

#### QCM n°1

L'obésité est une des pathologies du siècle, l'association obésité /infertilité est de plus en plus fréquente :

- A - La plupart des femmes obèses infertiles sont des OMPK anovulante
- B - La plupart des femmes obèses infertiles sont infertiles car elles sont obèses
- C - L'obésité diminue le taux de succès des différents traitements uniquement si la femme est anovulante
- D - L'évaluation de l'histoire pondérale est un préalable indispensable de la prise en charge
- E - Puisque la réduction pondérale améliore les taux de succès des traitements et le pronostic obstétrical, elle est un préalable indispensable à toute prise en charge thérapeutique

#### QCM n°2

La metformine est un biguanide proposé aux femmes présentant un OMPK avec hyperinsulinisme. La metformine :

- A- active la production hépatique de glucose
- B - diminue la TeBg et donc la fraction d'androgènes libre
- C - est un inducteur de l'ovulation à part entière
- D - est un préparateur au traitement inducteur de l'ovulation
- E - bénéficie d'une AMM dans l'anovulation des OMPK

#### QCM n° 3

Chez la femme obèse anovulante, le citrate de clomifène est le traitement de première intention de l'infertilité :

- A - l'obésité diminue le taux d'ovulation chez la femme obèse, la réduction pondérale normalise ce taux
- B - il est inutile de pratiquer une surveillance d'un traitement par clomifène lors du premier cycle
- C - il faut toujours adjoindre un œstrogène en fin de phase folliculaire pour améliorer la glaire et un progestatif en phase lutéale pour favoriser l'implantation embryonnaire
- D - en l'absence de grossesse après 6 cycles ovulatoires, on peut adjoindre la metformine
- E - si le test de hühner est négatif on propose d'adjoindre une IAC

#### QCM n°4

Si l'anovulation persiste sous clomifène, ou après 6 échecs de cycles ovulatoires, on propose une induction par FSH. Classer les paramètres suivants du plus important au moins important en induction à visée mono ou pauci-folliculaire :

- A - âge
- B - poids
- C - taux de FSH et compte de follicules ovariens
- D - ovulation ou non sous clomifène

E – insulino résistance

QCM n°5

Même question en FIV

QCM n°6

Chez la femme obèse en FIV :

A – il faut utiliser de plus fortes doses de FSH pour obtenir le même taux d'oestradiol et le même nombre d'ovocytes que chez la femme de poids normal

B - de nombreux accidents graves durant le traitement et la ponction ont été rapportés dans la littérature

C – le taux de grossesse est plus bas que chez la femme de poids normal en raison d'une moins bonne qualité ovocytaire

D – le taux de grossesse est plus bas que chez la femme de poids normal en raison d'une moins bonne implantation embryonnaire

E – le taux de naissance par ponction est plus bas que chez la femme de poids normal en raison d'un taux de fausse couche plus élevé

QCM n°1

Les enfants conçus par FIV/ICSI représentent :

A – Moins de 1% des enfants nés chaque année

B - Entre 1 et 2% des enfants nés chaque année

C – Entre 5 et 10% des prématurés de moins de 33 sa

D - Plus de 30% des prématurés de moins de 33 sa

E – Plus de 10% d'entre eux proviennent de transfert d'embryons cryo-prélevés

QCM n°2

L'amp accroît considérablement le risque de grossesses multiples , le problème des triples est aujourd'hui à peu près réglé , pas celui des jumeaux :

A – 20% des grossesses obtenues par FIV/ICSI sont gémellaires

B – 30% des enfants conçus par FIV/ICSI sont des jumeaux

C – le pronostic des grossesses gémellaires obtenues par FIV/ICSI est meilleur que celui des grossesses gémellaires spontanées

D – la gémellité est de loin le risque le plus important pour l'enfant conçu par AMP

E – ce sont les pays de l'Europe du nord qui ont la politique la plus active de diminution des grossesses gémellaires

QCM n°3

Y a-t-il des risques pour les singletons ?

- A – Les singletons conçus par FIV/ICSI ont un poids de naissance un peu plus bas et un risque de prématurité un peu plus élevé que ceux conçus naturellement
- B – Ceci n'est vrai que pour les enfants conçus par ICSI
- C – On peut aujourd'hui être certain que le taux de malformation des enfants conçus par FIV/ICSI n'est pas différent de celui des enfants conçus spontanément
- D - Ceci n'est vrai que pour les enfants conçus par FIV
- E – L'état de santé des enfants conçus par transfert d'embryons cryo- préservé est moins bon que celui des enfants conçus par transfert d'embryons frais

QCM n°4

Quels sont les risques génétiques propres à l'ICSI ?

- A – Les risques de l'ICSI sont surtout dus à l'infertilité masculine plus qu'à la technique elle-même
- B – Le risque d'anomalies chromosomiques sur le caryotype sanguin est multiplié par 5 chez les OATS sévères
- C – L'absence de micro délétion du chromosome Y permet de prédire la fertilité des garçons conçus par ICSI
- D – Il y a une diminution des séquences répétées de tri nucléotides des gènes de certaines maladies chez les hommes présentant une azoospermie obstructive
- E – Si le risque relatif de concevoir un enfant présentant une malformation est de 1.25 , la probabilité d'avoir un enfant malformé passe de 3 à 3.75%