

Vous recevez en urgence Mme G. 23 ans, nullipare, pour des douleurs pelviennes latéralisées à gauche, d'apparition progressive. La patiente n'est pas sous 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 empatement du cul-de-sac vaginal gauche.

01-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

(E) ✓

(E)

(E)

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

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

(A) (C) ✓

(A) (C)

(A) (C)

03-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

(A) ✓

A.

(A)

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

BDL

(A) (B) (D)

5 Quel (s) examen (s) paraclinique (s) réalisez-vous en 1ère 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

CE ✓

CE.

(C) (E)

6-La patiente présente des métrorragies modérées et est soulagée par du paracétamol. Les β-hCG (hormone Chorionique gonadotrophique) plasmatiques prélevées 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 annexielle et pas d'épanchement intra-abdominal.

71500.

Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) votre (vos) hypothèse(s) diagnostique(s) encore valable(s) à ce stade ?

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

B ✓

(b)

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 48h pour contrôler la cinétique de B-HCG
- c- injection intramusculaire de méthotrexate
- d- prise en charge chirurgicale par coelioscopie
- e- injection d'immunoglobuline anti-D

BL ✓

(B)

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

foo

(foo)

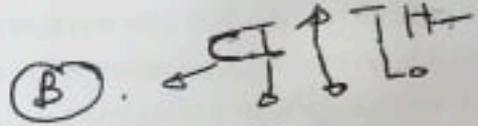
ALFE

(A)

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

BV ✓



10- L'échographie a retrouvé un hématosalpinx gauche de 25 mm, la patiente est pauci symptomatique et le taux β -hCG est à 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

DV ✓

(D)

11- Quelles sont les contre-indications obstétricales à la tocolyse ?

- a. chorioamniotite.
- b. le placenta praevia.
- c. les grossesses dont le terme est supérieur à 37 sa.
- d. les grossesses gémellaires.
- e. la souffrance fœtale.

E

12- la prématurité extrême ou très grande prématurité est définie par un terme de grossesse :

- a- < 28 SA
- b- Entre 32 et 37 SA
- c- Entre 34 et 36 SA
- d- entre 28 et 32 SA
- e- < 32 SA

A

13- Quels sont les dangers encourus au fœtus en cas d'hypertension pendant la grossesse ?

- a- Une naissance prématurée.
- b- Une malformation.

OPPO

- c- Un retard de croissance intra utérin
- d- Une mort fœtale.
- e- Un avortement du 1er trimestre.

14- dans le syndrome de Sheehan, une ou plusieurs des propositions suivantes sont exactes:

- a- correspond à une nécrose hypophysaire
- b- survenant généralement au début de grossesse
- c- favorisé par la survenue d'un collapsus au cours de l'accouchement
- d- volontiers annoncé par une absence de retour de couches
- e- volontiers annoncé par une absence de montée laiteuse.

15- Quels sont parmi les facteurs de risque ci-dessous ceux qui font redouter une hypertension pendant la grossesse ?

- a- l'obésité.
- b- l'âge maternel élevé.
- c- un antécédent de pré-éclampsie.
- d- une grossesse multiple.
- e- une infection urinaire.

ABCD

16- Pour faire le diagnostic de pré-éclampsie, il faut observer chez une femme enceinte :

- a- une infection urinaire.
- b- une protéinurie supérieure à 0,30 g/24 h.
- c- une hypertension artérielle supérieure à 14/9.
- d- des métrorragies.
- e- une prise de poids

BC

17- Quels sont, parmi les signes cliniques ci-dessous, ceux qui font craindre une crise d'éclampsie chez une femme enceinte?

- a- apparition d'œdèmes des membres inférieurs.
- b- apparition de céphalées.
- c- apparition de bourdonnements d'oreille.
- d- apparition de douleurs épigastriques en barre.
- e- apparition de troubles visuels

BCDE

18- Quelles sont les mesures préventives que l'on peut proposer pour prévenir la récidive de la pré-éclampsie chez une femme à haut risque ?

- a- aucune mesure.
- b- le régime sans sel.
- c- la prise de 100 mg d'aspirine par jour.
- d- la supplémentation en fer
- e- une consultation périconceptionnelle pour adapter le traitement antihypertenseur.

CE

19- Un fibromyome est :

- a- une tumeur musculaire lisse bénigne.
- b- une fibrose du muscle utérin due à l'âge.
- c- une pathologie fréquente chez la femme en âge de procréer.
- d- une tumeur qui augmente de volume sous l'influence des œstrogènes.
- e- une tumeur qui peut régresser après la ménopause.

ACDE

20 - Les signes révélateurs habituels du fibrome sont :

- a- les ménorragies.
- b- menometrorragies.
- c- une pesanteur abdominale.
- d- lors d'un examen gynécologique systématique.
- e- une infertilité

ABD

21 - Les complications d'un fibrome sont :

- a- la nécrobiose aseptique.
- b- augmente de taille pendant de la grossesse
- c- des ménorragies.
- d- compression des uretères.
- e- torsion d'un fibrome pédiculé

ADE

22-- La rupture prématurée des membranes (RPM) est :

- a- Une rupture se produisant avant le début du travail
- b- Une rupture se produisant au cours du travail
- c- Une rupture franche de l'amnios et du chorion
- d- Survenant uniquement sur grossesse à terme

AC

e- Le terme de « prématurée » s'applique à l'âge gestationnel
23- au cours d'une rupture prématurée des membranes avant 24 SA :

- BCDE
- a- Une interruption médicale de grossesse est systématique.
 - b- En l'absence de travail, l'expectative est de mise.
 - c- Une interruption médicale est envisagée en cas de chorioamniotite
 - d- Un repos avec surveillance clinique et biologique sont préconisés.
 - e- Expliquer à la mère les conséquences de l'oligoamnios prolongé.

24- Si RPM survient après 37 SA :

- D
- a- Le transfert en maternité niveau 3 s'impose
 - b- La voie haute est systématique
 - c- Il n'y a pas d'indication à tocolyser.
 - d- Déclenchement artificiel du travail en absence de contre-indication à la voie basse
 - e- Il n'y a pas d'indication à administrer des corticoïdes

25- dans la rupture prématurée des membranes :

- ABE
- a- Le diagnostic est évident dans 90 % des cas
 - b- Le toucher vaginal (TV) est déconseillé si la patiente n'est pas en travail.
 - c- Les tests diagnostiques sont systématiques.
 - d- L'examen au spéculum est contre indiqué
 - e- Le diagnostic de la RPM est avant tout clinique

26- une gestante de 33ans G3/PO utérus bicicatriciel, qui présente un diabète gestationnel consulte pour une RPM sur grossesse de 36SA

Quelle serait votre CAT :

- C
- a- hospitalisation
 - b- instaurer un traitement tocolytique
 - c- surveillance du cycle glycémique
 - d- antibiothérapie
 - e- une corticothérapie si le diabète est déséquilibré

27- le bilan infectieux est correct, pas de CU, échographie : biométrie conforme, ERCF normal

Quelle serait votre CAT :

- B
- a- déclenchement du travail à 38SA
 - b- déclenchement du travail à 39SA
 - c- césarienne à 38SA
 - d- pas d'indication pour le déclenchement
 - e- Césarienne à 36SA

28- si le diabète est très déséquilibré à 3g, +++d'acétone à la chimie des urines, ERCF : signes de SFA:

- E
- a- vous augmentez les doses d'insuline
 - b- règles hygiène diététiques
 - c- corticothérapie
 - d- antidiabétiques oraux
 - e- interruption de grossesse

une gestante de 40ans G6/P5, qui consulte pour des métrorragies noirâtres sur grossesse à terme, avec des signes d'état de choc, TA 16/10 avec céphalées, barre epigastrique, bourdonnement d'oreilles CU +++ de protéines, à l'échographie : activité cardiaque négative

29- Quels sont les diagnostics à évoquer :

- A
- a- une prééclampsie sévère compliquée d'HRP
 - b- HELLP syndrome
 - c- Hématome sous capsulaire du foie
 - d- HTA gravidique sévère
 - e- cholestase gravidique

30- votre attitude thérapeutique consiste à :

- a- interrompre la grossesse

- b- expectative
- c- déclenchement du travail
- d- césarienne en urgence
- e- réanimation

31- quel est la classification utilisé pour apprécier l'état de gravité :

- a- score de BISHOP
- b- la classification de sher
- c- la classification de BESSIS
- d- le score biophysique de MANNING
- e- la classification de PRICILLA WHITE

32- le stade que vous retenir est le stade :

- a- I
- b- II
- c- III
- d- IIIa
- e- IIIb

33- quels sont les moyens thérapeutiques utilisés pour assurer l'hémostase en cas de CIVD :

- a- plasma frais congelé
- b- facteur V
- c- Facteur VII a recombinant
- d- misoprostol
- e- sulprostone

34- en cas de rupture utérine complexes chez une multipare votre traitement consiste à faire :

- a- un traitement conservateur
- b- ligatures vasculaires
- c- embolisation des artères utérines
- d- hystérectomie d'hémostase
- e- sonde de BAKRI

35- toutes ces propositions concernant le placenta accreta sont fausses sauf une :

- a- survient toujours sur des cicatrices obstétricales
- b- le placenta se décolle facilement
- c- l'hystérectomie est le seul traitement
- d- risque hémorragique très élevés
- e- le diagnostique est par une TDM X

36- Le Choriocarcinome survient

- a- 25 % après un avortement ou une GEU
- b- 25 % après une grossesse normale

c- 50 % après une Môle hydatiforme complète

d- uniquement après une grossesse molaire complète

e- uniquement après une grossesse molaire partielle

37- DANS LA Surveillance biologique APRES UNE MOLLE II est recommandé:

- a- dosage de l'hCG totale sérique hebdomadaire jusqu'à négativation confirmée par 3 dosages successifs
- b- Après négativation, dosage mensuel de l'hCG - pendant 6 mois en cas de MHP
- c- Après négativation - pendant 12 mois en cas de MHC
- d- Après négativation - pendant 6 mois en cas de MHC si l'hCG s'est négative en moins de 8 semaines

AUCUNE SURVEILLANCE

38- Les 4 critères diagnostiques de Tumeurs Trophoblastiques Gestationnelles post molaires

A- Existence d'un plateau (variation inférieure à 10%) des valeurs d'hCG sur au moins quatre dosages hebdomadaires successifs durant une période de 3 semaines (J1, J7, J14 et J21)

B- Existence d'une augmentation (accroissement d'au moins 10%) des valeurs d'hCG sur au moins trois dosages hebdomadaires successifs durant une période de 2 semaines (J1, J7, J14)

C- Persistance d'hCG détectable plus de 6 mois après évacuation.

D- Diagnostic histologique de choriocarcinome

E- Existence d'une augmentation (accroissement d'au moins 10%) des valeurs d'hCG sur au moins 4 dosages hebdomadaires successifs durant une période de 3 semaines

39- Concernant l'implant :

a- Il s'agit d'un estro progestatif

b- La pose se fait en intra uterin

c- Les effets secondaires sont les saignements et la prise du poids

d- Se pose à la face externe du bras

E- il s'agit d'un micro progestatif

40- Stérilet au cuivre :

A- Voie d'administration : insertion intra-utérine.

B- Mode d'action : Le cuivre provoque une réponse inflammatoire locale qui empêche la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde.

C- Mode d'utilisation : insertion du stérilet dans l'utérus par un médecin pour une durée de 4 à 5 ans.

D- Taille : longueur 3,5 cm

E- mode d'action : bloque l'ovulation

41- LA Contraception estroprogestative

a- Contient un estrogène (éthinyloestradiol) et un progestatif (variable selon les produits).

b- Contient un progestatif FIXE et un estrogène (variable selon les produits)

c- Mode d'action : action sur les 3 verrous contraceptifs :

d- Voies d'administration : 3 possibles : transdermique, intra vaginale, orale

e- Voie d'administration orale seulement

42- La présentation de la face

a- Est une présentation céphalique en déflexion maximale

b- Le menton est le repère pour la variété de position.

c- L'accouchement par voie basse est toujours possible

d- Tourne en avant ou s'enclave

e- Le pronostic de cette présentation est moins favorable que celui du front

43- Au toucher vaginal, en cas de présentation de la face

a- On peut toucher la petite fontanelle

b- On doit toucher le menton

c- Le front n'est pas accessible

d- La bouche est le repère de la présentation

E ~~a~~ Le nez se situe au centre de la présentation ✓

44- La présentation du bregma

a- La flexion de la tête fœtale est maximale

b- Le repère est le front

c- Au toucher vaginal : le bregma se situe au centre du DS

d- La petite fontanelle n'est jamais palpée

e- Le dégagement s'effectue au départ par une flexion de la tête, Puis une déflexion

45- Les grossesses gémeillaires dizygotes

a- Issues de la Fécondation de deux ovocytes par deux spermatozoïdes.

b- Les deux embryons ont des patrimoines génétiques identiques

c- Peuvent être de sexes opposés

d- Sont toujours bi-choriales bi-amniotiques.

e- Peuvent être mono-choriales

46- Les grossesses gémeillaires monozygotes

a- Le patrimoine génétique est différent

b- Elles sont Toujours de même sexe

c- Elles peuvent être bi-choriale bi amniotique.

d- Elles sont toujours mono choriale bi amniotique.

e- Si La division est précoce on aura une mono choriale mono amniotique.

- 47-Le syndrome transfuseur-transfusé
- a- Conséquence d'Anastomoses vasculaires entre deux circulations
 - b- Concerne la grossesse gémellaire mono chorale bi amniotique.
 - c- Le transfuseur a plus de ~~chance~~ pour survivre
 - d- On aura un oligoamnion ~~chez~~ Le transfusé
 - e- IRM cérébrale vers 32 SA ~~est~~ recommandée

- 48-Les indications de césarienne en cas de grossesse gémellaire
- a- J1 ~~Céphalique~~
 - b- GG mono-amniotique
 - c- Utérus cicatriciel+ J2 non céphalique
 - d- Monstre double
 - e- J2 non ~~céphalique~~

- 49-L'accouchement du deuxième jumeau :
- a- Doit être active afin de raccourcir le délai de naissance entre les deux
 - b- ERCF obligatoire sur j2,
 - c- Si présentation de J2 céphalique haute : version puis grande extraction de siège
 - d- Si présentation de J2 transverse : on rompt la ~~poche~~ des eaux
 - e- On risque un accrochage si le j2 est en transverse

- 50-Le Siège décompleté
- a- Les membres inférieurs en extensions sont relevés en attelles,
 - b- Les pieds arrivent au niveau de la tête fœtale
 - c- Les jambes sont fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur l'abdomen
 - d- Est une modalité Plus fréquent chez la ~~multipare~~ AB
 - e- Le fœtus est assis « en tailleur »

- 51-Le Repère de la présentation de siège est :
- a- Le sacrum
 - b- Le talon
 - c- Le bi trochantérien
 - d- L'anus
 - e- Le tibia

- 52-Les étiologies de présentation de siège :
- a- La primiparité
 - b- Malformations utérines
 - c- Le dépassement de terme
 - d- Malformations fœtales
 - e- Placenta prævia

- 53--Examen clinique lors de la présentation de siège :
- a- L'utérus a un grand axe longitudinal
 - b- Dans le fond utérin ~~pôle~~ irrégulier et volumineux et de consistance molle
 - c- Au toucher vaginal : on ~~peut~~ toujours toucher les talons
 - d- Le relief osseux ~~correspondant~~ à la pyramide nasale
 - e- On peut faire le diagnostic grâce à l'Echographie

- 54-Les indications de Césarienne en cas de présentation de siège
- a- Bassin limite ou chirurgical
 - b- Malformation utérine
 - c- Tête fœtale ~~flexie~~
 - d- Macrosomie fœtale
 - e- Obstacle prævia

- 55-Les Manœuvres obstétricales pratiquées lors de l'accouchement de siège
- a- Manœuvre de Vermelin ~~pour~~ accouchement de siège compliqué
 - b- Manœuvre de Bracht pour la rétention de la tête dans l'excavation
 - c- Manœuvre de Maurice au en cas de défaut d'engagement de la tête
 - d- Manœuvre de lovset en cas de relèvement des bras

- 56- L'adénose sclérosante :
- A. se traduit par une rétraction ~~carané~~ ou mamelonnaire.
 - B. de couleur blanc rosâtre, ferme à la coupe
 - C. présente microscopiquement un aspect alvéolaire.
 - D. se traduit par une hyperplasie des lobules. (D)
 - E. se traduit par une hyperplasie des cellules épithéliales.
- 57- Dans la cytologie mammaire :
- A. la ponction se fait toujours par aspiration active.
 - B. le séchage à l'air libre des lames est préconisé pour la coloration de papanicolaou.
 - C. la cytocentrifugation est nécessaire pour les lésions kystiques
 - D. la fixation des lames est nécessaire avant la coloration de giemsa.
 - E. les cellules malignes présentent un aspect de noyau nu. E
- 58- Le sarcome phyllode :
- A. est l'apanage de la femme ménopausée
 - B. est encapsulée et présente un aspect en puzzle.
 - C. présente plus 10 mitoses par champs
 - D. seule la composante mésenchymateuse est maligne. (BD)
 - E. est lymphophile.
- 59- L'examen extemporané :
- A. nécessite des coupes en congélation à - 20°C. ✓
 - B. est indiqué dans la recherche du ganglion sentinelle.
 - C. permet de donner le type exact du carcinome.
 - D. est demandé dans les 24h qui suivent l'intervention chirurgicale.
 - E. nécessite l'utilisation du bleu de toluidine. A
- 60- Le cystadénocarcinome serreux de l'ovaire :
- A. est bordé d'un épithélium rappelant l'épithélium tubaire.
 - B. multiloculaire avec des zones hémorragiques et nécrotiques. ABC
 - C. formé de papilles qui infiltrent la paroi.
 - D. est faite de cellules en grain de café.
 - E. est composée de cellules en clous de tapissier.
- 61- A propos du FCV :
- A. il est pratiqué chez toutes les femmes de 25 ans à 65 ans
 - B. La technique en monocouche permet la recherche du HPV de haut risque
 - C. Les lésions de bas grade est augmenté de plus 50% par la technique en monocouche
 - D. trouve sont intérêt dans le dépistage des carcinomes infiltrants
 - E. les résultats doivent être exprimés avec la classification de Bethesda 2001 BC
- 62- le Krukenberg :
- A. est une tumeur primitive épithéliale.
 - B. peut être d'origine biliaire
 - C. est toujours d'origine digestive
 - D. les cellules présentent un aspect en clous de tapissier
 - E. les cellules sont en bague à chaton BE
- 63- La tumeur de la granulosa adulte :
- A. prend son origine des cordons sexuels
 - B. est potentiellement récidivante
 - C. est une tumeur non fonctionnelle
 - D. se caractérise par la présence de corps de call exner
 - E. les cellules présentent un aspect en clou de tapisser. ABD
- 64- Le condylome du col :
- A. est une tumeur causée par l'epstein barr virus
 - B. peut évoluer vers un carcinome
 - C. est une tumeur papillomateuse
 - D. est composée de cellules vacuolisées
 - E. présentent des noyaux irréguliers parfois mitotiques BCD

65- Le nodule stromal :

- A. est une tumeur maligne
- B. est une tumeur bien limitée
- C. se différencie du sarcome de haut grade par la présence de nécrose tumorale
- D. présente des atypies peu marquées
- E. se développe à partir des faisceaux musculaires du myomètre

BD

66- La molle hydatiforme partielle :

- A. se définit par un placenta anormal avec hydrops villositaires
- B. se caractérise par de nombreuses villosités de taille égale
- C. caractérisée par une hyperplasie syncytiotrophoblastique incomplète
- D. est de mauvais pronostic car invasive
- E. évolue vers un choriocarcinome

AC

67- L'endométriiose :

- A. est défini comme une localisation ectopique de la muqueuse myométriale
- B. présente des atypies cellulaires marquées
- C. caractérisé microscopiquement par des tubes glandulaires entourés d'un chorion cytogène
- D. présente macroscopiquement un liquide de couleur chocolat
- E. évolue souvent vers un adénocarcinome endométrioïde

CD

68- Le sarcome du stroma endométrial de bas grade :

- A. est une tumeur bénigne
- B. est une tumeur à développement myométrial
- C. est une tumeur agressive avec un haut potentiel de malignité
- D. a une évolution lente et pronostic favorable
- E. dérive du chorion cytogène

BDE

69- L'adénocarcinome endométrioïde :

- A. est une tumeur de la femme jeune en activité génitale
- B. peut présenter une différenciation squameuse avec dyskératose
- C. se caractérise par des glandes endométriales confluentes avec noyaux irréguliers
- D. est une tumeur bien limitée et encapsulée
- E. est RO(+)/RP(-)

BC

70- Sur le plan microscopique, les léiomyomes :

- A. ont un aspect tourbillonnant, fasciculé des trousseaux musculaires
- B. ont de nombreuses mitoses atypiques
- C. sont largement nécrotiques
- D. sont des tumeurs généralement bien limitées
- E. présentent des noyaux atypiques voir monstrueux

AD

Département de Médecine de Constantine-Epreuve Gynécologie-A5-R3-(théorie) le 10-06-2021

Date de l'épreuve : 31/05/2021

Corrigé Type

10 question(s) retirée(s) - Barème par question : 0.33333333 (au lieu de 0.29)

N°	Rép.
1	X
2	X
3	X
4	X
5	X
6	X
7	X
8	X
9	X
10	X
11	ACE
12	A
13	ACD
14	ACDE
15	ABCD
16	BC
17	BCDE
18	CE
19	ACDE
20	ABCDE
21	ABCDE
22	AC
23	BCDE
24	CDE
25	ABE
26	ABCD
27	C
28	AE
29	A
30	ADE
31	B
32	D
33	ACDE
34	D
35	D

N°	Rép.
36	ABC
37	ABCD
38	ABCD
39	CDE
40	ABCD
41	ACD
42	ABD
43	BE
44	BCDE
45	ACD
46	BC
47	ABC
48	BCD
49	ABC
50	AB
51	A
52	BDE
53	AE
54	ABDE
55	BCD
56	DE
57	CE
58	D
59	BE
60	ABC
61	BCE
62	BE
63	ABD
64	BCD
65	BD
66	AC
67	CD
68	BDE
69	BC
70	AD

	reponses
1	BCE
2	ABC
3	ABD
4	BCDE
5	ACE
6	BC
7	BE
8	ABE
9	AB
10	D
11	ACE

01 → BCDE
03 → AB / ABD

Dr. BICHA Soulef
Maître Assistante en
Gynécologie-Obstétrique