

DOSSIER N°1 : Métrorragies du 1^{er} trimestre de grossesse

Madame M., 26 ans, consulte pour métrorragies apparues ce matin. Elle présente un retard de règles de trois semaines. La possibilité d'une grossesse est envisagée.

1. Que recherchez-vous à l'interrogatoire?
2. Décrivez votre examen clinique.
3. Votre examen est normal, en dehors de la mise en évidence de métrorragies de sang noir, peu abondantes, venant de l'endocol, et de l'utérus qui est légèrement augmenté de volume. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous? Dans quel ordre?
4. Analysez l'échographie fournie.
5. L'échographie fournit également un élément essentiel dans ce contexte, qui n'apparaît pas sur cette image. Lequel?
6. En fonction de l'élément cité à la question 5, quelle sera votre conduite à tenir dans chacun des cas possibles? (sans la surveillance)



Échographie sus-pubienne

DOSSIER N°1**1. Que recherchez-vous à l'interrogatoire? (15)**

• Abondance du saignement.....	1
• Date des dernières règles.....	1
• Contraception (et existence de rapports sexuels).....	1
• ATCD gynéco-obstétricaux	
- IVG ou FCS	1
- curetages utérins (synéchies utérines).....	1
- facteurs de risques de GEU	1
- gestité, parité (déroulement d'éventuelles grossesses antérieures)	1
- fausses couches spontanées	1
• Circonstances d'apparition des métrorragies (effort, toilette, rapport sexuel)	1
• Signes sympathiques de grossesse.....	1
• Douleurs pelviennes, crampes hypogastriques (contractions utérines).....	1
• Recherche de pathologies extra gravidiques	
-ATCD de métrorragies inexplicables.....	1
- facteurs de risques de cancer du col utérin	NC
- caractère spontané ou provoqué des métrorragies	NC
- facteurs de risque de salpingite, d'endométrite.....	1
- leucorrhées	1
• Groupe sanguin et rhésus	1

2 Décrivez votre examen clinique (15)

• Tension artérielle (oubli = 0).....	2
• Pouls (oubli = 0)	2
• Température	1
• Seins (gonflement, galactorrhée)	1
• Contracture abdominale, défense	1
• Spéculum	
- origine du saignement (oubli = 0).....	1
- débris ovulaires intravaginaux.....	1
- leucorrhées.....	NC
- si DIU : présence des fils en bonne place	NC
• TV	
- volume de l'utérus (et orientation)	1
- douleur à la mobilisation utérine.....	1
- douleur (et empatement) des culs de sac vaginaux	1
- masse annexielle	1
- état du col utérin (ouvert, induré.....)	1
• TR : Douleur au cul de sac de Douglas (épanchement).....	1

3. Votre examen est normal, en dehors de la mise en évidence de métrorragies de sang noir, heu abondantes, venant de l'endocol, et de Putém qui est légèrement augmenté de voltane. Que(s) examen(s) complémentaires) demandez-vous? Dans quel ordre? (20)

• 1. Béta HCG plasmatiques quantitatives	4
• 2. Échographie pelvienne (si (3 HCG +), endovaginale si besoin)	4
• 3. Groupe Rhésus RAI	4
• 4. NFS plaquettes et TP TCK.....	3

NB : Ordre correct = 5 pts

*ici ordre théorique déjà car on fait toute la bio
d'un coup !!! ds la pra*

4. Analysez l'échographie fournie (20)

- Image arrondie2
- nique2
- anéchogène2
- excentrée2
- intrautérine.....2
- Entourée d'une couronne trophoblastique hyperéchogène2
- Avec écho embryonnaire2
- r • Pas d'image de décollement trophoblastique2
- Conclusion : grossesse intrautérine en rapport avec le terme (longueur cranio caudale = 10 mm)4

5. L'échographie fournit également un élément essentiel dans ce contexte, qui n'apparaît pas sur cette image. Lequel? (10)

- Activité cardiaque (AC).....5
- Qui traduit la vitalité embryonnaire.....5

6. En fonction de l'élément cité à la question 5, quelle sera votre conduite à tenir dans chacun des cas possibles?

(sans la surveillance) (20)

- Si AC+.....2
- repos.....2
- déclaration de grossesse (et bilan obligatoire) à 10-12 SA si la grossesse évolue 2
- arrêt des traitements contre indiqués pendant la grossesse2
- Si AC2
- hospitalisation pour curetage utérin3
- Traitement par Méthergin®-Méthylergométrine per os3
- Pour toutes : injection IV de Gammaglobulines anti D si Rhésus négatif 4
- Pour toutes : surveillance (oubli = p)NC

DOSSIER N°2 : Douleurs de fosse iliaque droite chez une antillaise de 27 ans

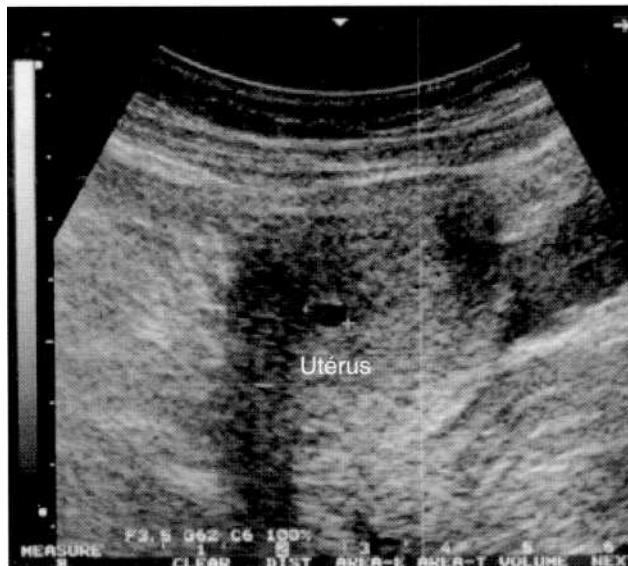
Une patiente d'origine antillaise de 27 ans vient consulter aux urgences gynécologiques pour des douleurs de la fosse iliaque droite apparues il y a 48 heures.

Antécédents : aucun ATCD chirurgical en dehors d'une césarienne pour son premier et unique enfant cinq ans auparavant.

Hépatite A au retour d'un voyage en Afrique il y a un an.

Contraception par dispositif intrautérin au cuivre installé dans le post partum.

1. Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) pouvez-vous formuler?
2. Pour les pathologies gynécologiques évoquées, donner quelques éléments cliniques qui seraient évocateurs.
3. On note un retard de règles de 14 jours, et des scapulalgies droites. Pas de vomissements. Le transit intestinal est normal. L'examen clinique retrouve : Tension artérielle = 100/60 mmHg, pouls à 102/mn, apyrexie. Pas de défense abdominale. L'examen gynécologique est le suivant : les fils du stérilet sont en place, le col est violacé et fermé, l'utérus n'est pas augmenté de volume, sans masse latérotérine palpable, il existe quelques métrorragies noirâtres provenant de l'endocol, pas de leucorrhées. Le toucher rectal est légèrement douloureux à droite, sans autre particularité. Vous retirez le DIU et l'envoyez en bactériologie. Quelle est maintenant votre principale hypothèse diagnostique? Justifiez.
4. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous alors? Hiérarchisez-les.
5. L'échographie est soumise à votre interprétation.
6. Quelle est votre attitude thérapeutique ?
7. Quels sont les principaux facteurs de risque de cette pathologie?
8. Quelles sont les différentes variétés anatomiques possibles de cette pathologie? Quelle est la plus fréquente?



Échographie sus-pubienne



Échographie endo-vaginale

DOSSIER N°2**1. Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) Pouvez-vous formuler? (10)**

• Grossesse extra utérine (oubli = 9).....	2
• Salpingite aiguë.....	1
• Torsion d'annexe droite (oubli = 0).....	2
• Torsion de fibrome utérin sous séreux pédiculé.....	1
• Nécrobiose de fibrome utérin	1
• Kyste hémorragique du corps jaune	1
• Douleurs ovariennes : dystrophie ovarienne polykystique type II.....	1
• Appendicite aiguë (oubli = 0).....	1
• Occlusion intestinale aiguë sur bride péritonéale	NC
• Hernie inguinale étranglée	NC
• Colique néphrétique droite.....	NC

2. Pour les pathologies gynécologiques évoquées, donner quelques éléments cliniques qui seraient évocateurs. (30)

• Grossesse extra utérine	1
- retard de règles (oubli = 0)	1
- facteurs de risque de grossesse extra utérine	1
- hypovolémie (franche ou à minima : tachycardie, hypotension artérielle)	1
- signes sympathiques de grossesse	1
- col d'aspect gravide.....	1
- métrorragies noirâtres de faible abondance.....	1
- masse latéroutérine douloureuse	1
- TR douloureux avec cul de sac de Douglas bombant	1
- scapulalgies.....	1
• Salpingite aiguë.....	1
- antécédents de salpingite	1
- leucorrhées et métrorragies minimales	1
- fièvre	1
- utérus mou et globuleux	NC
- douleur à la mobilisation utérine.....	1
- douleur latéroutérine avec empâtement des culs de sac vaginaux	1
- douleur au cul de sac de Douglas.....	NC
- douleur et défense pelviennes	1
- douleurs de l'hypochondre droit (périhépatite)	1
- signes d'irritation urinaires et rectaux.....	1
• Torsion d'annexe droite	1
- ATCD de kyste ovarien	1
- vomissements.....	1
- défense de fosse iliaque droite	NC
- masse latéroutérine douloureuse	1
• Fibrome utérin symptomatique (torsion de fibrome sous séreux pédiculé, nécrobiose)	1
- évoqué malgré le jeune âge car antillaise.....	NC
- masse latéroutérine douloureuse	1
- mobile avec l'utérus.....	1
- séparée de l'utérus par un sillon	NC
• Douleurs ovariennes : dystrophie ovarienne polykystique type II.....	1
- antécédents de salpingite.....	NC
- cycles menstruels irréguliers.....	NC
- douleurs répétées à chaque ovulation	1
• Kyste hémorragique du corps jaune	1
- deuxième partie de cycle.....	1

3. On note un retard de règles de 14 jours, et des scapulalgies droites. Pas de vomissements. Le transit intestinal est normal. L'examen clinique retrouve: Tension artérielle = 100/60 mmHg, pouls à 102/mn, apyrexie. Pas de défense abdominale. L'examen gynécologique est le suivant : les fils du stérilet sont en place, le col est violacé et fermé, l'utérus n'est pas augmenté de volume, sans masse latéroutérine palpable, il existe quelques métrorragies noirâtres provenant de l'endocol, pas de leucorrhées. Le toucher rectal est légèrement douloureux à droite, sans autre particularité. Vous retirez le DIU et l'envoyez en bactériologie. Quelle est maintenant votre principale hypothèse diagnostique? Justifiez (10)

• Grossesse extrautérine	2
- droite.....	1
• Facteur de risque : port d'un stérilet	1
• Retard de règles.....	1
• Utérus non augmenté de volume.....	NC
• Scapulalgies	1
• Douleur au TR	1
• Métrorragies noirâtres de faible abondance.....	1
• Tachycardie	1
• Hypotension artérielle.....	1

4. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous alors? Hiérarchisez-les. (10)

• D'abord	
- Béta HCG : dosage plasmatique quantitatif (oubli = 0).....	2
- NFS plaquettes (oubli = 0)	2
- groupe-Rhésus-RAI (oubli = 0).....	1
• Puis : (si Béta HCG positifs)	
- échographie pelvienne transpariétale (suspúbienne)	2
- et endovaginale si besoin	1
• Puis: (si la GEU n'est pas formellement éliminée)	
- coelioscopie diagnostique	2

NB : Si ordre aberrant : aucun point

5. L'échographie est soumise à votre interprétation. (10)

• Image intrautérine	1
- centroutérine.....	1
- anéchogène	1
- régulière, homogène.....	1
• Sans halo hyperéchogène franc	1
• Sans écho embryonnaire visible	1
• Pas d'épanchement rétroutérin visible (cul de sac de Douglas).....	1
• Correspondant à	
- veuf clair intrautérin (peu probable)	1
ou pseudosac gestationnel satellite d'une grossesse extrautérine.....	2

6. Quelle est votre attitude thérapeutique? (15)

* Hospitalisation (oubli = 0)	1
- pose d'une voie d'abord veineuse (oubli = 0)	1
- restauration volémique si nécessaire (macromolécules)	1
- consultation d'anesthésie (obligatoire) en urgence au bloc opératoire	NC
• Coelioscopie (hors contre-indications)	2
• Diagnostique	1
- et thérapeutique	1
- vérification de l'existence et du siège d'une grossesse extra utérine droite	1
- vérification de l'état de la trompe controlatérale	1
- salpingotomie	1
- ablation du sac embryonnaire	1
j - traitement conservateur si possible, sinon salpingectomie droite	1
- anatomopathologie de la pièce opératoire ...P.7.&	1
- toilette péritonéale si épanchement hémorragique du cul de sac Douglas	NC
- éventuel geste sur le pseudosac gestationnel intrautérin (curetage utérin)	1
• Gammaglobulines antiD IV si rhésus négatif (oubli = 0)	1
• Surveillance clinique, échographique (rétention intrautérine), et biologique (décroissance des bétaHCG plasmatiques si traitement conservateur) (oubli = 0)	NC

7. Quels sont les principaux facteurs de risque de cette pathologie? (10)

• Antécédents de	
- grossesse extrautérine (oubli = 0)	2
- salpingite	2
- interruption volontaire de grossesse	1
- chirurgie tubaire	1
• Fécondation in vitro	1
• Port de dispositif intra utérin	2
• Prise de microprogestatifs	1
• Endométriose tubaire	NC

8. Quelles sont les différentes variétés anatomiques possibles de cette pathologie? Quelle est la plus fréquente? (5)

• Ampullaire	1
- le plus fréquent	1
• Isthmique	1
• Interstitielle	1
• Ovarienne	1
• Intraabdominale	NC

DOSSIER N°3: Un accouchement

~x~ 8~
 < } t e

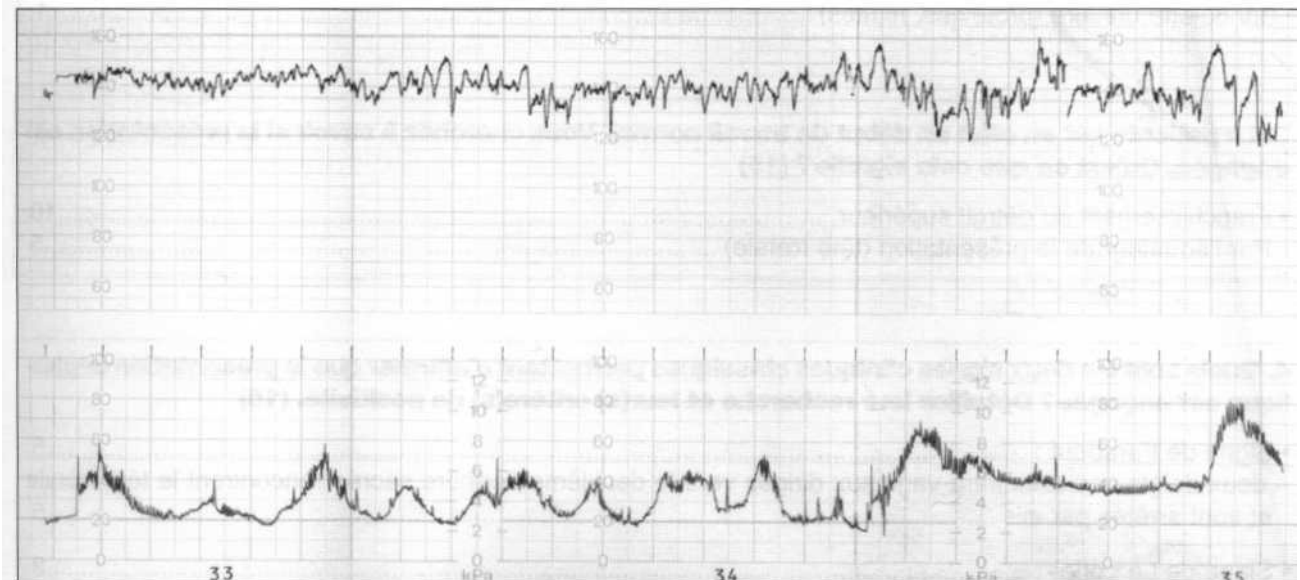
Madame P., 23 ans, primigeste, se présente en salle de travail pour accoucher.

Son terme théorique est de 39 semaines d'aménorrhée + 4 jours; la grossesse s'est déroulée sans problème particulier. Les sérologies en début de grossesse étaient les suivantes : Rubéole +, Toxoplasmose +, VIH -, Ag HbS -, TPHA -, VDRL -

Son groupe sanguin est O rhésus négatif, avec des RAI négatives.

Le dernier examen clinique une semaine auparavant trouvait une hauteur utérine à 33 centimètres, un col centré tonique fermé, mi-long. La présentation était céphalique haute et mobile.

1. Comment affirmez-vous que madame P. est en travail?
2. Quels éléments de l'examen clinique recherchez-vous particulièrement à l'entrée en salle de travail?
3. La patiente est en effet en début de travail normal. Vous cherchez à savoir si la présentation est engagée. Qu'est ce que cela signifie?
4. Quels sont les deux signes cliniques classiques permettant d'affirmer que la présentation céphalique est engagée? Détaillez leur recherche et leur(s) critère(s) de positivité.
5. Un des deux signes précédents peut être positif alors que la présentation n'est pas engagée. Quel signe? Dans quelle circonstance fréquente?
6. Vous avez posé un enregistrement cardiotocographique. Décrivez-le
7. Quels sont les critères de normalité d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal ?



DOSSIER N°3

1. Comment affirmez-vous que madame R est en travail? (10)

- Modifications cervicales5
et
- Contractions utérines régulières.....5

2 Quels éléments de l'examen clinique recherchez-vous particulièrement à l'entrée en salle de travail? (15)

- Mère
 - tension artérielle1
 - pouls1
 - température (oubli = 0)1
 - signes respiratoires1
 - signes neurologiques.....1
 - hauteur utérine1
 - état du col (oubli = 0).....1
 - contractions utérines1
- Foetus
 - nombre.....1
 - vitalité (bruits du cœur à la trompette de Pinard ou aux ultrasons, ex = Sonic Aid®)..... 1
 - trophicité1
 - présentation (type, et hauteur) (oubli = 0)1
- État des membranes1
- Saignements (oubli = 0)1
- Bandelette urinaire (protéines, nitrites)1

3. La patiente est en effet en début de travail normal. Vous cherchez à savoir si la présentation est engagée. Qu'est ce que cela signifie? (15)

- Franchissement du détroit supérieur.....10
- Par l'équateur de la présentation (tête fœtale)5

4. Quels sont les deux signes cliniques classiques permettant d'affirmer que la présentation céphalique est engagée? Détaillez leur recherche et leur(s) critères de positivité. (15)

- Signe de Farabeuf :5
 - deux doigts verticaux intra vaginaux dirigés vers la deuxième vertèbre sacrée rencontrent la tête fœtale et sont arrêtés par elle5
- Signe de Le Lorier :3
 - le moignon de l'épaule fœtale est à moins de trois travers de doigt (7 centimètres) de la symphyse pubienne2

5. Un des deux signes précédents peut être positif alors que la présentation n'est pas engagée. Quel signe? Dans quelle circonstance fréquente? (15)

- Signe de Farabeuf.....10
- En cas de bosse séro-sanguine.....5

6. Vous avez posé un enregistrement cardiotocographique. Décrivez-le (15)

- Rythme cardiaque foetal : normal.....4
- fréquence de base autour de 140 bpm (normale).....2
- oscillations fréquentes, de 5 à 15 bpm autour de la fréquence de base (normooscillant)1
- accélérations présentes (3 sur l'enregistrement) (normoréactif).....2
- pas de ralentissement2
- pas de variation pendant la contraction utérine ni au décours2
- Tocographie
- contractions fréquentes (environ 10 en 25 minutes).....1
- irrégulières en fréquence et en amplitude.....NC
- bon relâchement utérin entre les contractions1

7. Quels sont les critères de normalité d'un enregistrement du rythme cardiaque fcetal? (15)

- Rythme de base autour de 140 battements par minute (120-160).....3
- Oscillations entre 10 et 20 battements par minute3
- Réactivité : Accélérations3
- Pas de ralentissement.....3
- Pas de variation pendant la contraction utérine ni au décours.....3

DOSSIER N°4 : Métrorragies du ter trimestre de grossesse

Madame C., 23 ans, consulte le 08. 12. 1995 en raison de métrorragies.

Antécédents : chirurgicaux et médicaux sans particularité, gynécologiques : une fausse couche spontanée il y a deux ans, à huit semaines d'aménorrhée, non curetée.

Date des dernières règles normales : 06. 10. 1995

Pas de contraception (désir de grossesse) : arrêt de Microvale il y a six mois.

Un test urinaire de grossesse du commerce était positif il y a un mois. Elle décrit des métrorragies foncées, peu abondantes, durant depuis quelques heures, sans douleurs. Signes sympathiques de grossesse importants.

Examen clinique

Tension artérielle = 120/70 mmHg, Pouls = 84/mn, température = 37,4° C. L'abdomen est souple et indolore.

Spéculum : quelques filets de sang noirâtre venant de l'endocol. Pas de leucorrhées. Col d'aspect gravide.

Toucher vaginal : utérus antéversé antéfléchi, de 16 cm de hauteur utérine, indolore, pas de masse latéroutérine, col long tonique fermé postérieur. Toucher rectal : le cul de sac de Douglas est indolore et ne bombe pas.

1. A quel terme théorique de grossesse est cette patiente (en semaines d'aménorrhée) ?
2. Que pensez-vous de la hauteur utérine?
3. Quel(s) diagnostic(s) pouvez-vous évoquer?
4. Vous pratiquez une échographie pelvienne qui retrouve des images multiples intra-utérines, échogènes, vésiculeuses, floconneuses et sans écho embryonnaire ni activité cardiaque. Quelle est votre principale orientation diagnostique?
5. Comment allez-vous traiter cette patiente? (sans la surveillance)
6. Votre suspicion diagnostique a été confirmée. Quelle surveillance mettez-vous en place après votre traitement?
7. La patiente est amenée aux urgences quelques semaines plus tard pour crise convulsive généralisée. Cela ne lui était jamais arrivé auparavant. Quel, diagnostic évoquez-vous?

DOSSIER N°4

1. A quel terme théorique de grossesse est cette patiente (en semaines d'aménorrhée)? (10)

- 9 semaines d'aménorrhée10

2. Que pensez-vous de la hauteur utérine? (15)

- Trop importante pour le terme.....10
- Normalement autour de 9 à 10 cm5

3. Quel(s) diagnostic (s) pouvez-vous évoquer? (15)

- Grossesse multiple.....4
- Erreur de terme4
- Grossesse molaire4
- Fibrome et grossesse.....3

4. Vous pratiquez une échographie pelvienne qui retrouve des images multiples intra-utérines, échogènes, vésiculeuses, floconneuses et sans écho embryonnaire ni activité cardiaque. Quelle est votre principale orientation diagnostique? (15)

- Mole hydatiforme.....13
- Macroscopique2

5. Comment allez-vous traiter cette patiente? (sans la surveillance) (15)

- Hospitalisation.....NC
- bilan préopératoire (dont groupe Rhésus RAI, bétaHCG plasmatiques quantitatifs, consultation d'anesthésie)3
- Curetage utérin par aspiration3
- examen du produit de curetage en anatomopathologie (oubli = 0)3
- Injection de Gammaglobulines anti D IV si rhésus négatif (oubli = 0).....3
- Contraception orale par cestroprogestatifs pendant 1 an au minimum 3

6. Votre suspicion diagnostique a été confirmée. Quelle surveillance mettez-vous en place après votre traitement? (15)

- Clinique
 - tension artérielle, pouls.....1
 - température1
 - globe utérin (bonne involution)2
 - métrorragies (absentes ou minimales).....2
 - douleurs.....1
 - disparition des signes sympathiques de grossesse1
- Paraclinique
 - bétaHCG quantitatifs: (décroissance) à 48h, J7, J15, un mois, deux mois, trois mois, six mois et à un an..... 5
 - radiographie de thorax.....1
 - échographie hépatique1

7. La patiente est amenée aux urgences quelques semaines plus tard pour crise convulsive généralisée. Cela ne lui était jamais arrivé auparavant. Quel diagnostic évoquez-vous? (15)

- Métastase(s) cérébrale(s)5
- De choriocarcinome10

DOSSIER N°5 : Prurit vulvaire

Mademoiselle B., 18 ans, vient consulter aux urgences pour prurit vulvaire durant depuis 48 heures. Pas d'ATCD particulier, en dehors de multiples candidoses vaginales. Dernières règles il y a sept jours. Il existe des leucorrhées, mais aucun signe d'infection génitale haute.

1. Quel(s) élément(s) clinique(s) sont ou seraient évocateurs d'une candidose vaginale?
2. Vous allez utiliser de la potasse (KOH). Comment et dans quel(s) but(s) ?
3. Si vous vous orientiez vers une trichomonase, quel serait votre traitement?
4. La patiente a déjà utilisé de l'éconazole/Pévarylfl (prescrit à sa mère), avec un bon résultat.
Quel est le spectre d'action de ce produit?
5. Quelles pathologies générales doit-on rechercher devant des candidoses vulvovaginales récidivantes?
6. Quels conseils donnez-vous à la patiente afin d'éviter les récurrences fréquentes?

DOSSIER N°5

1. Quel(s) élément(s) clinique(s) sont ou seraient évocateurs d'une candidose vaginale? (20)	
• Prurit intense (voire cuisson).....	4
• Caractères des leucorrhées :	4
- blanches	2
- caillébotées, épaisses (yaourt)	2
- inodores.....	2
• Autres localisations	
- interfessière	2
- intertrigo.....	2
- périonyxis.....	2
2 Vous allez utiliser de la potasse (KOH). Continent et dans quel(s) but(s)? (15)	
• Sur la deuxième lame d'étalement des leucorrhées (première pour l'examen direct : cytologie)	2
• Potasse (KOH) à 10% si la cytologie montre un frottis « sale » (cellules vaginales lysées et polynucléaires)	2
- odeur de poisson pourri (Sniff test)	2
- si vaginose bactérienne (Gardnerella vaginalis, anaérobies)	2
• Ou potasse à 5% si frottis « propre » (cellules vaginales intactes, rares polynucléaires)	2
- montre des filaments et/ou spores au microscope	2
- si mycose vaginale	3
3. Si vous vous orientiez vers une trichomonase, quel serait votre traitement? (20)	
Traitement local :	3
- toilette vaginale au savon acide (ex : Cytéal®)	
- ovules de métronidazole-Flagyl* (1/j pdt 10j)	2
• Associé à un traitement général :	3
- per os.....	2
- Métro nidazole-Flagyl® (10 j).....	2
- également accepté : traitement minute Tinidazole-Fasigyne 500® (2 grammes en une prise unique)	2
• Traitement du partenaire	2
- traitement minute par voie générale.....	2
• Abstinence sexuelle une semaine.....	2
• Surveillance.....	NC
4. La patiente a déjà utilisé de l'écónazole/pévaryl* (prescrit à sa mère), avec un bon résultat. Quel est le spectre d'action de ce produit? (15)	
• Antifongique.....	3
• Candidoses cutanéomuqueuses	3
• Erythrasma (corynebacterium minutissimum).....	3
• Dermatophytes (Trichophyton, Epidermophyton, Microsporum).....	3
• Pityrosporum orbiculare (Pytirisias versicolor) et ovale	3
• Certaines bactéries gram positif (spectre non utilisé).....	NC
5. Quelles pathologies générales doit-on rechercher devant des candidoses vulvovaginales récidivantes? (20)	
• Diabète	10
• Immunodépression (infection à VIH en particulier)	10

6. Quels consens donnez-vous à la patiente afin d'éviter les récurrences fréquentes? (10)

- Éviter le port de pantalons serrés (jeans) et de sous vêtements imperméables (culottes synthétiques) ...2
- Éviter les toilettes trop fréquentes (et trop rares).....2
- Éviter les savons acides2
- Traiter son partenaire2
- Discuter un traitement par voie entérale (foyer digestif fréquent).....2

DOSSIER N°6 : Consultation pour désir de grossesse

Madame B., 26 ans, marocaine en France depuis un an, vous consulte pour désir de grossesse. Elle a accouché très rapidement par voie basse il y a 6 ans, à 38 semaines et demie d'aménorrhée, d'un garçon de 3280 grammes, bien portant actuellement. Deux expulsions de fœtus vivants il y a 5 ans (à 16 semaines d'aménorrhée) et 2 ans (à 18 semaines d'aménorrhée), en dehors de tout contexte infectieux, non suivies de révision utérine, sans qu'aucune étiologie ait été recherchée. Elle se plaint par ailleurs de dysménorrhée primaire jamais traitée. Dans les antécédents, on note de multiples infections urinaires, et de vagues douleurs lombaires gauches depuis un an.

L'examen clinique retrouve un col dont l'orifice externe est perméable à un doigt, mais sans aucune autre particularité. Aucun signe en faveur d'une grossesse.

1. Quelles sont les causes classiques d'avortements spontanés à répétition?
2. Quels types de causes sont les plus probables chez madame B. ? Pourquoi ?
3. Vous avez demandé une hystérosalpingographie. Quelles sont les contre-indications à la réalisation de cet examen?
4. Un cliché d'hystérosalpingographie est reproduit ici. Quel est maintenant votre diagnostic précis?
5. A quelle anomalie embryologique correspond cette pathologie?
6. En dehors du bilan obstétrical, vous allez rechercher une autre anomalie morphologique. Laquelle? Par quel examen?



DOSSIER N°6**1. Quelles sont les causes classiques d'avortements spontanés à répétition? (20)**

- Causes ovulaires : anomalies chromosomiques essentiellement.....2
- Causes utérines :2
 - malformations (cloisons, hémimatrices, hypoplasies)2
 - tumeurs (fibromes sous muqueux, polypes)2
 - synéchies utérines.....2
- Cause cervicoisthmique : béance du col essentiellement2
- Causes générales maternelles :2
 - infections chroniques ou répétées (maternelles ou ovulaires)2
 - immunologiques : lupus, syndrome des antiphospholipides, alloimmunisation fœtomaternelle.....2
 - diabèteNC
 - hypothyroïdie.....NC
 - insuffisance lutéale2

2 Quels types de causes sont les plus probables chez madame B.? Pourquoi? (20)

- Causes génitales maternelles (utérines).....10
- Car survenue répétée au deuxième trimestre.....5
- Et antécédent d'accouchement rapide de gros enfant en dehors de toute infection 5

3. Vous avez demandé une hystérosalpingographie. Quelles sont les contre indications à la réalisation de cet examen? (10)

- Deuxième partie du cycle menstruel.....3
- Grossesse2
- Infection génitale haute évolutive5
- Métrorragies abondantes : contre indication relative.....NC
- Allergie à l'iode : contre indication relative.....NC

4. Un cliché d'hystérosalpingographie est reproduit ici. Quel est maintenant votre diagnostic précis? (15)

- Utérus bicorne10
 - a priori non cloisonnéNC
 - unicervical.....5
- Bonne perméabilité tubaireNC
- Trompes de morphologie normaleNC
- Une béance cervicoisthmique est associée dans 30% des casNC
- La distinction utérus bicorne ou cloisonné peut faire appel à des arguments échographiques, IRM, ou hystéroscopiques.....NC

5. Quel est le point de départ de la genèse de cette pathologie? (15)

- Anomalie de fusion5
- Des deux canaux de Müller.....10

6. En dehors du bilan obstétrical, vous allez rechercher une autre anomalie morphologique. Laquelle? Par quel examen? (20)

- Malformation de l'appareil urinaire10
- Urographie intraveineuse10

DOSSIER N°7 : Un certain type de grossesse

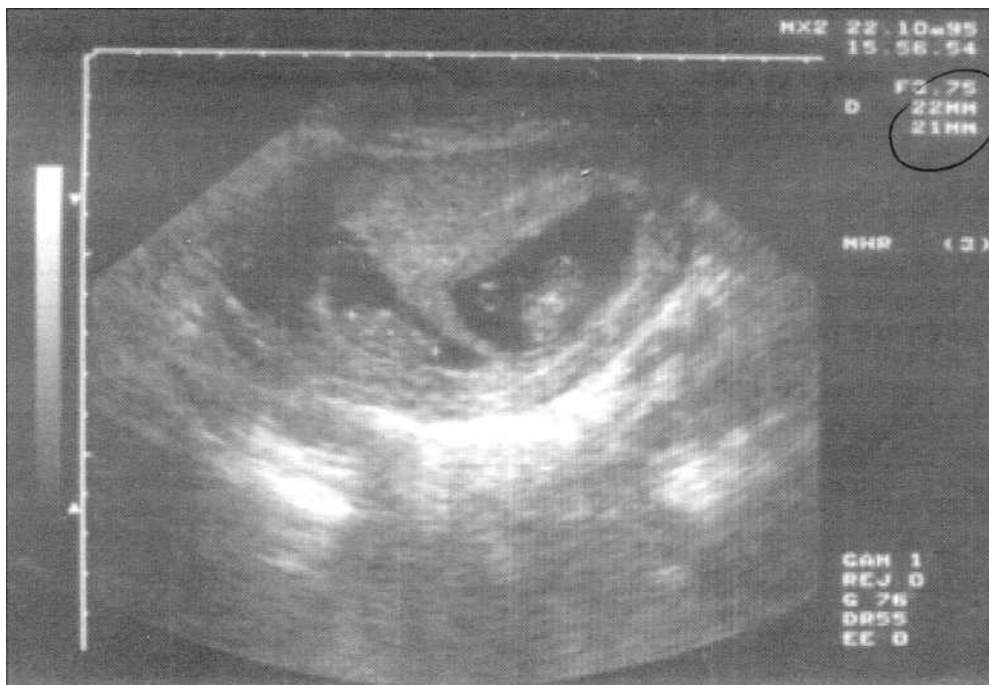
Madame C., 32 ans, vient consulter pour savoir si elle est enceinte.

Antécédents : nulligeste. Cycles réguliers depuis l'âge de 12 ans (âge des premières règles). Pas d'antécédent chirurgical ni médical.

DDR : il y a 10 semaines

Arrêt de contraception orale (Stédiril®) il y a 4 mois.

1. Vous recherchez la présence à l'interrogatoire de signes sympathiques de grossesse. Quels sont-ils?
2. Votre examen clinique est en faveur d'une grossesse. Décrivez les signes que vous retrouvez.
3. Vous allez pratiquer une échographie. Dans quel(s) but(s) ?
4. L'échographie fournit les images suivantes. Interprétez-les.
5. Certaines complications sont spécifiques de ce type de grossesse. Lesquelles?
6. Certaines complications ont une fréquence accrue dans ce type de grossesse. Lesquelles?



Échographie sus-pubienne

DOSSIER N°7

1. Vous recherchez la présence à l'interrogatoire de signes sympathiques de grossesse. Quels sont-ils? (13)

• Tension mammaire	2
• Troubles du cycle du sommeil.....	1
• Nervosité, irritabilité.....	1
• Nausées	2
• Vomissements	2
• Dégoût de certains aliments, certaines odeurs.....	1
• Polyurie.....	2
• Hypersialorrhée	2

2. Votre examen clinique est en faveur d'une grossesse. Décrivez les signes d'examen que vous retrouvez. (30)

• Visage	
- masque de grossesse (chloasma)	2
• Seins	
gonflés	2
- sensibles.....	NC
- dilatation du réseau veineux (de Haller).....	2
- hyperpigmentation aréolaire	2
- tubercules de Montgomery saillants sur l'aréole	2
• Utérus	
- palpation hypogastrique du globe utérin (à partir de 3 mois de grossesse en général)	NC
- signe de Noble : utérus perçu dans les culs de sac vaginaux latéraux (dès la 6e semaine)	2
- mou.....	3
- globuleux (augmenté de volume)	3
• Spéculum	
- col lilas, violacé.....	2
- col sec	2
- col augmenté de volume	2
- glaire coagulée ou absente	2
• Organes génitaux externes	
- hyperpigmentés	2
- cedématisés.....	2

3. Vous allez pratiquer une échographie. Dans quel(s) but(s) ? (12)

• Confirmation de grossesse intrautérine	3
• Caractère évolutif de la grossesse (activité cardiaque)	3
• Caractère unique ou multiple	3
• Estimation du terme échographique (longueur craniocaudale et diamètre du sac gestationnel).....	3

4. L'échographie fournit les images suivantes. Interprétez-les. (15)

• Deux images anéchogènes	1
- intrautérines.....	2
- entourées chacune d'un halo hyperéchogène (couronne trophoblastique)	2
• Deux embryons	2
- LCC = 21 et 22 mm.....	NC
• Une vésicule vitelline.....	NC
• Deux sacs gestationnels intrautérins	2
• Grossesse gémellaire.....	2
- bichoriale	2
- biamniotique	2

5. Certaines complications sont spécifiques de ce type de grossesse. Lesquelles? (15)

-Syndrome transfuseur-transfusé.....	9
• Accrochage des deux jumeaux lors de l'accouchement	3
• Souffrance foetale aiguë du deuxième jumeau lors de l'accouchement	3
• Monstres doubles.....	NC

6. Certaines complications ont une fréquence accrue dans ce type de grossesse. Lesquelles? (15)

• Prématurité.....	3
• Retard de croissance intrautérin	1
• Toxémie gravidique	3
• Hydramnios	1
• Procidence du cordon du premier jumeau	2
• Anémie ferriprive	2
• Risques hémorragiques	NC
• Dystocie dynamique	2
• Placenta praevia.....	1

DOSSIER N°8: Un autre accouchement

Madame X., 34 ans, se présente à 39 semaines d'aménorrhée + 5 jours à la consultation obstétricale. Il s'agit de sa troisième grossesse.

Antécédents

Il y a 4 ans, accident de la voie publique ayant entraîné une fracture des deux jambes et du bassin, ainsi qu'une rupture traumatique de l'urètre (traitée, sans séquelles actuellement).

Appendicectomisée à 20 ans.

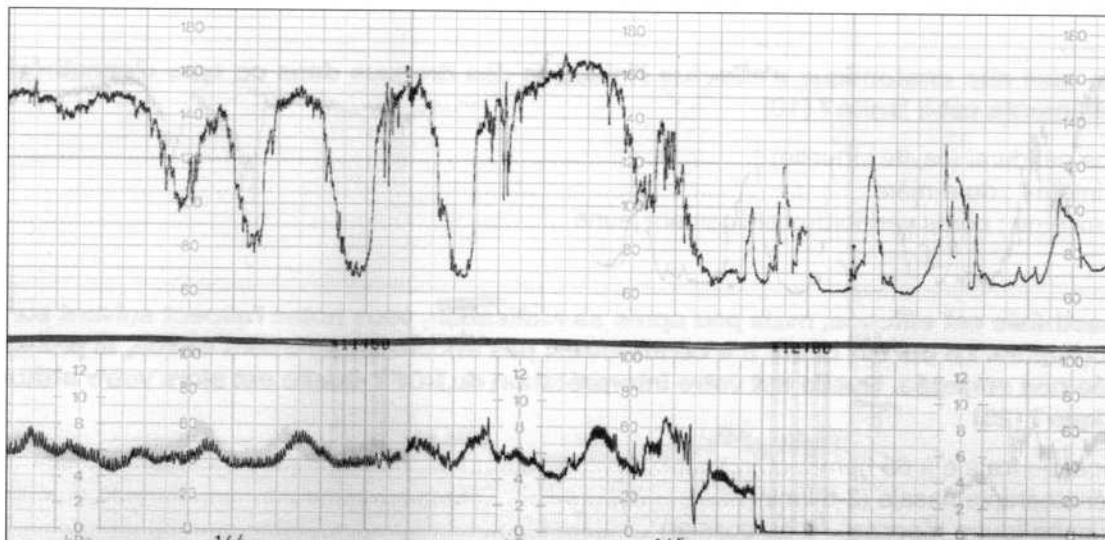
Il y a 8 ans, accouchement normal à terme d'une fille de 3420 grammes.

Il y a 6 ans, accouchement normal à terme d'un garçon de 3580 grammes.

Les trois grossesses se sont déroulées sans problème particulier. Les sérologies habituelles (TPHA VDRL, Hépatite B, toxoplasmose, rubéole et VIH) sont sans anomalie. Cette grossesse a été régulièrement suivie.

Elle présente des contractions utérines régulières, toutes les 4 minutes, douloureuses, depuis la veille au soir. A l'examen, tension artérielle à 130/70 mmHg, pouls = 92/mn, température rectale à 37,5° C. Hauteur utérine à 32 cm, utérus tonique se relâchant bien entre les contractions. Le col est centré, perméable à deux doigts presque effacé. La présentation est céphalique appliquée. La poche des eaux est bombante avec un liquide clair à l'amnioscopie. Vous posez un enregistrement cardiotocographique.

1. Quel est votre diagnostic?
2. Quel examen radiologique aurait dû être pratiqué pendant cette grossesse? Quel(s) renseignement(s) en auriez-vous attendu? Dans quel but?
3. Vous passez ensuite la patiente en salle de travail. Votre examen retrouve maintenant une tête fixée, dans la variété de présentation la plus fréquente. Laquelle est-ce?
4. Quel(s) est(sont) votre(vos) repère(s) afin de déterminer la variété de présentation ?
5. Elle souhaite une anesthésie péridurale. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous en urgence?
6. Dans quel site anatomique s'effectue l'injection des drogues dans ce type d'anesthésie? Par quels éléments est-il limité?
7. L'anesthésie est efficace, mais peu après sa réalisation, vous notez l'aspect suivant sur la cardiotocographie. Le col est dilaté à 4 centimètres, pas encore entièrement effacé, la présentation est fixée non engagée. Quelle est votre interprétation du RCF? Quelle est alors votre attitude thérapeutique?
8. Vous constatez malheureusement chez madame X. le lendemain matin une paralysie flasque des deux membres inférieurs. Vous suspectez une complication de l'anesthésie péridurale. Quelles sont vos hypothèses?



Q7

DOSSIER N°8

1. Quel est votre diagnostic? (10)

- Madame X. est en travail10

2 Quel examen radiologique aurait dû être pratiqué pendant **cette grossesse**? Pourquoi? Quel(s) renseignement(s) en auriez-vous attendu? Dans quel tout? (15)

- Radiopelvimétrie (ou scannopelvimétrie, moins irradiante)5
- car fracture du bassin après le dernier accouchement2
- Mesures du détroit supérieur :2
- diamètre promonto rétropubien (normale > 10,5 cm)1
- diamètre transverse médian (normale > 12,5 cm)1
- indice de Magnin (PRP + TM) (normale > ou égale à 23 cm)1
- Mesures du détroit moyen.....1
- diamètre transverse biépineux (normale > ou égale à 9,5 cm).....1
- Aide à décider de la voie d'accouchement (voie basse ou césarienne)1

3. Vous passez ensuite la patiente en salle de travail. Votre examen retrouve maintenant une tête fixée, dans la variété de présentation la plus fréquente. Laquelle est-ce? (10)

- Occipito iliaque gauche antérieure.....10

4. Quel(s) est(sont) votre(vos) repère(s) afin de déterminer la variété de présentation? (15)

- Occiput5
- repéré grâce à la fontanelle postérieure (lambda)5
- Suture sagittale2
- Os iliaque3

5. Elle souhaite une anesthésie péridurale. Quel(s) examens) complémentaires(s) prescrivez-vous en urgence? (10)

- Consultation anesthésie1
- Groupe rhésus RAI (oubli = 0)3
- NFS plaquettes.....3
- TP TCK.....3

6. Dans quel site anatomique s'effectue l'injection des drogues dans ce type d'anesthésie? Par quels éléments est-il limité? (10)

- Espace péridural (cavité virtuelle)4
- Face interne : dure-mère.....3
- Face externe : corps vertébraux et ligament jaune.....3

7. L'anesthésie est **efficace, mais peu après** sa réalisation, vous notez l'aspect suivant sur la cardiotocographie. Le col est dilaté à 4 centimètres, pas encore entièrement effacé, la présentation est fixée non engagée. Quelle est votre interprétation du RCF? Quelle est alors votre attitude thérapeutique? (25)

- Bradycardie fœtale à 65 bpm.....10
- Oxygénothérapie nasale (3-6 l/min)3
- Césarienne (autre réponse = • au dossier)9
- En extrême urgence.....3

8. Vous constatez mal _____ chez madame X le lendemain matin une paralysie flasque des deux membres inférieurs. Vous suspectez une complication de l'anesthésie péridurale. Quelles sont vos hypothèses? (5)

- Hématome péridural.....3
- Abscess péridural.....2

DOSSIER N°9: Fièvre du post partum

Madame A., 34 ans, primigeste, a accouché il y a deux heures d'une fille de 3330 grammes (Apgar 10 à 1,5 et 10 minutes), au terme de 39 semaines et 3 jours d'aménorrhée. Il s'agissait d'un accouchement dirigé, sans épisiotomie avec délivrance naturelle et complète. Elle désire allaiter. Elle est hospitalisée avec son bébé en suites de couches.

1. Quels sont les principaux éléments cliniques de surveillance dans les premiers jours?
2. L'évolution est normale jusqu'à la 48e heure, où l'on note une fièvre à 38,2 °C. L'examen clinique est sans particularité en dehors des seins qui sont durs, tendus, sensibles. Les mamelons sont normaux. Quel est le diagnostic le plus probable?
3. Le lendemain, la température est à 38,5° C, elle se plaint de douleurs hypogastriques et de la fosse iliaque droite. Il existe une pollakiurie et des brûlures mictionnelles, ainsi qu'un tenesme rectal. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous?
4. Que recherchez-vous à l'examen clinique?
5. L'examen clinique vous oriente vers une complication infectieuse. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous?
6. La bandelette urinaire est normale. L'échographie pelvienne est normale. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique?
7. Quels sont les principes du traitement de première intention ?

DOSSIER N°9

1. Quels sont les principaux éléments cliniques de surveillance dans les premiers jours? (15)

• Température (oubli = 0)	2
• Pouls.....	1
• Tension artérielle	2
• Membres inférieurs = cedème, phlébite	2
• Conjonctives (pâleur)	1
• Lochies (abondance, aspect, odeur).....	2
• Globe utérin (involution) (oubli = 0).....	2
• Seins (tension, douleur) et mamelons (crevasses).....	1
• Périnée	NC
• Mictions.....	NC
• Douleurs (utérines, mammaires, pulmonaires, thoraciques).....	1
• Hémorroïdes.....	NC
• Signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie)	1
• Cicatrice d'épisiotomie (pas ici)	NC

2 L'évolution est normale jusqu'à la 48e heure, où l'on note une fièvre à 38,2° C. L'examen clinique est sans particularité en dehors des seins qui sont durs, tendus, sensibles. Les mamelons sont normaux. Quel est le diagnostic le plus probable? (10)

• Engorgement mammaire.....	5
• Contemporain de la montée laiteuse	5

3. Le lendemain, la température est à 38,5° C, elle se plaint de douleurs hypogastriques et de la fosse iliaque droite. Il existe une pollakiurie et des brûlures mictionnelles, ainsi qu'un tenesme rectal. Quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous? (15)

• Pyélonéphrite droite	5
• Endométrite	5
• Thrombophlébite pelvienne	3
• Appendicite.....	2

4. Que recherchez-vous à l'examen clinique? (15)

• Retentissement : tension artérielle, pouls, diurèse, conscience	2
• Pour une endométrite	
- lochies (malodorantes, hémorragiques)	1
- utérus mal involué, douloureux à la mobilisation	1
• Pour une phlébite pelvienne	
- toucher vaginal : cordon induré douloureux le long des parois pelviennes	2
- phlébite des membres inférieurs	2
- cedème vulvaire.....	1
- crise hémorroïdaire.....	1
• Pour une appendicite	
- signes d'irritation péritonéale (défense, douleur au toucher rectal)	2
- langue saburrale (absolument pas spécifique d'une pathologie en particulier)	1
• Pour une pyélonéphrite	
- douleurs lombaires spontanées ou provoquées.....	2

5. L'examen clinique vous oriente vers une complication infectieuse. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous? (15)

- Échographie pelvienne (rétention placentaire infectée)3
- ECBU.....3
- PV et culture de lochies2
- Hémocultures2
- NFS plaquettes.....2
- CRP (élément pour le suivi évolutif).....1
- Bandelette urinaire2

6. La bandelette urinaire est normale. L'échographie pelvienne est normale. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique? (15)

- Endométrite du post partum.....15

7. Quels sont les principes du traitement de première intention? (15)

- Antibiothérapie à large spectre.....2
 - ex : amoxicilline + acide clavulanique/Augmentin®2
 - intraveineuse2
 - secondairement adaptée aux résultats du prélèvement vaginal.....NC
- f J** • Lutter contre l'hypotonie utérine : ex : Methergin®2
 - Antalgiques2
 - Certains associent des anti-inflammatoiresNC
 - Discuter l'anticoagulation préventive.....2
- d** • Tirer et jeter le lait (tant que la température est supérieure à 38° C) (oubli = 0).....2
 - Surveillance (oubli = 0).....1

DOSSIER N°10 : Désir de grossesse et dyspareunie

Madame P., 32 ans, consulte pour désir de grossesse. En effet, mariée depuis trois ans, elle essaie depuis lors d'avoir un enfant sans avoir jusqu'ici déclenché une seule grossesse. Elle se plaint par ailleurs d'un syndrome prémenstruel important avec dysménorrhée secondaire apparue à 18 ans. Il existe également une dyspareunie profonde, balistique, depuis son mariage, mais ne l'empêchant pas d'avoir des rapports sexuels régulièrement. L'étude de la courbe ménothermique montre qu'elle ovule normalement. Son mari a eu 3 enfants d'un premier mariage. On retrouve à l'examen clinique un nodule bleuté du cul de sac vaginal droit, sensible à la palpation. Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Vers quelle pathologie expliquant l'ensemble du tableau clinique vous orientez-vous?
2. Quelle est la pathogénèse de cette maladie?
3. L'hystérosalpingographie suivante est pratiquée. Quelle est votre interprétation?
4. Quel autre examen complémentaire allez-vous ensuite pratiquer? Dans quel(s) but(s) ?
5. Quelle est l'évolution habituelle de cette pathologie selon les événements de la vie génitale et en dehors de tout traitement?



DOSSIER N°10

1. Vers quelle pathologie expliquant l'ensemble du tableau clinique vous orientez-vous? (20)

- Endométriose15
- Externe5

2 Quelle est la pathogénèse de cette maladie? (10)

- Migration de cellules endométriales.....6
- En position ectopique2
- Sensibles aux stimulations hormonales.....2

3. L'hystérosalpingographie suivante est pratiquée. Quelle est votre interprétation? (25)

- Nombreux diverticules tubaires.....4
- proximaux (segments isthmiques et intramuraux).....4
- bilatéraux4
- en grappes de gui.....4
- Aspect grêle des trompes.....2
- avec une obstruction tubaire distale bilatérale2
- * Aspect évocateur d'endométriose tubaire5

4. Quel autre examen complémentaire allez-vous ensuite pratiquer? Dans quel(s) but(s)? (25)

- Coelioscopie.....9
- Confirme le diagnostic.....4
- Précise l'étendue des lésions.....4
- Permet la thérapeutique4
- adhésiolyse, ablation des nodules endométriosiques volumineux.....4

5. Quelle est l'évolution habituelle de cette pathologie selon les événements de la vie génitale et en dehors de tout traitement? (20)

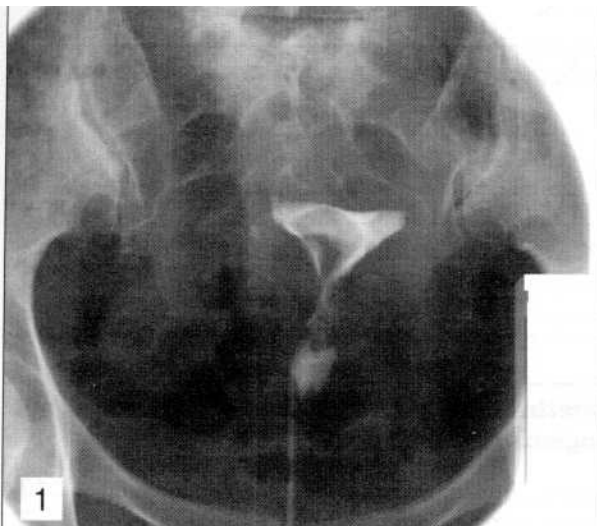
- Évolution chronique.....2
- Apparaît après la puberté.....3
- Améliorée par la grossesse.....5
- Disparaît avec la ménopause.....10

DOSSIER N°11 : Une aménorrhée secondaire

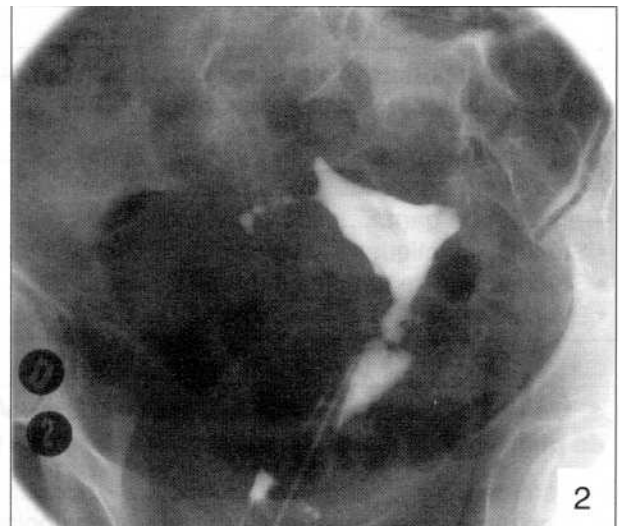
Madame L., 37 ans, consulte pour aménorrhée depuis quatre mois. Au début, elle ne s'en était pas inquiétée car elle avait toujours eu des cycles irréguliers.

Antécédents : diabète paternel non insulodépendant, appendicectomie à sept ans, primo-infection tuberculeuse à quinze ans, traitée. Examen clinique : pas d'anomalie particulière.

1. Quelles sont les principales causes d'aménorrhée secondaire?
2. Quels sont les premiers examens complémentaires à demander?
3. Vous vous orientez vers une cause non hypothalamohypophysaire. Vous demandez l'examen suivant. Quelle est votre interprétation?
4. Un autre examen complémentaire d'imagerie permettrait ici un diagnostic de certitude et est de plus en plus indiqué dans l'exploration des pathologies utérines. Lequel?
5. Quel est le mode de contamination de cette pathologie?
6. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous dans le cadre de votre principale hypothèse diagnostique? (Diagnostic positif, bilan d'extension)
7. Quel(s) traitement(s) mettez-vous en route?

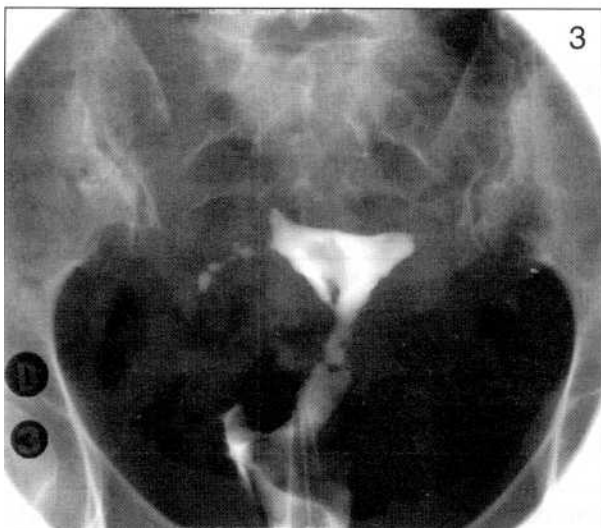


Remplissage

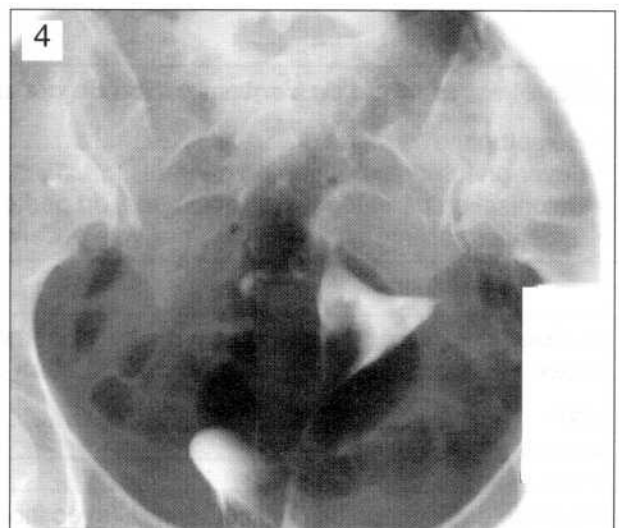


Réplétion

Q3



Evacuation



Evacuation tardive

DOSSIER N°11**1. Quelles sont les principales causes d'aménorrhée secondaire? (15)**

• Grossesse (oubli = 0).....	2
• Ménopause précoce.....	1
• Iatrogène (médicaments, ex = neuroleptiques).....	2
• Synéchies (tuberculeuses, curetage)	1
• Ovaires polykystiques (type I ou II).....	1
• Tumeurs ovariennes.....	1
• Hyperprolactinémie.....	2
• Tuberculose.....	1
• Hypothyroïdie.....	1
• Insuffisance hépatocellulaire	1
• Infection chronique sévère	1
• Aménorrhée hypothalamique (anorexie mentale...).....	1

2. Quels sont les premiers examens complémentaire« à demander? (10)

• LH	2
• FSH	2
• Prolactinémie.....	2
• Éliminer une grossesse (bêtaHCG, échographie si besoin)	4

3. Vous vous orientez vers une cause non hypothalamohypophysaire. Vous demandez l'examen suivant. Quelle est votre interprétation? (21)

• Synéchie utérine.....	3
- isthmocorporéale	3
- en doigt de gant.....	3
• Sténose isthmiques multiples à droite, aspect moniliforme	3
• Sténose tubaire proximale à droite	3
• Évocatrice de tuberculose utérine.....	6

4. Un autre examen complémentaire d'imagerie permettrait ici ce diagnostic de certitude et est de plus en plus indiqué dans l'exploration des pathologies utérines. Lequel? (15)

• Hystéroscopie	10
- avec biopsies dirigées, examen anatomopathologique (granulome tuberculeux)	3
- et mise en culture sur milieux spécifiques (ex : Lcwenstein)	2

5. Quel est le mode de contamination de cette pathologie? (9)

• Hématogène.....	3
• Foyer pneumopleurétique en général	3
• Colonisation hématogène des trompes, du péritoine, puis de l'endomètre	3
• Exceptionnellement : inoculation par voie ascendante.....	NC

6. Que(s) examens) complémentaire(s) demandez-vous dans le cadre de votre principale hypothèse diagnostique? (Diagnostic positif, bilan d'extension) (15)

• RP.....	2
• IDR à la tuberculine.....	2
• VS.....	1
• Culture des sécrétions cervicoutérines (avec inoculation au cobaye) sur milieu de Loewenstein.....	2
• Biopsie d'endomètre (en fin de cycle)	2

• Coelioscopie.....	2
• UIV (recherche une tuberculose urinaire associée).....	2
• ECBU avec recherche de BK (recherche une tuberculose urinaire associée)	1
• Recherche de BK dans les crachats.....	1

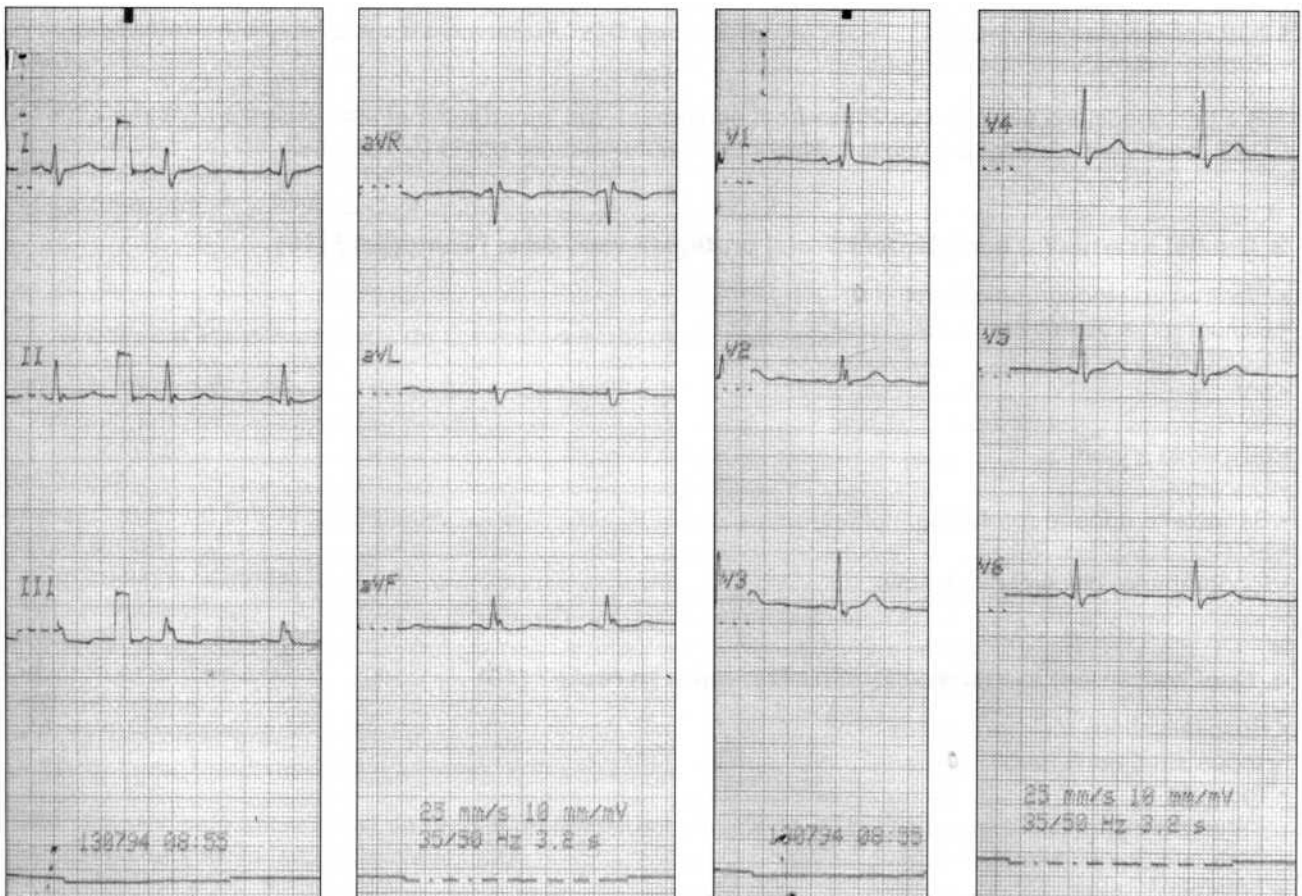
7. Quel traitement mettez vous en route? (15)

• Traitement antituberculeux	4
- après bilan préthérapeutique.....	1
- trithérapie pendant 3 mois.....	3
- puis bithérapie pendant 12 à 18 mois	3
• Puis chirurgie sur les lésions résiduelles	2
• Surveillance (oubli = 0).....	2

DOSSIER N°12 : Une menace d'accouchement prématuré

Madame K., 27 ans, primigeste, est hospitalisée à 32 semaines plus 3 jours d'aménorrhée pour menace d'accouchement prématuré. Elle n'a pas d'ATCD particulier. Contractions utérines depuis la veille au soir. Aucun autre signe fonctionnel. Examen clinique : apyrexie, abdomen souple et indolore, utérus contractile. Tension artérielle = 120/70 mm Hg, pouls = 80/mn. Hauteur utérine = 28 cm. Mouvements actifs perçus. Col long tonique centré, perméable à un doigt à l'orifice interne. Les bruits du cœur fœtaux sont perçus.

1. Qu'appelle-t-on une menace d'accouchement prématuré?
2. Quelles sont les étiologies organiques les plus courantes de MAP?
3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pratiquez-vous dans l'immédiat?
4. Quel traitement symptomatique mettez-vous en route?
5. Quelles sont les principales contre indications du médicament principal que vous avez utilisé?
6. L'auscultation cardiaque est normale. L'ECG de la patiente vous est fourni. Qu'en pensez-vous?
7. Quels sont les paramètres de surveillance de cette patiente?
8. L'utérus reste contractile et le col se modifie encore, actuellement ouvert à deux doigts, centré, mi-long, mou. Elle se plaint de plus depuis quelques heures de « faire pipi tout le temps » sans pouvoir se retenir, et sans sentir l'urine passer. Quel diagnostic évoquez-vous? Comment le confirmer?



DOSSIER N°12**1. Qu'appelle-t-on une menace d'accouchement prématuré? (10)**

- État clinique donnant un accouchement prématuré s'il n'est pas traité 5
- Survenant donc entre 28 et 37 semaines d'aménorrhée.....5

2 Quelles sont les étiologies organiques les plus courantes de NIAP? (20)

- Causes maternelles
 - infections.....1
 - urinaires essentiellement.....1
 - cervicovaginales1
 - hyperthermie en elle-même.....1
 - anémie1
 - toxémie gravidique1
 - diabète maternel1
 - traumatismes (violents, microtraumatismes répétés : voiture...) et efforts violents 1
 - altération de l'état général1
 - insuffisance cardiaque.....1
- Malformations utérines (congénitales, acquises)2
- Béance cervicoisthmique1
- Grossesses multiples1
- Placenta praevia.....1
- Hydramnios1
- Malformations fœtales.....1
- Souffrance fœtale.....1
- Infection ovulaire1
- Rupture prématurée des membranes1

NB : Les conditions socioéconomiques sont également très importantes et sont prises en compte dans le CRAP (coefficient de risque d'accouchement prématuré) élaboré par le Pr Papiernik.

3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pratiquez-vous dans l'immédiat? (10)

- Électrocardiogramme (oubli = 0)1
- Échographie obstétricale.....1
- ECBU (oubli = 0)1
- PV.....1
- NFS1
- Glycémie à jeun.....1
- Uricémie1
- Bandelette urinaire (protéines, nitrites)1
- ECG.....1
- Ionogramme, glycémie, calcémie.....1

4. Quel traitement symptomatique mettez-vous en route? (10)

- Hospitalisation1
- repos strict au lit (oubli = 0).....1
- Tocolyse1
- intraveineuse1
- hors contre indications.....1
- bétamimétiques1
- ex : salbutamol®1
- auxquels certains associent systématiquement la progestérone naturelle (Utrogestan®)..... NC
- Discuter corticothérapie (après NFS-CRP-PV-ECBU) de maturation pulmonaire fœtale..... 2
- Surveillance (oubli = 0).....1

5. Quelles sont les principales contre indications du médicament principal que vous avez utilisé?
(15)

- Maternelles
 - cardiopathie en insuffisance cardiaque1
 - insuffisance coronarienne.....1
 - troubles du rythme cardiaque.....1
 - cardiopathie obstructive, rétrécissement aortique.....1
 - HTA sévère non contrôlée1
 - hypotension artérielle (systolique < 90 mm Hg)1
 - hypokaliémie.....1
 - relatives : hypercalcémie, hyperthyroïdie, diabète, glaucome à angle fermé, migraine sévère, troubles psychiatriquesNC
- Ovulaires
 - prééclampsie1
 - chorioamniotite1
 - hyperthermie.....1
 - malformation fœtale (non viable, non opérable)1
 - souffrance fœtale aiguë.....1
 - mort fœtale in utero1
 - décollement prématuré d'un placenta normalement inséré1
 - placenta praevia hémorragique (selon l'abondance)1
 - relatives : hydramnios, retard de croissance in utero non expliqué.....NC

6. L'auscultation cardiaque est normale. L'ECG de la patiente vous est **fourni**. Qu'en pensez-vous?
(10)

- Bloc de branche droit complet.....3
- largeur de P en DII égale à 0,12 secondes : hypertrophie auriculaire gauche possible 1
- Rythme sinusal, fréquence ventriculaire à 60/mn1
- Pas de contre indication aux bêtamimétiques5

7. Quels sont les paramètres de surveillance de cette patiente? (15)

- Pouls (oubli = 0)2
- Tension artérielle1
- Température1
- Diurèse1
- Écoulement de liquide amniotique1
- État du col2
- Contractions utérines1
- Mouvements actifs1
- Electrocardiogramme.....1
- Douleurs angineuses1
- Tremblements.....1
- ECG hebdomadaire.....1
- Ionogramme hebdomadaire (kaliémie).....1

NB : La tendance actuelle est de ne pas prolonger cette tocolyse au-delà de quelques jours, en raison du retentissement fœtal (en cours d'évaluation).

8. L'utérus reste contractile et le col se modifie encore, actuellement ouvert à deux doigts, centré, mi-long, mou. Elle se plaint de plus depuis quelques heures de « faire pipi tout le temps » sans pouvoir se retenir, et sans sentir l'urine passer. Quel diagnostic évoquez-vous? Comment le continuer? (10)

- Rupture prématurée des membranes6
- Test à la diamine oxydase (prélèvement d'endocol)4
- Autres méthodes moins fiables : recherche de cellules orangées, étude du pH vaginal, étude de la cristallisation, tests colorimétriques (ex : Amniocator®)

DOSSIER N°13 : Brûlures mictionnelles, leucorrhées et douleurs pelviennes

Mademoiselle Nathalie L., 24 ans, consulte aux urgences à 23 h 30 pour dyspareunie intense et profonde, balistique. Elle décrit également des brûlures mictionnelles et une pollakiurie depuis 48 heures.

Antécédents : contraception orale cestroprogestative minidosée. Nulligeste. Infections vaginales récurrentes depuis son dernier changement de partenaire il y a 6 mois. Appendicectomie à 6 ans.

Dernières règles il y a 5 jours.

Examen clinique : température = 38,1° C, pouls = 100/mn, tension artérielle = 130/70 mmHg. État général conservé. Abdomen souple mais douleur à la palpation des deux fosses iliaques. Bruits hydroaériques perçus. Le transit intestinal est normal mais elle est nauséeuse. Les fosses lombaires sont indolores. L'inspection vulvaire montre une rougeur du méat urétral.

Examen au spéculum : leucorrhées jaunâtres d'abondance modérée, non fétides.

Toucher vaginal : douloureux dans son ensemble, et particulièrement aux culs de sac vaginaux droit et postérieur, qui semblent empâtés. La mobilisation utérine est douloureuse. L'utérus est antéversé antéfléchi, de taille normale, de tonicité normale.

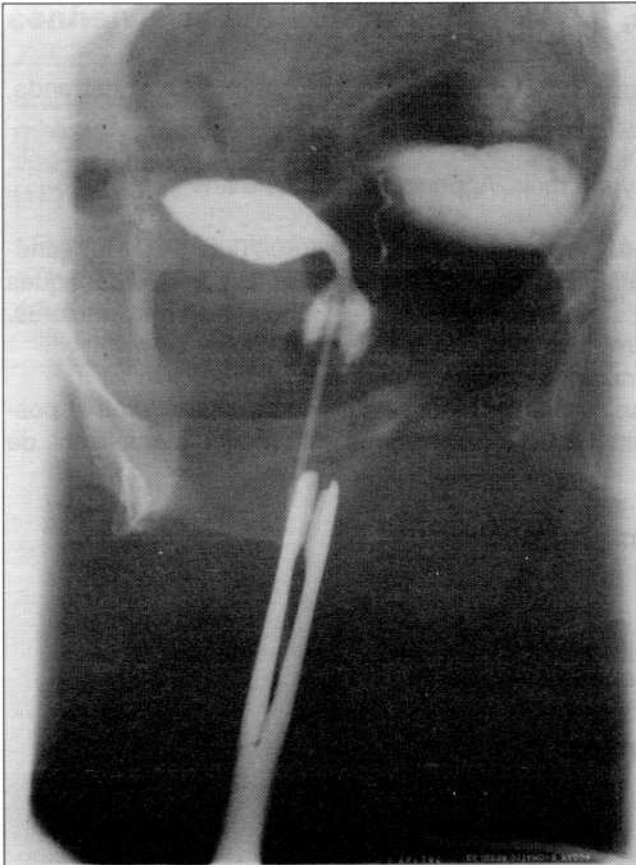
Toucher rectal : douleur au cul de sac de Douglas.

Pas d'adénopathies palpables. Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Quel est le diagnostic le plus probable?
2. Malgré ce tableau typique, quel diagnostic faut-il absolument éliminer?
3. Quelles sont les trois étiologies les plus fréquentes de cette pathologie?
4. Qu'attendez-vous d'une échographie pelvienne?
5. Quels examens complémentaires demandez-vous? Classez-les dans un ordre logique.
6. La coelioscopie pratiquée en urgence confirme le diagnostic. On complète le traitement de mademoiselle L. par une biantibiothérapie (Augmentin®/Nibracyne®, également prescrits à son partenaire), un blocage de l'ovulation par Stédiril® pour un cycle, et des corticoïdes à visée antiinflammatoire pour quelques jours. Trois ans plus tard, elle vous consulte à nouveau pour infertilité. Son médecin traitant a fait pratiquer une hystéro-salpingographie qui vous est fournie. Quelle est votre interprétation?
7. Une nouvelle coelioscopie est pratiquée, et, outre l'aspect précédemment décrit, retrouve les images suivantes (cf icono). Quel est votre diagnostic?



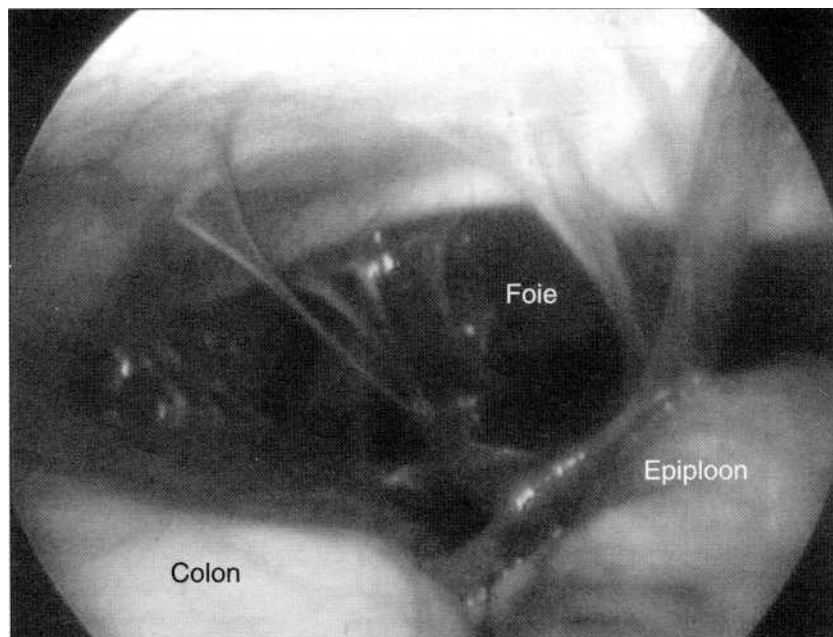
Q6 : Hystéro-salpingographie (en réplétion)



Q6 : Hystéro-salpingographie
(en réplétion, vue oblique)



ub : hysrero-saipingographie
(en évacuation, tardive)



07 : Coelioscopie hypochondre droit

DOSSIER N°13

1. Quel est le diagnostic le plus probable? (10)

- Salpingite aiguë.....10

2 Malgré ce tableau typique, quel diagnostic faut-il absolument éliminer? (10)

- Grossesse extra-utérine droite.....10

3. Quelles sont les trois étiologies les plus fréquentes de cette Pathologie? (15)

- Chlamydiae.....5
- Gonocoque.....5
- Mycoplasma hominis (et uréaplasma urealyticum)5

4. Qu'attendez-vous d'une échographie pelvienne? (15)

- Collection annexielle5
- hydro ou pyosalpinx.....5
- Collection du cul de sac de Douglas.....5
- Élimine une GEU.....NC

5. Quels examens complémentaires demandez-vous? Classez-les dans un ordre logique. (20)

- Éliminer une GEU
 - bêta HCG.....1
 - échographie pelvienne2
- Évaluer le syndrome inflammatoire
 - NFS.....2
 - VS.....1
 - CRP1
- Avisée bactériologique
 - PV complet (plus ou moins prélèvements anus, pharynx) avec recherches spécifiques2
 - ECBU2
 - hémocultures (si température > ou égale à 38,5° C)2
 - sérologies : chlamydiae, mycoplasmes, TPHA-VDRL, hépatite B, hépatite C, VIH1 et 2 (avec accord de la patiente)2
- Bilan préopératoire standard (groupe rhésus RAI TP TCK ionogramme urée créatinine) et consultation d'anesthésie en urgence.....NC
- Coelioscopie : diagnostique et thérapeutique3
- Chez le partenaire : ECBU, prélèvement uréthral, sérologies chlamydiae, mycoplasmes, hépatites B et C, TPHA-VDRL, VIH1 et 2 (avec accord du partenaire)2

6. La coelioscopie pratiquée en urgence confirme le diagnostic. On complète le traitement de mademoiselle L par une biantibiothérapie (Augmentin@Nibracyne®, également prescrits à son partenaire), un blocage de l'ovulation par Stédiril* pour un cycle, et des corticoïdes à visée anti-inflammatoire pour quelques jours. Trois ans plus tard, elle vous consulte à nouveau pour infertilité. Son médecin traitant a fait pratiquer une hystérosalpingographie qui vous est fournie. Quelle est votre interprétation? (20)

- Collection liquidienne3
- salpingienne.....3
- = droite.....

• Hydrosalpinx droit.....	3
• Ou pyosalpinx droit.....	3
• Absence de perméabilité tubaire droite.....	3
• Absence d'injection tubaire gauche (obstruction proximale).....	3

7. Une nouvelle coelioscopie est pratiquée, et, outre l'aspect précédemment décrit, retrouve les images suivantes (cf icono). Quel est votre diagnostic? (10)

• Adhérences	2
- interhépatopariétales	2
- et interhépatocoliques	2
~ en cordes de violon	2
• Périhépatite de Fitz Hugh Curtis	2

DOSSIER N°14 : Métrorragies du 3e trimestre de grossesse

Mademoiselle M. B., 24 ans, primigeste, consulte pour métrorragies apparues ce matin. Terme : 33 semaines d'aménorrhée. Les métrorragies sont rouges, claires, sans caillots, d'abondance modérée. Il n'existe pas de contractions utérines.

1. Quelles sont les principales causes de métrorragies du troisième trimestre de la grossesse? (en dehors du travail)
2. Quels sont les deux premiers paramètres à évaluer devant un tel tableau?
3. Quelles sont les trois principales urgences obstétricales révélées par une hémorragie du troisième trimestre ?
4. Le rythme cardiaque foetal est satisfaisant, la tension artérielle maternelle est stable. Votre externe commence à installer la patiente en vue d'un examen gynécologique. Que faites-vous?
5. L'échographie obstétricale a montré les images suivantes. Quel est maintenant votre diagnostic?
6. Quels examens complémentaires demandez-vous?



Échographie sus-pubienne

DOSSIER N°14

1. Quelles sont les principales causes de métrorragies du troisième trimestre de la grossesse? (en dehors du travail) (20)

• Placenta praevia.....	3
• Hématome rétroplacentaire (décollement prématuré du placenta normalement inséré).....	3
• Rupture utérine (uniquement sur utérus cicatriciel)	3
• Hématome décidual marginal.....	3
• Hémorragie de Benkiser (insertion vélamenteuse du cordon).....	3
• Causes cervicales	
- polypes cervicaux	2
- cancer du col	2
- cervicite.....	1

2 Quels sont les deux premiers paramètres à évaluer devant un tel tableau? (20)

• Importance et retentissement maternel de l'hémorragie.....	10
• Retentissement fœtal	10

3. Quelles sont les trois principales urgences obstétricales révélées par une hémorragie du troisième trimestre? (15)

• Hématome rétroplacentaire (décollement prématuré d'un placenta normalement inséré)	5
• Placenta praevia.....	5
• Hémorragie de Benkiser (insertion vélamenteuse du cordon).....	5

4. Le rythme cardiaque fœtal est satisfaisant, la tension artérielle maternelle est stable. Votre externe commence à installer la patiente en vue d'un examen gynécologique. Que faites-vous? (15)

• Arrêter l'externe	5
• Pose prudente d'un spéculum (élimine les causes cervicovaginales).....	5
• Échographie obstétricale avant d'effectuer le TV.....	5

5. L'échographie obstétricale a montré les images suivantes. Quel est maintenant votre diagnostic? (15)

• Placenta antérieur	3
- bas inséré	3
- languette placentaire recouvrant partiellement le col	3
• Placenta praevia.....	6

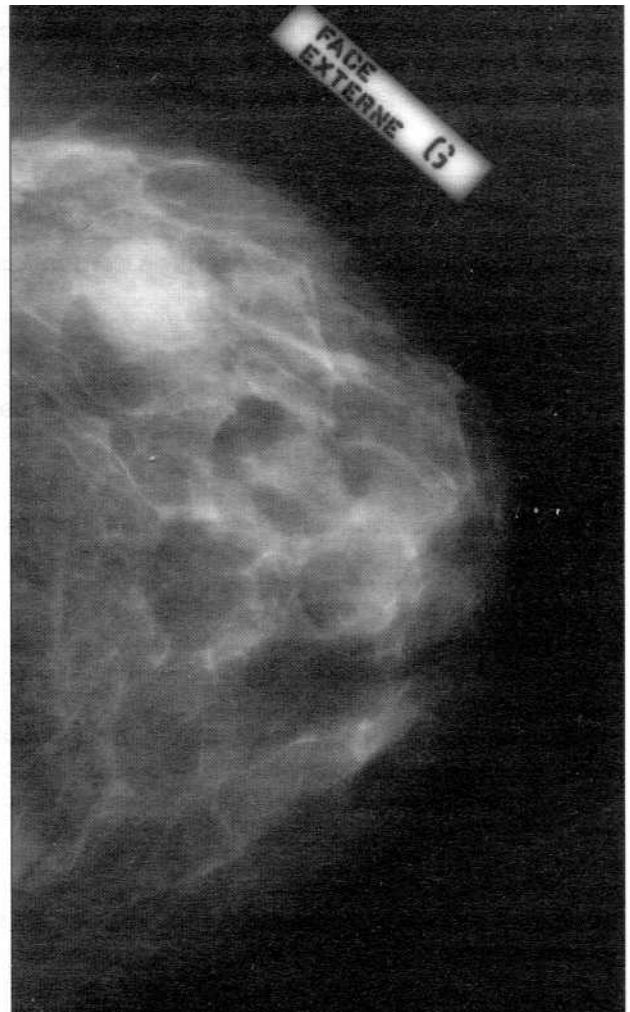
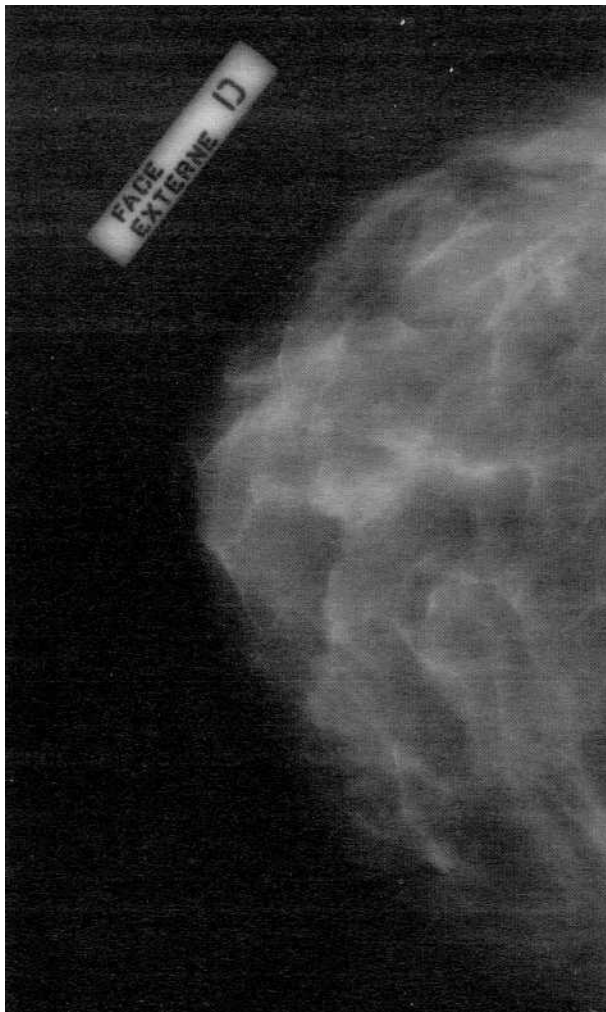
6. Quels examens complémentaires demandez-vous? (15)

+n • Électrocardiographie (oubli = 0)	3
• Groupe - Rhésus-RAI.....	2
• NFS	2
• TP-TCK.....	2
• Ionogramme sanguin (préopératoire standard et préthérapeutique pour bétamimétiques)	2
Test de Kleihauer.....	2
• Consultation d'anesthésie (dans l'éventualité d'une extraction en urgence)	2

DOSSIER N°15 : Un nodule mammaire

Mademoiselle L, 29 ans, consulte pour découverte lors de la toilette d'un nodule mammaire gauche de 2 cm de diamètre dans le quadrant supéroexterne. Elle est apyrétique. Elle est vierge.

1. Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire?
2. Quels signes cliniques de l'examen locorégional vous feraient évoquer un cancer du sein ?
3. Il n'existe aucun argument clinique pour un cancer du sein. Le nodule est de taille constante durant le cycle menstruel, il est isolé, indolore, dur et régulier, très mobile. Quel est le diagnostic le plus probable pour la nature de ce nodule?
4. Quels examens complémentaires demandez-vous?
5. Un de ces examens est reproduit ici. Quelle est votre interprétation?
6. Quelle est votre conduite à tenir en cas de discordance entre la clinique et les examens complémentaires?
7. Quelles sont les autres tumeurs bénignes du sein les plus fréquentes?



Mammographie

DOSSIER N°15**1. Quels éléments recherchez-vous à l'interrogatoire? (15)**

- ATCD familiaux de cancer du sein3
- Prise de traitements hormonaux, de contraception orale3
- Douleurs locales.....NC
- Évolutivité : date d'apparition3
- Évolutivité : caractère variable du volume du nodule et/ou des douleurs avec le cycle menstruel 3
- e(• Écoulement mamelonnaire.....3
- . • Non cotés ici : ATCD gynécoobstétricaux : grossesses, allaitement, nodules mammairesNC

2 Quels signes cliniques de l'examen locorégional vous feraient évoquer un cancer du sein? (15)

- Nodule dur.....1
- indolore1
- caractère irrégulier.....2
- avec rétraction cutanée2
- adhérent à la peau, aux plans profonds (manoeuvre de Tillaux)3
- Adénopathies axillaires dures fixées indolores3
- Écoulement mamelonnaire unilatéral, mono ou paucipore, sanglant3

3. 11 n'existe aucun argument clinique pour un cancer du sein. Le nodule est de taille constante durant le cycle menstruel, il est isolé, indolore, dur et régulier, très mobile. Quel est le diagnostic le plus probable pour la nature de ce nodule? (10)

- Adénofibrome10

4. Quels examens complémentaires demandez-vous? (15)

- Mammographie4
- bilatérale comparative4
- Échographie mammaire4
- Cytoponction du nodule pour examen cytologique.....3

5. Un de ces examens est reproduit ici. Quelle est votre interprétation? (15)

- Opacité (nodule).....2
- du quadrant supéroexterne2
- du sein gauche1
- mesurant environ 2 cm x 2 cm (taille palpée cliniquement).....2
- contours réguliers4
- Pas de modifications du liseré cutané (mais nodule profond).....NC
- Pas de foyer de microcalcifications.....4
- Structure mammaire dense (riche en éléments fibroglandulaires)NC

6. Quelle est votre conduite à tenir en cas de discordance entre la clinique et les examens complémentaires? (15)

- Exérèse chirurgicale du nodule10
- Avec examen extemporané.....3
- Et examen anatomopathologique définitif de la pièce d'exérèse.....2

7. Quelles sont les autres tumeurs bénignes du sein les plus fréquentes? (15)

• Dystrophie fibrokystique (maladie de Reclus).....	3
• Kyste du sein.....	3
• Papillome intraductal	3
• Tumeur phyllode (récidives très fréquentes)	3
• Lipomes	3

a DOSSIER N°16: Consultation du 8e mois de grossesse

Madame P., 24 ans, primigeste, est examinée lors de la consultation du 8e mois. Terme théorique : 32 semaines d'aménorrhée + 2 jours. La grossesse s'était déroulée tout à fait normalement jusqu'à ce jour. Les sérologies de la déclaration de grossesse étaient sans particularité, ainsi que la recherche de l'Ag 1-113s qui était négative.

A l'examen ce jour, elle se plaint de céphalées; la hauteur utérine est à 26 cm, le col est long tonique fermé postérieur. Les bruits du cœur fœtal sont perçus. La température est normale, le pouls à 82/mn, la tension artérielle à 150/100 mmHg. Il existe des œdèmes des chevilles. Le poids est de 64 kg (+ 13 kg par rapport au début de la grossesse). La bandelette urinaire retrouve deux croix d'albuminurie, mais la nitriturie et la glycosurie sont négatifs. Les biométries échographiques montrent un diamètre bipariétal au 10° percentile, un diamètre abdominal transverse au 20° percentile, un fémur au 40° percentile.

1. Quel est votre diagnostic complet?
2. Quelle est la définition de ce syndrome?
3. Dans le cadre de ce syndrome, quels signes cliniques de gravité recherchez-vous?
4. Quels examens complémentaires demandez-vous?
5. Quelle est votre conduite à tenir dans l'immédiat?
6. Quelles sont les principales complications de cette pathologie?
7. Quels sont les différents médicaments antihypertenseurs utilisables pendant la grossesse?
8. La patiente est en fait stabilisée sous traitement, et accouche à 36 semaines d'aménorrhée d'un garçon de 2510 grammes, d'Apgar 10 à 1,5 et 10 minutes. Quel traitement préventif ayant fait la preuve de son efficacité pourrez-vous proposer à madame P. lors de sa prochaine grossesse?

DOSSIER N°16**1. Quel est votre diagnostic complet? (10)**

- Pré éclampsie (ou toxémie gravidique).....5
- Avec retard de croissance in utéro (ou souffrance fœtale chronique)5

2. Quelle est la définition de ce syndrome? (10)

- Hypertension artérielle (certaine, constante)6
- Protéinurie (> 500 mg/24 h)2
- Œdèmes (déclives puis généralisés)2

3. Dans le cadre de ce syndrome, quels signes cliniques de gravité recherchez-vous? (10)

- Métrorragies de sang noir2
- Contracture utérine.....2
- Douleur épigastrique sus ombilicale en barre (signe de Chaussier)2
- Oligurie2
- Céphalées (présentes ici).....1
- Acouphènes.....NC
- Myodésopsies (mouches volantes).....NC
- Hyperréflexie ostéotendineuse.....1

4. Quels examens complémentaires demandez-vous? (20)

- En urgence.....NC
- Électrocardiographie (oubli = 0)2
- NFS - Plaquettes (oubli = 0).....2
- Uricémie (oubli = 0).....2
- Bilan hépatique : ASAT-ALAT-GammaGT-Phosphatases alcalines-Bilirubine (oubli = 0).....2
- Bilan rénal : Ionogramme sanguin et urinaire avec urée et créatinine2
- Hémostasie complète (recherche de CIVD) : TP-TCK- Fibrinogène- DDimères-Produits de dégradation de la fibrine (oubli = 0)2
- Diurèse des 24 h avec protéinurie des 24 h (oubli = 0).....2
- Echographie obstétricale avec Doppler des artères utérines (étudie les résistances vasculaires), des artères ombilicale et cérébrales fœtales (oubli = 0).....2
- ECG.....1
- Fond d'oeil2
- Consultation d'anesthésie et bilan préopératoire (dans l'éventualité d'une extraction d'urgence) comprenant groupe ABO, rhésus, RAI.....1

5. Quelle est votre conduite à tenir dans l'immédiat? (10)

- Hospitalisation en unité de grossesses pathologiques1
- repos strict au lit1
- Discuter la corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale (après PV-CRP-NFS-ECBU).....2
- Discuter un traitement antihypertenseur2
- per os : ex : antihypertenseurs centraux : alphaméthylidopa-ALDOMEe.....2
- Surveillance pluriquotidienne (clinique, biologique, électrocardiographique) et surveillance échographique.....2

6. Quelles sont les principales complications de cette pathologie? (20)

• Épistaxis	1
• Rétinopathie hypertensive.....	1
• Hémorragie cérébro-méningée.....	2
• Insuffisance rénale aiguë	2
• HELLP syndrome (hémolyse, thrombopénie, cytolyse hépatique : témoins de CIVD).....	2
• Éclampsie	2
• Hématome rétroplacentaire	2
• Retard de croissance intra-utérin (ou souffrance fœtale chronique).....	2
• Souffrance fœtale aiguë.....	2
• Prématurité.....	2
• Mort fœtale in utero.....	2

7. Quels sont les différents médicaments antihypertenseurs utilisables pendant la grossesse? (8)

• Alphaméthyl-dopa/Aldometo.....	4
• Bêta-bloquants/ex : labétalol-Trandate®.....	4
• En seconde intention : inhibiteurs calciques (nifédipine, nicardipine), dihydralazine	NC
• Contre-indiqués : diurétiques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine	NC

8. La patiente est en fait stabilisée sous traitement, et accouche à 36 semaines d'aménorrhée d'un garçon de 2510 grammes, d'Apgar 10 à 1,5 et 10 minutes. Quel traitement préventif ayant fait la preuve de son efficacité pourriez-vous proposer à madame P. lors de sa prochaine grossesse? (12)

• Aspirine.....	2
• En traitement quotidien	2
• Per os	2
• 100 mg/jour	2
• Démarrée après la période d'embryogenèse.....	2
• A arrêter plusieurs jours avant l'accouchement (à 35-36 SA).....	2

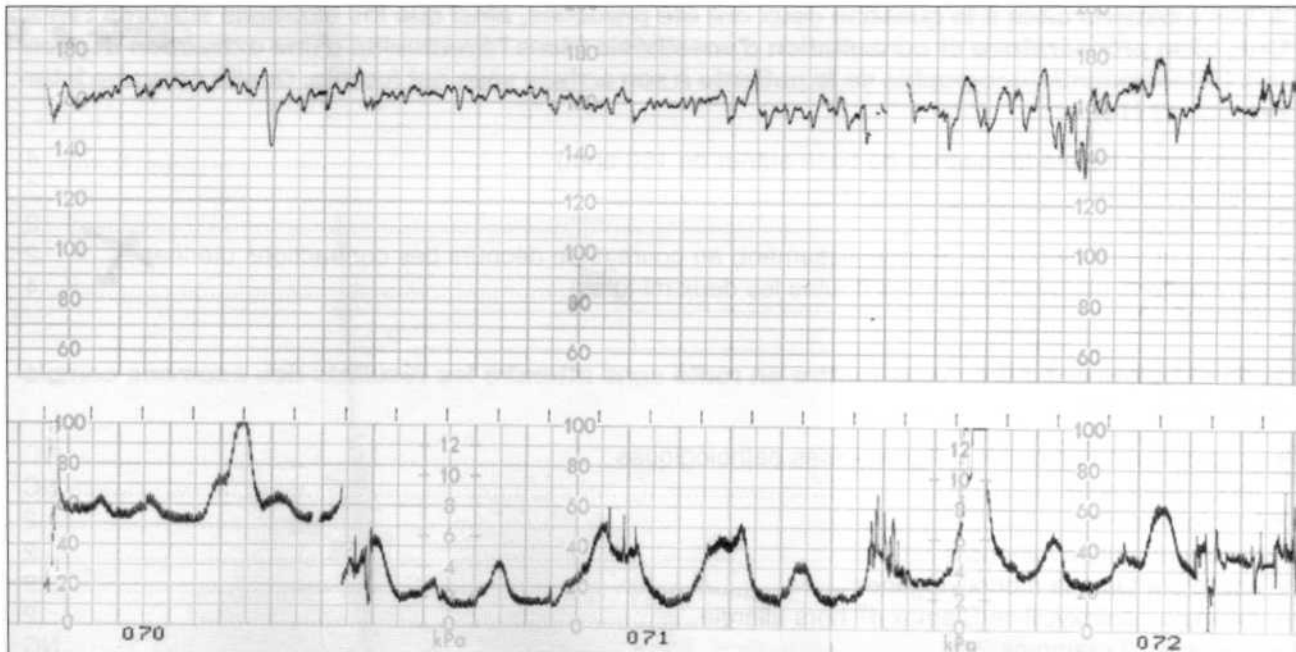
DOSSIER N°17 : Hyperthermie à 34 SA

Madame P., 29 ans, primigeste, consulte aux urgences gynécologiques pour hyperthermie.

Elle est enceinte de 34 semaines d'aménorrhée, la grossesse est bien suivie et sans aucun problème jusqu'à ce jour. Elle n'a pas d'ATCD particulier.

Il existe depuis 24 heures un syndrome pseudogrippal. Le col est long postérieur mi-tonique et perméable à un doigt à l'orifice externe, fermé à l'orifice interne. Le reste de l'examen clinique est entièrement normal, en dehors d'une fièvre à 38,5° C et d'une tachycardie à 108/mn. La bandelette urinaire détecte une croix de leucocytes, une croix d'hématies, pas de nitrites ni de protéines ni de glucose.

1. Quels sont les éléments cliniques du pronostic obstétrical à recueillir dès l'arrivée d'une patiente consultant pour hyperthermie au troisième trimestre de la grossesse?
2. Quels sont les 3 examens complémentaires à demander systématiquement à visée bactériologique devant toute fièvre au cours de la grossesse?
3. L'existence de polyadénopathies associées à une fièvre au cours de la grossesse évoquerait d'emblée quatre étiologies. Lesquelles?
4. Les examens cités à la question 2 ont été pratiqués, ainsi que les examens suivants : NFS, CRP, bilan pré-opératoire et consultation d'anesthésie (dans l'éventualité d'une extraction d'urgence). L'électrocardiogramme de la patiente à son arrivée vous est fourni. Quelle est votre interprétation?
5. Quel traitement devez vous mettre en route sans attendre les résultats des examens complémentaires?
6. Quelle surveillance effectuez-vous?
7. L'évolution est favorable sous traitement, mais au cinquième jour, la patiente entre en travail et accouche d'une fille de 2200 grammes, Apgar 3 à 1 minute, puis 7 à 5 et 10 minutes. Il existe des microabcès jaunâtres sur le placenta. Quel est votre diagnostic?



DOSSIER N°17

1. Quels sont les éléments cliniques du pronostic obstétrical à recueillir dès l'arrivée d'une patiente consultant pour hyperthermie au troisième trimestre de la grossesse? (15)

• Terrain maternel (ex : drépanocytose homozygote).....	2
• Vitalité fœtale :	NC
- bruits du cœur fœtal (trompette de Pinard).....	2
- mouvements actifs.....	2
• Hauteur utérine (hydramnios, retard de croissance in utero)	1
• Vérifier la présentation : tête, siège, transverse.....	2
• Évaluer le risque d'accouchement prématuré :	1
- contractions utérines	2
- modifications cervicales.....	2
- écoulement de liquide amniotique (rupture prématurée des membranes)	1

2. Quels sont les 3 examens complémentaires à demander systématiquement à visée bactériologique devant toute fièvre au cours de la grossesse? (10)

• ECBU.....	3
• Hémocultures (avec recherche spécifique de <i>Listeria</i>) aéro et anaérobies.....	4
• PV.....	3

3. L'existence de polyadénopathies associées à une fièvre au cours de la grossesse évoquerait d'emblée quatre étiologies. Lesquelles? (16)

• Toxoplasmose.....	4
• Rubéole	4
• Cytomégalovirose.....	4
• Infection à VIH.....	4

4. Les examens cités à la question deux ont été pratiqués, ainsi que les examens suivants: NFS, CRP, bilan préopératoire et consultation d'anesthésie (dans l'éventualité d'une extraction d'urgence). L'électrocardiogramme de la patiente à son arrivée vous est fourni. Quelle est votre interprétation? (14)

*Tachycardie fœtale (fréquence de base autour de 160 bpm)	4
• Normooscillant	2
• Normoréactif.....	2
• Pas de modification du RCF (ralentissement) au cours ni au décours des contractions utérines	2
• Contractions utérines fréquentes (toutes les deux minutes).....	4

5. Quel traitement devez-vous mettre en route sans attendre les résultats des examens complémentaires? (15)

• Hospitalisation en unités de grossesses pathologiques	NC
- repos strict au lit.....	NC
• Antibiothérapie.....	2
- parentérale (intraveineuse)	2
- active sur <i>Listeria monocytogenes</i>	2
- exemple : amoxicilline/Clamoxyl® hors allergie.....	2
- exemple : 3 grammes/24h.....	NC
• Antipyrétiques.....	2
- exemple : paracétamol/Prodafalgan®.....	2
- exemple : 8 grammes/24h.....	NC
• Discuter la tocolyse si les contractions persistent et l'infection ovulaire est éliminée	2
• Surveillance (oubli = 0).....	1

6. Quelle surveillance effectuez-vous? (15)

• Température (oubli = 0)	1
• Pouls.....	1
• Tension artérielle	NC
• Diurèse.....	NC
• Conscience.....	1
• Syndrome méningé	1
• État cutané (éruption...)	1
• Contractions utérines (oubli = 0)	2
• État du col utérin (oubli = 0).....	2
• Mouvements actifs fcetaux	1
• Écoulement de liquide amniotique (rupture prématurée des membranes)	1
• Électrocardiogramme pluriquotidien	1
• Hémocultures répétées si température > ou égale à 38,5 ° C	1
• NFS	1
• CRP.....	1

7. L'évolution est favorable sous traitement, mais au cinquième jour, la patiente entre en travail et accouche d'une fille de 2200 grammes, Apgar 3 à 1 minute, puis 7 à 5 et 10 minutes. Il existe des microabcès jaunâtres sur le placenta. Quel est votre diagnostic? (15)

• Infection materno-fœtale	5
• A <i>Listeria monocytogenes</i>	5
• Responsable d'un accouchement prématuré.....	5

DOSSIER N°18 : Métrorragies du 1^{er} trimestre de grossesse

Madame K., 19 ans, consulte pour métrorragies. Elle se sait enceinte grâce à un test urinaire du commerce positif il y a 15 jours. Elle est en aménorrhée depuis 10 semaines et 3 jours. Elle a pour seul ATCD une fausse couche spontanée il y a 6 mois, au terme de 6 semaines d'aménorrhée, traitée médicalement.

Il s'agit de métrorragies noirâtres, de minime abondance, avec caillots, apparues depuis 24 heures. Il n'existe pas de douleurs pelviennes. L'examen clinique retrouve une tension artérielle à 110/60 mm Hg, un pouls à 64/mn. La température est à 37,3° C. L'abdomen est souple et indolore. L'examen au spéculum confirme l'origine endoutérine des saignements qui sont de couleur marron. Le toucher vaginal, indolore, retrouve un utérus antéversé antéfléchi, augmenté de volume, le col est d'aspect gravidé, long, tonique, fermé et postérieur, on ne palpe pas de masse latéroutérine, Le cul de sac de Douglas est indolore. Son groupe sanguin est O+.

1. Décrivez l'aspect du col utérin gravidé
2. Quelles sont les principales causes de métrorragies du premier trimestre de grossesse?
3. L'échographie retrouve un embryon avec une activité cardiaque, dont le terme échographique est en rapport avec le terme théorique. Les images suivantes sont soumises à votre interprétation.
4. Quel est votre traitement?
5. Malheureusement, madame K. revient vous voir en urgence 48 heures plus tard, car elle a expulsé spontanément en allant aux toilettes. Il persiste des métrorragies d'abondance modérée. Il existe par ailleurs des douleurs hypogastriques rythmées, à type de crampes. L'examen clinique est sans particularité, en dehors de la présence de quelques débris ovulaires intravaginaux. Quel est votre traitement immédiat?
6. Quel est votre traitement pour les jours suivants?



Échographie sus-pubienne
(coupe longitudinale)



Échographie sus-pubienne
(coupe transversale)

DOSSIER N°18**1. Décrivez l'aspect du col utérin gravide (15)**

- Augmenté de volume (mais régulier)5
- Violacé, lilas5
- Glaire cervicale coagulée ou absente.....5

2 Quelles sont les principales causes de métrorragies du premier trimestre de grossesse? (20)

- Grossesse extra utérine3
- Môle hydatiforme.....3
- Fausse couche spontanée (grossesse arrêtée)....-..G...G..u....~e.....3
- Insertion ovulaire basse3
- Décollement trophoblastique (plus ou moins étendu).....3
- Lyse d'un jumeau « évanescent ».....3
- Idiopathique2

3. L'échographie retrouve un embryon avec une activité cardiaque, dont le terme échographique est en rapport avec le terme théorique. Les images suivantes sont soumises à votre interprétation. (15)

- Décollement trophoblastique.....5
- partiel5
- Menace de fausse couche5

4. Quel est votre traitement? (15)

- Repos (arrêt de travail)3
- Arrêt des rapports sexuelsNC
- Antispasmodiques3
- Per os ou en suppositoires.....3
- Ex : Phloroglucinol/Spasfon®.....3
- Ex : 4 à 6 lyocs par jour (ou 3 suppositoires par jour).....NC
- Surveillance : métrorragies (abondance), douleurs hypogastriques, contrôle échographique dans une semaine.....3

5. Malheureusement, madame K revient vous voir en urgence 48 heures plus tard, car elle a expulsé spontanément en allant aux toilettes. Il persiste des métrorragies d'abondance modérée. Il existe par ailleurs des douleurs hypogastriques rythmées, à type de crampes. L'examen clinique est sans particularité, en dehors de la présence de quelques débris ovulaires intravaginaux. Quel est votre traitement immédiat? (20)

- Hospitalisation en gynécologie.....2
- à jeun.....NC
- bilan préopératoire et consultation d'anesthésie.....2
- Curetage utérin sous anesthésie générale4
- avec envoi des débris en anatomopathologie....ylj.t.....4
- Antispasmodiques parentéraux en attendant le curetage (ex : phloroglucinol/Spasfon®).....4
- Surveillance : douleurs, métrorragies, pouls, tension artérielle (oubli = 0)4

6. Quel est votre traitement pour les jours suivants? (15)

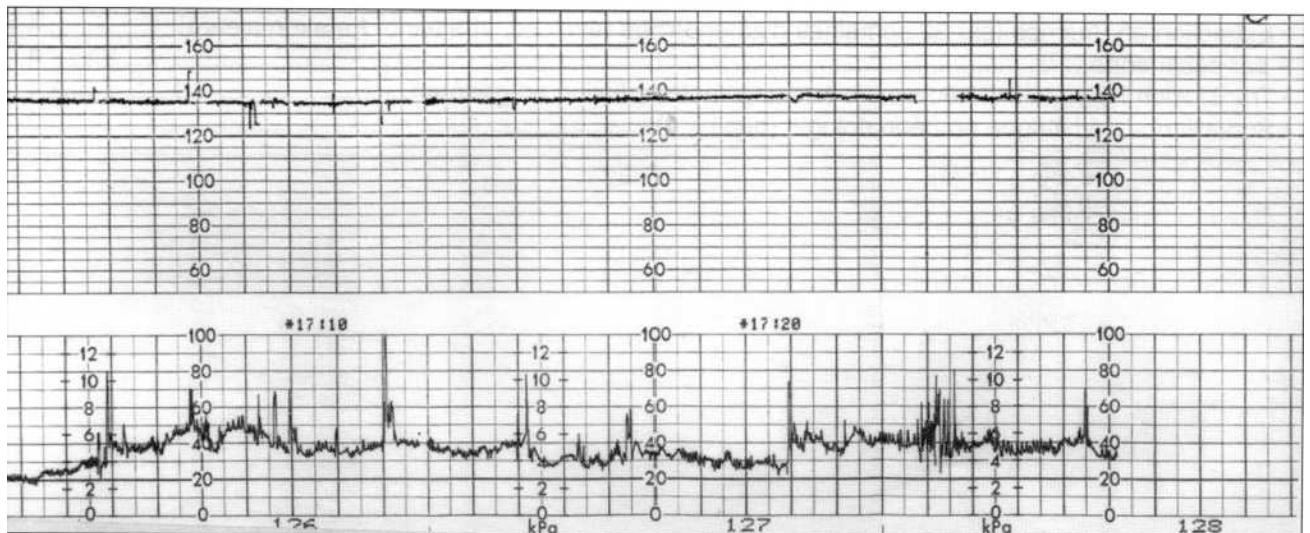
- Rassurer la patiente sur la possibilité de grossesses ultérieures.....3
- Ocytociques : Méthergin® (Méthylergométrine) per os (II 5 gouttes 3 fois par jour pendant 5 jours)3
- Pilule cestroprogestative séquentielle pour un cycle (ex : Ovanon®)3
- Traitement martial si nécessaire (selon résultats du bilan préopératoire)3
- Surveillance : métrorragies, douleurs, température (oubli = 0).....3

DOSSIER N°19: Une autre consultation du 8e mois de grossesse

Madame B., 31 ans, consulte lors de l'examen du 8e mois de grossesse. Elle est à 33 semaines d'aménorrhée + 3 jours. Troisième pare, cinquième geste (un ATCD il y a 3 ans de fausse couche spontanée à 8 semaines d'aménorrhée, curetée). La grossesse était d'évolution normale jusqu'à ce jour. Sérologies rubéole et toxoplasmose positives, VIH, syphilis et hépatite B négatives. Groupe sanguin A-, recherche d'agglutinines irrégulières négative à la déclaration de grossesse, au 4e, 6e mois, actuellement positives, de type antiD.

Examen clinique : Tension artérielle = 120/70 mm Hg, Pouls = 80/mn, apyrexie. Mouvements actifs fœtaux et bruits du cœur fœtaux perçus, hauteur utérine à 31 cm, utérus cliniquement non contractile, col long mou fermé postérieur. Reste de l'examen clinique sans particularité.

1. Quel est votre diagnostic?
2. Quels examens complémentaires demandez-vous?
3. L'échographie suivante vous est fournie. Il s'agit d'une coupe sagittale de l'abdomen fœtal. La flèche indique l'épiploon. Que pouvez-vous en déduire?
4. L'électrocardiotocographie vous est fournie. Quelle est votre interprétation?
5. Quel traitement proposez-vous?
6. Il existe une prophylaxie de cette pathologie. Laquelle? A quelle(s) occasion(s) doit-on la pratiquer?



DOSSIER N°19

1. Quel est votre diagnostic? (20)

- Allo Immunisation sanguine fœtomaternelle8
- Anti D.....4
- Responsable d'un hydramnios.....8

2 Quels examens complémentaires demandez-vous? (20)

- Électrocardiogramme (oubli = 0)4
- Échographie obstétricale (présentation, hydramnios, biométrie, retentissement fœtal, bien être fœtal) (oubli = 0)4
- Test de Kleihauer (étude du passage d'hématies fœtales dans le sang maternel) 4
- Titrage des anticorps anti D (Coombs indirect).....2
- ou dosage pondéral des anticorps anti D.....2
- Discuter une amniocentèse pour dosage de bilirubine dans le liquide amniotique2
- Discuter une cordocentèse (pour groupe sanguin fœtal, hématocrite, Coombs direct, peut aussi permettre une transfusion in utero)2
- Bilan préopératoire (Groupe ABO-Rhésus-RAI-NFS-TP-TCK-Ionogramme-Urée-Créatinine) et consultation d'anesthésie en urgence (dans l'éventualité d'une extraction en urgence) NC

3. L'échographie suivante vous est fournie. 11 s'agit d'une coupe sagittale de l'abdomen fœtal. La flèche indique l'épiploon. Que pouvez-vous en déduire? (10)

- Anasarque fœtale5
- Épiploon flottant dans l'ascite.....5

4. L'électrocardiogramme vous est fournie. Quelle est votre interprétation? (15)

- Rythme de base à 140bpm.....3
- Non oscillant3
- Non réactif3
- Pas de contractions utérines.....3
- Souffrance fœtale.....3

5. Quel traitement proposez-vous? (15)

- Extraction en urgence (car 32 semaines d'aménorrhée révolues, et atteinte fœtale majeure) 4
- par césarienne.....4
- Transfusion néonatale si nécessaire (exsanguinotransfusion en général)4
- Surveillance pédiatrique en néonatalogie (oubli = 0).....3

6. 11 existe une prophylaxie de cette pathologie. Laquelle? A quelles) occasion(s) doit-on la pratiquer? (20)

- Injection intraveineuse de gammaglobulines antiD.....2
- Chez toutes les femmes enceintes à rhésus négatif (oubli = 0), à l'occasion de :1 !,
 - post partum (à faire dans les 48 heures si l'enfant est Rhésus positif)2
 - post abortum.....2
 - post IVG (et interruption médicale de grossesse, réduction embryonnaire)2
 - biopsie de trophoblaste, amniocentèse, cordocentèse1
 - cerclage du col (et chirurgie pelvienne aux 2e et 3e trimestres)1
 - métrorragies du premier trimestre de grossesse2
 - grossesse extrautérine2
 - placenta praevia2
 - version par manœuvres externes.....1
 - traumatisme direct pelvien au troisième trimestre.....2

DOSSIER N°20 : Une demande de contraception orale

Mademoiselle P., 17 ans, consulte pour une demande de contraception orale.

1. Quel est l'indice utilisé pour évaluer l'efficacité des moyens contraceptifs? Donner sa définition. Quelle est sa valeur pour les pilules cestroprogestatives? Pour les micropilules progestatives? Pour les dispositifs intrautérins ?
2. Vous allez rechercher des contre-indications à la contraception cestroprogestative orale par l'interrogatoire. Quels en sont les points principaux?
3. Votre examen clinique complet recherche également des contre-indications à la contraception orale oestroprogestative. Quels en sont les points principaux?
4. Vous ne retrouvez à priori pas d'obstacle à cette prescription. Vous devez toutefois pratiquer un certain nombre d'examens complémentaires avant d'autoriser cette contraception. Lesquels?
5. Cette fille n'a finalement aucune contre-indication à la contraception orale cestroprogestative, a des cycles réguliers et des règles non douloureuses; quel type de pilule allez vous prescrire en première intention? (donnez un exemple)
6. Au cas où mademoiselle P. se soit plainte d'une acné sévère, quelle pilule auriez-vous plutôt prescrit? Pourquoi ?

DOSSIER N°20

1. Quel est l'indice utilisé pour évaluer l'efficacité des moyens contraceptifs? Donner sa définition. Quelle est sa valeur pour les pilules œstroprogestatives? Pour les micropilules progestatives? Pour les dispositifs intrautérins? (15)

- Indice de Pearl3
- Pourcentage de femmes traitées ayant eu une grossesse en une année3
- Cœstroprogestatifs : 0,15 à 0,45% AF.....3
- Micropilules : 1 à 2 % AF.....3
- Dispositif intrautérin : 1 % AF3

2 Vous allez rechercher des contre indications à la contraception œstroprogestative orale par l'interrogatoire. Quels en sont les points principaux? (20)

- Habitus : tabagisme.....4
- ATCD personnels et familiaux de
 - cancer du sein3
 - hyperlipidémie.....4
 - accidents vasculaires thromboemboliques.....3
 - hypertension artérielle3
 - diabète.....3
- Rares : Lupus érythémateux disséminé, porphyries, tumeur hypophysaire, otospongiose, cardiopathies, hépatopathies, migraine sévère (facteur de risque vasculaire en association avec œstroprogestatifs et tabac)3

3. Votre examen clinique complet recherche également des contre indications à la contraception orale œstroprogestative. Quels en sont les points principaux? (20)

- Taille et poids2
- Tension artérielle3
- Palpation des seins (nodule suspect, mastopathie bénigne, galactorrhée).....3
- Auscultation cardiaque3
- Palpation hépatique (hépatopathie)3
- État veineux des membres inférieurs.....3
- Examen gynécologique (élimine une grossesse, cherche une endométriose...) avec frottis cervicovaginal.....3

4. Vous ne retrouvez à priori pas d'obstacle à cette prescription. Vous devez toutefois pratiquer un certain nombre d'examens complémentaires avant d'autoriser cette contraception. Lesquels? (15)

- Médicolégaux
 - glycémie à jeun.....3
 - glycémie post prandiale.....2
 - cholestérol total2
 - triglycérides.....2
 - remarque : mammographie après 40 ans.....NC
- Conseillés
 - frottis cervicovaginal2
 - bilan hépatique : transaminases, bilirubine, gammaGT, phosphatases alcalines2
 - hémostase : hémogramme, TP, TCK2

5. Cette fille n'a finalement aucune contre indication à la contraception orale cestroprogestative, a des cycles réguliers et des règles non douloureuses; quel type de pilule allez vous prescrire en première intention? (donnez un exemple) (15)

- Combinée cestroprogestative5
- Monophasique.....5
- Soit superminidosée2
- dosée à 20 microgrammes d'ethynilcestradiol.....2
- exemple: Mercilon®, Cycleane 20®.....1
- Soit minidosée classique (également acceptée).....2
- dosée à 30 microgrammes d'ethynilcestradiol.....2
- exemple : Cycleane 300, Varnoline®, Cilest®, Moneva®, Minulet®, Minidril(D.....1

6. Au cas où mademoiselle P. se soit plainte d'une acné sévère, quelle pilule auriez-vous plutôt prescrit? Pourquoi? (15)

- Diane 35®.....3
- à l'acétate de cyprotérone3
- à climat cestrogénique dominant.....3
- Possédant un effet antiandrogène3
- Action bénéfique sur l'acné3

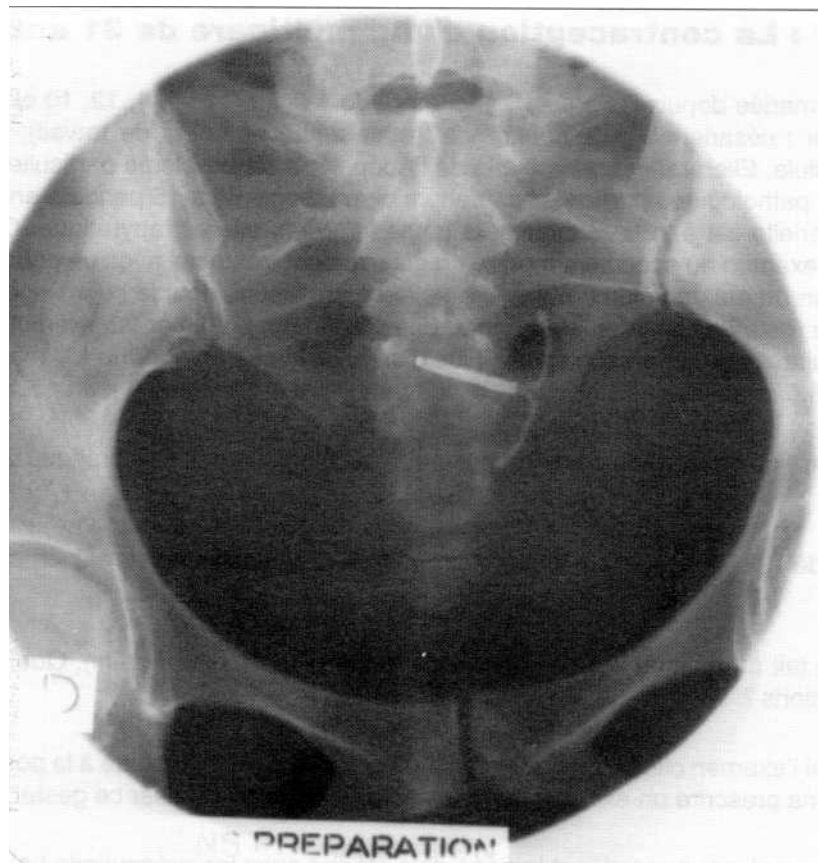
DOSSIER N°21 : La contraception d'une multipare de 31 ans

Madame Z., 31 ans, mariée depuis l'âge de 16 ans, mère de 4 enfants (de 14, 12, 10 et 8 ans, nés par voie basse sauf le dernier : césarienne pour souffrance fœtale aiguë en cours de travail), vous consulte pour renouvellement de pilule. Elle prend depuis 3 ans de l'Adépal®, sans problème particulier.

Elle n'a aucun ATCD pathologique particulier en dehors d'un tabagisme à 15 paquets-année. A l'examen clinique, la tension artérielle est à 160/95 mmHg, le pouls à 72/mn, elle est apyrétique. On ne palpe pas de masse mammaire. L'examen au spéculum montre un col d'aspect cicatriciel avec un ectropion propre, le toucher vaginal trouve un utérus de volume normal, antéversé antéfléchi, dont le col n'est pas induré mais saignotte au contact. Le reste de l'examen est normal. Elle a enfin fait pratiquer les examens complémentaires de surveillance qui lui avaient été prescrits voilà plus d'un an, et vous en apporte les résultats

- Cholestérol total : 8,6 mmol/litre - Triglycérides : 3,8 mmol/litre - Glycémie à jeun : 5,4 mmol/litre

1. L'observation montre qu'un examen complémentaire gynécologique doit être pratiqué dans de brefs délais. Lequel? Pourquoi?
2. L'examen demandé à la question 1 s'avérera normal. Allez-vous renouveler la prescription d'Adépal®? Pourquoi ?
3. Vous proposez en fait à madame Z. une contraception par dispositif intra-utérin. Quelles en sont les principales contre-indications ?
4. Ni l'interrogatoire ni l'examen clinique ne dépistent de contre-indication absolue à la pose d'un stérilet, mais vous devez néanmoins prescrire un examen complémentaire avant de réaliser ce geste. Lequel? Pourquoi?
5. Cet examen est normal, vous autorisant la pose d'un stérilet avec les précautions habituelles. Quels sont les incidents et complications immédiates possibles lors de la pose?
6. La pose se déroule sans problème particulier. Vous dites à madame Z. d'arrêter de fumer, et vous allez surveiller le retour à la normale de la tension artérielle et du bilan lipidique. Vous devez également donner à la patiente un certain nombre d'informations et de conseils de surveillance à propos du stérilet. Quels sont-ils?
7. Malgré vos bons conseils, la patiente ne se fait pas suivre, et reconsulte un an plus tard en raison de la disparition (récente, d'après elle) des fils. Quelles en sont les causes possibles?
8. La radiographie suivante d'abdomen sans préparation vous est fournie. Quel est votre diagnostic? Quelle va être votre prise en charge?



Bassin de face

Bassin de profil



DOSSIER N°21

1. L'observation montre qu'un examen complémentaire gynécologique doit être pratiqué dans de brefs délais. Lequel? Pourquoi? (10)

- Frottis cervico-vaginal4
- Car
- Métrorragies provoquées2
- Facteurs de risques de cancer du col utérin : multiparité, mariage avant 20 ans, premier accouchement précoce, tabagisme (1 pt par item).4

2 Lexannen demandé à la question 1 s'avérera normal. Allez-vous renouveler la prescription d'Adépal®? Pourquoi? (10)

- NON.....2
- Contre-indications aux cestroprogestatifs (risque d'accident vasculaire).....2
- Tabagisme2
- hypertension artérielle2
- hyperlipidémie mixte2

3. Vous proposez en fait à madame Z. une contraception par dispositif intrautérin. Quelles en sont les principales contre-indications? (20)

- Nulliparité (oubli = 0)2
- Grossesse en cours (oubli = 0).»2
- ATCD de GEU2
- ATCD d'infection génitale haute ou d'infections cervicovaginales répétées2
- Ménorragies.....2
- Métrorragies non diagnostiquées.....2
- Fibromes sous muqueux, endocavitaires.....1
- Malformations utérines.....1
- Cardiopathie à risque d'endocardite (oubli = 0)2
- Diabète (risque d'infections)2
- Troubles de l'hémostase1
- Syndrome inflammatoire chronique nécessitant la prise d'antiinflammatoires non stéroïdiens (risque d'inefficacité)1
- Relatives : anémie ferriprive, drépanocytose, utérus cicatriciel, sténose ou béance cervicale, post partum et post abortum immédiats, dysménorrhée sévèreNC

4. Ni l'interrogatoire ni l'examen clinique ne dépistent de contre indication absolue à la pose d'un stérilet, mais vous devez néanmoins prescrire un examen complémentaire avant de réaliser ce geste. Lequel? Pourquoi? (10)

- Hystérographie6
- Car
- Car utérus cicatriciel (risque accru de perforation utérine lors de la pose)2
- Vérifie l'absence de déhiscence de la cicatrice utérine.2

5. Cet examen est normal, vous autorisant la pose d'un stérilet avec les précautions habituelles. Quels sont les incidents et complications immédiates possibles lors de la pose? (10)

- Douleurs d'insertion.....2
- Déchirure cervicale.....2
- * Syncope et choc vagal3
- Perforation utérine.....3

6. La pose se déroule sans problème particulier. Vous dites à madame Z d'arrêter de fumer, et vous allez surveiller le retour à la normale de la tension artérielle et du bilan lipidique. Vous devez également donner à la patiente un certain nombre d'informations et de conseils de surveillance à propos du stérilet. Quels sont ils? (20)

- Consulter à 3 mois puis annuellement.....2
- Informer sur l'augmentation de l'abondance et de la durée des règles 2
- Autoexamen : apprendre à repérer les fils (consulter si disparition).....3
- Si grossesse intrautérine : faire retirer le DIU.....3
- Informer sur le risque de grossesse extrautérine.....3
- Consulter si signes d'infection (leucorrhées, douleurs)3
- Éviter les anti-inflammatoires (diminuant l'efficacité contraceptive) (oubli = 0)3
- Délai de changement : entre 18 mois et 4 ans (selon le modèle)1

7. Malgré vos bons conseils, la patiente ne se fait pas suivre, et reconsulte un an plus tard en raison de la disparition (récente d'après elle) des fils. Quelles en sont les causes possibles? (10)

- *Ascension simple des fils 1
- Expulsion inaperçue du DIU.....3
- Grossesse (intrautérine ou extrautérine).....3
- Perforation utérine (myomètre) avec migration intra-abdominale.....3

8. La radiographie suivante d'abdomen sans préparation vous est fournie. Quel est votre diagnostic? Quelle va être votre prise en charge? (10)

- Migration intraabdominale du DIU.....4
- par perforation utérine2
- *Ablation du DIU par coelioscopie ou laparotomie4
- après confirmation de la migration par échographie, ou hystéroscopieNC

DOSSIER N°22: Une grossesse non désirée

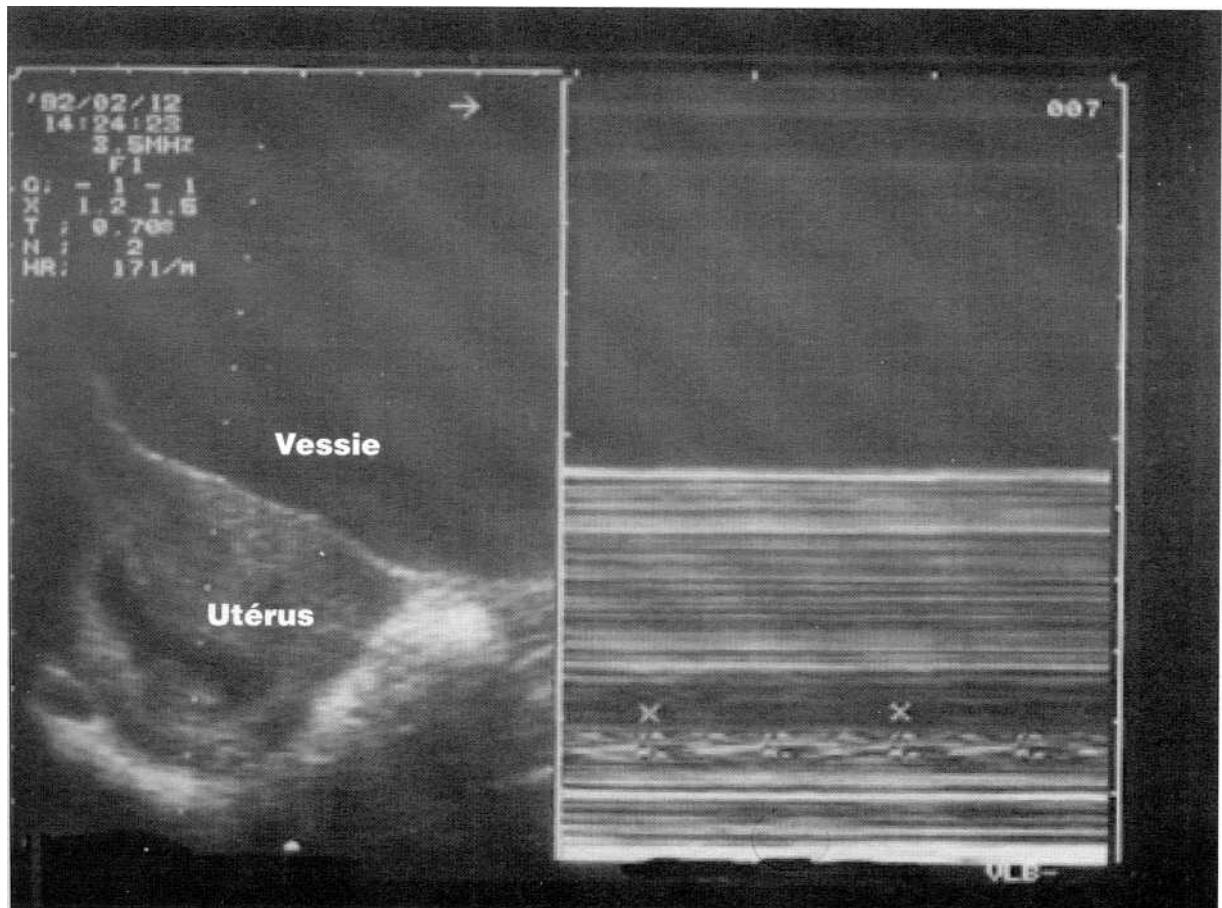
Mademoiselle G., 19 ans, française métropolitaine, consulte à 7 semaines et 3 jours d'aménorrhée pour retard de règles. Elle pense être enceinte.

Antécédents : aucun, ni médico-chirurgical, ni gynécologique.

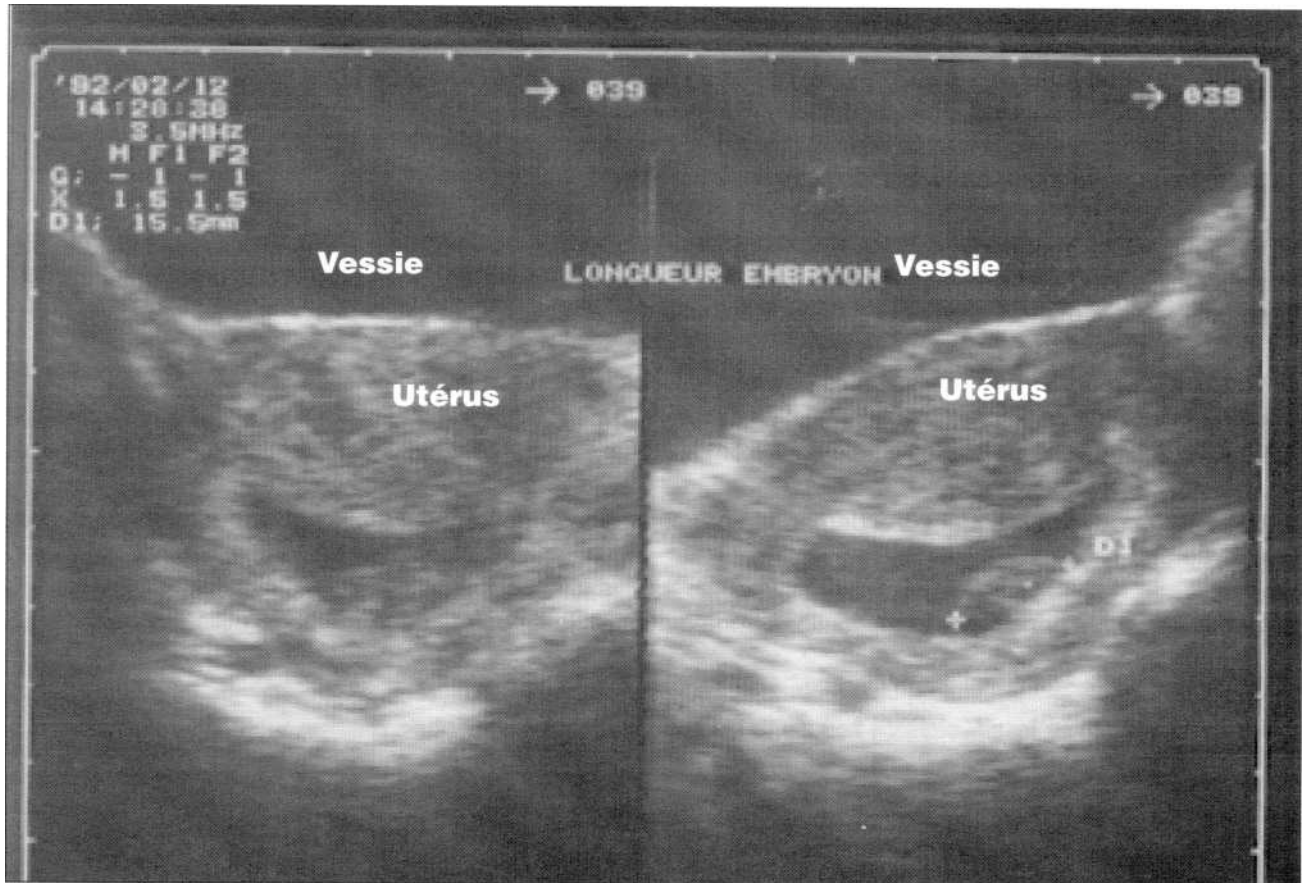
Elle n'a aucune plainte fonctionnelle (en particulier ni métrorragies, ni douleurs, ni signes sympathiques de grossesse).

L'examen clinique retrouve un col gravidé, un utérus augmenté de volume en rapport avec le terme théorique, le signe de Noble est positif. Pas de masse ni de douleur latérotérine.

1. Qu'est-ce que le signe de Noble?
2. Vous expliquez à mademoiselle G. que votre examen clinique est en faveur d'une grossesse intra-utérine évolutive. Elle fond en larmes et réclame une interruption volontaire de grossesse. Vous pratiquez des IVG dans cet établissement. Comment se déroule la suite de l'entretien?
3. Vous allez pratiquer une échographie pelvienne. Dans quel(s) but(s) ?
4. Les images suivantes d'échographie vous sont fournies. Quelle est votre interprétation?
5. Vous allez pouvoir pratiquer l'IVG demandée par aspiration endoutérine. Quelle est l'autre méthode la plus employée en France ?
6. Quelles sont les principales complications immédiates et secondaires de la méthode utilisée?



Échographie sus-pubienne : modes bidimensionnel et temps-mouvement



coupe transversale

coupe longitudinale

Échographie sus-pubienne

DOSSIER N° 22

1. Qu'est-ce que le signe de Noble? (10)

- Signe de grossesse intra-utérine2
- Positif dès la 6e semaine d'aménorrhée2
- utérus augmenté de volume et globuleux2
- perçu dans les culs de sacs vaginaux latéraux.....2
- pouvant évoquer à tort une masse annexielle2

2 Vous expliquez à mademoiselle G. que votre examen clinique est en faveur d'une grossesse intrautérine évolutive. Elle fond en larmes et réclame une interruption volontaire de grossesse. Vous pratiquez des IVG dans cet établissement. Conunent se déroule la suite de l'entretien? (20)

- Expliquer que l'IVG est possible jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée3
- Renseigner sur les aides et avantages sociaux existants3
- Expliquer les méthodes et leurs complications.....3
- Donner l'adresse du centre de planification où se déroulera l'entretien avec un conseiller conjugal ou un psychologue3
- Faire remplir et signer une demande écrite par la patiente3
- Informer sur le délai obligatoire de réflexion de 8 jours.....3
- Informer sur les moyens contraceptifs (prévention des récides).....2

3. Vous allez pratiquer une échographie pelvienne. Dans quel(s) but(s)? (10)

- Confirmer la grossesse2
- Affirmer le caractère intrautérin2
- Embryon(s) : présence et nombre2
- Vérifier le caractère évolutif.....2
- Évaluer le terme échographique2

4. Les images suivantes d'échographie vous sont fournies. Quelle est votre interprétation? (20)

- Sac ovulaire (gestationnel).....4
- intrautérin.....4
- Vésicule vitelline (ombilicale)4
- Présence d'un embryon (écho embryonnaire).....4
- De 9 mm de longueur craniocaudaleNC
- avec AC4

5. Vous allez pouvoir pratiquer l'IVG demandée par aspiration endoutérine. Quelle est l'autre méthode la plus employée en France? (20)

- RU486 (Mifépristone/Mifégyne®)15
- per os.....5
- Associée à des prostaglandines intravaginales (ex : Misoprostol/PGE1/Cytotec®)NC
- Efficace dans 95% des casNC
- Utilisée surtout entre 42 et 49 jours d'aménorrhée.....NC
- Nécessite une échographie de contrôle à J10.....NC

6. Quelles sont les principales complications immédiates et secondaires de la méthode utilisée?

1201

• Immédiates

- syncope/choc pendant la dilatation cervicale	2
- déchirure du col utérin.....	2
- hémorragie	3
- perforation utérine	3
- complications non spécifiques de l'anesthésie générale	NC

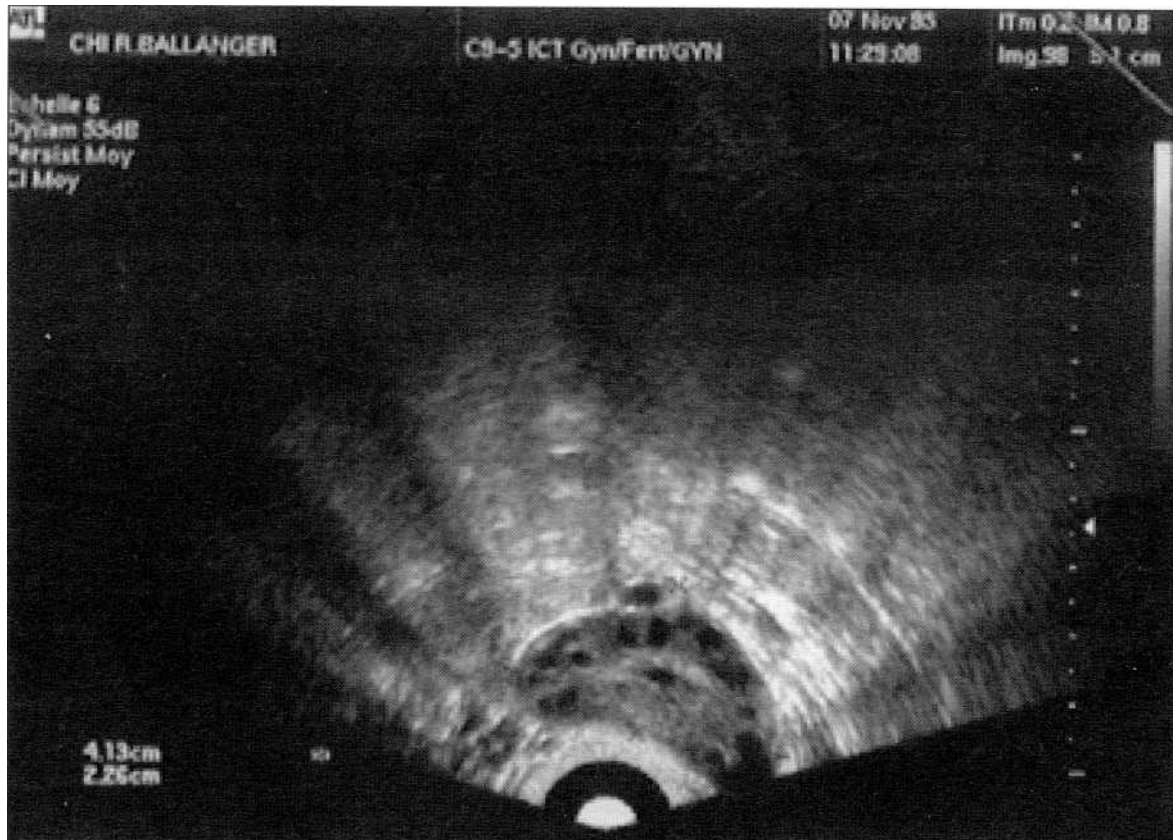
• Secondaires

- rétention placentaire (simple ou infectée)	3
- infection : endométrite, salpingite.....	3
- GEU méconnue (exemple : association exceptionnelle GEU et GIU)	2
- hémorragies persistantes	2
- synéchies intrautérines (complication tardive)	NC

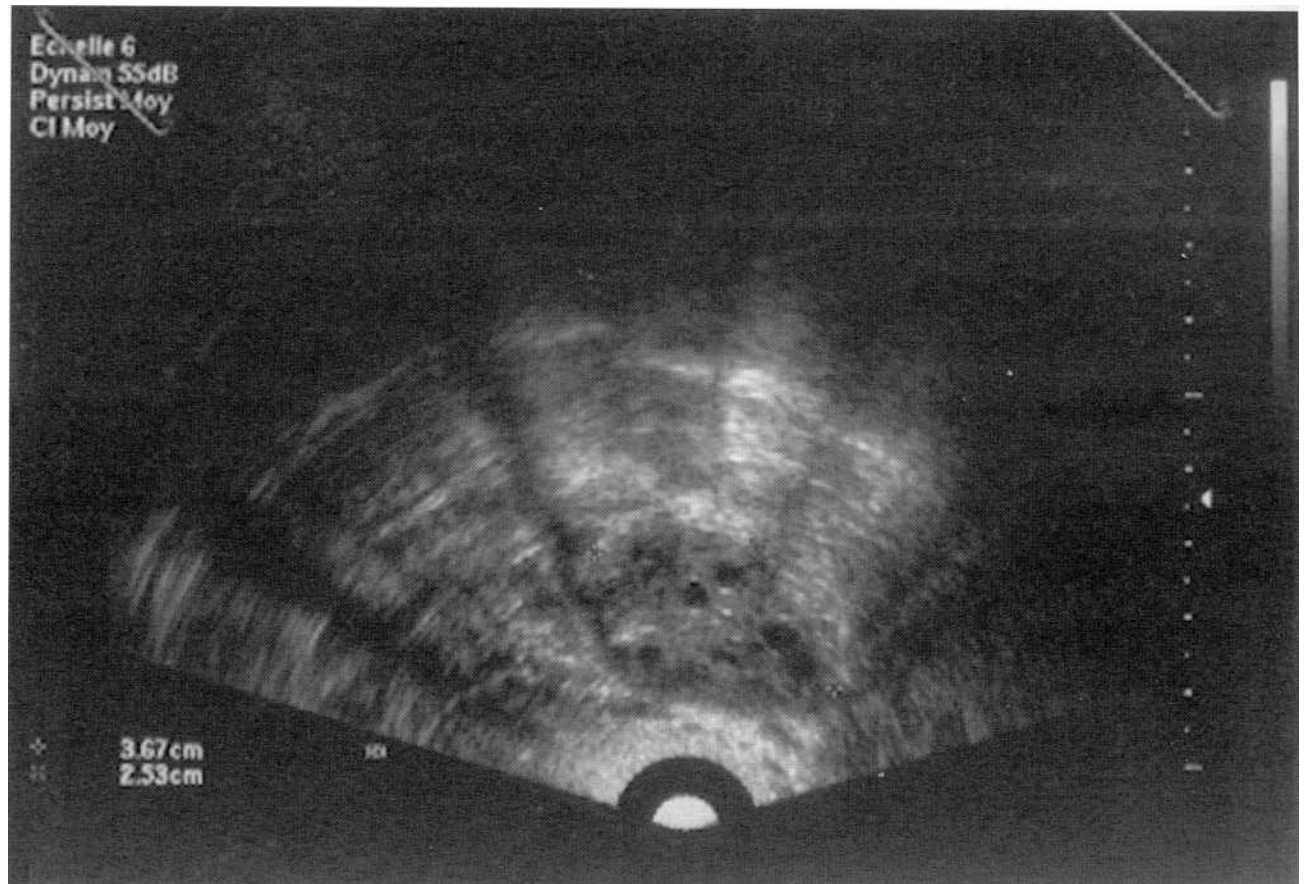
DOSSIER N°23 : Aménorrhée secondaire et désir de grossesse à 21 ans

Madame Y., 21 ans, consulte pour aménorrhée secondaire, apparue après une longue période de spanioménorrhée. Mariée depuis 2 ans, elle est désireuse d'une grossesse, et n'a jamais utilisé de moyens contraceptifs. Elle ne prend aucun médicament. Elle a été réglée à l'âge de 13 ans, avec des cycles longs et irréguliers. On note une obésité modérée de type androïde, ainsi qu'une acné non inflammatoire, et une hyper-séborrhée du cuir chevelu. Sa tension est à 110/60 mmHg.

1. Quelle est la définition de l'aménorrhée secondaire? Et de la spanioménorrhée?
2. Quel diagnostic principal vous évoque cette observation?
3. Quels signes cliniques typiques de cette pathologie recherchez-vous à l'examen gynécologique?
4. Quels examens complémentaires biologiques demandez-vous? Quels sont les résultats attendus (normal, bas, haut) ?
5. L'échographie pelvienne montre les images suivantes. Quelle est votre interprétation?
6. Les résultats des examens clinique et biologiques vont dans le sens du diagnostic évoqué. Que montrerait probablement l'étude de la courbe ménothermique?
7. Quel traitement médical allez-vous proposer en première intention à madame Y. pour son désir de grossesse ?
8. Chez les femmes atteintes de cette pathologie, mais non désireuses de grossesse, il faut tout de même donner un traitement hormonal dans un but préventif. Quel en est le principe? Quelle(s) pathologie(s) cherche-t-on ainsi à prévenir?



Échographie endo-vaginale : ovaire droit



Échographie endo-vaginale : ovaire gauche

DOSSIER N°23

1. Quelle est la définition de l'aménorrhée secondaire? Et de la spanioménorrhée? (10)

- Aménorrhée secondaire
- arrêt des règles2
- depuis au moins 3 mois.....2
- en dehors de la grossesse2
- Spanioménorrhée
- allongement de l'intervalle qui sépare les règles4

2 Quel diagnostic principal vous évoque cette observation? (10)

- Syndrome des ovaires polykystiques de type I.....10
- Ou syndrome de Stein-Leventhal (également accepté).....10

3. Quels signes cliniques typiques de cette pathologie recherchez-vous à l'examen gynécologique ? (10)

- Clitoridomégalie modérée2
- Ovaires (au toucher vaginal)2
- gros.....2
- lisses.....2
- indolores2

4. Quels examens complémentaires biologiques demandez-vous? Quels sont les résultats attendus (normal, bas, haut)? (20)

- Béta HCG : recherche plasmatique négative (oubli = 0)3
- Dosages hormonaux :3
- LH : augmentée3
- FSH : normale ou basse (avec rapport LH/FSH supérieur à 2).....3
- test à la LHRH : augmentation explosive de LH (réponse normale du taux de FSH)3
- œstradiol ; normal ou augmenté1
- progestérone : basse.....1
- prolactine : normale ou augmentée (modérément)1
- androstènedione (delta 4) : élevée.....1
- testostérone : élevée (modérément)1

5. L'échographie pelvienne montre les images suivantes. Quelle est votre interprétation? (10)

- Ovaires augmentés de volume3
- Nombreux microkystes anéchogènes périphériques4
- Stroma ovarien épaissi.....1
- Aspect évocateur de syndrome de Stein Leventhal.....2

6. Les résultats des examens clinique et biologiques vont dans le sens du diagnostic évoqué. Que montrerait probablement l'étude de la courbe ménothermique? (10)

- Anovulation5
- Avec courbe thermique plate (absence de décalage thermique ovulatoire)5

7. Quel traitement médical allez-vous proposer en première intention à madame Y pour son désir de grossesse? (10)

- Citrate de clomifène/Clomid®.....10
- per osNC
- du 5e au 9e jour du cycleNC

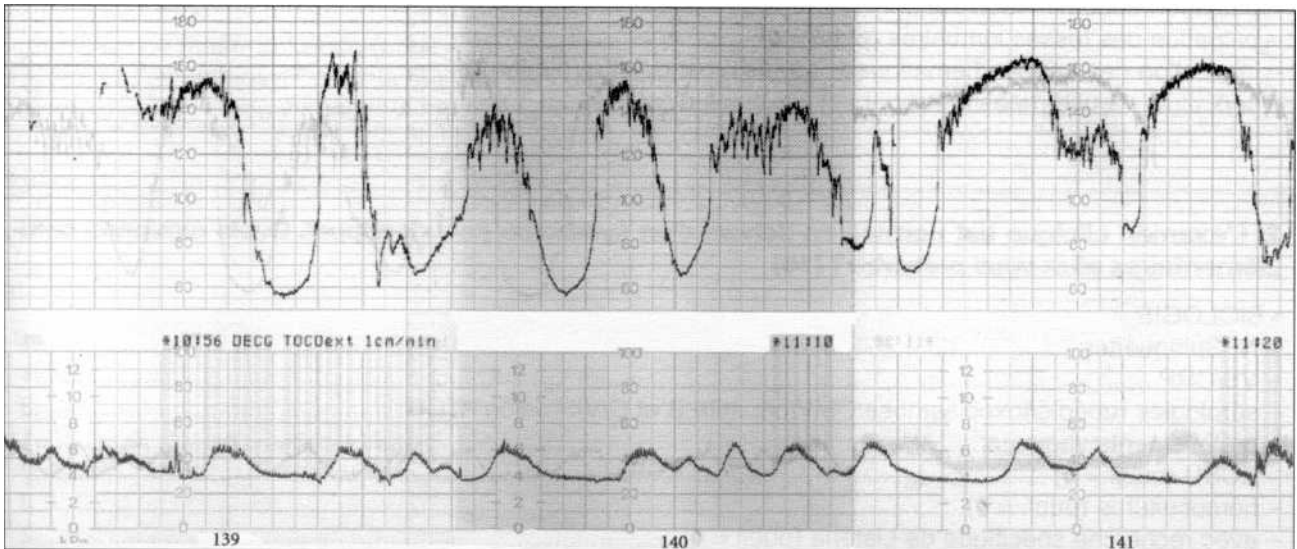
8. Chez les **femmes atteintes de cette pathologie, mais** non désireuses de grossesse, il faut tout de même donner un traitement hormonal dans un but préventif. Quel en est le principe? Quelle(s) pathologie(s) cherche-t-on ainsi à prévenir? (20)

- Principe
 - lutter contre l'hyperandrogénie relative5
 - par la prescription de progestatifs (seuls ou bien œstroprogestatifs en fonction des signes d'hyperandrogénie)5
- Pour prévenir principalement
 - cancer du sein5
 - cancer de l'endomètre5

DOSSIER N°24 : Fièvre à 39° C à 37 SA

Madame Véronique G., française métropolitaine, 30 ans, primigeste, sans antécédents pathologiques, enceinte de 37 SA sans suivi, consulte en raison d'une fièvre à 39° C depuis 48 heures (thermomètre buccal).

1. Détaillez votre examen clinique.
2. L'examen clinique est normal, en dehors d'un syndrome pseudogrippal. Quels examens complémentaires allez-vous prescrire?
3. Quelle sera votre attitude thérapeutique, en attendant les résultats de ces examens?
4. Interprétez l'iconographie.
5. Quelle est alors votre attitude thérapeutique?



Électrocardiogramme

DOSSIER N°24**1. Détaillez votre examen clinique. (25)**

• Contrôle de la température rectale.....	1
• Pouls et pression artérielle.....	1
• Toucher vaginal : état du col (oubli = 0).....	2
• Auscultation des bruits du cœur fœtaux (stéthoscope obstétrical ou ultrasons) (oubli = 0).....	2
• Mesure de la hauteur utérine	2
• Mouvements actifs fœtaux (oubli = 0).....	2
• Contractions utérines (oubli = 0)	2
• SIGNES FONCTIONNELS	
- toux/expectoration	1
- brûlures mictionnelles/lombalgies/hématurie/pyurie.....	1
- nausées/vomissements/diarrhée/douleurs abdominales.....	1
- leucorrhées/métrorragies/douleurs pelviennes.....	1
- signes cutanés + organes génitaux externes : rash, vésicules herpétiques, varicelle	1
• SIGNES PHYSIQUES	
- auscultation cardio-pulmonaire.....	1
- recherche d'un syndrome méningé (oubli = 0).....	1
- palpation abdominale	1
- palpation des fosses lombaires (oubli = 0).....	2
- inspection des urines : hématiques, troubles, bandelette (oubli = 0).....	2
- spéculum : leucorrhées/métrorragies/vésicules d'herpès	1

2 L'examen clinique est normal, en dehors d'un syndrome pseudogrippal. Quels examens complémentaires allez-vous prescrire? (15)

• BIOLOGIE	
- NFS/plaquettes.....	1
- VS/CRP	1
- sérologies rubéole/toxoplasmose/CMV/hépatite B et C/VIH selon ATCD.....	3
- prélèvements vaginaux.....	1
- ECBU (oubli = 0)	2
- hémocultures (oubli = 0).....	2
- avec recherche spécifique de <i>Listeria</i> (oubli = 0).....	2
- ionogramme, glycémie, protidémie/urée/créatinine, bilan hépatique selon signes d'appel	NC
• Bandelette urinaire.....	NC
• IMAGERIE	
- monitoring du rythme cardiaque fœtal (RCF) et des contractions utérines (oubli = 0).....	2
- échographie obstétricale	1
- échographie rénale et abdominale selon la clinique.....	NC
• ECG	NC
- Rp selon la clinique	NC

3. Quelle sera votre attitude thérapeutique en attendant les résultats de ces examens? (20)

• Hospitaliser (oubli = 0)	5
- repos au lit strict	1
- voie veineuse périphérique	NC
• Antibiothérapie parentérale active sur <i>Listeria</i> à débiter après les prélèvements bactériologiques (oubli = 0)...	5
- amoxicilline = Clamoxyl® 4 g/j IV (toutes les 8 heures) (hors allergie)	5
- relais per os après 48 heures d'apyrexie.....	NC

- Envisager une extraction fcetale selon les données du RCFNC
- Surveillance (oubli = 0) clinique : température, pouls, pression artérielle, contractions utérines, mouvements actifs fcetaux, RCF, biologie.....4

4. Interprétez l'iconographie. (20)

- Monitoring du RCF et des contractions utérines
 - ralentissements du RCF.....4
 - sévères4
 - prolongés4
 - de type DIP 2.....NC
- Contractions utérines fréquentes4
- Souffrance fcetale aiguë4

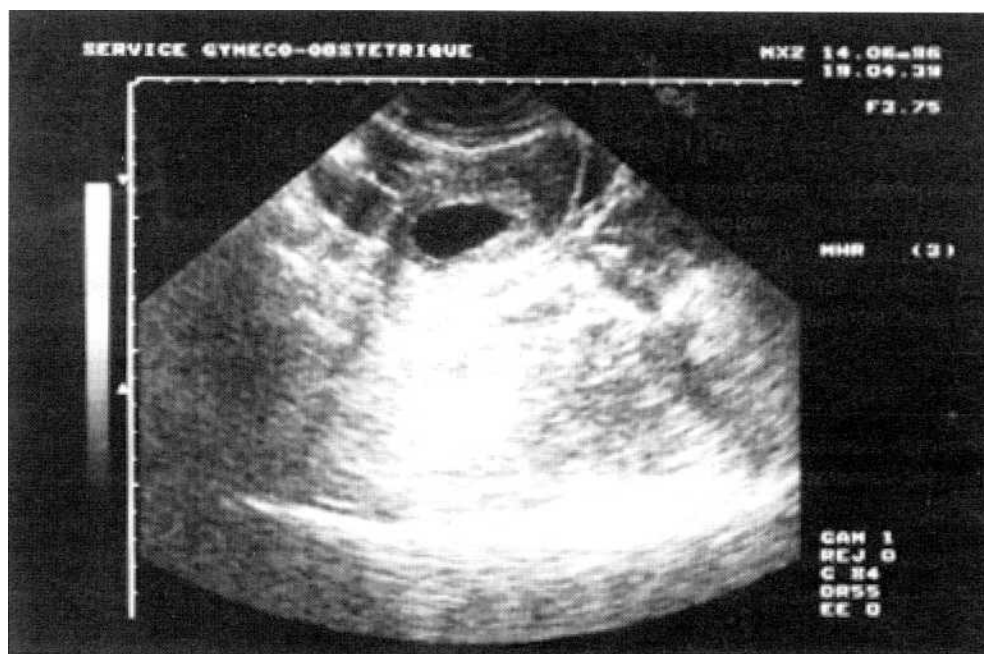
5. Quelle est alors votre attitude thérapeutique? (20)

- Extraction fcetale en extrême urgence.....6
 - par césarienne.....6
- Surveillance materno-fcetale (oubli = 0).....4
- Continuer le Clamoxyl® chez la mère et le nouveau-né.....4

DOSSIER N°25: Métrorragies à 9 SA

Madame Sophie D., 37 ans, 2e pare 3e geste (2 accouchements normaux à terme) consulte aux urgences gynécologiques en raison d'hémorragies génitales claires avec caillots. Elle se plaint également de douleurs hypogastriques à type de contractions. Elle est à 9 SA. Elle est apyrétique, la pression artérielle est à 120/60 mmHg, le pouls à 86/mn. L'abdomen est souple avec une douleur provoquée hypogastrique.

1. Détaillez votre examen au spéculum. Que recherchez-vous particulièrement?
2. L'examen au spéculum retrouve du sang clair d'abondance modérée venant de l'endocol, sans débris, avec quelques caillots. Le toucher vaginal retrouve un utérus de la taille d'une orange, antéversé, antéfléchi, sensible et mobile. Le col est postérieur, un peu ramolli, déhiscent à l'orifice externe, alors que l'orifice interne est fermé. Les culs-de-sac latéraux et de Douglas sont libres et indolores. Quels examens complémentaires allez-vous prescrire?
3. Vous allez pratiquer une échographie pelvienne. Quels éléments allez-vous rechercher particulièrement?
4. Interprétez l'iconographie. (Quelles que soient les coupes, les images sont toujours équivalentes à celle-ci.)
5. Quelle doit être votre attitude thérapeutique?
6. Quels sont les effets indésirables possibles de votre traitement?



Echographie pelvienne
(coupe transversale)

DOSSIER N°25**1. Détaillez votre examen au spéculum. Que recherchez-vous particulièrement? (15)**

• Pose du spéculum.....	NC
- élimine une cause cervico-vaginale de saignement.....	3
- aspect des saignements : couleur, abondance	3
- caillots,	2
- origine haute (endocol).....	2
- leucorrhées pathologiques	2
- <u>débris ovulaires, caduque, vésicules (en cas de môle)</u>	3

2 Quels examens complémentaires allez-vous prescrire? (20)

• BIOLOGIE	
- groupe ABO Rhésus/RAI (oubli = 0)	6
- f3HCG plasmatiques (oubli = 0)	8
- TP/TCA/fibrinogène ionogramme créatinine glycémie protidémie	NC
• IMAGERIE	
- échographie pelvienne ou endovaginale.....	6

3. Vous allez pratiquer une échographie pelvienne. Quels éléments allez-vous rechercher particulièrement? (20)

• L'utérus.....	2
- sa taille	2
- son contenu : vide, caillots, sac gestationnel	2
- sac gestationnel : nombre et siège, insertion.....	2
- en cas de sac gestationnel : recherche d'un décollement trophoblastique	2
- en cas d'embryon visible : recherche de la vitalité : activité cardiaque	2
• Recherche de signes échographiques de môle.....	2
• Recherche d'un œuf clair (image aplatie anéchogène sans écho embryonnaire)	2
* Visualisation des ovaires.....	1
- recherche d'une masse latéro-utérine.....	2
• Recherche de liquide (déclive, mobile, anéchogène) dans le cul-de-sac de Douglas	1

4. Interprétez l'iconographie. (Quelles que soient les coupes, les images sont toujours équivalentes à celle-ci) (15)

• Image aplatie anéchogène à parois fines sans écho embryonnaire, correspondant à un <u>œuf</u> clair	9
• Pas de masse latéro-utérine	2
• Pas de liquide dans le cul-de-sac de Douglas.....	2
• Conclusion : grossesse arrêtée sur œuf clair	2

5. Quelle doit être votre attitude thérapeutique? (20)

• Hospitaliser.....	2
- curetage (révision utérine).....	6
- aspiration endo-utérine.....	3
- sous anesthésie générale	NC
- examen anatomo-pathologique des débris (oubli = 0)	3
• Prévention de l'alto-immunisation Rhésus si Rh- : gammaglobulines antiD IV (oubli = 0).....	3
• Surveillance (oubli = 0).....	3

6. Quels sont les effets indésirables possibles de votre traitement? (10)

• Pour le curetage :	
– perforation utérine	3
– hémorragies	2
– endométrites, <i>salpingite</i>	3
– échec <i>...retention...placentaire simple ou infectée</i>	NC
– synéchies utérines	2
– complications non spécifiques de l'anesthésie générale	NC

DOSSIER N°26 : Un prolapsus génital

Madame Marie-Christine B., 49 ans, non-ménopausée (dernières règles il y a 8 jours) consulte en raison d'une pesanteur pelvienne avec gêne à la marche et impression de "masse qui descend dans le vagin". Elle présente ces symptômes depuis plus d'un an.

Vous attribuez ces troubles à un prolapsus génital.

1. Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie?
2. Votre examen clinique a noté une cystocèle antérieure de grade II à l'effort, une hystérocèle de grade II à l'effort et au repos, ainsi qu'une rectocèle de grade II à l'effort.
Définissez les degrés de gravité d'un prolapsus.
3. Comment allez-vous poser l'indication d'un geste « urinaire » lors du traitement chirurgical de cette patiente?
4. Un geste urinaire est nécessaire. Quels autres examens complémentaires allez-vous prescrire avant l'intervention ?
5. Quel traitement proposez-vous ? (Détaillez en 4-5 lignes les principes et les buts recherchés)

DOSSIER N°26**1. Quels sont les facteurs de risque de cette pathologie? (18)**

• GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX	
- grossesses multiples	2
- accouchements traumatiques (forceps, dystocies, délivrances artificielles)	2
- gros poids de naissance.....	2
- absence d'épisiotomie préventive	2
- absence de rééducation périnéale du post-partum.....	2
- ménopause précoce.....	NC
• CHIRURGICAUX	
- hystérectomie	2
- chirurgie pelvienne	2
• ANATOMIQUES	
- amaigrissement rapide	2
- obésité	2

2 Votre examen clinique a noté une cystocèle antérieure de grade II à l'effort, une hystérocèle de grade II à l'effort et au repos, ainsi qu'une rectocèle de grade II à l'effort.

Définissez les degrés de gravité d'un prolapsus. (18)

• Degré I : intravaginal	6
• Degré II : vulvaire.....	6
• Degré III : extravaginal.....	6

3. Comment allez-vous poser l'indication d'un geste « urinaire » lors du traitement chirurgical de cette patiente? (20)

• Recherche à l'interrogatoire d'une incontinence urinaire d'effort (IUE)	6
- si IUE : manœuvre de Bonnet (2 doigts vaginaux de part et d'autre du méat urétral dirigés vers la symphyse arrêtent une IUE lors d'un effort de poussée).....	6
• Épreuves uro-dynamiques	8

4. Un geste urinaire est nécessaire. Quels autres examens complémentaires allez-vous prescrire avant l'intervention? (20)

• ECBU.....	8
• Urographie intraveineuse (hors contre-indication)	2
• Frottis cervico-vaginaux	2
• Échographie pelvienne	8
• Bilan préopératoire standard (dont consultation d'anesthésie).....	NC

5. Quel doit être votre traitement? (Détaillez en 4-5 lignes les principes et les buts recherchés) (24)

• Traitement chirurgical	5
- hystérectomie	5
- colpopexie rétropubienne (ex. : Burch) traitant les troubles urinaires.....	5
- temps de périnée postérieur corrigeant la rectocèle	5
• Kinésithérapie périnéale.....	2
• Surveillance (oubli = 0).....	2

DOSSIER N°27 : Métrorragies et fibromes utérins

Madame J. M., 40 ans, antillaise, consulte aux urgences en raison d'une hémorragie génitale abondante de sang clair avec caillots durant depuis huit jours. Elle est traitée par Surgestone® du 15^e au 25^e jour du cycle en raison de fibromes utérins. Les dernières règles datent de 20 jours. Elle se plaint d'hyperménorrhée depuis quelques années. Elle est mère de 4 enfants (sans césarienne).

A l'examen clinique, on note une température à 37,3° C, une pression artérielle à 110/60 mmHg et un pouls à 90/mn. Vous retrouvez une voussure hypogastrique ainsi qu'un utérus ferme, indolore, polylobé très augmenté de volume. Le TV sent une masse ronde dure, régulière et indolore faisant saillie par un col dilaté à 2 doigts. Les métrorragies sont plus abondantes que des règles.

Les f3HCG plasmatiques sont négatifs. L'échographie pelvienne faite aux urgences retrouve un gros utérus globuleux renfermant de nombreuses formations rondes hypo-échogènes, dont une de trois centimètres, isthmique, saillant dans le vagin.

1. Quel est le diagnostic? Justifiez.
2. Quels autres examens paracliniques allez-vous prescrire?
3. Quelles mesures thérapeutiques d'urgence pouvez-vous proposer à votre patiente?
4. Vous hospitalisez madame J. M. Six heures plus tard, les métrorragies deviennent encore plus abondantes. La pression artérielle est à 100/50 mmHg et le pouls à 105/mn. Les examens biologiques sont normaux en dehors de l'hémoglobine à 7,5 g/dl.
Quel est votre traitement en urgence?
5. Elle ne désire pas de nouvelle grossesse. Quelle doit être votre attitude thérapeutique par la suite?

DOSSIER N°27

1. Quel est le diagnostic? Justifiez (20)

- Utérus polymyomateux.....5
- Avec un fibrome accouché par le col5
- car:
 - terrain : antillaiseNC
 - arguments cliniques : ménométrorragiesNC
 - fibromes connus.....NC
 - utérus polylobé, régulier, ferme, augmenté de volume1
 - au TV : fibrome accouché par le col.....1
 - Arguments échographiques
 - utérus contenant plusieurs masses.....2
 - rondes.....1
 - hypoéchogènes2
 - régulières.....1
 - dont une saillant dans le vagin.....2

2. Quels autres examens paracliniques allez-vous prescrire? (20)

- En urgence (non mention de l'urgence : 0 à la question).....NC
- Groupe sanguin ABO, Rhésus, RAI (oubli = 0)10
- TP-TCK.....5
- NFSplaquettes.....5
- Bilan pré-opératoire standard (dont consultation d'anesthésie)NC
- radiographie pulmonaire et ECG non indispensables en raison de l'âge et de l'absence d'ATCD cardio pulmonaires.....NC
- Hystérogaphie = 0 à la question car stupide avec un fibrome accouché par le col).....NC

3. Quelles mesures thérapeutiques d'urgence pouvez-vous proposer à votre patiente? (18)

- Hospitaliser (oubli = 0)2
- repos au lit, à jgw.....NC
- voie veineuse.....1
- *Traitement symptomatique sous surveillance hospitalière stricte, horaire
 - traitement de l'hypovolémie : remplissage vasculaire par macromolécules type Plasmion®4
 - commander des culots globulaires pour une éventuelle transfusion2
 - cestrogènes (Prémairin®) 1 ampoule IM1
- Traitement étiologique
 - myomectomie ou polymyomectomie du fibrome accouché par le col et des autres de taille importante..3
 - hystérectomie en dernier recours3
 - curetage hémostatique impossible en raison du fibrome accouché par le colNC
- Surveillance (oubli = 0).....2

NB : Une hystéroscopie opératoire est souvent pratiquée dans cette indication (section du pédicule).

4. Vous hospitalisez madame J. M. Six heures plus tard, les métrorragies deviennent encore plus abondantes. La pression artérielle est à 100/150 mmHg et le pouls à 105/mn. Les examens biologiques sont normaux en dehors de l'hémoglobine à 7,5 g/dl.

Quel est votre traitement en urgence? (27)

- Traitement chirurgical d'hémostase.....5
- en urgence.....5
- après remplissage vasculaire ou transfusion de culots globulaires.....5
- polomyomectomie ou hystérectomie10
- Surveillance post-opératoire (oubli = 4)2

NB : la ligature chirurgicale des artères utérines peut être discutée, ainsi que l'embolisation vasculaire des artères hypogastriques ou utérines; mais peu de centres ont accès à ce dernier traitement. Ces techniques seront particulièrement discutées en cas de désir de grossesse avec myomectomie techniquement impossible et saignements abondants.

5. Elle ne désire pas de nouvelle grossesse. Quelle doit être votre attitude thérapeutique par la suite? (15)

- Transfusion de culots globulaires selon la clinique.....3
- Supplémentation en fer : Tardyféron®.....1
- en folates : Spéciafoldine®.....1
- Discuter une anticoagulation à dose isocoagulante en cas de facteurs de risque de thrombo-emboliesNC
- Prévoir une hystérectomie à distance dans 3 à 4 semaines avec l'accord de la patiente8
- * Surveillance (oubli = 0)2

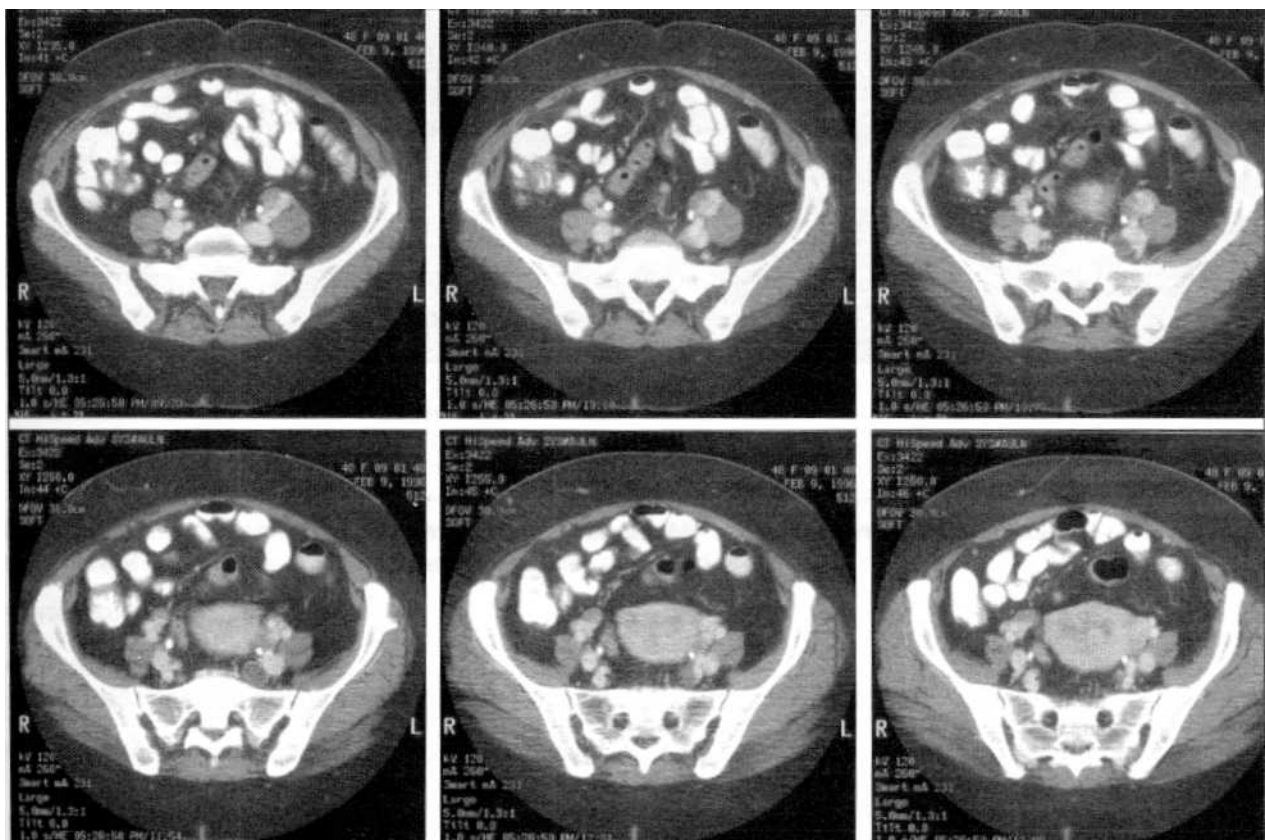
DOSSIER N°28 : Cancer du col utérin

Madame Francine P., 50 ans, mère de six enfants, ayant comme antécédents gynécologiques deux salpingites en 1975 et 1978, ménopausée depuis deux ans, sans traitement hormonal substitutif (car non suivie sur le plan médical), consulte en raison de métrorragies minimales depuis quelques mois, associées à des leucorrhées sales peu abondantes.

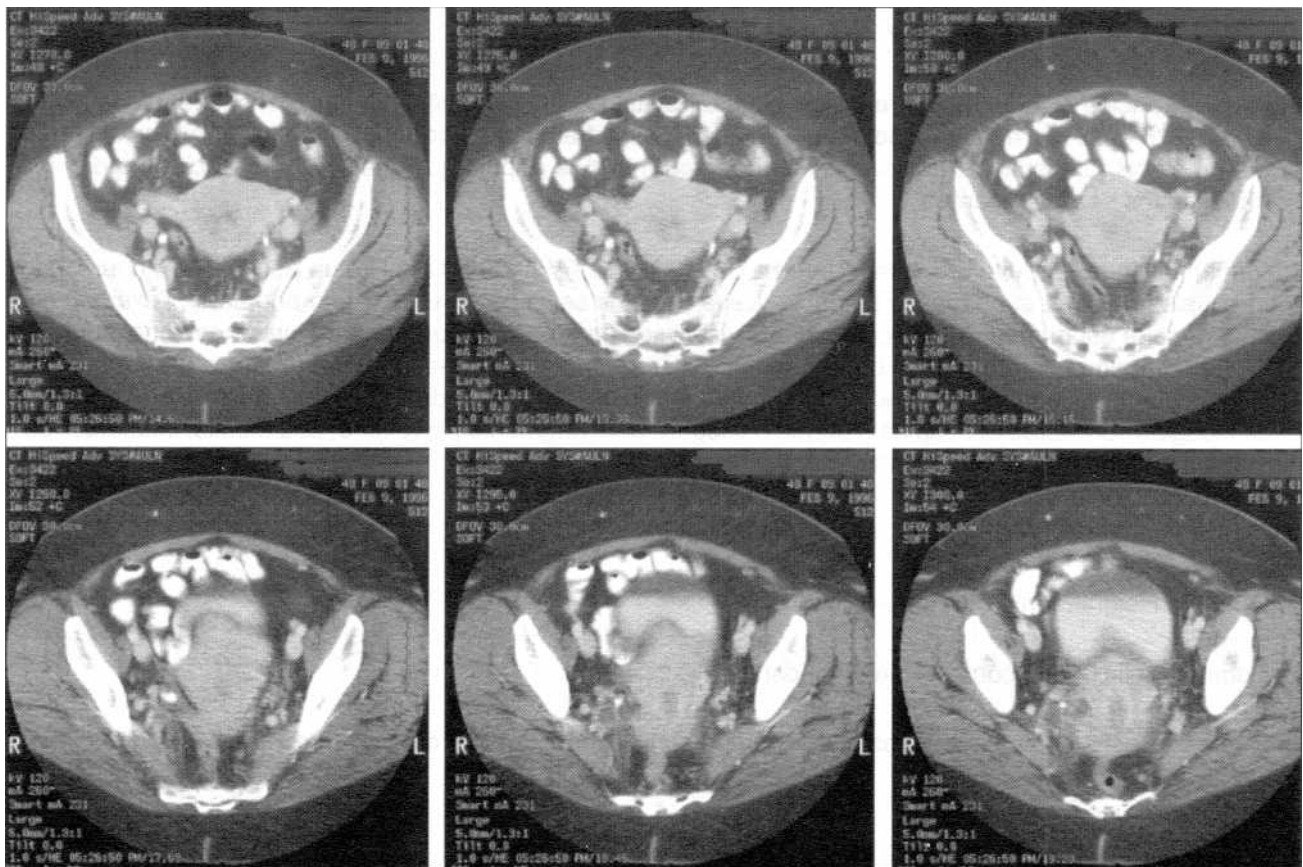
L'examen clinique retrouve une température à 36,8° C, une TA à 130/80 mmHg, un pouls à 72/mn, un abdomen souple, indolore, sans masse palpable. L'examen des seins ne révèle aucune anomalie; l'examen cardio-pulmonaire est normal. Au spéculum, vous visualisez un gros col bourgeonnant avec une zone indurée à 11 h, hémorragique. Cette masse bourgeonnante s'étend sur le cul-de-sac latéral droit. Le toucher vaginal retrouve cette masse indurée étendue du col vers le cul-de-sac latéral droit. Les culs-de-sac latéral gauche et de Douglas sont libres et souples; l'utérus est légèrement augmenté de volume, peu mobile, indolore; vous ne palpez aucune masse annexielle.

Il s'agit probablement d'un cancer du col utérin étendu.

1. Quels renseignements attendez-vous du TR?
2. Comment allez-vous confirmer le diagnostic?
3. Quels examens complémentaires allez-vous prescrire, une fois votre diagnostic confirmé? Pourquoi?
4. Interprétez l'iconographie.
5. Quels autres examens complémentaires (non systématiques dans le bilan d'extension des cancers du col utérin) allez-vous demander chez cette patiente?
6. Ces examens sont normaux. Vous proposez une intervention de Wertheim après curiethérapie. En quoi consiste cette intervention? Quel est son principal risque?



Scanner pelvien avec injection (planche 1)



Scanner pelvien avec injection (planche 2)



Scanner pelvien avec injection (planche 3)

DOSSIER N°28**1. Quels renseignements attendez-vous du TR? (10)**

- Le TR (au mieux réalisé sous anesthésie générale) renseigne parfaitement sur l'extension aux paramètres 6
- sur l'état de la cloison recto-vaginale (lorsqu'il est couplé au toucher vaginal)2
- recherche de nodules de carcinose péritonéale2
- explore le rectum.....NC

2 Comment allez-vous confirmer le diagnostic? (10)

- Biopsies guidées (oubli - 0).....6
- avec examen anatomo-pathologique4

3. Quels examens complémentaires allez-vous prescrire, une fois votre diagnostic confirmé? Pourquoi? (20)**• BIOLOGIE**

- ECBU avant la chirurgie2
- prélèvements vaginaux (cervicite fréquente).....2
- marqueurs tumoraux sériques : SCC (pour surveiller l'évolution ultérieurement) 1
- bilan pré-opératoire si chirurgie envisagéeNC
- NFS - VSNC

• IMAGERIE**• Bilan d'extension loco-régionale**

- échographie pelvienne voire endovaginale (visualise l'extension au pelvis, à l'utérus, recherche des adénomégalies).....3
- scanner et/ou IRM pelvienne (visualise mieux les adénomégalies)3
- UIV (recherche une extension vésico-urétérale).....3

• Bilan d'extension générale

- radiographie pulmonaire (recherche de métastases pleuro-pulmonaires).....3
- échographie et/ou scanner abdominal (recherche de métastases hépatiques)3

4. Interprétez l'iconographie. (12)

- Masse irrégulière.....2
- hétérogène.....2
- d'origine cervicale.....2
- affleurant la vessie, a priori sans l'envahir2
- Adénopathies pelviennes bilatérales.....2
- Conclusion : cancer du col utérin étendu.....2

5. Quels autres examens complémentaires (non systématiques dans le bilan d'extension des cancers du col utérin) allez-vous demander chez cette patiente? (18)

- Cystoscopie8
- Rectosigmoïdoscopie8
- avec biopsies pour examen anatomopathologique2

NB : L'UIV est prescrite systématiquement à ce stade.

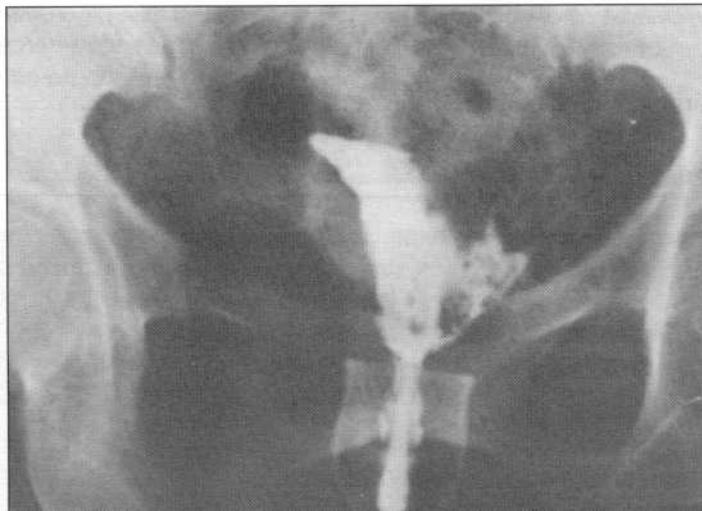
6. Ces examens sont normaux. Vous proposez une intervention de Wertheim après curiethérapie. En quoi consiste cette intervention? Quel est son principal risque? (30)

- Elle consiste en
 - exploration abdomino-pelvienne.....4
 - lymphadénectomie iliaque externe.....4
 - hystérectomie totale4
 - élargie aux paramètres jusqu'à la paroi pelvienne.....4
 - annexectomie bilatérale.....4
 - et exérèse d'une collerette vaginale.....4
- Le risque principal consiste à léser les uretères.....6

DOSSIER N°29: Métrorragies post-ménopausiques

Madame Nadine F., 60 ans, nulligeste, obèse (100 kg pour 1 m 56), ménopausée depuis dix ans, sans traitement hormonal substitutif et sans antécédents pathologiques, consulte en raison de métrorragies minimales, intermittentes depuis six mois. TA= 150/85 mmHg. Puls = 70/mn. T° = 37,1 ° C.

1. Quel diagnostic devez-vous suspecter en priorité? Pourquoi?
2. Détaillez votre examen gynécologique. Que recherchez-vous?
3. Votre examen clinique retrouve un col sain, une absence de saignements et de leucorrhées, un utérus atrophique, mobile et indolore. Les frottis endométriaux sont normaux. Quels examens complémentaires allez-vous prescrire?
4. Interprétez l'iconographie.
5. Quels sont les principes de votre traitement, en absence d'extension générale?



Hystérographie

DOSSIER N°29

1. Quel diagnostic devez-vous suspecter en priorité? Pourquoi? (25)

- Cancer de l'endomètre.....15
- En raison
 - de la ménopause3
 - de l'obésité (facteur de risque, par hypercestrogénie)3
 - métrorragies post-ménopausiques : cancer de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire4

2 Détaillez votre examen gynécologique. Que recherchez-vous? (20)

- Spéculum
 - origine des saignements : endocol ou autre2
 - leucorrhées.....1
 - lésions cervicales2
 - permet la réalisation de frottis cervico-vaginaux et de l'endomètre.....NC
 - trophicité génitale (signes d'imprégnation cestrogénique).....3
- Toucher vaginal
 - examen de l'utérus : taille.....1
 - forme (globuleux?)1
 - régularité des contours.....1
 - mobilité1
 - consistance.....1
 - caractère douloureux.....1
 - état du col2
 - état des culs-de-sac latéraux et de Douglas.....2
- Toucher rectal
 - apprécie au mieux l'état des paramètres2

3. Votre examen clinique retrouve un col sain, une absence de saignements et de leucorrhées, un utérus atrophique, mobile et indolore. Les frottis endométriaux sont normaux. Quels examens complémentaires allez-vous prescrire? (15)

- Frottis cervico-vaginaux2
- Hystérogographie (hors contre-indications)2
- Hystéroscopie diagnostique avec biopsies dirigées (et examen anatomo-pathologique)9
- Échographie abdomino-pelvienne.....2
- Bilan biologique pré-opératoireNC

4. Interprétez l'iconographie. (20)

Hystérogographie

- aspect marécageux (lacune irrégulière volumineuse).....10
- du fond utérin et de la corne utérine gauche5
- Conclusion : aspect évocateur de cancer de l'endomètre5

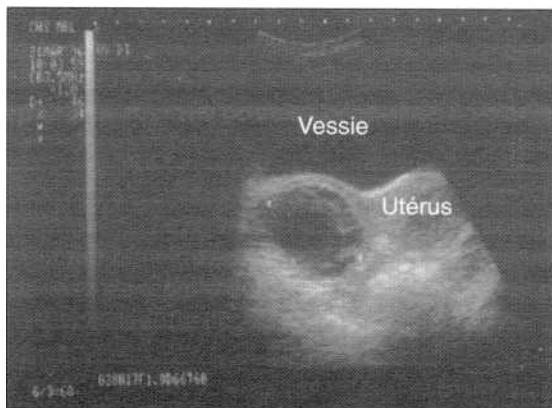
5. Quels sont les principes de votre traitement, en absence d'extension générale? (20)

- Hospitalisation1
- Traitement chirurgical2
 - en l'absence de contre-indications opératoires1
 - laparotomie : bilan lésionnel.....2
 - hystérectomie totale (et examen anatomopathologique)3
 - avec annexectomie bilatérale2
 - et curage ganglionnaire.....3
 - en cas d'atteinte ganglionnaire : radiothérapie externe complémentaire.....4
- Surveillance (oubli = 8).....2

DOSSIER N°30 : Une pesanteur pelvienne

Madame B. O., 45 ans, mère de deux enfants, sans antécédents pathologiques, consulte en raison de pesanteurs pelviennes latéralisées à droite, durant depuis deux semaines. Sa température est à 37,2° C, la pression artérielle à 150/80 mmHg et le pouls à 86/mn ; l'abdomen est souple indolore, sans masse palpable. Au spéculum vous retrouvez un col normal, une absence de saignements et de leucorrhées. Le TV retrouve un utérus antéversé de taille normale, mobile, indolore et une masse ferme, arrondie, latéro-utérine droite, indolore, mobile indépendamment de l'utérus.

1. Quelles sont vos deux principales hypothèses diagnostiques?
2. Détaillez la suite de votre examen clinique.
3. Quels que soient les renseignements obtenus cliniquement, quels sont les 3 premiers examens complémentaires d'imagerie à prescrire (précisez en 2-3 lignes les renseignements éventuels attendus)?
4. Interprétez l'iconographie.
5. Quels autres examens complémentaires allez-vous maintenant prescrire?
6. Quel doit être le premier temps de votre traitement? Détaillez.
7. L'examen anatomopathologique extemporané n'a pas pu conclure avec certitude au caractère bénin ou malin de la lésion. L'examen définitif précise qu'il s'agit d'une tumeur « border-line ». Qu'en pensez-vous? Et quelle doit être votre prise en charge?



Échographie pelvienne
(coupe transversale)

DOSSIER N°30**1. Quelles sont vos deux principales hypothèses diagnostiques? (10)**

- Tumeur ovarienne droite5
- Fibrome sous-séreux pédiculé droit.....5

2 Détaillez la suite de votre examen clinique. (15)

- INTERROGATOIRE
 - date des dernières règles.....1
 - altération de l'état général1
- SIGNES FONCTIONNELS
 - douleurs abdomino-pelviennes.....1
 - métrorragies.....1
 - leucorrhées1
 - signes de compression (vésicale, rectale, neurologique, vasculaire).....NC
- SIGNES PHYSIQUES
 - Température, pouls, tension artérielle.....NC
 - Signes d'hyperandrogénie (pilosité, acné, hyperséborrhée du cuir chevelu)2
 - Examen abdominal
 - douleur provoquée.....1
 - masse palpable (tumeur ou carcinose péritonéale)1
 - ascite (matité des flancs).....2
 - palpation et percussion hépatique.....1
 - toucher rectal et ombilical (carcinose péritonéale).....2
 - Palpation des aires ganglionnaires1
 - Auscultation cardio-pulmonaire, examen osseux et neurologique.....NC

3. Quels que soient les renseignements obtenus cliniquement, quels sont les 3 premiers examens complémentaires d'imagerie à prescrire (précisez en 2-3 lignes les renseignements éventuels attendus)? (15)

- Échographie pelvienne :3
 - visualise la ou les masse(s)1
 - contenu (solide ou liquide)1
 - siège, taille, forme (régulière ou non)NC
 - ascite1
- Scanner abdomino-pelvien :3
 - adénopathies2
- ASP.....3
 - calcifications (évocatrices de kyste dermoïde).....1

4. Interprétez l'iconographie. (10)

- Masse ronde.....2
 - latéro-utérine : ovarienne droite2
 - anéchogène2
 - contenant des végétations (échogènes)2
- Conclusion : tumeur ovarienne kystique suspecte de cancer ovarien droit 2

5. Quels autres examens complémentaires allez-vous maintenant prescrire? (15)

• BIOLOGIE

- bilan hépatique (transaminases, bilirubine; phosphatases alcalines; gamma-GT)..... 2
- marqueurs tumoraux sériques : ACE; CA 125 (oubli = 0) ; alphafetoprotéine..... 2
- f3HCG plasmatiques (oubli = 0)..... 2
- VS 2
- bilan pré-opératoire : Groupe Rh RAI; TP-TCA-fibrinogène ; NFS plaquettes..... 3

• BILAN D'EXTENSION LOCO-RÉGIONALE

- scanner abdomino-pelvien 2

• BILAN D'EXTENSION GÉNÉRALE

- radiographie pulmonaire..... 2
- échographie abdominale (double emploi avec le scanner)..... NC
- scintigraphie osseuse (et radiographies centrées sur les zones hyperfixantes), scanner cérébral en fonction des signes cliniques NC

6. Quel doit être le premier temps de votre traitement? Détaillez. (20)

- Laparotomie exploratrice..... 3
- premier temps explorateur, faisant le bilan lésionnel 3
- prélèvement cytot bactériologique de tout épanchement..... 3
- annexectomie droite 3
- avec examen anatomopathologique extemporané puis définitif 3
- éventuellement complétée par une annexectomie controlatérale avec hystérectomie totale et omentectomie si tumeur maligne 3
- Surveillance (oubli = 0)..... 2

7. L'examen anatomopathologique extemporané n'a pas pu conclure avec certitude au caractère bénin ou malin de la lésion. L'examen définitif précise qu'il s'agit d'une tumeur « borderline ». Qu'en pensez-vous? Et quelle doit être votre prise en charge? (15)

- Tumeur à la frontière entre la benignité et la malignité..... 5
- Le traitement chirurgical est suffisant en général 4
- certains proposent une chimiothérapie adjuvante..... 1
- Une surveillance clinique et paraclinique (échographie, CA125) rapprochée et durable est indispensable (oubli = 0)..... 5

NB : Actuellement une nouvelle attitude se généralise; en dehors d'une ascite ou de signes évidents de malignité, et si la tumeur mesure moins de 60 à 702 mm, on commence par une cœlioscopie exploratrice. En cas de végétations exokystiques ou péritonéales, on convertit en laparotomie. En leur absence, on réalise une kystectomie per-coelioscopique (en prenant soin de ne pas rompre les membranes). La suite du traitement est guidée par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

DOSSIER N°31 : Un autre cancer cervical

Madame Véronique G., 30 ans, est convoquée en consultation pour frottis cervico-vaginaux pathologiques. Ses antécédents gynéco-obstétricaux sont : premières règles et premiers rapports sexuels à 13 ans, cycles réguliers de 28 jours, nulligeste, partenaires sexuels multiples, deux épisodes de salpingite traités médicalement. Elle fume deux paquets de cigarettes par jour.

Les résultats des frottis sont : classe IV de Papanicolaou et présence de koïlocytes au niveau de l'exocol. Les précédents frottis réalisés un an plus tôt étaient classe II.

1. Interprétez les résultats des frottis.
2. Détaillez votre examen gynécologique (interrogatoire exclu).
3. L'examen clinique étant normal, quels premiers examens complémentaires allez-vous prescrire pour confirmer le diagnostic?
4. L'examen anatomo-pathologique retrouve une tumeur épidermoïde de 3 mm de surface, localisée sur la face antérieure de l'exocol, étendue sur 2 mm de profondeur au delà de la membrane basale, sans embol lymphatique. Qu'en pensez-vous? Quelle est la conduite-à-tenir?
5. Si la lésion franchissait la membrane basale sur 4 mm de profondeur, changeriez-vous votre traitement? Détaillez.
6. Dans ce contexte, quelle maladie générale devez-vous rechercher? Pourquoi?

DOSSIER N°31**1. Interprétez les résultats des frottis. (10)**

- Présence de cellules malignes.....5
- Existence d'une infection à HPV (Human Papilloma Virus).....5

NB : la classification de Papanicolaou a été déclarée officiellement abandonnée depuis plus de 20 ans, mais « traîne » encore dans beaucoup d'ouvrages.

2. Détaillez votre examen gynécologique (interrogatoire exclu). (22)

- Inspection des organes génitaux externes (recherche de condylomes dus à HPV)2
- Spéculum
 - examen du col : recherche de lésions macroscopiques :2
 - cervicite.....1
 - ectropion1
 - zone suspecte bourgeonnante2
 - saignant spontanément2
 - zone ulcérée2
 - leucoplasie.....1
 - examen des culs-de-sac : recherche de lésions macroscopiquement visibles 2
- Toucher vaginal
 - palpation du col : (zone indurée saignant au contact)3
 - mobilité du col, douleursNC
 - palpation des culs-de-sac,.....1
 - des annexes,1
 - de l'utérus.....NC
- Toucher rectal : (meilleur examen pour préciser l'extension aux paramètres)1
- Examen mammaire1

3. L'examen clinique étant normal, quels premiers examens complémentaires allez-vous prescrire pour confirmer le diagnostic? (15)

- Colposcopie.....5
- avec coloration par l'acide acétique (colorant la jonction pavimento-cylindrique endocol-exocol et délimitant la lésion)2
- puis coloration au lugol (test de Schiller) recherchant une zone iodo-négative suspecte 5
- Biopsies dirigées sur les zones suspectes (oubli = 0)3

4. L'examen anatomo-pathologique retrouve une tumeur épidermoïde de 3 mm de surface, localisée sur la face antérieure de l'exocol, étendue sur 2 mm de profondeur au delà de la membrane basale, sans embol lymphatique. Qu'en pensez-vous? Quelle est la conduite-à-tenir? (19)

- Cancer cervical micro-invasif3
- Au stade Ia3
- Bilan d'extension clinique et paraclinique1
- Bilan pré-opératoire.....NC
- Traitement conservateur.....5
- conisation du col (par exemple au laser CO2 ou à l'anse diathermique)5
- examen anatomo-pathologique (oubli = 0).....1
- Surveillance (oubli = 0).....1

5. Si la lésion franchissait la membrane basale sur 4 cm de profondeur, changeriez-vous votre traitement? Détaillez. (14)

- Oui3
- Traitement radio-chirurgical
 - curiethérapie cervico-vaginale.....2
 - après désinfection et en l'absence de contre-indications.....1
 - six semaines plus tard, intervention de Wertheim.....2
 - colpohystérectomie totale élargie aux paramètres.....1
 - avec lymphadénectomie.....1
 - et transposition d'un ovaire en gouttière pariéto-colique (en prévision de radiothérapie postopératoire) .1
 - examen anatomo-pathologique (oubli = 0).....2
 - en cas de ganglions envahis : radiothérapie externe complémentaire.....1
- Surveillance (oubli = 0)NC

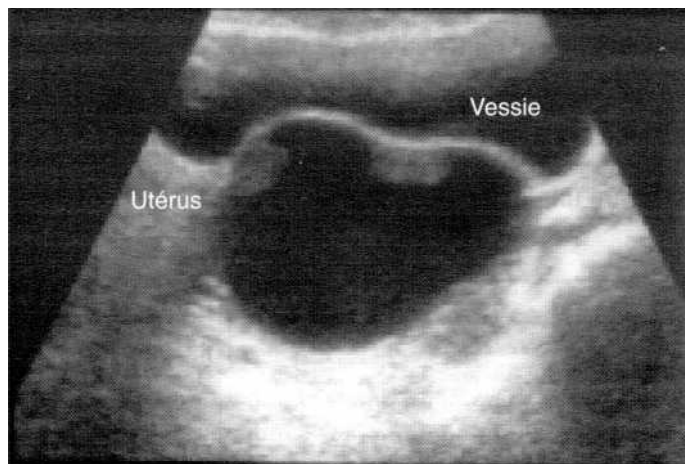
6. Dans ce contexte, quelle maladie générale devez-vous rechercher? Pourquoi? (20)

- Infection par le VIH.....12
- en raison du jeune âge.....2
- de la rapidité d'évolution.....2
- des partenaires sexuels multiples2
- des ATCD de maladies sexuellement transmissibles (HPV, salpingite).....2

DOSSIER N°32 : Ascite et altération de l'état général

Madame Lysianne P., 53 ans, ménopausée depuis un an, nulligeste, est hospitalisée dans votre service pour une altération de l'état général majeure évoluant depuis quelques mois (asthénie intense, amaigrissement de six kg, anorexie) et d'une ascite. Elle ne boit pas d'alcool, ne consomme aucun médicament et n'a jamais été transfusée. Elle a été réglée à 11 ans. L'examen clinique retrouve une température à 36,8° C, une tension artérielle à 130/70 mmHg, un pouls à 76/mn, l'auscultation cardio-pulmonaire est sans particularité. L'examen abdominal retrouve une ascite importante. Il n'existe pas d'hépatosplénomégalie, et pas de signes d'insuffisance hépato-cellulaire ou d'hypertension portale. L'examen au spéculum retrouve un col sain, une absence de métrorragies et de leucorrhées. Le toucher rectal retrouve une masse dure mobile indolore dans le cul-de-sac de Douglas. Le toucher ombilical en retrouve une autre plus petite, dure, mobile et indolore.

1. Quel est votre diagnostic?
2. Quelles sont les principales étiologies possibles?
3. Complétez votre examen clinique.
4. Quels examens complémentaires d'imagerie allez-vous demander si le reste de l'examen clinique est normal ?
5. Interprétez l'iconographie.
6. Vous décidez un traitement médical après avoir eu confirmation anatomopathologique du diagnostic (il s'agit du type histologique le plus fréquemment rencontré dans ce contexte). Quels en sont les principes?



Echographie pelvienne
(coupe transversale)

DOSSIER N°32**1. Quel est votre diagnostic? (10)**

- Carcinose péritonéale10

2 Quelles sont les principales étiologies possibles? (20)

- Cancers gynécologiques10
 - cancer de l'ovaire10
- Cancers digestifs5
 - cancer de l'estomac.....5
 - cancers colo-rectaux5

Commentaire : les autres cancers donnant plus rarement des carcinoses péritonéales, ont été volontairement non cotés.

3. Complétez votre examen clinique. (10)

• INTERROGATOIRE

- antécédents familiaux et personnels de néoplasies; facteurs de risques de cancers digestifs et gynécologiques.....NC

• SIGNES FONCTIONNELS

- nausées et/ou vomissements; douleurs abdominales.....1
- troubles du transit : diarrhée et/ou constipation1
- rectorragies, melaena.....1

• SIGNES PHYSIQUES

- toucher rectal recherchant une tumeur rectale et palpation abdominale (déjà effectués) NC
- toucher vaginal (oubli = Q) : palpation de l'utérus (taille, contours, douleur, mobilisation)2
- masse(s) latéro-utérine(s)2
- palpation des culs-de-sacs latéraux et de Douglas.....1

• BILAN CLINIQUE D'EXTENSION

- palpation des aires ganglionnaires.....2
- examen neurologique.....NC
- palpation osseuse (recherchant une douleur localisée).....NC

4. Quels examens complémentaires d'imagerie allez-vous demander si le reste de l'examen clinique est normal? (20)

- Échographie abdomino-pelvienne.....5
- Tomodensitométrie abdomino-pelvienne.....5
- Coloscopie totale (lavement baryté si nécessaire)2
- Fibroscopie ceso-gastro-duodénale2
- Radiographie thoracique5
- Hystérosalpingographie (hors contre-indications).....1

5. Interprétez l'iconographie. (20)

- Masse latéro-utérine.....4
 - gauche4
 - anéchogène (kystique)4
 - avec végétations endokystiques irrégulières4
- Évoquant dans ce contexte un cancer ovarien.....4
 - dont le type le plus fréquent est le cystadénocarcinome séreuxNC

6. Vous décidez un traitement médical après avoir eu confirmation anatomopathologique du diagnostic (il s'agit du type histologique le plus fréquemment rencontré dans ce contexte). Quels en sont les principes? (20)

- Il s'agit donc d'un cystadénocarcinome séreux, et une laparotomie exploratrice faisant un bilan d'extension complet (staging chirurgical) a donc certainement été effectuée.....NC
- Polychimiothérapie en plusieurs cures.....3
 - comprenant en général du cisplatine3
 - suivie à 6 mois, selon l'évolution, d'une laparotomie de second look (deuxième regard)3
 - qui évaluera la possibilité d'un traitement chirurgical (sur les lésions résiduelles) 3
- Traitements symptomatiques :2
 - ponctions d'ascite itératives.....2
 - antalgiques (morphiniques si besoin)2
 - radiothérapie parfois discutéeNC
- Prise en charge psychologique et demande d'exonération du ticket modérateur NC
- Surveillance (oubli = A).....2

DOSSIER N°33: Une tumeur mammaire gauche

Mademoiselle Theresa R., 21 ans, sans enfant, consulte en raison de la découverte d'une tumeur mammaire gauche de 3 x 4 cm, ferme, indolore, mobile et polylobée. Les aires ganglionnaires sont toutes libres. L'examen du sein droit est strictement normal.

1. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité (par argument de fréquence)?
2. Quels examens complémentaires non biologiques allez-vous prescrire?
3. La mammographie du sein droit est normale, celle du sein gauche retrouve une opacité homogène polylobée régulière de 3 x 4 cm, sans microcalcifications. Quel traitement allez-vous proposer à votre patiente?
4. Dix ans plus tard, la même patiente consulte en raison d'un écoulement mamelonnaire séro-sanglant unipore du sein gauche. Vous ne palpez aucune masse suspecte dans les deux seins. Toutes les aires ganglionnaires sont libres. La mammographie est normale. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques?
5. Quels examens complémentaires non-invasifs prescrivez-vous?
6. Quel est votre traitement si ces examens n'apportent aucun autre élément diagnostique?

DOSSIER N°33

1. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité (par argument de fréquence)? (15)

- Adénofibrome10
- du sein gauche5

2 Quels examens complémentaires non biologiques allez-vous prescrire? (15)

- Mammographie.....6
- Échographie mammaire6
- Cytoponction.....3

3. La mammographie du sein droit est normale, celle du sein gauche retrouve une opacité homogène polylobée régulière de 3 x 4 cm, sans microcalcifications. Quel traitement allez-vous proposer à votre patiente? (25)

- Traitement chirurgical2
- exérèse du probable adénofibrome.....10
- examen anatomo-pathologique (oubli =é).....10
- Surveillance (oubli = 0).....3

4. Dix ans plus tard, la même patiente consulte en raison d'un écoulement marnelonnaire séro-sanguinant unipore du sein gauche. Vous ne palpez aucune masse suspecte dans les deux seins. Toutes les aires ganglionnaires sont libres. La mammographie est normale. Quelles sont vos hypothèses diagnostiques? (15)

- Cancer du sein7
- Papillome bénin intra-canaire.....7
- Ectasie galactophorique (diagnostic d'élimination)1

5. Quels examens complémentaires non-invasifs prescrivez-vous? (15)

- Examen cyto bactériologique de l'écoulement mammaire.....5
- Échographie mammaire5
- Galactographie du sein gauche5
- Marqueurs tumoraux sériquesNC

6. Quel est votre traitement si ces examens n'apportent aucun autre élément diagnostique? (15)

- Traitement chirurgical1
- il- injection de bleu de méthylène dans le canal qui saigne.....2
- exérèse de la zone injectée.....5
- examen anatomo-pathologique extemporané et définitif (oubli = a)5
- curage ganglionnaire dans le même temps si l'extemporané est positif1
- Surveillance (oubli = 0).....1

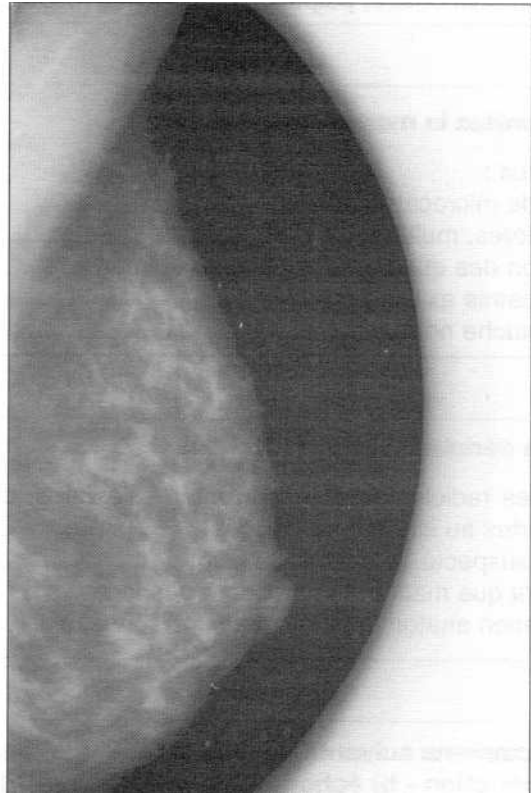
DOSSIER N°34: Examen clinique normal, mais que penser de la mammographie ?

Madame Sylvie P., 34 ans, nulligeste, ayant eu ses premières règles à l'âge de 9 ans et aux antécédents familiaux de cancer du sein, vous est adressée par son médecin traitant en raison de l'aspect de sa première mammographie. Le courrier vous précise que l'examen clinique est normal.

1. Détaillez votre examen clinique.
2. Interprétez la mammographie.
3. Qu'en déduisez-vous?
4. Les examens suivants sont-ils utiles? Justifiez
 - a) cytoponction
 - b) échographie mammaire
 - c) dosage du CA 15-3
5. Que ferez-vous si les examens demandés sont négatifs ou normaux?



Mammographie du sein droit (incidence axillaire)



Mammographie du sein gauche (incidence axillaire)

DOSSIER N°34**1. Détaillez votre examen clinique. (18)**

- Interrogatoire à la recherche de facteurs de risque du cancer du sein NC
- SIGNES FONCTIONNELS
 - altération de l'état général1
 - température1
 - mastodynies.....1
 - écoulement mamelonnaire1
 - métrorragies/leucorrhées/douleurs pelviennesNC
- SIGNES PHYSIQUES
 - Inspection
 - examen cutané des seins (recherchant un signe du capiton spontané, une peau d'orange)2
 - inspection des mamelons.....NC
 - Palpation mammaire (nodule?)5
 - bilatérale2
 - Palpation des aires ganglionnaires.....5
 - Palpation et percussion abdominale recherchant une hépatomégalie.....NC
 - Spéculum et toucher vaginal recherchant une pathologie utéro-annexielle associéeNC
 - Examen pulmonaire, palpation du squelette osseux, examen neurologiqueNC

2 Interprétez la mammographie. (23)

- Sein droit
- Foyer de microcalcifications.....5
 - irrégulières, multiples, en "Y".....5
 - à l'union des quadrants supérieurs et inférieurs5
 - Adénopathie axillaire calcifiée5
- Sein gauche normal3

3. Qu'en déduisez-vous? (19)

- Données radiologiques à confronter à l'examen clinique (même si les microcalcifications sont souvent découvertes au stade infra-clinique).....5
- Image suspecte de cancer du sein5
- d'autant que madame P. présente des facteurs de risques de cancer du sein4
- Vérification anatomopathologique indispensable.....5

4. Les examens suivants sont-ils utiles? Justifiez**a) cytoponction - b) échographie mammaire - c) dosage du CA 153 (20)**

- a) Non4
 - pratiquée « à l'aveugle » (sans nodule palpable), n'a aucune valeur car a peu de chances de ponctionner la zone exacte des microcalcifications2
- b) Oui2
 - recherche un nodule inaperçu sur la mammographie2
 - éventuellement accessible à une biopsie guidée.....2
 - en particulier s'il correspond approximativement à la zone des microcalcifications2

NB : Les microcalcifications n'ont pas de traduction échographique.

- c) Non2
 - intérêt dans le suivi évolutif après traitement.....2
 - si le diagnostic de cancer est confirmé2

5. Que ferez-vous si les examens demandés sont négatifs ou normaux? (20)

- Exérèse chirurgicale du foyer de microcalcifications.....8
- guidée par un repère (mis en place par radio-guidage).....3
- Examen anatomo-pathologique (oubli = 0)3
- Si tumeur maligne, curage ganglionnaire systématique (oubli = 0) avec examen anatomo-pathologique du curage, puis éventuellement radiothérapie externe, polychimiothérapie, hormonothérapie3
- Surveillance (oubli = 0) clinique, biologique et radiologique3

DOSSIER N°35 : Métrorragies post-ménopausiques chez une religieuse

Soeur B. de l'Annonciation, 60 ans, ménopausée depuis l'âge de 47 ans, sans traitement hormonal substitutif, sans antécédents, consulte car elle présente des métrorragies minimales, intermittentes et capricieuses depuis quelques mois. Elle mesure 1 m 60, pèse 70 kg. Elle n'a jamais eu de grossesse.

Au spéculum vous retrouvez un col atrophié, une absence de leucorrhées, mais des saignements minimes venant de l'endocol. Le toucher vaginal retrouve un petit utérus antéversé, mobile, indolore, un col souple et mobile, des culs-de-sac vaginaux latéraux et postérieur libres et indolores. Le reste de l'examen clinique ne retrouve aucune anomalie.

Elle vous apporte le résultat d'un examen biologique prescrit par son médecin traitant : ACE : 1,5 fois la normale.

1. Quel est le premier diagnostic que vous devez suspecter dans ce cas précis? Au moyen de quels examens complémentaires allez-vous essayer de le confirmer?
2. Quel est l'apport du dosage biologique prescrit par le médecin traitant pour le diagnostic positif de la pathologie évoquée à la question n° 1 ? Justifiez.
3. Interprétez l'iconographie.
4. Allez-vous poursuivre les investigations? Si oui, comment? Si non, pourquoi?
5. Les autres examens complémentaires pratiqués ne montrent rien de plus. Vous reprenez le diagnostic évoqué à la question 3. Que décidez-vous?



Hystérographie (cliché tardif)

DOSSIER N°35

1. Quel est le premier diagnostic que vous devez suspecter dans ce cas précis? Au moyen de quels examens complémentaires allez-vous essayer de le confirmer? (20)

- Cancer de l'endomètre.....10
- Échographie pelvienne ou endo-vaginale.....2
- Hystérosalpingographie en absence de contre-indications.....2
- Hystéroscopie en absence de contre-indications.....2
- Frottis de l'endomètreNC
- Curetage à la canule de Novak pour examen anatomo-pathologique2
- au mieux curetage étagé sous hystéroscopie pour examen anatomo-pathologique..... 2
- Frottis cervico-vaginauxNC

2 Quel est l'apport du dosage biologique prescrit par le médecin traitant pour le diagnostic positif de la pathologie évoquée à la question n°1 ? Justifiez. (20)

- Nul5
- Aucun intérêt pour le diagnostic positif de cancer de l'endomètre5
- Utile pour la surveillance post-opératoire (si élevé en pré-opératoire)5
- Examen non spécifique.....5

3. Interprétez l'iconographie. (20)

- Atrophie muqueuse5
- cavité utérine tapissée d'images diverticulaires régulières5
- formant un halo clair (signant l'atrophie)5
- Pas d'image évoquant un cancer de l'endomètre.....5

4. Allez-vous devoir poursuivre les investigations? Si oui, comment? Si non, pourquoi? (20)

- Oui c'est indispensable5
- Curetage au mieux étagé et dirigé sous hystéroscopie pour examen anatomo-pathologique..... 15

5. Les autres examens complémentaires pratiqués ne montrent rien de plus. Vous retenez le diagnostic évoqué à la question 3. Que décidez-vous? (20)

- Rassurer la patiente2
- Prévention des effets secondaires de la ménopause
 - traitement hormonal substitutif2
 - associant œstrogènes naturels (ex. CEstroge®) et progestatif per os (ex. Utrogestan®) ou 19-Norprogestatif (ex. Lutényl®)2
 - œstrogène prescrit en continu (schéma sans règles) ou du 1^{er} au 25^e jour (schéma avec règles) 1
 - progestatif prescrit au moins 13 jours par mois (ex. J13-J25)1
 - traitement local : Colpotrophine® (œstrogénothérapie locale)3
- Arrêt définitif du tabac et lutte contre les facteurs de risque de l'athérosclérose3
- Expliquer la nécessité d'un suivi régulier au moins annuel : clinique, frottis, échographie pelvienne2
- Surveillance (oubli = 0).....4

DOSSIER N°36: Algies pelviennes aiguës

Mademoiselle Sylvie R., 26 ans, nulligeste, sous contraception orale par Adepal® sans oubli, ayant eu ses dernières règles il y a une semaine, consulte aux urgences gynécologiques à 8 heures, en raison d'une douleur pelvienne droite très intense ayant débuté brutalement dans la nuit. Très nauséuse, elle a vomi à deux reprises. Cette douleur a duré 6 heures puis s'est progressivement estompée, mais pas complètement.

A l'examen clinique vous retrouvez une température à 37,7° C, une tension artérielle à 110/60 mmHg, un pouls à 92/mn, une douleur spontanée modérée pelvienne droite, qui augmente à la palpation avec une légère défense. Le reste de l'abdomen est souple et indolore. Les fosses lombaires sont libres et indolores des deux côtés. A l'examen au spéculum vous constatez un col sain, une absence de leucorrhées et de métrorragies. Le toucher vaginal retrouve un utérus de taille normale antéfléchi mobile et indolore; le col est postérieur; on palpe dans le cul-de-sac latéral droit une masse ferme séparée de l'utérus par un sillon, mobile et très douloureuse. Les culs-de-sac latéral gauche et de Douglas sont libres et indolores.

Les examens biologiques montrent

Groupe O négatif

Leucocytes : 9 000/mm³ dont 75% de polynucléaires neutrophiles

Hématies 4 500 000/mm³

Hémoglobine 12,5 g/dl

f3HCG plasmatiques < 5 unités/ml

CRP < 6 mg/l

1. Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques?
2. Quels autres examens complémentaires allez-vous prescrire?
3. Interprétez l'iconographie.
4. Quel est le pronostic? Justifiez.
5. Quel est votre traitement? Détaillez.



DOSSIER N°36

1. Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques? (20)

- Torsion d'annexe droite6
- Appendicite aiguë6
- Colique néphrétique droite6
- Torsion de fibrome sous-séreux pédiculé droit2

2 Quels autres examens complémentaires allez-vous prescrire? (20)

- Échographie pelvienne ou endo-vaginale.....10
- ASP : recherche de calcifications ovariennes évoquant un kyste dermoïde8
- Le reste du bilan préopératoire : ionogramme, glycémie, protidémie, urée et créatinine, 2e détermination de groupe sanguin, rhésus RAI, TP - TCA - fibrinogène.....2
- Consultation d'anesthésie.....NC

3. Interprétez l'iconographie. (20)

- Calcifications pelviennes droites4
- correspondant probablement à des dents.....4
- d4** • Kyste dermoïde très probable4
- de l'ovaire droit4
- Conclusion : torsion d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit4

4. Quel est le pronostic? Justifiez (18)

- Mauvais pour l'ovaire droit4
- qui est probablement au stade irréversible de nécrose.....4
- car la durée de torsion a été supérieure à six heures.....3
- et les douleurs ont diminué spontanément3
- Le pronostic vital n'est pas menacé dans l'immédiat.....4

5. Quel est votre traitement? Détaillez (22)

- Hospitaliser.....1
- Traitement chirurgical en urgence (non mention de l'urgence = D) par coelioscopie ou laparotomie2
- exploration et bilan lésionnel1
- détorsion de l'annexe droite4
- et vérification de sa viabilité2
- kystectomie si annexe viable.....4
- ou annexectomie droite (si nécrose ou kystectomie impossible).....4
- examen anatomo-pathologique du kyste (oubli = O)1
- vérification de l'ovaire controlatéral2
- Surveillance (oubli = 0).....1

NB : Les kystes dermoïdes ovariens sont parfois bilatéraux (10 à 25%)

DOSSIER N°37 : Une hémorragie de la délivrance

Madame Yvonne C., 35 ans, 3e pare, 3e geste (3 accouchements à terme par voie basse) est transférée par le SAMU en maternité depuis son domicile où elle a accouché seule ce jour d'un garçon pesant 4000 g. Les suites ont été compliquées d'une hémorragie de la délivrance qui ne s'est pas tarie, justifiant l'appel au SAMU. D'après l'interrogatoire du médecin du SAMU, la délivrance s'est faite spontanément après 15 minutes et madame Yvonne C. aurait perdu environ 2 litres de sang. Le placenta était complet.

A l'examen clinique, vous constatez chez cette patiente asthénique, pâle, polypnéique, une température à 36,9° C, une tension artérielle à 90/50 mmHg, un pouls à 110/mn. La palpation abdominale retrouve un gros utérus mou, douloureux, remontant 4 cm au dessus de l'ombilic. Son expression ramène un flot de sang clair contenant très peu de caillots. On ne retrouve pas de cause cervico-vaginale ou périnéale à cette hémorragie.

Les examens biologiques montrent

Leucocytes : 10 000/mm³ dont 78 % de PNN

Hématies : 2 500 000/mm³

Hémoglobine : 6 g/dl

Hématocrite : 20

VGM : 90 fl

Plaquettes : 25 000/mm³

Groupe A positif, RAI négatives

Ionogramme, urée et créatinine, glycémie et protidémie normales.

1. Quel geste thérapeutique spécifique devez-vous réaliser en premier? Détaillez.
2. Quelles mesures non chirurgicales prenez-vous simultanément?
3. Quels examens biologiques avez-vous prélevé immédiatement?
4. Devant une persistance de l'hémorragie, de quels autres moyens thérapeutiques disposeriez-vous? Hiérarchisez vos réponses.
5. Dans le cas présent, l'hémorragie se tarit rapidement après le geste pratiqué en 1. Au bout de quelques heures l'hémodynamique est stable (TA à 130/80 mmHg, pouls à 80/mn), sans nécessiter de mesures particulières de réanimation. La semaine suivante se déroule sans problème hémorragique ou infectieux. A quelle complication spécifique reste néanmoins exposée cette patiente du fait de l'hémorragie de la délivrance? Quels sont les éléments cliniques qui vous permettraient de l'évoquer?

DOSSIER N° 37

1. Quel geste thérapeutique spécifique devez-vous réaliser en premier? Détaillez (20)

- Révision utérine manuelle sous valves.....10
- en urgence.....2
- au bloc opératoire.....2
- pour évacuation des caillots (afin d'éviter d'entretenir une CIVD)2
- et à la recherche de débris placentaires4

2 Quelles mesures non chirurgicales prenez-vous simultanément? (20)

- Position de TrendelenbourgNC
- Mesures de réanimation en urgence
- 2 voies veineuses périphériques de gros calibre1
- scope cardio-tensionnel.....1
- sonde urinaire (recueil de diurèse).....1
- oxygénothérapie nasale1
- remplissage vasculaire (restauration volémique par macro-molécules IV).....2
- rééquilibration hydro-électrolytique.....1
- préparer des culots globulaires pour une transfusion sanguine4
- traitement de la CIVD : plasma frais congelé, voire transfusion de plaquettes si nécessaire2
- Ocytociques utérotoniques par voie IV1
- Syntocinon®.....2
- voire prostaglandines E2 type Nalador® IV à la seringue électrique (en 2e intention)2
- Surveillance constante (oubli = 0).....2

3. Quels examens biologiques avez-vous prélevé immédiatement? (20)

- Bilan de coagulation recherchant une CIVD
- TP, TCK2
- facteurs II, V, VII + X2
- fibrinogène3
- complexes solubles3
- PDF3
- Ddimères3
- t~ - temps de lyse des euglobulines2
- Gaz du sang artériel.....2

4. Devant une persistance de l'hémorragie, de quels autres moyens thérapeutiques disposeriez-vous? Hiérarchisez vos réponses. (20)

- On suppose que
- les causes cervico-vaginales ont été éliminées (éventuellement suturées)
- les ocytociques IV ainsi que les prostaglandines E2 ont été prescrits
- les troubles de coagulation ont été éliminés (éventuellement traités)
- Ocytociques intra-muraux5
- Tamponnement intra-utérin (champs, poing ganté)5
- Embolisation des artères hypogastriques (accessible dans certains centres)NC
- Ligature chirurgicale des artères hypogastriques5
- Hystérectomie d'hémostase en dernier recours.....5

5. Dans le cas présent, l'hémorragie se tarit rapidement après le geste pratiqué en 1. Au bout de quelques heures l'hémodynamique est stable (TA à 130/80 mmHg, pouls à 80/mn), sans nécessiter de mesures particulières de réanimation. La semaine suivante se déroule sans problème hémorragique ou infectieux. A quelle complication spécifique reste néanmoins exposée cette patiente du fait de l'hémorragie de la délivrance? Quels sont les éléments cliniques qui vous permettraient de l'évoquer? (20)

- Syndrome de Sheehan6
- nécrose hypophysaire : tableau de panhypopituitarisme6
- Absence de montée laiteuse2
- * Absence de retour de couches2
- Dépilation.....2
- Pâleur (dépigmentation cutanée)2

NB : La traction-rotation cervicale à la prise de Museux est abandonnée actuellement.

DOSSIER N°38 : Un cancer du sein

Madame Monique S., 45 ans, deux enfants (9 ans et 7 ans), ayant eu ses premières règles à 12 ans avec des cycles réguliers, consulte en raison de la découverte d'une "boule" dans le sein droit. Ses dernières règles datent de 20 jours.

1. L'inspection et la palpation du sein gauche sont normales. Le sein droit est porteur d'un placard inflammatoire de 7 x 6 cm dans le quadrant inféro-externe. La palpation du sein droit retrouve une masse dure irrégulière, fixée, douloureuse de 6 x 6 cm dans le quadrant inféro-externe. La manœuvre de Tillaux est négative. Les aires ganglionnaires sont libres, il n'existe pas d'hépatomégalie, l'examen pleuro-pulmonaire est normal; la palpation du cadre osseux et l'examen neurologique également. Vous constatez un oedème du bras droit.

Interprétez la mammographie page suivante. (les clichés du sein gauche sont normaux)

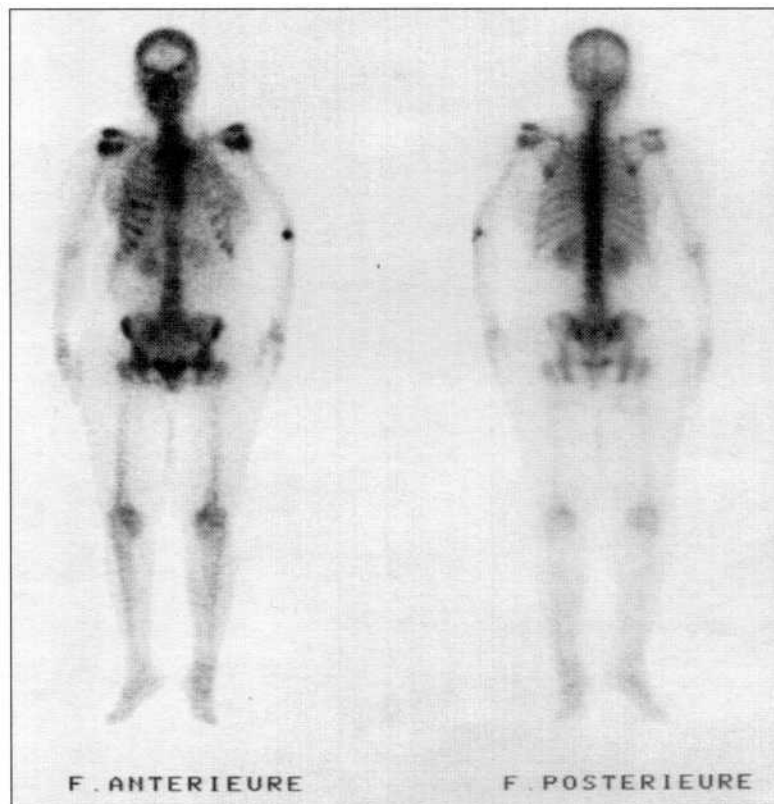
2. Comment allez-vous confirmer le diagnostic?

3. Quels examens complémentaires allez-vous prescrire, une fois le diagnostic confirmé?

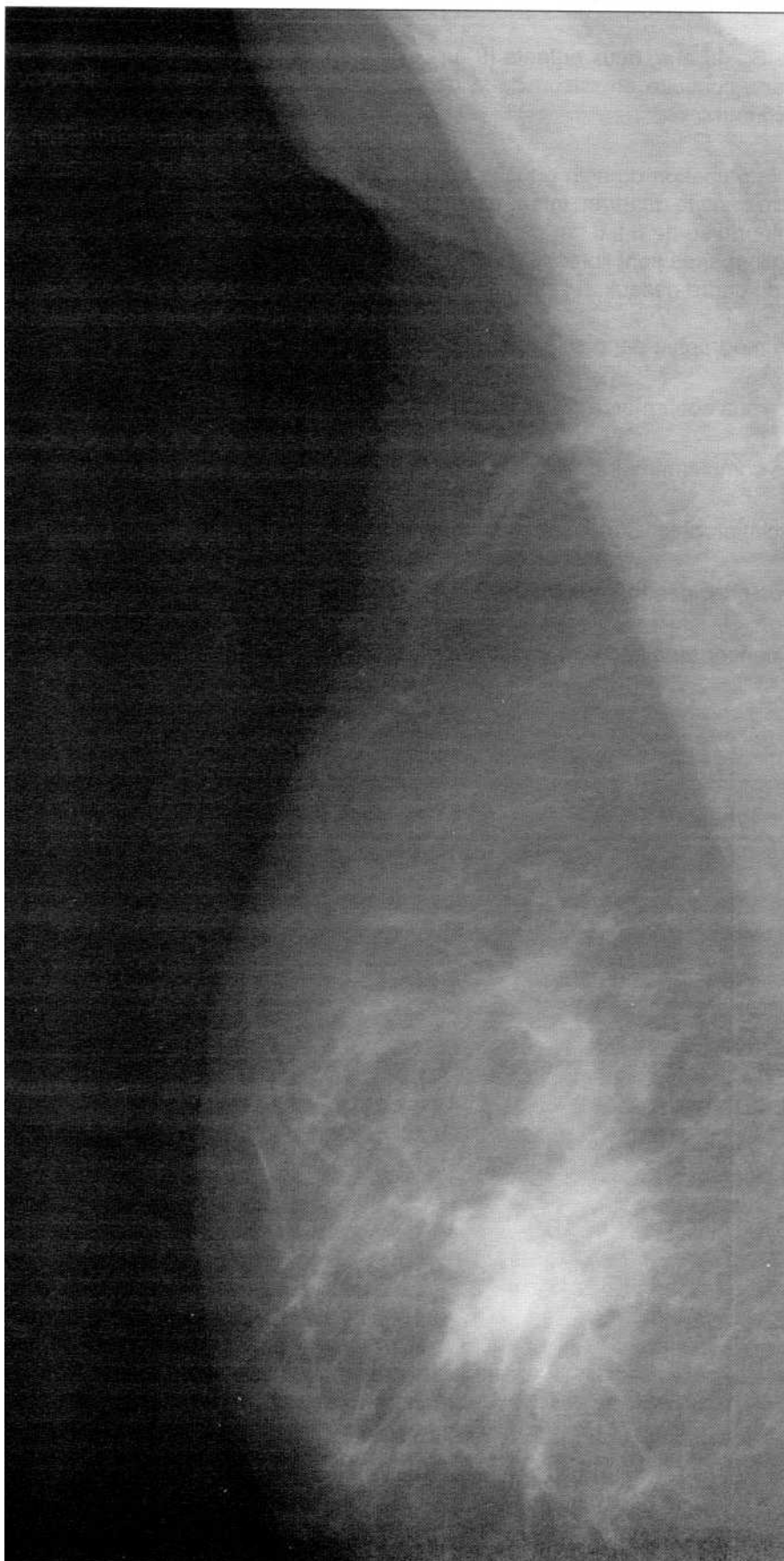
4. Interprétez la scintigraphie. Comment allez-vous classer la tumeur?

5. Quels seront vos principes thérapeutiques?

6. En principe ce cancer aurait pu être découvert plus tôt, quels sont les moyens de dépistage du cancer du sein?



Scintigraphie osseuse au Technétium 99



Mammographie du sein droit (incidence axillaire)

DOSSIER N°38

1. L'inspection et la palpation du sein gauche sont normales. Le sein droit est porteur d'un placard inflammatoire de 7 x 6 cm dans le quadrant inféro-externe. La palpation du sein droit retrouve une masse dure irrégulière, fixée, douloureuse de 6 x 6 cm dans le quadrant inféro-externe. La manœuvre de Tillaux est négative. Les aires ganglionnaires sont libres, il n'existe pas d'hépatomégalie, l'examen pleura-pulmonaire est normal; la palpation du cadre osseux et l'examen neurologique également. Vous constatez un œdème du bras droit.

Interprétez la mammographie. (les clichés du sein gauche sont normaux) (20)

- Opacité stellaire, spiculée, irrégulière 8
- de 6 cm x 3 cm (plus petite que la tumeur palpée)..... c T.....8
- dense, hétérogène.....4

2 Comment allez-vous confirmer le diagnostic? (10)

- Cytoponction (de valeur si positive)3
- Biopsie au "thru-cut" (de valeur si positive) ou chirurgicale.....7
- avec examen anatomo-pathologiqueNC

3. Quels examens complémentaires allez-vous prescrire, une fois le diagnostic confirmé? (10)

- Imagerie2
- scanner thoraco-abdominal2
- radiographie thoracique (double emploi avec le scanner)1
- échographie hépatique et abdominale2
- scintigraphie osseuse puis radiographies centrées sur les zones hyperfixantes..... 1
- scanner cérébral en fonction de la clinique.....NC
- Biopsie ostéomédullaire2
- Biologie : bilan préopératoire standardNC
- marqueurs tumoraux sériques : ACE et CA15,3 pour suivre l'évolution post opératoire 1
- bilan hépatique (transaminases ; bilirubine; γ GT; phosphatases alcalines)1

4. Interprétez la scintigraphie. Comment allez-vous classer la tumeur? (20)

- Scintigraphie osseuse avec foyers multiples d'hyperfixation : métastases osseuses multiples 10
- Classification : T3 N2 M1 PEV2.....10

Commentaire : l'œdème du bras est certainement lié à un obstacle sur les voies lymphatiques malgré l'absence d'adénopathies cliniquement palpables.

5. Quels seront vos principes thérapeutiques? (30)

- Hospitaliser.....NC
- Polychimiothérapie première.....6
- en l'absence de contre-indications (oubli = 0) après bilan pré-thérapeutique2
- car poussée évolutive stade 2.....NC
- par exemple le protocole FAC : 5 FU - Adriamycine - Cyclophosphamide.....2
- Traitement chirurgical (mastectomie totale droite avec curage ganglionnaire axillaire)4
- Radiothérapie externe sur le sein et les aires ganglionnaires de drainage 4
- Hormonothérapie si récepteurs hormonaux présents.....4
- Traitement de la douleur avec utilisation de morphiniques majeurs si besoin 4
- Demande d'exonération du ticket modérateur, prise en charge psychologique NC
- Surveillance (oubli = 0).....4

6. En principe ce cancer aurait pu être découvert plus tôt, quels sont les moyens de dépistage du cancer du sein? (10)

- Autopalpation mammaire mensuelle par la patiente (après la fin des règles) 2
- Examen clinique annuel par le gynécologue et/ou le médecin traitant.....2
- Mammographie.....3
- Échographie (surtout pour les femmes jeunes aux seins denses)3

DOSSIER N°39 : Fièvre et colpodynies à 34 SA

Madame Denise G., 32 ans, primigeste au terme de 34 semaines d'amenorrhée (grossesse s'étant déroulée sans problèmes particuliers jusqu'à présent; sérologies toxoplasmose et rubéole positives à la déclaration de grossesse), consulte pour une fièvre à 38° C avec colpodynies. Les mouvements actifs sont perçus normalement. Elle ne sent pas de contractions utérines. L'examen clinique retrouve un pouls à 90/mn, une TA à 110/60 mmHg. L'abdomen et l'utérus sont souples et indolores. Les bruits du coeur foetaux sont perçus. Le col est long, tonique, fermé, postérieur. Le vagin et la vulve sont tapissés de lésions vésiculeuses en bouquets, très douloureuses; sur une muqueuse érythémateuse. On palpe des adénopathies vaginales bilatérales. Cela ne lui était jamais arrivé auparavant.

1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique?
2. Quels examens complémentaires allez-vous prescrire?
3. Quelques heures plus tard, le toucher vaginal retrouve un col postérieur, semi-long, mou, perméable à deux doigts à l'orifice interne. Interprétez l'iconographie.
4. Quel est votre traitement de première intention ?
5. Si la patiente échappait au traitement et entrait en travail, quelle serait votre attitude?



Électrocardiotocographie

DOSSIER N°39

1. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique? (20)

- Primo infection herpétique génitale.....20

2 Quels examens complémentaires allez-vous prescrire? (20)

- NFS plaquettes.....2
- VS - CRP.....2
- Ionogramme - glycémie (bilan pré-thérapeutique)2
- Prélèvements vaginaux2
- ECBU.....2
- 3 hémocultures avec recherche de listéria (oubli = 0)2
- Sérologies HSV 1 et 2.....2
- Prélèvements locaux pour mise en culture à la recherche d'herpès virus2
- Monitoring des contractions utérines et du rythme cardiaque fœtal.....2
- ECG en cas de menace d'accouchement prématuré (préthérapeutique).....2

3. Quelques heures plus tard, le toucher vaginal retrouve un col postérieur, semi long, mou, perméable à deux doigts à l'orifice interne. Interprétez l'iconographie. (20)

- Rythme cardiaque fœtal normo-oscillant.....5
- et normo-réactif5
- Contractions utérines amples, répétées et fréquentes5
- Conclusion : menace d'accouchement prématuré.....5

4. Quel est votre traitement de première intention? (20)

- Hospitaliser (oubli = 0)1
- repos au lit strict (oubli = 0).....2
- voie veineuse périphériqueNC
- bilan pré-thérapeutique : ionogramme - glycémie - ECGNC
- Tocolyse par voie IV3
- Salbutamol®, en absence de contre-indications4
- Utrogestan 6 cp/j per os, associé par certains.....NC
- Antibiothérapie sans attendre les résultats des examens complémentaires,
- Amoxicilline = Clamoxyl®: 3 g/j en IV (hors allergie).....6
- Antiseptiques locaux.....2
- Surveillance répétée (oubli = 0)2

5. Si la patiente échappait au traitement et entrait en travail, quelle serait votre attitude? (20)

- Extraction fœtale en urgence par césarienne (autre traitement = 0)8
- prélèvements multiples du nouveau-né (recherche HSV).....2
- désinfection cutanée par polyvidone iodée (Bétadine®)2
- désinfection oculaire par aciclovir pommade (5 j)2
- aciclovir par voie générale (10 j)2
- Isolement mère-enfant (quelques jours)2
- *Allaitement autorisé par la suite.....NC
- Surveillance néonatale continue (oubli = 0).....2

Commentaire : La césarienne est systématique jusqu'à un mois après une primo-infection herpétique, et jusqu'à une semaine après une récurrence.

DOSSIER N°40: Séroconversion toxoplasmique à 20 SA

Madame Patricia C., 30 ans, primigeste, enceinte de 20 semaines d'aménorrhée présente une séroconversion toxoplasmique. Elle a été vaccinée contre la rubéole pendant l'enfance (sérologie positive à la déclaration de grossesse).

1. Quelles peuvent être les conséquences d'une infection toxoplasmique pendant la grossesse?
2. Comment allez-vous rechercher l'atteinte fœtale? Détaillez.
3. Quel est votre traitement en l'absence d'atteinte fœtale?
4. Quel est votre traitement en cas d'atteinte fœtale sans malformations échographiques?
5. La patiente refuse le traitement et s'enfuit de l'hôpital. Elle revient à 24 SA et on réalise une échographie montrant une hydrocéphalie majeure avec des calcifications cérébrales diffuses. Que proposez-vous? Détaillez.

DOSSIER N°40

1. Quelles peuvent être les conséquences d'une infection toxoplasmique pendant la grossesse? (20)

• Avortement spontané	2
• Malformations cérébrales :.....	2
- microcéphalie.....	2
- hydrocéphalie	2
- calcifications cérébrales	2
• Atteintes médullaires	2
• Atteintes ophtalmologiques	2
- chorioretinites	2
- microphthalmie	2
- cataracte	2
• Atteinte hépatique.....	2

NB : En cas de séroconversion toxoplasmique, l'atteinte fœtale est plus fréquente au 3e trimestre qu'au premier, mais les lésions du 1er trimestre sont les plus graves.

2 Comment allez-vous rechercher l'atteinte fœtale? Détaillez. (20)

• Échographies obstétricales répétées	2
- atteinte hépatique	1
- atteinte cérébrale (calcifications, dilatations ventriculaires)	1
- atteinte placentaire	1
• Amniocentèse (surtout avant 20SA) pour étude du liquide amniotique.....	2
- IgM spécifiques.....	1
- IgG anti-toxoplasme	1
- inoculation à la souris.....	NC
- PCR à la recherche de T. <i>Gondii</i> (donne des résultats rapides)	2
• PSF (en première intention à partir de 20 SA).....	3
- IgM spécifiques.....	1
- IgG anti-toxoplasme	1
- inoculation à la souris.....	NC
- PCR à la recherche de T. <i>Gondii</i> (donne des résultats rapides)	1
t Ifj - signes indirects : thrombopénie, hyper leucocytose, élévation des gamma GT.....	3

3. Quel est votre traitement en l'absence d'atteinte fœtale? (15)

• Spiramycine = Rovamycine® { }	5
- en absence de contre-indication	NC
- posologie : 3 g/j	NC
- per os.....	2
- jusqu'à la fin de la grossesse	5
• Surveillance clinique et échographique (oubli = 0)	3

4. Quel est votre traitement en cas d'atteinte fœtale sans malformations échographiques? (25)

41 *Spiramycine en cures de 2 semaines alternées avec pyriméthamine et sulfadiazine en cures de 4 semaines jusqu'à l'accouchement.*

• Spiramycine = Rovamycine®	4
- en absence de contre-indication	NC
- posologie : 3 g/j	NC
- per os.....	1
- en cures de 2 semaines	2

• Pyriméthamine = MalocidO.....	4
- posologie : 50 mg/j	NC
- per os.....	1
- associée à de l'acide folinique (ex. OsfolateO), posologie : 15 mg/j per os.....	2
• Sulfadiazine = Adiazine®.....	4
- posologie : 3 g/j	NC
- hors contre-indication... ..	NC
- per os.....	1
• Pyriméthamine et sulfadiazine en cures de 4 semaines.....	2
- jusqu'à l'accouchement	2
*Surveillance clinique et échographique (oubli = 0)	2

5. La patiente refuse le traitement et s'enfuit de l'hôpital. Elle revient à 24 SA et on réalise une échographie montrant une hydrocéphalie majeure avec des calcifications cérébrales diffuses. Que proposez-vous? Détaillez (20)

• Interruption thérapeutique de grossesse.....	4
- consentement éclairé de la patiente.....	4
- accord de deux médecins, inscrits à l'Ordre	4
- dont un au moins chef de service	4
- accord d'un comité d'éthique.....	4

DOSSIER N°41 : Cycles irréguliers à 49 ans

Madame Nadine F., 49 ans, veuve, deux enfants (32 et 25 ans), consulte pour des cycles devenus irréguliers depuis un an. Elle ne suit aucun traitement médical. Il s'agit probablement d'une préménopause.

1. Quels sont les résultats des dosages et tests hormonaux « de routine » qui confirmeraient le diagnostic? En pratique, le(s)quel(s) est (sont) fréquemment prescrit(s) dans ce contexte?
2. Ce diagnostic est confirmé. Quel est votre traitement?
3. Un an plus tard, la patiente revient consulter en raison de bouffées vasomotrices très gênantes et d'une aménorrhée depuis six mois. L'examen clinique est normal, quels examens complémentaires prescrivez-vous?
4. Quel est votre traitement?
5. Quelles sont les principales complications de la ménopause?
6. Quels sont les principaux éléments cliniques de surveillance du traitement?

DOSSIER N°41

1. Quels sont les résultats des dosages et tests hormonaux « de routine » qui confirmeraient le diagnostic? En pratique, le(s)quel(s) est (sont) iréquenvrnt prescrit(s) dans ce contexte? (20)

- Test aux progestatifs : 1 cp de Lutényl® en absence de contre-indications, pendant dix jours2
- on observera une hémorragie de privation à la fin du traitement (test positif) 2
- à demander en pratique4
- Dosage de la FSH : augmentée.....2
- à demander en pratique4
- Dosage de la LH : normale ou très peu augmentée.....2
- Dosage du 17f3 Estradiol : normal2
- Dosage de la progestérone : abaissée ou normale2

2. Ce diagnostic est confirmé. Quel est votre traitement? (20)

- Progestatifs4
- en absence de contre-indication2
- de type norstéroïdes.....4
- Lutényl®.....4
- 1 cp/j per os du 15e au 25e jour du cycle.....2
- ou du 5e au 25e jour du cycle si l'effet contraceptif est recherché.....2
- Surveillance (oubli = 4).....2

3. Un an plus tard, la patiente revient consulter en raison de bouffées vasomotrices très gênantes et d'une amenon1hée depuis six mois. L'examen clinique est normal, quels examens complémentaires prescrivez-vous? (20)

- Test aux progestatifs : négatif5
- Dosage de la FSH : très augmentée.....5
- Frottis cervico-vaginaux (oubli = 0)2
- Glycémie.....2
- Bilan lipidique2
- Mammographie (oubli = 0)2
- Échographie pelvienne.....2
- Dosage de la LH : augmentée (à ne pas demander)NC
- Dosage du 17f3oestradiol : effondré (à ne pas demander)NC
- Dosage de la progestérone : effondrée (à ne pas demander)NC

4. Quel est votre traitement? (14)

- Traitement hormonal substitutif2
- en absence de contre-indications.....2
- CEstrogènes naturels (prescription d'éthynil-estradiol = 0 à la question), ex. 17f3oestradiol percutané Estroge® ou Estroderm®.....2
- en continu2
- ou par cycles de 21 jours si des règles sont souhaitées par la patiente2
- Progestatifs naturels, ex. Utrogestan®2
- du 13e au 25e jour du cycle.....2
- Surveillance (oubli = 0)NC

NB : On peut discuter un traitement symptomatique des bouffées de chaleur. Ex : Centralgolo; Agréal®; per os; dont l'action est rapide.

5. Quelles sont les principales complications de la ménopause? (10)

• Cardio-vasculaires	
- HTA.....	2
- athérosclérose	2
• Ostéoporose	2
• Génitales : atrophie des organes génitaux externes, involution mammaire, cystalgies à urines claires	2
• Endocriniennes : dyslipidémies.....	2
• Dermatologiques : troubles phanériens et cutanés	NC
• Troubles psychologiques.....	NC

6. Quels sont les principaux éléments cliniques de surveillance du traitement? (16)

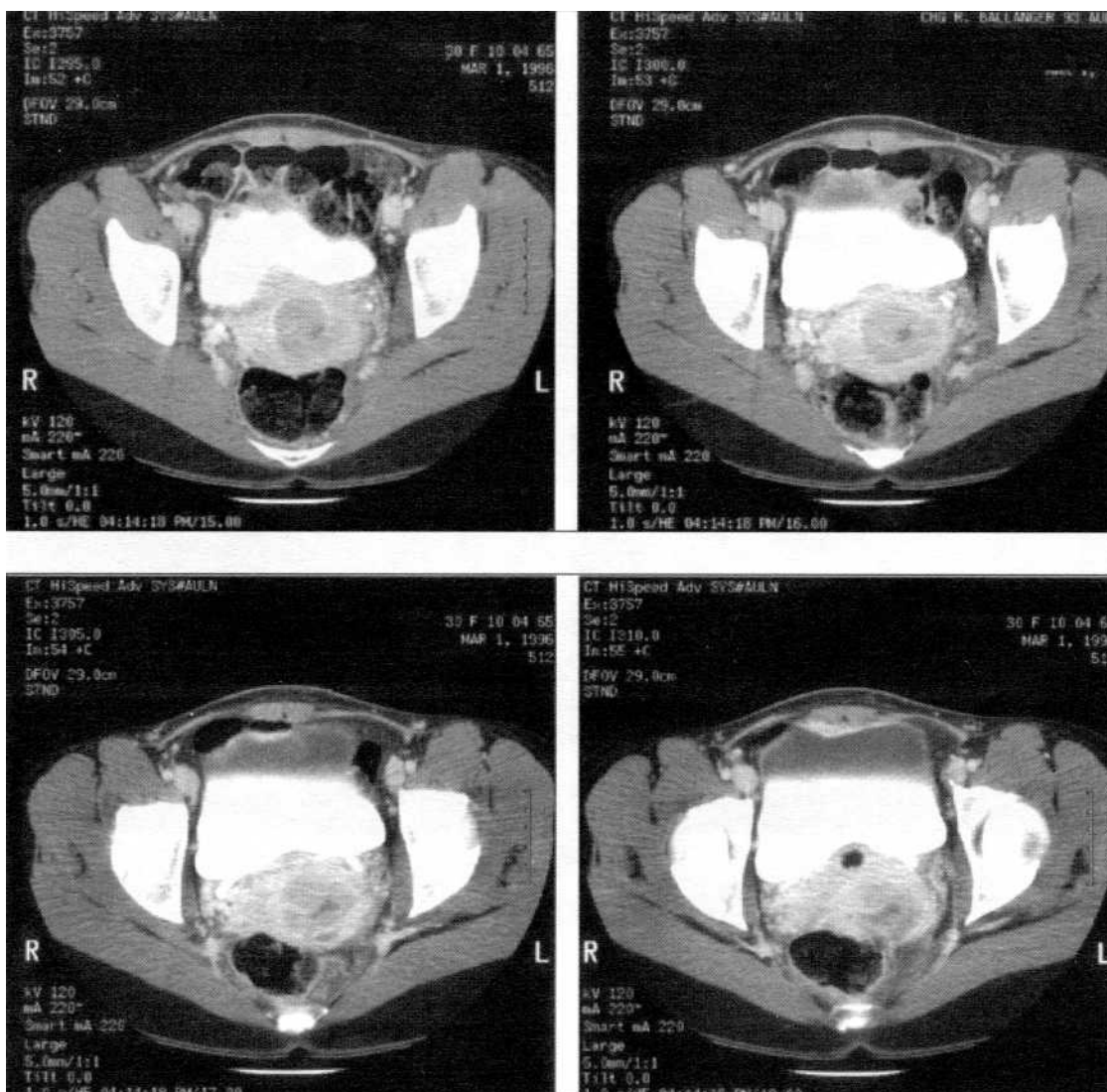
• Observance.....	NC
• Signes de sous-dosage.....	1
- bouffées de chaleur.....	2
- sécheresse vaginale.....	2
- sueurs nocturnes, troubles du sommeil, asthénie, arthralgies.....	NC
• Signes de surdosage	1
- prise de poids	2
- mastodynies.....	2
- ménométrorragies.....	2
- irritabilité	1
- troubles digestifs, leucorrhées, jambes lourdes, céphalées	NC
• Examen mammaire	1
• Examen génital (trophicité).....	1
• Tension artérielle	1

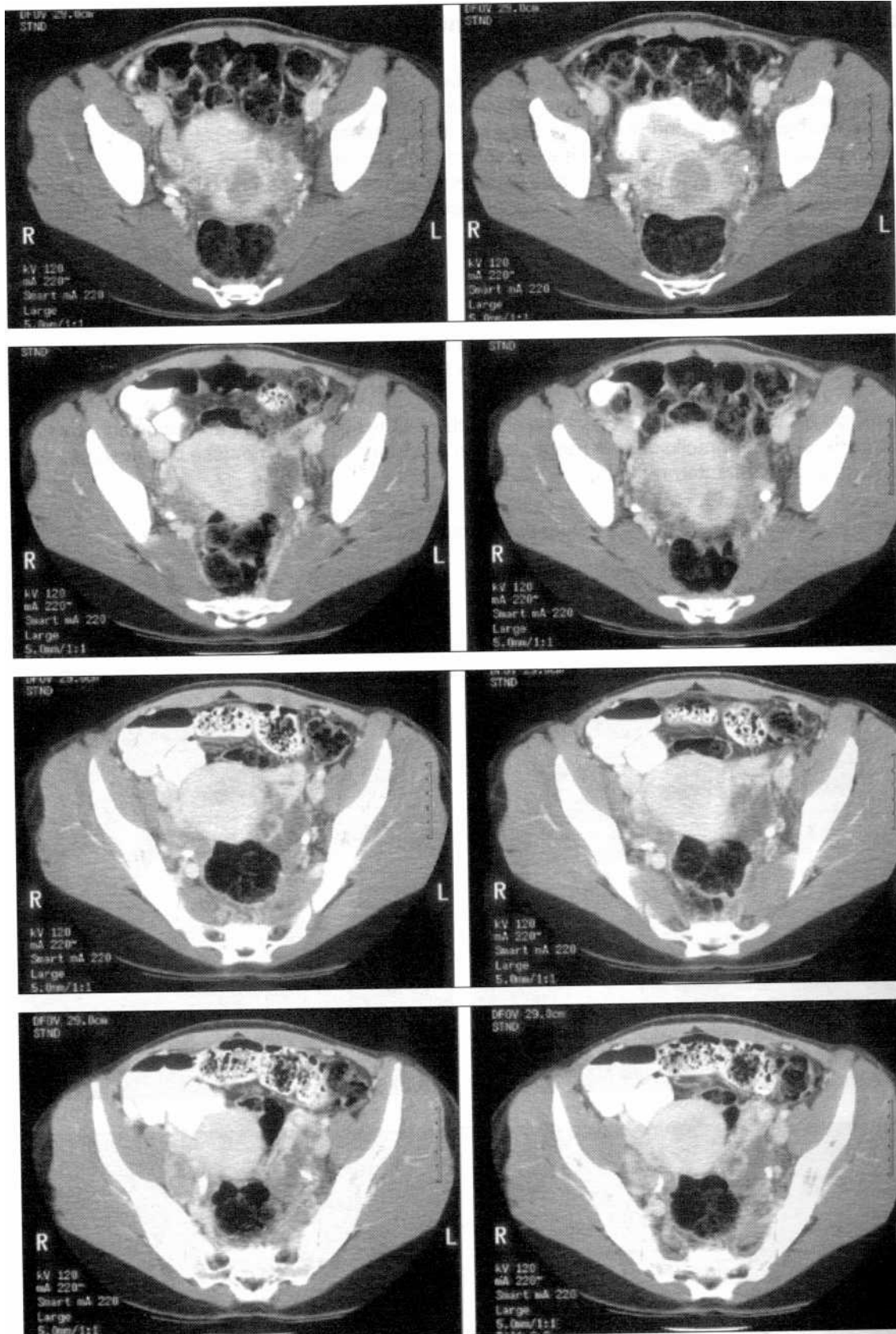
DOSSIER N°42: Une hémorragie génitale abondante

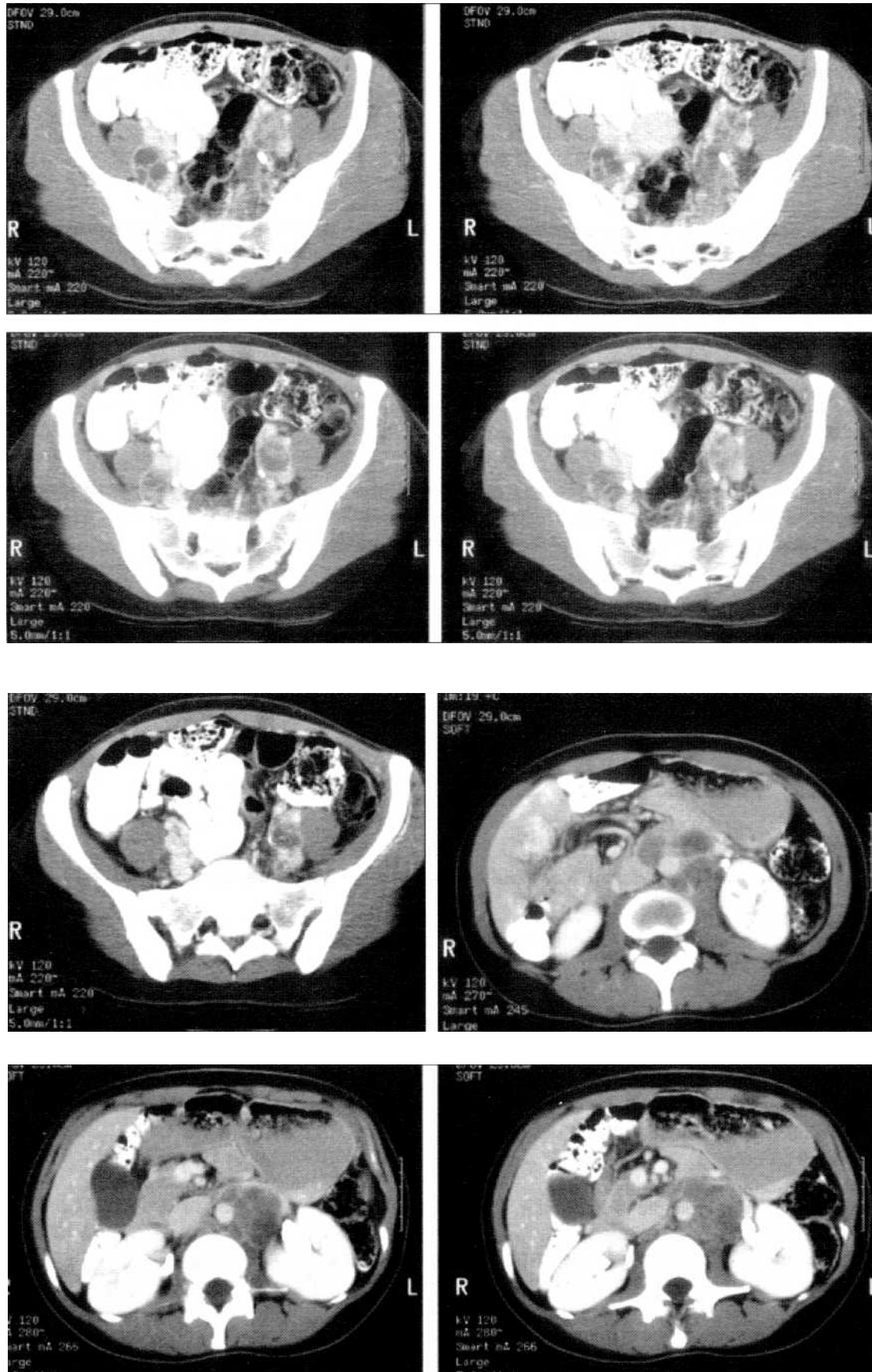
Madame Erika R., 31 ans, nulligeste, séropositive pour le VIH, consulte en raison d'une hémorragie génitale abondante, faite de sang rouge avec caillots, survenue brutalement il y a une heure. Elle ne se plaint pas de douleurs pelviennes et ne prend aucun médicament. L'examen au spéculum retrouve un gros col déformé "en barillet", et une masse bourgeonnante saignante de l'orifice cervical.

Le toucher vaginal retrouve un utérus de taille supérieure à la normale, peu mobile, indolore. Le col est gros, dur et inhomogène. Les culs-de-sac latéraux sont indurés et sensibles. Vous palpez une adénopathie sus-claviculaire gauche.

1. Quel est votre diagnostic?
2. La patiente continue de saigner abondamment, la tension artérielle est à 100/50 mmHg, le pouls est à 110/mn. De quels moyens disposez-vous pour arrêter l'hémorragie?
3. L'hémorragie est contrôlée sans recours à la chirurgie et sans nécessité de transfusion sanguine. Cela permet de réaliser un bilan paraclinique en hospitalisation confirmant votre hypothèse diagnostique, et qui comprend le scanner suivant. Interprétez-le.
4. Il s'agit d'un carcinome épidermoïde. Quel est le stade FIGO de ce cancer? Justifiez.
5. Quel est votre traitement?
6. Qu'est ce que le SCC? Quel est son intérêt?







DOSSIER N°42**1. Quel est votre diagnostic? (10)**

- Cancer du col utérin (probablement de l'endocol)5
- étendu.....5

2 La patiente continue de saigner abondamment, la tension artérielle est à 100/50 mmHg, le pouls est à 110/mn. De quels moyens disposez-vous pour arrêter l'hémorragie? (20)

- Méchage vaginal5
- Ligature chirurgicale des artères hypogastriques5
- Embolisation artérielle des artères hypogastriques5
- Chirurgie (hystérectomie) en dernier recours, car il est préférable de la réaliser à froid, une fois le bilan d'extension effectué.....5

3. L'hémorragie est contrôlée sans recours à la chirurgie et sans nécessité de transfusion sanguine. Cela permet de réaliser un bilan paraclinique en hospitalisation confirmant votre hypothèse diagnostique, et qui comprend le scanner suivant. Interprétez-le. (20)

- Masse pelvienne développée aux dépens du col utérin5
- hétérogène (zone centrale hypodense).....2
- aux contours irréguliers2
- étendue aux paramètres.....3
- Avec de volumineuses adénopathies iliaques.....3
- latéro-aortiques et prérénales.....2
- bilatérales1
- Sans envahissement net de la vessie ou du rectumNC
- Conclusion : aspect de cancer étendu du col utérin.....2

4. Il s'agit d'un carcinome épidermoïde. Quel est le stade FIGO de ce cancer? Justifiez (20)

- Stade IVb.....10
- car adénopathie sus-claviculaire gauche (métastase à distance).....10

5. Quel est votre traitement? (20)

- Bilan d'extension et d'opérabilité.....NC
- Polychimiothérapie3
- en absence de contre-indications.....1
- Radiothérapie externe3
- curiethérapie3
- en absence de contre-indications.....1
- Antalgiques au besoin morphiniques3
- En cas d'une régression tumorale et ganglionnaire : discuter la chirurgieNC
- chirurgie palliative en dernier recours : dérivations urinaires et digestives3
- Psychothérapie de soutien, demande d'exonération du ticket modérateur NC
- Surveillance rapprochée (oubli = O)3

6. Qu'est ce que le SCC? Quel est son intérêt? (10)

- Squamous cell carcinoma antigene5
- marqueur sérique des tumeurs épidermoïdes.....2
- Intérêt pour la surveillance du traitement, si le taux est initialement élevé3

91 - IR4 - P1 DOSSIER N°7

Cette mère de famille de 42 ans présentait depuis 6 mois une sensation de pesanteur hypogastrique avec troubles dyspeptiques vagues. Elle vient d'être laparotomisée pour tumeur abdomino-pelvienne échographiquement discutable. L'intervention a confirmé le diagnostic de tumeur ovarienne gauche et a permis de constater l'existence de nombreuses granulations péritonéales atteignant les coupoles diaphragmatiques. Il a été pratiqué une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et omentectomie. L'examen anatomo-pathologique a précisé qu'il s'agissait d'un épithélioma séreux avec greffe tubaire et pièce d'omentectomie infiltrée. En post-opératoire, on a confirmé l'absence d'anomalie pleuro-pulmonaire ou hépatique décelable.

1. A quel stade de la classification de la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO) correspond cette observation ?
2. Quel est, en présence d'une prolifération tumorale ovarienne, le marqueur sérique à la fois le plus sensible et le plus spécifique?
3. Citer les quatre différents types d'épithéliomas ovariens en précisant celui qui est le plus fréquent.
4. La situation carcinologique de cette patiente justifie une chimiothérapie.
Citez les deux produits cytotoxiques indiscutablement les plus actifs pour traiter les carcinomes ovariens.
5. L'objectif de ce traitement est pour le moins d'obtenir une rémission clinique apparente. Dans cette éventualité, quel moyen sera envisagé pour préciser l'état (souhaitable) de rémission clinique (complète) (stérilisation microscopique du processus) ?

91 - IR4 - P1 DOSSIER N°7

1. A quel stade de la classification de la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO) correspond cette observation? (20)

- Stade III de la FIGO : Tumeur ovarienne avec implants péritonéaux.....20

Commentaires : La stadification des tumeurs ovariennes et le diagnostic histologique de ces tumeurs supposent une laparotomie (c'est une exception aux systèmes de classification préthérapeutiques qui sont habituellement purement cliniques).

- L'examen de la cavité abdominale sera systématique. La classification de FIGO est la plus utilisée et présente de légères différences par rapport à la classification TNM. Il faut cependant noter que l'appréciation à ventre ouvert se heurte à plusieurs difficultés

- la nature des lésions n'est pas toujours évidente et il peut être utile de demander un examen extemporané.

- l'état des trompes et de l'endomètre dans les tumeurs apparemment localisées est impossible à connaître, une hystéroscopie ou un curetage peuvent être effectués en per opératoire.

- Ainsi déterminé le stade de la tumeur est l'élément pronostique majeur. Le taux de survie à 5 ans est environ de

- 80 % au stade I (tumeur limitée aux ovaires)

- 50% au stade II (tumeur étendue au pelvis: trompes, péritoine)

- 10 % au stade III (tumeur étendue au grêle, au grand épiploon, aux ganglions rétropéritoneaux) et stade IV (métastases à distance)

- En raison notamment du caractère intra péritonéal de l'ovaire : 60 % des tumeurs de l'ovaire sont découvertes aux stades III et IV.

2. Quel est, en présence d'une prolifération tumorale ovarienne, le marqueur sérique à la fois le plus sensible et le plus spécifique? (20)

- La CA12520

- En présence d'une masse pelvienne, un taux de CA125 supérieur à 35U/ml est un élément de présomption pour le diagnostic de cancer de l'ovaire.

Commentaire : L'antigène CA125 n'est pas retrouvé dans le tissu ovarien normal mais est exprimé dans plus de 80 % des cas de cancers épithéliaux non mucineux de l'ovaire.

- Le dosage sérique se fait par méthodes immunoradiométriques ou immunofluorescence avec un résultat dans les 24 h. La valeur maximale des taux usuels se situe à 35U/ml : moins de 1 % des sujets normaux, présentent un taux supérieur à ce chiffre.

- La production et la sécrétion du CA125 dépendent de l'activité du tissu ovarien avec des variations physiologiques en fonction de l'imprégnation hormonale (notamment élévation au cours de la grossesse) ; actuellement ce marqueur ne peut servir à la détection précoce du cancer de l'ovaire.

- En revanche il constitue un élément d'appréciation avant toute laparotomie exploratrice dans le cas de masses pelviennes palpables; Plus de 85 % des malades avec une tumeur ovarienne ont un taux supérieur à 65 U/ml alors que moins de 2 % des malades présentant une maladie bénigne ont un taux supérieur à cette valeur.

- Les taux sériques de CA 125 sont généralement corrélés avec la taille de la tumeur sans oublier qu'une valeur normale ou faible n'exclut pas la présence d'une tumeur.

- Le CA 125 est très intéressant dans la surveillance des cancers : sa demi vie de 4,8 jours implique une normalisation dans les trois mois si la résection tumorale a été totale. La corrélation est de 98% entre l'évolution de la maladie et les modifications du taux du CA125 avec précession de la biologie sur la clinique bien souvent, donc surveillance mensuelle la première année puis bisannuelle à partir de la troisième année.

- L'élévation du CA125 se voit chez 6 % des patients avec une maladie bénigne et 28 % des malades avec un cancer d'origine non gynécologique. En particulier son taux peut être très élevé dans les épanchements séreux (ascite, épanchement pleural) non néoplasiques.

3. Citer les quatre différents types d'épithéliomas ovariens en précisant celui qui est le plus fréquent? (20)

- 1) Cystadénocarcinomes séreux: les plus fréquents (42%)4+4
- 2) Cystadénocarcinomes mucineux (12%).....4
- 3) Cystadénocarcinomes endométrioides (15 %).....4
- 4) Epithéliomas ovariens indifférenciés.....4

Commentaire : Les tumeurs épithéliales communes représentent 85 à 90 % des tumeurs de l'ovaire. La fréquence du type histologique de ces différentes tumeurs épithéliales est de 42 % pour les cystadénocarcinomes séreux, 12% pour les cystadénocarcinomes mucineux, 15% pour les carcinomes endométrioides. Cependant le facteur le plus important semble être le degré de différenciation histologique. Le pronostic des cystadénocarcinomes séreux peu différenciés se rapproche des carcinomes indifférenciés. A coté des carcinomes, les tumeurs à faible potentiel de malignité représentent environ 20% des tumeurs ovariennes; ces dernières supposent l'absence d'invasion du stroma ovarien. Ces tumeurs à la limite de la malignité peuvent être séreuses, plus souvent mucineuses, posent des problèmes diagnostiques. Leur pronostic est nettement meilleur que celui des tumeurs malignes de l'ovaire.

4. La situation carcinologique de cette patiente justifie une chimiothérapie.

Citez les deux produits cytotoxiques indiscutablement les plus actifs pour traiter les carcinomes ovariens. (20)

- 1) Dérivés du platine: cisplatine, carboplatine.....10
- 2) Cyclophosphamide et adriamycine sont très souvent employés.....10

5. L'objectif de ce traitement est pour le moins d'obtenir une rémission clinique apparente. Dans cette éventualité, quel moyen sera envisagé pour préciser l'état (souhaitable) de rémission clinique (complète) (stérilisation microscopique du processus)? (20)

- Lorsque la laparotomie initiale n'a pas permis l'ablation totale des lésions néoplasiques, une chimiothérapie est habituellement instituée.
- Après plusieurs cures, il peut être envisagé une seconde laparotomie ou laparotomie de "deuxième look"20
- Le but de cette intervention est de pratiquer l'exérèse de toutes les lésions résiduelles ainsi qu'un bilan très précis de ces lésions.
- Pour beaucoup, cette intervention ne doit être envisagée que si l'on a observé une réponse clinique et radiologique complète.
- Lorsqu'il n'existe aucune lésion évidente à l'intervention, il faut prélever du liquide péritonéal pour étude cytologique dans le Douglas et faire des prélèvements péritonéaux multiples ainsi que des ganglions latéroaortiques.
- Les prélèvements et leur examen anatopathologique sont très importants, pour que l'on puisse considérer la patiente comme étant en rémission complète et arrêter la thérapeutique.
- Le but de cette seconde laparotomie est donc de déterminer le moment d'arrêt de la chimiothérapie adjuvante.
- Si la régression chirurgicale n'est que partielle, il faudra poursuivre la chimiothérapie en modifiant son protocole.
- Si la régression chirurgicale est complète, la question persiste de savoir s'il faut poursuivre ou non la chimiothérapie quelques temps.

91 - IR5 - P1 DOSSIER N°4

Une femme âgée de 24 ans, mesurant 1,50 m pour un poids de 62 kg, consulte pour troubles des règles. Elle a dans ses antécédents une primo-infection tuberculeuse traitée. Elle a eu ses ménarches à 15 ans, des cycles très irréguliers, puis à 17 ans une aménorrhée de 2 ans accompagnée d'une prise de poids. Elle commence sa contraception peu de temps après par une pilule cestroprogestative minidosée.

A l'arrêt de cette contraception, désirant une grossesse, elle présente une oligospanioménorrhée qui confine depuis 8 mois à l'aménorrhée.

L'examen clinique retrouve une pilosité excessive, au toucher vaginal l'utérus paraît de volume normal mais les annexes semblent être augmentées de volume.

L'examen des seins n'objective pas de galactorrhée.

1. Vous envisagez le diagnostic de Stein Leventhal (dystrophie ovarienne micropolykystique de type I). Citez 3 autres diagnostics possibles.
2. Énumérez les éléments qui, à la lecture de l'observation, vous ont fait porter le diagnostic de Stein Leventhal.
3. Quels dosages hormonaux plasmatiques de base prescrivez-vous pour confirmer ce diagnostic (7 au maximum) ?
4. Dans le Stein Leventhal, quel est le test dynamique le plus utile au diagnostic?
5. Quel traitement, sans décrire sa prescription, proposez-vous en 1 re intention s'il y a un désir de grossesse?
6. Quelle classe thérapeutique proposez-vous s'il n'y a qu'un souhait de menstruations régulières?

91 - IR5 - P1 DOSSIER N° 4

1. Vous envisagez le diagnostic de Stein Leventhal (dystrophie ovarienne micropolykystique de type I). Citez 3 autres diagnostics possibles. (20)

5 points par item, 20 au maximum.

- Grossesse débutante.....5
- Hyperprolactinémie5
- Ovaires polykystiques type II5
- Tumeur virilisante ovarienne (adénoblastome).....5
- Tumeur virilisante surrénalienne (adénome ou carcinome)5
- Bloc enzymatique surrénalien partiel en 21 hydroxylase.....5

2 Énumérez les éléments qui, à la lecture de l'observation, vous ont fait porter le diagnostic de Stein Leventhal. (20)

- Age au moment du diagnostic (3e décennie)3
- Spanioménorrhée, surtout progressivement et régulièrement aggravée, confinante finalement à l'aménorrhée.....3
- Règles tardives3
- Pilosité excessive (hirsutisme).....3
- Obésité3
- Hypertrophie ovarienne bilatérale indolore lisse.....5

3. Quels dosages hormonaux plasmatiques de base prescrivez-vous pour confirmer ce diagnostic (7 au maximum)? (21)

3 points par item, 21 au maximum

- Taux des gonadotrophines hypophysaires FSH et LH (LH est augmentée, FSH normale ou basse avec un rapport LH/FSH supérieur à 1)3
- Androgènes plasmatiques
 - Testostérone et androsténédione : origine ovarienne. Taux augmenté 3
 - DHA (dihydroépiandrostérone) : origine ovarienne et surrénalienne3
 - S. DHA (origine surrénalienne) : recherche d'une participation surrénalienne3
- CEstrogènes + cestradiol plasmatique: taux normal.....3
- Progestérone : taux nul3
- Prolactine normale.....3
- Test au LHRH sur LH et FSH3

4. Dans le Stein Leventhal, quel est le test dynamique le plus utile au diagnostic? (20)

- LH de base: élevée; Réponse explosive de la LH au test au LHRH20

5. Quel traitement, sans décrire sa prescription, proposez-vous en 1^{re} intention s'il y a un désir de grossesse? (10)

- D'abord 10 jours de progestatif (induction de règles)5
- Puis inducteur de l'ovulation (ClomidO clomifène), débuté le premier jour des règles induites 5

**6- Quelle classe thérapeutique proposez-vous s'il n'y a qu'un souhait de menstruations régulières?
(9)**

- CEstroprogestatifs normodosés et plutôt séquentiels type Ovanon® et Gynophase®..... 9
- Mais il faudra également agir sur l'hirsutisme par l'emploi d'acétate de cyprotérone (AndrocuM) à la dose d'au moins 50 mg/jour, soit 1 cp/jour, associé à un œstrogène normodosé 21 jours par mois.

91 - IR6 - P1 DOSSIER N°2

Madame X, âgée de 53 ans, consulte pour pesanteurs pelviennes apparues depuis 2 mois. Elle est aménorrhéïque depuis 3 ans et quelques métrorragies minimales sont apparues depuis 7 jours. L'étude des antécédents ne montre rien de particulier.

L'examen gynécologique montre un col sain, un gros utérus bosselé, une masse latéro-utérine gauche sensible, de la taille d'une orange, non mobile.

1. Quels sont les diagnostics que vous devez suspecter en priorité?
2. Quels sont les examens complémentaires non invasifs que vous demanderez pour étayer votre diagnostic?
3. A la suite de l'examen clinique et des examens complémentaires on retient la notion de masse d'origine ovarienne. Quels sont les arguments échographiques en faveur de la malignité?
4. Quels sont les examens biologiques qui ont un intérêt diagnostique?
5. Quelle est l'attitude thérapeutique s'il s'agit d'une pathologie bénigne?

91 - IRG - P1 DOSSIER N°2**1. Quels sont les diagnostics que vous devez suspecter en priorité? (20)**

- Toute métrorragie post-ménopausique doit être considérée comme un cancer jusqu'à preuve du contraire:
 - tumeur ovarienne sécrétante.....6
 - cancer de l'endomètre6
 - cancer des trompes2
 sont les diagnostics à évoquer en priorité devant l'association de métrorragies post ménopausiques + gros utérus + masse latéro-utérine.
- En seconde intention
 - kyste ovarien et fibromes utérins.....6

2 Quels sont les examens complémentaires non invasifs que vous demanderez pour étayer votre diagnostic? (20)

Pour étayer le diagnostic, on retiendra comme examens complémentaires non invasifs

- Abdomen sans préparation2
- Scanner abdomino-pelvien pour préciser l'image.....7
- Échographie abdominale, rénale et pelvienne (transpariétale et endovaginale)7
- Hystérosalpingographie (hors contre-indications)2
- Frottis cervicaux-vaginaux, frottis endométriaux.....2

3. A la suite de l'examen clinique et des examens complémentaires on retient la notion de masse d'origine ovarienne. Quels sont les arguments échographiques en faveur de la malignité? (20)

- Signes ovariens
 - nature non exclusivement liquide du kyste ovarien, hétérogénéité3
 - végétations intrakystiques.....4
 - cloisons épaisses irrégulières.....3
- Signes extra ovariens
 - ascite4
 - nodules péritonéaux parfois visibles3
 - nodules hépatiques.....3
 - toujours regarder les voies urinaires afin d'éliminer une compression urétérale NC

4. Quels sont les examens biologiques qui ont un intérêt diagnostique? (20)

- Les marqueurs tumoraux sériques (ACE, CA 125, CA 199, alpha FP, HCG)..... 5
- Ont seulement un intérêt de référence pour la surveillance ultérieure15

5. Quelle est l'attitude thérapeutique s'il s'agit d'une pathologie bénigne? (20)

- Le traitement de tout kyste organique de l'ovaire est chirurgical
 - chez cette femme ménopausée, on réalisera une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale ..15 après exploration des piliers et de l'abdomen (aspect du kyste ovarien, de l'ovaire controlatéral, de l'utérus, du péritoine et de l'épiploon) + palpation du foie.
 - la pièce d'exérèse sera ouverte à la recherche de végétations et toujours confiée à l'anatomo-pathologiste.....5
 - un lavage péritonéal pour cytologie est systématique en début d'interventionNC
 - surveillance post opératoire.....NC

92 - IR1 - P1 DOSSIER N°8

Madame Josiane B., âgée de 43 ans, serveuse dans un restaurant, 4^e geste, 3^e pare, consulte pour une menace d'accouchement prématuré. Son terme est de 29 semaines d'aménorrhée. Dans ses antécédents on note

- une fausse couche spontanée à 6 semaines non curetée
- 2 accouchements prématurés (l'un à 7 mois de grossesse et l'autre à 7 mois 1/2). Les accouchements se sont déroulés par voie basse, spontanément, sans problème particulier. Les enfants ont 3 et 7 ans et sont en bonne santé.

On a une appendicectomie à l'âge de 15 ans.

La grossesse actuelle a été correctement suivie. Le terme est sûr, authentifié par une échographie précoce. La grossesse est unizygote. La ponction amniotique précoce a été réalisée. Le caryotype fœtal est normal, de type masculin.

Lors de votre examen d'entrée, vous constatez

- des contractions utérines douloureuses
- des mouvements actifs fœtaux normaux
- l'absence de saignements
- l'absence de signes urinaires
- la TA est à 120/80 mm Hg
- il existe des œdèmes des membres inférieurs modérés
- une prise de poids harmonieuse de 7 kg depuis le début de la grossesse
- l'auscultation cardiaque fœtale est positive
- la hauteur utérine est de 28 cm
- le toucher vaginal retrouve un col modifié, toujours postérieur, mais raccourci, ramolli et perméable à un doigt large sur toute sa longueur
- la présentation est céphalique plongeante
- au Labstix®, la protéinurie et glycosurie sont négatives
- les nitrites sont à ++

Vous confirmez le diagnostic de menace d'accouchement prématuré et vous décidez d'hospitaliser cette patiente.

1. Comment définit-on en France un accouchement prématuré?
2. Quels sont les principaux risques néonataux de l'accouchement prématuré?
3. Chez cette patiente, quels facteurs de risque d'accouchement prématuré retenir-vous?
4. Quels sont les moyens du traitement de la menace d'accouchement prématuré dont vous disposez ? Énumérez-les.
5. Vous décidez d'instaurer une perfusion de Ritodrine (Prepar®). Quelles sont les contre-indications des bêtamimétiques ?
6. Les examens complémentaires suivants sont-ils utiles, et si oui pourquoi ?
 - échographie obstétricale
 - monitoring fœtal
 - radio-pelvimétrie
7. La menace d'accouchement prématuré a été contrôlée. Un relais oral a été entrepris. Vous décidez de réaliser une corticothérapie par bêtaméthasone (Betnesol®). Dans quel but?

92 - IR1 - PI DOSSIER N°8

1. Comment définit-on en France un accouchement prématuré? (10)

- Il s'agit d'un accouchement survenant avant 37 semaines d'aménorrhée révolues5
- (et après 28 semaines d'aménorrhée)5

2 Quels sont les principaux risques néonataux de l'accouchement prématuré? (15)

- Les principaux risques pour le prématuré sont
- mort néonatale1
- respiratoires: maladie des membranes hyalines surtout, apnées récurrentes 3
- métaboliques: hypoglycémie, hypothermie, ictère (par immaturité enzymatique)3
- infectieux3
- digestifs: entérocolite nécrosante, difficultés d'alimentation.....2
- neurologiques : le cerveau du prématuré est plus sensible à l'hypoxie périnatale et est exposé au risque d'hémorragie intraventriculaire, avec risque de séquelles neurologiques, leucomalacie3

3. Chez cette patiente, quels facteurs de risque d'accouchement prématuré retenir-vous? (15)

- Age (43 ans)3
- Facteurs socio-économiques: travail pénible, 2 enfants à charge de 3 et 7 ans..... 3
- Antécédent de fausse couche spontanée3
- Et surtout, deux antécédents d'accouchement prématuré3
- Infection urinaire probable (nitrites ++)3

4. Quels sont les moyens du traitement de la menace d'accouchement prématuré dont vous disposez? Énumérez-les. (15)

- Arrêt de travail, aide-ménagère, repos.....3
- Le traitement d'une cause favorisante : infection urinaire ou cervico-vaginale3
- Médicaments à visée tocolytique:3
- antispasmodiques, d'efficacité discutéeNC
- progestatifs: UtrogestanO4 à 6 comprimés/jour.....3
- les bêtamimétiques : Salbutamol.....3
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens : Indométacine, utilisés prudemment comme antiprostaglandines, si contre-indication aux autres tocolytiques.....NC

5. Vous décidez d'instaurer une perfusion de Ritodrine (Prepar®). Quelles sont les contre-indications des bêtamimétiques? (15)

- Cardiopathies: troubles du rythme, cardiomyopathie, tachycardie3
- HTA non équilibrée3
- Diabète mal équilibré3
- Hypokaliémie, hypercalcémie3
- Thyrotoxicose3
- Contre-indications générales à la tocolyse : infection amniotique, hématome rétroplacentaire, hémorragie sévère de placenta praevia.....NC

6. Les examens complémentaires suivants sont-ils utiles, et si oui pourquoi? (15)

- échographie obstétricale
- monitoring fœtal
- radio-pelvimétrie

• Échographie utile	2
- pour éliminer une malformation	1
- de plus, la hauteur utérine est excessive pour le terme, il faut contrôler la biométrie fœtale.....	2
- et la quantité de liquide amniotique	1
- bien-être fœtal	1
• Monitoring fœtal : un enregistrement à l'arrivée est utile.....	2
- pour dépister une anomalie du rythme cardiaque fœtal	1
- et enregistrer les contractions.....	1
• La radiopelvimétrie est inutile	2
- chez cette patiente qui a accouché deux fois par voie basse.....	2

7. La menace d'accouchement prématuré a été contrôlée. Un relais oral a été entrepris. Vous décidez de réaliser une corticothérapie par bétaméthasone (Betnesol®). Dans quel but? (15)

- Accélérer la maturation pulmonaire fœtale9
- Et ainsi de diminuer le risque de maladie des membranes hyalines.....7
- La maturation pulmonaire est obtenue par la synthèse de surfactantNC

92 - IR2 - P1 DOSSIER N°5

Une femme de 50 ans consulte en urgence pour apparition brutale de douleurs pelviennes, sans trouble du transit ni fièvre. Ses antécédents sont

- pas d'antécédents médicaux
- appendicectomie à l'âge de 7 ans
- cycles réguliers sans ménométrorragies

A l'examen

- malade apyrétique avec un pouls bien frappé à 110/mn
- une tension artérielle à 10/7 cm Hg
- ses muqueuses sont bien colorées
- l'abdomen est souple, non ballonné
- il existe, au niveau de la fosse iliaque gauche, une discrète défense, une masse mate à la percussion, très douloureuse
- les touchers pelviens confirment l'existence d'une masse arrondie de la taille d'un melon, difficile à mobiliser, accolée à l'utérus qui est latéro dévié à droite
- le cul-de-sac de Douglas est indolore
- l'ASP ne montre pas de niveau liquide ni de pneumopéritoine
- l'échographie abdominopelvienne confirme l'existence d'une tumeur associant des plages solides et liquides développées au dépens de l'annexe gauche avec un discret épanchement du cul-de-sac de Douglas
- l'utérus semble normal ainsi que l'annexe droite

La radiographie pulmonaire est normale ainsi que le bilan biologique. La malade est opérée en urgence laparotomie par incision médiane sous ombilicale confirmant l'existence d'une tumeur de l'ovaire gauche mixte solide et liquide, hémorragique et nécrotique, avec 100 ml d'ascite hémorragique. Il est pratiqué une annexectomie gauche. Le reste de l'exploration de la cavité abdominale pelvienne paraît macroscopiquement normale.

1. Le diagnostic le plus probable est celui de tumeur maligne de l'ovaire. Quels arguments plaident en sa faveur?
2. Le diagnostic anatomo-pathologique est celui d'un adénocarcinome ovarien différencié avec cytologie d'ascite positive. Proposez-vous des mesures thérapeutiques complémentaires? Si oui, lesquelles?
3. Quel(s) facteur(s) pronostic(s) favorable(s) relevez-vous dans cette observation ?
4. Quel(s) facteur(s) pronostic(s) défavorables(s) relevez-vous dans cette observation ?
5. Quelle(s) raison(s) fait (font) préférer pour l'ensemble des tumeurs malignes du revêtement épithélial de l'ovaire une chimiothérapie à la radiothérapie?
6. Quelle est la localisation la plus fréquente des rechutes des cancers du revêtement épithélial de l'ovaire?

92 - IR2 - PI DOSSIER N°5

1. Le diagnostic le plus probable est celui de tumeur maligne de l'ovaire. Quels arguments plaident en sa faveur? (20)

- Terrain: femme de 50 ans4
- Volume important de la masse annexielle4
- Signes échographiques : tumeur mixte, solide et liquide, (hétérogène) avec épanchement intrapéritonéal4
- Constatations per-opératoires: tumeur mixte hémorragique et nécrotique, ascite hémorragique 4
- "Toute tumeur ovarienne chez une femme de 50 ans est un cancer jusqu'à preuve du contraire"4

2 Le diagnostic anatomo-pathologique est celui d'un adénocarcinome ovarien différencié avec cytologie d'ascite positive. Proposez-vous des mesures thérapeutiques complémentaires? Si oui, lesquelles? (20)

- Oui2
- Chirurgie pour une réduction tumorale maximale et une évaluation de l'extension microscopiqueNC
- on réalisera une hystérectomie totale3
- avec annexectomie controlatérale3
- et omentectomie (exérèse du grand épiploon)3
- ainsi qu'un curage lombo-aortique (pour certains).....NC
- Puis chimiothérapie3
- par voie intraveineuseNC
- à base de cisplatine3
- et cyclophosphamide ou anthracycline3
- (4 à 6 cures, suivies d'une seconde laparotomie).....NC

3. Quel(s) facteur(s) pronostic(s) favorable(s) relevez-vous dans cette observation? (10)

- L'extension paraît limitée à l'ovaire(sous réserve des constatations chirurgicales et histologiques) 3
- Le terrain est favorable: patiente encore jeune2
- Sans pathologie associée2
- Ce qui autorise un traitement optimal, notamment chimiothérapiqueNC
- L'histologie (adénocarcinome bien différencié) est de bon pronostic, comparativement aux autres tumeurs3

4. Quel(s) facteur(s) pronostic(s) défavorables(s) relevez-vous dans cette observation? (10)

- Intervention en urgence avec traitement chirurgical incomplet lors de la première laparotomie5
- Cytologie péritonéale positive (stade Ic)5

5. Quelle(s) raison(s) fait (font) préférer pour l'ensemble des tumeurs malignes du revêtement épithélial de l'ovaire une chimiothérapie à la radiothérapie? (20)

- Les tumeurs du revêtement épithélial de l'ovaire sont plus chimio-sensibles que radio-sensibles15
- Nécessité de l'irradiation de tout le volume tumoral potentiel, c'est-à-dire la cavité péritonéale dans son ensemble5
- pour cette raison, les doses utilisées sont faibles (20 à 45 Gray), dans le but de protéger les organes nobles (foie, rein, tube digestif)NC

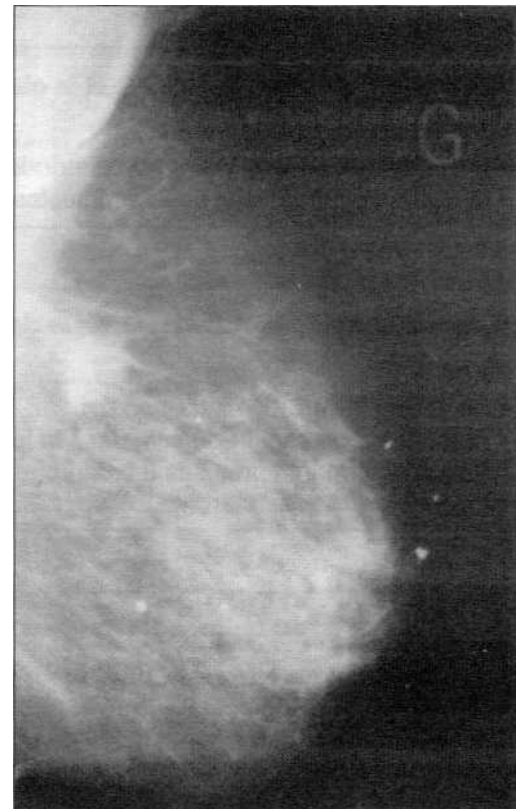
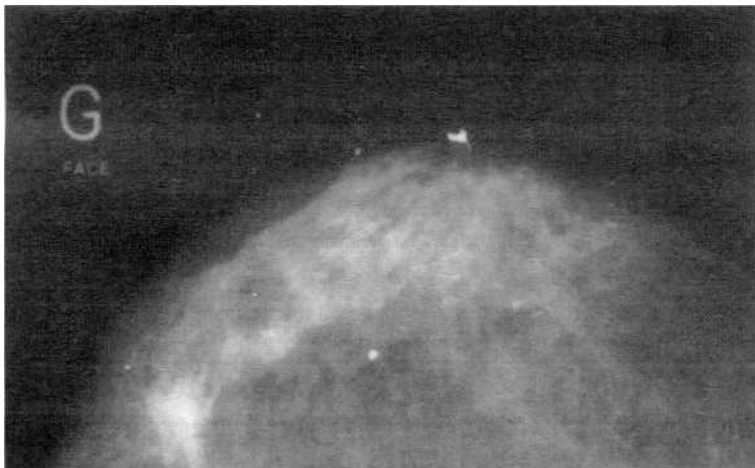
6. Quelle est la localisation la plus fréquente des rechutes des cancers du revêtement épithélial de l'ovaire? (20)

- Les récives des cancers de l'ovaire sont principalement intra-péritonéales disséminées 20
- gouttières pariéto-coliques, coupes diaphragmatiques, péritoine pelvienNC

94 - IR1 - DOSSIER N°6

Une femme de 58 ans consulte car elle a découvert lors de la toilette, un nodule du sein gauche. Dans ses antécédents familiaux, on note une hystérectomie pour fibrome chez sa mère à l'âge de 48 ans, un cancer du sein chez une tante à l'âge de 62 ans. Sur le plan personnel, elle a eu trois enfants avec une première grossesse à 31 ans. Elle n'a pas allaité. Elle est ménopausée depuis Page de 48 ans. L'examen clinique met en évidence un nodule dur de 2 cm de diamètre dans le quadrant supéro-externe du sein gauche, non adhérent aux plans profonds, ni aux plans superficiels. Il existe un petit méplat en regard. Il n'y a pas de signes inflammatoires. La palpation des aires ganglionnaires met en évidence un petit ganglion axillaire gauche, dur, roulant sous le doigt. Le reste de l'examen clinique est normal. Une mammographie est réalisée.

1. Quels sont les signes radiologiques en faveur de la malignité?
2. Quel examen complémentaire est réalisé pour confirmer le diagnostic?
3. Quel bilan d'extension réalisez-vous à titre systématique ?
4. Ce bilan est négatif, quelle est la classification TNM de ce cancer?
5. Quels sont les facteurs de risque de cancer du sein que présente cette patiente?
6. Quel traitement chirurgical peut-on proposer à cette patiente?
7. Citez les facteurs pronostiques dont on disposera après examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.



Mammographie du sein gauche (incidence axillaire)

94 - IR1 - DOSSIER N° 6

1. Quels sont les signes radiologiques en faveur de la malignité? (10)

- Une opacité entourée d'un halo clair.....2
- Avec un épaississement cutané en regard2
- Les contours sont flous, irréguliers et spiculés2
- Ce qui donne à l'opacité un aspect stellaire2
- Il semble qu'il existe des microcalcifications regroupées en petit foyer, punctiformes et irrégulières2

2 Quel examen complémentaire est réalisé pour confirmer le diagnostic? (10)

- Biopsie (+/- Drill Biopsie)6
- Pour examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse biopsique.....4

3. Quel bilan d'extension réalisez-vous à titre systématique? (20)

- Radiographie thoracique face et profil6
- Échographie hépatique6
- VS.....NC
- Marqueurs tumoraux dont ACE et CA 15,3++++.....2
- Calcémie (phosphorémie et albuminémie pour mieux interpréter la calcémie) NC
- Bilan hépatique complet: ASAT, ALAT, phosphatases alcalines, bilirubine, gamma GT2
- Scintigraphie osseuse systématique et radio standard sur les segments osseux suspects 2
- Biopsie ostéomédullaire : pratiquée de plus en plus souvent2

4. Ce bilan est négatif, quelle est la classification TNM de ce cancer? (10)

- T1 : car diamètre égal à 2 cm4
- N 1 b : adénopathie axillaire homolatérale suspecte non fixée4
- Mo: bilan d'extension: pas de métastase.....2

5. Quels sont les facteurs de risque de cancer du sein que présente cette patiente? (10)

- Age2
- Sexe (évident).....NC
- Antécédent de cancer du sein dans la famille (tante)4
- Pas d'allaitement après ses 3 enfants.....2
- Première grossesse tardive.....2

6. Quel traitement chirurgical peut-on proposer à cette patiente? (20)

- 1) Tumorectomie large à plus de 1 cm de la périphérie de la tumeur, avec examen histologique extemporané de la pièce opératoire.....10
- 2) Curage axillaire gauche avec examen anatomopathologique de tous les ganglions prélevés10

7. Citez les facteurs pronostiques dont on disposera après examen anatomopathologique de la pièce opératoire. (20)

- Taille exacteNC
- Grade histopronostique selon la classification de Scarff - Blum - Richardson..... 3
- Type histologique3
- Nombre de ganglions envahis sur le curage total3
- Effraction éventuelle de la capsule des ganglions.....3
- Cytométrie de flux2
- Existence de récepteurs hormonaux (les récepteurs à la progestérone ont plus de valeur que ceux aux oestrogènes)3
- Présence d'embolies vasculaires tumoraux.....3

96-Nord-DOSSIER N°6

Madame X., primigeste de 30 ans, est enceinte de 32 semaines et se présente comme quelqu'un en parfaite santé. Elle mesure 170 cm. Elle pèse 72 kg. Elle n'a pas d'œdèmes nets (le poids avant la grossesse était de 50 kg). La prise de poids a été progressive. La TA est à 16/10 cmHg, la même valeur est retrouvée après 20 minutes de repos. Le labstix est normal (pas de protéinurie). La hauteur utérine est égale à 25 cm. Le col n'est pas modifié.

1. Quel diagnostic cette élévation de la tension artérielle évoque-t-elle ?
2. Que pensez-vous de cette prise de poids ?
3. Quelle est votre conduite immédiate?
4. Quels examens biologiques allez-vous demander?
5. Quel est votre diagnostic sur le plan fœtal ?
6. Quels examens allez-vous demander pour préciser la croissance fœtale?

96-Nord-DOSSIER N°6

1. Quel diagnostic cette élévation de la tension artérielle évoque-t-elle? (20)

- Hypertension gravidique pure20

NB : L'évolution vers la toxémie gravidique (définie par hypertension artérielle, protéinurie, œdèmes), la Pré-éclampsie ou l'éclampsie est possible par la suite.

2. Que pensez-vous de cette prise de poids? (10)

- Excessive5
- La prise de poids normale à 7 mois (32 semaines d'aménorrhée) est autour de 8 kilos 5
- Mais la prise de poids des toxémies gravidiques et pré-éclampsies est en général brutale NC

3. Quelle est votre conduite immédiate? (20)

- Diagnostique
 - auscultation des bruits du cœur fœtal (trompette de Pinard);2
 - électrocardiographie immédiatement puis pluriquotidiennement;2
 - échographie obstétricale (biométrie, quantité de liquide amniotique, bien être fœtal, score de Manning) ; ...2
 - Doppler des artères utérines (recherche de notchs avec augmentation des résistances vasculaires) et des artères ombilicale et cérébrales fœtales.....2
- Thérapeutique
 - hospitalisation en unité de grossesses pathologiques;.....2
 - repos au lit strict en décubitus latéral gauche;2
 - traitement antihypertenseur per os autorisé pendant la grossesse, ex : Aldomet®/Alphaméthildopa, Catapressan®/Clonidine...3
 - surveillance (en particulier mouvements actifs, contractions utérines, tension artérielle, céphalées, douleurs épigastriques, myodésopsies, acouphènes, métrorragies, bandelette urinaire, électrocardiographie).5

NB : Il n'y a pas d'indication à l'aspirine ici.

NB . Le traitement antihypertenseur n'agit que sur l'hypertension artérielle et pas sur le risque d'évolution vers une toxémie gravidique, ou (pré)éclampsie.

4. Quels examens biologiques allez-vous demander? (20)

- Hémogramme4
- Uricémie,4
- Protéinurie des 24 heures4
- ASAT ALAT,4
- TP, TCK, produits de dégradation de la fibrine, DDimères, fibrinogène, fibronectineNC
- ECBU, prélèvement vaginal et CRP (bilan pré corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale)4
- Bilan préopératoire complet (dans l'éventualité d'une extraction en urgence) : groupe rhésus RAI, ionogramme, protidémie, glycémie, créatinine, uréeNC

NB : On surveille l'apparition d'une toxémie gravidique ou d'une pré-éclampsie (uricémie, protéinurie), voire d'un HELLP syndrome (hémoglobine, plaquettes, transaminases, urée créatinine) entraînant une CIVD (TP, TCK, fibrinogène, produits de dégradation de la fibrine, Ddimères...).

NB : Une corticothérapie de maturation pulmonaire fœtale semble licite dans ce cas, et nécessite un bilan préthérapeutique (ECBU, prélèvement vaginal, CRP et NFS).

NB : Le bilan préopératoire est indispensable (dont la consultation d'anesthésie) dans l'éventualité d'une extraction en urgence (césarienne).

5. Quel est votre diagnostic sur le plan foetal? (ZO)

- Retard de croissance intra-utérin par souffrance fœtale chronique15
- Car hauteur utérine insuffisante (normale à 7 mois/32 semaines autour de 28 cm)5

NB : On calcule la hauteur utérine théorique en fonction du terme à partir du quatrième mois (16 cm) en multipliant par 4 cm le nombre de mois de grossesse écoulés. On ajoute 2 cm par mois à partir du 8e mois $(4 \times 7) + 2 = 30$ cm

NB : En cas de discordance, il faut éliminer une erreur, sur la mesure (en cas d'obésité par exemple) ou sur le terme.

6. Quels examens allez-vous demander pour préciser la croissance fœtale? (10)

- Échographie obstétricale7
 - permettant une biométrie (mesure du diamètre abdominal transverse, du diamètre bipariétal, de la longueur du fémur)3
 - avec évaluation en percentiles ou en déviations standard avec établissement d'une courbe de croissance.
 - L'estimation échographique du poids fœtal est encore souvent imparfaite NC

NB : La maturation pulmonaire n'est pas un élément de la « croissance fœtale ».

96-Sud-DOSSIER N° 7

Une femme de 55 ans, sans antécédent pathologique particulier, présente un cancer du quadrant inféro-interne du sein gauche, confirmé histologiquement, classé T2, N1, M0. Le traitement consiste dans un premier temps, en une tumorectomie, un curage axillaire. Sur le plan histopathologique, il s'agit d'un adénocarcinome galactophorique invasif de grade histopronostique III avec des embolies vasculaires. La recherche de récepteurs d'estradiol est positive, celle des récepteurs de progestérone négative.

Sur les 18 ganglions prélevés, 3 sont positifs, l'un d'eux avec une rupture capsulaire.

Le traitement est complété par une radiothérapie, une chimiothérapie associant épirubicine, cyclophosphamide, fluorouracile et une hormonothérapie par tamoxifène pour une durée de 3 ans.

1. Quels sont les facteurs histopathologiques de mauvais pronostic?
2. Quels doivent être les champs d'irradiation ?
3. Quels sont les effets secondaires possibles du protocole de chimiothérapie?
4. Quels sont les effets bénéfiques possibles de l'hormonothérapie?
5. Comment se fera la surveillance de la patiente?

96-Sud-DOSSIER N° 7**1. Quels sont les facteurs histopathologiques de mauvais pronostic? (20)**

- Caractère invasif de la tumeur.....3
- Présence de ganglions envahis4
- Rupture capsulaire ganglionnaire3
- Embols vasculaires tumoraux.3
- Grade III de Scarff Bloom Richardson (pléiomorphisme des noyaux, index mitotique, degré de différenciation).4
- Récepteurs progestérone négatifs.....3

2. Quels doivent être les champs d'irradiation? (20)

- Champ mammaire gauche (ensemble du sein)4
- et complément d'irradiation sur le lit tumoral.2
- Paroi thoracique.2
- Aires ganglionnaires de drainage à gauche
- axillaire,4
- mammaire interne,4
- sus-claviculaire.....4

3. Quels sont les effets secondaires possibles du protocole de chimiothérapie? (20)

- Communs
- nausées, vomissements;2
- diarrhée, stomatites (mucite) ;2
- alopécie régressive;1
- insuffisance médullaire (anémie, leucopénie, thrombopénie) ;4
- hyperuricémie (syndrome de lyse tumorale) ;1
- immunodépression régressive;1
- toxicité gonadique (pas ici).....NC
- Épirubicine
- insuffisance cardiaque (myocardiopathie aiguë et chronique selon la dose cumulée) ;3
- toxicité veineuse, toxicité cutanée si extravasation ;NC
- majore les effets cardiotoxiques du cyclophosphamide;.....NC
- colore les urines en rouge.NC
- Endoxan®
- cystite hématurique ;3
- cardiotoxicité (cardiomyopathie aiguë) ;NC
- induction tardive d'hémopathies malignesNC
- 5-FU
- hémorragies; NC
- spasme coronaire3

4. Quels sont les effets bénéfiques possibles de l'hormonothérapie? (20)

- *Allongement de la survie;10
- Augmentation du taux de survie.10
- Effet théorique: inhibe la croissance tumorale hormonodépendante (cestrogènes)NC

5. Comment se fera la surveillance de la patiente? (20)

- Surveillance mensuelle les 6 premiers mois, puis trimestrielle pendant deux ans, puis semestrielle pendant 3 ans, puis annuelle pendant 5 ans au minimum3
- Clinique
 - palpation bilatérale mammaire et des aires ganglionnaires;2
 - palpation hépatique, osseuse, recherche de douleurs osseuses, examen neurologique, examen pulmonaire;NC
 - recherche de métrorragies post ménopausiques, et examen gynécologique régulier avec frottis cervicovaginaux;NC
 - tolérance du traitement2
- Biologique
 - marqueurs tumoraux sériques: CA 15/3, ACE;3
 - bilan hépatique (ASAT ALAT GGT PAL bilirubine), calcémie;2
 - NFS, VS.NC
- Imagerie
 - mammographie bilatérale;3
 - radiographie de thorax;3
 - échographie hépatique;2
 - scintigraphie osseuse et scanner cérébral au moindre douteNC

SOMMAIRE

Dossier N°1 : Métrorragies du 1er trimestre de grossesse	7
Dossier N°2 : Douleurs de fosse iliaque droite chez une antillaise de 27 ans.....	11
Dossier N°3 : Un accouchement.....	15
Dossier N°4 : Métrorragies du 1er trimestre de grossesse	19
Dossier N°5 : Prurit vulvaire.....	23
Dossier N°6 : Consultation pour désir de grossesse	27
Dossier N°7 : Un certain type de grossesse	29
Dossier N°8 : Un autre accouchement.....	33
Dossier N°9 : Fièvre du post-partum.....	37
Dossier N°10 : Désir de grossesse et dyspareunie.....	41
Dossier N°11 : Une aménorrhée secondaire.....	43
Dossier N°12 : Une menace d'accouchement prématuré	47
Dossier N°13 : Brûlures mictionnelles, leucorrhées et douleurs pelviennes.. ..	51
Dossier N°14 : Métrorragies du 3e trimestre de grossesse.....	55
Dossier N°15 : Un nodule mammaire	57
Dossier N°16 : Consultation du 8e mois de grossesse.....	61
Dossier N°17 : Hyperthermie à 34 SA.....	65
Dossier N°18 : Métrorragies du 1er trimestre de grossesse.....	69
Dossier N°19 : Une autre consultation du 8e mois de grossesse.....	73
Dossier N°20 : Une demande de contraception orale	77
Dossier N°21 : La contraception d'une multipare de 31 ans	81
Dossier N°22 : Une grossesse non désirée.....	85
Dossier N°23 : Aménorrhée secondaire et désir de grossesse à 21 ans	89
Dossier N°24 : Fièvre à 39° C à 37 SA	93
Dossier N°25 : Métrorragies à 9 SA	97
Dossier N°26 : Un prolapsus utérin	101
Dossier N°27 : Métrorragies et fibromes utérins.....	103
Dossier N°28 : Cancer du col utérin	107
Dossier N°29 : Métrorragies post-ménopausiques.....	111
Dossier N°30 : Une pesanteur pelvienne.....	113
Dossier N°31 : Un autre cancer cervical.....	117
Dossier N°32 : Ascite et altération de l'état général	121
Dossier N°33 : Une tumeur mammaire gauche.....	125
Dossier N°34 : Examen clinique normal, mais que penser de la mammographie?	127
Dossier N°35 : Métrorragies post-ménopausiques chez une religieuse	131
Dossier N°36 : Algies pelviennes aiguës.....	133
Dossier N°37 : Une hémorragie de la délivrance	135
Dossier N°38 : Un cancer du sein	139
Dossier N°39 : Fièvres et colpodynies à 34 SA.....	143
Dossier N°40 : Séroconversion toxoplasmique à 20 SA	145
Dossier N°41 : Cycles irréguliers à 49 ans.....	149
Dossier N°42 : Une hémorragie génitale abondante	153
Dossiers des annales 1991-1996.....	159