

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Epreuve de vérification des Connaissances Pratiques

Sujet 1 :

Mme K., 28 ans, primigeste, est admise aux urgences d'une maternité de type 3 à 33 semaines d'aménorrhée (SA) pour des céphalées importantes et des œdèmes au niveau des membres inférieurs. Elle mentionne également une sensibilité au niveau de l'abdomen, sans contractions utérines perçues. Elle ne présente pas d'antécédents médicaux notables en dehors d'une obésité (IMC = 32 kg/m²) et d'un tabagisme actif. Elle signale une prise de poids rapide dans les dernières semaines (8 kg en un mois).

À l'admission, la tension artérielle est à 160/100 mmHg et la bandelette urinaire détecte des protéines à 3+.

Questions N°1:

Quels sont les éléments qui permettent de suspecter le diagnostic de prééclampsie chez cette patiente ?

Questions N°2:

Quels examens biologiques sont nécessaires pour confirmer le diagnostic et évaluer la gravité de la situation ?

La protéinurie sur échantillon est à 1,7 g/L. La protéinurie des 24h est en cours.

L'analyse sanguine que vous avez prescrit ne retrouve pas d'anomalie. L'échographie montre un fœtus en présentation céphalique de bonne vitalité avec un poids estimé de 1900 g

(20^{ème} percentile selon OMS), un Doppler ombilical avec une résistance augmentée mais une diastole positive et une quantité de liquide amniotique normale, il n'existe pas de décollement placentaire.

Un monitoring fœtal est réalisé et montre un rythme cardiaque normofréquent à 135 bpm, oscillant et réactif, sans décélérations.

Questions N°3:

Quelle prise en charge thérapeutique initiale proposez-vous pour cette patiente ?

La prise en charge initiale est efficace. La tension artérielle se normalise autour de 130/80 mmHg. Les signes fonctionnels (céphalées et barre épigastrique) régressent sous traitement.

Questions N°4:

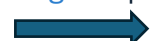
Si la situation de Mme K. reste stable en hospitalisation, qu'envisagez-vous concernant le terme et les modalités de l'accouchement ? *Justifier votre réponse.*

Malheureusement, la situation se dégrade pour Mme K. et une césarienne est réalisée à 33SA et 4 jours pour HTA sévère non contrôlée. La césarienne se déroule sans complications, et Mme K. donne naissance à une fille de 1980g bien portante.

Questions N°5:

Quelles sont vos prescriptions pour la prise en charge et la surveillance en post-partum immédiat de Mme K. ?

Les suites pour Mme K et sa fille sont simples. Vous la revoyez en visite post-natale à 6 semaines de son accouchement. L'anatomopathologie placentaire retrouve des lésions de malperfusion vasculaire d'origine maternelle.



Questions N°6 :

Quels sont les éléments cliniques et biologiques importants à contrôler à distance d'une prééclampsie ? Quels examens biologiques allez-vous prescrire ?

Questions N°7 :

Quelle prise en charge allez-vous proposer à Mme K. pour une prochaine grossesse afin de limiter le risque de récurrence ?

Questions N°8 :

Quels conseils donneriez-vous à Mme K. sur les signes à surveiller en cas de prééclampsie pour une future grossesse ?

Sujet 2 :

Madame G. âgée de 38 ans consulte pour un début de grossesse à 7SA (test urinaire positif). Elle n'a pas d'antécédent notable personnel ni familial (pas de diabète dans la famille). Il s'agit de sa première grossesse. Elle mesure 163 cm et pèse 91 kg. Elle ne fume pas.

Question N°1 :

Quels sont les facteurs de risque indiquant le dépistage du diabète gestationnel en cours de grossesse en général ?

Question N°2 :

Qu'allez-vous prévoir pour diagnostiquer un diabète gestationnel pour cette patiente ?

Question N°3 :

La glycémie à jeun de Madame G. au premier trimestre est à 0,88 g/L. L'HGPO montre les résultats suivants : H0 : 0,90 g/L, H1 : 1,83 g/L, H2 : 1,62 g/L. Quelle est votre interprétation des résultats ?

Question N°4 :

Quelle est votre prise en charge du diabète gestationnel de Madame G. ?



Question N°5 :

Madame G. se présente pour un travail spontané à 39SA+1j. Elle accouche par voie basse spontanée à 15h34 d'un garçon de 4150g. Quelle est la prévention d'une hémorragie du postpartum ? Détailler les modalités exactes d'administration.

Question N°6 :

A 15h40, les pertes sanguines sont estimées à 800 mL alors qu'elle ne s'est pas délivrée. Quel est votre diagnostic ? Pourquoi ?

Question N°7 :

Quelle est votre prise en charge obstétricale ?

Question N°8 :

Quelle est la prise en charge médicale ?

Question N°9 :

Les saignements persistent et sont évalués à 1200 mL. Quel est votre prise en charge obstétricale ?