



Post-test

La grossesse, au-delà du suivi

Les réponses seront publiées dans trois mois, dans le numéro de février 2012.

1 Quel est le pourcentage de malformations fœtales causées par les médicaments ?

- a) Moins de 1 %
- b) 3 %
- c) 10 %
- d) 25 %

2 Laquelle des affirmations suivantes sur les médicaments pendant la grossesse est fausse ?

- a) L'utilisation des benzodiazépines pendant le troisième trimestre peut causer un syndrome d'imprégnation chez le nouveau-né ainsi qu'un syndrome de sevrage.
- b) L'utilisation de l'oxymétazoline (Dristan à action prolongée) est sûre, mais pas celle de la phényléphrine (Dristan) au premier trimestre.
- c) Les recommandations actuelles sont de ne pas prescrire de paroxétine à une femme enceinte, mais de poursuivre le traitement chez une patiente dont l'état est bien maîtrisé par cet agent et chez qui l'indication clinique demeure.
- d) L'utilisation du fluconazole (unidose de 150 mg) au premier trimestre est associée à des malformations squelettiques et craniofaciales chez le rat et l'humain.

- e) Dans le traitement de l'asthme léger, les premiers choix de traitements sont le budésonide (Pulmicort) et le salbutamol (Ventolin).

3 Laquelle des affirmations suivantes à propos de la β -hCG est fausse ?

- a) Le taux de β -hCG devrait doubler en 48 heures dans une grossesse d'évolution normale.
- b) Le taux de β -hCG devrait être d'environ 150 mUI/ml pour que l'on puisse établir la présence d'un sac gestationnel à l'échographie endovaginale.
- c) Une élévation de 53 % du taux de β -hCG en 48 heures pourrait être normale.
- d) Le taux de β -hCG ne permet pas d'établir le nombre de semaines de gestation.
- e) La β -hCG est détectable de neuf à onze jours après l'ovulation.

4 Parmi les affirmations suivantes à propos de la grossesse ectopique, laquelle est vraie ?

- a) Elle se manifeste toujours par des saignements, accompagnés d'une douleur unilatérale.

- b) Son incidence n'est pas plus élevée chez les patientes en démarche de fertilité.
- c) L'évolution du taux de β -hCG est toujours anormale.
- d) La visualisation d'un cœur fœtal extra-utérin constitue un élément diagnostique.
- e) L'échographie d'urgence n'améliore pas la prise en charge des grossesses ectopiques.

5 Tous les symptômes suivants sont associés à la prééclampsie, sauf un. Lequel ?

- a) Céphalées
- b) Scotome
- c) Douleur à l'hypocondre droit
- d) Œdème
- e) Vomissements

6 Tous les problèmes suivants nécessitent une orientation rapide vers la salle d'accouchement, sauf un. Lequel ?

- a) Pression artérielle (PA) de 154 mmHg/86 mmHg
- b) Protéinurie à 2+ à la bandelette urinaire
- c) PA de 144 mmHg/98 mmHg
- d) Céphalées qui réveillent la nuit
- e) Ratio protéines/créatinine à 270 mg/g

La grossesse, au-delà du suivi – Novembre 2011

Sélectionnez une seule réponse pour chaque question. La FMOQ vous attribuera **trois heures** de crédits de catégorie 1 si vous obtenez une note **minimale de 60 %**, qui seront inscrits dans votre PADPC-FMOQ. **Répondez par la poste ou en ligne avant le 1^{er} février 2012.**

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. a b c d e | 6. a b c d e |
| 2. a b c d e | 7. a b c d e |
| 3. a b c d e | 8. a b c d e |
| 4. a b c d e | 9. a b c d e |
| 5. a b c d e | 10. a b c d e |

Remplissez votre post-test en ligne au www.fmoq.org, en cliquant sur l'hyperlien **Identifiez-vous** en haut à gauche de l'écran et obtenez votre résultat immédiatement.

Cette activité sera automatiquement inscrite dans votre PADPC-FMOQ dès le lendemain.

Pour créer votre profil, cliquez sur **Inscrivez-vous** en haut à gauche de l'écran.

Téléchargez l'annexe 13 (approche réflexive) au www.fmoq.org

découper et retourner

Mon article « coup de cœur » du mois est le numéro

Nom (en caractères d'imprimerie) _____

Numéro du permis d'exercice du CMQ _____

Vous pouvez répondre par la poste (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8), par télécopieur (514 878-2659) ou par courrier électronique (medque@fmoq.org).

7 Laquelle des présomptions diagnostiques suivantes nécessite une évaluation plus poussée ?

- a) Nausées légères
- b) Éruption polymorphe de la grossesse
- c) Lombalgie musculosquelettique
- d) Cholestase
- e) Prurigo de la grossesse

- a) La pyridoxine
- b) La prednisone
- c) Le dimenhydrinate
- d) Le métoclopramide
- e) La cyclobenzaprine

- c) Des excès occasionnels avant la grossesse
- d) Un statut socioéconomique élevé
- e) Une grossesse non planifiée

8 Lequel des médicaments suivants doit-on éviter pendant le premier trimestre de la grossesse ?

9 Tous les facteurs suivants permettent de prédire une consommation d'alcool excessive pendant la grossesse, sauf un. Lequel ?

- a) Le tabagisme
- b) La race blanche

10 Parmi les symptômes de la listériose suivants, lequel est le plus fréquent pendant la grossesse ?

- a) Myalgie
- b) Céphalées
- c) Fièvre
- d) Douleurs abdominales
- e) Vomissements et diarrhée

Réponses et références du post-test d'août 2011

Félicitations aux 1062 médecins qui ont obtenu trois heures de crédits de catégorie 1 en répondant au post-test de juin 2011 !

1. a. Balabriga A. Morphological and physiological changes during growth: an update. *Eur J Clin Nutr* 2000 ; 54 (suppl. 1) : S1-6.
2. c. Nilsson O, Marino R, De Luca F et coll. Endocrine regulation of the growth plate. *Horm Res* 2005 ; 64 : 157-65.
3. e. Health Resources and Services Administration : Maternal and Child Health. *Growth Charts Training*. Washington : U.S. Department of Health and Human Services. Site Internet : <http://depts.washington.edu/growth/index.htm> (Date de consultation : le 7 juin 2011)
4. b. Organisation mondiale de la Santé. *L'Organisation mondiale de la Santé publie de nouvelles normes de croissance de l'enfant*. Genève : L'Organisation ; 2006. Site Internet : www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr21/fr/index.html (Date de consultation : le 7 juin 2011).
5. d. Markowitz R, Duggan C. Failure to thrive: Malnutrition in the pediatric outpatient setting. Dans : Walker WA, Watkins JB, rédacteurs. *Nutrition in pediatrics: Basic Science and Clinical Applications*. 3^e éd. : BC Decker ; 2004.
6. a. Pelletier V, Bernard-Bonnin AC. *Retard pondéral du nourrisson*. Dictionnaire de thérapeutique Weber. 2^e éd. Montréal : Gaétan Morin ; 2007. p. 1117-21.
7. b. Boutry M, Needlman R. Use of diet history in the screening of iron deficiency. *Pediatrics* 1996 ; 98 (6) : 1138-42.
8. d. Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. *Pediatric Nutrition Handbook*. 6^e éd. Kleinman. Elk Grove Village : American Academy of Pediatrics ; 2009.
9. a. Wit JM, Clayton PE, Rogol AD et coll. Idiopathic short stature: definition, epidemiology, and diagnostic evaluation. *Growth Horm IGF1 Res* 2008 ; 18 (2) : 89-110.
10. a. Oostdijk W, Grote FK, de Muinck Keizer-Schrama SM et coll. Diagnostic approach in children with short stature. *Horm Res* 2009 ; 72 (4) : 206-17.