

Epreuve de DCP Principal 1 du 20/06/2016

DP4

Mme L. 38 ans vous consulte pour demande de contraception. Elle a un nouveau conjoint depuis 2 mois et désire un autre moyen moins contraignant que les préservatifs qu'elle utilise actuellement.

Elle est 6ème geste 2ème pare, mesure 1m68 pour 72 kg, un tabagisme évalué à 20 paquets.années. Elle avait eu auparavant une contraception par anneau oestro-progestatif (nuvaring®) mais qu'elle a arrêté 5 ans auparavant.

Question 1 - Question à réponses multiples

Votre patiente a entendu parler de la méthode de contraception naturelle Ogino. Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) concernant cette méthode ?

Proposition A

Il s'agit d'une méthode basée sur l'abstinence dès l'apparition de la glaire cervicale recherchée par auto-examen

Proposition B

Il s'agit d'une méthode où les rapports ne sont possibles que 2 jours après la montée de la température

Proposition C

Il s'agit d'une méthode où les rapports sont interdits du 10e au 18e jour d'un cycle de 28 jours

Proposition D

Il s'agit d'une méthode basée sur la durée de vie des spermatozoïdes dans la glaire cervicale

Proposition E

Il s'agit de la méthode du coït interrompu (retrait)

Question 2 - Question à réponses multiples

Quelle(s) contraception(s) peut(peuvent)t être envisagée(s) chez Mme L.?

Proposition A

Pilule oestro-progestative

Proposition B

Dispositif intra-utérin

Proposition C

Pilule microprogestative

Proposition D

Contraception par anneau vaginal ou patch cutané

Proposition E

Implant sous-cutané

Question 3 - Question à réponses multiples

Vous lui proposez une contraception progestative seule ou un dispositif intra-utérin. A la fin de votre consultation, elle vous dit plutôt s'orienter vers la pose d'un dispositif intra-utérin. Elle part avec sa prescription mais en fait ne revient pas. Vous la revoyez quatre mois plus tard car elle est enceinte à 6 semaines d'aménorrhée et souhaite une interruption volontaire

de grossesse (IVG). Quelle(s) est(sont) l'(les) information(s) que vous allez lui donner lors de cette nouvelle consultation ?

Proposition A

Vous l'informez des différentes possibilités d'interruption volontaire de grossesse

Proposition B

L'interruption de grossesse est possible à l'issue de cette consultation de demande d'IVG

Proposition C

Vous lui ré-expliquez les différentes méthodes de contraception ultérieures possibles

Proposition D

Vous l'informez des complications possibles immédiates et à long terme de l'IVG

Proposition E

Vous l'informez de l'obligation d'un entretien social

Question 4 - Question à réponses multiples

Quelle(s) méthode(s) d'interruption de grossesse est(sont) envisageable(s) ?

Proposition A

Une prise de mifepristone suivie 48h après d'une prise de misoprostol

Proposition B

Deux comprimés de misoprostol en une prise

Proposition C

Une interruption de grossesse chirurgicale par aspiration utérine

Proposition D

Du levonorgestrel 1.5mg en deux prises espacées de 72 heures

Proposition E

Une prise d'acetate d'ulipristal suivie 48h après d'une prise de misoprostol

Question 5 - Question à réponses multiples

Une interruption de la grossesse a été réalisée par méthode médicamenteuse en établissement de santé public. La patiente ne se présente pas à la consultation de contrôle préconisée. Elle consulte aux urgences un mois après pour des métrorragies abondantes avec douleurs pelviennes intenses. Son échographie révèle une rétention intra-utérine mesurant 45 x 35 mm.

Vous lui proposez:

Proposition A

La mise en place d'un dispositif intra-utérin

Proposition B

Un traitement par mifepristone seul

Proposition C

Une prise de mifepristone suivie de misoprostol

Proposition D

Un traitement oral en une prise par misoprostol

Proposition E

Une aspiration utérine en urgence

Question 6 - Question à réponses multiples

Une aspiration utérine est réalisée en urgence. Elle reconsulte aux urgences 72 heures après, pour douleurs pelviennes avec nausées. Le transit est conservé. Ses constantes sont : une

température de 38°C, une fréquence cardiaque à 85/min et une TA à 120/60 mmHg. A l'examen, il existe une sensibilité abdomino-pelvienne sans défense et le toucher vaginal entraîne une douleur.

Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) le(s) plus probable(s) ?

Proposition A

Une salpingite aiguë

Proposition B

Une péritonite par perforation intestinale

Proposition C

Une endométrite post-IVG

Proposition D

Une appendicite aiguë

Proposition E

Une hématométrie surinfectée

Question 7 - Question à réponses multiples

Elle reconsulte plusieurs mois après cet épisode aigu en demandant une méthode définitive de stérilisation à visée contraceptive. Quelle(s) est(sont) l'(les) affirmation(s) exacte(s) ?

Proposition A

La stérilisation féminine peut être réalisée par la mise en place d'un implant intratubaire métallique par coelioscopie

Proposition B

La vasectomie ne modifie pas la fonction endocrine testiculaire

Proposition C

La stérilisation féminine peut être considérée comme une intervention réversible

Proposition D

La vasectomie peut être considérée comme une option à efficacité immédiate

Proposition E

La stérilisation féminine peut être réalisée par voie hystéroscopique

Question 8 - Question à réponses multiples

Mme L. a eu une stérilisation tubaire hystéroscopique. Elle consulte à l'âge de 42 ans dans un service de procréation médicalement assistée car elle a un nouveau conjoint et souhaite une « dernière » grossesse.

Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?

Proposition A

Un bilan d'ovulation doit être réalisé pour orienter la prise en charge

Proposition B

La patiente doit consulter son nouveau conjoint pour confirmer le projet

Proposition C

Une insémination avec sperme du conjoint pourra être proposée

Proposition D

Une fécondation in vitro pourra être proposée

Proposition E

La patiente doit envisager un arrêt du tabac

Question 9 - Question à réponses multiples

Quel(s) est(sont) le(les) risque(s) augmenté(s) lors d'une grossesse à son âge ?

Proposition A

Risque de mortalité maternelle

Proposition B

Risque de prématurité spontanée

Proposition C

Risque de pré-éclampsie

Proposition D

Risque d'anomalies chromosomiques

Proposition E

Risque de diabète gestationnel

Question 10 - Question à réponses multiples

Dans le cadre du bilan systématique que vous avez réalisé, vous récupérez les résultats du frottis cervico utérin de la patiente quelques jours plus tard. Le compte-rendu révèle un frottis ASCUS.

Quelle(s) est(sont) la(les) prise(s) en charge possible(s) ?

Proposition A

Vous réalisez une colposcopie avec biopsies d'emblée

Proposition B

Vous réalisez une conisation à l'anse diathermique

Proposition C

Vous réalisez un traitement par laser

Proposition D

Vous refaites un frottis cervico-utérin à 6 mois

Proposition E

Vous recherchez des HPV de haut risque oncogène

Question 11 - Question à réponses multiples

Une recherche d'HPV oncogènes a été réalisée et a montré la présence d'HPV oncogènes à haut risque. Que proposez-vous à votre patiente ?

Proposition A

Une conisation à l'anse diathermique

Proposition B

Une hystérectomie interannexielle

Proposition C

Une hystéroscopie avec biopsies

Proposition D

Un frottis cervico-utérin à 6 mois

Proposition E

Une colposcopie avec biopsies dirigées

Question 12 - Question à réponses multiples

Un examen colposcopique a été réalisé montrant une zone de jonction bien vue avec une zone de transformation atypique de grade 2 de 3 mm sur la lèvre antérieure du col utérin sur laquelle des biopsies ont été réalisées révélant des lésions de dysplasie sévère.

En sachant que la patiente est en attente de démarrer une FIV, vous lui proposez:

Proposition A

Un traitement antiviral (valaciclovir)

Proposition B

Une nouvelle colposcopie avec biopsies à 6 mois

Proposition C

Une hystérectomie subtotale interannexielle

Proposition D

Une conisation à l'anse diathermique

Proposition E

Une vaporisation laser des lésions

Question 13 - Question à réponses multiples

Une conisation à l'anse diathermique a été réalisée. Le résultat anatomopathologique révèle que la lésion de néoplasie intra-épithéliale de haut grade de 6 mm a été enlevée dans sa totalité avec des marges saines. Concernant son suivi ultérieur, vous lui proposez:

Proposition A

Un traitement antiviral (valaciclovir) mensuel pendant 3 à 6 mois

Proposition B

Une nouvelle colposcopie avec biopsies à 3-6 mois

Proposition C

Une surveillance par frottis cervico-utérin à 3-6 mois

Proposition D

Un dosage régulier du marqueur SCC

Proposition E

Une vaccination anti-HPV

Question 14 - Question à réponses multiples

Après cet épisode, Mme L. a eu une fécondation in vitro avec un transfert embryonnaire il y a un mois. Elle consulte aux urgences pour des douleurs pelviennes avec quelques métrorragies brunâtres. Sa TA est à 120/60 mmHg, le dosage des bêta-HCG est à 1300 UI et l'échographie que vous réalisez montre une vacuité utérine avec un épanchement pelvien minime.

Quel(s) est(sont) le(s) diagnostic(s) possible(s) ?

Proposition A

Un syndrome d'hyperstimulation ovarienne

Proposition B

Une grossesse arrêtée avec expulsion spontanée

Proposition C

Une grossesse de localisation indéterminée

Proposition D

Une grossesse extra-utérine

Proposition E

Une grossesse spontanée intra-utérine évolutive

Question 15 - Question à réponses multiples

Devant ce tableau que pouvez-vous lui proposer ?

Proposition A

Un contrôle par hystérosonographie pour localiser la grossesse

Proposition B

Un examen sous anesthésie générale

Proposition C

Un contrôle clinique avec dosage des bêta-HCG et échographie à 48h

Proposition D

Un contrôle clinique avec dosage des beta-HCG et échographie à 7 jours

Proposition E

Une chirurgie par coelioscopie pour traiter la grossesse extra-utérine