

Compilé - Réponses des Profs :

Vous trouverez ici le compilé de toutes les réponses des professeurs qui sont encore au programme, j'ai fait le tri jusqu'à 2012, il reste plus grand chose mais tout est là :

COURS 1 : Développement Placentaire :

La couche spongieuse fait-elle partie du chorion ou est-elle située entre l'amnios et le chorion, ne faisant partie d'aucun des deux ?

Elle est à l'interface.

Certaines diapos de vos vidéos de cours ne sont pas commentées et simplement passées, sont-elles obsolètes ou peuvent-elle faire l'objet de QCM au concours ?

Toutes les diapos sont à apprendre.

Je pensais que dans le cas d'une placentation mono-choriale bi-amniotique, la possibilité qu'un syndrome transfuseur-transfusé survienne était due au fait que les anastomoses entre les fœtus sont inconstantes et non totalement partagées (en opposition au cas de placentation mono-choriale mono-amniotique où les anastomoses sont constantes et totalement partagées).

Cependant, dans votre cours, vous dites pour les placentations mono-choriales bi-amniotiques que les anastomoses sont constantes...

Qu'est-ce que les étudiant.e.s doivent retenir s'il vous plait ?

Les anastomoses sont constantes dans ce cas et il peut exister un déséquilibre dans l'échange qui va entraîner un STT (par exemple).

Dans le mono mono les anastomoses sont constantes aussi mais la circulation est totalement partagée. Il ne peut pas y avoir de 'vol' donc pas de STT.

Dans votre diapo on peut lire :

"les artères radiaires traversent le myomètre avant de se transformer en artères spiralées au niveau de l'endomètre".

Cependant, sur le schéma suivant la diapositive, un schéma montre que les artères spiralées traversent le myomètre.

J'ai dit aux étudiants de retenir pour l'instant la version texte du diapo, confirmez-vous ?

OK version texte

Concernant les placentations bi-choriales, il est dit dans votre diapo que les 2 placentas peuvent être "séparés ou fusionnés, mais séparés par une membrane inter-placentaire". Un item "en cas de placentation bi-choriale, les 2 placentas sont toujours séparés" serait-il donc à compter juste ?

Un item "en cas de placentation bi-choriale, les 2 placentas peuvent être fusionnés" est-il à compter juste ?

C'est un peu tiré par les cheveux ! Ce sont deux placentas distincts. Qu'ils ne s'inquiètent pas, on ne laisserait jamais passer une formulation aussi ambiguë.

COURS 3 : Modifications Physiologiques de la grossesse :

Vous dites que le pic de sécrétion d'HCG intervient à la 10^e SA, le Pr. Delotte quant à lui nous donne le chiffre de 12 SA. Quelle version faut-il retenir pour l'examen ?

Dans la vidéo et sur le diagramme, je parle de 10 semaines. C'est 10 semaines de gestation (noté en abscisse), soit 12 SA. Donc les deux sont bons.

Au début de la vidéo du cours pour les PASS/LAS, vous citez le titre "Modifications générales de la grossesse " puis vous parlez directement des modifications des glandes endocrines. S'agit-il d'un problème technique sur la vidéo ? Ou cette partie du cours n'est-elle plus au programme ?

Les modifications générales sont expliquées à l'oral lors de la seule diapo sur les modifications générales. Il y a peut-être eu un soucis à l'enregistrement. Je rectifierai pour l'année prochaine le cas échéant. Je veillerai à ce que cela ne pose pas soucis pour l'examen.

Vous parlez dans le cours d'un "shunt artério-veineux créé par l'unité foeto-placentaire qui participe à l'augmentation des résistances périphériques. " Pouvez vous nous apporter des précisions sur cette notion ? A quoi ce shunt artério-veineux correspond-t-il ?

Il existe un shunt artério-veineux au niveau de la circulation fœtale, ainsi qu'un shunt vasculaire placentaire au niveau du myomètre qui participent à l'augmentation des résistances périphériques. C'est ce dernier élément qui est l'objet de ce cours.

Le cours semble se contredire à propos des variations de calcium dans l'organisme maternel. Dans un premier temps, vous expliquez que l'on observe une augmentation de la filtration glomérulaire de calcium. Dans un second temps, vous expliquez que, pour s'adapter aux besoins calciques du fœtus, la mère met en place une diminution de l'excrétion rénale de calcium. Que faut-il retenir ? La mère élimine-t-elle + ou - de calcium durant la grossesse via les reins ?

Du fait de l'augmentation du débit plasmatique rénal, la filtration glomérulaire est augmentée de 15 % en début de grossesse, et 50-70 % en fin de grossesse. La conséquence de cette augmentation est une augmentation de la clearance du calcium ce qui implique que les taux sanguins du calcium (calcémie) vont diminuer. Ceci couplé à l'augmentation de l'absorption intestinale maternelle du calcium aboutit à une diminution de l'excrétion rénale de calcium.

Vous expliquez qu'une carence en folates peut entraîner une anomalie de fermeture du tube neural, et vous citez comme exemple pathologique : l'anomalie de fermeture de la fente labio- palatine. Or, il est dit dans les cours d'odontologie qu'une anomalie de fermeture de la fente labio- palatine résulte d'un problème de fusion du maxillaire, des processus inter-maxillaire et des bourgeons palatins. Quelle version faut-il retenir

Les 2 ! Ce qui est expliqué en odonto, c'est le processus mécanique perturbé qui aboutit à une fente. La carence en folates est possiblement la cause initiale (étiologie initiale qui fait que le processus mécanique classique est perturbé). La carence en folate est donc un facteur de risque de non fermeture du tube neurale : on s'est rendu compte que les patientes carencées ont plus de risques d'avoir un fœtus avec une non fermeture du tube neurale. Ça ne veut pas dire que toutes les patientes carencées auront un enfant avec Fente et/ou Spina : mais elles sont plus à risque.