

Module de gynécologie obstétrique
Rotation 01
Partie Pratique : 01-10
Partie Théorique : 11-55
Ana-path : 56-70

9,58

13,57

→ Vous recevez en urgence Mme G., 23 ans, nulligeste, pour des douleurs pelviennes latéralisées à gauche, D'apparition progressive. La patiente n'a pas de contraception hormonale. L'examen retrouve une température à 38 °C et une douleur sans défense en fosse iliaque gauche. Les fosses lombaires sont libres. Le toucher vaginal note un empâtement du cul-de-sac vaginal gauche.

1. Quelle(s) est (sont) l'(es) hypothèse(s) diagnostique(s) à ce stade ?

- a- torsion d'annexe gauche aiguë
- b- pyélonéphrite aiguë gauche
- c- sigmoïdite aiguë
- d- grossesse extra-utérine gauche
- e- salpingite aiguë gauche

2/3

2/5

2. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous en 1re intention ?

- a- numération formule sanguine et CRP
- b- βH-CG (hormone chorionique gonadotrophique) Plasmatique quantitative
- c- échographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale
- d- scanner abdominopelvien
- e- IRM pelvienne

2/3

2/3

3. L'échographie pelvienne ne retrouve pas d'abcès pelvien. Le diagnostic de salpingite aiguë gauche est retenu. Parmi les propositions suivantes concernant les grands principes du traitement, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a- une triple antibiothérapie doit être instaurée
- b- réalisation des sérologies hépatiques et VIH avec l'accord de la patiente
- c- Salpingectomie gauche par coelioscopie
- d- traitement prophylactique antibiotique du partenaire
- e- proposition d'une contraception par dispositif Intra-utérin

1/3

1/2

4. L'évolution est favorable grâce à votre prise en charge. Cette patiente revient aux urgences 1 an plus tard pour des métrorragies modérées et algies pelviennes. Elle est apyrétique. Elle est à 5 SA. Le test de grossesse urinaire réalisé aux urgences est positif. Son groupe sanguin est A rhésus négatif (son mari est A rhésus positif).

Quelle(s) est (sont) votre (vos) hypothèse(s) diagnostique(s) à ce stade ?

- a- récurrence de salpingite aiguë
- b- grossesse extra-utérine
- c- fausse couche spontanée précoce
- d- grossesse molaire
- e- hématome décidual

1/3

2/5

5. Quel(s) examen(s) par acclinique(s) réalisez-vous en 1re intention ?

- a- β-hCG (hormone chorionique gonadotrophique) plasmatique qualitative
- b- NFS, CRP
- c- recherche d'agglutinines irrégulières
- d- sérologies toxoplasmose et rubéole
- e- échographie abdominopelvienne

1/3

2/5

6. La patiente présente des métrorragies modérées et est soulagée par du paracétamol. Les β -hCG (hormone chorionique gonadotrophique) plasmatiques prélevée en urgence sont à 700 UI/mL. Les RAI sont négatives.

L'échographie pelvienne retrouve une vacuité utérine. Il existe un corps jaune sur l'ovaire gauche. Il

n'y a pas d'anomalie annexiel et pas d'épanchement intra-abdominal.

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) votre (vos) hypothèse(s) diagnostique(s) encore

Valable(s) à ce stade ?

- a- récurrence de salpingite aiguë
- b- grossesse extra-utérine
- c- fausses couches spontanées précoces
- d- grossesse molaire
- e- hématome décidual

7. Parmi les propositions suivantes concernant la prise en charge que vous proposez, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a- surveillance en hospitalisation
- b- retour à domicile avec un rendez-vous dans 48 heures pour contrôler la cinétique des β -hCG
- c- injection intramusculaire de méthotrexate
- d- prise en charge chirurgicale par coelioscopie
- e- injection d'immunoglobuline anti-D

8. Quatre jours plus tard, la patiente revient pour un contrôle. Les β -hCG plasmatiques prélevées sont à 1 200 UI/ml. Vous décidez de réaliser une échographie par voies abdominale et endovaginale.

Quel(s) signe(s) vous orientera (orienteront) vers une grossesse extra-utérine ?

- a- vacuité utérine
- b- épanchement sanguin au niveau du cul-de-sac recto-utérin
- c- absence d'épanchement sanguin dans la loge de Morrison
- d- sac intra-utérin de 10 mm avec une couronne trophoblastique mais sans embryon
- e- hématosalpinx

9. Vous retenez le diagnostic de grossesse extra-utérine gauche. Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque que Mme G. présentai(en)t ?

- a- tabagisme
- b- antécédent de salpingite aiguë
- c- rhésus négatif
- d- âge
- e- nulliparité

10. L'échographie a retrouvé un hématosalpinx gauche de 25 mm, la patiente est peu symptomatique et le

taux β -hCG est à 1 200 UI/ml. Parmi les propositions suivantes concernant la prise en charge que vous proposez, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a- hospitalisation
- b- retour à domicile sans traitement
- c- prescription de misoprostol (Cytotec®) par voie orale
- d- injection intramusculaire de méthotrexate
- e- laparotomie en urgence et Salpingectomie gauche

11. Le placenta prævia :

- a- se définit par l'insertion partielle ou totale du placenta sur le segment inférieur
- b- la multiparité la gémellité et les cicatrices utérines représentent des facteurs de risque
- c- HTA et la pré-éclampsie représentent des facteurs de risque
- d- les métrorragies s'accompagnent de contracture utérine généralisée
- e- l'échographie permet le diagnostic

3, 16

12. le placenta prævia :

- a- le toucher vaginal est proscris
- b- peut être à l'origine d'une présentation dystocique
- c- la césarienne est indiquée d'emblée devant un placenta prævia
- d- peut se compliquer d'une hémorragie de la délivrance
- e- les métrorragies sont faites du sang noirâtre

1

13. la classification de Bessis :

- a- est une classification échographique
- b- le placenta prævia antérieur type I : la limite inférieure du placenta atteint le tiers supérieur de la vessie
- c- le placenta prævia antérieur type IV : la limite inférieure dépasse le col utérin, c'est-à-dire atteint la face postérieure de l'utérus.
- d- le placenta prævia postérieur type I : la limite inférieure du placenta recouvre totalement le dôme vésical.
- e- le placenta prævia postérieur type IV : la limite inférieure du placenta se situe à moins de 4cm en arrière du col de l'utérus

1/3

14. Une patiente âgée de 33 ans G4P1 actuellement enceinte de 32 SA vient aux urgences pour la survenue brutale et spontanée de métrorragies modérées de sang rouge On note dans les antécédents de cette patiente un curetage utérin suivi d'un accouchement normal à terme ; puis un accouchement par césarienne pour des anomalies du rythme cardiaque fœtal

Patiente est de rhésus négatif

L'examen retrouve un utérus souple ; bruits cardiaques fœtaux sont perçus ; TA 12 / 07

Quel diagnostic évoquez-vous :

- a- un hématome rétro placentaire
- b- une rupture utérine
- c- un placenta prævia
- d- une hémorragie de benckiser
- e- une cervicite

15. Quelles sont les complications materno-fœtales craignez-vous

- a- l'hémorragie cataclysmique
- b- isoimmunisation fœto-maternelle
- c- le placenta accreta
- d- utérus de Couvelaire
- e- HELLP syndrome

1/3

16. Vous ne trouvez pas de signes de souffrance fœtale ; et vous trouvez toujours des métrorragies modérées ; quelle va être la prise en charge de cette patiente

- a- une hospitalisation
- b- repos avec une corticothérapie
- c- une césarienne en urgence
- d- prévention d'immunisation foeto-maternelle par injection de gamma-globulines dans les 72 heures suivant l'apparition des métrorragies
- e- surveillance materno-fœtale

1/3

17. dans l'hématome rétro-placentaire HRP :

- a- les métrorragies sont abondantes ; faites du sang rouge
- b- il existe une contracture utérine permanente et généralisée (utérus en bois)
- c- la hauteur utérine peut augmenter à deux examens successifs
- d- il existe souvent un pré éclampsie associée
- e- il peut être post traumatique

- 18. devant un hématome rétro-placentaire :
- a- les métrorragies sont faites du sang noirâtre
 - b- les bruits du cœur foetal BCF sont toujours présents
 - c- Le toucher vaginal perçoit un segment inférieur dur, tendu, (en sébile); et un col long, rigide
 - d- HRP peut être associé à un placenta prævia
 - e- Le pronostic foetal est en général mauvais
- 19. l'hématome rétro-placentaire :
- a- est la conséquence d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré après 20 SA et avant la délivrance.
 - b- la gémellité et les cicatrices utérines représentent des facteurs de risque
 - c- HRP est une urgence obstétricale imprévisible et brutale
 - d- Le traitement consiste à l'évacuation utérine en urgence
 - e- Devant un HRP on peut prolonger la grossesse jusqu'à 37 SA
- 20. Devant une hémorragie du troisième trimestre on peut évoquer les diagnostics suivants :
- a- Un placenta prævia
 - b- Une rupture utérine
 - c- Une grossesse extra-utérine
 - d- Un hématome rétro-placentaire
 - e- Hémorragie d'origine cervicale
- 21. Les complications de l'hématome rétro-placentaire sont :
- a- Trouble de l'hémostase
 - b- Mort foetale in utéro
 - c- Oligo-anurie par insuffisance rénale
 - d- Le syndrome de Couvelaire
 - e- Le syndrome de Sheehan
- 22. Les étiologies de la rupture utérine sont :
- a- Les présentations dystociques (front ; épaule négligée)
 - b- L'utilisation intempestive des utérotoniques
 - c- Les dystocies méconnues ou négligées
 - d- disproportion fœto-pelvienne
 - e- l'hématome rétro-placentaire
- 23. la rupture utérine
- a- est une complication du troisième trimestre et de l'accouchement
 - b- Elle touche le segment inférieur et souvent le corps utérin.
 - c- La rupture sur utérus sain est grave avec une symptomatologie bruyante ; elle est moins fréquente et souvent provoquée.
 - d- La rupture sur utérus cicatriciel s'appelle la déhiscence ou désunion de cicatrice ; a une symptomatologie discrète ; elle est la plus fréquente.
 - e- Le pronostic materno- foetal est mauvais en absence de prise en charge.
- 24. Le traitement de la rupture utérine :
- a- est principalement prophylactique
 - b- Est toujours conservateur par une suture simple
 - c- Est toujours radical (hystérectomie d'hémostase)
 - d- Est souvent radical chez la multipare âgée avec des lésions utérines graves
 - e- L'hystérectomie d'hémostase est indiquée chez une primipare si le pronostic vital est en jeu
- 25. La rupture utérine en cas d'utérus sain :
- a- On trouve un utérus déformé en sablier
 - b- L'anneau de BANDEL est un anneau de rétraction séparant le segment inférieur aminci du corps utérin rétracté
 - c- Les bruits du cœur foetal sont toujours présents
 - d- Le traitement curatif associe un traitement chirurgical et des mesures de réanimation
 - e- Elle peut être compliquée de rupture vésicale ; et de déchirures cervicales

26. La menace d'accouchement prématuré est :

1/2

- a- première cause de mortalité morbidité périnatale
- b- survenue de CU douloureuses rapprochées sans modification cervicale
- c- la menace aboutit à un accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale
- d- le diagnostic est surtout clinique
- e- le meilleur traitement est préventif

27. LA CHORIOAMNIOTITE :

1

- a- infection des membranes ovulaires
- b- associée strictement à une RPM
- c- expose au risque de prématurité
- d- la tocolyse est contre indiquée
- e- toutes les réponses sont justes

28. UN DES ELEMENTS CLINIQUES SUIVANT NE FAIT PAS PARTIE DU DIAGNOSTIQUE DE CHORIOAMNIOTITE. LEQUEL ?

1

- a- hyperthermie
- b- contractions utérines douloureuses et régulières
- c- le liquide amniotique teinté
- d- tachycardie fœtale
- e- leucopénie

29. La RPM :

2/3

- a- un facteur de risque d'endométrite du post partum
- b- la rupture est dite prématurée lorsqu'elle se rompt au cours du travail
- c- l'œuf est exposé à l'infection d'autant plus que le travail tarde à se mettre en route
- d- la notion du délai entre la rupture et le début du travail est important
- e- plus de 72h on parle de rupture prolongée

30. DEVANT UNE RPM CHEZ UNE PRIMIPARE A TERME PRESENTATION DE SIEGE , LA CAT EST :

- a- déclenchement systématique avec accouchement par voie basse
- ~~b- tocolyse et antibiothérapie~~
- ~~c- voie haute systématique~~
- ~~d- tocolyse et corticothérapie~~
- ~~e- tocolyse ,antibiothérapie et corticothérapie~~

31. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous devant une aménorrhée secondaire associée à des signes cliniques d'hyper androgénie?

- a- grossesse
- b- syndrome de Sheehan
- c- syndrome des ovaires polykystiques
- ~~d- adénome à prolactine~~
- ~~e- hyperplasie congénitale des surrénales~~

32. CONCERNANT LE DIABETE GESTATIONNEL QUELLES SONT LES AFFIRMATIONS VRAIES :

- a- le dépistage est systématique entre 24-28 SA
- b- HGPO 75g est le test de dépistage recommandé
- c- la mise en évidence de macrosomie fœtale ou un hydramnios chez une femme sans facteurs de risque doit faire rechercher un DG
- d- le risque de malformation congénitales est augmenté
- e- le dépistage doit être réalisé entre le 28-32 SA

33. diabète gestationnel :

- a- trouble de tolérance glucidique débutant ou dgc au cours de la grossesse
- b- touche 3-6 % de femme enceinte
- c- en présence de facteur de risque le dépistage doit être pratiqué dès le premier trimestre
- d- l'obésité est un facteur de risque

(1)

e- toutes les réponses sont justes

34. LA PRISE EN CHARGE D'UNE FEMME ENCEINTE DIABETIQUE DOIT ASSOCIER :

- a- prescription diététique
- b- insulinothérapie d'emblé si glycémie à jeun $>0,92$
- c- une auto surveillance glycémique
- d- consultation tout les 15 jrs
- e- si le diabète est bien équilibré et en l'absence de complication la césarienne d'emblée n'est pas justifiée

3/4

35. LE CANCER DE L'ENDOMETRE :

- a- 2em kc de la femme
- b- un kc non hormonodépendant
- c- un kc de la femme ménopause
- d- aucun dépistage n'est recommandé
- e- un kc de mauvais pronostic

(1)

36. QUEL EXAMEN PARACLINIQUE PERMET D'ETABLIR LE DEGRE D'EXTENSION LOCALE DU CANCER DE L'ENDOMETRE AVEC LA PLUS GRANDE CORRELATION AVEC L'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE :

- a- Echographie endo vaginale
- b- IRM
- c- scanner
- d- Pet scan
- e- hystérocopie

(1)

37. QUELS EXAMENS SONT RECOMMANDES ACTUELLEMENT POUR IDENTIFIER SI UN FIBROME EST INTRACAVITAIRE ?

- a- IRM
- b- hysterosonographie
- c- hystérocopie
- d- hystérocopie
- e- scanner

(1)

38. Parmi les propositions suivantes relatives à la mesure de la pression artérielle chez la femme enceinte, laquelle (les quelles) est (sont) exacte(s) ?

- a- elle doit être prise au repos
- b- elle doit être prise en position semi-assise ou en décubitus latéral gauche
- c- elle doit être prise avec un brassard adapté
- d- elle doit être supérieure ou égale à 140/90 mm Hg
- e- elle doit être plus élevée qu'en dehors de la grossesse

1/2

39. Le Mode d'action de la contraception progestative pure :

- a- action anti-nidatoire par Atrophie de l'endomètre
- b- Action antinidatoire par réaction inflammatoire.
- c- Modification de la glaire cervicale
- d- Action anti-gonadotrope constante quel que soit la dose
- e- accélération de la mobilité tubaire

(1)

40. Question à complément simple. Quel est le marqueur tumoral le plus spécifique des tumeurs de l'ovaire ?

- a- Le CA 19-9.
- b- Le CA 15-3.
- c- Le CA 125.
- d- L'alpha foetoprotéine.
- e- L'hCG.

12,82

1

41. La FSH

- a- déclenche l'ovulation à partir d'un follicule mature
- b- contrôle le développement des follicules ovariens
- c- inhibe la sécrétion des œstrogènes
- d- stimule la sécrétion de progestérone
- e- stimulée par la diminution des œstrogènes et progestérone

1

42. Les œstrogènes :

- a- favorisent l'apparition d'une glaire abondante et filante
- b- favorise l'atrophie de l'épithélium vaginal.
- c- Leur augmentation en milieu du cycle stimule LH
- d- Diminuent en fin de cycle par dégénérescence du corps jaune
- e- Stimulent la prolifération de l'endomètre durant la 1ère phase

3/4

43. Le Test aux progestatifs:

- a- A pour but d'apprécier l'imprégnation par la progestérone en cas d'aménorrhée
- b- Consiste à donner la progestérone pendant 3 jours
- c- Sa positivité indique l'existence d'une sécrétion endogène d'œstrogènes
- d- Peut aider au diagnostic de la ménopause s'il revient négatif à 3 reprises
- e- Aucune réponse n'est juste

1

44. Parmi les facteurs de risque de l'endométriose:

- a- Antécédents chirurgicaux : chirurgie gynécologique
- b- Malformation vulvo-vaginale et cervicale
- c- une ménarche tardive
- d- antécédent d'endométriose dans la famille
- e- Âge entre 35-45 ans

1/2

45. Lors de l'endométriose :

- a- Le motif de consultation le plus fréquent est la douleur
- b- Les symptômes sont souvent rythmés par les règles
- c- L'examen clinique est pauvre.
- d- L'Échographie est intéressante en cas d'endométriose pelvienne
- e- Le Toucher vaginal retrouve un utérus mobile anté-féchi

2/3

46. Le traitement de l'endométriose:

- a- A base d'œstrogènes seules
- b- Traiter systématiquement toutes les femmes
- c- On peut utiliser les Agonistes GnRH
- d- La coelioscopie est utile pour les Kystectomies
- e- La ménopause conduit à la régression spontanée

2/3

47. Le toucher vaginal lors de la présentation du sommet :

- a- Confirme le diagnostic si le col est ouvert
- b- Le repère est la petite fontanelle
- c- Plus la fontanelle postérieure est loin du centre du bassin, meilleure est la flexion
- d- On peut toucher la racine du nez
- e- La grande fontanelle est au centre de la présentation

1

5,73

48. L'engagement du sommet :

- a- Se fait selon le diamètre sous-occipito-bregmatique
- b- Précédé par une orientation selon un diamètre transverse
- c- L'amointrissement se fait par une déflexion
- d- Son diagnostic se fait par le signe de Farabeuf
- e- Peut causer un Chevauchement des os du crane

1

49. Parmi les facteurs de risques des hémorragies du post partum :

- a- Un travail prolongé.
- b- Le Placenta prævia
- c- La primiparité
- d- L'oligoamnios
- e- La sur-distension utérine (macrosomie, hydramnios...)

2/3

50. l'Hémorragie du post partum

- a- Est l'Apparition d'une hémorragie dans les 48h suivant un accouchement
- b- De diagnostic évident si hémorragie extériorisée.
- c- Sa prévention est possible par la délivrance dirigée
- d- Peut avoir comme étiologie des lésions génitales traumatiques
- e- Sa prise en charge vise à assurer la vacuité et la bonne contraction utérine

3/4

51. l'HCG

- a- sécrétée par les cellules trophoblastiques puis par le placenta;
- b- détectable dès le 9ème jour suivant la fécondation;
- c- double toutes les 24h pour une grossesse intra-utérine évolutive
- d- reste élevée après l'accouchement
- e- sa cinétique couplée à l'échographie permet le diagnostic de grossesse extra utérine

1

52. La Listériose :

- a- Est une infection bactérienne à transmission aérienne
- b- Le diagnostic repose sur l'isolement du germe par hémocultures
- c- Son traitement est l'amoxicilline
- d- Si terme est supérieur à 34 SA il faut déclencher l'accouchement
- e- Son principal risque est le retard de croissance

2/3

53. LA Rubéole :

- a- Peut être responsable d'une embryofœtopathie grave après 18 SA.
- b- Sa prévention repose sur la vaccination
- c- Son diagnostic repose sur la sérologie maternelle
- d- Parmi ses complications : Retard de croissance intra-utérin (RCIU), cataracte
- e- Si IgM négatif au début de grossesse, il faut refaire la sérologie chaque mois

1

54. L'Hépatite virale B :

- a- Peut-être responsable d'embryofœtopathie grave
- b- La prévention repose sur la sérovaccination de nouveau-né de mère HBs+
- c- Le Dépistage maternel est obligatoire lors du 1^{er} trimestre
- d- La césarienne prophylactique est systématique
- e- Le risque est l'hépatite néonatale avec passage à la chronicité

55. La Toxoplasmose :

- a- Peut-être responsable de malformations essentiellement oculaires et neurologiques
- b- C'est une des seules infections où il existe un traitement anténatal.
- c- La période la plus dangereuse pour le fœtus est le 3ème trimestre
- d- Devant une séroconversion il faut mettre en route un traitement par SPIRAMYCINE
- e- Si IgM, IgG négatifs au 1^{er} trimestre, la prévention n'est pas nécessaire

2/3

56 71- le FCV:

- A. Permet le dépistage de masse.
- B. Concerne les femmes entre 20 et 65 ans ayant une activité sexuelle.
- C. 2 lames sont nécessaires pour une bonne interprétation.
- D. Nécessite un milieu liquide pour le frottis en monocouche.
- E. A la lecture des lames, la couleur des cellules malpighiennes varie selon le type d'imprégnation hormonale.

57 72- Les CIN II (dysplasies modérées) :

- A. L'hyperplasie touche les 2/3 de l'épithélium
- B. Les anomalies cyto-nucléaires sont refoulées vers les cellules basales
- C. Les mitoses sont peu nombreuses avec anisocytoses et anisocaryoses.
- D. Les noyaux sont peu volumineux
- E. L'assise basale est respectée

①

58 73- La colposcopie :

- A. permet de préciser la topographie des lésions
- B. permet de faire des biopsies dirigées
- C. permet de poser le diagnostic du condylome
- D. est seulement recommandée dans les lésions suspectes cliniquement.
- E. permet de repérer les zones pathologiques iodo-positives.

$\frac{3}{4}$

59 74- Le carcinome épidermoïde invasif

- A. Se traduit macroscopiquement par des végétations friables
- B. Microscopiquement, il reproduit l'épithélium endocervical
- C. Les cellules se disposent en travées ou en lobules
- D. Les cellules restent isolées
- E. Se traduit par un stroma fibro-inflammatoire.

$\frac{1}{4}$

60 75- L'adénofibrome.

- A. Peut s'accompagner d'une rétraction du mamelon
- B. La tranche de section est blanchâtre ou rose, avec parfois de petits kystes.
- C. peut être associé à un carcinome
- D. est appelé intracanalair, car le tissu paléale occupe la lumière des canaux
- E. se caractérise essentiellement par une hyperplasie du tissu paléale

61 76- La tumeur phyllode :

- A. Présente une influence hormonale.
- B. Présente à la coupe un aspect friable blanc nacré, myxoïde
- C. Présente une prolifération, épithéliale et mésenchymateuse
- D. Est d'évolution rapide
- E. Est de pronostic incertain

$\frac{1}{2}$

62 77- L'adénome dendritique :

- A. Se développe dans les acini des lobules
- B. Se traduit macroscopiquement par un aspect en champignons
- C. Evolue microscopiquement en 02 phases
- D. se compose microscopiquement de formations papillaires
- E. évolue vers la sclérose

$\frac{3}{4}$

63 78- l'examen extemporané :

- A. se pratique 2 jours après l'acte chirurgical
- B. se pratique sur prélèvement congelé
- C. la coloration utilisée est le bleu de patenté
- D. son intérêt est de préciser l'étendu de l'acte chirurgical
- E. permet d'orienter l'indication du curage ganglionnaire

$\frac{2}{3}$

64 79- Une tumeur séreuse borderline ovarienne est caractérisée par :

- A. La pluristratification des cellules
- B. L'envahissement du stroma
- C. Les emboles tumoraux fréquents
- D. La nécrose et l'hémorragie
- E. La présence de structures papillaires

65 80- Le choriocarcinome :

- A. Est une tumeur des cordons sexuels
- B. Est une tumeur bénigne
- C. Secrète de la β hcg
- D. Reproduit les structures du placenta
- E. Est rarement nécrotico-hémorragique

①

60 - 20

- 20

- 20

60

6681- La Tumeur de Brenner :

- A. Est une tumeur épithéliale
- B. Est formée de cellules rappelant l'épithélium paramalpighien
- 2 C. Est formée de cellules malpighiennes
- 3 D. Est toujours maligne
- E. Généralement unilatérale, blanc-jaunâtre macroscopiquement

67 82- La tumeur vitelline

- A. Est une tumeur des cordons sexuels
- B. Est formée de cellules syncytiotrophoblastiques et cytotrophoblastiques
- 2 C. Est tapissé parfois par des cellules en clous de charpentier
- 1 D. Comporte des boules hyalines
- 3 E. Comporte des corps de schiller duval

68 83- L'adénocarcinome endométrioïde de l'endomètre

- A. Est le plus fréquent des cancers de l'endomètre
- B. Reproduit des tubes glandulaires identiques à ceux de la muqueuse endométriale
- 1 C. Est de mauvais pronostic
- D. Exprime les récepteurs hormonaux à l'immunohistochimie
- E. Est composé de cellules ressemblant les cellules transitionnelles urothéliales

69 84- L'adénocarcinome mucineux de l'endomètre

- A. Est une tumeur de mauvais pronostic
- B. Est d'architecture papillaire ou glandulaire
- 1 C. Est une tumeur de bon pronostic
- D. Comporte au moins 10% de cellules contenant de la mucine
- E. Présente une négativité des cellules au bleu alcian et au PAS

70 85- La mole hydatiforme complète comporte des villosités

- A. De taille inégale
- B. Grandes à axe hydrique
- 1 C. En carte géographique
- D. Avec hyperplasie trophoblastique
- E. Infiltrant le myomètre

86- La tumeur trophoblastique épithélioïde est :

- A. Diagnostiquée sur biopsie de l'endomètre
- B. Faite de cellules trophoblastiques monomorphes
- C. Faites de nombreuses cellules géantes syncytiotrophoblastiques
- D. Très infiltrante
- E. Le siège d'une nécrose extensive

87- Le nodule stromal :

- A. est une tumeur mal limitée et diffuse macroscopiquement
- B. se différencie du sarcome de bas grade par l'absence d'infiltration du myomètre
- C. est une tumeur à développement musculaire
- D. présente des atypies peu marquées et peu de mitose
- E. se développe à partir de l'épithélium de l'endomètre

88- Le léomyome utérin :

- A. Est une tumeur bénigne développée à partir du chorion cytogène du myomètre
- B. Est macroscopiquement ferme blanchâtre et fasciculé à la coupe
- C. Touche plus la nullipare que la multipare
- D. est une tumeur non hormono-dépendante
- E. ne présente pas de nécrose tumorale

89- L'Adénomyose :

- A. est la présence de larges nappes d'endomètre en situation ectopique dans l'ovaire
- B. constitue l'élément autour duquel apparaît une hyperplasie des muscles lisses.
- C. Présente à la coupe une zone blanc rosée qui tranche sur des plages rougeâtres déprimées et kystiques
- D. S'associe souvent à un sarcome stromal de haut grade
- E. Présente des glandes endométriales atypiques au sein d'un chorion cytogène

5- Le sarcome stromal de haut grade :

- A. Est une tumeur indifférenciée et agressive
- B. Infiltré massivement le myomètre
- C. Ne présente pas de remaniements nécrotico-hémorragiques
- D. A peu de mitoses atypiques
- E. Est RO-RP négatif (-)

Département de Médecine de Constantine-Epreuve de Gynécologie-A5-R3-(théorie+pratique) RE le 21-12-2021

Date de l'épreuve : 12/12/2021

Corrigé Type

Barème par question : 0.285714

N°	Rép./Alternatives 1&2	
1	ABCDE	
2	ABC	
3	AB	ABD
4	ABCDE	
5	AB	ABE
6	B	BC
7	B	BE
8	ABE	
9	B	
10	AD	D
11	ABE	
12	ABD	
13	ABC	
14	C	
15	ABC	
16	ABDE	
17	BCDE	
18	ACDE	
19	ACD	
20	ABDE	
21	ABCDE	
22	ABCD	
23	ACDE	
24	ADE	
25	ABDE	
26	ACDE	
27	ACD	
28	E	
29	ACD	
30	C	
31	C	
32	ABC	
33	ABCD	E
34	ACDE	
35	CD	

N°	Rép./Alternatives 1&2	
36	B	
37	BD	
38	ABC	
39	AC	
40	C	
41	BE	
42	ACDE	
43	CD	
44	ABDE	
45	ABCD	
46	CDE	
47	AB	
48	ADE	
49	ABE	
50	BCDE	
51	ABE	
52	BCD	
53	BCD	
54	BE	
55	ABD	
56	ADE	
57	AE	
58	ABCD	
59	ACDE	
60	BCE	
61	BCDE	
62	BCDE	
63	BDE	
64	AE	
65	CD	
66	ABE	
67	CDE	
68	ABD	
69	BC	
70	BD	

Handwritten signature and initials: *BT CHA*