



# ***SDR Maieutique***

présenté par Victoxine et Plauracenta

# Organisation

## Cours:

- Le développement placentaire → Vic
- Les sécrétions hormonales → Laura
- Les modifications physiologiques part.1 et 2 → Laura
- Les modifications physiologiques part. 3 → Laura
- Ce que tout professionnel de santé devrait savoir sur la femme enceinte part.1 et 2 → Vic

Si intérêt dans le cursus de Sage-Femme: contactez Auréa aka  
Aurénine  
(votre tutrice de BDR)



# **Cours 1: Développement placentaire**

## À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) Lors d'une placentation monochorial bi-amniotique on a un risque de striction des cordons avec une possibilité de MFIU
- B) Lors d'une placentation bi-chorial bi-amniotique il n'y a pas de risque de MFIU par striction des cordons ni par syndrome transfuseur transfusé
- C) Lors d'une placentation monochorial mono-amniotique, la division du bouton embryonnaire se fait entre le 3<sup>e</sup> et le 7<sup>e</sup> jour et peut aboutir à un enchevêtrement des cordons
- D) A moins de 3 jours, la division donnera un placenta bichoriale bi-amniotique
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

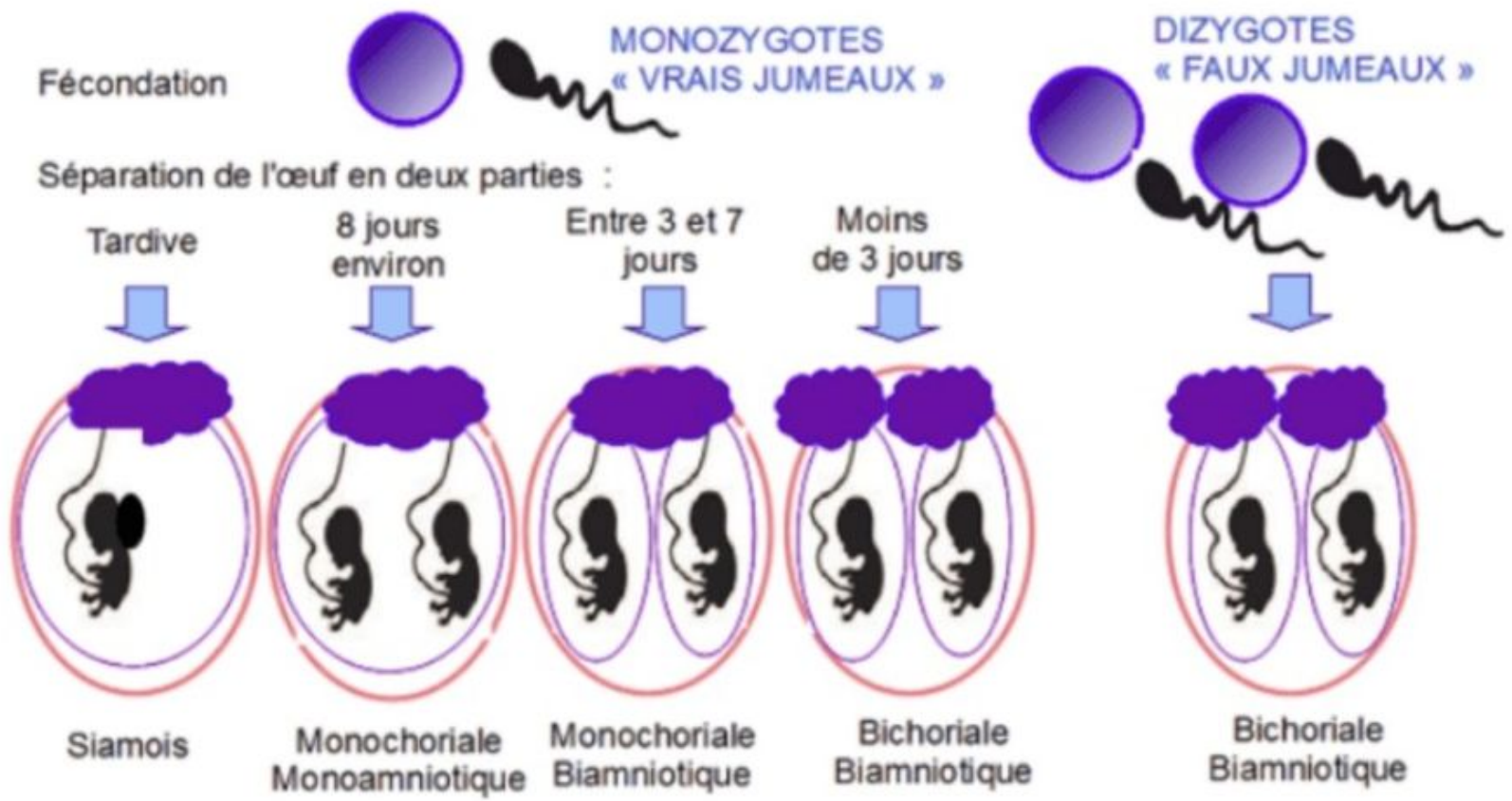
A) Lors d'une placentation monochorial bi-amniotique on a un risque de striction des cordons avec une possibilité de MFIU -> **STT**

B) Lors d'une placentation bi-chorial bi-amniotique il n'y a pas de risque de MFIU par striction des cordons ni par syndrome transfuseur transfusé

C) Lors d'une placentation monochorial mono-amniotique, la division du bouton embryonnaire se fait entre le 3e et le 7e jour et peut aboutir à un enchevêtrement des cordons -> **8e jour la division**

D) A moins de 3 jours, la division donnera un placenta bichoriale bi-amniotique

E) Les propositions A, B, C et D sont fausses



risques :

Striction  
cordon

STT

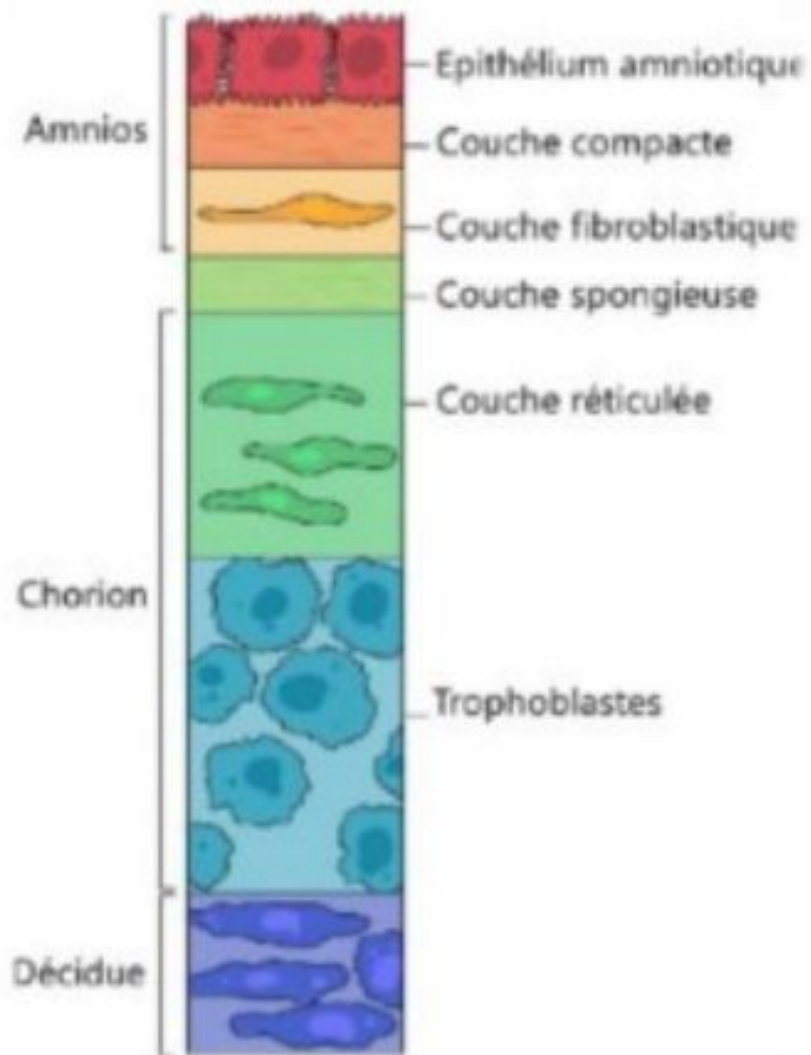
X

À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) L'amnios est composé dans l'ordre de l'épithélium amniotique, d'une couche fibroblastique et d'une couche compacte
- B) L'amnios est orienté vers la face maternel en opposition au chorion qui se trouve vers la face foetale
- C) Leur structure est définitive à partir du 3e mois
- D) Nous pouvons retrouver l'amnios suivi de la décidu suivi elle même du chorion qui est vers la face maternel
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) L'amnios est composé dans l'ordre de l'épithélium amniotique, d'une couche fibroblastique et d'une couche compacte -> **A,C,F,S (ordre alphabet)**
- B) L'amnios est orienté vers la face maternel en opposition au chorion qui se trouve vers la face foetale -> **inverse**
- C) Leur structure est définitive à partir du 3e mois -> **4e mois**
- D) Nous pouvons retrouver l'amnios suivi de la décidu suivi elle même du chorion qui est vers la face maternel -> **A,C,D (tjrs ordre alphabet)**
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses



À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) Les jumeaux dizygotes (ou « faux » jumeaux) ont TOUJOURS un placenta bi-chorial.
- B) Les jumeaux monozygotes (ou « vrais » jumeaux) ont dans 70% des cas un placenta monochorial.
- C) Le type de placentation est fonction du moment de la division de l'œuf au cours des 3 premières semaines de développement.
- D) Le placenta humain est dit hémochorial : le sang maternel est directement au contact des villosités choriales au niveau de la chambre intervillieuse
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

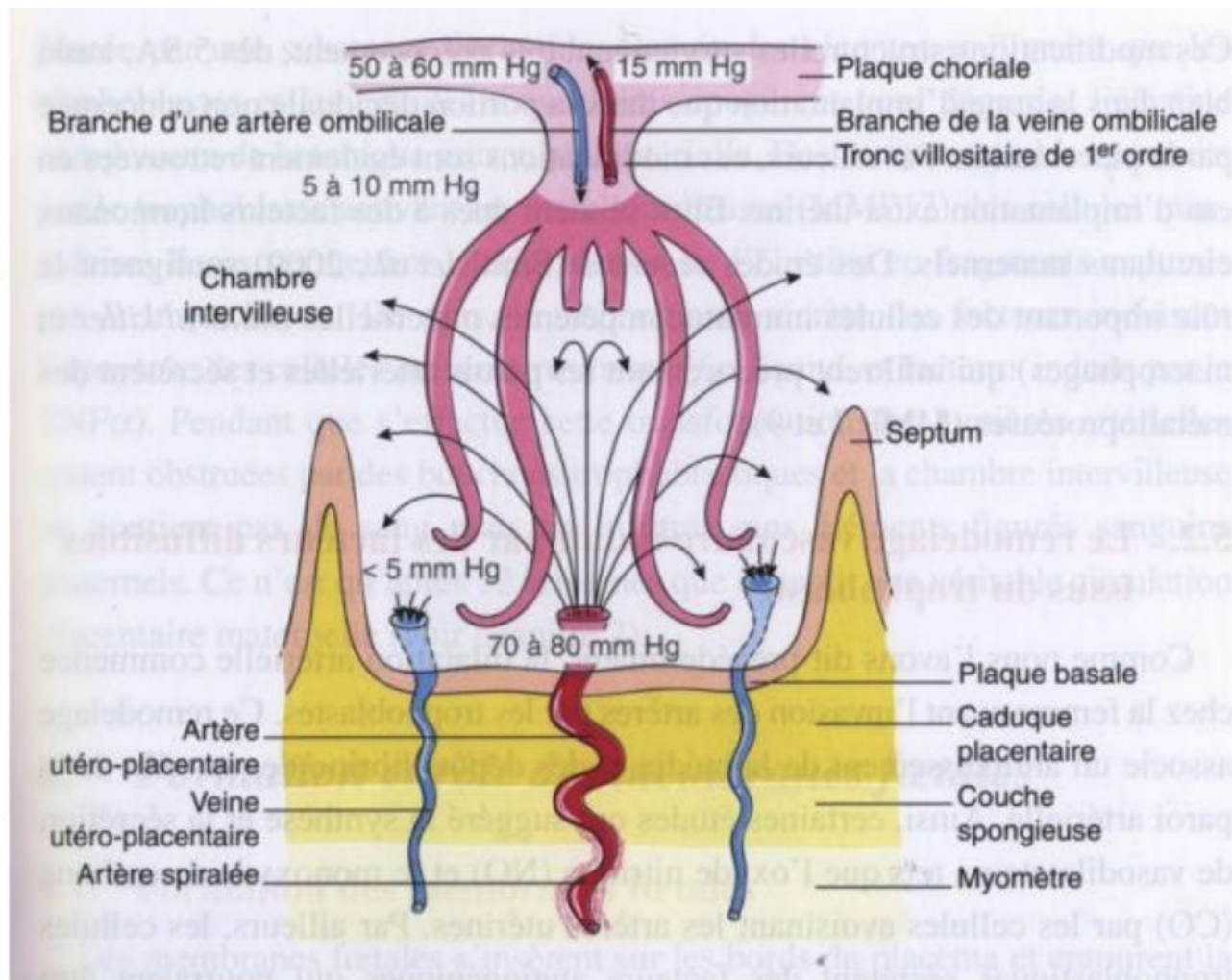
- A) Les jumeaux dizygotes (ou « faux » jumeaux) ont TOUJOURS un placenta bi-chorial.
- B) Les jumeaux monozygotes (ou « vrais » jumeaux) ont dans 70% des cas un placenta monochorial.
- C) Le type de placentation est fonction du moment de la division de l'œuf au cours des 3 premières semaines de développement.
- D) Le placenta humain est dit hémochorial : le sang maternel est directement au contact des villosités choriales au niveau de la chambre intervillieuse
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) Le sang maternel circule autour des villosités placentaires permettant les échanges entre la mère et le fœtus, c'est un système ouvert
- B) Le sang est repris par les sinus veineux qui s'ouvrent largement dans la chambre intervillieuse puis par les veines utérines
- C) On a les Artères utérines qui donnent les A. Arquées puis les A. radiaires(endomètre) et les A. Spirales(myomètre)
- D) La pression à l'entrée dans la chambre intervillieuse est plus forte qu'à la sortie
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) Le sang maternel circule autour des villosités placentaires permettant les échanges entre la mère et le fœtus, c'est un système ouvert -> **Clos!**
- B) Le sang est repris par les sinus veineux qui s'ouvrent largement dans la chambre intervillieuse puis par les veines utérines
- C) On a les Artères utérines qui donnent les A. Arquées puis les A. radiaires(endomètre) et les A. Spirales(myomètre)-> **inversé endomètre, myomètre**
- D) La pression à l'entrée dans la chambre intervillieuse est plus forte qu'à la sortie
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

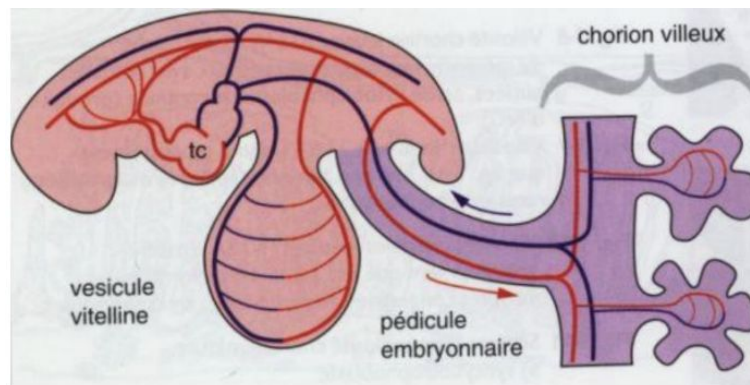
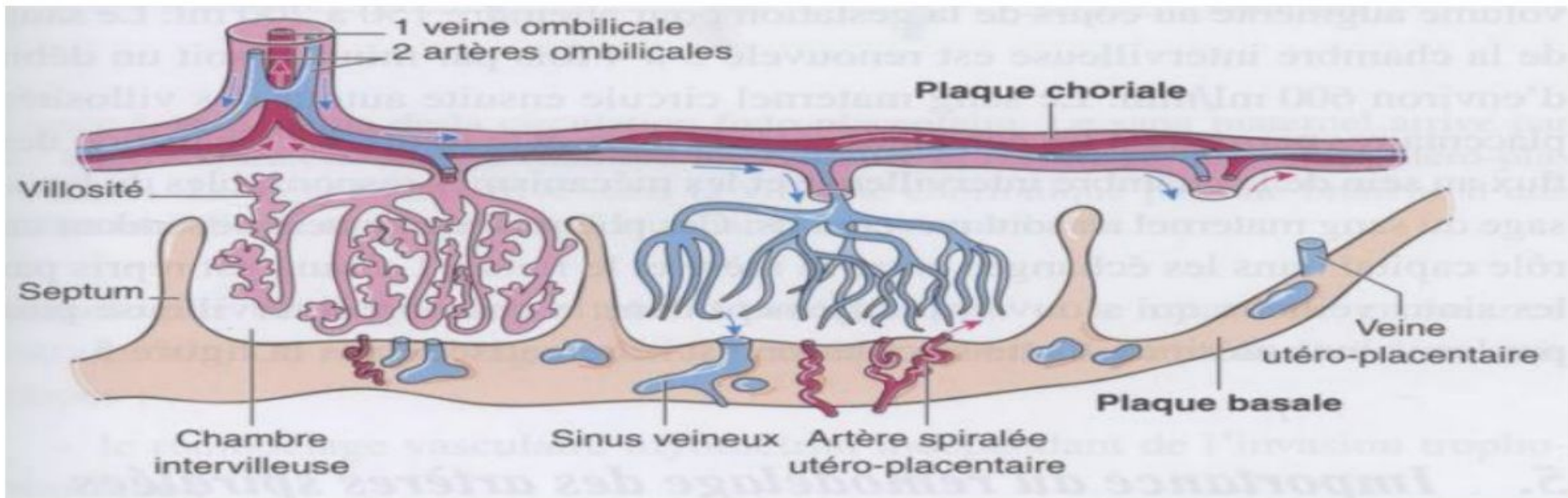


À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) La veine ombilicale gauche régresse au 30 e jour PC
- B) La circulation embryo-placentaire aussi appelée circulation foétale est établie dès le 23e jour PC avec l'apparition des premiers battements cardiaques.
- C) Les cellules sanguines sont formées le 17e jour PC.
- D) Ces vaisseaux allantoïdes se sont développés dans le chorion vilieux
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) La veine ombilicale gauche régresse au 30 e jour PC -> **droite**
- B) La circulation embryo-placentaire aussi appelée circulation foétale est établie dès le 23e jour PC avec l'apparition des premiers battements cardiaques.
- C) Les cellules sanguines sont formées le 17e jour PC
- D) Ces vaisseaux allantoides se sont développés dans le chorion vilieux-> **pédicule embryonnaire**
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

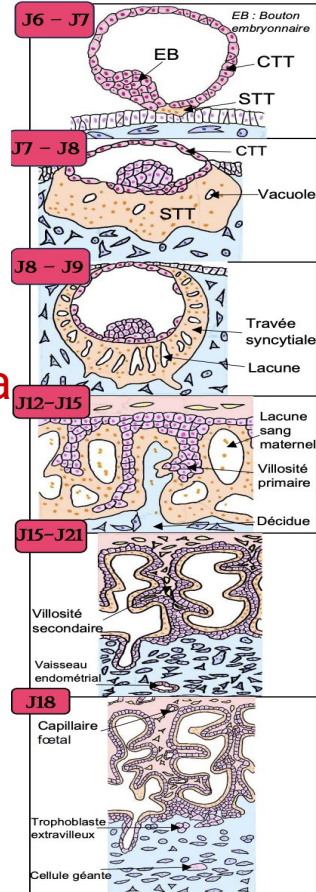


À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) Le trophoblaste se différencie en deux couches : le Cytotrophoblaste (Externe) et le Syncytiotrophoblaste (Interne)
- B) Au 13<sup>e</sup> jours PC, on peut voir apparaître des vacuoles au sein de la masse syncytiale.
- C) A J15-21, il y a formation des villosités tertiaires
- D) La vascularisation définit la formation de villosité tertiaire
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) Le trophoblaste se différencie en deux couches : le Cytotrophoblaste (Externe) et le Syncytiotrophoblaste (Interne)-> **inverse ext/int**
- B) Au 13e jours PC, on peut voir apparaître des vacuoles au sein de la masse syncytiale -> **8e j**
- C) A J15-21, il y a formation des villosités tertiaires-> **secondaire**
- D) La vascularisation définit la formation de villosité tertiaire
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses



À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) Cette implantation aussi appelée nidation a lieu entre le 6ème et le 12ème jour PC.
- B) L'ovule, entouré de sa membrane pellucide, est fécondé dans le tiers interne de la trompe. Il va ensuite y avoir une segmentation et un cheminement dans la trompe.
- C) Lorsque le blastocyste s'insère entre les cellules épithéliales de la muqueuse utérine, c'est une action extrêmement invasive qui va permettre enfouissement progressif de l'œuf.
- D) La morula va se transformer en blastocyste creusé d'une cavité : le blastocèle. On va retrouver une couche externe que l'on va appeler trophoblaste à l'intérieur duquel est appendu le bouton embryonnaire.
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

À propos du développement placentaire, indiquez la ou les propositions exactes :

- A) Cette implantation aussi appelée nidation a lieu entre le 6ème et le 12ème jour PC.
- B) L'ovule, entouré de sa membrane pellucide, est fécondé dans le tiers interne de la trompe. Il va ensuite y avoir une segmentation et un cheminement dans la trompe-> **tiers externe**
- C) Lorsque le blastocyste s'insère entre les cellules épithéliales de la muqueuse utérine, c'est une action extrêmement invasive qui va permettre enfouissement progressif de l'œuf.
- D) La morula va se transformer en blastocyste creusé d'une cavité : le blastocèle. On va retrouver une couche externe que l'on va appeler trophoblaste à l'intérieur duquel est appendu le bouton embryonnaire.
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

# **Cours 2: Sécrétions hormonales**

La fonction endocrine du placenta permet la sécrétion de :

- A) 2 grands types d'hormones
- B) 3 grands types d'hormones
- C) Polypeptidiques et stéroïdes
- D) Protéiques et lipidiques
- E) Les réponses A, B, C et D sont fausses

La fonction endocrine du placenta permet la sécrétion de :

- A) 2 grands types d'hormones
- B) 3 grands types d'hormones
- C) Polypeptidiques et stéroïdes
- D) Protéiques et lipidiques
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des hormones polypeptidiques :

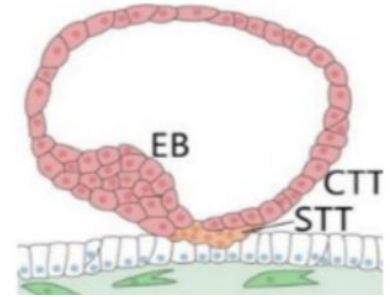
- A) Sont synthétisées dans le trophoblaste
- B) Plus spécifiquement dans le cytotrophoblaste
- C) Le cytotrophoblaste est contenu dans la villosité chorale
- D) Au sein de ces hormones, il y a 2 grandes hormones
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des hormones polypeptidiques :

- A) Sont synthétisées dans le trophoblaste
- B) Plus spécifiquement dans le cytotrophoblaste : **syncytiotrophoblaste**
- C) Le cytotrophoblaste est contenu dans la villosité chorale (*voir diapo suivante*)
- D) Au sein de ces hormones, il y a 2 grandes hormones : **3 (hCG, hPL/hCS, GHP)**
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

# À propos des hormones polypeptidiques :

1. CTT interne + STT externe
2. J8 : vacuoles → lacunes dans la masse syncytiale
3. J13 : villosités choriales primaires
4. Après 2 semaines : villosités secondaires
5. Villosités tertiaires



STT

CTT

parenchyme allantoidien

vascularisation



## À propos de l'hCG :

- A) Lorsqu'on détecte la sous-unité alpha, on est sûr qu'il s'agit de l'hCG
- B) Va prendre le relais après le placenta pour permettre la sécrétion ovarienne de progestérone après 6 SG
- C) Ainsi, cette hormone n'est pas vraiment importante dès le début de la grossesse
- D) Permet de détecter des anomalies embryonnaires ou fœtales (par ex. la trisomie 21)
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos de l'hCG :

- A) Lorsqu'on détecte la sous-unité alpha, on est sûr qu'il s'agit de l'hCG : **bêta**
- B) Va prendre le relais après le placenta pour permettre la sécrétion ovarienne de progestérone après 6 SA : **pendant 6 SG le corps jaune gravidique va sécréter de la progestérone et après le placenta va prendre le relais**
- C) Ainsi, cette hormone n'est pas vraiment importante dès le début de la grossesse : **elle est très importante dès le début car c'est elle qui va permettre la transformation du corps jaune ovarien cyclique en corps jaune gravidique**
- D) Permet de détecter des anomalies embryonnaires ou fœtales (par ex. la trisomie 21)
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des hormones stéroïdes :

- A) Leur diffusion est facile notamment grâce à des récepteurs spécifiques
- B) Elles ont peu d'impact sur l'activité transcriptionnelle de nombreux gènes
- C) Leur biosynthèse fluctue au cours du temps
- D) Au sein de ces hormones, il y a 3 grandes hormones
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des hormones stéroïdes :

- A) Leur diffusion est facile notamment grâce à des récepteurs spécifiques
- B) Elles ont peu d'impact sur l'activité transcriptionnelle de nombreux gènes : **elles entraînent une modulation de l'activité transcriptionnelle de nombreux gènes**
- C) Leur biosynthèse fluctue au cours du temps : **leur biosynthèse augmente de manière linéaire avec l'âge gestationnel**
- D) Au sein de ces hormones, il y a 3 grandes hormones : **2 (oestrogène, progestérone)**
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des sécrétions hormonales :

- A) Le placenta est une glande endocrine complète et indépendante
- B) Le nerf placentaire permet l'innervation du placenta
- C) Le placenta et les membranes foetales sécrètent la CRH qui joue un rôle dans le déclenchement de l'accouchement
- D) Les hormones polypeptidiques peuvent être de type hypophysaire ou hypothalamique
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des sécrétions hormonales :

- A) Le placenta est une glande endocrine complète et indépendante : **incomplète + concept d'unité foeto-placentaire**
- B) Le nerf placentaire permet l'innervation du placenta : **le placenta n'est pas innervé, on y retrouve des neuropeptides**
- C) Le placenta et les membranes foetales sécrètent la CRH qui joue un rôle dans le déclenchement de l'accouchement : **l'ocytocine aussi a un rôle de régulation dans le déclenchement et l'avancée de l'accouchement**
- D) Les hormones polypeptidiques peuvent être de type hypophysaire ou hypothalamique
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

# **Cours 3 : Modifications physiologiques 1**

## À propos des modifications générales :

- A) Au T1 sous l'effet de la progestérone  $T \leq 37^{\circ}\text{C}$
- B) Ainsi après l'accouchement on parle de la tendance à l'hyperthermie
- C) Pendant T1 : +1kg/mois et pendant T2 + T3 : +2kg/mois
- D) Perdre jusqu'à 10% du poids des patientes à cause de beaucoup de nausées et vomissements est normal
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des modifications générales :

- A) Au T1 sous l'effet de la progestérone  $T \leq 37^{\circ}\text{C}$  :  **$\geq 37^{\circ}\text{C}+++$**
- B) Ainsi après l'accouchement on parle de la tendance à l'hyperthermie :  
**hypothermie**
- C) Pendant T1 : +1kg/mois et pendant T2 + T3 : +2kg/mois : **T1 + T2 : +1kg/mois et T3 : +2 kg/mois**
- D) Perdre jusqu'à 10% du poids des patientes à cause de beaucoup de nausées et vomissements est normal : **des nausées et des vomissements sont fréquentes chez les patientes en début de grossesse mais ici on parle d'une pathologie : hyperemesis gravidarum**
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## Parenthèse sur l'hyperemesis gravidarum :

*Ça nous a posé problème en présentiel, j'ai fait des recherches et voici l'explication exacte :*

- En début de grossesse, on peut trouver des **nausées** et des **vomissements**
- Si **beaucoup de vomissements** ont lieu en début de grossesse, on s'attend à ce qu'elle **ne prenne pas de poids** pendant les **3/4 premiers mois**
- On retrouve cependant des **patientes avec beaucoup de nausées et vomissements**, elles peuvent **perdre beaucoup de kilos** en début de grossesse, allant **jusqu'à 10% de leur poids** → L'HYPEREMESIS GRAVIDARUM

**Ainsi de manière physiologique, on peut trouver des femmes qui ne vont pas prendre du poids en début de grossesse à cause des vomissements MAIS DÈS QU'ON VA COMMENCER À PARLER D'UNE PERTE DE POIDS (MÊME <10%), C'EST PATHOLOGIQUE**

## À propos de l'hypophyse :

- A) Le poids de l'hypophyse triple pendant la grossesse et ne change plus jamais de taille
- B) La TSH et l'hCG varient de la même manière
- C) Pareil pour la prolactine, la LH et la FSH
- D) L'ocytocine augmente au cours de la grossesse pour atteindre 165 $\mu$ g/ml
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos de l'hypophyse :

- A) Le poids de l'hypophyse triple pendant la grossesse et ne change plus jamais de taille : **double et après l'allaitement maternel reviendra à la normale**
- B) La TSH et l'hCG varient de la même manière : **TSH diminue lors du pic d'hCG (12SA = 10SG)**
- C) Pareil pour la prolactine, la LH et la FSH : **plus le taux de prolactine augmente, plus la production de FSH et LH diminue**
- D) L'ocytocine augmente au cours de la grossesse pour atteindre 165µg/ml
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos de la thyroïde :

- A) La thyroïde régule de nombreux systèmes hormonaux via la T3, T4 et la PTH
- B) La filtration glomérulaire et l'excrétion rénale d'iode restent normales
- C) La TBG augmente et les T3 et T4 totales augmentent
- D) Il est donc très important de les doser pendant la grossesse
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos de la thyroïde :

- A) La thyroïde régule de nombreux systèmes hormonaux via la T3, T4 et la PTH : **la calcitonine pas la PTH (parathyroïde)**
- B) La filtration glomérulaire et l'excrétion rénale d'iode restent normales : **augmentent**
- C) La TBG augmente et les T3 et T4 totales augmentent : **la TBG est la principale protéine de transport des hormones thyroïdienne**
- D) Il est donc très important de les doser pendant la grossesse : **justement on ne les dose pas car on sait qu'elles vont augmenter, et donc il y aura moins de T3 et T4 libres sans répercussion clinique**
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos de la parathyroïde :

- A) La PTH favorise la régulation des taux de calcium et de phosphore dans le sang
- B) Les besoins calciques augmentent au T3 où ils peuvent atteindre 150mg/j
- C) La PTH est hypercalcémiant et est présente surtout chez le fœtus
- D) La calcitonine est hypocalcémiant et est présente surtout chez la mère
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos de la parathyroïde :

- A) La PTH favorise la régulation des taux de calcium et de phosphore dans le sang
- B) Les besoins calciques augmentent au T3 où ils peuvent atteindre 150mg/j : **300mg/j**
- C) La PTH est hypercalcémiante et est présente surtout chez le foetus : **mère**
- D) La calcitonine est hypocalcémiante et est présente surtout chez la mère : **foetus**
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des glandes endocrines :

- A) Les glandes surrénales sont divisées en 2 parties : la corticosurrénale et la médullosurrénales, et les deux sécrètent les mêmes hormones
- B) Dans les glandes surrénales toutes catécholamines restent peu modifiées
- C) Le cortisol plasmatique double dès le début de la grossesse et modifie ainsi la fraction libre de cette hormone
- D) On retrouve un hyperinsulinisme réactionnel qui permet de maintenir l'euglycémie
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des glandes endocrines :

- A) Les glandes surrénales sont divisées en 2 parties : la corticosurrénale et la médullosurrénales, et les deux sécrètent les mêmes hormones :  
**corticosurrénale : minéralocorticoïdes, glucocorticoïdes, hormones sexuelles; médullosurrénale : catécholamines**
- B) Dans les glandes surrénales toutes catécholamines restent peu modifiées :  
**adrénaline et noradrénaline diminuent**
- C) Le cortisol plasmatique double dès le début de la grossesse et modifie ainsi la fraction libre de cette hormone : **la fraction libre reste stable**
- D) On retrouve un hyperinsulinisme réactionnel qui permet de maintenir l'euglycémie
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des modifications métaboliques :

- A) Il y a une augmentation du métabolisme basal de 15-30%
- B) Au T1/T2 il y a une accumulation des réserves chez la mère : catabolisme chez la mère
- C) Au T3 le fœtus va commencer à gagner du poids : anabolisme chez la mère
- D) Les taux de base de la protéolyse et le renouvellement des protéines ne varient pas au cours de la grossesse et les protéines totales plasmatiques diminuent de 10g/L
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos du métabolisme basal :

- A) Il y a une augmentation du métabolisme basal de 15-30%
- B) Au T1/T2 il y a une accumulation des réserves chez la mère : catabolisme chez la mère : **anabolisme**
- C) Au T3 le fœtus va commencer à gagner du poids : anabolisme chez la mère : **catabolisme**
- D) Les taux de base de la protéolyse et le renouvellement des protéines ne varient pas au cours de la grossesse et les protéines totales plasmatiques diminuent de 10g/L : **les protéines subissent plusieurs transformations (la lyse, le renouvellement...)** et ce sont ces processus-là qui ne vont pas changer, mais la femme va utiliser des protéines et leur taux va donc diminuer, car tous les processus qui les concernent ne changent pas
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des modifications métaboliques :

- A) Au T1 on retrouve chez la mère une augmentation de la réponse insulinique et ainsi une augmentation de 10% de la glycémie
- B) Pendant la 2ème moitié de la grossesse, on retrouve une insulino-résistance chez la mère notamment à cause de la progestérone et de l'hPL
- C) L'hPL est antagoniste de l'insuline et limite le stockage dans le tissu adipeux maternel et favorise l'utilisation des réserves pour le fœtus
- D) La lipolyse (l'élévation des AG et des triglycérides) va faire que la mère va plutôt utiliser les graisses et orienter le glucose vers le fœtus
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos du métabolisme basal :

- A) Au T1 on retrouve chez la mère une augmentation de la réponse insulinique chez la mère et ainsi une augmentation de 10% de la glycémie : **diminution**
- B) Pendant la 2ème moitié de la grossesse, on retrouve une insulino-résistance chez la mère notamment à cause de la progestérone et de l'hPL
- C) L'hPL est antagoniste de l'insuline et limite le stockage dans le tissu adipeux maternel et favorise l'utilisation des réserves pour le fœtus
- D) La lipolyse (l'élévation des AG et des triglycérides) va faire que la mère va plutôt utiliser les graisses et orienter le glucose vers le fœtus
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

# **Cours 3 : Modifications physiologiques 2**

## À propos de la volémie :

- A) L'adaptation CV chez la femme est néanmoins compliquée et ce sont surtout les artères qui ont du mal à se modifier
- B) On observe une hypervolémie et une augmentation du volume plasmatique
- C) Les oestrogènes permettent l'adaptation CV
- D) La progestérone augmente la fréquence et le débit cardiaque, ainsi que les débits circulatoires et la contractilité du myocarde
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos de la volémie :

- A) L'adaptation CV chez la femme est néanmoins compliquée et ce sont surtout les artères qui ont du mal à se modifier : **l'adaptation CV est caractérisée par la vasodilatation artérielle très précoce**
- B) On observe une hypervolémie et une augmentation du volume plasmatique
- C) Les oestrogènes permettent l'adaptation CV : **c'est l'inverse**
- D) La progestérone augmente la fréquence et le débit cardiaque, ainsi que les débits circulatoires et la contractilité du myocarde : **c'est l'inverse**
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des modifications CV :

- A) La PA augmente malgré la baisse des résistances périphériques
- B) Le shunt artérioveineux créé par l'unité fœto-placentaire et les effets vasomoteurs des hormones font que la PA revient à la fin de la grossesse à un niveau égal à celui d'avant la grossesse
- C) La pression veineuse diminue aux MI et cause des oedèmes et des varices
- D) La position maternelle et peut causer un ralentissement du rythme cardiaque foetal en décubitus dorsal par la compression de la VCI
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des modifications CV :

- A) La PA augmente malgré la baisse des résistances périphériques : **la PA suit le schéma de la baisse des résistances qui baissent plus que ce que le débit cardiaque augmente**
- B) Le shunt artérioveineux créé par l'unité fœto-placentaire et les effets vasomoteurs des hormones font que la PA revient à la fin de la grossesse à un niveau égal à celui d'avant la grossesse : **remontée de la PA**
- C) La pression veineuse diminue aux MI et cause des oedèmes et des varices : **augmente (compression de la VCI par l'utérus gravide)**
- D) La position maternelle et peut causer un ralentissement du rythme cardiaque foetal en décubitus dorsal par la compression de la VCI
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des modifications respiratoires :

- A) Toutes les modifications commencent après que l'utérus a refoulé le diaphragme
- B) Il y a une augmentation de la fréquence respiratoire jusqu'à 16 cycles/min.
- C) Les volumes respiratoires restent pourtant les mêmes
- D) Une femme sur deux est dyspnéique
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des modifications respiratoires :

- A) Toutes les modifications commencent après que l'utérus a refoulé le diaphragme : **certaines modifications surviennent dès 10 à 12 SA (2 mois), bien avant que l'utérus ne refoule le diaphragme**
- B) Il y a une augmentation de la fréquence respiratoire jusqu'à 16 cycles/min.
- C) Les volumes respiratoires restent pourtant les mêmes : **il y a des modifications des volumes respiratoires (VC, VRI, VRE, VR)**
- D) Une femme sur deux est dyspnéique
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des modifications hématologiques :

- A) L'expansion de la masse érythrocytaire est dû à la stimulation de la synthèse d'érythropoïétine
- B) Elle a lieu après l'augmentation du volume plasmatique
- C) Il existe donc une hémodilution relative réalisant une pathologie, l'anémie
- D) Ainsi, un taux élevé d'hémoglobine signifie que tout va bien
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des modifications hématologiques :

- A) L'expansion de la masse érythrocytaire est dû à la stimulation de la synthèse d'érythropoïétine
- B) Elle a lieu après l'augmentation du volume plasmatique
- C) Il existe donc une hémodilution relative réalisant une pathologie, l'anémie : **l'anémie physiologique de la grossesse**
- D) Ainsi, un taux élevé d'hémoglobine signifie que tout va bien : **un taux bas d'hémoglobine n'est pas forcément un signe d'anémie chez la femme enceinte, et un taux élevé d'hémoglobine peut être témoin de l'expansion plasmatique insuffisante, ce qui est pathologique**
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des composants:

- A) Il faut supplémenter le fer constamment pour éviter un épuisement des réserves de fer
- B) La vitamine B12 participent à la synthèse d'ADN
- C) Les besoins en vitamine B9 sont assurés par une alimentation équilibrée
- D) En France la supplémentation de fer n'est pas systématique ainsi que la supplémentation en vitamine B9, par contre la supplémentation en vitamine B12 l'est
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos des composants:

- A) Il faut supplémenter le fer constamment pour éviter un épuisement des réserves de fer : **l'absorption croît avec l'épuisement des réserves et ainsi l'épuisement des réserves est une étape physiologique**
- B) La vitamine B12 participe à la synthèse d'ADN : **vitamine B9 /folates/ acides foliques**
- C) Les besoins en vitamine B9 sont assurés par une alimentation équilibrée : **vitamine B12**
- D) En France la supplémentation de fer n'est pas systématique ainsi que la supplémentation en vitamine B9, par contre la supplémentation en vitamine B12 l'est : **systématique : vitamine B9; non systématique : fer, vitamine B12**
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos de l'hémostase :

- A) La plupart des facteurs de coagulation diminuent alors que les inhibiteurs physiologiques de la coagulation et la capacité fibrinolytique augmentent
- B) La femme enceinte est dans un état d'hypercoagulabilité
- C) Ces phénomènes vont favoriser l'hémostase dans le post-partum immédiat pour prévenir les hémorragies de la délivrance
- D) Le risque thrombotique est donc maximum dans le post-partum immédiat
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses

## À propos de l'hémostase :

- A) La plupart des facteurs de coagulation diminuent alors que les inhibiteurs physiologiques de la coagulation et la capacité fibrinolytique augmentent : **l'inverse**
- B) La femme enceinte est dans un état d'hypercoagulabilité
- C) Ces phénomènes vont favoriser l'hémostase dans le post-partum immédiat pour prévenir les hémorragies de la délivrance
- D) Le risque thrombotique est donc maximum dans le post-partum immédiat
- E) Les propositions A, B, C et D sont fausses