



Conférence TACFA

Gynécologie-Obstétrique

Louis Galan, Sébastien Insubri

DES G-O, Lille



Comment participer ?



 [Copier le lien de participation](#)

wooclap

100 %

251



1 **Allez sur
wooclap.com**



2 **Entrez le
code
d'événement
dans le
bandeau
supérieur**

Code d'événement
NGRQLE

1 **Envoyez [@NGRQLE](#) au
06 44 60 96 62**



2 **Vous pouvez participer**

KFP 1



Vous recevez aux urgences obstétricales de la maternité de niveau 3 où vous travaillez Mme V. 36 ans. Elle se présente pour céphalées en augmentation depuis 2 jours, pour lesquelles le paracétamol pris n'a pas eu d'effet. Elle est actuellement à 31 SA. Il s'agit de sa première grossesse.

Ses antécédents comportent une appendicectomie à l'âge de 6 ans et une fracture de la clavicule l'an dernier. Elle n'a pas d'allergie connue.

La prise des constantes retrouve une tension aux deux bras à 163/103 et 161/105 respectivement. La BU retrouve : leucocytes : 0, nitrites : 0, protéines : 3+, sang : 0

KFP 1



QROC : quel diagnostic évoquer en priorité ?

QROC : quel diagnostic évoquer en priorité ?

QROC : Pré-éclampsie

Rang A : Connaître la définition de la pré-éclampsie

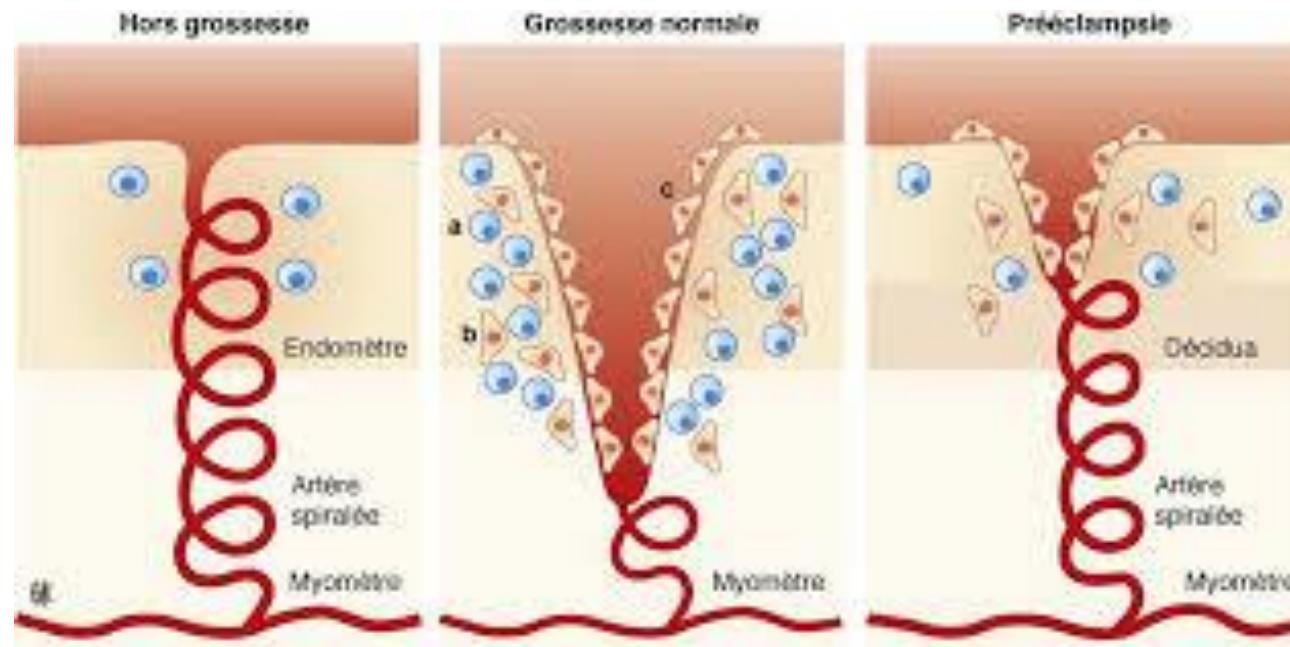
Devant l'apparition d'une hypertension artérielle, et de protéines dans les urines, il faut absolument rechercher une pré-éclampsie.

Pré-éclampsie



Définition : Associe hypertension artérielle gravidique et protéinurie > ou égale à 0,3g/24h

Attention : Parfois la protéinurie apparaît secondairement en cas de début brutal
> toujours la rechercher en cas d'apparition d'une HTA à partir de 20 SA



KFP 1



Quels éléments de l'examen clinique recherchez-vous classiquement dans le cadre de la pathologie suspectée (5 réponses) :

- A. Acouphènes
- B. diplopie,
- C. phosphènes,
- D. myodésopsies,
- E. dyspnée,
- F. Réflexes abolis,
- G. scotome central,
- H. anosmie,
- I. oedèmes des membres inférieurs

Quels éléments de l'examen clinique recherchez-vous classiquement dans le cadre de la pathologie suspectée (5 réponses) :

- A. Acouphènes**
- B. diplopie,
- C. phosphènes,**
- D. myodésopsies,
- E. dyspnée,**
- F. Réflexes abolis,
- G. scotome central,
- H. anosmie,
- I. oedèmes des membres inférieurs**

KFP 1



- céphalées,
- acouphènes,
- phosphènes,
- myodésopsies,
- troubles de conscience,
- dyspnée,
- Réflexes ostéo-tendineux à la recherche d'une irritation pyramidale vifs, diffusés, polycinétiques
- Mesure de la hauteur utérine
- Contractions utérines,
- oedèmes des membres inférieurs

Rang A : Connaître les éléments du bilan clinique d'une pré-éclampsie

KFP 1



Votre examen retrouve la présence de phosphènes et de légers œdèmes de membres inférieurs. Quels examens complémentaires demandez-vous devant cette suspicion de pré-éclampsie (6 réponses) :

- A. Créatininémie
- B. CRP
- C. Echographie mode B
- D. Transaminases
- E. Plaquettes
- F. pH au scalp fœtal
- G. VS
- H. TP/TCA
- I. Haptoglobine
- J. Kleihauer
- K. Schizocytes

Complications de la pré-éclampsie



Allez sur wooclap.com et utilisez le code **NGRQLE**



Quelles sont les complications de la pré-éclampsie ?

HEMATOME CAPSULAIRE DU FOIE PREMATURE INDUITE HELP SD HELLP* LESIONS RETINIENNES SYNDROME HELLP ECLAMPISE HELLP / CLAMPSIE CRISE D ECLAMPSIE HELLP CIVD
PREMATURE FOETALE D'ACCOUCHEMENT HELLP 5 CRISE D'HTA CRISE ECLAMPSIE ODEME CEREBRAL HEMORRAGIE MATERNELLE HELLP / CLAMPSIE CRISE D ECLAMPSIE HELLP CIVD
INSUFFISANCE SOUFFRANCE FOETALE HEMATOME RETRO PERITONEALE MAYOTTE C'EST EN FRANCE RETINOPATHIES CIVS MORT FETAL IN UTERO FONCTIONNELLE CI-DESSOUS HELLP OAP CIVD
HTA CHRONIQUE SYNDROME MORT FETALE IN UTERO LA MORT HELLP SYNDROM PRESS SYNDROME SDRA CRISE D'ECLAMPSIE THROMBOPENIE HTA GRAVE HEMATOME SOUS CAPSULAIRE FOIE
HEMATOME RETROPLACENTAIRE INSUFFISANCE RENALE AIGUE HELLP SYNDROME ODEME CEREBRAL HELLO SYNDROME CEPHALEES HEPATITE MORT FETAL
CONVULSION HPP HTA MFIU HELLP RETROPLACENTAIRE INSUFFISANCE RENALE HELLP MORT HTA MALIGNE SARCOIDOSE CRISE
MORT FOETAL HELLO SD ACCOUCHEMENT PREMATURE CAPSULAIRE HELLP FOIE HELLP MORT HTA MALIGNE SARCOIDOSE CRISE D'ECLAMPSIE HEMORRAGE
HRP IRA CEPHALE MORT FOETALE HEMATOME SOUS CAPSULAIRE HELLP SYNDROME DECES HELLP MORT HTA MALIGNE SARCOIDOSE CRISE D'ECLAMPSIE HEMORRAGE
RETINOPATHIE HYPERTENSIVE CRISE D'EPILEPSIE AVC HEMORRAGIQUE HELLP SD HELLP RETRO PLACENTAIRE DECES HELLP MORT HTA MALIGNE SARCOIDOSE CRISE D'ECLAMPSIE HEMORRAGE
RETROCAPSULAIRE PREMATURITES HEMORRAGIE INTRAVENTRICULAIRE MORT FOETALE IN UTERO MORT FETALE HELP SYNDROME HELLP SYNDROME IR EPILEPSIE IVD SOUS-CAPSULAIRE OLIGOAMNIOS COVD
MORTTTTT CYTOLYSE HEPATIQUE CRISES RECU PRESS ATTEINTE HEPATIQUE HYPOTROPHIE DU NOUVEAU NE RENALE MENACE CESARIENNE ECLAMPSIE HELLP SYNDROME PREMATURE
INFARCTUS DU MYOCARDE HELP SDR CRISE TONICO CLONIQUE CONVULSIVES HELPP SYNDROM CRISE D'EPILEPSIE ECLAMPSIES DYSPNEE CRISE TONICO-CLONIQUE MORT BEBE MAMAN



wooclap



100 %



1028



Complications de la pré-éclampsie

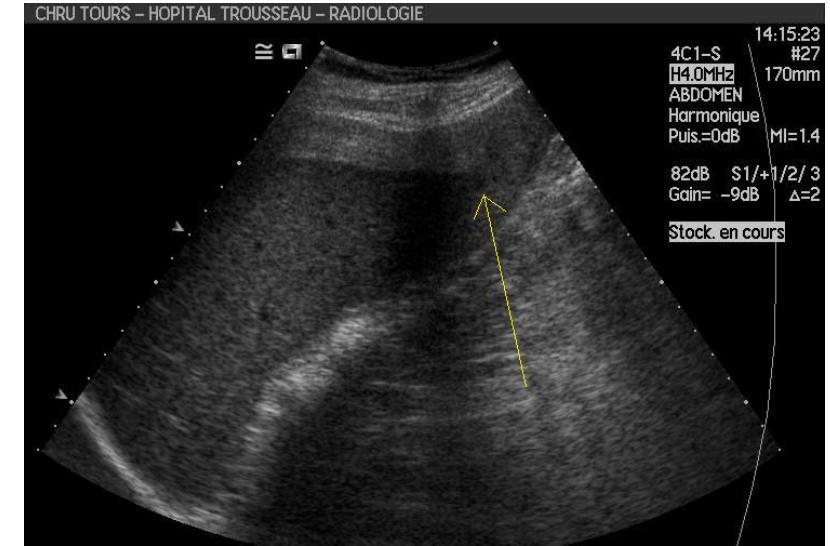


- Eclampsie et PRES syndrome (encéphalopathie postérieure réversible)
- Accident vasculaire cérébral hémorragique
- Insuffisance rénale aigue
- HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count)
- Coagulation Intra-Vasculaire Disséminée (CIVD)
- Hématome rétroplacentaire
- Hématome sous capsulaire du foie
- œdème aigu du poumon
- Lésions rétiniennes
- HTA maligne

HELLP syndrome



- Complication grave de la pré-éclampsie, mais **peut aussi évoluer isolément**
- Jusqu'à 1 semaine du **post-partum**
- Associe:
 - **Hémolyse**
 - **Cytolyse hépatique**
 - **Thrombopénie**
- Cliniquement: barre épigastrique douloureuse
- Complications:
 - Mortalité maternelle et fœtale
 - Augmente la fréquence des crises d'éclampsie
 - CIVD
 - Hématome sous-capsulaire du foie, rare et gravissime, justifiant la réalisation d'une **échographie hépatique** en urgence



Hématome rétro-placentaire

- A évoquer systématiquement dans la 2nde moitié de la grossesse si :
 - FDR++
 - Triade : douleur abdominale en coup de poignard + contracture utérine (« utérus de bois ») + mètrorragies (sombres)
 - ARCF ou MIU
- Si fœtus vivant, => césarienne immédiate.
- Dans la forme complète, avec mort fœtale => CIVD +++ .
 - Déclenchement immédiat du travail +++ (sauf si choc)
 - Péridurale CI si CIVD.



Eclampsie



- crise convulsive généralisée tonico-clonique
- De début brutal
- prodromes neurosensoriels : céphalées, phosphènes, acouphènes
- 1 à 3 % des prééclampsies, parfois révélateur
- induite par la vasoconstriction et l'œdème cérébral consécutifs à l'HTA

KFP 1



Votre examen retrouve la présence de phosphènes et de légers œdèmes de membres inférieurs. Quels examens complémentaires demandez-vous devant cette suspicion de pré-éclampsie (6 réponses) :

- A. Crétininémie**
- B. CRP**
- C. Echographie mode B**
- D. Transaminases**
- E. Plaquettes**
- F. pH au scalp fœtal**
- G. VS**
- H. TP/TCA**
- I. Haptoglobine**
- J. Kleihauer**
- K. Schizocytes**

KFP 1



- Ionogramme sanguin, urée/créatinine > **IRA** ?
- Bilan hépatique : ASAT, ALAT, bilirubine > **HELLP** ?
- Numération formule sanguine/plaquettes > **hémolyse ? Thrombopénie ?**
- Hémostase : TP TCA Fibrinogène, D-Dimères > **CIVD** ?
- Bilan d'hémolyse : haptoglobine, schizocytes, LDH > **hémolyse** ?
- Protéinurie : par bandelette, sur échantillon et des 24h > **critère diagnostique**
- Surveillance fœtale :
 - Cardiotocographie pour analyse du rythme cardiaque fœtale
 - Echographie obstétricale : vitalité fœtale, biométries fœtale, quantité de liquide amniotique, indices Doppler fœtaux, indices Doppler utérins
- En fonction des complications :
 - Fond d'œil si troubles visuels
 - Echographie hépatique si douleur abdominale / HELLP à la recherche d'un **hématome sous-capsulaire du foie**
 - IRM cérébrale en cas d'anomalie de l'examen neurologique

Rang B Connaître les examens complémentaires à réaliser en première intention

Traitements de la pré-éclampsie



Allez sur wooclap.com et utilisez le code **NGRQLE**

Eléments de prise en charge de la pré-éclampsie



INSUFFISANCE RENALE



wooclap



113



Traitemen~~t~~ de la pré-éclampsie



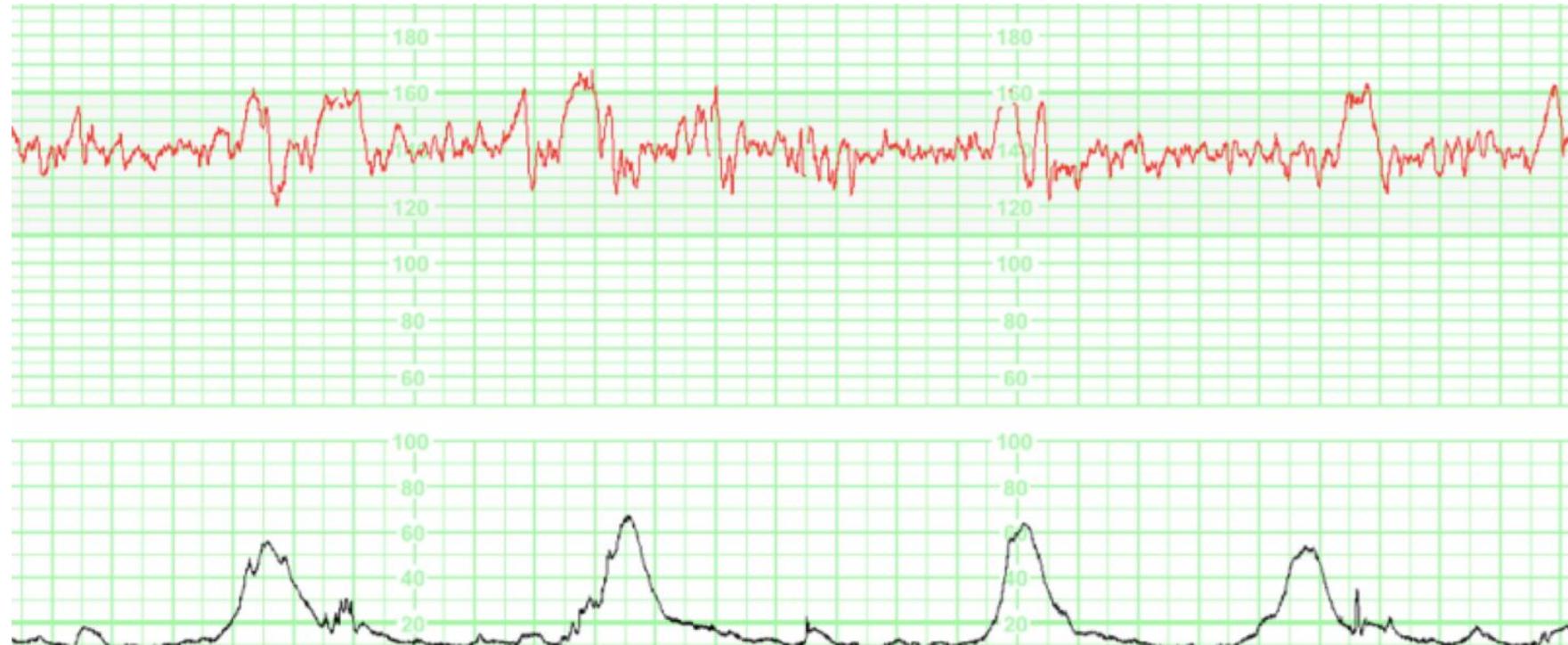
- Transfert en maternité de niveau adaptée
- Bilan : bio, echo, ERCF, prot/24h
- Corticothérapie
- Ttt anti HTA si TAs > 14 ou TAd >9
- Surveillance en hospitalisation
- *Extraction à partir de 34 sa si PE sévère et 36 sa si PE modérée*
- *Sulfate de Magnésium si <32 SA et risque d'accouchement imminent ou signes neurologiques maternels*

KFP 2



Vous êtes l'externe de garde en maternité

Le rythme de la patiente en salle A vous interpelle, que pouvez-vous en dire ? (3 réponses)

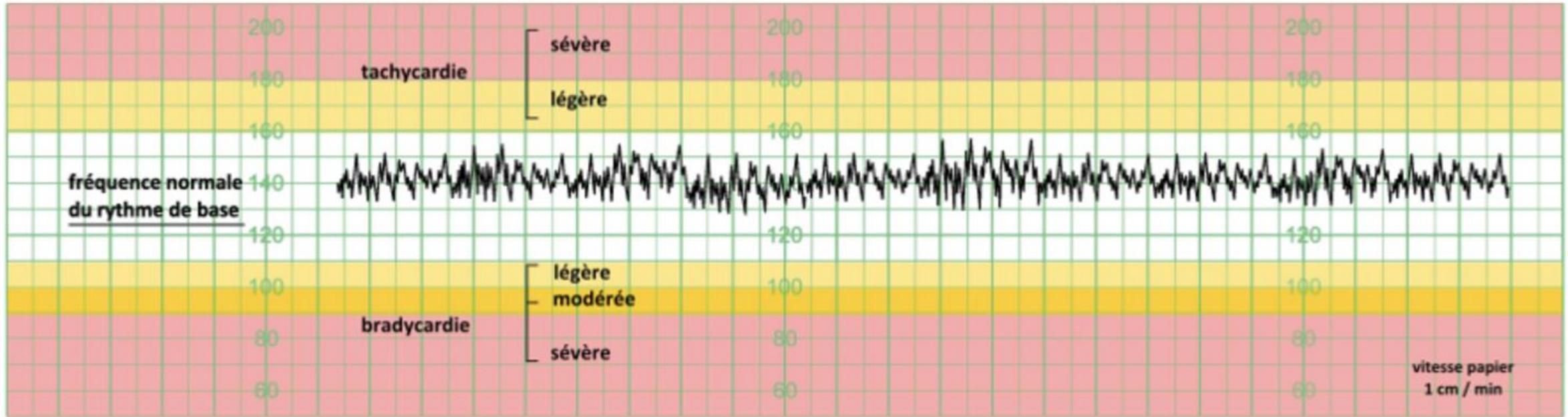


Vous êtes l'externe de garde en maternité

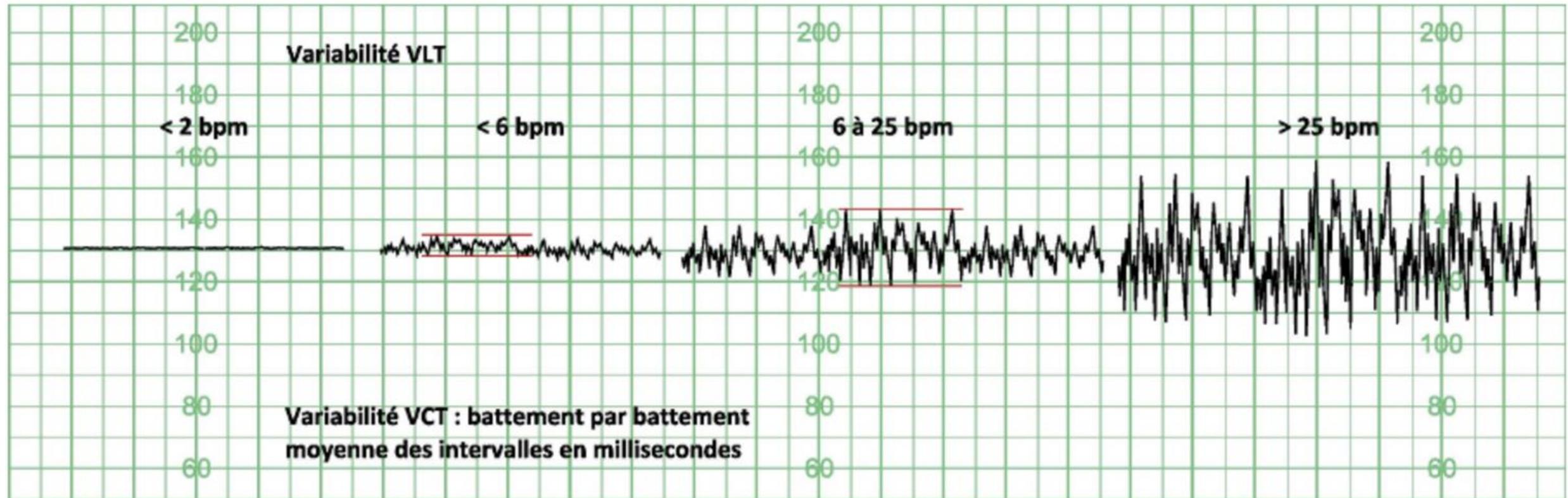
Le rythme de la patiente en salle A vous interpelle, que pouvez-vous en dire ? (3 réponses)

- A. L'enregistrement est d'une durée d'environ 3 minutes
- B. Le rythme cardiaque maternel est représenté par le tracé noir
- C. Le rythme de base du fœtus est de 140 bpm
- D. On ne visualise pas d'accélérations
- E. Le rythme fœtal dans les limites acceptables de la variabilité
- F. Cet enregistrement est pathologique
- G. Les contractions utérines sont régulières

KFP 2



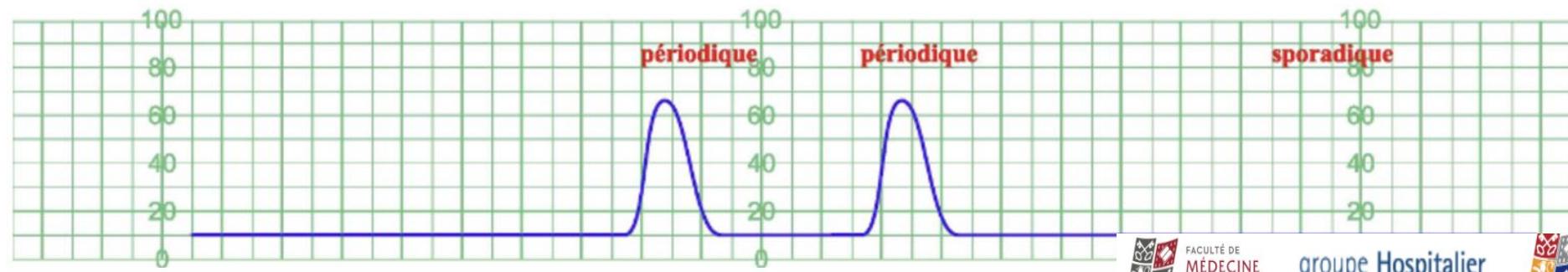
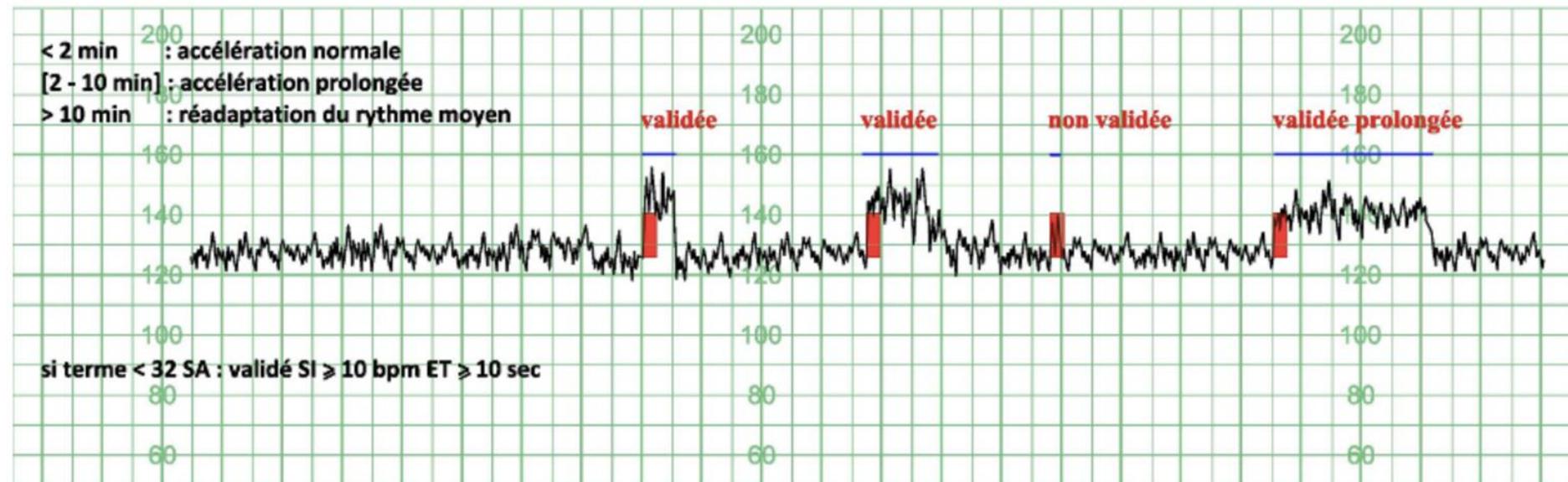
KFP 2



KFP 2



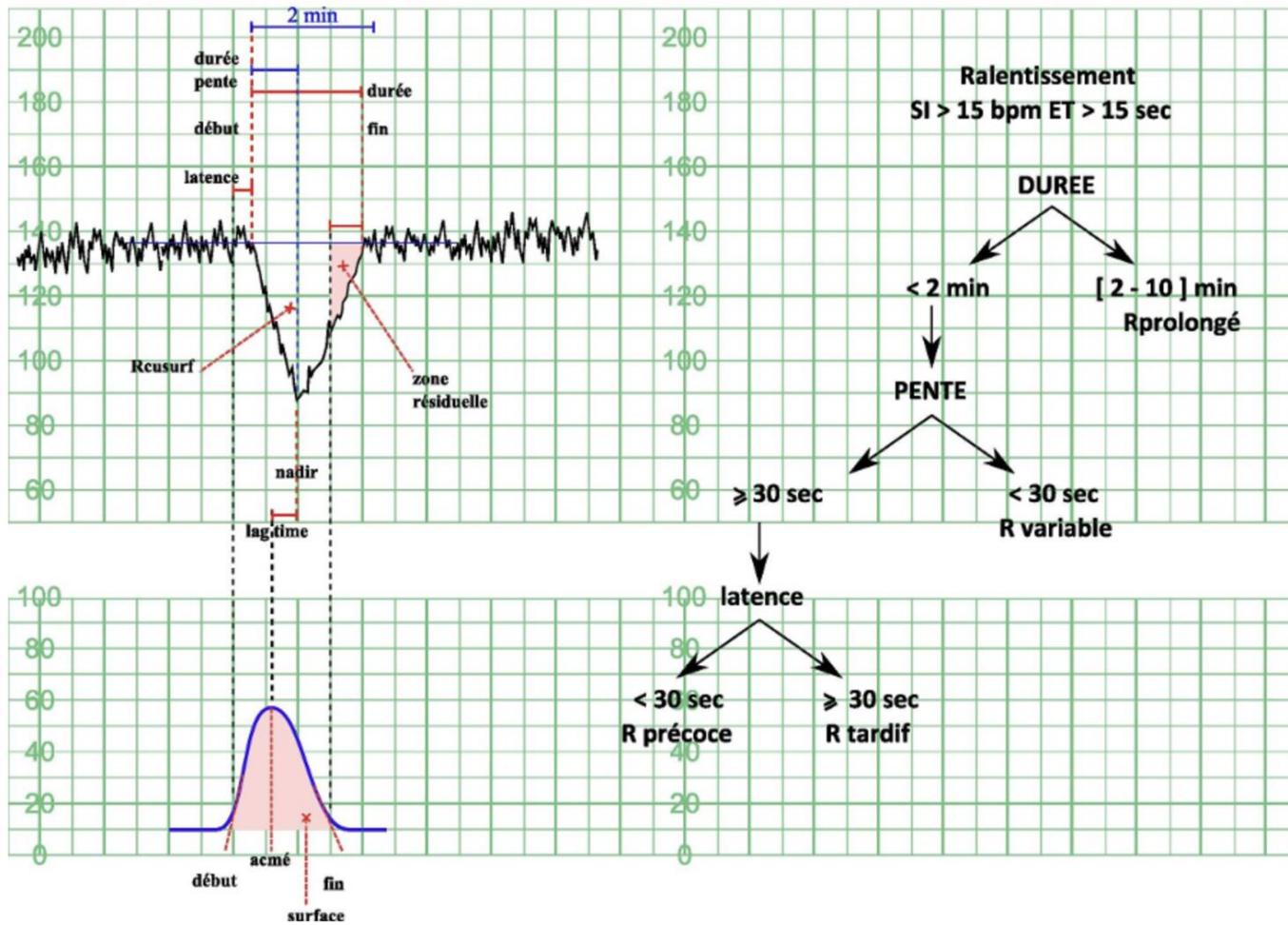
Accélération si > 15 bpm et > 15 sec avec pente d'ascension abrupte (< 30 sec)



KFP 2



Paramètres des ralentissements

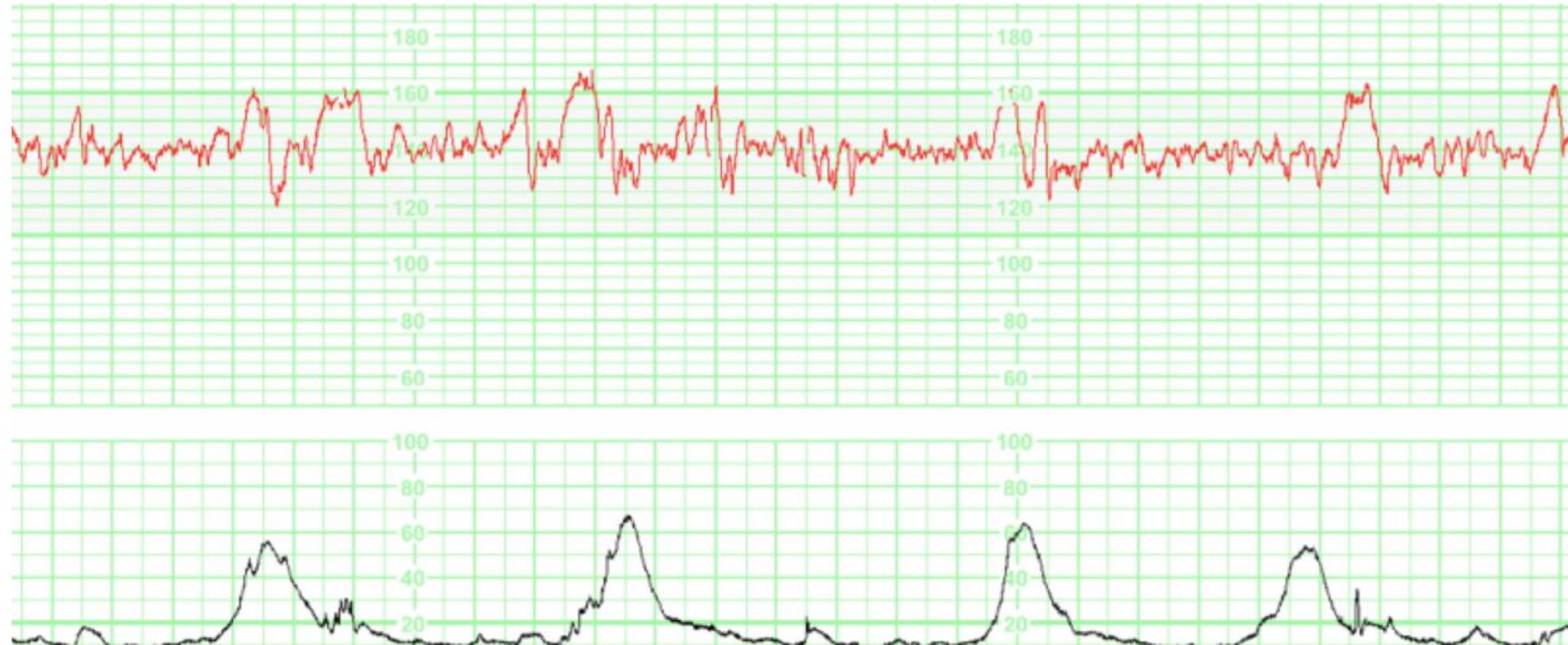


KFP 2



Vous êtes l'externe de garde en maternité

Le rythme de la patiente en salle A vous interpelle, que pouvez-vous en dire ? (3 réponses)



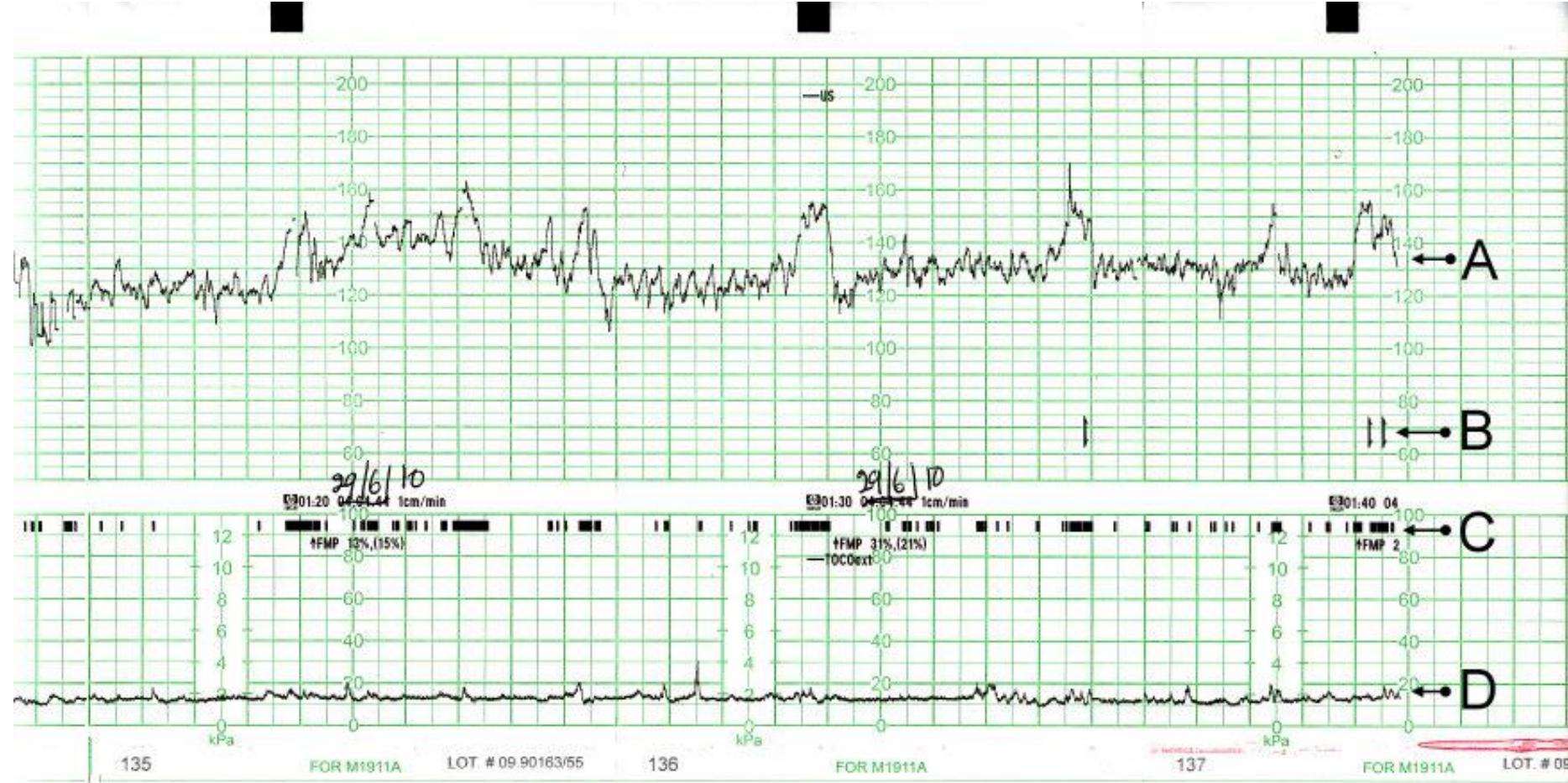
Vous êtes l'externe de garde en maternité

Le rythme de la patiente en salle A vous interpelle, que pouvez-vous en dire ? (3 réponses)

- A. L'enregistrement est d'une durée d'environ 3 minutes
- B. Le rythme cardiaque maternel est représenté par le tracé noir
- C. **Le rythme de base du fœtus est de 140 bpm**
- D. On ne visualise pas d'accélérations
- E. **Le rythme fœtal dans les limites acceptables de la variabilité**
- F. Cet enregistrement est pathologique
- G. **Les contractions utérines sont régulières**

Item 31 : Accouchement, délivrance et suites de couches normales. Rang A : Connaître les éléments de surveillance clinique de l'accouchement normal

Monitoring foetal



Monitoring foetal



Allez sur wooclap.com et utilisez le code **NGRQLE**

Est-ce que ce rythme cardiaque foetal est normal ?

1

3%

6



2

97%

185



wooclap



100 %



191 / 448



KFP 2



Six heures plus tard, la patiente accouche de façon eutocique d'un garçon pesant 4200g. Vous êtes appelé à 350mL de saignement par la sage-femme car la patiente ne se délivre pas spontanément ; à partir de quelle quantité de saignements débutez-vous la prise en charge de l'HPP ?

KFP 2



Six heures plus tard, la patiente accouche de façon eutocique d'un garçon pesant 4200g. Vous êtes appelé à 350mL de saignement par la sage-femme car la patiente ne se délivre pas spontanément ; à partir de quelle quantité de saignements débutez-vous la prise en charge de l'HPP ?

QROC : 500cc

Césarienne ou accouchement par voie basse, le seuil est toujours de 500mL avec une HPP dite sévère si plus de 1000mL. Dans les 24 premières heures.

*Item 24 - Principales complications de la grossesse **Rang A** : Connaître la définition de l'hémorragie du post partum (HPP)*

KFP 2

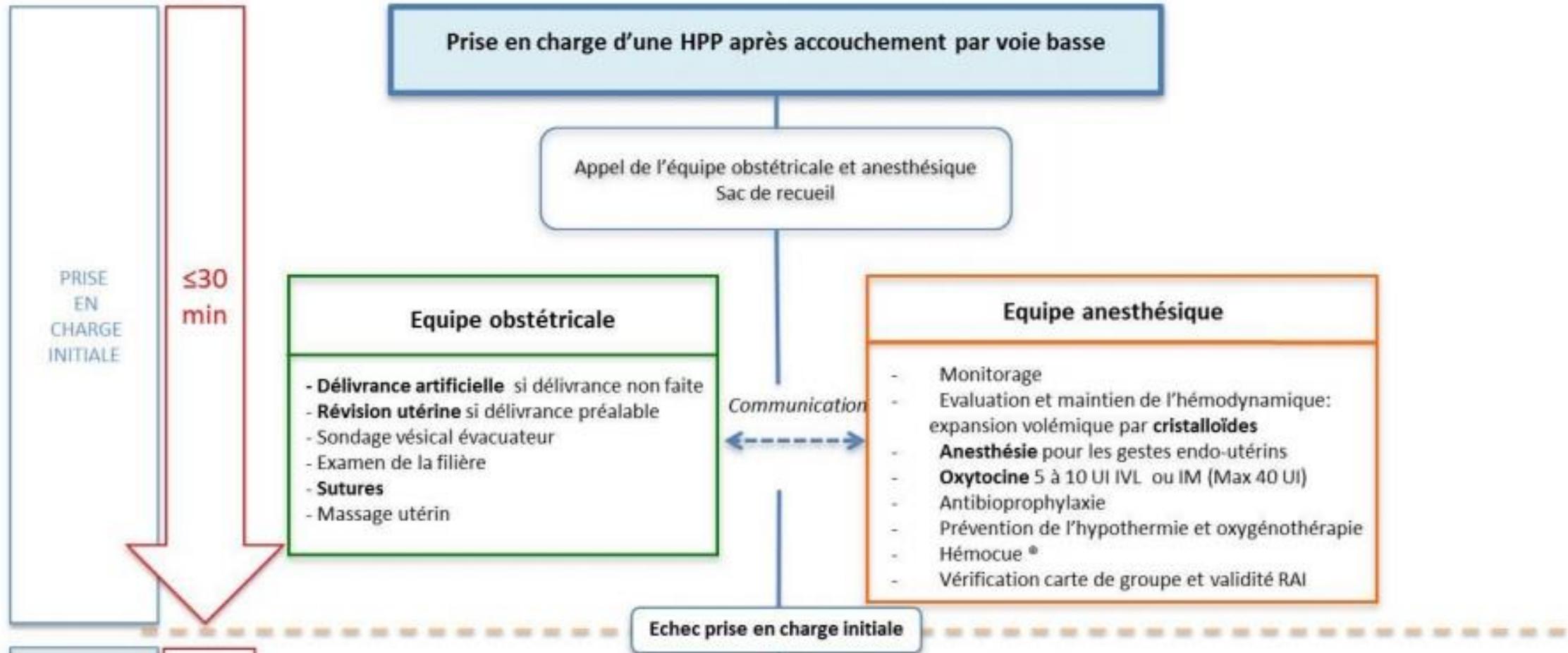


Quel(s) est (sont) la (les) réponse(s) correcte(s) concernant la prise en charge immédiate ? (5 réponses)

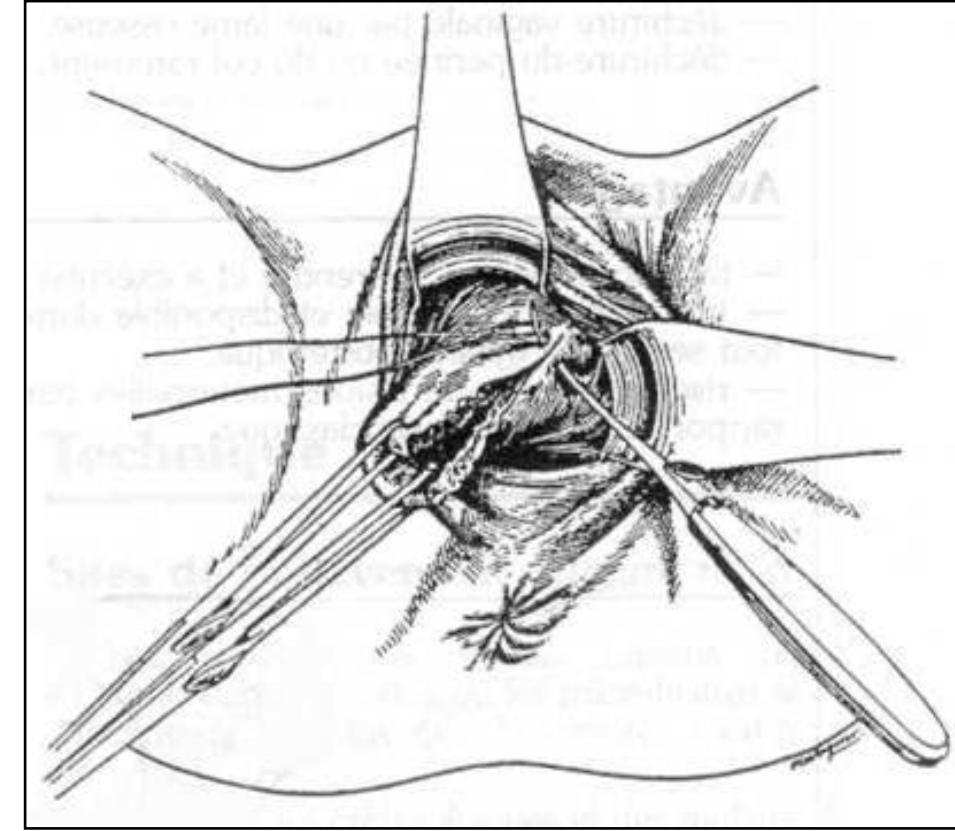
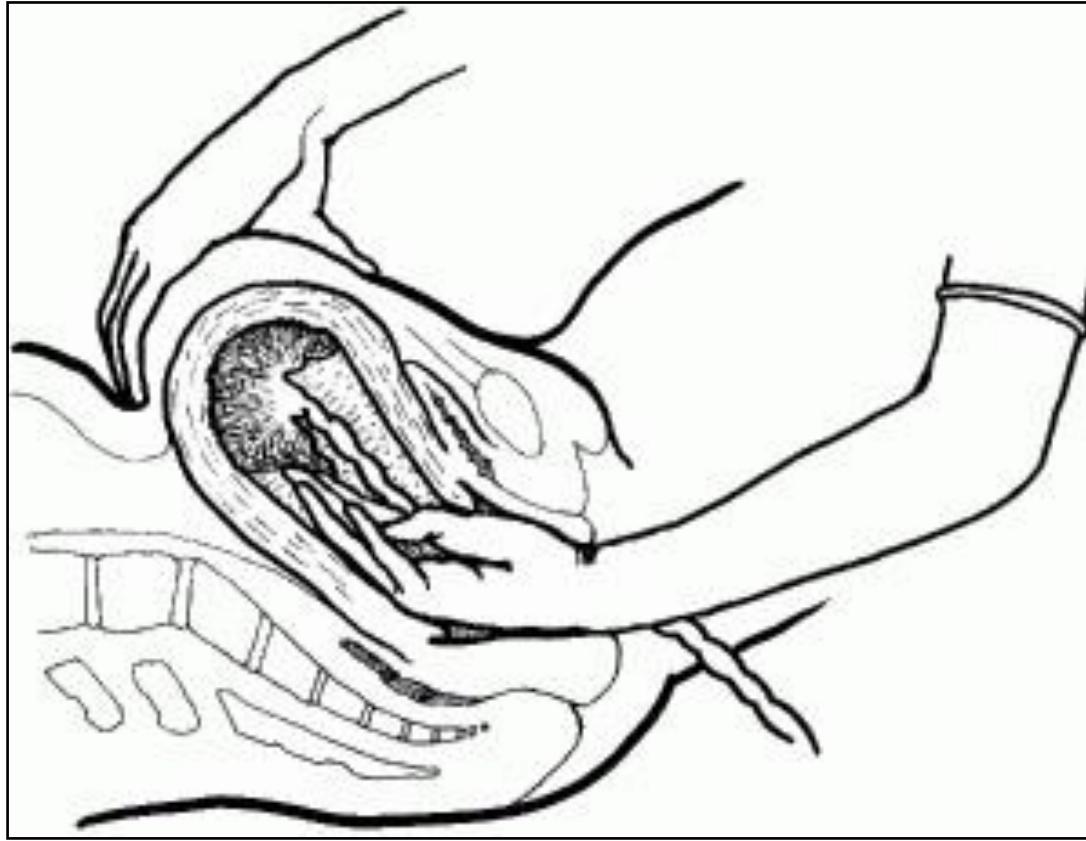
- A. Massage utérin
- B. Délivrance artificielle
- C. Révision utérine
- D. Ocytocine
- E. Sulprostone
- F. Révision de la filière génitale sous valve
- G. Remplissage
- H. Transfusion de culots globulaires
- I. Ligature des artères utérines
- J. Méchage vaginal
- K. Embolisation artérielle
- L. Ballon de tamponnement intra utérin
- M. Hystérectomie d'hémostase en dernier recours

Quel(s) est (sont) la (les) réponse(s) correcte(s) concernant la prise en charge immédiate ? (5 réponses)

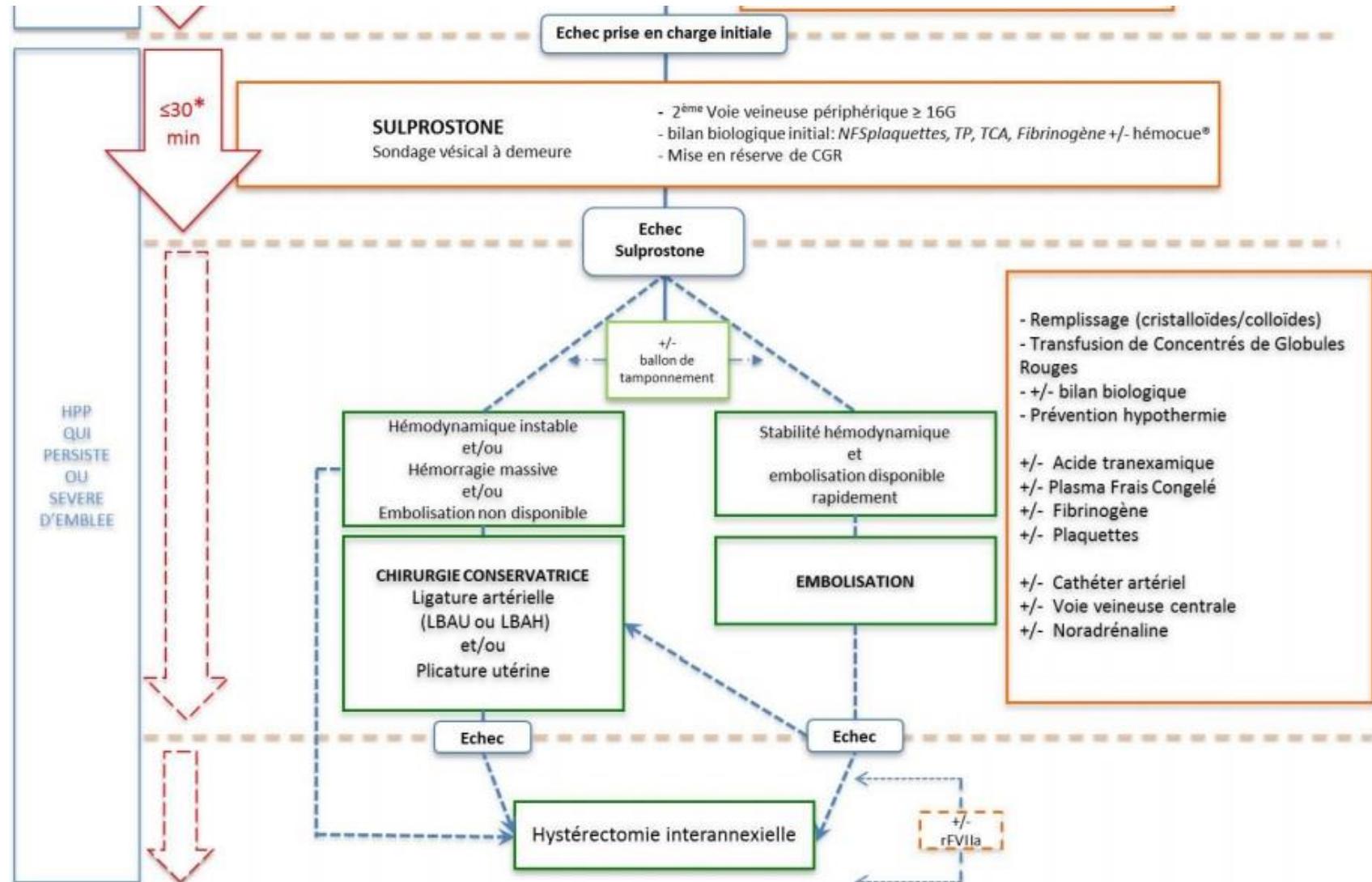
- A. Massage utérin**
- B. Délivrance artificielle**
- C. Révision utérine**
- D. Ocytocine**
- E. Sulprostone**
- F. Révision de la filière génitale sous valve**
- G. Remplissage**
- H. Transfusion de culots globulaires**
- I. Ligature des artères utérines**
- J. Méchage vaginal**
- K. Embolisation artérielle**
- L. Ballon de tamponnement intra utérin**
- M. Hystérectomie d'hémostase en dernier recours**



DARU / Révision de la filière génitale



HPP





Embolisation

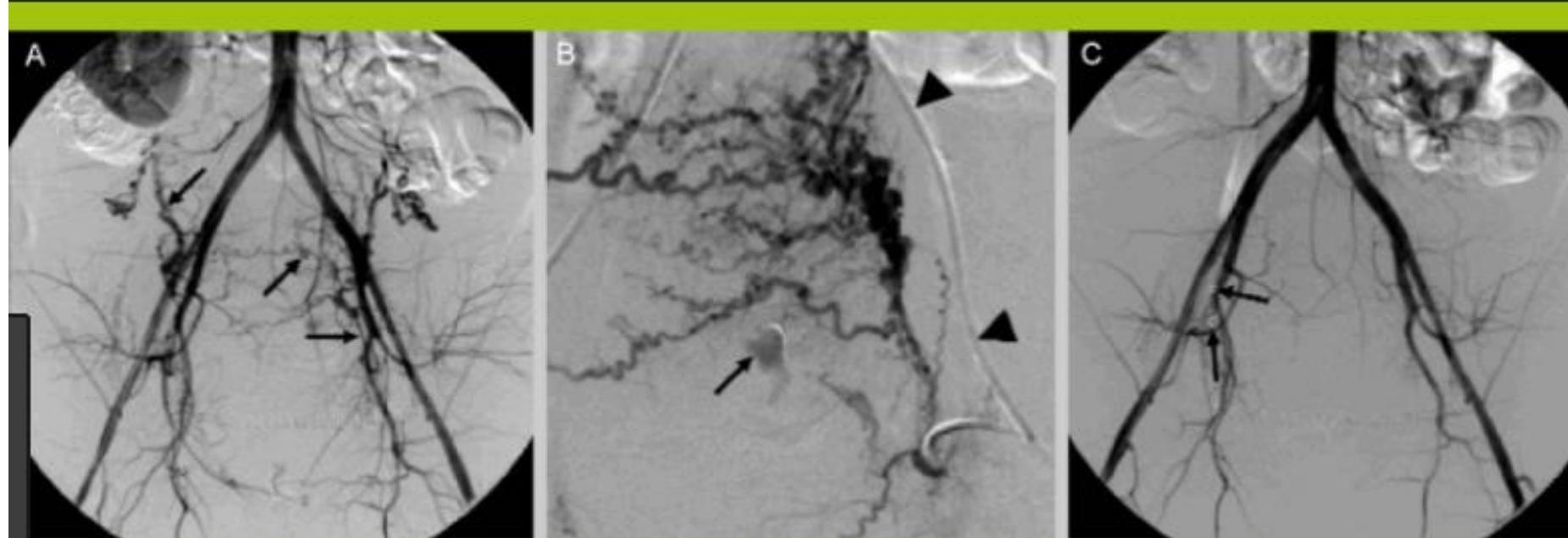
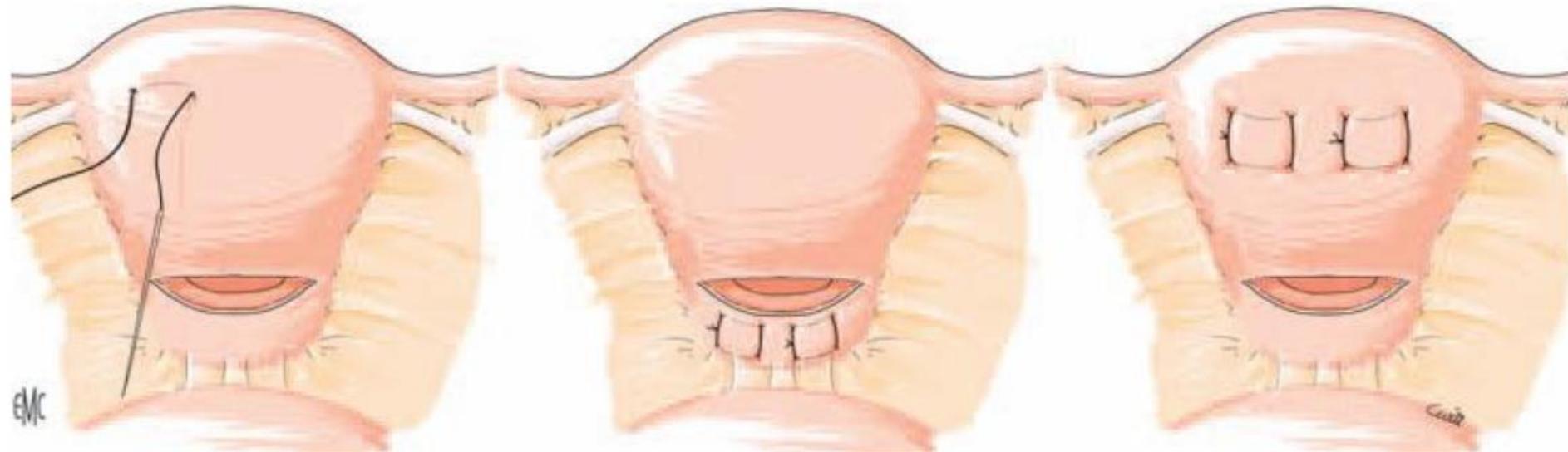
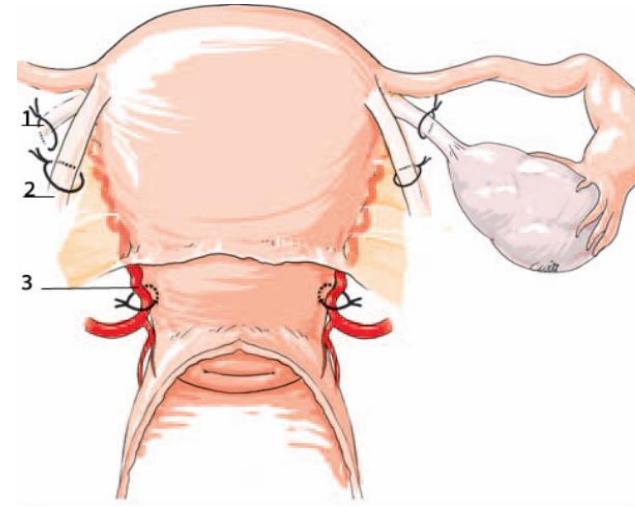


Figure 1. Patient de 31 ans présentant une hémorragie post-partum sévère

A. L'artériographie initiale du pelvis permet de repérer les deux artères utérines (flèches noires) avec leur aspect typique en tire-bouchon. B. Après cathétérisme sélectif de l'artère utérine gauche (têtes de flèches noires), mise en évidence d'une extravasation de produit de contraste au niveau d'une branche terminale (flèche noire), traduisant un saignement actif. C. Le contrôle angiographique final montre une occlusion complète des artères utérines. A noter la présence de deux microcoils métalliques au niveau de l'artère utérine droite (flèches noires) qui ont été utilisés pour l'obstruction proximale de cette artère.

- Hémodynamique stable
- Plateau technique

HPP : techniques chirurgicales



HPP : prévention systématique



- **Délivrance dirigée**, systématique = **ocytocine** dès la sortie de l'enfant (5 à 10 UI IVD); prophylaxie
- **Sac de recueil** du sang, juste après expulsion pour évaluer volume pertes sang;
- **Surveillance** systématique de toute accouchée **deux heures** en salle de travail en post-partum immédiat;
- **Délivrance artificielle** en cas de non-décollement placentaire **30 minutes** après l'accouchement en l'absence d'hémorragie.

KFP 3



Vous êtes médecin de ville et Mme Q. vous consulte car elle souhaite une grossesse depuis 3 mois, date à laquelle elle a arrêté sa pilule oestro-progestative de seconde génération. Elle n'a aucun antécédent hormis un surpoids (imc à 27), ne fume pas et ne prend aucun traitement. Elle est en couple avec conjoint depuis 2 ans. Quel traitement lui prescrivez-vous ?

Vous êtes médecin de ville et Mme Q. vous consulte car elle souhaite une grossesse depuis 3 mois, date à laquelle elle a arrêté sa pilule oestro-progestative de seconde génération. Elle n'a aucun antécédent hormis un surpoids (imc à 27), ne fume pas et ne prend aucun traitement. Elle est en couple avec son conjoint depuis 2 ans. Quel traitement lui prescrivez-vous ?

QROC : acide folique

Attention à la définition d'infertilité primaire : minimum un an, donc pas dans cette situation. Ici, prévenir uniquement les anomalies de fermeture du tube neural (notamment spina bifida) par 0,4mg d'acide folique quotidien à débuter en même temps que le désir de grossesse et à poursuivre jusqu'à la fin du premier trimestre.

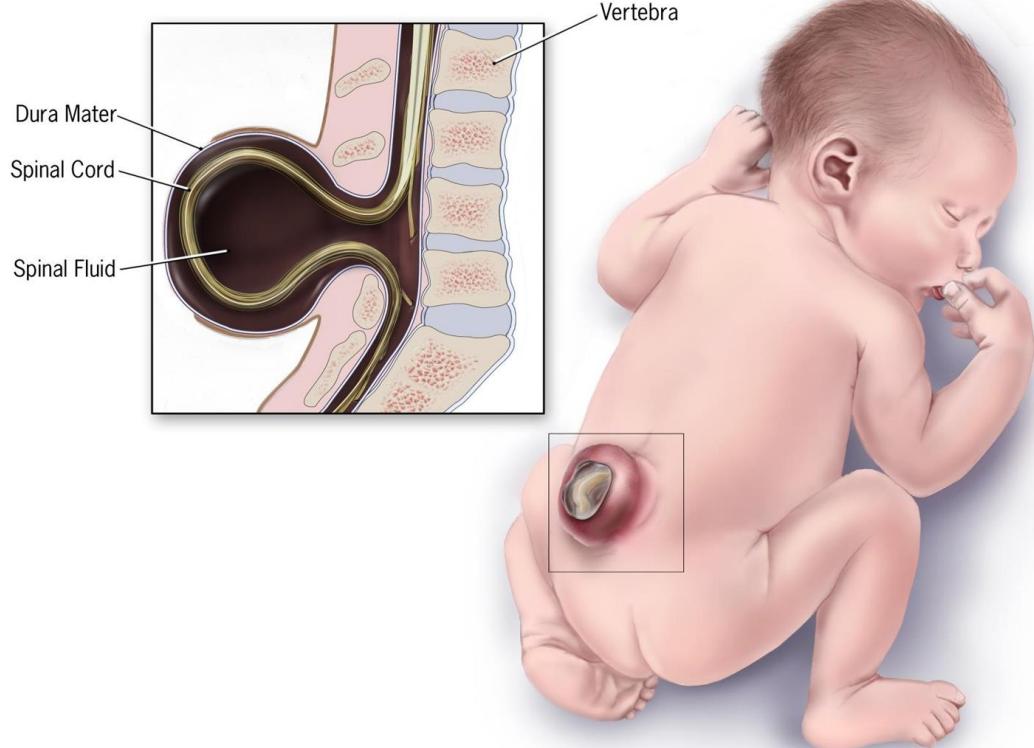
Item 254 : Besoin nutritionnels de la femme enceinte. Rang B : prévention du spina bifida

Anomalie de fermeture du tube neural



- La principale : le spina bifida = myéloméningocèle
- 5/10000 naissances
- Atteintes :
 - Des fonctions musculaires ;
 - De la motricité digestive ;
 - Du contrôle vésical et anal ;
 - Des fonctions génitales.
- En cas d'antécédent, dose d'acide folique = 5mg / jour

Spina Bifida (Open Defect)



KFP 3



Elle revient 3 mois plus tard en consultation. Elle est enceinte de 8SA et vous montre l'échographie de datation qu'elle a réalisé où l'on distingue clairement un sac gestationnel intra-utérin avec un embryon présentant une activité cardiaque. Elle se plaint de vomissements. Que lui conseillez-vous ? (3 réponses)

- A. manger moins souvent et en plus grosses quantités
- B. jeûne intermittent
- C. éviter les aliments trop odorants
- D. boissons sucrées
- E. vitamine B8
- F. Prise d'ondansetron
- G. Prise de Doxylamine

KFP 3



Elle revient 3 mois plus tard en consultation. Elle est enceinte de 8SA et vous montre l'échographie de datation qu'elle a réalisé où l'on distingue clairement un sac gestationnel intra-utérin avec un embryon présentant une activité cardiaque. Elle se plaint de vomissements. Que lui conseillez-vous ? (3 réponses)

- A. manger moins souvent et en plus grosses quantités
- B. jeûne intermittent
- C. éviter les aliments trop odorants**
- D. boissons sucrées**
- E. vitamine B8
- F. Prise d'ondansetron
- G. Prise de Doxylamine**

Correction :

- éviter les aliments trop odorants,
- favoriser les aliments appétissants,
- privilégier soupes et féculents,
- boissons sucrées pour casser le cycle vicieux du jeûne qui accentue les nausées,
- fractionner les repas tout au long de la journée,
- manger lentement et bien mâcher
- Vitamine B6, doxylamine

Attention l'ondansetron (Zophren) augmenterait le risque d'anomalies fermeture du tube neurale au premier trimestre et est désormais **contre-indiqué** à cette période.

*Item 23 : grossesse normale - **Rang A** Connaître les mesures médicamenteuses et non médicamenteuses concernant les petits maux de la grossesse*

KFP 3



Vous la revoyez 2 semaines plus tard. Grâce à vos conseils, les vomissements ont très largement diminué en fréquence. Vous en profitez pour prescrire le bilan recommandé au premier trimestre. Quels examens prescrivez-vous (5 réponses) ?

- A. Détermination du rhésus fœtal sur sang fœtal
- B. RAI
- C. Sérologie toxoplasmose
- D. Sérologie VHC
- E. VDRL
- F. Antigène HbS
- G. Glycémie à jeun
- H. Alpha-foeto-protéine
- I. Beta-hcg libre

Vous la revoyez 2 semaines plus tard. Grâce à vos conseils, les vomissements ont très largement diminué en fréquence. Vous en profitez pour prescrire le bilan recommandé au premier trimestre. Quels examens prescrivez-vous (5 réponses) ?

- A. Détermination du rhésus fœtal sur sang fœtal
- B. RAI
- C. **Sérologie toxoplasmose**
- D. Sérologie VHC
- E. VDRL
- F. **Antigène HbS**
- G. **Glycémie à jeun**
- H. Alpha-foeto-protéine
- I. **Beta-hcg libre**

KFP 3



Correction : Carte de groupe sanguin, RAI, détermination rhésus foetal sur sang maternel, sérologies Toxo / Rubéole, sérologie VIH 1 et 2, TPHA, Ag HbS, Glycémie à jeun (si FdR), ECBU (si notion IU), marqueurs du T1 de la T21 (beta-hcg libre et PAPP-A).

Distracteurs : sérologie VHC (absence de FdR), détermination du rhésus foetal sur sang foetal (n'existe pas), marqueurs T21 du T2 (AFP et beta-hcg libre), VDRL (non recommandé en première intention).

*Item 23 : grossesse normale **Rang A** Connaître les examens biologiques nécessaire à la déclaration et ceux qui sont recommandés pour le suivi de la femme enceinte, ainsi que leur intérêt*



DP 1 Menace d'accouchement prématuré

DP 1



Interne en maternité de niveau 2b vous recevez Mme C 30 ans 3ème pare, enceinte de 28+4 SA pour douleurs abdominales et métrorragies de faible abondance. Concernant la grossesse actuelle : grossesse spontanée singleton, fœtus eutrophe, découverte lors de l'échographie du 2ème trimestre d'un placenta praevia marginal. Constantes lors de son arrivée aux urgences : température 37,2°C, TA 12/8, FC 86
Les bruits du cœur foetal sont perçus.

1) Quels examens réalisez vous en 1ère intention : (QRM)

- A) Toucher vaginal
- B) BU
- C) Echographie abdominale uniquement
- D) Echographie vaginale et abdominale
- E) Enregistrement du rythme cardiaque fœtal

DP 1



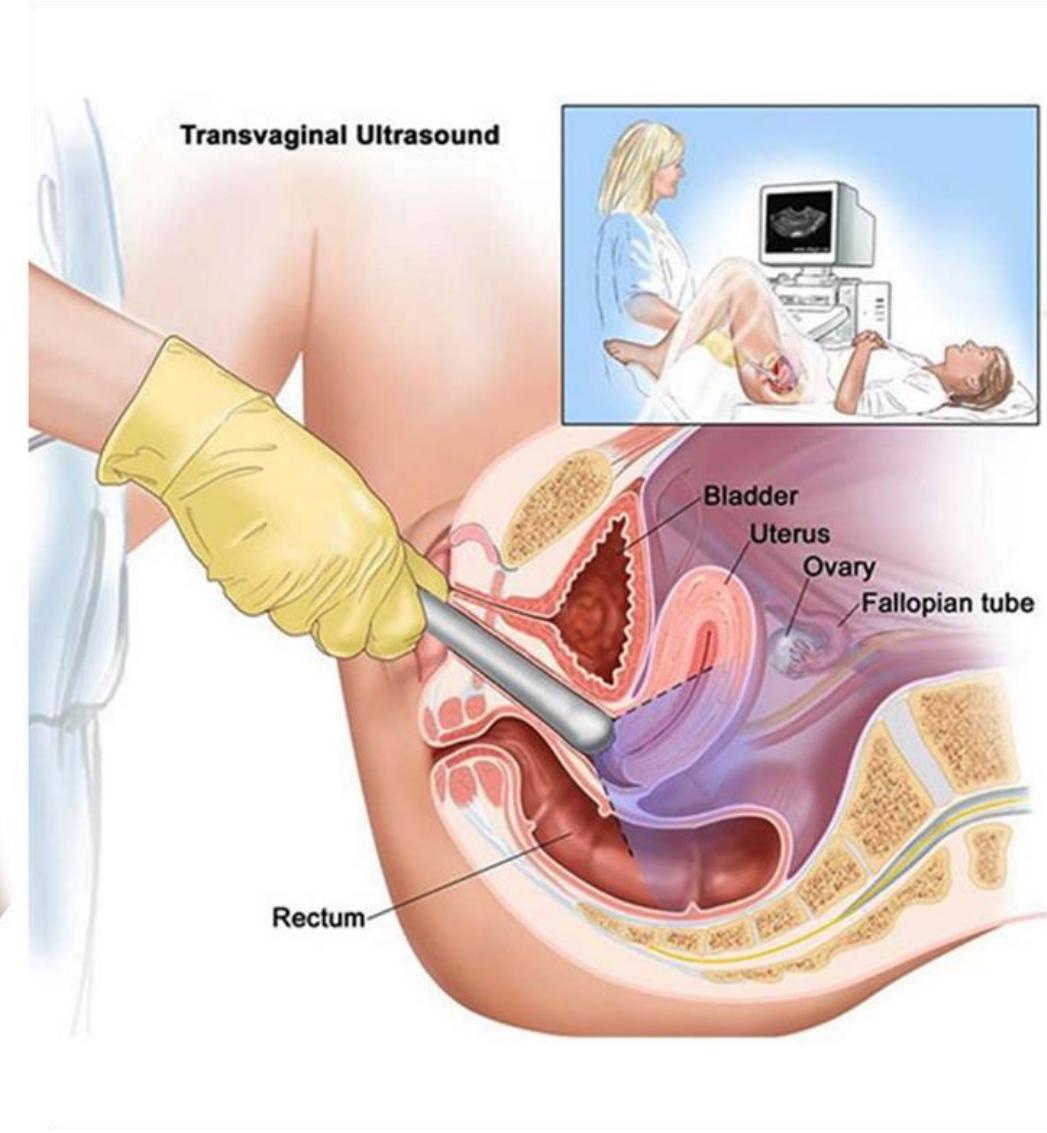
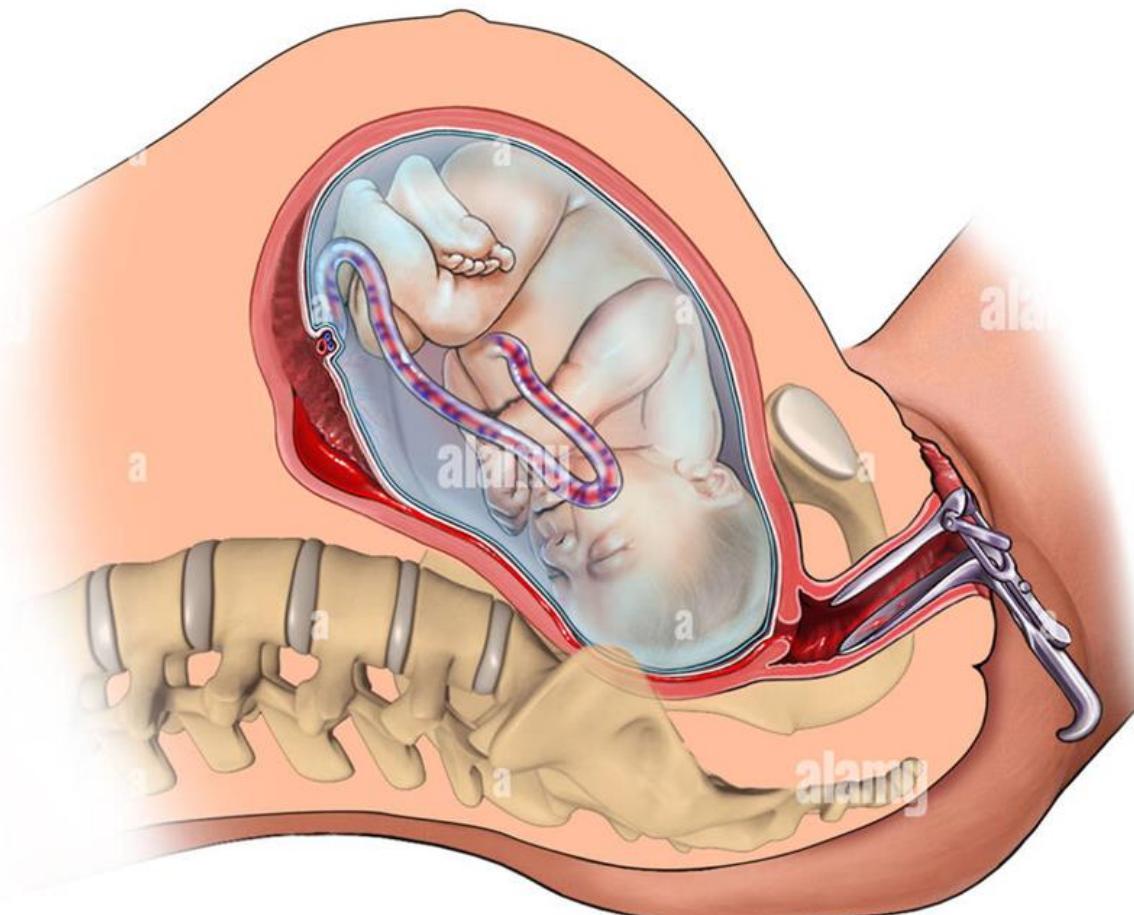
*Interne en maternité de niveau 2b vous recevez Mme C 30 ans 3ème pare, enceinte de 28+4 SA pour douleurs abdominales et mètrorragies de faible abondance. Concernant la grossesse actuelle : grossesse spontanée singleton, fœtus eutrophe, découverte lors de l'échographie du 2ème trimestre d'un placenta praevia marginal. Constantes lors de son arrivée aux urgences : température 37,2°C, TA 12/8, FC 86
Les bruits du cœur foetal sont perçus.*

1) Quels examens réalisez vous en 1er intention :

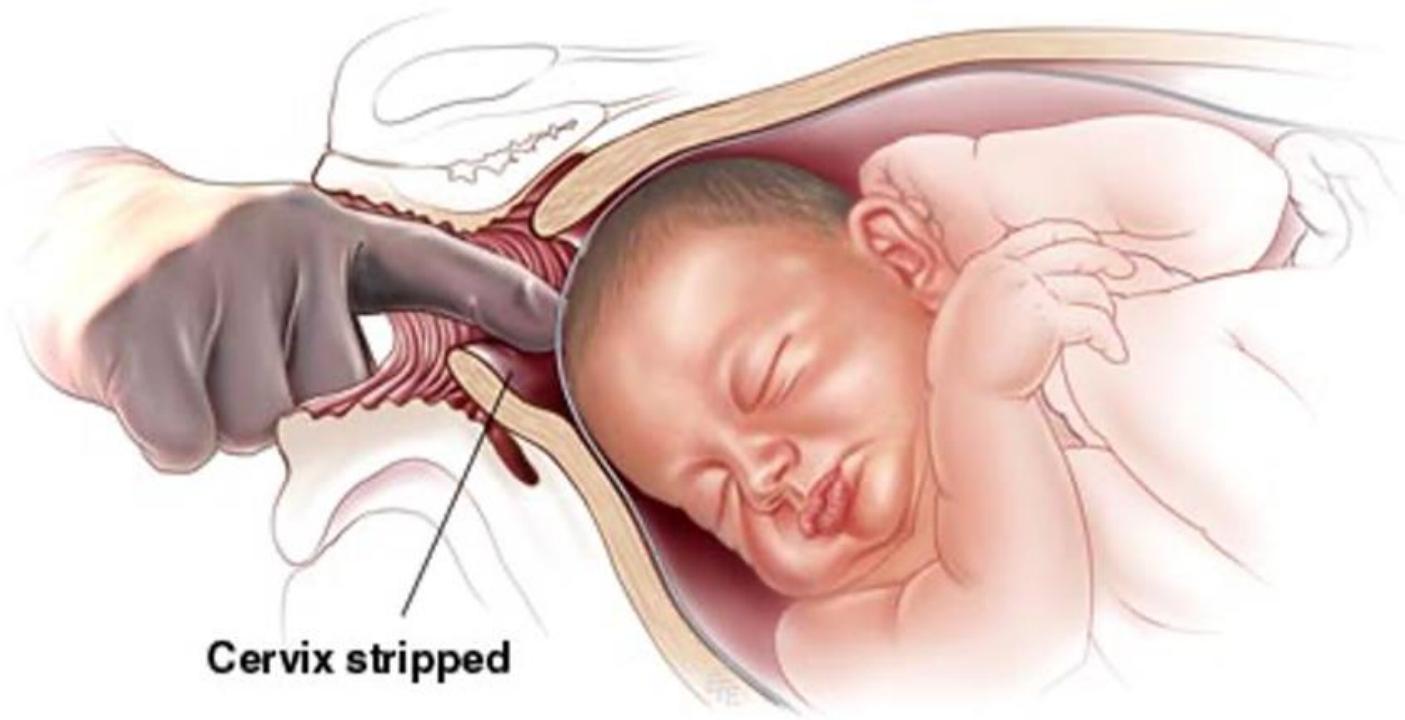
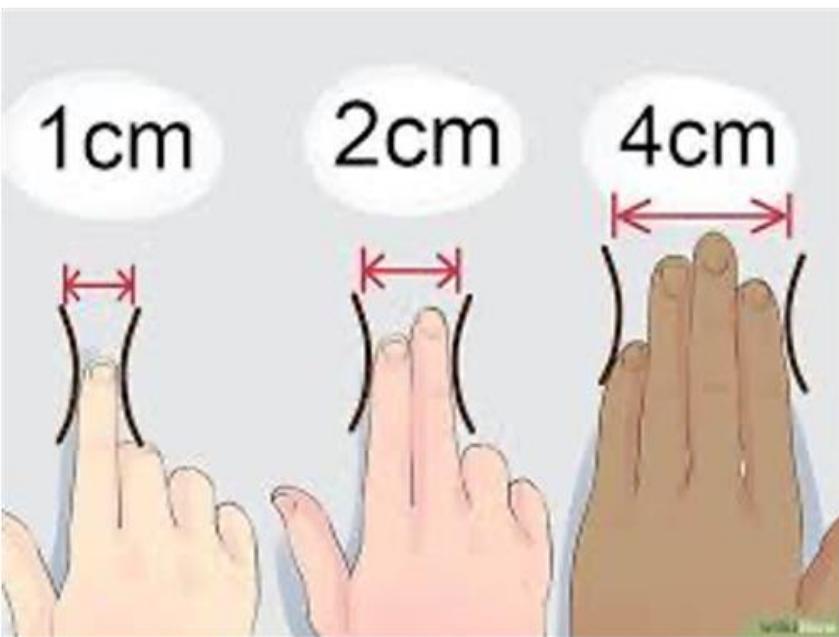
- A) Toucher vaginal
- B) BU**
- C) Echographie abdominale uniquement
- D) Echographie vaginale et abdominale
- E) Enregistrement du rythme cardiaque fœtal

Attention : Le toucher vaginal est strictement contre-indiqué en cas de placenta inséré bas

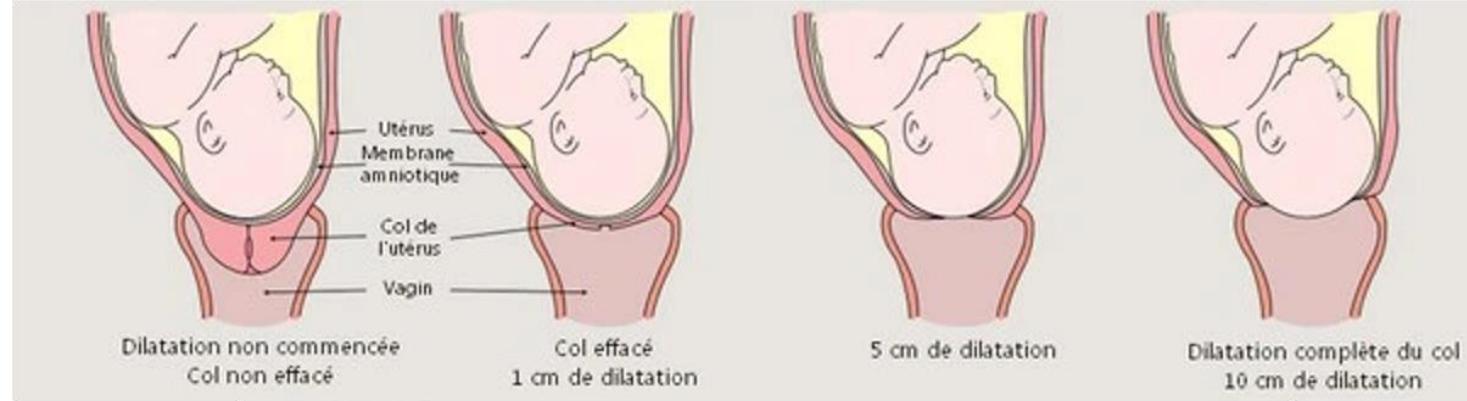
DP 1



DP 1



DP 1



DP 1



L'abdomen est souple entre les contractions. Elle ne présente pas de douleurs lombaires. La bandelette urinaire revient négative. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal retrouve un RCF sans particularité associée à des contractions utérines régulières et douloureuses toutes les 5 minutes.

Vous réalisez une échographie abdominale retrouvant un fœtus au 50eme percentile avec une excellente vitalité fœtale. Vous mesurez un col à 6 mm à l'échographie endovaginale.

2) Quel est votre diagnostic ? *QROC, répondez en 1 à 5 mot(s) sans abréviations*

DP 1



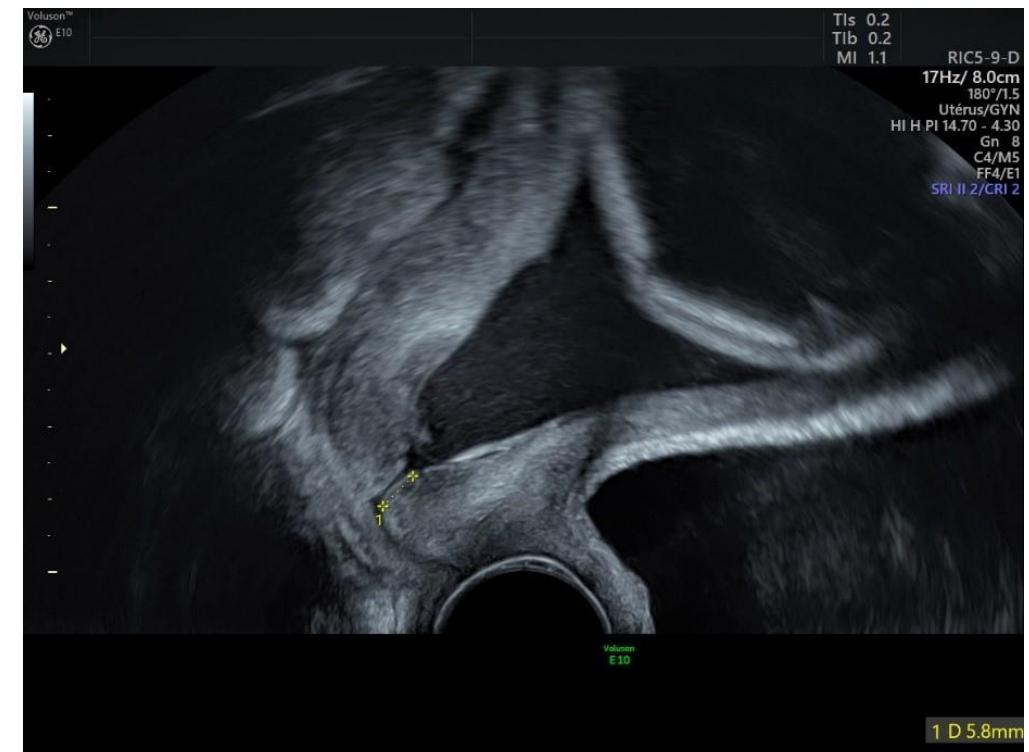
L'abdomen est souple entre les contractions. Elle ne présente pas de douleurs lombaires. La bandelette urinaire revient négative. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal retrouve un RCF sans particularité associée à des CU toutes les 7min.

Vous réalisez une échographie abdominale retrouvant un fœtus au 50eme percentile avec une excellente vitalité fœtale. Vous mesurez un col à 6mm à l'échographie endovaginale.

2) Quel est votre diagnostic ?

Réponses acceptées : menace d'accouchement prématuré et variantes orthographiques

Sur la photo ci contre : col raccourci (5,8mm), tête du foetus non appliquée contre le col



Menace d'accouchement prématuré



Choisissez une méthode de connexion

@ louis.edouard.galan@gmail.com

Créer un compte

OU



OU

Se connecter via un établissement

Uniquement pour les établissements qui ont un abonnement Custom Wooclap

 Votre établissement

Menace d'accouchement prématuré



Définition : association de modifications cervicales (écho ou clinique) et de contractions utérines régulières et douloureuses avant 37 SA, soit **entre 22 SA et 36 SA + 6 jours**.

Col raccourci : <25mm

Aucune étiologie dans 60% des cas. Si étiologie retrouvée : infection cause n°1

Facteur de risque : Age, consommation de toxique, bas niveau socio-économique, précarité, travail pénible, grossesses rapprochées/nombre d'enfant à charge...



DP 1



Vous posez le diagnostic de menace d'accouchement prématuré (MAP).

3) Quel bilan faites-vous ?

- A) NFS
- B) CRP
- C) ECBU et prélèvement vaginal
- D) Hémoculture
- E) ECG

3) Vous posez le diagnostic de MAP. Quel bilan faites-vous ?

- A) NFS
- B) CRP
- C) ECBU
- D) Hémoculture
- E) ECG : inutile en l'absence de symptômes ou antécédents cardiaques

Recherche cause infectieuse :

ECBU : infections urinaires, bactériuries asymptomatiques

PV : infections vaginales, chorioamniotite

Si suspicion rupture prématuée des membranes : *recherche d'IGFBP-1 ou de PAMG-1 (Amnio-Quick, Amniocator...).*

Si fièvre : faire hémocultures (systématique chez femme enceinte pour recherche *Listeria*)

DP 1



Le bilan biologique est normal. Il n'y a pas de rupture prématuée des membranes.

4) Quel(s) traitement(s) mettez-vous en place ? (QRM)

- A) Cure de corticoïde anténatal
- B) Antibiothérapie
- C) Tocolyse par Salbutamol
- D) Tocolyse par nifédipine
- E) Transfert en maternité de niveau I

DP 1



Le bilan biologique est normal. Il n'y a pas de rupture prématuée des membranes.

4) Quel(s) traitement(s) mettez-vous en place ? (QRM)

- A) Cure de corticoide anténatal
- B) Antibiothérapie
- C) Tocolyse par Salbutamol
- D) Tocolyse par nifédipine
- E) Transfert en maternité de niveau I

Sur le plan maternel	Sur le plan fœtal
<p><u>Traitements symptomatiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Tocolyse</u> : inhibiteurs calciques (nifédipine) per os ou antagonistes de l'oxytocine (atosiban) IV - <u>Antispasmodique</u> - <u>Injection de gammaglobulines anti-D</u> si la patiente est Rh⁻, en cas de métrorragies <p><u>Transfert en maternité de niveau adapté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - si < 29-32 SA et/ou < 1 500 g → type III ; - si > 29-32 SA et > 1 500 g → type IIb ; - si 32-34 SA et > 1 500 g → type IIa ; - si > 34 SA → type I <p>Transfer in utero +++. Morbidité importante du transfert en post natal</p>	<p><u>Prise en charge de la prématurité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Corticothérapie anténatale</u> par bétaméthasone (si < 34SA) <ul style="list-style-type: none"> réduction maladies des membranes hyalines, hémorragies intraventriculaires, entérocolites ulcéronécrosantes et des décès. - <u>Sulfate de magnésium</u>, avant 32 SA et en cas d'accouchement imminent <ul style="list-style-type: none"> Protecteur cérébral

DP 1



La patiente est hospitalisée en unité de grossesse pathologique au CHU (maternité de niveau 3).

La cure de corticoïdes a été réalisée (2 injections IM à 24h d'intervalle).

La tocolyse réussit et elle rentre à domicile au bout de 10 jours d'hospitalisation.

Elle revient aux urgences à 36SA pour métrorragies provoquées, brutales, abondantes, indolores, de sang rouge.

Constantes : TA 10/7 FC 110

Palpation abdominale sans particularité

5) Quelle est selon vous la cause la plus probable de ce saignement ?(QROC)

DP 1



La patiente est hospitalisée en unité de grossesse pathologique au CHU (maternité de niveau 3).

La cure de corticoïdes a été réalisée (2 injections IM à 24h d'intervalle).

La tocolyse réussit et elle rentre à domicile au bout de 10 jours d'hospitalisation.

Elle revient aux urgences à 36SA pour métrorragies provoquées, brutales, abondantes, indolores, de sang rouge.

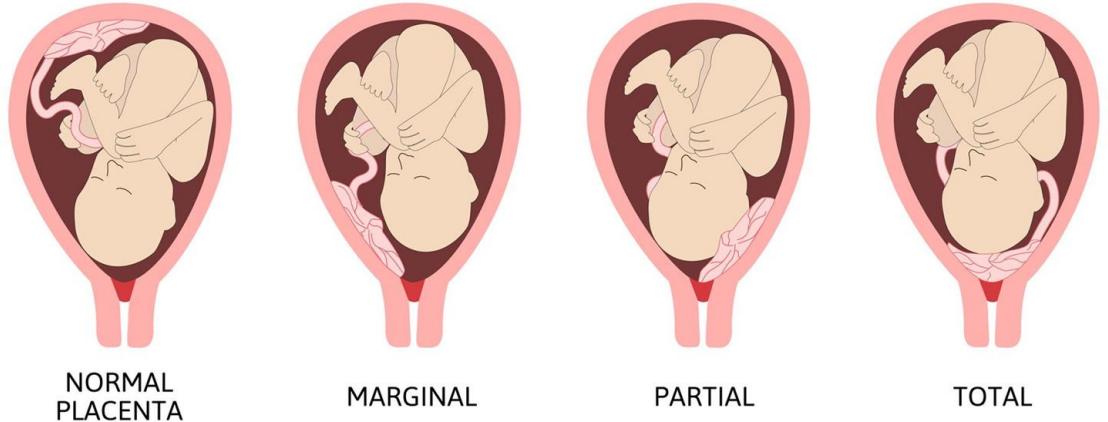
Constantes : TA 110/7, FC 110

Palpation abdominale sans particularité

Définition : inséré en partie ou en totalité sur le segment inférieur)

5) Quelle est selon vous la cause la plus probable de ce saignement ? (QROC)

PLACENTA PRAEVIA



DP 1



Vous suspectez le placenta praevia comme étant la cause des métrorragies.
La patiente est pâle et essoufflée.

6) Quelle est votre conduite à tenir immédiate ?

- A) NFS et groupage ABO, RAI
- B) Mise en place d'une VVP
- C) Déclenchement et transfert en salle de naissance pour accouchement par voie basse
- D) Recherche de signes de retentissement foetal
- E) Bilan pré-opératoire et appel de l'anesthésiste

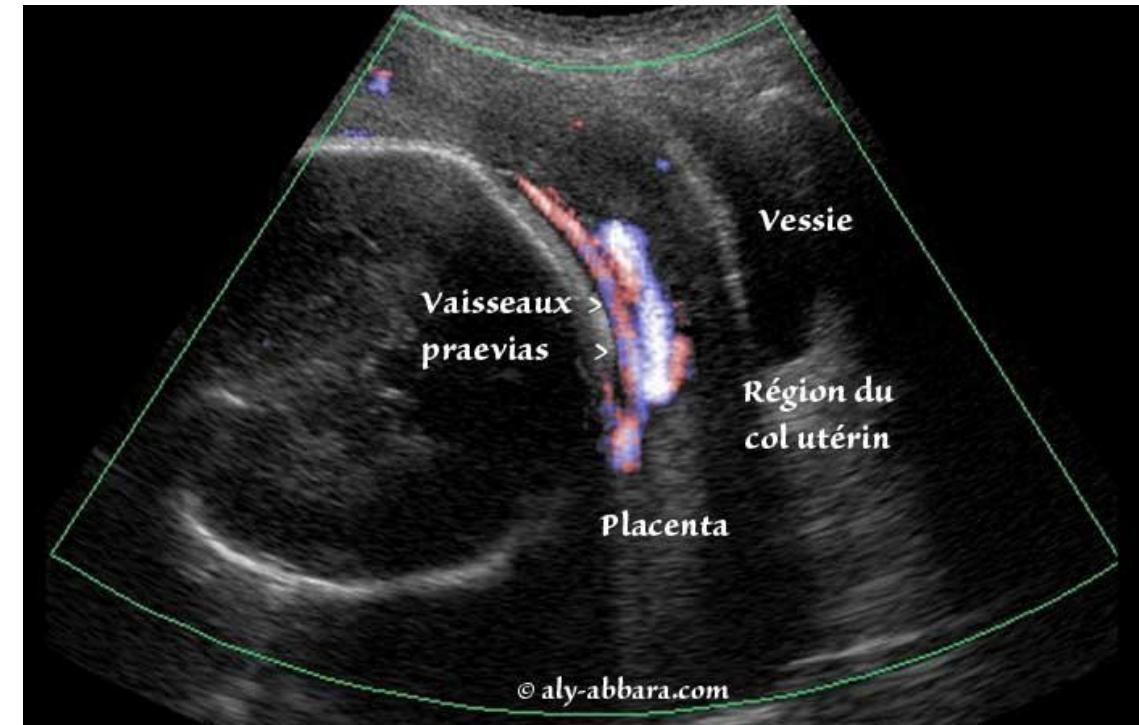
DP 1



*Vous suspectez le placenta praevia comme étant la cause des métrorragies.
La patiente est pâle et essoufflée.*

6) Quelle est votre conduite à tenir immédiate ? (QRM)

- A) NFS et groupage ABO, RAI
- B) Mise en place d'une VVP
- C) Déclenchement et transfert en salle de naissance pour accouchement par voie basse
- D) Recherche de signes de retentissement foetal
- E) Bilan pré-opératoire et appel de l'anesthésiste

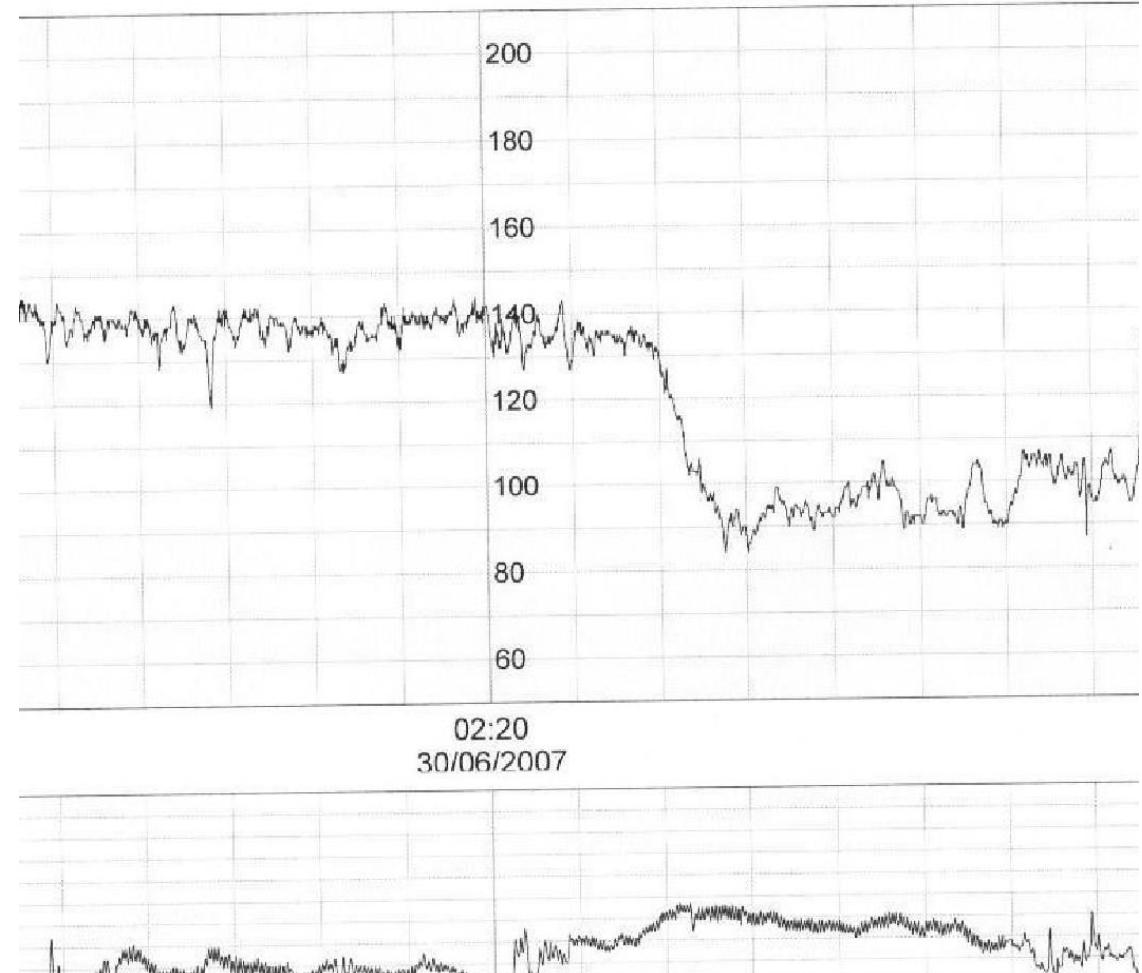


L'échographie obstétrical retrouve un fœtus eutrophe avec un oligoamnios. L'échographie du col retrouve un placenta praevia avec un vaisseaux praevia devant l'orifice interne du col. L'enregistrement du rythme cardique fœtal vous est présenté ci-dessous



Quelle interprétation en faites-vous et quelle est votre conduite à tenir ?

- a) Risque d'acidose léger
- b) Risque d'acidose fœtale importante
- c) Passage en salle de naissance
- d) Déclenchement du travail
- e) Césarienne en urgence

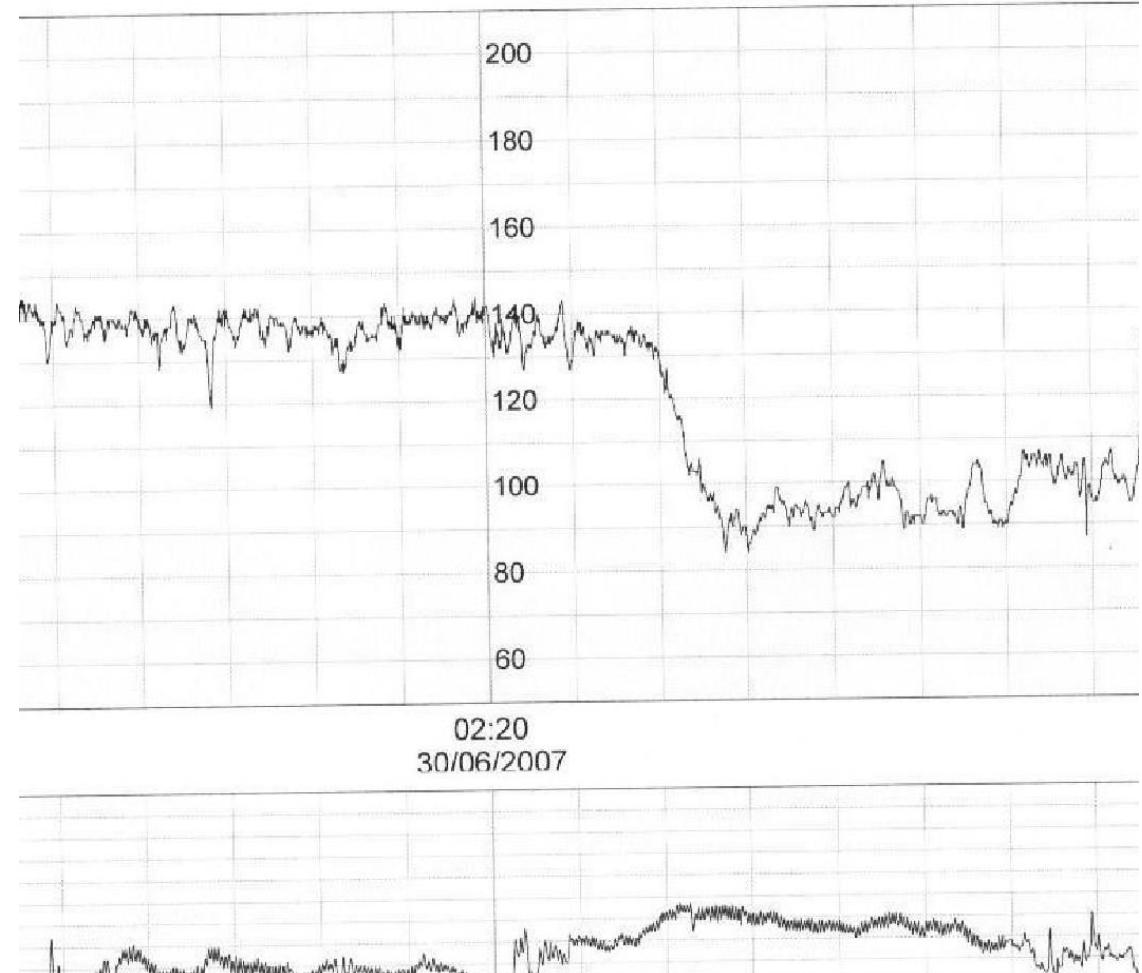


L'échographie obstétrical retrouve un fœtus eutrophe avec un oligoamnios. L'échographie du col retrouve un placenta praevia avec un vaisseaux praevia devant l'orifice interne du col. L'enregistrement du rythme cardique fœtal vous est présenté ci-dessous



Quelle interprétation en faites-vous et quelle est votre conduite à tenir ?

- a) Risque d'acidose léger
- b) Risque d'acidose fœtale importante
- c) Passage en salle de naissance
- d) Déclenchement du travail
- e) Césarienne en urgence



Placenta praevia



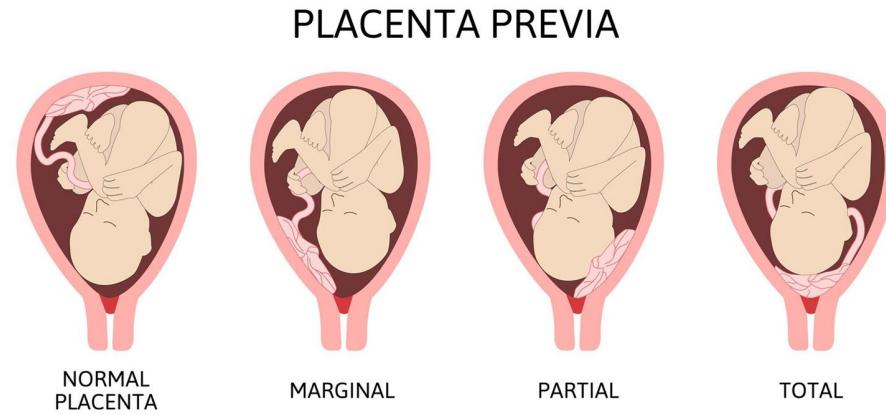
Définition : implantation du placenta sur le segment inférieur de l'utérus ↗ insertion anormalement basse du placenta (1% des grossesses et 30% des MTR 3ème T)

Facteurs favorisant : atcd de placenta praevia, multiparité, âge maternel avancé, atcd de geste endo-utérin/césarienne, malformation utérine, tabagisme

Clinique : hémorragie abondante de sang rouge, indolore associée à un utérus souple. Echographie endovaginal retrouvant un placenta inséré à moins de 10mm de l'OI du col

Complication : maternelle (hémorragie récidivante, allo-immunisation foeto-maternelle, placenta accreta....) et fœtale (hypoxie, risque de prématurité, procidence du cordon, hémorragie de Benckiser)

CAT : hospitalisation si symptomatique et prévention prématurité fœtal. Si signe de gravité maternel ou fœtal ↗ césarienne en urgence





DP2 Contraception

DP 2



Vous recevez en consultation Mlle . S , 17 ans, le 12 décembre 2022. Il s'agit d'une patiente qui consulte pour un souhait de prescription d'une contraception.

Antécédents :

Gynécologique : G0P0

Médicaux : Tabagisme actif à 6 PA.

Chirurgicaux : Appendicectomie

Familiaux : cancer du côlon chez son père

La date des dernières règles est le 5 décembre 2022

1) Quels sont les réponses exactes ?

- A) La prescription d'une pilule oestroprogestative est à risque de thrombose artérielle, maximal la première année d'utilisation
- B) On peut proposer un implant sous cutané
- C) Une pilule oestroprogestative est contre indiquée chez cette patiente
- D) On ne peut pas proposer de DIU car la patiente est nullipare
- E) La contraception mécanique est toujours indiquée

DP 2



Vous recevez en consultation Mlle . S , 17 ans, le 12 décembre 2022. Il s'agit d'une patiente qui consulte pour un souhait de prescription d'une contraception.

Antécédents :

Gynécologique : G0PO

Médicaux : Tabagisme actif à 6 PA.

Chirurgicaux : Appendicectomie

Familiaux : cancer du côlon chez son père

La date des dernières règles est le 5 décembre 2022

1) Quels sont les réponses exactes ?

- A) La prescription d'une pilule oestroprogestative est à risque de thrombose artérielle, maximal la première année d'utilisation
- B) On peut proposer un implant sous cutané
- C) Une pilule oestroprogestative est contre indiquée chez cette patiente
- D) On ne peut pas proposer de DIU car la patiente est nullipare
- E) La contraception mécanique est toujours indiquée

DP 2



2) Avant toute prescription, vous réalisez une consultation de routine.

Que devez-vous obligatoirement réaliser ?

- a) Echographie pelvienne
- b) Examen général comprenant mesure IMC, prise TA
- c) Examen gynécologique systématique comprenant palpation mammaire et toucher vaginal
- D) Bilan biologique comprenant glycémie à jeun, recherche cholestérol, bilan de thrombophilie
- E) Entretien psycho-social

DP 2



2) Avant toute prescription, vous réalisez une consultation de routine.

Que devez-vous obligatoirement réaliser ?

a) Echographie pelvienne

b) Examen général comprenant mesure IMC, prise TA

c) Examen gynécologique systématique comprenant palpation mammaire et toucher vaginal

D) Bilan biologique comprenant glycémie à jeun, recherche cholestérol, bilan de thrombophilie

E) Entretien psycho-social

DP 2



3) L'examen est sans particularité. Vous prescrivez à la patiente une pilule oestro-progestative de seconde génération minidosée.

Quel(s) est (sont) la (les) réponse(s) exact(s) ?

- A) Prise du 1er comprimé à 14j du cycle pour une efficacité immédiate
- B) Réalisation d'un bilan biologique de contrôle à 5 ans
- C) La prise classique est de 21 comprimés (1 par jour) puis arrêt de 7 jours
- D) Il faut réévaluer tous les 3-6mois la tolérance en consultation
- E) Vous lui recommandez des rapports protégés les 7 premiers jours (quick-start)

DP 2



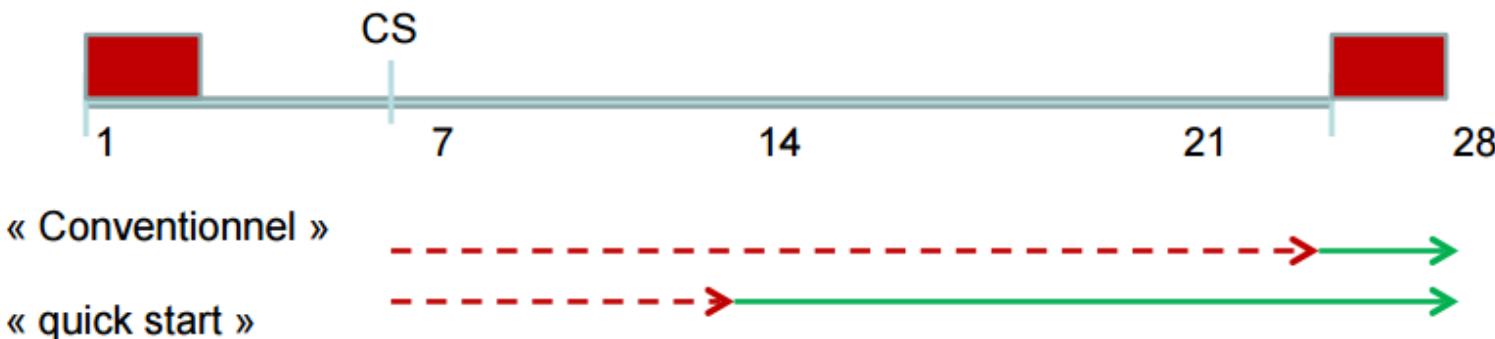
3) L'examen est sans particularité. Vous prescrivez à la patiente une pilule oestro-progestative de seconde génération minidosée.

Quel(s) est (sont) la (les) réponse(s) exact(s) ?

- A) Prise du 1er comprimé à 14j du cycle pour une efficacité immédiate
- B) Réalisation d'un bilan biologique de contrôle à 5 ans
- C) La prise classique est de 21 comprimés (1 par jour) puis arrêt de 7 jours
- D) Il faut réévaluer tous les 3-6mois la tolérance en consultation ↗ 1 fois par an
- E) Vous lui recommandez des rapports protégés les 7 premiers jours (quick-start)

« Quick Start »

- Débuter la contraception hormonale le jour de la consultation quel que soit le jour du cycle
- Eliminer une grossesse cliniquement et éventuellement biologiquement.
- Disposer d'échantillons de contraceptifs en consultation
- Contraception additionnelle pendant les 7 jours suivants
- Retard de règles possible après le cycle initial .



DP 2



1 an plus tard, la patiente revient vous voir un après-midi, sans avoir pris rendez-vous. Elle a eu un rapport non protégé il y a 3 jours et a oublié de prendre son comprimé hier soir à 21h. Elle a débuté sa nouvelle plaquette depuis 6 jours.

4) Que lui recommandez-vous ?

- A) Prendre immédiatement le comprimé oublié
- B) Respecter la période d'arrêt de 7 jours comme d'habitude
- C) Prescription d'une contraception d'urgence par pilule progestative
- D) Usage de préservatif durant les 7 prochains jours
- E) Prendre immédiatement le comprimé de ce soir

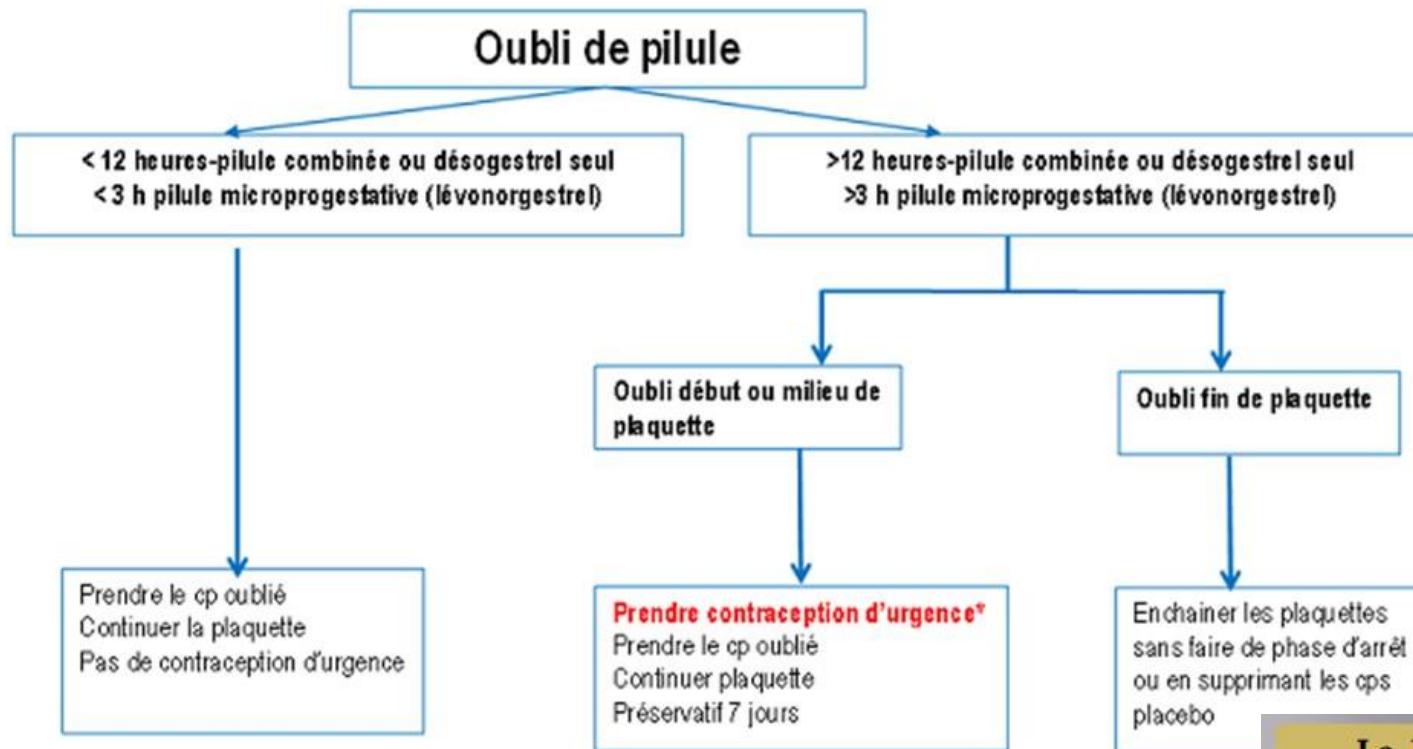
DP 2



1 an plus tard, la patiente revient vous voir un après-midi, sans avoir pris rendez-vous. Elle a eu un rapport non protégé il y a 3 jours et a oublié de prendre son comprimé hier soir à 21h. Elle a débuté sa nouvelle plaquette depuis 6 jours.

4) Que lui recommandez-vous ?

- A) Prendre immédiatement le comprimé oublié
- B) Respecter la période d'arrêt de 7 jours comme d'habitude
- C) Prescription d'une contraception d'urgence par pilule progestative
- D) Usage de préservatif durant les 7 prochains jours
- E) Prendre immédiatement le comprimé de ce soir



* Si rapport dans les 5 jours précédant l'oubli



... efficacité dès les premières 24h, maintenue jusqu'à 5 ans
Remboursée et sur prescription



Lévonorgestrel

... facilement accessible mais efficacité déclinante avec le temps



Ulipristal acétate

... efficacité dès les premières 24h, maintenue jusqu'à 5 ans
Remboursée et sur prescription

Principe actif	Mécanisme d'action	Posologie	Intéférences/avantages
Lévonorgestrel (progestatif)	Retarde l'ovulation de 4j si pris avant le pic de LH	1 comprimé au plus tôt et dans les 72h suivant le RS	Bonne tolérance
DIU au cuivre	Effet toxique spermazozoïdes/effet anti-implantatoire	Dans les 120 premières heures suivant le RS	Assure la contraception au long cours pour 5ans
Ulipristal acétate (anti-progestatif)	Décale l'ovulation de 8j si pris avant le pic de LH	1 comprimé au plus tôt et dans les 120 heures suivant le RS	Efficacité potentiellement diminuée en cas de prise de contraception oestroprogestatif juste après. Bonne tolérance

DP 2



La patiente revient vous voir 2 mois plus tard pour des métrorragies de faible abondance associées à des douleurs abdominales depuis 3 jours. La patiente rapporte avoir faire un test de grossesse urinaire revenu positif

5) Quel diagnostic devez vous évoquer en priorité ? (QROC)

La patiente revient vous voir 2 mois plus tard pour des métrorragies de faible abondance associées à des douleurs abdominales depuis 3 jours. La patiente rapporte avoir faire un test de grossesse urinaire revenu positif

5) Quel diagnostic devez vous évoquer en priorité ? (QROC)

Grossesse extra-utérine

A évoquer chez toute femme en âge de procréer avec douleur abdominale ou métrorragie, jusqu'à preuve du contraire, contraception ou non.

DP 2



Vous réalisez une échographie pelvienne retrouvant cette image :

- 6) Quel(s) est (sont) la (les) réponse(s) exact(s) ?
- A) Visualisation d'un sac gestationnel intra-utérin avec une vésicule vitelline
 - B) Cette échographie nous montre une GEU
 - C) Vous confirmez à la patiente que cette grossesse est évolutive
 - D) Nécessité d'un contrôle d'évolutivité en échographie
 - E) La structure mesurée correspond à la vésicule vitelline



DP 2



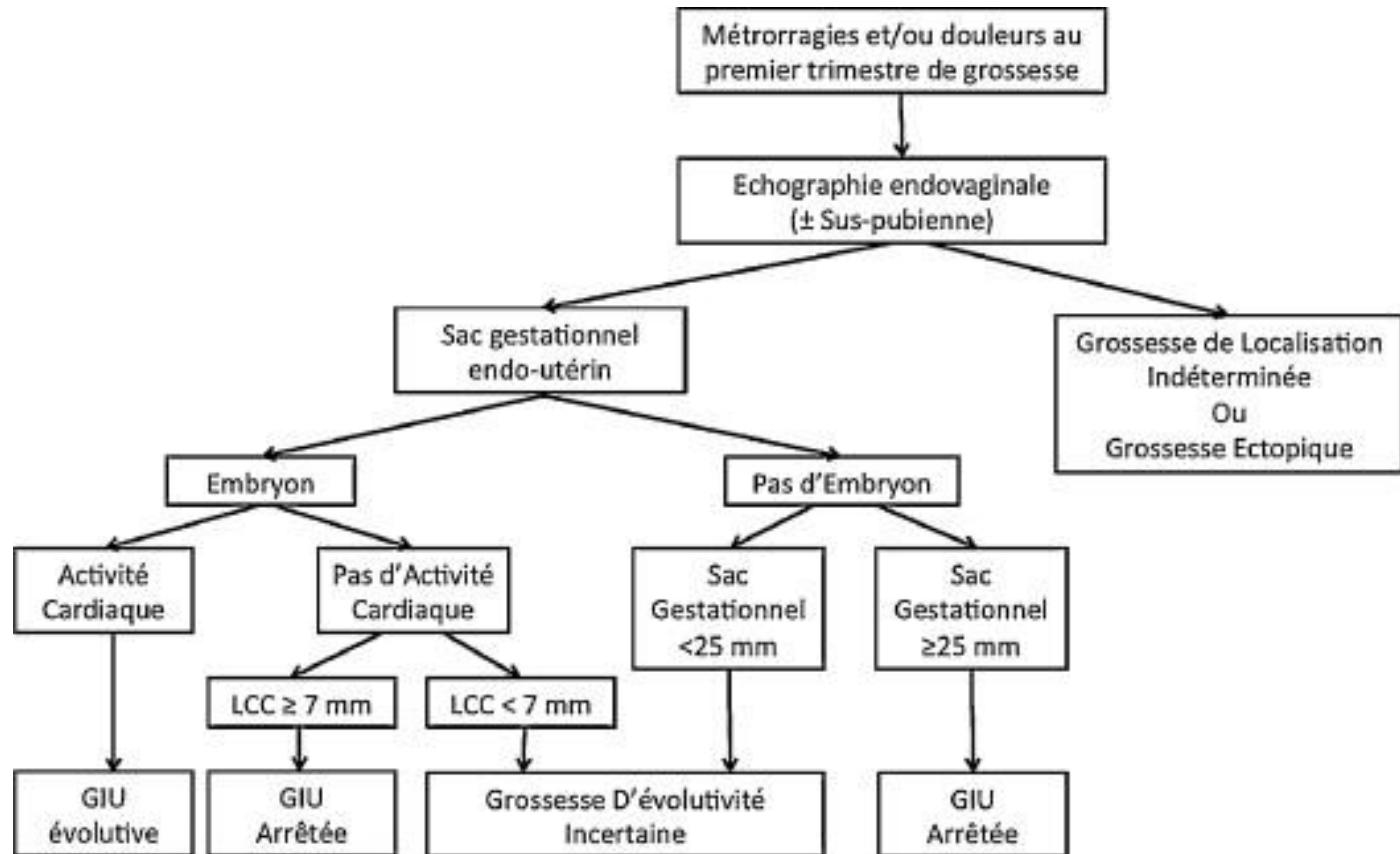
Vous réalisez une échographie pelvienne retrouvant cette image :

- 6) Quel(s) est (sont) la (les) réponse(s) exact(s) ?
- A) Visualisation d'un sac gestationnel intra-utérin avec une vésicule vitelline
 - B) Cette échographie nous montre une GEU
 - C) Vous confirmez à la patiente que cette grossesse est évolutive
 - D) Nécessité d'un contrôle d'évolutivité en échographie
 - E) La structure mesurée correspond à la vésicule vitelline





Grossesse de localisation/d'évolutivité indéterminée



DP 2



Vous diagnostiquez une grossesse d'évolutivité indéterminée devant une sac gestationnel avec vésicule vitelline sans embryon visualisable.

7) Quel bilan réalisez-vous ?

- A) RAI
- B) HCG plasmatique
- C) Détermination groupe rhésus maternel
- D) Bilan hépatique
- E) Biopsie d'endomètre

DP 2



Vous diagnostiquez une grossesse d'évolutivité indéterminée devant une sac gestationnel avec vésicule vitelline sans embryon visualisable.

7) Quel bilan réalisez-vous ?

- A) RAI
- B) HCG plasmatique
- C) Détermination groupe rhésus maternel
- D) Bilan hépatique
- E) Biopsie d'endomètre

Le bilan biologique vous indique que la patiente est rhésus négatif, les RAI sont négatives

8) Quelle est votre conduite à tenir ?

- A) Réalisation d'une injection de gamma-globuline anti-D
- B) La patiente n'est pas à risque d'allo-immunisation
- C) Détermination du rhésus fœtal en urgence
- D) Si une injection de gamma-globuline anti-D est indiquée, elle doit être réalisée dans les 72h premières heures consécutives de la situation à risque
- E) Si le père est rhésus négatif, abstention thérapeutique

DP 2



Le bilan biologique vous indique que la patiente est rhésus négatif, les RAI sont négatives

8) Quelle est votre conduite à tenir ?

- A) Réalisation d'une injection de gamma-globuline anti-D
- B) La patiente n'est pas à risque d'allo-immunisation
- C) Détermination du rhésus fœtal en urgence
- D) Si une injection de gamma-globuline anti-D est indiquée, elle doit être réalisée dans les 72h premières heures consécutives de la situation à risque
- E) Si le père est rhésus négatif, abstention thérapeutique

Allo-immunisation anti-D



Synthèse par la mère d'allo-anticorps dirigée contre les éléments sanguin du fœtus, comme par exemple les hématies (ac anti-D)

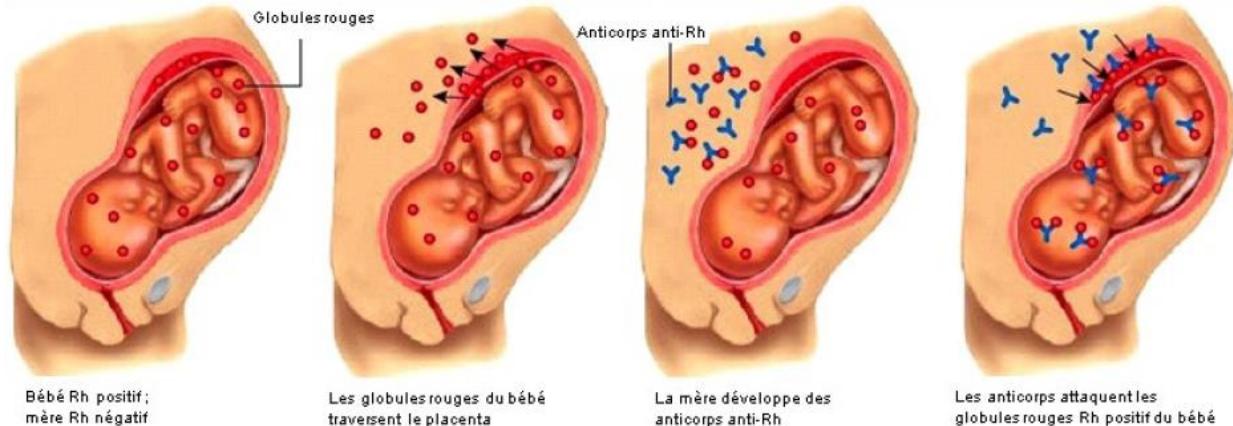
Environ **15%** des femmes enceintes sont rhésus D négatif

Dépistage :

- Recherche d'agglutinines irrégulières (**RAI**) chez les femmes rhésus négatif (1er cs puis 6ème, 8ème et 9ème mois et lors des situations à risque)
- détermination rhésus fœtal sur sang maternel pour les femmes rhésus négatif non immunisées dont le géniteur est rhésus + (PCR)

Conséquence fœtal : 2ème grossesse, hémolyse/anémie fœtal, anasarque foeto-placentaire, MIU

Prévention : **Injection de gamma-globulines anti D** à 28SA systématiquement chez les femmes rhésus négatif avec fœtus rhésus + ainsi que lors des situations à risques (72h)





DP3 Diabète gestationnel

DP 3



Mme M. mesure 1m71 et pèse 71 kg pour un IMC à 26. Elle a comme antécédents des palpitations depuis 2 ans pour lesquelles les explorations menées (ECG) n'avaient rien montré, une appendicectomie ancienne et une fracture du poignet à l'âge de 15 ans. Elle est G0P0. Elle présente une intoxication tabagique active estimée à 6 cigarettes/jour, sans autre consommation de toxiques. Elle est allergique à l'amoxicilline, sans allergie croisée aux beta-lactamines.

- 1) Vous êtes internes aux urgences gynécologiques et vous recevez Mme A. Elle présente un retard de règles de 8 semaines avec un test urinaire de grossesse positif. Quel élément clinique rechercher en priorité lors de cette consultation ?
 - a. Métrorragies
 - b. Douleurs abdominales à la palpation
 - c. Béance cervicale
 - d. Des signes sympathiques de grossesse exacerbés
 - e. Une hauteur utérine plus importante qu'attendue

DP 3



Mme M. mesure 1m71 et pèse 71 kg pour un IMC à 26. Elle a comme antécédents des palpitations depuis 2 ans pour lesquelles les explorations menées (ECG) n'avaient rien montré, une appendicectomie ancienne et une fracture du poignet à l'âge de 15 ans. Elle est G0P0. Elle présente une intoxication tabagique active estimée à 6 cigarettes/jour, sans autre consommation de toxiques. Elle est allergique à l'amoxicilline, sans allergie croisée aux beta-lactamines.

- 1) Vous êtes internes aux urgences gynécologiques et vous recevez Mme A. Elle présente un retard de règles de 8 semaines avec un test urinaire de grossesse positif. Quel élément clinique rechercher en priorité lors de cette consultation ?
 - a. Métrorragies
 - b. Douleurs abdominales à la palpation
 - c. Béance cervicale
 - d. Des signes sympathiques de grossesse exacerbés
 - e. Une hauteur utérine plus importante qu'attendue

Annales ECN 2019 :
Métrorragie oriente vers une
GEU. Element important car
risque d'allo-immunisation

DP 3



2) L'examen clinique retrouve une douleur sus-pubienne à la palpation. Le reste de l'examen gynécologique est sans particularités hormis la bandelette urinaire que votre patiente a réalisée et qui indique : 2+ leucocytes, 2+ protéines, 1+ nitrites. L'échographie que vous avez réalisée confirme la grossesse intra-utérine évolutive

Qu'allez-vous prescrire comme examen complémentaires à la patiente ?

- a. Aucun, mise en route d'un traitement d'emblée
- b. Ecbu
- c. Echographie réno-vésicale
- d. Protéinurie des 24 heures
- e. Rapport protéinurie sur créatininurie

DP 3



L'examen clinique retrouve une douleur sus-pubienne à la palpation. Le reste de l'examen gynécologique est sans particularités hormis la bandelette urinaire que votre patiente a réalisée et qui indique : 2+ leucocytes, 2+ protéines, 1+ nitrites. L'échographie que vous avez réalisée confirme la grossesse intra-utérine évolutive

2) Qu'allez-vous prescrire comme examen complémentaires à la patiente ?

- a. Aucun, mise en route d'un traitement d'emblée
- b. **Ecbu**
- c. Echographie réno-vésicale
- d. Protéinurie des 24 heures
- e. Rapport protéinurie sur créatininurie

DP 3



3) Cette cystite aiguë gravidique à E.coli multisensible est traitée sans encombre et l'ECBU de contrôle réalisé est sans particularités. La patiente réalise le suivi de son début de grossesse avec son médecin traitant et vous la recevez cette fois ci en consultation classique dans le cadre de son suivi à 20SA et 2 jours. L'examen Elle vous présente ses différents bilans réalisés jusque-là :

- Hb 12,1g/dL
- Sérologie toxo négative
- Sérologie rubéole négative
- Glycémie à jeun négative
- RAI négatifs
- Groupe sanguin A rhésus D négatif.
- Ag Hbs négatif
- Sérologie VHC négative

Quels examens biologiques allez-vous prescrire en vue de la prochaine consultation ?

- a. Sérologie toxoplasmique
- b. Sérologie rubéolique
- c. ECBU
- d. HGPO 75g entre 24 et 28 SA
- e. RAI

DP 3



3) Cette cystite aiguë gravidique à E.coli multisensible est traitée sans encombre et l'ECBU de contrôle réalisé est sans particularités. La patiente réalise le suivi de son début de grossesse avec son médecin traitant et vous la recevez cette fois ci en consultation classique dans le cadre de son suivi à 20SA et 2 jours. L'examen Elle vous présente ses différents bilans réalisés jusque-là :

- Hb 12,1g/dL
- Sérologie toxo négative
- Sérologie rubéole négative
- Glycémie à jeun négative
- RAI négatifs
- Groupe sanguin A rhésus D négatif.
- Ag Hbs négatif
- Sérologie VHC négative

Quels examens biologiques allez-vous prescrire en vue de la prochaine consultation ?

- a. **Sérologie toxoplasmique**
- b. Sérologie rubéolique
- c. **ECBU**
- d. **HGPO 75g entre 24 et 28 SA**
- e. **RAI**

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

HAS
RCP 2016

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^{re} consultation avant 15 SA	Consultation (Cs)	3 ^{re} Cs	4 ^{re} Cs	5 ^{re} Cs	6 ^{re} Cs	7 ^{re} Cs
		Mois de gestation	4 ^{re} mois		5 ^{re} mois	6 ^{re} mois	7 ^{re} mois	8 ^{re} mois	
Examens cliniques et biologiques	Examens cliniques et biologiques	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement	Examen clinique					
		Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 ^{re} mois ; si possible bruits du cœur foetal					
		Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B recherche de l'antigène HBs 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie 	Évaluation de la présentation foetale	-	-	-	-
		Sérologie proposée	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-foetale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques foetales associant mesure de la clarté nucale (1^{er} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) 	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques foetales : marqueurs du 2 ^{er} trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre	Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-
			Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> examen cytobactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque 		Sérologies à prescrire obligatoirement (1)				
	Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)			<ul style="list-style-type: none"> Glycosurie et protéinurie 2^{re} détermination (si non faite avant) du groupe sanguin RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent Hémogramme 				
		Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes							
		Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour							
		Informer sur le suivi de la grossesse							
			Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)	Examens à proposer systématiquement <ul style="list-style-type: none"> 2^{re} échographie (entre 20 et 25 SA) 3^{re} échographie (entre 30 et 35 SA) Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA) Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire 				
					Examens à proposer éventuellement <ul style="list-style-type: none"> ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive 				

DP 3



4) L'ECBU réalisé le jour de la consultation retrouve le résultat suivant :

La bactériurie est estimée à 10^5 . Quel traitement allez-vous prescrire ?

- a. Aucun
- b. Amoxicilin
- c. Amoxicilline-acide clavulanique
- d. Aztréonam
- e. Pivmécillinam

Antibiogramme (SIR)	CR	1 ligne
Escherichia coli		
.. Antibiogramme		
– Amoxicilin	Ø30, S	
– Amoxicilline+ac. clav.	Ø30, S	
– Ticarcilline	Ø34, S	
– Mecillinam	Ø31, S	
– Cefalotine	Ø19, S	
– Céfixime	Ø28, S	
– Céftriaxone	S	
– Céfotaxime	Ø38, S	
– Ceftazidime	Ø36, S	
– Imipénème	Ø35, S	
– Gentamicine	Ø22, S	
– Amikacine	Ø22, S	
– Trimethoprime+Sulfamethoxazole	Ø32, S	
– Acide nalidixique	Ø32, S	
– Fluméquine	S	
– Norfloxacine	Ø37, S	
– Ofloxacine	Ø39, S	
– Ciprofloxacine	Ø36, S	
– Fosfomycine	Ø27, S	
– Furanes	Ø23, S	

DP 3



4) L'ECBU réalisé le jour de la consultation retrouve le résultat suivant :

La bactériurie est estimée à 10^5 . Quel traitement allez-vous prescrire ?

- a. Aucun
- b. Amoxicilin
- c. Amoxicilline-acide clavulanique
- d. Aztréonam
- e. **Pivmécillinam**

FUE6-157-9 : Colonisation urinaire gravidique

**Colonisation urinaire gravidique
(bactériurie asymptomatique)**

Traitements d'embûche selon l'antibiogramme

1^{re} intention : · amoxicilline
2^e : · pivmécillinam

3^e : · fosfomycine-trométamol
4^e : triméthoprime
(à éviter les deux premiers mois de la grossesse)

5^e (hiérarchie descendante selon impact écologique)
· nitrofurantoïne (traitements itératifs contre-indiqués)
· cotrimoxazole (à éviter les 2 premiers mois)
· amoxicilline-acide clavulanique
· céfixime

Durée totale :

7 jours sauf fosfomycine-trométamol (dose unique)

Infection urinaire gravidique



	Définition	Clinique	Dépiastage/bilan	Traitement	Suivi
<u>Colonisation urinaire gravidique</u>	Bactériurie $\geq 10^5$ UFC/ml	Patiene asymptomatique	Bandelette urinaire/ECBU Pas d'autre bilan	Adapté à l'antibiogramme N°1 = amoxicilline Durée 7j	ECBU contrôle 8-10j post TRT et ECBU mensuel
<u>Cystite aigue gravidique</u>	Seuil de leucocyturie $> 10^4$ /ml. ET seuil de bactériurie $\geq 10^4$ UFC/ml sauf <i>E. coli</i> ; $\geq 10^3$	SFU Pesenteur pelvienne Hématurie Apyréxie	Bandelette urinaire/ECBU Pas d'autre bilan	Traitement probabiliste unique par Fosfomycine puis adaptation secondaire à l'antibiogramme si persistance symptomes	ECBU contrôle 8-10j post TRT et ECBU mensuel
<u>Pyélonéphrite aigue gravidique</u>	Idem cystite	Tableau bruyant/brutal : fièvre, SFU, douleur lombaire unilatérale	Bandelette urinaire/ECBU + NFS, PLQ, CRP, IONO, Hémoculture, Echographie rénale	En hospitalisation : trt probabiliste en IV (C3G +/- aminoside) Durant 10-14J	ECBU contrôle 8-10j post TRT et ECBU mensuel

DP 3



5) A l'interrogatoire de Mme M vous retrouvez des facteurs de risques indiquant un dépistage du diabète gestationnel. Concernant le test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) entre 24-28SA.

- A) Une valeur supérieure ou égale à 1,53 g/L est pathologique à la deuxième heure
- B) Une valeur supérieure ou égale à 1,80 g/L est pathologique à la première heure
- C) Une valeur supérieure ou égale à 1,80 g/L est pathologique à la deuxième heure
- D) Une valeur supérieure ou égale à 0,92 g/L à jeun n'est pas pathologique
- E) Une valeur supérieure ou égale à 1,53 g/L est pathologique à la première heure

DP 3



5) A l'interrogatoire de Mme M vous retrouvez des facteurs de risques indiquant un dépistage du diabète gestationnel.

Concernant le test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) entre 24-28SA.

A) Une valeur supérieure ou égale à 1,53 g/L est pathologique à la deuxième heure

B) Une valeur supérieure ou égale à 1,80 g/L est pathologique à la première heure

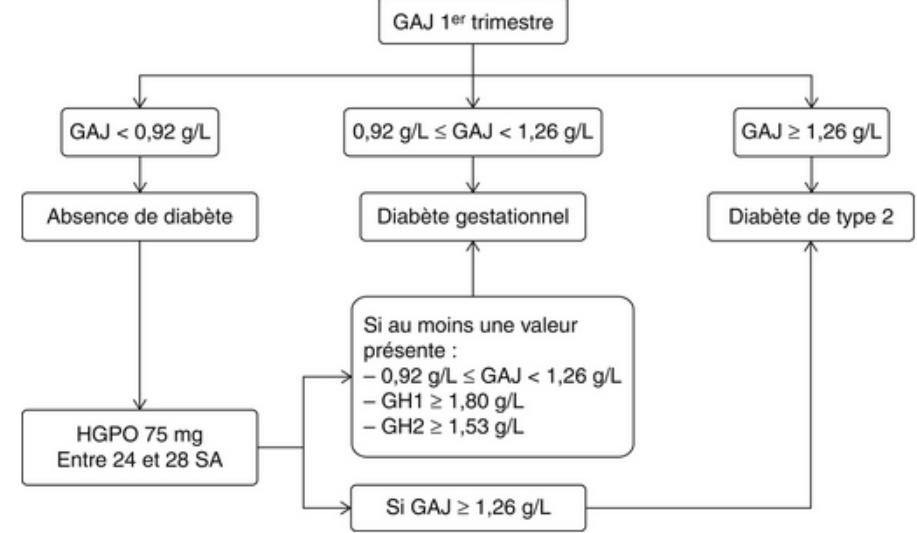
C) Une valeur supérieure ou égale à 1,80 g/L est pathologique à la deuxième heure

D) Une valeur supérieure ou égale à 0,92 g/L à jeun n'est pas pathologique

E) Une valeur supérieure ou égale à 1,53 g/L est pathologique à la première heure

Présence d'au moins un des facteurs de risque suivants :

- âge ≥ 35 ans
- IMC ≥ 25 kg/m²
- antécédent familial du 1^{er} degré de diabète
- antécédent de DG lors d'une grossesse précédente
- antécédent d'enfant macrosome



DP 3



Vous diagnostiquez à votre patiente un diabète gestationnel.

Quelle est votre prise en charge de ce diabète ?

- A) Antidiabétiques oraux : metformine en 1ère intention
- B) Alimentation normocalorique avec règles hygiéno-diététiques
- C) Mise en place d'une insulinothérapie dès le diagnostic
- D) Insulinothérapie après 7 à 10 jours sans attente de l'équilibre glycémique avec les mesures diététiques
- E) Prescription d'une activité physique régulière et adaptée au terme de la grossesse

DP 3



Vous diagnostiquez à votre patiente un diabète gestationnel.

Quelle est votre prise en charge de ce diabète ?

- A) Antidiabétiques oraux : metformine en 1ère intention
- B) Alimentation normocalorique avec règles hygiéno-diététiques**
- C) Mise en place d'une insulinothérapie dès le diagnostic
- D) Insulinothérapie après 7 à 10 jours sans attente de l'équilibre glycémique avec les mesures diététiques
- E) Prescription d'une activité physique régulière et adaptée au terme de la grossesse

DP 3



Vous retrouvez Mme M lors de sa consultation du 7ème mois. Son diabète est désormais équilibré par une insulinothérapie. Son terme approchant Mme M. souhaite connaître les risques du diabète sur son enfant. Quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?

- A) Il existe un risque de malformation congénitale pour son enfant
- B) Le diabète gestationnel contrairement au diabète de type 2 n'expose pas au risque de macrosomie
- C) Augmentation du risque de détresse respiratoire à la naissance
- D) Hyperglycémie néonatale
- E) Augmentation du risque de dystocie des épaules

DP 3



Vous retrouvez Mme M lors de sa consultation du 7ème mois. Son diabète est désormais équilibré par une insulinothérapie. Son terme approchant Mme M. souhaite connaître les risques du diabète sur son enfant

Quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?

- A) Il existe un risque de malformation congénitales pour son enfant
- B) Le diabète gestationnel contrairement au diabète de type 2 n'expose pas au risque de macrosomie
- C) Augmentation du risque de détresse respiratoire à la naissance
- D) Hyperglycémie néonatale
- E) Augmentation du risque de dystocie des épaules



Questions isolées

QI 1



Mme H. 30 ans se présente aux urgences de la maternité pour douleurs pelviennes et mètrorragies. Elle est actuellement à 32 SA et présente comme antécédent un tabagisme actif et une pré-éclampsie. Cliniquement la patiente est hémodynamiquement stable, vous palpez un utérus hypertonique qui ne se relâche pas. Les mètrorragies sont rouge sombre peu abondantes.

Vous suspectez un hématome rétro-placentaire.

1) Quel(s) est (sont) le (les) signe(s) clinique(s) en faveur de ce diagnostic ?

- a) L'âge de la patiente
- b) Le contexte vasculaire
- c) L'état hémodynamique de la patiente
- d) L'abondance des mètrorragies
- e) Les douleurs abdominales

QI 1



Mme H. 30 ans se présente aux urgences de la maternité pour douleurs pelviennes et métrorragies. Elle est actuellement à 32 SA et présente comme antécédent un tabagisme actif et une pré-éclampsie. Cliniquement la patiente est hémodynamiquement stable, vous palpez un utérus hypertonique qui ne se relâche pas. Les métrorragies sont rouge sombre peu abondantes.

Vous suspectez un hématome rétro-placentaire.

1) Quel(s) est (sont) le (les) signe(s) clinique(s) en faveur de ce diagnostic ?

- a) L'âge de la patiente
- b) **Le contexte vasculaire**
- c) L'état hémodynamique de la patiente
- d) **L'abondance des métrorragies**
- e) Les douleurs abdominales

Hématome retro-placentaire



Incidence : 0,4-1,5% des grossesses

Physiopathologie : Décollement placentaire (traumatisme ou à une ischémie aiguë passagère au niveau des artères utéroplacentaires) ↗ reperméabilisation de la zone ischémie ↗ constitution hématome avec pour conséquence :

- chez le fœtus : diminution des échanges responsable d'une souffrance fœtale, dont l'intensité est proportionnelle à la surface de l'hématome (MIU si la zone décollée est supérieure à la moitié de la surface d'insertion placentaire),
- chez la mère : troubles de la coagulation type CIVD

Clinique : contexte vasculaire, hémorragie peu abondante noirâtre, ventre de bois, retentissement hémodynamique maternel, ARCF

Traitements : césarienne en urgence



QI 2



Interne en gynécologie-obstétrique, vous êtes de garde en salle de naissance. Vous suivez Mme P actuellement en début de travail à 2cm de dilatation cervicale sous péridurale

2) Quel(s) est (sont) la (les) réponse(s) exact(s) concernant les modalités de la surveillance du travail ?

- A) Toucher vaginal toutes les 4 heures
- B) Enregistrement continu du rythme cardiaque foetal
- C) Echographie pelvienne systématique en association au toucher vaginal
- D) Rupture des membranes lors du passage en salle de naissance
- E) Tocographie maternelle en association au monitoring foetal

QI 2



Interne en gynécologie-obstétrique, vous êtes de garde en salle de naissance. Vous suivez Mme P actuellement en début de travail à 2cm de dilatation cervicale sous péridurale

2) Quel(s) est (sont) la (les) réponse(s) exact(s) concernant les modalités de la surveillance du travail ?

- A) Toucher vaginal toutes les 4 heures
- B) Enregistrement continu du rythme cardiaque foetal
- C) Echographie pelvienne systématique en association au toucher vaginal
- D) Rupture des membranes lors du passage en salle de naissance
- E) Tocographie maternelle en association au monitoring foetal

QI 3



3) Parmi les traitements suivis, quelles sont ceux présentant un risque au cours de la grossesse (risque tératogène et/ou foetal et/ou néonatal)

- A) Isotrétinoïne
- B) Tramadol
- C) Warfarine
- D) Nicardipine
- E) Inhibiteur de l'enzyme de conversion

QI 3



3) Parmi les traitements suivis, quelles sont ceux présentant un risque au cours de la grossesse (risque tératogène et/ou foetal et/ou néonatal)

- A) Isotrétinoïne ☐ Malformation SCN et squelette
- B) Tramadol
- C) Warfarine ☐ Warfarin fetal syndrom : Dysmorphie faciale, anomalie cérébrale, hypoplasie phalanges
- D) Nicardipine
- E) Inhibiteur de l'enzyme de conversion ☐ Atteinte rénale fœtale, anomalie voute crânienne

QI 4



Médecin traitant en ville, vous recevez Mme O actuellement au 9ème jour du post partum. Elle vous rapporte la présence d'une fièvre aux alentours de 39° d'apparition brutale associée à des douleurs au niveau du sein droit. La photographie ci jointe vous montre l'aspect du sein droit. Vous ne palpez pas de collection sous cutanée. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- A) Vous suspectez un processus infectieux sévère et vous préconisez donc un arrêt total de l'allaitement pendant quelques jours avec un relai par allaitement artificiel
- B) Vous réalisez une mammographie en urgence
- C) Un signe de budin serait en faveur d'une galactophorite (mastite infectieuse)
- D) Il est nécessaire de réaliser des examens paracliniques afin de poser un diagnostic
- E) L'étiologie principal est une stase du lait



QI 4



Médecin traitant en ville, vous recevez Mme O actuellement au 9ème jour du post partum. Elle vous rapporte la présence d'une fièvre aux alentours de 39° d'apparition brutale associée à des douleurs au niveau du sein droit. La photographie ci jointe vous montre l'aspect du sein droit. Vous ne palpez pas de collection sous cutanée. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- A) Vous suspectez un processus infectieux sévère et vous préconisez donc un arrêt total de l'allaitement pendant quelques jours avec un relai par allaitement artificiel
- B) Vous réalisez une mammographie en urgence
- C) Un signe de budin serait en faveur d'une galactophorite (mastite infectieuse)
- D) Il est nécessaire de réaliser des examens paracliniques afin de poser un diagnostic
- E) L'étiologie principale est une stase du lait



Mastite	L'abcès
<ul style="list-style-type: none"> - Inflammation du sein suite à une stade de lait - Apparition 2ème – 12ème semaine - Syndrome grippal avec fièvre $>38,5^\circ$, frisson, douleurs diffuse du sein, zone inflammatoire rouge indurée - Pas d'examen paraclinique utile hormis prélevement bactériologique lait - Traitement médical : tétées fréquentes et efficaces, tire-lait, application froid, antalgique +/- antibiothérapie - Poursuite allaitement ou tire lait 	<ul style="list-style-type: none"> - Complication de la mastite - Apparition 6ème semaines - Tableau sévère bruyant et masse délimitée sein - Paraclinique : +/- échographie - Traitement chirurgical : mise à plat de l'abcès - Tire lait sein concerné et poursuite allaitement sein controlatéral

QI 5



Gynécologue obstétricien en maternité vous recevez Mme G 22ans en consultation du 3ème mois de grossesse. La grossesse se passe très bien, votre patiente ne vous rapporte aucune plainte fonctionnelle. Vous vous apprêtez à terminer votre consultation lorsque votre collègue sage femme vous interpelle : la bandelette urinaire de Mme G est positive avec 3 croix de leucocyte et 2 croix de nitrite.

- 5) Concernant ce résultat :
- A) Vous prescrivez à Mme G un traitement minute par Fosfomycine-Trométamol
 - B) Vous réalisez un ECBU
 - C) Il s'agit d'une colonisation urinaire gravidique
 - D) Vous attendez les résultats de l'ECBU avant d'initier un traitement probabiliste
 - E) Il faudra dans tous les cas réaliser un ECBU dans 8-10j puis toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement

QI 5



Gynécologue obstétricien en maternité vous recevez Mme G 22ans en consultation du 3ème mois de grossesse. La grossesse se passe très bien, votre patiente ne vous rapporte aucune plainte fonctionnelle. Vous vous apprêtez à terminer votre consultation lorsque votre collègue sage femme vous interpelle : la bandelette urinaire de Mme G est positive avec 3 croix de leucocyte et 2 croix de nitrite.

5) Concernant ce résultat :

- A) Vous prescrivez à Mme G un traitement minute par Fosfomycine-Trométamol
- B) Vous réalisez un ECBU
- C) Il s'agit d'une colonisation urinaire gravidique
- D) Vous attendez les résultats de l'ECBU avant d'initier un traitement probabiliste
- E) Il faudra dans tous les cas réaliser un ECBU dans 8-10j puis toutes les deux semaines jusqu'à l'accouchement

QI 6



Quels sont les diagnostics à évoquer en priorité devant une fièvre isolée au troisième trimestre de la grossesse

- 6) Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
- A) pneumopathie atypique
 - B) Listérose
 - C) grippe
 - D) infection urinaire
 - E) infection par CMV

QI 6



Quels sont les diagnostics à évoquer en priorité devant une fièvre isolée au troisième trimestre de la grossesse

6) Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?

- A) pneumopathie atypique
- B) Listérose
- C) grippe
- D) infection urinaire
- E) infection par CMV

*Toute fièvre non expliquée
chez une femme enceinte
est une listérose jusqu'à
preuve du contraire*

QI 7



Mme T. est âgée de 24 ans, sans antécédents, enceinte pour la première fois et actuellement à 18SA. Elle se présente à votre consultation avec le résultat de son dépistage combiné de la trisomie 21 du premier trimestre. Il est à 1/21. Quelle est la prise en charge recommandée ?

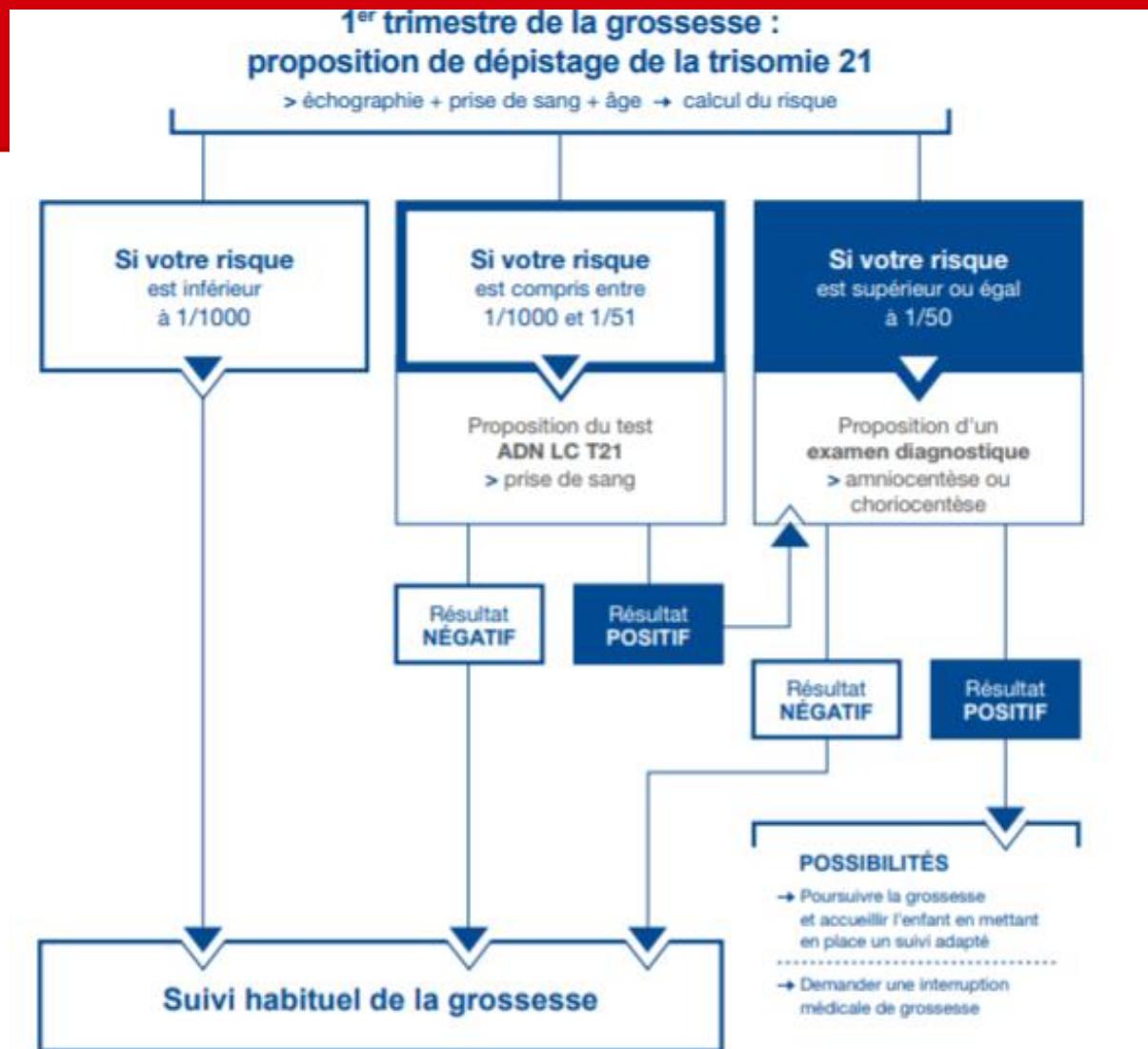
- 7) Quelle est la prise en charge recommandée ?
- A. Interruption médicale de grossesse
 - B. Réalisation d'un test ADNIcT21 (= DPNI)
 - C. Réalisation d'un caryotype fœtal par ponction de sang fœtal
 - D. Réalisation d'un caryotype fœtal par biopsie de trophoblaste
 - E. Réalisation d'un caryotype fœtal par amniocentèse

QI 7



Mme T. est âgée de 24 ans, sans antécédents, enceinte pour la première fois et actuellement à 18SA. Elle se présente à votre consultation avec le résultat de son dépistage combiné de la trisomie 21 du premier trimestre. Il est à 1/21. Quelle est la prise en charge recommandée ?

- 7) Quelle est la prise en charge recommandée ?
- A. Interruption médicale de grossesse
 - B. Réalisation d'un test ADNIcT21 (= DPNI)
 - C. Réalisation d'un caryotype fœtal par ponction de sang fœtal
 - D. Réalisation d'un caryotype fœtal par biopsie de trophoblaste
 - E. **Réalisation d'un caryotype fœtal par amniocentèse**



QI 8



Concernant l'immunisation rhésus :

8) Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s)

A dépistée par les RAI

B peut causer une anémie fœtale

C est causée par le passage d'hématies fœtales dans le sang maternel

D peut provoquer un anasarque fœtal

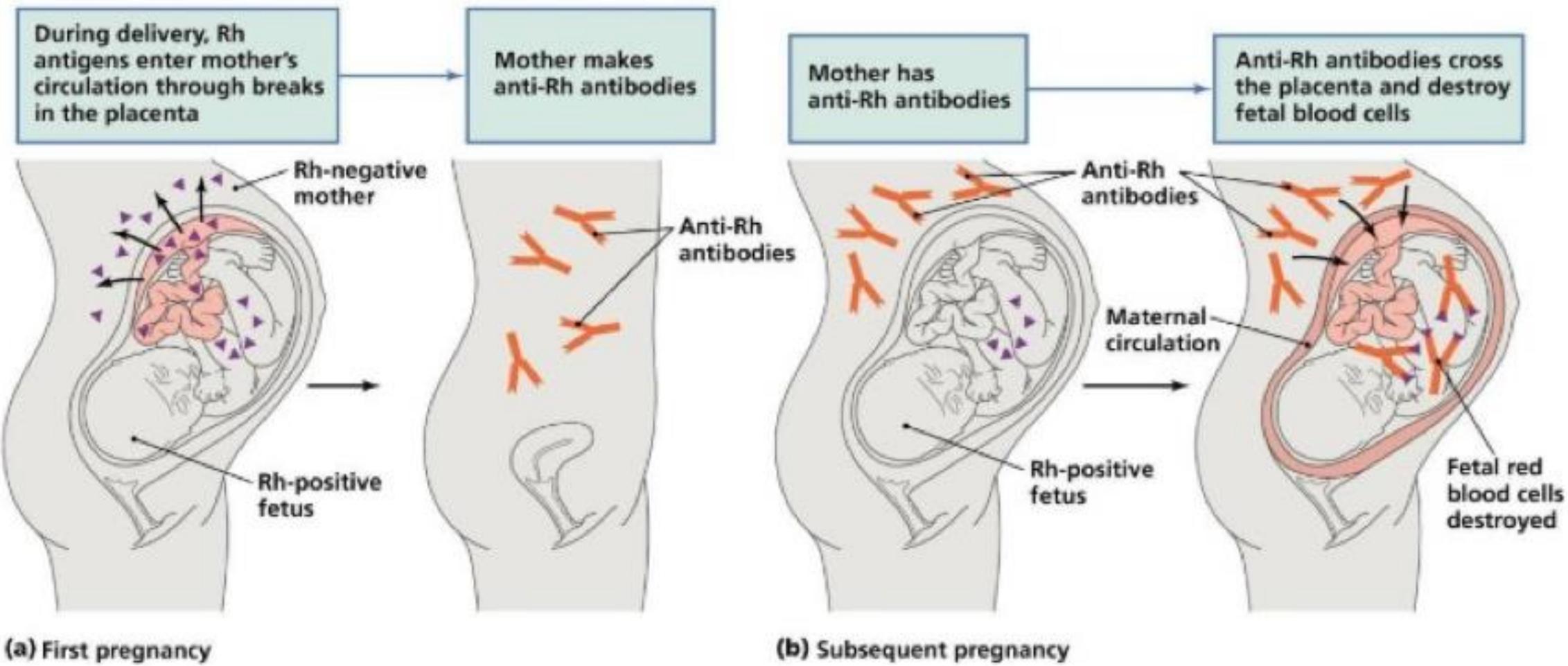
E ne survient jamais lors d'une première grossesse

QI 8



Concernant l'immunisation rhésus :

- 8) Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s)
- A) dépistée par les RAI
 - B) peut causer une anémie fœtale
 - C) est causée par le passage d'hématies fœtales dans le sang maternel
 - D) peut provoquer un anasarque fœtal
 - E) ne survient jamais lors d'une première grossesse



QI 9



Mme B est enceinte de 12 SA. Elle a déjà fait son échographie du premier trimestre, sa déclaration de grossesse et les bilans de début de grossesse. Elle vient vous voir pour avoir des conseils sur son alimentation. Elle est perdue car après une soirée sur internet, elle a l'impression que tout lui est interdit.

9) Quel(s) type(s) de conseil pouvez-vous lui donner sur son alimentation ?

- A. Les aliments crus (viande, poisson, œuf) sont déconseillés pendant la grossesse.
- B. Le soja, riche en vitamines, peut être consommé sans modération pendant la grossesse.
- C. Il est conseillé de manger du poisson tels que le thon ou le maquereau environ deux fois par semaine.
- D. Les produits laitiers sont interdits pendant la grossesse.
- E. Une mauvaise alimentation maternelle peut induire des changements épigénétiques affectant durablement l'expression des gènes essentiels à la fois pour le développement fœtal et pour les fonctions physiologiques de sa vie future.

QI 9



Mme B est enceinte de 12 SA. Elle a déjà fait son échographie du premier trimestre, sa déclaration de grossesse et les bilans de début de grossesse. Elle vient vous voir pour avoir des conseils sur son alimentation. Elle est perdue car après une soirée sur internet, elle a l'impression que tout lui est interdit.

9) Quel(s) type(s) de conseil pouvez-vous lui donner sur son alimentation ?

- A. **Les aliments crus (viande, poisson, œuf) sont déconseillés pendant la grossesse.**
- B. Le soja, riche en vitamines, peut être consommé sans modération pendant la grossesse.
- C. Il est conseillé de manger du poisson tels que le thon ou le maquereau environ deux fois par semaine.
- D. Les produits laitiers sont interdits pendant la grossesse.
- E. **Une mauvaise alimentation maternelle peut induire des changements épigénétiques affectant durablement l'expression des gènes essentiels à la fois pour le développement fœtal et pour les fonctions physiologiques de sa vie future.**



A

Aliments à éviter, à limiter et à privilégier.

Aliments à éviter	<p>Produits riches en acides gras saturés Sucreries, snacks salés et sucrés Boissons rafraîchissantes sans alcool Aliments crus (lait, viande, poisson, œuf) Aliments fumés, abats Animaux prédateurs (requin, thon)¹ Préparations prêtes à consommer Plantes (fenouil, cannelle, réglisse, ginseng, huiles essentielles), algues Alcool</p>
Aliments à limiter	<p>Café (limiter à 2 à 3 tasses par jour) Charcuterie</p>
Aliments à privilégier	<p>Fruits et légumes (500 g par jour), produits à base de légumes (éviter les légumes préparés prêts à consommer, moins riches en nutriments) Légumineuses (de type lentilles, haricots ou pois) Produits céréaliers complets Lait et produits laitiers écrémés ou demi-écrémés Viande peu grasse Œuf Poissons (deux fois par semaine, dont un poisson gras) Eau (boire un litre en plus)</p>

¹ Situés en fin de chaîne alimentaire, ils ont potentiellement accumulé des polluants, tels que le méthylmercure.

	MOYENS DE PRÉVENTION
Toxoplasmose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se laver les mains après avoir été en contact avec la terre, des animaux. ▪ Utiliser des gants pour jardiner. ▪ Ne pas nettoyer la litière du chat. ▪ Bien laver les fruits et légumes. ▪ Bien cuire les viandes et ne jamais manger de viande crue. ▪ Eviter le lait non pasteurisé.
Listériose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oubliez certains aliments pendant 9 mois. <ul style="list-style-type: none"> • Eviter certains produits de charcuterie : rillettes, pâtés, foie gras, produits en gelée. • Eviter les produits d'origine animale consommés crus ou peu cuits : viandes, coquillages, poissons crus (sushi) et fumés (saumon, truite), recettes avec des œufs crus (maya et mousse au chocolat maison). • Eviter les fromages à pâte molle à croûte fleurie, camembert, brie... • Eviter les fromages à croûte lavée, munster, pont-l'évêque... • Eviter surtout les fromages au lait cru. • Préférez les fromages à pâte pressée cuite, abondance, beaufort, comté, emmental, gruyère, parmesan, fromages fondu à tartiner. ▪ La croûte de TOUS les fromages doit être enlevée ! ▪ Faites bien cuire vos viandes et poissons. ▪ Se laver les mains fréquemment.
Salmonellose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bien cuire les produits d'origine animale, viande, poulet, œuf, poisson.