

QCM1 :

- A) Le cordon ombilical est constitué de 2 artères et 2 veines entourées par la gelée de Wharton.
- B) Le cordon ombilical mesure en moyenne 50 cm.
- C) La procidence du cordon est la compression du cordon au-devant de la présentation avant la rupture des membranes.
- D) C'est la mauvaise adaptation de la présentation au segment inférieur qui conditionne la procidence du cordon.
- E) Le risque de procidence du cordon est multiplié par 20 en cas de présentation de l'épaule.

QCM2 : Concernant les étiologies de la procidence du cordon :

- A) Il existe 3 grandes causes de procidence du cordon : les facteurs ovariens, les facteurs maternels et les facteurs iatrogènes.
- B) Le risque est multiplié par 5 quand l'enfant pèse moins de 3000 grammes.
- C) L'incidence est multiplié par 6 quand la longueur du cordon est supérieure à 75 cm.
- D) L'hydramnios est souvent mis en cause.
- E) Dans la grossesse gémellaire, la procidence du cordon est favorisée par plusieurs facteurs dont la prématurité et l'hydramnios.

QCM3 : Concernant les étiologies de la procidence du cordon :

- A) Dès que le diagnostic de procidence du cordon est porté, il faut rapidement évaluer le pronostic fœtal et le statut obstétrical pour établir une conduite à tenir.
- B) La mortalité fœtale croit quand le poids est inférieur à 1500 g.
- C) La mortalité fœtale est proche de 100% lorsque le poids est inférieur à 1500 g.
- D) En cas de présentation céphalique, la souffrance fœtale est rapidement irréversible devant conduire à des gestes très rapide de sauvetage fœtal.
- E) Pour lever la compression funiculaire et l'anoxie fœtale, la position de Trendelenburg est conseillée.

QCM4 :

- A) La prééclampsie est l'association après 20 SA d'une hypertension artérielle gravidique et d'une protéinurie supérieure ou égale à 300 mg/24h.
- B) La prééclampsie peut aboutie à la mort maternelle.
- C) La prééclampsie s'associe souvent à une menace d'accouchement prématurée.
- D) La forme tardive de la prééclampsie résulte de l'interaction du placenta avec une altération initiale du réseau vasculaire maternel.
- E) Il existe un syndrome de défibrination locale plus ou moins intense dans 50 à 60% des hématomes rétro-placentaires.

QCM5 :

- A) Le placenta permet le recyclage des déchets produits par l'embryon.
- B) Pendant les deux premiers mois de grossesse, le fœtus a besoin de beaucoup d'oxygène.
- C) La pression sanguine dans les espaces intervilleux est basse.
- D) La période hémotrophique débute entre la 6^e et la 12^e SA.
- E) Les virus tératogènes passent très tôt la barrière placentaire.

QCM6 :

- A) Chez le fœtus, le bilirubine traverse le placenta, est conjuguée par le foie maternel et est éliminée par les voies maternelles.
- B) La partie fœtale du placenta est nommée chorion.
- C) Les hormones stéroïdes maternelles passent la barrière placentaire.
- D) Les vaisseaux fœtaux ne peuvent pas se collaber parce que la pression qui règne dans les CIV est supérieure à celle des vaisseaux fœtaux.
- E) Le placenta apporte l'eau et les nutriments.

QCM7 :

- A) La partie maternelle du placenta est nommée chorion.
- B) Le cytotrophoblaste ne fait pas partie de la membrane fœto-placentaire.
- C) Le débit sanguin maternel dans les chambres intervilleuses est de 300 cm^3/min .
- D) la pression sanguine est égale à 50 mmHg dans les artères ombilicales.
- E) la caduque basale se situe entre la paroi du myomètre et le blastocyste.

QCM8 :

- A) Pendant la grossesse, le débit sanguin destiné au placenta augmente par vasodilatation de l'arbre circulatoire maternel sous l'action des estrogènes
- B) le transfert d'oxygène vers le sang fœtal se fait par diffusion facilitée via un cytochrome.
- C) Le fer provenant du sang maternel sert à la fabrication des cellules sanguines du fœtus.
- D) Dans les chambres intervillieuses, le renouvellement du sang maternel est rapide (10 fois/min).
- E) Pour une même pression partielle en O₂, l'hémoglobine fœtale fixe plus d'O₂ que l'hémoglobine maternelle.

QCM9 :

- A) L'action bactériostatique et bactéricide du liquide amniotique augmente progressivement entre la 31 et la 40^{ème} semaine d'aménorrhée.
- B) La composition biochimique du liquide amniotique apparaît surtout comme un ultrafiltrat du secteur fœtal.
- C) Une pathologie rénale grave est toujours associée à un oligoamnios
- D) Une pathologie de la déglutition fœtale entraîne une émission de méconium
- E) Le fœtus et les membranes amnio-chorales sont les éléments primordiaux dans la régulation du volume du liquide amniotique.

QCM10 : A propos de l'hydramnios aigu ?

- A) Il est plus fréquent que l'hydramnios chronique.
- B) Son apparition est précoce entre 16 et 26 semaines d'aménorrhée.
- C) Son installation est rapide et son volume important
- D) L'examen clinique met en évidence l'excès de volume du liquide amniotique avec une hauteur utérine supérieure de 3cm de la valeur attendue pour l'âge de la grossesse.
- E) L'abondance du liquide amniotique est suspectée par 2 signes : le signe du glaçon et le signe de la mer.

QCM11 : A propos des hormones polypeptidiques sécrétées par le placenta :

- A) Les hormones polypeptidiques peuvent être synthétisées par le syncytiotrophoblaste.
- B) L'hCG est une hormone polypeptidique.
- C) La progestérone est une hormone polypeptidique.
- D) Le placenta peut produire des hormones polypeptidiques de type hypophysaire, comme l'ACTH par exemple.
- E) Le placenta peut produire des hormones polypeptidiques de type hypothalamique comme de CRH par exemple.

QCM12 : A propos de la sécrétion d'hormones stéroïdes par le placenta :

- A) La SDHEA est un précurseur du cholestérol.
- B) La testostérone est un précurseur de la prégnénone.
- C) La prégnénone est transformée en progestérone au sein du placenta par l'intermédiaire d'une action enzymatique.
- D) Le sulfate de prégnénone est transformé en SDHEA par l'intermédiaire de la P-450 17 α hydroxylase.
- E) La biosynthèse des stéroïdes par le placenta augmente de manière linéaire avec l'âge gestationnel.

QCM13 : A propos des villosités placentaires :

- A) Les villosités secondaires sont notamment constituées lors de l'envahissement des villosités primaires par le parenchyme allantoïdien.
- B) La villosité tertiaire est caractérisée par l'apparition de capillaires maternels dans l'axe mésenchymateux.
- C) La villosité tertiaire est caractérisée par l'apparition de capillaires fœtaux dans l'axe mésenchymateux.
- D) Trois semaines après la conception, la villosité chorale est dans sa structure définitive.
- E) La villosité chorale, dans sa structure définitive, est flottante dans l'utérus maternel et ancrée dans la CIV.

QCM14 : A propos de la mise en place de la circulation fœtale :

- A) La circulation embryo-placentaire est établie dès le 3^{ème} jour PC
- B) La circulation embryo-placentaire est établie dès le 13^{ème} jour PC
- C) La circulation embryo-placentaire est établie dès le 23^{ème} jour PC
- D) Le cordon ombilical regroupe les éléments du pédicule embryonnaire dans une structure limitée par l'amnios.
- E) Le réseau vasculaire fœto-placentaire est un système clos.

QCM15 : A propos de la placentation des grossesses gémellaires :

- A) La grossesse gémellaire monochoriale monoamniotique survient en cas de division tardive de l'embryon.
- B) La grossesse gémellaire monochoriale monoamniotique survient en cas de division de l'embryon vers le 8^{ème} jour PC.
- C) Dans le cadre de la grossesse gémellaire monochoriale monoamniotique, les anastomoses vasculaires entre les 2 jumeaux sont constante.
- D) Les placentas bichoriaux représentent la majorité des modes de placentation des grossesses gémellaires.
- E) La placentation bichoriale bi-amniotique survient lors d'une division précoce de l'embryon.