Echographie de DATATION du 12 SA - Dépistage du DEUXIEME trimestre de la T21 × Dépistage du premier trimestre fait de 11SA à 13 SA +6 jours - Refaire un FCU car le dernier date de > 3 ans
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 2	A -	F	2	Rf tableau synthèse
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 3	A -	F	3	Attention à bien lire chaque mot • Injection de 100 000 UI de vitamine D - Pas de supplémentation iodée, l'iode est présent dans les sels de table × 50% Glucides, 30% Lipides, 20% de Protides × Moyen mnémotechnique : 50-30-20 G-L-P
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	

	F -	V	3	ATTENTION, être 'deux' ne signifie pas manger pour deux !!!
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
QCM 5	A -	F	0	Ne pas se laisser déstabiliser par la longueur des phrases • Moyen mnémotechnique : CONGES **= 6 lettres = 6 semaines** avant et MATERNITES = **10 lettres = 10 semaines** après pour la première ligne du tableau - A retenir :
	B -	F	0	
	C -	V	4	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	V	3	
	G -	V	4	
	H -	F	0	
	I -	F	0	
	J -	F	0	
	K -	V	3	
	L -	F	0	
QCM 7	A -	V	3	Prise en charge DIAGNOSTIQUE et THERAPEUTIQUE • Paraclinique : - Hémocultures - ECBU *AVANT* antibiothérapie - Echographie : on recherche une rétention placentaire = trophoblastique • Traitement en urgence : - Augmentin® - Syntocinon® pour favoriser l'expulsion de la rétention placentaire voire aspiration ou curetage endo-utérin
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 8	A -	F	3	Allaitement maternel : • Tétées à la demande du nouveau-né • Alterner les deux seins • Bonne position pour éviter les crevasses • Seins propres • Contre-indications aux toxiques, médicaments (comme pendant la grossesse) • Pilule microprogestative car effet contraceptif peu fiable • A PROMOUVOIR par l'OMS
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	F	3	
QCM 10	A -	F	3	Lait adapté mais necéssité d'une supplementation en vitamine K (2mg hebdomadaire) et en vitamine D (1200 UI/jour)
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
			200	**Total QCM**

	AVANT	APRES
1 ou 2eme enfant — Grossesse simple	6 semaines	8 semaines
1 ou 2eme enfant — Grossesse multiple	8 semaines	10 semaines
≥ 3ème enfant — Grossesse simple	8 semaines	18 semaines
≥ 3ème enfant — Grossesse multiple	8 semaines	20 semaines

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• Vidéo 5-c ou version 3	20	Attention de bien prendre le bord supérieur du pubis et de ne pas être trop haut (HU diminuée et fausse inquiétude)

QROC 6	• Endométrite • Post-Partum	30 10	Tableau typique • Le TV douloureux et la douleur à la mobilisation utérine rendent ce diagnostic plus probable que la TVP
QROC 9	• **2 maternelles** (et pas plus) parmi les suivantes : × Crevasse × Engorgement × Lymphangite × Abcès × Galactophorite • **2 du nouveau-né** parmi : × Colique × Ictère × Infection × Toxicité × Déficit en vitamine D et K	10 si >4 -20 10 si >4 -20	N'en mettre que 4 !!! • Cibler les mots qui rentrent pour le nombre imposé !! Il faut être stratégique
QROC 11	• **2 maternelles** (et pas plus) parmi les suivantes : × VIH × TB bacillifère × Troubles psychiatriques × Chimiothérapie × Néphropathie × Cardiopathie × Prise de toxiques • **2 du nouveau-né** : × Fente palatine × Galactosémie	10 si >4 -20 10 si >4 -20	N'en mettre que 4 !!!
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	2	32	Allaitement maternel
Questions accessoires	2	22	Grossesse normale
	8	252	Nutrition et Grossesse

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

ALLAITEMENT MATERNEL :

- A promouvoir par l'OMS
- Respect des règles suivantes
  - A la demande (tire-lait pour en avoir d'avance possible)
  - Bon positionnement
  - Pas de tabac, ni d'alcool, ni de médicaments (exceptionnellement, on peut en prendre et différer la tétée le temps de l'élimination du produit quand le bénéfice maternel semble supérieur au risque)
  - Alterner les deux seins
  - Bien laver les seins avant chaque tétée

- Bénéfices :

MATERNELS	NOUVEAU-NE
Favorise la relation mère-enfant Economique Suite de couche favorisée : perte de poids, diminue le risque infectieux, diminue l'anémie Diminue le risque de cancers du sein et endomètre Diminue le risque d'ostéoporose	Favorise la relation mère-enfant Lait adapté aux besoins (sauf vitamines D et K) Protection immédiate des infections (colostrum) Diminue le risque d'infections ORL, digestive et d'OMA Diminue les allergies et les maladies auto-immunes Réduit la mortalité infantile

- Contre-indications :

MATERNELLES	NOUVEAU-NE
VIH TB bacillifère Infection locale Troubles psychiatriques Chimiothérapie Néphropathie Cardiopathie	Fente vélo-palatine Galactosémie

- Complications :

MATERNELLES	NOUVEAU-NE
Crevasse Engorgement mammaire Lymphangite Galactophorite Abcès du sein : signe BUDIN +	Coliques Ictère au lait de mère Déficit en vitamine D (rachitisme) et K (hémorragie) Risque infectieux et toxiques véhiculé par le lait

SUIVI GROSSESSE		CLINIQUE	PARACLINIQUE **(obligatoire)**	AUTRE
M0-M3 (16 SA)	**T1**	Confirmer Grossesse : exam + hCG Prévention : RHD, arrêt toxiques, mise à jour vaccins	**Groupe Rhésus RAI** **Sérologies toxo rubéole TPHA VDRL** Echo datation 12 SA	Déclaration Grossesse <15 SA Dépistage T21 +/- VIH, VHb, VHC EPP, Ferritine
M4 (16-20 SA)	**T2**	SF : pertes, brûlures, MFA, CU ? TA, FC, Poids **BU : albuminurie, glycosurie** HU (nb sem-4) Spéculum, TV (col ?) MFA + BDC fœtaux (stétho US) Présentation fœtale	Echo morphologique 22 SA	**Sérologie toxo mensuel si -**
M5 (20-24 SA)				
M6 (24-28 SA)			**NFS, AgHbs, RAI** Echo de croissance 32 SA Dépistage Diabète gesta si FdR	Séances préparation à l'accouchement (8 PEC à 100%)
M7 (28-32 SA)	**T3**		A 28 SA : -injection Gamma Globulines si Rh- -vitamine D 100 000 UI 2ème détermination Groupe Rh RAI	
M8 (33-37 SA)			Consultation anesthésie Visite maternité	Début congés maternités (S-6, S+10)
M9 (37-41 SA)			RDV systématique le jour du terme	
8 semaines post partum	**PP**	Evaluation psychologique Ex gynéco : périnée, épisio, seins Allaitement		Contraception Rééducation périnéale VACCINATIONS

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

UE dossier clinique progressif N° 15

Il va falloir se mettre au vert

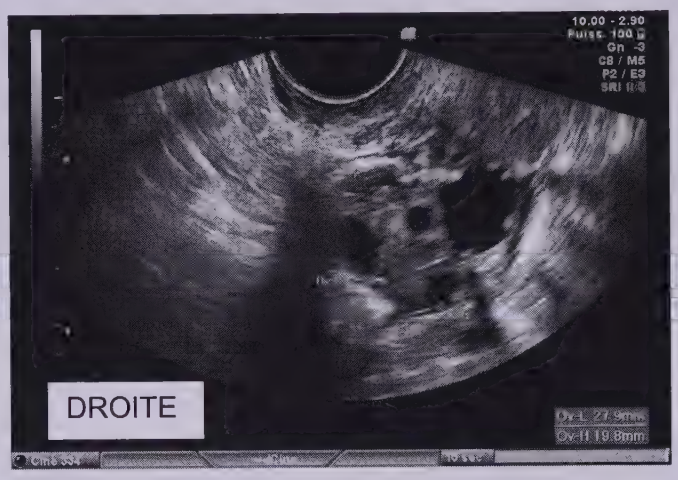
1 Enoncé

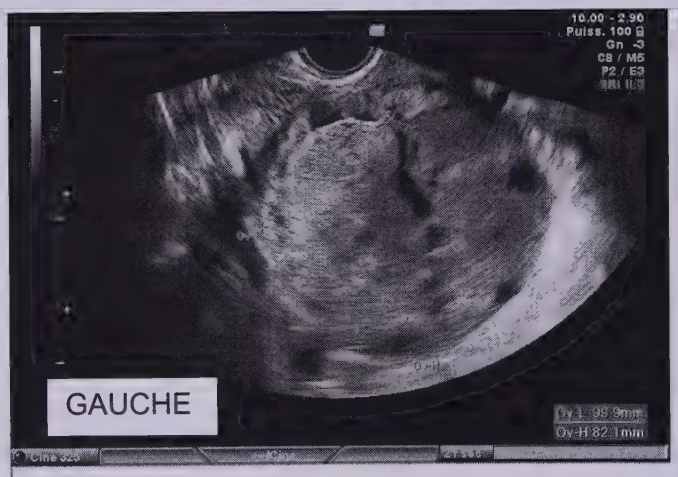
Vous êtes jeune dermatologue et vous venez de vous installer en libéral. Vous recevez en consultation, Mme P. 59 ans, enseignante, qui présente un érythème du visage et des zones exposées au soleil. Elle vous confie ne plus avoir besoin de mettre d'ombre à paupières car elles sont spontanément violettes. Elle est fatiguée et se plaint également de douleurs à type de 'courbatures', que vous reproduisez à la pression des muscles. Elle a l'impression que son psoriasis est réapparu sur le dos des mains. Elle a perdu 6kg le mois dernier . De même, elle a de plus en plus de mal à lever les épaules et à marcher longtemps. Elle a l'impression d'être ballonnée. Elle n'a pas de troubles du transit. Ses antécédents comportent une HTA, une fracture de bras droit lors d'un accident étant jeune et une appendicectomie.

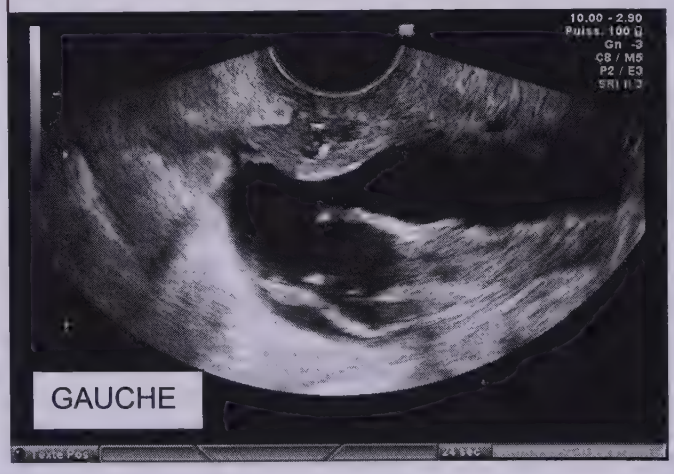
Son médecin traitant pense qu'elle est sûrement dépressive en lien avec la ménopause et du fait de ne pas être encore en retraite à son âge.

QROC 1	Quel diagnostic le dermatologue doit évoquer devant ce tableau ? Texte libre (1 à 3 mot)

Un traitement adapté est mis en route. Vous décidez de rechercher la cause de ce tableau. En palpant l'abdomen de la patiente amaigrie, vous percevez une masse en fosse iliaque gauche. Devant ces éléments vous décidez de l'adresser à un gynécologue, de surcroit elle n'a pas eu de suivi depuis ses dernières grossesses.
Ce dernier l'examine et réalise une échographie dont voici les images :







QCM 2

Quelles sont les bonnes réponses ?
(Jusqu'à 8 réponses)

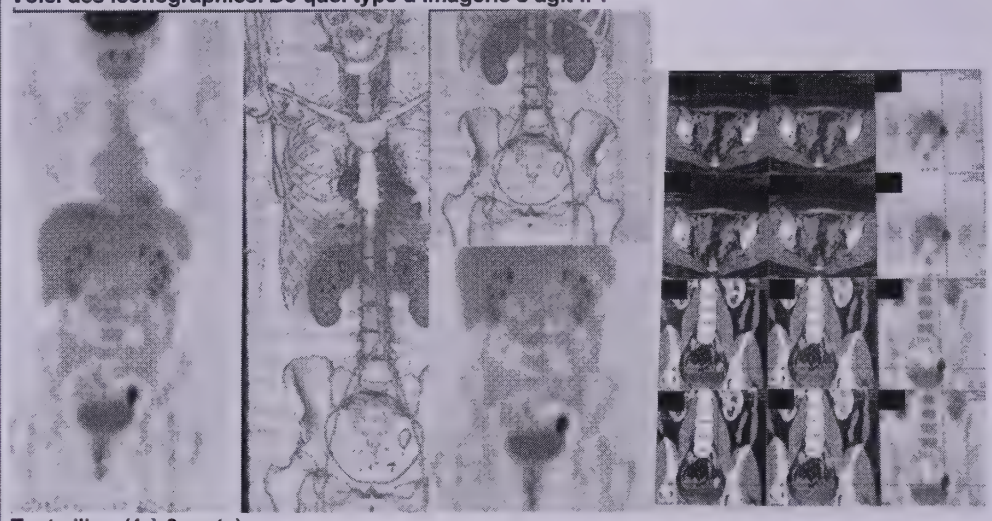
A -	Il s'agit d'un choriocarcinome
B -	Il s'agit d'une masse endométriale gauche
C -	Il s'agit d'un ovaire droit normal
D -	Il s'agit d'un pyosalpinx gauche
E -	Il s'agit d'une masse tumorale ovarienne droite
F -	Il s'agit d'un hydrosalpinx gauche
G -	Il s'agit d'une endométriose
H -	Il s'agit d'un épanchement du cul de sac de Douglas
I -	Il s'agit d'une adénomyose
J -	Il s'agit d'une tumeur bénigne de l'ovaire gauche
K -	Il s'agit d'un fibrome utérin
L -	Il s'agit d'une polykystose rénale droite

QCM 3	**Rappelez les différences échographiques entre kystes fonctionnel et organique de l'ovaire en cochant les bonnes réponses parmi celles proposées. (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Un kyste fonctionnel a des parois fines et des contours irréguliers
B -	Un kyste organique est hypervascularisé et cloisonnée
C -	Un kyste fonctionnel a une taille supérieure à 6 cm
D -	Un kyste organique a un contenu homogène
E -	Un kyste fonctionnel peut être accompagné d'ascite à l'échographie
F -	Un kyste organique diminue de taille en 3 mois
G -	Un kyste fonctionnel n'est pas vascularisé au doppler
H -	Un kyste organique comporte des végétations exo et endokystiques
I -	Un kyste fonctionnel est retrouvé fréquemment chez la femme ménopausée
J -	Un kyste organique est anéchogène
K -	Un kyste fonctionnel peut être inférieur à 3 cm
L -	Un kyste organique peut être accompagné d'un épanchement du Douglas

QCM 4	**Donnez les réponses vraies concernant le cancer de l'ovaire. (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	L'accumulation d'ovulations favorise la survenue d'un cancer de l'ovaire
B -	La femme multipare est par conséquent à risque
C -	Il s'agit d'un cancer hormono-dépendant
D -	Le risque redouté est la bilatéralisation
E -	Il n'existe que deux origines tissulaires de cancer ovarien : épithélial et germinal
F -	Il touche principalement la femme jeune
G -	Le syndrome HNPCC est un facteur de risque
H -	Les mutations du gène BRCA 1 et 2 n'existent que dans le cancer du sein
I -	Le cystadénocarcinome séreux est la forme anatomopathologique la plus fréquente
J -	L'absence de prise de contraception hormonale est un facteur de risque
K -	L'allaitement maternel est un facteur de risque
L -	Les cancers de l'ovaire sont diagnostiqués fréquemment au stade précoce

QCM 5	**Vous suspectez fortement un cancer de l'ovaire. Quels sont vos examens paracliniques mise à part l'échographie déjà faite ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	La TDM pelvienne permet de faire le diagnostic de certitude
B -	L'IRM pelvienne permet de faire le diagnostic de certitude
C -	Biopsie écho-guidée et envoi en anatomopathologie
D -	Dosage du CA 15-3
E -	Dosage du CA 9-9
F -	Dosage du CA 125
G -	TDM thoraco-abdomino-pelvienne
H -	La TDM pelvienne a une meilleure performance dans le cancer de l'ovaire que l'IRM
I -	Mammographie bilatérale
J -	Frottis cervico utérin
K -	Scintigraphie osseuse
L -	Urée Créatinine

QROC 6	**Voici des iconographies. De quel type d'imagerie s'agit-il ?**



Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 7	**Quelles sont les réponses fausses concernant la classification FIGO de l'ovaire ? (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Stade II B correspond à une extension à l'utérus ou aux trompes
B -	Stade I A correspond à l'atteinte des 2 ovaires
C -	Stade II C il y a une cytologie péritonéale positive
D -	Stade I B correspond à l'extension aux 2 ovaires avec capsule intacte et cytologie péritonéale négative
E -	Stade II correspond à une tumeur limitée aux ovaires
F -	Stade III A correspond à une tumeur limitée à l'abdomen avec extension péritonéale microscopique
G -	Stade I C correspond à l'atteinte d'un ovaire avec cytologie péritonéale positive
H -	Stade II B correspond à une extension à la vessie, côlon, rectum avec cytologie péritonéale positive
I -	Stade III correspond à une tumeur limitée au pelvis
J -	Stade III B correspond à une extension péritonéale inférieure ou égale à 5cm
K -	Stade II C correspond au stade II B avec cytologie péritonéale négative
L -	Stade III C correspond à l'extension péritonéale supérieure ou égale à 5 cm

QCM 8	**Son cancer reste localisé et correspond au stade FIGO I-a. Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Réunion de conflit pluridisciplinaire
B -	Prise en charge chirurgicale pour réduction tumorale maximale
C -	Chimiothérapie néoadjuvante
D -	Abstention thérapeutique
E -	Hystérectomie
F -	Ovariectomie unilatérale
G -	Omentectomie
H -	Appendicectomie
I -	Réalisation de cytologie péritonéale
J -	Consultation oncogénétique
K -	Proposition d'inclusion dans un essai thérapeutique
L -	En cas de suspicion de récidive, le premier examen à prescrire est une IRM abdomino pelvienne

QCM 9	**Au fait, quelles sont les réponses vraies parmi les effets indésirables des chimiothérapies ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Le 5 Fluoro-uracile® et le Cisplatine® sont les chimiothérapies de choix dans le cancer de l'ovaire
B -	La principale toxicité du Taxol® est la neuropathie périphérique
C -	Le 5 Fluoro-uracile® peut favoriser les spasmes coronariens
D -	L'Etoposide® qui est un inhibiteur de la topo-isomérase I peut provoquer des cardiomyopathies dilatées
E -	Les Sels de platine ont une forte toxicité rénale
F -	Le Cyclophosphamide® ne provoque pas de cystite hémorragique
G -	Une chimiothérapie avec du Méthotrexate® nécessite la prise concomitante de vitamine B1 B6
H -	L'Uromitexan® est utilisé comme uroprotecteur dans la prévention des cystites hémorragiques
I -	L'agranulocytose médicamenteuse se caractérise par des Polynucléaires Neutrophiles inférieurs à 500/mm3
J -	La Bléomycine® peut provoquer une fibrose pulmonaire
K -	Les Sels de platine sont ototoxiques
L -	Les Anthracyclines sont veinotoxiques

QROC 10	**Dans les tumeurs de l'ovaire, il existe deux syndromes particuliers :** **1/ le premier correspond à une pleurésie transudative dans le cadre d'une tumeur bénigne de l'ovaire** **2/le second correspond à des métastases ovariennes dans le cadre de cancers gastrique ou mammaire** **Donnez respectivement les noms des deux syndromes décrits ci-dessus.** **Texte libre (1 à 3 mots)**

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier difficile d'un cancer ovarien découvert suite à une dermatomyosite
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Cancer = RCP, PPS, consultation d'annonce, soins de support
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Donnez les réponses fausses si elles sont demandées
  - FIGO = se rappeler de son anatomie, s'aider de schémas si besoin
  - Si vous êtes perdus à la première question, ne perdez pas de temps et passez à la seconde, puis relisez la plus tard, notez dans l'énoncé les atteintes : muscle + peau = DERMATOMYOSITE paranéoplasique (perte de poids, asthénie)

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	F	2	
	B -	F	2	
	C -	V	2	Description échographique : • Ovaire droit sain
	D -	F	2	• Ovaire gauche contenant une masse isoéchogène, hétérogène, très volumineuse (8 x 9 cm), mal limitée = SUSPECTE
	E -	F	2	× Dans un contexte particulier : femme âgée, AEG, syndrome paranéoplasique
	F -	V	2	• Hydrosalpinx du fait de l'obstruction par l'ovaire gauche
	G -	F	2	- Contenu anéchogène moulant la trompe gauche
	H -	F	2	Notez qu'une échographie des ovaires est toujours BILATERALE et COMPARATIVE
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 3	A -	F	3	
	B -	V	3	• Critères de kyste organique (pour le fonctionnel tout est inversé)
	C -	F	3	× Taille > 6 cm (attention on ne parle de **kyste** qu'au-delà de **3cm**)
	D -	F	3	× Contenu : hétérogène
	E -	F	3	× Forme : multiloculaire, composition solide
	F -	F	3	× Parois épaissies
	G -	V	3	× Limites floues irrégulières
	H -	V	3	× Végétations endo et exokystiques
	I -	F	3	× Cloisons
	J -	F	3	× ADP / ascite / carcinose péritonéale
	K -	F	3	× Hypervacularisée au Doppler
	L -	V	3	× + contexte : femme âgée, AEG, syndrome paranéoplasique associé
QCM 4	A -	V	3	Cancer de l'ovaire
	B -	F	3	• Non hormono-dépendant contrairement au sein et à l'endomètre
	C -	F	3	- FdR = ovulations multiples dont :
	D -	V	3	× Absence de prise de contraception hormonale bloquant l'ovulation
	E -	F	3	× Nulliparité

	F -	F	3	× Puberté précoce et ménopause tardive - Hérédité : × Mutation du BRCA 1+2 × Syndrome HNPCC • Touche la femme plutôt âgée - 3 origines histologiques : épithéliale, germinale et STROMALE × Malheureusement diagnostic fait souvent à un stade tardif car longtemps asymptomatique et absence de dépistage
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 5	A -	F	2	C'est l'histologie peropératoire qui permet de faire le diagnostic • PAS DE BIOPSIE : envoi de la pièce opératoire - CA 125 × CA 9-9 n'existe pas => CA 19-9 dans le cancer du pancréas × CA 15-3 => suivi cancer du sein (non indispensable)
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 7	A -	F	3	ATTENTION REPONSES FAUSSES DEMANDEES : A,B E,H,I,J,K et L • Stade FIGO à savoir • Rf Synthèse
	B -	F	3	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	3	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 8	A -	F	2	Prise en charge du cancer de l'ovaire *au stade localisé* : • Cœlioscopie initiale exploratrice : évaluation de l'extension, cytologie péritonéale, biopsies péritonéales, ovariectomie avec examen EXTEMPORANE - Puis laparoconversion pour REDUCTION TUMORALE MAXIMALE × Hystérectomie totale × Annexiectomie = ovariectomie **bilatérale** × Omentectomie × Curage ganglionnaire lombo-aortique × Appendicectomie (déjà faite ici !) - Evaluation du RESIDU TUMORAL *Certes le traitement en lui-même n'est pas dans les objectifs, mais il existe l'item de l'UE9 n°291 traitement des cancers qui leur permet de vous questionner à ce sujet.*
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 9	A -	F	2	Principales toxicités des chimiothérapies à connaitre : cf tableau synthèse
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Dermatomyosite • Paranéoplasique	20 10	Question très difficile, surtout si vous n'avez pas vu la dermatologie ou l'immunologie • Il s'agit de la dermatomyosite - Première étiologie = PARANEOPLASIQUE +++ - Surtout chez les plus de 60 ans ! - Association d'un tableau musculaire et dermatologique : × Syndrome myogène = déficit proximal bilatéral, myalgies reproduites à la pression musculaire × Atteinte cutanée : érythème liliacé des paupières, papules de Gottron à la face dorsale des mains, érythrodermie des zones photo-exposées
QROC 6	• TEP TDM ou TEP scanner	20	Prise de 18-Fluorodésoxyglucose qui fixe les tissus à haut métabolisme et LE CERVEAU et la VESSIE • NE PAS administrer de Glucosé 5% avant ! - Les cellules cancéreuses se reproduisent rapidement, captent le 18FDG et fixent à l'imagerie × Comparer à un scanner initial
QROC 10	• Demons Meigs • Krukenberg	25 25	• Rare, certes, mais à connaître ! - Vous les aurez vus une fois comme ça
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	9	303	Cancer de l'ovaire
Questions accessoires	7	188	Pathologies auto-immunes (dermatomyosite)
	9	291	Traitement des cancers
	2	42	Tuméfaction pelvienne chez la femme

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Principales toxicités des chimiothérapies à connaitre :

Classe		Nom	Principal effet indésirable
ALKYLANTS	Moutarde azotée	Cyclophosphamide®	Toxicité vésicale Insuffisance rénale (IR)
	Sels de Platine	Cisplatine®	IR, ototoxicité, neurotoxicité
ANTI-TOPOISOMERASE	Type I	Irinotécan®	Diarrhée, syndrome atropinique
	Type II	Etoposide®	Leucémie secondaire
INTERCALANT		Anthracycline®	CMD : ETT, FEVG
SCINDANT		Bléomycine®	Fibrose pulmonaire : EFR + DLCO
POISON DU FUSEAU	Alcaloïdes	Vincristine®	Constipation, neuropathie
	Taxanes	Docétaxel®	Atteinte unguéale
ANTIMETABOLIQUE	Anti-pyrimidique	5 Fluoro-uracile®	Spasme coronaire
	Anti-folinique	Méthotrexate®	ANTIDOTE = acide FoliNIque

- Age médian au diagnostic = 65 ans
- FdR = mutation des gènes BRCA 1+2, nulliparité, ménarche précoce et ménopause tardive
- Clinique :
  - Circonstances de découverte
    - × Masse abdominale volumineuse
    - × Signes aspécifiques, longtemps asymptomatique
  - Interrogatoire : ATCD personnels et familiaux, comorbidités
  - Examen physique : examen abdominal, TR, TV, aires ganglionnaires, poids, seins
- Paraclinique :
  - Diagnostic : échographie pelvienne sus-pubienne et endo-vaginale, IRM pelvienne sans injection, MAMMOGRAPHIE +/- Coloscopie, FOGD
  - Marqueur tumoral = CA-125
  - Extension : TDM TAP
  - Pré-opératoire : NFS, Groupe, iono, créatinine, BHS, nutritionnel+++

- Prise en charge :
  - RCP, PPS, essais cliniques
  - Stades I à IIIb : **CHIRURGIE CURATIVE**
    - × Annexiectomie bilatérale + hystérectomie totale + omentectomie + appendicectomie + curage gg
  - Stades IIC et IV
    - × Chimiothérapie néo-adjuvante
    - × Chirurgie d'intervalle
    - × Chimiothérapie adjuvante : Sels de platine (Carboplatine®) et Taxol (Paclitaxel®)

- Suivi :
  - Examen pelvien tous les 4 mois pendant 2 ans, tous les 6 mois pendant 3 ans puis annuel à vie
  - Dosage du CA-125
  - Aucun examen d'imagerie systématique sauf point d'appel clinique de récidive

- Oncogénétique :
  - Recherche d'une mutation BRCA 1 et 2
  - Pour les cancers survenant avant 70 ans
  - Ou après 70 ans, si apparenté du 1er degré atteint d'un cancer du sein ou de l'ovaire

FIGO OVAIRE

STADE I	Limité aux OVAIRES
Ia	1 ovaire, capsule intacte, cytologie péritonéale négative
Ib	2 ovaires, capsule intacte, cytologie péritonéale négative
Ic	1 ou 2 ovaires OU rupture capsulaire OU cytologie péritonéale positive
STADE II	Limité au PELVIS
IIa	Extension à l'utérus ou aux trompes, cytologie péritonéale négative
IIb	Extension à la vessie, au colon ou au rectum, cytologie péritonéale négative
Iic	IIa ou IIb avec cytologie péritonéale positive
STADE III	Limité à l'abdomen
IIIa	Extension péritonéale microscopique
IIIb	Extension péritonéale macroscopique ≤ 2 cm
IIIc	Extension péritonéale macroscopique > 2 cm
STADE IV	METASTASES A DISTANCE

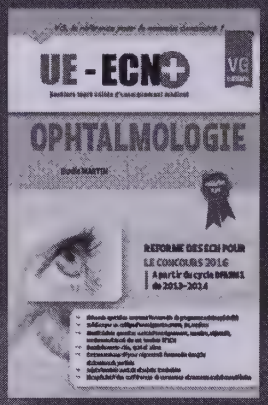
	BENIGNE	MALIGNE
Epithéliale	- Cystadenome sereux - Cystadénome mucineux - Endométnome	- Cystadenocarcinome séreux - Cystadénocarcinome mucineux - Cancer à cellules claires
Germinale	- Kyste dermoïde	- Tératome immature - Choriocarcinome - Séminome - Tumeur à cellules de Sertoli et Leydig (rf cancer du testicule !)
Stromale	- Fibrome - Thécome	
NB	Demon Meigs	Krukenberg

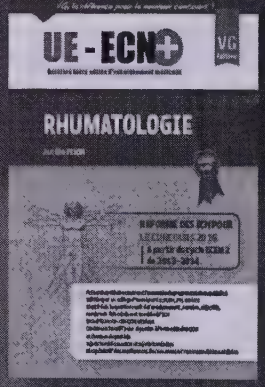
VG, la référence pour le nouveau concours !

UE - ECN+

VG Editions

Derniers tours unités d'enseignement médical





- Cancerologie
- Conférences de consensus
- Dermatologie
- Gériatrie
- HGE
- LCA
- Maladie infectieuses et tropicales
- Médecine Interne
- Mots clés
- Nephrologie
- Ophtalmologie
- ORL Stomato
- Orthopédie Traumatologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Rhumatologie
- Santé publique
- Thérapeutique
- Urologie

REFORME DES ECN POUR LE CONCOURS 2016
A partir du cycle DCEM 2 et DFASM 1 de 2013-2014

- Fiches de synthèse couvrant l'ensemble du programme de la spécialité
- Validées par un collège d'enseignants : PUPH, PH, seniors
- Identité de la question : unité d'enseignement, numéro, objectifs, nombre de fois où elle est tombée à l'ECN
- Contenu exhaustif pour répondre à l'ensemble des QCM et dossiers de partiels
- Sujets tombés aux ECN et sujets tombables
- Récapitulatif des conférences de consensus et recommandations utilisées

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 16

Un enfant pas comme les autres

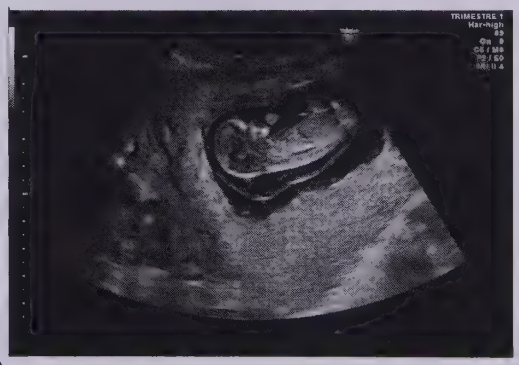
1 Enoncé

Vous voyez en consultation Mme D., 35 ans, groupe rhésus AB négatif pour son échographie de datation. Elle n'a aucun antécédent particulier. Elle ne présente aucun symptôme. Elle est G1P0. Son début de grossesse se passe pour le mieux. Elle est agent territorial dans l'Est de la France.

QCM 1	**Quelles sont les bonnes réponses concernant le dépistage de la Trisomie 21 au premier trimestre ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Le dépistage de la Trisomie 21 est obligatoire
B -	Le dépistage de la Trisomie 21 n'est pas obligatoire
C -	Le dosage des marqueurs du premier trimestre a lieu entre 10 SA et 12 SA
D -	Le dosage des marqueurs du premier trimestre a lieu entre 11SA et 13 SA
E -	Le dosage des marqueurs du premier trimestre a lieu entre 10 SA et 12SA + 6 jours
F -	Le dosage des marqueurs du premier trimestre a lieu entre 11SA et 13 SA + 6 jours
G -	Le risque combiné est positif lorsqu'il est > 1 / 2500
H -	Le risque combiné est positif lorsqu'il est < 1 / 2500
I -	Le risque combiné est positif lorsqu'il est > 1 / 250
J -	Le risque combiné est positif lorsqu'il est < 1 / 250
K -	Le risque combiné associe la mesure de la clarté nucale ainsi que le dosage des marqueurs du premier trimestre à savoir la PAPP-A et βhCG libre
L -	Le risque combiné associe la mesure de la clarté nucale ainsi que le dosage des marqueurs du premier trimestre à savoir la PAPP-B et hCG libre ainsi que l'âge maternel.

QROC 2

Qu'est-ce qui vous saute aux yeux à l'échographie de datation ?



Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 3	**La patiente n'a pas pu bénéficier du dépistage du premier trimestre. Quelles sont les bonnes réponses concernant le dépistage de la Trisomie 21 au deuxième trimestre ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	La performance diagnostique est identique à celui du premier trimestre
B -	Le dosage des marqueurs est possible entre 13 SA et 16 SA
C -	Le dosage des marqueurs est possible entre 15 SA et 18 SA + 6 jours
D -	Le dosage des marqueurs est possible entre 14 SA et 17 SA + 6 jours
E -	Le dosage des marqueurs est possible entre 14 SA et 17 SA
F -	Le dosage des marqueurs est possible entre 13 SA et 16 SA + 6 jours
G -	On parle de dépistage combiné au deuxième trimestre
H -	Il associe la mesure de la LCC, l'âge maternel, l'hCG et l'alfa-foetoprotéine
I -	Il associe la mesure de l'hCG, de l'oestradiol, la PAPP-A et l'alfa-foetoprotéine
J -	Le dépistage séquentiel intégré associe la mesure de la clarté nucale, l'âge maternel, le dosage des marqueurs du 2ème trimestre à savoir hCG, alfa-foetoprotéine et l'oestradiol
K -	Le dépistage séqentiel intégré associe l'âge maternel, le dosage des marqueurs du 2ème trimestre à savoir hCG, alfa-foetoprotéine et l'oestradiol
L -	On parle de dépistage séquentiel au deuxième trimestre

QCM 4	**Rappelez les indications à la réalisation d'un caryotype foetal remboursé par la sécurité sociale. (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Antécédent d'anomalie chromosomique
B -	Couple ayant déjà un enfant atteint du Syndrome de Down
C -	Translocation équilibrée chez l'un des deux parents
D -	Antécédent pour le couple d'une grossesse avec caryotype normal
E -	Signes d'appel à l'échographie fœtale quelque soit le terme
F -	Age maternel supérieur à 38 ans
G -	Age maternel supérieur à 40 ans
H -	Estimation du risque combiné de trisomie 21 > 1/250
I -	Age maternel supérieur à 38 ans n'ayant pas pu bénéficier du dépistage aux T1 et T2
J -	Diagnostic de sexe pour les pathologies liées au sexe

QCM 5	**On se decide à réaliser un caryotype foetal chez cette patiente devant les signes d'appel échographiques. Quelles sont les bonnes réponses concernant les techniques d'obtention de celui-ci ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	L'amniocentèse est possible à partir de 14 SA
B -	La biopsie trophoblastique est possible à partir de 10 SA
C -	La biopsie trophoblastique est possible à partir de 15 SA
D -	L'amniocentèse est possible à partir de 15 SA
E -	La biopsie trophoblastique est possible entre 11SA et 14 SA
F -	La biopsie trophoblastique permet d'avoir des résultats plus rapidement que l'amniocentèse
G -	L'amniocentèse se déroule sans échographe contrairement à la biopsie trophoblastique
H -	L'amniocentèse permet d'avoir des résultats en moins d'une semaine
I -	Le risque de perte fœtale se situe autour de 10%
J -	La biopsie trophoblastique correspond au prélèvement des villosités placentaires
K -	L'amniocentèse correspond à une ponction de sang fœtal
L -	Le risque de perte fœtal est à 1% pour la biopsie trophoblastique et 10% pour l'amniocentèse

QROC 6	**Que ne faut-il surtout pas oublier chez cette patiente dans les suites de la prise en charge ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 7	**Quels sont les signes cliniques typiques de Trisomie 21 ? (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Hyperlaxité ligamentaire et hypotonie à la naissance
B -	Macro-orchidie post-pubertaire
C -	Front large et oreilles décollées
D -	Pli palmaire unique
E -	Brachy-mésophalangie
F -	Nuque courte et macro-glossie
G -	Télécantus
H -	Fentes palpébrales obliques
I -	Racine du nez aplatie
J -	Inégalité de longueur de membre
K -	Viscéro-mégalie
L -	Aspect joyeux

QCM 8	Quelles sont les maladies associées à redouter chez les patients atteints de Trisomie 21 ? (Jusqu'à 12 réponses)
A -	Imperforation anale
B -	Scoliose
C -	Hydronéphrose
D -	Communication interventriculaire
E -	Glaucome congénital
F -	Cataracte congénitale
G -	Hyperthyroïdie
H -	Atrésie duodénale
I -	Vieillissement prématuré
J -	Pieds bots
K -	Persistance du canal artériel
L -	Insuffisance surrénalienne chronique

QCM 9	Rappeler les modalités de prise en charge globale d'un enfant handicapé ? (Jusqu'à 8 réponses)
A -	PPS : Projet Personnalisé de Socialisation
B -	PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation
C -	Dossier MDPH
D -	Privilégier une institutionnalisation précoce pour une meilleure adaptation
E -	Prise en charge à 100%
F -	Déclaration obligatoire
G -	Réalisation d'une ETT et d'un ECG
H -	Conseil génétique si désir d'une autre grossesse
I -	TSH
J -	AEEH : allocation d'Education Enfant Handicapé
K -	La CLIS permet d'avoir une scolarisation à domicile
L -	Consultation ophtalmologique

QCM 10	Quelles sont les bonnes réponses concernant l'interruption médicale de grossesse ? (Jusqu'à 12 réponses)
A -	Elle est réalisable à partir de 15 SA seulement, après l'IVG
B -	Une simple demande du couple est jugée recevable pour l'accord de l'IMG
C -	Il faut que cela concerne une maladie grave et incurable au moment du diagnostic pour l'enfant
D -	La mère fait une demande auprès du CPDPN
E -	Deux médecins doivent attester d'un certificat médical l'acceptation de la demande en 3 exemplaires
F -	Prise en charge psychologique
G -	Il faut que la grossesse mette gravement en péril la santé de la mère
H -	Déclaration obligatoire non anonymisée au Directeur de l'établissement
I -	Injection d'un toxique dans l'artère utérine
J -	Examen foeto-pathologique obligatoire
K -	Diagnostic pré-natal encouragé pour une grossesse ultérieure
L -	Elle ne peut plus être réalisée après 37 semaines d'aménorrhée

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur la trisomie 21 : dépistage, clinique et prise en charge
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Dépistage T21 obligatoirement PROPOSE mais non obligatoirement ACCEPTE
  - Consentement écrit
  - Risuqe combiné > 1/250 => CARYOTYPE FOETAL
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Pour le QROC 6 : on ne vous a pas donné son groupe sanguin pour rien !
  - Attention entre PAPP-A et PAPP-B

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	Dépistage du PREMIER TRIMESTRE : de 11SA à 13 SA + 6 jours • Dépistage **COMBINE** - Age maternel + - Clarté nuccale (par un échographiste certifié) + - Dosage des marqueurs du premier trimestre : × PAPP-A × Beta hCG
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 3	A -	F	2	DEPISTAGE du DEUXIEME TRIMESTRE : 14 SA à 17 SA + 6 jours • Dépistage **SEQUENTIEL** - Age maternel - Dosage des marqueurs du deuxième trimestre : × Alfa-foeto-protéine × hCG × Oestradiol • Dépistage SEQUENTIEL **INTEGRE** - On associe la mesure de la clarté nucale
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 4	A -	V	3	• Elles sont toutes citées - Attention à l'âge : seulement si supérieur à 38 ans et n'ayant pu avoir le dépistage de T1 ou T2 (à prouver) sinon non remboursé
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	

QCM 5	A -	F	3	Deux techniques pour obtenir des cellules foetales et faire le CARYOTYPE + FISH • AMNIOCENTESE : - A partir de 15SA × Résultats longs à avoir (> 3 semaines) × Mais fiables × Echoguidée • BIOPSIE TROPHOBLASTIQUE - A partir de 11 SA × Prélèvement de villosités choriales × Résultats rapides (48h) mais moins fiables
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 7	A -	V	2	Trisomie 21 = syndrome de Down • ≠ Syndrome de l'X fragile × Macro-orchidie × Front large et oreilles décollées • ≠ Syndrome d'Angelman × Aspect jovial • ≠ Beckwith Widman × Inégalité de longueur des membres
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 8	A -	V	2	Complications à craindre : • Malformations : - Cardiaque × Communication inter-atriale, persistance du canal artériel - Digestif × Atrésie duodénale ou oesophagique, imperforation anale - Urinaire × Hydronéphrose, méga-uretère - Oculaire × Cataracte congénitale - Ostéo-articulaire × Pieds bots, scoliose, instabilité de l'atlas et de l'axis • Complications : - Infections (ORL, bronchopulmonaire), LAM, hypothyroïdie, épilepsie, retard mental
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
	F -	V	2	
	G -	F	1	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	F	1	
QCM 9	A -	F	3	**PRISE EN CHARGE D'UN ENFANT HANDICAPE** : globale, personnalisée, modulable Privilégier le domicile et la scolarité ordinaire • Médicale : - Paraclinique : ECG, ETT, Echo abdo, TSH, ex ORL/ortho, consultation ophtalmo... - Pas de traitement curatif, simplement symptomatique • Scolaire : - Maintien en milieu ordinaire : CLIS, SEGPA, AVS - Milieu spécialisé : IME, IMP - Domicile : SESSAD • Psychologique - Soutien psychologique de l'enfant, de la fratrie et des parents • Sociale +++ - MDPH / CDAPH × AEEH / AJPP, carte d'invalidité, stationnement, PEC 100% (ALD)
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 10	A -	F	3	**IMG :** • Réalisable à n'importe quel moment de la grossesse - Deux conditions : × Grossesse mettant gravement en peril la santé de la mère × Enfant atteint d'une pathologie grave et incurable au moment du diagnostic • CPDPN + 2 certificats par 2 médecins différents - DO anonyme au Directeur de l'établissement × Examen foeto-anapth encouragé × Si foetus viable : exitus in utero par injection d'un aneshésique puis d'un toxique dans le cordon ou en intracardiaque mais surtout pas dans les artères utérines sinon on tue la mère aussi !
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	V	3	
	L -	F	3	
			230	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 2	• Hygroma coli	30	 • Clarté nuccale > 3.5 mm Ici : 7 mm
QROC 6	• Gamma-globulines	40	Attention, patiente de groupe rhesus négatif • Ca serait dommage qu'elle fasse une allo-immunisation lors d'une prochaine grossesse....après une IMG !
		70	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	43	Problèmes posés par les maladies génétiques
Questions accessoires	2	22	Suivi d'une grossesse normale
	3	54	Enfant handicapé

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

TRISOMIE 21 :

- Maladie chromosomique la plus fréquente : 1/700 naissance (mais incidence en baisse grâce au dépistage)
- FdR = âge maternel
- Types :
  - × T21 libre : caryotypes des parents normaux, non dysjonction à la méiose 1, 1% de risque de récurrence
  - × T21 par translocation équilibrée robertsonienne (t:14-21 fréquente) : 10% de récurrence si translocation maternelle, 2% si paternelle
- Clinique :
  - Dysmorphie
  - Retard psychomoteur
  - Malformations
- Dépistage :
  - T1 (11 - 13+6) : Clarté nucale + âge maternel + marqueurs premier trimestre
  - T2 (14 - 14+6) : âge + marqueurs du second trimestre, intégré si clarté nucale prise en compte

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 17

J'ai la fibre

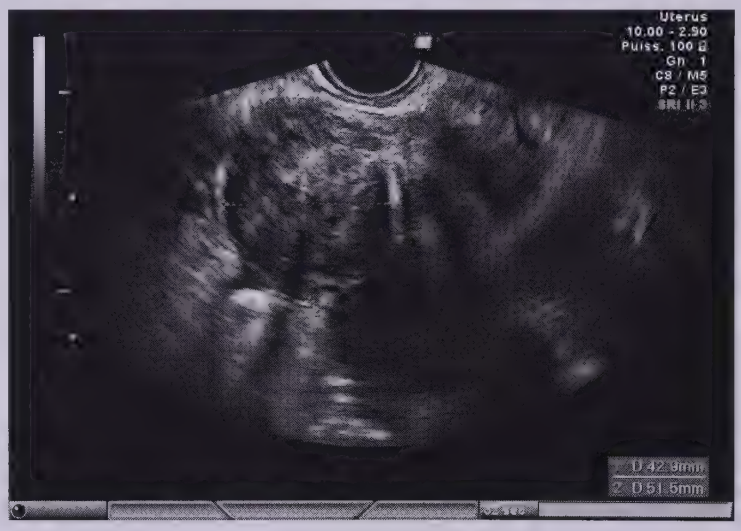
1 Enoncé

Une de vos amies réanimatrice en clinique parisienne, d'origine Afro-Canadienne, âgée maintenant de 37 ans ouvre la porte de votre cabinet de gynécologie, car ça ne va pas. Elle présente des méno-métrorragies. Son groupe sanguin est O négatif. Son dernier frottis date de 3 ans. Elle se porte bien. Elle est sportive. Elle n'a aucun moyen de contraception. Elle a été opérée de l'appendicite l'année du concours de l'internat.

Cela fait 1 mois que ça dure. A l'examen clinique, la palpation des seins est normale. Le toucher vaginal retrouve une masse solidaire de l'utérus.

QROC 1

Que remarquez-vous à l'échographie ? Détaillez.



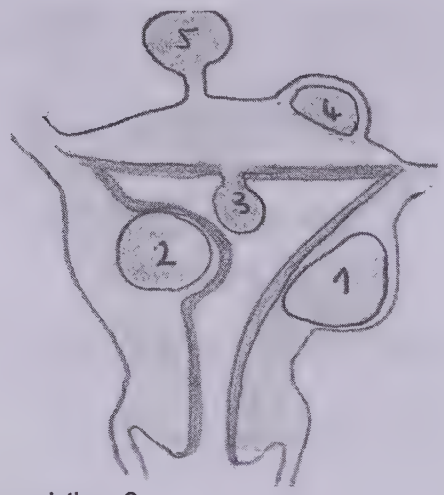
(4 mots)

QCM 2 **Quels examens paracliniques réalisez vous chez cette patiente devant cette tumeur ? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Frottis cervico-vaginal
B - Echographie pelvienne sous-pubienne uniquement
C - Hystéroscopie diagnostique
D - Hystérographie diagnostique
E - IRM pelvienne en première intention
F - NFS, ferritine, CRP, réticulocytes
G - Mammographie bilatérale
H - Marqueur CA 125
I - TEP-TDM si stade III-IV
J - Colposcopie
K - TDM TAP
L - Echographie hépatique

QROC 3 **A quel type anatomopathologique correspond cette tumeur fréquente ? Texte libre (1 mot)**

QCM 4	**Vous demandez à un de vos étudiants les différentes localisations des fibromes et vous l'aidez avec ce schéma.**



Quelles sont les bonnes associations ?
(Jusqu'à 12 réponses)

A - 1 = intra-thécale
B - 1 = intra-mural
C - 1 = intra-cavitaire
D - 2 = sous-séreux pédiculé
E - 2 = sous-musculeux
F - 2 = sous-muqueux
G - 3 = intra-cavitaire
H - 3 = sous-séreux
I - 4 = interstitiel
J - 4 = sous-séreux sessile
K - 5 = sous-muqueux
L - 5 = sous-séreux pédiculé

QCM 5	**Quelles sont les bonnes réponses concernant la prise en charge des fibromes ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Abstention thérapeutique
B - Traitement par Progestérone pour réduire l'hyperplasie endométriale
C - Traitement par Progestérone pour réduire la taille du fibrome
D - Les progestatifs sont prescrits du 15 au 25ème jour du cycle si un effet contraceptif est souhaité
E - Traitement par agoniste de la LHRH permettant de diminuer les saignements
F - Traitement par agoniste de la LHRH permettant de diminuer la taille du fibrome
G - Traitement par agoniste de la LHRH prescrit en pré-opératoire pour une durée limitée à 3 mois
H - Traitement par agoniste de la LHRH prescrit en pré-opératoire pour une durée limitée à 12 mois
I - Le traitement chirurgical est indiqué en cas d'échec du traitement médical
J - Le traitement chirurgical est indiqué en cas de compression des organes de voisinage
K - Tardyféron®
L - Le DIU est contre-indiqué en cas de fibrome interstitiel

QROC 6	**Elle ne souhaite au final aucune prise en charge médicale ni chirurgicale. Vous retrouvez cette charmante patiente un an plus tard qui se trouve être enceinte de 20 semaines d'aménorrhée. Vous la voyez aux urgences obstétricales pour des douleurs pelviennes intenses. Ses constantes montrent TA = 13/7, pouls 92 par minute, température 38.3°C. Elle est pâle. La BU retrouve pH=5, densité +++, leucocyturie -, nitrites - , sang -, protéinurie -. Elle ne présente aucun signes fonctionnels urinaires. Au toucher vaginal, le fibrome vous semble augmenté de volume et ramolli.** **Quel est le diagnostic le plus probable ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QROC 7	**Quel signe échographique pathognomonique recherchez-vous à l'échographie ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 8	Quelle est votre prise en charge en urgence ? (Jusqu'à 12 réponses)
A -	Hospitalisation
B -	Prise en charge ambulatoire
C -	Myomectomie en urgence
D -	Interruption médicale de grossesse
E -	Gamma-globulines
F -	AINS
G -	Amoxicilline®
H -	Corticothérapie
I -	Vessie de glace
J -	Appendicectomie
K -	Drainage urinaire en urgence
L -	Méthotrexate®

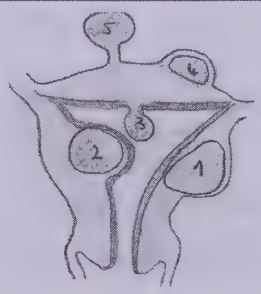
QCM 9	Quelles autres complications des fibromes connaissez-vous ? (Jusqu'à10 réponses)
A -	Dégénérescence maligne sarcomateuse
B -	Dégénérescence maligne adénomateuse
C -	Anémie macrocytaire régénérative
D -	Placenta accreta
E -	Compression de l'urètre
F -	Compression du rectum
G -	Torsion de testicule
H -	Obstacle à l'engagement lors de l'accouchement
I -	Hémorragie de la délivrance
J -	Constipation
K -	Hémorragie génitale
L -	Endométriose

2 Corrigé

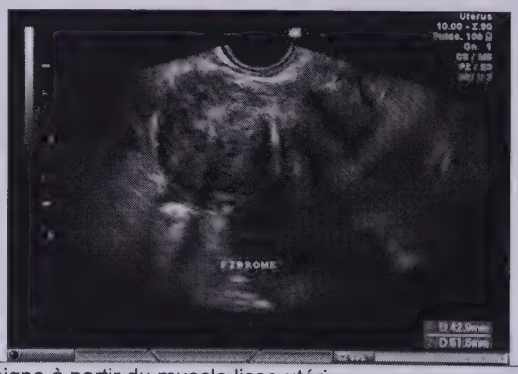
LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier classique sur les fibromes
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Fibrome = diagnostic fréquent (20% des femmes de plus de 35 ans)
  - CI des AINS au deuxième et troisième trimestre de grossesse !
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Ne pas paniquer devant l'échographie : signe des flèches
  - Pour le QCM5 : noter sur le schéma les vraies réponses pour un gain de temps et ne pas vous laisser perturber par les fausses réponses mises par le rédacteur

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	3	Refaire le FCU datant de 3 ans • Autres propositions pour vous faire douter avec une tumeur de l'endomètre ou de l'ovaire
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 4	A -	F	3	**LOCALISATIONS DES FIBROMES** : 1 = intra-mural = interstitiel 2 = sous-muqueux 3 = intra-cavitaire 4 = sous séreux sessile 5 = sous séreux pédiculé 
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 5	A -	F	3	Prise en charge des fibromes : • Abstention thérapeutique : - Si asymptomatique • Traitement médicamenteux - Progestatifs de J15 à J25 sans rôle contraceptif
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	

	F -	V	3	- Progestatifs de J5 à J25 avec rôle contraceptif - DIU contre-indiqué en cas de fibrome intracavitaire • Traitement chirurgical: MYOMECTOMIE ou HYSTERECTOMIE (envoi anapath) - Echec du traitement médicamenteux - Compression d'organes de voisinage - Fibromes compliqués SAUF en cas de grossesse • Traitement symptomatique - Correction de la carence martiale +++ : Fer
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	F	3	
QCM 8	A -	V	6	PRISE EN CHARGE d'une NECROBIOSE ASEPTIQUE Hospitalisation en urgence • Antibiothérapie par Amoxicilline® en absence d'allergie • Corticothérapie pour diminuer l'inflammation • CONTRE-INDICATION formelle aux AINS au T2 et T3 • Antalgiques, vessie de glace - Attention, appendicectomie déjà réalisée - Pas de myomectomie au cours de la grossesse !
	B -	F	4	
	C -	F	4	
	D -	F	4	
	E -	F	4	
	F -	F	4	
	G -	V	6	
	H -	V	6	
	I -	V	6	
	J -	F	4	
	K -	F	4	
	L -	F	4	
QCM 9	A -	V	3	• Placenta accreta - Sur un utérus cicatriciel - Insertion du placenta dans le myomètre • Anémie par carence martiale = microcytaire arégénérative
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	F	3	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Masse utérine • Hypoéchogène • Fibrome	10 10 10	
QROC 3	• Léiomyome	20	Tumeur bénigne à partir du muscle lisse utérin
QROC 6	• Nécrobiose aseptique	30	Ischémie froide du fibrome lors de la grossesse • Douleur aigüe, fièvre, pâleur, fibrome ramolli et augmenté de volume
QROC 7	• Cocarde	20	Pathognomonique +++
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	9	297	Tumeurs du corps utérin
Questions accessoires	2	39	Algies pelviennes de la femme
	2	34	Anomalie du cycle menstruel - Métrorragies

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

FIBROME : léiomyome

- Pathologie féminine fréquente, première cause d'hystérectomie
- FdR : prise d'oestrogènes (COP, grossesse..), ethnie, hérédité
- Clinique :
  - Asymptomatique
  - Métro-ménorragies
  - Pesanteur pelvienne
  - Examen spéculum + TV ;
    - × Masse solidaire de l'utérus, régulière, ferme
- Paraclinique :
  - Echographie pelvienne : masse hypoéchogène, déformant les contours de l'utérus et la vacuité utérine, nombre, taille, localisation
  - Hystéroscopie : diagnostique (+/- curetage biopsique)
  - NFS, Ferritine, CRP : recherche d'une anémie par carence martiale
- Traitement :
  - **Abstention thérapeutique** si asymptomatique
  - **Traitement médicamenteux**
    - × Progestatifs de J15 à J25 sans rôle contraceptif
    - × Progestatifs de J5 à J25 avec rôle contraceptif
    - × DIU contre-indiqué en cas de fibrome intracavitaire
  - **Traitement chirurgical**: MYOMECTOMIE ou HYSTERECTOMIE (envoi anapath)
    - × Echec du traitement médicamenteux
    - × Compression d'organes de voisinage
    - × Fibromes compliqués
    - × Gestes contre-indiqués lors de la grossesse
  - **Traitement symptomatique**
    - × Correction de la carence martiale +++ : Fer

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 18

Ca colle Anatole

1 Enoncé

Vous recevez Melle Anatole, 27 ans, pour la réalisation de son frottis habituel. C'est une patiente que vous connaissez depuis longtemps. Vous l'avez traitée pour une salpingite à Chlamydiae l'année dernière. Elle est G3P0 : elle a fait une fausse couche l'année dernière et a eu recours deux fois à des IVG. Elle fume 1 paquet de cigarettes par jour, malgré votre aide au sevrage. Elle est actuellement en recherche d'emploi.

QCM 1	**Quelles sont les bonnes réponses concernant la réalisation du frottis cervico-utérin ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Il est réalisé au bloc opératoire en condition d'asepsie stricte
B -	Il est réalisé sous spéculum
C -	La spatule d'Ayre permet un prélèvement de l'exocol et de la jonction exo-endocol
D -	La cytobrosse permet un prélèvement de l'endocol
E -	Il doit être réalisé à distance d'un rapport sexuel
F -	Il doit être réalisé à distance des règles
G -	Il doit être réalisé à distance d'une infection génitale
H -	Il n'est pas interprétable en cas de grossesse
I -	Il est indispensable d'identifier les prélèvements
J -	Il faut être à jeun
K -	Il faut arrêter les traitements anticoagulants et antiagrégants plaquettaires
L -	Il faut marquer le résultat du frottis précédent sur le bon du labatoire

QCM 2	**Quelles sont les bonnes réponses concernant les différents résultats possibles au frottis ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Il s'agit de la classification Bethesda
B -	Il s'agit de la classification Richart
C -	Un frottis inflammatoire est anormal
D -	Atteinte de l'exocol : AGC = atypies des cellules glandulaires
E -	Atteinte de l'exocol : LIEBH = lésion intra-épithéliale de bas grade
F -	Ateinte de l'endocol : ASC-H = atypie des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade
G -	Atteinte de l'endocol : LIEHG = lésion intra-épithéliale de haut grade
H -	Atteinte de l'exocol : carcinome épidermoïde
I -	Atteinte de l'endocol : adénocarcinome
J -	ASC-US (ask-us) = redemandez-nous : frottis à refaire obligatoirement
K -	La présence de cellules glandulaires atteste de la bonne réalisation du frottis en exposant la jonction pavimento-cylindrique
L -	Le frottis participe à la prévention primaire

QROC 3	**En présence d'un résultat de frottis montrant ASC-US (atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée), quelles sont les 3 différentes possibilités de poursuite de prise en charge ? Texte libre (1 à 5 mots)**

QCM 4	**Vous décidez de réaliser une colposcopie chez cette patiente. Donnez les bonnes réponses concernant sa réalisation ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Elle nécessite une anesthésie locale
B -	Elle est réalisée en consultation
C -	L'application de lugol permet de repérer les zones iodo-positives
D -	L'application d'acide salicylique permet de repérer les zones acidophiles
E -	Les zones acidophiles apparaissent noires
F -	Le lugol fixe l'exocol qui contient du glycogène
G -	Le lugol colore en vert l'endocol qui fixe
H -	Lors de la colposocpie, on réalise un examen à l'état frais initialement
I -	Puis on ajoute le lugol et ensuite l'acide acétique
J -	On réalise un schéma daté signé
K -	Il faut toujours préciser si la jonction endo-exocol a été vue
L -	On réalise des biopsies des 4 quadrants

QCM 5	**En cas de LIEBG (lésion intra-épithéliale de bas grade) quelle est la prise en charge générale ? Donnez les bonnes réponses. (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Conisation diagnostique
B -	Surveillance et réalisation de FCU et colposcopie à 18 mois
C -	Surveillance et réalisation de FCU et colposcopie à 2 mois puis 2 ans
D -	Surveillance et réalisation de FCU et colposcopie à 6 mois, 12mois et 18 mois
E -	Vaporisation laser d'emblée
F -	Les LIEBG régressent spontanément en 18 mois
G -	FCU habituel tous les 3 ans
H -	Hystéroscopie et curetage diagnostic
I -	Test HPV en phase liquide
J -	Traitement oestrogénique
K -	Le sur-traitement peut entraîner des complications obstétricales
L -	Le sur-traitement peut entraîner une infertilité par trouble de la glaire cervicale

QCM 6	**Il s'avère malheureusement que les résultats de la conisation effectuée chez Mme D. apparaissement positifs et décèlent un CIN 2. Comment annoncer vous le diagnostic à Mme D ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Vous êtes rassurant et vous lui expliquez qu'il s'agit d'une lésion de bas grade
B -	Vous lui annoncez après certitude diagnostique
C -	Vous consacrez toute une consultation pour lui annoncer
D -	Vous lui donnez une information orale uniquement
E -	Vous lui demandez si elle a des questions
F -	Vous vérifiez ce qu'elle a réellement compris
G -	Vous écrivez dans le dossier médical l'information donnée
H -	Vous tentez de toujours ménager l'espoir
I -	Vous lui annoncez avec sympathie
J -	Vous recherchez des facteurs de risque suicidaire
K -	Dans le plan cancer, l'annonce diagnostique comprend 4 temps : temps médical, temps d'accompagnement d'aides soignants, temps social et temps diététique
L -	La loi Kouchner du 4 mars 2002 donne le droit à l'information au patient

QROC 7	**Citez 3 facteurs de risque du cancer du col que la patiente ne présente pas (absent de l'énoncé). Texte libre (4 mots)**

QCM 8	**Quels examens complémentaires réalisez- vous chez cette patiente ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	IRM pelvienne
B -	TDM TAP
C -	La colposcopie est suffisante
D -	Examen clinique sous AG sous valve
E -	Sérologie VIH
F -	Mammographie bilatérale
G -	Marqueur ACE en cas de cancer épidermoïde
H -	Hystéroscopie diagnostique
I -	Marqueur SCC en cas d'adénocarcinome
J -	Echographie pelvienne endo-vaginale
K -	Sérologie TPHA, FDL
L -	PET-TDM si stade > IB2

QCM 9	**Quelles sont les bonnes associations concernant le stade FIGO ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Stade Ia = tumeur limitée au col, ne dépassant pas la moitié du col
B -	Stade II = tumeur atteignant le tiers inférieur du vagin
C -	Stade IIIb = hydronéphrose
D -	Stade I = tumeur limitée à l'utérus
E -	Stade IIa = tumeur atteignant le dôme vaginal
F -	Stade IIIa = envahissement du dôme vaginal
G -	Stade Ib = tumeur décelable à l'examen clinique
H -	Stade II = obstacle urétéral
I -	Stade IVa = atteinte de la vessie et du rectum
J -	Stade I = atteinte unilatérale de la paroi du col
K -	Stade IIb = atteinte paramétriale
L -	Stade IV = carcinose péritonéale

QCM 10	**On retrouve un cancer du col de stade Ib1. Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Colpohystérectomie totale élargie avec annexiectomie bilatérale et lymphadénectomie pelvienne
B -	Radiothérapie adjuvante
C -	Chimiothérapie néo-adjuvante
D -	Trachélectomie si on veut préserver la fertilité
E -	Curiethérapie préopératoire suivie d'une colpohystérectomie élargie 6 à 8 semaines plus tard
F -	Radio-chimiothérapie concomittante
G -	Radiothérapie exclusive
H -	Gestation pour autrui avec mère porteuse
I -	Traitement préventif de l'ostéoporose si annexiectomie bilatérale
J -	Vaccination HPV
K -	Arrêt du tabac
L -	Prévention des IST

QROC 11	**Après une chirurgie élargie, quel examen réalisez-vous pour rechercher une complication chirurgicale ? Texte libre (1 à 3 mots)**

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur le cancer du col
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Dépistage du cancer du col = frottis cervico-utérin
  - Prévention primaire = vaccination anti-HPV
  - Contexte social précaire + ATCD de nombreux IVG = bilan IST
  - Tabac = arrêt du tabac
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Ne pas lire trop vite les phrases : acide salycilique ≠ acide acétique
  - Différencier exocol et endocol dans les questions

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	**FROTTIS CERVICO-UTERIN** (FCU) • A réaliser tous les 3 ans après deux FCU normaux à 1 an d'intervalle - Modalités de réalisation : × En consultation, en position gynécologique, sous spéculum × A distance d'un rapport sexuel ,des règles ou d'une infection × Prélèvement exocol, de la jonction exo-endocol +++ (spatule d'Ayre) et de l'endocol (cytobrosse) × Identification des lames × Envoi au labo avec les résultats des FCU antérieurs × Interprétable de la même manière en cas de grossesse × Préciser si grossesse ou ménopause
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 2	A -	V	2	**RESULTATS FCU : classification de Bethesda** • Normal : inflammatoire considéré comme normal • Atteinte de l'EXOCOL = **MALPIGHIENNE** - ASC-US : Atypies des cellules de malpighie de signification indéterminée - ASC-H : atypie des cellules de malpighie ne permettant pas d'exclure une LIEHG - LIEBG : lésions intra-épithéliales de bas grade - LIEHG : lesions intra-épithéliales de haut grade - Carcinome épidermoïde • Atteinte de l'ENDOCOL = **GLANDULAIRE** - AGC : atypies des cellules glandulaire - Adénocarcinome +/- in situ
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 4	A -	F	2	**COLPOSCOPIE** : • Réalisée si FCU anormal - En consultation sans anesthésie - Trois étapes : × Inspection à l'état frais
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	

	F -	V	2	× Acide acétique colorant en blanc les zones acidophiles × Lugol : repérage des zones iodonégatives, colore spontanément l'exocol contenant du glycogène Schéma daté signé +++ codifié (traits verticaux ou obliques, carré du lieu de la biopsie) - Biopsies des zones suspectes iodo-négatives acidophiles × Critère de qualité : jonction exo-endocol vue +++
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 5	A -	F	1	LIEBG : • Disparaissent dans plus de la moitié des cas après 18 mois - Attention au sur-traitement - Nouvelles recommandations là-dessus
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	3	
	E -	F	1	
	F -	V	3	
	G -	F	1	
	H -	F	1	
	I -	F	1	
	J -	F	1	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 6	A -	F	3	Annonce du diagnostic, très à la mode ! • Loi Kouchner 4/3/2002 - **Comment j'annonce** × Cadre : bureau, disponibilité, pas de téléphone × Personnes : médecin, patiente +/- personne de confiance × Progressif, empathie, sans mentir, ménager de l'espoir - **Ce que j'annonce** × Après certitude diagnostique × Cancer du col de l'utérus par exemple
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 8	A -	V	2	Paraclinique : • Diagnostic de certitude = ANAPATH = pièce de conisation • Extension - Loco-régionale × Examen sous AG : TV, TR, +/- cystoscopie, rectoscopie × Echographie endovaginale × IRM pelvienne × Lymphadénectomie par voie coelioscopique - A distance × TDM TAP × TEP TDM si > stade Ib
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 9	A -	F	2	Ahhh toujours les fameux FIGO ! rf synthèse
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 10	A -	V	2	PRISE EN CHARGE • Plan cancer : RCP, PPS, consultation d'annonce • Traitement curatif - Au stade Ib : on a 3 différentes possibilités × Chirurgie élargie × Chirurgie du col pour préserver la fertilité × Curiethérapie puis radiothérapie • Retenir radio-chimiothérapie concomittante à partir du stade Ib2 jusqu'à 4
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	

	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Colposcopie • FCU à 6 mois • Test HPV	10 10 10	Au choix, selon la pratique médicale
QROC 7	• Infection HPV +++ • Immunodepression • Multiparité	30 PMZ 10 10	A connaître par coeur • Si HPV non mentionné 0 à la question
QROC 11	• Uro-TDM	20	Recherche d'une lésion urétérale lors de la chirurgie
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	9	297	Tumeurs du col utérin
Questions accessoires	1	1	Annonce d'une maladie grave
	9	287	Dépistage des cancers

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

Guide ALD 2010	Cancer invasif du col utérin

CANCER DU COL DE L'UTERUS :

- Epidémiologie : 3000 cas/an, 40 ans, carcinome épidermoïde
- FdR MAJEUR = infection HPV 16 et 18, tabac, immunodépression, partenaires sexuels précoces et multiples
- Prévention
  - Primaire : vaccination anti-HPV à partir de 11 ans : NE SE SUBSTITUE PAS AU DEPISTAGE !
  - Secondaire : Frottis cervico-utérin :
    - × Tous les 3 ans après 2 frottis cervicaux annuels normaux
    - × Chez les femmes de 25 à 65 ans
- Clinique :
  - Circonstances diagnostiques :
    - × Dépistage ++ (le cas ici)
    - × Métrorragies provoquées (post coïtales) +++ ou spontanées
    - × Dyspareunies
    - × Leucorrhées
  - Interrogatoire
    - × Résultats FCU antérieurs
    - × FdR
    - × ATCD, suivi gynécologique

- Ex plysique :
  - × TV, TR, spéculum
  - × Examen abdominal + aires ganglionnaires
  - × Lésion : ulcération à bords irréguliers, saignant au contact, végétante, infiltrante

- Paraclinique :
  - Certitude = ANAPATH :
    - × Biopsies du col
    - × Pièce de conisation
  - Imagerie :
    - × IRM pelvienne +++ examen de référence
    - × TEP TDM si > stade IB
    - × TDP TAP
  - Marqueur :
    - × SCC si épidermoïde (exocol)
    - × ACE si adénocarcinome (endocol)

STADES FIGO :

FIGO COL UTERIN

STADE I	Limité au COL
Ia	non visible, diagnostiqué par HISTOLOGIE
Ia1	Invasion ≤ 3mm et extension horizontale ≤ 7mm
Ia2	Invasion > 3 mm et < 5 mm, extension horizontale ≤ 7mm
Ib	Clinique ou > stade Ia
Ib1	Diamètre maximal ≤ 4 cm à l'IRM
Ib2	Diamètre maximal > 4 cm
STADE II	Invasion locorégionale épargnant la paroi pelvienne et le 1/3 inférieur du vagin
IIa	Atteinte du dôme vaginal (2/3 supérieur) sans atteinte paramétriale (< ou > 4cm)
IIb	Atteinte paramétriale évidente
STADE III	Invasion du 1/3 inférieur du vagin et/ou paroi pelvienne et/ou obstruction urétérale
IIIa	Fourreau vaginal (1/3 inférieur)
IIIb	Paramètre jusqu'à obstacle urétéral = hydronéphrose
STADE IV	EXTENSION A DISTANCE
IVa	Muqueuse vésicale et/ou intestinale
IVb	Métastases à distance

- Prise en charge : :
  - Plan cancer : RCP / PPS / consultation d'annonce / essais clinique / soins de support
  - Stade Ia1 :
    - × Surveillance simple si marges saines lors de la conisation et absence d'embols ganglionnaires
    - × Si marges atteintes ou absence de désir de traitement conservateur : hystérectomie totale simple
  - Stade Ia2 :
    - × Surveillance simple
    - × Hystérectomie simple
    - × Trachélectomie (exérèse du col utérin seule) si désir de conserver fertilié
  - Stade Ib1 :
    - × Traitement chirurgical : colpo-hystérectome élargie + annexiectomie bilatérale + lympadénectomie
    - × Association de radiothérapie et de chirurgie
    - × Radiothérapie + curiethérapie
  - Stade Ib2 à IV :
    - × Radio-chimiothérapie concomittante
- Surveillance :
  - Tous les 4 mois pendant 2 ans, tous les 6 mois pendant 3 ans, annuel à vie
  - Clinique : interrogatoire + ex clinique
  - FCU si traitement conservateur sauf radiothérapie (ininterprétable)
  - Dosage du SCC
  - Pas d'imagerie systématique

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 19

X-women

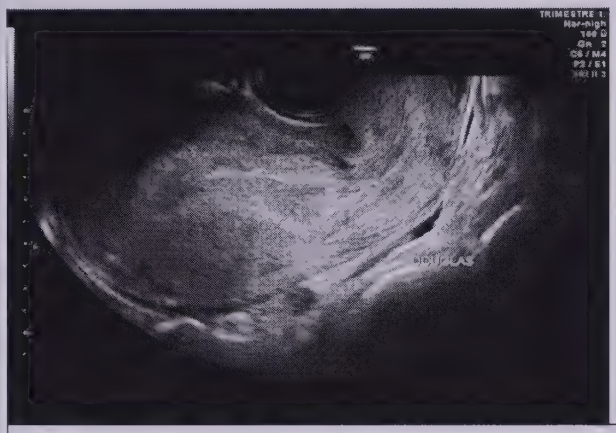
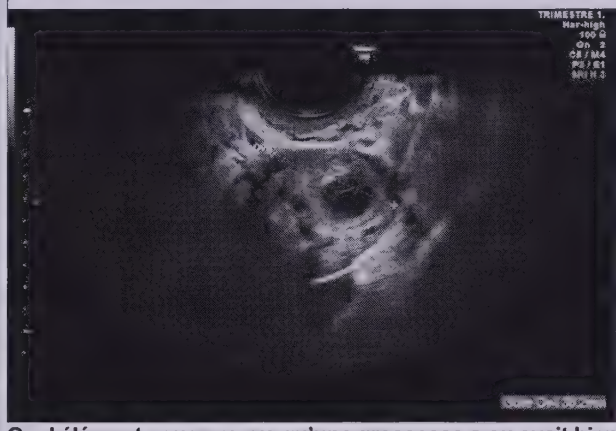
1 Enoncé

Médecin généraliste de votre état, vous recevez Melle S., 26 ans, qui présente plusieurs symptômes. Elle se sent nauséeuse. Elle a les seins tendus et sensibles. Elle est très émotive et irritable en ce moment. Elle a vomi a trois reprises depuis hier. Elle est apyrétique. Elle a peur d'avoir attrapé une gastro-entérite.

QROC 1	**Que vous évoque systématiquement ces symptômes chez une jeune femme ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Dans cette optique, quelles questions supplémentaires lui posez-vous à l'interrogatoire et que recherchez-vous à l'examen clinique?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Heures régulières de prise de la pilule
B -	Moyen contraceptif
C -	Date des dernières règles
D -	Rapports sexuels non protégés
E -	Régularité des cycles antérieurs
F -	Antécédents de grossesse
G -	Spéculum : col lilas, glaire pauvre
H -	Signe de Noble : utérus augmenté de volume au TV
I -	Signe de Hégar : utérus ramolli au TV
J -	Hyperpigmentation de la vulve
K -	Pigmentation de l'aréole et de la ligne blanche
L -	Col long fermé

QCM 3	**Elle revient vous voir aux urgences gynécologiques, alors enceinte de 8 SA, pour de violentes douleurs abdominales. Elle présente également des métrorragies.** **Quelles sont vos hypothèses ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Grossesse extra-utérine
B -	Urétrorragies
C -	Rectorragies
D -	Hémorragie intra-kystique
E -	Môle hydatiforme
F -	Avortement spontané précoce
G -	Fausse couche spontanée
H -	Avortement spontané tardif
I -	Polype cervical accouché par le col
J -	Cancer du col
K -	Grossesse intra-utérine évolutive
L -	Lyse d'un jumeau

QROC 4	**Vous retrouvez ceci à l'échographie pelvienne réalisée en urgence.**   **Quel élément vous prouve qu'une grossesse a ou avait bien lieu ?** **Quel diagnostic retenez-vous ?** **(5 mots)**

QCM 5	**Après cet évènement malheureux, vous la retrouvez un an plus tard, le 14 octobre, contente de vous annoncer qu'elle est à nouveau enceinte. Elle est de groupe rhésus A positif, ses sérologies montrent : toxoplasmose +, rubéole -, TPHA VDRL-. Elle est G2P0. Elle est enceinte de 14 SA.** **Elle vous annonce avoir eu une radiographie cervicale il y a 2 semaines suite à un accident de voiture alors qu'elle ne se savait pas enceinte. Elle a eu très peur que son enfant ait des malformations et vous demande quels risques sont en jeu et si une IMG est souhaitable.** **Quelles sont les bonnes réponses concernant la prevention des risques foetaux liés à l'irradiation ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Le risque de malformation est majeur avant 10 jours
B - L'organogénèse a lieu entre 20 et 30 semaines d'aménorrhée
C - Lors de la phase pré-implantatoire, le risque dépend de la loi du tout ou rien
D - Le risque malformatif est maximal lorsque l'irradiation a lieu au cours de l'organogénèse
E - Le risque n'est pas proportionnel à la dose
F - On calcule la dose-gonade reçue
G - Le risque de malformation est minime si la dose reçue est < 10 cGray
H - Les radiations entraînent des effets déterministes : malformations et retard mental
I - Les radiations entraînent des effets stochastiques : cancers radio-induits
J - L'injection d'iode après 10 SA entraîne un risque d'hypothyroïdie néonatale transitoire
K - L'échographie et l'IRM peuvent entraîner des malformations fœtales
L - L'échographie et l'IRM peuvent entraîner un retard mental

QCM 6	**Quelles sont les mesures de prévention de l'irradiation lors d'une grossesse ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Favoriser les examens non irradiants : échographie, scintigraphie et IRM
B -	Noter sur le compte-rendu la dose reçue
C -	Porter un tablier de plomb préventif sur le ventre
D -	Demander à la patiente si elle est enceinte ou présente des risques de l'être
E -	Peser le rapport bénéfices-risques sur l'indication de chaque examen
F -	Contre indiquer tout type d'imagerie chez la femme enceinte
G -	On note la dose reçue sur le compte rendu uniquement pour les femmes en âge de procréer
H -	Proposer systématiquement une IMG en cas d'imagerie irradiante réalisée au cours de la grossesse
I -	L'irradiation est responsable d'environ 5% des malformations congénitales
J -	Le CRAT (Centre de Renseignements sur les Agents Tératogènes) est le centre de référence
K -	L'utilisation de produits de contraste est formellement contre-indiquée
L -	Eviter tout examen d'imagerie au cours du premier trimestre

QROC 7	**Chez une femme enceinte, ayant une forte probabilité d'embolie pulmonaire, quel examen complémentaire à but diagnostic réalisez-vous ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 8	**La patiente vient vous revoir mi-mars, affolée car son prélèvement vaginal est positif. Quelles sont les bonnes réponses. (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Il est réalisé systématiquement à 6 mois
B -	Il est réalisé systématiquement à 8 mois
C -	Il est réalisé en cas de suspicion clinique ou d'antécédent
D -	Il recherche un staphylocoque doré
E -	Il recherche un *Streptococcus agalactiae*
F -	Il recherche un streptocoque de type B
G -	En cas de prélèvement positif, on met en place une antibiothérapie préventive dès le 8è mois
H -	En cas de prélèvement positif, on met en place une antibiothérapie curative dès le 8è mois
I -	On traite lors de la mise en travail ou en cas de rupture des membranes
J -	Le dépistage est inutile si la patiente a un antécédent d'infection materno-fœtale au germe incriminé
K -	Le portage du germe est symptomatique chez la mère d'où le dépistage
L -	Les risques sont la chorio-amniotite, les infections néonatales et l'endométrite du post-partum

QROC 9	**Elle accouche le 8 avril, sous antibiothérapie. L'enfant et la mère se portent bien. Elle ne souhaite pas allaiter et prend comme traitement de la Bromocriptine®. Vous la voyez à la visite en suite de couche le 12 avril. Elle se sent fatiguée. Elle ne peut retenir ses larmes lorsqu'elle vous parle de sa peur de ne pas y arriver. Elle s'en veut d'être comme ça. Elle devrait être heureuse de l'arrivée de sa petite fille mais n'y arrive pas. Quel diagnostic évoquez-vous ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 10	**Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Unité mère/enfant
B -	Antidépresseur
C -	Soutien psychologique
D -	Entretien motivationnel
E -	Séparation de la mère et de l'enfant
F -	Réassurance
G -	Anxiolytique
H -	Régression totale souvent spontanée
I -	Neuroleptiques anti-psychotiques
J -	Majoration du risque infanticide
K -	Majoration du risque suicidaire
L -	Eliminer l'organicité

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur 4 domaines : avortement spontané précoce, prévention des irradiations, prélèvement vaginal et baby blues.
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - PV + = antibiothérapie lors du travail ou de la rupture des membranes
  - Privilégier les examens non irradiants chez les femmes jeunes en âge de procréer : écho + IRM
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Toutes les réponses peuvent être vraies (QCM 2)
  - Respecter le nombre de mots dans les QROC

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	2	Attention, toutes les réponses étaient vraies ! • Recherche d'une grossesse tout simplement - Y penser systématiquement chez les femmes jeunes en âge de procréer ! × Comparaison à la gastro-entérite fréquente
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 3	A -	V	2	**Hypothèses devant des douleurs abdominales + métrorragies du T1** • GEU • GIU évolutive • Môle hydatiforme = maladie gestationnelle trophoblastique • Avortement spontané précoce /!\ on ne parle plus de fausse couche spontanée • Lyse d'un jumeau • Causes extra-utérines : - Cancer du col - Polype accouché par le col - Traumatisme vaginal - Etc...
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 5	A -	F	2	Irradiation et grossesse • Rf synthèse
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	

	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 6	A -	F	3	**<u>Prévention de l'irradiation</u>** • Evaluation du risque : demander à toute femme jeune en âge de procréer si elle est enceinte ou à risque de l'être • Dose reçue marquée sur TOUS les comptes rendus • Tablier en plomb, diminuer la dose, changer d'incidence • Privilégier les examens non irradiants : IRM et échographie • ATTENTION la scintigraphie est contre-indiquée pendant la grossesse
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 8	A -	F	3	**Prélèvement vaginal** : • Recherche de Streptocoque B = *Streptococcus agalactiae* - SYSTEMATIQUE au 8ème mois (34-38 SA) - Inutile si ATCD d'infection materno-foetale à Streptocoque B ou bactériurie à Streptocoque B au cours de la grossesse => Antibiothérapie ***systématique***
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 10	A -	F	3	**<u>BABY BLUES</u>** : • Très fréquent et bénin • À J3 : concomitant à la montée de lait • Irritabilité, labilité émotionnelle, pleurs, culpabilité, troubles anxieux - Signes négatifs : pas de ralentissement psycho-moteur, pas de délire, pas de phobie, pas d'évitement, pas de risque suicidaire ou infanticide • Résolution spontanée en moins d'une semaine - Pas de traitement médicamenteux × Réassurance, soutient psychologique
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
			180	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Signes sympathiques • De Grossesse	20 10	• Toute femme jeune en âge de procréer est enceinte jusqu'à prevue du contraire ! - Tous les signes 'sympathiques' de grossesse sont cités × Grossesse souvent confondue avec une gastro-entérite initialement

QROC 4	• Corps jaune • Avortement spontané précoce	30 20	ATTENTION : subtilité à connaître ! • CORPS JAUNE persistant = production de progestérone = grossesse en cours • Utérus gravide avec endomètre épaissi et absence de sac gestationnel : avortement spontané précoce (T1)
QROC 7	• Angioscanner spiralé thoracique	20	ATTENTION question fréquente • Peser le rapport bénéfice risque : ici l'embolie pulmonaire est mortelle, on ne se pose pas de question - Même prise en charge = AngioTDM spiralée
QROC 9	• Baby blues	20	Description typique
		120	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	26	Prévention des risques fœtaux liés à l'irradiation
Questions accessoires	2	23	Hémorragie génitale au cours de la grossesse (T1)
	2	26	Prévention des risques fœtaux liés aux infections
	3	67	Troubles psychiques au cours de la grossesse

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

IRRADIATION ET GROSSESSE :

- Examens non irradiants à privilégier : IRM et échographie
- Chez toute femme jeune en âge de procréer : rechercher une grossesse ou le risque d'être enceinte avant tout examen irradiant
- Risques dépendant de la dose (minime > 10 cGy) et du terme (maximal entre 4 et 10 SA)

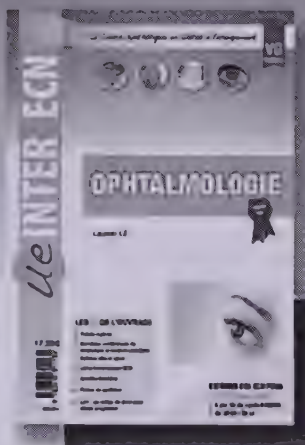
Fécondation	Gamètes	Risque de mutation
0 à 10 jours	Phase PRE-IMPLANTATOIRE	Loi du tout ou rien
4-10 SA **GRAVE**	Phase EMBRYONNAIRE = organogénèse	Risque malformatif
> 10 SA	Période FŒTALE	Foetotoxicité (SB+NC), retard mental
Naissance	Période PERINATALE	Syndrome de sevrage

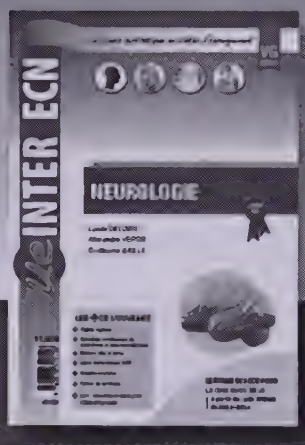
- Calcul de la dose-gonade
  - IMG si > 200 mSv
  - < 100 mSv pas de risque malformatif
  - 100 - 200 mSv : dialogue pluridisciplinaire

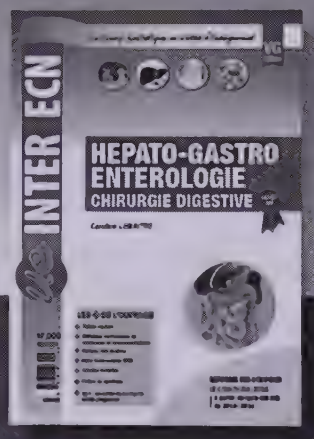
Le Cours synthétique en Unités d'Enseignement

VG Editions

ue INTER ECN







validation PUPH

- Cardiologie
- Gériatrie
- Hématologie
- HGE - Chirurgie digestive
- Maladies infectieuses
- Neurologie
- Ophtalmologie
- ORL chirurgie maxillo-faciale
- Psychiatrie
- Réanimation

LES + DES OUVRAGES

+ Points repères
+ Dernières conférences de consensus et recommandations
+ Notions clés et zéros
+ Liens transversaux ECN
+ Annales tombées
+ Fiches de synthèse
+ Le + : un cahier de bord pour mieux progresser

REFORME DES ECN POUR LE CONCOURS 2016
A partir du cycle DFASM1de 2013-2014

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 20

La Pub d'Arte parle du loup

1 Enoncé

Vous êtes pédiatre d'hôpital. Et vous devez préparer un cours aux étudiants sur la puberté. Vous en profitez donc pour vous mettre à jour sur cette vaste question.

QCM 1	Quelles sont les bonnes réponses concernant la puberté normale ? (Jusqu'à 12 réponses)
A -	Elle débute par le développement de la pilosité chez la fille
B -	Elle débute par le développement de la pilosité chez le garçon
C -	Elle commence par le développement mammaire chez la fille
D -	Elle commence par le développement de la verge chez le garçon
E -	Elle débute vers 10-11 ans chez la fille
F -	Elle débute vers 10-11 ans chez le garçon
G -	Elle débute vers 12-13 ans chez la fille
H -	Elle débute vers 12-13 ans chez le garçon
I -	Le début de la puberté est mieux corrélé à l'âge osseux correspondant à l'apparition de l'os sésamoïde au niveau du pouce
J -	La puberté permet l'acquisition des caractères sexuels secondaires
K -	La puberté permet l'acquisition de la fonction de reproduction
L -	La puberté permet l'acquisition de la taille définitive

QCM 2	Quelles sont les bonnes réponses concernant le stade Tanner de la fille ? (Jusqu'à 12 réponses)
A -	Il comprend 3 scores : la pilosité, le développement mammaire et la taille
B -	P1 = quelques poils longs sur le pubis
C -	P2 = pilosité pubienne fournie
D -	P3 = pilosité pubienne au dessus de la symphyse
E -	P4 = pilosité pubienne en dessous de la symphyse
F -	P5 = pilosité s'étendant vers l'ombilic
G -	S1 = saillie de l'aréole sur le mamelon
H -	S2 = saillie de l'aréole sur le mamelon
I -	S3 = glande mammaire dépassant la surface de l'aréole
J -	S4 = sillon sous mammaire
K -	S5 = disparition de la saillie de l'aréole
L -	S6 = aspect adulte

QCM 3	Quelles sont les bonnes réponses concernant le stade Tanner du garçon ? (Jusqu'à 12 réponses)
A -	P1 = quelques poils longs sur le pubis
B -	P2 = pilosité pubienne fournie
C -	P3 = pilosité pubienne au dessus de la symphyse
D -	P4 = pilosité pubienne en dessous de la symphyse
E -	P5 = pilosité s'étendant vers la racine de la cuisse
F -	P6 = pilosité adulte
G -	G1 = augmentation de taille de la verge
H -	G2 = augmentation du volume testiculaire 4 à 6 ml
I -	G3 = augmentation du volume testiculaire 4 à 6 ml
J -	G4 = augmentation du volume testiculaire 4 à 6 ml
K -	G5 = augmentation du volume testiculaire 6 à 12 ml
L -	G6 = augmentation du volume testiculaire 6 à 12 ml

QROC 4	A partir de quel âge parle t-on de puberté précoce chez la fille et le garcon ? Donnez respectivement les bonnes réponses. Texte libre (1 à 4 mots)

QROC 5	A partir de quel âge parle t-on de puberté retardée chez la fille (absence de règles) et le garçon (absence d'augmentation du volume testiculaire) ? Donnez respectivement les réponses. Texte libre (1 à 4 mots)

QCM 6	Lors d'une consultation concernant une puberté pathologique, que recherchez-vous communément à l'interrogatoire et l'examen clinique ? (Jusqu'à 10 réponses)
A -	Courbe de croissance
B -	Age de la puberté chez les parents
C -	Prise de médicaments
D -	Anosmie
E -	Amblyopie
F -	Syndrome dysmorphique
G -	Signes d'hypoandrogénie
H -	Contexte pyschosocial
I -	Contexte nutritionnel
J -	Hypertension intra-cranienne
K -	Diplopie
L -	Mensurations

QCM 7	Quels examens paracliniques réalisez-vous face à un retard pubertaire ? (Jusqu'à 10 réponses)
A -	Radiographie des mains de profil
B -	FSH, LH
C -	Test au Synacthène®
D -	Test à la LHRH
E -	Echographie pelvienne chez la fille
F -	Frottis cervico-vaginal
G -	TDM des surrénales
H -	Caryotype
I -	IRM de la selle turcique
J -	Echographie des surrénales
K -	TSH
L -	PRL

QCM 8	Quelles sont parmi celles proposées les causes de puberté précoce centrale ? (Jusqu'à 8 réponses)
A -	Gliome des voies optiques
B -	Traumatisme crânien
C -	Syndrome de Prader Willi
D -	Radiothérapie de l'encéphale
E -	Syndrome de Turner
F -	Tumeur surrénalienne
G -	Idiopathique
H -	Gonadectomie
I -	Hypercorticisme
J -	Syndrome Mac Cune Albright
K -	Hyperplasie des surrénales
L -	Syndrome de Klinefelter

QCM 9	**Quelles sont parmi celles proposées les causes de puberté retardée périphérique ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Gliome des voies optiques
B -	Traumatisme crânien
C -	Syndrome Prader Willi
D -	Radiothérapie de l'encéphale
E -	Syndrome de Turner
F -	Tumeur surrénalienne
G -	Idiopathique
H -	Gonadectomie
I -	Hypercorticisme
J -	Syndrome Mac Cune Albright
K -	Hyperplasie des surrénales
L -	Syndrome de Klinefelter

QROC 10	**Quand on parle du loup…Vous recevez justement en consultation une mère et son fils âgé de 15 ans qui est très inquiète. En effet, pour elle, "elles ne sont pas encore descendues…. Il n'a toujours pas mué. Bon c'est sûr, son père était pareil, mais c'est pas une raison." Vous reprenez les éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique qui vous montrent l'absence de symptômes associés, l'absence de notion de cryptorchidie dans l'enfance, une courbe staturo-pondérale ralentie sans cassure, un stade Tanner P1 G1, l'absence de micropénis ou de malformations des OGE. La radiographie du pouce réalisée par le médecin généraliste permet de définir un âge osseux à 13 ans. Le test à la LHRH est positif. L'IRM cérébrale est normale.** **Quel diagnostic évoquez-vous à la mère du patient ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QROC 11	**Si on vous parle de retard pubertaire associé à une anosmie, à quoi devez-vous penser ?** **Texte libre (1 à 4 mots)**

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur la puberté
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Différencier les causes centrales/périphériques et la puberté précoce/tardive
  - Stade TANNER par cœur : c'est de la sémiologie
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Rayer les P6, G6 du stade Tanner...il n'existe que 5 stades de P1 à P5
  - Retard pubertaire simple = diagnostic d'élimination

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	A CONNAITRE : puberté = taux de FSH > LH • Débute par le développement mammaire chez la fille et l'augmentation de la taille des testicules chez le garcon • Age à connaître : - Plus précoce chez la fille ! × Vers 10-11 ans chez la fille × Vers 12-13 ans chez le garçon • Acquisition des caractères sexuels secondaires : poils, voix grave... - Fonction de reproduction × Taille définitive : poussée de croissance de 25cm chez la fille et 30 cm chez le garçon
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 2	A -	F	2	Un peu laborieux je vous l'accorde, mais à connaître, c'est de la sémiologie. Permet de faire le diagnostic de retard pubertaire ou de puberté précoce ! • Rf synthèse
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	3	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 3	A -	F	2	• Rf synthèse
	B -	F	2	
	C -	V	3	
	D -	F	2	
	E -	F	2	

	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	3	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 6	A -	V	4	**Interrogatoire** : • Antécédents familiaux : âge de la puberté, taille cible (moyenne de la taille du père et de la mère, + 6.5cm chez le garçon, -6.5cm chez la fille) • Antécédents personnels : **courbe de croissance, âge** • Symptômes associés : céphalées, troubles visuels, anosmie • Contextes psychosocial et nutritionnel **Clinique** : - OGE, stade de Tanner - Mensurations - Examens neurologique et ophtalmologique - NE PAS OUBLIER × Signes d'hyperandrogénie × Syndrome dysmorphique
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	F	2	
	F -	V	4	
	G -	F	2	
	H -	V	4	
	I -	V	4	
	J -	V	4	
	K -	V	4	
	L -	V	4	
QCM 7	A -	F	2	**Paraclinique** : • Age osseux : RX pouce de FACE • Bilan hormonal : FSH, LH, Oestradiol, Progestérone, test à la LHRH, TSH, PRL • Bilan hypophysaire : IRM cérébrale • Caryotype • Morphologique : - Échographie pelvienne chez la fille
	B -	V	3	
	C -	F	2	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	2	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 8	A -	V	2	• Rf synthèse
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 9	A -	F	2	• Rf synthèse - Attention à ne pas cocher en miroir les réponses du QCM8, bien que ce soit les mêmes propositions, il existait des réponses complètement fausses.
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• (Fille) :< 8 ans • (Garçon) :< 10 ans • DANS CET ORDRE	10 10 **PM** **Z**	Attention, on vous demandait les âges chez la fille et le garcon respectivement+++ Il fallait donc donner celui de la fille en premier puis celui du garcon sinon c'était zéro à la question
QROC 5	• (Fille) : > 16 ans • (Garçon) : > 14 ans • DANS CET ORDRE	10 10 **PM** **Z**	Idem
QROC 10	• Retard pubertaire simple	30	Diagnostic d'élimination • Signes négatifs : +++ examen clinique normal, âge osseux avancé, test à la LHRH positif, échographie pelvienne et IRM normales - ATCD familiaux de retard de croissance × Ralentissement statural progressif
QROC 11	• Syndrome Kallman de Morsier	30	Anosmie + retard de croissance • Formes sporadiques ou familiales
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	2	47	Puberté normale et pathologique

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

	PUBERTE PRECOCE	PUBERTE RETARDEE
	Avant 8 ans (F) ou 10 ans (G) **ATTENTION risque = petite taille définitive**	Pas de bourgeonnement mammaire après 14 ans ou absence de règles après 16 ans (F), pas d'augmentation de volume des testicules après 14 ans 5G)
CLINIQUE	• Antécédents familiaux : âge de la puberté, taille cible • Antécédents personnels : **courbe de croissance, âge** • Symptômes associés : céphalées, troubles visuels, anosmie • Contextes psychosocial et nutritionnel • Examen clinique : - OGE, stade de Tanner - Mensurations - Examens neurologique et ophtalmologique × Signes d'hyperandrogénie × Dysmorphie	
PARACLINIQUE	Age osseux : RX pouce de face (os sésamoïde) Bilan hormonal : PSH, LH, E2, Prog, **test à la LHRH** Morphologique : échographie pelvienne (F), IRM cérébrale	
	TDM/échographie des surrénales SDHA, 17OH Prog, synacthène	Caryotype IRM selle turcique + bilan hypophysaire hCG si adolescente
ETIOLOGIES PERIPHERIQUES	Tumeur ovarienne (Sd Mac Cune Albright) Tumeur testiculaire	Génétique : Turner, Klinefelter Gonadectomie, torsion testiculaire, orchite

	Tumeur surrénalienne, bloc enzymatique, hyperplasie des surrénales	ourlienne, radiothérapie gonade, cryptorchidie, anorchidie
ETIOLOGIES CENTRALES	Idiopathique = Fille Tumeurs : gliomes voies optiques Traumatisme crânien Phacomatose Hydrocéphalie	Idiopathique = retard pubertaire simple, Fréquent chez le garçon+++ Craniopharyngiome, Anorexie, Maladies chroniques, K. de Morsier, P. Willi, Hypercorticisme
TRAITEMENT	Etiologique + Agoniste LHRH	Etiologique +/- Stéroïdes

STADE TANNER

PILOSITE PUBIENNE (P1 à P5)	P1 = absence de pilosité P2 = quelques poils el long du pubis P3 = pilosité pubienne au-dessus du pubis P4 = pilosité pubienne fournie P5 = pilosité s'étendant (F) vers la racine des cuisses (G) vers l'ombilic
DEVELOPPEMENT MAMMAIRE (S1 à S5)	S1 = absence de développement mammaire S2 = petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole S3= glande mammaire dépassant la surface de l'aréole S4 = saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande, sillon sous mammaire S5 = adulte, disparition de la saillie de l'aréole
OGE (garçon) (G1 à G5)	G1 = testicules < 4 ml et verge de taille infantile G2 = augmentation du volume testiculaire 4 à 6 ml G3 = augmentation du volume testiculaire 6 à 12 ml et augmentation de la verge G4 = augmentation du volume testiculaire 12 à 16ml et augmentation de la verge G5= aspect adulte

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 21

Maître Yours

1 Enoncé

Vous recevez en consultation Mme F. 30 ans, dépitée. Vous êtes le 7ème gynécologue qu'elle consulte. Elle vous explique que vos collègues lui ont tous conseillé d'aller voir un psy. Elle a lu tout et n'importe quoi sur Internet et ne sait plus quoi penser.

Elle travaille comme architecte. Elle vit en concubinage depuis 5 ans. Elle est G0P0. Cela fait 1 an qu'elle a arrêté la pilule. Elle a eu ses règles à 13 ans. Ses cycles sont plutôt irréguliers. Elle a ses règles en ce moment. Cela fait 5 ans que ces règles sont excessivement douloureuses, à chaque cycle.

QROC 1	**Comment appelle t-on ces douleurs cycliques ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Elle vous fait d'autres confidences. Elle n'a jamais osé en parler avant mais elle souffre lors des rapports sexuels. Elle présente des douleurs à type de choc.** **Comment appelle t-on ces douleurs ?** **(Jusqu'à 3 réponses)**
A -	Dysménorrhée primaire
B -	Dysménorrhée secondaire
C -	Dysménorrhée tertiaire
D -	Dyspareunie superficielle
E -	Dyspareunie d'intromission
F -	Dyspareunie de présence
G -	Dyspareunie profonde

QROC 3	**Face à ces éléments, quel diagnostic évoquez-vous ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 4	**Que vous attendez-vous à trouver à l'examen clinique ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Col lilas violacé
B -	Absence de glaire
C -	Nodules bleuté du cul de sac vaginal
D -	Rétroversion utérine
E -	Utérus augmenté de volume
F -	Recherche d'une masse latéro-utérine
G -	Lésion du col
H -	Saignement d'origine utérine au spéculum
I -	Mycose vaginale
J -	Atrophie vulvaire post-ménopausique
K -	Herpès vaginal
L -	Leucorrhées pathologiques

QCM 5	**Quels examens paracliniques réalisez-vous ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	hCG
B -	Echographie pelvienne
C -	TDM pelvienne
D -	Marqueur tumoral SCC
E -	Marqueur tumoral ACE
F -	Marqueur tumoral CA 125
G -	IRM pelvienne
H -	TDM TAP
I -	Coelioscopie diagnostique
J -	Mammographie bilatérale
K -	Bilan IST
L -	Hystéroscopie

QCM 6	**Vous confirmez votre suspicion diagnostique, à un stade minime (atteinte péritonéale superficielle sans endométriome). Quelle prise en charge proposez-vous ? (Jusqu'à 4 réponses)**
A -	Hospitalisation en urgence
B -	Traitement ambulatoire
C -	Cœlioscopie pour kystectomie
D -	Progestatifs en continu pendant 3 à 6 mois
E -	Agoniste LHRH pendant 3 à 6 mois
F -	Hystérectomie totale
G -	Ovariectomie bilatérale
H -	Radiothérapie
I -	Chimiothérapie
J -	Prise en charge de l'infertilité primaire

QROC 7	**C'est au tour de Mme G. de venir en consultation. Elle a 45 ans et travaille comme aide ménagère pour les personnes âgées. Elle est G3P3. Elle n'est pas ménopausée. Elle ne prend aucun médicament. Elle n'a aucun moyen contraceptif. Elle se plaint actuellement de règles douloureuses et plus abondantes. Ses cycles sont réguliers. Quel diagnostic cela vous évoque t-il ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QROC 8	**Quel signe échographique pathognomonique pensez-vous retrouver ? (4 mots)**

QCM 9	**Quelle est votre prise en charge paraclinique et thérapeutique ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	IRM pelvienne
B -	Marqueur tumoral ACE
C -	TEP TDM
D -	Hystéroscopie ou hystérographie
E -	TDM TAP
F -	Mammographie bilatérale du dépistage de masse
G -	DIU imprégné de progestatif
H -	Hystérectomie à proposer
I -	Macroprogestatifs
J -	Pilule oestro-progestatif
K -	Annexiectomie bilatérale
L -	DIU au cuivre

QCM 10	Au fait, quelles sont les bonnes définitions parmi les suivantes ? (Jusqu'à 10 réponses)
A -	L'endométriose correspond à du tissu myométrial inversé
B -	L'endométriose correspond à une apposition de muqueuse endométriale au sein de la cavité utérine
C -	L'adénomyose correspond à une endométriose inversée
D -	L'adénomyose correspond à du tissu endométrial extra-utérin
E -	L'endométriose correspond à du tissu vésical au sein du pelvis
F -	L'endométriose correspond à du tissu endométrial ectopique extra-utérin
G -	L'adénomyose correspond à du tissu vésical au sein du pelvis
H -	L'adénomyose correspond à des foyers d'endomètre à l'intérieur du myomètre
I -	L'endométriose atteint surtout des femmes jeunes
J -	L'endométriose est responsable d'infertilité secondaire
K -	L'adénomyose atteint surtout les femmes en péri-ménopause
L -	L'adénomyose est responsable d'infertilité secondaire

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur l'endométriose et l'adénomyose
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Règles en ce moment = pas de GROSSESSE possible
  - Douleurs chroniques : adénomyose, endométriose, dyspareunies, dysménorrhée
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Pour les définitions, même lorsqu'on donne plusieurs types de propositions, il n'y en a pas forcément une de bonne !

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	F	0	Règles douloureuses = • Douleurs chroniques cycliques - DYSMENORRHEE × Secondaire × Tardive
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	V	23	
QCM 4	A -	F	3	Examen clinique • Tout est dit
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 5	A -	F	3	Paraclinique : • hCG inutiles, la patiente a ses règles en ce moment et dans l'endométriose, il existe souvent une infertilité primaire • IRM pelvienne • Coelioscopie pour faire le bilan des lésions
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	

QCM 6	A -	F	4	Stade minime, pas de chirurgie d'emblée • Traitement médicamenteux - Objectif = atrophie de l'endomètre × Agoniste LHRH × Progestatifs
	B -	V	4	
	C -	F	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	F	4	
	H -	F	4	
	I -	F	4	
	J -	V	4	
QCM 9	A -	V	3	Quasi-similaire à l'endométriose • Attendre 50 ans pour la mammographie de dépistage de masse • Mais vu l'âge de la patiente, on peut plus facilement lui proposer une hystérectomie en cas d' échec du traitement médicamenteux - DIU imprégné aux progestatifs : bonne solution avec rôle contraceptif
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	3	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 10	A -	F	3	• Définitions à connaître par coeur
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
	K -	V	3	
	L -	F	3	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Dysménorhée secondaire • Tardive	10 10	Douleurs cycliques : règles douloureuses • Tardive : seulement depuis 5 ans
QROC 3	• Endométriose	30	Terrain typique : femme jeune, profil social élevé, anxieuse, dyspareunie, dysménorrhée secondaire, infertilité primaire
QROC 7	• Adénomyose	30	Tableau à mettre en miroir : femme d'âge mur, en péri-ménopause, multipare, règles douloureuses, ménorragies
QROC 8	• Cavités myométriales • Hypoéchogènes	10 10	Tissu endométrial s'enchassant dans le myomètre formant des zones kystiques hypoéchogènes.
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	39	Algies pelviennes de la femme

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

ENDOMETRIOSE

- Femme de 30-35 ans
- Nulipare
- Terrain anxieux, socialement élevé
- Clinique :
  - Symptômes :
    - Douleurs chroniques
    - Dysménorrhées secondaires tardives
    - Dyspareunies profondes
    - Syndrome rectal, douleur à la défécation
    - Dysurie
    - Infertilité primaire féminine
  - Examen physique :
    - Nodules bleutés du cul de sac vaginal, utérus rétroversé, masse latéro-utérine (endométriome)
- Paraclinique :
  - Echographie pelvienne
  - IRM pelvienne
  - Coelioscopie diagnostique +/- thérapeutique +/- biopsie
- Prise en charge :
  - AINS
  - COP en continu
  - Progestatif
  - Agoniste LHRH
  - Coelioscopie thérapeutique

ADENOMYOSE

- Femme en péri-ménopause
- Multipare
- Clinique :
  - Symptômes :
    - Douleurs chroniques
    - Dysménorrhées secondaires tardives
    - Méno-métrorragies
- Paraclinique :
  - Echographie pelvienne +++ : kystes hypoéchogènes au sein du myomètre
  - IRM pelvienne
  - Coelioscopie diagnostique
- Prise en charge :
  - DIU imprégné aux Progestatifs
  - Macroprogestatif
  - Agoniste LHRH
  - Hystérectomie

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 22

Une histoire sucrée

1 Enoncé

Vous recevez en consultation Mme P., 26 ans, diabétique de type 1 depuis l'âge de ses 11 ans. Elle est gendarme. Elle vit maritalement et a un projet de grossesse. Elle vous explique, gênée, qu'à l'adolescence, elle a très mal vécu son diabète et a sombré dans l'héroïne. Elle ne touche plus à rien depuis 5 ans. Elle a arrêté sa pilule depuis 1 mois. Son traitement habituel comprend : LANTUS® (14 UI matin et soir) et NOVORAPIDE® (après chaque repas). Elle ne voit plus de diabétologue.

QCM 1	**Rappelez les bonnes réponses concernant le suivi d'un diabète de type 1 ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	HbA1C tous les ans
B -	Fond d'œil
C -	Microalbuminurie
D -	Examen des pieds
E -	ECG
F -	Recherche de facteurs de risque cardiovasculaires
G -	Quand un diabète est bien équilibré, l'auto-surveillance n'est plus nécessaire
H -	Urée, créatinine
I -	Bandelette urinaire
J -	Troponine annuelle
K -	Panoramique dentaire annuel
L -	Radiographie annuelle des pieds

QCM 2	**Que lui proposez-vous concernant une probable future grossesse, du fait de son diabète de type 1 ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Dépistage d'un diabète gestationnel à partir de 24 SA
B -	Objectif de l'HbA1c ≤ 8 %
C -	Objectif de l'HbA1c ≤ 7 %
D -	Objectif de l'HbA1c ≤ 6.5 %
E -	Suivi traditionnel
F -	Recherche de facteurs de risque : IMC > 25, âge > 35, antécédents familiaux de premier degré
G -	Grossesse programmée
H -	Equilibre glycémie post-conceptionnel
I -	Prise en charge multidisciplinaire
J -	Arrêt de l'insulinothérapie et relai par Metformine®
K -	Les échographies de 12, 22 et 32 SA deviennent obligatoires
L -	La grossesse peut aggraver la rétinopathie diabétique

QCM 3	**Quels sont les risques pour la mère et l'enfant au cours de la grossesse ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Maladies des membranes hyalines du nouveau-né
B -	Hypoglycémie maternelle au premier trimestre
C -	Décollement de rétine tractionnel maternel
D -	Aggravation de la néphropathie maternelle
E -	Malformation cardiaque fœtale
F -	Spina bifida néonatale
G -	Macrosomie néonatale
H -	Acidocétose diabétique maternelle au deuxième et troisième trimestre
I -	MFIU
J -	Pré-éclampsie maternelle
K -	Hypocalcémie néonatale
L -	Infection urinaire maternelle

QCM 4	**Vous recevez les résultats de sa sérologie Hépatite C, réalisée devant le passé toxicomane de la patiente. Cette dernière montre une hépatite C chronique active, avec un génotype de bon pronostic. Quels sont donc les résultats que vous avez sous les yeux ? (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	AgHbs positif > 6 mois lors de deux contrôles
B -	Ac anti-Hbe + et AgHbe -
C -	Ac anti-Hbs négatif
D -	Ac antiHbe +
E -	IgM anti Hbc -
F -	IgG anti Hbc +
G -	PCR ADN VHC positif
H -	Charge virale VHC positive
I -	Ac anti VHC positif
J -	Génotype 1
K -	Génotype 2
L -	Génotype 4

QROC 5	**Quels sont les deux facteurs favorisant la transmission materno-foetale de l'hépatite C ? Texte libre (1 à 5 mots)**

QCM 6	**Quels sont les risques pour la mère ou l'enfant suite à une hépatite C maternelle pendant la grossesse ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Embryofoetopathies
B -	Risque cardiaque
C -	Risque hépatique
D -	Aggravation de l'hépatite C maternelle
E -	Anomalies cérébrales
F -	Malformations rénales
G -	Surdité
H -	Cirrhose
I -	Carcinome hépatocellulaire
J -	Complications ophtalmologiques
K -	Risque minime après 24 SA
L -	Risque maximal entre 13 et 18 SA

QCM 7	**Au fait, quelles sont les bonnes réponses concernant l'hépatite B et la grossesse ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Dépistage obligatoire au 6eme mois avec recherche des Ac anti Hbs
B -	Contre-indication à l'allaitement
C -	Contre-indication à un accouchement voie basse
D -	Aggravation de l'hépatite B au cours de la grossesse
E -	Transfusion contre-indiquée
F -	Toilette antiseptique du nouveau-né à la naissance
G -	Vaccination seule du nouveau-né
H -	Sérothérapie et vaccination du nouveau-né
I -	Perfusion d'Azythromicine® au cours de la grossesse
J -	Contre-indication aux gestes invasifs
K -	Aciclovir® IV pendant 21 jours chez le nouveau-né
L -	Le virus VHB est un virus à ADN

QCM 8	**Le jour de l'accouchement par voie basse est venu pour Mme P.Elle est en travail et son col est dilaté à 10 cm. Elle est à 37SA. Le poids fœtal estimé à la dernière échographie était de 3.2kg. Son dextro montre Glycémie = 1.22 g/l. Quelle prise en charge spécifique au vu de ses antécédents mettez-vous en place ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Accouchement voie basse contre-indiqué du fait de l'hépatite C
B - Accouchement voie basse contre-indiqué du fait de la macrosomie
C - Pose d'une VVP avec du G10
D - Objectif de glycémie : > 1.5g/l
E - Objectif de glycémie : < 0.8 g/l
F - Objectif de glycémie : > 2 g/l
G - Objectif de glycémie : [0.7-1.3 g/l]
H - Objectif de glycémie : [1.5-2.3 g/l]
I - Favoriser l'allaitement
J - Dextro horaire
K - Perfusion de Ribavirine® au cours de l'accouchement
L - Antibiothérapie préventive par Amoxicilline® systématique

QROC 9	**Elle vous avoue, piteuse, qu'elle a bien arrêté l'héroïne mais s'est mise à boire au cours de la grossesse car son métier est difficile et ça se passe très mal avec son mari.** **Quel est le risque pour l'enfant ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 10	**Vous décidez d'aller examiner l'enfant à la recherche de signes cliniques en faveur de ce syndrome. Quelles sont les bonnes réponses parmi celles proposées ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Petit poids pour l'âge gestationnel harmonieux
B - Petit poids pour l'âge gestationnel dysharmonieux
C - Fentes palpébrales rétrécies
D - Filtrum long et bombant en verre de montre
E - Lèvre supérieure épaissie
F - Retard du développement psychomoteur
G - Retard des acquisitions
H - Syndrome de sevrage
I - Oreilles basses et décollées avec un bord supérieur horizontal
J - Prognathisme
K - Ensellure nasale
L - Macroorchidie

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier difficile sur un diabète préexistant à la grossesse et les hépatites virales chez la femme enceinte
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Diabète préexistant et grossesse : équilibre glycémique PERIconceptionnel
  - Hépatite C : risque hépatique, transmission périnatale, pas de contre-indication à la voie basse ou à l'allaitement
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Gardez la tête froide devant les données chiffrées pour les objectifs glycémiques

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	Surveillance du diabète de type I à connaître • **HbA1C** tous les 3 mois - Bilan ophtalmologique : FO à 5 ans ou si anomalies - Bilan rénal : BU, ECBU, créatinine, microalbuminurie, protéinurie - Neurologie : clinique, ROT, monofilament, diapason - Cardio-vasculaire : pouls, souffle, hypotension orthostatique, ECG - Pieds : examen des pieds - Infections : ORL, stomatologie, ECBU, cutané
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 2	A -	F	2	Patiente déjà diabétique donc pas de recherche du diabète gestationnel ! • Equilibre glycémique strict en péri-conceptionnel, donc grossesse à programmer - Objectif : HbA1C ≤ 6.5 % × Pas d'échographie obligatoire supplémentaire × Contre-indication aux ADO × Risque de rétinopathie augmenté : surveillance FO mensuelle
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 3	A -	V	2	• Attention au risque supplémentaire de MALFORMATIONS, du fait d'un déséquilibre du diabète péri-conceptionnel - Rajouter toutes les complications du diabète gestationnel habituel
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	

	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 4	A -	F	2	Attention j'ai mélangé hépatites B et C. • Hépatite C - Virus VHC à ARN et non à ADN (VHB) × Charge virale positive × rtPCR positive • Génotypes de bon pronostic : - 2 et 3
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 6	A -	F	3	Risques d'une hépatite C maternelle : • Risque HEPATIQUE : - Cirrhose - Carcinome hépatocellulaire × Pas de risque d'embryofoetopathies × Transmission périnatale
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 7	A -	F	3	Hépatite B et grossesse • Dépistage OBLIGATOIRE au 6èmois : recherche de l'AgHbs - Pas de contre-indication à l'allaitement ou à l'accouchement voie basse - Pas de d'aggravation de l'hépatite B maternelle par la grossesse × Prise en charge du nouveau-né : toilette antiseptique et sérovaccination
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 8	A -	F	3	Accouchement voie basse possible • Pas de contre-indication par l'hépatite B ou C • Pas de macrosomie ici - Protocole Insuline × VVP + G10, G30 à disposition × Dextro horaire × Objectif [0.7-1.3 g/l]
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 10	A -	V	3	× La majorité des signes du SAF (syndrome d'alcoolisation fœtale) vous sont cités ici.
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	

	J -	F	3	
	K -	V	3	
	L -	F	3	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 5	• Charge virale élevée • Coinfection VIH	20 20	A connaître, déjà tombé dans les annales !!
QROC 9	• Syndrome Alcoolisation • Fœtale	10 10	
		60	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	252	Diabète et la grossesse
Questions accessoires	2	26	Prévention des risques fœtaux liés aux toxiques et aux infections
	8	245	Diabètes sucrés de type 1 ou 2 de l'adulte

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

DIABETE PRE-EXISTANT A LA GROSSESSE :

- Grossesse à risque
- Equilibre glycémique péri-conceptionnel et pendant TOUTE la grossesse
- Grossesse PROGRAMMEE avec suivi pluridisciplinaire
  - Insulinothérapie ou pose d'une pompe à insuline en cas de diabète très déséquilibré
    - × Objectif : HbA1c ≤ 6.5%
  - Risques supplémentaires : malformations fœtales (cardiaques++), décompensation du diabète maternel (hypoglycémie, acidocétose), décollement de rétine, aggravation des microangiopathies
  - Surveillance mensuelle jusqu'au 6ème mois de grossesse puis tous les 15 jours

HEPATITE C ET GROSSESSE :

- FdR : toxicomanie, profession à risque, AES, transfusion avant 1991, voyages, IST, entourage atteints, hémodialyse
- Transmission périnatale selon la charge virale et les coinfections (VIH)
  - Pas d'embryofoetopathies
  - Risque hépatique : hépatite C chronique, cirrhose, carcinome hépatocellulaire
    - × Pas de contre-indication à l'allaitement ou à l'accouchement voie basse
    - × Pas d'influence de la grossesse sur l'hépatite C ou inversement

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 23

Pas de bol

1 Enoncé

Vous voyez pour la première fois une femme enceinte, âgée de 37 ans. Elle a été initialement suivie par un de vos collègues, mais ce dernier part en retraite. Vous ne la connaissez pas. Elle vous dit être enceinte de 20 SA. Elle vous dit avoir pris 12 kg récemment.

QCM 1	Que recherchez-vous à l'interrogatoire ? (Jusqu'à 12 réponses)
A -	Groupe rhésus
B -	Profession
C -	Gestité
D -	Parité
E -	Compte-rendu de l'échographie morphologique réalisée au premier trimestre.
F -	Résultat du dépistage obligatoire de la trisomie 21
G -	Facteurs de risque de diabète gestationnel
H -	Date des dernières règles
I -	Brûlures mictionnelles
J -	Rupture prématurée des membranes
K -	Mouvements fœtaux actifs
L -	Date du dernier frottis cervico-utérin

QCM 2	Que recherchez-vous à l'examen clinique ? (Jusqu'à 12 réponses)
A -	Poids
B -	Taille
C -	Hauteur utérine ininterprétable
D -	Présentation fœtale
E -	Palpation des seins contre-indiquée
F -	Tension artérielle à un bras
G -	Recherche d'une albuminurie
H -	Toucher vaginal contre-indiqué avant le 3ème trimestre
I -	Spéculum
J -	Toucher rectal
K -	Recherche de condylome
L -	ECG

QCM 3	Quels examens complémentaires prévoyez-vous pour les deux mois suivants ? (Jusqu'à 10 réponses)
A -	Echographie de datation
B -	Echographie morphologique
C -	Echographie de croissance
D -	hCG de contrôle
E -	ECBU
F -	Prélèvement vaginal
G -	Dépistage d'un diabète gestationnel si facteurs de risque
H -	Sérologie toxoplasmose systématique
I -	Sérologie rubéole
J -	Consultation d'anesthésie
K -	Deuxième détermination du groupe sanguin
L -	NFS

QROC 4	**Elle consulte 1 mois plus tard car elle ne se sent pas bien. Ses constantes montrent : TA 12/6, pouls 95/min, température 38.3°C. Elle n'a pas de signes fonctionnels urinaires. Elle ne tousse pas, elle ne crache pas. Personne dans son entourage n'est malade. Elle a très peur pour son bébé et ne sait pas quels médicaments prendre. La BU est négative.** **Comment résumez-vous ce tableau et que suspectez-vous ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	**Quelle est votre prise en charge diagnostique et thérapeutique ?** **(Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Hospitalisation
B -	Ambulatoire
C -	Hémoculture avec recherche de Listéria
D -	Hémocultures aérobies et anaérobies
E -	Sérologie Listéria inutile
F -	Déclaration obligatoire
G -	Echographie de col
H -	Amoxicilline® pendant 4 semaines
I -	Examen anatomopathologique du placenta
J -	Prévention d'une MAP
K -	Si allergie à la pénicilline, utilisation de Bactrim®
L -	Vaccination contre le germe incriminé

QCM 6	**Quelles mesures de prévention simples auraient permis d'éviter cet épisode ?** **(Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Eviter le contact des chats
B -	Eviter le contact avec des enfants en bas âge
C -	Respect des dates limites de consommation des aliments
D -	Viande crue autorisée
E -	Favoriser les aliments artisanaux
F -	Eviter les fromages au lait cru
G -	Nettoyer à l'eau de Javel le réfrigérateur
H -	Nettoyer régulièrement la litière du chat
I -	Steak tartare autorisé
J -	Congeler les aliments à risque

QCM 7	**Visualisez la vidéo numéro 7 et donnez les bonnes réponses.** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Il s'agit d'un électrocardiotocographe
B -	Il s'agit d'un doppler transcrânien
C -	Il s'agit d'un doppler des artères utérines
D -	Il s'agit d'un doppler cardiaque maternel
E -	Il s'agit d'un doppler des artères ombilicales
F -	Il s'agit d'un doppler cardiaque fœtal
G -	On remarque une tachycardie fœtale
H -	On remarque un rythme cardiofoetal normal
I -	On remarque une souffrance fœtale
J -	Il y a une accélération du rythme cardiaque nocive
K -	Le fœtus se porte bien
L -	Il existe un dédoublement du B2

QROC 8	**Vous avez le bip d'urgences aujourd'hui. On vous appelle pour une autre patiente, âgée de 32 ans, de groupe rhésus A positif, présentant des métrorragies du premier trimestre. C'est la troisième fois que ça lui arrive. Elle présente de violentes nausées ainsi que des vomissements incoercibles. Ses seins sont très tendus et congestionnés. Vous réalisez un toucher vaginal qui montre un utérus très augmenté de volume et mou. Le col est fermé. Il n'y a pas de cri du Douglas.** **D'après ces éléments, quel est LE diagnostic à évoquer ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

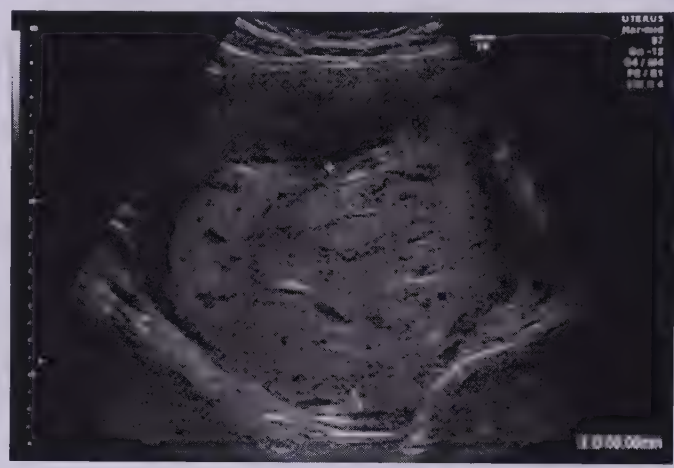
QROC 9	**Quel taux d'hCG et quel signe échographique caractéristiques vous attendez-vous à retrouver ? Texte libre (1 à 6 mots)**

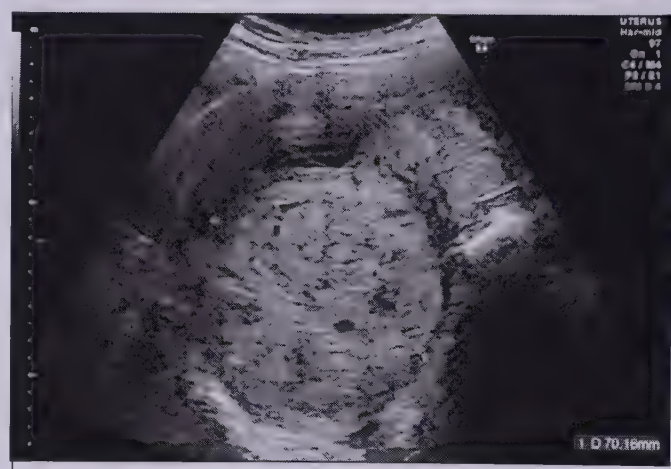
QCM 10	**Quelle est votre prise en charge ?** **(Jusqu'à 10 réponses)**

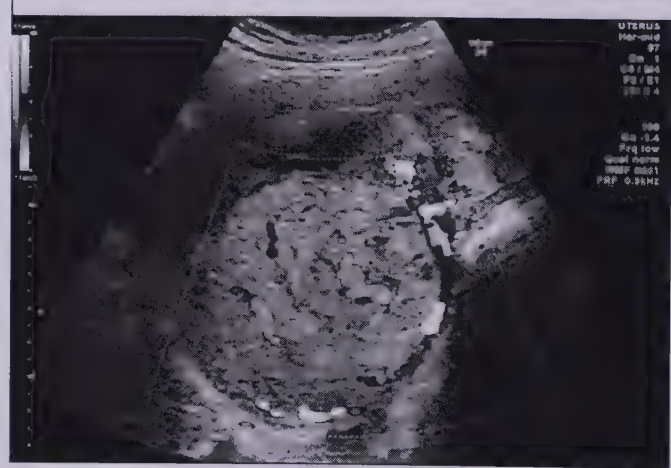
A - Poursuite de la grossesse
B - Aspiration endo-utérine
C - Méthotrexate®
D - Augmentin®
E - Reprise d'une contraception efficace
F - Surveillance de la décroissance des hCG
G - Cœlioscopie thérapeutique avec salpingectomie
H - Gamma-globulines
I - Envoi des produits d'aspiration en anatomopathologie
J - Contre-indication à l'allaitement
K - Bromocriptine®
L - Abstention thérapeutique

QROC 11

Elle revient quelques mois plus tard. Vous retrouvez ceci à l'échographie. Son dernier taux de hCG montre 165UI. Que suspectez-vous ?







Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier typique de listériose et de maladie trophoblastique gestationnelle
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Fièvre inexpliquée pendant la grossesse = Listériose +++
  - Signes de grossesse exacerbés et métrorragies du premier trimestre = Maladie trophoblastique gestationnelle (anciennement : môle hydatiforme)
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Respecter le nombre de mots demandé dans les QROC
  - Chaque mot dans les propositions compte : le dépistage de la T21 est obligatoirement proposée mais non obligatoirement fait

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	2	Petites erreurs glissées dans les propositions : • Echographie de datation réalisée au premier trimestre • Dépistage T21 obligatoirement PROPOSE mais pas forcément accepté A savoir : • MFA perçus à partir de 18-20 SA, plus tôt chez la multipare • RPM à rechercher (≠ leucorrhées) : perte de liquides ? fissure de la poche ?
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 2	A -	V	2	A l'examen clinique : • Hauteur utérine indispensable et interprétable chez toutes les patientes • Palpation des seins également, souvent fait au début de la grossesse • TV autorisé : seule contre-indication = métrorragies du T3 AVANT l'échographie • Présentation fœtale recherchée au T3
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 3	A -	F	2	Paraclinique au 5ème et 6ème mois : • Echographie morphologique • NFS • Dépistage du diabète gestationnel si FdR
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	

	F -	F	2	- Attention × PV réalisé au 8ème mois × Consultation d'anesthésie réalisée au 8ème mois × 2ème détermination réalisée au 7ème mois
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 5	A -	V	3	Prise en charge d'une probable LISTERIOSE : devant toute FIEVRE INEXPLIQUEE de la femme enceinte : • Hospitalisation - Le risque = MAP+++ × Diagnostic biologique : Hémocultures avec recherche spécifique de *Listéria Monocytogenes* × Antibiothérapie par Amoxicilline®, Bactrim® si allergie × Poursuivie jusqu'à l'accouchement selon les pratiques × Au moment de l'accouchement (PAS LE CAS ICI) : examen anatomopathologique du placenta et examen bactériologique des lochies et du placenta • **Déclaration obligatoire !**
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	F	3	
QCM 6	A -	F	3	Ne pas confondre : • RHD anti-chat de la toxoplasmose • RHD du CMV : éviter les enfants en bas âge • RHD de la Listériose : - Eviter (tout ce qui est bon !) × Charcuterie × Fruits de mer × Fromages au lait cru - Bien cuire les viandes et les poissons - Nettoyer régulièrement le réfrigérateur - Respecter les dates de péremption × ATTENTION : la congélation ne le détruit pas ! seule la pasteurisation
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
QCM 7	A -	F	-1	• Doppler cardiaque fœtal • Normal : - Rythme plus rapide que l'adulte - 150 bpm
	B -	F	-1	
	C -	F	-1	
	D -	F	-1	
	E -	F	-1	
	F -	V	2	
	G -	F	-1	
	H -	V	2	
	I -	F	-1	
	J -	F	-1	
	K -	V	2	
	L -	F	-1	
QCM 10	A -	F	3	Prise en charge d'une maladie gestationnelle trophoblastique • Ce n'est pas une grossesse, il n'y a pas d'embryon - Aspiration endo-utérine + envoi en anatomopathologie - Reprise d'une contraception efficace × Surveillance de la décroissance des hCG × LE RISQUE = choriocarcinome
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
			180	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• Fièvre inexpliquée • Listériose	10 30	Fièvre pendant la grossesse • Pas de tableau urinaire, ni digestif, ni de chorioamniotite - Suspecter la listériose jusqu'à preuve du contraire
QROC 8	• Maladie gestationnelle • Trophoblastique	30	Attention : nouvelle nomenclature, **ZERO si môle hydatiforme** • Tableau de métrorragies répétées au T1 + signes de grossesse exacerbés
QROC 9	• hCG élevés • Tempête de neige ou nid d'abeille (l'un ou l'autre accepté)	10 10	• Dégérescence des villosités trophoblastiques et production excessive d'hCG d'où les signes sympathiques de grossesse exagérés
QROC 11	• Choriocarcinome	30	LA CHOSE à redouter : • Masse utérine tissulaire hypervascularisée et hCG non négatif
		120	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	2	23	Fièvre et grossesse
Questions accessoires	2	23	Hémorragie génitale au cours de la grossesse (T1)
	2	22	Grossesse normale

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

LISTERIOSE :

- Infection à *Listéria monocytogenes* BGP aéro-anaérobie intracellulaire, résistante au froid (frigo), transmission digestive maternelle et hématogène transplacentaire
- Tableau de fièvre inexpliquée
- Risques encourus :
  - Chorioamniotite
  - Avortement spontané fébrile
  - MFIU
  - Accouchement prématuré
  - Listériose néonatale avec risque de méningo-encéphalite
- Hospitalisation
  - Le risque = MAP+++
    - × Diagnostic biologique : Hémocultures avec recherche spécifique de *Listéria Monocytogenes*
    - × Antibiothérapie par Amoxicilline®, Bactrim® si allergie
    - × Poursuivie jusqu'à l'accouchement selon les pratiques
    - × Au moment de l'accouchement (PAS LE CAS ICI) : examen anatomopathologique du placenta et examen bactériologique des lochies et du placenta
- **Déclaration obligatoire !**
- RHD de la Listériose :
  - Eviter (tout ce qui est bon !)
    - × Charcuterie
    - × Fruits de mer
    - × Fromages au lait cru
  - Bien cuire les viandes et poissons
  - Nettoyer régulièrement le réfrigérateur
  - Respect des dates de péremption
- **ATTENTION : la congélation ne le détruit pas ! seule la pasteurisation**

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

UE dossier clinique progressif N° 24

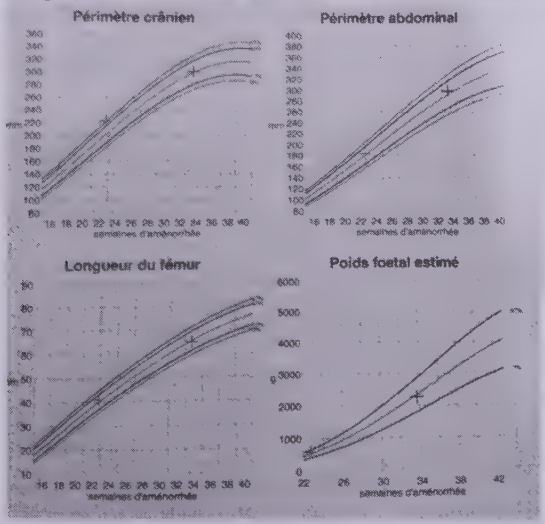
Petite crevette

1 Enoncé

Vous recevez en consultation Mme E., âgée de 37 ans, mesurant 85kg avant la grossesse pour 1m78, primipare, pour sa troisième échographie de croissance. Elle est enceinte de 32 SA. Elle fume la cigarette électronique. Elle est hôtesse de caisse. Elle est de groupe sanguin A négatif. Ses sérologies montrent : rubéole -, toxoplasmose +, syphilis - et VIH -. Elle ne se plaint d'aucun symptôme. A l'examen clinique, vous retrouvez 93kg pour 1m78, TA 14/9, hauteur utérine à 26cm, col fermé au TV, leucorrhée physiologique. Vous passez en salle d'échographie et commencez l'examen.

QROC 1 — **Rappelez les 3 biométries indispensables pour estimer le poids fœtal.**
Texte libre (1 à 6 mots)

QCM 2 — **Au cours de l'échographie vous retrouvez : périmètre crânien 300mm, périmètre abdominal à 240mm, longueur fémorale à 55mm et un poids fœtal estimé à 1kg710.**
En vous aidant de l'iconographie ci-dessous, quelles sont les bonnes réponses ?



(Jusqu'à 12 réponses)

A - La croissance est satisfaisante pour l'âge gestationnel
B - On remarque un petit poids pour l'âge gestationnel
C - On remarque une prématurité
D - On remarque un petit poids pour l'âge gestationnel sévère
E - La longueur fémorale et le périmètre crânien sont inférieurs au 15ème percentile
F - La longueur fémorale et le périmètre crânien sont inférieurs au 10ème percentile
G - Le périmètre abdominal et la longueur fémorale sont inférieurs au 7ème percentile
H - Le périmètre abdominal et la longueur fémorale sont inférieurs au 3ème percentile
I - Le caractère est harmonieux
J - Le caractère est dysharmonieux
K - Il est de bon pronostic
L - Il est de mauvais pronostic

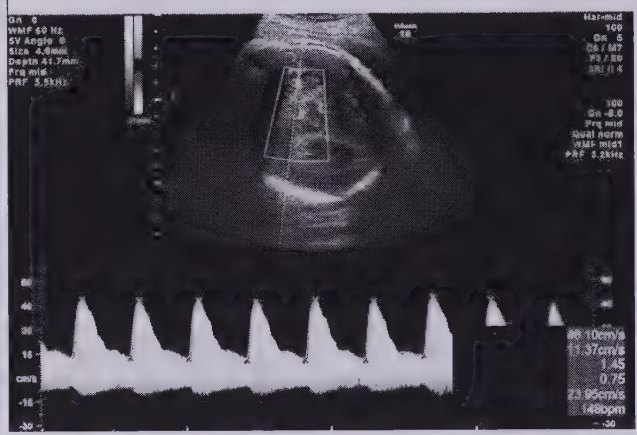
QCM 3	**Quelles sont les différentes étiologies possibles devant ce type d'anomalie ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Anomalies chromosomiques
B -	Infection au CMV
C -	Syndrome des anti-phospholipides
D -	Insuffisance placentaire
E -	Syndrome pré-éclamptique
F -	Malformation utérine
G -	Prise de toxiques maternelle
H -	Infection par la toxoplasmose
I -	Infections par la rubéole
J -	Grossesse gémellaire
K -	HTA gravidique
L -	Trisomie 21

QROC 4	**Quelle cause suspectez-vous en particulier chez cette patiente ? Texte libre (1 à 3 mots)**

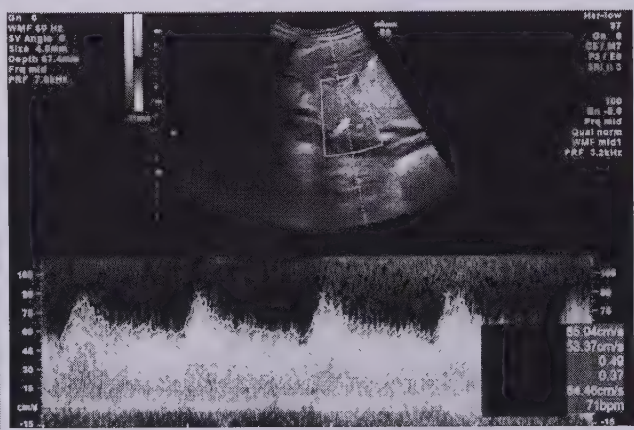
QCM 5	**Quel bilan paraclinique prévoyez-vous ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Bandelette urinaire
B -	Echo-doppler des artères utérines maternelles
C -	Echo-doppler des artères ombilicales fœtales
D -	Echo-doppler des artères cérébrales maternelles
E -	Sérologie CMV
F -	Sérologie Toxoplasmose
G -	Protéinurie des 24 heures
H -	Urée
I -	NFS
J -	Créatinine
K -	Uricémie
L -	Sérologie rubéole

QCM 6

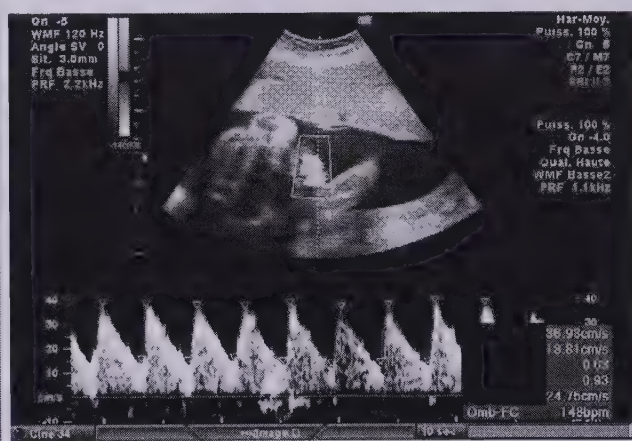
Voici trois des examens réalisés. Quelle est la bonne association ?



DOPPLER 1



DOPPLER 2



DOPPLER 3

(Jusqu'à 3 réponses)

A -	DOPPLER 1 = artère ombilicale maternelle
B -	DOPPLER 2 = artère cérébrale maternelle
C -	DOPPLER 3 = artère utérine maternelle
D -	DOPPLER 1 = artère cérébrale fœtale
E -	DOPPLER 2 = artère utérine fœtale
F -	DOPPLER 3 = artère ombilicale maternelle
G -	DOPPLER 1 = artère ombilicale fœtale
H -	DOPPLER 2 = artère utérine maternelle
I -	DOPPLER 3 = artère cérébrale maternelle
J -	DOPPLER 1 = artère utérine maternelle
K -	DOPPLER 2 = artère ombilicale fœtale
L -	DOPPLER 3 = artère ombilicale fœtale

QCM 7	**Au final, la patiente souffrant d'une pré-éclampsie sévère bénéficie d'un accouchement par césarienne à 33 SA + 2 jours suite à une souffrance fœtale aigüe. Quelles sont les réponses fausses ? (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Il s'agit d'un grand prématuré
B -	Il s'agit d'un prématuré moyen
C -	L'enfant est né à terme
D -	Il s'agit d'un très grand prématuré
E -	Un enfant est considéré viable au-delà de 20 SA
F -	Un enfant est considéré viable au-delà de 22 SA
G -	Un enfant est considéré viable au-delà de 24 SA
H -	Un enfant est considéré viable au-delà de 26 SA
I -	Un enfant est considéré viable au-delà de 200 g
J -	Un enfant est considéré viable au-delà de 300 g
K -	Un enfant est considéré viable au-delà de 400 g
L -	Un enfant est considéré viable au-delà de 500 g

QCM 8	**Quelle est votre prise en charge materno-fœtale ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Incubateur néonatal
B -	Gammaglobulines maternelles
C -	Vaccin contre la rubéole néonatale
D -	Corticothérapie maternelle
E -	Hydratation du nouveau-né
F -	EPO nouveau-né
G -	Protéines de surfactant pour le nouveau-né
H -	Caféine en cas d'apnée du nouveau-né
I -	Traitement antihypertenseur maternel à vie
J -	Nutrition parentérale maternelle
K -	Hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie
L -	Hospitalisation du nouveau-né en réanimation pédiatrique

QCM 9	**Malheureusement, le nouveau-né succombe aux complications liées à la prématurité. Quelles sont les bonnes réponses ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	La mortalité infantile correspond au nombre d'enfants de moins de 1 an décédés dans l'année
B -	La mortalité néonatale correspond au nombre de décès entre 28 SA et 7 jours
C -	La mortalité post-natale correspond au nombre de décès avant 28 SA
D -	La mortalité périnatale correspond au nombre de décès entre 28 SA et 7 jours
E -	La mortinatalité correspond au nombre de fœtus nés après 20 SA nés sans vie
F -	On ne différencie pas la mortalité infantile de la mortalité adulte
G -	L'entérocolite ulcéro-nécrosante est une complication du prématuré
H -	La leucodystrophie ventriculaire est une complication du prématuré
I -	Les hémorragies intra-ventriculaires sont des complications du prématuré
J -	L'hypertension intra-pulmonaire est une complication du prématuré
K -	L'hypocalcémie est une complication du prématuré
L -	La dysplasie broncho-pulmonaire est une complication du prématuré

QROC 10

Vous montrez ce certificat néonatal à votre externe. Malheureusement des mots se sont trouvés effacés. Quels sont-ils ?

CERTIFICAT DE DÉCÈS NÉONATAL

(4 mots)

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier axé sur la pédiatrie : petit poids pour l'âge gestationnel, prématurité et données médicolégales
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - RCIU (has been) => Petit Poids gestationnel pour l'âge ou PAG (up to date)
  - HTA ≥ 140/90 après 20 SA => BU
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Attention pour les associations de doppler : bien lire fœtal ou maternel
  - Pour les définitions de mortalité chez l'enfant, procéder par élimination

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	F	2	On ne parle plus de retard de croissance intra-utérin mais de petit Poids pour l'Age Gestationnel (PAG) • Définition échographique : - Biométries × < 10ème percentile × < 3ème percentile = sévère • Dysharmonieux : fœtus « araignée » - Maintien de la vascularisation cérébrale (organe noble) au détriment du reste × Périmètre abdominal effondré alors que le périmètre crânien est normal
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 3	A -	F	2	Retenir schématiquement : • PAG harmonieux = mauvais pronostic : - Causes chromosomiques : × Trisomie 21 × Trisomie 8 - Causes infectieuses : × CMV, rubéole, toxoplasmose • PAG dysharmonieux = bon pronostic : - Insuffisance placentaire × HTA gravidique, pré-éclampsie × SAPL × Malformation de l'insertion placentaire, nœud du cordon
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 5	A -	V	3	Bilan de PAG et d'HTA gravidique • Maternel : - Sérologie CMV, toxoplasmose, rubéole, herpès - Doppler des artères utérines - NFS, urée, créatinine, protéinurie des 24h • Fœtal : - Doppler des artères ombilicales - Doppler des artères cérébrales
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	

	I -	V	3	- Si PAG sévère harmonieux : caryotype, amniocentèse
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 6	A -	F	3	• Doppler 1 = artère cérébrale fœtale • Doppler 2 = artère utérine maternelle • Doppler 3 = artère ombilicale fœtale
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 7	A -	F	2	ATTENTION REPONSES FAUSSES DEMANDEES : ACDEGHIJK • Prématuré - Né avant 37 SA - Moyen : 32-37 - Grande prématuré : 28-32 - Très grande prématurité : < 28 • Enfant viable : - Né après 22 SA - Enfant de plus de 500g
	B -	V	1	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	1	
	F -	V	1	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	1	
QCM 8	A -	V	3	Prise en charge : • Maternelle - Traitement curatif = extraction fœtale - Traitement symptomatique = gamma-globulines (rhésus négatif) - Pas de corticothérapie : trop tard, le bébé est né • Fœtale (prématuré) - Incubateur = couveuse - EPO - Nutrition parentérale - Protéines de surfactant - Caféine si apnée - Hydratation
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	V	3	
	L -	F	3	
QCM 9	A -	V	2	Définitions des mortalités : • Infantile = nombre d'enfants décédés de moins d'1an • Néonatale =nombre de décès avant 28 SA • Périnatale = nombre de décès entre 28 SA et 7 jours • Postnatale = nombre de décès de 28 SA et 1an • Mortinatalité = nombre de fœtus nés après 22 SA nés sans vie
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Périmètre crânien • Périmètre abdominal • Longueur fémorale	10 10 10	• BIP / PA / LF

QROC 4	• Insuffisance placentaire • HTA gravidique	20 20	PAG dysharmonieux • TA ≥ 14/9 après 20 SA • Pas de BU donc on ne peut pas parler de pré-éclampsie
QROC 10	• Médecin • Obstacle médicolégal • Autopsie	10 10 10	• Certificat néonatal : si décès entre 22-28 SA
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	29	Prématurité et retard de croissance intra-utérin
Questions accessoires	1	19	Mesure de l'état de santé de la population
	1	9	Certificats médicaux

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

RCIU CNGOF 2013 — **Retard de croissance intra-utérin**

Définitions :

- **Petit poids pour l'âge gestationnel** (PAG) : poids isolé ≤ 10ème percentile
- PAG sévère : poids isolé ≤ 3ème percentile
- RCIU : association d'un PAG et d'arguments pour un défaut de croissance pathologique
- Croissance pathologique : arrêt ou infléchissement de la croissance sur au moins 2 mesures à 3 semaines d'intervalle
  - FdR :
    - Antécédent de PAG
    - Age > 35 ans
    - Primiparité
    - HTA chronique, HTA gravidique ou pré-éclampsie
    - Diabète
    - Tabagisme actif
    - Consommation d'alcool ou de drogues
    - Poids insuffisant ou obésité
    - Niveau social défavorisé

- Complications :
  - Court terme : morbi-mortalité plus élevée, hypothermie, hypoglycémie, anoxie-ischémie périnatale
  - Long terme : retard cognitif léger, amélioration du score neuro-développemental avec l'allaitement maternel, syndrome métabolique

- Dépistage :
  - Clinique : hauteur utérine
  - Paraclinique : BIP, PA, LF et estimation du poids fœtal

- Bilan maternel :
  - Sérologie CMV, toxoplasmose, rubéole, herpès
  - Doppler des artères utérines
  - NFS, urée, créatinine, protéinurie des 24h

- Bilan fœtal :
  - Doppler des artères ombilicales
  - Doppler des artères cérébrales

- Prévention :
  - Contrôle des facteurs de risque : IMC [18-30], sevrage alcoolique et tabagique, contrôle des pathologies chroniques
  - Pendant la grossesse : objectifs glycémiques à maintenir en cas de diabète, PAS [140-160] et PAD [90-110]
  - Après la grossesse : recherche d'un SAPL +/- Aspirine ® lors d'une seconde grossesse
- Fœtal :
  - Doppler des artères ombilicales
  - Doppler des artères cérébrales

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 25

Ah mais ne dites pas ça

1 Enoncé

Vous recevez en consultation Melle I. 17 ans qui vient vous voir car « elle n'a toujours pas eu ses règles » et « ne me dites pas que je suis déjà ménopausée ! ».

QCM 1	**Que recherchez-vous à l'interrogatoire ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Anosmie
B -	Prise de neuroleptiques
C -	Galactorrhée
D -	Contexte nutritionnel
E -	Age de la puberté chez le père
F -	Courbes de croissance
G -	Antécédent de ménopause précoce chez sa mère
H -	Prise d'une contraception orale
I -	Hirsutisme
J -	Signes sympathiques de grossesse
K -	Dysmorphophobie
L -	Rapport sexuel non protégé

QCM 2	**Elle ne prend aucun traitement. Sa mère a été réglée à l'âge de 13 ans. Elle vous confie ne jamais avoir eu de rapport sexuel. Elle ne présente pas de symptôme particulier d'après elle, notamment aucune douleur. Elle est en classe de première technologique. Comment complétez-vous votre examen physique ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Stade de Tanner
B -	Palpation des seins
C -	Contre-indication à l'examen au spéculum
D -	Critères de Rotterdam
E -	Taille
F -	Poids
G -	Palpation abdominale
H -	Examen neurologique
I -	Recherche des signes de développement pubertaire
J -	Contre-indication au toucher vaginal
K -	Toucher rectal
L -	Examen ORL

QCM 3	**Elle mesure 1m54 pour 42kg. Elle n'a pas de galactorrhée. Les caractères secondaires sont absents. Vous remarquez qu'elle a un cou un peu large. Quels examens paracliniques réalisez-vous ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	IRM cérébrale
B -	IRM pelvienne
C -	Caryotype
D -	Echographie pelvienne
E -	hCG
F -	Radiographies de la main gauche
G -	FSH, LH
H -	Œstrogènémie, progestéronémie
I -	Test à la LHRH d'emblée
J -	Cœlioscopie diagnostique
K -	Biopsie de trophoblaste
L -	TSH

QROC 4	**Vous obtenez ces résultats : LH 75 UI/L (N : 10-50 UI/L), FSH 25 UI/l (N : 5.5-20 UI/l), œstrogènémie 42 pg/ml (N : > 50 pg/ml), progestéronémie 3 ng/ml (N : > 5 ng/ml). Comment caractérisez vous ce tableau biologique ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	**Quelles sont les causes possibles d'un tel tableau biologique ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Tumeur cérébrale
B -	Gonadectomie
C -	Radiothérapie des gonades
D -	Retard pubertaire simple
E -	Syndrome de Cushing
F -	Imperforation hyménale
G -	Cloison utérine transverse
H -	Anorexie mentale
I -	Craniopharyngiome
J -	Syndrome de Kallman de Morsier
K -	Syndrome de malabsorption
L -	Hyperplasie congénitale des surrénales

QROC 6	**Quel diagnostic suspectez-vous particulièrement chez cette patiente et rappelez l'anomalie chromosomique en cause ? (4 mots)**

QCM 7	**Votre diagnostic se confirme. Quelles malformations et complications sont à craindre ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Persistance du canal artériel
B -	Anévrisme de l'aorte
C -	Rein en fer à cheval
D -	Infections ORL
E -	Imperforation anale
F -	Asymétrie des condyles
G -	Coarctation de l'aorte
H -	Thyroïdite
I -	Cataracte congénitale
J -	Atrésie duodénale
K -	Maladie de Hirschprung
L -	Diabète

QROC 8	**Que retrouvez-vous à l'examen cardiovasculaire dans le cadre d'une coarctation de l'aorte ? (6 mots)**

QCM 9	**Quelle prise en charge paraclinique et thérapeutique lui proposez-vous ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Hospitalisation
B -	Ambulatoire
C -	Analogue LHRH
D -	GH pour le retard de croissance
E -	ETT
F -	Bilan lipidique
G -	Coloscopie annuelle
H -	Œstrogènes
I -	Audiogramme dans l'enfance
J -	TSH
K -	Echographie pelvienne annuelle
L -	ECG

QROC 10	**Quelle pathologie chez l'homme peut donner le même tableau biologique ? Préciser quelle anomalie chromosomique est en cause. (4 mots)**

QCM 11	**Quelles sont les causes possibles d'hyperandrogénie si cette jeune femme avait présenté un hirsutisme ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Syndrome de Mac Cune Albright
B -	SOPK
C -	Syndrome d'insensibilité aux androgènes
D -	Craniopharyngiome
E -	Hyperplasie congénitale des surrénales
F -	Tumeurs testiculaires
G -	Syndrome de Rokitansky
H -	Blocage enzymatique surrénalien
I -	Tumeurs surrénaliennes
J -	Syndrome de Prader Willi
K -	Tumeurs ovariennes
L -	Tumeurs du sein

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier assez difficile sur l'aménorrhée primaire
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Aménorrhée chez une femme jeune = GROSSESSE jusqu'à preuve du contraire
  - En fonction des stades de Tanner : caractères sexuels absents, normaux ou hyperandogénie
  - Age osseux indispensable : RX de la main de face : os sésamoïde
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - A recouper avec les causes de retard pubertaire !
  - Attention aux réponses fausses
  - N'oubliez pas la seconde partie de la question dans les QROCs

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	2	Interrogatoire : • Antécédents familiaux : âge de la puberté chez la mère • Antécédents personnels : contexte nutritionnel (anorexie), psychologique, symptômes (troubles visuels, anosmie, douleurs pelviennes chroniques, céphalées) • Prises médicamenteuses : prise de neuroleptiques ou d'une contraception hormonale !
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 2	A -	V	2	Examen physique : • Poids, taille, IMC • Syndrome dysmorphique • Courbes de croissance • Caractères sexuels secondaires : score de Tanner - Examen gynécologique chez la jeune fille vierge × Spéculum de vierge × Contre-indication au TV • Palpation des seins
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 3	A -	F	2	Paraclinique • En première intention : - hCG : éliminer une grossesse - RX mains de face : âge osseux - Courbe de température et bilan hormonal à J3 du cycle
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	

	F -	V	2	× LH, FSH × Œstradiol, progestérone × TSH - Echographie pelvienne : appareil génital féminin normal ? • En deuxième intention : - IRM hypotahlamo hypophysaire si cause haute (hypogonadisme HYPOgonadotrope) - Caryotype si cause périphérique (hypogonadisme HYPERgonadotrope)
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 5	A -	F	3	Causes basses / périphériques : • Gonadectomie • Chimiothérapie ou radiothérapie des gonades • Dysgénésie gonadique • Anomalies chromosomiques +++ - Syndrome de TURNER - Syndrome de KLINEFELTER
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 7	A -	F	3	Malformations / complications dans le cadre d'une maladie de Turner : • Cardiaque : coarctation de l'aorte +++, anévrisme de l'aorte, bicuspidie, dissection aortique, HTA => ETT • Rénale : rein en fer à cheval, hydronéphrose => Echographie rénale • Gynécologique : ovaire avec bandelette fibrineuse, aménorrhée primaire • ORL : infections, surdité mixte => Audiogramme + consultation ORL dans l'enfance • Oculaire : ptosis, épicanthus, myopie • Orthopédique : asymétrie des condyles => Radiographies des membres • Endocrino : diabète (Glycémie), thyroïdite (TSH) dyslipidémie (EAL) • Digestif : MICI, maladie cœliaque
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM 9	A -	F	3	Prise en charge ambulatoire multidisciplinaire • Retard de croissance staturo-pondérale : GH • Aménorrhée primaire : oestrogènes • Bilan des complications • Soutien psychologique
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 11	A -	F	1	Hyperandogénie : • Hirsutisme, hypertrichose, voix rauque, acnés, développement musculaire - Causes × SOPK (critères de Rotterdam) × Hyperplasie congénitale des surrénales × Tumeurs ovariennes × Tumeurs surrénaliennes × Blocage enzymatique : 21 hydroxylase par exemple
	B -	V	2	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	2	
	F -	F	1	
	G -	F	1	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	1	
	K -	V	2	
	L -	F	1	
			197	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• Hypogonadisme • Hypergonadotrope	10 10	Résultats biologiques : atteinte PERIPHERIQUE • FSH, LH basses : hypogonadisme • Œstrogènes et progestérone hauts : hypergonadotrope
QROC 6	• Syndrome de Turner • 45 XO	30 10	Ici : • Petite taille, cou large (ptérygium coli), aménorrhée primaire
QROC 8	• Souffle systolique axillaire • Pouls fémoraux abolis	10 5	Bien connaître les souffles de l'enfant !
QROC 10	• Syndrome de Klinefelter • 47 XXY	20 8	Chez le garçon : • A la puberté : gynécomastie, hypogonadisme, pilosité peu développée, troubles des acquisitions parfois
		103	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	40	Aménorrhée
Questions accessoires	2	51	Retard de croissance staturo-pondérale
	8	236	Souffle cardiaque de l'enfant

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

SYNDROME DE TURNER :

- 45 XO (parfois mosaïque)
- Chez la fille : RCIU, retard staturo-pondéral (petite taille +++), retard pubertaire +/- retard mental
  - Syndrome dysmorphique :
    - × Ptérygium coli, cubitus valgus, implantation basse des cheveux, seins plats écartés, thorax élargi, hypoplasie des ongles, naevi
  - Atteinte viscérale :
    - × **Cardiaque** : coarctation de l'aorte +++, anévrisme de l'aorte, bicuspidie, dissection aortique, HTA => ETT
    - × **Rénale** : rein en fer à cheval, hydronéphrose => Echographie rénale
    - × **Gynécologique** : ovaire avec bandelette fibrineuse, aménorrhée primaire
    - × **ORL** : infections, surdité mixte => Audiogramme + consultation ORL dans l'enfance
    - × **Oculaire** : ptosis, épicanthus, myopie
    - × **Orthopédique** : asymétrie des condyles => Radiographies des membres
    - × **Endocrino** : diabète (Glycémie), thyroïdite (TSH) dyslipidémie (EAL)
    - × **Digestif** : MICI, maladie cœliaque
- PEC : multidisciplinaire
  - Hormonothérapie substitutive : GH et œstrogènes

SOUFFLES CARDIAQUES DE L'ENFANT :

Communication intra-atriale (CIA)	Souffle systolique éjectionel pulmonaire	≠ souffle fonctionnel = Foramen ovale perméable
Communication intra-ventriculaire (CIV)	Souffle systolique méso-cardiaque en rayon de roue	
Persistance du canal artériel (PCA)	Souffle CONTINU sous claviculaire gauche Pouls fémoraux bondissants	Prématuré
Coarctation aortique	Souffle systolique axillaire gauche faible Pouls fémoraux diminués ou abolis	Syndrome de Turner

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 26

Le loup est revenu

1 Enoncé

C'est l'été et vous commencez votre journée de consultation dermatologique avec le soleil et le sourire. C'est une jeune fille de 19 ans qui se présente alors à vous. Elle n'en peut plus car son 'acné' est revenu avec le soleil. Elle présente en effet des lésions érythémato-squameuses malaires bilatérales uniquement sur le visage. Par ailleurs, vous remarquez qu'elle ne fait que de tourner ses poignets. Quand vous lui demandez pourquoi, elle vous répond que 'ça soulage ses douleurs et que c'est devenu un tic'. Elle n'a aucuns antécédents médico-chirurgicaux. Elle prend la pilule DailyGé®. Elle fume 5 à 10 cigarettes par jour depuis 3 ans. Elle va rentrer en première année de droit, comme son petit ami.

QROC 1	**Que redoutez-vous d'emblée comme diagnostic chez cette jeune femme ?** **Texte libre (1 à 6 mots)**

QCM 2	**Quel bilan paraclinique prescrivez-vous ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	EPP
B -	VS
C -	CRP
D -	Complément C7-C8-C10
E -	BU
F -	Capillaroscopie
G -	Radiographie des poignets de face et de profil
H -	Anticorps anti ADN par test de Farr
I -	Bilan lipidique
J -	Frottis cervico-utérin
K -	Mammographie bilatérale
L -	Cryoglobulinémie

QROC 3	**Quelle atteinte viscérale recherchez vous étant corrélée au pronostic de la pathologie ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 4	**Rappelez les bonnes réponses sur la classification des atteintes rénales dans cette pathologie ?** **(Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Stade I = néphropathie glomérulaire avec dépôts mésangiaux diffus
B -	Stade II = glomérulonéphrite extra-membraneuse
C -	Stade III = prolifération segmentaire et focale endo-capillaire
D -	Stade IV = prolifération extra-capillaire diffuse
E -	Stade V = néphropathie glomérulaire sclérosante destructrice
F -	Stade VI = glomérulonéphrite membranoproliférative
G -	Stade I = pas de néphropathie glomérulaire
H -	Stade II = dépôt en croissant diffus
I -	Stade III = prolifération avec humps externes
J -	Stade IV = hyalinose segmentaire et focale
K -	Stade V = glomérulonéphrite extra-membraneuse
L -	Stade VI = néphropathie glomérulaire sclérosante destructrice

QCM 5	**Vous diagnostiquez en effet un lupus érythémateux disséminé de forme localisée cutanéo-articulaire. Quelle prise en charge préconisez-vous ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Traitement de la poussée par antipaludéen de synthèse
B - Acide rétinoïque
C - Arrêt du tabac
D - Photothérapie
E - Arrêt de la contraception actuelle
F - Traitement de fond par corticothérapie forte dose
G - Surveillance ophtalmologique
H - Repos et arrêt de travail
I - Cyclophosphamide®
J - Dermocorticoïdes classe 4 sur le visage
K - Méthotrexate®
L - Anti-TNFα

QROC 6	**Elle a scrupuleusement suivi votre traitement.** **Elle se présente alors aux urgences 1 mois plus tard pour douleur abdominale intense et règles très douloureuses. Ses dernières règles remontent à 3 semaines. Elle vous explique en effet ressentir des 'douleurs du bas du ventre'. Elle a perdu beaucoup de sang dans la cuvette des toilettes. Vous l'examinez et retrouvez : absence de défense ou de contracture, BU -, métrorragies d'origine intra-utérine de couleur rouge, TV : utérus augmenté de volume, mou et col ouvert.** **Quel est alors votre diagnostic ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 7	**Que lui conseillez-vous en cas de souhait d'une future grossesse ou non?** **(Jusqu'à 12 réponses)**

A - Grossesse possible dès maintenant
B - Attendre le retour d'un cycle normal pour tenter une nouvelle grossesse
C - Grossesse programmée après rémission de 6 ans de la pathologie de fond
D - Arrêt des traitements potentiellement tératogènes
E - Absence d'atteinte rénale pour débuter une grossesse
F - La grossesse peut aggraver une atteinte rénale
G - Prise en charge multidisciplinaire
H - Surveillance échographique spécialisée en cas d'anticorps anti-SSA ou SSB présents
I - Hydroxychloroquine® autorisée pendant la grossesse
J - Hydroxychloroquine® contre-indiquée pendant la grossesse
K - La grossesse favorise la poussée de la pathologie
L - Le lupus n'a pas d'impact sur la fertilité en tant que tel

QCM 8	**Finalement vous la retrouvez un an plus tard en suite de couche, toute heureuse de vous présenter Aglaé, sa petite puce née il y a 3 jours, un peu en avance à 36 SA. Elle allaite. Le moral est bon. Elle n'a pas de perte malodorante. Cependant, elle se plaint d'une douleur du mollet droit, un peu plus volumineux que le gauche.** **Quelles sont les bonnes réponses ?** **(Jusqu'à 8 réponses)**

A - Suspicion d'une thrombose veineuse superficielle du membre inférieur droit
B - Suspicion d'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche
C - Suspicion d'une thrombose veineuse pelvienne
D - Suspicion d'une thrombose artérielle du membre inférieur droit
E - Echodoppler artériel des membres inférieurs à prévoir
F - Echodoppler veineux des membres inférieurs à prévoir
G - Echodoppler veineux des membres inférieurs et ilio-fémoraux
H - Echodoppler artériel des membres inférieurs et aorto-fémoral
I - Début d'une anticoagulation par AVK
J - Début par héparinothérapie puis relai par AVK
K - Traitement anticoagulant par héparinothérapie
L - Arrêt de l'allaitement

QROC 9	**Alors qu'elle était tranquillement en train de vous parler dans la chambre, elle est brutalement prise de mouvements incontrôlables de la main droite. Elle ne perd pas connaissance. Après prise en charge adaptée, vous approfondissez avec elle. Elle vous dit avoir eu depuis 3 jours des céphalées progressives.** **Quel diagnostic de l'épisode actuel faites-vous ?** **Quel est l'examen paraclinique le plus performant pour le confirmer ?** **Quelle pathologie sous-jacente suspectez-vous ?** **(5 mots)**

QCM 10	**Rappelez les réponses vraies concernant les critères pour parler de SAPL ?** **(Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Un critère clinique ou un critère biologique suffit
B -	Il faut l'association d'un critère biologique et d'un critère clinique au moins
C -	Dissociation syphilitique : faux positif de VDRL alors que TPHA est négatif
D -	Anticorps anti-cardiolipine positif au test Elisa à confirmer à 2 semaines
E -	Anticorps anti Gp2b3a positif au test Elisa et à confirmer à 12 semaines
F -	Augmentation du TCA sans augmentation du TP
G -	Anticoagulant circulant
H -	Allongement du TCA corrigé par l'adjonction de phospholipides
I -	Antécédent de phénomènes thrombotiques artériels ou veineux répétés
J -	Allongement du TCA corrigé par l'adjonction de plasma témoin
K -	≥ 3 avortements spontanés tardifs
L -	Antécédent d'accouchement prématuré avant 34 SA par pré-éclampsie

QCM bonus	**Quelles sont les causes possibles d'anémie au cours d'un lupus érythémateux disséminé ?** **(Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Thalassémie
B -	Anémie inflammatoire
C -	Anémie hémolytique auto-immune
D -	Microangiopathie thrombotique
E -	Maladie de Wilson associée
F -	Maladie de Biermer associée
G -	Dysthyroïdie auto-immune associée
H -	Carence en fer en cas de malabsorption associée
I -	Carence en vitamine B9-B12 en cas de malabsorption associée
J -	Drépanocytose en cas d'origine de pourtour méditerranéen
K -	Insuffisance rénale chronique
L -	Paludisme

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier difficile sur lupus érythémateux disséminé (LED) et grossesse
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Lupus => éducation, photoprotection, CI COP, grossesse programmée
  - Arrêt de la pilule => risque de grossesse
  - Lupus souvent associé à un SAPL => thromboses +++
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Répondre à toutes les sous-questions
  - Tous les éléments de l'énoncé sont à exploiter

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	3	**Bilan d'un LED :**
	B -	V	3	• Inflammatoire : dissociation VS (augmentée) et CRP (normale)
	C -	V	3	• Immunologique :
	D -	F	3	- Anticorps antinucléaire : anti DNA natif (test de Farr)
	E -	V	3	× Anti-SSA-SSB, anti-histones, anti-RNP, anticorps anti-Sm
	F -	F	3	× Complément : C3, C4, CH5 +++ HYPOCOMPLEMENTEMIE
	G -	V	3	• Rénal : BU, protéinurie des 24h, urée, créatinine +/- PBR si IRA et Protéinurie >1g/j
	H -	V	3	• Radiologique : RX thorax et articulations douloureuses
	I -	F	3	• Cardiaque : ECG +/- ETT
	J -	F	3	• Si phénomène de Raynaud : capillaroscopie, échodoppler des artères des mains
	K -	F	3	• Bilan pré-corticothérapie
	L -	V	3	
QCM 4	A -	F	2	
	B -	F	2	
	C -	V	3	Stades des néphropathies :
	D -	F	2	• I = normal
	E -	F	2	• II = mésangiale diffuse
	F -	F	2	• III = prolifération segmentaire et focale
	G -	V	3	• IV = grave +++ = prolifération diffuse
	H -	F	2	• V = extra-membraneuse
	I -	F	2	• VI = sclérosante et cicatricielle
	J -	F	2	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 5	A -	F	3	Prise en charge :
	B -	F	3	• Traitement de la poussée :
	C -	V	4	- Arrêt de travail, repos
	D -	F	3	× AINS ou corticothérapie faible dose
	E -	V	4	× Dermocorticoïdes locaux : jamais de clase 4 (très forte) sur le visage !
	F -	F	3	• Traitement de fond :
	G -	V	4	- HYDROXYCHLOROQUINE +++ antipaludéen de synthèse

	H -	V	4	- Surveillance ophtalmologique (maculopathie) : vision des couleurs, champ visuel, ERG maculaire - Corticothérapie + mesures associées - Immunosuppresseur si sévère (pas ici) • Education de la patiente +++ : - Photoprotection, arrêt de la pilule et du tabac, grossesse programmée
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 7	A -	F	3	GROSSESSE PROGRAMMEE, suivi pluridisciplinaire : • Anticorps anti-SSA et SSB : risque de BAV néonatal +++ • Après 6 mois de rémission • Absence d'atteinte rénale sévère ou de prise de médicaments tératogènes • Risques - Fœtaux : × RCIU, prématurité - Maternel : × Pré-éclampsie, éclampsie, HRP
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 8	A -	F	2	Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs • Attention chez la femme enceinte faire un échodoppler jusqu'en ilio-fémoral +++ pour pouvoir détecter une phlébite pelvienne associée - AVK contre-indiqués pendant l'allaitement × Promouvoir l'allaitement donc pas d'arrêt × Alternative : héparinothérapie seule
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 10	A -	F	3	**Critères SAPL** : • ≥ 1 critère clinique - Thromboses artério-veineuses à répétition - Complications obstétricales : × ≥ 3 avortements spontanés PRECOCES (< 10SA) × MFIU > 10 SA × Prématuré < 24 SA suite à une pré-éclampsie, éclampsie ou insuffisance placentaire ET • ≥ 1 critère biologique - Anti-prothrombinase = anticoagulant circulant = TCA allongé sans diminution du TP non corrigé par l'adjonction de plasma témoin, mais corrigé par l'adjonction de phospholipides - Anticorps anti-phospholipides : anti-β2GP1, anti-cardiolipine (positifs par tesr Elisa, à confirmer à 12 semaines) - Dissociation syphilitique : VDRL +, TPHA -
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
QCM Bonus	A -	F	1	Juste pour info : question anémie à bien connaître 12 points bonus ☺
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
	F -	V	1	
	G -	V	1	
	H -	V	1	
	I -	V	1	
	J -	V	1	
	K -	V	1	
	L -	F	1	
			200 (+/-12 pts)	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Lupus érythémateux • Cutanéo-articulaire • En poussée	20 5 10	**EN POUSSEE** +++ très important dans les pathologies inflammatoires • LED localisé : cutané (vespertilio) et articulaire (arthralgies)
QROC 3	• Rénal	5	Atteinte pronostique du LED = RENAL à savoir
QROC 6	• Avortement spontané précoce • ZERO si fausse couche spontanée	20 **PMZ**	Attention à la nomenclature !! mots clé • Arrêt de la pilule car elle a suivi vos recommandations et elle a un petit ami => col ouvert = avortement spontané précoce !
QROC 9	• Thrombose veineuse cérébrale • IRM • SAPL	20 10 10	Céphalées progressives + déficit neurologique à bascule + épilepsie + lupus = TVC • SAPL devant l'avortement spontané précoce, la thrombose veineuse profonde et la thrombose cérébrale
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	7	190	Lupus érythémateux disséminé
Questions accessoires	2	23	Hémorragie génitale au cours de la grossesse
	7	209	Anémie chez l'adulte et l'enfant
	11	335	Accident vasculaire cérébral

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINE :

- Maladie auto-immune = connectivite
- Facteurs favorisants : déficit en C4, grossesse, UV, toxiques, stress, médicaments, COP
- Femme jeune (20-40 ans), afro-américaine, antillaise
- Clinique polymorphe : AEG, atteinte cutanée (vespertilio, lupus discoïde), rénale, ostéo-articulaire, cardiaque, pulmonaire, neurologique et hémato
- Bilan :
  - **Inflammatoire :** dissociation VS (augmentée) et CRP (normale)
  - **Immunologique :**
    - × Anticorps antinucléaires : anti DNA natif (test de Farr)
    - × Anti-SSA-SSB, anti-histones, anti-RNP, anticorps anti-Sm
    - × Complément : C3, C4, CH5 +++ HYPOCOMPLEMENTEMIE
  - **Rénal :** BU, protéinurie des 24h, urée, créatinine +/- PBR si IRA et Protéinurie >1g/j
  - **Radiologique :** RX thorax et articulations douloureuses
  - **Cardiaque :** ECG +/- ETT
  - **Si phénomène de Raynaud :** capillaroscopie, échodoppler des artères des mains
  - **Bilan pré-corticothérapie**

- Prise en charge :
- Traitement de la poussée :

- Arrêt de travail, repos
  - AINS ou corticothérapie faible dose
  - Dermocorticoïdes locaux : jamais de classe 4 (très forte) sur le visage !
- Traitement de fond :
  - HYDROXYCHLOROQUINE +++ antipaludéen de synthèse
  - Surveillance ophtalmologique (maculopathie) : vision des couleurs, champ visuel, ERG maculaire
  - Corticothérapie + mesures associées
  - Immunosuppresseur si sévère (pas ici)
- Education de la patiente +++ :
  - Photoprotection, arrêt de la pilule et du tabac, grossesse programmée

Critères SAPL :

- ≥ 1 critère clinique
  - Thromboses artério-veineuses à répétition
  - Complications obstétricales :
    - ≥ 3 avortements spontanés PRECOCES (< 10SA)
    - MFIU > 10 SA
    - Prématuré < 24 SA suite à une pré-éclampsie, éclampsie ou insuffisance placentaire

ET

- ≥ 1 critère biologique
  - Anti-prothrombinase = anticoagulant circulant = TCA allongé sans diminution du TP non corrigé par l'adjonction de plasma témoin, mais corrigé par l'adjonction de phospholipides
  - Anticorps anti-phospholipides : anti-β2GP1, anti-cardiolipine (test Elisa, à confirmer à 12 semaines)
  - Dissociation syphilitique : VDRL +, TPHA -

UE ECN en QUESTIONS-REPONSES

VG Editions

Le nouveau programme en quizz

A partir du cycle DFASM1 de 2013-2014

- Cardiologie
- Dermatologie vénérologie
- Endocrinologie
- Gériatrie
- Gynécologie
- HGE
- Maladies infectieuses
- Neurologie neurochirurgie
- ORL
- Pneumologie
- Réanimation
- Rhumatologie
- Thérapeutique
- Urologie

REFORME DES ECN POUR LE CONCOURS ECN 2016

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 27

Au diable l'avarice !

1 Enoncé

Vous recevez en consultation Mme O. 25 ans, enceinte de 19 SA, affolée, car elle a été en contact avec sa petite nièce avant-hier qui a attrapé la varicelle. Elle n'a pas souvenir d'avoir fait la varicelle elle-même. Elle a lu sur Internet qu'il existait un vaccin. Elle vient donc en consultation pour faire ce vaccin.
Elle est de groupe rhésus négatif. Elle n'a aucun antécédent. Elle mesure 1m72 et pèse 57kg.

QROC 1	**Que répondez-vous à sa requête ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Quelle alternative lui proposez-vous ?** **(Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Aciclovir® per os débuté à J7 pendant 8 jours
B -	Sérologie varicelle pour vérifier le statut immunitaire de la patiente
C -	Pas d'intérêt à la sérologie
D -	IMG
E -	Tocolyse
F -	Prévention de la réaction d'Herxheimer
G -	Ganciclovir®
H -	Aucun risque de transmission materno-fœtale
I -	Immunoglobulines IV dans les 72heures
J -	Refaire une sérologie dans 15 jours
K -	Education en lui conseillant d'éviter tout nouveau contact avec sa nièce
L -	Prélèvement vaginal et recherche de varicellurie

QCM 3	**Malheureusement, elle refuse le traitement. Elle revient aux urgences, alors enceinte de 22 SA pour toux et dyspnée. On retrouve des crépitants aux deux bases.** **Quels sont les risques encourus chez cette patiente et son enfant ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Fœtopathie
B -	Varicelle congénitale
C -	Varicelle néonatale
D -	Pneumopathie varicelleuse fœtale
E -	Zona dans la première année de vie chez l'enfant
F -	Zona maternel
G -	Pneumopathie varicelleuse maternelle
H -	Avortement spontané précoce
I -	Mort fœtale in utero
J -	Atteinte neurologique fœtale
K -	Atteinte neurologique maternelle
L -	Atteint ophtalmologique fœtale

QCM 4	**Si cela avait eu lieu à 36 SA + 1 jour, avant les 5 jours précédant l'accouchement ou les 2 jours suivant l'accouchement, quels auraient été les risques encourus et votre prise en charge ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Varicelle néonatale
B -	Varicelle congénitale
C -	Atteinte cutanéo-muqueuse
D -	Atteinte neurologique
E -	Atteinte pulmonaire
F -	Atteinte viscérale
G -	MFIU
H -	Zona dans la première année de vie chez l'enfant
I -	Traitement par Aciclovir ® maternel
J -	Traitement par Aciclovir® néonatal
K -	Traitement par Aciclovir® maternel et néonatal
L -	Surveillance échographie spécialisée répétée

QCM 5	**Et entre les 5 jours précédant l'accouchement et le jour J de l'accouchement, que faites-vous si une varicelle se déclare ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Déclenchement de l'accouchement en urgence
B -	Dexaméthasone® pendant 48 heures
C -	Bétaméthasone® pendant 48 heures
D -	Gammaglobulines
E -	Différer l'accouchement par Tocolyse
F -	Aciclovir® Per os
G -	Aciclovir® IV
H -	Césarienne en urgence
I -	Accouchement voie basse autorisé
J -	Ganciclovir® IV
K -	Acide folique
L -	Sulfadiazine®

QCM 6	**Elle vous dit avoir aussi de l'herpès génital. Quels sont les facteurs de risques de transmission materno-fœtale de l'herpès ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Accouchement voie basse
B -	Obésité maternelle
C -	Prématurité
D -	Rupture de la poche des eaux > 24 heures
E -	Rupture de la poche des eaux > 6 heures
F -	Prélèvement vaginal positif au Streptocoque B
G -	Prélèvement vaginal positif au HSV 2
H -	Excrétion génitale d'HSV2 forcément symptomatique
I -	Pose d'électrodes
J -	Température maternelle > 38°C lors de l'accouchement
K -	Antécédent de chorioamniotite
L -	pH fœtal réalisé

QCM 7	**Quelle est votre prise en charge en cas de récurrence dans la semaine précédant l'accouchement ? (Jusqu'à10 réponses)**
A -	Confirmation par deux sérologies herpétiques à 15 jours d'intervalle
B -	Culture virale
C -	Traitement maternel par Augmentin®
D -	Traitement maternel par Aciclovir®
E -	Accouchement voie basse avec asepsie par Bétadine®
F -	Césarienne prophylactique
G -	Mesure de prévention des IST
H -	Contre-indication formelle à l'accouchement voie basse
I -	Ganciclovir®
J -	Différer l'accouchement pour permettre l'accouchement voie basse

QCM 8	**Et que faites-vous si la récurrence a lieu à plus d'une semaine de l'accouchement ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Confirmation par deux sérologies herpétiques à 15 jours d'intervalle
B -	Culture virale
C -	Traitement maternel par Augmentin®
D -	Traitement maternel par Aciclovir® à partir de 36 SA
E -	Accouchement voie basse avec asepsie par Bétadine® à terme
F -	Césarienne prophylactique
G -	Mesure de prévention des IST
H -	Contre-indication formelle à l'accouchement voie basse
I -	Ganciclovir®
J -	Différer l'accouchement pour permettre l'accouchement voie basse

QCM 9	**Quel est le traitement spécifique du nouveau-né en cas de contage probable à de l'herpès ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Aucun traitement spécifique
B -	Toilette antiseptique
C -	Collyre oculaire Rifamicine® dans les deux yeux
D -	PCR HSV2 sang
E -	PCR HSV2 LCR
F -	Prélèvements oculaires
G -	Pas de traitement antiviral
H -	Traitement par Aciclovir® per os
I -	Traitement par Aciclovir® IV pendant 8 jours
J -	Traitement par Aciclovir® IV pendant 21 jours

QROC 10	**Où hospitalisez-vous une patiente enceinte atteinte d'une primo-infection à la varicelle ? Texte libre (1 à 3 mots)**

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier délicat sur la varicelle et l'herpès au cours de la grossesse
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Contre-indication aux VVA pendant la grossesse
  - Herpès génital : récurrence asymptomatique
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Attention aux per os et IV
  - Attention aux dates pour la prise en charge dans l'énoncé

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		VF	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	2	Prévention d'un contage de varicelle chez une femme séronégative (vérifier son statut immunitaire) • Eviter à nouveau le contage • Immunoglobulines si < 96 heures • Aciclovir à J7 pendant 8 jours : traitement préventif
	B -	V	3	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	F	2	
QCM 3	A -	F	2	Entre 20 et 30 SA : • Risque de zona dans l'enfance
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	3	
	F -	F	2	
	G -	V	3	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 4	A -	V	3	Varicelle néonatale : Aciclovir® maternel et fœtal
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	

	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 5	A -	F	3	Après J-5 : éviter l'accouchement pour permettre à la femme enceinte de produire des anticorps qui passeront la barrière hémato-placentaire × Pas de maturation fœtale nécessaire ici car accouchement à terme × NB : quand <34 SA, pour la maturation pulmonaire fœtale, on utilise préférentiellement la Bétaméthasone® IM (2 injections à 48 heures d'intervalle) car une seule injection par jour est nécessaire, effet prouvé sur la réduction de la mortalité néonatale et la réduction du risque de leucomalacies périventriculaires.
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 6	A -	V	2	- Les facteurs de risques sont tous cités ici.
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 7	A -	F	3	Récurrence : • Dans les 7 jours avant l'accouchement : - Traitement maternel par Aciclovir® - Césarienne prophylactique +++ - CI formelle à l'accouchement voie basse - Prise en charge du nouveau-né rf QCM 9 - Il est toujours bon de rapeler les mesures de prévention des IST !
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
QCM 8	A -	F	3	• Avant 7 jours : - Traitement maternel par Aciclovir® × Reprise du traitement à 36SA
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
QCM 9	A -	F	3	• Prise en charge du nouveau-né : - Toilette antiseptique - Prélèvements à la recherche de HSV2 × Sang × LCR × Oculaire - Aciclovir® IV pendant 21 jours
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Contre-indication • Formelle	30 10	Vaccin vivant atténué • A prescrire dans le post-partum
QROC 10	• PAS en maternité	20	Surtout pas en maternité : • Risque de contamination des autres femmes séronégatives du service
		60	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	26	Prévention des risques fœtaux liés aux infections

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

VARICELLE ET GROSSESSE :

- Contage : vérification du statut immunitaire, immunoglobulines IV < 96heures, traitement préventif par Aciclovir® débuté à J7 pendant 8 jours
- Varicelle avérée
  - Maternelle : pneumopathie interstitielle
  - Fœtale :
    - 0-20 SA : varicelle CONGENITALE : fœtopathie +/- amniocentèse
    - 20-30 SA : zona dans l'enfance
    - >J-5, > J+2 de l'accouchement : varicelle NEONATALE : Aciclovir® mère et enfant
    - <J-5 : varicelle grave : différer l'accouchement pour laisser le temps à la fabrication d'anticorps

HERPES ET GROSSESSE :

- HSV 1 : CI au contact de personnes atteintes de HSV1
- HSV 2 = IST : attention aux récurrences asymptomatiques
  - Primo-infection avant 36 SA : Aciclovir®, reprise à 36SA, accouchement voie basse possible, Bétadine®
  - Primo-infection après 36 SA ou récurrence dans la semaine avant l'accouchement : césarienne prophylactique, traitement maternel par Aciclovir®
  - Traitement du nouveau-né : toilette antiseptique, prélèvements (PCR HSV2 sang, LCR et oculaire), Aciclovir® IV pendant 21 jours

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 28

SOS d'un terrien en détresse

1 Enoncé

Vous êtes pédiatre et faites la visite en suites de couche. Vous faites la connaissance du petit Grégory, un joli petit métisse, né il y a 3 jours.

QROC 1	**Vous décidez de réaliser le test de Guthrie comprenant le dépistage de l'hypothyroïdie, de l'hyperplasie congénitale des surrénales et....Mince, trou de mémoire. Rappelez les 3 autres pathologies à dépister. Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Malheureusement le dépistage revient positif pour la mucoviscidose. Que faites-vous ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Test à l'haleine
B -	Test à la sueur
C -	Prélèvement gastrique répété deux fois
D -	Injection intra-artérielle de Pilocarpine® pour stimuler la production de sueur
E -	Pose de deux électrodes avec léger courant électrique pour stimuler la production de sueur
F -	Collecte d'urines après le test sudoral
G -	Un taux de chlore supérieur à 60 entraîne un test positif
H -	Après un premier test positif, on réalise généralement un deuxième test de confirmation
I -	Après 2 tests positifs à la sueur, une analyse génétique est demandée
J -	Le test sudoral est un test de dépistage
K -	Une haleine concentrée en sel entraîne un test positif
L -	Une haleine concentrée en chlore entraîne un test positif

QCM 3	**Quelles sont les bonnes réponses concernant les anomalies responsables de la mucoviscidose ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Il s'agit d'une maladie chromosomique
B -	Il s'agit d'une maladie génétique
C -	Il s'agit d'une maladie d'instabilité
D -	La mutation C282Y est en cause
E -	Le gène HFE1 est muté
F -	Elle est liée à une expansion de triplet GGG
G -	Elle est liée à la mutation V617F
H -	Elle est liée à la mutation du CFTR
I -	La mutation la plus fréquente est ΔF508
J -	La transmission est liée à l'X
K -	La transmission est autosomique dominante
L -	La transmission est autosomique récessive
QROC 4	**Sur quel chromosome se situe le gène CFTR ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	**Quelles sont les complications liées à la mucoviscidose ? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Insuffisance pancréatique endocrine
B - Insuffisance respiratoire obstructive
C - Iléus méconial
D - Ictère néonatal
E - Stérilité masculine
F - Insuffisance pancréatique exocrine
G - Insuffisance respiratoire restrictive
H - Retard mental
I - Macroorchidie
J - Surinfection pulmonaire
K - Hypotonie néonatale
L - Cirrhose biliaire primitive

QCM 6	**Quel bilan prescrivez-vous ? (Jusqu'à 10 réponses)**

A - Radiographie thoracique
B - Echographie abdominale
C - Examen mycologique des expectorations
D - EFR
E - Bilan ophtalmologique
F - Elastase fécale
G - ECBC
H - PCR sur prélèvement bronchique
I - Gaz du sang
J - Glycémie
K - Bilan hépatique
L - TP

QCM 7	**Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - CRCM : centre de ressources et de compétences sur la mucoviscidose, qui est le centre de référence
B - Globale
C - Extraits pancréatiques
D - Kinésithérapie semestrielle
E - Désoxyribonucléase
F - Régime hypercalorique
G - Hépatectomie partielle
H - Vaccinations contre le pneumocoque
I - Soutien psychologique
J - Correction des carences
K - Corticothérapie au long cours
L - Transplantation cardio-pulmonaire à un stade sévère

QCM 8	**Le couple souhaite avoir un deuxième enfant. Ils reviennent donc en consultation car ils ont très peur d'avoir à nouveau un enfant souffrant de la mucoviscidose. Que leur proposez-vous ? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Réassurance : risque nul après un premier enfant atteint
B - Réassurance : pas d'atteinte des jeunes filles (diagnostic de sexe)
C - Conseil génétique
D - On déconseille une seconde grossesse
E - Le risque de récidive est de 1% en cas de mutation maternelle
F - Recherche génétique sur biopsies trophoblastiques à partir de 12 SA
G - Calcul du risque pour une prochaine grossesse
H - Arbre généalogique
I - Test de Guthrie réalisé à J1 en cas d'antécédent dans la fratrie de mucoviscidose
J - Fécondation in vitro
K - Recherche de la mutation chez les parents
L - Un intestin hyperéchogène est un signe d'appel échographique

QROC 9	**En consultation génétique, vous apprenez que la cousine germaine (fille de son oncle maternel) de la mère du petit Grégory est elle-même décédée de la mucoviscidose il y a 15 ans. Sachant, que la fréquence de la maladie dans la région est de 1/2500, quel est le risque pour une prochaine grossesse ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 10	**Enceinte de 15 SA de son deuxième enfant, elle revient vous voir en consultation car elle a gagné au jeu concours un voyage au Kenya pour un safari aventureux. Elle demande les précautions à prendre.** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Lutte contre le péril fécal
B -	Voyage vivement déconseillé
C -	Chimioprophylaxie contre le paludisme : Chloroquine®
D -	Vaccination contre la rage
E -	Lutte anti-vectorielle
F -	Vaccination contre la fièvre jaune
G -	Chimioprophylaxie contre le paludisme : Doxycycline®
H -	Chimioprophylaxie contre le paludisme : Méfloquine®
I -	Le répulsif DEET est utilisable chez la femme enceinte
J -	Le répulsif IR3535 est utilisable chez la femme enceinte
K -	Photoprotection
L -	Assurance tous risques

2 Corrigé

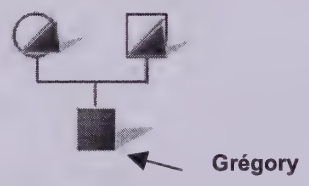
LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur la mucoviscidose : à maîtriser, tombée aux ECNs 2014 !
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Test de Guthrie = J3 => dépistage obligatoire de 5 pathologies
  - Mucoviscidose => autosomique récessif, mutation CFTR
  - Test de dépistage => dosage de la trypsine immuno-réactive
  - Test diagnostic => test à la sueur puis recherche génétique de la mutation
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Attention aux informations en trop qui peuvent vous embrouiller
  - Pour la génétique : faire un arbre généalogique +++

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	F	3	**TEST à la SUEUR** : • Test diagnostic : - Indolore, non invasif × Courant électrique léger × Pilocarpine® • Recueil de la sueur - Test positif si la concentration en Chlore est > 60
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 3	A -	F	3	Maladie génétique : • Mutation la plus fréquente : - ΔF508 : mutation du canal chlore × Transmission autosomique récessive • Attention aux pièges : - Mutations × C282Y = hémochromatose × V617F = maladie de Vaquez (polyglobulie)
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	4	
	I -	V	4	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	V	4	
QCM 5	A -	V	2	Complications de la mucoviscidose : • Pancréatique : - Insuffisances × Exocrine précoce : stéatorrhée, diarrhée, syndrome de malabsorption, carences × Endocrine tardive : diabète
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	V	2	

	F -	V	2	• Pulmonaire : - Insuffisance respiratoire obstructive : dépôt de mucus • Digestif : - Iléus méconial, atteinte biliaire, ictère néonatal • Infectieux : - Surinfections ORL, pulmonaire
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 6	A -	V	2	• Génétique : - Recherche de la mutation • Pancréatique : - Elastase fécale, glycémie • Pulmonaire : - Radiographies, TDM thoracique, EFR • Digestif : - Echographie abdominale, bilan hépatique • Infectieux : - ECBC, sérologie mycologique +++, sérologie aspergillaire
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 7	A -	V	2	Prise en charge globale par le centre de référence • Pulmonaire +++ - Désoxyribonucléase : fluidifie le mucus × Kinésithérapie respiratoire quotidienne • Pancréatique : - Extraits pancréatiques, correction des carences, régime hypercalorique, insuline si diabète
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 8	A -	F	3	On ne peut jamais interdire à des patients d'avoir un autre enfant ! • Diagnostic prénatal possible : - Biopsies trophoblastiques et recherche de la mutation - Signes échographiques évocateurs : × Intestin hyperéchogène +++ • CONSEIL GENETIQUE +++
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 10	A -	V	3	Ah !! Question difficile que je voulais placer quelque part • Paludisme et grossesse : - Déconseiller la zone 3 +++ aux femmes enceintes × Chimioprophylaxie contre-indiquée chez la FE = Doxycycline®, Atovaquone-Proguanil® tolérée si voyage indispensable × DEE T® et IR3535® autorisés comme répulsifs • Vaccination fièvre jaune CONTRE-INDIQUEE : VVA, rage autorisée • Mesures habituelles de prévention : - Péril fécal - Alimentaire - Animaux - Accidents - IST - Photoprotection
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
			220	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Mucoviscidose • Phénylcétonurie • Drépanocytose	10 10 10	A savoir • Drépanocytose ici car métisse
QROC 4	• Chromosome 7	20	Gène du CFTR positionné sur ce chromosome
QROC 9	• Risque 1/4	30	Alors ici, on a essayé de vous embrouiller en ajoutant des informations (inutiles pour répondre à la question) issues de l'énoncé du dossier 3 de l'ECN 2014. Soyez simple : les parents ont déjà eu un enfant malade. Ils sont donc tous les deux hétérozygotes composites et ont ¼ de risque de transmission à chaque nouvelle grossesse. • Risque = risque d'être hétérozygote pour le père x celui pour la mère x ¼ = 1 x 1 x ¼ = ¼ • Voici l'arbre généalogique :  Grégory
		80	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	2	43	Problème posés par les maladies génétiques : la mucoviscidose
Questions accessoires	6	166	Paludisme
	6	171	Voyage tropical de l'adule et de l'enfant

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

MUCOVISCIDOSE :
- Maladie génétique, autosomique récessive (il faut les 2 allèles mutés pour être malade)
- Mutation du canal chlore CFTR (chromosome 7), la plus fréquente = ΔF508, > 20 mutations différentes
- Dans la population 1/2500 personnes atteintes, 1/25 hétérozygote composite
- DEPISTAGE :
  - Néonatal : test de Guthrie à J3
    - × Dosage de la trypsine immuno-réactive
- DIAGNOSTIC :
  - Test à la sueur
  - Tests génétiques à la recherche d'une mutation

Complications de la mucoviscidose :
- Pancréatique :
  - Insuffisances
    - × Exocrine précoce : stéatorrhée, diarrhée, syndrome de malabsorption, carences
    - × Endocrine tardive : diabète
- Pulmonaire :
  - Insuffisance respiratoire obstructive : dépôt de mucus
- Digestif :
  - Iléus méconial, atteinte biliaire, ictère néonatal
- Infectieux :
  - Surinfections ORL, pulmonaire

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 29

La vraie importance humaine

1 Enoncé

Jeune interne en maladies infectieuses, vous recevez Mme X., 29 ans, en situation précaire, qui a peur d'avoir le VIH car elle a des partenaires multiples.

QCM 1	**Quelles sont les bonnes réponses concernant le VIH ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	C'est un rétrovirus
B -	C'est provirus
C -	La transmission mère enfant a surtout lieu en période périnatale
D -	Il existe le VIH1, 2 et 3
E -	La transmission se fait de manière verticale et horizontale
F -	Il y a environ 5000 nouveaux cas par an dans le monde
G -	Le dépistage peut être fait anonymement
H -	La transmission est sexuelle mais jamais sanguine
I -	La transcriptase inverse transforme l'ARN viral en ADN
J -	L'ARN viral est intégré au génome humain
K -	L'homozygotie pour la délétion du corécepteur CCR5 assure la résistance à une infection par le VIH1
L -	Les cellules cibles du virus sont les lymphocytes T CD4

QROC 2	**La première sérologie revient positive. Que faîtes-vous ? Texte libre (1 à 4 mots)**

QCM 3	**Le diagnostic est confirmé. Elle est au stade SIDA. Vous la traitez par trithérapie. Elle revient vous voir en consultation de contrôle et vous apprend qu'elle est enceinte de deux mois. En quoi son statut SIDA modifie la prise en charge de sa grossesse? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Sérologie syphilis
B -	Charge virale pour déterminer le mode d'accouchement
C -	Surveillance échographique rapprochée
D -	Contre-indication à l'Effavirenz® dans la trithérapie
E -	Contre-indication à la Nevirapine® dans la trithérapie
F -	Contre-indication à la Zidovudine® dans la trithérapie
G -	Contre-indication à la Lamivudine® dans la trithérapie
H -	Arrêt de la trithérapie et réintroduction à partir de 14 SA
I -	Prévention du syndrome de restauration immunitaire inflammatoire (IRIS) déclenché par la grossesse
J -	Vitamine B1-B6 pour prévenir la neuropathie périphérique
K -	RAI tous les mois
L -	Rappel du BCG obligatoire

QCM 4	**Qu'est-ce qui est formellement contre-indiqué du fait du VIH et qui pourrait favoriser la transmission mère-enfant ? (Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Accouchement voie basse
B -	Amniocentèse
C -	Contact peau à peau
D -	Rapport sexuel non protégé
E -	Frottis cervico-utérin
F -	Allaitement
G -	Biopsie du trophoblaste
H -	Clampage du cordon
I -	Cholécystectomie
J -	Cerclage
K -	Version par manœuvre externe
L -	Cordocentèse

QROC 5	**Elle consulte 4 mois plus tard aux urgences obstétricales. Elle a très mal au ventre et vous dit « sentir son ventre se contracter ». Cela fait 1 heure que ça dure et ça se répète toutes les minutes. Elle n'en peut plus. Vous l'examinez et vous constatez un col court et ramolli. Elle n'a pas de pertes. Son groupe rhésus est O positif. Elle est G1P0. Elle est allergique au latex. Quel est votre diagnostic ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 6	**Quels sont vos examens complémentaires à prescrire ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	NFS
B -	ECT
C -	CRP
D -	Echographie de col
E -	ETT
F -	Bilan hépatique
G -	BU
H -	TP
I -	Charge virale
J -	TCA
K -	PV
L -	Hémoculture

QCM 7	**Quelles sont les étiologies possibles de MAP ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Béance cervico-isthmique
B -	Infection urinaire
C -	Anémie maternelle
D -	Béance anale
E -	Traumatisme abdominal
F -	Fibrome
G -	Grossesse gémellaire
H -	Diabète gestationnel
I -	Hydramnios
J -	Thrombose veineuse
K -	Cerclage invasif
L -	Thrombose pelvienne

QCM 8	**Elle est apyrétique. Elle présente des contractions utérines toutes les 5 minutes, régulières. Son col est dilaté à 15mm. Il n'y a pas eu de rupture de membranes. Quelle est votre prise en charge ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Cerclage en urgence
B -	Hospitalisation en maternité de niveau 1
C -	Tocolyse par béta2mimétiques
D -	Tocolyse par antagoniste de l'Ocytocine
E -	Tocolyse par inhibiteur calcique
F -	Corticothérapie
G -	AINS
H -	Gammaglobulines
I -	Césarienne en urgence si charge virale élevée
J -	Repos au lit
K -	Contre-indication à la tocolyse
L -	Bas de contention

QROC 9	**Citer trois contre-indications à la tocolyse ?** **Texte libre (1 à 4 mots)**

QROC 10	**La prise en charge est un succès. Elle accouche 2 mois plus tard d'un petit Anselme. Quel examen réalisez-vous chez le nouveau-né pour déterminer son statut VIH ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur VIH et grossesse compliquée d'une MAP
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - VIH : DO, accord du patient pour la sérologie
  - Lors d'une grossesse : contre-indication à l'allaitement et à l'accouchement voie basse si la charge virale est détectable
  - MAP : < 37 SA + modifications du col + contractions utérines douloureuses et régulières (travail)
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Bien comprendre le sens des questions sur le VIH : en quoi il modifie la prise en charge d'une grossesse habituelle (Qu'est ce qui est fait en plus ?)
  - Noter les informations données dans les questions sur un brouillon car elles peuvent être indispensables pour répondre aux QCMs suivants (ex : groupe rhésus !)

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	3	Virus de l'immunodéficience humaine • Rétrovirus, VIH 1+2 • Fixation GP120 > rétro-transcription par la transcriptase inverse > intégration de l'ADN viral au génome de l'hôte > traduction > nouveaux virus - 150 000 cas en France, 5000 nouveaux cas en France, 50 000 l'ignorent × Transmission verticale périnatale (mère-enfant) et horizontale (sexuelle et sanguine) • Dépistage anonyme possible au CDAG : centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 3	A -	F	3	Modifications de la prise en charge de la grossesse du fait du VIH : • Sérologie syphilis systématique même chez la VIH négatif ! • Adaptation de la trithérapie (non tératogène) - Contre-indication aux INNTI × Effavirenz®, Nevirapine® - Contre-indication à 3 INTI ensemble - Recommandations : Lamivudine®, Zidovudine® et Lopinavir® • IRIS déclenché par la mise en route du traitement anti-rétroviral et non la grossesse • Trithérapie nécessaire pour la mère donc maintien ici, mise en route à 14 SA si pas de trithérapie avant la grossesse
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	F	3	
	L -	F	3	
QCM 4	A -	F	2	Contre-indication au cours de la grossesse • Allaitement +++ • Accouchement voie basse **SI** charge virale détectable donc CI non formelle
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	

	E -	F	2	• Gestes invasifs : - Amniocentèse ou amnioscopie - Biopsie trophoblastique - Cordocentèse - Cerclage - Version (pour éviter un siège) • La prise en charge (invasive) d'une urgence maternelle n'est pas contre-indiquée : appendicectomie, cholécystectomie
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 6	A -	V	2	Bilan de MAP • Echographie de col : MAP si < 20mm • Bilan infectieux : BU, PV, CRP • Bilan pré-béta2mimétique : ECG, glycémie, kaliémie • Retentissement : ECT, RCF
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	V	2	
QCM 7	A -	V	2	Beaucoup d'étiologies : (regrouper avec la prématurité !!) • INFECTIEUSES +++ • Traumatisme abdominal • Anémie • Diabète • Malformations : béances, fibrome • Fœtales : hydramnios, grossesse gémellaire
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 8	A -	F	3	Prise en charge MAP • Pas de CI à la tocolyse ici - Au choix × Inhibiteur calcique × Antagoniste de l'Ocytocine × Béta2mimétiques • Traitement étiologique : pas d'infection ici, repos • Pas de gammaglobulines (Rhésus +) • Corticothérapie pour maturation pulmonaire (< 34 SA)
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
	L -	V	3	
			180	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 2	• Seconde sérologie (accord) • Western blot	20 20	Toujours faire un second prélèvement pour sérologie VIH 1 + 2 AVEC ACCORD • Identito-vigilance ! - Avec test de confirmation par Western blot
QROC 5	• Menace d'accouchement • Prématuré	30	MAP = triade • < 37 SA • CU régulières et douloureuses • Modifications du col
QROC 9	3 parmi : • Souffrance fœtale • Chorioamniotite • > 34 SA • RPM • HRP	10 10 10 >3 **PMZ**	• Par cœur

QROC 10	• PCR VIH 1+2	20	Attention, passage des anticorps maternels dans le sang donc sérologie ininterprétable au début (elle sera forcément positive) • Faire une **PCR**
		120	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	2	23	Menace d'accouchement prématuré
Questions accessoires	6	165	Infection par VIH
	2	26	Prévention des risques fœtaux liés aux infections
	2	25	Douleur abdominale aigüe chez la femme enceinte

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

CNGOF 2002 — **Menace d'accouchement prématuré à membranes intactes**

MAP

- Définition : entre 22 et 36 SA, CU régulières et douloureuses associées à des modifications du col utérin conduisant à un accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale
- Diagnostic :
  - Clinique : modifications du col
  - Echographie de col +++ par voie transvaginale
    - × Plus précis et plus reproductible que le TV
  - Recherche de fibronectine par écouvillonnage du cul de sac postérieur : bonne VPN
  - Aucun intérêt à associer les deux
- MAP et infection
  - CRP et hyperleucocytose : faible sensibilité
  - PV : nombreux germes retrouvés mais faible valeur diagnostique
  - Amniocentèse et antibiothérapie non systématiques
  - Traiter toute bactériurie même asymptomatique
- Tocolyse
  - Pas de limite inférieure d'âge gestationnel, bénéfique jusqu'à 34 SA
  - Prescription même jusqu'5-6cm de dilatation pour permettre l'action de la corticothérapie
  - Durée d'attaque : 48heures
  - Molécules : inhibiteurs calciques, antagonistes de l'ocytocine, bêtamimétiques
- Corticothérapie :
  - Maturation pulmonaire entre 24 et 34 SA
  - Béthaméthasone® : 2mg IM pendant 48 heures
  - Efficace à partir de 24heures et jusqu'à 7 jours
  - Effets : réduction de 40% de la mortalité néonatale, 50% le risque de maladie des membranes hyalines, d'hémorragies intra-ventriculaires, d'entérocolites ulcéronécrosantes et de leucomalacies péri ventriculaires
- Cerclage :
  - Pas d'indication à le réaliser

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Synthèse

UE dossier clinique progressif N° 30

Histoire vraie

1 Enoncé

Vous recevez en consultation Odette, 72 ans, qui n'a pas la langue dans sa poche. Bonne Normande, elle vient vous voir en consultation parce qu' « elle y revoit ». Comprenez, qu'elle a à nouveau ses règles en langage soutenu ! Cela va faire 6 mois que ça dure et là elle est très fatiguée. D'ailleurs ça lui tape sur le système et elle a perdu 5 kg en 2 mois. Elle vous dit avoir déjà eu « un kyste aux yeux verts » il y a bien 20 ans. Et dans ses antécédents, elle vous raconte le nouvel an sombre il y a 2 ans où son mari, éméché, lui a tiré dessus avec son fusil de chasse contenant des cartouches au plomb. Elle a été hospitalisée en rééducation depuis et s'en sort sans séquelle grave actuellement. Elle ne prend pas de médicaments, uniquement du Doliprane® de temps en temps pour « ses rhumatis ».

QROC 1	**Quel diagnostic gynécologique devez-vous immédiatement suspecter chez cette patiente ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Détaillez votre examen clinique initial.** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	Palpation des seins bilatérale comparative
B -	Examen sous spéculum
C -	Toucher rectal
D -	Toucher vaginal
E -	Examen neurologique
F -	Examen ORL à la recherche de plomb
G -	Palpation abdominale
H -	Prise de la fréquence cardiaque
I -	Objectiver un saignement d'origine intra-utérin
J -	Frottis cervico-utérin
K -	Examen sous spéculum contre-indiqué avant l'échographie
L -	Auscultation pulmonaire

QCM 3	**Quels examens paracliniques réalisez-vous ?** **(Jusqu'à 12 réponses)**
A -	IRM pelvienne
B -	Echographie pelvienne
C -	TDM pelvienne
D -	Mammographie de dépistage
E -	TDM TAP
F -	Hystéroscopie
G -	Cœlioscopie diagnostique
H -	NFS
I -	Abstention thérapeutique vu l'âge
J -	Coloscopie
K -	Colposcopie
L -	IRM TAP

QROC 4	Vous retrouvez ceci à l'échographie. Cela conforte-t-il votre diagnostic ?

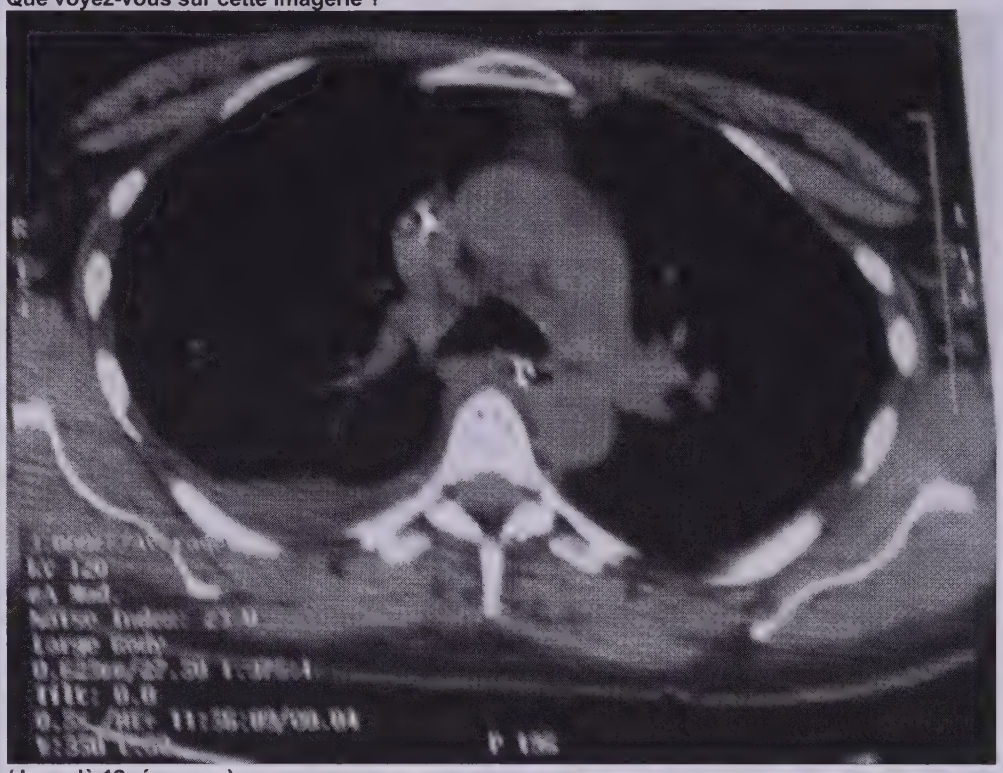
Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 5	On retrouve une tumeur de type mucineuse de stade FIGO II. Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 12 réponses)

A - RCP
B - Colpo-hystérectomie totale
C - Mastectomie bilatérale
D - Consentement oral
E - PPS
F - Lutte contre la douleur
G - Annexiectomie bilatérale
H - Soutien psychologique
I - Radiothérapie
J - Correction d'une carence martiale
K - Hépatectomie partielle
L - Curage ganglionnaire

QCM 6

Que voyez-vous sur cette imagerie ?

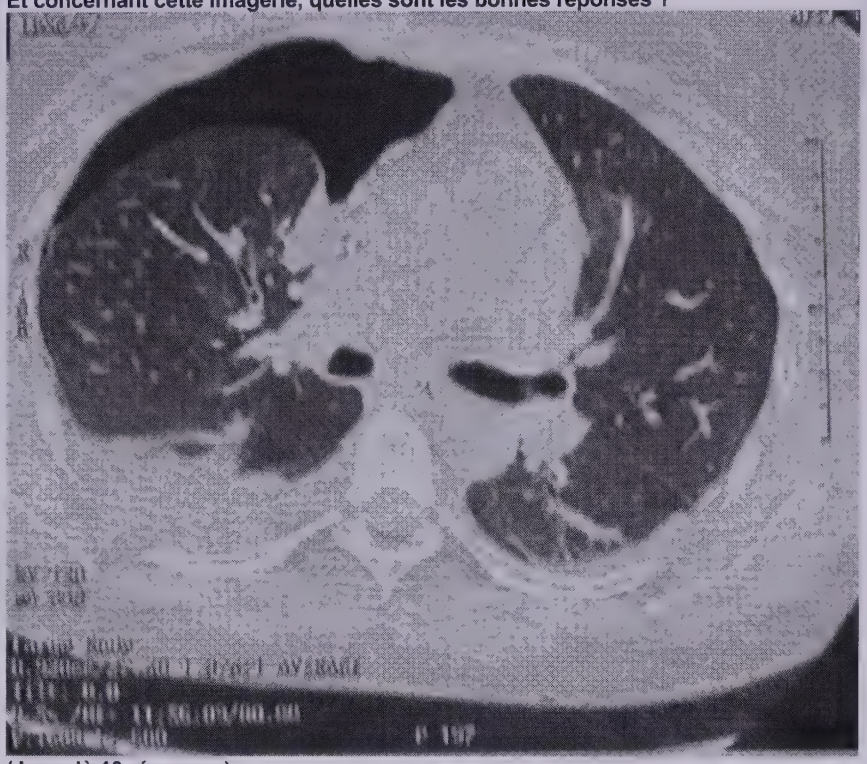


(Jusqu'à 12 réponses)

A - Il s'agit d'une IRM thoracique
B - Il s'agit d'une TDM thoracique injectée
C - Il existe une pleurésie gauche
D - Le cathéter veineux central est en place
E - On remarque de la graisse sous costale
F - Il s'agit d'une TDM thoracique en fenêtre médiastinale
G - Il existe des métastases pulmonaires
H - La sonde naso-gastrique est en place
I - On remarque deux impacts de plomb péricardiques
J - Il s'agit d'une TDM abdominale en fenêtre parenchymateuse
K - Il existe une pleurésie droite
L - On remarque une fracture pathologique de l'omoplate droite

QCM 7

Et concernant cette imagerie, quelles sont les bonnes réponses ?

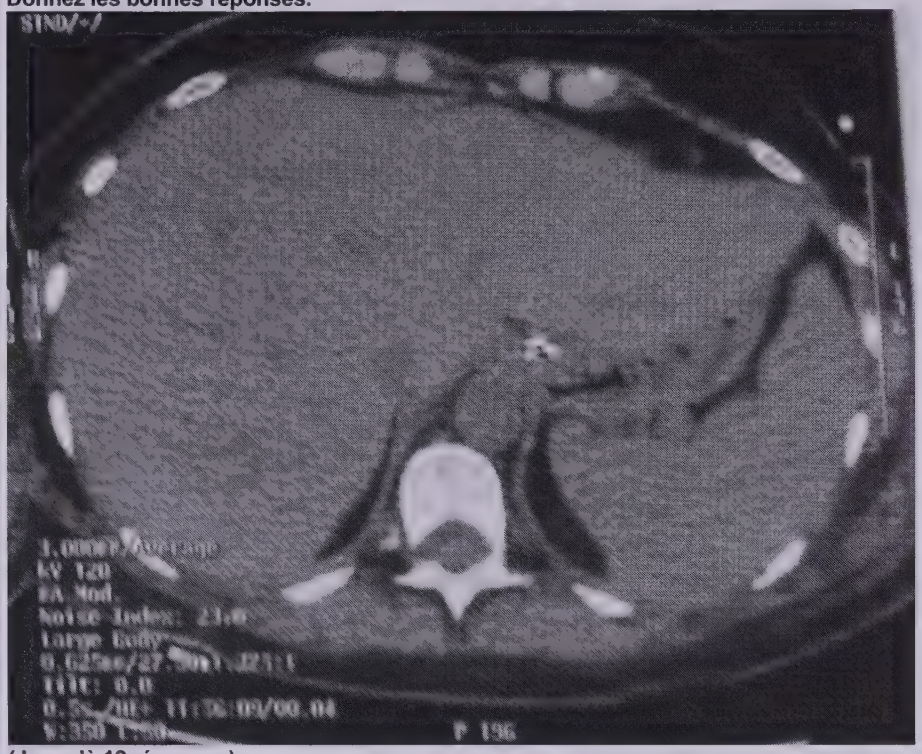


(Jusqu'à 10 réponses)

A - Il s'agit d'une IRM thoracique
B - Il s'agit d'une TDM abdominale en fenêtre osseuse
C - Il s'agit d'une TDM thoracique en fenêtre parenchymateuse
D - Il s'agit d'une TDM en fenêtre médiastinale
E - L'imagerie est injectée
F - Il existe un pneumothorax
G - Il existe un hydrothorax
H - Il existe un syndrome restrictif bilatéral
I - Il existe un syndrome bronchique bilatéral
J - Les parties molles sont envahies par la tumeur
K - Il existe un pneumomédiastin gauche et droit
L - Les scissures pulmonaires sont visibles

QCM 8

Dernière imagerie à interpréter, promis !
Donnez les bonnes réponses.



(Jusqu'à 12 réponses)

A - Le cathéter artériel est visible
B - La sonde naso-gastrique est visible
C - Il y a une hépatomégalie
D - On remarque des masses hypodenses hépatiques pouvant être compatibles avec des métastases
E - On remarque un épanchement péri-splénique
F - Il existe une splénomégalie douteuse
G - Foie cirrhotique dysmorphique
H - Cette IRM est injectée
I - Cette TDM est en coupe sagittale
J - Cette IRM est en coupe frontale
K - Cette TDM est en coupe transversale
L - On remarque une fracture pathologique de l'épineuse

QCM 9

Après une prise en charge adaptée (chirurgie, radiothérapie et curiethérapie), vous retrouvez cette patiente en consultation de contrôle. Elle est toujours autant fatiguée. Vous décidez de refaire un bilan sanguin. Ce dernier retrouve : Hb = 8.5 g/dl, VGM = 90, réticulocytes = 150 000/mm3, ferritine = 200, CRP = < 2, test de Coombs négatif, frottis sanguin normal, haptoglobine effondrée, bilirubine libre 17 UI, LDH 350 UI.
Quelle est la bonne réponse ?
(Jusqu'à 5 bonnes réponses)

A - Il s'agit d'une probable carence martiale
B - Il s'agit d'une anémie inflammatoire
C - Il s'agit d'une anémie hémolytique extra-corpusculaire
D - Il s'agit d'une probable anémie hémolytique auto-immune
E - Il s'agit d'une drépanocytose
F - Il s'agit d'une anémie mégaloblastique
G - Il s'agit d'une thalassémie
H - Probable myélofibrose
I - Il s'agit d'une carence en B6 de Biermer
J - Il s'agit d'une carence en B9
K - Il s'agit d'une anémie paranéoplasique
L - Il s'agit d'une anémie hémolytique corpusculaire

QROC 10	**La patiente vous confie avoir des maux de ventre chroniques, sans que personne n'arrive à trouver pourquoi. Le cancer de l'endomètre est pourtant en rémission. Elle n'a plus faim et est constipée. Son anémie persiste malgré une supplémentation martiale. Sa dernière coloscopie de dépistage est normale. Elle se plaint également de céphalées chroniques, de plus en plus intenses, non soulagées par le Paracétamol®. Elle trouve également qu'elle « a des mains de beurre, le comble pour une normande ! », elle laisse souvent tomber les objets qu'elle a dans les mains. Elle a de plus en plus de mal à relever les poignets quand elle aide son fils à traire les vaches.** **Au vu du contexte, quel diagnostic est à évoquer ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 11	**Malheureusement la patiente décède des suites d'une hypertension intracrânienne.** **Quelles sont les bonnes réponses concernant le certificat de décès ?** **(Jusqu'à 10 réponses)**

A - En tant qu'interne, vous êtes autorisé à le remplir
B - Il comprend une partie supérieure administrative et anonyme
C - La partie inférieure est envoyée au CépiDC (INSERM)
D - Il est facultatif
E - L'interne remplit un constat de décès uniquement
F - Il permet d'obtenir le permis d'inhumer
G - La présence d'une infection par VIH oblige à un cercueil hermétique
H - Une mort suspecte est un obstacle médico-légal
I - La cause de décès n'est jamais inscrite sur le certificat de décès
J - Une contre-indication au don du corps est à rechercher
K - Ici la mort est en lien avec un homicide donc il existe un obstacle médico-légal
L - Il existe un secret partagé avec l'officier d'état civil

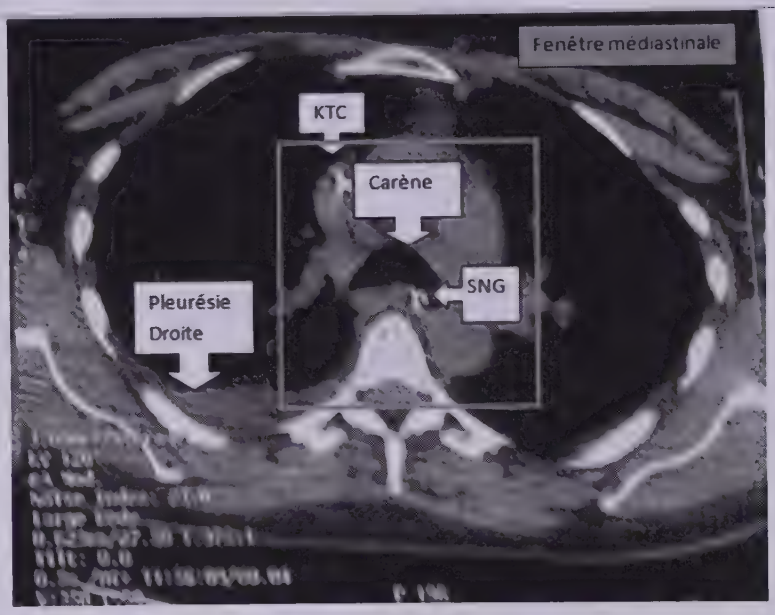
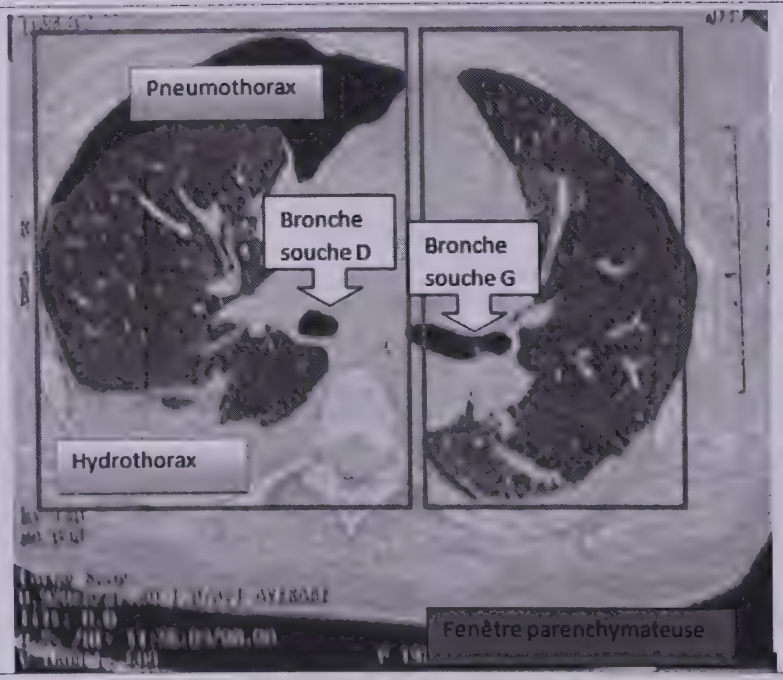
2 Corrigé

LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier très difficile sur un cancer de l'endomètre suivi d'un saturnisme : cas clinique inspiré (malheureusement) d'une histoire vraie !!
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Plomb => CI à l'IRM
  - Plomb => saturnisme
  - Métrorragies chez la femme ménopausée => cancer de l'endomètre
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Si une seule réponse est demandée, mettez-en qu'une !
  - Pour les imageries, bien différencier l'IRM de la TDM, celle injectée de celle non injectées, les coupes transversales, sagittales et frontales ainsi que les fenêtres
  - Certificat de décès = aller en chercher un dans un service et lisez-le

GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	2	Examen clinique initial : • Gynécologique ++++ - Spéculum + TV + palpation des seins bilatérale • Abdominal - TR + palpation abdominale
	B -	V	2	
	C -	V	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 3	A -	F	2 (MZ)	CI à l'IRM du fait du plomb !!!! • A la place : - TDM abdomino-pelvienne - Echographie pelvienne - Hystéroscopie pour biopsies endométriales
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	2	
	H -	V	4	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
CM 5	A -	V	2	Cancer de l'endomètre stade FIGO II
	B -	V	2	

	C -	F	2	• Traitement curatif par chirurgie - Colpo-hystérectomie - Annexiectomie bilatérale - +/- Omentectomie - +/- Curage ganglionnaire • Traitement adjuvant - Radiothérapie - Curiethérapie
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 6	A -	F	2	
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 7	A -	F	2	
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 8	A -	F	2	
	B -	V	2	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	

	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
QCM 9	A -	F	-1	Anémie • Régénérative : réticulocytes > 120 000 / mm3 • Normocytaire : VGM = 90 • Non inflammatoire : CRP < 2 • Hémolytique : LDH augmenté, Bilirubine libre augmentée et haptoglobine effondrée • Non auto-immune : test de Coombs négatif • Pas de carence martiale : ferritine normale • Non corpusculaire, pas d'hémoglobinopathies : frottis normal
	B -	F	-1	
	C -	V	20	
	D -	F	-1	
	E -	F	-1	
	F -	F	-1	
	G -	F	-1	
	H -	F	-1	
	I -	F	-1	
	J -	F	-1	
	K -	F	-1	
	L -	F	-1	
QCM 11	A -	F	2	Certificat de décès • OBLIGATOIRE • Partie supérieure - Nominative et administrative - Pour l'officier d'état civil - Obtention du permis d'inhumer × Obstacle médico-légal +++ × CI au don du corps • Partie inférieure - Anonyme et épidémiologique - Pour l'INSERM (CépiDC) × Cause(s) de décès
	B -	F	2	
	C -	V	2	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	V	2	
	G -	F	2	
	H -	V	2	
	I -	F	2	
	J -	V	2	
	K -	V	2	
	L -	F	2	
			200	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Cancer de l'endomètre	20	A suspecter devant toutes métrorragies chez la femme ménopausée ou âgée (ici 72 ans !)
QROC 4	• OUI • Masse endométriale	20 10	Bien répondre par oui ou non

QROC 10	• Saturnisme • Chronique • Symptomatique	30 10 10	A connaître : thème transversal jamais vraiment abordé dans un certificat mais pouvant être piégeant : médecine du travail (exposition au plomb), hématologie (anémie), réanimation (intoxication), pédopsychiatrie (troubles alimentaires PICA)...
		100	**Total QROC**

UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	9	297	Tumeurs du corps utérin
Questions accessoires	7	209	Anémie de l'adulte
	1	9	Certificat de décès
	bonus		Saturnisme

LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

SATURNISME :

- Exposition au Plomb
- Aigu (rare) intoxication massive: troubles abdominaux puis neurologiques, encéphalopathie, hypothermie, hypotension, tachycardie, risque mortel
- Chronique :
  - Troubles abdominaux :
    - Coliques
    - Anorexie
    - Constipation
  - Troubles neurologiques :
    - Neuropathie périphérique
    - Déficit des extenseurs
    - Céphalées
    - Convulsions
    - Hypertension intracrânienne
  - Anémie persistance, réfractaire à la correction martiale
- PLOMBEMIE +++
  - Pathologique > 100 µg/l
  - Encéphalopathie > 1000 µg/l

☑ J'inscris mes notes personnelles pour mieux progresser

Abréviations

ABREVIATIONS	DETAILS
ACE	Antigène carcinoembryonnaire
ADO	Antidiabétiques oraux
ADP	Adénopathie
AEG	Altération de l'état général
AES	Accident exposant au sang
AG	Anesthésie générale
AgHbS	Antigène antiHbS
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ALD	Affection de longue durée
AMP	Aide médicalisée à la procréation
APC	Anaphase promoting complexe
ATCD	Antécédent
AVK	Antivitamine K
AVQ	Activité de la vie quotidienne
BAV	Bloc auriculo-ventriculaire
BGP	Bacille gram positif
BIP	Diamètre biparétal
BRCA 1-2	Gène suppresseur de tumeur du Brest Cancer
BU	Bandelette urinaire
C3G	Céphalosporine de troisième génération
CDAG	Centre d'information et de dépistage du VIH anonyme et gratuit
CI	Contre-indications
CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée
CMD	Cardiomyopathie dilatée
COP	Contraception oestro-progestative
CRP	Protéine C réactive
CU	Contractions utérines
DCPC	Dilatation des cavités pyélo-caricielles
DDR	Date des dernières règles
DI ou D1	Diabète de type 1
DII ou D2	Diabète de type 2
DIU	Dispositif intra-utérin
DO	Déclaration obligatoire
DPPNI	Décollement précoce d'un placenta normalement inséré
DTP	Diphtérie tétanos poliomyélite
EAL	Examen des anomalies lipidiques
ECBC	Examen cytobactériologique des crachats
ECBU	Examen cytobactériologique des urines

ECG	Electrocardiogramme
ECT	Electrocardiotocographe
EFR	Explorations fonctionnelles respiratoires
EMG	Electromyogramme
EPP	Electrophorèse des protéines
ERG	Electrorétinogramme
ETT	Echographie transthoracique
FCS	Fausse couche spontanée
FCU	Frottis cervico-utérin
FdR	Facteur de risque
FE	Femme enceinte
FIV	Fécondation in-vitro
FSH	Foliccle stimulating hormone
G6PD	Glucose 6 phosphase déshydrogénase
GEU	Grossesse extra-utérine
GG	Ganglionnaire
GGT	Gamma Glutamyl-transaminase
GH	Growth hormone
GIU	Grossesse inta-utérine
GR	Globule Rouge
GxPx	Gestité (nombre) Parité (nombre)
HAS	Haute autorité de santé
Hb	Hémoglobine
hCG	Human chorionic gonadotropin
HELLP	Hémolysis elevated liver enzyme and low platelet
HER-2	Récepteur HER2 (produisant l'Herceptine)
HNPCC	Hereditary non polyposis colorectal cancer
HPV	Human papilloma virus
HRP	Hématome rétro-placentaire
HSO	Hyperstimulation ovarienne
HSV	Herpex simplex virus
HTA	Hypertension artérielle
HTIC	Hypertension intracrânienne
HU	Hauteur utérine
ICSI	Intracytoplasmique spermatozoide injection
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion
IIU	Insémination intra-utérine
IMG	Interruption médicale de grossesse
INNTI	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IRA	Insuffisance rénale aigüe
IRM	Imagerie par résonnance magnétique

IST	Infection sexuellement transmissible
ITTp	Interruption totale de travail personnel
IV	Intraveineux
IVG	Interruption volontaire de grossesse
J+x	Jour x
KT	Cathéter
KTC	Cathéter veineux central
LAM	Leucémie aigüe myéloïde
LCC	Longueur crânio-caudale
LDH	Lactate déshydrogénase
LED	Lupus erythémateux
LF	Longueur fémorale
LH	Luteinizing hormone
LHRH=GnRH	Luteinizing Hormone Releasing Hormone
M+x	Mois x
MAP	Menace d'accouchement prématuré
MFA	Mouvements fœtaux actifs
MFIU	Mort fœtale in-utero
MICI	Maladies intestinales chroniques inflammatoires
MMH	Maladie des membranes hyalines
MMR	Mismatch repair
MZ	Mis zéro
NFS	Numération formule sanguine
OAP	Œdème aigü du poumon
OAT	Oligo-asthéno-tératospermie
OGE	Organes génitaux externes
OIGA/P	Occipito-iliaque gauche antérieur ou postérieur
OMA	Otite moyenne aigüe
OP	Occipito-pubien
PA	Périmètre abdominal
PAD	Pression artérielle diatolique
PAF	Polypose adénomateuse familiale
PAG	Petit poids pour l'âge gestationnel
PAL	Phosphatase alcaline
PAS	Pression artérielle systolique
PBR	Poncton biopsie rénale
PCR	Polymérase chain reaction
PEC	Prise en charge
PMZ	Pas mis zéro
PNO	Pneumothorax
PO	Per os
PP	Placenta prævia

PPS	Plan personnalisé de soins
PV	Prélèvement vaginal
RCF	Rythme cardiofoetal
RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RHD	Règle hygiéno-diététique
RPM	Rupture prématurée des membranes
RX	Radiographies
S+x	Semaine x
SA	Semaines d'aménorrhée
SAPL	Syndrome des anti-phospholipides
SAT VAT	Sérologie et vaccination antitétaniques
SCC	Squamous cell carcinoma
SG	Semaines de grossesse
SNG	Sonde naso-gastrique
SOPK	Syndrome des ovaires polykystiques
SPZ	Spermatozoïde
T1/2/3	Premier, deuxième ou troisième trimestre
T21	Trisomie 21
TA	Tension artérielle
TAP	Thoraco abdomino-pelvien
TCA	Temps de céphaline activé
TDM	Tomodensitométrie
TGP-TGO	Transaminases
THS	Traitement hormonal substitutif
TNM	Classification Tumor Node Metastase
TP	Taux de prothrombine
TR	Toucher rectal
TSH	Thyroid stimulating hormone ou thyrotropine
TV	Toucher vaginal
TVC	Thrombophlébite veineuse cérébrale
TVP	Thrombose veineuse périphérique
VGM	Volume globulaire moyen
VHB	Virus hépatite B
VHC	Virus hépatite C
VIH	Virus d'immunodépression humaine
VPP/N	Valeur prédictive positive/négative
VVA	Vaccin vivant atténué
VVC	Voie veineuse centrale
VVP	Voie veineuse périphérique

Connectez-vous sur les vidéos et iconographies :

MAP et Grossesse

Grossesse extra-utérine

Infections génitales hautes

Diabète et grossesse

Allaitement maternel

Fièvre et grossesse

- HTA et Grossesse 5
- MAP et Grossesse 13
- Cancer du sein 21
- Grossesse extra-utérine 29
- Ménopause 36
- Accouchement et délivrance normales 44
- Infections génitales hautes 52
- Hémorragie génitale et grossesse 61
- Tumeur du corps de l'utérus 68
- Diabète et grossesse 77
- Assistance médicale à la procréation 85
- Contraception 92
- Prévention des risques fœtaux liés aux infections 100
- Allaitement maternel 108
- Tumeur de l'ovaire 116
- Problèmes liés aux maladies génétiques 126
- Tumeurs du corps utérin 133
- Tumeurs du col utérin 140
- Prévention des risques fœtaux liés à l'irradiation 148
- Puberté 156
- Algies pelviennes de la femme 164
- Fièvre et grossesse 178
- Prématurité et retard de croissance intra-utérin 186
- Aménorrhée 196
- Lupus érythémateux 204
- Menace d'accouchement prématuré 226
- Une histoire vraie 232

www.vg-editions.com

UECN EN DOSSIERS PROGRESSIFS

Gynécologie Obstétrique

KT-691-769

Les modalités de classement à l'ECN sont en permanente évolution. Ainsi, **les futurs concours se révèleront être une période charnière** car les types de dossiers créeront une **rupture et une difficulté d'adaptation pour les étudiants**. En effet, le **nouveau concours 2016 comportera des dossiers progressifs** contenant des questions de type **QCM et QROC**.

Afin de répondre à l'ensemble de ces exigences, **la nouvelle collection « UE ECN en dossiers progressifs »** a été créée pour les **étudiants passant l'iECN et se base sur le nouveau programme qui comporte 362 items répartis en 13 Unités d'Enseignement**.

Réalisé par des **auteurs classés parmi les meilleurs de l'ECN** et **validé par des spécialistes de la matière**, chaque dossier vous permettra un entraînement optimal adapté à votre année. En effet, **l'ensemble des dossiers comprendra** :

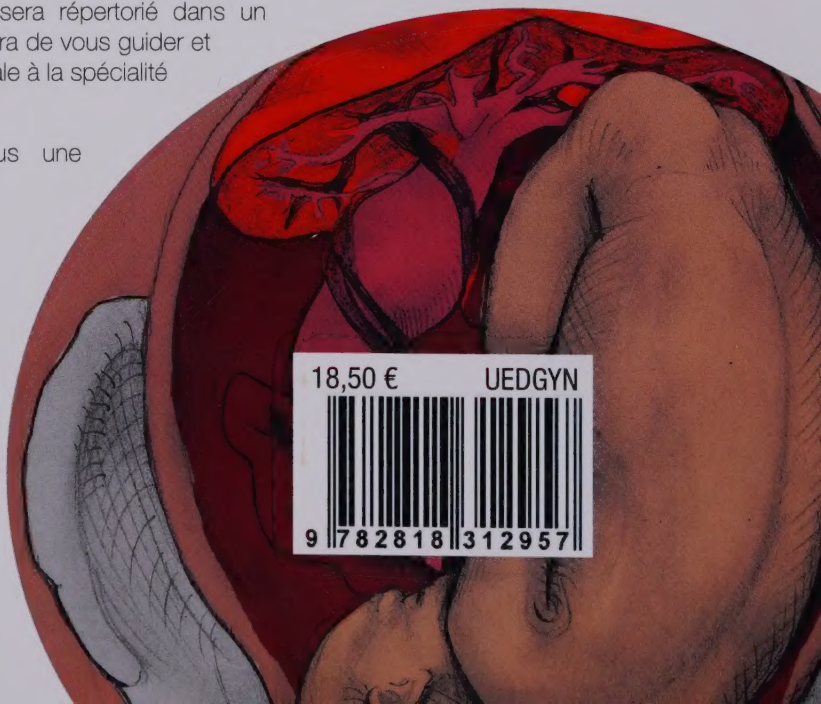
- **Tous les « Dossiers progressifs » couvrant l'ensemble de la spécialité**
- Des **énoncés progressifs** avec des **questions de type QCM et QROC**
- Un contenu **conforme aux nouvelles modalités d'examen et au nouveau programme** organisé en Unités d'Enseignement
- **Un coaching personnalisé** pour vous aider à **mieux classer vos dossiers, à identifier les zéros, mots-clés et réflexes**
- Une **grille de cotation** accompagnée **de commentaires** généraux et par question vous permettant, d'une part d'adopter la **méthode de réflexion des meilleurs de l'ECN** et, d'autre part, d'acquérir leurs **astuces**
- Et enfin, une partie permettant de mieux assimiler le cours se présentant sous la forme d'une **« fiche synthèse »** ou d'une **« fiche consensus ».**

L'ensemble des données clés sera répertorié dans un **cahier de bord** qui vous permettra de vous guider et de vous préparer de façon optimale à la spécialité étudiée.

Nous vous souhaitons à tous une excellente préparation aux ECN.

Retrouvez tous les ouvrages de cette collection en scannant ce code

http://www.vg-librairies.com/ecn/dossiers-et-annales/ue-ecn-en-dossiers-progressif.html



18,50 € UEDGYN
9 782818 312957