

Module de gynécologie obstétrique

3^{ème} rotation 2017-2018

Partie Théorique : 01-59

Partie Pratique : 60-70

Ana-path : 71-90

Cocher la ou les bonnes réponses

1. -le syndrome de meadows:
 - a. de survenue exclusivement gravidique
 - b. est une anomalie du myocarde
 - c. touche surtout la race noire
 - d. impose une contraception
 - e. caractérisé par une anomalie de la diastole
2. chez la femme atteinte d'une cardiopathie :
 - a. les valvulopathies sténosantes imposent une stérilisation tubaire
 - b. la cardiomyopathie dilatée hypokinétique contre-indique une grossesse
 - c. la cardioversion doit être pratiquée à chaque fois qu'elle est indiquée peu importe l'âge de la grossesse
 - d. l'insuffisance mitrale est de généralement de mauvais pronostic pendant la grossesse
 - e. l'arythmie complète est à moindre risque thrombogène pendant la grossesse
3. l'anémie pendant la grossesse
 - a. impose une recherche étiologique
 - b. est en général une anémie martiale
 - c. la grossesse l'aggrave souvent
 - d. impose un frottis sanguin
 - e. le traitement par voie parentérale peut être une alternative
4. la tuberculose génitale:
 - a. est de diagnostic souvent facile
 - b. son pronostic sur la fertilité est fâcheux
 - c. le mycobacterium bovis en est responsable
 - d. peut être une infection sexuellement transmissible
 - e. ne peut manifester par une ménorragie
5. au cours de la tuberculose génitale
 - a. l'HSG peut être réalisée pendant la phase active
 - b. la douleur pelvienne est fréquente
 - c. le tableau clinique peut mimer une infection génitale haute
 - d. l'obstruction tubaire est distale
 - e. la chirurgie traite les séquelles
6. l'avortement provoqué
 - a. est un avortement non médicalisé
 - b. on ne procède qu'à des manœuvres
 - c. les complications y sont fréquentes
 - d. on doit y penser devant un avortement fébrile
 - e. les personnes qui le pratiquent sont compétentes
7. l'avortement spontanés
 - a. la cause la plus fréquente est une incompetence cervicale
 - b. résulte d'une anomalie du contenu ou du contenant
 - c. une aberration chromosomique entraîne plutôt un avortement tardif
 - d. les causes immunologiques sont responsables d'avortement tardif à répétition
 - e. l'avortement précoce nécessite un curetage
8. le cancer du col de l'utérus:
 - a. est le cancer gynécologique le plus fréquent en Afrique
 - b. peut toucher une femme de 28 ans
 - c. les lésions de haut grade imposent une hystérectomie
 - d. la zone de jonction est la zone où se développent tous les cancers du col
 - e. le pronostic dépend surtout du stade et du statut ganglionnaire
9. le frottis cervico-utérin:
 - a. peut se réaliser chez une femme de 80 ans
 - b. se pratique chez une femme vaccinée contre le HPV
 - c. est un test spécifique
 - d. est réalisé a fortiori chez les femmes atteintes de VIH
 - e. le typage viral HPV peut le remplacer

10. le syndrome de turner associe
- une aménorrhée secondaire
 - une aménorrhée primaire
 - un syndrome malformatif
 - une anosmie
 - une petite taille
11. pendant la phase folliculaire du cycle menstruel le FSH hypophysaire entraine :
- oxydation de l'œstradiol.
 - le développement de follicule de Degraaf.
 - la sécrétion de la progestérone.
 - le développement de l'endomètre.
 - le maintien du corps jaune.
12. les oligoménorrhées:
- des règles raccourcies en durée.
 - règles peu abondantes.
 - peut évoquer une synéchie utérine.
 - peut évoquer hypertrophie de l'endomètre.
 - peut évoquer une imperforation hyménale
13. On appelle ménorragies:
- une hémorragie pendant la grossesse.
 - des règles abondants.
 - une hémorragie en dehors des règles normales.
 - une hémorragie avant la puberté.
 - des règles prolongées.
14. Le syndrome de Turner est caractérisé par :
- caryotype 45X0.
 - Aspect de l'ovaire en bandelette
 - Aménorrhée primaire avec hypogonadisme hypergonadotrope
 - Aménorrhée primaire avec hypogonadisme hypogonadotrope.
 - Aménorrhée primaire avec galactorrhée
15. une patiente âgée de 18 ans, consulte pour aménorrhée primaire, le morphotype est féminin. Quels sont les diagnostics possibles :
- diaphragme vaginal transversal.
 - tuberculose pulmonaire prépubertaire.
 - syndrome de Rokitanski.
 - dystrophie ovarienne.
 - syndrome de turner
16. Lorsque chez une jeune fille avec une aménorrhée primaire, le taux plasmatique de FSH est élevé, on peut évoquer:
- une dystrophie ovarienne micropolykystique
 - une aplasie utéro-vaginale
 - une dysgénésie gonadique.
 - un syndrome de Turner
 - castration ovarienne
17. Dans l'aménorrhée primaire avec caractères sexuels secondaires présents et normaux :
- la puberté est normale.
 - le taux des gonadotrophines est très bas.
 - le taux des stéroïdes sexuels diminué.
 - le morphotype est toujours féminin.
 - syndrome de Netter et Musset
18. L'aménorrhée secondaire peut être due :
- Dystrophie ovarienne.
 - Tuberculose génitale prépubertaire.
 - Agénésie utéro-vaginale,
 - Syndrome de Sheehan.
 - Hyperprolactinémie
19. La délivrance est le dernier temps de l'accouchement , elle est caractérisée par :
- Un temps de repos physiologique de 15 à 30 minutes ;
 - L'expulsion rare du placenta par sa face foetale première selon le mode baudelocque ;
 - L'expulsion habituelle du placenta par sa face maternelle première selon le mode duncan ;
 - La délivrance spontanée où l'intervention active de l'accoucheur est impérative,
 - La délivrance dirigée prévient les saignements importants.

20. En cas de rupture prématurée des membranes, le risque foetale est important dans les cas suivants :
- Terme inférieur à 32 SA ;
 - Diabète gestationnel associé ;
 - En absence de fièvre maternelle ;
 - En cas de chorioamniotite ;
 - Si ERCF réactif entre 120 et 150 btm/min
21. Le diagnostic de mole hydatiforme est posé devant l'association des signes cliniques suivants :
- Saignement noirâtre de faible abondance ;
 - Saignement rougeâtre plus ou moins abondant ;
 - Douleurs pelviennes latéralisées ;
 - Vomissements importants ;
 - Gros utérus
22. Le diagnostic différentiel de mole hydatiforme se pose avec :
- Le placenta praevia ;
 - La menace d'accouchement prématuré ;
 - La rupture utérine ;
 - Le décollement trophoblastique ;
 - La grossesse extra-utérine.
23. Les fibromes utérins peuvent se compliquer :
- De torsion,
 - De rupture
 - De nécrobiose,
 - D'hémorragie ;
 - Compression.
24. Le diabète gestationnel est défini par une intolérance glucidique caractérisé par :
- Apparition en deuxième partie de grossesse ;
 - Des chiffres glycémiques modérément élevés ;
 - Des complications obstétricales inévitables ;
 - Peut être traité par mesures hygiéno-diététiques seules ;
 - L'insulinothérapie est indispensable
25. Les complications foetales du diabète gestationnel sont :
- Le RCIU ;
 - L'avortement ;
 - La mort foetale in utero,
 - Le dépassement de terme ;
 - Les malformations foetales :
26. Les examens nécessaires pour le diagnostic des fibromes sont :
- L'échographie ;
 - L'hysterosonographie ;
 - L'hystérosalpingographie ;
 - La tomodensitométrie ;
 - Le dosage plasmatique des CA125.
27. Dans la présentation de siège :
- La version par manoeuvre externe est systématique ;
 - L'accouchement est toujours dystocique ;
 - Le poids foetale conditionne le pronostic ;
 - L'engagement de la tête dernière est facile quelle que soit la position du menton
 - La dystocie dynamique est rare
28. La présentation de la face représente 0,15% des naissances, elle est caractérisée par :
- Le repère de la présentation étant le menton ;
 - Elle est fréquente chez la primipare ;
 - Favorisée par l'hydramnios ;
 - Elle est eutocique si le menton est en avant ;
 - Elle est eutocique si le menton est en arrière.
29. En cas de salpingite aiguë, la cœlioscopie est :
- Proposée d'emblée pour confirmer le diagnostic
 - indiquée en cas de doute de diagnostic
 - indiquée en cas d'échec du traitement bien conduit d'une salpingite non compliquée
 - indiquée d'emblée dans les formes graves de salpingite aiguë
 - indiquée pour le drainage de l'abcès pelvien

- 30.** Concernant la pilule oestroprogestative :
- la normo dosée est formellement contre indiquée en cas de diabète
 - la minidosée peut être indiquée en cas de diabète compliqué
 - la minidosée ne peut être indiquée quand cas de diabète non compliqué
 - chez les patientes aux ATCD familiaux d'accident thromboembolique, un bilan de thrombophilie doit être prescrit avant toute prescription
 - chez les patientes aux ATCD familiaux d'accident thromboembolique, un bilan de thrombophilie doit être prescrit 3 mois après la prescription
- 31.** la pilule progestative 3eme génération
- contre indiquée en cas de tumeur sensible à la progestérone
 - Contre-indication si ATCD d'accident thromboembolique
 - contre indiquée en cas d'accident thromboembolique évolutif
 - Contraception d'urgence si l'oubli dépasse 3 h
 - Contraception d'urgence si l'oubli dépasse 12h
- 32.** les examens biologiques obligatoirement prescrits au cours du premier trimestre de la grossesse :
- Groupe sanguin, phénotypes rhésus et kell.
 - Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI)
 - Sérologies de la rubéole et de la toxoplasmose, sauf si immunité ancienne prouvée. VDRL et TPHA.
 - Sérologie HIV, HVC, HBS
 - protéinurie et glycosurie
- 33.** l'échographie du premier trimestre :
- Est réalisée entre 11SA et 13 SA+6 j
 - Est réalisée a 14 SA
 - Permet de confirmer le terme de la grossesse
 - Permet la mesure de la clarté nucale
 - Permet de faire un morphogramme complet
- 34.** les examens biologiques obligatoirement prescrits au cours du 2 et 3 trimestres de la grossesse
- Protéinurie et glycosurie tous les mois -
 - Recherche du portage du streptocoque B par un prélèvement vaginal au 8e mois.
 - Recherche d'agglutinines irrégulières aux 6em mois si femme rhésus négatif
 - NFS et antigène HBS une fois pendant le sixième mois de grossesse
 - Test de dépistage ciblé du diabète gestationnel
- 35.** Trois supplémentations sont recommandées au cours e la grossesse :
- L'acide folique en période périconceptionnelle.
 - La vitamine D au 3e trimestre.
 - La vitamine K en fin de grossesse chez les femmes prenant des médicaments qui modifient le métabolisme de la vitamine
 - Le FER
 - Calcium et fluor
- 36.** Concernant la mécanique obstétricale, il est vraie que :
- La rotation du dos en arrière lors du dégagement dans la présentation du siège est redoutable.
 - La présentation de face ne sera eutocique que si le menton tourne en arrière
 - La nutation favorise l'engagement
 - La présentation en occipito-sacré présente un risque périnéal majeur
 - La présentation du front implique une césarienne systématique
- 37.** La valeur de l'HCg nous renseigne sur
- Le siège de la GEU
 - le terme de la GEU
 - l'évolutivité de la grossesse en cas de dédoublement en 48 h
 - l'efficacite du traitement médical
 - le diagnostique de grossesse

38. L'échographie le signe direct de la GEU est
- un sac gestationnel avec embryon visible en latéro utérin
 - ~~un utérus vide~~ épanchement de cul de Douglas
 - un utérus vide
 - une image en cocarde en intra utérin
 - aucune de ces propositions
39. la nidation normale se fait dans un endomètre
- prolifératif
 - sécrétoire
 - inflammatoire
 - hypotrophique
 - atrophique
40. les complications des fibromes utérins sont
- l'hémorragie
 - la nécrobiose aseptique
 - la mole hydatiforme
 - les avortements en cas de grossesse ^{se} à torsion
41. Parmi ces propositions concernant le fibrome et la grossesse, laquelle est fautive ?
- Le fibrome peut gêner le diagnostic de grossesse jeune
 - Si il existe un fibrome au 3ème trimestre d'une grossesse il faut faire une myomectomie
 - La nécrobiose aseptique est la plus fréquente
 - On observe plus souvent des présentations anormales
 - Le fibrome peut constituer un obstacle à l'accouchement
42. Le traitement non chirurgical du fibrome utérin comporte en général :
- L'administration d'oestrogènes
 - L'administration d'androgènes
 - L'administration de progestatifs
 - Un traitement radiothérapeutique
 - Une association de plusieurs de ces thérapeutiques
43. Quelle indication thérapeutique parmi les suivantes vous paraît la plus logique chez une femme ménopausée présentant un gros utérus fibromateux avec ménorragie et déformation de la cavité utérine à l'hystérographie ?
- Myomectomie
 - Progestatifs
 - Oestrogènes
 - Hystérectomie totale sans conservation des ovaires
 - Hystérectomie sous-totale avec conservation des ovaires
44. La complication la plus fréquente du fibrome sous-muqueux type 1 est
- La torsion
 - L'infection
 - Les métrorragies
 - La transformation en cancer
 - La nécrobiose aseptique
45. Quel est le fibrome utérin pour lequel le traitement chirurgical est le plus souvent nécessaire ?
- Fibrome type 5
 - Fibrome type 0
 - Fibrome type 2
 - Fibrome type 3
 - Fibrome type 4
46. La grossesse extra-utérine a une fréquence accrue dans la ou les circonstances suivantes :
- Antécédent de stérilité
 - Antécédent de salpingite
 - Antécédent d'avortements spontanés du deuxième trimestre
 - Contraception par oestro-progestatif normo-dose
 - Contraception par stérilet

47. Lorsqu'un examen clinique semble normal lors d'une suspicion de grossesse extra-utérine, que faut-il faire :
- Reconvoquer la patiente quinze jours plus tard pour un nouvel examen
 - Faire une coelioscopie
 - Demander un dosage de b-HCG et une échographie
 - L'opérer immédiatement
 - Aucune de ces propositions n'est correcte
48. Au cours des grossesses extra-utérines, le site d'implantation ectopique le plus fréquent est :
- Le pavillon tubaire
 - L'ovaire
 - La portion isthmique de la trompe
 - L'ampoulette tubaire
 - La portion interstitielle de la trompe
49. Une femme jeune présente des métrorragies d'installation récente. L'examen clinique trouve une masse latéro-utérine douloureuse de volume modéré. Quel élément vous permet pratiquement d'éliminer une grossesse extra-utérine en activité ?
- Absence de retard de règles
 - Kyste de l'ovaire connu
 - Test de grossesse standard négatif
 - Existence d'un stérilet en place
 - Taux de b-H.C.G. plasmatique inférieur à 5 milli-unités/ml
50. Une femme de 20 ans présente un nodule mammaire solide de 2 cm de diamètre, d'apparence clinique bénigne. Quel est le diagnostic le plus probable ?
- Cancer
 - Kyste
 - Fibro-adenome
 - Lipome
 - Tuberculose
51. Les cancers du sein qui comportent à la fois des récepteurs d'oestradiol et des récepteurs de progestérone sont hormonosensibles dans un certain pourcentage de cas. Lequel ?
- 10%
 - 20%
 - 30%
 - 80%
 - 100%
52. Mme D. vous consulte pour une tumeur du sein. Quel(s) est(sont) le(s) élément(s) qui vous fait(font) penser qu'elle est à haut risque du cancer du sein ?
- Elle a été opérée d'une mastopathie bénigne
 - Elle a eu 4 enfants
 - Elle prend la pilule
 - Sa mère a eu un cancer du sein
 - Elle a eues ses premières règles à 16 ans
53. Quel est l'examen le plus sensible pour le dépistage des cancers du sein chez la jeune fille ?
- La thermographie
 - La mammographie
 - L'autopalpation
 - L'échographie
 - Le dosage sérique de l'A.C.E
54. Un couple consulte pour infertilité de 02 ans quels examens seront demandés en première intention
- biopsie testiculaire
 - test post-coïtal
 - coelioscopie
 - dosages hormonaux pour le couple
 - spermogramme

- 55.** La BHCG est une hormone
- sécritée par le trophoblaste
 - est positive dès le 10^{eme} jour après la fécondation
 - négative en cas de GEU
 - est positive dès le 14^{eme} jour après la fécondation
- 56.** Concernant le dosage des BHCG :
- leur cinétique est appréciée par des dosages à 48 heures d'intervalle
 - en début de grossesse leur taux double toutes les 48 heures
 - il n y a aucune corrélation entre leur taux et l'âge de la grossesse
 - un dosage des BHCG permet de dater la grossesse de manière très précise
- 57.** le mecanisme d action des estroprogetatifs
- inhibition de l ovulation
 - modification de la glaire
 - action anti nidatoire
 - selection des spermatozoides anormaux
 - modification du peristaltisme tubaire
- 58.** les progestatifs de premiere generation
- inhibent l ovulation
 - entraiment une modification de la glaire cervical
 - ont un indice de pearl 0
 - modifient le peristaltisme tubaire
 - ont une action abortif
- 59.** le sterilet au cuivre
- presente une action abortif
 - presente une action anti nidatoire
 - augmente le risque de GEU
 - bloque de l ovulation
 - modifie la glaire cervical
- 60.** Madame XP âgée de 50 ans qui consulte pour douleur du sein droit avec écoulement mamelonnaire séro sanguinolent
Votre interrogatoire sera complété par la recherche de
- Les antécédents de radiations
 - Les antécédents personnels de mastopathie
 - Les antécédents familiaux de cancer du sein
 - L âge de la puberté
 - L âge de la ménopause
- 61.** La patiente rapporte la notion de prise d un traitement hormonal substitutif
Quels sont les examens à demander
- Une autopalpation mensuelle
 - ~~Une échographie mammaire~~ → *mammographie.*
 - Une échographie mammaire
 - Une IRM mammaire
 - Une étude cytologique de l écoulement mamelonnaire
- 62.** L examen complémentaire a objectivé une image classée ACR 4 de 1 cm de diamètre
Vous complétez votre exploration par
- Examen clinique complet
 - Une macro biopsie
 - Une micro biopsie
 - Une cytoponction
 - Un dosage hormonal
- 63.** Les résultats d analyse ont démontré qu'il s agit d'un carcinome canalaire invasif
Quels seront les examens complémentaires nécessaires pour classer votre cancer
- Une scintigraphie osseuse
 - Une échocardiographie
 - Un scanner thoraco-abdomino-pelvien
 - Une rectoscopie
 - Une cystoscopie

64. Le bilan d'extensions est revenu négatif la tumeur sera classée
- T0n0m0
 - T0n1m1
 - T1n0m0
 - T1n1m1
 - T2n0m0
65. Votre conduite à tenir sera
- Tumorectomie plus ganglion sentinelle
 - mastectomie plus ganglion sentinelle
 - Tumorectomie plus curage ganglionnaire
 - Chimiothérapie néoadjuvante
 - Mastectomie plus curage ganglionnaire
66. Quel est le moyen contraceptif le plus adapté à cette patiente
- Un microprogestatif
 - Un macroprogestatif
 - Un estroprogestatif
 - Un DIU
 - Un implanon
67. Quels seront les moyens de surveillance de cette patiente
- Une échographie mammaire
 - Une mammographie
 - Une scintigraphie
 - Dosage des marqueurs tumoraux ca 15.3
 - IRM mammaire
68. Quel serait le rythme de surveillance
- Hebdomadaire
 - Mensuel
 - Trimestriel
 - semestriel
 - annuel
69. la patiente est mise sous hormonothérapie pendant 5 ans et présente des métrorragies ; quel serait votre conduite à tenir
- une abstention thérapeutique
 - une échographie pelvienne
 - un curetage de l'endomètre à la curette
 - un curetage de l'endomètre par hystérocopie
 - un frottis cervical
70. le résultat ana pathologie révèle une hypertrophie simple de l'endomètre quel serait votre thérapeutique
- Abstention thérapeutique
 - Endometrectomie
 - Hystérectomie
 - Conisation
 - Hystérectomie élargie plus curage ganglionnaire

71- Les critères histologiques du carcinome in situ du col de l'utérus sont :

- A. Une désorganisation de l'ensemble des assises épithéliales.
- B. Une augmentation du rapport nucléo-cytoplasmique.
- C. Un dépassement de la membrane basale.
- D. Une absence de maturité
- E. De nombreuses mitoses

72- Cytologiquement dans le cancer du sein :

- A. La ponction se fait toujours par aspiration active. —
- B. La fixation se fait toujours dans le mélange alcool/éther.
- C. Les résultats sont toujours évidents.
- D. Les cellules malpighiennes présentent un noyau nu.
- E. Les cellules s'agencent en placards

73- Dans les tumeurs de krukenberg.

- A. Le point de départ est exclusivement digestif.
- B. Le point de départ peut être génital.
- C. L'ovaire est d'aspect ferme et lourd.
- D. Les cellules s'agencent en nids et en travées.
- E. Les cellules sont de type en bague à chaton.

74- Dans la dysplasie légère du col de l'utérus.

- A. Les modifications touchent le 1/3 inférieur de l'épithélium.
- B. Les modifications touchent la 1/2 inférieure de l'épithélium.
- C. Les modifications touchent la totalité de l'épithélium.
- D. Les mitoses sont rares.
- E. La basale est respectée

75- La tumeur de Brenner :

- A. Est une tumeur de la trompe
- B. Est une tumeur de l'ovaire
- C. Est faite de cellules parmalpighiennes
- D. Comporte des aspects kystiques
- E. Faites de cellules en bague à chaton

76- Le sarcome Phyllode

- A. Est d'origine épithéliale
- B. Est constitué par un contingent épithélial et mésenchymateux
- C. Seul le contingent mésenchymateux est malin
- D. Donne des métastases ganglionnaires
- E. Le diagnostic de malignité est posé à partir de 10 mitoses par champs au fort grossissement

77- Quelle(s) tumeur(s) bénigne(s) du sein s'accompagne d'un écoulement mamelonnaire .

- A. L'adénome de lactation.
- B. L'adénome tubuleux.
- C. L'adénofibrome.
- D. L'adénome dendritique.
- E. L'adénose sclérosante

78- Parmi les propositions suivantes quelles sont celle retrouvées dans l'adénofibrome :

- A. La prolifération est à la fois conjonctive et épithéliale.
- B. La prolifération est seulement conjonctive.
- C. La tranche de section est grisâtre avec des granulations.
- D. La tranche de section est blanche ou rose avec des petits kystes
- E. La tumeur est hormonale dépendante.

79- Le carcinome épidermoïde du col de l'utérus

- A. Donne macroscopiquement un aspect amputé
- B. Les structures cellulaires se disposent en tubes et en travées
- C. Présente 04 aspects selon l'OMS
- D. Présente de meilleur pronostic quand il est kératinisant à grandes cellules-
- E. Reproduit plus ou moins bien l'épithélium malpighien.

80- Le tératome mature

- A. Peut-être de mauvais pronostic
- B. Présente macroscopiquement une surface molle brillante et rénitente.
- C. Présente à la coupe un écoulement mucoïde
- D. Est une tumeur d'origine germinale
- E. Comporte des fragments osseux

81- L'adénose sclérosante du sein

- A. Peut-être une tumeur précancéreuse
- B. Est ferme grisâtre et mal limité macroscopiquement
- C. Se voit le plus souvent chez la femme de plus de 60 ans
- D. Passe par 2 phases
- E. Présente une hyperplasie des cellules épithéliales à la phase florissante

82- Le séminome

- A. Est une tumeur d'origine somatique
- B. Se voit chez la femme de moins de 30 ans
- C. Présente un stroma important de type inflammatoire
- D. Présente microscopiquement des travées de cellules polyédriques
- E. Son pronostic est toujours mauvais

83- L'adénocarcinome endométrioïde bien différencié de l'endomètre est caractérisé par :

- A. La présence de structures glandulaires adossées.
- B. Un stroma tumoral abondant.
- C. La présence de zones solides qui occupent plus de 50% de la tumeur
- D. La présence de psammomes.
- E. La fréquence des embolies vasculaires.

84- Les facteurs pronostics péjoratifs du cancer de l'endomètre sont :

- A. Le type histologique.
- B. Le grade histologique.
- C. Le degré d'envahissement du myomètre.
- D. La taille de la tumeur.
- E. L'index de prolifération tumorale Ki67.

85- L'adénocarcinome endométrioïde de l'endomètre peut renfermer :

- A. Des zones de métaplasie malpighienne.
- B. Des structures papillaires.
- C. Des glandes ciliées.
- D. Des glandes sécrétoires.
- E. Des structures villositaires.

86- Le carcinome sécrétoire de l'endomètre :

- A. Un cancer de mauvais pronostic.
- B. Un cancer bien différencié.
- C. De diagnostic facile sur prélèvement biopsique.
- D. Caractérisé par un pléomorphisme cyto-nucléaire important.
- E. Peut poser un diagnostic différentiel avec une hyperplasie atypique de l'endomètre.

87- Les tumeurs malignes de l'utérus sont dominées par :

- A- Les carcinomes endométriaux.
- B- Le leiomyosarcome.
- C- Le sarcome du stroma endométrial de bas grade.
- D Le sarcome du stroma endométrial de haut grade.
- E Le carcinosarcome.

88- L'adénocarcinome à cellules claires de l'utérus est :

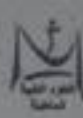
- A. Connu pour son bon pronostic.
- B. Fait de cellules riches en glycogène.
- C. Fait de cellules d'aspect « en clou de tapissier ».
- D. Caractérisé par une architecture papillaire.
- E. Caractérisé par la présence de psammomes

89- L'adénomyose :

- A. Une endométriose externe.
- B. De siège myométriale.
- C. S'accompagne par une hyperplasie du myomètre.
- D. Peut s'accompagner d'un adénocarcinome endométrioïde.
- E. Peut s'accompagner d'un leiomyome.

90- La mole hydatiforme partielle .

- A. La forme la plus fréquente de la grossesse molaire.
- B. Caractérisée par un aspect macroscopique en chapelet.
- C. Comporte des structures témoignant de l'embryogénèse.
- D. Caractérisée par la présence de villosités normales et de villosités pathologiques.
- E. Caractérisée par une hyperplasie trophoblastique importante.



Département de Médecine de Constnatine - Epreu

Gynécologie - A5 - R2 -(théorie+pratique) le 08-07

Date de l'épreuve : 24/05/2018

Corrigé Type

Barème par question : 0.222222

N°	Rép.
1	BCD
2	ABC
3	ABC
4	BCD
5	BCE
6	ACD
7	ABD
8	E
9	BD
10	BCE
11	B
12	BC
13	BE
14	AC
15	AC
16	CDE
17	ABE
18	ADE
19	AE
20	ABD
21	BCDE
22	BE
23	ACDE
24	ABD
25	BCE
26	AB
27	C
28	ACD
29	BCDE
30	ACD
31	ACE
32	ABCE
33	ACD
34	ABCDE
35	ABC

N°	Rép.
36	ACDE
37	CDE
38	A
39	B
40	ABDE
41	B
42	CE
43	D
44	C
45	B
46	BE
47	C
48	D
49	E
50	C
51	D
52	ACD
53	D
54	DE
55	AB
56	AB
57	ABCE
58	B
59	BC
60	ABCDE
61	BE
62	AC
63	ABC
64	C
65	A
66	D
67	BDE
68	E
69	BDE
70	B

N°	Rép.
71	ABDE
72	DE
73	BCE
74	ADE
75	BCD
76	BC
77	D
78	ADE
79	ADE
80	BDE
81	ABDE
82	BCD
83	A
84	ABC
85	ACDE
86	BE
87	A
88	BC
89	BCDE
90	BCD

09 → BCD**22 → DE****73 → BCDE**

Dr. LAHMAR MANAR
Maitre Assistant
Gynéco-Obstétrique

Dr. LA
Maitre
Gyn