

Examen des externes gynécologie obstétrique P1

Cas clinique

Mme B.M âgée de 27 ans primigeste sans antécédents Médico-chirurgicaux, se présente aux urgences d'obstétrique pour douleurs pelviennes à type de contractions utérines apparues 4 heures auparavant sur une grossesse de 40sa +4 jours. La grossesse s'est déroulée sans particularités, cependant on note la notion d'écoulement liquidien vulvaire clair apparu avec les premières contractions.

Examen clinique

Examen somatique : utérus à grand axe longitudinal, contractions utérines de bonne intensité et régulières, HU à 28 cm, BCF à 142 bat/min ; foyer perçu au niveau sous ombilical droit excentré par rapport à la ligne médiane, on retrouve un pôle dur, régulier et arrondi en sus pubien et un pôle irrégulier et moins dur au niveau du fond utérin.

1. Parmi les signes suivants, quels sont les plus affirmatifs du travail ? (RJ)

- 1) L'apparition de contractions utérines régulières ✓
- 2) La rupture de la poche des eaux
- 3) L'émission du bouchon muqueux
- 4) L'augmentation du segment inférieur
- 5) L'effacement du col utérin

A (1-2) B (1-3) C (2-3) D (3-5) E (1-5)

2. Parmi les caractéristiques des contractions du travail: (RJ)

- 1) Régulières et rythmées ✓
- 2) Involontaires
- 3) Intéressent le corps utérin ✓
- 4) Intermittentes
- 5) Douloureuses ✓

A (1-2-3) B (1-2-4) C (1-2-4-5) D (1-2-3-4) E (1-2-3-4-5)

3. Au terme de cet examen clinique, il s'agit ? (RJ) :

- A. D'une présentation de sommet ✓
- B. D'une présentation de la face
- C. D'une présentation du front
- D. D'une présentation de sommet en OIDA
- E. D'une présentation céphalique

Le toucher vaginal retrouve un col effacé, épais dilaté à 4cm, présentation céphalique fixée, les doigts perçoivent une fontanelle petite et triangulaire en regard du sinus sacro iliaque droit

Le TV objective également un écoulement liquidien clair et le bassin est cliniquement perméable.

4. Le bassin cliniquement perméable signifie: (RF) :

- 1) Un promontoire accessible avec un promonto-rétropubien à 90 mm. ✓
- 2) Un diamètre bi-ischiatique à 11cm selon Tarnier ✓
- 3) Des épines sciatiques trop saillantes avec des lames quadrilatères redressées ✓
- 4) Une pédale sacro-coccygienne mobile.
- 5) Des lignes innominées suivies sur plus des 2/3

A (1-2-3) B (1-3-4) C (1-3-5) D (2-3-5) E (1-2-5)

5. Au terme de l'examen clinique, il s'agit :

- A. D'une présentation de sommet en OIGA
- B. D'une présentation de sommet en OIDA ✓
- C. D'une présentation de sommet en OIDP
- D. D'une présentation céphalique défléchie
- E. On ne peut conclure car dilatation insuffisante

6. 2 heures plus tard, le col est à 5 cm de dilatation et on cherche à savoir si la présentation est agée ? (RJ) :

- 1) Cela signifie qu'elle est appliquée au niveau du DS ✓
- 2) Que son plus grand diamètre a franchi le DS ✓
- 3) Le signe de Faraboeuf est positif, c'est-à-dire que les deux doigts intra vaginaux dirigés vers la deuxième vertèbre sacrée ne sont pas arrêtés par la tête fœtale. ✓
- 4) Le moignon de l'épaule fœtale est à moins de 7 cm de la symphyse pubienne ✓
- 5) Le moignon de l'épaule fœtale est à plus de quatre travers de doigt de la symphyse pubienne.

A (1-3-4) B (2-3-5) C (2-3) D (2-4) E (1-4)

4 heures plus tard, au toucher vaginal le col est effacé à 8 cm de dilatation, sommet engagé avec bosse sérosanguine, BCF bons et réguliers

7. Font partie des phénomènes physiologiques ou dynamiques les éléments suivants : (RJ)

- 1) Engagement de la présentation ✓
- 2) Caractéristiques des contractions utérines ✓
- 3) Etat de la poche des eaux ✓
- 4) La formation de la bosse sérosanguine ✓
- 5) L'état du col ✓

A (1-4-5) B (1-2-3) C (2-3-4) D (2-3-5) E (2-4-5)

Examen des externes gynécologie obstétrique P1

8. 3 heures après, dilatation complète, sommet engagé. Choisissez les réponses fausses concernant le sommet. (RF) :

- 1) L'engagement qui fait suite à un amoindrissement par déflexion de la tête est souvent synclite. ✓
- 2) La descente qui se fait dans l'axe ombilico-coccygien de la mère est précédée toujours par la rotation en avant de l'occiput. ✓
- 3) La rotation se fait toujours en avant avec un dégagement en occipito-pubien. ✓
- 4) Le dégagement en occipito-sacré est impossible car la rotation de l'occiput en arrière est responsable de l'enclavement de la tête. ✓
- 5) La rotation en avant de l'occiput est de 135° dans les variétés postérieures. (M)

A(1-2-3-4-5) B(1-2-3-4) C(1-2-3) D(2-3-4) E(2-3-4-5)

9. En faveur de la variété de position retenue : (RJ)

- 1) Le foyer des BCF est excentré. ✓
- 2) Le col œdématié et épais. ✓
- 3) L'engagement de la tête en tout début de travail. ✓
- 4) La dilatation trainante et la lenteur du travail. ✓
- 5) La formation d'une bosse sérosanguine. ✓

A(1-2-3-4-5) B(1-2-3-4) C(1-2-4-5) D(1-2-3-5) E(2-3-4-5).

10. Concernant la poche des eaux chez notre patiente (RJ)

- 1) Il s'agit d'une rupture prématurée des membranes. ✓
- 2) Il s'agit d'une rupture intempestive de la poche des eaux. ✓
- 3) Il s'agit d'une rupture précoce de la poche des eaux. ✓
- 4) Il s'agit d'une rupture tempestive. ✓
- 5) La rupture peut être d'origine infectieuse et/ou mécanique.

A(1-5) B(2-5) C(3-5) D(4-5) E(3-4)

11. Aménorrhées primaires

Chez une jeune fille de 20 ans, qui a des caractères sexuels secondaires normaux avec un génotype 46 xx et une courbe ménothermique Biphase, l'aménorrhée primaire peut être rattachée à ? (RF) :

- A. Tuberculose pré pubertaire avec synéchie totale génitale. ✓
- B. Une cloison transversale du vagin. ✓
- C. Syndrome de Morris. ✓
- D. Un syndrome de Rokitanski Kuster Hauser. ✓
- E. Une imperforation hyméneale. ✓

12. Aménorrhées secondaires

Une femme de 36 ans se présente en consultation de gynécologie pour une aménorrhée secondaire faisant suite à des spanioménorrhées.

Examen clinique : RAS

Examen des externes gynécologie obstétrique P1

01 Décembre 2022

Courbe ménothermique monophasique. Test à la progestérone (duphaston) négatif. FSH, LH élevés. E2 bas et prolactine normale.
Il s'agit très probablement d'une

- A. Sténose cicatricielle du col utérin.
- B. Synéchie totale utérine.
- ☒ C. Insuffisance ovarienne précoce.
- D. Syndrome des ovaires poly kystiques.
- E. Un syndrome de SHEEHAN.

Cas clinique

Madame R.Z âgée de 23 ans, fumeuse (20 cigarettes/jour), consulte en urgence pour des douleurs pelviennes bilatérales, apparues il y a quelques jours après le changement récent (3 semaines) de partenaire.

Elle a remarqué parallèlement des pertes blanches depuis 2 semaines.

- L'interrogatoire et l'examen clinique retrouve les éléments suivants :
- Pilule œstroprogestative régulièrement prise depuis 2 ans
- T° 38,2°C, leucorrhées jaunâtres au niveau de l'endocol
- Au toucher vaginal, l'utérus est douloureux à la mobilisation, les culs-de-sac vaginaux sont aussi très douloureux

13. Quel diagnostic faut-il évoquer en priorité ? RJ

- A. Appendicite aiguë
- B. Cholécystite aiguë
- C. Une torsion d'annexe
- D. Vulvite aiguë
- ☒ E. Salpingite aiguë

14. Quels examens biologiques est-il utile de demander pour aider au diagnostic ? RF

- A. Dosage d'hcg
- B. Prélèvements bactériologiques endométriaux
- C. Prélèvements bactériologiques endocervicaux
- ☒ D. ECBU
- E. Dosage de la CRP

15. Quel examen complémentaire permettront d'affirmer le diagnostic ?

- A. Echographie endovaginale
- B. Colposcopie
- ☒ C. Hystéroscopie
- D. HSG
- E. Coelioscopie

16. Le facteur de risque de IST rencontré est RF

- ☒ A. Contraception orale
- ☒ B. Jeune âge de la patiente
- ☒ C. Changement récent de partenaire
- ☒ D. Leucorrhée liquides bulleuses
- ☒ E. Non utilisation de préservatif par le partenaire

Examen des externes gynécologie obstétrique P1

17. Les risques ultérieurs pour cette jeune femme sont ?

1. Récidive ✓
2. Infertilité ✓
3. GEU ✓
4. Algies pelviennes chroniques ✓
5. Cancer du col ✓

A(1,2) B(2,3,4) C(1,2,3,4) D(1,2,3,4,5) E(2,3,4,5)

18. Infection génitales basses (IGB) Les IGB à trichomonas

1. Les leucorrhées sont grisâtres, le prurit est rare ✓
2. Les leucorrhées sont blanchâtres, caséeuses, le prurit est intense ✓
3. Les leucorrhées sont purulentes (odeur de poison pourri) ✓
4. Les leucorrhées sont verdâtres spumeuses (odeur de plâtre frais) ✓
5. Le vagin est rouge, le col est framboisé ✓

A(1,5)-B(2,4)-C(1,4) D(4,5)-E(1,3)

19. La prééclampsie sévère : prééclampsie + au moins 1 des critères suivants :

1. Une HTA sévère (PAS ≥ 150 mmHg et PAD ≥ 100 mmHg) ✓
2. Une protéinurie $> 3g/24h$ ✓
3. Une thrombopénie $< 100\ 000/mm^3$ ✓
4. Une douleur abdominale épigastrique et/ou une douleur de l'hypochondre droit « en barre » persistante ou intense ✓
5. Une cytololyse hépatique avec ASAT/ALAT $> 2N$ ✓

A(1,2,3,4) B(2,3,4,5) C(2,3,4) D(1,2,3,4,5) E(3,4,5)

20. Facteurs de risque de la pré éclampsie :

1. Multiparité ✓
2. Age > 40 ✓
3. Antécédents familiaux de prééclampsie ✓
4. IMC $> 30Kg/m^2$ ✓
5. Grossesse multiple ✓

A(1,2,3,4,5) B(2,3,4,5) C(2,3,4) D(1,2,3,4) E(1,2)

21. Examens complémentaires à destinée fœtale ✓

1. Biométries fœtales et estimation du poids fœtal ✓
2. Doppler utérin ✓
3. Doppler ombilical ✓
4. Enregistrement du rythme cardiaque fœtal ✓
5. Acide urique ✓

A(1,2,3,4) B(2,3,4,5) C(1,2,4,5) D(1,3,4,5) E(1,2,3,4,5)

22. Quels sont les facteurs de risques du diabète gestationnel : RJ

1. Age supérieur à 35ans. ✓
2. Antécédents de diabète gestationnel. ✓
3. BMI inférieur à 25. ✓
4. Macrosomie fœtale. ✓
5. Antécédents familiaux de diabète. ✓

A(1,2,4) B(1,2,4,5) C(1,3,4) D(2,3,4,5) E(2,4,5)

Examen des externes gynécologie obstétrique P1

23. Dans le fibrome utérin : RF

1. La transformation sarcomateuse est observée dans < 1% des cas. ✓
2. Tumeurs utérines bénignes formées de tissu musculaire strié ✓
3. Les fibromes sont plus fréquents en cas d'indice de masse corporelle élevé ✓
4. La femme âgée entre 20 et 30 ans et le plus souvent touchée.
5. Le tabac est un facteur protecteur.

A (3, 5) B (4, 5) C (1, 3) D (2, 5) E (2, 4)

24. Les complications des fibromes durant la grossesse et l'accouchement sont : RJ

1. Hémorragie du post partum ✓
2. Présentation fœtale anormale ✓
3. Chorioamniotite
4. Mort in utero
5. Menace d'accouchement prématuré ✓

A (1, 2, 3) B (1, 2, 5) C (3, 4, 5) D (2, 3, 4) E (1, 2, 4)

25. Dans le fibrome utérin : RF

1. Le fibrome endocavitaire est un fibrome sous muqueux. ✓
2. Le fibrome sous séreux provoque souvent des saignements. ✓
3. Le fibrome pédiculé peut se compliquer d'une torsion ✓
4. Le fibrome type 2-5 est à la fois sous muqueux et sous séreux. ✓
5. Le fibrome type 4 est en contact avec l'endomètre ✓

A (2, 3) B (4, 5) C (1, 4) D (1, 5) E (2, 5)

26. La présentation de la face est : cochez la réponse juste

- A. Une présentation partiellement défléchie. ✓
- B. Son diamètre d'engagement est le présterno syncipital ✓
- C. Son repère est la bouche ✓
- D. La descente de la présentation nécessite la désolidarisation du bloc tête tronc par flexion de tête ✓
- E. La rotation de la tête doit toujours se faire menton vers l'arrière ✓

27. Dans la présentation de la face : cochez la réponse juste

- A. Le palper abdominal retrouve le signe de coup de hache au niveau du fond utérin ✓
- B. Le diagnostic se fait à membrane intacte ✓
- C. On peut percevoir la grande fontanelle ✓
- D. La position du menton précise les variétés de présentation ✓
- E. La césarienne est indiquée en urgence si rotation du menton en avant

28. La présentation du front

1. Est une présentation incompatible avec un accouchement par voie basse ✓
2. Son repère est le front ✓
3. Son diagnostic se fait à membranes rompues femme non en travail ✓
4. On peut percevoir le menton au toucher vaginal ✓
5. La présentation doit être fixée lors du diagnostic ✓

A (1, 2, 3) B (2, 5) C (1, 2, 4) D (1, 5) E (2, 3, 5)

Examen des externes gynécologie obstétrique P1

Cas Clinique

Madame S Y âgée de 28 ans originaire de Médéa, sans antécédents médicaux chirurgicaux présentant une aménorrhée, consulte pour une douleur pelvienne latéralisée à droite, apparue il y a deux jours

29. Quels éléments importants manquent à l'interrogatoire : RF

- A. Notion de contraception
- B. Caractères du cycle menstruel
- C. Ménarchie
- D. Antécédents gynécologiques
- E. Cohabitation

30. Quel est le diagnostic le plus probable : RJ

- A. Syndrome pré menstruel
- B. Menace d'avortement
- ☒ C. GEU
- D. Grossesse molaire
- E. IGH

31. Afin d'étayer le diagnostic, on doit faire en urgence : RF

- A. Dosage plasmatique du beta HCG ✓
- B. Prise de température ✓
- C. Toucher vaginal
- ☒ D. Sérologie chlamydia
- E. Echographie gynécologique ✓

Quelques heures après, la patiente présente un état de choc. Elle est opérée en urgence

32. Quelles autres options thérapeutiques existent pour cette pathologie dans d'autres circonstances : RF

- 1. Injection de méthotrexate dans le sac ovulaire ✓
 - 2. Abstention thérapeutique ✓
 - 3. Hystéroscopie opératoire ✓
 - 4. Traitement hormonal ✓
 - 5. Injection intramusculaire de méthotrexate ✓
- A (2,4) B (1,3) ☒ C (3,4) D (1,5) E (2,5)

33. Les facteurs de risque du cancer de l'ovaire sont RF

- ☒ A- la contraception orale
- B- la nulliparité
- C- la mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 ✓
- D- antécédent personnel de cancer du sein ✓
- E- antécédents familiaux de cancer du colon ✓

Examen des externes gynécologie obstétrique P1

34. Le cancer de l'ovaire RJ

- A- l'IRM permet de faire le diagnostic de certitude ☒
- B- il est souvent diagnostiqué à un stade précoce ☒
- C- il est chimio sensible ☒
- D- les marqueurs tumoraux sont toujours élevés ☒
- E- les tumeurs stromales sont les plus fréquentes ☒

35. Quels éléments sont en faveur du diagnostic de l'hématome retro placentaire : RF

- 1. Hémorragie abondante, faite de sang rouge ☒
 - 2. Contracture utérine permanente ☒
 - 3. Altération de l'état maternel et fœtus vivant ☒
 - 4. Notion d'hypertension artérielle ☒
 - 5. Signes de choc par hémorragie interne ☒
- A(1,2,3) B(1,2) C(1,3) D(1,4) E(2,3,4)

36. Les types histologiques du cancer de l'endomètre : RF

- A. Carcinome séreux papillaire ☒
- B. Carcinosarcome ☒
- C. Carcinome à cellules claires ☒
- D. Adénocarcinome épidermoïde ☒
- E. Adénocarcinome endométoïde ☒

37. Quels éléments sont en faveur du diagnostic du placenta prævia ?

- 1. Hémorragie abondante de sang rouge ☒
 - 2. Douleurs utérines brutales ☒
 - 3. Fréquente souffrance fœtale ☒
 - 4. Notion de curetage, de césarienne ☒
 - 5. Nécessite toujours une césarienne ☒
- A. (1/2) B. (2/3) C. (1/3) D. (1/4) E. (1/2/3/4)

38. Tous ces éléments sont des éléments de l'épaule négligée sauf un lequel :

- A. Liquide amniotique teinté. ☒
- B. Possibilité d'une version par manœuvres internes. ☒
- C. Utérus déformé en sablier. ☒
- D. Femme en travail franc qui a duré. ☒
- E. Absence d'activité cardiaque à l'échographie: ☒

39. Concernant les présentations du siège (RF)

- 1. Le mode des pieds est plus fréquent 2/3 des cas. ☒
- 2. La VME peut être pratiquée en fin de grossesse en absence de contre-indications. ☒
- 3. La manœuvre de Lovset est pratiquée en cas de relèvement des bras pour extraire la tête. ☒
- 4. L'accouchement spontané est caractérisé par la rotation du dos en arrière. ☒
- 5. L'utérus bicorne peut être la cause. ☒

A(1-2-4) B(1-4-5) C(1-3-4) D(2-3-4) E(3-4-5)

Examen des externes gynécologie obstétrique P1

Cas clinique

Une gestante âgée de 42 ans, G3 P0 (02 enfants vivants), de groupe sanguin O rhésus négatif se présente aux urgences pour METRORRAGIES de moyenne abondance sur grossesse évolutive de 31 SA

40. Pour apprécier en urgence le retentissement materno-fœtal de cette hémorragie, il convient de réaliser : RF

- A. Prise de la pression artérielle ✓
- B. Prise de la fréquence cardiaque ✓
- C. Auscultation des BCF couplée à l'ERCF ✓
- D. Mesure de la hauteur utérine ✓
- E. Un taux d'hémoglobine + une Hématocrite ✓

Après hospitalisation et mise en condition de la patiente, le Résumé clinique est le suivant : suivie pour anémie carencielle traitée par fer oral opérée pour 02 Césariennes dont une remontant à 12 mois pour dépassement de terme, enfant vivant ayant pesé 3950 g ; la grossesse en cours est mal suivie en raison de Problèmes graves dans le Couple.

On dispose d'une carte de groupage O rhésus négatif sans plus. L'épisode hémorragique fait de sang rouge vif avec gros caillots est inaugural faisant suite à un Rapport Sexuel, par ailleurs absence de douleurs, absence de perte des eaux.

PA=95/60 mm hg sous perfusion IV de sérum salé isotonique
Cicatrice pariétale de Laparotomie transversale sus-pubienne ✓
Utérus souple avec fœtus en présentation Oblique
Hauteur utérine à 32 cm
BCF audibles à droite à 150 bpm

41. Quel reproche faites-vous à cet examen Clinique ? RJ

- A. Toucher vaginal oublié
- B. Examen au spéculum non fait ✓
- C. Examen des Seins non fait ✓
- D. Calcul du BMI non fait
- E. Examen clinique du bassin oublié

42. Que pensez-vous de cette hauteur utérine ? RJ

- A. Normale pour l'âge gestationnel donné
- B. Excessive si une erreur de terme est écartée ✓
- C. Insuffisante pour l'âge gestationnel donné
- D. Elle traduit certainement une erreur de terme
- E. Elle traduit certainement un diabète gestationnel méconnu

43. Quelle étiologie probable retenir pour expliquer ces métrorragies gravidiques ? RJ

- A. Un Cancer du col utérin méconnu ✓
- B. Un hématome décidual par rupture du sinus marginal ✓
- C. Un placenta praevia central ✓
- D. Une rupture utérine en fin de grossesse ✓
- E. Une Hémorragie de BENCKISER post-coitale ✓

Examen des externes gynécologie obstétrique P1

44. Quels facteurs de risque corroborent le diagnostic retenu ? RJ

- 1 L'âge maternel ✓
 - 2 L'antécédent d'anémie
 - 3 L'utérus bicatriciel ✓
 - 4 L'absence de suivi correct de grossesse ✓
 - 5 L'antécédent de poids de naissance à 3900 g
- A=1+4 B=1+3 C=1+2+3 D=1+3+5 E=3+4

45. Quel examen paraclinique permet d'étayer votre diagnostic ? RJ

- A. Aucun car le diagnostic clinique est évident --
- B. Une échographie endovaginale vessie maternelle vide
- C. Un TDM en urgence sans injection du produit de contraste
- D. Une IRM placentaire en urgence
- E. Une échographie obstétricale transabdominale vessie maternelle pleine ✓

46. Quels examens biologiques seront demandés ? la RJ

- A. Une deuxième détermination du groupage ABO-Rhésus+ RAJ maternelles ✓
- B. Une urée + créatininémie ✓
- C. Une NFS avec taux de plaquettes ✓
- D. Une crase sanguine avec TP, TCK ✓
- E. Toutes ces propositions

47. Quelle conduite à tenir proposez-vous sachant que l'hémorragie s'est tarie 03H après son hospitalisation ? RJ

- A. Procéder à la sortie avec RDV de contrôle dans 15 jours
- B. Faire une Césarienne en urgence
- C. Mise au repos, tocolyse veineuse 48H, corticothérapie anténatale, commande de sang, césarienne à programmer
- D. Prévoir un déclenchement artificiel du travail vers 37SA ✓
- E. Transfuser la patiente et déclarer la sortie après 48H

48. Une semaine plus tard, à une heure du matin, une hémorragie de très grande abondance se déclare avec signes de choc maternel, les BCF sont à 90 bpm, vous décidez : RJ

- A. Un déclenchement artificiel du travail en urgence
- B. Une laparotomie en urgence pour déhiscence de cicatrice ✓
- C. Reprendre les transfusions de culots globulaires O rhésus négatif + plasma frais congelé
- D. Une Césarienne de sauvetage materno-fœtal en urgence ✓
- E. Une Radio embolisation en urgence des artères utérines

49. Quelle mesure préventive s'impose dans le post-partum immédiat ? RJ

- A. Prescrire une antibiothérapie pour prévenir l'infection ✓
- B. La séroprophylaxie ANTI-D ne doit pas être omise
- C. La thromboprophylaxie est obligatoire ✓
- D. Le maintien de la perfusion IV d'ocytocine pour prévenir l'hémorragie de la délivrance
- E. Toutes ces propositions sont justes.

50. Le retard de croissance Intra utérin est définie par RJ

- A. Un poids de naissance trop faible pour l'âge gestationnel. ✗
- B. Un fémur court isolé et d'une anomalie de longueur osseuse globale.
- C. Un ralentissement et cassure de la courbe de croissance intra-utérine. ✓
- D. Une circonférence abdominale petite par rapport à l'âge gestationnel.
- E. Un diamètre bipariétal petit par rapport au fémur