

CF-18-Gynécologie obstétrique-QCM-EVC-2025

Q 1. Concernant l'accouchement des grossesses multiples, quelle(s) est(sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- a) En cas de J2 en siège, il faut réaliser une césarienne systématique
 - b) La césarienne programmée entre 32 et 37SA est associée à un risque augmenté de morbidité néonatale
 - c) Si J2 est en présentation céphalique haute et mobile, une césarienne doit être réalisée sur J2 du fait du risque de procidence du cordon
 - d) En cas de grossesse gémellaire mono amniotique avec J1 en siège et J2 céphalique, l'accouchement peut être réalisé par les voies naturelles
 - e) En cas de J2 en siège, la version par manœuvre interne suivie d'une grande extraction est associée au taux de césarienne sur J2 plus bas
-

Q 2. Quels sont les critères d'une débimétrie normale ?

- a) $Q_{max} > 15 \text{ mL/sec}$
 - b) Volume $> 50 \text{ mL}$
 - c) Volume $> 150 \text{ mL}$
 - d) Résidu post mictionnel $< 25\%$
 - e) Résidu post mictionnel $< 10\%$
-

Q 3. Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, quelle(s) est (sont), la(les) proposition(s) exacte(s) ?

- a) Après 30 ans, le dépistage est réalisé par une recherche de papillomavirus à haut risque, 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal
 - b) Si la recherche de papillomavirus à haut risque est positive, il faut réaliser une colposcopie
 - c) Le dépistage des dysplasies cervicales s'adresse à toutes les femmes de 20 à 65 ans
 - d) Avant 30 ans, le dépistage est réalisé par un examen cytologique tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle dont les résultats sont normaux
 - e) Tout comme l'examen cytologique, la recherche de papillomavirus à haut risque est à réaliser tous les 3 ans, dès lors que le résultat est négatif
-

Q 4. Concernant la classification moléculaire des cancers du sein, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- a) Les cancers du sein dits « luminaux » : luminal A et luminal B, sont caractérisés par l'expression du récepteur œstrogène
 - b) Les cancers du sein de phénotype basal n'expriment ni les récepteurs hormonaux, ni l'oncoprotéine HER2 et sont souvent désignés par le terme « triple négatifs »
 - c) Le 1er site métastatique des tumeurs HER2 positives est le poumon ou le foie dans 80% des cas (8% l'os)
 - d) Les tumeurs HER 2 négatives sont extrêmement chimiosensibles
 - e) Le cancer luminal A est caractérisé par une expression des récepteurs hormonaux à la progestérone (PR+) et/ou aux œstrogènes (RE+), l'absence de surexpression de gène HER2 et un taux de mutations p53 élevé
-

Q 5. A propos des différents types de tests utilisant l'ADN fœtal circulant dans le sang maternel, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- a) En cas de rhésus positif, le génotypage fœtal devra être renouvelé
 - b) Il permet la détermination du sexe fœtal
 - c) L'amniocentèse complètera systématiquement un résultat positif pour la trisomie 21 au DPNI
 - d) L'ADN fœtal circulant est d'origine majoritairement trophoblastique
 - e) Le risque de faux positif pour une trisomie 21 peut être lié aux mosaïques placentaires
-

Q 6. Concernant l'endométriose, quelle(s) est(sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- a) L'endométriose profonde est définie par une infiltration de plus de 5 mm sous le péritoine
 - b) Il est démontré que l'endométriose est une maladie qui progresse avec le temps
 - c) L'endométriose profonde atteint fréquemment les ligaments utéro-sacrés
 - d) L'adénomyose interne est souvent associée à l'endométriose profonde
 - e) Il existe deux formes cliniques d'endométriose : l'endométriose superficielle et l'endométriose profonde
-

Q 7. Quel(s) est (sont) le (les) éléments(s) du bilan complémentaire et du retentissement d'un hydramnios à 26 semaines d'aménorrhée parmi les propositions suivantes ?

- a) Sérologie parvovirus B19
 - b) Vitesse de l'artère cérébrale moyenne fœtale
 - c) Mesure de la longueur cervicale
 - d) Une échographie morphologique de référence
 - e) Hémoculture à la recherche de *Listeria monocytogenes*
-

Q 8. Concernant les maladies trophoblastiques, quelle(s) est (sont), la(les) proposition(s) exacte(s)?

- a) Après une môle partielle, le risque de récurrence lors d'une nouvelle conception est multiplié par 10
 - b) En cas de môle partielle, on retrouvera en échographie un placenta hétérogène, microkystique auquel peut s'associer des éléments fœtaux
 - c) La distinction entre môle partielle et complète peut se faire par génotypage moléculaire
 - d) Environ 15% des môles partielles évoluent vers une tumeur trophoblastique
 - e) Les moles hydatiformes complètes sont triploïdes par diandrie
-

Q 9. Concernant les ménométrorragies, quelle(s) est(sont) la (les) proposition(s) exacte(s)?

- a) En cas de ménométrorragies à partir de 45 ans, une biopsie endométriale doit-être réalisée
 - b) En présence d'une hypertrophie de l'endomètre, si la biopsie de l'endomètre à la pipelle de Cornier est en faveur d'une hyperplasie simple il n'y a pas lieu d'effectuer d'hystéroscopie
 - c) En cas d'hyperplasie endométriale atypique le traitement repose sur l'endométréctomie
 - d) En cas d'hyperplasie endométriale atypique le risque de cancer de l'endomètre est entre 25-30%
 - e) L'endométréctomie peut être proposée en alternative thérapeutique en cas d'hypertrophie polypoïde de l'endomètre chez la femme jeune
-

Q 10. Concernant la préservation de la fertilité en cas de cancer de l'ovaire, quelle(s) est(sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?

- a) L'utérus et l'annexe controlatérale peuvent-être conservés dans les sous types histologiques endométrioides, séreux ou mucineux de bas grade
 - b) Elle nécessite une stadification péritonéale et ganglionnaire complète
 - c) Elle peut être réalisée en cas de cancer de l'ovaire avancé
 - d) En cas de conservation de l'annexe controlatérale, le risque de récurrence sur l'annexe restante est estimé entre 6 et 13%
 - e) Elle peut être réalisée sans condition dans les stades précoces
-

Q 11. Quelle(s) est(sont) la (les) proposition(s) exacte(s) concernant les polypes de l'endomètre ?

- a) Le polype de l'endomètre est une tumeur bénigne, molle, généralement pédiculée
 - b) L'hystérosonographie et l'échographie 3D peuvent améliorer la sensibilité de l'examen échographique
 - c) La présence d'un polype de l'endomètre est toujours associée à des métrorragies
 - d) L'échographie retrouve une formation anéchogène arrondie
 - e) Le polype de l'endomètre est une pathologie fréquente
-

Q 12. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) des facteurs de prévention de la rétention du post partum et de l'HPP qui en découle ?

- a) Le drainage du cordon ombilical
 - b) La traction douce et contrôlée du cordon ombilical
 - c) Le massage utérin
 - d) L'administration prophylactique d'ocytocine (APO)
 - e) La vidange vésicale systématique
-

Q 13. À propos de la prise en charge chirurgicale d'un prolapsus, quelle(s) est (sont), la(les) proposition(s) exacte(s)?

- a) L'occlusion vaginale par colpocléisis peut s'envisager chez une femme de plus de 80 ans n'ayant plus de sexualité active
 - b) La chirurgie vaginale par voie autologue est l'intervention de choix chez la femme jeune présentant des douleurs pelvi-périnéales chroniques
 - c) Lors d'une promontofixation, il est recommandé de mettre systématiquement une prothèse postérieure en prévention d'une rectocèle secondaire
 - d) Depuis mars 2020, les prothèses vaginales ne sont plus une option dans le traitement des prolapsus génitaux en France
 - e) L'hystérectomie associée à la cure de prolapsus réduit le risque de récurrence
-

Q 14. Une patiente de 62 ans se présente à votre consultation car elle ressent « une boule » qui sort par le vagin. A l'interrogatoire, vous ne retrouvez pas d'antécédents médicaux-chirurgicaux particuliers. Elle a accouché 3 fois par voie basse d'enfant qui pesaient entre 3200 et 3600g

- a) Vous effectuerez votre examen clinique vessie pleine afin d'objectiver une éventuelle incontinence urinaire associée au prolapsus
 - b) Le diagnostic de prolapsus est clinique
 - c) L'éversion complète permanente de l'utérus peut nécessiter la pose d'un Pessaire en urgence pour lever une compression urétérale responsable d'une insuffisance rénale
 - d) Il est important d'évaluer l'impact du prolapsus sur la qualité de vie de votre patiente afin de guider votre prise en charge thérapeutique
 - e) Un prolapsus génital est souvent douloureux, surtout s'il est très volumineux
-

Q 15. Concernant la psychose puerpérale, parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?

- a) L'arrêt de l'allaitement n'est pas systématique
 - b) L'insomnie prolongée est un signal d'alerte
 - c) Le début est progressif après une phase de baby blues sévère
 - d) Le traitement médicamenteux par neuroleptiques avec une hospitalisation est systématique
 - e) Le début peut précéder l'accouchement
-

Q 16. Mme A. se présente aux urgences gynécologiques à 3 semaines de son accouchement pour douleurs mammaires du sein droit et fièvre à 39°C depuis 24 h, dans un contexte d'allaitement maternel. A l'examen, vous notez une zone inflammatoire indurée et douloureuse du quadrant supéro-externe avec adénopathie axillaire homolatérale. Le signe de Budin est négatif. Quel(s) est (sont) la ou les diagnostic(s) à évoquer en première intention ?

- a) Un cancer du sein inflammatoire
 - b) Une galactophorite (mastite infectieuse)
 - c) Une mastite inflammatoire
 - d) Une maladie de Verneuil
 - e) Un engorgement mammaire
-

Q 17. Les principaux facteurs de risque de survenue de lésion obstétricale du sphincter anal sont ?

- a) L'antécédent de lésion obstétricale du sphincter anal
 - b) La réalisation d'une épisiotomie médiane
 - c) La réalisation d'un forceps
 - d) La multiparité
 - e) Une variété postérieure
-

Q 18. Parmi les propositions suivantes à propos des signes cliniques de tumeurs malignes vulvaires, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- a) Une lésion vulvaire ne cicatrisant pas doit faire suspecter une tumeur maligne vulvaire
 - b) Les tumeurs malignes vulvaires peuvent être responsables de dysurie
 - c) Le prurit peut être un signe de tumeur maligne vulvaire
 - d) La douleur peut être un signe de tumeur maligne vulvaire
 - e) Les tumeurs malignes vulvaires sont souvent diagnostiquées à un stade précoce
-

Q 19. Cocher les propositions justes

- a) La présence d'antigène HBs fait évoquer 3 diagnostics : hépatite aiguë, infection chronique, hépatite guérie
 - b) Le risque de transmission mère - enfant est important en cas de portage chronique actif Ag HBs et Ag Hbe
 - c) La séro-vaccination du nouveau-né doit se faire les 12 premiers jours de vie
 - d) L'hépatite B active contre indique l'allaitement maternel
 - e) L'hépatite B représente 60 % des hépatites au cours de la grossesse
-

Q 20. Concernant le diagnostic et le traitement d'herpès génital pendant la grossesse (cochez les réponses justes) ?

- a) Une patiente avec une PCR positive pour HSV 1, des IgG HVS 1 négatifs et des IgG HSV 2 négatifs présente une infection initiale non primaire
 - b) L'infection primaire est associée à un taux d'infection néo-natale de 44%, l'infection initiale non primaire de 25 % et la récurrence de 1%
 - c) Il doit comporter un examen direct avec PCR ainsi qu'une sérologie avec recherche d'IgG spécifique de type virale HSV 1 et 2
 - d) Il est recommandé de traiter une primo-infection herpétique par anti-viral pendant la grossesse, en utilisant en première intention l'Aciclovir
 - e) La culture est plus sensible que la PCR pour détecter le virus
-

Q 21. Cocher les propositions justes concernant l'IMG

- a) En cas d'IMG après 20SA, la révision utérine est systématique
 - b) Les récepteurs sensoriels cutanés sont présents sur toute la surface du corps fœtal à partir de 20 SA
 - c) La réalisation d'un arrêt de vie in utero est systématique à partir de 24 SA
 - d) La mifégyne a une action anti-progestérone qui permet de potentialiser les effets des prostaglandines
 - e) Lors d'une IMG par curetage, l'examen foetopathologique est rarement possible
-

Q 22. Concernant le don de gamètes

- a) Le don de gamètes concerne plus de 20% des tentatives d'AMP en France
 - b) Il faut être majeur pour réaliser un don d'ovocytes ou de spermatozoïdes
 - c) La congélation des spermatozoïdes du donneur est systématique
 - d) Le don de gamètes n'est pas rémunéré
 - e) Il existe une pénurie de donneurs de gamètes en France
-

Q 23. Concernant l'accouchement des présentations du siège, quelles sont les propositions exactes ?

- a) La grande extraction du siège doit aujourd'hui être limitée à l'accouchement d'un deuxième jumeau
 - b) La manœuvre de Demelin permet de résoudre une rétention de tête dernière
 - c) La manœuvre de Lovset impose de réaliser une double conversion fœtale afin de dégager les épaules fœtales
 - d) La manœuvre de Mauriceau permet une bonne solidarisation du rachis cervical avec le pôle céphalique
 - e) La manœuvre de Bracht consiste à coucher le dos fœtal sur le ventre maternel afin de dégager la tête dernière
-

Q 24. Surveillance grossesse multiple, cocher les propositions justes

- a) En cas de discordance de LCC de plus de 10mm, la datation se base sur la LCC la plus grande et la patiente est référée au CPDPN
 - b) Les grossesses bichoriales représentent 70 % des grossesses gemellaires
 - c) Le nombre de vésicule vitelline signe l'amnionicité
 - d) Dans les grossesses mono-choriale mono-amniotique, il y a moins de risque de syndrome transfuseur-transfusé que pour une monochoriale biamniotique
 - e) Le signe du Lambda signe une grossesse monochoriale-biamniotique
-

Q 25. En cours de grossesse :

- a) Les facteurs de la coagulation augmentent sauf le facteur Willebrand
 - b) La protéine C diminue
 - c) L'antithrombine diminue
 - d) La protéine S augmente
 - e) Il y a un état d'hypercoagulabilité physiologique
-

Q 26. Vous suspectez une embolie pulmonaire à 30 SA

- a) Vous vous aidez du score de YEARS
 - b) Vous réalisez le dosage de D-Dimères
 - c) En cas de suspicion de TVP, vous demandez un écho-doppler des membres inférieurs
 - d) En cas de signe de TVP au doppler veineux des membres inférieurs, il faudra traiter la patiente
 - e) Il n'y a jamais d'intérêt à réaliser un Angio-TDM thoracique
-

Q 27. Cochez les réponses justes. Le placenta est perméable ?

- a) Aux anticorps anti-récepteurs de la TSH (TRAK)
 - b) À l'iode
 - c) Aux anti-thyroïdiens de synthèse
 - d) Aux hormones thyroïdiennes
 - e) À la TSH
-

Q 28. VIH et Grossesse, cocher les propositions justes ?

- a) En l'absence de traitement antiviral, le taux de transmission mère enfant (TME) pour le VIH 1 est de 15 à 30 %
 - b) L'allaitement maternel augmente le risque de TME de 10 à 30 %
 - c) Le moment le plus à risque de transmission est l'accouchement
 - d) La réalisation d'un cerclage est une situation à risque de TME
 - e) Le TME est < 1 % en cas de charge virale inférieure à 500 copies/mL
-

Q 29. Quelles sont les propositions vraies concernant l'adénomyose ?

- a) Le symptôme principale est la présence de ménorragie
 - b) L'examen de première intention pour le diagnostic est l'IRM
 - c) Une endométrectomie peut être proposé à une femme ayant un désir de grossesse après échec du traitement médical
 - d) Le DIU au Levonorgestrel est le traitement de première intention
 - e) L'IRM retrouve un utérus globuleux, avec un épaississement de la zone jonctionnelle $\geq 12\text{mm}$
-

Q 30. Concernant le bilan d'infertilité féminin :

- a) Le bilan hormonal féminin comprendra au minimum : dosage de FSH + LH + oestradiolémie + prolactinémie + TSH + testostérone libre + 17-OH progestérone
 - b) Un dosage de FSH $> 8\text{ UI/L}$ est un marqueur de bon pronostic concernant les chances de grossesse
 - c) Le taux d'AMH est dépendant des gonadotrophines et ne peut donc être interprétés sous traitement anti-gonadotrope
 - d) Le bilan hormonal peut être réalisé à n'importe quel moment chez une patiente en aménorrhée
 - e) Le dosage de l'AMH et le compte des follicules antraux sont les meilleurs marqueurs de réserve ovarienne
-

Q 31. Concernant la contraception, quelles sont les réponses exactes ?

- a) Les DIU ou la contraception oestroprogestative sont recommandée en première intention en France
 - b) Seules les contraceptifs oraux oestroprogestatifs de 3e génération sont associés à un risque augmenté de TVP
 - c) L'utilisation des AINS est possible en cas de port de DIU
 - d) Avant 35 ans l'utilisation de la pilule oestroprogestative n'est pas recommandé en cas de tabagisme >15 cigarettes
 - e) L'indice de Pearl de la contraception oestroprogestative est < 1
-

Q 32. Concernant la contraception d'urgence quelles sont les réponses exactes ?

- a) Le mécanisme d'action du lévonorgestrel est uniquement lié à l'atrophie de l'endomètre induite
 - b) L'ulipristal acétate à un effet anti-ovulatoire
 - c) Le DIU au Lévonorgestrel peut être utilisé comme contraception d'urgence
 - d) Le DIU au cuivre à une action anti-implantatoire et toxique sur les spermatozoïdes
 - e) Le stérilet lévonorgestrel peut être prescrit jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel à risque
-

Q 33. Conduite à tenir devant une cytologie cervicale anormale avec recherche de HPV-HR positive ?

- a) Devant une cytologie retrouvant des anomalies des cellules glandulaires, il faudra réaliser une colposcopie ainsi qu'un curetage endocervical
 - b) Une conisation diagnostique est recommandée en première intention devant toute cytologie retrouvant des lésions de haut grade
 - c) Toute cytologie anormale doit conduire à la réalisation d'une colposcopie dans ce contexte
 - d) Devant une cytologie ASC-US ou LSIL, une colposcopie retrouvant une lésion histologique malpighienne intra-épithéliale de bas grade doit conduire à la réalisation d'un test HPV de contrôle à 12 mois
 - e) En cas de cytologie ASC-US ou LSIL en début de grossesse, un contrôle de la cytologie est à réaliser à 2-3 mois du post-partum
-

Q 34. Quels sont les facteurs de risque de déchirure périnéale ?

- a) Présentation postérieure
 - b) Utérus cicatriciel
 - c) Primiparité
 - d) Anesthésie péridurale
 - e) Macrosomie fœtale
-

Q 35. Concernant la prise en charge de la dystocie des épaules, quelle(s) est (sont) la ou les proposition(s) exacte(s) ?

- a) La manœuvre de Jacquemier permet le dégagement du membre supérieur antérieur
 - b) La pression suspubienne, qui fait partie de la manœuvre de MacRoberts, permet de diminuer le diamètre biacromial fœtal
 - c) La manœuvre de MacRoberts permet d'accentuer la lordose lombaire
 - d) Afin de prévenir une dystocie des épaules, un déclenchement doit être systématiquement proposé à 39 SA en cas de suspicion de macrosomie fœtale à l'échographie
 - e) La manœuvre de Wood permet d'engager l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne
-

Q 36. Concernant les hémorragies du post-partum, quelle(s) est (sont) la ou les proposition(s) exacte(s) ?

- a) Elles sont réduites par l'administration préventive d'oxytocine systématique
 - b) Le déclenchement artificiel du travail constitue un facteur protecteur
 - c) Elles sont réduites par l'administration préventive d'acide tranexamique systématique
 - d) Son diagnostic est réalisé si les pertes sanguines dépassent 1000 ml
 - e) Une vidange vésicale doit être réalisée dès le diagnostic d'hémorragie du post-partum
-

Q 37. Concernant la classification FIGO des fibromes, cochez les bonnes réponses:

- a) Le fibrome de type 4 est intra mural strictement
 - b) Le fibrome de type 6 est sous séreux avec moins de 50% en intra myométrial
 - c) Un fibrome cervical est le plus souvent un type 3
 - d) Le fibrome de type 2-5 est sous-muqueux (< à 50%) et sous-séreux (>50%)
 - e) Un fibrome parasitaire est assimilé dans la classification FIGO à un type 7
-

Q 38. Concernant l'échographie du col utérin, quel (les) est (sont) la (les) bonne(s) réponse(s) ?

- a) La cervicométrie peut remplacer la réalisation du toucher vaginal lors d'une consultation standard
 - b) En cas de découverte fortuite d'une cervicométrie < 20mm entre 16 et 24SA chez une femme ayant une grossesse monofoetale, en l'absence d'antécédent d'accouchement prématuré, un traitement par progestérone par voie vaginale doit être entrepris
 - c) En cas de cervicométrie < 25mm entre 16 et 22SA, en l'absence d'accouchement prématuré, un traitement par progestérone par voie orale doit être entrepris
 - d) En cas d'antécédent de conisation, la réalisation d'une échographie cervicale peut être intéressante pour rechercher une modification cervicale asymptomatique
 - e) En cas d'antécédent de fausse couche tardive ou d'accouchement prématuré avant 34SA, une cervicométrie < 25mm entre 16 et 22 SA doit faire discuter la réalisation d'un cerclage
-

Q 39. À propos de l'utilité de l'échographie en salle de naissance. Quelles sont les bonnes réponses ?

- a) a. L'engagement du mobile fœtal est défini par une distance périnée-PC < 60mm.
 - b) Le taux d'erreur de diagnostic de présentation au toucher vaginal est d'environ 25%
 - c) Une échographie périnéale permet en cas de bosse séro-sanguine importante de confirmer la hauteur de la présentation
 - d) La principale cause d'erreur de diagnostic clinique de présentation est liée à la présence d'une bosse séro-sanguine
 - e) Une échographie d'engagement doit être systématiquement réalisée avant toute extraction instrumentale
-

Q 40. Concernant l'épisiotomie, quelles sont les bonnes réponses ?

- a) L'épisiotomie latérale est à privilégier à la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale
 - b) La longueur de l'épisiotomie médio-latérale doit être d'au moins 3cm
 - c) Lors de la réalisation d'une épisiotomie médio-latérale l'angle d'incision doit être idéalement de 60°
 - d) Elle permet de réduire la survenue d'une incontinence urinaire
 - e) Elle permet de réduire la survenue d'une incontinence anale
-