

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Épreuve de Vérification des Connaissances Pratiques

Sujet 1

Mme A., 40 ans, d'origine Gabonaise consulte à 10 semaines d'aménorrhée (SA) pour une 2^{ème} grossesse obtenue naturellement après l'interruption de sa contraception par pilule microprogestative.

La première grossesse a conduit deux ans auparavant à une césarienne à 27 SA pour pré-éclampsie sévère. Mme A. avait donné naissance à une petite fille de 720 g qui a présenté une hémorragie intraventriculaire cérébrale dans les jours suivant la naissance mais sans conséquence clinique actuelle.

Mme. A mesure 162 cm et pèse habituellement 82 kg.

Dans ses antécédents on note une tonsillectomie pharyngienne sans complication.

Elle fume 5 cigarettes par jour.

Elle travaille comme infirmière en réanimation.

Les examens réalisés pour la grossesse par le médecin traitant montrent :

- une sérologie négative pour la toxoplasmose, les virus des hépatites B et C, la syphilis et le VIH.
- une sérologie positive pour la rubéole.
- un groupe sanguin valide (A+, Kell+) et une recherche d'anticorps irréguliers négative.
- TSH : 0,8 UI/L
- Albuminurie 0,15g/L
- Glycosurie négative

La patiente est nauséuse et vomit depuis 10 jours. Ce jour la pression artérielle est mesurée à 135/85 mmHg.

Vous travaillez dans une maternité de type 1 et vous souhaitez prendre en charge cette patiente qui souhaite un suivi hospitalier compte-tenu de ses antécédents.

Question N°1 :

Quel(s) est (sont) le (les) facteur(s) de risque de prééclampsie présent(s) dans le dossier de Mme A. ?

Question N°2 :

Quel traitement médicamenteux allez-vous proposer à Mme A. pour réduire le risque de pré-éclampsie et suivant quelles modalités ?



Question N°3 :

Vous revoyez Mme A. à 12 SA. Elle a débuté le traitement préventif prescrit et elle a effectué une échographie hier à 11 SA + 6 jours dont voici un cliché. La patiente souhaite un dépistage de la trisomie 21.



Quel examen est recommandé en première intention dans le cas de Mme A. et quel en est le principe ?

Question N°4 :

En cas de risque intermédiaire de trisomie 21 quel examen est désormais recommandé chez Mme A. et quels en sont les principes ?

Question N° 5 :

Le test demandé n'est pas en faveur d'une trisomie 21 fœtale.

Vous revoyez Madame A. à 24 SA, elle va bien. La patiente n'est plus nauséuse et ne vomit plus.

L'échographie morphologique était normale à 22 SA avec un poids fœtal au 15^e percentile, un périmètre crânien au 35^e percentile, un périmètre abdominal et une longueur fémorale au 10^e percentile.

La pression artérielle de Mme A. est de 135 / 95 mmHg et son poids à 85 kg. L'albuminurie est à 0,2g/L.

Quels éléments de surveillance clinique et paracliniques mettez-vous en place dans le contexte décrit ?

Question N° 6 :

Vous revoyez la patiente à 28 SA en consultation dans votre structure hospitalière.

La patiente se sent fatiguée. Elle pèse 92kg, les mouvements fœtaux sont bien perçus et elle n'a pas de contractions.

Sa pression artérielle est à 150/100 mmHg.

L'albuminurie sur jet est à 0,55 g/L.

Quel est votre diagnostic ?

Quels sont les éléments de votre prise en charge thérapeutique immédiate ?



Question N° 7 :

Les examens biologiques montrent des plaquettes à 82 G/L, des ASAT à 100 UI/L et des ALAT à 98 UI/L.

Quelle est votre suspicion diagnostique et comment pouvez-vous rechercher une hémolyse dans ce contexte ? justifier

SUJET 2

Vous assurez le suivi gynécologique de Mme L. 57 ans depuis de nombreuses années et elle vous demande un rendez-vous urgent au décours d'un bilan sénologique de dépistage retrouvant un foyer de micro calcification ACR 3 du quadrant supéro-externe du sein gauche pour lequel une simple surveillance lui a été proposée. Elle ne présente aucun antécédent familial de cancer de sein, d'ovaire, d'utérus, de colon, de prostate et d'estomac.

QUESTION 1 :

Quelle est la Valeur Prédictive Positive (VPP) de lésion néoplasique associée à une classification ACR 3 (à 5% près) ?

QUESTION 2 :

Quelle stratégie proposez-vous à Mme L. ?

QUESTION 3 :

Finalement, Mme L. a effectué un nouvel examen sénologique qui classe cette fois-ci ces calcifications ACR 4 fort. Aucun nodule n'est perçu cliniquement.

Le radiologue a alors pratiqué un prélèvement macro biopsique retrouvant un aspect de carcinome infiltrant non spécifique SBR II (3, 2,1) sans embole avec carcinome canalaire *in situ*, exprimant fortement les récepteurs aux œstrogènes (RE 90% intensité forte) modérément les récepteurs à la progestérone (RP 20% intensité modérée) sans surexpression de la protéine HER2-neu en immuno- histochimie (Score une croix négatif), Ki67 30%.

Quelles sont les modalités de la prise en charge de votre patiente ?

QUESTION 4 :

Le résultat histologique définitif retrouve une lésion de carcinome infiltrant non spécifique de 20 mm réséquée en marges saines pour la composante infiltrante et *in situ* SBR II (3.2.1) sans embole, avec contingent *in situ* de 20%, RE 100% intensité forte, RP 20% intensité modérée, Score HER2 négatif, Ki67 = 30%, sans envahissement ganglionnaire axillaire sentinelle (pT1cN0(sn)R0).

Quelle est la condition préalable aux traitements adjuvants ?



QUESTION 5 :

Quelles sont les options thérapeutiques adjuvantes du cancer infiltrant du sein ?

QUESTION 6 :

Afin de mieux préciser le bénéfice attendu d'une chimiothérapie adjuvante pour Mme L., quel examen complémentaire proposez-vous ?

QUESTION 7 :

Mme L. a 2 filles âgées de 30 et 32 ans. Elle s'interroge sur la pertinence d'une consultation d'oncogénétique. Que lui répondez-vous ?

QUESTION 8 :

A quel rythme organisez-vous la surveillance sénologique de Mme L. à l'issue de sa prise en charge ?