

AVoulant

IVG

Vous recevez M. et Mme D. en consultation pour un désir de grossesse évoluant depuis 2 ans. Mme D. a 28 ans. Elle présente comme antécédent une appendicectomie ainsi qu'une interruption volontaire de grossesse par aspiration avec un précédent partenaire il y a 5 ans. Les cycles sont réguliers, tous les 28 jours. M. D. a 32 ans et n'a pas d'enfant. Il n'a pas d'antécédent particulier et ne présente aucun trouble de la fonction érectile. La fréquence de leurs rapports sexuels est de 2 à 3 rapports/semaine. Ils ne présentent pas d'intoxication alcool tabagique.

1-Quel(s) examen(s) de 1re intention prescrivez-vous chez Mme D. pour explorer le trouble de la fertilité ?

- a- bilan sanguin hormonal à J2-5 du cycle
- b- échographie pelvienne à J2-3 du cycle
- c- cœlioscopie avec réalisation d'une épreuve au bleu
- d- IRM pelvienne
- e- IRM hypophysaire

2-Quel (s) examen (s) de 1re intention prescrivez-vous chez M. D. pour explorer le trouble de la fertilité ?

- a- spermogramme
- b- spermocytogramme
- c- spermoculture
- d- échographie testiculaire
- e- caryotype sanguin

3-Vous revoyez le couple pour leur expliquer les résultats. Concernant Mme D., les investigations retrouvent une obstruction tubaire gauche. Le bilan de réserve ovarienne est satisfaisant. Pour ce qui est de M. D., les analyses montrent une absence totale de spermatozoïdes au microscope, sur 2 spermogrammes réalisés à 3 mois d'intervalle. Les différentes explorations réalisées confirment le diagnostic d'azoospermie obstructive. Quelle(s) technique(s) d'AMP envisagez-vous pour le couple ?

- a- stimulation simple de l'ovulation
- b- insémination intra-utérine avec sperme de donneur
- c- fécondation in vitro classique (FIV)
- d- fécondation in vitro avec injection intra cytoplasmique de spermatozoïde (ICSI)
- e- don d'ovocyte

4-Le test sanguin de grossesse réalisé à la date prévue, 14 jours après la ponction, était positif. Vous retrouvez Mme D. aux urgences 5 jours après le test de grossesse, pour des douleurs pelviennes localisées à droite associées à des métrorragies. Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) le(s) plus probable(s) ?

- a- endométrite
- b- grossesse extra-utérine
- c- grossesse intra-utérine évolutive
- d- fausse couche spontanée
- e- appendicite

5-Quel(s) examen(s) prescrivez-vous ?

- a- β-hCG quantitative
- b- échographie pelvienne
- c- prélèvement vaginal
- d- biopsie d'endomètre
- e- frottis cervico-utérin

6-Quel(s) signe(s) échographique(s) orienterai(en)t le diagnostic vers une grossesse extra-utérine ?

- a- décollement trophoblastique



- b- masse latéro-utérine
- c- vacuité utérine
- d- épanchement dans le cul-de-sac recto-utérin
- e- sac gestationnel intra-utérin

7-Le diagnostic de grossesse extra-utérine droite est confirmé. Sachant que Mme D. ne présente aucun signe de gravité, quelle(s) est (sont) votre (vos) proposition(s) thérapeutique(s) ?



- a- prise orale de mifépristone suivie de misoprostol
- b- un traitement par mifépristone seule
- c- une injection de méthotrexate
- d- une aspiration utérine
- e- une cœlioscopie avec Salpingectomie

8-Vous programmez une injection intramusculaire de méthotrexate. Quelle(s) est (sont) les mesures(s) complémentaire(s) que vous devez effectuer ?



- a- réalisation d'une radiographie de thorax
- b- injection d'immunoglobulines si Rh négatif
- c- dosage de progestérone
- d- réalisation d'un électrocardiogramme
- e- contrôle de la fonction hépatique

9-Mme D. bénéficie d'une injection de méthotrexate. Quel suivi organisez-vous ?



- a- surveillance clinique
- b- surveillance hebdomadaire de la décroissance plasmatique des β -hCG jusqu'à négativation
- c- suivi échographique toutes les semaines jusqu'à disparition des signes échographiques
- d- aucune surveillance n'est nécessaire si la patiente reste asymptomatique
- e- contrôle coelioscopique

10-Après cette dure histoire Le couple ne désire pas à ce moment d'entamer un projet de conception Quel(s) type(s) de contraception proposez-vous à la patiente en 1re intention ?

- a- une contraception hormonale de 1re génération
- b- une contraception hormonale de 2e génération
- c- une contraception hormonale de 3e génération
- d- un dispositif intra-utérin
- e- une contraception par microprogestatif

11-L' contraception chez la femme diabétique est de type :

- a- estroprogestatif si il y'a une complication
- b- micro progestatif
- c- implant
- d- DIU
- e- la ligature de trompes

12-Les facteurs influençant l'âge de la ménopause sont :

- a- Des facteurs génétiques
- b- Le tabac
- c- Nombre de grossesses
- d- Stimulation ovarienne dans le cadre de la procréation médicalement assistée
- e- Mode de contraception

13-dans le cas de métrorragies post ménopausique il est vrai que :

- a- l'épaisseur de l'endomètre est supérieure à 10mm
- b- le curetage biopsique est obligatoire
- c- le traitement consiste à administrer des progestatifs
- d- le traitement est une Endometrectomie par hystéroscopie
- e- le diagnostique histologique est systématique

14- Le schéma du traitement hormonal de la ménopause :

- a- séquentiel sans menstruations
- b- combiné avec menstruations

- c- séquentiel avec menstruations \
- d- combiné sans menstruations \
- e- traitement progestatif locale en continu

15- les facteurs de risque de l'hématome rétro placentaire :

- a- la pré éclampsie
- b- le jeune âge maternel
- c- le syndrome des anti phospholipides
- d- un antécédent d'HRP
- e- la carence en folates

16- L'infection urinaire dans le diabète gestationnel :

- a- doit être dépisté systématiquement
- b- n'est dépistée que si elle est symptomatique
- c- est un facteur de déséquilibre du diabète
- d- peut être la cause d'une rupture prématurée des membranes
- e- peut provoquer une menace d'accouchement prématuré

17- Une hémorragie cataclysmique dans le placenta prævia impose :

- a- une réanimation
- b- maintenir la grossesse jusqu'à 37SA
- c- interruption de la grossesse
- d- instaurer un traitement tocolytique
- e- corticothérapie au-delà de 34SA

18- Le diagnostic de l'hématome rétro placentaire est :

- a- clinique
- b- échographique
- c- biologique
- d- peut être suspecté devant un tableau de menace d'accouchement prématuré
- e- peut être suspecté devant une pré éclampsie avec des métrorragies

19- le dépistage du diabète gestationnel se fait par :

- a- une HGPO à 75g de sucre
- b- 2valeurs obligatoires pour poser le diagnostic
- c- les valeurs doivent être supérieures aux normes
- d- les valeurs doivent être supérieures ou égales aux normes
- e- une hémoglobine glyquée est normale

20- concernant la ménopause :

- a- l'âge moyen de survenue est de 50ans
- b- son diagnostic est clinique
- c- la ménopause précoce est toujours brutale
- d- l'étiologie de la ménopause précoce est toujours chromosomique
- e- le control du traitement hormonal de la ménopause est systématique s'il est uniquement en continu

21. Le détroit supérieur :

- a- Sépare le grand bassin du petit bassin.
- b- Son franchissement par la présentation constitue le dégagement
- c- Limité en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne
- d- Limité Latéralement par Les ligaments sacro-tubéreux.
- e- Limité en arrière par le promontoire

22. L'excavation pelvienne

- a- Constitue le grand bassin
- b- Située entre le détroit supérieur et le détroit inférieur
- c- Est là où la présentation effectue sa descente et sa rotation.
- d- Limitée en arrière par la face postérieure de la symphyse pubienne
- e- Présente au niveau de son tiers inférieur le détroit moyen

23. Les Indications de l'exploration radiologique du bassin

- a- Anomalie de l'examen clinique

- b- Antécédents d'accouchement dystocique, traumatisme pelvien
- c- Malformation de la colonne vertébrale
- d- Toute primigeste
- e- Un utérus cicatriciel

24. L'Exploration clinique du bassin

- a- Se réalise lors de la consultation du 8ème mois
- b- Si la patiente a déjà accouché d'un enfant de plus de 3000g, il est classique de considérer le bassin comme normal
- c- Le Diamètre pré-pubien de Trillât est la distance joignant au niveau du bord sup du pubis les 2 plis inguinaux
- d- Le promontoire est accessible dans tous les bassins
- e- Obligatoire chez toute primigeste

25. Parmi les facteurs de risque des présentations défléchies :

- a- La multiparité
- b- Malformations fœtales : tumeurs du cou
- c- Retard de croissance intra-utérin
- d- Anomalie du cordon
- e- Déformation de la cavité utérine

26. Le menton est le repère pour :

- a- La présentation du sommet
- b- La présentation de la face
- c- La présentation de Bregma
- d- La présentation du front
- e- La présentation de siège

27. La présentation du front :

- a- La déflexion du pôle céphalique est partielle à (1/3)
- b- L'Accouchement par voie basse est le plus souvent possible
- c- Le repère de la présentation est la grande fontanelle (BREGMA)
- d- La césarienne est obligatoire si le fœtus est de poids normal
- e- L'accouchement par voie basse est possible si le poids fœtal est >2kg

28. Les grossesses gémellaires bichoriales

- a- Ont deux poches amniotiques avec un seul placenta
- b- Peuvent être monoamniotiques
- c- Peuvent être de sexes opposés
- d- Sont toujours dizygotes
- e- Peuvent être monozygotes

29. Les grossesses gémellaires monochoriales :

- a- Le patrimoine génétique est différent
- b- Elles sont Toujours de même sexe
- c- Elles peuvent être dizygotes
- d- Elles sont toujours biamniotique.
- e- Résulte de la fécondation d'un seul ovocyte par un seul spermatozoïde

30. Parmi les risques particuliers des grossesses monoamniotiques :

- a- Enchevêtrement et nœud du cordon
- b- Jumeaux conjoints
- c- Le syndrome transfuseur-transfusé
- d- Le retard de croissance intra utérin
- e- L'accouchement prématuré

31. Les complications spécifiques de l'accouchement gémellaire:

- a- La Dystocie dynamique
- b- L'accrochage des fœtus
- c- La collision
- d- La Compaction
- e- La Procidence du cordon

32. Les conditions nécessaires pour parler d'épaule négligée sont:

- a- Dilatation cervicale complète
- b- Femme en travail
- c- Œuf ouvert
- d- L'utérus doit être rétracté
- e- la poche des eaux bombante

33. La môle hydatiforme complète est

- a- la duplication du gène spermatique haploïde avec absence ou inactivation du génome féminin
- b- la fécondation d'un ovocyte vide par deux spermatozoïdes
- c- la fécondation d'un ovocyte normal par deux spermatozoïdes haploïdes x ou y
- d- aucune réponse juste
- e- toute la réponse fausse

34. la présentation du sommet est :

- a- Une présentation tête fléchi
- b- le fœtus se présente par les membres inférieurs
- c- une présentation tête défléchi
- d- le diamètre d'engagement est le sous occipito bregmatique
- e- toutes les réponses sont justes

35. une affirmation est fausse concernant le cancer du col

- a- survient habituellement chez des femmes plus jeunes que celle ayant un cancer de l'endomètre
- b- est très lymphophile
- c- Hormonodépendant
- d- c'est un épithélioma épidermoïde
- e- se révèle rarement par des métastases à distance

36. la contraception orale oestro progestative est contre indiquée dans les cas suivants sauf

- a- Multiparité
- b- antécédents d'accouchement par césarienne
- c- phlébite profonde
- d- hépatite cholestatique
- e- fibrome utérin

37. aspect échographique d'une mole hydatiforme

- a- Pseudo sac intra utérin
- b- Aspect en flocons de neige
- c- Embryon malformé avec aspect en grappe de raisin partiel du placenta
- d- Sac gestationnel sans embryon
- e- Aucune des propositions n'est juste

38. Parmi les facteurs de risque du cancer du col on retient

- a- Tabac
- b- hpv 16
- c- PARTENAIRE MULTIPLES
- d- pilule oestro progestative
- e- les lésions à haut grade du col

39. LES ETAPES DE L'accouchement SONT

- a- trois étapes
- b- Engagement
- c- Descente et rotation
- d- Dégagement
- e- toutes les réponses sont justes

40- Lequel des éléments suivants est (sont) une (des) conséquence(s) potentielle (s) de la rupture prématurée des membranes?

- a- mise en route du travail

- b. infection amniotique
- c. prématurité
- d. hypoplasie pulmonaire
- e. aucune réponse

41-La prise en charge optimale d'une patiente avec une rupture prématurée des membranes à distance du terme (24-34 semaines) comprend toutes les propositions suivantes sauf :

- a- Administration d'antibiotiques
- b- Administration de stéroïdes
- c- Tocolyse
- d- Surveillance fœtale fréquente
- e- Admission à l'hôpital

42-Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) associée(s) à l'éclampsie?

- a. œdème aigu pulmonaire
- b. accident vasculaire cérébral
- c. insuffisance rénale
- d. rupture utérine
- e. coagulation intra vasculaire disséminée

43-Parmi les traitements anti hypertenseurs suivants, le (s) que l(s) est (sont) autorisés pendant la grossesse?

- a. les inhibiteurs de l'enzyme de conversion
- b. les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II
- c. les inhibiteurs calciques
- d. les antihypertenseurs centraux
- e. les diurétiques

44-Les critères de diagnostic du HELLP syndrome sont:

- a. une augmentation des taux de lactate déshydrogénase (LDH), souvent > 600 UI/mL
- b. une thrombopénie ($< 100\ 000/L$)
- c. une cytololyse hépatique (ASAT > 2 fois la limite de la normale)
- d. présence de schizocytes
- e. aucune réponse n'est juste

45-Parmi les propositions suivantes, laquelle (les quelles) défini (ssen)t une HTA gravidique?

- a. une hypertension artérielle $\geq 140/90$ mm Hg
- b. une hypertension artérielle $\geq 140/90$ mm Hg associée à une protéinurie $\sim 0,5$ g/24 h
- c. une apparition après 20 SA
- d. une disparition dans le post partum
- e. une persistance dans le postpartum

46-Concernant l'HTA gravidique et la prééclampsie, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- a. la prééclampsie est définie par une pression artérielle systolique ≥ 140 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique ≥ 90 mm Hg après 20 SA associée à une protéinurie $\geq 0,3$ g/24 heures
- b. l'inhibiteur de l'enzyme de conversion est le traitement de première intention de l'HTA gravidique
- c. l' α -métyldopa (Aldomet®, antihypertenseur central) est le traitement de première intention de l'HTA gravidique
- d. le sulfate de magnésium est le traitement préventif de choix de l'éclampsie devant une prééclampsie sévère présentant des signes neurologiques
- e. il est recommandé d'administrer de l'aspirine à faible dose, à titre préventif, chez une patiente ayant pour antécédent une prééclampsie sévère lors de sa première grossesse

47- Parmi les propositions suivantes relatives à la menace d'accouchement prématurée, laquelle (les quelles) est (sont) exacte(s)?

- a. les corticoïdes préviennent les complications de la prématurité
- b. elle peut se traiter par bêtabloquants
- c. elle peut se traiter par inhibiteurs calciques
- d. elle peut se traiter par l'ocytocine
- e. elle est fréquente en cas de grossesse gémellaire

- 48-Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
- a- la corticothérapie réduit les complications néonatales
 - b- la corticothérapie peut être initiée par bétaméthasone ou dexaméthasone
 - c- l'échographie endovaginale de la mesure du col utérin a une meilleure spécificité que le toucher vaginal
 - d- la rupture prématurée est une contre-indication à la tocolyse
 - e- une antibiothérapie n'est commencée en cas de MAP (menace d'accouchement prématuré) uniquement en cas d'infection suspectée

49-Question à compléments multiples Quelles sont, parmi les causes ci-dessous, celles qui peuvent entraîner un accouchement prématuré ?

- a- Les infections urinaires.
- b- Les infections cervicovaginales.
- c- Les grossesses multiples
- d- Un travail sédentaire.
- e- malformations utérines

50-Quel(s) médicament(s) à visée tocolytique peu(ven)t être utilisé(s) ?

- a- A dérivés nitrés
- b- B β 2 -mimétiques
- c- C inhibiteurs calciques
- d- D corticoïdes
- e- E antagonistes de l'ocytocine

51-Madame S., G1P0, est admise aux urgences obstétricales à 30 SA + 4 jours pour MAP (menace d'accouchement prématuré). Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- a- la présence d'une hémorragie génitale doit faire éliminer un HRP
- b- un bilan infectieux (NFS, CRP, PV, ECBU) doit être réalisé afin d'éliminer une infection en cours, pourvoyeuse d'accouchement prématuré
- c- une corticothérapie anténatale par bétaméthasone doit être administrée à Madame S
- d- l'utilisation des β -mimétiques est recommandée en première intention.
- e- une naissance au terme actuel correspondrait à une prématurité extrême

52-Un fibrome classe 5 est un fibrome :

- a- Sous-séreux, < 50 % intramural
- b- Sous-séreux, \geq 50 % intramural
- c- Sous-séreux pédiculé
- d- 100 % intramural, au contact de l'endomètre.
- e- Hybride

53-Concernant les fibromes, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- a- Les fibromes sont des tumeurs peu vascularisées
- b- Le signe fonctionnel révélateur essentiel est les ménorragies
- c- L'échographie est l'examen diagnostique de référence
- d- Hystérocopie permet d'affirmer le diagnostic de myomes sous-muqueux
- e- Le fibrome est le plus souvent asymptomatique

54-Chez une femme qui a des ménorragies abondantes et pour laquelle l'examen clinique fait évoquer un fibrome, quels sont les examens par accliniques à faire pour conforter le diagnostic et prendre une décision thérapeutique ?

- a- Un dosage d'hCG plasmatique.
- b- Une échographie pelvienne.
- c- Une numération formule sanguine.
- d- Un scanner pelvien.
- e- Dosage du CA 125.

55-le cancer du col de l'utérus:

- a- est le cancer gynécologique le plus fréquent en Afrique
- b- la classification est en fonction de IRM
- 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 stade IIa est opérable

56. L'OMS classe les carcinomes de l'exocol en :

- A. adénocarcinome kératinisant à petites cellules.
- B. adénocarcinome kératinisant à grandes cellules.
- C. Carcinome non kératinisant à grandes cellules.
- D. Carcinome non kératinisant à petites cellules.
- E. Carcinome kératinisant à cellules claires

57. La coloscopie :

- A. permet de préciser l'intensité des lésions
- B. permet de faire des biopsies dirigées
- C. permet de poser le diagnostic du condylome
- D. permet de préciser la topographie de la lésion.
- E. permet de repérer les zones pathologiques iodo-positives.

58. le cancer du col de l'utérus :

- A. est une maladie bactérienne contagieuse
- B. est d'évolution lente
- C. son dépistage repose sur la recherche des lésions microinvasives
- D. est dû à l'Epstein bar
- E. le frottis concerne toutes les femmes entre 25 et 65 ans

59. Le sarcome phyllode :

- A. Survient à tout âge
- B. est partiellement capsulé
- C. présente macroscopiquement un aspect en puzzle.
- D. seule la composante mésoenchymateuse est maligne.
- E. est lymphophile

60. l'adénose sclérosante du sein :

- A. fait partie des mastoses complexe.
- B. Isolée, elle présente un facteur de risque du cancer du sein.
- C. c'est une tumeur lobulaire.
- D. les cellules myoépithéliales disparaissent au cours de la phase de régression.
- E. les cellules épithéliales disparaissent au cours de la phase de régression.

61. Le carcinome canalaire infiltrant :

- A. Est une tumeur galactophorique.
- B. Est de localisation préférentiellement sous-mamelonnaire
- C. Est constituée uniquement de structure glandulaire.
- D. Est la plus fréquente des tumeurs malignes du sein
- E. Est toujours de mauvais pronostic

62. le carcinome lobulaire infiltrant :

- A. présente une rétraction du mamelon sans écoulement.
- B. La tumeur est d'aspect étoilé à la macroscopie.
- C. Est de plus mauvais pronostic que le carcinome canalaire infiltrant.
- D. Les cellules s'agencent en sacs à billes.
- E. Présente un aspect en vermiote à la macroscopie

63. Les critères d'une tumeur mucineuse borderline ovarienne sont :

- A. la pluri stratification des cellules.
- B. La nécrose et l'hémorragie.
- C. L'envahissement du stroma.
- D. La présence de psamomes et de calcifications.
- E. La présence de structures papillaires

64. Le sarcome du stroma endométrial de bas grade :

- A. Est une tumeur agressive avec un haut potentiel de malignité
- B. Est une tumeur à développement myométrial
- C. Dérive du chorion cytogène
- D. Evolution lente, pronostic favorable
- E. Est une tumeur bénigne sans risque métastatique

65. Les principaux facteurs pronostiques de l'Adénocarcinome de l'endomètre sont :

- A. L'âge
- B. La rapidité de l'évolution de la maladie
- C. L'Hypertension artérielle
- D. Infiltration du myomètre
- E. Le stade

66. L'endométriose :

- A. Touche les femmes ménopausées et les jeunes filles pré pubères
- B. Peut être de localisation génitale et extra génitale
- C. L'IRM est l'examen de certitude
- D. Se caractérise par des glandes à noyaux atypiques avec envahissement du myomètre
- E. se caractérise par des tubes glandulaires entourés d'un chorion cytogène

67. la mole hydatifome complète se caractérise par :

- A. des villosités de grande taille avec axe hydrique avasculaire
- B. une hyperplasie trophoblastique
- C. des villosités de taille égale avec un axe vasculaire
- D. une invasion du myomètre avec embolies vasculaires
- E. un aspect en grappe de raisin à la macroscopie

68. L'Adénomyose se définit comme :

- A. la présence de larges plages d'endomètre de localisation ovarienne
- B. une tumeur maligne du myomètre avec embolies vasculaires
- C. des nappes d'endomètre de situation ectopique au niveau du myomètre
- D. une association avec une hyperplasie du muscle lisse du myomètre
- E. endométriose de localisation extra génitale *intra*.

69. Devant une tumeur utérine présentant à la macroscopie un aspect ferme, blanc nacré blanchâtre et fasciculé à la coupe, le diagnostic est orienté vers :

- A. Une mole hydatiforme
- B. Un choriocarcinome
- C. Un sarcome stromal
- D. Une endométriose
- E. Un léiomyome utérin

70. l'Adénocarcinome endométrioïde :

- A. touche généralement les femmes ménopausées
- bon* B. est une tumeur de très mauvais pronostic
- C. associé fréquemment à des remaniements nécrotico-hémorragiques extensive
- D. exprime les récepteurs hormonaux RO-RP positifs
- E. est peu différencié G3 quand il présente plus de 50% de composante solide



Département de Médecine de Constantine-Epreuve de GYNECOLOGIE-A5-R2-(théorie + pratique) le 21-09-2021

Date de l'épreuve : 13/09/2021

Corrigé Type

Barème par question : 0.285714

| N° | Rép./Alternatives 1&2 | | |
|----|--------------------------|--|--|
| 1 | AB | | |
| 2 | AB | | |
| 3 | D | | |
| 4 | BCD | | |
| 5 | AB | | |
| 6 | BCD | | |
| 7 | C | | |
| 8 | BE | | |
| 9 | AB | | |
| 10 | ABC | | |
| 11 | BCD | | |
| 12 | AB | | |
| 13 | BDE | | |
| 14 | CD | | |
| 15 | ABCDE | | |
| 16 | ACDE | | |
| 17 | AC | | |
| 18 | ADE | | |
| 19 | AD | | |
| 20 | AB | | |
| 21 | ACE | | |
| 22 | BCE | | |
| 23 | ABC | | |
| 24 | ABCE | | |
| 25 | ABDE | | |
| 26 | B | | |
| 27 | D | | |
| 28 | CE | | |
| 29 | BE | | |
| 30 | AB | | |
| 31 | BCD | | |
| 32 | BCD | | |
| 33 | AB | | |
| 34 | AD | | |
| 35 | C | | |

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

Dr. BICHA Soulef
Maître Assistante en
Gynéco-Obstétrique