

Stratégie et méthodologie pour réussir les QCM à l'ECN

# Maladies infectieuses

Romain BROUSSE - Charlotte CALLIGARIS

Editions Vernazobres-Greggo



99 bd de l'Hôpital  
75013 PARIS - Tél. : 01 44 24 13 61  
[www.vg-editions.com](http://www.vg-editions.com)

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.  
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm,  
bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon possible des peines  
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.

MARS 2018 - ISBN : 978-2-8183-1676-4

## SOMMAIRE QUESTIONS ISOLEES QCM

	QUESTION	REMARQUE	PAGE
	Généralités sur les agents infectieux		249
173	Prescription et surveillance des anti-infectieux		255
145-147- 147	Infections respiratoires hautes		260
157	Infections urinaires de l'adulte		266
151	Infections bronchopulmonaires de l'adulte		271
153	Infections ostéo-articulaires de l'adulte		277
152	Infections cutanéo-muqueuses et des phanères		285
158	Infections sexuellement transmissibles		290
165	Infection à VIH		296
165	Infection à VIH		302
164	Infections à herpes virus		308
160	Exanthèmes fébriles de l'enfant		314
149	Endocardite infectieuse		320
148	Méningites Infectieuses		328
169	Zoonoses		334
168	Parasitoses digestives		340
171	Voyage en pays tropical de l'adulte et de l'enfant : conseil avant le départ		345
	Pathologies du retour : fièvre, diarrhées et manifestations cutanées		
166	Paludisme		350
155	Tuberculose		357
163	Hépatites virales		363
-	Entraînement 1 sur tous les items de la spécialité		369
-	Entraînement 2 sur tous les items de la spécialité		375
-	Entraînement 3 sur tous les items de la spécialité		381
-	Entraînement 4 sur tous les items de la spécialité		387
-	Entraînement 5 sur tous les items de la spécialité		393

# Questions isolées QCM N° 1

QCM 1	<b>A propos des bactéries en général</b>
A - B - C - D - E -	Les cocci gram positif sont des bactéries aérobies strictes. Les bactéries à tropisme intracellulaire sont toutes des bacilles gram positifs. Les bactéries à tropisme intracellulaire sont sensibles aux macrolides. Les bactéries anaérobies sont résistantes aux aminosides. Les entérobactéries sont résistantes aux glycopeptides.
QCM 2	<b>A propos des parasites en général</b>
A - B - C - D - E -	Les protozoaires sont des vers. Les helminthes sont des organismes unicellulaires. Les helminthes induisent des hyperéosinophilie. Les amibes et le plasmodium sont des protozoaires. Les taenias et les schistosomes sont des helminthes.
QCM 3	<b>A propos des virus en général</b>
A - B - C - D - E -	Le VHC est un virus à ADN. Le VIH est un virus à ADN. Le VHB est un virus à ARN. HSV est un virus à ADN. Le VHB est un virus à ADN.
QCM 4	<b>A propos des cocci Gram positifs (CGP):</b>
A - B - C - D - E -	Le staphylocoque est un CGP se présentant en amas. Devant un CGP en amas à l'examen direct, l'antibiotique de première intention est l'amoxicilline. Les entérobactéries sont des CGP. Les streptocoques sont des CGP se présentant en chaînettes. Certains CGP sont résistants aux C3G.
QCM 5	<b>Parmi les spirochètes, on retrouve:</b>
A - B - C - D - E -	Treponema Pallidum. Leptospira interrogans. Leishmania infantum Borrelia Burgdorferi. Listeria Monocytogene.
QCM 6	<b>A propos du pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline (PSDP):</b>
A - B - C - D - E -	Il se définit par une CMI de la pénicilline < 0,06 mg/L. Le jeune âge et la vie en collectivité sont des facteurs de risque. Le risque de PSDP est à prendre en compte dans le traitement des pneumopathies franches lobaires aigues. Le risque de PSDP est à prendre en compte dans le traitement des méningites à pneumocoque. Le mécanisme de résistance est une modification des protéines liant les pénicillines (PLP).

<b>QCM 7</b>	<b>A propos de staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM):</b>
A -	L'incidence des infections à SARM est actuellement en forte augmentation en France.
B -	Il est sensible à certaines bêta lactamines telles que l'association Amoxicilline-Acide clavulanique.
C -	Le mécanisme de résistance se fait via l'acquisition du gène <i>mecA</i> qui code pour la PLP2a.
D -	Les situations à risque sont principalement les infections liées aux soins.
E -	La vancomycine est l'antibiotique de première intention.
<b>QCM 8</b>	<b>Le SARM est sensible aux antibiotiques suivant:</b>
A -	La Vancomycine.
B -	L'association Amoxicilline-Acide clavulanique.
C -	La Rifampicine.
D -	La Fosfomycine.
E -	La Ciprofloxacine.
<b>QCM 9</b>	<b>Pseudomonas Aeruginosa est sensible aux antibiotiques suivant:</b>
A -	La Rifampicine
B -	La Pipéracilline-Tazobactam.
C -	L'Imipenem
D -	La Gentamicine.
E -	La Cefipime.
<b>QCM 10</b>	<b>Les facteurs de risque d'infection à E. Coli sécréteur de bêta lactamase à spectre étendu (EBLSE) sont:</b>
A -	Le jeune âge et la vie en collectivité (crèche).
B -	Un antécédent d'infection ou de colonisation urinaire à EBLSE inférieur à 6 mois.
C -	Un sondage urinaire à demeure.
D -	Un voyage en Grèce récent.
E -	Une prise de pénicilline + inhibiteur (ex : Amoxicilline + Acide Clavulanique) ou de fluoroquinolone inférieure à 6 mois.
<b>QCM 11</b>	<b>A propos d'E. coli BLSE:</b>
A -	Le mécanisme de résistance est la production d'une enzyme hydrolysant la plupart des β-lactamines en dehors des carbapénèmes et de la cefoxitine.
B -	Les facteurs de risque d'EBLSE sont à prendre en compte dans le traitement d'une pyélonéphrite aigue compliquée d'un choc septique.
C -	Les facteurs de risque d'EBLSE sont à prendre en compte dans le traitement d'une cystite simple.
D -	Les facteurs de risque d'EBLSE sont à prendre en compte dans le traitement d'une infection urinaire masculine.
E -	L'antibiotique de première intention en cas d'infection urinaire documentée à E. coli BLSE est la Pipéracilline-Tazobactam.
<b>QCM 12</b>	<b>E. coli BLSE est sensible aux antibiotiques suivant dans plus de 50% des cas</b>
A -	La Pipéracilline + Tazobactam.
B -	L'Imipenem.
C -	La Ciprofloxacine.
D -	La Ceftriaxone.
E -	La Nitrofurantoin.

<b>QCM 13</b>	<b>Les spirochètes à l'état sauvage sont habituellement sensibles aux familles d'antibiotiques suivantes</b>
A -	Nitroimidazolés (ex : Métronidazole)
B -	Macrolides
C -	C3G injectables
D -	Aminosides
E -	Cyclines
<b>QCM 14</b>	<b>Concernant la résistance aux antibiotiques:</b>
A -	Le SARM représente 60% des staphylocoques aureus hospitaliers.
B -	La résistance du pneumocoque aux macrolides augmente.
C -	Elle est définie par une CMI supérieure à la concentration obtenue dans le sang à posologie usuelle.
D -	Toutes les entérobactéries sont sensibles à l'association Amoxicilline-Acid clavulanique à l'état sauvage.
E -	Toutes les entérobactéries sont sensibles aux C3G à l'état sauvage.
<b>QCM 15</b>	<b>Les différents mécanismes de résistances bactériennes aux antibiotiques sont:</b>
A -	L'augmentation de l'élimination des antibiotiques via des protéines d'efflux.
B -	La diminution de la perméabilité membranaire.
C -	L'inactivation enzymatique de l'antibiotique.
D -	La modification de la protéine cible.
E -	Le changement de paroi avec passage de cocci Gram + vers bacille Gram -

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1ère idée

#### Réponse : C D E

- A : non, cela n'a rien à voir. Un cocci gram positif peut être aérobie ou anaérobie. Les bactéries les plus communes sont classées en:
  - Cocc ou bacille selon leur forme
  - Gram + ou Gram - selon leur réaction à la coloration de Gram
  - Aérobie ou anaérobie selon leur métabolisme.
- B : non, les bactéries à tropisme intracellulaire ne font pas partie de cette classification, comme les mycobactéries et les spirochètes.
- C : oui, certaines sensibilités particulières sont à connaître: 
  - Les intracellulaires sont sensibles aux macrolides, aux fluoroquinolones et aux cyclines.
  - Les spirochètes sont sensibles à la doxycycline, à l'amoxicilline et aux C3G.
- D : oui, certaines résistances sont à connaître: 
  - Les entérococques sont résistants aux C3G.
  - Les entérobactéries sont résistantes aux glycopeptides
  - Les anaérobies sont résistantes aux aminosides.
- E : oui.

#### Réponse : C D E

- A : non, les helminthes sont des vers.
- B : non, les helminthes sont pluricellulaires.
- C : vrai.
- D : vrai.
- E : vrai.

#### Réponse : D E

- A : non, les virus à ADN sont le VHB, HSV, HPV, VZV, EBV, CMV.
- B : non, c'est un retrovirus. Il circule sous forme d'ARN monobrin puis est transcrit en ADN via la transcriptase inverse une fois en intra-cellulaire .
- C : non.
- D : non.
- E : non.

#### Réponse : A D E

- A : oui, les CGP regroupent les staphylocoques (en amas), les streptocoques (en chaînette), et les entérococques.
- B : non, en première intention devant un staphylocoque, on utilise la Pénicilline M ou la Vancomycine si un staphylocoque résistant (*S. aureus* ou *S. coagulase negative*) est suspecté.
- C : non, c'est un BGN (contrairement aux entérococques).
- D : oui.
- E : oui, ce sont les entérococques.

**Réponse : A B D**

- 5  
▪ A : oui.   
▪ B : oui.   
▪ C : non.   
▪ D : oui, ce sont les 3 bactéries de type spirochètes. Aucune ne peut être mise en culture.   
▪ E : oui.

**Réponse : B D E**

- 6  
▪ A : non, par définition le PSDP a une CMI pénicilline > 0,06 mg/L (et il est dit résistant à la pénicilline si CMI > 2mg/L).   
▪ B : oui, les autres facteurs de risque sont la prise de béta-lactamine inférieure à 1 mois, les antécédents d'OMA ou de pneumopathie, une hospitalisation récente, l'immunodépression.   
▪ C : non, on utilise la même antibiothérapie (Amoxicilline 1g x 3/jour) que le pneumocoque soit PSDP ou non. On augmente les doses à 4-6 g/jour seulement s'il est résistant.   
▪ D : oui, si la CMI de l'amoxicilline est < 0,1 le traitement par amoxicilline est possible, sinon on utilise les C3G IV.   
▪ E : oui.

**Réponse : C D E**

- 7  
▪ A : non, l'incidence des infections à SARM est en nette diminution, par opposition aux infections liées aux entérobactéries productrices de BLSE.   
▪ B : non, il est résistant aux bêta lactamines, aux fluoroquinolones et aux macrolides.   
▪ C : oui.   
▪ D : oui, et surtout en Grèce, aux USA et en Algérie.   
▪ E : oui, contrairement au SASM qui est fréquemment sensible aux quinolones.

**Réponse : A C D**

- 8  
▪ A : oui, c'est l'antibiotique de première intention.   
▪ B : non.   
▪ C : oui.   
▪ D : oui, les autres sont: la Teicoplanine, l'Acide fusidique, le Linézolide, la Daptomycine, la Ceftaroline et le Ceftobiprole (les 2 seules bêta lactamines).   
▪ E : non.

**Réponse : B C E**

- 9  
▪ A : non.   
▪ B : oui.   
▪ C : oui, comme le Méropenem, mais pas l'Ertapenem.   
▪ D : non, mais l'Amikacine et la Tobramycine oui.   
▪ E : oui, les autres sont: la Ceftazidime, la Ciprofloxacine, l'Aztréonam.

**Réponse : B D E**

- 10  
▪ A : non, c'est un facteur de risque de PSDP.   
▪ B : oui.   
▪ C : non, le SAD est pourvoyeur d'infection urinaire mais n'est pas un facteur de risque indépendant d'infection à EBLSE.  
▪ D : oui.   
▪ E : oui.

11	<p><b>Réponse : A B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, il s'agit là de la définition d'une <math>\beta</math>-lactamase à spectre étendu. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, il faut également prendre en compte le risque d'infection à BLSE en cas de pyélonéphrite aigüe avec sepsis sévère ou geste urologique prévisible ET antécédent de colonisation urinaire ou d'infection urinaire à EBLSE dans les 6 mois. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, on utilise un Carbapénème + Amikacine en première intention. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>	
12	<p><b>Réponse : A B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, environ 80% des E. coli BLSE sont sensibles à la Pipéracilline + Tazobactam. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, E. coli BLSE est actuellement constamment sensible aux Carbapénèmes. Toutefois, du fait de l'émergence de souches d'entérobactéries productrices de carbapénémase, il s'agit d'une classe d'antibiotiques à épargner le plus possible et qui ne doit être utilisées qu'en l'absence d'alternative. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, seulement 30% des E. coli BLSE sont sensibles aux fluoroquinolones <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, par définition, une BLSE hydrolyse les C3G. 0% de chance d'efficacité donc. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui <input type="checkbox"/></li> </ul>	
13	<p><b>Réponse : B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, ce sont les 3 antibiotiques utilisés dans le traitement de la syphilis (sensibilité aux macrolides à l'état sauvage, mais nombre de résistance acquis désormais trop important pour son emploi), la borreliose de Lyme, et la leptospirose. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>	
14	<p><b>Réponse : B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, 14% environ. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, d'où l'amoxicilline en première intention. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, avec CMI = concentration la plus basse permettant d'inhiber la croissance bactérienne. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, les entérobactéries du groupe 3 ont une céphalosporinase qui n'est pas affectée par les inhibiteurs de pénicillinase.</li> <li>▪ E : oui, à l'état sauvage, aucune entérobactérie n'est résistante aux C3G injectables. Toutefois, pour les entérobactéries des groupes 3 et 4 (possédant une céphalosporinase), en cas de fort inoculum bactérien ou de diffusion insuffisante des C3G sur le site infectieux, la céphalosporinase peut être déréprimée et hydrolyser les C3G (mécanisme de résistance acquis). De fait, en cas d'infection à entérobactéries du groupe 3 ou 4, on préfère employer des C4G (ceftazidime / cefepime), non hydrolysables par les céphalosporinases déréprimées.</li> </ul>	
15	<p><b>Réponse : A B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : Vrai, par exemple pour la résistance acquise de S. aureus aux cyclines ou de S. pneumonia aux macrolides . <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : Vrai, mécanisme notamment employé par les entérobactéries. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : Vrai, mécanisme de résistance des entérobactéries (fabrication de pénicillinasées, de céphalosporinases etc.). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : Vrai, mécanisme de résistance du pneumocoque (PSDP, PRP) et de S. aureus (SARM). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : Faux, n'existe pas. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>	

## Questions isolées QCM N° 2

<b>QCM 1</b>	Les antibiotiques actifs sur les germes intracellulaires sont:
A -	Les macrolides.
B -	La rifampicine.
C -	Les cyclines.
D -	Les fluoroquinolones.
E -	L'association Amoxicilline - Acide clavulanique.
<b>QCM 2</b>	Les antibiotiques à bonne diffusion dans le LCR sont:
A -	Les carbapénèmes.
B -	La rifampicine
C -	Les fluoroquinolones.
D -	Le cotrimoxazole
E -	Les C3G injectables
<b>QCM 3</b>	Les antibiotiques à bonne diffusion osseuse sont:
A -	Les fluoroquinolones.
B -	Les béta-lactamines.
C -	La pristinamycine.
D -	La rifampicine.
E -	Les aminosides.
<b>QCM 4</b>	Les antibiotiques ayant une bonne biodisponibilité per os sont:
A -	Les aminosides.
B -	Les glycopeptides.
C -	Les fluoroquinolones.
D -	La rifampicine.
E -	Les carbapénèmes.
<b>QCM 5</b>	Les antibiotiques à activité bactéricide concentration dépendante sont:
A -	Les pénicillines.
B -	Les aminosides.
C -	Les glycopeptides.
D -	Les fluoroquinolones.
E -	Les macrolides.
<b>QCM 6</b>	Les antibiotiques utilisables chez la femme enceinte quel que soit le trimestre sont:
A -	Les céphalosporines.
B -	Les macrolides.
C -	Les quinolones.
D -	Les aminosides.
E -	Les cyclines.
<b>QCM 7</b>	Parmi les antibiotiques suivants, lesquels ont une action antitoxinique?
A -	La Clindamycine.
B -	L'Oxacilline.
C -	La Ciprofloxacine.
D -	Le Linézolide.
E -	L'Amoxicilline.
<b>QCM 8</b>	Quels sont les effets indésirables potentiels des fluoroquinolones?
A -	Insuffisance rénale aiguë
B -	Effets neuropsychiques, notamment une confusion chez la personne âgée.
C -	Phototoxicité.
D -	Allongement du QT.
E -	Ruptures tendineuses.

**QCM 9 | A propos des aminosides:**

- A - La gentamicine est plutôt active sur les Gram+ tandis que l'amikacine est d'avantage utilisée contre les Gram-.
- B - Leur principal effet indésirable est constitué par leur hépatotoxicité.
- C - Leur toxicité vestibulocochléaire est réversible à l'arrêt du traitement.
- D - La concentration maximale au pic est prédictive de la toxicité du traitement et permet ainsi d'adapter la posologie.
- E - Ils sont utilisés en association dans l'immense majorité des cas.

**QCM 10 | A propos des carbapénèmes:**

- A - Ils font partie des antibiotiques au spectre le plus large.
- B - Ils sont inactifs sur les bactéries intracellulaires.
- C - Leur activité est bactériostatique.
- D - L'Ertapénème est le seul carbapénème inactif contre le Pseudomonas.
- E - Ils sont administrés par voie entérale ou parentérale.

**QCM 11 | A propos de l'acide clavulanique:**

- A - Il s'agit d'une β-lactamase.
- B - Il est impossible de l'utiliser seule, indépendamment de l'amoxicilline ou de la ticarcilline.
- C - Elle inactive les pénicillinasées.
- D - Elle permet à l'amoxicilline d'être active sur les entérobactéries du groupe 2.
- E - Elle permet à l'amoxicilline d'être active sur les germes intracellulaires.

**QCM 12 | Le cotrimoxazole:**

- A - Est composé d'une association entre un sulfamide et du triméthoprime.
- B - Est un inhibiteur d'une enzyme intervenant dans le métabolisme de l'acide folique en acide folinique.
- C - Peut provoquer des cytopénies.
- D - Peut provoquer des réactions d'hypersensibilité, notamment des DRESS.
- E - Peut provoquer un allongement du QT.

**QCM 13 | La vancomycine:**

- A - N'est jamais utilisée par voie orale.
- B - Est un macrolide.
- C - Est responsable de Red Man syndrome en cas de perfusion trop rapide.
- D - Est néphrotoxique, il est donc nécessaire de mesurer ses taux résiduels chez l'insuffisant rénal.
- E - Diffuse bien dans les séreuses.

**QCM 14 | La lévofloxacine:**

- A - Est la forme levogyre du racémique ofloxacine.
- B - Ne peut être administrée que par voie parentérale
- C - A une activité anti-pneumocoïque.
- D - Est contre indiquée chez l'enfant pendant sa croissance.
- E - Est contre indiquée en cas de déficit en G6PD.

**QCM 15 | Quels sont les effets indésirables de la nitrofurantoïne?**

- A - Une pneumopathie d'hypersensibilité.
- B - Une insuffisance rénale.
- C - Une hépatite médicamenteuse.
- D - Une neuropathie périphérique.
- E - Une neutropénie.

CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée	
1	Réponse : A B C D ▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, ce sont les 4 antibiotiques à bonne diffusion intracellulaire. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/>	
2	Réponse : B C D ▪ A : non. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, et les phénicolés. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non, quand bien même ce sont des antibiotiques actifs sur les principaux germes des méningites, leur diffusion intrathécale est assez faible, nécessitant l'emploi de forte dose pour obtenir une concentration correcte dans le LCR. <input checked="" type="checkbox"/>	
3	Réponse : A C D ▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : non. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, ce sont les 3 antibiotiques à bonne diffusion osseuse. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non, leur diffusion osseuse est nulle. <input checked="" type="checkbox"/>	
4	Réponse : C D ▪ A : non, jamais per os. X ▪ B : non, jamais per os. X La seule exception est la vancomycine per os indiquée dans le traitement de la colite à Clostridium Difficile qui agit alors localement dans le tube digestif sans être absorbée. ● ▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non, jamais per os. X	
5	Réponse : B D ▪ A : non. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui, comme les Imidazolés (Métronidazole) ce sont des antibiotiques bactéricides dont l'activité est optimale lorsque les concentrations sont élevées. Les aminosides sont donc administrés une (à 2 fois) par jour pendant une courte période. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, les fluoroquinolones sont des antibiotiques bactéricides concentration dépendant. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non, les macrolides et les lincosamides sont des antibiotiques bactériostatiques. <input checked="" type="checkbox"/>	

	<b>Réponse : A B</b>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. Les autres antibiotiques contre indiqués pendant la grossesse sont: la rifampicine et le sulfaméthoxazole-triméthoprime (particulièrement au premier trimestre). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<b>Réponse : A D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est le plus utilisé. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<b>Réponse : A B C D E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, différents mécanismes sont possibles, cristallisation intra-tubulaire puis nécrose tubulaire aiguë aux fortes doses ou nephrites interstitielles d'hypersensibilité. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<b>Réponse : A E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, ce sont les deux principaux aminosides. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, les principaux effets indésirables des aminosides sont la néphrotoxicité et la toxicité vestibulocochléaire qui est irréversible. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la concentration maximale au pic est prédictive de l'efficacité du traitement, tandis que la concentration minimale ou le taux résiduel est prédictif de la toxicité. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, une exception notable est le traitement probabiliste de la pyélonéphrite aiguë avec contre-indication aux C3G et aux fluoroquinolones. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<b>Réponse : A B D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, mais le nombre de bactéries sécrétrices de carbapénèmases augmentent. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, comme toutes les bétalactamines ce sont des antibiotiques à activité bactéricide temps-dépendante. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, l'Ertapenem est le carbapenem au spectre le plus étroit, inactif sur le pseudomonas et les entérocoques. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, ils ne sont pas absorbés par voie entérale donc toujours utilisés par voie parentérale. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
11	<b>Réponse : A B C D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, ce sont des bétalactamines ayant une activité antibactérienne très faible, se fixant de façon irréversible aux pénicillinases qui de fait n'hydrolyseront plus l'Amoxicilline. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, telles que: amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin®), Ticarcilline-Acide Clavulanique (Claventin®)... <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, ce sont les principales sécrétrices de bêta-lactamases. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir. <input type="checkbox"/></li> </ul>

	<p><b>Réponse : A B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est l'association sulfaméthoxazole-triméthoprime. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, utilisé au long cours (comme dans la prévention de la pneumocystose chez l'immunodéprimé), il doit être associé à une supplémentation en acide folinique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, par son mécanisme d'inhibition du métabolisme de l'acide folique. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, les antibiotiques qui allongent le QT sont les macrolides et les fluoroquinolones. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
12	<p><b>Réponse : C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il est utilisé par voie orale dans les colites à Clostridium. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, c'est un glycopeptide. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, c'est un effet indésirable. Mnémotechnique : Veinite Allergie (Red Man syndrome) Néphrotoxicité COMYCINE <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. Indépendamment de toute insuffisance rénale, la posologie de la Vancomycine doit toujours être adaptée à la vancocinémie. Un autre effet indésirable de la Vancomycine est l'intolérance veineuse (possible thrombose superficielle au point de perfusion).</li> <li>▪ E : oui, c'est une de ses caractéristiques. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<p><b>Réponse : A C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est une fluoroquinolone de 3ème génération. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, la biodisponibilité par voie orale est très bonne. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, c'est une fluoroquinolone anti-pneumocoque de 3ème génération (FQAP), à large spectre. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, comme toutes les fluoroquinolones. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, comme toutes les fluoroquinolones. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, mais elle est contre indiquée en cas d'insuffisance rénale sévère, car risque d'accumulation. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. La nitrofurantoin est un antibiotique utilisé dans les infections urinaires mais ses indications sont limitées du fait de ses nombreux effets indésirables en cas d'emploi prolongé (toxicité hépatique notamment). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	

## Questions isolées QCM N° 3

<b>QCM 1</b>	Les complications possibles en lien avec une rhino-pharyngite sont:
A -	Une sinusite aigue.
B -	Une otite moyenne aiguë purulente
C -	Une staphylococcie maligne de la face.
D -	Un érysipèle.
E -	Une thrombophlébite cérébrale.
<b>QCM 2</b>	A propos de la formation des sinus:
A -	Le sinus sphénoïdal se forme vers l'âge de 8 ans.
B -	Le sinus sphénoïdal est le dernier sinus à se former.
C -	Le sinus frontal est le dernier sinus à se former.
D -	Les cellules ethmoidales apparaissent précocement, dès les premiers mois de vie.
E -	Le sinus maxillaire se forme vers l'âge de 3-4 ans.
<b>QCM 3</b>	A propos de la sinusite maxillaire:
A -	C'est la sinusite la plus fréquente.
B -	La douleur est typiquement unilatérale et pulsatile.
C -	La douleur augmente lorsque la tête est penchée en avant.
D -	La réalisation d'un scanner est systématique.
E -	Si l'origine est dentaire, l'emploi d'Amoxicilline – Acide Clavulanique est obligatoire pour couvrir les BGN.
<b>QCM 4</b>	A propos de la sinusite frontale:
A -	La réalisation d'un scanner est systématique.
B -	La douleur est typiquement susorbitaire, pulsatile, et majorée le soir.
C -	Les complications les plus fréquentes sont oculo-orbitaires.
D -	Les complications les plus fréquentes sont neuroméningées.
E -	Le traitement de première intention est l'amoxicilline.
<b>QCM 5</b>	Les germes les plus fréquents lors d'une sinusite compliquant une rhinite sont:
A -	Pseudomonas Aeruginosa.
B -	Streptococcus pneumoniae.
C -	Haemophilus Influenzae.
D -	Staphylococcus aureus
E -	Branhamella catarrhalis.
<b>QCM 6</b>	Les différentes causes d'inflammation sinusienne sont:
A -	Barotraumatismes
B -	Allergies
C -	Brèche ostéoméningée.
D -	Surinfection bactérienne de rhinite simple.
E -	Infection dentaire.

**QCM 7 A propos de l'ethmoidite:**

- A - Elle atteint l'enfant de plus de 10 ans.
- B - La forme oedémateuse se caractérise par un oedème palpébral de l'angle inféro-externe de l'oeil, douloureux et fébrile.
- C - L'enophtalmie douloureuse signe une forme collectée.
- D - Le scanner est systématique.
- E - Le traitement est l'association Amoxicilline - Acide clavulanique en première intention.

**QCM 8 Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) justifiant la réalisation d'un scanner des sinus au cours d'une ethmoidite ?**

- A - Une diplopie.
- B - Une anesthésie cornéenne.
- C - Une ophtalmoplégie.
- D - Une exophtalmie.
- E - Une mydriase aréflexique.

**QCM 9 Devant une angine ulcéronécritique, on peut évoquer le(s) diagnostic(s) suivant:**

- A - Une syphilis.
- B - Une mononucléose infectieuse.
- C - Une agranulocytose.
- D - Une diphtérie.
- E - Une angine de Vincent.

**QCM 10 A propos des généralités sur les angines:**

- A - Les angines blanches érythémato-pultacées sont le plus souvent bactériennes à streptocoque de groupe A.
- B - Il faut penser à l'EBV devant une angine pseudomembraneuse à membranes adhérentes hémorragiques.
- C - Il faut penser au VIH devant tout type d'angine si il existe des conduites à risque.
- D - Les virus de type Coxsackie sont responsables d'angines vésiculeuses.
- E - L'angine herpétique est le plus souvent grave.

**QCM 11 Le test de diagnostic rapide (TDR) est indiqué dans le/les cas suivant:**

- A - Systématiquement chez les enfants de plus de 3 ans.
- B - Systématiquement chez les enfants de moins de 3 ans.
- C - Chez l'adulte si le score de MacIsaac est supérieur ou égal à 1.
- D - Chez l'adulte si le score de MacIsaac est supérieur ou égal à 2.
- E - Chez l'adulte si antécédent d'angine à streptocoque.

**QCM 12 A propos des otites externes:**

- A - La cause la plus fréquente est d'origine virale, en lien avec le VZV.
- B - Typiquement, l'examen otoscopique retrouve un tympan bombé.
- C - La baignade en été est un facteur de risque.
- D - Le traitement se fait par une antibiothérapie locale, en goutte.
- E - Si Pseudomonas aeruginosa est le germe responsable, il existe un risque d'ostéite de la base du crane.

**QCM 13 Quelles sont les bactéries les plus fréquemment en cause dans les otites moyennes aiguës de l'enfant (OMA)?**

- A - Haemophilus Influenzae.
- B - Streptococcus pneumoniae.
- C - Candida albicans
- D - Neisseria meningitidis
- E - Pseudomonas Aeruginosa.

**QCM 14 A propos de la paracentèse:**

- A - Elle a pour but l'étude microbiologique de la collection rétrotympanique.
- B - Elle a pour but le drainage de la collection rétrotympanique.
- C - Elle est indiquée en cas d'OMA résistante à deux antibiothérapies différentes.
- D - Elle est indiquée en cas d'otites récidivantes ou trainantes.
- E - Elle est indiquée en cas de terrain immunodéprimé.

**QCM 15 A propos de l'antibiothérapie dans une OMA:**

- A - Elle est systématique quel que soit l'âge en cas d'OMA congestive.
- B - Elle est systématique quel que soit l'âge en cas d'OMA suppurée.
- C - En cas de conjonctivite associée, on utilise l'association Amoxicilline - Acide clavulanique en première intention.
- D - L'antibiothérapie de première intention est l'association Amoxicilline - Acide clavulanique dans la majorité des cas.
- E - En cas de résistance à l'association Amoxicilline Acide clavulanique, il faut rechercher un PSDP.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1ère idée

Réponse : A B

- A : oui.
- B : oui.
- 1 ▪ C : non, complication liée à une thrombose septique à S. aureus survenant après manipulation d'un furoncle.
- D : non.
- E : non.

Réponse : B D E

- 2 ▪ A : non, entre 10 et 15 ans.
- B : oui.
- C : non, entre 5 et 10 ans.
- D : oui, c'est le premier à se former. A noter que l'ethmoïde se forme pendant les premiers mois in-utero et s'aère (apparitions des cellules éthmoïdales) dès les premiers mois de vie.
- E : oui.

Réponse : A B C

- 3 ▪ A : oui.
- B : oui, et acmé en fin d'après midi ou la nuit.
- C : oui.
- D : non, seulement si complication, origine dentaire, et parfois si sinusite bloquée.
- E : non, on couvre les anaérobies.

Réponse : A B D

- 4 ▪ A : oui.
- B : oui.
- C : non, les complications orbitaires sont l'apanage quasi-exclusif des ethmoïdites.
- D : oui, avec les sinusites sphénoïdales, les sinusites frontales se compliquent essentiellement au niveau cérébro-méningé, justifiant la réalisation systématique d'une TDM crano-encéphalique.
- E : non, Amoxicilline - acide clavulanique en première intention pour les sinusites frontales, sphénoïdales et ethmoïdales.

Réponse : B C D E

- 5 ▪ A : non.
- B : oui, tous sont présents de façon physiologique au niveau de sphère ORL.
- C : oui.
- D : oui.
- E : oui.

	<b>Réponse : A B D E</b>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, rien à voir. X</li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
	<b>Réponse : D E</b>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, elle peut atteindre l'enfant dès son plus jeune âge car le sinus ethmoïdal se forme dès le premier trimestre de grossesse. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, c'est l'angle supérointerne. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, c'est l'exophthalmie qui doit faire rechercher une complication (éNOPHTALMIE = œil enfoncé dans la cavité orbitaire). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le diagnostic est clinique. La recherche d'une complication intra-orbitaire compressive se fait via la clinique également (rechercher d'une mydriase unilatérale, d'une baisse de l'acuité visuelle, d'un trouble de l'oculomotricité extrinsèque). Le scanner sert à rechercher le type de complication à quantifier selon la classification de Chandler (abcès sous-périosté, abcès intra-orbitaire ou thrombose du sinus cavernous) et de guider le geste chirurgical. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, c'est l'antibiotique de première intention. <input type="checkbox"/></li> </ul>
8	<b>Réponse : A B C D E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. La diminution de l'acuité visuelle peut être liée à une compression du nerf optique. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
9	<b>Réponse : A C E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. Le plus souvent c'est un chancre induré propre indolore associé à une adénopathie dans la zone de drainage. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, EBV donne typiquement des angines pseudomembraneuses. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, il faut toujours réaliser une NFS devant ce type d'angine. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la diphtérie donne typiquement des angines pseudomembraneuses. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, la lésion est alors non indurée, associée à un mauvais état buccodentaire. Une autre étiologie est le cancer ORL. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<b>Réponse : C D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, les angines sont le plus souvent virales. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, EBV est responsable d'une angine à membrane décollable, non adhérente (contrairement à la diphtérie). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, surtout si le TDR est négatif et que l'angine est trainante. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, c'est l'herpangine, diagnostic différentiel de l'angine herpétique. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, elle est d'évolution bénigne. <input type="checkbox"/></li> </ul>
11	<b>Réponse : A D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, le TDR est systématique chez l'enfant de 3 à 18 ans. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, chez l'enfant de moins de 3 ans, l'otite est virale le plus souvent. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le score de MacIsaac doit être supérieur ou égal à 2. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir. X</li> </ul>

12

Réponse : C D E

- A : non, le zona (à VZV) est un diagnostic différentiel de l'otite externe, qui est plutôt d'origine mycosique ou bactérienne (staphylocoque doré, pseudomonas aeruginosa).
- B : non, le tympan est normal. C'est une atteinte du conduit auditif externe qui est inflammatoire, oedématisé voire sténosé.
- C : oui, c'est le principal facteur de risque.
- D : oui.
- E : oui, c'est l'otite maligne externe , à redouter chez le diabétique ou chez l'immunodéprimé.

13

Réponse : A B

- A : oui. Il faut y penser devant l'association otite + conjonctivite.
- B : oui.
- C : non.
- D : non.
- E : non, le pyocyanique est responsable d'otite externe, notamment chez le sujet âgé diabétique.

14

Réponse : A B C D E

- A : oui.
- B : oui. Ce sont les deux principaux buts.
- C : oui.
- D : oui.
- E : oui. Les autres indications sont: OMA hyperalgique, OMA compliquée, nouveau né de moins de 3 mois.

15

Réponse : C E

- A : non, la forme congestive ne nécessite qu'un traitement symptomatique.
- B : non, l'antibiothérapie n'est indiquée qu'à 48h de traitement symptomatique en cas d'évolution stagnante ou défavorable chez l'enfant de plus de 2 ans et chez l'adulte.
- C : oui, on vise alors l'haemophilus, grand sécréteur de bétalactamase, d'où la nécessité de l'acide clavulanique.
- D : non, on utilise l'amoxicilline seule dans la plupart des cas. Les seules indications de l'association amoxicilline- acide clavulanique sont la suspicion d'haemophilus et l'OMA suppurée du nouveau né.
- E : oui

## Questions isolées QCM N° 5

QCM 1	Quel(s) est/sont le(s) critère(s) d'évaluation hospitalière d'une pneumopathie aiguë communautaire?
A - B - C - D - E -	Une confusion. Un âge supérieur à 65 ans avec des comorbidités à risque de décompensation. Une polypnée > 30 RPM Une fièvre supérieure à 39°C quelle que soit la tolérance. Un terrain immunodéprimé.
QCM 2	Quel(s) est/sont le(s) critère(s) d'admission en réanimation d'une pneumopathie communautaire?
A - B - C - D - E -	Présence d'une hypoxémie malgré oxygénothérapie maximale au masque haute concentration. Un âge supérieur à 65 ans avec des comorbidités à risque de décompensation. Une pression artérielle systolique inférieure à 110 chez un patient non-hypertendu chronique. Une hypotension nécessitant l'utilisation de médicaments vasopresseurs. Une fréquence respiratoire supérieure à 30/min.
QCM 3	Un jeune homme de 22 ans, en bonne santé, vivant chez ses parents, se présente en consultation de médecine générale pour une toux fébrile. L'auscultation retrouve des crépitants en base gauche et la radiographie thoracique confirme la présence d'un foyer parenchymateux basal gauche. La tolérance respiratoire, neurologique et héodynamiques sont bonnes et vous vous orientez vers une prise en charge ambulatoire. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous à titre systématique?
A - B - C - D - E -	Un examen cytobactériologique des crachats. Une antigénurie Pneumocoque. Une antigénurie Légionnelle. 3 paires d'hémocultures. Aucun examen complémentaire en plus de la radiographie thoracique.
QCM 4	A propos de l'examen cytobactériologique des crachats (ECBC):
A - B - C - D - E -	Pour être interprétable, il faut que le nombre de PNN soit supérieur à 25/champs. Pour être interprétable, il faut que le nombre de cellules épithéliales soit supérieur à 25/champs. La culture est significative pour un seuil supérieur ou égal à $10^5$ . Une culture positive à <i>Pseudomonas aeruginosa</i> à un seuil supérieur à $10^7$ est plus en faveur d'une infection qu'e d'une colonisation. Une culture positive à Légionnelle à un seuil supérieur à $10^7$ ne permet pas de différencier une colonisation d'une infection.
QCM 5	Quelle(s) est (sont) le(s) caractéristique(s) cliniques évocatrices d'une pneumopathie à pneumocoque:
A - B - C - D - E -	Début insidieux. Contexte épidémique. Survenue préférentielle sur terrain débilité. Fièvre volontiers supérieure à 39°C avec frissons. Isolement de cocci Gram + encapsulés à titre significatif à l'ECBC

<b>QCM 6</b>	Quelle(s) est/sont la/les bactérie(s) dite(s) atypique(s) responsable(s) de pneumopathies communautaires?
A -	Le pneumocoque.
B -	Chlamydophyla psittacci.
C -	Chlamydophyla pneumoniae.
D -	Mycoplasma pneumoniae.
E -	Coxiella Burnetti.
<b>QCM 7</b>	Quelle(s) est (sont) le(s) caractéristique(s) d'une pneumopathie à mycoplasme?
A -	Atteint des sujets jeunes.
B -	Responsable de microépidémie.
C -	Début brutal.
D -	Résistante à l'amoxicilline.
E -	Caractère volontiers grave.
<b>QCM 8</b>	<p>Un homme de 46 ans, sans antécédent particulier, éleveur de canard dans le sud ouest de la France, vous consulte pour un tableau de pneumopathie d'évolution subaiguë accompagnée de myalgies importantes. La radiographie thoracique montre des infiltrats interstitiels bilatéraux non-systématisés.</p> <p>Il n'y a pas de contexte d'intoxication alcoolotabagique. La sérologie VIH est négative.</p> <p>Quel diagnostic évoquez vous?</p>
A -	Une pneumopathie à pneumocoque.
B -	Une légionellose.
C -	Une pneumopathie à Chlamydia psittacci.
D -	Une fièvre Q.
E -	Une maladie professionnelle potentielle.
<b>QCM 9</b>	A propos de Coxiella Burnetti:
A -	Il s'agit de la bactérie responsable de la maladie de Whipple.
B -	Elle est responsable de pneumopathies atypiques.
C -	L'homme s'infecte après contact avec les oiseaux.
D -	Elle peut être déclarée comme maladie professionnelle chez les éleveurs de bétail.
E -	Le diagnostic se fait grâce aux prélèvements d'hémocultures.
<b>QCM 10</b>	A propos de Legionella pneumophila:
A -	C'est un BGN.
B -	Elle a un tropisme intracellulaire.
C -	Le sérotype 4 représente 90% des sérotypes.
D -	Le risque de contagion est élevé.
E -	La légionellose est une maladie à déclaration obligatoire.
<b>QCM 11</b>	Parmi les signes cliniques suivant, quel(s) est/sont celui/ceux qui vous orienterai(ent) vers une légionellose devant un sujet atteint d'une pneumopathie?
A -	Des troubles digestifs fréquemment associés.
B -	Une fièvre élevée.
C -	Un syndrome confusionnel.
D -	Une rhinorrhée.
E -	Un pouls dissociés.

<b>QCM 12</b>	Parmi les signes biologiques suivant, quels sont ceux fréquemment rencontrés au cours d'une légionellose ?
A -	Une hypernatrémie par déshydratation.
B -	Un syndrome inflammatoire franc.
C -	Une cholestase icterique.
D -	Une rhabdomyolyse.
E -	Une thrombopénie.
<b>QCM 13</b>	Quel(s) est (sont) le(s) facteur(s) de risque de pneumopathie à <i>Pseudomonas Aeruginosa</i> ?
A -	Un antécédent de pneumopathie inférieur à 6 mois.
B -	Etre atteint d'une mucoviscidose.
C -	Etre porteur d'un cathéter central.
D -	Une prise de béta-lactamines inférieure à 3 mois.
E -	Un antécédent de colonisation à <i>Pseudomonas</i> .
<b>QCM 14</b>	A propos des pneumopathies à <i>Staphylocoque doré</i> :
A -	Elles sont fréquentes.
B -	Elles sont souvent postgrippales.
C -	Elles sont associées à un surrisque de pneumopathie nécrosante.
D -	Les expectorations hémoptoïques font partie des arguments cliniques en faveur.
E -	Le traitement est l'Oxacilline par voie orale.
<b>QCM 15</b>	A propos du traitement des pneumopathies:
A -	En ambulatoire, l'antibiotique de première intention en l'absence d'élément d'orientation vers un pathogène en particulier est l'Amoxicilline.
B -	En cas d'infection non grave, de suspicion de pneumocoque et d'allergie aux bétalactamines, l'antibiotique de choix est la Pristinamycine.
C -	En hospitalisation conventionnelle, l'antibiotique de première intention est la Lévofloxacine.
D -	En cas de légionellose non grave, l'antiothérapie repose sur l'utilisation d'un Macrolide pendant 10 à 14 jours en monothérapie.
E -	En réanimation, on utilise une trithérapie C3G + Macrolide + Lévofloxacine en probabiliste.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : A B C E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui, la confusion fait partie des critères du CRB65. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui, l'âge fait partie des critères du CRB65. Si l'état général et le contexte social le permettent, une prise en charge ambulatoire peut être possible. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui, il s'agit là encore d'un critère du score CRB 65 <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, l'hospitalisation dépend surtout de la tolérance de la fièvre. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, c'est un terrain à risque. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
2	<p>Réponse : A D E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui, les ressources potentiellement utilisables pour compenser une hypoxémie réfractaire sont alors soit l'Optiflow® en cas d'hypoxémie isolée, (oxygénotherapie nasale à très haut débit, jusqu'à 60L/min), soit la VNI-PEP en cas d'acidose respiratoire hypercapnique non compensée. En cas d'échec d'une de ces deux méthodes, il s'agit d'une indication à une intubation oro-trachéale. Toutes ces modalités d'oxygenation ne sont possibles qu'en soins intensifs / réanimation en dehors des services sur-spécialisés. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, c'est un critère d'hospitalisation. L'admission en réanimation dépend plus de la clinique et de la tolérance de l'infection plutôt que du terrain. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, le critère est une PAs &lt; 90. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui, la prescription d'amines vasopressives n'est autorisée que si le patient est scopé et en service d'urgence type SAUV ou de réanimation/soins intensif, la surveillance du patient sous amines étant très rapprochée et nécessitant donc des effectifs paramédicaux et médicaux adaptés. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, il s'agit d'un critère d'évaluation hospitalière mais pas d'hospitalisation en réanimation. Toutefois, il s'agit d'un élément inquiétant devant faire rechercher d'autres indications à une hospitalisation en réanimation. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
3	<p>Réponse : E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, l'ECBC n'est réalisé qu'en cas d'hospitalisation. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, l'antigénurie légionnelle n'est réalisée qu'en cas d'hospitalisation en réanimation ou en cas d'hospitalisation en salle avec des arguments clinico-biologiques en faveur du diagnostic. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, l'antigénurie pneumocoque ne doit théoriquement être réalisée qu'en cas d'hospitalisation en réanimation. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, les hémocultures ne sont réalisées qu'en cas d'hospitalisation. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, la radiographie thoracique est le seul examen à réaliser dans ce contexte, sans critère d'hospitalisation (homme jeune, pas de critère de gravité clinique, pas de notion de terrain à risque). <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>

	<b>Réponse : A</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. Pour que l'ECBC soit valide, le nombre de cellules épithéliales doit être inférieur à 10/champs et le nombre de PNN doit être supérieur à 25/champs. Ces seuils déterminent l'origine sous glottique de l'expectoration. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le seuil est de <math>10^7</math> quel que soit le germe. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le seuil ne permet pas de faire la différence entre une infection et une colonisation, c'est la clinique qui le permet. Autrement dit, une colonisation est toujours asymptomatique quel que soit le seuil de bactérie en culture. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, la légionnelle est toujours pathogène et son isolement confirme l'infection. Une colonisation à légionnelle n'existe pas. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
4	<b>Réponse : C D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le début est typiquement brutal. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, il n'y a pas de transmission interhumaine avec le pneumocoque. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, chez un patient atteint de pneumopathie infectieuse, on redoute en premier lieu le pneumocoque (baptisé le « Capitaine des hommes de la mort – Captain of the men of death » par Sir William Osler himself !) et la légionnelle. Ce sont les deux germes les plus susceptibles d'envoyer un patient en réanimation. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, classique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, le pneumocoque est un coccus Gram + encapsulé. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
5	<b>Réponse : B C D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, ce n'est pas un germe atypique. X</li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, ce sont les quatre principaux. La fièvre Q à Coxiella burnetti doit être évoquée devant une pneumo-hépatite chez un éleveur de bétail. X</li> </ul>
6	<b>Réponse : A B D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le début est progressif en 2 à 3 jours. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, c'est une pneumopathie généralement bénigne. Le tableau pseudo-grippal hors contexte épidémique chez un sujet jeune vivant collectivité doit faire évoquer le diagnostic. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<b>Réponse : C E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, l'évolution insidieuse et le terrain ne sont pas en faveur. □</li> <li>▪ B : non, le terrain n'est pas en faveur (personne âgée, fragile, comorbidités). □</li> <li>▪ C : oui, pneumopathie des éleveurs d'oiseaux ou de volaille. La phase initiale peut être brutale ou subaiguë, il existe des signes extrarespiratoires (myalgies +++, splénomégalie, cytolysé hépatique...). □</li> <li>▪ D : non, le début est plutôt brusque, après contact avec des bovins ou des ovins. □</li> <li>▪ E : oui, la psittacose est une maladie professionnelle, également appelée « maladie des éleveurs d'oiseaux ». <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	

	<b>Réponse : B D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, elle est responsable de la fièvre Q. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, c'est après contact avec les bovins, ovins, caprins. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, les hémocultures sont le plus souvent négatives. Le diagnostic se fait par la sérologie. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<b>Réponse : A B E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, c'est un BGN à tropisme intracellulaire facultatif. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, c'est le sérotype 1 qui est le plus fréquent (85% des légionelloses en France). C'est d'ailleurs le seul reconnu par l'antigénurie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, il n'y a pas de transmission interhumaine. La contamination se fait par l'inhalation d'eau contaminée. Toutefois, par exemple, plusieurs membres d'une collectivité peuvent être atteints s'ils ont été exposés au même aérosol contaminant, sans qu'il y ait toutefois de transmission interhumaine. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<b>Réponse : A B C E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, des troubles digestifs sont présents dans 50% des cas, de type variable (diarrhée, douleurs abdominales pseudo-chirurgicales, constipation etc.) <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, une pneumopathie avec des signes neurologiques doit être considérée comme une légionellose. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, il n'y a pas de signe ORL le plus souvent. Les signes associés sont extrarespiratoires: troubles neurologiques, troubles digestifs, myalgies, troubles du rythme cardiaque... X</li> <li>▪ E : oui, ceci peut également être lié à la présence d'un bloc auriculo-ventriculaire, plutôt rare mais possible au cours de la légionellose. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
11	<b>Réponse : B D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il existe le plus souvent une hyponatrémie par SIADH. X</li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, c'est une cytolysé hépatique que l'on retrouve le plus souvent. X</li> <li>▪ D : oui, l'augmentation des CPK doit être un élément en faveur du diagnostic. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, on retrouve plutôt une thrombocytose expliquée par le syndrome inflammatoire. X</li> </ul>
12	<b>Réponse : B E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est un facteur de risque de PSDP. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, les 3 facteurs de risque sont: la mucoviscidose, les bronchectasies, et un antécédent de contamination à pseudomonas. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, c'est un facteur de risque de PSDP. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<b>Réponse : B E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est un facteur de risque de PSDP. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, les 3 facteurs de risque sont: la mucoviscidose, les bronchectasies, et un antécédent de contamination à pseudomonas. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, c'est un facteur de risque de PSDP. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

	<b>Réponse : B C D</b>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, rare. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, le plus souvent. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, si le staphylocoque est sécréteur de la Leucocidine de Panton Valentine (sous PVL +), il y a un risque de pneumopathie nécrosante. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le traitement de première intention des pneumopathies postgrippales est l'association Amoxicilline Acide clavulanique, celle-ci couvrant <i>S. aureus</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i> et <i>S. pyogenes</i>, principaux germes des pneumonies post-grippales. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<p><b>Réponse : A B D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. Le premier germe (le plus fréquent et le plus grave) à traiter est le pneumocoque. L'antibiotique de première intention est donc l'Amoxicilline. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, c'est l'alternative principale. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, c'est l'Amoxicilline toujours, ou les macrolides en cas de suspicion de légionnelle ou de pneumopathie atypique, ou l'association Amoxicilline Acide clavulanique si la personne est âgée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. En réanimation, une bithérapie est le plus souvent suffisante C3G + macrolide ou C3G + lévofloxacine (FQAP). La seule exception est en cas de risque de <i>Pseudomonas</i>, la trithérapie est alors nécessaire par bétalactamine sensible au <i>Pseudomonas</i> (Cefixime, Piperacilline Tazobactam ou Imipenem) + amikacine + macrolide ou FQAP. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 6

<b>QCM 1</b>	Parmi les signes cliniques suivant, lequel/lesquels est/sont présent(s) lors d'une arthrite septique aiguë?
A -	Topographie préférentielle à la hanche chez l'adulte.
B -	Mobilisation passive douloureuse.
C -	Mobilisation active douloureuse.
D -	Survenue brutale.
E -	Attitude antalgique en extension.
<b>QCM 2</b>	Devant un tableau d'arthrite de genou suspectée être d'origine infectieuse, quel(s) est/sont votre/vos premier(s) réflexe(s)?
A -	Echographie articulaire en urgence, dans les 4h de la prise en charge.
B -	Radiographie de l'articulation en urgence, dans les 4h de la prise en charge.
C -	Ponction articulaire en urgence, dans les 4h de la prise en charge.
D -	Scanner en fenêtre osseuse en urgence, dans les 4h de la prise en charge.
E -	Réalisation d'hémocultures en urgence, dans les 4h de la prise en charge.
<b>QCM 3</b>	A propos du traitement d'une arthrite aiguë infectieuse:
A -	Un avis au près de l'équipe d'orthopédie doit systématiquement être pris afin d'évaluer la nécessité de réalisation d'un lavage articulaire +/- synovectomie.
B -	Une antibiothérapie probabiliste est nécessaire dès la suspicion diagnostique, avant même la réalisation des prélèvements infectieux, compte tenu de la gravité de la pathologie.
C -	Une antibiothérapie adaptée est mise en place après réception de l'antibiogramme, sans antibiothérapie probabiliste préalable afin de ne pas traiter inutilement par antibiotiques une arthrite microcristalline.
D -	L'immobilisation de l'articulation doit être maintenue tant que l'appui est impossible. Après cela, la remise en charge doit être la plus précoce possible, aidée de préférence par de la kinésithérapie.
E -	Une immobilisation prolongée d'au moins un mois est nécessaire en prévention de l'arthrose post-arthrite.
<b>QCM 4</b>	Quel(s) est/sont le(s) élément(s) à rechercher devant un tableau de polyarthrite?
A -	Un souffle de régurgitation valvulaire, une endocardite pouvant être responsable d'un tel tableau.
B -	Des rapports sexuels à risque, une gonococcémie pouvant être responsable d'un tel tableau.
C -	Une hyperuricémie, une valeur normale de l'uricémie infirmant le diagnostic d'arthrite goutteuse.
D -	Une notion de diarrhée récente, un épisode infectieux à Yersinia pouvant être responsable d'une arthrite réactionnelle.
E -	Des érythèmes noueux, un syndrome de Lofgrén pouvant révéler une sarcoïdose.
<b>QCM 5</b>	Quel(s) est/sont le(s) signe(s) radiologique(s) d'une arthrite septique?
A -	Déminéralisation épiphysaire.
B -	Pincement de l'interligne articulaire.
C -	Ostéophytes.
D -	Erosions sous chondrales.
E -	La radiographie peut être normale au début des symptômes.

**QCM 6** Quel(s) est/sont le(s) signe(s) radiographique(s) d'une spondylodiscite?

- A - La radiographie peut être normale au début des symptômes.
- B - Une épidurite.
- C - Un pincement discal
- D - Des érosions des plateaux vertébraux adjacents au disque atteint
- E - Une vertèbre borgne.

**QCM 7** Quelle(s) peut/peuvent être la/les complication(s) neurologique(s) d'une spondylodiscite?

- A - Un syndrome de la queue de cheval.
- B - Une compression médullaire.
- C - Une compression radiculaire.
- D - Une compression tronculaire.
- E - Une rétention aiguë d'urine.

**QCM 8** A propos des examens complémentaires à réaliser devant une suspicion de spondylodiscite:

- A - La ponction biopsie discolordébrale est systématique.
- B - Les hémocultures sont systématiques même en l'absence de fièvre.
- C - L'IRM rachidienne est l'examen radiologique qui se positive le plus précocement.
- D - La scintigraphie osseuse est l'imagerie de première intention.
- E - La ponction lombaire est systématique.

**QCM 9** A propos de la conduite à tenir devant une spondylodiscite:

- A - La réalisation d'une nouvelle IRM rachidienne ainsi que la prise d'un avis neurochirurgical en urgence s'imposent devant tout signe neurologique évoquant une compression au niveau rachidien et apparaissant au cours de la prise en charge.  
En cas de syndrome septique franc (fièvre élevée, frisson) voire d'état septique grave, l'antibiothérapie probabiliste est mise en place en urgence après la réalisation des hémocultures.
- B - Un décubitus strict est nécessaire à visée essentiellement antalgique. La confection d'un corset de maintien lombaire peut être nécessaire en cas de risque fracturaire.
- C - Le traitement antibiotique est instauré pour une durée de 6 semaines au total.
- D - Une échographie trans-thoracique doit systématiquement compléter le bilan de toute spondylodiscite hématogène.

**QCM 10** Quel(s) est/sont le(s) signe(s) radiologiques d'une ostéite?

- A - Ostéolyse mal limitée.
- B - Fracture en bois vert.
- C - Apposition périostée plurilamellaire.
- D - Présence de séquestre osseux.
- E - Fracture en motte de beurre.

**QCM 11** A propos des généralités sur l'ostéite:

- A - La fièvre est le plus souvent absente.
- B - Le début est le plus souvent brutal.
- C - L'infection se fait par voie hématogène le plus souvent.
- D - Les hémocultures permettent généralement d'identifier le germe.
- E - La ponction biopsie osseuse n'est pas indispensable.

**QCM 12 | A propos des infections sur prothèse en post opératoire précoce:**

- A - Par définition, ce sont des infections survenant dans les 12 semaines suivant la chirurgie.
- B - Le premier signe est une inflammation locale puis une désunion de la cicatrice.
- C - Le traitement passe par la reprise chirurgicale avec lavage et changement de prothèse.
- D - Le traitement passe par la reprise chirurgicale avec lavage abondant mais la prothèse est laissée en place.
- E - Le traitement est médical avec une antibiothérapie de longue durée sans intervention chirurgicale nécessaire le plus souvent.

**QCM 13 | A propos des infections sur prothèse en post opératoire tardive:**

- A - Classiquement, la douleur est modérée et persistante depuis la chirurgie, sans notion d'intervalle libre.
- B - Le syndrome inflammatoire biologique est constant.
- C - La cicatrice peut être normale.
- D - L'antibiothérapie probabiliste est instaurée après ponction articulaire qui confirme le diagnostic.
- E - Le traitement nécessite idéalement une ablation de prothèse.

**QCM 14 | Quel(s) peut/peuvent être le(s) signe(s) radiologique(s) d'une infection de prothèse?**

- A - Descellement prothétique.
- B - Séquestre osseux.
- C - Liseré périprothétique.
- D - Epaississement des parties molles en regard de la zone infectée.
- E - Zones d'ostéolyse.

**QCM 15 | A propos de l'infection du pied diabétique:**

- A - C'est la première cause d'amputation chez le diabétique.
- B - En l'absence de signes d'infection de la peau ou des tissus mous, le contact osseux garde une bonne valeur prédictive positive d'ostéite.
- C - Le bilan d'extension de l'atteinte osseuse est préférentiellement fait par la radiographie.
- D - L'écouvillonnage superficiel de la plaie permet le diagnostic bactériologique.
- E - En cas d'ostéite, la biopsie osseuse transcutanée permet le diagnostic bactériologique.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES Connaissances, ☐ Déduction, ☐ Arg/Fréquence, ● Formulation, X Éliminer les incorrectes, ☐ 1ère idée	
1	Réponse : B C D <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le site de survenue préférentielle des arthrites septiques de l'adulte est le genou. ☐</li> <li>▪ B : oui, impotence fonctionnelle. ☐</li> <li>▪ C : oui, impotence fonctionnelle. ☐</li> <li>▪ D : oui. ☐</li> <li>▪ E : non, l'attitude antalgique est en flexion ou « flessum ». ☐</li> </ul>	
2	Réponse : C E <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, l'échographie peut servir à guider la ponction articulaire dans certains cas (suspicion d'arthrite de hanche, épanchement faible ou cloisonné par exemple) mais n'a pas de caractère urgent, le diagnostic positif étant clinique et le diagnostic microbiologique étant fait par la ponction et les hémocultures. X</li> <li>▪ B : non, ce n'est pas le premier réflexe à avoir, d'autant plus que les signes d'arthrites sont retardés à la radiographie et n'apparaissent que 3 à 4 semaines après le début des symptômes. Les radiographies devront toutefois être réalisées pendant l'hospitalisation afin de suivre l'évolution de l'articulation durant les mois qui suivent.</li> <li>▪ C : oui, c'est le premier réflexe à avoir qui permet le diagnostic et d'individualiser le germe responsable ou de mettre en évidence des cristaux lors des arthrites microcristallines. ☐</li> <li>▪ D : non, les signes sont plus précoces au scanner qu'à la radiographie mais aucun intérêt de réaliser un scanner en urgence. X</li> <li>▪ E : oui, toujours réaliser des hémocultures avant l'antibiothérapie, pour rechercher le germe. ●</li> </ul>	
3	Réponse : A D <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, la décision dépendra du germe (lavage volontiers réalisés en cas d'arthrite staphylococcique, beaucoup moins en cas d'arthrite à gonocoque par exemple) et de la durée d'évolution du tableau. ☐</li> <li>▪ B : non, l'antibiothérapie sera mise en place après les prélèvements, en fonction de la porte d'entrée et du terrain. ☐</li> <li>▪ C : non, mieux vaut traiter trop tôt que trop tard. ☐</li> <li>▪ D : oui, l'immobilisation est réalisée à visée antalgique et une immobilisation prolongée risque d'enraîner l'articulation, à limiter au maximum ☐</li> <li>▪ E : non ☐</li> </ul>	
4	Réponse : A B D E <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, toujours rechercher la porte d'entrée. ☐</li> <li>▪ B : oui, polyarthrite septique = bactériémie = endocardite? ●</li> <li>▪ C : non, la normalité de l'uricémie, très fréquente durant les crises de gouttes, n'infirme en rien le diagnostic de polyarthrite goutteuse. ☐</li> <li>▪ D : oui. ☐</li> <li>▪ E : oui, le syndrome de Lofgrén, forme aiguë et de bon pronostic de sarcoidose associe Fièvre, Ganglions (adénopathies médiastinales), Rhumatisme (bi-arthrite de chevilles) et Erythème Noueux → LöFGREN ☐</li> </ul>	
5	Réponse : A B D E <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est le premier signe à apparaître, au moins 10 jours après le début des symptômes. ☐</li> <li>▪ B : oui, par la destruction du cartilage, à 3 semaines du début. ☐</li> <li>▪ C : non, les ostéophytes sont des signes d'arthrose, résultant de la construction osseuse. X</li> <li>▪ D : oui, par la déminéralisation osseuse inflammatoire, à 3 semaines du début. ☐</li> <li>▪ E : oui, et elle peut le rester si le traitement est précoce. ☐</li> </ul>	

6	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, les signes radiologiques sont tardifs et n'apparaissent qu'à 3 semaines du début des symptômes environ. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, l'épidurite, qui correspond à une inflammation des tissus entourant la dure-mère, ne peut se voir sur une radiographie. On peut la voir sur une tomodensitométrie ou une IRM. X</li> <li>▪ C : oui, le pincement peut être global ou partiel. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. Les autres signes sont un effacement du liseré cortical, des géodes sous chondrales parfois, voire une réaction ostéophytique condensante à un stade évolué. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, la vertèbre borgne est une ostéolyse focale d'une vertèbre. La spondylodiscite lyse le disque intervertébral et les plateaux vertébraux avant toute chose. X</li> </ul>
7	<p><b>Réponse : A B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. Ces complications neurologiques sont à rechercher cliniquement et justifient une IRM en urgence en cas de doute voire une chirurgie de décompression en urgence. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, pas de relation anatomique. X</li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, elle est réalisée seulement si les hémocultures sont négatives. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, les hémocultures sont à faire en systématique et à répéter après la ponction biopsie discovertébrale si celle-ci est réalisée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, l'imagerie de première intention est l'IRM. La scintigraphie est une alternative en cas de contre-indication ou de non disponibilité de l'IRM. X</li> <li>▪ E : non, la ponction lombaire est inutile et contre-indiquée en cas de compression médullaire. X</li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, toutefois, en l'absence de signe de gravité, on préfère attendre les résultats des hémocultures et la réalisation de la ponction biopsie avant d'instaurer l'antibiothérapie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, tant que persiste la douleur. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, pour rechercher une endocardite (présente dans 15-20% des spondylodiscites, le diagnostic d'une atteinte cardiaque modifiant l'antibiothérapie). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, rien à voir, c'est une fracture spécifique de l'enfant. X</li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir, c'est une fracture spécifique de l'enfant. X</li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 7

### QCM 1 | A propos de l'impétigo:

- A - L'origine virale est la plus fréquente.
- B - S. pyogenes est la bactérie la plus fréquemment en cause.
- C - Il touche le plus souvent les enfants.
- D - Il s'agit d'une dermatose non contagieuse.
- E - Il est responsable du syndrome pied main bouche.

### QCM 2 | Quel(s) est/sont le(s) signe(s) clinique(s) de l'impétigo?

- A - La lésion primaire est une vésicobulle qui évolue en croute.
- B - Le regroupement de lésions peut former des placards polycycliques.
- C - L'absence d'adénopathie est la règle, autrement, il s'agit d'un autre diagnostic.
- D - La localisation péri-buccale est la plus fréquente.
- E - Il est souvent associé à une franche altération de l'état général.

### QCM 3 | A propos du traitement de l'impétigo:

- A - Si les lésions sont peu étendues, on utilise l'Acide Fusidique par voie orale.
- B - Si les lésions sont peu étendues, on utilise la Mupirocine en application locale.
- C - Les formes étendues se traitent par l'association Amoxicilline-Acide clavulanique par voie orale.
- D - L'éviction scolaire est systématique.
- E - Une vaccination des cas contacts est conseillée.

### QCM 4 | A propos des folliculites:

- A - C'est une infection du follicule pilo-sébacé.
- B - L'orgelet est la forme centrée sur un cil.
- C - Le sycosis est la forme centrée sur un poil du visage, volontiers de la barbe.
- D - Le rasage de près est un facteur favorisant.
- E - Le frottement est un facteur favorisant.

### QCM 5 | A propos des furoncles:

- A - C'est une infection du follicule pilo-sébacé.
- B - C'est une hydrocéphalite.
- C - Le staphylocoque doré est le germe le plus souvent en cause.
- D - Il peut constituer une porte d'entrée de bactériémie.
- E - Le traitement se fait par l'association Amoxicilline-Acide clavulanique par voie orale de façon systématique, sauf en cas d'allergie.

### QCM 6 | A propos des furonculoses:

- A - C'est une forme récidivante de furoncles, le plus souvent multiples.
- B - Elle est souvent due au portage chronique de Staphylocoque epidermidis.
- C - Il s'agit d'une situation pouvant faire évoquer une infection à VIH, à dépister par sérologie en cas de suspicion.
- D - Des écouvillonnages rectaux répétés sont nécessaires pour le dépistage du portage chronique.
- E - Elle atteint le plus souvent des sujets immunodéprimés.

### QCM 7 | A propos du traitement et de la prévention des récidives des furonculoses:

- A - Le traitement est débuté après la recherche de portage nasal du staphylocoque.
- B - Pour éviter la contagiosité, on conseille d'utiliser des effets de toilette personnels.
- C - Le traitement, en cas de lésion à risque, se fait par antibiothérapie d'application locale.
- D - En cas de furoncule récidivante, une décolonisation cutanéo-muqueuse par antibiothérapie orale et douches antiseptiques est nécessaire.
- E - Tous les sujets contacts doivent être décontaminés.

	<b>Réponse : A</b>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, le tableau le plus typique est celui du pied diabétique. Le plus souvent, il s'agit d'un mal perforant plantaire négligé, creusant jusqu'à l'os qui s'infecte avec les tissus mous. Le tableau est celui d'un pied inflammatoire sans fièvre, l'examen des pieds montrant le mal perforant et l'examen au stylet permettant parfois d'avoir un contact osseux (os touchable et donnant la sensation de sucre mouillé). ☐</li> <li>▪ B : non, le début est insidieux. ☐</li> <li>▪ C : non, le plus souvent, l'infection se fait par inoculation directe, d'où le début insidieux et l'absence de bactériémie en général (hémocultures négatives). ☐</li> <li>▪ D : non. ☐</li> <li>▪ E : non, la ponction biopsie osseuse est indispensable pour identifier le germe (contrairement à la spondylodiscite où l'infection se fait par voie hématogène donc les hémocultures sont le plus souvent positives et la ponction biopsie n'est alors pas nécessaire). ☐</li> </ul>
12	<b>Réponse : B D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la définition est dans les 4 semaines (1 mois). ☐</li> <li>▪ B : oui. ☐</li> <li>▪ C : non, le matériel est laissé en place. ☐</li> <li>▪ D : oui. ☐</li> <li>▪ E : non, la reprise chirurgicale pour lavage abondant est systématique, l'antibiothérapie seule ne suffit pas. ☐</li> </ul>
13	<b>Réponse : A C E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, si il y a une notion d'intervalle libre, l'infection sur prothèse n'est pas « postopératoire », elle fait suite à une bactériémie et est dite aiguë hématogène. ☐</li> <li>▪ B : non, c'est une infection insidieuse, torpide. Les signes généraux sont inconstants, la CRP peut être normale, le diagnostic est difficile. ☐</li> <li>▪ C : oui. Le seul signe clinique est la douleur le plus souvent. ☐</li> <li>▪ D : non, jamais d'antibiothérapie avant la chirurgie sauf en cas de signe de gravité, pour toute infection ostéarticulaire sur prothèse. ☐</li> <li>▪ E : oui, la repose de prothèse peut ensuite se faire dans le même temps (en un temps) ou à distance après plusieurs semaines d'antibiothérapie (en deux temps). Le changement de prothèse est nécessaire afin de retirer le biofilm qui s'est constitué au niveau de la prothèse et rend les bactéries inaccessibles aux antibiotiques. Le changement de prothèse est idéalement à réaliser, mais chez certains sujets âgés à l'état altéré, porteurs de grosses prothèses, anciennes, on préférera souvent un traitement médical seul. ☐</li> </ul>
14	<b>Réponse : A B C D E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. ☐</li> <li>▪ B : oui. ☐</li> <li>▪ C : oui. ☐</li> <li>▪ D : oui. ☐</li> <li>▪ E : oui. ☐</li> </ul>
15	<b>Réponse : E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, l'artériopathie des membres inférieurs (liée à la médiacalcose chez les sujets diabétiques) est la première cause d'amputation, l'infection est la deuxième. ☐</li> <li>▪ B : non, la VPP du contact osseux est élevée seulement si il existe des signes d'infection de la peau et des tissus mous. A l'inverse, l'absence de contact osseux en l'absence de signes d'infection des tissus mous a une bonne VPN d'ostéite du pied. ☐</li> <li>▪ C : non, c'est le scanner qui permet de réaliser le bilan lésionnel en première intention. En effet, il s'agit du meilleur examen pour l'étude de l'os. De plus, la radiographie ne montre de changement pathologiques qu'au bout de plusieurs semaines. Ainsi, en cas de suspicion d'ostéite, un scanner sera réalisé afin de guider le geste chirurgical (amputation trans-phalangienne, trans-métatarsienne etc.). ☐</li> <li>▪ D : non, l'écouvillonnage superficiel est inutile et retrouvera de la flore commensale de la peau. ☐</li> <li>▪ E : oui. ☐</li> </ul>

<b>QCM 8</b>	A propos de la staphylococcosis maligne de la face:
A -	Elle peut faire suite à la manipulation d'un furoncle de la face.
B -	Elle se caractérise par un placard extensif du visage de survenue brutale associé à un syndrome fébrile.
C -	Elle se caractérise comme un abcès profond douloureux de la face comprimant les voies aériennes supérieures.
D -	Une complication possible est la thrombophlébite du sinus caverneux.
E -	Une complication possible est l'asphyxie.
<b>QCM 9</b>	A propos de l'érysipèle:
A -	Staphylococcus aureus est le germe le plus fréquemment en cause.
B -	C'est une dermohypodermite aiguë bactérienne nécrosante.
C -	Le principal diagnostic différentiel non infectieux est la poussée aiguë d'insuffisance veineuse.
D -	Il atteint le plus souvent les membres inférieurs.
E -	Le diagnostic est clinique.
<b>QCM 10</b>	Quel(s) est/sont le(s) facteur(s) favorisant d'érysipèle?
A -	Un lymphoedème.
B -	Le diabète.
C -	L'obésité.
D -	L'insuffisance veineuse.
E -	La xérose cutanée.
<b>QCM 11</b>	Quel(s) est/sont le(s) signe(s) d'alarme à rechercher devant une dermohypodermite aiguë?
A -	Une fièvre supérieure à 39°.
B -	Une crépitation sous cutanée.
C -	Une hypoesthésie cutanée.
D -	Une induration des tissus sous-cutanés allant au-delà des lésions visibles en superficie.
E -	La présence de phlyctènes.
<b>QCM 12</b>	A propos de la fascite nécrosante:
A -	La prise d'AINS est un facteur de risque.
B -	Le streptocoque du groupe A est le germe le plus fréquemment en cause.
C -	Le diabète est un facteur favorisant.
D -	La nécrose évolue de la superficie vers la profondeur.
E -	Les formes périnéales sont appelées gangrène gazeuse.
<b>QCM 13</b>	Quel(s) est/sont le(s) facteur(s) favorisant de la candidose buccale?
A -	Les bains de bouche.
B -	La sonde nasogastrique.
C -	Le diabète.
D -	Les âges extrêmes (nourrissons, sujets âgés)
E -	Le port de prothèses dentaires.
<b>QCM 14</b>	A propos des différences entre Intertrigos à dermatophytes et intertrigos candidosiques:
A -	Les intertrigos candidosiques sont à fond sec.
B -	Les intertrigos candidosiques s'étendent à distance du pli.
C -	Les intertrigos à dermatophytes ont des bords polycliques.
D -	Les intertrigos à dermatophytes ont une fine collerette desquamative.
E -	Les deux types sont responsables d'intertrigo des grands plis.
<b>QCM 15</b>	A propos des teignes:
A -	Les teignes tondantes sont contagieuses.
B -	La teigne microscopique est responsable de grandes plaques d'alopecie.
C -	La teigne suppurée n'est pas responsable de chute de cheveux.
D -	Les personnes âgées sont les plus touchées.
E -	Le traitement diffère entre teigne tondante et teigne suppurée.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<input type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : C</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, l'impétigo est une infection bactérienne par définition. X</li><li>▪ B : non, le germe en cause est le staphylocoque aureus dans 70% des cas, S. pyogenes dans 30%. <input type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, l'impétigo est contagieux, avec risque également d'auto-inoculation. <input type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, rien à voir, le syndrome pied main bouche est d'origine virale (entérovirus de type coxsackie++) X</li></ul>
2	<p>Réponse : A B D</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, la présence d'adénopathies satellites est tout à fait possible. <input type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li><li>▪ E : non. <input type="checkbox"/></li></ul>
3	<p>Réponse : B C</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, c'est l'acide fusidique en application locale. <input type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui, 2 à 3 fois par jour pendant 5 jours. <input type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui, ou pristinamycine en cas d'allergie. <input type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, si les lésions sont protégées (ex : pansement), l'enfant peut fréquenter la collectivité. <input type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, il n'y a pas de vaccin. X</li></ul>
4	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui. L'autre facteur favorisant est la macération. <input type="checkbox"/></li></ul>
5	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui, c'est une folliculite profonde et nécrosante. <input type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, l'hydrosiadénite est une infection des glandes sudoripares. X</li><li>▪ C : oui, comme une grande partie des infections bactériennes cutanées. <input type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui, c'est une porte d'entrée de bactériémie à staphylocoque aureus avec risque de greffe secondaire par la suite (endocardite, IOA...). La manipulation intempestive des ces lésions est proscrite. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, l'antibiothérapie systémique est réservée aux formes à risque de gravité (furoncle cervicofacial par exemple) ou de l'immunodéprimé. <input type="checkbox"/></li></ul>

	<b>Réponse : A C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, elle est due au portage chronique de staphylocoque sécréteur de toxine de Panton Valentine, à rechercher systématique par écouvillonnage nasal ou pharyngé. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, ce sont des écouvillonnages ORL (nasaux ou pharyngés). Les écouvillonnages rectaux sont utiles pour dépister le portage de bactéries BLSE. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, la recherche d'un terrain particulier (VIH, Immunodépression, diabète) doit être systématiquement entreprise mais est le plus souvent négative. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
6	<b>Réponse : A B</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, l'écouvillon nasal permet l'obtention de l'antibiogramme (de plus en plus de souches résistantes à la méticilline). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, la dissémination dans l'entourage est possible. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le traitement se fait par Amoxicilline-Acide clavulanique par voie orale en cas de lésion active. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la décontamination se fait par des douches antiseptiques quotidiennes pendant 5 jours associées à antibiothérapie locale par pommade (Mupirocine) à appliquer 2 fois par jour dans les vestibules nasaux. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<b>Réponse : A B D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, rien à voir. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<b>Réponse : C D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, contrairement à la plupart des infections cutanées bactériennes, le germe le plus fréquemment en cause est le streptocoque bêta hémolytique du groupe A (aussi appelé streptocoque pyogène). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, c'est une dermohypodermite non nécrosante. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, l'insuffisance veineuse peut être responsable d'un tableau de grosse jambe rouge, avec possible acuitisation inflammatoire douloureuse. Il s'agit donc du principal diagnostic différentiel. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, la porte d'entrée est souvent un intertrigo inter orteils. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<b>Réponse : A C D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. C'est toutefois un facteur de risque de dermo-hypodermite nécrosante. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. Ce sont les trois facteurs favorisant. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	

11	<p><b>Réponse : B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. Les autres signes sont: signes de sepsis grave, douleur intense non soulagée par les antalgiques simples, évolution défavorable malgré une antibiothérapie adaptée, extension rapide, placards grisâtres hypoesthésiques. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, mais c'est un facteur favorisant. <input type="checkbox"/></li> </ul>
12	<p><b>Réponse : A B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la nécrose évolue de la profondeur (hypoderme) vers la superficie, donc ce qui est visible est souvent trompeur et faussement rassurant. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, les formes périnéales sont les gangrènes de Fournier. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<p><b>Réponse : D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui Devant une candidose buccale chez un sujet jeune ou devant une forme récidivante, la sérologie VIH doit être systématique. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<p><b>Réponse : C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, les intertrigos à dermatophytes ont un fond sec tandis que les intertrigos à candida ont un fond fissuré recouvert d'un enduit blanchâtre. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, l'intertrigo à dermatophage s'étend en dehors du pli contrairement au candida. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, l'intertrigo à dermatophytes à un bord polycyclique tandis que le candida a un bord émietté avec une fine collerette desquamative ou pustuleuse. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<p><b>Réponse : A B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, les teignes tondantes sont contagieuses contrairement aux teignes suppurrées. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, contrairement à la teigne trichophytique qui est responsable de petites plaques. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, la teigne suppurrée est responsable d'un macaron inflammatoire suppurrant du cuir chevelu qui induit une chute de cheveux transitoire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, ce sont les enfants qui sont les plus contaminées. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le traitement est le même, par voie locale (dérivé azolé) et orale (griséofulvine ou kéroconazole) pendant 6 à 8 semaines. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 8

<b>QCM 1</b>	Les facteurs de risque d'IST sont:
A -	La précocité du premier rapport sexuel.
B -	Un antécédent d'IST.
C -	Un âge inférieur à 20 ans.
D -	Un niveau socioéconomique élevé.
E -	Multiplicité des partenaires sexuels.
<b>QCM 2</b>	Le dépistage des IST est recommandé en cas de:
A -	Découverte d'une sérologie VHA positive.
B -	Découverte d'une sérologie VIH positive.
C -	Diagnostic de gâle.
D -	Grossesse.
E -	Accouchement par césarienne.
<b>QCM 3</b>	Devant un écoulement urétral chez un homme, quel(s) germé(s) peut/peuvent être retrouvé(s)?
A -	Treponema Pallidum.
B -	Neisseria Gonorrhoeae.
C -	Chlamydia Trachomatis.
D -	Trichomonas vaginalis.
E -	HPV.
<b>QCM 4</b>	Devant une ulcération génitale, on peut évoquer:
A -	Haemophilus Ducreyi.
B -	Treponema Pallidum.
C -	Klebsiella Granulomatis.
D -	Infection à HSV2.
E -	Maladie de Behcet.
<b>QCM 5</b>	À propos de <i>Neisseria Gonorrhœae</i> :
A -	C'est un BGN.
B -	Sa durée d'incubation est courte.
C -	C'est une cause d'anorectite.
D -	C'est une cause de pharyngite trahinante.
E -	C'est une cause d'arthrite infectieuse.
<b>QCM 6</b>	À propos du Chlamydia:
A -	Il est moins fréquent que le gonocoque.
B -	Sa durée d'incubation est longue, de l'ordre de plusieurs semaines.
C -	Il existe des porteurs chroniques asymptomatiques.
D -	C'est un BGN.
E -	Il existe 15 stéréotypes différents.
<b>QCM 7</b>	Les complications possibles de l'infection à <i>C. Trachomatis</i> sont:
A -	Les infections génitales hautes comme la salpingite.
B -	Le syndrome de Fitz Hugh Curtis.
C -	Le syndrome de Flessinger Leroy Reiter ou arthrite réactionnelle.
D -	Une conjonctivite chez le nouveau né de mère infectée.
E -	La lymphogranulomatose vénérienne.

<b>QCM 8</b>	<b>A propos de Treponema Pallidum:</b>
A -	Il est responsable d'une infection immunisante.
B -	La transmission transplacentaire est possible.
C -	La transmission par contact cutanéomuqueux est possible.
D -	La transmission par voie sexuelle est la plus fréquente.
E -	Sa durée d'incubation est de quelques jours.
<b>QCM 9</b>	<b>A propos des symptômes durant les différentes phases de la syphilis:</b>
A -	Le chancre est une ulcération superficielle, le plus souvent unique, propre, douloureuse, inflammatoire.
B -	Les phases latentes sont asymptomatiques.
C -	Les manifestations polymorphes de la phase secondaire lui valent le nom de « grande simulatrice ».
D -	Les signes neurologiques surviennent exclusivement durant la phase tertiaire.
E -	L'examen ophtalmologique oriente le traitement lors de la phase secondaire.
<b>QCM 10</b>	<b>A propos de la sérologie syphilitique:</b>
A -	Le FTA abs reste positif toute la vie après guérison.
B -	Le VDRL reste positif toute la vie après guérison.
C -	Le TPHA reste positif toute la vie après guérison.
D -	Le VDRL est le dernier à se positiver en cas d'infection récente.
E -	Un VDRL positif associé à un TPHA négatif est une cicatrice sérologique.
<b>QCM 11</b>	<b>A propos de Trichomonas vaginalis:</b>
A -	C'est une IST rare dans le monde.
B -	C'est un BGN.
C -	Le traitement est le Métronidazole en dose unique.
D -	Les leucorrhées sont classiquement spumeuses, nauséabondes, abondantes.
E -	Chez l'homme, il est responsable de prostatite très inflammatoire et douloureuse.
<b>QCM 12</b>	<b>A propos de l'infection à HPV:</b>
A -	C'est l'IST la plus fréquente en France.
B -	Les sérotypes 16 et 18 d'HPV sont cancérogènes.
C -	Un vaccin est recommandé chez les jeunes filles de 9 à 11 ans.
D -	La transmission maternofoetale est possible à l'accouchement justifiant une césarienne systématique en cas d'infection maternelle pour diminuer le risque de papillomatose laryngé chez l'enfant à naître.
E -	L'utilisation du préservatif prévient le risque de transmission sexuelle.
<b>QCM 13</b>	<b>A propos du traitement de la syphilis:</b>
A -	Le traitement de la neurosyphilis est la pénicilline G IV pendant 14 à 21 jours.
B -	Une corticothérapie de courte durée peut être indiquée chez la femme enceinte et les personnes âgées en prévention de la réaction d'Herxheimer.
C -	La surveillance de l'efficacité du traitement se base sur l'évolution du TPHA et du VDRL qui doivent tous les deux diminuer.
D -	Le VDRL doit être négatif à 3 mois après traitement.
E -	En cas d'allergie à la pénicilline, on utilise les fluoroquinolones.
<b>QCM 14</b>	<b>A propos de la neurosyphilis:</b>
A -	Elle est dite précoce si des signes neurologiques apparaissent lors de la phase primaire.
B -	Elle se caractérise par une méningite lymphocyttaire avec un VDRL positif dans le LCR.
C -	La présence d'une uvéite à l'examen ophtalmologique nécessite la réalisation d'une ponction lombaire.
D -	Le tabès se retrouve dans la neurosyphilis précoce.
E -	Le traitement se fait par 3 injections intramusculaires de pénicilline G retard à une semaine d'intervalle.

**QCM 15 A propos du syndrome de Fiessinger Leroy Reiter:**

- A - Il n'atteint que les femmes.
- B - Il est surtout dû à l'infection par Chlamydia.
- C - Il se caractérise par une kératite bilatérale associé à une arthrite/oligo-arthrite asymétrique.
- D - Il se caractérise par une conjonctivite bilatérale à une arthrite/oligo-arthrite asymétrique.
- E - L'évolution vers une spondylarthrite ankylosante est possible.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES					
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée					
1	Réponse : A B C E					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, plutôt faible. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>					
2	Réponse : B C D					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est le mode de contamination qui doit motiver le bilan d'IST ou non. X</li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir. X</li> </ul>					
3	Réponse : B C D					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il est responsable d'un chancre propre et indolore, sans écoulement. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, il est toutefois rare chez l'homme, &lt; 1% des urtérites en France. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input type="checkbox"/></li> </ul>					
4	Réponse : A B C D E					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, le chancre est douloureux, mou, sale. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, le chancre est propre, induré, indolore. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, responsable de la donovanose. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, c'est une maladie auto-immune responsable d'une aphthose bipolaire. <input type="checkbox"/></li> </ul>					
5	Réponse : B C D E					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est un CGN. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, inférieure à une semaine, contrairement au chlamydia (2 semaines à un mois). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, en cas de rapport anal. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, en cas de rapport buccogénital. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, forme disséminée avec septicémie et arthrite voire oligo-arthrite. <input type="checkbox"/></li> </ul>					
6	Réponse : B C E					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, responsable de l'IST la plus fréquente des pays industrialisés. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, 2 semaines à 1 mois. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, 10% de la population adulte est porteuse chronique asymptomatique et cela représente 90% des sujets atteints par Chlamydia trachomatis.. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, c'est un intracellulaire sans paroi. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>					

7	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est une étiologie classique de grossesse extra utérine. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, c'est une périhépatite ne touchant que les femmes. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, c'est un syndrome associant conjonctivite bilatérale, urétrite subaiguë et polyarthrite asymétrique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, d'où le collyre antibiotique systématique à la naissance de tout nouveau né. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, c'est la maladie de Nicolas Favre, due au sérototype L, responsable d'une ano-rectite. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la réinfection est possible. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, après 4 mois de grossesse. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, en phase secondaire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, la durée d'incubation est de 3 semaines. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le chancre est propre, indolore, non inflammatoire et peut donc passer inaperçu. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, dans la phase secondaire de nombreuses manifestations sont possibles (polyadénopathies, arthralgies, syndrome néphrotique, céphalées, atteintes dermatologiques etc.) <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, des signes neurologiques peuvent aussi apparaître en phase secondaire, on parle alors de neurosyphilis précoce. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, l'examen ophtalmologique est obligatoire en phase secondaire car en cas d'uvéite, le traitement est le même qu'une neurosyphilis. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le FTA abs se négative après guérison. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, le VDRL se négative après guérison. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, le TPHA reste positif toute la vie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le TPHA positif est la cicatrice sérologique. Le VDRL positif seul est un faux positif le plus souvent, comme on peut le voir dans le SAPL par exemple. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
11	<p><b>Réponse : C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est la première IST dans le monde. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, c'est un protozoaire flagellé. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, 90% des cas sont symptomatiques chez l'homme, les 10% restants sont le plus souvent des urétrites discrètes, peu symptomatiques. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
12	<p><b>Réponse : A B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, ce sont les deux stéréotypes à connaître. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, la vaccination est recommandée chez la fille entre 11 et 14 ans voire jusqu'à 19 ans si le premier rapport sexuel date de moins d'un an. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le risque de papillomatose laryngé est réel mais la césarienne n'est pas systématique. On traite la femme enceinte par laser CO2 au troisième trimestre le plus souvent. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le préservatif ne protège pas de la transmission de l'HPV. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

	<b>Réponse : A B</b>
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, on utilise les corticoides en cas de réaction d'Herxheimer ou pour la prévenir. La réaction d'Herxheimer est une exacerbation des symptômes en début de traitement antibiotique en lien avec la lyse des tréponèmes, provoquant une pseudo-réaction allergique anaphylactoïde. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le TPHA ne diminue pas. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la surveillance du VDRL est systématique. A 3 mois, le taux doit être divisé par 4. A 6 mois, divisé par 8. A 1 et 2 ans, il doit être négatif. Un VDRL qui ne se négative pas doit faire rechercher une recontamination ou un échec d'antibiothérapie (notamment en cas de neurosyphilis non détectée). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, les spirochètes ne sont pas sensibles aux quinolones. En cas d'allergie, on utilise la doxycycline. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<b>Réponse : B C</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, elle est dite précoce en phase secondaire, soit moins d'un an après l'infection. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, c'est un symptôme de neurosyphilis tardive. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le traitement est intraveineux pendant 14 à 21 jours, et les injections IM ne permettant pas d'atteindre des concentrations suffisamment élevées dans le LCS. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<b>Réponse : B D E</b>

## Questions isolées QCM N° 9

### QCM 1 A propos du cycle de réPLICATION du VIH:

- A - Le VIH est un rétrovirus.
- B - C'est un virus à ARN.
- C - Il reconnaît la protéine gp120 des lymphocytes CD4.
- D - Il reconnaît la protéine CCR5 des lymphocytes CD8.
- E - La rétrocopie permet l'assemblage des protéines virales.

### QCM 2 A propos du cycle de réPLICATION du VIH:

- A - La variabilité génomique du virus s'explique en partie par la rétrocopie.
- B - L'intégrase virale intègre l'ARN viral au sein de l'ADN lymphocytaire.
- C - La protéase virale permet l'assemblage des protéines virales après traduction.
- D - Les lymphocytes infectés sont immortels et contribuent à infecter d'autres lymphocytes CD4.
- E - La réPLICATION du virus est lente, de l'ordre de 100 virions/jour.

### QCM 3 A propos des généralités sur le VIH:

- A - L'incidence est de l'ordre de 6000 nouveaux cas par an en France.
- B - La majorité des personnes séropositives sont homosexuelles.
- C - 2/3 des séropositifs sont diagnostiqués au stade SIDA.
- D - Plus la charge virale augmente, plus la transmission augmente.
- E - L'incidence en France est de l'ordre de 150 000 séropositifs.

### QCM 4 A propos de l'histoire naturelle de la maladie:

- A - La primo-infection est le plus souvent asymptomatique.
- B - Les symptômes de primo-infection apparaissent 10-15 jours après la contamination.
- C - La phase chronique dure en moyenne entre 3 et 10 ans.
- D - Le stade SIDA est caractérisé par la survenue d'événements cliniques majeurs, infectieux ou tumoraux.
- E - Un patient atteignant le stade SIDA a, une fois traité, la même espérance de vie qu'un sujet infecté par le VIH diagnostiqué au stade non-SIDA.

### QCM 5 Il est possible d'évoquer une primo-infection VIH devant un patient présentant:

- A - Une polyadénopathie.
- B - Un syndrome pseudogrippal supérieur à 7 jours.
- C - Une fièvre inexplicable.
- D - Une éruption maculo-papuleuse.
- E - Des ulcérations génitales.

### QCM 6 Pour un rapport sexuel contaminant datant du 1er janvier 2017:

- A - La PCR VIH sera positive dès le 2 janvier.
- B - La détection d'anticorps anti VIH sera positive vers le 10 janvier.
- C - L'antigénémie p24 est l'élément qui se positivera le plus précocement.
- D - Une sérologie ELISA 4<sup>ème</sup> génération négative le 15 janvier permettra d'éliminer une séropositivité.
- E - Le test de diagnostic rapide permet de détecter les anticorps anti VIH.

<b>QCM 7</b>	<b>Le dépistage du VIH:</b>
A -	Est remboursé à 100% par la sécurité sociale.
B -	Nécessite toujours un accord préalable.
C -	Est obligatoire en cas de grossesse.
D -	Se fait par un test de diagnostic rapide TDR le plus souvent.
E -	Se fait par PCR pour un nouveau né de mère séropositive, jusqu'à ses 6 mois.
<b>QCM 8</b>	<b>A propos du diagnostic de séropositivité:</b>
A -	Pour un nouveau né de mère VIH, deux tests Elisa positifs sont nécessaires au diagnostic.
B -	Un premier test Elisa positif doit toujours être confirmé par un Western Blot sur le même prélèvement.
C -	Un premier prélèvement positif doit toujours être confirmé par un deuxième prélèvement pour éliminer une erreur d'identité.
D -	La déclaration à l'ARS est obligatoire au diagnostic.
E -	La déclaration à l'ARS est obligatoire au stade SIDA.
<b>QCM 9</b>	<b>A propos du dépistage et du diagnostic du VIH:</b>
A -	Un test Elisa négatif à 8 semaines de l'exposition élimine le diagnostic.
B -	Un test Elisa négatif à 8 semaines de l'exposition doit être renouvelé 2 semaines plus tard pour éliminer le diagnostic de façon certaine.
C -	Un Western Blot négatif élimine le diagnostic même si le test Elisa est positif sur le même prélèvement.
D -	Le TDR doit toujours être suivi d'un test Elisa pour confirmer le diagnostic.
E -	En cas de diagnostic positif, la charge virale est mesurée par PCR.
<b>QCM 10</b>	<b>Après confirmation d'un statut VIH+, on réalise un bilan compréhensif et systématique:</b>
A -	Une bandelette urinaire.
B -	Une sérologie toxoplasmose.
C -	Une PCR CMV.
D -	Un typage lymphocytaire CD4/CD8.
E -	Un fond d'oeil.
<b>QCM 11</b>	<b>Le bilan pré-thérapeutique d'un patient VIH+ comprend le(s) dosage(s) sanguin(s) suivant:</b>
A -	Les transaminases.
B -	La créatinine.
C -	Les facteurs anti-nucléaires.
D -	Le dosage du facteur rhumatoïde.
E -	Recherche de l'haplotype HLA B*5701.
<b>QCM 12</b>	<b>Le traitement antirétroviral:</b>
A -	Doit être débuté dès que les CD4 sont inférieurs à 500.
B -	Doit être débuté en urgence dès le diagnostic.
C -	Permet une éradication du VIH.
D -	Doit être prescrit initialement par un médecin hospitalier.
E -	Doit être poursuivi à vie.
<b>QCM 13</b>	<b>Les différents schémas thérapeutiques possibles sont:</b>
A -	2 INTI + 1 INNTI.
B -	2 INNTI + 1 inhibiteur de protéase.
C -	2 INNTI + 1 INTI.
D -	2 INTI + 1 IP.
E -	1 INTI + 1 IP.

<b>QCM 14</b>	Au cours du traitement, le suivi biologique comprend:
A -	Le dosage de la créatinine.
B -	Le bilan lipidique.
C -	La charge virale VIH.
D -	Le dosage de LDH.
E -	Les CPK.
<b>QCM 15</b>	Chez un patient VIH traité:
A -	Le vaccin contre la grippe est contre indiqué.
B -	Si le taux de CD4 est < 500/ $\mu$ L, les vaccins vivants sont contre indiqués.
C -	Si le taux de CD4 est > 500/ $\mu$ L, la vaccination par le BCG est possible.
D -	Si une charge virale indétectable est acquise, elle le restera autant de temps que l'observance sera parfaite.
E -	Le traitement antirétroviral ne diminue pas le risque de transmission.

**CORRECTIONS & STRATEGIE QCM**

<b>STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES</b>	
QCM	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : A B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, la gp120 est une protéine virale. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la CCR5 est présente sur les lymphocytes CD4 et sert d'entrée cellulaire au virus. L'anti-viral empêchant la reconnaissance de CCR5 par le virus est le Maraviroc, seul membre de la famille des inhibiteurs d'entrée. L'autre molécule d'entrée est le récepteur CXCR4. . <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, la rétrotranscription permet la transformation de l'ARN en ADN bicaténaire. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
2	<p>Réponse : A C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, elle permet l'intégration de l'ADN (soit l'ARN viral après rétrotranscription). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, l'infection induit l'apoptose des lymphocytes (ce sont les cellules cancéreuses qui acquièrent l'immortalité). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, elle est intense, de l'ordre de un à 10 millions/jour. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
3	<p>Réponse : A D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, 60% sont hétérosexuels. Toutefois, les personnes hétéro-sexuelles étant plus nombreuses, la prévalence de l'infection à VIH est plus élevée chez les personnes homosexuelles. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, 1/3 seulement. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, c'est la prévalence. <input type="checkbox"/></li> </ul>
4	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, 75% des primo-infections sont symptomatiques mais les symptômes ne sont pas spécifiques donc elles peuvent passer inaperçues. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, c'est la phase entre la primo-infection et la phase SIDA. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, l'altération de l'immunité par le VIH est qualitative et quantitative. A taux de CD4 égal, les sujets ayant atteint le stade SIDA ont une immunodépression plus profonde que ceux n'ayant pas atteint ce stade. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
5	<p>Réponse : A B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, globalement, y penser devant tout symptôme inexplicable, surtout si il existe des facteurs de risque. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

6	<p><b>Réponse : E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la PCR se positive vers J8-J10. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, les anticorps apparaissent vers J25. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, l'antigénémie p24 se positive vers J15. Tu dois bien savoir que dans le test sérologique ELISA actuel (4<sup>ème</sup> génération), la recherche de l'antigène p24 est faite. C'est la PCR qui permet la détection la plus précoce. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, lorsque l'antigène p24 commence à être détectable, la sensibilité de la sérologie VIH est faible. La sensibilité est maximale et atteint un plateau au delà de 6 semaines après la primo-infection. On peut donc raisonnablement exclure une infection par VIH en cas de sérologie négative à 6 semaines d'un rapport sexuel (sauf si traitement préventif, faire sérologie à 2 mois). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : A B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, il est obligatoirement proposé. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le dépistage se fait par test Elisa. Le TDR est utilisé dans les situations d'urgence seulement. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, car le nouveau né conserve les anticorps de sa mère jusqu'à ses 6 mois (donc le test Elisa peut être faussé). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, deux PCR positives nécessaires. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, seul un test Elisa suffit sur le deuxième prélèvement. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui aussi. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, un prélèvement négatif élimine le diagnostic à plus de 6 semaines de l'exposition. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, le Western Blot élimine les faux positifs de l'Elisa. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : A B D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, pour rechercher une atteinte néphrologique (HIVAN). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, pour dépister les infections opportunistes. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, à réaliser seulement si CD4&lt;100. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, à réaliser selon le bilan initial (notamment si CD4 &lt; 50 et PCR CMV montrant une réPLICATION). <input type="checkbox"/></li> </ul>
11	<p><b>Réponse : A B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, rien à voir. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, rien à voir. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, car il contre indique l'abacavir (INTI). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

12	<p><b>Réponse : D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, dès le diagnostic. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, aucune urgence à débuter le traitement. Au contraire, prendre le temps d'expliquer l'importance du traitement et ses effets indésirables permet une meilleure adhésion et une meilleure observance et donc diminue les échecs virologiques. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, tout arrêt du traitement conduit à la reprise de la maladie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
13	<p><b>Réponse : A D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input type="checkbox"/></li> </ul>
14	<p><b>Réponse : A B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, certains anti-rétroviraux sont néphrotoxiques (Tenofovir +++), d'autres ont leur taux à ajuster à la fonction rénale. A surveiller, donc. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, car les antirétroviraux augmentent le risque cardiovasculaire. Les autres facteurs de risque sont donc à surveiller. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, rien à voir. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<p><b>Réponse : D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, ce n'est pas un vaccin vivant. Au contraire, il est recommandé 1 fois par an. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, les vaccins vivants sont contre indiqués si les CD4 sont inférieurs à 200. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le BCG est toujours contre indiqué quelque soit le taux de CD4. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, d'où l'importance d'une observance parfaite. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 10

<b>QCM 1</b>	Chez un patient VIH, quelles sont les infections, parmi celles citées ci dessous, dont la survenue classe SIDA?
A -	Pneumopathie à <i>S. pneumoniae</i> .
B -	Pneumopathie à <i>P. jirovecii</i> .
C -	Tuberculose neuroméningée.
D -	Rétinite à CMV.
E -	Syphilis.
<b>QCM 2</b>	Quelles infections sont fortement susceptibles de survenir lorsque le taux de CD4 d'un patient VIH est à 99/ $\mu$ L ?
A -	Pneumocystose.
B -	LEMP.
C -	Cryptococcose.
D -	Zona.
E -	Rétinite à CMV.
<b>QCM 3</b>	Les cancers classant SIDA sont:
A -	La maladie de Kaposi.
B -	Le lymphome de Hodgkin.
C -	Le cancer du col utérin.
D -	Le lymphome T angio-immunoblastique.
E -	Le cancer du canal anal.
<b>QCM 4</b>	Dans une pneumocystose pulmonaire, on retrouve typiquement:
A -	Une toux sèche peu productive.
B -	Une toux grasse avec crachats purulents.
C -	Une fièvre à 40°C avec sueurs et grands frissons.
D -	Une auscultation pulmonaire normale.
E -	Une radiographie thoracique normale.
<b>QCM 5</b>	Un homme de 46 ans, sidéen, avec un taux de CD4 à 180, est hospitalisé pour détresse respiratoire aiguë. <i>Pneumocystis Jirovecii</i> est mis en évidence dans le LBA. Les GDS montrent une PaO <sub>2</sub> à 45 mmHg.
A -	Le traitement peut être ambulatoire.
B -	Un traitement en urgence par Cotrimoxazole est nécessaire, per os ou IV selon la gravité du tableau clinique.
C -	On associe l'acide folique au Cotrimoxazole en prévention de l'hépatotoxicité.
D -	Une corticothérapie per os est nécessaire car la PaO <sub>2</sub> est inférieure à 70 mmHg.
E -	En cas d'allergie au Cotrimoxazole, on peut utiliser de la Pentamidine IV.
<b>QCM 6</b>	A propos des germes des infections opportunistes:
A -	<i>Pneumocystis Jirovecii</i> est un protozoaire ubiquitaire.
B -	<i>Toxoplasma Gondii</i> est un protozoaire ubiquitaire.
C -	<i>Cryptococcus Neoformans</i> se transmet par voie aérienne.
D -	Le JC virus passe la barrière hématoencéphalique.
E -	HSV1 est responsable de la maladie de Kaposi.

<b>QCM 7</b>	Devant une diarrhée chronique chez un patient VIH, il faut penser à:
A -	Salmonella Typhi.
B -	Clostridium difficile.
C -	Une cryptosporidiose.
D -	Une microsporidiose.
E -	Une cryptococcose.
<b>QCM 8</b>	A propos du syndrome inflammatoire de restauration immunitaire (SIRI):
A -	Il est dû à une reconstitution rapide du système immunitaire après mise en place des antirétroviraux.
B -	Le seul traitement est l'arrêt des antirétroviraux.
C -	Il s'agit d'un diagnostic d'élimination.
D -	L'arrêt des antirétroviraux ne constitue pas un traitement de l'IRIS.
E -	Les mycobactéries sont souvent impliquées.
<b>QCM 9</b>	Quel délai faut-il respecter, en prévention de l'IRIS, entre l'identification d'une infection opportuniste et l'introduction d'un traitement anti-rétroviral ?
A -	Traitements anti-rétroviraux immédiat possible en cas de tuberculose neuro-méningée.
B -	Traitements anti-rétroviraux différés d'un mois en cas de tuberculose neuro-méningée.
C -	Traitements anti-rétroviraux différés de 15 jours en cas de LEMP.
D -	Traitements anti-rétroviraux différés de 15 jours en cas de pneumocystose.
E -	Traitements anti-rétroviraux différés d'un mois en cas de cryptococcose neuroméningée
<b>QCM 10</b>	A propos de la toxoplasmose cérébrale:
A -	Le diagnostic de certitude se fait par PCR dans le LCR.
B -	Le diagnostic de certitude se fait par sérologie sanguine.
C -	Les abcès cérébraux en cocarde entourés d'un halo hypodense sont pathognomoniques.
D -	Les biopsies sont indiquées si échec d'un traitement d'épreuve à 15 jours.
E -	La prévention se fait par Bactrim au long cours en cas de sérologie négative, tant que les CD4 sont inférieurs à 200.
<b>QCM 11</b>	A propos de la cryptococcose neuroméningée:
A -	Le diagnostic est aidé par la recherche de l'antigène cryptococcique dans le LCR.
B -	Le diagnostic est aidé par la recherche de l'antigène circulant dans le sang.
C -	Le diagnostic formel se fait par mise en évidence du champignon après coloration à l'encre de chine dans le LCR ou la positivité de la culture sur milieu de Sabouraud sans actidione.
D -	Le traitement initial se fait par Fluconazole IV.
E -	Une prophylaxie secondaire par Fluconazole PO est nécessaire après le traitement curatif en cas d'immunodépression persistante.
<b>QCM 12</b>	A propos de la LEMP:
A -	Le virus responsable est l'HHV8.
B -	Elle est responsable d'une démyélinisation de la substance blanche du SNC.
C -	Le diagnostic se fait par biopsies stéréotaxiques.
D -	Le diagnostic se fait par PCR dans le LCR.
E -	Il n'y a pas de traitement spécifique.
<b>QCM 13</b>	Devant des troubles neurologiques chez un patient VIH, on peut évoquer:
A -	Une toxoplasmose.
B -	Une mycobactérie atypique.
C -	Une tuberculose.
D -	Une infection à CMV.
E -	Une maladie de Kaposi.

**QCM 14** | Devant une baisse d'acuité visuelle chez un patient VIH, on peut évoquer:

- A - Une infection à CMV.
- B - Une toxoplasmose.
- C - Une LEMP.
- D - Une syphilis.
- E - Une cryptosporidiose.

**QCM 15** | A propos de la maladie de Kaposi:

- A - Elle est liée à HHV6.
- B - Elle peut atteindre les muqueuses.
- C - Elle se caractérise par une prolifération tumorale vasculaire.
- D - Les plaques érythémateuses infiltrées, nodulaires, des membres inférieurs sont pathognomoniques.
- E - Le diagnostic de certitude est clinique.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg. Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée	
1	Réponse : B C D ▪ A : non, n'est pas considérée comme une infection classant SIDA. Toutefois, risque accru +++ de pneumopathie à pneumocoque (RR = 7) <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui, seuil de CD4<200. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : oui, mais pas de seuil. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, seuil de CD4<50. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/>	
2	Réponse : A B C D ▪ A : oui, seuil de CD4<200. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui, seuil de CD4<100. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : oui, seuil de CD4<100. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, pas de seuil. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non, seuil de CD4<50. <input checked="" type="checkbox"/>	
3	Réponse : A C D ▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : non. Ne classe pas SIDA mais 5 à 20 fois plus fréquent chez le patient VIH. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, ce sont 3 cancers classant SIDA. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non. X	
4	Réponse : A D ▪ A : oui, clinique en général pauvre en dehors de la dyspnée subaiguë. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : non. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : non, fièvre inconstante, fruste. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, le plus souvent, normale. Devient anormale à un stade tardif. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non, le plus souvent, syndrome interstitiel bilatéral, voire pneumothorax, mais 15% sont normales. <input checked="" type="checkbox"/>	
5	Réponse : B D E ▪ A : non, jamais ambulatoire. X ▪ B : oui, car la PaO <sub>2</sub> est très diminuée. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : non, c'est en prévention du risque hématotoxique. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : oui <input checked="" type="checkbox"/>	
6	Réponse : B C D ▪ A : non, c'est un champignon. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : oui, c'est un champignon retrouvé dans les poussières. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, il est responsable de la LEMP qui est une affection du SNC. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non, c'est HHV8. <input checked="" type="checkbox"/>	

7	<p><b>Réponse : C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la fièvre typhoïde n'est pas responsable de diarrhées chroniques mais de diarrhées aiguës. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, il est responsable de diarrhée aiguë post antibiothérapie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. Cryptosporidiose, microsporidiose et isosporose sont des causes de diarrhée chronique chez le VIH. Le diagnostic se fait par examen parasitologique des selles. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, il est responsable de troubles neurologiques. <input type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : A C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, le premier traitement est le traitement de l'agent infectieux, puis discuter la mise en place d'une corticothérapie, et l'arrêt des antirétroviraux en dernière intention. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, les anti-rétroviraux ne doivent pas être arrêtés, surtout car leur arrêt est inutile (il faudrait attendre plusieurs mois pour que l'immunodépression revienne). En cas de lésion menaçant le pronostic vital, une corticothérapie constitue le traitement d'urgence. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, mycobactéries, CMV et cryptocoque sont notamment impliqués. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, un à 2 mois pour une tuberculose neuroméningée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, 15 jours à un mois pour une tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, il n'y a pas de délai car il n'existe aucun traitement spécifique pour la LEMP. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, en cas de pneumocystose, de toxoplasmose, d'infection à CMV ou autre virus du groupe herpès, le traitement anti-rétroviral doit au contraire être initié dans les 2 semaines suivant la mise en place du traitement spécifique de l'infection opportuniste.. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, il n'y a pas de délai car il n'existe pas de traitement spécifique de la cryptosporidiose. <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Les recommandations du rapport Morlat 2016-2017 sont formelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il faut initier un traitement anti-rétroviral précoce en cas d'infection opportuniste type toxoplasmose cérébrale, pneumocystose ou infection à herpesviridae. Autrement, il existe un risque accru d'infections opportunistes supplémentaires en cas de retard à l'initiation du traitement ARV.</li> <li>- Pour la tuberculose <u>non</u> neuro-méningée, il existe un bénéfice en terme de mortalité à traiter précocement (dans les deux semaines qui suivent l'introduction du traitement anti-tuberculeux) les patients fortement immunodéprimés avec CD4 &lt; 50/<math>\mu</math>L. Le bénéfice d'un traitement précoce est moins évident chez les patients moins immunodéprimés et autorise la réalisation d'un traitement différé.</li> <li>- Pour la cryptococcose neuroméningée et la tuberculose neuroméningée, la survenue d'un IRIS est à haut risque de mortalité et il convient d'instaurer le traitement anti-rétroviral au moins 4 semaines après le début du traitement spécifique et sous couvert d'une évolution favorable.</li> </ul>

	<b>Réponse : D</b>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le diagnostic de certitude se fait soit par la réponse au traitement anti-parasitaire, soit par biopsie cérébrale stéréotaxique. La PCR dans le LCR est insuffisamment sensible pour confirmer le diagnostic. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, elle ne sert que par sa valeur prédictive négative. Une sérologie toxoplasmose négative chez un sujet ayant des images d'abcès cérébraux rend leur caractère toxoplasmique peu probable. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le premier diagnostic différentiel est le lymphome, donc pas de corticothérapie et biopsies nécessaires si échec du traitement. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, en cas de sérologie négative, seules les règles hygiénodéfensives sont indiquées avec surveillance de la séroconversion une fois par an. Si la sérologie est positive avec un taux de CD4&lt;200, le Cotrimoxazole au long cours est indiqué (en plus de l'indication en prévention de la pneumocystose). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
11	<b>Réponse : A B C E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le traitement est l'association d'Amphotericine B et de Flucytosine-B IV. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
12	<b>Réponse : B D E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est le JC virus. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, elle touche les oligodendrocytes. C'est un diagnostic différentiel de la sclérose en plaque. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, indiquée seulement en cas de doute, en dernière intention. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, et mauvais pronostic (50% de survie à un an et 2/3 de séquelles). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<b>Réponse : A C D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est le premier diagnostic à évoquer. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, forme neuroméningée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. Le dernier diagnostic à évoquer est la cryptococcose. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<b>Réponse : A B C D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, rétinite à CMV. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, choriorétinite à T. Gondii. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, par atteinte centrale. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, uvéite. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<b>Réponse : B C</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est HHV8. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, et être responsable de phénomènes tumoraux (occlusion digestives hautes). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le diagnostic différentiel est l'erythème noueux. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le diagnostic de certitude est histologique. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 11

<b>QCM 1</b>	Quel(s) est/sont le(s) caractéristique(s) d'une gingivostomatite aiguë ?
A -	Elle est le plus souvent fébrile.
B -	L'oedème laryngé, complication la plus fréquente, peut être responsable d'une dyspnée inspiratoire.
C -	Les érosions peuvent concerner l'ensemble de la muqueuse buccale et même déborder au niveau des lèvres et du menton
D -	Elle atteint le plus souvent le sujet âgé lors d'une récurrence herpétique.
E -	Elle atteint le plus souvent le jeune enfant lors d'une primo-infection herpétique.
<b>QCM 2</b>	Quel(s) est/sont le(s) facteur(s) de risque d'une récurrence herpétique à HSV1 ou HSV2 ?
A -	La fatigue.
B -	Le stress.
C -	L'ensoleillement.
D -	Les rapports sexuels.
E -	Les infections virales.
<b>QCM 3</b>	Concernant la physiopathologie d'une infection à HSV:
A -	La transmission se fait par contact cutanéomuqueux.
B -	Le passage transplacentaire est possible.
C -	Le virus remonte le long des voies nerveuses sensitives jusqu'à son site de latence ganglionnaire.
D -	Les sites de latence sont les ganglions lymphatiques.
E -	Plus de 90% des adultes ont des anticorps anti HSV1.
<b>QCM 4</b>	Quelle(s) est/sont le(s) caractéristique(s) d'une lésion herpétique typique?
A -	Maculeuse.
B -	Vésiculeuse en bouquet.
C -	Bulleuse en bouquet.
D -	Evolution crouteuse.
E -	Guérison spontanée.
<b>QCM 5</b>	A propos du syndrome de Kaposi Jüliusberg:
A -	Il touche préférentiellement les personnes atteintes de psoriasis.
B -	Il s'agit d'une surinfection bactérienne de lésions herpétiques.
C -	Les lésions sont des vésicules ombiliquées hémorragiques.
D -	Le risque est l'évolution vers une défaillance multiviscérale puis le décès.
E -	Le traitement recommandé est l'Aciclovir en crème.
<b>QCM 6</b>	Dans quel(s) cas peut-on discuter la réalisation d'une césarienne chez une femme enceinte atteinte d'herpès génital?
A -	En cas de lésion herpétique au moment du travail.
B -	En cas de primo-infection datant de moins d'un mois, non traitée.
C -	En cas de primo-infection datant de moins d'un mois, traitée.
D -	En cas de récurrence herpétique datant de moins de 7 jours.
E -	En cas de récurrence herpétique datant de moins d'un mois.

**QCM 7 | A propos de l'infection herpétique chez le nouveau né:**

- A - La contamination anténatale est la plus fréquente.
- B - L'herpès néo-natal est dans la majorité des cas lié à HSV2.
- C - En dehors des formes cutanéo-muqueuses pures, il s'agit d'une infection grave de mauvais pronostic.
- D - Les manifestations cliniques de l'herpès néo-natal surviennent toujours entre 0 et 48h de vie.
- E - Le risque de décès en cas de forme disséminée est supérieur à 50%.

**QCM 8 | A propos de la méningoencéphalite herpétique:**

- A - Elle est plus souvent due à HSV1 qu'à HSV2.
- B - L'âge d'apparition le plus fréquent est entre 30 et 40 ans.
- C - Elle est le plus souvent secondaire à une réactivation.
- D - Sous traitement, le risque de séquelle est rare.
- E - Le pronostic est lié à la précocité du traitement.

**QCM 9 | Quelle(s) est/sont le(s) caractéristique(s) d'une lésion varicelleuse?**

- A - Touche le cuir chevelu.
- B - Regroupement en bouquet.
- C - Plusieurs lésions d'âge différents coexistent.
- D - Atteinte palmoplantaire obligatoire.
- E - Atteinte muqueuse est possible.

**QCM 10 | Quelle(s) est/sont la/les complication(s) possible(s) d'une infection à VZV?**

- A - Une surinfection bactérienne des lésions.
- B - Une pneumopathie varicelleuse.
- C - Une pyélonéphrite varicelleuse.
- D - Une cérébellite varicelleuse.
- E - Un purpura thrombopénique.

**QCM 11 | A propos de la prise en charge d'une varicelle chez l'enfant:**

- A - En cas de fièvre mal tolérée, un traitement par Paracétamol et/ou AINS peut être prescrit en prévention des crises fébriles hyperthermiques.
- B - Les antihistaminiques permettent de soulager le prurit et de diminuer le risque de surinfections liées au grattage.
- C - Le Valaciclovir par voie orale est le traitement étiologique de la varicelle et doit être prescrit pour une durée de 10 jours.
- D - L'éviction scolaire est systématique.
- E - On préconise de vacciner l'enfant contre le VZV une fois l'épisode résolu.

**QCM 12 | A propos du zona:**

- A - C'est la manifestation clinique d'une récurrence à HSV.
- B - Il est plus fréquent chez l'immunodéprimé.
- C - Une sérologie VIH doit être systématiquement réalisée chez un sujet jeune présentant un zona.
- D - Les douleurs post zostériennes sont plus fréquentes chez les sujets âgés.
- E - Il existe un risque de foetopathie en cas de zona chez la femme enceinte.

**QCM 13 | A propos du zona ophthalmique :**

- A - Le traitement recommandé est une corticothérapie par voie orale.
- B - Le traitement par Valaciclovir par voie orale est systématique.
- C - Il existe un risque de défaillance multiviscérale.
- D - Il existe un risque de paralysie oculomotrice.
- E - Il existe un risque de cécité.

<b>QCM 14</b>	A propos de l'herpès oculaire:
A -	La kératite est révélée par un œil rouge et douloureux avec baisse de l'acuité visuelle.
B -	La corticothérapie est toujours contre indiquée dans l'herpès oculaire.
C -	Les anesthésiques locaux sont contre indiqués en emploi prolongé dans l'herpès oculaire.
D -	Un traitement par Aciclovir par voie intraveineuse peut être nécessaire dans certaines formes.
E -	Il est le plus souvent du à une primo-infection.
<b>QCM 15</b>	Parmi les virus suivants, lequel/lesquels fait/font parti(s) du groupe des herpes virus?
A -	HSV2.
B -	EBV.
C -	VIH.
D -	CMV.
E -	HHV6.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée
1	<b>Réponse : A C E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, il n'y a pas d'oedème laryngé mais les lésions gingivales sont le plus souvent douloureuses et entraînent une dysphagie, sans dyspnée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, typiquement, c'est un signe de primo-infection herpétique et elle atteint le jeune enfant. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
2	<b>Réponse : A B C D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, par exemple l'infection à VIH. toutes ces réponses sont exactes. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
3	<b>Réponse : A B C E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. Les autres modes de transmission possibles sont: la voie transplacentaire (rare) et l'allaitement maternel (très rare). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, ce sont les ganglions nerveux sensitifs crâniens, spinaux ou sacrés. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. La plupart ne sont pas symptomatiques. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
4	<b>Réponse : B D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, vésiculeuse. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, en une à deux semaines. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
5	<b>Réponse : C D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il s'agit d'une surinfection herpétique de lésions de dermatite atopique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, il faut donc toujours y penser, chez l'atopique, et surtout chez l'enfant, en cas de lésions évocatrices. Dermatite atopique chez un enfant avec un adulte présentant des lésions herpétiques → contact proscrit. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le traitement se fait en hospitalisation par Aciclovir IV. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

6	<p><b>Réponse : A B D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, à condition que la poche des eaux ne se soient pas rompues depuis plus de 6h, autrement, la césarienne est inutile. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, seulement si non traitée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, ce sont les trois situations où l'on peut discuter la césarienne chez une femme enceinte atteinte d'herpès génital, le but étant la prévention de l'herpès néonatal. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est la plus rare (transmission transplacentaire). La contamination néonatale est la plus fréquente. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, 50-70% de décès et séquelles neurologiques graves très fréquentes. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, l'incubation étant comprise entre 2 jours et 3 semaines, l'herpès néo-natal survient entre 48h et 21 jours de vie, avec un pic d'incidence à J6. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. Il existe 3 formes d'herpès néo-natal : <ul style="list-style-type: none"> <li>× la forme cutanéo-muqueuse (kérato-conjonctivite, lésions cutanées et muqueuses) de bon pronostic → 0% de décès</li> <li>× la forme disséminée (tableau de sepsis sévère avec pneumopathie, hépatite, syndrome hémorragique par CIVD +/- associée à une atteinte encéphalitique) de mauvais pronostic → 50-70% de décès</li> <li>× la forme neurologique (méningo-encéphalite sans lésions cutanéo-muqueuses), également de mauvais pronostic → 14% de décès</li> </ul> </li> </ul>
8	<p><b>Réponse : A C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, HSV2 est plus qu'exceptionnellement pourvoyeur de méningo-encéphalite. Toutefois, il peut donner des méningites récurrentes, appelées méningites de Mollaret. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, 80% des cas surviennent chez les sujets de moins de 20 ans ou de plus de 50 ans. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, sauf chez l'enfant. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, il y a 40% de guérison avec séquelles malgré le traitement. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, typiquement. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, ce sont les lésions herpétiques qui se regroupent en bouquet. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, typiquement. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. Peu de pathologies éruptives touchent les paumes et les plantes. Dans ces cas, il faut penser à la gâle du nourrisson, à la maladie de Kawasaki et à la syphilis chez l'adulte. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : A B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, notamment impétiginisation, le staphylocoque étant le principal germe. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, notamment chez l'adulte fumeur, pneumopathie alvéolo-interstitielle volontiers hypoxémiant pouvant évoluer vers le SDRA. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, hors sujet. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, bénigne, de diagnostic clinique et d'évolution favorable. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, de manière caricaturale, quasiment tous les virus peuvent donner des cytopénies touchant notamment les plaquettes. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

	<b>Réponse : B</b>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, les AINS sont contre indiqués dans la varicelle. Ils favorisent les surinfections et sont à risque d'induire des syndromes de Reye. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le Valaciclovir n'est prescrit que dans des cas particuliers (encéphalites, atteintes pulmonaires, formes graves de l'immunodéprimé etc.) <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la fréquentation de la collectivité n'est pas recommandée mais il n'y a pas d'éviction scolaire à caractère obligatoire. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, l'infection est immunisante à vie. X</li> </ul>
12	<b>Réponse : B C D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est une récurrence à VZV. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input type="checkbox"/></li> </ul>
13	<b>Réponse : B D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le zona ophthalmique est redouté du fait des ces complications locales mais ne met pas en jeu le pronostic vital. X</li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. Les autres complications sont: des douleurs post zosteriennes plus fréquentes, une kératite. <input type="checkbox"/></li> </ul>
14	<b>Réponse : A C D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, la kératite herpétique superficielle est effectivement une contre-indication absolue à la corticothérapie et se traite par pommeades d'Aciclovir. Néanmoins, la corticothérapie est indiquée en cas de kératite profonde, d'uvéite ou de rétinite herpétique en association avec de l'Aciclovir IV.</li> <li>▪ C : oui, contre indication des anesthésiques locaux qui peuvent masquer une évolution défavorable (perforation cornéenne par ex). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, en cas de kératite profonde ou d'uvéite ou de nécrose rétinienne. En dehors de ces cas, le traitement se fait par Aciclovir en pommade ophtalmique. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, c'est une récurrence le plus souvent. <input type="checkbox"/></li> </ul>
15	<b>Réponse : A B D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. X</li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 12

### QCM 1 A propos de la rougeole:

- A - Le virus en cause est un Paramyxoviridae du genre morbillivirus.
- B - C'est une maladie à déclaration obligatoire.
- C - Le diagnostic est clinique et nécessite une confirmation par biopsie cutanée.
- D - La transmission interhumaine se fait par contact.
- E - C'est une maladie éradiquée en France du fait de la vaccination.

### QCM 2 Quel(s) est/sont le(s) signe(s) clinique(s) typique(s) de la rougeole?

- A - Une éruption débutant derrière les oreilles puis d'évolution descendante en 24-48h.
- B - Une fièvre modérée ou absente.
- C - Une éruption maculopapuleuse érythémateuse sans intervalle libre de peau saine.
- D - Un catarrhe oculo-respiratoire quelques jours avant l'erythème.
- E - Le signe de Koplik qui est pathognomonique.

### QCM 3 Quelle(s) est/sont le(s) complication(s) possible(s) de la rougeole?

- A - Une surinfection pulmonaire.
- B - Une panencéphalite sclérosante.
- C - Une pneumonie interstitielle à cellules géantes.
- D - Une otite moyenne aiguë.
- E - Une mort foetale in utero chez la femme enceinte.

### QCM 4 Quelle est la conduite à tenir en cas de contact avec un sujet atteint de rougeole chez un patient non vacciné sans antécédent de rougeole?

- A - Il n'y a pas de conduite à tenir spécifique chez les nourrissons de moins de 6 mois de mère vaccinée de façon certaine.
- B - Il n'y a pas de conduite à tenir spécifique chez les nourrissons de moins de 6 mois de mère non vaccinée.
- C - Chez l'immunodéprimé, la vaccination est nécessaire après le contact avec 2 doses de ROR de rattrapage.
- D - Chez la femme enceinte non immunisée, on administre des immunoglobulines polyvalentes en intraveineux en cas de contagion < 72-96h.
- E - Chez l'enfant de 6 mois à 1 an, on administre des Immunoglobulines polyvalentes en intraveineux.

### QCM 5 A propos de la rubéole, quelles propositions sont vraies ?

- A - L'éruption cutanée classique est maculo-papuleuse, avec de petites lésions rose pâle, touchant initialement la face puis le thorax et disparaissant en 48-72h.
- B - La fièvre est généralement modérée voire absente et l'état général souvent conservé.
- C - L'éviction scolaire est obligatoire.
- D - Les complications peuvent être graves chez la femme enceinte et ce d'autant plus que le terme est avancé.
- E - Il faut vacciner les femmes enceintes en cas de contact.

### QCM 6 A propos du mégalérythème épidémique:

- A - Il débute derrière les oreilles.
- B - L'extension se fait de manière descendante.
- C - Il a un aspect en carte de géographie.
- D - Il est vésiculeux.
- E - La transmission interhumaine se fait par contact.

<b>QCM 7</b>	<b>A propos du parvovirus PB19:</b>
A -	Il est responsable de l'exanthème subit du nourrisson.
B -	Il est responsable du mégalérythème épidémique.
C -	Chez la femme enceinte, il peut entraîner une anasarque foetoplacentaire.
D -	Il faut le rechercher en cas d'anémie aiguë arégénérative inexplicable chez le dépranocytaire.
E -	L'éviction scolaire est obligatoire.
<b>QCM 8</b>	<b>A propos de l'exanthème subit:</b>
A -	On l'appelle également la roséole infantile.
B -	On l'appelle également la 6ème maladie.
C -	Il est dû à HHV6.
D -	La transmission interhumaine se fait par voie aérienne.
E -	Les récidives sont possibles.
<b>QCM 9</b>	<b>A propos de la mononucléose infectieuse (MNI):</b>
A -	Elle est due à une primo-infection à EBV.
B -	La transmission interhumaine se fait par voie salivaire.
C -	Une splénomégalie est fréquemment présente.
D -	L'incubation est longue.
E -	Elle est le plus souvent symptomatique avec une altération de l'état général marquée.
<b>QCM 10</b>	<b>Les manifestations cliniques et biologiques possibles de la MNI sont:</b>
A -	Une cytolysé hépatique.
B -	Une anémie hémolytique auto-immune.
C -	Une méningite lymphocyttaire.
D -	Une rupture de rate.
E -	Une angine pseudomembraneuse.
<b>QCM 11</b>	<b>Quel(s) profil(s) sérologique(s) correspond(nt) à une primo-infection à EBV?</b>
A -	IgM anti-VCA +   IgG anti-VCA -   IgG anti-EBNA +
B -	IgM anti-VCA +   IgG anti-VCA +   IgG anti-EBNA +
C -	IgM anti-VCA -   IgG anti-VCA +   IgG anti-EBNA -
D -	IgM anti-VCA +   IgG anti-VCA -   IgG anti-EBNA -
E -	IgM anti-VCA -   IgG anti-VCA +   IgG anti-EBNA +
<b>QCM 12</b>	<b>A propos de la scarlatine:</b>
A -	Elle est due à un virus du groupe herpès.
B -	Elle est due au streptocoque bêta-hémolytique du groupe A.
C -	Elle est due au staphylocoque sécréteur de toxine de Panton Valentine.
D -	Elle est souvent précédée d'une otite moyenne aiguë.
E -	C'est une infection toxinique.
<b>QCM 13</b>	<b>Quel(s) est/sont le(s) signe(s) clinique(s) typique(s) de la scarlatine?</b>
A -	Une glossite.
B -	Une angine ulcéronécrotique.
C -	Des vomissements.
D -	Un érythème sans intervalle de peau saine.
E -	Une desquamation de la peau en doigt de gant.

**QCM 14** | La confirmation diagnostique de la scarlatine se fait par:

- A - Les hémocultures.
- B - La clinique.
- C - Le dosage des anticorps antistreptolysine O (ASLO).
- D - Le test de diagnostic rapide (TDR).
- E - L'examen cytobactériologique des crachats (ECBC).

**QCM 15** | A propos de la maladie de Kawasaki:

- A - Elle est due au virus HHV6.
- B - Elle est responsable d'une éruption polymorphe avec atteinte palmoplantaire.
- C - Il faut y penser devant une fièvre persistante plus de 5 jours chez l'enfant, résistante aux traitements anti-pyrétiques.
- D - Le pronostic est lié à l'atteinte cardiaque.
- E - Le traitement est basé sur la corticothérapie.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée	
1	Réponse : A B	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui, la déclaration est obligatoire pour suivre le nombre de cas car c'est une maladie aux complications graves et qui est en augmentation du fait du trop faible nombre de sujets vaccinés. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, pour déclarer la maladie, une confirmation paraclinique est nécessaire par PCR (urines, salive, sang, écouvillon naso-pharyngé) ou sérologie. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, la transmission se fait par voie aérienne. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, la couverture vaccinale diminue donc la maladie réapparaît (épidémie en 2011 et fin 2017 en Aquitaine). <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
2	Réponse : A D E	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, la fièvre est typiquement élevée. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, avec intervalles libres de peau saine (contrairement à la scarlatine). <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, ce sont des taches punctiformes blanc bleuté sur la muqueuse jugale. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
3	Réponse : A B C D E	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui, c'est une panencéphalite subaigüe (dite des Van Bogaert) ou PESS de survenue retardée, 5 à 10 ans après l'infection. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui, chez l'immunodéprimé. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui. Autres complications chez la femme enceinte: menace d'accouchement prématuré, rougeole congénitale du nouveau né, PESS du nouveau né... <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
4	Réponse : A D	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui, car jusqu'à 6 mois l'enfant possède des anticorps maternels, donc si la mère est immunisée, l'enfant aussi. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, si la mère n'est pas immunisée, l'enfant non plus. La conduite à tenir est l'administration d'immunoglobulines polyvalentes par voie intraveineuse dans les 6 jours suivant le contage. Après 6 mois de vie, une vaccination est possible. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, le ROR est un vaccin vivant atténué, il est donc contre indiqué chez l'immunodéprimé. • La conduite à tenir est l'administration d'immunoglobulines polyvalentes par voie intraveineuse.</li><li>▪ D : oui, les vaccins vivants sont également contre indiqués chez la femme enceinte. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, chez l'enfant de plus de 6 mois, on vaccine. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>

5	<p><b>Réponse : A B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, caractéristique, après une phase d'invasion plus ou moins symptomatique avec un syndrome fébrile, des céphalées et des courbatures. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. La confirmation sérologique n'est nécessaire qu'en cas de forme atypique, compliquée ou si il y a eu un contact avec une femme enceinte. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, il faut seulement éviter le contact avec la femme enceinte. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, les complications apparaissent chez des femmes enceintes de moins de 18 SA. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le vaccin vivant est contre indiqué chez la femme enceinte, on ne vaccinera qu'en post partum. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
6	<p><b>Réponse : B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est la rougeole qui commence derrière les oreilles, le mégalérythème épidermique commence au niveau des joues (aspect « souffleté » comme si l'enfant avait reçu une paire de giffles). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, il est maculopapuleux, voire oedémateux. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, la transmission se fait par voie aérienne. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, du mégalérythème épidémique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, à retenir, ceci étant une traduction échographique de l'anémie fœtale par érythroblastopénie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, et ceci est vrai pour tout sujet atteint d'hémolyse chronique. Le Parvovirus B19 provoque une érythroblastopénie temporaire, sidérant la régénération des globules rouges. Chez les sujets ayant une hémolyse chronique, l'interruption de la régénération peut se traduire par une anémie aiguë mal tolérée. Le caractère arégénératif est très évocateur chez ces sujets constamment régénératifs.</li> <li>▪ E : non, il faut seulement éviter le contact avec les femmes enceintes et les enfants atteints d'hémolyse chronique. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, comme chez la plupart des herpès virus. Les récidives chez le patient immunodéprimé peuvent être graves. Il existe souvent une virémie HHV6 lors du DRESS syndrome. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, d'où son nom de maladie du baiser. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, dans 50% des cas. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, la durée d'incubation est d'environ un mois (30 à 50 jours). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, elle est le plus souvent asymptomatique. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

10	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, quasi-constante, à rechercher. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, ou thrombopénie auto-immune également. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, polyradiculonévrite aigue également (syndrome de Guillain Barré). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, à redouter. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
11	<p><b>Réponse : D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, profil typique de réactivation. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, IgM nécessaires pour le diagnostic de primo-infection. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. Les IgG anti EBNA signent l'infection ancienne et restent positifs toute la vie. Les IgM anti VCA signent l'infection récente et se négativeront après quelques semaines. Les IgG anti VCA peuvent être présents dès le début de l'infection et restent en général positifs de manière prolongée. <input type="checkbox"/></li> </ul>
12	<p><b>Réponse : B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est une infection toxinique bactérienne. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, même si la toxine de Panton Valentine peut entraîner une éruption scariatiniforme. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, elle est le plus souvent précédée d'une angine à streptocoque non traitée. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
13	<p><b>Réponse : A C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, c'est une angine érythémateuse le plus souvent. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, la scarlatine est une angine qui vomit. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, l'éruption est typique, rouge vif, d'un aspect granité au toucher, qui débute aux plis de flexion, et qui respecte les paumes et les plantes. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, après six jours d'évolution environ. <input type="checkbox"/></li> </ul>
14	<p><b>Réponse : D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est une infection toxinique, il n'y a pas de bactériémie (sauf complication), donc les hémocultures sont négatives. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, la suspicion est clinique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, ce dosage n'est plus réalisé. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, même test que pour l'angine à streptocoque (c'est la même maladie). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<p><b>Réponse : B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la physiopathologie est encore inconnue. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, elle se caractérise par un syndrome adéno-cutanéo-muqueux fébrile. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, la complication redoutée est l'anévrisme coronarien. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le traitement est basé sur les immunoglobulines polyvalentes par voie intraveineuse et l'aspirine au long cours. <input type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 13

<b>QCM 1</b>	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est/sont le(s) facteur(s) de risque d'endocardite infectieuse (EI)?
A -	Etre porteur de prothèse valvulaire biologique.
B -	Etre porteur de prothèse valvulaire mécanique.
C -	Etre atteint d'une bicuspidie aortique.
D -	Etre atteint d'une communication intra auriculaire.
E -	Etre atteint d'une cardiomyopathie hypertrophique obstructive.
<b>QCM 2</b>	A propos des agents infectieux responsables d'endocardite:
A -	Le streptocoque est plus fréquent sur valve prothétique que sur valve native.
B -	Le staphylocoque doré fait parti des germes les plus fréquents tout type de valve confondu.
C -	Le staphylocoque doré est plus fréquent sur valve native que prothétique.
D -	Le staphylocoque à coagulase négative n'est pas responsable d'endocardite car c'est une germe non pathogène.
E -	10% des endocardites sont à hémocultures négatives.
<b>QCM 3</b>	A propos des critères de la Duke University mis à jour par la société européenne de cardiologie en 2015 :
A -	Deux hémocultures positives à entérocoque, en l'absence d'autre foyer infectieux évident, constituent un critère majeur.
B -	Une hémoculture positive à <i>Coxiella Burnetii</i> est un critère majeur.
C -	La présence d'une cardiopathie à haut risque est un critère majeur.
D -	La présence d'un phénomène immunologique tel qu'une glomérulonéphrite est un critère mineur.
E -	L'apparition d'un souffle inexistant auparavant est un critère majeur.
<b>QCM 4</b>	A propos du diagnostic d'endocardite d'après les critères de Dukes:
A -	Le diagnostic histologique et microbiologique après chirurgie permet de faire le diagnostic d'endocardite de façon certaine.
B -	L'EI est certaine lorsque deux critères majeurs sont validés.
C -	La disparition des signes cliniques après moins de quatre jours d'antibiothérapie permet d'exclure le diagnostic d'EI.
D -	L'EI est possible lorsque cinq critères mineurs sont validés.
E -	L'EI est possible lorsque un critère majeur et 3 critères mineurs sont validés.
<b>QCM 5</b>	Quel(s) peut/peuvent être la/les manifestation(s) extracardiaque(s) de l'endocardite?
A -	Un purpura pétéchial prédominant aux membres inférieurs.
B -	Un faux panaris d'Osler, pathognomonique.
C -	Un placard érythémateux palmoplantaire de Janeway.
D -	Une splénomégalie.
E -	Dés taches de Roth au fond d'oeil.
<b>QCM 6</b>	A propos des complications extracardiaques de l'endocardite:
A -	Une lombalgie doit faire rechercher une spondylodiscite.
B -	L'insuffisance rénale est le plus souvent d'origine tubulaire de type nécrose tubulaire aigüe.
C -	La rupture d'anévrisme mycotique peut entraîner un AVC hémorragique.
D -	Les embolies septiques peuvent entraîner des AVC ischémiques.
E -	Une douleur aiguë d'un membre inférieur doit faire évoquer le diagnostic d'ischémie aiguë de membre sur embolie septique.

<b>QCM 7</b>	Un patient de 56 ans est hospitalisé pour découverte d'un souffle d'insuffisance mitrale fébrile. Les hémocultures sont positives à streptocoque bovis. Quel bilan faites vous?
A -	IRM cérébral.
B -	ECG réguliers.
C -	Coloscopie totale.
D -	Echographie réno-vésicale.
E -	Scanner thoracoabdominopelvien.
<b>QCM 8</b>	Quelle(s) est/sont la/les cause(s) d'endocardite infectieuse à hémoculture négative?
A -	L'endocardite marastique.
B -	L'endocardite de Libman Sachs.
C -	Le myxome de l'oreillette.
D -	L'endocardite à T. whipplei.
E -	L'endocardite décapitée après antibiothérapie.
<b>QCM 9</b>	A la recherche d'une porte d'entrée infectieuse :
A -	On réalise une imagerie des voies urinaires devant une EI à entéocoque.
B -	On réalise un panoramique dentaire devant une EI à streptocoques oraux.
C -	On réalise une coloscopie devant une EI à germes du groupe HACCEK.
D -	On effectue un examen de l'ensemble du revêtement cutané devant une EI à staphylocoque doré.
E -	On réalise une fibroscopie oesogastroduodénale devant une EI à candida.
<b>QCM 10</b>	A propos des principes généraux sur l'antibiothérapie dans l'endocardite infectieuse:
A -	Mise en place dès la réalisation des prélèvements infectieux dans l'immense majorité des cas.
B -	Relai per os possible.
C -	Bithérapie systématique.
D -	Intraveineuse exclusive.
E -	De longue durée.
<b>QCM 11</b>	Dans le cadre d'une endocardite infectieuse, quelles sont les antibiothérapies possibles en fonction du germe?
A -	En cas de staphylocoque méti-R sur valve prothétique: Vancomycine + Gentamicine.
B -	En cas de Staphylocoque méti-S sur valve native : Oxacilline + Gentamicine.
C -	En cas de streptocoque sur valve native : Amoxicilline + Gentamicine.
D -	En cas de streptocoque sur valve native, chez un patient allergique à la pénicilline : Vancomycine + Gentamicine.
E -	En cas d'entérocoque sur valve native : C3G + Gentamicine.
<b>QCM 12</b>	Quelle(s) est/sont la/les indication(s) chirurgicale(s) dans l'endocardite infectieuse?
A -	Une végétation de volume supérieur à 15 mm <sup>3</sup> ayant déjà embolisé.
B -	Un abcès périannulaire compliqué de trouble de conduction.
C -	Une insuffisance cardiaque persistante sous traitement médical.
D -	Un syndrome infectieux non contrôlé sous traitement médical (hémocultures toujours positives à 10 jours de l'antibiothérapie)
E -	Présence d'une fistule inter-ventriculaire.

<b>QCM 13</b>	A propos de la prévention de l'endocardite infectieuse:
A -	Les patients à haut risque doivent être porteurs d'une carte de patient à risque.
B -	Tous les patients présentant une valvulopathie sont concernés par l'antibioprophylaxie avant des soins dentaires à risque.
C -	L'antibioprophylaxie se fait par une dose unique d'Amoxicilline 2g per os une heure après des soins dentaires à risque.
D -	On utilise la Vancomycine en prophylaxie en cas d'allergie à la pénicilline.
E -	Les patients à haut risque doivent éviter les soins dentaires type détartrage qui sont à haut risque.
<b>QCM 14</b>	Quelle(s) peut/peuvent être la/les cause(s) de rechute ou persistance de la fièvre sous traitement d'une endocardite infectieuse?
A -	Une antibiothérapie inadaptée.
B -	Une maladie veineuse thromboembolique.
C -	Un abcès profond.
D -	Une allergie à un médicament.
E -	Une veinite.
<b>QCM 15</b>	Un homme de 36 ans, toxicomane IV, vous est adressé devant un syndrome fébrile et un souffle cardiaque inconnu auparavant. Vous suspectez une endocardite du cœur droit à point de départ cutané sur injection.
A -	Le souffle est probablement holosystolique, doux, prédominant au niveau de la xiphioïde.
B -	Le germe le plus fréquent dans ce contexte est le streptocoque.
C -	Une hénculture à staphylocoque aureus suffira à faire le diagnostic d'endocardite infectieuse.
D -	Si une végétation est visible à l'échographie cardiaque, elle sera probablement sur la valve tricuspidale.
E -	Des signes d'insuffisance cardiaque droite sont à rechercher dans ce contexte.

**CORRECTIONS & STRATEGIE QCM**

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
<b>QCM</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg. Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée
<b>1</b>	<p><b>Réponse : A B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, retenir les trois cardiopathies à haut risque d'endocardite: valve prothétique (biologique ou mécanique), cardiopathie congénitale cyanogène non opérée, et antécédent d'endocardite.</li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, la bicuspidie aortique fait partie des cardiopathies à moindre risque d'endocardite (mais toujours à risque), comme certaines valvulopathies (insuffisance ou rétrécissement valvulaire), les cardiopathies non cyanogènes, la cardiomyopathie hypertrophique obstrutive, les stimulateurs cardiaques ou DAI.</li> <li>▪ D : non, la CIA est une des seules cardiopathies qui n'est pas à risque d'endocardite. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
<b>2</b>	<p><b>Réponse : B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le streptocoque est plus fréquent sur valve native (responsable de 40% des EI sur VN et 20% des EI sur VP). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, le staphylocoque doré et les streptocoques représentent les germes de la grande majorité des EI. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, le staphylocoque doré est plus fréquent sur VN (présent dans 30% des cas). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, 10% des EI sur VN sont à staphylocoque à coagulase négative, et 15% des EI sur VP, ce qui n'est pas négligeable. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, aucun germe n'est retrouvé dans 10% des cas. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

Réponse : A B D

- A : oui, la présence de deux hémocultures poussant à Entérocoque en dehors d'un autre foyer infectieux patent (ex : infection urinaire, infection des voies biliaires, etc.) constitue un critère majeur d'endocardite.
- B : oui, c'est un critère majeur.
- C : non, c'est un critère mineur. Les seuls critères majeurs sont les hémocultures positives (le nombre nécessaire est fonction du germe retrouvé) et l'atteinte endocardique prouvée par l'échographie et par la clinique.
- D : oui. Les critères mineurs sont: les facteurs de risque, la fièvre, les complications vasculaires (AVC notamment), les phénomènes immunologiques (glomérulonéphrite, faux panaris d'Osler, taches de Roth au fond d'oeil...) et les arguments microbiologiques ne remplissant pas les critères majeurs (hémocultures positives en nombre insuffisant, sérologie positive...).
- E : non, l'atteinte endocardique validant le critère majeur est à la fois clinique (nouveau souffle) et échographique (végétation, abcès, désinsertion de prothèse). Donc le nouveau souffle ne suffit pas à lui seul.

CI après, les critères diagnostiques édictés par les recommandations de 2015 (en Anglais)

<b>i. Blood cultures positive for IE</b>
a. Typical microorganisms consistent with IE from 2 separate blood cultures:
<ul style="list-style-type: none"><li>* <i>Viridans streptococci</i>, <i>Streptococcus gallolyticus</i> (<i>Streptococcus bovis</i>), HACEK group, <i>Staphylococcus aureus</i>; or</li><li>* Community-acquired enterococci, in the absence of a primary focus; or</li></ul>
b. Microorganisms consistent with IE from persistently positive blood cultures:
<ul style="list-style-type: none"><li>* 2/2 positive blood cultures of blood samples drawn &gt;12 h apart; or</li><li>* All of 3 or a majority of 2/4 separate cultures of blood (with first and last samples drawn ≥1 h apart); or</li></ul>
c. Single positive blood culture for <i>Coxiella burnetii</i> or phase I IgG antibody titre >1:800
<b>ii. Imaging positive for IE</b>
a. Echocardiogram positive for IE:
<ul style="list-style-type: none"><li>- Vaginal, pericarditis, intracardiac fistula</li><li>- Valvular perforation or ulceration</li><li>- New parasternal enhancement of prosthetic valve</li></ul>
b. Abnormal findings derived from other diagnostic imaging modalities detected by <sup>133</sup> Xe-Tc-PET/CT (only if the patient has been imaged for >3 months) or radiolabelled leukocyte SPECT/CT
c. Definite paravalvular lesions by cardiac CT
<b>iii. Clinical evidence</b>
1. Predisposition such as predisposing heart condition, or injection drug use.
2. Fever defined as temperature >38°C.
3. Vascular phenomena (including those detected by imaging only): major arterial emboli, septic pulmonary infarcts, infectious (mycotic) aneurysm, intracranial haemorrhage, conjunctival haemorrhages, and Janeway's lesions.
4. Immunological phenomena: glomerulonephritis, Osler's nodes, Roth's spots, and rheumatoid factor.
5. Microbiological evidence: positive blood culture but does not meet a major criterion as noted above or serological evidence of active infection with organism consistent with IE.

4	<p><b>Réponse : A B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, évidemment. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, l'EI certaine est définie selon les critères de Dukes par : diagnostic histologique, ou 2 critères majeurs validés, ou un critère majeur + 3 critères mineurs, ou 5 critères mineurs. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. Le diagnostic est également exclu si un autre diagnostic peut expliquer les symptômes ou en l'absence de lésion histologique à l'examen anatomo-pathologique des valves. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, l'EI est certaine dans ce cas. L'EI possible est définie par : 1 critère majeur + deux critères mineurs validés, ou 3 critères mineurs. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, l'EI est certaine dans ce cas. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
5	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, lésions érythémateuses punctiformes persistantes à la vitropression. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, douloureux et fugace. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
6	<p><b>Réponse : A C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, lombalgie fébrile = spondylodiscite = endocardite <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, l'insuffisance rénale est d'origine glomérulaire, le syndrome glomérulaire le plus fréquent est celui de glomérulonéphrite rapidement progressive. L'histologie montre une glomérulonéphrite post-infectieuse (glomérulonéphrite endocapillaire +/- extra-capillaire, parfois glomérulonéphrite mésangioloproliférative, dépôts de complément en ciel étoilé avec gros humps etc.) <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, AVC hémorragique ou ischémique fébrile = endocardite <input checked="" type="checkbox"/> de fait, l'endocardite contre indique le traitement anticoagulant. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, le TDM TAP permet de rechercher des abcès profonds. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : A B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, systématique désormais car en cas de lésions cérébrales (potentiellement asymptomatiques), cela intervient dans la décision de la chirurgie cardiaque qui nécessite une anticoagulation curative en lien avec la circulation extra-corporelle. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, à la recherche de troubles de conduction (on redoute le BAV3, surtout en cas d'abcès septal <input checked="" type="checkbox"/>).</li> <li>▪ C : oui, devant des hémodcultures à streptocoque bovis (germe provenant du tube digestif) chez un homme de 57 ans, on redoute le cancer colorectal <input checked="" type="checkbox"/>.</li> <li>▪ D : non, rien à voir. Ce germe ne donne pas d'infection urinaire et la réalisation de l'échographie n'orientera en rien la porte d'entrée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, à la recherche de localisation septique secondaire. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

8	<p><b>Réponse : D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, ce n'est pas une cause « infectieuse ». C'est une cause d'endocardite « métastatique », très rare. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, ce n'est pas une cause « infectieuse ». C'est l'endocardite lupique. Y penser devant un AVC ischémique chez une femme jeune atteinte de lupus avec une végétation visible à l'échocardiographie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, ce n'est pas une cause « infectieuse ». Le myxome est une tumeur bénigne du myocarde, le traitement est chirurgical le plus souvent. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, l'endocardite à T. whipplei doit être confirmée par PCR, la bactérie n'étant pas cultivable sur les milieux conventionnels. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, si suspicion d'endocardite décapitée par une antibiothérapie préalable, il faut savoir arrêter les antibiotiques 48 à 72h pour renouveler les hémocultures. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A B D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, selon la clinique: imagerie des voies urinaires, voies biliaires, ou digestive. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, devant des streptocoques oraux et des bactéries du groupe HACCEK, on réalise un panoramique dentaire avec consultation chez le dentiste. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, le staphylocoque est un germe d'origine cutané. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, l'antibiothérapie est mise en place en urgence dans de rare cas si la suspicion clinique est forte dans un contexte de : sepsis grave, ou choc septique, ou indication chirurgicale en urgence. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, à l'heure actuelle, pas de place pour les traitements per os. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, dans le seul cas d'EI à staphylocoque sensible à la méticilline, sur valve native, une monoantibiothérapie par Oxacilline pendant 6 semaines est possible. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, toujours. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
11	<p><b>Réponse : C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. Pour un staphylocoque, méti-R = Vancomycine + Gentamicine. Et pour une valve prothétique = Rifampicine à rajouter. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. Pour un staphylocoque méti-S sur valve native, Oxacilline seule. Si allergie sans réaction anaphylactique, on peut utiliser la Cefazoline. En cas d'allergie avec anaphylaxie, on peut utiliser la Daptomycine ou la Vancomycine. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. Streptocoque = Amoxicilline +/- Gentamicine selon sensibilité du streptocoque et volonté du clinicien de faire 2 semaines (bithérapie) ou 4 semaines (monothérapie) d'antibiothérapie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. En 2eme intention, on utilise la Vancomycine sur le streptocoque. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. Entérocoque = Amoxicilline + Gentamicine. Les entérocoques sont naturellement résistants aux C3G. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
12	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, car haut risque embolie dans ce cas. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, car haut risque d'arrêt cardiaque. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, toute complication locale grave est une indication chirurgicale <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

13	<p><b>Réponse : A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, seulement les patients à haut risque sont concernés: antécédent d'EI, cardiopathie congénitale cyanogène non opérée, porteur de valve prothétique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, l'antibiotique se prend une heure avant les soins. Le reste de la proposition est vrai. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. Pour rappel, la vancomycine s'administre en IV (sauf cas particulier de la colite à Clostridium). En cas d'allergie, on utilise la Clindamycine. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, les gestes à risque sont les extractions dentaires et la chirurgie, soit tout acte nécessitant une manipulation de la gencive ou de la région péri-apicale ou une effraction muqueuse (dont le détartrage). Au contraire, une bonne hygiène buccodentaire est nécessaire chez les patients à haut risque. <input type="checkbox"/></li> </ul>
14	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, toujours y penser devant une fièvre inexpiquée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, un abcès se draine chirurgicalement, l'antibiothérapie est alors insuffisante. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, toujours y penser devant une fièvre inexpiquée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, complication fréquente en pratique de la perfusion intraveineuse. <input type="checkbox"/></li> </ul>
15	<p><b>Réponse : A D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, l'endocardite du toxicomane est l'endocardite à staphylocoque ou à candida localisée sur la valve tricuspidé (souffle d'insuffisance tricuspidé). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, c'est le staphylocoque ou candida. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, deux hémocultures positives sont nécessaires d'après les critères de Duke. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N°14

<b>QCM 1</b>	Les germes les plus fréquents dans les méningites infectieuses sont:
A -	N. Meningitidis avant l'âge de 24 ans.
B -	S. Pneumonae après l'âge de 24 ans.
C -	H. Influenzae chez l'enfant.
D -	HSV est le virus le plus fréquent tout âge confondu.
E -	Les méningites virales sont plus fréquentes que les méningites bactériennes.
<b>QCM 2</b>	Le terrain oriente le type de germe dans les méningites bactériennes. Quelle(s) est/sont la/les affirmation(s) vraie(s)?
A -	Un déficit en complément oriente vers un pneumocoque.
B -	Une asplénie anatomique oriente vers un méningocoque.
C -	Une immunodépression sous-jacente oriente vers Listeria monocytogenes.
D -	Une femme enceinte oriente vers Listeria monocytogenes.
E -	Un antécédent de traumatisme crânien oriente vers un pneumocoque.
<b>QCM 3</b>	Quel(s) est/sont le/les signe(s) de gravité d'une méningite infectieuse imposant l'orientation du patient vers un service de réanimation?
A -	Un purpura extensif et nécrotique.
B -	Un score de Glasgow inférieur à 13.
C -	Des signes de localisation neurologique.
D -	Un état de mal convulsif.
E -	Des céphalées invalidantes.
<b>QCM 4</b>	La/les indication(s) du TDM cérébral avant ponction lombaire est/sont:
A -	La présence de signes de localisation neurologique.
B -	Un antécédent d'embolie pulmonaire.
C -	Un patient sous traitement anticoagulant.
D -	Des signes d'hypertension intracrânienne.
E -	Un score de Glasgow inférieur à 11.
<b>QCM 5</b>	A propos du liquide céphalorachidien:
A -	Un liquide hémorragique est pathognomonique d'une méningite bactérienne.
B -	Un liquide clair élimine l'hypothèse bactérienne.
C -	Un liquide panaché est un liquide clair à prédominance de PNN.
D -	Un liquide hyperprotéinorachidien est plutôt en faveur d'une hypothèse bactérienne que virale.
E -	Un liquide normoglycorachidien n'est pas en faveur d'une origine bactérienne.
<b>QCM 6</b>	Quelle(s) peut/peuvent être la/les complication(s) précoce(s) d'une méningite bactérienne?
A -	Une thrombophlébite cérébrale.
B -	Une hydrocéphalie aigüe.
C -	Un accident vasculaire cérébral.
D -	Un SIADH.
E -	Un abcès cérébral.

<b>QCM 7</b>	A propos des germes possiblement en cause dans les méningites virales:
A -	Un syndrome pied main bouche associé oriente vers l'HSV.
B -	Une parotidite associée oriente vers le virus ourlien.
C -	Une conjonctivite associée oriente vers le CMV.
D -	Des facteurs de risque d'IST orientent vers une primo-infection VIH.
E -	Un caractère épidémique l'été oriente vers un entérovirus.
<b>QCM 8</b>	Quelles peuvent être les causes non virales de méningite à liquide clair?
A -	Cryptococcose.
B -	Néoplasique.
C -	Primo-infection VIH.
D -	Leptospirose.
E -	Auto immunité.
<b>QCM 9</b>	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est/sont celle(s) orientant vers une méningite à méningocoque?
A -	Un début brutal.
B -	Survenue en été.
C -	Précédée d'une rhino-pharyngite
D -	La présence de diplocoque gram négatif à l'examen direct.
E -	Patient avec antécédent de traumatisme crânien.
<b>QCM 10</b>	A propos des principes de prise en charge d'une méningite présumée bactérienne:
A -	Isolement type « air » systématique dans l'hypothèse d'un méningocoque.
B -	Isolement type « air » systématique dans l'hypothèse d'un pneumocoque.
C -	Dexaméthasone à débuter avec la première injection d'antibiotique.
D -	Dexaméthasone ne sera débutée qu'en fonction du germe.
E -	En cas de purpura fulminans, traitement antibiotique à débuter avant la ponction lombaire mais après une série d'hémocultures.
<b>QCM 11</b>	Dans quel(s) cas débute-t-on les antibiotiques avant la ponction lombaire lors d'une méningite présumée bactérienne?
A -	Jamais.
B -	En cas de contre indication à la ponction lombaire.
C -	En cas de purpura fulminans.
D -	En cas de suspicion clinique forte.
E -	Chez un patient immunodéprimé.
<b>QCM 12</b>	Quel(s) traitement(s) est/sont adapté(s) au résultat de l'examen direct du LCR?
A -	Cocci gram + : C3G IV pendant 10 à 14 jours.
B -	Cocci gram - : C3G IV pendant 10 à 14 jours.
C -	Bacille gram + : C3G IV pendant 21 jours.
D -	Examen direct négatif, état septique grave et arguments clinico-biologique pour Listeria: C3G IV + Amoxicilline + Gentamicine en probabiliste.
E -	Examen direct négatif et pas d'arguments cliniques pour Listeria: Amoxicilline + Gentamicine en probabiliste.
<b>QCM 13</b>	Quelle(s) est/sont la/les indication(s) de la déexaméthasone?
A -	Méningite à méningocoque chez l'adulte et chez l'enfant.
B -	Méningite à HSV.
C -	Méningite à cryptococcoque de l'immunodéprimé.
D -	Méningite à pneumocoque de l'adulte.
E -	Méningite à Haemophilus de l'enfant.

<b>QCM 14</b>	Un enfant de 11 ans est traité pour une méningite à méningocoque. A propos de la prévention vis à vis de ses proches:
A -	Les précautions gouttelettes pourront être levées après 24 à 48h d'antibiotique.
B -	Son père recevra un traitement par Rifampicine 48h en l'absence de contre-indication.
C -	Son voisin de classe recevra un traitement par Rifampicine 48h.
D -	Son grand père qu'il a vu pour la dernière fois il y a 3 semaines recevra un traitement par Rifampicline 48h.
E -	Une déclaration à l'ARS du cas est obligatoire.
<b>QCM 15</b>	Quelle(s) peut/peuvent être la/les complication(s) à distance d'une méningoencéphalite?
A -	Survenue de troubles cognitifs
B -	Un accident vasculaire cérébral.
C -	Une surdité.
D -	Une hydrocéphalie à pression normale.
E -	Une thrombophlébite cérébrale.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg.Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée	
1	Réponse : A B E <ul style="list-style-type: none"><li>- A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- C : non, le méningocoque est le germe le plus fréquent chez l'enfant. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- D : non, les entérovirus sont les virus les plus fréquents. HSV-1 est le virus redouté du fait de sa gravité potentielle en terme de séquelle et de décès. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	
2	Réponse : B C D E <ul style="list-style-type: none"><li>- A : non, le déficit en complément oriente vers le méningocoque. Et un déficit en complément doit toujours être recherché après une méningite à méningocoque. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- B : oui, les facteurs de risque de méningocoque sont le déficit en complément, l'asplénisme, les épidémies en hiver, la non vaccination. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- C : oui, la méningite listérienne survient préférentiellement chez les femmes enceintes et les sujets immunodéprimés. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- D : oui, les femmes enceintes sont à risque de Listeriose (après consommation de lait cru et fromages à pâtes molles). Les autres terrains à risque sont les personnes âgées et les immunodéprimés. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- E : oui, l'antécédent de traumatisme crânien expose au risque de brèche ostéoméningée qui doit être recherchée en cas de méningite à pneumocoque, surtout si récidives. Les autres facteurs de risque sont l'éthylosme chronique, l'asplénisme, l'immunodépression. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	
3	Réponse : A C D <ul style="list-style-type: none"><li>- A : oui, le purpura fulminans est le signe d'une CIVD. C'est l'urgence et la gravité extrême. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- B : non, le critère de gravité est un Glasgow inférieur à 8. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- D : oui. Un autre critère est une héodynamique instable. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- E : non, la céphalée, même si invalidante, est classique dans le syndrome méningé. Ce n'est pas un critère d'orientation en réanimation. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	
4	Réponse : A D E <ul style="list-style-type: none"><li>- A : oui, un signe de focalisation neurologique nécessite d'éliminer un diagnostic différentiel et le risque d'engagement. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- B : non, rien à voir. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- C : non, rien à voir. Par contre le traitement anticoagulant contre indique la ponction lombaire. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- D : oui, l'hypertension intracrânienne nécessite d'éliminer le risque d'engagement avant la ponction lombaire. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>- E : oui, pour éliminer un engagement cérébral. Ces critères sont à connaître. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	

5	<p><b>Réponse : E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le liquide hémorragique peut être d'origine traumatique (si coagulable et présent seulement sur les premiers tubes), et est surtout en faveur d'une hémorragie méningée (si incoagulable et présent sur tous les tubes). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, il existe des causes de méningite bactérienne à liquide clair comme la méningite tuberculeuse, la listériose, la borréliose de lyme, la syphilis tertiaire, la leptospirose. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, une formule panachée est faite grossièrement de 50-50% de lymphocytes et de PNN. Il faut surtout penser au Bacille de Koch et à la Listeria dans ces cas. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, l'hyperprotéinorachie peut également se voir dans les étiologies virales et non infectieuses (néoplasiques par exemple). Retenir que pour une origine bactérienne, la protéinorachie est généralement supérieure à 1g/L. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, les bactéries consomment le glucose donc l'hypoglycorachie est en faveur. L'hypoglycorachie est un signe sensible de méningite bactérienne (environ 80%) mais non pathognomonique (absence d'hypoglycorachie dans les méningites à spirochetes, hypoglycorachie dans les méningites carcinomatueuses). A noter que la glycorachie s'interprète en fonction de la glycémie (une glycorachie normale est supérieure ou égale à plus de 40% de la glycémie environ). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
6	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, par artérite cérébrale. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, c'est une sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique, responsable d'une hyponatrémie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le syndrome pied main bouche oriente vers une méningite à Entérovirus. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, la conjonctivite ou l'otite, c'est l'haemophilus. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : A B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, chez l'immunodéprimé (VIH). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le VIH fait partie des causes virales... <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui.</li> <li>▪ B : non, l'hiver.</li> <li>▪ C : oui.</li> <li>▪ D : oui.</li> <li>▪ E : non, c'est un facteur de risque de pneumocoque.</li> </ul>

	<b>Réponse : C</b>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, ce sont des précautions gouttelettes (les précautions air sont mise en place chez le tuberculeux). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, les précautions gouttelettes protègent contre la transmission du méningocoque seulement. Le pneumocoque ne se transmet pas, aucune protection n'est nécessaire! X</li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, on rediscutera de sa poursuite après identification du germe. Mais sauf contre indication, on débute la corticothérapie dès la première dose d'antibiotique (voire avant), sinon, elle perd en efficacité. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le purpura fulminans est l'urgence absolue: rien ne doit retarder l'antibiothérapie qui doit être administrée avant la ponction lombaire et avant les hémocultures. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
11	<b>Réponse : B C</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. X</li> <li>▪ B : oui, les contre indications de la PL sont: signes d'engagement (convulsions, HTIC, troubles de la conscience, signes de focalisation), traitement anticoagulant, thrombopénie, troubles de la coagulation, instabilité hémodynamique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, le purpura fulminans est l'urgence absolue. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la suspicion clinique ne suffit pas au diagnostic. Les prélèvements microbiologiques sont indispensables avant antibiothérapie si il n'y a pas de critère de gravité. X</li> <li>▪ E : non, si pas de signe d'urgence absolue, on réalise les prélèvements avant de traiter. X</li> </ul>
12	<b>Réponse : A D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, on vise le pneumocoque (et C3G plutôt qu'Amoxicilline car on prend en compte le risque de PSDP lors d'une méningite). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, on vise le méningocoque, la durée est de 4 à 7 jours seulement. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, on vise le Listeria qui est résistant aux C3G donc Amoxicilline + Gentamicine 21 jours.</li> <li>▪ D : oui, c'est le traitement probabiliste pour être actif sur les germes les plus probables (Listeria, méningocoque, pneumocoque). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, dans ce cas, on vise le pneumocoque et le méningocoque donc C3G IV. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<b>Réponse : D E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, chez l'adulte seulement. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, seulement pour certaines méningites bactériennes (ou présumées bactériennes). X</li> <li>▪ C : non, en général, non conseillé chez l'immunodéprimé. X</li> <li>▪ D : oui, à tout âge pour le pneumocoque. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<b>Réponse : A B C E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, antibioprophylaxie par Rifampicine per os 48h pour tous les cas contacts « proches » (soit dans les 10 jours, contact à moins d'un mètre pendant plus de 10 minutes). On vaccine également les sujets contacts si non vaccinés, en fonction du sérototype de méningocoque. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<b>Réponse : A C D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, notamment chez l'enfant, risque de retard mental, d'épilepsie séquellaire... Un suivi neuropsychologique est systématique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, c'est une complication précoce. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, surtout avec le pneumocoque. Le bilan ORL est systématique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, c'est une complication précoce. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 15

### QCM 1 | A propos de la Pasteurellose :

- A - P. Multocida est une bactérie intracellulaire.
- B - La Pasteurellose est une pathologie d'inoculation.
- C - Il faut y penser devant une inflammation majeure autour d'une plaie, survenant 24-48h après une morsure animale.
- D - Le réservoir exclusif en est le chat.
- E - C'est la pathologie la plus fréquente après une morsure animale.

### QCM 2 | A propos de la brucellose:

- A - Elle est fréquente en France.
- B - Le réservoir est le rat.
- C - La forme aiguë se présente avec fièvre à 40°C de courte durée accompagnée de frissons très importants.
- D - C'est une cause d'endocardite à hémoculture négative.
- E - C'est une cause d'infection génitale.

### QCM 3 | La Tularémie :

- A - La transmission peut se faire par ingestion de viande contaminée.
- B - C'est une maladie à déclaration obligatoire.
- C - On la retrouve surtout dans les zones tropicales et le pourtour méditerranéen.
- D - Elle peut être déclarée comme maladie professionnelle dans certaines professions.
- E - Le réservoir est le chat.

### QCM 4 | A propos de Bartonella Hensalae :

- A - Elle est responsable de la maladie des griffes du chat.
- B - C'est une bactérie à tropisme intracellulaire.
- C - Elle est sensible à l'Amoxicilline.
- D - Elle est sensible à l'Azithromycine.
- E - Le réservoir principal est le rat.

### QCM 5 | A propos de Coxiella Burnetii :

- A - C'est une bactérie intracellulaire.
- B - Elle est présente dans les zones rurales.
- C - Elle est responsable de la fièvre Q.
- D - De façon chronique, elle peut prendre la forme d'une endocardite à hémoculture négative.
- E - En aigüe, elle peut donner des pneumopathies interstitielles diffuses.

### QCM 6 | Concernant la pasteurellose :

- A - Le traitement repose sur les macrolides.
- B - La prévention après une morsure repose en partie sur le nettoyage et la désinfection.
- C - La prévention après une morsure de chien repose par une antibioprophylaxie systématique par Amoxicilline-Acide clavulanique.
- D - Le diagnostic de certitude se fait par culture de l'écoulement de la plaie.
- E - Elle peut entraîner une septicémie chez l'immunodéprimé.

<b>QCM 7</b>	A propos de Leishmania spp :
A -	C'est un protozoaire.
B -	Le réservoir principal est constitué par les chiens et les rongeurs
C -	Sa transmission est directe par contact avec les rongeurs.
D -	On la retrouve en zone tropicale.
E -	Son incubation est longue.
<b>QCM 8</b>	Un homme de 52 ans consulte pour fièvre et plaie ulcéronécrotique apparue quatre jours après sa partie de chasse habituelle du dimanche. A propos du diagnostic le plus probable :
A -	La bactérie responsable peut être Pasteurella Multocida.
B -	Le premier diagnostic à évoquer est une infection par Francisella Tularensis.
C -	Le diagnostic de certitude peut se faire par une sérologie.
D -	Le traitement se fait par Amoxicilline.
E -	Cette infection peut aussi se transmettre par les tiques.
<b>QCM 9</b>	A propos de Borrelia Burgdorferi :
A -	C'est un BGN.
B -	Elle se transmet par les puces.
C -	Le réservoir est la tique.
D -	On la retrouve le plus souvent dans les zones tropicales et le pourtour méditerranéen.
E -	La maladie qu'elle cause est plus rare en période hivernale.
<b>QCM 10</b>	A propos de Toxoplasma gondii:
A -	C'est un BGN
B -	Le réservoir est le ruminant.
C -	La transmission transplacentaire est possible.
D -	La contamination de la femme enceinte se fait par la griffure du chat.
E -	Elle est responsable d'un syndrome mononucléosique.
<b>QCM 11</b>	Parmi ces germes responsables de zoonoses, lequel/lesquels fait/font parti(s) des étiologies d'endocardite à hémosticulture négative?
A -	Rickettsia conorii.
B -	Coxiella Burnetti.
C -	Bartonella Hensalae.
D -	Brucella spp.
E -	Pasteurella Multocida.
<b>QCM 12</b>	A propos de la maladie des griffes du chat :
A -	Typiquement, elle se présente par des adénopathies multiples, inflammatoires, fermes à la palpation, présentes dans plusieurs sites ganglionnaires.
B -	La lésion d'inoculation doit être recherchée dans le territoire de drainage.
C -	Le terrain caractéristique est le chasseur en forêt.
D -	Elle peut donner des endocardites à hémostcultures négatives.
E -	Le syndrome oculoglandulaire de Parinaud est une forme rare de la maladie.
<b>QCM 13</b>	A propos des rickettsioses :
A -	Leur transmission se fait de façon directe.
B -	Une escarre d'inoculation après une piqûre de tique est caractéristique.
C -	Rickettsia prowazekii est responsable de la fièvre boutonneuse familiale.
D -	Rickettsia conorii est responsable de la maladie des griffes du chat.
E -	Rickettsia prowazekii est responsable du typhus endémique.

<b>QCM 14</b>	A propos de la rage :
A -	Elle est transmise par une bactérie intracellulaire.
B -	Elle est éradiquée en France donc aucune prophylaxie n'est nécessaire en cas de morsure.
C -	C'est une maladie toujours mortelle si les signes cliniques se déclarent.
D -	L'incubation est longue.
E -	C'est une encéphalite avec, dans certaines formes, des spasmes pharyngo-laryngés pathognomoniques.
<b>QCM 15</b>	Parmi ces agents pathogènes, lequel/lesquels peut/peuvent avoir les tiques comme vecteur?
A -	Rickettsia conorii.
B -	Francisella Tularensis.
C -	Coxiella Burnetii.
D -	Bartonella Hensalae.
E -	Brucella spp.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, D Déduction, Arg Fréquence, Formulation, X Eliminer les incorrectes, 1ère idée	
1	Réponse : B E <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est un BGN. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, une pathologie d'inoculation est une pathologie transmise à travers la peau et les muqueuses. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, un début rapide, 3 à 6h après la morsure est caractéristique de la pasteurellose. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, il en existe dans la gueule d'autres animaux, notamment le chien. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>	
2	Réponse : D E <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, elle a été quasi-éradiquée en France par la vaccination du bétail et le contrôle vétérinaire. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, le réservoir est le bétail des éleveurs (ruminants, porcins). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, c'est une fièvre ondulante sudoroalgique caractéristique, il n'y a jamais de pic à 40°C. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, dans sa forme chronique, les causes d'endocardite à hémocultures négatives parmi les zoonoses sont : la brucellose, la bartonellose et la fièvre Q. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, la forme chronique peut donner des atteintes multiples : ostéoarticulaire, neurologique, hépatique, génitale, valvulaire... <input type="checkbox"/></li> </ul>	
3	Réponse : A B D <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, la transmission se fait soit par les tiques, soit par contact direct avec l'animal (les deux modes les plus fréquents), soit par ingestion de viande contaminée (très rare). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, car possible bioterrorisme. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, dans les zones boisées de l'Europe du Nord le plus souvent. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, c'est la maladie du chasseur. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le réservoir est principal est constitué par les lagomorphes (lièvres, lapins) <input type="checkbox"/></li> </ul>	
4	Réponse : A B D <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est la bartonellose. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, retenir que les intracellulaires sont sensibles aux macrolides, aux fluoroquinolones et aux cyclines, pas aux β-lactamines. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, c'est un macrolide. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, c'est le chat. <input type="checkbox"/></li> </ul>	
5	Réponse : A B C D E <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, les ruminants en sont le réservoir. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, le traitement est la doxycycline pendant deux semaines si forme aigüe, et jusqu'à deux ans si chronique. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, voir QCM 2D. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, la forme aigüe donne un syndrome pseudo grippal suivi d'une hépatite fébrile ou d'une PID ou d'une fièvre isolée. <input type="checkbox"/></li> </ul>	

6	<p><b>Réponse : B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, sur l'Amoxicilline. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, l'antisepsie de la plaie constitue la mesure préventive principale. Il convient également de vérifier l'absence de lésion vasculaire, nerveuse ou articulaire, le statut anti-tétanique et le risque rabique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, l'antibioprophylaxie n'est pas systématique en cas de morsure canine. Son indication est à apprécier en fonction du délai de prise en charge de la plaie, de la présence de tissus dévitalisés non résécables et de la profondeur de la lésion. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, ou prélèvement de la plaie, mais le plus souvent, le diagnostic est clinique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : A B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, chien et rongeur. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, sa transmission est indirecte via la piqûre de phlébotome (la nuit). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, en zone tropicale et sur le pourtour méditerranéen. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, plusieurs semaines d'incubation (par opposition aux arboviroses dont l'incubation est inférieure à 10 jours). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, l'incubation est trop longue pour P. Multocida (3 à 6h). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, le chasseur, l'incubation de 4 jours, la fièvre élevée et la plaie ulcéronécrotique sont caractéristiques de la tularémie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, le diagnostic de certitude est sérologique, ou par PCR sur prélèvement du pus. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le traitement se fait par Doxycycline ou fluoroquinolone. C'est la pasteurellose qui se traite par Amoxicilline. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, la transmission de la tularémie se fait soit par les tiques, soit par contact direct avec l'animal, soit par ingestion de viande contaminée. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est un spirochète. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, la transmission se fait par les tiques. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, les tiques sont le vecteur, les cervidés sont le réservoir. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, on la retrouve plutôt dans les zones tempérées, en forêt. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, balades en forêts plus rare l'hiver. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est un parasite (protozoaire). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, le réservoir est le chat. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, elle se fait par des aliments contaminés (crudités, viandes mal cuites). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, c'est une cause de syndrome mononucléosique qui s'accompagne également d'une hyperéosinophilie et d'une cytolysé hépatique. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
11	<p><b>Réponse : B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

**Réponse : B D E**

- A : non, typiquement, l'adénopathie est unique (ou multiple) dans un seul site ganglionnaire, celui qui se situe dans le territoire de drainage de la plaie. Par contre, elle est ferme, mobile, sensible, inflammatoire, et une fistulisation est possible.
- B : oui.
- 12 ▪ C : non, le chasseur, c'est le lièvre, c'est la tularémie. La bartonnellose, c'est le chat, surtout les enfants ou jeunes adultes.
- D : oui, la bartonnellose fait partie des causes d'endocardite à hémocultures négatives, comme le whipple, la brucellose, la fièvre Q...
- E : oui, c'est la forme ophtalmique de l'enfant qui donne une conjonctivite, une adénopathie prétragienne et un oedème des paupières.

**Réponse : B E**

- 13 ▪ A : non, transmission toujours indirecte, soit par les tiques (R. Conorii pour la FBM), soit par les poux (R. Prowazekii pour le typhus épidémique).
- B : oui, l'escarre d'inoculation est caractéristique de la fièvre boutonneuse méditerranéenne à R. Conorii.
- C : non, c'est le typhus épidémique. X
- D : non, c'est la FBM. X
- E : oui, transmis par les poux de corps.

**Réponse : C D E**

- 14 ▪ A : non, transmise par le Lyssavirus (qui est un virus).
- B : non, on vaccine les professions à risque en France.
- C : oui.
- D : oui, mais incubation d'autant plus courte que la zone de morsure est innervée ou proche du SNC.
- E : oui.

**Réponse : A B C**

- 15 ▪ A : oui.
- B : oui.
- C : oui, ce sont les trois agents transmis par les tiques avec Borrelia Burgdoferi.
- D : non, mais la puce oui. X
- E : non. X

## Questions isolées QCM N° 16

### QCM 1 | A propos de la giardiose :

- A - C'est une maladie rare en France et dans le monde.
- B - La transmission sexuelle est possible.
- C - Elle peut être responsable d'une atrophie villositaire au niveau du duodénum.
- D - La vie en collectivité et la fréquentation des crèches en sont des facteurs de risque.
- E - Le diagnostic se fait par le scotch test anal.

### QCM 2 | A propos de l'hydatidose :

- A - C'est une maladie engendrée par un helminthe du genre cestode ou vers plat segmenté.
- B - Les vers sont vus dans les selles le plus souvent.
- C - Typiquement, la maladie se traduit par des kystes hépatiques de découverte fortuite.
- D - Le diagnostic de certitude se fait par ponction biopsie de kyste.
- E - Une des complications est le choc anaphylactique.

### QCM 3 | A propos de T. Saginata:

- A - C'est un taenia cosmopolite.
- B - Il est transmis à l'homme par l'ingestion de viande de boeuf mal cuite.
- C - Les anneaux sont émis passivement dans les selles.
- D - La cysticercose est une forme particulière due à l'ingestion directe d'oeufs.
- E - Le traitement de première intention est le Métronidazole PO.

### QCM 4 | A propos de T. Solium:

- A - T. Solium est notamment présent en Afrique.
- B - Il est fréquent dans les pays de confession musulmane majoritaire.
- C - Il est transmis à l'homme par l'ingestion de viande de porc contaminée insuffisamment cuite.
- D - L'hyperéosinophilie engendrée par ce parasite est modérée.
- E - Le diagnostic de taeniasiose liée à T. solium est sérologique.

### QCM 5 | A propos de la cysticercose:

- A - Elle peut entraîner des ostéites chroniques.
- B - Elle peut entraîner des crises d'épilepsie.
- C - Elle peut entraîner des pneumopathies atypiques.
- D - Elle peut entraîner des myocardites.
- E - Elle peut entraîner des uvéites.

### QCM 6 | A propos de l'amebose :

- A - C'est une maladie dont la prévalence est accrue en région tropicale et humide.
- B - Elle est liée au péri fécal.
- C - Les amibes sont toutes pathogènes.
- D - Entamoeba histolytica minuta est la forme végétative.
- E - Entamoeba histolytica histolytica est responsable de l'amebose maladie.

### QCM 7 | L'amebose colique peut se présenter comme :

- A - Une diarrhée aigüe fébrile.
- B - Une colite chronique.
- C - Un syndrome dysentérique.
- D - Une pseudotumeur colique.
- E - Une hépatomégalie douloureuse fébrile.

### QCM 8 | Quel(s) est/sont le(s) signe(s) clinique(s) typique(s) d'une amoebose hépatique?

- A - Une fièvre.
- B - Un ictere.
- C - Une hépatomégalie.
- D - Une douleur de l'hypocondre gauche.
- E - Une contracture abdominale.

<b>QCM 9</b>	<b>A propos des différences entre l'ameobose colique et hépatique:</b>
A -	L'ameobose est responsable d'un syndrome inflammatoire biologique dans les formes hépatiques, mais pas dans les formes coliques.
B -	Le syndrome fébrile est présent, quelle que soit la forme.
C -	L'examen parasitologie des selles permet de faire le diagnostic, quelle que soit la forme.
D -	La sérologie est positive dans les formes coliques, mais pas dans les formes hépatiques.
E -	Le traitement se fait par Métronidazole puis Tiliquinol-Tilbroquinol quelle que soit la forme.
<b>QCM 10</b>	<b>A propos de l'ascaribose :</b>
A -	Elle est causée par un némathelminte.
B -	La migration tissulaire passe par l'arbre respiratoire.
C -	La phase de migration peut se traduire par un syndrome de Löeffler.
D -	Les formes malignes graves justifient un traitement par Ivormectine systématique chez des sujets à risque, avant de mettre en place un traitement immunosupresseur.
E -	Le traitement de première intention est l'Albendazole par voie orale.
<b>QCM 11</b>	<b>Quelles sont les complications les plus fréquentes de l'ascaribose?</b>
A -	Angiocholite.
B -	Appendicite.
C -	Occlusion intestinale.
D -	Rectocolite hémorragique.
E -	Ulcère gastrique.
<b>QCM 12</b>	<b>A propos de l'oxyurose:</b>
A -	C'est une maladie exclusivement tropicale.
B -	La contagiosité de la maladie oblige à traiter l'ensemble de la famille en cas de cas authentifié.
C -	Elle se manifeste par un prurit anal nocturne.
D -	Le diagnostic se fait par examen parasitologie des selles 3 jours de suite.
E -	Il faut systématiquement répéter le traitement à 3 semaines.
<b>QCM 13</b>	<b>A propos d'Echinococcus granulosus :</b>
A -	Son réservoir est le renard.
B -	L'homme est un hôte accidentel.
C -	Il est responsable de l'hydatidose.
D -	Le traitement de la maladie est essentiellement chirurgical.
E -	La prévention se fait par le déparasitage des chiens.
<b>QCM 14</b>	<b>Les maladies pour lesquelles le diagnostic se fait par examen parasitologique des selles sont :</b>
A -	L'ascaribose.
B -	La giardiose.
C -	La cysticercose.
D -	L'oxyurose.
E -	Toute forme d'ameobose.
<b>QCM 15</b>	<b>Parmi les parasitoses suivantes, laquelle/lesquelles est/sont des protozooses?</b>
A -	La giardiose.
B -	L'oxyurose.
C -	L'ascaribose.
D -	Le téniasis.
E -	La mononucléose.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1ère idée

Réponse : C D

- A : non, c'est la parasitose digestive la plus fréquente.
- B : non, la transmission est féco-orale. La transmission n'est pas directement sexuelle mais peut se faire en cas de rapports oro-anaux.
- C : oui, dans les formes chroniques massives, entraînant un syndrome de malabsoption.
- D : oui, les autres facteurs de risque sont : homosexualité, voyage, animaux domestiques, mauvaise hygiène.
- E : non, le scotch test se fait pour l'oxyurose. Le diagnostic de giardiose se fait par examen parasitologique des selles 3 jours de suite, voire FOGD avec biopsies duodénales dans les formes chroniques où l'EPS peut être négatif.

Réponse : A C E

- A : oui, pour rappel, les parasites affectant l'homme se divisent en 2 genres, les protozoaires, unicellulaires, non pourvoyeurs d'hyperéosinophilie, et les helminthes, parasites pluricellulaires, ceux pourvoyeurs d'hyperéosinophilie. Cette dernière grande famille se divise en Plathelminthes (vers plats) et Némathelminthes (vers ronds). Les plathelminthes se divisent en vers non segmentés dit Nématodes, et vers plats, segmentés, dit Cestodes. Les taenias et les ecchinococcoses sont des cestodes.
- B : non.
- C : oui, l'aspect des kystes est calcifié avec une membrane décollée.
- D : non, la ponction est contre indiquée car il y a un risque de dissémination.
- E : oui, en cas de rupture.

Réponse : A B

- A : oui.
- B : oui, c'est un problème de santé publique à Madagascar et au Mexique mais également il est également présent en Afrique sub-saharienne, Amérique du sud, Asie...
- C : non, une particularité du cycle de *T. Saginata* est que les anneaux passent activement le sphincter anal (en dehors de toute émission de selle), contrairement à *T. Solium*. *Taenia saginata*, il s'agit !
- D : non, c'est après ingestion d'oeufs de *T. Solium*, l'homme devient une impasse parasitaire. Les oeufs migrent dans différents tissus (SNC, muscles, yeux...) et créent des granulomes.
- E : non. Retenir que le traitement des protozoose est le Métronidazole PO, et le traitement des helminthoses est l'Albendazole PO sauf pour les téniasis où on utilise le Praziquantel PO.

Réponse : A C D

- A : oui, c'est un problème de santé publique à Madagascar et au Mexique mais également présent en Afrique sub-saharienne, Amérique du sud, Asie....
- B : non, il n'y a pas d'élevage de porc dans les pays de confession musulmane donc pas de *T. Solium*, donc pas de cysticercose.
- C : oui.
- D : oui, helminthose = hyperéosinophilie.
- E : non, le diagnostic se fait par l'examen parasitologique des selles.

	<b>Réponse : B D E</b> ▪ A : non. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui. <input type="checkbox"/> ▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui. <input type="checkbox"/> ▪ E : oui, la cysticercose atteint le SNC, l'oeil, le muscle et le tissu sous cutané le plus fréquemment. Les manifestations neurologiques dépendent du site lésionnel, (épilepsie si cortical, HTIC si paraventriculaire, tétraplégie si myélite etc.). Au niveau oculaire, la localisation se fait préférentiellement au niveau du vitrée, provoquant une uvéite intermédiaire inflammatoire. <input type="checkbox"/>
5	<b>Réponse : A B D E</b> ▪ A : oui. <input type="checkbox"/> ▪ B : oui. <input type="checkbox"/> ▪ C : non, seule Entamoeba Histolytica est pathogène. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, traduit l'infestation, soit le porteur sain. <input type="checkbox"/> ▪ E : oui, c'est l'amibe pathogène qui entraîne des ulcération de la muqueuse colique. <input type="checkbox"/>
6	<b>Réponse : B C D</b> ▪ A : non, l'ameobose colique est toujours apyrétique. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui, elle évolue alors par poussées avec altération de l'état général et EPS négative. <input type="checkbox"/> ▪ C : oui, c'est l'ameobose colique maligne qui est une urgence médicochirurgicale. <input type="checkbox"/> ▪ D : oui, c'est l'amoebome. <input type="checkbox"/> ▪ E : non, c'est la triade de Fontan caractéristique de la forme hépatique (et non colique). <input checked="" type="checkbox"/>
7	<b>Réponse : A C</b> ▪ A : oui, contrairement à la forme colique. <input type="checkbox"/> ▪ B : non, à moins que l'abcès amibien comprime les voies biliaires (mais ce n'est pas typique). <input type="checkbox"/> ▪ C : oui, la triade de Fontan de l'ameobose hépatique typique est caractérisée par une hépatomégalie douloureuse fébrile. <input type="checkbox"/> ▪ D : non, la douleur se situe au niveau de l'hypochondre droit. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non, à moins que l'abcès se rompe et se complique en une péritonite (mais c'est une complication). <input type="checkbox"/>
8	<b>Réponse : A E</b> ▪ A : oui, il n'y a pas de syndrome inflammatoire dans les formes coliques. <input type="checkbox"/> ▪ B : non, seule l'ameobose hépatique est fébrile. <input type="checkbox"/> ▪ C : non, l'EPS est toujours négatif dans les formes coliques. Il permet de faire le diagnostic dans les formes coliques seulement, mais il ne différencie pas E. Dispar, non pathogène, de E. Histolytica. <input type="checkbox"/> ▪ D : non, la sérologie permet de faire le diagnostic des formes hépatiques seulement car elle est souvent négative dans les formes coliques. <input type="checkbox"/> ▪ E : oui, le traitement se fait par un amoebicide tissulaire suivi d'un amoebicide de contact. <input type="checkbox"/>
9	<b>Réponse : A B C E</b> ▪ A : oui, le plus grand némathelminthe. <input type="checkbox"/> ▪ B : oui, la contamination se fait par l'ingestion d'oeufs qui libèrent des larves dans l'intestin, qui traversent la muqueuse intestinale pour migrer jusque dans le foie, puis le cœur droit, puis l'arbre pulmonaire, être dégluties et revenir dans l'intestin grêle. <input type="checkbox"/> ▪ C : oui, ce sont des manifestations immunoallergiques rares. <input type="checkbox"/> ▪ D : non, ceci est valable pour l'anguillulose. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : oui. <input type="checkbox"/>
10	

**Réponse : A B C**

- A : oui, c'est le plus grand némathelminthe (10 à 20 cm) qui se balade dans le tube digestif. En cas de charge parasitaire importante, notamment chez les enfants, les principales complications sont mécaniques par obstruction de la lumière intestinale.
- B : oui.
- C : oui.
- D : non.
- E : non.

**Réponse : B C E**

- A : non, c'est un parasite cosmopolite, présent dans les pays au climat tempéré. L'oxyurose et la giardiose sont les deux parasitoses digestives pouvant se transmettre en France.
- B : oui
- C : oui, et en cas d'infestation massive, possibles troubles digestifs aspécifiques, troubles neuropsychologiques type irritabilité et insomnie, syndrome vermineux.
- D : non, l'EPS est négatif, sauf en cas d'infestation massive. Le diagnostic se fait par le scotch test le matin qui permet la visualisation macroscopique des vers.
- E : oui, le traitement se fait par Flubendazole 3 jours ou Albendazole 1 prise à répéter à 3 semaines, voire une fois tous les 15 jours pendant 3 mois en cas de récidive.

**Réponse : B C D E**

- A : non, c'est le chien. C'est l'echinococcosis alvéolaire (*Echinococcus multilocularis*) qui se transmet par ingestion d'aliments contaminés par l'urine de renard.
- B : oui.
- C : oui.
- D : oui, le traitement est chirurgical sans rompre le kyste, et doit être encadré par un traitement médical par albendazole.
- E : oui, ainsi que l'éradication des chiens errants et le lavage des mains après contact avec un chien.

**Réponse : A B**

- A : oui.
- B : oui, sauf pour les formes chroniques.
- C : non, mais la proposition serait vraie pour le taeniasis.
- D : non, le diagnostic se fait par le scotch test.
- E : non, pas pour les formes hépatiques.

**Réponse : A**

- A : oui, la giardiose et l'ameobose sont les deux seules protozooses intestinales. Le traitement de référence des protozooses digestives est le métronidazole.
- B : non, c'est une helminthose.
- C : non, c'est une helminthose.
- D : non, c'est une helminthose. Le traitement de référence des helminthoses digestives est l'Albendazole.
- E : non, rien à voir, ce n'est pas une parasitose.

## Questions isolées QCM N° 17

### QCM 1 A propos des risques lors d'un voyage en pays tropical:

- A - S'allonger à même le sable dans certains pays expose au risque de larva migrans.
- B - Marcher pied nu en extérieur expose au risque d'anguillulose.
- C - Marcher pied nu en extérieur expose au risque d'ankylostomose.
- D - Une baignade en eau douce expose au risque de schistosomose.
- E - Repasser le linge séché au soleil permet de lutter contre la miase africaine.

### QCM 2 Les vaccins obligatoires en voyage sont:

- A - L'hépatite A en cas de faible niveau d'hygiène.
- B - La rage en Amérique du Sud.
- C - La fièvre jaune en Asie.
- D - Le méningocoque tétravalent en cas de pèlerinage à la Mecque en Arabie Saoudite.
- E - La fièvre typhoïde en Inde.

### QCM 3 A propos de la leptospirose:

- A - Il n'existe pas de vaccin à ce jour.
- B - La forme pseudogrippale est un diagnostic différentiel du chikungunya.
- C - La forme ictérique est la plus fréquente.
- D - Le diagnostic se fait par l'isolement du germe sur les hémocultures.
- E - Il existe un risque de réaction d'Herxheimer à l'initiation du traitement.

### QCM 4 A propos de la leptospirose:

- A - Le diagnostic se fait par examen direct au microscope à fond noir.
- B - Le réservoir est le chat.
- C - La prévention se fait par la dératisation.
- D - Elle peut être déclarée comme maladie professionnelle.
- E - C'est une maladie à déclaration obligatoire.

### QCM 5 Quel(s) peut/peuvent être le(s) signe(s) clinique(s) et biologique(s) de l'ankylostomose:

- A - Une anémie ferriprive.
- B - Une hyperéosinophilie.
- C - Une pneumopathie.
- D - Une escarre d'inoculation.
- E - Des douleurs abdominales.

### QCM 6 Quel(s) est/sont le(s) diagnostic à évoquer devant un syndrome dysentérique fébrile au retour de voyage?

- A - L'amoebose colique.
- B - La giardiose.
- C - La salmonellose.
- D - La shigellose.
- E - Le paludisme.

### QCM 7 Les signes cliniques compatibles avec une fièvre typhoïde sont:

- A - Le tuphos qui se caractérise par un état d'obnubilation, de prostration.
- B - La diarrhée en jus de melon.
- C - L'angine de Duguet.
- D - Une myocardite.
- E - Une hémorragie digestive.

<b>QCM 8</b>	A propos de la fièvre typhoïde:
A -	La vaccination est obligatoire avant un voyage en Asie.
B -	Le diagnostic se fait par une sérologie de Widal et Felix.
C -	L'isolement air est nécessaire en cas d'hospitalisation.
D -	Le traitement est symptomatique.
E -	C'est une maladie à déclaration obligatoire.
<b>QCM 9</b>	A propos de la bilharziose:
A -	Schistosoma haematobium est responsable de la forme urogénitale.
B -	Schistosoma mansoni est responsable de la forme intestinale.
C -	L'agriculteur en zone rurale africaine est un terrain à risque.
D -	C'est une parasitose rare.
E -	C'est un facteur de risque de cancer de la vessie.
<b>QCM 10</b>	Parmi les pathologies suivantes, laquelle/lesquelles fait/font partie(s) des arboviroses:
A -	La bilharziose.
B -	Ebola.
C -	L'encéphalite japonaise.
D -	La fièvre jaune.
E -	L'encéphalite à West Nile virus.
<b>QCM 11</b>	A propos des points communs des arboviroses:
A -	L'incubation est d'environ 21 jours.
B -	Les vecteurs sont des arthropodes.
C -	Elles sévissent principalement dans les zones tempérées.
D -	Le diagnostic se fait par culture virale.
E -	Le traitement est symptomatique.
<b>QCM 12</b>	A propos de la dengue:
A -	C'est une maladie le plus souvent bénigne.
B -	La complication redoutée est le choc hémorragique.
C -	La dengue et le chikungunya ont le même vecteur, le moustique Aedes.
D -	C'est une maladie à déclaration obligatoire en France métropolitaine.
E -	La dengue est la deuxième cause de fièvre au retour de voyage en pays tropical.
<b>QCM 13</b>	A propos de la trypanosomiase africaine:
A -	Elle est aussi appelée maladie de Chagas.
B -	Elle est due à un parasite.
C -	Le vecteur est la mouche tsé tsé.
D -	Elle est responsable d'une inversion du rythme nycthéméral.
E -	Le diagnostic se fait par examen direct du sang au microscope à fond noir.
<b>QCM 14</b>	Une femme de 26 ans se présente à votre cabinet pour une fièvre apparue 14 jours après son retour du Sénégal. Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous?
A -	Le paludisme.
B -	La typhoïde.
C -	La dengue.
D -	La bilharziose.
E -	Le choléra.
<b>QCM 15</b>	Un homme de 46 ans sans antécédent, se présente pour un syndrome fébrile avec une épistaxis persistante depuis quelques heures au retour de son voyage au Cameroun. Vous évoquez:
A -	Le paludisme.
B -	L'amœbose colique.
C -	Une arbovirose.
D -	La leptospirose.
E -	La borreliose de Lyme.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée	
1	<b>Réponse : A B C D E</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui, marcher pied nu en extérieur expose aussi au larva migrans. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui, marcher pied nu expose à : anguillulose, ankylostomose, larva migrans. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui, c'est la bilharziose. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui. Les autres précautions à préconiser sont: éviter les chiens errants (rage), secouer ses habits/draps/chaussures (scorpions, serpents), éviter le contact avec la volaille (grippe aviaire, surtout en Asie), protection antivectorielle (moustique, tique...),... <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	
2	<b>Réponse : D</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, vaccin recommandé seulement. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, vaccin recommandé seulement <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, il n'y a pas de fièvre jaune en Asie. Le vaccin est cependant obligatoire pour l'Amérique du Sud et l'Afrique intertropicale. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui, le vaccin contre le méningocoque est également obligatoire dans les zones endémiques. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, vaccin recommandé seulement. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	
3	<b>Réponse : B E</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, il existe un vaccin inactivé contre la forme icterohémorragique, la plus grave, recommandé en cas de facteur de risque d'exposition important (éboueurs...) <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui, c'est la même clinique, le même temps d'incubation, et la même région d'exposition. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, c'est la plus grave et la plus rare. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, les spirochètes ne poussent pas en culture. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, comme pour la syphilis. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	
4	<b>Réponse : C D</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, abandonné, le diagnostic se fait par PCR ou sérologie sur sang ou urine. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, c'est le rat. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui. Il existe également une antibioprophylaxie par doxycycline si exposition prévisible à haut risque (catastrophe naturelle, rafting en zone endémique...) <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui, pour les égoutiers par exemple. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	
5	<b>Réponse : A B E</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui, comme la plupart des helminthes. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, durant la phase de migration, le parasite remonte les voies aériennes supérieures pour être dégluti. Il peut y avoir une irritation des voies aériennes supérieures mais il n'y a pas d'infiltration pulmonaire. Il ne laisse pas d'escarre d'inoculation. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, le parasite pénètre dans l'organisme par voie transcutanée au niveau plantaire lors de la marche pied nu. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, le parasite persiste dans le duodénum et érode la muqueuse duodénale (douleur abdominale, diarrhée, saignement digestif). <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	

6	<p><b>Réponse : C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, pas de fièvre. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, pas de fièvre et diarrhée cholériforme. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, jusqu'à preuve du contraire. Autre: Campylobacter. <input type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, rare mais typique avec inversion du rythme nycthéméral. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, ulcération superficielle du voile du palais. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, complication toxique: encéphalite également possible. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, complication mécanique. <input type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le vaccin est recommandé seulement, son efficacité est limitée sur S. Typhi et S. Paratyphi type C et les résistances augmentent. On le préconise particulièrement pour un voyage en Inde car c'est une région avec de nombreuses bactéries multi résistantes. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, le diagnostic se fait sur coproculture. La sérologie de Widal et Felix n'a que peu d'intérêt. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, c'est un isolement entérique ou contact (transmission féco-orale). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le traitement est antibiotique par C3G IV en probabiliste puis adapté à l'antibiogramme. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, les signes cliniques sont: hématurie macroscopique, signes fonctionnels urinaires, fibrose des voies urinaires. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, les signes cliniques sont: diarrhée sanguinolente ou non, douleur abdominale, ténèse. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, par contact avec l'eau douce stagnante. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, c'est la deuxième parasitose la plus fréquente dans le monde après le paludisme. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est une parasitose. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, les fièvres hémorragiques, sauf la fièvre jaune, ne sont pas transmises par des arthropodes donc ne sont pas des arboviroses (Ebola, Marburg, Lassa). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. Les autres arboviroses sont: le chikungunya, l'encéphalite à tiques... <input type="checkbox"/></li> </ul>
11	<p><b>Réponse : B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la durée d'incubation est courte, inférieure à 7 jours. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, les arthropodes sont soit des moustiques, soit des tiques. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, elles se dévissent dans les zones tropicales. A noter que la dengue et chikungunya requiert une surveillance particulière en France du fait de l'apparition du moustique Aedes dans les régions du bassin méditerranéen donc leur déclaration est obligatoire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, les virus ne se cultivent pas. Le diagnostic est posé par la PCR si l'infection date de moins de 5 jours, sinon, par la sérologie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, il n'y a pas de traitement spécifique. <input type="checkbox"/></li> </ul>

12	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, 1 cas sur 1000 se complique d'hémorragie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, dit également moustique tigre dont la prévalence augmente en France donc ce sont des maladies à déclaration obligatoire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, la première étant le paludisme. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<p><b>Réponse : B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la maladie de Chagas est l'autre nom de la trypanosomiase américaine (surtout en amérique centrale et du sud). La trypanosomiase africaine, elle, est aussi appelée maladie du sommeil. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, ce sont des protozoaires flagellés du genre trypanosoma brucei.</li> <li>▪ C : oui, son autre nom est la Glossine qui est responsable de piqûre diurne et douloureuse. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, la phase neurologique est la deuxième phase de la maladie (après une phase lymphaticosanguine). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le diagnostic se fait par le frottis sanguin. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<p><b>Réponse : A B D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, à toujours évoquer pour une fièvre au retour de voyage. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, l'incubation est de 1 à 2 semaines. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, l'incubation des arboviroses est courte, &lt;7jours. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, en phase d'invasion. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, l'incubation est courte. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul> <p><u>Globalement</u> <input checked="" type="checkbox"/>: &lt;7jours = arboviroses, diarrhée infectieuse.      7-14 jours = paludisme, typhoïde.      &gt;14 jours = paludisme, VIH, hépatites virales, amoebose hépatique, bilharziose.</p>
15	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, à toujours évoquer pour une fièvre au retour de voyage. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, pas de fièvre dans l'amoebose colique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, surtout la dengue qui est la plus fréquente. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, dans sa forme icterohémorragique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, hors sujet. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul> <p><u>Globalement</u> <input checked="" type="checkbox"/>, devant fièvre + signes hémorragiques, évoquer: paludisme, hépatite fulminante, leptospirose icterohémorragique, arboviroses (dont la dengue en particulier), les fièvres hémorragiques virales (Ebola).</p>

## Questions isolées QCM N° 18

### QCM 1 A propos du cycle parasitaire dans le paludisme:

- A - C'est la phase dite « sexuée » du cycle qui se fait chez l'homme.
- B - La première phase du cycle chez l'homme est splénique.
- C - La deuxième phase du cycle chez l'homme est l'invasion des globules rouges.
- D - Les manifestations cliniques sont dues à la schizogonie érythrocytaire.
- E - La forme hypnozoïte est du parasite en est la forme dormante, elle se situe dans les hépatocytes.

### QCM 2 A propos du paludisme:

- A - C'est la maladie parasitaire la plus répandue dans le monde.
- B - Un paludisme déclaré aux Antilles est à déclaration obligatoire.
- C - La drépanocytose est un facteur de risque de paludisme grave.
- D - Une immunité acquise est possible et dure généralement de façon pérenne toute la vie.
- E - La thalassémie est un facteur protecteur vis à vis du paludisme.

### QCM 3 A propos des différentes espèces de Plasmodium:

- A - Le paludisme à P. Falciparum non traité ne réalise pas de récidive tardive.
- B - P. Vivax est surtout présent en Afrique intertropicale.
- C - Le temps d'incubation de P. Ovale est inférieur à 3 mois.
- D - Le paludisme à P. Malariae est bénin mais est susceptible de réaliser des récidives durant toute la vie si non traité.
- E - P. Knowlesi est une espèce rare présente en Asie du Sud Est.

### QCM 4 A propos de la piqûre d'anophèle:

- A - C'est l'anophèle mâle qui est le vecteur.
- B - La piqûre est nocturne.
- C - La piqûre est douloureuse.
- D - La piqûre est prurigineuse.
- E - Le centre de la piqûre est sanguinolent.

### QCM 5

Un homme de 52 ans se présente aux urgences un mois après son retour de Guinée pour fièvre, myalgie, sans vomissement, sans signe de gravité clinique. La biologie retrouve notamment: Hémoglobine 9 g/dL - Plaquettes 100 000 G/L. Le frottis sanguin et la goutte épaisse se révèlent positifs.

- A - Vous redoutez une forme grave à P. Falciparum.
- B - Vous redoutez une forme grave à P. Vivax.
- C - Vous hospitalisez le patient.
- D - Un traitement per os par Atovaquone Proguanil pendant 3 jours est possible.
- E - La déclaration est obligatoire.

### QCM 6 Parmi les critères d'hospitalisation du paludisme, on retrouve:

- A - Les vomissements.
- B - L'ictère.
- C - La femme enceinte sans signe de gravité.
- D - Une parasitémie > 2%.
- E - Une somnolence.

<b>QCM 7</b>	Quels sont les signes biologiques compatibles avec un paludisme?
A -	Une anémie hémolytique.
B -	Une thrombopénie.
C -	Une hyperéosinophilie.
D -	Un syndrome inflammatoire.
E -	Une hyperlymphocytose.
<b>QCM 8</b>	A propos du frottis sanguin et de la goutte épaisse:
A -	Ils permettent le diagnostic positif du paludisme.
B -	Ils permettent le diagnostic d'espèce.
C -	Ils permettent de calculer la parasitémie.
D -	Ils doivent être réalisés en urgence en cas de suspicion diagnostique.
E -	Ils permettent le suivi après traitement.
<b>QCM 9</b>	A propos du test de diagnostic rapide du paludisme:
A -	C'est la technique de référence pour le diagnostic.
B -	La spécificité du test est fonction de la parasitémie.
C -	Il peut y avoir des faux négatifs si la parasitémie est faible.
D -	Si il est positif, le diagnostic doit être confirmé par un frottis sanguin.
E -	Il ne peut être utilisé pour dépister les échecs de traitement.
<b>QCM 10</b>	Parmi les critères de gravité du paludisme, on retrouve:
A -	L'ictère.
B -	Une hémoglobine < 10 g/dL.
C -	Une parasitémie > 4%.
D -	Une insuffisance rénale aiguë sévère.
E -	Une confusion.
<b>QCM 11</b>	Quels sont les terrains à risque de paludisme grave?
A -	Les enfants.
B -	Les drépanocytaires.
C -	Les patients ayant un antécédent de paludisme grave.
D -	Une mauvaise observance d'une chimioprophylaxie antipalustre.
E -	Les patients splénectomisés et immunodéprimés.
<b>QCM 12</b>	A propos du traitement du paludisme à P. Falciparum:
A -	Un paludisme avec critère de gravité qui vomit se traite par Artesunate IV.
B -	Un paludisme avec critère de gravité qui ne vomit pas se traite par un traitement per os.
C -	Un paludisme sans critère de gravité qui vomit se traite par Artesunate IV.
D -	En cas de choc septique lors de la prise en charge d'un paludisme, une antibiothérapie large spectre active sur les entérobactéries doit être discutée en association avec le traitement anti-parasitaire.
E -	Un suivi du frottis sanguin seul est nécessaire après traitement.
<b>QCM 13</b>	A propos du traitement des différentes formes de paludisme:
A -	L'Atovaquone Proguanil est utilisé en chimioprophylaxie seulement.
B -	Un accès palustre à P. Knowlesi se traite comme un accès palustre à P. Falciparum.
C -	Un accès palustre à P. Malariae qui vomit se traite par Artesunate IV.
D -	Après un accès palustre à P. Vivax, un traitement par Primaquine est indiqué.
E -	La durée du traitement par voie orale est de 3 jours.

**QCM 14 | A propos des effets indésirables des traitements:**

- A - L'effet indésirable le plus fréquent de la Doxycycline est la phototoxicité.
- B - Après un traitement par Artesunate, il est nécessaire de réaliser un suivi des plaquettes.
- C - La quinine peut entraîner des troubles de conduction cardiaque.
- D - Les principaux effets indésirables de la Méfloquine sont digestifs.
- E - La chloroquine entraîne fréquemment des hypoglycémies.

**QCM 15 | A propos de la prophylaxie antipalustre:**

- A - Il existe 3 zones de chimiorésistance en fonction de la résistance à la doxycycline.
- B - La chimoprophylaxie est la première mesure en terme d'efficacité concernant la prévention du paludisme.
- C - L'Atovaquone Proguanil en prophylaxie est à prendre 1 fois par jour pendant toute la durée du voyage et 4 semaines après.
- D - Seule la doxycycline peut être utilisée chez la femme enceinte.
- E - La Méfloquine est à débuter 10 jours avant le séjour pour en évaluer la tolérance neuro-psychiatrique.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, Déduction, Arg Fréquence, Formulation, Éliminer les incorrectes, 1ère idée	
1	<b>Réponse : C D E</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, c'est la phase asexuée qui aboutit à la formation de gamétocytes. La phase sexuée est celle qui se réalise dans l'anophèle, qui aboutit à la fécondation de ces gamétocytes. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, la phase hépatique correspond à la multiplication dans les hépatocytes jusqu'à leur éclatement et libération dans le sang. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui, la phase sanguine correspond à l'invasion des globules rouges. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui, c'est la multiplication des parasites dans les globules rouges. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, c'est une forme dormante qui peut se réactiver et reprendre son cycle à distance. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	
2	<b>Réponse : A B E</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui, palu autochtone, métropolitain, antillais ou réunionnais → déclaration obligatoire. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, c'est un facteur protecteur (immunité génétique). <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, l'immunité acquise, liée à l'immunité humorale, est partielle et disparaît en cas d'interruption de l'exposition. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, comme la drépanocytose, elle confère protection vis à vis du paludisme, ceci étant lié au plus grand nombre d'hématies avec un taux de fer intra-érythrocytaire inférieur. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>	
3	<b>Réponse : A D E</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul> <p><u>Globalement, 5 espèces de Plasmodium:</u> <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- P. Falciparum: le plus fréquent et le plus redouté car possibles formes graves foudroyantes, mais ne rechute pas, présent dans les zones intertropicales, incubation de 7 jours à 3 mois dans 95% des cas.</li><li>- P. Vivax: bénin, présent en Amérique du Sud, incubation de 10 jours à 3 ans, mais rechutes possibles jusqu'à 5 ans.</li><li>- P. Ovale: bénin, présent en Afrique intertropicale, incubation de 10 jours à 3 ans et rechutes possibles.</li><li>- P. Malariae: bénin, présent en Afrique, incubation de 10 jours à plus de 10 ans, et rechutes possibles toute la vie.</li><li>- P. Knowlesi: très rare, mais potentiellement grave et foudroyant, présent en Asie du Sud Est.</li></ul>	

	<b>Réponse : B</b>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est l'anophèle femelle qui pique la nuit, à condition que la température soit supérieure à 18°C. Sa piqûre est invisible, indolore, non prurigineuse. L'anophèle ne fait pas de bruit. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
5	<b>Réponse : A C D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, paludisme grave = falciparum. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, même si il n'y a pas de signe de gravité l'hémoglobine &lt; 10 g/dL est un critère d'hospitalisation. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, le traitement est per os car pas de signe de gravité et pas de vomissement. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le paludisme d'importation n'est pas à déclaration obligatoire, contrairement aux cas autochtones. <input type="checkbox"/></li> </ul>
6	<b>Réponse : A B C D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, car un traitement par voie intraveineuse est nécessaire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, comme tout critère de gravité. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, c'est un facteur de risque de paludisme grave. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, et c'est un exemple de critère d'hospitalisation qui est différent du critère de gravité (seuil à 4%). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, c'est un critère de gravité. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul> <p><u>Globalement, on hospitalise:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout terrain à risque.</li> <li>- Devant tout signe de gravité ET tout élément à risque de s'aggraver (Plaquettes&lt;50000, Héroglobine&lt;10, Créatininémie&gt;150, Parasitémie&gt;2%)</li> <li>- Devant tout signe faisant suspecter une mauvaise observance du traitement.</li> <li>- Si impossibilité de suivre ou de consulter en cas d'aggravation.</li> </ul>
7	<b>Réponse : A B D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, elle explique d'ailleurs la plupart des symptômes cliniques: fièvre (substance pyogène libérée par l'hémolyse), ictere, splénomégalique (tardive). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, elle est quasi constante. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, c'est un protozoaire, donc il n'y a pas d'hyperéosinophilie. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, la CRP augmente avec le fibrinogène, l'électrophorèse des protéines sériques montre un profil hyper-alpha-2, mais la formule leucocytaire est le plus souvent normale. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<b>Réponse : A B C D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, grâce à la goutte épaisse. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, le paludisme est une urgence diagnostique et thérapeutique. Le biologiste doit être prévenu de la suspicion diagnostique et doit rendre le résultat dans les 2h. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, le suivi se fait à J3, J7 et J28 du traitement. La parasitémie doit être indétectable. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

	<b>Réponse : C D E</b>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la référence reste le frottis sanguin. ●</li> <li>▪ B : non, c'est la sensibilité. □</li> <li>▪ C : oui, c'est la sensibilité. □</li> <li>▪ D : oui. ■</li> <li>▪ E : oui, les TDR se basent sur la reconnaissance de l'antigène HRP2 qui persiste même après un traitement efficace. ■</li> </ul>
10	<b>Réponse : A C D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, clinique ou biologique (bilirubine &gt; 50). ■</li> <li>▪ B : non, hémoglobine &lt; 7 g/dL. ■</li> <li>▪ C : oui. ■</li> <li>▪ D : oui, créatininémie &gt; 265, urémie &gt; 17, diurèse &lt; 400. ■</li> <li>▪ E : oui. ■</li> </ul> <p>Les critères de gravité sont différents des critères d'hospitalisation. Mais tout critère de gravité s'hospitalise. ●</p>
11	<b>Réponse : A E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. ■</li> <li>▪ B : non, la drépanocytose est un facteur protecteur. ●</li> <li>▪ C : non, rien à voir. X</li> <li>▪ D : non, ce n'est pas un facteur de risque de paludisme grave. X</li> <li>▪ E : oui. ■</li> </ul>
12	<b>Réponse : A D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, vomissement = traitement en IV, gravité = artesunate. ●</li> <li>▪ B : non, gravité = traitement en IV. ●</li> <li>▪ C : non, vomissement = traitement en IV, sans gravité = quinine. ●</li> <li>▪ D : oui, en cas de choc septique, il existe de façon non rare des translocations bactériennes depuis le tube digestif responsables de bactériémie. ●</li> <li>▪ E : non, la goutte épaisse est surtout utile car elle permet de quantifier la parasitémie qui doit être indétectable après traitement. ■</li> </ul>
13	<b>Réponse : B D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il est utilisé en curatif également. ■</li> <li>▪ B : oui. ■</li> <li>▪ C : non, le traitement de P. Vivax, P. Ovale et P. Malariae est le même, c'est à dire Chloroquine PO pendant 3 jours en absence de vomissement ou signe de gravité. Dans le cas contraire, on utilise la Quinine IV. ■</li> <li>▪ D : oui, c'est un traitement délivré en ATU qui permet de traiter les hypnozoites hépatiques et donc d'empêcher les récidives. ■</li> <li>▪ E : oui. ■</li> </ul>

**Réponse : A C**

- A : oui.
- B : non, l'Artésunate est responsable d'anémie hémolytique retardée. Il faut donc surveiller l'hémoglobine jusqu'à un mois après le traitement.
- C : oui.
- D : non, ce sont les troubles neuropsychiatriques qui sont redoutés (cauchemars, dépression, suicide).
- E : non, le principal effet indésirable de la chloroquine est une rétinopathie en cas de dose cumulée (utilisée également dans le lupus). L'hypoglycémie se voit avec la quinine.

**Réponse : E**

- A : non, le concept de zones de résistance à la chloroquine est désormais abandonné.
- B : non, la première mesure à prendre est la protection antivectorielle. La chimioprophylaxie seule n'assure pas une protection totale.
- C: non, une fois par jour pendant la durée du séjour et une semaine après seulement. C'est la plus courte des chimioprophylaxies car c'est le seul traitement qui agit sur les formes hépatiques de Plasmodium (et pas seulement sur les formes érythrocytaires).
- D : non, l'Atovaquone Proguanil est le seul traitement utilisable en cas de grossesse.
- E : oui, la Méfloquine peut entraîner des troubles neuropsychologiques sévères tels qu'une dépression avec un risque suicidaire important.

## Questions isolées QCM N° 19

<b>QCM 1</b>	Parmi les continents cités ci dessous, quels sont ceux où la tuberculose est une maladie endémique?
A -	L'Europe de l'Est.
B -	L'Afrique Subsaharienne.
C -	L'Inde
D -	L'Asie du Sud Est.
E -	L'Amérique centrale.
<b>QCM 2</b>	Les facteurs de risque de contracter une tuberculose sont:
A -	L'immunodépression.
B -	La malnutrition.
C -	Un faible niveau socioéconomique.
D -	Des rapports sexuels à risque.
E -	Un âge supérieur à 50 ans.
<b>QCM 3</b>	A propos de l'histoire naturelle de la tuberculose :
A -	La transmission se fait le plus souvent par contact.
B -	La période d'incubation entre le contagé et la primo-infection tuberculeuse dure environ deux semaines.
C -	Un tiers des patients ayant un contagé tuberculeux développe une primo-infection tuberculeuse.
D -	Une période de latence de 18 à 24 mois suit la primo-infection avant l'expression de la tuberculose maladie.
E -	10% des patients développent une tuberculose maladie après primo-infection tuberculeuse.
<b>QCM 4</b>	A propos d'une primo-infection tuberculeuse patente:
A -	Elle est asymptomatique le plus souvent.
B -	Des signes généraux sont possibles, tels qu'une altération de l'état général.
C -	La radiographie thoracique est normale par définition.
D -	Une kératoconjonctivite phlycténulaire en est un signe possible.
E -	Un érythème noueux en est un signe spécifique.
<b>QCM 5</b>	Quels peuvent être les causes de faux négatifs de l>IDR?
A -	Un contagé inférieur à un an.
B -	Une infection virale ou bactérienne concomitante.
C -	Une miliary tuberculeuse.
D -	Une tuberculose maladie.
E -	Une sarcoidose.
<b>QCM 6</b>	A propos de l>IDR à la tuberculine:
A -	Sa négativité n'exclue pas une infection tuberculeuse.
B -	En cas de positivité, il signe l'infection tuberculeuse.
C -	Il met en évidence une réaction d'hypersensibilité retardée dépendante des lymphocytes T.
D -	Il se positive entre 6 et 12 semaines après le contagé.
E -	Sa sensibilité augmente en cas de tuberculose maladie.

<b>QCM 7</b>	A propos de l'IGRA:
A -	Il est influencé par le BCG.
B -	Il détecte la production d'interféron gamma.
C -	Il élimine le diagnostic si il est négatif.
D -	Il est utilisé en première intention chez les enfants de moins de 5 ans pour mettre en évidence une infection latente.
E -	Il est plus sensible que l>IDR.
<b>QCM 8</b>	Quel(s) élément(s) font partie du bilan préthérapeutique avant initiation d'un traitement anti-tuberculeux?
A -	Un bilan hépatique avant utilisation du Pyrazinamide et de l'Isoniazide.
B -	L'acide urique avant un traitement par Rifampicine.
C -	Un bilan ophtalmologique avant un traitement par Isoniazide.
D -	Un frottis du col utérin chez la femme.
E -	Un dosage de PSA chez l'homme.
<b>QCM 9</b>	A propos de la tuberculose :
A -	Il est possible de mesurer de façon quantitative le nombre de BAAR dans les BK-crachats d'un patient afin de déterminer le caractère plus ou moins bacillifère de celui-ci.
B -	La coloration de Ziehl Nielsen met en évidence le Bacille de Koch à l'examen direct de façon spécifique.
C -	Le bacille de Koch ne se cultive pas.
D -	En cas de suspicion de tuberculose et de BK crachats négatifs, on réalise une fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire en deuxième intention.
E -	La détection d'un gène RPOB muté par PCR signe une résistance à la rifampicine.
<b>QCM 10</b>	A propos de la miliaire tuberculeuse:
A -	C'est une forme rare de tuberculose maladie.
B -	Elle correspond à une dissémination bronchogène du BK.
C -	Les prélèvements respiratoires (BK-crachats, tubages gastriques) quasiment toujours positifs.
D -	Une sérologie VIH est obligatoire dans le bilan étiologique.
E -	Un bilan d'extension à la recherche d'une tuberculose neuro-méningée est nécessaire.
<b>QCM 11</b>	A propos des atteintes extrapulmonaires de la tuberculose:
A -	La tuberculose est la première cause d'insuffisance surréalienne dans le monde.
B -	La tuberculose ganglionnaire est la forme extrapulmonaire la plus fréquente.
C -	Un LCR purulent, hyperprotéinorachique, hypoglycorachique, avec mise en évidence de BAAR à l'examen direct est typique d'une forme neuroméningée.
D -	Le mal de Pott est le nom donné à la spondylodiscite tuberculeuse.
E -	L'atteinte rénale est responsable d'un syndrome néphrotique pur le plus souvent.
<b>QCM 12</b>	Les mesures d'isolement chez un patient bacillifère comprennent:
A -	Un isolement respiratoire de type « gouttelettes ».
B -	Une chambre individuelle.
C -	Le port d'un masque FFP2 par les personnes entrant dans la chambre du patient.
D -	Le port de gants et un tablier par les personnes entrant dans la chambre du patient.
E -	Elles sont obligatoires jusqu'à guérison, soit jusqu'à la fin de l'antibiothérapie.
<b>QCM 13</b>	A propos de l'augmentation des résistances du BK:
A -	Le facteur principal est la mauvaise observance du traitement.
B -	L'Inde est un des pays les plus à risque.
C -	Le BK dit « MDR » est résistant à l'isoniazide ou à la rifampicine.
D -	Le BK dit « XDR » est résistant à l'isoniazide, à la rifampicine, aux fluoroquinolones et à un traitement de deuxième ligne.
E -	Le traitement est plus long en cas de BK résistant.

<b>QCM 14</b>	<b>A propos de la tuberculose:</b>
A -	Le traitement est pris en charge à 100% par le biais de l'ALD, valable à vie.
B -	La tuberculose latente est à déclaration obligatoire.
C -	La tuberculose maladie est à déclaration obligatoire.
D -	Pour un sujet contact, un dépistage spécifique est mis en place par radiographie thoracique et IDR (ou IGRA) 8 à 12 semaines du contact.
E -	Pour un sujet contact, il n'existe pas d'indication à la mise en place d'une chimioprophylaxie primaire.
<b>QCM 15</b>	<b>Un homme de 56 ans, séropositif VIH, présente une méningite lymphocytaire avec une recherche de BK positive dans le LCR. Quels éléments feront partie du traitement du patient?</b>
A -	Une corticothérapie.
B -	Une supplémentation en vitamine K.
C -	Une supplémentation en vitamine B6.
D -	La prise en compte des interactions médicamenteuses entre la rifampicine et les antirétroviraux.
E -	Une durée de traitement de 6 mois au total.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : A B C D</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, c'est l'Amérique centrale. Europe de l'Est, Afrique subsaharienne, Asie du Sud Est et Amérique du Sud sont les quatre parties du monde où la prévalence de la tuberculose est la plus forte. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
2	<p>Réponse : A B C E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, la tuberculose n'est pas une infection sexuellement transmissible. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E: oui. Ce sont les cinq facteurs de risque d'infection tuberculeuse avec le fait d'être originaire d'un pays à forte incidence. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
3	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, la transmission est aérienne, via l'inhalation de microgouttelettes en suspension exhalées par les sujets contaminés. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, la durée d'incubation est plus longue, de un à trois mois. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, dont 70% de forme pulmonaire. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
4	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non. Par définition, la primo-infection patente est symptomatique, tandis que la primo-infection latente est asymptomatique. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non. Par définition, la radiographie thoracique est normale dans une primo-infection latente. Dans une primo-infection patente, elle peut être anormale (adénopathies médiastinales, atélectasie...) <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, l'érythème noueux peut se voir dans de nombreuses pathologies infectieuses ou inflammatoires, il n'est spécifique de rien. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
5	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, le risque de faux positif se situe dans les 12 semaines suivant le contact. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui, l&gt;IDR à la tuberculine est indiquée pour le dépistage des tuberculoses latentes. La tuberculose maladie, quelque en soit la forme clinique, s'accompagne fréquemment d'une sidération de l'immunité anti-tuberculeuse et d'une augmentation du taux de faux négatifs de l&gt;IDR. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, la sarcoidose est une des causes d'anergie tuberculinique (négativation de l&gt;IDR), tout comme les hémapathies, les cancers, la dénutrition, la chimiothérapie, la corticothérapie, l'immunodépression. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>

6	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, une infection à mycobactérie non tuberculeuse positive également l'IDR, de même que la vaccination par le BCG. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, la sensibilité diminue en cas de tuberculose maladie, d'où le risque de faux négatif. <input type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, l'IDR est influencé par le BCG, mais pas l'IGRA. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, l'interféron gamma est produit par les lymphocytes T en réponse aux mycobactéries du complexe tuberculosi. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, il existe des faux négatifs de l'IGRA, notamment en cas d'immunodépression (ex : VIH). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, l'IDR est utilisé en première intention chez l'enfant de moins de 5 ans. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, l'IGRA est plus sensible et plus spécifique que l'IDR. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, le suivi de la toxicité des anti-tuberculeux portera notamment sur leur toxicité hépatique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, c'est le pyrazinamide qui est à risque d'hyperuricémie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, c'est l'éthambutol qui est à risque de névrite optique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, rien à voir. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir. <input type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, le bactériologue quantifie le nombre de BAAR par champ et ceci permet d'avoir une estimation quantitative du caractère contagieux du patient. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, elle met en évidence les bacilles acido alcool résistants et donc les mycobactéries. De fait, elle ne permet pas de dissocier un bacille de Koch d'une mycobactérie atypique par exemple. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, la culture est possible mais longue, de 3 à 6 semaines, sur milieu spécifique de Lowenstein Jensen. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, si les BK crachats sont négatifs, on réalise des tubages gastriques en deuxième intention, puis une fibroscopie bronchique, puis une biopsie. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : A D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, la miliaire tuberculeuse correspond à 4% des tuberculoses maladiées diagnostiquées. Elle survient essentiellement chez le sujet immunodéprimé. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, elle correspond à une dissémination hémato-gène. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, la recherche du BK au niveau pulmonaire est le plus souvent négative. Du fait de la dissémination hémato-gène, on isole le plus souvent le BK dans le sang via des hémocultures à Mycobactéries (Bactec®, Isolator®). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, car le traitement est alors différent (9-12 mois au lieu de 6 et rajout d'une corticothérapie). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
11	<p><b>Réponse : A B D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, typiquement, le LCR est clair et lymphocytaire. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, à l'imagerie, on note des abcès froids paravertébraux. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, l'atteinte rénale la plus fréquente est une néphropathie interstitielle avec une leucocytaire aseptique. <input type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 20

### QCM 1 Généralités sur les hépatites virales:

- A - Le VHB est le seul virus à ADN parmi les virus des hépatites.
- B - Le VHC a la durée d'incubation la plus courte.
- C - Toutes peuvent se transmettre par voie entérale.
- D - Toutes sont à risque de forme fulminante.
- E - Toutes sont à risque de chronicité.

### QCM 2 A propos de l'hépatite A:

- A - Les formes fulminantes sont fréquentes, de l'ordre de 10%.
- B - L'infection aiguë par le VHA est un facteur de risque de carcinome hépatocellulaire.
- C - Le diagnostic d'hépatite virale A se fait par sérologie.
- D - La vaccination est recommandée pour toute la population.
- E - En l'absence de forme fulminante engageant le pronostic vital, l'évolution se fait toujours vers la guérison.

### QCM 3 A propos de l'infection par le VHB:

- A - Il n'est pas pourvoyer d'hépatite fulminante.
- B - Les nouveaux nés infectés par voie maternofoetale ont un risque de chronicité évalué à 15% environ.
- C - La majorité des sujets infectés développeront une infection chronique.
- D - La glomérulonéphrite extramembraneuse fait partie des manifestations extra-hépatiques.
- E - Le vaccin anti-VHB fait parti des vaccins obligatoires pour la population générale.

### QCM 4 A propos des résultats sérologiques de l'hépatite B:

- A - AgHbS + AcHbS - AcHbC + : Hépatite B active.
- B - AgHbS + Ac HbS + Ac.HbC - : Hépatite B active.
- C - AgHbS - AcHbS + AcHbC - : Sujet vacciné.
- D - AgHbS - AcHbS + AcHbC + : Hépatite B guérie.
- E - AgHbS - AcHbS + AcHbC + : Sujet vacciné.

QCM 5 Un homme de 56 ans est hospitalisé pour le bilan d'une infection VHB. La charge virale est à 25000UI/mL, les ALAT sont à 6N. Le score Metavir réalisé sur PBH est A3F4.

- A - Le patient est cirrhotique.
- B - La ponction biopsie hépatique n'était pas nécessaire au vu de la charge virale et des ALAT.
- C - Une abstention thérapeutique avec suivi de la charge virale et prise en charge des facteurs de risque hépatotoxiques est suffisante.
- D - Un traitement spécifique est indiqué.
- E - Le but d'un traitement spécifique serait l'éradication virale à 6 mois.

### QCM 6 Parmi les prépositions suivantes, quelle(s) est/sont la/les manifestation(s) extrahépatique(s) associée(s) à l'infection par le VHC?

- A - Une glomérulonéphrite extramembraneuse.
- B - Une cryoglobulinémie mixte
- C - Des arthralgies
- D - Un syndrome sec.
- E - Une porphyrie cutanée tardive.

12	<p><b>Réponse : B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il s'agit d'un isolement respiratoire type « air ». <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, valable pour les précautions contacts. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, jusqu'à négativation des BK crachats soit environ 15 jours le plus souvent. <input type="checkbox"/></li> </ul>
13	<p><b>Réponse : A B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le BK « MDR » est résistant à l'isoniazide ET à la rifampicine. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, c'est la définition. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
14	<p><b>Réponse : C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, l'ALD est valable deux ans seulement. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, la tuberculose latente est à déclaration obligatoire pour les enfants de moins de 15 ans seulement. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, toujours. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, il existe une indication à la chimiothérapie primaire, sans attendre la documentation de l'infection tuberculeuse latente, si le risque est important (nourrisson, enfant de moins de 2 ans, immunodéprimé). Le traitement se fait alors par bithérapie isoniazide + rifampicine pendant 3 mois ou monothérapie par isoniazide 9 mois. <input type="checkbox"/></li> </ul>
15	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, on met en place une corticothérapie en cas de tuberculose neuroméningée, péricardique et parfois en cas de miliary hypoxémiant. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, la vitamine K est utilisée chez la femme enceinte au troisième trimestre de grossesse en prévention des hémorragies maternelles et néonatales liées à la rifampicine. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, la vitamine B6 est utilisé en prévention de la neuropathie périphérique liée à l'isoniazide chez les patients à risque (VIH, femme enceinte, insuffisant rénal, neuropathe, sujet dénutris). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le schéma thérapeutique en cas d'atteinte neuroméningée est de 9 à 12 mois (contrairement au schéma thérapeutique classique qui est bien de 6 mois au total). <input type="checkbox"/></li> </ul>

<b>QCM 7</b>	A propos du traitement du VHC:
A -	Il est systématiquement indiqué en cas de manifestation extrahépatique du VHC, et ce, quel que soit le stade de fibrose hépatique.
B -	Il est fonction du génotype viral.
C -	Les antiviraux d'action directe doivent être utilisés en association pour prévenir l'apparition de résistance.
D -	Les traitements les mieux tolérés restent les interférons pégylés.
E -	La ribavirine reste le traitement le plus efficace.
<b>QCM 8</b>	A propos de la réponse virologique soutenue (RVS) dans le traitement du VHC:
A -	Elle est définie par une charge virale négative à 6 mois de traitement.
B -	Elle est définie par une charge virale négative à 8 à 12 semaines après l'arrêt du traitement selon le schéma utilisé.
C -	Elle signe l'éradication virale.
D -	La cirrhose peut régresser après RVS.
E -	Avec les nouveaux traitements du VHC, la RVS est atteinte dans 90-95% des cas.
<b>QCM 9</b>	Quelle(s) est/sont la/les indications du traitement antiviral lors d'une hépatite aiguë?
A -	Hépatite fulminante liée au VHA.
B -	Hépatite aiguë sans signe de gravité liée au VHB.
C -	Hépatite fulminante liée au VHB.
D -	Hépatite aiguë sans signe de gravité liée au VHC.
E -	Hépatite fulminante liée au VHE.
<b>QCM 10</b>	Concernant la définition d'une hépatite fulminante, quelle proposition est vraie ?
A -	Une hépatite fulminante se définit comme la chute du TP < 50% durant une hépatite aiguë.
B -	Une hépatite fulminante se définit comme la survenue d'une encéphalopathie hépatique dans les 2 semaines qui suivent l'apparition de l'ictère.
C -	Une hépatite fulminante se définit comme la survenue d'une cytolysse > 100 N durant une hépatite aiguë.
D -	Une hépatite fulminante se définit comme la survenue d'un syndrome hémorragique engageant le pronostic vital dans les 2 semaines qui suivent le diagnostic d'hépatite aiguë.
E -	Une hépatite fulminante se définit comme la survenue d'une hypertension portale réfractaire au traitement médical dans les 2 semaines qui suivent le diagnostic d'hépatite aiguë.
<b>QCM 11</b>	Parmi les hépatites virales, quelle(s) est/sont celle(s) qui est/sont dépisté(es) lors du don du sang?
A -	VHA.
B -	VHB.
C -	VHC.
D -	VHD.
E -	VHE.
<b>QCM 12</b>	A propos du risque de cancer lors de l'infection par une hépatite virale:
A -	Le VHB est un virus oncogène.
B -	Le VHC est un virus oncogène.
C -	En cas d'infection VHB, le risque de carcinome hépatocellulaire apparaît à partir du stade de cirrhose.
D -	En cas d'infection VHC, le risque de carcinome hépatocellulaire apparaît à partir du stade de cirrhose.
E -	La co-infection VIH / VHC augmente le risque de cancer hépatocellulaire.

<b>QCM 13</b>	<b>A propos de la prévention de la transmission des virus des hépatites:</b>
A -	La lutte contre le péril fécal diminue la transmission du VHE.
B -	La protection lors d'un rapport sexuel prévient la transmission du VHA.
C -	L'utilisation de matériel d'injection stérile diminue la transmission du VHC.
D -	La bonne cuisson de la viande prévient la transmission du VHB.
E -	La vaccination contre le VHC en diminue sa transmission.
<b>QCM 14</b>	<b>Parmi les situations suivantes, quelle(s) est/sont celle(s) qui est/sont à déclaration obligatoire?</b>
A -	Hépatite aiguë A.
B -	Hépatite aiguë B.
C -	Hépatite chronique B.
D -	Hépatite chronique C.
E -	Hépatite aiguë E.
<b>QCM 15</b>	<b>Parmi les virus suivants, lequel/lesquels est/sont potentiellement responsables d'une cytolysé hépatique ?</b>
A -	CMV.
B -	VIH.
C -	VZV.
D -	Flavivirus.
E -	JC virus.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES <input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : A</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. Autrement, les virus types herpesviridae, également pourvoeureurs d'hépatites sont également des virus à ADN (ex : CMV, VZV, HSV). <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, la durée d'incubation des hépatites est longue. Le VHA et le VHE sont responsables d'hépatite aigüe et ont la durée d'incubation la plus courte (moins d'un mois). Le VHB est le virus à l'incubation la plus longue. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, seules VHA et VHE se transmettent par voie entérale. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, VHC ne donne pas de forme fulminante. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, VHA n'est responsable que de forme aiguë. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
2	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, les formes fulminantes sont rares (5/1000 environ) mais graves. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, seuls les virus pourvoeureurs d'hépatite chronique le sont. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, la vaccination n'est recommandée que chez les voyageurs à risque, les militaires, les travailleurs en crèche, en institution ou de l'industrie alimentaire. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, pas de chronicisation. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
3	<p>Réponse : D E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, environ 1% des sujets infectés développeront une hépatite fulminante. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, 90% des nouveaux nés infectés par voie maternofoetale développeront une infection chronique (soit l'extrême majorité). <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, 10% des personnes infectées développeront une infection chronique. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. L'autre manifestation extrahépatique possible est une panartérite noueuse. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, depuis janvier 2018, le vaccin contre l'hépatite B est devenu obligatoire. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
4	<p>Réponse : A C D</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, ce profil sérologique n'existe pas. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui. L'Ac anti-HbC négatif signifie qu'il n'y a jamais eu de contact avec le virus, cependant le patient est immunisé car l'Ac anti-HbS est positif. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. L'absence d'AgHbS signifie que l'hépatite B n'est pas active. La présence d'Ac anti-HbS et HbC signifie qu'il y a eu contact avec le virus et qu'il existe une immunité vis à vis de celui-ci. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non. L'Ac anti-BhC positif signifie qu'il y a eu un contact avec le virus. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
5	<p>Réponse : A B D</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui, au vu du score Metavir qui va de A0 à A4 et de F0 à F4. Même si on ne connaît pas le score sur le bout des doigts, on peut dire que l'atteinte est avancée. Rappeler que le stade F4 est la cirrhose. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui, une charge virale &gt;20000 UI/mL et des ALAT &gt;2N permettent de surcroit à la PBH, l'atteinte hépatique étant fortement probable (&gt;90% des patients ayant ces deux critères ont une fibrose significative), l'étude histologique n'est donc pas nécessaire. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, l'atteinte est avancée, un traitement spécifique est nécessaire. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, l'éradication virale est impossible avec les traitements actuels. L'objectif principal est de contrôler la réPLICATION virale en attendant la séroconversion. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>

6	<p><b>Réponse : B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, manifestation plutôt typique du VHB. L'atteinte rénale du VHC est plutôt une glomérulonéphrite membranoproliférative (traduction anatomo-pathologique du rein de cryoglobulinémie). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : A B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, les principales indications du traitement du VHC sont: hépatite aiguë, fibrose supérieure ou égale à F2, ou manifestations extrahépatiques. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, ce sont les nouveaux traitements qui ont révolutionnés la prise en charge de l'hépatite C et donnent un espoir de guérison qui n'existe pas avec les interférons et la ribavirine. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la tolérance de l'interféron est médiocre (syndrome pseudogrippal, syndrome dépressif, asthénie, dysthyroidie, cytopénie...) <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, les antiviraux directs sont désormais les traitements les plus efficaces avec une RVS&gt;95%. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il n'y a pas de traitement spécifique, mais on peut discuter la transplantation. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, seulement en cas de forme fulminante. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, car grâce aux nouveaux traitements de l'hépatite C, elle peut être guérie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, pas de traitement spécifique, mais on peut discuter la transplantation. <input type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, définition d'une hépatite grave. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
11	<p><b>Réponse : B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

12	<p><b>Réponse : A D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est à dire que l'infection par VHB est, à elle seule, un facteur de risque de carcinome hépatocellulaire (CHC). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, c'est parce que le VHC induit une cirrhose hépatique qu'il y a un risque de CHC (autrement dit, le VHC augmente le risque de CHC qu'à partir du stade de cirrhose, comme toute cirrhose, quelle qu'en soit l'étiologie). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, l'infection chronique par VHB augmente le risque de CHC même avant le stade de cirrhose. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<p><b>Réponse : A C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, la lutte contre le péril fécal prévient les hépatites A et E. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, elle prévient surtout les hépatites B et D qui se transmettent par voie sexuelle. L'hépatite A peut se transmettre lors de rapport oro-anaux, mais le préservatif n'aidera pas beaucoup... <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, la transmission parentérale est possible pour tous les virus à hépatite mais particulièrement pour le VHC, VHB et VHD. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la viande de porc et de sanglier mal cuite est à risque de transmission de l'hépatite E. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le vaccin contre l'hépatite C n'existe pas. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<p><b>Réponse : A B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. Ce sont les seules situations à déclaration obligatoire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. X</li> <li>▪ D : non. X</li> <li>▪ E : non. X</li> </ul>
15	<p><b>Réponse : A B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, virus de la dengue. Ce sont les virus potentiellement responsables d'hépatite aiguë. On peut rajouter les virus des fièvres hémorragiques, HSV et EBV. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, c'est le virus responsable de la LEMP chez l'immunodéprimé, à tropisme cérébral uniquement. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

# Questions isolées QCM N° 21

<b>QCM 1</b>	A propos de la maladie de Lyme:
A -	La phase primaire est caractérisée par un érythème migrant douloureux, parfois prurigineux.
B -	Le risque de transmission augmente avec le temps pendant lequel la tique est laissée en place.
C -	Une sérologie Lyme est systématique après une piqûre de tique.
D -	Durant la phase primaire, le diagnostic est sérologique.
E -	La phase primaire est systématique dans le déclenchement de la maladie.
<b>QCM 2</b>	Devant un TPHA positif associé à un VDRL négatif, on peut évoquer:
A -	Une tréponématose non vénérienne endémique d'Afrique comme le Pian.
B -	Une cicatrice sérologique.
C -	Un syndrome des antiphospholipides.
D -	Une syphilis précoce.
E -	Une endocardite.
<b>QCM 3</b>	A propos des antibiotiques utilisés dans les pneumopathies communautaires:
A -	Les fluoroquinolones sont les antibiotiques de première intention dans les pneumopathies d'inhalation.
B -	On utilise les macrolides en cas de légionellose.
C -	On utilise l'association Amoxicilline -Acide clavulanique dans les pneumopathies post-grippale.
D -	Le mycoplasme est sensible à l'Amoxicilline.
E -	Le pneumocoque est sensible à la Lévofloxacine.
<b>QCM 4</b>	On recherche une infection tuberculeuse latente de façon systématique chez :
A -	Les personnels de santé.
B -	Les cas contacts d'un patient atteint de tuberculose maladie.
C -	Les migrants récents de moins de 15 ans.
D -	Les patients VIH.
E -	Avant la mise en place d'un traitement par anti-TNF alpha.
<b>QCM 5</b>	A propos de la cysticercose:
A -	La radiographie des parties molles retrouve des calcifications musculaires.
B -	La radiographie thoracique retrouve des cavernes.
C -	Le scanner cérébral peut retrouver des calcifications intracérébrales.
D -	Le traitement entraîne une lyse parasitaire.
E -	Le Praziquantel est le traitement de première intention.
<b>QCM 6</b>	Quelle(s) est/sont la/les cause(s) de syndrome mononucléosique?
A -	Primo-infection VIH.
B -	Primo-infection EBV.
C -	Primo-infection CMV.
D -	Toxoplasmose.
E -	Primo-infection VZV.

<b>QCM 7</b>	Parmi les vaccins suivants, lequel/lesquels sont des vaccins vivants?
A -	Le DTP.
B -	Le ROR.
C -	Le vaccin contre l'hépatite A.
D -	Le vaccin contre l'hépatite B.
E -	Le vaccin contre la grippe.
<b>QCM 8</b>	A propos de la grippe:
A -	Le virus responsable est <i>Haemophilus influenzae</i> .
B -	La durée d'incubation est d'une semaine.
C -	La transmission est directe par voie aérienne via des gouttelettes.
D -	La grippe maligne primaire est une complication rare due à une surinfection bactérienne.
E -	Le réseau Sentinel est un réseau de médecins généralistes permettant un suivi épidémiologique de terrain des maladies transmissibles.
<b>QCM 9</b>	Quel(s) est/sont le(s) signe(s) clinique(s) en faveur du diagnostic d'oreillons?
A -	Un visage piriforme.
B -	La turgescence du canal de Wharton.
C -	Une tuméfaction parotidienne comblant le sillon rétromaxillaire.
D -	L'association à une orchite.
E -	Une otite séromuqueuse bilatérale.
<b>QCM 10</b>	A propos de la place des anticoagulants dans l'endocardite infectieuse:
A -	Les anticoagulants à dose curative sont indiqués dès le diagnostic d'endocardite suspecté.
B -	Les anticoagulants à dose iso-coagulante ne sont pas contre indiqués.
C -	Si l'endocardite survient chez un patient porteur de valve mécanique, déjà anticoagulé, l'anticoagulation à dose curative doit être poursuivie.
D -	Les anticoagulants à dose curative sont formellement contre indiqués chez un patient atteint d'endocardite infectieuse.
E -	Les antiagrégants sont formellement contre indiqués chez un patient atteint d'endocardite infectieuse.
<b>QCM 11</b>	A propos des infections urinaires (IU) sur sonde:
A -	Elles sont dépistées par la bandelette urinaire.
B -	En l'absence de signes cliniques, les bactériuries doivent être traitées systématiquement du fait du risque de complication.
C -	La totalité des porteurs d'une sonde vésicale présentent une leucocyturie.
D -	La fièvre est le principal symptôme d'une IU sur sonde.
E -	En cas d'infection confirmée, la sonde doit être laissée en place durant toute la durée du traitement antibiotique.
<b>QCM 12</b>	A propos de la prévention des infections opportunistes chez le patient VIH:
A -	Le dépistage de la tuberculose latente est systématique.
B -	Le Cotrimoxazole est utilisé en prévention primaire contre la pneumocystose en cas de CD4<200.
C -	Le Cotrimoxazole est utilisé en prévention primaire contre la toxoplasmose cérébrale en cas de CD4<100 et une sérologie toxoplasmose positive en IgG.
D -	Une PCR CMV doit être réalisée régulièrement en cas de CD4<100 et de sérologie CMV négative.
E -	En cas d'antécédent de rétinite à CMV, le Valganciclovir est maintenu en prévention secondaire jusqu'à ce que les CD4 soient supérieurs à 100 pendant au moins 3 mois.

<b>QCM 13</b>	Quelle(s) est/sont la/les lésions typiques de gale?
A -	Des nodules scabieux.
B -	Des sillons épidermiques.
C -	Un érythème en carte de géographie.
D -	Des vésicules ombiliquées en leur centre.
E -	Une ulcération génitale propre à fond induré.
<b>QCM 14</b>	A propos de la colite à Clostridium difficile:
A -	Le diagnostic se fait par la mise en évidence de la bactérie dans les selles par coproculture.
B -	La confirmation du caractère toxinogène de C. difficile est nécessaire pour confirmer le diagnostic.
C -	La recherche de toxine est réalisée systématiquement sur les coprocultures standards.
D -	Elle doit être recherchée en cas de diarrhée survenant suite à une antibiothérapie récente, soit inférieure à 3 mois.
E -	Le traitement peut se faire par Métronidazole ou Vancomycine par voie orale.
<b>QCM 15</b>	A propos des macrolides et apparentés:
A -	Les macrolides sont des inhibiteurs enzymatiques.
B -	Il existe une résistance croisée entre macrolides, lincosamides et streptogramines épargnant les kétolides.
C -	Une souche résistante aux macrolides ne peut pas être traitée par un lincosamide même si elle lui est sensible <i>in vitro</i> .
D -	Ce sont des antibiotiques bactéricides temps-dépendant.
E -	Un effet indésirable commun est l'allongement du QT.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES Connaissances, D Déduction, Arg Fréquence, Formulation, X Éliminer les incorrectes, 1ère idée
1	<p><b>Réponse : B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. Ni douloureux ni prurigineux, l'érythème migrant est centré sur la piqûre, d'extension centrifuge. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, et le risque est maximum à 48h. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, la sérologie est nécessaire si il existe des symptômes d'érythème migrant est que celui ci est atypique. En cas d'érythème migrant typique elle ne DOIT PAS être réalisée, l'érythème migrant étant pathognomonique et la sérologie imparfaitement sensible et spécifique avec risque de faux négatif. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le diagnostic est clinique si l'érythème est typique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, l'érythème migrant est non obligatoire (environ 70% des cas) et peu passer inaperçu, il correspond à la multiplication de la bactérie dans le derme. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
2	<p><b>Réponse : A B D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, d'autres exemples de tréponématose endémique: le pinta, le bejer. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, on évoque le SAPL en cas de faux positif du VDRL. X</li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, une endocardite peut être responsable d'une fausse positivité du VDRL. X</li> </ul>
3	<p><b>Réponse : B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, on utilise l'Amoxicilline-Acide clavulanique ou l'association C3G injectable + Métronidazole en première intention. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, une pneumopathie trainante chez un sujet jeune résistante à l'Amoxicilline doit faire mettre en place un macrolide pour cibler les germes atypiques comme le mycoplasme. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, la Lévofoxacine est une fluoroquinolone modifiée pour agir contre la pneumocoque. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
4	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
5	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est un des premiers examens à demander en cas de suspicion diagnostique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, en règle générale, la cysticercose n'atteint pas le poumon. Les cavernes sont caractéristiques de lésions tuberculeuses. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, dans les neurocysticercoses, causes fréquentes de crises d'épilepsie dans les pays endémiques. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, le parasite en cause est T. Solium. Dans les neurocysticercoses, une corticothérapie en début de traitement permet de diminuer la réponse inflammatoire en lien avec la lyse parasitaire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, le Praziquantel est utilisé dans les formes « classiques » intestinales d'infection à ténia. Dans la cysticercose, il est contre indiqué dans les formes oculaires. On utilise plutôt l'Albendazole PO. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

6	<p><b>Réponse : A B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, toujours y penser. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, c'est l'étiologie la plus fréquente. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. Ce sont les 4 causes infectieuses les plus fréquentes. D'autres étiologies doivent être évoquées, notamment le DRESS syndrome (allergie médicamenteuse), la leucémie aigüe (par erreur de laboratoire et confusion entre blastes et lymphocytes activés). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. Les autres vaccins vivants, contre indiqués chez les immudéprimés et les femmes enceintes, sont les vaccins contre: VZV, fièvre jaune, rotavirus, BCG. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, l'<i>haemophilus</i> est une bactérie. Le virus responsable est le myxovirus influenzae, virus de la famille des orthomyxoviridae. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, l'incubation est courte de 1 à 3 jours. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la grippe maligne primaire est une forme rare et grave de grippe, correspondant à un tableau de pneumopathie alvéolointerstitielle évoluant vers un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA). La pneumopathie bactérienne secondaire post-influenza est une autre complication, bien plus fréquente, apparaissant après une amélioration initiale des symptômes et due à une surinfection bactérienne. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, il n'est pas spécifique de la grippe. <input type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, du canal de Sténon. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il n'y a pas d'indication à débuter un traitement anticoagulant en cas d'endocardite infectieuse, d'autant plus que ceux-ci augmentent le risque d'hémorragie cérébrale en cas d'anévrisme mycotique et de ramollissement hémorragique en cas d'AVC ischémiques sur emboles septiques. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. Sauf en cas d'hémorragie cérébrale, les anticoagulants peuvent être continués si ils sont indispensables (prothèse valvulaire mécanique, fibrillation auriculaire par exemple). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. Tous les facteurs sont à prendre en compte. En effet, chez un patient sans complication hémorragique avec pose d'une prothèse mécanique mitrale récente (donc à très haut risque thrombogène), le bénéfice de l'anticoagulation (prévention de la thrombose aiguë de prothèse) est supérieur au risque. A l'inverse, en cas de survenue d'une hémorragie importante, le bénéfice est à l'arrêt de l'anticoagulation. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 22

### QCM 1 | Le vaccin BCG:

- A - Est obligatoire chez les enfants de 1 à 15 ans si un des parents est originaire d'un pays endémique.
- B - Est obligatoire chez les enfants de 1 à 15 ans résidant en île de france.
- C - Est contre indiqué chez l'immunodéprimé.
- D - Protège contre 90% des tuberculoses pulmonaires.
- E - Nécessite un contrôle de l>IDR systématique après vaccination.

### QCM 2 | A propos de la méningoencéphalite à HSV:

- A - C'est une urgence thérapeutique.
- B - L'IRM cérébrale peut mettre en évidence des hypersignaux T2/Fair au niveau temporal interne.
- C - Une PCR HSV négative dans le LCR élimine le diagnostic.
- D - Le LCR est le plus souvent purulent.
- E - Le traitement est Aciclovir IV pendant 21 jours.

### QCM 3 | Quel(s) est/sont le(s) signe(s) IRM d'une spondylospondylite?

- A - Hypersignal T2 discal.
- B - Hyposignal T2 des vertèbres adjacentes.
- C - Absence de prise de contraste.
- D - Hypersignal T1 discal.
- E - Epaissement des parties molles intracanalaire.

### QCM 4 | A propos de la fièvre jaune:

- A - Le réservoir est le moustique.
- B - Le vecteur est le singe.
- C - C'est une arbovirose.
- D - La vaccination est obligatoire avant un voyage en Amérique du Sud.
- E - Le traitement est symptomatique.

### QCM 5 | A propos du tétanos:

- A - Le vaccin anti-tétanique fait parti des vaccins obligatoires.
- B - C'est une maladie à déclaration obligatoire.
- C - C'est une maladie immunisante.
- D - Toute effraction cutanée-muqueuse est à risque de tétanos.
- E - Un trismus indolore sans fièvre est un des premiers signes de la maladie.

### QCM 6 | Quelle(s) est/sont la/les définition(s) du choc septique?

- A - Un sepsis grave avec hypotension artérielle.
- B - Un sepsis grave avec hypotension artérielle persistante malgré un remplissage vasculaire adéquat.
- C - Un sepsis grave avec des signes d'hypoperfusion.
- D - Un sepsis grave nécessitant l'utilisation de drogues vasopressives.
- E - Un sepsis grave associé à une souffrance d'organe.

11	<p><b>Réponse : C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la BU n'a aucun intérêt chez les patients sondés, elle est toujours positive. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, tous les patients sondés sont bactériuriques du fait de la colonisation de la sonde. Il n'y a aucun intérêt à traiter en l'absence de signe clinique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, la leucocyturie provient de l'inflammation liée à la présence de la sonde. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. Les signes fonctionnels urinaires comme les brûlures mictionnelles n'ont aucune valeur. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, la sonde doit être retirée ou changée à 48h d'antibiothérapie. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
12	<p><b>Réponse : A B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. En cas de sérologie négative, les règles hygiénodiététiques sont suffisantes avec une surveillance annuelle de la sérologie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, c'est si la sérologie est positive que le suivi de la PCR doit être fait. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<p><b>Réponse : A B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. Typiquement sillons épidermiques, vésicules perlées et nodules scabieux sont localisés au niveau des zones de prurit. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, rien à voir, lésion caractéristique de l'érythème du parvovirus B19. La gale n'est pas responsable d'un érythème (sauf lésions de grattage). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, rien à voir, lésion caractéristique des vésicules herpétiques, notamment dans le syndrome de Kaposi Juliusberg. La gale est responsable de vésicules perlées. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, rien à voir, lésion caractéristique du chancre syphilitique. La gale n'est pas responsable d'ulcération. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<p><b>Réponse : B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la présence du clostridium ne suffit pas (commensale du colon chez certains sujets sains), il faut mettre en évidence la présence de toxine pour confirmer l'effet pathogène. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, la recherche de toxine nécessite la réalisation de PCR ou de techniques spécifiques qu'il faut préciser dans la demande. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, le Métronidazole est utilisé en première intention. A noter que c'est la seule indication de la Vancomycine per os. La Fidaxomicine (Dificlir®) peut être utilisée en cas d'échec d'une des molécules précédentes (plus efficace, mais beaucoup plus chère). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<p><b>Réponse : A B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, il faut donc se méfier des interactions médicamenteuses. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, il s'agit du spectre « MLS ». Le même mécanisme de résistance des bactéries aux antibiotiques est actif sur les apparentés. Autrement dit, quand les bactéries ont acquis une résistance à l'un des apparentés, l'autre n'est plus utilisable non plus. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, ce sont des antibiotiques bactériostatiques. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, seuls les macrolides allongent le QT. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

<b>QCM 7</b>	Lors d'une diarrhée aigue fébrile:
A -	La réalisation d'un examen parasitologique des selles est indiquée systématiquement.
B -	La réalisation d'une coproculture est indiquée à titre systématique.
C -	Le lopéramide est le premier traitement symptomatique à utiliser.
D -	Le Clostridium difficile doit être recherché en cas de diarrhée fébrile survenant lors d'un traitement antibiotique.
E -	La réhydratation est un des premiers principes du traitement.
<b>QCM 8</b>	A propos de la prise en charge d'une neutropénie fébrile:
A -	C'est une urgence thérapeutique.
B -	L'hospitalisation est systématique.
C -	Une neutropénie fébrile, non profonde, de durée prévisible inférieure à 7 jours sans signe de gravité peut être traitée par Amoxicilline-Acide clavulanique et Ciprofloxacine par voie orale, à domicile.
D -	Une neutropénie fébrile profonde de durée prévisible supérieure à 7 jours est traitée en hospitalisation par bétalactamine à activité anti-pseudomonas associée à un aminoside en cas de signe de gravité.
E -	Le traitement d'une neutropénie fébrile profonde de durée prévisible supérieure à 7 jours chez un patient porteur d'un cathéter veineux central doit comprendre un glycopeptide.
<b>QCM 9</b>	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est/sont la/les cause(s) d'hyperéosinophilie?
A -	L'atopie.
B -	Les médicaments.
C -	Les helminthoses cosmopolites comme la toxocarose.
D -	Les helminthoses tropicales comme la trichinellose.
E -	La maladie de Churg et Strauss.
<b>QCM 10</b>	Quelle(s) est/sont l'antibiothérapie de première intention d'une péritonite aiguë communautaire sans signe de gravité ?
A -	Amoxicilline-Acide clavulanique seul.
B -	Amoxicilline-Acide clavulanique associé à la gentamicine.
C -	C3G intraveineuse associée au métronidazole.
D -	Lévcloxacine associée au Métronidazole.
E -	Pipéracilline-Tazobatam associé à la gentamicine.
<b>QCM 11</b>	A propos de la maladie de Lyme:
A -	Le traitement de la phase primaire est le même que celui de la phase secondaire.
B -	Le diagnostic de certitude se fait par la culture.
C -	Le traitement de la phase secondaire est le même que celui de la phase tertiaire.
D -	La phase tertiaire est probablement médiée par un mécanisme immunologique avec dépôt de complexe immunitaire.
E -	L'antibioprophylaxie est systématique en cas de piqûre de tique.
<b>QCM 12</b>	Quel(s) est/sont la/les caractéristique(s) d'une toux de coqueluche?
A -	Une toux fébrile.
B -	Des quintes de toux paroxystiques avec examen clinique normal en inter-critique.
C -	Une toux qui vomit.
D -	Une toux volontiers prolongée.
E -	Une toux à prédominance nocturne.

**QCM 13 | A propos des généralités sur les vaccins:**

- A - Le délai d'efficacité de la plupart des vaccins est d'environ 15 jours.
- B - Il est obligatoire d'attendre 1 mois entre l'administration de 2 vaccins vivants atténusés.
- C - Les vaccins vivants atténusés ont une immunogénicité plus forte que les vaccins inertes.
- D - Les vaccins non conjugués permettent d'éliminer le portage de leur cible.
- E - La voie intramusculaire est généralement plus efficace que la voie sous-cutanée.

**QCM 14 | A propos de la Leishmaniose:**

- A - La forme cutanée se caractérise par une papule infiltrée ulcérée et se traite par un traitement local.
- B - Le traitement de la forme viscérale est l'amphotéricine B liposomale.
- C - La forme viscérale est responsable d'une hypogammaglobulinémie.
- D - La forme viscérale peut se présenter comme une hémopathie maligne
- E - Le diagnostic de la forme viscérale se fait par la mise en évidence du parasite au niveau médullaire ou sanguin.

**QCM 15 | A propos des pneumopathies acquises sur ventilation mécanique (PAVM):**

- A - Par définition, elles surviennent 7 jours après intubation.
- B - Le Pneumocoque est le germe le plus fréquent.
- C - La contamination se fait par des microinhalations.
- D - Deux clichés radiologiques sont nécessaires pour poser le diagnostic en cas de cardiopathie sous jacente.
- E - Le traitement antibiotique en cas de PAVM non sévère de survenue tardive doit inclure un antibiotique antistaphylococcique.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les Incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée
1	Réponse : C • A : non, recommandé et non obligatoire. <input checked="" type="checkbox"/> • B : non, recommandé et non obligatoire. <input checked="" type="checkbox"/> • C : oui car il existe un risque de BCGite généralisée. <input checked="" type="checkbox"/> • D : non, il protège contre 90% des tuberculoses neuromeningées et 70% des tuberculoses miliaires et 50% des tuberculoses pulmonaires. <input checked="" type="checkbox"/> • E : non, inutile. <input checked="" type="checkbox"/>
2	Réponse : A B E • A : oui. <input checked="" type="checkbox"/> • B : oui, atteinte hippocampique caractéristique, également visualisée par l'EEG (ondes lentes). <input checked="" type="checkbox"/> • C : non, nouvelle PL à J3-J4 si forte suspicion clinique. Le diagnostic pourra être infirmé si deux PCR sont négatives à 72-96h d'intervalle. <input checked="" type="checkbox"/> • D : non. <input checked="" type="checkbox"/> • E : oui. <input checked="" type="checkbox"/>
3	Réponse : A E • A : oui. Retenir que globalement (résumé grossier): tout ce qui est inflammatoire est oedématisé donc contient de l'eau (d'où l'hypersignal T2 et l'hyposignal T1) et est hypervascularisé donc prend le contraste après injection de gadolinium. <input checked="" type="checkbox"/> • B : non, c'est un hypersignal T2. <input checked="" type="checkbox"/> • C : non. <input checked="" type="checkbox"/> • D : non, c'est un hyposignal T1. <input checked="" type="checkbox"/> • E : oui, c'est la définition d'une épidurite. <input checked="" type="checkbox"/>
4	Réponse : C D E • A : non, c'est le vecteur (moustique du genre Aedes). <input checked="" type="checkbox"/> • B : non, c'est le réservoir. <input checked="" type="checkbox"/> • C : oui. <input checked="" type="checkbox"/> • D : oui. <input checked="" type="checkbox"/> • E : oui. <input checked="" type="checkbox"/>
5	Réponse : A B D E • A : oui. <input checked="" type="checkbox"/> • B : oui. <input checked="" type="checkbox"/> • C : non, la maladie n'est pas une maladie immunisante, ce qui signifie qu'il est nécessaire de vacciner les patients au décours de la maladie. <input checked="" type="checkbox"/> • D : oui. <input checked="" type="checkbox"/> • E : oui. <input checked="" type="checkbox"/>

6	<p><b>Réponse : B D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : Non. <input checked="" type="checkbox"/> La définition du choc septique est: un sepsis grave associé à une hypotension persistante           <ul style="list-style-type: none"> <li>- malgré un remplissage vasculaire adéquat,</li> <li>- donc avec nécessité d'utiliser des drogues vasopressives (Noradrénaline). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il est réalisé seulement chez l'immunodéprimé ou après un séjour en zone d'endémie parasitaire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. Les indications de la coproculture sont: la diarrhée fébrile, la TIAC fébrile, la diarrhée au retour de voyage, des signes de gravité, la diarrhée de l'immunodéprimé. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le Lopéramide est contre indiqué car c'est un ralentisseur de transit. Il est préférable d'utiliser des antisécrétaires comme le Racécadotril. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : A C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. L'antibiothérapie est donc urgente, probabiliste, large spectre. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, c'est le seul cas où elle peut être traitée à domicile, à condition d'une surveillance clinique étroite. La durée de la neutropénie est prévisible selon le type de chimiothérapie et de la néoplasie sous-jacente. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui.</li> </ul> <p><u>Globalement, pour une neutropénie fébrile de durée prévisible &gt; 7 jours:</u> <input checked="" type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en l'absence de signe de gravité: bétalactamine large spectre à action anti pyocyanique.</li> <li>- en présence de facteur de risque de BGN multirésistant (colonisation) ou de signe de gravité: ajouter un aminoside.</li> <li>- en présence de facteur de risque de SARM (porte d'entrée cutanée, cathéter veineux central) ou de signe de gravité: ajouter un glycopeptide (vancomycine).</li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est le premier diagnostic à évoquer. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, c'est un diagnostic d'élimination. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. La toxocarose, ou syndrome de larva migrans viscérale, est une infection asymptomatique associée à une hyperéosinophilie marquée, ondulante. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la trichinellose est une infection cosmopolite survenant en France après ingestion de viande de porc, de cheval ou de sanglier, associée à une fièvre, des myalgies, un oedème du visage et une hyperéosinophilie marquée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, c'est une vascularite hyperéosinophilique. Les autres étiologies sont les cancers solides, les hémopathies et d'autres maladies de système (maladie des embolies de cholestérol, maladie de Crohn, aspergillose...). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, pas d'indication en probabiliste du fait du risque trop important de résistance des entérobactéries. L'ajout de l'aminoside (résistances des entérobactéries très rares) permet de couvrir ces résistances. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, c'est une possibilité. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, c'est une possibilité. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, mais c'est une alternative en cas d'allergie. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, cette association est utilisée en cas de signe de gravité seulement. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

	<b>Réponse : C D</b>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, Amoxicilline ou Doxycycline pendant 14 à 21 jours pour la phase primaire, Ceftraxone ou Doxycycline 21 à 28 jours pour la phase secondaire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, les spirochètes ne poussent pas en culture. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, seulement si symptomatique. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
12	<b>Réponse : B C D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la coqueluche n'est pas fébrile. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<b>Réponse : A C E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, deux vaccins vivants atténués peuvent être administrés simultanément. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, les vaccins <u>conjugués</u> éliminent le portage et préviennent les infections invasives. Les vaccins non conjugués ne font que prévenir les infections invasives. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<b>Réponse : A B D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, traitement par cryothérapie, évolution spontanément favorable. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, c'est une hypergammaglobulinémie polyclonale. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, avec pancytopenie, hépatosplénomégalie et adénopathies. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, plusieurs techniques sont possibles, mais on a le plus souvent recours à la PCR, notamment pour le diagnostic d'espèce. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<b>Réponse : C D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, par définition, le délai est de 48h après intubation. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, le germe le plus fréquent est le Pseudomonas (25% des cas) sans compter les cas plurimicrobiens (35% des cas). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. Le diagnostic nécessite: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 cliché radiologique 2 (en cas de cardiopathie ou de maladie bronchopulmonaire sous jacente) en faveur du diagnostic de pneumonie</li> <li>- un signe parmi: une fièvre &gt;38° ou une hyperleucocytose</li> <li>- et au moins un signe parmi: la modification des sécrétions respiratoires, une toux ou une dyspnée, une auscultation évocatrice ou une désaturation. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul> </li> <li>▪ E : oui, le traitement diffère selon le délai de survenue de la PAVM, les facteurs de risque de BMR et la sévérité du tableau clinique. L'antibiothérapie d'une PAVM tardive (&gt;5 jours) doit viser le staphylocoque. L'antibiothérapie d'une PAVM sévère ou tardive doit viser le Pseudomonas. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

# Questions isolées QCM - N° 23

<b>QCM 1</b>	<b>Quel(s) est/sont le(s) germe(s) fréquemment rencontré(s) dans les pneumopathies communautaires graves?</b>
A -	SARM.
B -	Streptococcus pneumoniae
C -	Legionella pneumophila
D -	Coxiella Burnetti.
E -	Escherichia coli BLSE.
<b>QCM 2</b>	<b>A propos de la prévention contre la rage:</b>
A -	Une morsure de chauve souris sauvage est à risque élevé de transmission et nécessite toujours une vaccination curative au décours.
B -	La vaccination préventive épargne la vaccination curative post exposition.
C -	En cas de morsure de chien en France, même si l'animal n'est pas disponible pour la surveillance, on ne vaccine pas en post exposition.
D -	La vaccination préventive peut être faite par tout médecin.
E -	La vaccination curative peut être faite par tout médecin.
<b>QCM 3</b>	<b>Quelle(s) peut/peuvent être le(s) complication(s) locale(s) de l'infection à gonocoque et chlamydia:</b>
A -	Une oligoasthénoteratospermie secondaire.
B -	Une prostatite aigue.
C -	Une bartholinité.
D -	Une endométrite.
E -	Une chorioamniotite.
<b>QCM 4</b>	<b>Parmi les examens suivants, quels sont ceux qui seront réalisés à titre systématique chez un patient présentant une méningite à pneumocoque:</b>
A -	Un examen ORL complet
B -	Une électrophorèse des protéines plasmatiques.
C -	Une sérologie VIH
D -	Un scanner thoracique.
E -	Un scanner cérébral.
<b>QCM 5</b>	<b>Parmi les parasitoses suivantes, laquelle/lesquelles n'est/ne sont pas liée(s) au péril fécal?</b>
A -	L'ascaribose.
B -	L'ameobose.
C -	La leishmaniose.
D -	La trichomonose.
E -	La trypanosomiase.
<b>QCM 6</b>	<b>A propos des Inhibiteurs de la neuraminidase:</b>
A -	En curatif, ils doivent être débutés dans les 48h suivant le début des symptômes.
B -	En curatif, ils doivent être débutés dans les 48h suivant le contage.
C -	L'Oseltamivir est administré par voie orale et le Zanamivir par voie inhalée.
D -	Ils sont utilisés comme vaccin viral inactivé par voie intramusculaire.
E -	Ils peuvent être utilisés en prophylaxie pré et post exposition chez les sujets à risque.

**QCM 7 A propos du virus de l'hépatite D (VHD):**

- A - Il utilise l'enveloppe du VHB pour se répliquer.
- B - Il augmente le risque de passage à la chronicité de l'hépatite B.
- C - Il diminue le risque d'hépatite B fulminante.
- D - Si l'infection VHB-VHD est simultanée, on parle de surinfection.
- E - La guérison spontanée est possible en cas de co-infection VHB-VHD.

**QCM 8 A propos des principes du traitement antirétroviral chez le patient VIH:**

- A - Un des objectifs du traitement est d'atteindre une charge virale inférieure à 50 copies/mL.
- B - Un des objectifs du traitement est d'atteindre un taux de CD4 supérieur à 500/mm<sup>3</sup>.
- C - Les patients en succès thérapeutique ont une espérance de vie quasi-égale à celle de la population générale.
- D - Mieux vaut différer le début du traitement que prendre le risque d'une mauvaise observance.
- E - Tous les patients VIH ont une indication à un traitement antirétroviral, sans exception.

**QCM 9 A propos de la vaccination des voyageurs se rendant en zone à risque:**

- A - Le vaccin cholérique est un vaccin buvable, inactivé, indiqué pour les professionnels de santé allant intervenir dans des pays en situation d'épidémie.
- B - Le vaccin inactivé de l'encéphalite à tique est un vaccin obligatoire en cas de voyage en zone rurale d'Amérique du Sud.
- C - Le vaccin contre l'encéphalite japonaise est conseillé lors d'un voyage au Japon.
- D - Le vaccin anti-amarile est un vaccin recommandé en cas de voyage dans la région amazonienne.
- E - Les vaccins obligatoires doivent être authentifiés par un médecin d'un centre agréé de vaccination internationale.

**QCM 10 Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est/sont la/les cause(s) de fièvre prolongée?**

- A - L'endocardite infectieuse.
- B - Le VIH.
- C - Le cancer du rein.
- D - L'hyperthyroïdie.
- E - Le syndrome de Münchhausen.

**QCM 11 A propos des fongémies à Candida:**

- A - Ce sont le plus souvent des infections associées aux soins.
- B - Une antibiothérapie préalable est un facteur de risque.
- C - La chirurgie abdominale est une porte d'entrée.
- D - Les localisations secondaires septiques sont rares.
- E - Le traitement repose sur un fongicide en intraveineux.

**QCM 12 Lors d'un accident d'exposition sexuelle, dans quel(s) cas mettez vous en place un traitement antirétroviral post-exposition (TPE) chez le patient X?**

- A - Le patient source est infecté par le VIH, sa charge virale est indéetectable, et le rapport sexuel était de nature vaginal réceptif.
- B - Le patient source est infecté par le VIH, sa charge virale est détectable, et le rapport sexuel était de nature anal insertif.
- C - Le patient source est infecté par le VIH, sa charge virale est détectable, et le rapport sexuel était de nature buccogénital, type fellation.
- D - Le patient source est de statut inconnu et le rapport sexuel était un viol de nature buccogénital, type fellation.
- E - Le patient source est de statut inconnu, n'a pas de facteur de risque, et le rapport sexuel était un rapport consenti de nature vaginal réceptif.

<b>QCM 13</b>	Lors d'un accident d'exposition au sang, dans quel(s) cas mettez vous en place un traitement antirétroviral post-exposition (TPE) chez le patient X?
A -	Le patient source, qui a griffé le patient X, est infecté par le VIH avec une charge virale détectable.
B -	Le patient X s'est piqué avec une aiguille intramusculaire ayant préalablement servi à piquer le patient source, infecté par le VIH, dont la charge virale est indétectable.
C -	Le patient X s'est piqué avec une aiguille creuse ayant préalablement servi à prélever le patient source, toxicomane IV, dont le statut vis à vis du VIH est inconnu.
D -	Le patient X s'est piqué avec une aiguille creuse ayant préalablement servi à prélever le patient source, sans facteur de risque vis à vis du VIH, mais dont le statut est inconnu.
E -	Le patient X s'est piqué avec une aiguille creuse ayant préalablement servi à prélever le patient source, infecté par le VIH dont la charge virale est indétectable.
<b>QCM 14</b>	Quelle(s) est/sont la/les caractéristique(s) clinique(s) d'un purpura fulminans?
A -	Au moins un élément nécrotique.
B -	Au moins un élément nécrotique ou ecchymotique $\geq 3$ cm de diamètre.
C -	Un purpura de type vasculaire.
D -	S'effaçant à la vitropression.
E -	Une extension rapide.
<b>QCM 15</b>	En cas d'augmentation des transaminases sous traitement anti BK:
A -	<3N: surveillance.
B -	3 à 6N: arrêt de l'isoniazide nécessaire.
C -	3 à 6N: arrêt du pyrazinamide nécessaire.
D -	>6N: arrêt de l'isoniazide et du pyrazinamide nécessaire.
E -	>6N: contre indication à la reprise de tout traitement.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p><b>Réponse : B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, très rarement responsable de pneumopathie (et plutôt nosocomial que communautaire). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, ce sont les deux germes à redouter car les deux potentiellement graves. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
2	<p><b>Réponse : A D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, voire immunoglobulines associées. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, épargne seulement la cure d'immunoglobuline, et le schéma post exposition est différent en deux doses à J0 et J3. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, si l'animal n'est pas disponible pour la surveillance, en dehors d'une zone d'enzootie, il convient de démarrer un protocole de vaccination curative. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, dans les centres spécifiques anti rabiques seulement. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
3	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, après une épididymite chronique (chlamydia le plus souvent). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, c'est une infection de la glande de Bartholin présente dans les grandes lèvres. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, c'est une infection redoutable du liquide amniotique chez la femme enceinte. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
4	<p><b>Réponse : A B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, non seulement pour rechercher une éventuelle porte d'entrée, mais aussi pour un suivi audiométrique car il existe un risque de surdité séquellaire. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, pour rechercher une hypogammaglobulinémie qui est un facteur de risque d'infection à pneumocoque. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, systématique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, pas d'indication. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, pas d'indication en systématique. Seulement si antécédent de traumatisme crânien, ou de neurochirurgie, ou si récidive, ou si otorrhée ou rhinorrhée (à la recherche d'une brèche ostéoméningée). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
5	<p><b>Réponse : C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, c'est une parasitose intestinale liée au péril fécal. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, c'est une parasitose intestinale liée au péril fécal. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, la transmission de la leishmaniose se fait par l'intermédiaire d'un phlébotome. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, la transmission de la trichomonose se fait par voie sexuelle. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, la transmission de la trypanosomiase se fait par l'intermédiaire de la mouche Tsé-Tsé. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

	<b>Réponse : A C E</b> ▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : non, c'est en préventif post-exposition que l'on utilise à 48h après le contage, lorsque le patient est asymptomatique. <input type="checkbox"/> ▪ C : oui. Pour s'en rappeler: O = voie orale. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : non, rien à voir. X ▪ E : oui. <input type="checkbox"/>
6	<b>Réponse : A E</b> ▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : non, la co-infection VHB-VHD n'augmente pas le nombre de passage à une forme chronique. <input type="checkbox"/> ▪ C : non, il augmente le risque d'hépatite fulminante. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : non, c'est une coinfection. La surinfection est une infection à VHD chez un patient déjà atteint par le VHB. <input type="checkbox"/> ▪ E : oui. <input type="checkbox"/>
7	<b>Réponse : A B C D E</b> ▪ A : oui, une charge virale < 50 copies est synonyme de charge virale indétectable. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui, charge virale indétectable et CD4>500 sont synonymes de succès thérapeutique. <input type="checkbox"/> ▪ C : oui. <input type="checkbox"/> ▪ D : oui, une mauvaise observance induit la sélection de résistances, donc il n'y a pas d'urgence à débuter un traitement antirétroviral, mieux vaut que le patient soit préparé pour optimiser l'observance. <input type="checkbox"/> ▪ E : oui. <input type="checkbox"/>
8	<b>Réponse : A E</b> ▪ A : oui, le vaccin cholérique est un vaccin peu utilisé. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : non, le vaccin de l'encéphalite à tique est recommandé lors d'un voyage en Europe de l'Est ou centrale, dans des régions rurales ou forestières, en automne ou au printemps. <input type="checkbox"/> ▪ C : non, le vaccin de l'encéphalite japonaise est recommandé lors d'un voyage en Asie du Sud Est, mais pas au Japon où les cas sont (désormais) exceptionnels. <input type="checkbox"/> ▪ D : non, le vaccin contre la fièvre jaune est obligatoire lors d'un voyage en région amazonienne. <input type="checkbox"/> ▪ E : oui, ils doivent être notés sur un carnet de vaccination internationale. <input checked="" type="checkbox"/>
9	<b>Réponse : A B C D E</b> ▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui. Les autres causes infectieuses auxquelles il faut penser sont: la tuberculose, les foyers profonds notamment. <input type="checkbox"/> ▪ C : oui, le cancer du rein est un grand pourvoyeur de fièvre. Les hémopathies malignes et les autres cancers solides peuvent également être des causes de syndrome fébrile prolongé. <input type="checkbox"/> ▪ D : oui, c'est une étiologie peu connue à laquelle il faut penser. <input type="checkbox"/> ▪ E : oui, c'est un syndrome psychiatrique aussi appelé « pathomimie » ou « trouble factice » parfois difficile à percevoir. <input type="checkbox"/> - Les autres étiologies de fièvre prolongée sont: les maladies inflammatoires systémiques (Horton), les médicaments, les maladies thromboemboliques, les hématomes profonds, les causes centrales rares. <input type="checkbox"/>
10	

## Questions isolées QCM N° 24

### QCM 1 A propos des méningites:

- A - Le purpura fulminans est spécifique du méningocoque.
- B - Une ponction lombaire de contrôle systématique en cas de méningocoque.
- C - La méningite à Listeria est à déclaration obligatoire.
- D - La méningite à pneumocoque est à déclaration obligatoire.
- E - Une antibioprophylaxie des sujets contacts est nécessaire en cas de méningite à pneumocoque.

### QCM 2 Les bactéries habituellement résistantes aux C3G sont:

- A - Le SARM.
- B - Listeria monocytogenes
- C - Les entérobactéries.
- D - Les entérococques.
- E - Les intracellulaires

### QCM 3 A propos du rhumatisme articulaire aigu:

- A - Il peut se manifester après une angine de Vincent non traitée.
- B - C'est une atteinte due à la toxine de Panton Valentine.
- C - C'est un syndrome poststreptococcique.
- D - Les nouveaux cas sont rares en France.
- E - Le pronostic est fonction de l'atteinte cardiaque.

### QCM 4 A propos du traitement de l'érysipèle:

- A - Une antibiothérapie par Amoxicilline-Acidé clavulanique par voie orale pendant 7 jours est le traitement de référence.
- B - Une antibiothérapie par Amoxicilline par voie orale pendant 7 jours est le traitement de référence.
- C - Une antibiothérapie par Ceftriaxone par voie IV pendant 7 jours est le traitement de référence.
- D - Une porte d'entrée est retrouvée dans environ 75% des cas, parfois minime et doit être systématiquement traitée également.
- E - En cas de récidive de plus de 4 épisodes par an, un traitement par Benzathine Benzylpénicilline pendant 6 mois peut-être discuté.

### QCM 5 Quel(s) est/sont la/les complication(s) possible(s) du virus ourlien?

- A - Urie stérilité masculine.
- B - Une méningite bactérienne.
- C - Une pancréatite aiguë.
- D - Une hépatite fulminante.
- E - Une encéphalite.

### QCM 6 A propos de l'exacerbation de BPCO:

- A - Les antitussifs sont contre-indiqués.
- B - En l'absence de dyspnée, l'antibiothérapie n'est pas nécessaire.
- C - En présence d'une dyspnée d'effort seule, l'antibiothérapie n'est pas nécessaire.
- D - En présence d'une dyspnée d'effort avec des crachats purulents, l'association Amoxicilline Acidé clavulanique est l'antibiotique de choix.
- E - En présence d'une dyspnée de repos, la mise en place d'une antibiothérapie par Amoxicilline est systématique.

	<b>Réponse : A B C E</b>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, l'antibiothérapie déséquilibre la flore commensale digestive et favorise la prolifération du Candida. Les autres facteurs de risque sont: l'immunodépression, une voie veineuse centrale en place de façon prolongée, des chirurgies abdominales itératives. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, le candida fait partie de la flore commensale du tube digestif. Les autres portes d'entrées fréquentes sont: le cathéter vasculaire, des lésions des muqueuses digestives (mucite), une toxicomanie IV. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, les localisations secondaires sont fréquentes, il faut réaliser systématiquement un fond d'œil et une ETT à leur recherche. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, la Capsofungine ou la Micafungine sont utilisés en probatoire. La durée de traitement est de 14 jours après négativation des hémocultures (à répéter). <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
12	<b>Réponse : B C D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, la seule indication au TPE lorsque la charge virale est indétectable est le rapport anal réceptif qui est le plus à risque. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, lorsque la charge virale est détectable, le TPE est toujours indiqué quelque soit la nature du rapport (y compris les rapports buccogénitaux). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, lors d'un viol, le TPE est toujours indiqué quelque soit la nature du rapport. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, en cas de rapport sexuel consenti et de risque faible, le TPE n'est pas indiqué. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<b>Réponse : C E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. Griffure, morsure, crachats, piqûres avec une seringue abandonnée, sont des situations à faible risque de transmission dans lesquelles le TPE n'est jamais indiquée, quel que soit le statut du patient source. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, le risque de transmission est ici intermédiaire (piqûre avec une aiguille IM/SC/pleine, coupure avec un bistouri, exposition cutanéomuqueuse avec temps de contact &gt; 15 minutes); et ce, associé à une charge virale indétectable, permet de surseoir au TPE. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, le risque est ici élevé du fait de la situation (aiguille creuse, pique profonde) et des facteurs de risque du patient source. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, dans ce cas, la situation reste à haut risque de transmission mais le patient source a peu de risque d'être infecté, donc il n'y a pas d'indication. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, le risque de transmission est toujours élevé et le patient source est infecté par le VIH, donc même si la charge virale est indétectable, le TPE est indiqué. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<b>Réponse : A C E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, élément nécrotique ou échymotique &gt; 3 mm. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, par opposition au purpura thrombopénique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, il ne s'efface pas à la vitropression, par définition. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<b>Réponse : A C D</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, et on rajoute de 3 mois de biothérapie au traitement initialement prévu. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, puis reprise de l'isoniazide à demi dose en cas de normalisation, ou antiBK de deuxième ligne. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

<b>QCM 7</b>	A propos de la prise en charge d'une épidémie de gale dans une collectivité (un EHPAD par exemple):
A -	L'ivermectine pendant 3 jours est le traitement de première intention.
B -	Seuls les résidents symptomatiques doivent être traités.
C -	Tous les résidents doivent être traités, même en l'absence de lésion.
D -	Il n'est pas nécessaire de traiter le personnel soignant de l'établissement.
E -	Le linge doit être lavé à 60°C en machine ou enfermé 72h dans un sac plastique à température ambiante.
<b>QCM 8</b>	Les poux sont vecteurs de certaines infections, laquelle/lesquelles?
A -	Le typhus épidémique.
B -	La fièvre Q.
C -	La gale.
D -	La fièvre des tranchées.
E -	La leishmaniose.
<b>QCM 9</b>	A propos du botulisme:
A -	C'est une cause de toxi-infection alimentaire dont l'aliment le plus incriminé est l'oeuf.
B -	Les signes cliniques sont d'expression neurologique.
C -	La durée d'incubation peut durer jusqu'à 3 jours.
D -	Le traitement est antibiotique par fluoroquinolones.
E -	Le diagnostic se fait par la mise en évidence du Clostridium botulinum dans les selles.
<b>QCM 10</b>	A propos des germes les plus fréquents dans l'infection du pied diabétique:
A -	L'infection est le plus souvent polymicrobienne.
B -	Une lésion très macérée doit faire suspecter une participation de Pseudomonas aeruginosa.
C -	Les entérocoques doivent être suspectés en cas de plaie résistante au traitement par céphalosporines.
D -	Le staphylocoque à coagulase négative peut être impliqué si il est retrouvé sur l'écouillon superficiel.
E -	Le streptocoque bêta-hémolytique est le germe le plus souvent rencontré.
<b>QCM 11</b>	A propos du vaccin contre le VZV:
A -	Il est recommandé chez les jeunes enfants en deux doses: la première à 12 mois, la deuxième entre 16 et 18 mois.
B -	Il est obligatoire chez la personne âgée entre 65 et 74 ans.
C -	Il est indiqué chez les adultes de plus de 18 ans non immunisés dans les trois jours suivant le contact avec un cas de varicelle.
D -	Un test de grossesse négatif est nécessaire avant l'administration de chaque dose chez la femme en âge de procréer.
E -	Etant un vaccin inerte, il est autorisé chez l'adulte immunodéprimé.
<b>QCM 12</b>	A propos des causes d'adénopathies:
A -	La syphilis est pourvoyeuse d'adénopathies épitrochléennes.
B -	Une adénopathie cervicale isolée fistulisée chez un enfant de moins de 5 ans doit faire penser à une mycobactéries non tuberculeuse.
C -	Le premier diagnostic à évoquer devant une adénopathie susclaviculaire gauche isolée est la maladie des griffes du chat.
D -	La tuberculose est la cause la plus fréquente de polyadénopathie.
E -	Des adénopathies inguinales bilatérales doivent faire réaliser un bilan d'infection sexuellement transmissible.

**QCM 13 | A propos des infections urinaires (IU) chez la femme enceinte:**

- A - Une colonisation urinaire expose à un risque élevé de pyélonéphrite.
- B - En l'absence de signe clinique, il n'est pas nécessaire de débuter un traitement antibiotique.
- C - Le diabète est un facteur de risque d'infection urinaire gravidique.
- D - Le dépistage se fait par la bandelette urinaire réalisée une fois par mois dès le début de la grossesse.
- E - Après un traitement antibiotique d'une IU, le contrôle de l'ECBU à 8-10 jours est systématique.

**QCM 14 | Quelle(s) est/sont la/les indication(s) des immunoglobulines anti-tétaniques?**

- A - Une blessure mineure et propre chez un patient de moins de 65 ans, vacciné, dont le dernier rappel date de plus de 20 ans.
- B - Une blessure mineure et propre chez un patient non vacciné.
- C - Une blessure sale à haut risque chez un patient vacciné dont le dernier rappel date de moins de 10 ans.
- D - Une plaie majeure et propre chez un patient non vacciné.
- E - Une blessure sale à haut risque chez un patient dont le dernier rappel vaccinal date de plus de 20 ans.

**QCM 15 | A propos des antirétroviraux utilisés dans le traitement du VIH:**

- A - L'Abacavir est un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse qui est contre indiqué si le HLAB57\*1 est positif.
- B - Certains inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse peuvent entraîner des hépatites médicamenteuses.
- C - Les inhibiteurs de protéase peuvent agir comme inducateurs enzymatiques.
- D - Le Tenofovir est néphrotoxique.
- E - Certains inhibiteurs de protéase peuvent être responsables d'une hyperbilirubinémie libre.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée	
1	Réponse : C ▪ A : non, le pneumocoque aussi. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : non, la PL de contrôle n'est indiquée qu'en cas d'évolution défavorable (après la réalisation d'un scanner cérébral) ou de méningite à pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : non. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : non, pas de transmission interhumaine du pneumocoque (pareil pour Listeria) donc pas d'antibioprophylaxie. <input checked="" type="checkbox"/>	
2	Réponse : A B D E ▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : non, sauf pour les entérobactéries du groupe 3 avec céphalosporinase hyperproduite (souvent inducible) <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/>	
3	Réponse : C D E ▪ A : non, il est du à une angine streptococcique non traitée. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : non, c'est une atteinte poststreptococcique. La toxine de PVL est staphylococcique. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui, du fait de la bonne accessibilité aux antibiotiques. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : oui. Il provoque une insuffisance cardiaque précoce et des valvulopathies. <input checked="" type="checkbox"/>	
4	Réponse : B D E ▪ A : non. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/>	
5	Réponse : A C E ▪ A : oui, complication rare après une orchite ourlienne. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ B : non, possible méningite ourlienne qui est une méningite virale, lymphocytaire, à liquide clair. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ C : oui, elle est rare et peu sévère le plus souvent. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ D : non, les localisations glandulaires du virus ourlien sont les testicules, le pancréas voire les ovaires et les glandes mammaires; tandis que les localisations extra glandulaires regroupent le plus fréquemment des localisations neuroméningées. <input checked="" type="checkbox"/> ▪ E : oui, complication rare avec possible surdité séquellaire par atteinte spécifique du contingent auditif du VIII. <input checked="" type="checkbox"/>	

	<b>Réponse : A B C</b>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, la toux est un phénomène de défense qui permet l'extériorisation des agents infectieux. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, l'antibiothérapie n'est indiquée qu'en cas d'expectoration franchement purulente, verdâtre associée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, dans ce cas de figure, l'antibiotique de choix, dans ce cas, est d'abord l'Amoxicilline. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, l'antibiotique de choix, dans ce cas, est l'association Amoxicilline-Acide clavulanique. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
7	<b>Réponse : C E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, l'Ivermectine est bien le traitement de première intention mais il est administré à J0 puis à J7 (car il n'agit pas contre les oeufs du parasite). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, tout le personnel et tous les résidents doivent être traités qu'ils soient symptomatiques ou asymptomatiques, et ce, en même temps. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
8	<b>Réponse : A D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, c'est une infection à Rickettsia prowasekii, transmise par les poux de corps. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, la fièvre Q se transmet par l'alimentation ou les piqûres de tique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, la gale n'a pas de vecteur, la contamination inter-humaine est directe. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, c'est une infection à Bartonella quintana, transmise par les poux de corps. La dernière maladie transmissible par les poux est la fièvre récurrente à poux due à Borrelia recurrentis. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, la leishmaniose est transmise par la piqûre de phlébotome. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<b>Réponse : B C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le botulisme est une TIAC d'expression neurologique. Les aliments incriminés sont le plus souvent les conserves artisanales et le jambon. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. La phase d'état associe un syndrome parasympatholytique et une paralysie descendante s'apparentant à un syndrome de Guillain Barré. Comme la plupart des infections toxiniques, elle n'est pas fébrile. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. La durée d'incubation s'étend de 12 à 72h. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le traitement est symptomatique. La sérothérapie est utilisée en cas d'atteinte respiratoire en réanimation. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, c'est la toxine qu'on met en évidence dans les selles et les aliments contaminés. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<b>Réponse : A B C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, les entérocoques sont résistants aux C3G. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le staphylocoque à coagulase négative est un germe commensal de la peau et l'écouvillonnage superficiel ne permet pas de conclure, il doit être proscrit. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, c'est le staphylocoque aureus le plus fréquent. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

	<b>Réponse : C D</b>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il n'y a pas de recommandation de vaccination chez le jeune enfant car c'est une maladie bénigne et immunisante. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, le vaccin anti-zona (plus dosé que le vaccin anti-varicelle) est recommandé chez la personne âgée de 65 à 74 ans mais non obligatoire. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, il est contre indiqué chez la femme enceinte car c'est un vaccin vivant. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, il est contre indiqué chez l'immunodéprimé car c'est un vaccin vivant. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
12	<b>Réponse : A B E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, il faut savoir y penser. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, l'adénopathie sus-claviculaire est le plus souvent d'origine néoplasique. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, les étiologies les plus fréquentes sont virales (VIH, EBV, CMV...), et elles doivent faire redouter en premier lieu une origine maligne. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>
13	<b>Réponse : A C E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, la grossesse est une des rares indications à traiter une colonisation urinaire car elle expose à un haut risque de pyélonéphrite (20 à 40%). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, l'absence de signes fonctionnels urinaires avec une BU et un ECBU positifs signe la colonisation urinaire. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, dans le cas particulier de la grossesse, le diabète est un facteur de risque. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le dépistage se fait tous les mois à partir du 4ème mois. Un ECBU peut être réalisé dès le début de la grossesse en cas de facteur de risque. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, c'est une des rares indications à contrôler l'ECBU après traitement de façon systématique, et celui-ci doit être stérile. <input type="checkbox"/></li> </ul>
14	<b>Réponse : D E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, il n'y a pas d'indication à l'injection d'Ig car la plaie est à faible risque tétanique, mais il faudra prévoir un rappel anti-tétanique car le patient n'est pas à jour de sa vaccination. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, il n'y a pas d'indication à l'injection d'Ig car la plaie est à faible risque tétanique. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, la plaie est à haut risque mais le patient est vacciné et à jour de ses vaccinations, donc il n'y a pas d'indication. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, tous les facteurs de risque majeurs d'infection tétanique sont présents dans ce cas. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, le patient n'est pas à jour de ses vaccinations donc l'indication est présente. <input type="checkbox"/></li> </ul>
15	<b>Réponse : A B D E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, d'où le fait que le HLAB57 soit dans le bilan préthérapeutique. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, ils agissent sur le CYP450. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, ils inhibent le CYP450 3A4. Penser à l'interaction possible avec la rifampicine et les pilules oestroprogestatives notamment. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 25

<b>QCM 1</b>	Les mesures de prévention contre la transmission du VIH dans le monde comprennent:
A -	La promotion de l'utilisation du préservatif.
B -	La promotion de l'utilisation de matériel d'injection stérile à usage unique.
C -	La contre indication systématique de l'allaitement chez une mère VIH+.
D -	Les mesures de précaution vis à vis des accidents d'exposition au sang.
E -	Une césarienne systématique en cas de mère VIH+.
<b>QCM 2</b>	A propos de la rage:
A -	La surveillance vétérinaire d'un animal mordeur se fait pendant 10 jours.
B -	La cure d'immunoglobuline est nécessaire si le risque est élevé et que le patient n'est pas vacciné.
C -	Le diagnostic positif se fait par des hémocultures.
D -	Le diagnostic de certitude se fait par autopsie de l'encéphale de l'animal mordeur.
E -	Le schéma de vaccination curatif dit Zagreb est plus court que l'Essen.
<b>QCM 3</b>	A propos de la mononucléose infectieuse:
A -	Il faut y penser devant une éruption cutanée déclenchée par la prise d'Amoxicilline durant une angine.
B -	Le diagnostic se fait grâce au test de Paul-Bunnell-Davidsohn qui est un test sensible et spécifique.
C -	Il existe une augmentation des monocytes sur la biologie.
D -	Le traitement est une corticothérapie par voie orale pendant une semaine.
E -	Le sport est contre indiqué pendant un mois après le début des symptômes.
<b>QCM 4</b>	Quel(s) est/sont le(s) signe(s) de gravité d'un sepsis?
A -	Une fréquence cardiaque > 120/minut.
B -	Des marbrures.
C -	Une anurie.
D -	Une confusion.
E -	Une acidose lactique.
<b>QCM 5</b>	Quelle(s) est/sont la/les cause(s) infectieuse(s) d'une splénomégalie fébrile?
A -	La légionellose.
B -	Une maladie de Lyme.
C -	Une endocardite infectieuse.
D -	Le paludisme viscéral évolutif.
E -	La leishmaniose.
<b>QCM 6</b>	A propos de la prise en charge des cas de coqueluche:
A -	Le traitement est uniquement symptomatique.
B -	La coqueluche est une infection bactérienne nécessitant un traitement antibiotique spécifique par Macrolides.
C -	L'identification d'un cas doit faire l'objet d'une déclaration obligatoire.
D -	La durée d'isolement des cas est de 3 jours quel que soit le traitement.
E -	L'antibioprophylaxie des sujets contacts est systématique en cas de contacts proches.

<b>QCM 7</b>	Parmi les anomalies radiologiques suivantes, lesquelles sont fréquentes au cours de la tuberculose pulmonaire ?
A -	Une condensation alvéolaire lobaire en base droite.
B -	Un nodule pulmonaire unique excavé.
C -	La présence d'une cavité tuberculeuse.
D -	Une adénopathie médiastinale.
E -	Une lésion présente aux apex.
<b>QCM 8</b>	A propos du traitement d'une pyélonéphrite aigue:
A -	En ambulatoire, le traitement probabiliste de première intention est constitué par les fluoroquinolones par voie orale.
B -	En hospitalisation, le traitement probabiliste de première intention, pour une PNA sans signe de gravité est constitué par les C3G par voie intraveineuse.
C -	En cas d'allergie aux C3G IV et de contre-indication aux fluoroquinolones, le traitement probabiliste de première intention en hospitalisation pour une PNA sans signe de gravité est l'Aztréonam IV ou une monothérapie par un aminoside.
D -	Après réception de l'antibiogramme, on privilégie l'utilisation de l'Amoxicilline-Acide clavulanique si le germe est sensible.
E -	Un ECBU de contrôle à 72h est systématique.
<b>QCM 9</b>	Parmi les pathologies suivantes, laquelle/lesquelles faut-il rechercher devant un exanthème fébrile au retour de voyage en zone tropicale?
A -	Une primo-infection VIH.
B -	Une dengue.
C -	Une amoebose tissulaire.
D -	Une syphilis primaire.
E -	Une leishmaniose.
<b>QCM 10</b>	Quelle(s) est/sont la/les indication(s) de la vaccination contre le pneumocoque chez l'adulte?
A -	Patient atteint de syndrome néphrotique chronique.
B -	Patient insuffisant respiratoire chronique.
C -	Patient présentant un implant cochléaire.
D -	Patient traité par une corticothérapie au long cours.
E -	Patient transplanté d'organe solide.
<b>QCM 11</b>	Dans quel(s) cas l'utilisation d'une association d'antibiotique est-elle justifiée?
A -	Pour élargir le spectre bactérien lors d'un traitement d'urgence d'une infection grave non documentée.
B -	Pour augmenter le pouvoir bactéricide d'un traitement en utilisant la synergie de deux traitements.
C -	Pour augmenter le pouvoir de diffusion du traitement lors d'infection dans des zones difficiles d'accès telles que le liquide céphalorachidien.
D -	Pour améliorer la biodisponibilité d'un traitement qui ne serait pas absorbé seul.
E -	Pour prévenir l'apparition de résistance pouvant survenir en cas de monothérapie.
<b>QCM 12</b>	Quelle(s) est/sont la/les caractéristique(s) commune(s) des maladies hautement transmissibles?
A -	Une transmission interhumaine.
B -	Une létalité potentielle.
C -	Une contagiosité élevée.
D -	Une absence de traitement.
E -	Une absence de vaccin.

<b>QCM 13</b>	<b>A propos des toxi-infections alimentaires collectives (TIAC):</b>
A -	Les viandes de volaille et les oeufs sont les aliments les plus souvent incriminés.
B -	Le praticien prenant en charge les cas suspects doit déclarer la TIAC à l'ARS.
C -	Une enquête épidémiologique, microbiologie et sanitaire est menée par le médecin de l'ARS.
D -	Dans les petites collectivités, l'enquête se fait par une étude de cohorte permettant de calculer un risque relatif.
E -	Dans les grandes collectivités, l'enquête se fait par une étude cas-témoin permettant de calculer un odds ratio.
<b>QCM 14</b>	<b>A propos des infections nosocomiales (IN):</b>
A -	Par définition, les IN surviennent plus de 48h après une hospitalisation, ou 30 jours après une intervention chirurgicale.
B -	Les IN peuvent être liées à des soins pratiqués en dehors de l'hôpital (soins à domicile, par exemple).
C -	Les pneumopathies acquises sur ventilation mécanique sont les premières causes d'infection nosocomiale.
D -	Les pneumopathies acquises sur ventilation mécanique sont les premières causes de décès par infection nosocomiale.
E -	E. coli, S. aureus et P. aeruginosa sont les trois microorganismes les plus fréquents.
<b>QCM 15</b>	<b>Selon le calendrier vaccinal actuel:</b>
A -	Le vaccin du ROR chez le jeune enfant nécessite deux doses: la première à 12 mois, la deuxième entre 16 et 18 mois.
B -	Le vaccin hexavalent est administré à 2 mois, 4 mois, 11 mois et 6 ans.
C -	La vaccination contre le méningocoque C nécessite une seule dose de vaccin conjugué administrée à 12 mois.
D -	A partir de 25 ans et pour toute la vie, le rappel du DTP est réalisé tous les 20 ans.
E -	La vaccination contre l'HPV est recommandée chez les jeunes femmes de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
QCM	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée
1	<p>Réponse : A B D</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, c'est effectivement préférable, mais non systématique dans les pays en voie de développement où les ressources sont rares et le risque de dénutrition important (mais vrai en France et dans les pays développés). <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : non, la césarienne n'a pas prouvé son efficacité dans la diminution du risque de transmission mère-enfant. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
2	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, 14 jours avec 3 certificats à J0, J7, J15. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui, l'injection d'Ig se fait en même temps que la première injection du vaccin mais dans un site différent (sinon risque d'inactiver le vaccin). <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, les deux protocoles de vaccination curative sont Zagreb en 2-1-1 (à J0, J7, J14) et Essen en 5 injections (J0, J3, J7, J14 et J28) <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
3	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : oui, elle est parfois prise à tort pour une allergie à l'Amoxicilline. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, ce test n'est plus pratiqué du fait du trop grand nombre de faux négatifs. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : non, le syndrome mononucléosique est défini par une augmentation des lymphocytes &gt; 50% de l'ensemble des leucocytes et par la présence de grands lymphocytes activés hyperbasophiles dans le sang. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : non, la corticothérapie n'est utilisée qu'en cas de complication. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, contre indication au sport du fait du risque de rupture de rate en cas de choc. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
4	<p>Réponse : B C D E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non. La définition du sepsis sévère est : un sepsis (donc un SRIS secondaire à une infection) associé à une dysfonction d'organe ou une hypoperfusion ou une hypotension. L'augmentation de la fréquence cardiaque doit alerter mais elle ne fait pas partie des dysfonctions d'organe. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
5	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ A : non, la légionellose ne donne pas de splénomégalie. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ B : non, la maladie de Lyme ne donne pas de splénomégalie. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ D : oui. Ce sont les deux principaux diagnostics à évoquer. <input checked="" type="checkbox"/></li><li>▪ E : oui, également. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>

6	<p><b>Réponse : B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non, le traitement est antibiotique. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, une notification simple des cas groupés (&gt; ou égal à 2 cas) ou des cas nosocomiaux est suffisante. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, la durée d'isolement dépend du traitement: 21 jours en l'absence d'antibiothérapie, 3 jours en cas de traitement par Azithromycine, 5 jours en cas de traitement par Clarithromycine ou Cotrimoxazole. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : Non, l'antibioprophylaxie n'est pas nécessaire chez les sujets complètement vaccinés depuis moins de 5 ans. <input type="checkbox"/></li> </ul>
7	<p><b>Réponse : B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : non. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui, c'est une excavation aux parois épaissies au sein d'un infiltrat (foyer de nécrose). <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, ce sont les segments les mieux ventilés. <input type="checkbox"/></li> </ul>
8	<p><b>Réponse : A B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, on priviliege l'antibiotique au spectre le plus restreint pour éviter l'émergence de résistance (donc Amoxicilline, en première intention). <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, l'ECBU de contrôle n'est indiqué qu'en cas d'aggravation ou de mauvaise évolution. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
9	<p><b>Réponse : A B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, exanthème maculo-papuleux le plus souvent. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui, c'est le premier diagnostic à évoquer. Les autres hypothèses sont: une syphilis secondaire et une rickettsiose. En cas d'exanthème urticarien, on évoquera plutôt: une helminthiase en phase d'invasion et une hépatite virale en phase pré-ictérique. Enfin, toujours penser à l'allergie médicamenteuse. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, pas d'atteinte cutanée. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, c'est dans la syphilis secondaire qu'on retrouve un exanthème. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : non, les lésions cutanées de la leishmaniose sont des ulcérasions. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
10	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input type="checkbox"/></li> </ul>

11	<p><b>Réponse : A B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le raisonnement est illogique: un antibiotique garde la même diffusion quelle que soit l'association. Au contraire, en cas d'association, il faut évidemment s'assurer que la diffusion des deux traitement soit la même pour la zone considérée afin d'éviter les situations de « fausses associations » qui seraient inutiles. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le raisonnement est illogique: un antibiotique garde la même biodisponibilité quelle que soit l'association. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. Les trois réponses vraies sont les trois seules situations où l'association d'antibiotiques est justifiée. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
12	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. Du fait des ces caractéristiques, elles font l'objet d'une surveillance épidémiologique mondiale. Ce sont par exemple les fièvres hémorragiques virales (Ebola), les infections émergentes à coronavirus, les tuberculoses multirésistantes et ultrarésistantes, les souches émergentes de grippe, la variole, la peste. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
13	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. Les principaux facteurs favorisants sont le non respect de la chaîne du froid, des erreurs dans le processus de préparation des aliments ou un délai trop important entre la préparation et la consommation. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : oui. Une enquête épidémiologique pour recenser les cas, microbiologie pour trouver l'agent responsable, et sanitaire pour en comprendre la cause. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, c'est un étude type exposé/non exposé de l'ensemble des individus de la collectivité. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui, c'est la situation la plus fréquente. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
14	<p><b>Réponse : A D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui, et ce délai est porté à un an en cas de mise en place d'un matériel étranger. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, les IN surviennent dans un établissement de soin par définition, contrairement aux infections liées aux soins qui regroupent les IN et les infections associées à des soins pratiqués en dehors d'un établissement de soin (domicile, EHPAD, etc...) <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, les infections urinaires sont les premières causes d'IN. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : oui, les PAVM sont les premières causes de décès par IN. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
15	<p><b>Réponse : A E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A : oui. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ B : non, le vaccin hexavalant (DTP Coqueluche, Haemophilus, VHB) est recommandé à 2 mois, 4 mois, et 11 mois. À 6 ans, seuls DTP et Coqueluche sont nécessaires. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ C : non, le schéma vaccinal contre le méningocoque est maintenant réalisé en deux doses: la première à 5 mois, la deuxième à 12 mois. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ D : non, le schéma vaccinal du DTP comporte un rappel tous les 20 ans de 25 à 65 ans, puis un rappel tous les 10 ans à partir de 65 ans. <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>▪ E : oui. Il est désormais également proposé aux hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes jusqu'à leur 26 ans. <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

# ABREVIATIONS

ABREVIATION	DETAILS
ANCA	Anticorps anti-nucléaires / Anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles
ARS	Agence régionale de santé
ASO	Anticorps anti streptolysine
AVC	Accident vasculaire cérébral
BGN	Bacille gram négatif/positif
BK	Bacille de Koch
BLSA	Béta lactamase à spectre étendu
BU	Bandelette urinaire
CDC	Cocci gram positif/négatif
CHC	Carcinome hépatocellulaire
CMI	Concentration maximale inhibitrice
EBSL	Escherichia Coli sécréteur de bétalactamase à spectre étendu
EBUS	Examen cytobactériologique des crachats
EBU	Examen cytobactériologique des urines
ECG	Electrocardiogramme
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
ENDO	Endocardite infectieuse
FQ	Fluoroquinolone à activité anti-pneumococcique
FRC	Fréquence cardiaque / Fréquence respiratoire
IAD	Infirmier d'accueil et d'orientation
IOA	Infection ostéoarticulaire
ICU	Infection nosocomiale
IRM	Imagerie par résonnance magnétique
IST	Infection sexuellement transmissible
IU	Infection urinaire
MIE	Mononucléose infectieuse
NFS	Numération formule sanguine
OEP	Œdème aigu pulmonaire
OMA	Otite moyenne aigüe
PAMV	Pneumopathie acquise sous ventilation mécanique
PAE	Pression artérielle
PLM	Ponction lombaire

# TRAINING BOOK QCM

Stratégie et méthodologie pour réussir les QCM à l'ECN

# Dermatologie

Jeanne LEMERRE

Editions Vernazobres-Gregor



99 bd de l'Hôpital  
75013 PARIS - Tél. : 01 44 24 13 61  
[www.vg-editions.com](http://www.vg-editions.com)

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.  
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm,  
bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon possible des peines  
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.

JANV. 2017 - ISBN : 978-2-8183-1590-3

## SOMMAIRE QUESTIONS ISOLEES QCM

ITEM	INTITULÉ	PAGE
109	Dermatoses faciales : acné	161
109	Dermatoses faciales : Rosacée, dermatite séborrhéique	167
110	Dermatoses bulleuses	173
111	Hémangiomes et malformations vasculaires cutanés	179
114	Psoriasis	185
152	Infections cutanéo-muqueuses et des phanères (partie bactérie)	191
152	Infections cutanéo-muqueuses et des phanères (partie mycose)	197
158	Infections sexuellement transmissibles : syphilis	203
158	Infections sexuellement transmissibles (hors syphilis)	209
160	Exanthèmes fébriles de l'enfant	215
167	Ectoparasitoses cutanées	221
183	Hypersensibilités et allergies cutanéo-muqueuses	227
190	Lupus érythémateux disséminé	233
207	Sarcoidose	239
211	Purpura	245
226	Ulcère de jambe	251
299	Tumeurs cutanées épithéliales non mélanocytaires	257
299	Tumeurs cutanées mélanocytaires	263
322	Iatrogénie, Diagnostic et prévention : toxidermies médicamenteuses	269
345	Grosse jambe rouge aiguë	275
-	Entraînement 1 sur tous les items de la spécialité	281
-	Entraînement 2 sur tous les items de la spécialité	287
-	Entraînement 3 sur tous les items de la spécialité	293
-	Entraînement 4 sur tous les items de la spécialité	299
-	Entraînement 5 sur tous les items de la spécialité	305

## Questions isolées QCM N° 5

**QCM 1** Parmi les psoriasis suivants quels sont ceux que l'on peut qualifier de sévère ?

- A - PASI à 5
- B - PASI à 12
- C - PASI à 72
- D - 15 % de la surface cutané atteinte
- E - 30 % de la surface cutanée atteinte

**QCM 2** Quelles sont les localisations habituelles du psoriasis vulgaire ?

- A - Genoux
- B - Plis du coude
- C - Ombilic
- D - Région sacrée
- E - Cuir chevelu

**QCM 3** Quelles sont les localisations possibles du psoriasis ?

- A - Visage
- B - Ongles
- C - Plis
- D - Paumes
- E - Muqueuses

**QCM 4** Quels sont les facteurs déclenchant des poussées ?

- A - Vaccination
- B - Griffure
- C - Soleil
- D - Stress
- E - Infection à streptocoque du groupe A

**QCM 5** Concernant le psoriasis unguéal :

- A - Les lésions punctiformes en "aiguille" sont très caractéristiques
- B - On peut retrouver une hyperkératose sous-unguéale responsable d'une onycholyse
- C - On peut retrouver un périonyx et des leuconychies
- D - On peut retrouver des papules de Gottron
- E - Il est présent dans 1 cas sur 2 de psoriasis vulgaire

**QCM 6** Quelles sont les complications du psoriasis dans sa forme érythrodermique ?

- A - Déshydratation
- B - Surinfections
- C - Nécroses
- D - Carences vitaminiques
- E - Troubles hydroélectrolytiques

**QCM 7** Concernant le rhumatisme psoriasique que peut on observer ?

- A - Mono ou oligoarthrite asymétrique
- B - Polyarthrite séronégative symétrique ou asymétrique touchant les interphalangiennes distales
- C - Dactylite
- D - Enthésopathie
- E - Atteinte sacro-iliaque asymétrique

**QCM 8** Quelles sont les complications du psoriasis ?

- A - Cicatrices chéloïdes
- B - Syndrome métabolique
- C - Surinfections
- D - Eczématisation
- E - Dépression

**QCM 9** Quels traitements prescrire pour un psoriasis modéré à sévère en 1<sup>ère</sup> intention ?

- A - Anti TNF alpha
- B - Photothérapie avec ou sans rétinoïdes
- C - Isotétrinoïne seule
- D - Méthotrexate
- E - Ciclosporine

**QCM 10** Concernant les analogues de la vitamine D3

- A - Sont préférentiellement appliqués sur le visage et les plis
- B - Ne sont pas atrophiants
- C - Sont moins efficaces que les dermocorticoïdes
- D - Ont une action plus lente que les dermocorticoïdes
- E - Peuvent être associés aux dermocorticoïdes pour une action synergique

**QCM 11** L'ustekinumab est :

- A - Un anti-TNF alpha
- B - Un Ac anti IL 12 et 23
- C - Un Ac anti IL 2
- D - Une biothérapie
- E - Maintenant possible en 1<sup>ère</sup> intention dans les psoriasis modérés à sévères

**QCM 12** Concernant la photothérapie quelles sont les propositions vraies

- A - UVB thérapie nécessite la prise d'un photosensibilisant per os
- B - UVA thérapie est plus récente et a une efficacité comparable à l'UVB thérapie
- C - UVB thérapie à spectre étroit est moins carcinogène que l'UVA thérapie
- D - On peut associer un rétinoïde à la photothérapie
- E - Le psoralène peut être administré par voie cutanée au cours d'un bain

**QCM 13** Quelles sont les contre-indications de la photothérapie par PUVA ?

- A - Lupus
- B - Acné
- C - Grossesse
- D - Antécédent de cancer cutané
- E - Traitement par cyclines

**QCM 14** Concernant les précautions de la photothérapie

- A - Protection oculaire
- B - Protection des organes génitaux externes
- C - Protection des phanères
- D - Surveillance cutanée limitée à la durée du traitement
- E - Ne pas dépasser 200 séances

**QCM 15** Quelles sont les traitements autorisés chez la femme enceinte atteinte de psoriasis ?

- A - Dermocorticoïdes
- B - Méthotrexate
- C - Ciclosporine
- D - PUVA thérapie
- E - UVB thérapie

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1<sup>re</sup> idée

#### 1- Réponse : B C D E

- A / F
- B / V PASI > 10
- C / V score maximal du PASI
- D / V > 10% de la surface cutanée
- E / V

#### 2- Réponse : A C D E

- A / V
- B / F possible (psoriasis inversé) mais non habituelle
- C / V
- D / V
- E / V

#### 3- Réponse : A B C D

- A / V sébo-psoriasis
- B / V
- C / V psoriasis inversé
- D / V psoriasis palmo-plantaire
- E / F le psoriasis respecte les muqueuses

#### 4- Réponse : A B D E

- A, B / V au point d'injection du vaccin et sur la griffure, et globalement tous les traumatismes cutanés, via le phénomène de Kœbner
- C / F au contraire diminue les signes
- D / V
- E / V

#### 5- Réponse : B C E

- A / F les lésions punctiformes en "dé à coudre" sont très caractéristiques
- B / V l'hyperkératose décolle l'ongle
- C / V
- D / F on les retrouve dans la dermato-polymyosite
- E / V

#### 6- Réponse : A B D E

- A / V
- B / V
- C / F
- D / V
- E / V

- Réponse : A B C D E

7

- A / V très fréquent
- B / V
- C / V typique
- D / V talagie, tendinite achiléenne, épicondylite...
- E / V

8- Réponse : B C D E

- A / F les lésions ne laissent pas de cicatrices
- B / V le risque est accru
- C / V
- D / V à évoquer si lésions suintantes, prurit important
- E / V le retentissement psychologique ne doit pas être sous-estimer !

9- Réponse : B D E

- A / F en 2e intention
- B / V
- C / F le rétinoïde autorisé pour le psoriasis est l'acitretine et pas l'isotétrinoïne pour l'acné
- D / V
- E / V

10- Réponse : B D E

- A / F à éviter car provoquent une irritation cutanée sur le visage et une hypercalcémie par passage transcutané des plis
- B / V contrairement aux dermocorticoïdes
- C / F efficacité comparable
- D / V
- E / V

11- Réponse : B D

- A / F
- B / V
- C / F
- D / V les anticorps sont des biothérapies (production par le vivant)
- E / F après échec ou CI à 2 traitement parmi la photothérapie, le méthotrexate et la ciclosporine

12- Réponse : C D E

- A / F c'est l'UVA thérapie qui la nécessite : on parle de PUVA thérapie pour Psoralène + UVA
- B / F c'est l'inverse
- C / V
- D / V on parle de rePUVA (possible aussi avec les UVB)
- E / V on parle de balnéo-PUVA-thérapie

**13- Réponse : A C D E**

- A / V dermatose photosensible
- B / F dermatose non photosensible
- C / V le psoralène est contre-indiqué
- D / V
- E / V traitement photosensibilisant

**14- Réponse : A B E**

- A / V
- B / V
- C / F
- D / F surveillance cutanée prolongée (carcinomes tardifs)
- E / V

**15- Réponse : A C E**

- A / V les corticoïdes sous toutes les galéniques sont autorisés (cf on les utilise même pour la maturation fœtale in utero)
- B / F tératogène
- C / V
- D / F car le psoralène est contre-indiqué
- E / V

## Questions isolées QCM N° 6

QCM 1	Quels sont les moyens de protection naturels de la peau ?
A -	pH alcalin peu propice à la croissance bactérienne
B -	Le sébum, film hydrophile, s'oppose à l'adhérence des bactéries aux kératinocytes
C -	Des peptides antimicrobiens (défensines, lysozymes..)
D -	Des bactéries non pathogènes
E -	Des cellules immunitaires (Cellules de Kupffer, lymphocytes...)
QCM 2	Concernant l'impétigo
A -	C'est une infection dermo-épidermique
B -	C'est une infection très contagieuse
C -	Il peut être auto-inoculé
D -	Il peut être hétéro-inoculé
E -	Le terrain typique est celui d'un diabétique de plus de 50 ans
QCM 3	Quels sont les bactéries pouvant être responsables d'un impétigo ?
A -	Streptocoque alpha-hémolytique du groupe B
B -	Staphylocoque aureus
C -	Staphylocoque épidermidis
D -	Streptocoque bêta-hémolytique du groupe A
E -	Streptocoque alpha-hémolytique du groupe B
QCM 4	Concernant l'impétigo bulleux
A -	Survient chez les enfants de plus de 1 an
B -	Est dû à une toxine streptococcique
C -	Est dû à une toxine TSST-1
D -	Les bulles sont de grandes tailles (1-2 cm)
E -	Les bulles sont entourées d'un érythème périphérique
QCM 5	Concernant l'ecthyma
A -	C'est un impétigo creusant qui atteint le derme
B -	Principalement dû à S. aureus
C -	L'ecthyma gangrenosum survenant chez le sujet immunodéprimé est dû en général au Pseudomonas aeruginosa.
D -	Survient préférentiellement chez les nourrissons
E -	C'est l'évolution en impétigo d'une dermatose préexistante

<b>QCM 6</b>	Concernant l'épidermolyse staphylococcique aiguë
A -	Est également appelée syndrome de Ritter
B -	Est également appelée syndrome de la peau ébouillantée
C -	Le signe de Nikolsky est positif
D -	Est due à la toxine TSST-1
E -	Est un décollement profond de l'épiderme
<b>QCM 7</b>	Concernant le traitement de l'impétigo
A -	Les antiseptiques locaux suffisent pour les formes peu étendues
B -	L'application des antiseptiques sous forme de pommades permet de ramollir les croûtes et de favoriser la cicatrisation.
C -	Les antibiotiques peuvent être utilisés sous formes topiques ou systémiques
D -	L'éviction scolaire est indiquée
E -	On utilise préférentiellement des macrolides en topique
<b>QCM 8</b>	Concernant les infections cutanées, quelles sont les définitions exactes ?
A -	L'orgelet est une folliculite du cil
B -	Le sycosis est une folliculite diffuse des poils fins
C -	L'anthrax est une inflammation limitée à l'ostium du follicule
D -	Le furoncle est une infection profonde du follicule pilo-sébacé
E -	Les infections du follicule pilo-sébacé peuvent être transmises par auto-inoculation à partir d'un gîte staphylococcique
<b>QCM 9</b>	Concernant le staphylocoque aureus
A -	Dans sa forme sauvage il résiste à l'amoxicilline
B -	Dans sa forme sauvage il résiste au C3G
C -	Si il acquiert une pénicillinase, il devient résistant à l'augmentin
D -	Dans sa forme métí-R il résiste à toutes les bétalactamines
E -	Toutes les propositions sont fausses
<b>QCM 10</b>	Concernant le furoncle
A -	Il est associé à de la fièvre
B -	Ses localisations préférentielles sont la nuque, le dos, et la surface palmo-plantaire
C -	Le tissu nécrosé, jaunâtre est appelé bourbillon
D -	Il n'y a pas de signes généraux
E -	La lésion papulo-pustuleuse centrée sur la glande sudorale évolue en un nodule inflammatoire douloureux
<b>QCM 11</b>	En cas de suspicion de SARM quels sites peut-on prélever ?
A -	Site de l'infection
B -	Narines
C -	Ombilic
D -	Périnée
E -	Plantes
<b>QCM 12</b>	Concernant la staphylococcosie maligne de la face
A -	C'est une cellulite de la face
B -	Présence d'une thrombophlébite de la veine faciale
C -	Elle peut être due à la manipulation d'un furoncle situé sous le sillon naso-génien
D -	On peut craindre une thrombose veineuse cérébrale
E -	Les signes généraux sont pauvres par rapport à l'aspect du visage

<b>QCM 13</b>	<b>Concernant l'abcès</b>
A -	La fièvre est toujours présente avec altération de l'état général
B -	Une traînée de lymphangite et des adénopathies sont parfois associées
C -	L'abcès primaire est du à <i>S. aureus</i> producteur de PVL
D -	Une antibiothérapie topique est indiquée
E -	Un abcès secondaire est le plus souvent du à <i>S aureus</i>
<b>QCM 14</b>	<b>L'anthrax est</b>
A -	Un panaris
B -	Un type d'abcès
C -	Une apparition chronique et récidivante de furoncles
D -	Un infection cutanée pouvant être accompagnée de fièvre
E -	Un agglomération de furoncles
<b>QCM 15</b>	<b>Dans le cadre des abcès, dans quels cas une antibiothérapie est elle indiquée</b>
A -	La présence de signes généraux
B -	Localisations critiques comme le visage
C -	Toujours
D -	Un abcès volumineux
E -	Les âges extrêmes

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

■ Connaissances, □ Déduction, ■ Arg Fréquence, ⚡ Formulation, X Éliminer les incorrectes, ☐ 1<sup>re</sup> idée

#### 1-Réponse : C D

- A / F pH acide □
- B / F film hydrophobe
- C / V s'attaquent à la paroi des bactéries ☐
- D / V se comportent en compétiteur des bactéries pathogènes
- E / F les cellule de Kupffer se situent dans le foie. Pour l'épiderme on parle de cellules de Langerhans ⚡

#### 2-Réponse : B C D

- A / F c'est une infection épidermique pure
- B / V
- C / V
- D / V (contagieux)
- E / F chez l'enfant ++ ☒

#### 3-Réponse : B D ☐

- A / F streptocoque du groupe B est bêta-hémolytique et se rencontre dans les pathologies materno-fœtales
- B / V
- C / F saprophyte cutané
- D / V
- E / F

#### 4-Réponse : D E

- A / F survient chez le nouveau-né et le nourrisson
- B / F toxine staphylococcique ⚡
- C / F toxine exfoliatine
- D / V
- E / V

#### 5-Réponse : A C

- A / V
- B / F dû principalement au streptocoque pyogenes ☐
- C / V
- D / F survient préférentiellement chez les sujets avec manque d'hygiène, éthyisme, diabète
- E / F il s'agit de l'impétigo

#### 6-Réponse : A B C

- A / V aussi appelée syndrome SSS (staphylococcal scaled skin syndrom) ☐
- B / V
- C / V
- D / F toxine exfoliatine ☐
- E / F le décollement est superficiel

**7- Réponse : A B C D**

- A / V
- B / V
- C / V l'antibiothérapie systémique est indiquée en cas de lésions multiples et étendues.
- D / V  infection très contagieuse
- E / F les macrolides s'utilisent per os

**8- Réponse : A D E**

- A / V
- B / F folliculite diffuse des poils durs (barbe, pubis)
- C / F c'est la définition de l'ostiofolliculite. l'anthrax est le rassemblement de plusieurs furoncles
- D / V
- E / V

**9- Réponse : D**

- A et B / F il est sensible à toutes les bêta lactamines dans sa forme sauvage
- C / F résistant à la pénicilline G et à l'amoxicilline mais pas à l'augmentin (puisque possède un inhibiteur de bêta lactamase)
- D / V
- E / F

**10- Réponse : C D**

- A / F les infections superficielles sont apyrétiques
- B / F il n'y a pas de follicule pilosébacé sur les paumes et les plantes donc furoncle impossible
- C / V
- D / V pas d'AEG, pas de fièvre pour le furoncle isolé
- E / F centrée sur le follicule pilo-sébacé

**11- Réponse : A B C D**

- A / V
- B / V
- C / V
- D / V ce sont des sites de portages du SARM; On peut citer aussi les cicatrices
- E / F

**12- Réponse : A B D**

- A / V
- B / V
- C / F situé dans la zone centro-faciale, au dessus du sillon nasogénien
- D / V c'est la complication principale
- E / F les signes généraux sont importants : fièvre élevée ( $40^{\circ}$ ), AEG

**13- Réponse : B C E**

- A / F la fièvre est rare, l'état général conservé
- B / V
- C / V La leucocidine de Panton-Valentine est une toxine virulente permettant de rompre la barrière cutanée
- D / F on le traite par drainage chirurgical +/- associé à une antibiothérapie systémique (et pas locale) (cf qcm 15)
- E / V par inoculation directe accidentelle, toxicomanie, injections septiques...

**14- Réponse : D E**

- A / F
- B / F
- C / F c'est la furonculose
- D / V
- E / V

**15- Réponse : A B D E**

- A / V
- B / V
- C / F dans tous les autres cas elle n'est pas indiquée
- D / V
- E / V autres indications : l'immunodépression, l'échec du drainage

## Questions isolées QCM N° 7

<b>QCM 1</b>	<b>Le candida</b>
A -	Est un champignon filamenteux
B -	Est un saprophyte des muqueuses et de la peau
C -	Sa forme pathogène est pseudo-filamenteuse
D -	L'espèce albicans est responsable de la plupart des pathologies
E -	N'est jamais retrouvé à l'état normal sur la peau
<b>QCM 2</b>	<b>Quels sont les facteurs favorisant le passage de la forme saprophyte à la forme pathogène du Candida ?</b>
A -	La grossesse
B -	Le milieu alcalin
C -	Le contact avec les animaux
D -	L'irritation chronique
E -	L'obésité
<b>QCM 3</b>	<b>Quels sont les traitements connus pour favoriser le passage de la forme saprophyte à la forme pathogène du Candida ?</b>
A -	Les immunosupresseurs
B -	Les corticoïdes inhalés
C -	Les antibiotiques généraux
D -	Les AINS
E -	Les céstro-progestatifs
<b>QCM 4</b>	<b>Concernant les candidoses</b>
A -	Ne nécessitent en général pas de prélèvement
B -	La contamination est principalement exogène
C -	Est plus fréquente chez la femme
D -	Touche plus les pieds que les mains
E -	Ne touche pas les phanères
<b>QCM 5</b>	<b>Dans quel cas un prélèvement est-il indiqué ?</b>
A -	Vulvo-vaginite candidosique
B -	Onychomycose candidosique nécessitant un traitement per os
C -	Athlet foot
D -	Dermatophytie de peau glabre
E -	Dermatophytie des grands plis
<b>QCM 6</b>	<b>L'onychomycose candidosique</b>
A -	Les personnes les plus touchées sont les artisans pâtissiers et les ménagères
B -	La tablette unguéale est envahie après les replis périunguéaux
C -	La culture du prélèvement est longue (environ 1 semaine)
D -	Il faut interpréter le prélèvement en fonction du nombre de colonies
E -	Touche plus les pieds que les mains

**QCM 7 | Concernant la candidose génitale**

- A - La vulvo-vaginite candidosique nécessite toujours un bilan IST
- B - Elle ne touche que les femmes
- C - On retrouve des leucorrhées abondantes, verdâtres
- D - On peut retrouver une urétrite associée
- E - Elle est rare chez les femme après 50ans

**QCM 8 | Concernant les intertrigos des grands plis candidosiques**

- A - Le fond de l'intertrigo est sec
- B - Les bordures sont mal limitées
- C - L'atteinte est asymétrique
- D - L'évolution est centrifuge avec en périphérie de petites pustules ou une fine desquamation.
- E - On retrouve un prurit

**QCM 9 | Concernant les dermatophyties**

- A - Ils respectent toujours les muqueuses
- B - Ils sont toujours pathogènes
- C - Ils ont des affinités pour la couche basale de l'épiderme
- D - La contamination est principalement endogène
- E - Le facteur favorisant principal est une altération épidermique, quelle que soit sa nature (traumatique...)

**QCM 10 | Concernant les espèces de dermatophytes**

- A - Trichophyton rubrum est une espèce zoophile
- B - Microsporum canis est une espèce zoophile
- C - Trichophyton interdigitale est une espèce géophile
- D - La transmission des espèces géophiles se fait soit directement par le sol (terre, sable) à l'occasion d'une minime effraction soit par un animal vecteur.
- E - Les espèces anthropophiles induisent souvent des lésions inflammatoires

**QCM 11 | Concernant la dermatophytose unguéale**

- A - L'espèce responsable à 80% est le T. interdigitalis
- B - L'atteinte unguéale est presque toujours associée à celle des espaces interdigitaux ou des plantes
- C - Elle touche les ongles de pied à 80%
- D - Elle débute à la partie proximale de l'ongle par une leuconychie, suivie d'une hyperkératose sous-unguéale
- E - La psoriasis est un diagnostic différentiel

**QCM 12 | Concernant les prélèvements dans le cadre de la dermatophytose**

- A - Ils sont indispensables compte tenu de la faible valeur prédictive positive de l'examen clinique (polymorphisme lésionnel)
- B - Ils sont indispensables compte tenu de la nécessité fréquente d'une enquête pour déterminer l'origine de la contamination (homme, animal)
- C - Ils sont indispensables compte tenu des conséquences thérapeutiques (durée du traitement, traitement du contaminant).
- D - Il doivent être fait avant toute prescription d'antifongique après une fenêtre thérapeutique de 2 semaines au moins.
- E - Ils ne sont pas indispensables pour les intertrigos inter-orteils

<b>QCM 13</b>	<b>Concernant les teignes</b>
A -	Peuvent intéresser les cheveux ou la barbe
B -	Le favus est également appelé teigne inflammatoire
C -	Les teignes des immunodéprimés peuvent simuler une dermatite séborrhéique ou un psoriasis.
D -	Le kérion est du à un dermatophyte anthropophile
E -	Peuvent être associées à de la fièvre
<b>QCM 14</b>	<b>Les teignes microsporiques</b>
A -	Nécessitent une éviction scolaire
B -	Les plaques sont de grande taille
C -	Les cheveux sont cassés à quelques millimètres de la peau
D -	Les plaques sont souvent multiples
E -	Les plaques sont fluorescentes en lumière de Wood (jaune-vert)
<b>QCM 15</b>	<b>Concernant les dermatophyties des grands plis</b>
A -	Est anciennement appelé "herpes circiné"
B -	Réalise un placard bistre avec guérison centrale
C -	Les contours sont circinés, en carte de géographie
D -	L'atteinte est bilatérale
E -	Il résulte le plus souvent d'une auto-inoculation à partir d'une mycose des pieds.

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> idée
<b>1- Réponse : C D E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / F champignon levuriforme <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• B / F saprophyte des muqueuses mais pas de la peau <input type="checkbox"/></li><li>• C / V</li><li>• D / V</li><li>• E / V toujours pathologique si isolé sur une lésion cutanée</li></ul>
<b>2- Réponse : A D E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V</li><li>• B / F c'est l'acidité <input type="checkbox"/></li><li>• C / F c'est pour les dermatophyties <input type="checkbox"/></li><li>• D / V prothèses dentaires, mucite post-radique... <input type="checkbox"/></li><li>• E / V favorise la macération</li></ul>
<b>3- Réponse : A B C E <input type="checkbox"/></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V</li><li>• B / V</li><li>• C / V</li><li>• D / F</li><li>• E / V</li></ul>
<b>4- Réponse : A C</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V</li><li>• B / F principalement endogène, parfois exogène</li><li>• C / V (pli mammaire, grossesse, vulvo-vaginite candidosique) <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• D / F c'est l'inverse <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• E / F peut atteindre les ongles et une folliculite du cuir chevelu</li></ul>
<b>5- Réponse : B D E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / F</li><li>• B / V</li><li>• C / F (= dermatophytie des pieds) <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• D / V</li><li>• E / V</li></ul>
<b>6- Réponse : A B</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V ont fréquemment les mains dans l'eau <input type="checkbox"/></li><li>• B / V d'abord paronychie puis onyxis</li><li>• C / F culture courte de 48h <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• D / F pour la peau glabre et les phanères lorsque l'examen mycologique isole C. albicans, son caractère pathogène est indiscutables.</li><li>• E / F touche plus les mains</li></ul>

**7- Réponse : D E**

- A / F contamination endogène, contrairement à la candidose génitale masculine qui peut être une IST ou à partir d'une candidose urétrale ou digestive
- B / F balanite, balano-posthite, méatite
- C / F leucorrhée abondantes blanchâtres
- D / V
- E / V touche plutôt la femme d'âge jeune et moyen

**8- Réponse : B D E**

- A / F suintant vernissé
- B / V
- C / F symétrique
- D / V
- E / V

**9- Réponse : A B E**

- A / V
- B / V ne sont pas saprophytes
- C / F ont de l'affinité pour la kératine : couche cornée de l'épiderme et phanères (poils, cheveux et ongles)
- D / F La transmission se fait par contact avec des poils ou des squames contaminés et une adhérence des éléments fongiques à la couche cornée.
- E / V

**10- Réponse : B D**

- A / F anthropophile
- B / V sur les chiens et chats comme son nom l'indique
- C / F anthropophile
- D / V
- E / F puisque l'homme y est habitué, il n'y a pas de réaction inflammatoire contrairement aux espèces zoophiles et géophiles qui peuvent potentiellement en induire

**11- Réponse : B C E**

- A / F 80% pour T. rubrum et 20% pour T. interdigitale
- B / V
- C / V
- D / F à la partie distale et/ou latérale. Le reste est vrai
- E / V

**12- Réponse : A B C D E**

- A, B, C, D, E / V tout est vrai

**13- Réponse : A C E**

- A / V teigne de la barbe = sycosis
- B / F le favus est la teigne favique, le kérion est la teigne inflammatoire
- C / V
- D / F zoophile pour créer une réaction inflammatoire par un système immunitaire non habitué
- E / V pour les teignes inflammatoires X

**14- Réponse : B C E**

- A / F elle ne sont pas contagieuses, contrairement aux teignes trichophytiques
- B / V
- C / V
- D / F uniques le plus souvent ou peu nombreuses
- E / V

**15- Réponse : B C E**

- A / F c'est l'ancien nom de la dermatophytie sur peau glabre ( lésion annulaire). L'ancien nom des dermatophyties des grands plis est "l'eczéma marginé de Hebra"
- B / V = placard brun
- C / V
- D / F unilatéral
- E / V

## Questions isolées QCM N° 8

ITEM 158

<b>QCM 1</b>	La syphilis peut se transmettre via :
A -	Contact muqueux avec les syphilides génitales
B -	Voie transplacentaire
C -	Après greffe d'organe
D -	Contact cutané avec les syphilides palmo-plantaires
E -	Contact avec les plaques fauchées
<b>QCM 2</b>	Une syphilis est dite tardive si :
A -	Découverte d'une sérologie positive avec contage non datable
B -	Découverte d'une sérologie positive avec contage datable > 1 mois
C -	Syphilis secondaire
D -	Syphilis tertiaire
E -	Découverte d'une sérologie positive avec contage datable > 1 an
<b>QCM 3</b>	Le chancre syphilitique est typiquement :
A -	Unique le plus souvent
B -	Induré
C -	Dououreux
D -	A fond propre
E -	Irrégulier
<b>QCM 4</b>	Concernant la syphilis secondaire, quelles sont les propositions vraies ?
A -	La roséole syphilitique est la "1 <sup>ère</sup> floraison"
B -	Le visage est épargné par les syphilides papuleuses
C -	Le visage est épargné par la roséole syphilitique
D -	Aucun caractère n'est constant ni spécifique
E -	L'éruption est prurigineuse
<b>QCM 5</b>	Quelles sont les manifestations cutanéo-muqueuses que l'on peut retrouver dans la syphilis ?
A -	Alopécie en plaque
B -	Fausse perlèche
C -	Papules du menton
D -	Lésions d'allures séborrhéiques des plis naso-génien
E -	Dépapillation de la langue
<b>QCM 6</b>	Quelles sont les manifestations viscérales que l'on peut retrouver dans la syphilis secondaire ?
A -	Syndrome pseudo-grippal
B -	Aortite
C -	Polyadénopathies
D -	Néphropathie glomérulaire
E -	Hépatite

**QCM 7** Quelles sont les signes possibles d'une neurosyphilis précoce ?

- A - Syndrome méningé
- B - Paralysie faciale
- C - Démence
- D - Uvéite
- E - Tabès

**QCM 8** Quels sont les examens complémentaires réalisable pour le diagnostic de syphilis

- A - Examen direct au microscope à fond noir
- B - Examen ophtalmologique si syphilis primaire
- C - Culture bactérienne
- D - Sérologie
- E - Ponction lombaire

**QCM 9** Interprétez la sérologie suivante : TPHA+ VDRL-

- A - Faux positif
- B - Syphilis guérie
- C - Syphilis secondaire
- D - Syphilis débutante
- E - Syphilis tertiaire très ancienne

**QCM 10** Le FTA

- A - Signifie Fluorescent Treponemal Anticorps
- B - Ne se négative pas après traitement
- C - Met 8-10j à se posiver après le chancre
- D - Est indiqué au tout début du chancre si TPHA- VDRL-
- E - Est indiqué chez le nouveau né si suspicion de transmission pendant la grossesse

**QCM 11** Quelles sont les causes non tréponémiques d'une positivité du VDRL ?

- A - Grossesse
- B - VIH
- C - Tuberculose
- D - Paludisme
- E - Lupus

**QCM 12** Concernant le traitement d'une syphilis

- A - Sera toujours fait après confirmation biologique
- B - Se fait le plus souvent en hospitalisation
- C - En cas d'allergie à la pénicilline : Fluoroquinolone PO
- D - En cas de syphilis secondaire le traitement est Pénicilline G forme retard 3 injections IM sur 3 semaines
- E - En cas de neurosyphilis précoce : pénicilline G en IV

**QCM 13** Dans quels cas doit on faire une désensibilisation à la pénicilline en cas d'allergie ?

- A - Syphilis secondaire
- B - Syphilis primaire
- C - VIH
- D - Grossesse
- E - Syphilis congénitale

**QCM 14** | Concernant la réaction de Jarisch-Herxheimer

- A - Elle contre-indique à vie le traitement
- B - Elle peut survenir aussi dans le traitement de la maladie de Lyme
- C - On observe une exacerbation des lésions cutanées
- D - L'évolution est gravissime
- E - Elle peut survenir aussi dans le traitement de la leptospirose

**QCM 15** | Concernant la surveillance de la syphilis

- A - TPHA quantitatif à 6,12 et 24 mois
- B - TPHA quantitatif à 1 mois
- C - La négativation est attendue à 1 an si syphilis primaire
- D - La négativation est attendue à 1 an si syphilis secondaire
- E - Chez la femme enceinte : suivi clinique et biologique mensuel et échographie à la recherche de fœtopathie

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> idée
<b>1- Réponse : A B C E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V sont très contagieuses</li><li>• B / V</li><li>• C / V même si rare</li><li>• D / F</li><li>• E / V les plaques fauchées sont très contagieuses <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
<b>2- Réponse : A D E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V = syphilis latente tardive</li><li>• B / F le contage doit être &gt; 1 an <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• C / F</li><li>• D / V</li><li>• E / V = syphilis latente tardive</li></ul>
<b>3- Réponse : A B D</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V</li><li>• B / V caractéristique la plus évocatrice mais pas toujours présente</li><li>• C / F indolore</li><li>• D / V</li><li>• E / F rond, régulier</li></ul>
<b>4- Réponse : A C D</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V les macules arrivent avant les papules <input type="checkbox"/></li><li>• B / F</li><li>• C / V</li><li>• D / V la syphilis est la grande trompeuse <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• E / F</li></ul>
<b>5- Réponse : A B C D E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V "en fourrure mitée"</li><li>• B / V</li><li>• C / V papules acnéiformes</li><li>• D / V</li><li>• E / V = plaques fauchées</li></ul>
<b>6- Réponse : A C D E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V</li><li>• B / F manifestation de la syphilis tertiaire <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• C / V</li><li>• D / V</li><li>• E / V</li></ul>

**7- Réponse : A B D E**

- A / V
- B / V
- C / F manifestation de la neurosyphilis tardive
- D / V
- E / F manifestation de la neurosyphilis tardive  = lésions dégénératives de la moelle épinière d'origine syphilitique

**8- Réponse : A D E**

- A / V
- B / F un examen ophtalmologique doit être fait en cas de syphilis secondaire
- C / F culture impossible
- D / V
- E / V si suspicion de neurosyphilis

**9- Réponse : B D E** 

- A / F faux positif si VDRL+ TPHA-
- B / V le VDRL se négative sous traitement
- C / F le VDRL est positif en phase secondaire
- D / V le VDRL se positive souvent après le TPHA
- E / V le VDRL peut se négativer pour les syphilis latentes ou tertiaire

**10- Réponse : A D E**

- A / V
- B / F se négative
- C / F la positivation est précoce : 5j après le chancre contre 8-10j pour TPHA-VDRL
- D / V
- E / V

**11- Réponse : A B C D E**

- A / V
- B / V
- C / V
- D / V
- E / V

**12- Réponse : E**

- A / F pour le chancre le traitement est donné sans attendre les résultats sérologiques
- B / F En ambulatoire (sauf complication ou syphilis III)
- C / F cyclines
- D / F 1 seule injection IM pour la syphilis secondaire. Le traitement donné est celui de la syphilis tardive
- E / V

**13- Réponse : C D**

- A / F
- B / F
- C / V
- D / V
- E / F traitement est identique à celui de l'adulte (péni G et si allergie : cyclines)

**14- Réponse : B C E**

- A / F ce n'est pas une réaction allergique à la pénicilline
- B / V peut survenir dans les traitements des bactéries spirochètes dont fait partie la Borrelia burgdorferi
- C / V + syndrome grippal
- D / F l'évolution est bénigne, spontanément favorable
- E / V fait partie des bactéries spirochètes

**15- Réponse : C E**

- A / F VDRL quantitatif à 6, 12 et 24 mois
- B / F
- C / V
- D / F à 2 ans
- E / V

## Questions isolées QCM N° 9

<b>QCM 1</b>	Concernant le gonocoque :
A -	Est une bactérie spirochète
B -	Est une espèce d'Hæmophilus
C -	Est un diplocoque Gram négatif
D -	Est encapsulé
E -	Est intracellulaire
<b>QCM 2</b>	Concernant le chlamydiæ :
A -	Est intracellulaire obligatoire
B -	L'espèce psittaci est responsables des IST
C -	Les sérotypes D à K de chlamydiæ trachomatis sont responsables du trachome
D -	Est une bactérie Gram négatif
E -	Le sérotype L donne une IST
<b>QCM 3</b>	Concernant l'épidémiologie des IST :
A -	Les infections à gonocoque sont cliniquement plus bruyante que celle à chlamydiæ
B -	Il y a plus d'infection à gonocoque qu'à chlamydiæ
C -	Les infections à gonocoque touche plus les hommes que les femmes
D -	Les infections à chlamydiæ touche 0.01% des jeunes
E -	Les infections à chlamydiæ et à gonocoque touchent plus fréquemment les adultes jeunes
<b>QCM 4</b>	Devant une ulcération génitale aiguë, quels sont les examens à proposer en première intention?
A -	Biopsie des bords de la lésion
B -	TPHA-VDRL
C -	Sérologie VIH
D -	PCR Herpès sur la lésion
E -	Sérologie gonocoque
<b>QCM 5</b>	Parmi les pathologies suivantes, quelles sont celles qui sont des étiologies infectieuses des cervico vaginites ?
A -	La candidose
B -	L'herpès
C -	La chlamydiose
D -	La gonococcie
E -	La trichomoniasis
<b>QCM 6</b>	Concernant la gonococcie chez l'homme
A -	L'infection est le plus souvent asymptomatique
B -	La fièvre doit faire évoquer une complication
C -	La phase d'incubation est longue (plusieurs mois)
D -	La phase d'incubation est asymptomatique
E -	La phase d'incubation est non contagieuse

<b>QCM 7</b>	Concernant la gonococcie chez la femme
A -	L'infection est le plus souvent asymptomatique
B -	Peut donner une urétrite
C -	Peut toucher la glande de Skene, donnant une tuméfaction de la grande lèvre
D -	Peut toucher la glande de Bartholin, donnant une tuméfaction de la grande lèvre
E -	Peut donner une anorectite
<b>QCM 8</b>	Les prélevements à la recherche d'une infection gonococcique chez la femme s'effectuent
A -	Au col utérin
B -	Au méat urinaire
C -	A l'anus
D -	Dans le pharynx
E -	Sur les narines
<b>QCM 9</b>	Concernant les examens complémentaires à la recherche d'une infection gonococcique chez l'homme
A -	Les prélevements se font préférentiellement sur l'écoulement urétral
B -	En l'absence d'écoulement on réalise un prélevement dans la 2e partie du jet urinaire
C -	Le grattage endo-urétral est à éviter
D -	On réalise systématiquement des prélevements anaux et pharyngés
E -	Toutes les propositions sont fausses
<b>QCM 10</b>	Quelles sont les prélevements à réaliser dans le cadre des infections sexuellement transmissible
A -	Auto-prélevement vaginal pour le dépistage : PCR gonocoque et chlamydiæ
B -	Prélevement vaginal sous spéculum et par un médecin qualifié indispensable pour le dépistage
C -	La PCR gonocoque suffit dans un contexte de diagnostic
D -	PCR gonocoque et chlamydiæ sur le 1 <sup>er</sup> jet urinaire chez la femme dans un contexte de dépistage
E -	Toutes les propositions sont fausses
<b>QCM 11</b>	Concernant le syndrome de Flessinger Leroy Reiter
A -	Le gonocoque peut en être responsable
B -	Chlamydiæ trachomatis peut en être responsable
C -	Shigella peut en être responsable
D -	Survient chez la femme
E -	Survient chez l'homme
<b>QCM 12</b>	Le syndrome de Flessinger Leroy Reiter associe :
A -	Pénihépatite
B -	Polyarthrite séropositive
C -	Conjonctivite bilatérale
D -	Kérotodermie palmo-plantaire
E -	Uvête bilatérale
<b>QCM 13</b>	Concernant le syndrome de Fitz Hugh Curtis
A -	Le gonocoque peut en être responsable
B -	Chlamydiæ trachomatis peut en être responsable
C -	Shigella peut en être responsable
D -	Survient chez la femme
E -	Survient aussi bien chez la femme que chez l'homme

<b>QCM 14</b>	Concernant le traitement de la gonococcie (hors traitement du chlamydiæ), quelles sont les possibilités ?
A -	Spectinomycine IM en 2e intention
B -	Ceftriaxone IM en 1 <sup>ère</sup> intention
C -	Ofloxacine PO en 2e intention
D -	Cefixime PO en 1 <sup>ère</sup> intention
E -	Erythromycine en 2e intention
<b>QCM 15</b>	Concernant le traitement du chlamydiæ, quelles sont les possibilités en 1 <sup>ère</sup> intention ?
A -	Spectinomycine IM
B -	Ceftriaxone IM
C -	Azythromycine IM
D -	Doxycycline PO
E -	Cefixime PO

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  X  
Éliminer les incorrectes,  1<sup>ère</sup> idée

#### 1- Réponse : C D E

- A / F
- B / F de Neisseria
- C / V
- D / V
- E / V

#### 2- Réponse : A D E

- A / V
- B / F est responsable d'une zoonose
- C / F ils sont responsables des IST (A à C pour le trachome)
- D / V
- E / V donne la lymphogranulomatose vénérienne = maladie de Nicolas Favre

#### 3- Réponse : A C E

- A / V
- B / F 50 à 80 fois plus de chamydiose. Puisqu'est moins buryleante = plus de rapport à risque.
- C / V
- D / F prévalence : 2 à 10%
- E / V

#### 4- Réponse : B C D

- A / F pas en 1<sup>ère</sup> intention
- B / V dans l'hypothèse d'un chancre syphilitique
- C / V dans le cadre du bilan IST
- D / V les lésions herpétiques sont ulcérées
- E / F pour le bilan IST on ne recherche pas le gonocoque par une sérologie. Les infections à gonocoque ne donnent pas d'ulcération

#### 5- Réponse : A C D E

- A / V
- B / F donne seulement des vulvo-vaginites
- C / V
- D / V
- E / V

<b>6- Réponse : B D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / F le plus souvent symptomatique (60-90%)</li> <li>• B / V une urétrite seule est apyrétique</li> <li>• C / F courte (2 à 7 jours)</li> <li>• D / V</li> <li>• E / F</li> </ul>
<b>7- Réponse : A B D E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / V</li> <li>• B / V</li> <li>• C / F peut toucher la glande de Skene, donnant une tuméfaction para-urétrale</li> <li>• D / V</li> <li>• E / V</li> </ul>
<b>8- Réponse : A B C D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / V</li> <li>• B / V</li> <li>• C / V</li> <li>• D / V</li> <li>• E / F</li> </ul>
<b>9- Réponse : A C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / V</li> <li>• B / F sur le 1<sup>er</sup> jet urinaire ( les bactéries de l'urètre y sont plus concentrées) <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• C / V il est douloureux</li> <li>• D / F seulement si pratiques homosexuelles <input type="checkbox"/></li> <li>• E / F</li> </ul>
<b>10- Réponse : A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / V</li> <li>• B / F pas dans un contexte de dépistage mais de diagnostic <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• C / F on réalise une culture gonococcique pour suivre la résistance de la bactérie</li> <li>• D / F dépistage chez l'homme</li> <li>• E / F</li> </ul>
<b>11- Réponse : B C D E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / F</li> <li>• B / V</li> <li>• C / V ainsi que Salmonella, Yersinia <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• D / V</li> <li>• E / V en majorité chez l'homme mais possible aussi chez la femme <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>

**12- Réponse : C D**

- A / F ne pas confondre avec le syndrome de Fitz Hugh curtis
- B / F polyarthrite séronégative ♂
- C / V
- D / V
- E / F

**13- Réponse : A B D**

- A / V
- B / V
- C / F
- D / V
- E / F est exceptionnel chez l'homme ☿

**14- Réponse : A B D**

- A / V
- B / V
- C / F pour le chlamydiae ☿
- D / V
- E / F pour le chlamydiae ☿

**15- Réponse : D**

- A / F
- B / F
- C / F pas en IM mais PO en dose unique ♂
- D / V
- E / F

# Questions isolées QCM N° 10

<b>QCM 1</b>	L'exanthème est par définition :
A -	Progressif
B -	Brutal
C -	Forcement intense
D -	Guérissant en quelques jours
E -	Forcement diffus
<b>QCM 2</b>	L'exanthème peut être causé par :
A -	Un virus
B -	Une bactérie
C -	Une inflammation
D -	Un médicament
E -	Toutes les propositions sont justes
<b>QCM 3</b>	Quels sont les éléments en faveur d'une cause médicamenteuse ?
A -	Un syndrome grippal
B -	Un prurit
C -	Le caractère polymorphe
D -	Une polyadénopathie
E -	Une hyperéosinophilie
<b>QCM 4</b>	Quelles sont les maladies éruptives maculo-papuleuses ?
A -	Varicelle
B -	Rougeole
C -	Mégalérythème épidémique
D -	Kawasaki
E -	Virose à coxsackie
<b>QCM 5</b>	Parmi ces maladies quelles sont celles donnant typiquement une éruption morbilliforme ?
A -	Scarlatine
B -	Rougeole
C -	Exanthème subit du nourrisson
D -	Rubéole
E -	Mégalérythème épidémique
<b>QCM 6</b>	Quel est le virus responsable de l'exanthème subit du nourrisson
A -	HHV3
B -	Morbillivirus
C -	Togavirus
D -	HHV6
E -	Parvovirus B19

**QCM 7** Quel est (sont) la (les) maladie(s) donnant une éruption précédée d'une catarrhe occulo-respiratoire ?

- A - Mégalérythème épidémique
- B - Rougeole
- C - Scarlatine
- D - Rubéole
- E - Roséole

**QCM 8** Concernant la rougeole, quelles sont les propositions vraies

- A - Une dose de ROR suffit à la vaccination
- B - La transmission se fait par voie aérienne
- C - On retrouve un énanthème
- D - L'incubation dure < 7 jours
- E - La maladie confère une immunité

**QCM 9** Quelles sont les mesures préventives pour les sujets contacts d'un cas de rougeole ?

- A - Pour les nourrissons < 6 mois dont la mère est immunisée : aucune mesure
- B - Pour les nourrissons < 6 mois dont la mère n'est pas immunisée : 1 dose de vaccin monovalent (rougeole)
- C - Pour les nourrissons de 6 à 11 mois dont la mère est immunisée : aucune mesure
- D - Pour les sujets > 1 an déjà vaccinés : rappel avec 1 dose de vaccin ROR dans les 2 jours suivant le contage
- E - Pour les femmes enceintes non vaccinées et sans antécédent de rougeole : Ig IV monovalente

**QCM 10** Concernant la rubéole :

- A - La transmission ne peut être que par voie aérienne
- B - La fièvre est modérée, l'état général conservé
- C - On réalise systématiquement une sérologie pour confirmer le diagnostic
- D - Il existe plusieurs poussées sur plusieurs jours
- E - On peut retrouver des adénopathies occipitales

**QCM 11** Concernant l'exanthème subit du nourrisson :

- A - Seul 10% de la population adulte est immunisée
- B - Peut être du à HHV7
- C - Est aussi appelé rubéole
- D - La fièvre chute brutalement le jour de la sortie de l'éruption cutanée
- E - L'éruption dure 7-14 jours

**QCM 12** Concernant le mégalérythème épidémique :

- A - Touche le plus souvent les nourrissons et jeunes enfants < 5 ans
- B - Donne un aspect soufflé des joues caractéristique
- C - Peut donner un syndrome éruptif en gant et chaussette chez l'adulte
- D - Peut donner une anémie ferriprive chez un enfant atteint d'hémolyse chronique
- E - Des resurgences sont possibles pendant plusieurs semaines ou mois

**QCM 13** Concernant la scarlatine :

- A - Les placards erythémateux sont confluents, lisses et chauds
- B - La dépapillation survenant de la périphérie vers le centre de la langue forme un "V lingual"
- C - Le TDR est négatif au moment de l'éruption
- D - L'éviction scolaire est recommandée mais non obligatoire
- E - Il n'existe pas de vaccin

<b>QCM 14</b>	Quel est le traitement de la scarlatine ?
A -	Augmentin 1 g/j PO
B -	Amoxicilline 50 mg/kg/j PO pendant 6 jours
C -	Amoxicilline 60 mg/kg/j PO pendant 5 jours
D -	Amoxicilline IV
E -	Augmentin IV
<b>QCM 15</b>	A quelles pathologies devez vous penser devant une éruption scarlatiniforme chez un enfant ?
A -	Toxidermies
B -	Choc toxique staphylocoque
C -	Maladie de Kawasaki
D -	Fièvre typhoïde
E -	Mégalérythème épidémique

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> idée
1-Réponse : B D	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / F</li><li>• B / V</li><li>• C / F intense ou discret <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• D / V</li><li>• E / F L'exanthème (rash en anglais) peut être défini comme « une éruption d'apparition brutale, se généralisant en quelques heures et guérissant en quelques jours ». Cette éruption peut être intense ou non, diffuse ou de topographie particulière, isolée ou associée à des symptômes variés, bénigne ou potentiellement grave. <input checked="" type="checkbox"/></li></ul>
2-Réponse : A B C D E	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V principale cause</li><li>• B / V</li><li>• C / V</li><li>• D / V toxidermie</li><li>• E / V</li></ul>
3-Réponse : B C E	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / F oriente vers une cause virale <input type="checkbox"/></li><li>• B / V</li><li>• C / V</li><li>• D / F oriente vers une cause virale <input type="checkbox"/></li><li>• E / V</li></ul>
4-Réponse : B C D	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / F éruption vésiculo-pustuleuse <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• B / V</li><li>• C / V</li><li>• D / V</li><li>• E / F éruption vésiculo-pustuleuse</li></ul>
5-Réponse : B E	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / F scarlatiniforme <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• B / V</li><li>• C / F aussi appelée roséole donc éruption roséoliforme <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• D / F roséoliforme</li><li>• E / V il faut aussi penser à la mononucléose infectieuse, aux toxidermies et au Kawasaki</li></ul>

<b>6- Réponse : D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / F HHV3 = VZV <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• B / F virus de la rougeole</li> <li>• C / F virus de la rubéole</li> <li>• D / V HHV6 ou 7</li> <li>• E / F virus du mégalérythème épidémique <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
<b>7- Réponse : B</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / F</li> <li>• B / V la catarrhe oculo-respiratoire précédent une éruption doit faire automatiquement penser à une rougeole <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• C / F</li> <li>• D / F</li> <li>• E / F</li> </ul>
<b>8- Réponse : B C E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / F 2 doses sont nécessaires <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• B / V</li> <li>• C / V signe de Koplick</li> <li>• D / F 10-14 j <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• E / V</li> </ul>
<b>9- Réponse : A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / V avant 6 mois le nourrisson est protégé par les Ac maternels <input type="checkbox"/></li> <li>• B / F avant 6 mois, on donne des Ig IV polyvalentes</li> <li>• C / F après 6 mois les nourrissons ne sont plus protégés par les anticorps maternels : on fait une dose de vaccin monovalent (rougeole) dans les 72h puis 2 vaccins ROR selon le calendrier habituel</li> <li>• D / F si déjà vacciné : aucune mesure</li> <li>• E / F Ig IV polyvalentes <input checked="" type="checkbox"/></li> </ul>
<b>10- Réponse : B E</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / F voie transplacentaire possible</li> <li>• B / V</li> <li>• C / F Aucun examen complémentaire dans la forme typique <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• D / F une seule poussée disparaissant en 72h <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• E / V</li> </ul>
<b>11- Réponse : B D</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A / F maladie ubiquitaire 60-90% de la population immunisée <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• B / V majoritairement du à HHV6 mais peut être aussi du à HHV7 <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• C / F est aussi appelé roséole</li> <li>• D / V</li> <li>• E / F 1-2 jours</li> </ul>

**12- Réponse : B C E**

- A / F touche plus les enfants entre 5 et 10 ans
- B / V
- C / V
- D / F anémie erythroblastopénique chez l'enfant atteinte d'hémolyse chronique (drépanocytose, sphérocytose...)
- E / V

**13- Réponse : B E**

- A / F Les placards sont confluents et granités à la palpation
- B / V
- C / F
- D / F obligatoire
- E / V

**14- Réponse : B**

- A / F
- B / V le traitement est le même que pour une angine à SGA. les posologies de l'angine sont à connaître
- C / F
- D / F
- E / F

**15- Réponse : A B C**

- A / V
- B / V
- C / V
- D / F éruption roséoliforme
- E / F éruption morbiliforme

# Questions isolées QCM N° 12

**QCM 1** L'urticaire peut être :

- A - Aigu ou chronique
- B - Un œdème dermique
- C - Un œdème hypodermique
- D - Immunologique
- E - Non Immunologique

**QCM 2** Parmi les propositions suivantes, quelles sont celles correspondant à des mécanismes en cause dans l'urticaire ?

- A - Apport direct d'histamine dans l'alimentation
- B - Hypersensibilité immédiate de type anaphylactique médiaée par les IgE ou les IgG4
- C - Libération d'acétylcholine
- D - Déficit en C1 estérase
- E - Vasculite

**QCM 3** Concernant l'urticaire, quelles sont les propositions exactes ?

- A - La plupart des urticaires chroniques relèvent d'un mécanisme non allergique
- B - L'origine allergique d'une urticaire aiguë est à suspecter si les lésions surviennent dans un délai maximum de 24h après
- C - L'urticaire cholinergique relève d'un mécanisme allergique
- D - L'œdème angioneurotique relève d'un mécanisme non allergique
- E - Toutes les propositions sont exactes

**QCM 4** A quel type d'urticaire devez vous penser devant des lésions urticaires fixes et sans prurit ?

- A - Urticaire cholinergique
- B - Œdème angioneurotique
- C - Vasculite
- D - Angio-œdème
- E - Urticaire superficiel

**QCM 5** A quel type d'urticaire devez vous penser devant une forme micropapuleuse ?

- A - Urticaire cholinergique
- B - Œdème angioneurotique
- C - Vasculite
- D - Angio-œdème
- E - Urticaire superficiel

**QCM 6** Quelles peuvent être les manifestations associées à une urticaire ?

- A - Hyperthermie modérée
- B - Arthralgies
- C - Douleurs abdominales
- D - Céphalées
- E - Douleurs thoraciques

**QCM 7 A partir de quelle durée d'évolution peut on dire d'une urticaire qu'elle est chronique ?**

- A - 1 semaine
- B - 2 semaines
- C - 4 semaines
- D - 6 semaines
- E - 8 semaines

**QCM 8 Devant une urticaire chronique que faites vous en première intention ?**

- A - Attendre 4 semaines
- B - Bilan biologique de première intention
- C - Test thérapeutique
- D - Tests allergologiques systématiques
- E - Tests cutanés physiques systématiques

**QCM 9 Quels peuvent être les causes d'urticaire (ou d'une éruption y ressemblant) ?**

- A - Dysthyroidie
- B - Maladie de Still
- C - Hépatite
- D - Parasitose
- E - Mastocytose

**QCM 10 Concernant la vasculite urticarienne**

- A - Il existe une vasculite lymphocytaire
- B - La VS est normale
- C - L'hypocomplémentémie, qui a servi à définir le syndrome de Mac Duffie, n'est observée que dans la moitié des cas.
- D - Une affection systémique comme le lupus peut apparaître secondairement
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 11 Concernant la dermatite atopique**

- A - L'atopie est une prédisposition génétique à produire des IgE par les mastocytes
- B - C'est une maladie polygénique
- C - Il peut exister une mutation hétérozygote "perte de fonction" du gène de la filaggrine
- D - La dermatite atopique est plus fréquente dans les pays en voie de développement
- E - La prévalence de la dermatite atopique a doublé en 20 ans dans les pays développés

**QCM 12 Concernant la dermatite atopique**

- A - La dermatite atopique est une "allergie à quelque chose" qu'il faut identifier
- B - Le mode d'allaitement est responsable de la dermatite atopique
- C - Aucun traitement n'est définitivement curatif
- D - Les démocorticoïdes ont habituellement un retentissement général
- E - L'exploration allergologique n'est réalisée que dans un nombre limité de cas, dans des circonstances bien définies.

**QCM 13 Concernant les "autres mesures" utilisées pour la dermatite atopique**

- A - Les cures thermales ont fait la preuve de leur efficacité
- B - Une psychothérapie peut être indiquée : le stress étant possiblement incriminé comme facteur déclenchant de poussées
- C - L'homéopathie est recommandée
- D - La phytothérapie et les herbes chinoises ne sont pas recommandées
- E - L'acupuncture n'est pas à recommander

**QCM 14** | Concernant la dermatite d'irritation

- A - Elle nécessite une sensibilisation
- B - Les bords sont nets
- C - La symptomatologie qui prédomine est le prurit
- D - Il peut exister des lésions similaires à distance de la zone de contact
- E - Une dermatite d'irritation peut se compliquer d'un eczéma de contact

**QCM 15** | Devant une suspicion de dermatite de contact on réalise habituellement :

- A - Des patch tests
- B - Des prick tests
- C - Des tests épicutanés
- D - Des épidermo-tests
- E - Toutes les propositions sont fausses

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1<sup>ère</sup> idée

#### 1- Réponse : A B C D E

- A / V
- B / V dans sa forme superficiel X
- C / V dans sa forme profonde ou angio-oedème X
- D / V
- E / V

#### 2- Réponse : A B C E

- A / V l'apport peut être direct par des aliments riches en histamine (fromage /ex) □
- B / V
- C / V urticaire cholinergique : médie par la libération d'acétylcholine dans certaines circonstances (effort, émotion)
- D / F oedème angioneurotique par déficit en inhibiteur de la C1 estérase
- E / V
- autres mécanismes : hypersensibilité par activation du complément, histaminolibération provoquée par des aliments

#### 3- Réponse : A D

- A / V
- B / F dans un délai de 2 heures après l'ingestion d'un aliment ou d'un médicament. Passé ce délai, l'origine allergique est très peu probable. ☒
- C / F mécanisme non allergique
- D / V
- E / F

#### 4- Réponse : C

- A / F
- B / F
- C / V
- D / F
- E / F

#### 5- Réponse : A

- A / V
- B / F
- C / F
- D / F
- E / F

**6- Réponse : A B C**

- A, B et C / V surtout dans les formes profuses
- D / F
- E / F

**7- Réponse : D**

- D / V

**8- Réponse : C**

- A / F
- B / F en 2e intention si test thérapeutique est un échec
- C / V anti H1 pendant 4 à 8 semaines
- D / F lorsqu'il existe des arguments d'interrogatoire
- E / F lorsqu'il existe des arguments d'interrogatoire

**9- Réponse : A B C D E** 

- A / V
- B / V un diagnostic différentiel d'urticaire : se caractérise classiquement par une éruption fébrile à tendance vésicale, maculeuse ou parfois pseudo-urticarienne.
- C / V urticaire plutôt aigu
- D / V urticaire plutôt chronique
- E / V

**10- Réponse : A C D**

- A / V Il existe une vasculite lymphocytaire ou, plus rarement, leucocytoclasique avec nécrose fibrinoïde des petits vaisseaux dermiques.
- B / F L'élévation de la VS est fréquente.
- C / V
- D / V
- E / F

**11- Réponse : B C E**

- A / F les IgE ne sont pas synthétisés par les mastocytes mais par les plasmocytes
- B / V
- C / V entraîne une diminution de l'expression d'une protéine de la couche cornée, la filaggrine, intervenant dans la fonction barrière et l'hydratation de l'épiderme, chez une partie des patients.
- D / F même si elle y est aussi en augmentation. Cf la « théorie hygiéniste » qui suggère que la diminution de l'exposition aux agents infectieux (liée à l'amélioration des conditions d'hygiène et de santé) est responsable de modifications de la régulation du système immunitaire inné.
- E / V

**12- Réponse : C E**

- A / F contrairement à la dermatite de contact ☐
- B / F idée reçue
- C / V
- D / F traitement local, habituellement pas de passage systémique ☒
- E / V

**13- Réponse : B D E**

- A / F il n'y a pas d'argument scientifique pour les recommander en l'absence d'étude démonstrative. Elles peuvent néanmoins aider transitoirement le patient et sa famille dans les formes chroniques et sévères et peuvent aider à l'éducation thérapeutique.
- B / V de plus une dermatite atopique grave altère la qualité de vie et peut modifier la personnalité ou induire des troubles psychologiques. ☐
- C / F La conférence de consensus 2004 a estimé que l'absence de preuve scientifique ne permettait pas de recommander l'homéopathie.
- D / V Il faut lutter contre le recours aux médecines parallèles, trop souvent tentées par les familles désespérées.
- E / V

**14- Réponse : B E**

- A / F contrairement à la dermatite de contact la dermatite d'irritation apparaît dans les minutes ou h après exposition et sans phase de sensibilisation
- B / V contrairement à la dermatite de contact où les bords sont émiettés
- C / F la brûlure prédomine
- D / F contrairement à la dermatite de contact
- E / V car elle favorise la pénétration d'allergène en altérant la fonction barrière de la peau et parce que l'état inflammatoire favorise la réponse immune à ces allergènes ☐

**15- Réponse : A C D**

- A / V
- B / F
- C / V synonymes ☐
- D / V synonymes ☐
- E / F

## Questions isolées QCM N° 20

<b>QCM 1</b>	Quels éléments recherchez vous à l'interrogatoire devant une grosse jambe rouge aiguë ?
A -	La date de début et les modalités d'extension
B -	Un antécédent de lymphome
C -	Les antécédents chirurgicaux sur le membre concerné
D -	Les traitements débutés
E -	Une maladie loco-régionale récente ou semi-récente
<b>QCM 2</b>	Quels sont les signes de gravité que vous recherchez d'emblée ?
A -	Une hypoesthésie
B -	Une douleur spontanée intense
C -	Une crépitation
D -	Des vésicules ou des bulles
E -	Des zones pâles
<b>QCM 3</b>	Devant des signes de gravité , quel(s) diagnostic(s) évoquez vous ?
A -	Un érysipèle
B -	Une dermo-hypodermite bactérienne non nécrosante
C -	Un syndrome des loges
D -	Un eczéma
E -	Une fasciite nécrosante
<b>QCM 4</b>	Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous devant une grosse jambe rouge subaiguë non fébrile ?
A -	Une fasciite nécrosante
B -	Un érysipèle
C -	Un pied diabétique
D -	Une insuffisance veineuse
E -	Toutes les propositions sont fausses
<b>QCM 5</b>	Quel diagnostic évoquez vous chez une femme de 60 ans, présentant une grosse jambe rouge, non fébrile, prurigineuse avec des microvésicules suintantes et une bordure émiettée, en périphérie d'un ulcère veineux ?
A -	Un érysipèle
B -	Une lipodermatosclérose
C -	Un eczéma
D -	Une dermohypodermite inflammatoire sur insuffisance veineuse
E -	Toutes les propositions sont fausses
<b>QCM 6</b>	Concernant la dermohypodermite inflammatoire sur insuffisance veineuse
A -	La lipodermatosclérose est non spécifique de l'insuffisance veineuse
B -	Elle prédomine sur la moitié supérieure de la jambe
C -	Elle peut diminuer le périmètre de la jambe
D -	Sur ce terrain peuvent apparaître des poussées inflammatoires, simulant un érysipèle lorsqu'elles sont unilatérales.
E -	Les poussées inflammatoires sont très fébriles

**QCM 7**

A quel(s) germe(s) faut il penser devant une grosse jambe rouge chez l'immunodéprimé ?

- A - *Pseudomonas aeruginosa*
- B - *E. coli*
- C - *Vibrio vulnificus*
- D - *Æromonas hydrophila*
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 8**

En cas de morsure par un animal retrouvé à l'interrogatoire, quel(s) germe(s) suspectez vous ?

- A - *Pasteurella multocida*
- B - *Erysipelothrix rhusiopathiae*
- C - *E. coli*
- D - *Æromonas hydrophila*
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 9**

En cas de blessure par un os de porc dans le cadre d'un accident de travail chez un boucher, quel(s) germe(s) suspectez vous ?

- A - *Pasteurella multocida*
- B - *Erysipelothrix rhusiopathiae*
- C - *E. coli*
- D - *Æromonas hydrophila*
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 10**

Quelles examens complémentaires réalisez vous devant une grosse jambe rouge aiguë fébrile ( $>38.5^\circ$ ) ?

- A - Echo-doppler veineux systématique
- B - NFS-CRP pour évaluation du retentissement
- C - Bisopsie cutanée
- D - Hémocultures non systématiques
- E - Prélèvement bactériologique sur l'épiderme érythémateux

**QCM 11**

Quel(s) traitement(s) mettez vous en place sur un érysipèle traité à domicile ?

- A - Pénicilline G
- B - Amoxicilline
- C - Augmentin
- D - Pénicilline A
- E - Pénicilline U

**QCM 12**

En cas de signes de gravité, quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez vous ?

- A - Gaz du sang
- B - Ionogramme sanguin
- C - TP / TCA
- D - Créatininémie
- E - Enzymes musculaires

**QCM 13**

Quels sont parmi les propositions suivantes les pathologies ne donnant pas de jambe rouge aiguë ?

- A - La thrombose veineuse profonde
- B - La thrombose veineuse superficielle
- C - Une lipodermatosclérose
- D - Nécrose cutanée d'une ischémie artérielle aiguë
- E - La pasteurellose

<b>QCM 14</b>	<b>Vous hospitalisez une grosse jambe rouge aiguë si :</b>
A -	Echec du traitement en ambulatoire
B -	Immunodéprimé
C -	Absence d'amélioration à 24h
D -	Doute diagnostique
E -	Contexte social difficile
<b>QCM 15</b>	<b>Quel(s) traitement(s) pouvez vous mettre en place sur un érysipèle traité à domicile chez un sujet allergique à la pénicilline ?</b>
A -	Fluoroquinolone
B -	Pristinamycine
C -	Clindamycine
D -	Cotrimoxazole
E -	Métronidazole

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> idée
<b>1-Réponse : A C D E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V</li><li>• B / F on ne recherche pas particulièrement un antécédent de lymphome</li><li>• C / V</li><li>• D / V rechercher notamment la prise d'AINS</li><li>• E / V intertrigo, traumatisme, morsure, piqûre... <input type="checkbox"/></li></ul>
<b>2-Réponse : A B C E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / V</li><li>• B / V hypo ou hyperesthésie</li><li>• C / V</li><li>• D / F un œdème de constitution rapide peut entraîner des décollements superficiels étendus, en particulier chez le sujet âgé <input type="checkbox"/></li><li>• E / V évoque une nécrose cutanée <input type="checkbox"/></li></ul>
<b>3-Réponse : E</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / F</li><li>• B / F</li><li>• C / F</li><li>• D / F</li><li>• E / V</li></ul>
<b>4-Réponse : C D</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / F aigu et fébrile <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• B / F fébrile (peut être subaigu, notamment chez l'immunodéprimé) <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• C / V</li><li>• D / V</li><li>• E / F</li></ul>
<b>5-Réponse : C</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A / F non fébrile</li><li>• B / F pas de prurit, donne une infiltration scléreuse qui diminue le périmère de la jambe.</li><li>• C / V Les eczémas de jambe se voient fréquemment chez des malades porteurs d'ulcère. L'eczéma prédomine à la région péri-ulcéreuse, mais peut aussi s'étendre, donnant une grosse jambe rouge suintante. Ils peuvent être allergiques suite au topiques mis par la patiente ou dit "de stase" <input checked="" type="checkbox"/></li><li>• D / F Idem B /</li><li>• E / F</li></ul>

**6-Réponse : C D**

- A / F quasi spécifique
- B / F moitié inférieure
- C / V entraîne un sclérose
- D / V
- E / F peu ou pas fébrile

**7- Réponse : A B C D**

- A / V
- B / V en cas de neutropénie
- C / V par contact avec une eau souillée
- D / V par contact avec une eau souillée
- E / F

**8- Réponse : A**

- A / V dans le cadre d'une pasteurellose
- B / F
- C / F
- D / F
- E / F

**9- Réponse : B**

- A / F
- B / V Le rouget du porc (ou érysipéloïde dû à *Erysipelothrix rhusiopathiae*) peut être suspecté devant une plaie érythémateuse au pourtour œdématisé, extrêmement douloureuse, après blessure par un os de porc, de mouton, d'arêtes de poisson ou de crustacés. Il survient donc surtout en cas de manipulation professionnelle (bouchers) et siège préférentiellement à la main.
- C / F
- D / F
- E / F

**10- Réponse : B D**

- A / F seulement si doute avec une thrombophlébite +/- surajoutée
- B / V
- C / F
- D / V surtout si terrain fragile.
- E / F ne sert à rien

**11- Réponse : B D**

- A / F à domicile on ne met pas de traitements IV en 1ère intention, or la pénicilline G s'administre en IV
- B / V
- C / F
- D / V l'amoxicilline est une pénicilline A
- E / F

**12- Réponse : A B C D E**

- A / V recherche d'acidose métabolique
- B / V
- C / V recherche une CIVD
- D / V
- E / V

**13- Réponse : A B D**

- A / V La thrombose veineuse profonde isolée ne donne pas de tableau de grosse jambe rouge. Elle peut (rarement) s'associer à un érysipèle, ce qui fait pratiquer en cas de doute un écho-Doppler veineux.
- B / V induration douleureuse avec rougeur mais qui ne prend pas toute la jambe
- C / F
- D / V pas d'érythème, ni d'oedème
- E / F cf QCM 8

**14- Réponse : A B D E**

- A / V
- B / V
- C / F on attend 72h
- D / V
- E / V

**15- Réponse : B C**

- A / F
- B / V
- C / V
- D / F
- E / F

# Questions isolées QCM N° 21

## ENTRAINEMENT 1

<b>QCM 1</b>	Concernant l'érythème polymorphe
A -	Il prédomine sur le tronc et les grands plis
B -	Il est majeur si donne des lésions érosives muqueuses
C -	C'est un diagnostic différentiel de la nécrolyse épidermique toxique
D -	Donne des lésions en cocarde ou en cible, avec ou sans bulle au centre
E -	Fait partie des toxidermies
<b>QCM 2</b>	Les papules de Gottron se retrouve dans :
A -	Le lupus
B -	La sarcoïdose
C -	La dermatomyosite
D -	Le syndrome de Gougerot-Sjögren
E -	La polyarthrite rhumatoïde
<b>QCM 3</b>	La toxine exfoliatine
A -	Est une toxine streptococcique
B -	Est responsable du choc toxique
C -	Est responsable de l'impétigo bulleux
D -	Est responsable de la scarlatine
E -	Est responsable du syndrome SSS
<b>QCM 4</b>	Concernant les ulcérations génitales quelles sont les propositions vraies?
A -	Sont un facteur de risque de transmission du VIH
B -	La syphilis est la cause la plus fréquente
C -	Peuvent être une aphose
D -	20% sont d'origine infectieuse
E -	Peuvent être un zona ou une varicelle vulaire
<b>QCM 5</b>	Parmi les manifestations cliniques suivantes, lesquelles font partie de la syphilis secondaire ?
A -	Tabès syphilitique
B -	Roséole syphilitique
C -	Plaques fauchées
D -	Chancre
E -	Alopécie en fourrure mitée
<b>QCM 6</b>	Quelles sont les 2 complications cutanées les plus fréquemment retrouvées chez les greffés
A -	Carcinome cutané
B -	Psoriasis secondaire
C -	Lupus secondaire
D -	Infections cutanées
E -	Allergie cutanée

**QCM 7** Les 3 phases du cycle pilaire sont :

- A - Anagène-Télogène-Catagène
- B - Anagène-Catagène-Télogène
- C - Catagène-Anagène-Télogène
- D - Télogène-Anagène-Catagène
- E - Catagène-Télogène-Anagène

**QCM 8** La pelade est une alopecie :

- A - Cicatricielle
- B - Acquise
- C - Auto-immune
- D - Avec cuir chevelu normal
- E - Infectieuse

**QCM 9** Les lymphomes cutanés

- A - Le mycosis fungoïde est souvent de mauvais pronostic
- B - Le syndrome de sézary moins rare mais de plus mauvais pronostic que le mycosis fungoïde
- C - Sont plus souvent des lymphomes B
- D - Le mycosis fungoïde est une lésion pré-cancéreuse
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 10** Parmi ces dermatoses quelles sont celles pouvant être accompagnées d'un prurit ?

- A - Psoriasis
- B - Mycosis fongoïde
- C - Zona
- D - Pemphigus
- E - Mastocytose

**QCM 11** Concernant le syndrome de Kawasaki, quel est le critère majeur nécessaire au diagnostic ?

- A - Fièvre modérée depuis 5 jours ou plus
- B - Fièvre élevée depuis 5 jours ou plus
- C - Fièvre modérée 3 jours ou plus
- D - Fièvre élevée 3 jours ou plus
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 12** Quels sont les atteintes d'organes possibles dans la maladie de Kawasaki ?

- A - Uvéite
- B - hydrocholécyste
- C - cystite septique
- D - nodules et infiltrats pulmonaires
- E - méningite lymphocytaire

**QCM 13** Quel est le traitement de la maladie de Kawasaki ?

- A - Ig monoclonal IV pendant 2 jours
- B - Aspirine à dose anti-agrégante puis anti-inflammatoire
- C - Aspirine à dose anti-inflammatoire pendant 2 semaines
- D - Hospitalisation initiale systématique
- E - Paracétamol 60mg/kg toutes les 4 à 6 h

**QCM 14 | Concernant le diagnostic de la sarcoïdose, quels sont les éléments indispensables ?**

- A - Une présentation radioclinique évocatrice
- B - Une anergie tuberculinique
- C - Des sarcoides cutanés
- D - Des granulomes épithélioïdes et gigantocellulaires avec nécrose caséuse
- E - L'exclusion des autres maladies granulomateuses

**QCM 15 | Quels traitements doivent être arrêtés pour réaliser des patch tests ?**

- A - IEC
- B - Anti-histaminiques
- C - Hydroxyzine
- D - Statines
- E - Certains sirop pour la toux

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1<sup>ère</sup> idée

#### 1- Réponse : B C D

- A / F distribution acrale (coude, genoux, mains, pieds, visage)
- B / V
- C / V l'érythème polymorphe majeur doit être différencier du syndrome de Stevens Johnson
- D / V peut être une dermatose bulleuse
- E / F c'est un diagnostic différentiel

#### 2- Réponse : C

- A / F
- B / F
- C / V Atteinte erytémo-squameuse de phalanges
- D / F
- E / F

#### 3- Réponse : C E

- A / F toxine staphylococcique
- B et D / F toxine TSST1 peut donner un choc toxique et une scarlatine staphylococcique
- C / V
- E / V = syndrome de Ritter = épidermolyse staphylococcique aiguë

#### 4- Réponse :

- A C E
- A / V
  - B / F l'herpès est la principale cause
  - C / V
  - D / F 50%
  - E / V

#### 5- Réponse : B C E

- A / F phase tertiaire
- B / V
- C / V érosions de la langue riche en spirochète
- D / F phase primaire
- E / V alopecie avec zones incomplètement dépilées

#### 6- Réponse : A D

- A / V du aux traitements immunosuppresseurs
- B / F
- C / F
- D / V du aux traitements immunosuppresseurs
- E / F

**7- Réponse : B**

- A / F
- B / V Anagène = phase de croissance / Catagène = phase de dégradation / Télogène = phase de repos
- C / F
- D / F
- E / F

**8- Réponse : B C D**

- A / F
- B / V elle n'est pas héréditaire
- C / V
- D / V
- E / F

**9- Réponse : E**

- A / F évolution le plus souvent favorable
- B / F plus rare et de plus mauvais pronostic
- C / F plus souvent des lymphomes T : mycosis fongoïde , syndrome de Sézary et autres plus rares
- D / F c'est un lymphome T
- E / V

**10- Réponse : A B E**

- A / V 50% des patients
- B / V
- C / F
- D / F contrairement à la pemphigoïde bulleuse
- E / V

**11- Réponse : B**

- A / F
- B / V fièvre généralement élevée (> 39.5) résistante aux antipyrétiques et antibiotiques 5 jours ou plus
- C / F
- D / F
- E / F

**12- Réponse : A B D E**

- A / V
- B / V
- C / F la cystite est aseptique, c'est une pathologie inflammatoire et pas infectieuse
- D / V
- E / V

**13- Réponse : C D**

- A / F Ig polyclonal IV 2 g/kg pendant 2j
- B / F d'abord à dose anti-inflammatoire puis anti-agrégante
- C / V
- D / V
- E / F la dose est de 60 mg/kg/j réparti en 4-6 prises

**14- Réponse : A E**

- A / V
- B / F
- C / F chez 25% des patients seulement
- D / F la nécrose caséuse évoque une tuberculose
- E / V

**15- Réponse : B C E**

- A / F
- B / V
- C / V apparenté anti-histaminique
- D / F
- E / V peuvent contenir des anti-histaminiques

# Questions isolées QCM N° 22

## ENTRAINEMENT 2

<b>QCM 1</b>	Le Dermoval est un dermocorticoïde de classe
A -	1
B -	2
C -	3
D -	4
E -	5
<b>QCM 2</b>	Quelles sont les propositions exactes concernant l'erythrodermie :
A -	Il existe un prurit
B -	Une polyadénopathie généralisée est fréquente
C -	C'est une éruption purpurique
D -	Elle ne dure en général que quelques jours
E -	Touche également les phanères
<b>QCM 3</b>	La douleur dans un ulcère oriente vers une cause
A -	Artérielle
B -	Veineuse
C -	Tumorale
D -	Infectieuse
E -	Inflammatoire
<b>QCM 4</b>	Les dermocorticoïdes sont contre-indiqués dans :
A -	La dermatite séborrhéique
B -	L'acné
C -	La rosacée
D -	La dermatite atopique
E -	L'impétigo
<b>QCM 5</b>	Chez une femme touchée par l'acné, quelle pilule privilégier ?
A -	Ethinylestradiol + Norgestimate
B -	Ethinylestradiol + Norgestrel
C -	Ethinylestradiol + Levonorgestrel
D -	Acétate de cyprotérone + Ethinylestradiol
E -	Aucune des propositions n'est exacte
<b>QCM 6</b>	Parmi ces maladies lesquelles sont des phacomatoses ?
A -	Maladie de Von Hippel Lindau
B -	Neurofibromatoses
C -	Maladie de Rendu Osler
D -	Sclérose tubéreuse de Bourneville
E -	Syndrome de Sturge Weber Krabbe

<b>QCM 7</b>	Quels sont les facteurs de risque d'erysipèle ?
A -	Œdèmes des membres inférieurs
B -	Sexe masculin
C -	Diabète
D -	Alimentation
E -	Immunodépression
<b>QCM 8</b>	Parmi ces maladies lesquelles sont des granulomatoses ?
A -	Tuberculose
B -	Sarcocidose
C -	Lupus
D -	Maladie des griffes du chat
E -	Vascularite de Churg et strauss
<b>QCM 9</b>	Parmi les affections bulleuses suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) s'accompagnant d'acantholyse
A -	Syndrome de Steve Johnson
B -	Pemphigoïde bulleuse
C -	Pemphigus
D -	Erythème polymorphe bulleux
E -	Dermatite hérpétiforme
<b>QCM 10</b>	Parmi les pathologies suivantes quelles sont celles pouvant être induites par des médicaments ?
A -	Psoriasis
B -	Erythème pigmenté fixe
C -	Erythème polymorphe
D -	Dermatite atopique
E -	Eczéma
<b>QCM 11</b>	Devant un eczéma, quel(s) examen(s) permet(tent) de confirmer l'hypothèse étiologique d'un eczéma immunoallergique de contact ?
A -	Prick test
B -	Patch test
C -	Dosage IgE totales
D -	Biopsie cutanée
E -	Aucun examen ne permet de confirmer
<b>QCM 12</b>	La dermatite atopique
A -	Survient généralement à l'adolescence
B -	On peut y trouver le phénomène de Dennie morgan
C -	Peut se traiter avec des dérivés de la vitamine D
D -	Peut se traiter avec du tacrolimus en local
E -	peut se manifester par des fissures sous-auriculaires caractéristiques
<b>QCM 13</b>	Parmi ces propositions lesquelles sont des manifestations cutanéo-muqueuses de l'amylose
A -	Macroglossie
B -	Erosions muqueuses
C -	Ecchymoses, purpuras spontanés des paupières
D -	Lésions cutanées prédominant sur la moitié inférieure du corps
E -	Erythème noueux

**QCM 14** Le premier diagnostic à évoquer devant un regroupement de vésicules en bouquet est :

- A - Gale
- B - Eczéma
- C - Herpès
- D - Varicelle
- E - Impétigo

**QCM 15** Parmi les affections suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) qui peut (peuvent) causer un exanthème morbilliforme chez l'adulte ?

- A - VIH
- B - Rougeole
- C - Syphilis
- D - Arbovirose
- E - Exanthème subit du nourrisson

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1<sup>ère</sup> idée

#### 1- Réponse : D

- A / F
- B / F
- C / F
- D / V classe 4 = très fort
- E / F

#### 2- Réponse : A B E

- A / V
- B / V
- C / F
- D / F l'évolution est souvent prolongée sur plusieurs semaines
- E / V après quelques semaines d'évolution : chutes de cheveux, sourcils et cils, ongles dystrophiques...

#### 3- Réponse : A

- A / V

#### 4- Réponse : B C E

- A / F
- B / V
- C / V
- D / F c'est le traitement
- E / V pas de corticoides sur une infection

#### 5- Réponse : C

- A / F
- B / F
- C / V Recommandations de 2015
- D / F pas considéré comme une contraception mais comme un traitement de l'acné  à utiliser seulement si échec des traitements de première intention de l'acné
- E / F

**6- Réponse : A B C D E**

- A / V
- B / V
- C / V
- D / V
- E / V
- Une phacomatose est une maladie impliquant une anomalie de développement du tissu ectodermique aboutissant à des malformations diverses du névraxe à des tumeurs de petite taille (phacomes), cutanées, nerveuses et oculaires.

**7- Réponse : A C E**

- A / V
- B / F
- C / V
- D / F
- E / V

**8- Réponse : A B D E**

- A / V
- B / V
- C / F
- D / V
- E / V aussi appelée "granulomatose éosinophilique avec polyangéite"
- Autres : pneumopathies d'hypersensibilité, Syndrome de Wegner, bérilliose, histiocytose X

**9- Réponse : C**

- A / F
- B / F
- C / V perte de cohésion des kératinocytes dans les bulles intra-épidermiques
- D / F
- E / F

**10- Réponse : A B C E**

- A / V bêta-bloquants, lithium, IEC, interféron, antipalu...
- B / V toxidermie
- C / V érythème polymorphe médicamenteux
- D / F
- E / V eczéma de contact à un médicament topique

**11- Réponse : B**

- A / F pour les autres allergies
- B / V un patch test + un interrogatoire concordant permet de confirmer le diagnostic étiologique. Le diagnostic positif, lui, est clinique
- C / F
- D / F pas pour le diagnostic étiologique
- E / F

**12- Réponse : B D E**

- A / F enfance
- B / V plis sous palpébraux
- C / F utilisé pour le psoriasis
- D / V Protopic
- E / V sous le lobule de l'oreille

**13- Réponse : A C**

- A / V
- B / F
- C / V
- D / F ecchymoses, papules, nodules, plaques sur face et moitié supérieure du tronc
- E / F

**14- Réponse : C**

- A / F
- B / F
- C / V terme repris pour qualifié la dermatose bulleuse formant des vésicule ou bulle en bouquet = **dermatite herpétiforme**
- D / F
- E / F

**15- Réponse : A B D**

- A / V
- B / V
- C / F syphilis secondaire roséoliforme
- D / V dengue, chikungunya
- E / F typiquement roséoliforme ; son autre nom est "roséole"

# Questions isolées QCM N° 23

## ENTRAÎNEMENT 3

### QCM 1 | Concernant le mélanome :

- A - Il existe des formes familiales de mélanome
- B - La majorité des mélanomes survient sur un nœvus préexistant
- C - Certains mélanomes sont achromiques
- D - Tous les mélanomes siègent en peau chroniquement insolée
- E - Il existe des mélanomes bénins

### QCM 2 | Le phénomène de transformation d'un nœvus à un mélanome

- A - Est fréquent
- B - N'existe quasiment pas
- C - Est favorisé par les traumatismes cutanés
- D - Existe pour les Nœvi congénitaux
- E - Est favorisé par les infections cutanées

### QCM 3 | Quelle(s) est (sont) la (les) lésion(s) élémentaire(s) de la rosacée ?

- A - Comédon
- B - Pustules
- C - Telangiectasies
- D - Papules
- E - Microkystes

### QCM 4 | Quel est le type cellulaire qui prolifère dans l'hémangiome ?

- A - Kératinocyte
- B - Mélanocyte
- C - Cellule de Langerhans
- D - Cellule de Merkel
- E - Cellule endothéliale

### QCM 5 | Concernant le virus du zona et de la varicelle

- A - Il appartient à la famille des herpesviridæ
- B - C'est un virus à ARN
- C - La contamination est respiratoire
- D - La cellule cible du VZV est le mélanocyte
- E - Toutes les propositions sont fausses

### QCM 6 | Parmi ces propositions lesquelles peuvent être des complications de la varicelle ?

- A - Pneumopathie
- B - Ataxie
- C - Méningite
- D - Encéphalite de Van Bogært
- E - Syndrome de Reye

**QCM 7** | Concernant les manifestations cutanées d'une primo-infection par le VIH

- A - On peut retrouver des érosions buccales
- B - On retrouve fréquemment un prurit intense
- C - L'éruption prédomine le plus souvent en distalité (paumes, plantes, face)
- D - L'éruption la plus fréquente est de type scarlatiniforme
- E - On peut retrouver des formes urticariennes ou vésicopustuleuses

**QCM 8** | Quelles sont les manifestations devant faire proposer une sérologie VIH ?

- A - Maladie de Kaposi
- B - Dermatite séborrhéique d'apparition récente, floride et/ou résistante au traitement
- C - Rosacée d'apparition récente, floride et/ou résistante au traitement
- D - Zona de l'adulte jeune
- E - Porphyrie cutanée tardive

**QCM 9** | Parmi les propositions suivantes lesquelles sont des facteurs favorisant la candidose ?

- A - L'humidité
- B - L'obésité
- C - Le pH acide
- D - La colonisation saprophyte cutanée
- E - Les irritations chroniques dues à un dentier par exemple

**QCM 10** | Le candida albicans peut être à l'origine de :

- A - Intertrigo des petits plis
- B - Intertrigo des grands plis
- C - Herpès circiné
- D - Muguet
- E - Perlèche

**QCM 11** | Quel diagnostic évoquez vous devant une femme de 50 ans ayant une limitation de l'ouverture de la bouche et un effacement des rides du visage ?

- A - Un lupus
- B - Une sclérodermie
- C - Une dermatomyosite
- D - Une sarcoïdose
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 12** | Quels sont les critères en faveur d'un syndrome de Raynaud ?

- A - Epargne les pouces
- B - Survenue après 40 ans
- C - Phase cyanique absente
- D - Rémission estivale
- E - Chez un homme

**QCM 13** | Parmi ces propositions lesquelles sont des complications du psoriasis ?

- A - Erythrodermie
- B - Atteinte rénale
- C - Atteinte cérébrale
- D - Arthralgies
- E - Pustules

**QCM 14** | L'urticaire cholinergique est déclenché par:

- A - Le froid
- B - L'effort
- C - La pression
- D - La chaleur
- E - Les émotions

**QCM 15** | L'urticaire cholinergique est confirmé par :

- A - Un test au glaçon
- B - Un contact avec de l'eau
- C - Le port d'un poids durant 20 minutes sur les épaules, le bras ou la cuisse
- D - Un effort musculaire en atmosphère chaude
- E - Toutes les propositions sont fausses

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1<sup>ère</sup> idée

#### 1- Réponse : A C

- A / V 10% de formes familiales
- B / F c'est l'inverse : majorité de mélanome de novo
- C / V
- D / F mélanome des paumes et des plantes, mélanome muqueux...
- E / F par définition un mélanome est une tumeur mélanique maligne

#### 2- Réponse : B D

- A / F
- B / V que pour les nævi congénitaux
- C / F idée reçue
- D / V
- E / F

#### 3- Réponse : B C D

- A / F dans l'acné
- B / V
- C / V
- D / V
- E / F dans l'acné

#### 4- Réponse : E

- A, B, C, D / F
- E / V

#### 5- Réponse : A C

- A / V
- B / F ADN comme tous les virus de cette famille
- C / V
- D / F le kératinocyte
- E / F

#### 6- Réponse : A B C E

- A / V
- B / V bénigne chez l'enfant.
- C / V
- D / F complication de la rougeole
- E / V du à la prise d'aspirine : associe encéphalite et stéatose hépatique

**7- Réponse : A E**

- A / V
- B / F prurit rare et modéré
- C / F prédomine sur le tronc, la racine des membres, le cou, parfois le visage. La forme palmo-plantaire est rare
- D / F morbilliforme
- E / V

**8 - Réponse : A B D E**

- A / V
- B / V
- C / F
- D / V
- E / V

**9- Réponse : A B C E**

- A / V
- B / V les plis cutanés favorisent la macération
- C / V
- D / F le candida n'est pas un saprophyte cutané, mais muqueux
- E / V

**10- Réponse : A B D E**

- A / V
- B / V
- C / F c'est une dermatophytose
- D / V
- E / V

**11- Réponse : B**

- A / F
- B / V la sclérose circinée efface les rides et limite l'ouverture buccale
- C / F
- D / F
- E / F

**12- Réponse : B E**

- A / F le syndrome de Raynaud est la forme secondaire. Il touche tous les doigts
- B / V
- C / F la phase cyanique peut être absente dans une maladie de Raynaud. L'absence de phase syncopale oriente elle vers un syndrome de Raynaud
- D / F absence de rémission estivale
- E / V

**13- Réponse : A D E**

- A / V
- B / F
- C / F
- D / V rhumatisme psoriasique
- E / V palmo-plantaires ou généralisées

**14- Réponse : B D E**

- A / F
- B / V et la sudation
- C / F
- D / V
- E / V

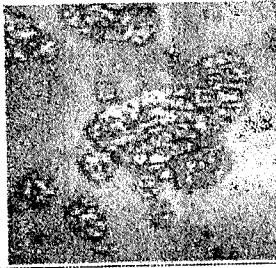
**15- Réponse : D**

- A / F pour l'urticaire au froid
- B / F pour l'urticaire aquagénique
- C / F pour l'urticaire retardée à la pression (lecture du test retardée)
- D / V
- E / F

# Questions isolées QCM N° 24

## ENTRAINEMENT 4

<b>QCM 1</b>	Quels sont les anticorps retrouvés spécifiquement dans la sclérodermie ?
A -	Ac anti SSA
B -	Ac anti Scl70
C -	Ac anti-centromères
D -	Ac anti RNP
E -	Ac anti-histone
<b>QCM 2</b>	Concernant les escarres
A -	Le stade I touche l'épiderme sans ouverture cutanée
B -	Le stade II atteint l'hypoderme
C -	Le stade III dépasse le fascia
D -	Le stade IV peut toucher les os, muscles et tendons
E -	Toutes les propositions sont fausses
	<b>A quel stade correspond cette escarre ?</b>
<b>QCM 3</b>	
A -	I
B -	II
C -	III
D -	IV
E -	Ce n'est pas un escharre du talon
<b>QCM 4</b>	Concernant le carcinome basocellulaire
A -	Il peut s'ulcérer
B -	C'est une tumeur exclusivement cutanée
C -	Il existe de nombreuses formes cliniques
D -	Il peut être pigmenté
E -	La lésion élémentaire est la perle épithéliomateuse
<b>QCM 5</b>	Concernant l'eczéma et les vaccins
A -	Il faut vacciner le plus normalement possible les enfants
B -	Certains vaccins sont contre-indiqués en cas d'eczéma
C -	Il faut retarder temporairement les vaccinations au cours des crises poussées d'eczéma
D -	En cas de vaccination ROR il faut s'assurer de l'absence d'allergie à l'oeuf
E -	Toutes les propositions sont fausses

<b>QCM 6</b>	<p>Quel est votre diagnostic concernant ces lésions chez une femme de 35 ans ?</p> 
	<p>A - Eczéma nummulaire      B - Eczématide      C - Carcinomes épidermoïdes      D - Carcinomes basocellulaires      E - Psoriasis</p>
<b>QCM 7</b>	<p>Concernant la pédiculose corporelle</p> <p>A - Il n'y a pas de terrain particulièrement atteint par cette pathologie, tous le monde peut être touché      B - Le poux circule dans les vêtements et pond sur le corps      C - Le poux peut être indirectement responsable d'endocardite      D - Le traitement repose sur le malathion      E - Toutes les propositions sont fausses</p>
<b>QCM 8</b>	<p>Parmi les cancers cutanés suivant lesquel(s) ne donnent pas de métastases ganglionnaires ?</p> <p>A - Carcinome épidermoïde du visage      B - Carcinome épidermoïde muqueux      C - Carcinome basocellulaire      D - Mycosis fungoïde      E - Mélanome</p>
<b>QCM 9</b>	<p>Quel est votre diagnostic concernant ces lésions chez une femme de 40 ans ?</p> 
	<p>A - Un zona      B - Un pemphigus vulgaire      C - Un psoriasis      D - Une pemphigoïde bulleuse      E - Toutes les propositions sont fausses</p>

**QCM 10** Parmi ces propositions lesquelles sont des causes de prurit ?

- A - Cholestase
- B - Xérose
- C - Insuffisance rénale chronique
- D - Psoriasis
- E - Eczéma

**QCM 11** Parmi ces propositions lesquelles peuvent donner un exanthème vésiculo-pustuleux ?

- A - Varicelle
- B - Herpès
- C - Maladie de Kawasaki
- D - Entérovirose
- E - Fièvre boutonneuse méditerranéenne

**QCM 12** Concernant la fièvre boutonneuse méditerranéenne

- A - Elle est due à Bartonella
- B - Elle est transmise par le chien/chat
- C - Se manifeste en été
- D - Il peut exister des complications viscérales
- E - On peut trouver un chancre escarrotique

**QCM 13** Concernant la scarlatine

- A - L'exanthème survient en général 24h après l'apparition d'une angine et d'une fièvre
- B - L'atteinte prédomine sur les mains "en doigt de gant"
- C - Le traitement repose sur les macrolides
- D - Le traitement repose sur une corticothérapie générale
- E - Le traitement repose sur une corticothérapie locale

Quel principal diagnostic évoquez vous devant ces lésions chez un enfant de 4 ans



**QCM 14**

- A - Syndrome de Kaposi
- B - Syndrome pied-main-bouche
- C - Syndrome de Stevens-johnson
- D - Gingivo-stomatite herpétique
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 15** Concernant les angiomes plans

- A - Sont absents à la naissance
- B - Sont des malformations capillaires
- C - Ont la même température que la peau normale
- D - Ils ne disparaissent pas à la pression
- E - Toutes les propositions sont fausses

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1<sup>ère</sup> idée

#### 1- Réponse : B C

- A / F non spécifique
- B / V Scl comme SCLérodermie , dans la forme diffuse
- C / V dans la forme limitée ou localisée
- D / F non spécifique mais peuvent être retrouvés
- E / F surtout dans le lupus induit

#### 2- Réponse : A D

- A / V correspond à un érythème persistant
- B / F atteint l'épiderme +/- le derme mais pas l'hypoderme
- C / F correspond au stade IV
- D / V
- E / F

#### 3- Réponse : B

- A / F
- B / V phlyctène à contenu hémorragique correspondant à un stade II
- C / F
- D / F
- E / F

#### 4- Réponse : A B C D E

- A / V
- B / V contrairement au carcinome épidermoïde qui peut aussi être muqueux
- C / V sclérodermiforme, nodulaire superficiel..
- D / V "basocellulaire tatoué" à différencier d'un mélanome
- E / V

#### 5- Réponse : A C

- A / V
- B / F l'eczéma sans allergie à l'oeuf ne contre-indique aucun vaccin
- C / V
- D / F l'allergie à l'oeuf contre indique les vaccins de la grippe et de la fièvre jaune. Pas les autres
- E / F

#### 6- Réponse : E

- A / F seraient mal limitées, pas squameuses
- B / F = dartre achromiante = lésions hypopigmentés finement squameuses
- C / F
- D / F
- E / V lésions érythémato-squameuses, bien limitées

**7- Réponse : C**

- A / F le manque d'hygiène, les personnes sans domicile fixe sont particulièrement touchées
- B / F inverse : circule sur le corps le temps de se nourrir et pond dans les fibres textiles
- C / V peut transmettre la *Bartonella quintana* pouvant donner des endocardites
- D / F la décontamination de la literie et des vêtements suffit le plus souvent (car vivent et pondent dans les vêtements)
- E / F

**8- Réponse : C**

- A / F
- B / F
- C / V
- D / F
- E / F

**9- Réponse : B**

- A / F
- B / V érosions et croûtes présternales car les bulles sont flasques et donnent une érosion
- C / F
- D / F
- E / F

**10- Réponse : A B C D E**

- A / V
- B / V
- C / V
- D / V
- E / V

**11- Réponse : A B D E**

- A / V
- B / V
- C / F donne un exanthème maculo-papuleux
- D / V dans le cadre du syndrome main-pied-bouche
- E / V

**12- Réponse : C D E**

- A / F elle est due à *Rickettsia conorii*
- B / F transmise par les tiques
- C / V
- D / V reins, cœur, poumon, CIVD
- E / V

**13- Réponse : A**

- A / V
- B / F l'atteinte prédomine sur les plis de flexion. Les "doigts de gant" correspondent à la desquamation secondaire
- C / F le traitement repose sur la pénicilline pendant une dizaine de jour
- D / F
- E / F

**14- Réponse : D**

- A / F
- B / F
- C / F
- D / V
- E / F

**15- Réponse : B C**

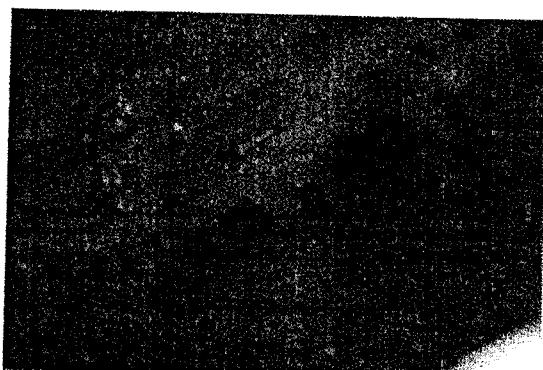
- A / F sont présents à la naissance contrairement aux hémangiomes
- B / V
- C / V
- D / F il disparaissent plus ou moins complètement à la pression
- E / F

# Questions isolées QCM N° 25

## ENTRAÎNEMENT 5

Quel(s) diagnostic(s) évoquez vous devant ce tableau : patiente de 30 ans se présentant avec un Raynaud et ces examens complémentaires (radio de la main + capillaroscopie)

QCM 1



- A - Un syndrome de Raynaud
- B - Une maladie de Raynaud
- C - Une dermatomyosite
- D - Une sarcoïdose
- E - Une sclérodermie

QCM 2 La rosacée :

- A - Prédomine chez l'homme
- B - Le rhinophyma a un sex ratio de 1 pour 1
- C - touche plus souvent le sujets à peau claire
- D - Donne toujours des bouffées vasomotrices
- E - Donne rarement des pustules

QCM 3 Les facteurs favorisant la candidose cutanée sont :

- A - La macération
- B - Une antibiothérapie per os
- C - L'hypertension artérielle
- D - Le diabète
- E - L'hypertension artérielle pulmonaire

QCM 4 Quels sont les allergènes pouvant donner un choc anaphylactique ?

- A - Pneumo-allergènes
- B - Tropho-allergènes
- C - Medicaments
- D - Les venins d'hyménoptères
- E - Toutes les propositions sont vraies

**QCM 5** Quel est le traitement de première intention d'un urticaire aigu ?

- A - Anti-leucotriènes
- B - Dermocorticoïdes
- C - Anti-histaminiques
- D - Corticothérapie PO
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 6** Le diagnostic d'amylose est

- A - Clinique
- B - Basé sur des résultats biologiques
- C - Histologique
- D - Basé sur des résultats d'imagerie
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 7** Quelle est la coloration utilisée pour faire le diagnostic d'amylose ?

- A - Rouge Giemsa
- B - PAS
- C - Argentique
- D - Eosine safran
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 8** Devant un purpura quels éléments vous orientent vers un purpura vasculaire ?

- A - Un prurit
- B - Un épistaxis
- C - Des lésions en relief
- D - Des lésions qui parraissent plus rouge en déclivité
- E - Des lésions polymorphes

**QCM 9** Quels sont les causes pouvant donner un purpura vasculaire ?

- A - Le VHC
- B - Une thrombopénie
- C - Le lupus
- D - Les médicaments
- E - Le VHB

**QCM 10** Concernant les patch tests

- A - Ils sont utiles pour démasquer les hypersensibilités retardées
- B - La lecture est immédiate
- C - Ils sont utiles pour le diagnostic étiologique d'urticaire
- D - On test systématiquement une batterie standard européenne pour une dermatite atopique
- E - Toutes les propositions sont fausses

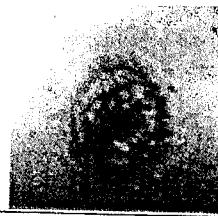
**QCM 11** Parmi ces lésions lesquelles peuvent être secondaires à un prurit ?

- A - Lichénification
- B - Impétigo
- C - Lichen plan
- D - Prurigo
- E - Gale

**QCM 12** | Le benzathine benzylpénicilline est utilisé dans :

- A - Le trichomonas
- B - La gonococcie
- C - La dermo-hypodermite bactérienne nécrosante
- D - La syphilis
- E - Erysipèle récidivant

Quel est votre hypothèse diagnostique concernant cette lésion ?



**QCM 13**

- A - Eczéma
- B - Impétigo
- C - Dermatophytose
- D - Myase
- E - Toutes les propositions sont fausses

**QCM 14** | L'eczéma peut donner :

- A - Un prurit
- B - Des vésicules
- C - Un suintement
- D - Une erythrodermie
- E - Une xérose cutanée

**QCM 15** | Parmi les propositions suivantes lesquelles se traitent avec une corticothérapie locale ?

- A - Psoriasis
- B - Impétigo
- C - Candidose
- D - Ulcère de jambe
- E - Zona

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1<sup>ère</sup> idée

#### 1- Réponse : A E

- A / V un phénomène de Raynaud secondaire est un syndrome de Raynaud ●
- B / F le tableau présenté n'évoque pas un phénomène de Raynaud primitif ●
- C / F
- D / F
- E / V on retrouve des calcifications sous cutanées sur la radio et des mégacapillaires à la capillaroscopie faisant évoquer une sclérodermie systémique dans sa forme localisée (anciennement CREST syndrome) □

#### 2- Réponse : C

- A / F touche plus les femmes
- B / F touche les hommes
- C / V surnommée "la maladie des celtes"
- D / F pas toujours ■
- E / F pas rarement ■

#### 3- Réponse : A D

- A / V
- B / F pas per os pour la candidose cutanée □
- C / F
- D / V
- E / F

#### 4- Réponse : C

- A / F
- B / F
- C / V
- D / F
- E / F

#### 5- Réponse : B C D

- A / F une allergie au pollen ne donnera pas un choc anaphylactique ! ■
- B / V
- C / V
- D / V
- E / F ●

**6- Réponse : C**

- A / F
- B / F
- C / V
- D / F
- E / F

**7- Réponse : E**

- A / F
- B / F
- C / F le rouge Giemsa n'existe pas, c'est le May Grünwald giemsa
- D / F
- E / V la coloration d'amylose est le rouge congo

**8- Réponse : C D E**

- A / F
- B / F une hémorragie muqueuse évoque un purpura thrombopénique
- C / V purpura infiltré
- D / V
- E / V

**9- Réponse : A C D E**

- A / V peut donner un cryoglobulinémie
- B / F donne un purpura thrombopénique
- C / V
- D / V
- E / V peut donner une périarérite noueuse

**10- Réponse : A**

- A / V
- B / F lecture à 48-72h
- C / F il s'agit d'une hypersensibilité immédiate, explorée par des prick-tests
- D / F pas systématiquement, si suspicion d'eczéma de contact associé
- E / F

**11- Réponse : A B D**

- A / V épaississement de la peau suite au prurit
- B / V surinfection
- C / F différent de la lichenification, maladie à part entière donnant des papules violines, striées
- D / V lésions secondaire au prurit
- E / F cause de prurit mais pas conséquence

**12- Réponse : D E**

- A / F
- B / F
- C / F
- D / V
- E / V 1 injection toutes les 2 ou 3 semaines

**13- Réponse :****B**

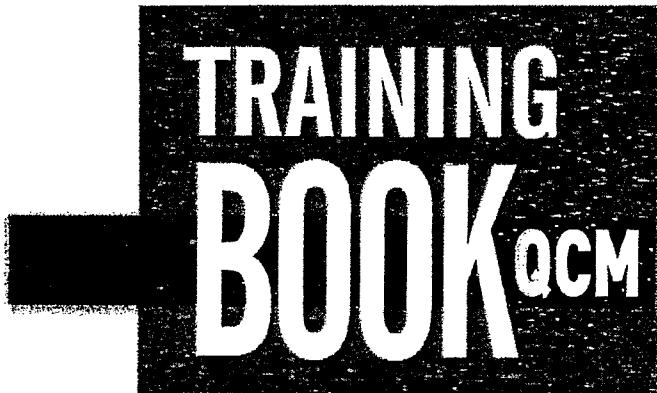
- A / F
- B / V correspond à un impétigo nécrotique et creusant. On retrouve une croûte enchaînée et une auréole inflammatoire
- C / F
- D / F
- E / F

**14- Réponse : A B C D E**

- A / V
- B / V
- C / V
- D / V
- E / V

**15- Réponse : A**

- A / V
- B, C, E / F pas de corticothérapie sur une infection
- D / F sauf eczéma de stase ou de contact sur les bords



Stratégie et méthodologie pour réussir les QCM à l'ECN

# Hépato-Gastro Entérologie

Vincent DAUNY

Editions Vernazobres-Grego



99 bd de l'Hôpital  
75013 PARIS - Tél. : 01 44 24 13 61  
[www.vg-editions.com](http://www.vg-editions.com)

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.  
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm,  
bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon possible des peines  
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.

AVRIL 2017 - ISBN : 978-2-8183-1615-3

**SOMMAIRE**  
**QUESTIONS ISOLEES QCM**

QUESTION	TITRE	PAGE
74	ADDICTION A L'ALCOOL	
215	PATHOLOGIE DU FER CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT	177
248	DENUTRITION CHEZ L'ADULTE	
163	HEPATITES VIRALES	184
168	PARASITOSES DIGESTIVES	
175	RISQUES SANITAIRES LIES A L'EAU ET L'ALIMENTATION, TIAC	190
268	RGO, HERNIE HIATALE	
269	ULCERE GASTRIQUE ET DUODENAL, GASTRITE	196
270	DYSPHAGIE	
271	VOMISSEMENTS	202
274	LITHIASIS BILIAIRE ET COMPLICATIONS	208
275	ICTERE	
277	ASCITE	214
276	CIRRHOSIS ET COMPLICATIONS	220
278	PANCREATITE CHRONIQUE	227
279	MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN	
280	CONSTIPATION	233
281	SYNDROME DE L'INTESTIN IRRITABLE	
282	DIARRHEE CHRONIQUE	240
283	DIARRHEE AIGUE ET DESHYDRATATION	247
284	DIVERTICULOSE	
285	PATHOLOGIE HEMORROIDIARE	253
286	HERNIE PARIENTALE	
298	CANCER COLO-RECTAL	259
300	TUMEURS DE L'ESTOMAC	
302	TUMEURS DE L'OESOPHAGE	266
301	TUMEURS DU FOIE PRIMITIVES ET SECONDAIRES	272
305	TUMEURS PANCREATIQUES	278
349	SYNDROME OCCLUSIF DE L'ENFANT ET L'ADULTE	
350	HEMORRAGIES DIGESTIVES	284
351	APPENDICITE CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE	
352	PERITONITE	291
353	PANCREATITE AIGUE	297
-	Entrainement 1 sur tous les items de la spécialité	303
-	Entrainement 2 sur tous les items de la spécialité	309
-	Entrainement 3 sur tous les items de la spécialité	315
-	Entrainement 4 sur tous les items de la spécialité	321
-	Entrainement 5 sur tous les items de la spécialité	327

## Questions isolées QCM N° 1

<b>QCM 1</b>	Concernant la consommation d'alcool chronique, quelle(s) est (sont) la (les) recommandation(s) ?
A -	Pas plus de 14 verre en moyenne par semaine pour les hommes
B -	Pas plus de 7 verres en moyenne par semaine pour les femmes
C -	Pas plus de 4 verres par occasion de boire
D -	Pas d'alcool dans certaines circonstances (femme enceinte, conduite)
E -	Trois jours sans alcool par semaine
<b>QCM 2</b>	Concernant l'épidémiologie de la consommation d'alcool, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	En France, 10 millions de personnes consomment de l'alcool 3 fois/semaine au moins
B -	20 à 30 % des adultes consultants ont un problème avec l'alcool en France
C -	50 % des consultants pour difficultés avec l'alcool sont des femmes
D -	L'alcool est la cause directe ou indirecte de 25 % de l'ensemble des maladies
E -	Une consommation de tabac associée est retrouvée dans 75 à 95 % des cas
<b>QCM 3</b>	Quel(s) est (sont) les questionnaire(s) disponible(s) pour dépister les personnes alcoololo-dépendantes ?
A -	Fagerstrom
B -	AUDIT-C
C -	MMS
D -	DETA
E -	AGGIR
<b>QCM 4</b>	Concernant les définitions liées à l'alcool, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?
A -	La dépendance physique correspond à un besoin irrépressible d'alcool
B -	L'ivresse simple évolue classiquement en 2 phases : excitation puis comateuse
C -	Le mésusage correspond à l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance
D -	La dépendance est plus facile à traiter que l'usage nocif
E -	La dépendance psychique se traduit souvent par la perte de contrôle des quantités d'alcool consommées
<b>QCM 5</b>	Concernant le sevrage alcoolique, quelle(s) est (sont) la (le) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Il se fait essentiellement en ambulatoire
B -	Il est idéalement réalisé par une équipe pluridisciplinaire
C -	L'intervention brève est efficace dans 30 % des cas
D -	Il n'existe aucun médicament aidant au sevrage en phase aiguë
E -	Les médicaments psychotropes sont systématiques en cas d'ivresse
<b>QCM 6</b>	Concernant la dénutrition chez l'adulte, quelle est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?
A -	Les apports recommandés correspondent aux quantités moyennes de nutriments qui doivent être fournis par personne et par jour pour satisfaire les besoins d'une population
B -	Les apports recommandés correspondent au besoin moyen de la population + 2 déviations standard
C -	Un régime équilibré contient 50 % de lipides, 35 % de protides et 15 % de glucides
D -	Les besoins nutritionnels du sujet âgé sont peu élevés en eau
E -	Les besoins énergétiques du sujet âgé sont inférieurs à ceux de l'adulte jeune

<b>QCM 7</b>	Quel est l'IMC d'un patient pesant 100 kg pour 1m80 ?
A -	28.5
B -	30.9
C -	35.6
D -	Cela correspond à un surpoids
E -	Cela correspond à une obésité grade I
<b>QCM 8</b>	Quelle(s) situation(s) parmi celle(s) ci-dessous correspond(ent) à une dénutrition ?
A -	IMC < 17 chez un sujet de moins de 70 ans
B -	Perte de poids involontaire de 5 % en un mois
C -	Albuminémie < 40 chez un sujet de plus de 70 ans
D -	MNA < 17 chez un sujet de plus de 70 ans
E -	Albuminémie < 30 chez un sujet présentant un syndrome inflammatoire
<b>QCM 9</b>	Quelle(s) est (sont) la (les) principale(s) cause(s) de dénutrition ?
A -	Réduction des apports alimentaires
B -	Hypermétabolisme
C -	Incurie
D -	Pertes protéiques anormales
E -	Asthénie
<b>QCM 10</b>	Concernant la nutrition entérale, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?
A -	Elle se fait par voie intra-veineuse
B -	Elle est généralement mal tolérée
C -	Sa principale complication est la broncho-pneumopathie d'inhalation
D -	Elle doit tenir compte des éventuelles pertes protéiques digestives ou cutanées
E -	Elle doit être privilégiée par rapport à la nutrition parentérale
<b>QCM 11</b>	Concernant la surcharge en fer, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?
A -	Un coefficient de saturation de la transferrine < 45 % permet d'écartier le diagnostic d'hémochromatose
B -	La ferritinémie est proportionnelle au stock martial de l'organisme
C -	Une authentique surcharge en fer peut être présente dans le cadre d'un syndrome métabolique
D -	La surcharge en fer est une pathologie rare
E -	Une hémopathie peut provoquer une surcharge en fer secondaire
<b>QCM 12</b>	Quel(s) examen(s) morphologique(s) de première intention permet(tent) d'évaluer la surcharge en fer hépatique ?
A -	Scanner abdominal avec injection
B -	Ponction-biopsie hépatique
C -	IRM hépatique
D -	Ferritinémie
E -	Echographie abdominale
<b>QCM 13</b>	Concernant l'hémochromatose, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'une maladie autosomique dominante
B -	La principale mutation est C282Y
C -	Cette mutation se situe sur le 10 <sup>ème</sup> chromosome
D -	Les patients hétérozygotes ne développent aucun symptôme
E -	A âge égal, les femmes ont une surcharge en fer moindre que les hommes

<b>QCM 14</b>	Concernant les différents stades de l'hémochromatose, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Le stade 1 est totalement asymptomatique
B -	Le stade 2 correspond à lélévation isolée de la ferritinémie
C -	Le stade 3 correspond aux signes cliniques de la maladie
D -	Le stade 4 correspond aux lésions viscérales
E -	Un patient nayant pas la mutation est stade 0
<b>QCM 15</b>	Concernant le traitement de l'hémochromatose, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?
A -	Il repose sur les chélateurs du fer par voie orale
B -	On associera un régime pauvre en fer
C -	On limitera la consommation en alcool
D -	On recherchera la mutation le plus précocement possible chez les apparentés, si possible avant 15 ans
E -	Lobjectif est une ferritinémie < 50 µg/L

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, <input checked="" type="checkbox"/> Déduction, <input type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input type="checkbox"/> 1ère idée	
1	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les recommandations de l'OMS sont les suivantes <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas plus de 21 verres en moyenne par semaine pour les hommes</li> <li>- Pas plus de 14 verres en moyenne par semaine pour les femmes</li> <li>- Pas plus de 4 verres par occasion de boire</li> <li>- Pas d'alcool dans certaines circonstances : femme enceinte, conduite, prise de médicaments, métiers ou sports dangereux, certaines affections...)</li> <li>- Un jour sans alcool par semaine</li> </ul> </li> </ul>	
2	<p>Réponse : A B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quelques données à bien avoir en tête : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 millions de Français consomment de l'alcool au moins 3 fois/semaines, 6 millions tous les soirs</li> <li>- La consommation d'alcool par an et par habitant était de 9 litres en 2003</li> <li>- La consommation d'alcool est souvent associée à d'autres conduites addictives (tabac, mais aussi benzodiazépines)</li> <li>- 20 à 30 % des patients consultant ont un problème avec l'alcool</li> <li>- Parmi les personnes consultant pour des troubles liés à l'alcool, seulement 10 % sont des femmes <input checked="" type="checkbox"/> (dont la consommation est plutôt solitaire, au domicile)</li> <li>- L'alcool est au troisième rang des causes de décès, avec 49 000 décès par an.</li> <li>- Cela représente 25 % de l'ensemble des maladies <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul>	
3	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Ce sont les deux questionnaires à connaître. Le DETA est en particulier utilisé :</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><b>DETA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de DIMINUER votre consommation d'alcool?</li> <li>2. Votre ENTOURAGE vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool?</li> <li>3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez TROP?</li> <li>4. Avez-vous déjà eu besoin d'ALCOOL le matin pour vous sentir en forme?</li> </ol> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Le test de Fagerstrom concerne la dépendance au tabac. Les deux autres items se rapportent à des questionnaires gériatriques.</li> </ul>	
4	<p>Réponse : C E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Encore quelques définitions : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le mésusage correspond à l'usage à risque, l'usage nocif et l'usage avec dépendance</li> <li>- L'usage à risque correspond à une consommation au-delà des seuils préconisés, avec ou sans conséquences physiques, psychiques ou sociales</li> <li>- L'usage nocif correspond à une consommation avec des critères préjudiciables pour la santé physique ou psychique sans critère de dépendance</li> <li>- La dépendance définit un type de relation marqué par une incapacité de réduire sa consommation et une obligation comportementale (cf. critères CIM 10)</li> <li>- La dépendance physique correspond à tous les symptômes neuro-musculaires, digestifs, neuro-végétatifs, psychiques apparaissant lors d'un sevrage total ou partiel.</li> <li>- La dépendance psychique se traduit par une envie irrépressible d'alcool, puis la perte de contrôle des quantités consommées</li> <li>- L'ivresse simple évolue en trois phases : excitation, incoordination puis coma</li> </ul> </li> </ul>	

5	<p><b>Réponse : B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le sevrage alcoolique se fait de façon pluridisciplinaire <input checked="" type="checkbox"/>, le plus souvent en ambulatoire</li> <li>L'intervention brève (soin minimal individuel sur un temps court) est efficace dans 30 % des cas et est surtout dispensée en cas de non alcoolodépendance</li> <li>Les autres modalités sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien motivationnel</li> <li>- Thérapies cognitivo-comportementales</li> <li>- Médicaments : Acamprosate, Naltrexone, Baclofène (RTU depuis 2014) ou beaucoup plus rarement Disulfiram pour le maintien de l'abstinence (mais aucun médicament n'est utile pour le sevrage lui-même ! <input checked="" type="checkbox"/>), Nalméfène ou Baclofène pour réduction des consommations</li> </ul> </li> </ul>															
6	<p><b>Réponse : A B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Effectivement, c'est la définition et le moyen de calcul des apports recommandés !</li> <li>Un tel apport couvrira les besoins de 97,5 % d'une population</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Un régime équilibré correspond à 12 % de protides, 35 à 40 % de lipides et 50 à 55 % de protides</li> <li>Les personnes âgées sont moins dépendantes des besoins énergétiques (du fait d'une moindre activité et de la diminution de la masse protéique) mais nécessitent des apports augmentés en eau (défaut d'adaptation de la sensation de soif) et en protides</li> </ul>															
7	<p><b>Réponse : B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Entraînez-vous à calculer à la main l'IMC sur un brouillon, cela peut rapporter gros le jour du concours !</li> <li>En ce qui concerne l'interprétation de l'IMC : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un IMC &gt; 25 mais &lt; 30 correspond à un surpoids</li> <li>- Un IMC &gt; 30 correspond à une obésité (grade I si &lt; 35, grade II si compris entre 35 et 40, grade III si &gt; 40)</li> </ul> </li> </ul>															
8	<p><b>Réponse : A B D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Les critères de dénutrition sont à connaître et sont encore plus tombables dans un sujet de gérontologie :</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Tableau 1. Dénutrition : critères de la haute autorité de la santé (HAS)</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Avant 70 ans</th> <th style="text-align: center;">Après 70 ans</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perte de poids*</td> <td style="text-align: center;">&gt; 10 %</td> <td style="text-align: center;">&gt; 10 % en 6 mois</td> </tr> <tr> <td>Perte de poids**</td> <td style="text-align: center;">&gt; 5 % en 1 mois</td> <td style="text-align: center;">&gt; 5 % en 1 mois</td> </tr> <tr> <td>Hypoalbuminémie**</td> <td style="text-align: center;">&lt; 30 g/L</td> <td style="text-align: center;">&lt; 35 g/L</td> </tr> <tr> <td>IMC</td> <td style="text-align: center;">&lt; 17</td> <td style="text-align: center;">&lt; 21</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Involontaire ou restriction volontaire (il faut donc évaluer les ingestions)  ** en l'absence de syndrome inflammatoire. Avant 70 ans une transthyroïdémie &lt; 110 mg/L peut aussi être utilisée.  Le MNA (mini nutritional assessment) peut aussi être utilisé après 70 ans.  D'après l'HAS (2007) [5].</p>		Avant 70 ans	Après 70 ans	Perte de poids*	> 10 %	> 10 % en 6 mois	Perte de poids**	> 5 % en 1 mois	> 5 % en 1 mois	Hypoalbuminémie**	< 30 g/L	< 35 g/L	IMC	< 17	< 21
	Avant 70 ans	Après 70 ans														
Perte de poids*	> 10 %	> 10 % en 6 mois														
Perte de poids**	> 5 % en 1 mois	> 5 % en 1 mois														
Hypoalbuminémie**	< 30 g/L	< 35 g/L														
IMC	< 17	< 21														

**Tableau 2. Dénutrition sévère : critères de la haute autorité de la santé (HAS)**

	Avant 70 ans	Après 70 ans
Perte de poids*	> 15 % en 6 mois	> 15 % en 6 mois
Perte de poids**	> 10 % en 1 mois	> 10 % en 1 mois
Hypoalbuminémie**	< 20 g/L	< 30 g/L
IMC		< 18*

\* Involontaire ou restriction volontaire (il faut donc évaluer les ingestions)  
\*\* en l'absence de syndrome inflammatoire. Avant 70 ans une transthyroïdémie < 50 mg/L peut aussi être utilisée.  
Une dénutrition sévère nécessite toujours une prise en charge spécifique, le plus souvent en hospitalisation.  
D'après l'HAS (2007) [5].

- Retenez que l'Albuminémie n'est pas interprétable en cas de syndrome inflammatoire ou d'insuffisance hépatique

9	<p>Réponse : A B D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les trois grandes causes de dénutrition sont :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduction des apports (volontaire, par maldigestion, malabsorption...)</li> <li>- Hypermétabolisme (affections septiques, néoplasiques, inflammatoires...)</li> <li>- Pertes anormales (brûlures, fuites urinaires, digestives...)</li> </ul> </li> </ul>
10	<p>Réponse : C D E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La nutrition entérale consiste à instiller un liquide nutritif par l'intermédiaire d'une sonde dans la partie supérieure du tube digestif par voie naso-gastrique, jéjunostomie ou gastrostomie</li> <li>On se méfiera de la pneumopathie d'inhalation qui est prévenue par un faible débit et le maintien des patients en position semi-assise</li> <li>Elle est généralement bien tolérée, et doit être toujours privilégiée en cas d'obligation de recours à une nutrition artificielle.</li> </ul>
11	<p>Réponse : A B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La surcharge martiale est une maladie fréquente, évaluée par la ferritine et le coefficient de saturation de la transferrine CST. Les causes sont résumées dans le tableau ci-dessous :</li> </ul> <pre> graph TD     HF[Hyperferritinémie] --&gt; CST[CST]     CST --&gt; &lt;45pct["&lt; 45 % : Hépatopathie dont hépatosidérose dysmétabolique"]     CST --&gt; &gt;45pct["&gt; 45 %"]     &gt;45pct --&gt; Eliminables["Eliminer : Cirrhose Dysérythropoïèse Transfusions antérieures"]     &gt;45pct --&gt; RechercheMutation["Recherche de la mutation C282Y"]     RechercheMutation --&gt; NonConfirmee["Mutation non confirmée : Autre type d'hémochromatose ou Hépatopathie dont hépatosidérose dysmétabolique"]     RechercheMutation --&gt; Confirmee["Mutation confirmée : Hémochromatose génétique"]     NonConfirmee --&gt; IRM["IRM Hépatique"]   </pre>
12	<p>Réponse : C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il s'agit effectivement de l'IRM hépatique</li> <li>Attention, on demandait les examens MORPHOLOGIQUES. La ferritine n'était donc pas acceptée.</li> </ul>
13	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il s'agit d'une maladie autosomique récessive, liée dans 95 % des cas à la mutation C282Y sur le 6<sup>ème</sup> chromosome.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les patients hétérozygotes ne développent aucun symptôme, et seuls 10 à 50 % des homozygotes vont développer une surcharge significative</li> <li>Les femmes ont une surcharge martiale moindre, en grande partie du fait des menstruations (logique ! ☐)</li> </ul>
14	<p><b>Réponse : C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ce graphique représentant l'histoire de l'hémochromatose résume la quasi-intégralité du chapitre :</li> </ul> <pre> graph LR     A[Prédistribution génétique] --&gt; B[CST ↑]     B --&gt; C[Ferritine ↑]     C --&gt; D["Expression clinique modérée : arthropathie, asthénie"]     D --&gt; E["Expression clinique sévère : Cinrose, CHC, cardiopathie, diabète Hypogonadisme"]          F[Stade 0] --&gt; G[Stade 1]     G --&gt; H[Stade 2]     H --&gt; I[Stade 3]     I --&gt; J[Stade 4]   </pre> <ul style="list-style-type: none"> <li>Attention, un patient stade 0 est un patient sain, mais qui est muté ! ☠</li> </ul>
15	<p><b>Réponse : C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement repose principalement sur les soustractions sanguines (saignées), avec :       <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une phase initiale</li> <li>- Puis une phase d'entretien</li> <li>- Et un objectif de ferritinémie &lt; 50 µmol/l</li> </ul> </li> <li>Un régime limité en fer n'est pas recommandé</li> <li>On associera une limitation de la consommation d'alcool, et une recherche des complications principales ☐ (cardiologiques, rhumatologiques...)</li> <li>X Le dépistage des apparentés est préconisé, mais la mutation ne se recherche pas avant 18 ans !</li> </ul>

**QCM 1** Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) d'hépatite aiguë ?

- A - Hémochromatose
- B - Médicaments
- C - Insuffisance cardiaque
- D - Stéato-hépatite non alcoolique
- E - Hépatite auto-immune

**QCM 2** Parmi la (les) proposition(s) suivante(s), quel(s) est (sont) le(s) signe(s) spécifique(s) d'hépatite aiguë ?

- A - Urticaire
- B - Ictère
- C - Signe de Cullen
- D - Signe de Murphy
- E - Aucun

**QCM 3** Parmi les virus suivants, le(s)quel(s) est (sont) un (des) virus à ARN ?

- A - VHA
- B - VHB
- C - VHC
- D - VHD
- E - VHE

**QCM 4** Parmi les virus suivants, le(s)quel(s) est (sont) de transmission féco-orale ?

- A - VHA
- B - VHB
- C - VHC
- D - VHD
- E - VHE

**QCM 5** Pour quel(s) vaccin(s) parmi les suivants existe-t-il à l'heure actuelle un vaccin disponible ?

- A - VHA
- B - VHB
- C - VHC
- D - VHD
- E - VHE

**QCM 6** Parmi les virus suivants, le(s)quel(s) est (sont) à déclaration obligatoire ?

- A - VHA
- B - VHB aiguë
- C - VHB chronique
- D - VHC
- E - VHE

**QCM 7** | Concernant l'hépatite A, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - L'infection est une cause fréquente d'hépatite aiguë
- B - Elle donne parfois une hépatite chronique
- C - Le vaccin inactivé contre l'hépatite A ne protège que dans 50 % des cas
- D - Elle est le plus souvent asymptomatique
- E - Elle survient le plus souvent chez le sujet jeune ou l'enfant

**QCM 8** | Concernant l'hépatite B, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Elle est responsable de 75 % des carcinome hépato-cellulaires dans le monde
- B - Elle peut entraîner des manifestations extra-hépatiques
- C - Elle peut provoquer des carcinomes hépato-cellulaires, même en l'absence de cirrhose
- D - La proportion de cas symptomatiques de l'hépatite B aiguë diminue avec l'âge
- E - La proportion de passage à la chronicité d'une hépatite B aiguë augmente avec l'âge

**QCM 9** | Concernant l'hépatite B chronique, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Elle est définie par un antigène HBs positif pendant plus d'un an
- B - Elle est caractérisée par 4 phases
- C - La maladie est le plus souvent découverte de manière fortuite ou au stade de cirrhose
- D - Lors de la phase de clairance immunitaire, les transaminases sont élevées
- E - 10 % des patients passent de la phase de clairance immunitaire à la phase non réplicative par an

**QCM 10** | Concernant le traitement de l'hépatite B, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Il se prend au long cours
- B - Son objectif est d'obtenir un ADN indétectable six mois après l'arrêt du traitement
- C - Il repose sur des analogues nucléosidiques ou nucléotidiques
- D - Il doit être proposé à tous les patients
- E - Il est pris en charge à 100 %

**QCM 11** | Concernant l'hépatite C, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Il n'existe jamais d'hépatite C aiguë
- B - Le risque d'infection chronique est de 50 %
- C - Le risque de cirrhose est de 10-20 % en 20 ans
- D - L'ARN du virus peut être indétectable chez un patient ayant une hépatite chronique
- E - La détection de l'ARN se fait par méthode ELISA

**QCM 12** | Concernant l'hépatite D, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Une vaccination contre l'hépatite B ne protège pas contre ce virus
- B - Il est responsable d'hépatite aiguë et chronique
- C - Une co-infection hépatite B et D augmente le risque d'hépatite grave
- D - L'interféron pégylé est efficace contre le virus
- E - En France l'hépatite D est principalement de transmission materno-fœtale

**QCM 13** | Concernant l'hépatite E, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Il est de haute endémicité dans les pays en voie de développement
- B - Il existe un risque d'hépatite fulminante chez la femme enceinte
- C - Elle est le plus souvent asymptomatique
- D - Son traitement repose sur la Ribavirine
- E - La PCR VHE est possible dans le sang et les selles

**QCM 14** Parmi les virus suivants, le(s)quel(s) est (sont) également responsable(s) d'hépatites aiguës ?

- A - EBV
- B - CMV
- C - HSV
- D - VZV
- E - Coxsackie

**QCM 15** Parmi les proposition(s) suivante(s), laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) d'élévation physiologique des phosphatases alcalines ?

- A - Grossesse
- B - Nouveau-né
- C - Croissance
- D - Age élevé
- E - Néoplasies

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1ère idée

Réponse : B C E

- La première étape pour bien répondre à la question était de la lire attentivement : il s'agissait bien ici des causes d'hépatite aiguë ! L'hémochromatose et la NASH sont des causes d'hépatite chronique !
- N'oubliez pas qu'une hépatite aiguë n'est pas nécessairement virale ni même infectieuse. De nombreuses autres causes existent, parmi lesquelles :
  - Migration lithiasique
  - Alcoolisation aiguë
  - Maladie de Wilson
  - Hépatite auto-immune
  - Thrombose vasculaire
  - Insuffisance cardiaque...

1

Réponse : E

- Il n'existe aucun signe spécifique d'hépatite aiguë, qui peut d'ailleurs être asymptomatique ou se limiter à un tableau d'altération d'état général, de céphalées ou d'arthralgies. L'ictère est évocateur mais inconstant.
- Le signe de Cullen se voit dans la pancréatite aiguë, celui de Murphy dans les pathologies lithiasiques. N'oubliez pas de ne pas cocher si la proposition semble farfelue !

2

Réponse : A C D E

- Toutes sauf l'hépatite B ! (ADN circulaire partiellement bicaténaire)

3

Réponse : A E

- Les modes de transmission des virus doivent être bien connus.
- N'oubliez pas non plus que, sauf cas particuliers, l'hépatite C n'est pas à transmission sexuelle !

4

Réponse : A B

- La vaccination contre l'hépatite B est au calendrier vaccinal recommandé pour tout le monde, et est obligatoire pour certaines populations (professionnels de santé)
- La vaccination contre l'hépatite A doit être largement proposée avant un séjour en zone d'endémie.

5

Réponse : A B

- Les hépatites aiguës à VHA et VHB sont à déclaration obligatoire.

6

Réponse : A D E

- L'hépatite A est une cause fréquente d'hépatite aiguë, surtout dans les pays en voie de développement.
- Elle survient le plus souvent chez les enfants ou les adultes jeunes
- Elle est dans la majorité des cas asymptomatique, donne exceptionnellement une hépatite fulminante et ne passe jamais à la chronicité
- Le vaccin contre l'hépatite A est très efficace et confère une protection durable.

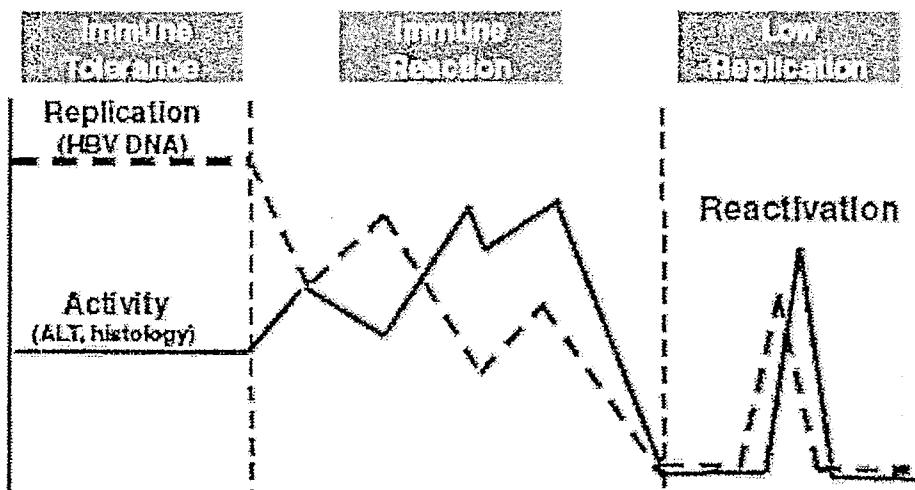
7

Réponse : A B C

- 8 • ☐ L'hépatite B est un vrai problème de santé publique : environ 2 milliards de personnes dans le monde ont des marqueurs sérologiques indiquant une infection résolue ou non  
• Sa mortalité et sa morbidité sont liées à l'évolution vers la cirrhose  
• Elle est responsable de 75 % des CHC, avec un risque existant y compris en l'absence de cirrhose  
• Elle est plus souvent symptomatique avec l'âge, mais passe moins souvent à la chronicité  
• ☐ Comme toutes les hépatites, il existe des signes hépatiques et extrahépatiques :  
- Atteinte cutanée  
- Périartérite noueuse  
- Glomérulonéphrite

Réponse : C D E

- 9 • ☐ L'hépatite B chronique est définie par la persistance de l'antigène HBs positif pendant plus de 6 mois  
• ☐ Elle est en règle générale asymptomatique et découverte fortuitement ou au stade de cirrhose  
• Elle évolue en trois phases :



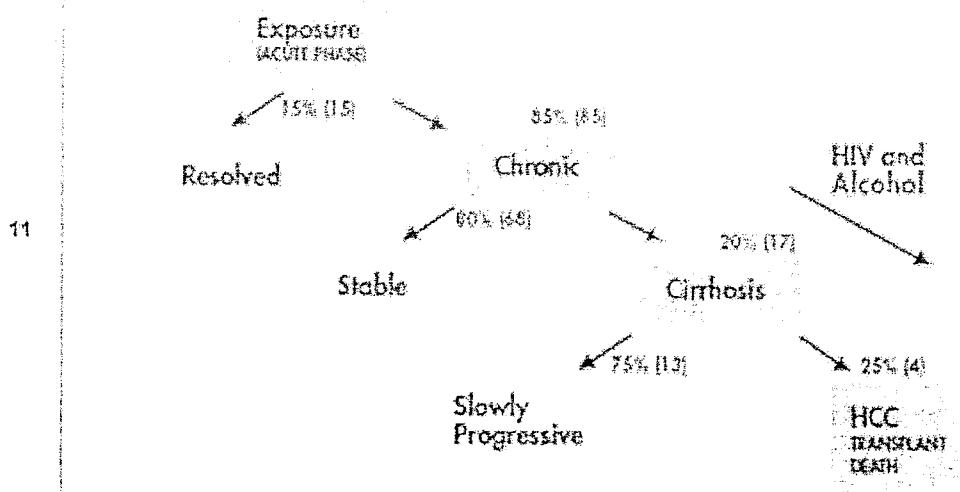
HBeAg	+	+	+	*	+	-	-	±	-	-
Anti-HBe	-	-	-	-	-	+	+	±	+	+
HBsAg	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±

Réponse : A C E

- 10 • ☐ Le traitement contre l'hépatite B repose sur l'interféron alpha ou les analogues nucléotidiques ou nucléosidiques.  
• Il est pris le plus souvent au long cours, avec pour objectif de diminuer la réPLICATION du VHB et l'activité de la maladie (X contrairement au traitement contre le VHC pour lequel la guérison est définie par un ARN indétectable 6 mois après l'arrêt du traitement).  
• Il n'est indiqué que dans certains cas :  
- Fibrose ou Cirrhose (A2 et/ou F2)  
- Traitement immunosupresseur  
- Atteinte extra-hépatique...

Réponse : C

- L'infection aiguë est possible mais rare :



- X Par définition, dans une hépatite chronique l'ARN du virus, reste détectable par PCR.

Réponse : B C

- ☐ Le VHD n'existe pas en l'absence de VHB, une co-infection augmentant le risque d'hépatite grave
- Il est fréquent dans le bassin méditerranéen, en Europe de l'Est et dans certains pays d'Afrique noire et d'Amérique du Sud
- En France, il atteint surtout les usagers de drogues intraveineuses
- Il est responsable d'hépatites aiguë et chroniques.
- Son meilleur traitement est préventif, avec la vaccination contre le VHB. L'interféron pégylé est peu efficace contre le virus.

Réponse : A B C E

- ☐ L'hépatite E est de transmission féco-orale
- Elle provoque une hépatite aiguë dans 10 % des cas, est asymptomatique dans 90 % ☒
- La forme icterique représente 5 % des hépatites aiguë, l'hépatite fulminante également 5 %
- Le diagnostic est fait sur la sérologie (IgM = infection active, IgG = infection guérie)
- La PCR VHE est possible dans le sang et les selles.

Réponse : A B C D E

- ☐ Tous les virus de la famille des herpès, mais également :
  - Coxsackie
  - Echovirus
  - Adénovirus...
- Sans oublier les bactéries : Syphilis, tuberculose, brucellose, fièvre Q...

Réponse : A C D

- ☗ Attention, on demandait bien les causes physiologiques !
- N'oubliez jamais qu'une élévation isolée des PAL ou de GGT n'est pas synonyme de cholestase.
- Les causes physiologiques sont : grossesse, croissance, âge élevé
- Les causes pathologiques sont : pathologies osseuses (ostéomalacie, maladie de Paget), néoplasies

## QUESTIONS DE QCM

QCM 1 Parmi les parasitoses suivantes, laquelle (lesquelles) provoque(nt) de la fièvre ?

- A - Amoebose hépatique
- B - Amoebose colique
- C - Oxyurose
- D - Ascaridiose
- E - Giardiose

QCM 2 Parmi les parasitoses suivantes, laquelle (lesquelles) provoque(nt) un syndrome dysentérique ?

- A - Amoebose colique
- B - Oxyurose
- C - Giardiose
- D - Ascaridiose
- E - Téniasis à *Taenia saginata*

QCM 3 Parmi les parasitoses suivantes, laquelle (lesquelles) provoque(nt) une hyperéosinophilie ?

- A - Amoebose hépatique
- B - Giardiose
- C - Téniasis
- D - Ascaridiose
- E - Oxyurose

QCM 4 Parmi les parasitoses suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) cosmopolite(s) ?

- A - Oxyurose
- B - Ascaridiose
- C - Téniasis
- D - Giardiose
- E - Amoebose

QCM 5 Concernant le Téniasis, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - L'infection à *Taenia Saginata* se fait par ingestion de porc mal cuit
- B - Les anneaux de *Taenia Saginata* franchissent activement la marge anale
- C - Le parasite est très résistant dans le milieu extérieur
- D - La cysticercose est liée à *Taenia solium*
- E - Le diagnostic d'une infection à *Taenia saginata* se fait par la sérologie

QCM 6 Concernant l'infection à *Taenia saginata*, quel(s) signe(s) peu(ven)t évoquer le diagnostic ?

- A - Anorexie
- B - Boulimie
- C - Ictère
- D - Constipation
- E - Hématémèse

**QCM 7** | Concernant l'ascariose, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - Elle est de transmission féco-orale
- B - La phase de migration larvaire peut provoquer un syndrome de Löfgren
- C - Elle peut provoquer des complications mécaniques : appendicite, angiocholite, pancréatite
- D - L'hyperéosinophilie apparaît à la phase d'état
- E - La phase de migration peut provoquer des signes allergiques

**QCM 8** | Concernant l'oxyurose, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - Il s'agit d'une parasitose touchant principalement les personnes âgées
- B - Le prurit anal est dû à la présence de mâles au niveau de la marge anale
- C - L'examen parasitologique des selles est souvent négatif
- D - Le test de la cellophane adhésive (Scotch<sup>®</sup> test) permet de mettre en évidence les œufs
- E - Le portage asymptomatique est rare

**QCM 9** | Concernant l'hydatidose, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - Son réservoir naturel est l'intestin grêle du chien
- B - Elle est le plus souvent de découverte fortuite
- C - Le diagnostic est fait sur l'examen parasitologique des selles
- D - Le diagnostic est porté sur la ponction du kyste hépatique
- E - Il est fréquent en Afrique du Nord.

**QCM 10** | Concernant la giardiose, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - Elle est le plus souvent de symptomatologie bruyante
- B - Le début des symptômes peut être abrupt
- C - Un tableau de malabsorption est possible
- D - Le diagnostic se fait sur la sérologie
- E - La transmission est féco-orale

**QCM 11** | Concernant la giardiose, quel est son traitement de première intention ?

- A - Albendazole
- B - Flubendazole
- C - Amoxicilline
- D - Doxycycline
- E - Métronidazole

**QCM 12** | Concernant l'amoebose, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - Entamoeba dispar représente sa forme pathogène
- B - Entamoeba histolytica représente sa forme pathogène
- C - L'amoebose hépatique provoque de la fièvre
- D - Le diagnostic de l'amoebose hépatique se fait sur la sérologie
- E - La ponction hépatique lors d'une amoebose hépatique retrouve le plus souvent un liquide chocolat

**QCM 13** | Quel(s) est (sont) le(s) germe(s) responsable(s) de la majorité des TIAC recensée en France ?

- A - Clostridium Perfringens
- B - Staphylococcus Aureus
- C - E. Coli entéro-hémorragique
- D - Salmonella
- E - Yersinia

**QCM 14 Quel(s) est (sont) le(s) conseil(s) à donner pour prévenir la survenue de TIAC ?**

- A - Conserver viande, œufs, poissons au réfrigérateur
- B - Congeler les produits à base d'œuf cru (mayonnaise) avant de les consommer
- C - Consommer les viandes rosées
- D - Suivre les règles d'hygiène standard
- E - Utiliser le même couteau pour tous les aliments

**QCM 15 Parmi les tableaux suivants, le(s)quel(s) peu(ven)t être causé(s) par une ingestion alimentaire ?**

- A - Infection bactérienne
- B - Infection parasitaire
- C - Infection virale
- D - Tableau neurologique
- E - Diarrhée de mécanisme osmotique

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaissances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1ère idée

Réponse : A D

- Les parasitoses provoquant de la fièvre sont :
- Amoebiose hépatique
  - Ascaridiose (syndrome de Loeffler)
  - Autres parasitoses plus rares et non au programme (anguillulose maligne...)

1

Réponse : A

2

- L'amoebiose intestinale provoque dans certains cas un syndrome dysentérique sans fièvre.

3

Réponse : C D E

- Les parasitoses qui donnent une hyperéosinophilie sont :
- Oxyurose
  - Giardiose
  - Ascaridiose
  - Téniasis
  - Hydatidose
  - Bilharziose
  - Anguillulose
  - Trichinellose, filarioses, ankylostomose...
- En pratique, il s'agit des Helminthes (vers)

4

Réponse : A C D

- Les parasitoses cosmopolites sont :
- Oxyurose
  - Giardiose
  - Téniasis
  - Toxocarose...
- Les parasitoses tropicales sont :
- Ascaridiose
  - Amoebose (touche 10 % de la population mondiale mais est très rare dans les pays tempérés)
  - Hydatidose
  - Anguillulose...

5

Réponse : B C D

- Taenia saginata :
- Est contenu dans la viande de bœuf mal cuite
  - Se loge dans l'intestin grêle, avec des larves qui passent la marge anale de façon active
  - Son diagnostic repose sur la mise en évidence des larves sur l'EPS ou directement dans les sous-vêtements
- Taenia solium :
- Est contenu dans la viande de porc mal cuite
  - L'hôte contaminant est le porc
  - Le risque est la cysticercose, due aux larves pouvant se loger dans divers organes (œil, cerveau, muscles...)
  - Le diagnostic repose sur la sérologie, malgré sa sensibilité moyenne.

	<b>Réponse : A B D</b> • Les signes pouvant faire évoquer le diagnostic sont ☐ : - Modifications du comportement alimentaire : anorexie-boulimie - Douleurs abdominales - Nausées-vomissements - Troubles du transit (alternance diarrhée-constipation) - Carence en Vitamine B12
6	<b>Réponse : A C E</b> • L'ascaridiose est une parasitose devenue rare dans les pays tempérés mais fréquente dans les pays tropicaux. • Elle est de transmission féco-orale, avec une infection qui se fait en ingérant des œufs embryonnés (crudités, fruits, eau) • Il existe deux phases : - La phase de migration larvaire qui associe des signes allergiques et pulmonaire (syndrome de Löffler, attention à ne pas confondre avec le syndrome de Löfgren ! ☑) - La phase d'état qui comporte des troubles digestifs, et où peuvent survenir des complications mécaniques. • Son traitement repose sur le Flubendazole ou l'Albendazole.
7	<b>Réponse : C D</b> • ☐ L'oxyurose est une parasitose très fréquente • Elle touche principalement les enfants d'âge scolaire • Elle est causée par l'ingestion d'œufs présents dans le milieu extérieur • Ceux-ci deviennent des larves dans l'intestin grêle, avant une migration vers les plis radiés de l'anus, où les femelles pondent des œufs directement infestant • ☐ Le diagnostic se fait sur le Scotch®-Test anal, ✗ l'examen parasitologique des selles est le plus souvent négatif.
8	<b>Réponse : A B E</b> • L'hydatidose est due à echinococcus granulosus. • Le parasite est fréquent en zone d'endémie (Afrique du Nord ou Amérique du sud) • Il est contenu dans l'intestin grêle du chien, avant d'être ingéré par un mouton ou par l'homme, hôte accidentel et impasse parasitaire • Il est le plus souvent de découverte fortuite (kyste hépatique) • ☐ Mais peut être découvert lors d'une complication : - Angiocholite - Rupture péritonéale ou pleurale - Abcès - Compression extrinsèque par le kyste • Le diagnostic se fait sur la sérologie et l'imagerie hépatique • ✗ La ponction hépatique est contre-indiquée.
9	<b>Réponse : B C E</b> • La giardiose est une parasitose cosmopolite, ☐ fréquente, le plus souvent asymptomatique • Elle provoque une diarrhée pouvant être de début brutal ou subaigu, voire chronique pendant plusieurs mois, voire plusieurs années. • Le diagnostic d'une forme chronique dans un pays développé doit faire rechercher un déficit immunitaire. • ☐ Le diagnostic se fait sur la mise en évidence de trophozoïtes et de kystes dans le cadre d'un examen parasitologique des selles.
10	<b>Réponse : E</b> • Le métronidazole est le traitement de première intention dans la giardiose. • ✗ L'Albendazole est un traitement de deuxième intention. • ☐ La plupart des autres parasitoses répond bien à l'Albendazole ou au Flubendazole
11	

Réponse : B C D E

- ☐ L'amœbose est due à *Entamoeba histolytica*, qui représente la forme pathogène du parasite
- L'amœbose hépatique, contrairement à l'amœbose intestinale, provoque de la fièvre et est diagnostiquée sur la sérologie.
- Celle-ci provoque une collection purulente hépatique pouvant se rompre dans le péritoine, le péricarde ou la plèvre.

12

Réponse : D

- ☑ *Salmonella* représente 70 % des TIAC en France !

13

Réponse : A D

- Les conseils à suivre sont les suivants et relèvent pour la plupart de la logique ☐ :
  - En restauration collective, respecter les pratiques de transport, stockage et préparation des aliments
  - En milieu familial : conserver les produits sensibles dans le réfrigérateur, bien cuire les œufs et les viandes et consommer juste après préparation les produits à base d'œuf cru, respecter les règles d'hygiène et éviter les contaminations croisées, par exemple en n'utilisant pas le même couteau pour la viande et les crudités.

14

Réponse : A B C D E

- Les tableaux sont multiples :
  - Infectieux (virale, bactérienne ou parasitaire)
  - Allergiques (aliments allergènes ou riche en histamine)
  - Toxiques (toxine botulique causant un tableau neurologique)
  - Toxicques (intoxication par certains champignons ou métaux lourds...)

15

# QUESTIONS SUIVANTES

**QCM 1** Concernant l'épidémiologie du RGO, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?

- A - 80 à 100 % des adultes souffrent d'un pyrosis
- B - 20 à 40 % des adultes souffrent d'un pyrosis
- C - 10 % décrivent un pyrosis au moins hebdomadaire
- D - 5 % décrivent un pyrosis quotidien
- E - 1 % décrivent un pyrosis quotidien

**QCM 2** Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) un (des) facteur(s) de risque de RGO ?

- A - Stase gastrique
- B - Obésité
- C - Dysurie
- D - Hernie hiatale par roulement
- E - Relaxations transitoires du sphincter supérieur de l'œsophage

**QCM 3** Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) constitue(nt) la triade typique du RGO ?

- A - Laryngite chronique
- B - Pyrosis
- C - Douleur pseudo angineuse
- D - Régurgitation
- E - Syndrome postural

**QCM 4** Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) complication(s) possible(s) du RGO ?

- A - Sténose caustique
- B - Hémorragie digestive
- C - Endobrachyoœsophage
- D - Carcinome épidermoïde de l'œsophage
- E - Récidive

**QCM 5** Parmi les propositions suivantes, quelle(s) règle(s) hygiéno-diététique(s) prescrivez-vous pour un RGO simple ?

- A - Perte de poids
- B - Suppression du décubitus post-prandial
- C - Surélévation de la tête du lit
- D - Sevrage alcoololo-tabagique
- E - Eviction des repas trop riches

**QCM 6** Parmi les propositions suivantes concernant la chirurgie du RGO, laquelle (lesquelles) est (sont) fausse(s) ?

- A - Elle a pour but de réaliser un montage antireflux
- B - Elle donne de bons résultats chez les patients résistants au traitement médical
- C - Elle peut être remplacée par un traitement endoscopique
- D - Elle peut être effectuée sous cœlioscopie
- E - Elle est utile chez les patients ayant une volumineuse hernie hiatale

QCM 7	Concernant la physiopathologie des ulcères, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Ils résultent d'un déséquilibre entre l'agression chiotrycro-peptique et les mécanismes de défense de la muqueuse
B -	Les ulcères gastriques sont liés à une hypersécrétion acide
C -	<i>Helicobacter Pylori</i> est un facteur étiologique déterminant
D -	Les ulcères sont limités à la muqueuse
E -	Les ulcères atteignent la muscleuse
QCM 8	Quel(s) est (sont) le(s) diagnostic(s) différentiel(s) de l'UGD pouvant être éliminés par la fibroscopie oeso-gastro-duodénale ?
A -	Adénocarcinome gastrique
B -	RGO
C -	Gastrite
D -	Lymphome
E -	Douleur biliaire
QCM 9	Concernant le rapport entre AINS et ulcère, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	L'altération des mécanismes de défense de la muqueuse est due à l'activation de COX-1
B -	L'altération des mécanismes de défense de la muqueuse est due à l'inhibition de COX-2
C -	L'aspirine à dose anti-inflammatoire a un potentiel ulcérogène
D -	Les AINS sélectifs (coxibs) suppriment le risque de complications ulcérées
E -	Les ulcères provoqués par les AINS sont plus souvent gastriques que duodénaux
QCM 10	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) permet(tent) d'appliquer un traitement médical à une perforation d'ulcère ? (méthode de Taylor)
A -	Perforation à jeun
B -	Perforation depuis > 6 heures
C -	Pas d'état de choc
D -	Apyrexie
E -	Absence de contracture
QCM 11	Parmi les propositions(s) suivante(s), quelle(s) est (sont) la (les) indication(s) à un traitement par IPP chez un patient traité par AINS ?
A -	Dyspepsie récente
B -	Âge > 65 ans
C -	Antécédent d'UGD non compliqué
D -	Association avec des corticoïdes
E -	RGO associé
QCM 12	Parmi les propositions suivantes concernant les gastrites, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il n'y a pas de corrélation entre l'atteinte histologique et la symptomatologie fonctionnelle
B -	Elles ont une définition clinique
C -	Elles sont fréquentes
D -	Leur topographie est le plus souvent localisé au fundus
E -	Elles sont souvent symptomatiques
QCM 13	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) de gastrite aiguë ?
A -	AINS
B -	Alcool
C -	Maladie de Biermer
D -	CMV
E -	Primo-infection à <i>Helicobacter Pylori</i>

**QCM 14** Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) de gastrite à évolution atrophiante ?

- A - Gastrite lymphocytaire
- B - Gastrite granulomateuse
- C - Gastropathie d'hypertension portale
- D - Gastrite à Helicobacter Pylori
- E - Maladie de Biermer

**QCM 15** Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) complication(s) d'une gastrite chronique à Helicobacter Pylori ?

- A - Lymphome du MALT
- B - Ulcère gastro-duodénal
- C - Dyspepsie chronique
- D - Maladie de Ménétrier
- E - Diarrhée chronique

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

### STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES

QCM

Connaisances,  Déduction,  Arg Fréquence,  Formulation,  Éliminer les incorrectes,  1ère idée

Réponse : B C D

- Les questions d'épidémiologie sont à la mode, et faciles à poser en QCM. Ici un peu de logique ☐ :
  - 20 à 40 % des adultes décrivent un pyrosis (tout de même pas 80 à 100 %, ça se saurait !)
  - 10 % décrivent un pyrosis au moins hebdomadaire
  - 2 à 5 % décrivent un pyrosis quotidien

Réponse : A B

- Les facteurs de risque de RGO sont ☐ :
  - Défaillance du sphincter inférieur ☐ de l'œsophage (relaxations transitoires spontanées)
  - Hyperpression abdominale (surcharge pondérale, efforts de toux)
  - Stase gastrique
  - Hernie hiatale par roulement

Réponse : B D E

- ☐ La triade typique du RGO est la suivante :
  - Pyrosis
  - Régurgitations acides
  - Syndrome postural : symptômes majorés par le décubitus et l'antéflexion (signe du lacet)
- X Attention toutefois à ne pas confondre symptômes atypiques extra-digestifs et symptômes d'un RGO compliqué, ce sont deux choses complètement différentes !

Réponse : B C E

- Les complications sont ☐ :
  - Récidive après traitement
  - œsophagite peptique
  - Sténose peptique (et pas caustique ☐)
  - Hémorragie digestive
  - Endobrachyoœsophage qui expose à un risque d'adénocarcinome de l'œsophage

Réponse : A C D

- Les règles hygiéno-diététiques sont systématiques ☐ :
  - Perte de poids
  - Sevrage alcoolico-tabagique
  - Arrêt des facteurs favorisants : régularisation du transit, traitement d'une toux chronique, adaptation des traitements
  - Surélévation de la tête du lit de 20 cm
- La suppression du décubitus postprandial et l'éviction des repas trop riches n'ont pas fait la preuve de leur efficacité X

**Réponse : B C**

- Attention : on vous demandait les propositions fausses ici ☐.
- C'est normalement impossible au concours et c'est la seule et unique question du livre où il est demandé de cocher les réponses inexactes.
- Cependant, ne perdez pas de vue qu'UNE question parmi les 120 de l'épreuve de CI à l'iECN 2016 demandait de cocher les réponses erronées.
- Lisez donc toujours attentivement les questions et... prudence.
- ☒ Concernant la chirurgie du RGO :
  - Il s'agit de réaliser un montage antireflux en restaurant des conditions anatomiques s'opposant au RGO
  - L'opération la plus souvent utilisée est la fundoplication de Nissen
  - Elle peut être faite sous coelioscopie
  - Le traitement est le plus efficace chez les patients répondant au traitement médical, moins efficace chez les autres.
  - Les traitements endoscopiques n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité.

6

**Réponse : A C E**

- Un ulcère est une perte de substance de la paroi gastrique ou duodénale atteignant la muscleuse en profondeur. X Il est à différencier de :
  - Erosions, limitées à la muqueuse
  - Ulcérasions, atteignant la sous-muqueuse sans la dépasser
- Les UGD résultent du déséquilibre entre agression chlorhydr-peptique et mécanismes de défense :
  - L'ulcère gastriques sont liés à une altération des mécanismes de défense
  - ☒ Les ulcères duodénaux sont liés soit à une altération des mécanismes de défense, soit à des situations d'hypersécrétion acide.
  - Ulcérasions, atteignant la sous-muqueuse sans la dépasser

7

**Réponse : B C E**

- La plupart des diagnostics différentiels de l'UGD peuvent être éliminés par l'EOGD :
  - Gastrite
  - RGO atypique
  - Douleur biliaire ou pancréatique
  - Angor
- L'adénocarcinome ou le lymphome peuvent toutefois avoir la même présentation, ☐ d'où l'intérêt des biopsies systématiques !

8

**Réponse : E**

- Question difficile et sélective. Pas de panique si vous galérez, tout le monde sera dans votre cas !
- Schématiquement, retenez que ☐ :
  - Les effets indésirables des AINS, parmi lesquels l'apparition d'UGD, sont dus à l'inhibition de COX-1
  - Les AINS sélectifs n'inhibent que COX-2. Ils réduisent sans le supprimer le risque d'ulcère.
  - Les ulcères à AINS sont plus souvent gastriques que duodénaux
  - L'aspirine est ulcérogène à dose antiagrégante.

9

**Réponse : A B C D E**

- La question n'est pas traitée dans le référentiel (Collège des enseignants), mais est pourtant tombée telle qu'elle lors de l'ECN 2016. Encore une fois... prudence.
- Ici, les réponses étaient logiques ☐, et regroupaient d'ailleurs la plupart des éléments qui permettent d'appliquer un traitement médical et de se passer de chirurgie devant une perforation d'ulcère.

10

Réponse : B C D

- ☐ Les indications de la mise sous IPP chez un patient sous AINS sont à bien connaître :
  - Âge > 65 ans
  - Antécédent d'UGD, compliqué ou non
  - Association avec des antiagrégants ou des corticoïdes ou des anticoagulants (☒ attention AVK !)
- ✗ Ici, on aurait pu être tenté de cocher « RGO », qui se traite souvent par IPP... Il ne faut pas oublier que le traitement par IPP est loin d'être systématique dans cette affection et a ses indications propres.

Réponse : A C

- Concernant les gastrites :
  - Elles ont une définition anatomopathologique sur l'EOGD
  - Elles sont rarement symptomatiques
  - Il n'y a pas de corrélation entre symptômes et aspect histologique
  - Elles sont fréquentes (☒ la gastrite à HP touche à elle-même 20 à 50 % de la population adulte en France !)

Réponse : A B D E

- Les causes de gastrites aiguës sont ☒ :
  - Aspirine et AINS
  - Primo-infection à HP (gastrite aiguë dans 100 % des cas)
  - Alcool
  - Ingestion de caustique
  - Autres gastrites infectieuses : CMV E. Coli
- La maladie de Biermer est une cause de gastrite chronique.

Réponse : D E

- Il existe deux causes de gastrite atrophante :
  - Gastrite à HP
  - Maladie de Biermer
- ☐ Il faudra les évoquer systématiquement, car ce sont elles qui exposent au risque de cancer gastrique.

Réponse : A B C

- ☐ Toutes ces pathologies imposent la recherche et l'éradication d'HP.
- D'autres pathologies sont également liées à la bactérie (Recommandations européennes et françaises de 2012 actualisées) :

Tableau IV. Recommandations de recherche et d'éradication de *H. pylori*

	Ulcère gastroduodenal (UGD), évolutif ou non, incluant les complications	Élevé
	Lymphome du MALT gastrique (bas et haut grade)	Élevé
	Prise d'AINS ou d'aspirine à faible dose avec UGD compliqué ou non	Élevé
	Prévention primaire des UGD avant de débuter un traitement par AINS	Élevé
	Dyspepsie chronique (gastroscopie normale)	Élevé
	Traitement au long cours par IPP (au moins 6 mois)	Élevé
	Dyspepsie non explorée (avant gastroscopie)	Moyen
	Antécédents familiaux de cancer gastrique au premier degré	Moyen
	Mutation des gènes de réparation de l'ADN (syndrome de lynch)	Moyen
	Lésions muqueuses gastriques préneoplasiq	Moyen
	ues (atrophie, métaplasie intestinale)	
	Antécédent de résection localisée d'un cancer gastrique	Moyen
	Anémie ferriprive sans cause retrouvée	Moyen
	Carence en vitamine B12 sans cause retrouvée	Moyen
	Purpura thrombopénique immunologique de l'adulte	Moyen
	Prévention du cancer gastrique en cas de chirurgie bariatrique (by-pass gastrique)	Faible

## Questions isolées QCM N° 5

**QCM 1** Parmi la (les) proposition(s) suivante(s) laquelle (lesquelles) est (sont) évocatrice(s) de troubles moteurs œsophagiens ?

- A - Dysphagie prédominant sur les solides
- B - Régurgitations
- C - Âge jeune
- D - Pyrosis
- E - Altération de l'état général

**QCM 2** En cas de dysphagie avec une endoscopie œsogastroduodénale normale, quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrire ?

- A - Scanner thoracique
- B - Echo-endoscopie œsophagienne
- C - Manométrie œsophagienne
- D - Coloscopie
- E - PET-TDM

**QCM 3** Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) cause(s) de dysphagie avec endoscopie œso-gastro-duodénale macroscopiquement normale ?

- A - œsophagite à éosinophiles
- B - Achalasie de l'œsophage
- C - Diverticule de Zenker
- D - œsophage casse-noisette
- E - œsophagite peptique

**QCM 4** En ce qui concerne la manométrie haute résolution, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A - Elle enregistre la pression de repos du sphincter de l'œsophage
- B - Elle permet de visualiser la paroi œsophagienne
- C - Elle analyse le péristaltisme du corps de l'œsophage
- D - Elle permet de faire un test de régurgitation
- E - Elle permet également d'analyser la motricité du sphincter supérieur de l'œsophage

**QCM 5** Parmi les proposition(s) suivante(s), quelle(s) est (sont) une (des) cause(s) de trouble moteur œsophagien secondaire ?

- A - Achalasie
- B - Maladie des spasmes diffus de l'œsophage
- C - RGO
- D - Sclérodermie
- E - œsophage casse-noisettes

**QCM 6** En ce qui concerne l'achalasie de l'œsophage, quelle(s) est (sont) le(s) anomalie(s) retrouvée(s) à la manométrie œsophagienne ?

- A - Hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage
- B - Contractions pouvant être d'amplitude importante
- C - Hypotonie du sphincter supérieur de l'œsophage
- D - Hypertonie du sphincter inférieur de l'œsophage
- E - Absence de péristaltisme

<b>QCM 7</b>	Concernant le traitement de l'achalasie de l'œsophage, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ?
A -	Il vise à restaurer un péristaltisme œsophagien
B -	Il peut être médical, chirurgical ou endoscopique
C -	Son efficacité est généralement bonne
D -	Le traitement chirurgical consiste en une dilatation pneumatique
E -	Le traitement médical consiste en des dérivés nitrés ou des infiltrations de toxine botulique
<b>QCM 8</b>	Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) concernant les vomissements ?
A -	Il s'agit d'un mécanisme actif
B -	Il s'agit de remontées volontaires
C -	Ils s'accompagnent souvent d'activation du système végétatif
D -	Les nausées correspondent à une sensation douloureuse
E -	Il s'agit de contractions cycliques de la musculature abdominale
<b>QCM 9</b>	Parmi les propositions suivantes laquelle (lesquelles) correspond(ent) à une (des) complication(s) des vomissements ?
A -	Troubles hydro-électrolytiques
B -	Syndrome de Mallory-Weiss
C -	Œsophagite
D -	Fracture de côtes
E -	Inhalation bronchique avec pneumopathie
<b>QCM 10</b>	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) peu(ven)t être utile(s) à la recherche de complications de vomissements aigus ?
A -	Albuminémie
B -	Ionogramme
C -	TP, TCA
D -	Radiographie thoracique
E -	Endoscopie oeso-gastro-duodénale
<b>QCM 11</b>	Parmi les médicaments et toxiques suivants, le(s)quel(s) est (sont) responsable(s) de vomissements ?
A -	Antibiotiques
B -	Alcool
C -	Digitaliques
D -	Neuroleptiques
E -	AINS
<b>QCM 12</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) de vomissements chroniques ?
A -	Hypertension intracrânienne
B -	Gastroentérite
C -	3 <sup>ème</sup> trimestre de grossesse
D -	Ulcère gastroduodénal
E -	Pancréatite aiguë
<b>QCM 13</b>	Concernant les vomissements induits par la chimiothérapie, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	On distingue les vomissements aigus, retardés et anticipés
B -	Le potentiel émétisant des chimiothérapies est indépendant du produit et de la dose
C -	Les vomissements anticipés sont surtout dus à l'anxiété
D -	Un bolus de chimiothérapie est plus émétisant qu'une perfusion continue
E -	Les corticoïdes ne sont pas un traitement de ces vomissements

**QCM 14** | Concernant les traitements antiémétiques, quelle(s) réponse(s) est (sont) exacte(s) ?

- A - Le Dompéridone est anti-dopaminergique
- B - Le Métoclorapamide est prokinétique
- C - Les Sétrons sont des antagonistes des récepteurs 5HT3
- D - Le Dompéridone est un neuroleptique caché
- E - Le Métoclorapamide est un neuroleptique caché

**QCM 15** | Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) indication(s) à une hospitalisation en urgence devant des vomissements ?

- A - Vomissements du premier trimestre de la grossesse
- B - Troubles hydro-électrolytiques
- C - Impossibilité de prendre un repas
- D - Impossibilité de réhydratation par voie orale
- E - Troubles de la conscience

**CORRECTIONS & STRATEGIE QCM**

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES
	<p><b>Connaissances, ☐ Déduction, ☒ Arg.Fréquence, ⚡ Formulation, X Éliminer les incorrectes, ☑ 1ère idée</b></p>
1	<p>Réponse : B C D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ☒ Les symptômes évocateurs de troubles moteurs œsophagiens sont :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysphagie « capricieuse », intermittente et inopinée, et paradoxale (prédominant sur les liquides)</li> <li>- Âge jeune</li> <li>- Douleurs rétro-sternales</li> <li>- Régurgitations</li> <li>- Pyrosis</li> </ul> </li> </ul>
2	<p>Réponse : C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ☑ En cas d'Endoscopie oeso-gastro-duodénale normale, on prescrira :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une manométrie œsophagienne, si possible haute résolution</li> <li>- +/- un transit baryté, utile dans certaines indications</li> </ul> </li> </ul>
3	<p>Réponse : A B D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attention : on demandait ici les causes de dysphagie à endoscopie MACROSCOPIQUEMENT normale ⚡.</li> <li>• Ici, il fallait donc citer :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les causes de dysphagie fonctionnelle</li> <li>- Et l'œsophagite à éosinophile, qui est macroscopiquement normale et se détecte sur les biopsies</li> </ul> </li> <li>• ... d'où l'intérêt des biopsies systématiques, même en cas d'EOGD normale !</li> </ul>
4	<p>Réponse : A C E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La manométrie œsophagienne :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ☑ Est l'examen clé pour le diagnostic des troubles moteurs de l'œsophage</li> <li>- Enregistre la pression du sphincter inférieur de l'œsophage lors de la déglutition (pas de la régurgitation ! ⚡)</li> <li>- Analyse le péristaltisme du corps de l'œsophage en réponse à la déglutition</li> <li>- Elle classe ainsi l'achalasie en trois types</li> <li>- Elle permet d'analyser la motricité de l'ensemble de l'œsophage et de ses sphincters.</li> </ul> </li> </ul>
5	<p>Réponse : C D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ☒ Devant des troubles moteurs de l'œsophage, on distingue les troubles moteurs <b>primitifs ou secondaires</b>.</li> <li>• Troubles moteurs primitifs :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Achalasie</li> <li>- Maladie des spasmes diffus de l'œsophage</li> <li>- Œsophage « casse-noisettes »</li> </ul> </li> <li>• Troubles moteurs secondaires :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- RGO</li> <li>- Collagénoses (sclérodermie, dermatomyosite, lupus...)</li> <li>- Maladie touchant l'innervation de la musculature œsophagienne : diabète, amylose, myasthénie...</li> </ul> </li> </ul>
6	<p>Réponse : B D E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• On retrouve typiquement ☒ :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- ☒ Absence de péristaltisme dans le corps de l'œsophage (critère obligatoire)</li> <li>- Contractions d'amplitude importante dans l'achalasie « vigoureuse »</li> <li>- Hypertension du SIO ainsi qu'une absence de relaxation de ce sphincter.</li> </ul> </li> </ul>

7	<p><b>Réponse : B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> Le traitement a pour objectif de diminuer la pression du SIO et ne peut pas restaurer le péristaltisme œsophagien.</li> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> Il y a trois types de traitement, tous d'efficacité comparable (bonne à excellente) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement chirurgical par myotomie extramuqueuse</li> <li>- Dilatation pneumatique sous endoscopie</li> <li>- Action pharmacologique par dérivés nitrés sublinguaux ou infiltrations sphinctériennes de toxine botulique.</li> </ul> </li> </ul>				
8	<p><b>Réponse : A C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> Les vomissements sont un mécanisme actif de contractions cycliques violentes de la musculature abdominale, du diaphragme et des muscles respiratoires conduisant au rejet par la bouche du contenu de l'estomac.</li> <li>• Les nausées sont une sensation subjective non douloureuse associée au besoin de vomir.</li> <li>• Nausées et vomissements s'accompagnent souvent d'activation des systèmes nerveux sympathique et parasympathique.</li> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> Les vomissements sont à différencier de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Régurgitation : remontée passive du contenu gastrique ou œsophagien sans effort de vomissement ou nausée</li> <li>- Mérycisme ou rumination : remontée volontaire dans la bouche d'aliments ingérés qui sont ensuite de nouveau déglutis.</li> </ul> </li> </ul>				
9	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les complications des vomissements sont nombreuses mais se déduisent assez facilement</li> <li>□ Citons : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infections par inhalation (syndrome de Mendelson) avec éventuellement syndrome de détresse respiratoire aiguë</li> <li>- Arrêt d'un traitement per os</li> <li>- Troubles hydro-électrolytiques</li> <li>- Complications mécaniques : syndrome de Mallory-Weiss (déchirure de l'œsophage avec hémorragie digestive), syndrome de Boerhaave (rupture spontanée de l'œsophage), œsophagite peptique, hémorragie sous-conjonctivale...</li> </ul> </li> </ul>				
10	<p><b>Réponse : B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• On déduit facilement de la liste ci-dessus les examens utiles en cas de vomissements □ :</li> <li>- Ionogramme sanguin et gazométrie</li> <li>- EGDO à la recherche d'un Mallory-Weiss</li> <li>- Radiographie thoracique, grill costal...</li> <li>- Albuminémie, préalbuminémie en cas de vomissements chroniques (mais ici on demandait les examens en cas de vomissements aigus !)</li> </ul>				
11	<p><b>Réponse : A B C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les médicaments et toxiques inducteurs de nausées ou vomissements sont les suivants :</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Médicaments</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Toxiques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">           Antibiotiques            Chimiothérapies            anticancéreuses            (antiimitotiques)            Colchicine            Dérivés de l'ergot de seigle            Dérivés de la théophylline            Digitaliques            Quinine            Opiacés            Salicylés            Lévodopa         </td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">           Alcool            Nicotine         </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> Ils doivent être évoqués systématiquement en cas de vomissements aigus.</li> </ul>	Médicaments	Toxiques	Antibiotiques Chimiothérapies anticancéreuses (antiimitotiques) Colchicine Dérivés de l'ergot de seigle Dérivés de la théophylline Digitaliques Quinine Opiacés Salicylés Lévodopa	Alcool Nicotine
Médicaments	Toxiques				
Antibiotiques Chimiothérapies anticancéreuses (antiimitotiques) Colchicine Dérivés de l'ergot de seigle Dérivés de la théophylline Digitaliques Quinine Opiacés Salicylés Lévodopa	Alcool Nicotine				

12	<p><b>Réponse : A D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Attention : ici on demandait bien les <b>causes chroniques de vomissements (&gt; 7 jours)</b> ☐</li> </ul>
13	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un petit point sur les <b>vomissements induits par la chimiothérapie</b> ☐</li> <li>On distingue les <b>vomissements aigus (&lt; 24 h après le début du traitement), retardés (&gt; 24 h)</b> et <b>anticipés</b> (avant administration)</li> <li>Le potentiel dépend du produit et de la dose</li> <li>Certains facteurs augmentent le risque : <ul style="list-style-type: none"> <li>Mode d'administration (bolus plus émétisant que perfusion continue)</li> <li>Anxiété (surtout pour les vomissements anticipés)</li> <li>Sexe féminin, âge jeune...</li> </ul> </li> <li>Ils ont des traitements spécifiques : Aprépitant, Anti-HT3, corticostéroïdes...</li> </ul>
14	<p><b>Réponse : C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il existe plusieurs types de traitements pour traiter les vomissements : <ul style="list-style-type: none"> <li>Prokinétique : Dompéridone (Motilium®)</li> <li>Anti-dopaminergique : Métoclopramide (Primpéran®) : ☐ attention, neuroleptique caché ! mais aussi phénothiazines (Métopimazine)</li> <li>Antagonistes des récepteurs 5HT3 de la sérotonine : Sétrons...</li> <li>Aprépitant : antagoniste de la NK1</li> </ul> </li> </ul>
15	<p><b>Réponse : B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les indications à un traitement en milieu hospitalier et en urgence sont ☐ : <ul style="list-style-type: none"> <li>Urgences médicales obstétricales, chirurgicales</li> <li>Troubles hydro-électrolytiques</li> <li>Troubles de la conscience</li> <li>Impossibilité de réhydratation ou de prendre un traitement indispensable par voie orale</li> <li>Décompensation d'une affection associée</li> <li>Complication des vomissements.</li> </ul> </li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 6

QCM 1 Parmi la (les) pathologie(s) suivante(s), laquelle (lesquelles) est (sont) à l'origine de douleur de type hépatique ?

- A - Colique hépatique
- B - Cholécystite aiguë
- C - Cholécystite chronique
- D - Anglocholite aiguë
- E - Pancréatite aiguë lithiasique

QCM 2 Parmi la (les) pathologie(s) suivante(s), laquelle (lesquelles) est (sont) à l'origine de fièvre ?

- A - Colique hépatique
- B - Cholécystite aiguë
- C - Cholécystite chronique
- D - Anglocholite aiguë
- E - Pancréatite aiguë lithiasique

QCM 3 Parmi la (les) pathologie(s) suivante(s), laquelle (lesquelles) est (sont) à l'origine d'ictère ?

- A - Colique hépatique
- B - Cholécystite aiguë
- C - Cholécystite chronique
- D - Anglocholite aiguë
- E - Pancréatite aiguë lithiasique

QCM 4 Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) un (des) facteur(s) de risque de lithiasé cholestérolique ?

- A - Sexe féminin
- B - Cirrhose
- C - Hypertriglycéridémie
- D - Grossesse
- E - Hémolyse

QCM 5 Concernant l'épidémiologie de la lithiasé vésiculaire, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?

- A - Elle est asymptomatique dans 80 % des cas
- B - Elle est asymptomatique dans 20 % des cas
- C - Sa fréquence dans les pays occidentaux est d'environ 20 %
- D - Sa fréquence dans les pays occidentaux est d'environ 5 %
- E - 1 % des calculs vésiculaires se compliquent

QCM 6 Quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) d'une lithiasé vésiculaire découverte fortuitement ?

- A - Cholécystectomie en urgence
- B - Cholécystectomie différée
- C - Drainage biliaire
- D - Nouvelle imagerie à distance pour vérifier la disparition du calcul
- E - Abstention thérapeutique

<b>QCM 7</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) s'applique(nt) au bilan biologique lors d'une cholécystite aiguë ?
A -	Hyperleucocytose à lymphocytes
B -	Hémocultures le plus souvent positives
C -	Lipase > 3 N
D -	Elévation des transaminases
E -	Elévation des Gamma-GT
<b>QCM 8</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) complication(s) possible(s) d'une cholécystite aiguë ?
A -	Pancréatite chronique
B -	Cholécystite gangréneuse
C -	Péritonite biliaire
D -	Cholécystite chronique
E -	Abcès sus-hépatique
<b>QCM 9</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) étiologie(s) possible(s) d'angiocholite ?
A -	Ascaridiose
B -	Tumeur de la tête du pancréas
C -	Lithiasis vésiculaire
D -	CPRE
E -	Oxyurose
<b>QCM 10</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) correspond(ent) à la triade typique de l'angiocholite ?
A -	Vomissements
B -	Fièvre
C -	Pâleur
D -	Douleur
E -	Ictère
<b>QCM 11</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) correspond(ent) au bilan biologique d'une angiocholite ?
A -	Hyperleucocytose à prédominance de PNN
B -	Hyperbilirubinémie à prédominance de bilirubine libre
C -	Hémocultures souvent négatives
D -	Baisse du TP en cas d'obstruction prolongée
E -	Cytolyse hépatique
<b>QCM 12</b>	Parmi les germes suivants, lequel (lesquels) est (sont) présent(s) dans plus de 25 % des cas d'angiocholite ?
A -	Klebsiella
B -	Enterobacter
C -	Enterocoque
D -	E. Coli
E -	Staphylococcus Aureus
<b>QCM 13</b>	Parmi les examens suivants, lequel (lesquels) peu(vent) mettre en évidence une lithiasis sur la voie biliaire avec une sensibilité supérieure à 90 % ?
A -	Echo-endoscopie
B -	CPRE
C -	Echographie hépatique
D -	TDM hépatique
E -	Bili-IRM

<b>QCM 14</b>	Concernant le traitement d'une angiocholite aiguë, quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?
A -	Elle évolue parfois favorablement sans traitement
B -	Le drainage biliaire par CPRE est une urgence absolue
C -	En cas d'état instable, on pourra réaliser un drainage transcutané des voies biliaires
D -	Une antibiothérapie per os doit être associée au drainage
E -	Une cholécystectomie sera réalisée secondairement
<b>QCM 15</b>	Concernant la cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE), quelle(s) est (sont) la (les) réponse(s) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'un geste chirurgical
B -	Il se pratique sous anesthésie générale
C -	Elle permet l'extraction instrumentale du calcul
D -	Elle permet une sphinctérotomie instrumentale
E -	Sa complication la plus fréquente est l'hémorragie

## CORRECTIONS & STRATEGIE QCM

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES																							
	<input checked="" type="checkbox"/> Connaissances, <input type="checkbox"/> Déduction, <input checked="" type="checkbox"/> Arg Fréquence, <input checked="" type="checkbox"/> Formulation, <input checked="" type="checkbox"/> Éliminer les incorrectes, <input checked="" type="checkbox"/> 1ère idée																							
1	Réponse : A B D	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les pathologies lithiasiques à l'origine d'une douleur de type hépatique sont :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colique hépatique (migration lithiasique)</li> <li>- Cholécystite aiguë</li> <li>- Angiocholite aiguë</li> </ul> </li> <li><input checked="" type="checkbox"/> La cholécystite chronique donne une douleur inconstante, évoluant par poussées</li> <li>La pancréatite lithiasique donne une douleur de type pancréatique.</li> </ul>																						
2	Réponse : B D E	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les pathologies lithiasiques à l'origine de fièvre sont :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cholécystite aiguë</li> <li>- Angiocholite aiguë</li> <li>- Pancréatite aiguë</li> </ul> </li> </ul>																						
3	Réponse : D	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un ictere associé à une douleur de type hépatique doit absolument faire évoquer une angiocholite.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> L'ictère est lié à un obstacle sur la voie biliaire principale</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> La pancréatite aiguë lithiasique ne donne pas d'ictère en l'absence d'angiocholite associée (contrairement à la pancréatite chronique)</li> </ul>																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Douleur</th><th>Syndrome infectieux</th><th>Obstruction biliaire</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Colique hépatique</td><td>+++</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Cholécystite aiguë</td><td>+++</td><td>++</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Angiocholite</td><td>+++</td><td>+++</td><td>++</td></tr> <tr> <td>Pancréatite aiguë</td><td>++++</td><td>Variable</td><td>Variable</td></tr> </tbody> </table>		Douleur	Syndrome infectieux	Obstruction biliaire	Colique hépatique	+++	0	0	Cholécystite aiguë	+++	++	0	Angiocholite	+++	+++	++	Pancréatite aiguë	++++	Variable	Variable		
	Douleur	Syndrome infectieux	Obstruction biliaire																					
Colique hépatique	+++	0	0																					
Cholécystite aiguë	+++	++	0																					
Angiocholite	+++	+++	++																					
Pancréatite aiguë	++++	Variable	Variable																					
4	Réponse : A C D	<ul style="list-style-type: none"> <li>Attention à ne pas confondre les facteurs de risque de lithiase cholestérolique et pigmentaire (calculs bruns ou noirs) <input checked="" type="checkbox"/>.</li> <li>Les facteurs de risque de lithiase cholestérolique sont :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Âge &gt; 60 ans</li> <li>- Sexe féminin</li> <li>- Obésité</li> <li>- Jeûne prolongé</li> <li>- Absence d'exercice physique, sédentarité</li> <li>- Hypertriglycéridémie</li> <li>- Médicaments : fibrates, oestro-progestatifs</li> <li>- Résection ou maladie iléale</li> <li>- Mucoviscidose</li> <li>- Régime hypercalorique</li> <li>- Prédisposition familiale</li> <li>- Grossesse, multiparité</li> <li>- Certaines ethnies (Scandinaves, Amérindiens, Chiliens...)</li> </ul> </li> </ul>																						

5	<b>Réponse : A C</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Petit point sur l'épidémiologie de la lithiase vésiculaire :           <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Il s'agit d'une pathologie fréquente, qui touche 20 % de la population dans les pays occidentaux</li> <li><input type="checkbox"/> 80 % des sujets ayant un calcul vésiculaire n'auront jamais aucun symptôme</li> <li>- 20 % des calculs vésiculaires se compliquent</li> <li>- 2 à 4 % des Français sont susceptibles de développer au moins une complication nécessitant une exploration de la voie biliaire principale.</li> </ul> </li> </ul>
6	<b>Réponse : E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Devant une lithiase vésiculaire découverte fortuitement et asymptomatique, on préconise l'abstention thérapeutique.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> A l'inverse, toute lithiase symptomatique doit être opérée (y compris s'il y a une régression spontanée des symptômes)</li> <li>Le dépistage de la lithiase vésiculaire n'est pas non plus indiqué.</li> </ul>
7	<b>Réponse : D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>On retrouve le plus souvent <input checked="" type="checkbox"/> :           <ul style="list-style-type: none"> <li>Syndrome inflammatoire biologique à PNN</li> <li>Bilan hépatique pouvant retrouver une élévation des transaminases mais pas de cholestase dans la forme typique <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Hémocultures le plus souvent négatives (mais doivent être réalisées systématiquement)</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Lipase normale</li> </ul> </li> </ul>
8	<b>Réponse : B C D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les complications principales de la cholécystite aiguë sont :           <ul style="list-style-type: none"> <li>Cholécystite gangréneuse : syndrome infectieux sévère</li> <li>Abcès sous-hépatique (et non sus-hépatique <input checked="" type="checkbox"/>)</li> <li>Péritonite biliaire</li> <li>Syndrome de Mirizzi (ictère par compression associée de la voie biliaire principale)</li> <li>Cholécystite chronique</li> <li>Fistule bilio-digestive ou bilio-biliaire : risque d'angiocholite ou de syndrome occlusif (syndrome de Bouveret ou iléus biliaire)</li> </ul> </li> </ul>
9	<b>Réponse : A B C D</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les étiologies possibles sont :           <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Lithiase vésiculaire (étiologie la plus fréquente)</li> <li>Parasites : ascaris, douves</li> <li>Iatrogène : post-CPRE</li> <li>Compression de la VBP par une adénopathie ou une tumeur pancréatique</li> </ul> </li> </ul>
10	<b>Réponse : B D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Les trois signes à rechercher en cas d'angiocholite correspondent à la triade de Charcot :           <ul style="list-style-type: none"> <li>Douleur</li> <li>Fièvre</li> <li>Ictère</li> </ul> </li> <li>Ces trois signes se succèdent dans cet ordre, en moins de 48 heures.</li> <li>Attention : la lithiase ne peut se manifester que par deux ou même l'un seul de ces symptômes.</li> </ul>
11	<b>Réponse : A D E</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>On retrouve typiquement :           <ul style="list-style-type: none"> <li>Syndrome inflammatoire à prédominance de PNN</li> <li>Bilan hépato-cellulaire : cholestase biologique avec hyper bilirubinémie à prédominance conjuguée et cytolysé hépatique</li> <li>Hémocultures positives dans 70 % des cas</li> <li>Hémostase : <input checked="" type="checkbox"/> allongement du TCA et baisse du TP par malabsorption de la vitamine K en cas de cholestase prolongée.</li> </ul> </li> </ul>

## Questions isolées QCM N° 7

<b>QCM 1</b>	Parmi les propositions suivantes, à partir de quel seuil apparaît un ictere clinique ?
A -	20 µmol/L
B -	40 µmol/L
C -	50 µmol/L
D -	80 µmol/L
E -	100 µmol/L
<b>QCM 2</b>	Concernant le syndrome de Gilbert, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'une affection rare
B -	L'ictere est constant
C -	Il s'agit d'une affection bénigne
D -	Les tests hépatiques sont rigoureusement normaux.
E -	Elle se traite par chélateurs des sels biliaires
<b>QCM 3</b>	Parmi les marqueurs suivants, le(s)quel(s) évoque(nt) une cholestase lors d'un ictere lorsqu'il est (sont) augmenté(s) ?
A -	ASAT
B -	Gamma-GT
C -	ALAT
D -	Phosphatases alcalines
E -	TP
<b>QCM 4</b>	Parmi les signes cliniques suivants, le(s)quel(s) est (sont) spécifique(s) d'une cholestase lors d'un ictere ?
A -	Prurit
B -	Altération de l'état général
C -	Douleurs abdominales
D -	Fièvre
E -	Selles grasses
<b>QCM 5</b>	Parmi les vitamines suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) mal absorbée(s) lors d'une cholestase prolongée ?
A -	Vitamine A
B -	Vitamine B1
C -	Vitamine C
D -	Vitamine D
E -	Vitamine E
<b>QCM 6</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) un (des) signe(s) clinique(s) possible(s) de la carence vitaminiqne induite par une cholestase prolongée ?
A -	Troubles de l'hémostase
B -	Ostéomalacie
C -	Anémie
D -	Troubles du rythme cardiaque
E -	Diabète

12	<p><b>Réponse : D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par ordre de fréquence :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input checked="" type="checkbox"/> E. Coli (25-50 %)</li> <li>- Klebsiella (15-20 %)</li> <li>- Entérocoque (10-20 %)</li> <li>- Entérobacter (5-10 %)</li> </ul> </li> <li>• On se méfiera donc en particulier des BGN et de l'entérocoque !</li> </ul>
13	<p><b>Réponse : A E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux examens sont performants pour mettre en évidence une lithiasis de la voie biliaire principale avec une sensibilité supérieure à 90 % <input checked="" type="checkbox"/> :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- La cholangio-IRM</li> <li>- L'écho-endoscopie</li> </ul> </li> <li>• L'échographie est réalisée en première intention mais a une sensibilité seulement comprise entre 30 et 50 %</li> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> La CPRE ne doit pas être utilisée à but diagnostic.</li> </ul>
14	<p><b>Réponse : B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le traitement d'une angiocholite est le suivant :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement médical identique à celui d'une cholécystectomie : antibiothérapie probabiliste, intra veineuse <input checked="" type="checkbox"/>, ciblant les germes digestifs (C3G ou Amoxicilline-Acide Clavulanique ou quinolones), réhydratation, correction des troubles électrolytiques, lutte contre la douleur</li> <li>- <input checked="" type="checkbox"/> Un drainage des voies biliaires en urgence par CPRE, ou par voie transcutanée si celle-ci n'est pas disponible en urgence ou si l'état du malade est instable.</li> <li>- Une cholécystectomie secondairement, selon l'état du malade et la présence ou non d'une cholécystite associée à l'angiocholite.</li> </ul> </li> </ul>
15	<p><b>Réponse : B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La CPRE est un geste endoscopique interventionnel effectué sous anesthésie générale <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>• Elle permet l'abord de la voie biliaire principale puis une sphinctérotomie endoscopique avant extraction instrumentale du calcul</li> <li>• Ses complications (5 à 10 % des cas) sont, par ordre décroissant de fréquence :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input checked="" type="checkbox"/> Pancréatite aiguë</li> <li>- Hémorragie</li> <li>- Infection</li> <li>- Perforation duodénale</li> </ul> </li> </ul>

<b>QCM 7</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) à l'origine d'un ictere cholestatique sans obstacle sur les gros canaux ?
A -	Tumeur du pancréas
B -	Pancréatite chronique
C -	Hépatite virale
D -	Lithiasis biliaire
E -	Cirrhose biliaire primitive
<b>QCM 8</b>	Parmi les propositions suivantes concernant la cholangite sclérosante primitive, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	C'est une affection rare de cause inconnue
B -	On retrouve souvent des anticorps anti-mitochondries
C -	Elle est souvent associée à une colite inflammatoire
D -	La bili-IRM est un examen clé du diagnostic
E -	Son principal risque est celui de cancer colo-rectal
<b>QCM 9</b>	Parmi les propositions suivantes concernant l'ascite, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	L'ascite est définie comme un épanchement liquidiens péritoneal volontiers sanguin
B -	Le diagnostic est confirmé par une ponction d'ascite
C -	Les examens d'imagerie n'ont aucun intérêt pour faire le diagnostic
D -	Une ascite non compliquée est indolore
E -	L'ascite peut être difficile à diagnostiquer chez un patient obèse
<b>QCM 10</b>	Parmi les propositions suivantes concernant la ponction de liquide d'ascite, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Elle se fait au bloc opératoire
B -	Elle se fait en fosse iliaque droite
C -	Elle se fait en un point situé à la jonction du tiers externe et du tiers moyen de la ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic
D -	Elle se fait en plein tympanisme
E -	Elle se fait dans des conditions d'asepsie optimale
<b>QCM 11</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) correspondent à une (des) complication(s) d'une poussée d'ascite ?
A -	Rupture rectale
B -	Dyspnée par insuffisance respiratoire obstructive
C -	Hypermatrémie
D -	Hémie ombilicale
E -	Infection de liquide d'ascite
<b>QCM 12</b>	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) ascite(s) a (ont) pour cause un excès de production du liquide péritoneal ?
A -	Cirrhose
B -	Insuffisance cardiaque droite
C -	Tuberculose péritoneale
D -	Syndrome néphrotique
E -	Carcinose péritoneale
<b>QCM 13</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) cause(s) d'ascite pauvre en protides ?
A -	Cirrhose
B -	Thrombose portale
C -	Insuffisance cardiaque droite
D -	Carcinose péritoneale
E -	Ascite pancréatique

<b>QCM 14</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) systématique(s) pour le traitement symptomatique d'une ascite ?
A -	Régime sans sel strict
B -	Ponction évacuatrice
C -	Traitemment diurétique par anti-aldostérone en 1 <sup>ère</sup> intention
D -	Antibiothérapie prophylactique
E -	Surveillance du poids
<b>QCM 15</b>	Parmi les propositions suivantes concernant la tuberculose péritonéale, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	On retrouve dans le liquide d'ascite de nombreux leucocytes à prédominance lymphocytaire
B -	La recherche de BK par l'examen direct est habituellement négative
C -	Le diagnostic est fait par la biopsie du péritoine
D -	Le dosage de l'adénosine désaminase peut être utile
E -	Elle est souvent associée à une tuberculose hépatique

**CORRECTIONS & STRATEGIE QCM**

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, D Déduction, Arg Fréquence, Formulation, X Éliminer les incorrectes, 1ère idée	
1	Réponse : B • <input checked="" type="checkbox"/> Un ictere clinique apparaît à partir de 40 µmol/L	
2	Réponse : C D • <input checked="" type="checkbox"/> Le syndrome de Gilbert est une affection bénigne et fréquente (3 à 10 % de la population) • Elle est due à un déficit en glucuronyl transférase • C'est un polymorphisme non pathologique, transmis sur le mode autosomique récessif, et dû à une mutation du gène de la bilirubine glucuronyl transférase • L'ictère est inconstant et variable, et l'hyperbilirubinémie porte exclusivement sur la fraction non conjuguée • <input checked="" type="checkbox"/> Il faut absolument éliminer les autres causes d'ictère : - Bilan hépatique normal - Autres causes d'hyperbilirubinémie libre éliminées.	
3	Réponse : B D • <input checked="" type="checkbox"/> La cholestase est définie par la diminution de la sécrétion biliaire. • Elle se manifeste principalement par une augmentation du taux sérique : - Des phosphatases alcalines - De la gamma-GT • <input checked="" type="checkbox"/> Attention : cette augmentation doit être concomitante ! Une élévation élevée de l'une ou l'autre ne témoigne pas d'une cholestase.	
4	Réponse : A E • Les signes cliniques évocateurs d'une cholestase sont : - <input checked="" type="checkbox"/> Prurit, spécifique dans ce contexte d'une cholestase - Selles graisseuses par malabsorption des selles biliaires - Amaigrissement, fréquent en raison de la malabsorption, <input checked="" type="checkbox"/> mais pas du tout spécifique de la cholestase.	
5	Réponse : A D E • Les complications d'une cholestase prolongée sont <input checked="" type="checkbox"/> : - Prurit pas accumulation d'acides biliaire - Malabsorption des graisses - Malabsorption des vitamines liposolubles (ADEK) - Stéatorrhée - Défaut d'élimination du cholestérol - Amaigrissement secondaire	
6	Réponse : A B • Les complications se déduisent des vitamines concernées <input checked="" type="checkbox"/> : - <input checked="" type="checkbox"/> Une carence en vitamine K a pour conséquence des troubles de l'hémostase +++ - Une carence en vitamine D provoque une ostéomalacie - Une carence en vitamine A est en lien avec une baisse de la vision nocturne - Une carence en vitamine E est à l'origine de troubles neurologiques	
7	Réponse : C E • <input checked="" type="checkbox"/> Retenez que toutes les causes d'hépatopathie chronique ou aiguë (atteinte des hépatocytes) peuvent être à l'origine d'un ictere sans dilatation des gros canaux !	

8	<p><b>Réponse : A C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un point sur la <b>cholangite sclérosante primitive</b> ☐ :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il s'agit d'une maladie inflammatoire et fibrosante des voies biliaires intra et extra-hépatiques</li> <li>- Elle survient souvent chez un patient ayant une colite inflammatoire (RCH, Crohn) = ☑ coloscopie indispensable</li> <li>- ✗ Il n'y a pas d'auto-anticorps spécifiques de la maladie, contrairement à la cirrhose biliaire primitive ou à l'hépatite auto-immune</li> <li>- Elle provoque une cholestase chronique d'origine extra-hépatique, par épaississement des voies biliaires</li> <li>- La Bili-IRM est utile au diagnostic en montrant des sténoses courtes, multiples et étagées.</li> <li>- La PBH est souvent normale</li> <li>- Ses trois risques évolutifs sont la cirrhose secondaire, le cholangiocarcinome et l'angiocholite.</li> </ul> </li> </ul>
9	<p><b>Réponse : B D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'ascite est un <b>épanchement intra-péritonéal non hémorragique</b> ☐</li> <li>• Il s'agit d'un diagnostic clinique confirmé par la mise en évidence de liquide par la ponction d'ascite</li> <li>• Toutefois on peut dans certains cas (ascite peu abondante ou cloisonnée) s'aider des examens d'imagerie non invasive : échographie, IRM, TDM.</li> <li>• ☑ Une ascite non compliquée est indolore.</li> </ul>
10	<p><b>Réponse : C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La <b>ponction d'ascite</b> :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se fait au lit du malade, après lui avoir expliqué la procédure et ses désagréments, éventuellement sous anesthésie locale</li> <li>- En fosse iliaque gauche (attention à bien vérifier le côté en lisant la question ! ⚡) après avoir vérifié que la rate n'occupe pas cette localisation</li> <li>- ☑ En respectant des règles d'asepsie optimale</li> <li>- En un point situé à la jonction du tiers externe et du tiers moyen de la ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et l'ombilic, en pleine matité</li> </ul> </li> </ul>
11	<p><b>Réponse : D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les complications d'une poussée d'ascite sont ☐ :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Complications mécaniques : rupture de l'ombilic, hernie ombilicale, inguinale, dyspnée par insuffisance respiratoire restrictive</li> <li>- Ascite réfractaire</li> <li>- Infection du liquide d'ascite</li> <li>- Hyponatrémie</li> </ul> </li> </ul>

12	<p><b>Réponse : A B D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les causes d'ascite par excès de production du liquide péritonéal sont :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input checked="" type="checkbox"/> Cirrhose (et syndrome de Budd Chiari)</li> <li>- Insuffisance cardiaque droite et péricardite constrictive</li> <li>- Syndrome néphrotique</li> </ul> </li> </ul>				
13	<p><b>Réponse : A B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> Sachez bien différencier les causes d'ascite pauvre et riche en protides ☐ :</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Ascite pauvre en protides (&lt; 25 g/L)</b></th> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Ascite riche en protides (&gt; 25 g/L)</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px; vertical-align: top;">           Thrombose portale  <b>Cirrhose</b>            Syndrome néphrotique            Insuffisance cardiaque congestive            Dénutrition majeure            Entéropathie exsudative         </td><td style="padding: 5px; vertical-align: top;">           Péricardite constrictive            Insuffisance cardiaque droite            Obstacle cave inférieur            Syndrome de Budd Chiari  <b>Carcinose péritonéale</b>            Ascite pancréatique            Ascite tuberculeuse            Mésothéliome pleural         </td></tr> </tbody> </table>	<b>Ascite pauvre en protides (&lt; 25 g/L)</b>	<b>Ascite riche en protides (&gt; 25 g/L)</b>	Thrombose portale <b>Cirrhose</b> Syndrome néphrotique Insuffisance cardiaque congestive Dénutrition majeure Entéropathie exsudative	Péricardite constrictive Insuffisance cardiaque droite Obstacle cave inférieur Syndrome de Budd Chiari <b>Carcinose péritonéale</b> Ascite pancréatique Ascite tuberculeuse Mésothéliome pleural
<b>Ascite pauvre en protides (&lt; 25 g/L)</b>	<b>Ascite riche en protides (&gt; 25 g/L)</b>				
Thrombose portale <b>Cirrhose</b> Syndrome néphrotique Insuffisance cardiaque congestive Dénutrition majeure Entéropathie exsudative	Péricardite constrictive Insuffisance cardiaque droite Obstacle cave inférieur Syndrome de Budd Chiari <b>Carcinose péritonéale</b> Ascite pancréatique Ascite tuberculeuse Mésothéliome pleural				
14	<p><b>Réponse : C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement d'une ascite est le suivant :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- <input checked="" type="checkbox"/> Régime pauvre en sel (&lt; 4 g/j), il n'y a plus d'indication à un régime sans sel strict !</li> <li>- Ponction évacuatrice en cas d'ascite mal tolérée ou réfractaire</li> <li>- Traitement diurétique en première intention par anti-aldostéroné +/- diurétiques de l'anse</li> <li>- Surveillance du poids</li> <li>- Dépistage et traitement des complications</li> <li>- Prévention de l'infection de liquide d'ascite par Norfloxacine si antécédents d'infection ou protides &lt; 15 g/L</li> </ul> </li> </ul>				
15	<p><b>Réponse : A B C D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'ascite est une manifestation de la tuberculose péritonéale, souvent associée à une tuberculose digestive ou d'un autre organe, rarement à une tuberculose hépatique</li> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> On retrouve un liquide riche en protides et leucocytes à prédominance de lymphocytes</li> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> Le direct et la culture à la recherche de BK sont le plus souvent négatif</li> <li>• On peut réaliser une biopsie du péritoine sous coelioscopie, avec recherche de BK à la culture et par PCR</li> <li>• On peut également s'aider du dosage de l'adénosine désaminase, augmentée dans ce cas de figure.</li> </ul>				

## Questions isolées QCM N° 8

<b>QCM 1</b>	Concernant la définition de la cirrhose, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?
A -	Il s'agit d'une définition clinique
B -	Il s'agit d'une fibrose mutilante annulaire
C -	On trouve généralement des nodules de régénération hépatocytaire
D -	En microscopie, les lésions sont généralement localisées à un segment ou un lobe hépatique
E -	Toutes les maladies chroniques du foie peuvent aboutir à une cirrhose
<b>QCM 2</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) une (des) complication(s) grave(s) de la cirrhose ?
A -	Hémorragies digestives en rapport avec l'insuffisance hépatique
B -	Ascite
C -	Cancer du pancréas
D -	Syndrome hépato-rénal
E -	Syndrome hépato-cardiaque
<b>QCM 3</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) désigne(nt) un (des) signe(s) d'insuffisance hépato-cellulaire ?
A -	Angiomés stellaires
B -	Circulation veineuse collatérale latéro-ombilicale
C -	Splénomégalie
D -	Ascite
E -	Hypogonadisme
<b>QCM 4</b>	Parmi les anomalies du bilan biologique suivant, laquelle (lesquelles) retrouve-t-on lors d'une cirrhose ?
A -	Leucopénie isolée
B -	Hypoalbuminémie
C -	Augmentation des transaminases
D -	Augmentation du TP et du TCA
E -	Diminution du facteur V
<b>QCM 5</b>	En cas de suspicion de cirrhose, quel(s) examen(s) est (sont) systématique(s) ?
A -	Echographie abdominale
B -	Biopsie hépatique
C -	TDM hépatique
D -	IRM hépatique
E -	Alpha-fœto-protéine
<b>QCM 6</b>	Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) la (les) contre-indication(s) à une biopsie hépatique par voie percutanée ?
A -	TP < 50 %
B -	Anémie < 7 g/dl
C -	Ascite volumineuse
D -	Plaquettes < 150 x 10 <sup>9</sup> /L
E -	Pancréatite aigüe

<b>QCM 7</b>	Parmi les examens biologiques suivants, lequel (lesquels) fait (font) partie de votre bilan initial lors de la découverte d'une cirrhose compensée ?
A -	Sérologies VHC, VHB
B -	Alcoolémie
C -	Electrophorèse des protéines sériques
D -	HbA1C
E -	Coefficient de saturation de la transferrine
<b>QCM 8</b>	Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) s'applique(nt) au traitement d'une cirrhose compensée ?
A -	Prise en charge à 100 %
B -	Sevrage alcoolique
C -	Corticothérapie
D -	Contre-indications aux morphiniques
E -	Education thérapeutique
<b>QCM 9</b>	Quelle(s) peu(ven)t être la (les) cause(s) de saignement digestif aiguë chez un patient atteint de cirrhose ?
A -	Syndrome de Mallory-Weiss
B -	Ulcère gastro-duodénal
C -	Rupture de varices œsophagiennes
D -	Gastropathie d'hypertension portale
E -	Rupture de varices gastriques et ectopiques
<b>QCM 10</b>	Parmi les propositions suivantes, quel(s) peu(ven)t être le(s) facteur(s) déclenchant(s) d'une infection de liquide d'ascite ?
A -	Hépatite alcoolique aiguë
B -	CHC
C -	Hémorragie digestive
D -	Encéphalopathie hépatique
E -	Thrombose portale
<b>QCM 11</b>	Parmi les propositions suivantes, quel(s) est (sont) le(s) traitement(s) possible(s) d'une hémorragie active liée à une rupture de varices œsophagiennes et constatée à l'endoscopie ?
A -	Clips vasculaires
B -	Injection de sérum adrénalinié
C -	Ligature des varices œsophagiennes
D -	Sonde de tamponnement œsophagien
E -	Mise en place en urgence d'un shunt porto-cave intrahépatique par voie transjugulaire (TIPS)
<b>QCM 12</b>	Parmi les propositions suivantes concernant l'encéphalopathie hépatique, laquelle (lesquelles) est (sont) exacte(s) ?
A -	Les facteurs déclencheurs sont nombreux
B -	Elle survient systématiquement chez un patient ayant une grosse insuffisance hépatique
C -	Son traitement est essentiellement préventif
D -	Le lactose peut être utilisé en tant que traitement curatif
E -	Le passage à la chronicité est rare
<b>QCM 13</b>	Concernant le syndrome hépato-rénal, quelle(s) proposition(s) est (sont) vraie(s) ?
A -	Il correspond à une insuffisance rénale d'allure organique
B -	Cette insuffisance rénale est corrigée par un remplissage vasculaire
C -	Il s'observe souvent aux stades précoces de la maladie
D -	Le pronostic est mauvais
E -	Aucun traitement n'a démontré son efficacité

**QCM 14** Parmi les propositions suivantes concernant la transplantation hépatique, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s) ?

- A - Il s'agit du seul traitement radical et durable en cas de cirrhose décompensée
- B - En cas de cirrhose alcoolique, le sevrage n'est pas nécessaire avant la greffe
- C - Elle est contre-indiquée en cas de cancer autre qu'hépatique
- D - Elle n'est pas indiquée en cas de troubles de la conscience liés à une encéphalopathie hépatique
- E - Il s'agit du seul traitement de l'hépatite C chronique

**QCM 15** Parmi les items suivants, lequel (lesquels) est (sont) utilisé(s) pour calculer le score MELD ?

- A - Âge du patient
- B - Bilirubine totale
- C - TP
- D - Albumine
- E - INR

**CORRECTIONS & STRATEGIE QCM**

QCM	STRATEGIE QCM - COMMENTAIRES	
	Connaissances, D Déduction, Arg Fréquence, Formulation, X Éliminer les incorrectes, 1ère idée	
1	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La définition de la cirrhose est histologique : il s'agit d'une fibrose mutilante annulaire délimitant des nodules de régénération hépatocytaire</li> <li>Toutes les maladies chroniques du foie peuvent être à l'origine de cirrhose, mais la sévérité et la précocité d'apparition de celle-ci dépend de la maladie en cause</li> <li>Les lésions histologiques sont généralement diffuses.</li> <li>En dehors de la fibrose, on peut également retrouver à la biopsie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une stéatose</li> <li>- Un infiltrat inflammatoire</li> <li>- Des signes histologiques spécifiques de la maladie causale</li> </ul> </li> </ul>	
2	<p>Réponse : B D</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les complications graves de la cirrhose sont :</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorragie digestive en rapport avec l'hypertension portale (et pas avec le dysfonctionnement hépatocytaire)</li> <li>- Ascite (le plus souvent avec des œdèmes)</li> <li>- Infections</li> <li>- Encéphalopathie</li> <li>- Syndrome hépato-rénal</li> <li>- Carcinome hépato-cellulaire</li> </ul> </ul>	
3	<p>Réponse : A E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ce n'est pas la première question du livre sur ce sujet, mais il est tellement fondamental qu'il vaut mieux s'entraîner et être sûr.</li> <li>Les signes d'insuffisance hépato-cellulaire sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angiomates stellaires</li> <li>- Au niveau des mains : érythrose palmo-plantaire, leuconychies (ongles blancs), hippocrateisme digital</li> <li>- Ictère</li> <li>- Foetor hépatique</li> <li>- Astérixis</li> <li>- Hypogonadisme : gynécomastie, stérilité, aménorrhée</li> </ul> </li> <li>Les signes d'hypertension portale sont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Splénomégalie congestive</li> <li>- Ascite</li> <li>- Circulation veineuse collatérale latéro-ombilicale +/- signe de Cruveilhier-Baumgarten (dilatations veineuses ombilicales en tête de méduse)</li> </ul> </li> </ul>	
4	<p>Réponse : B C E</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les anomalies du bilan biologique lors d'une cirrhose sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- NFS : pancytopenie ou thrombopénie isolée</li> <li>- BHC : augmentation modérée des transaminases, cholestase modérée, hyperbilirubinémie conjuguée</li> <li>- Hémostase : diminution du TP et de tous les facteurs de coagulation dont le facteur V, augmentation du TCA</li> <li>- Hypocholestérolémie</li> <li>- Hypoalbuminémie</li> </ul> </li> <li>Pour en retenir une bonne partie, pensez au score de Child-Pugh qui en contient certaines !</li> </ul>	

**Réponse : A**

- L'échographie est l'examen d'imagerie de première intention
- Le scanner et l'IRM sont des examens de deuxième intention
- La gastroscopie sera également effectuée en cas de suspicion de maladie hépatique
- La biopsie n'est plus systématique car le diagnostic de cirrhose repose désormais sur un faisceau d'arguments convergents obtenus grâce à la clinique, la biologie et l'échographie
- L'alpha-foeto-protéine n'a quasiment plus aucune indication, encore moins pour faire le diagnostic de cirrhose !

5

**Réponse : A C**

- Recommandations AFEF 2002 sur les contre-indications à la biopsie trans-pariétale
- Les contre-indications principales sont ☐ :
  - Un TP < 50 %
  - Une thrombopénie < 60 x 10<sup>9</sup>/L
  - Une ascite volumineuse
  - Une dilatation des voies biliaires intrahépatiques
  - La non-coopération du patient, les kystes parasitaires...
- Si la biopsie doit absolument être réalisée, elle le sera par voie trans-jugulaire.

6

**Réponse : A C E**

- Recommandations HAS 2008 : les examens à réaliser de façon systématique sont les suivants ☐ :

**Tableau n°1. Examens biologiques sanguins nécessaires à la consultation spécialisée en vue du diagnostic de cirrhose**

Tests biologiques sans juifs	Variations recherchées et seuils *
Hémogramme	Thrombopénie, leuco-neutropénie, macrocytose
Bilirubine totale, activité des Alanine-aminotransférase (ALAT), Aspartate-aminotransférase (ASAT), γ-Glutamyl transférase (γGT) et phosphatase alcaline (PA)	Augmentation
Electrophorèse des protéines	Bloc β-γ Hypo-albuminémie
Taux de prothrombine (TP)	Diminution
Glucose	Augmentation
Triglycérides <sup>(*)</sup>	Triglycérides < 1,50 g/l (1,7 mmol/l)
Cholestérol <sup>(*)</sup>	HDL-cholestérol > 0,40 g/l (1,0 mmol/l) LDL-cholestérol < 1,60 g/l (4,1 mmol/l)
Ferritin <sup>(*)</sup>	> 300 µg/l chez un homme > 200 µg/l chez une femme
Coefficient de saturation de la transférine <sup>(*)</sup>	Augmentation > 45%
Antigène HBs Anticorps anti-HBs Anticorps anti-HBc	Positivité Négativité Positivité
Anticorps anti-VHC	Positivité

8	<p><b>Réponse : A B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La prise en charge est la suivante : <ul style="list-style-type: none"> <li>TraITEMENT multidisciplinaire, à vie, prise en charge à 100 %</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Arrêt de tous les hépatotoxiques : alcool, cannabis, médicaments hépatotoxiques (pas de paracétamol)</li> <li>TraITEMENT étiologique selon la cause</li> <li>TraITEMENT des comorbidités et du terrain : prise en charge nutritionnelle, contrôle du poids</li> <li>Vaccination contre l'hépatite A, l'hépatite B, grippe, pneumocoque</li> <li>Prévention primaire des principales complications : hygiène bucco-dentaire et cutanée, bêta-bloquants en cas de varices œsophagiennes grade 2 ou 3</li> </ul> </li> </ul>
9	<p><b>Réponse : B C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les causes de saignement digestif chez un patient atteint de cirrhose sont les suivantes <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Rupture de varices œsophagiennes</li> <li>Ulcères gastro-duodénaux, peptiques ou non (de fréquence augmentée chez un cirrhotique)</li> <li>Rupture de varices gastriques ou ectopiques</li> <li>Gastropathie d'hypertension portale</li> </ul> </li> <li>Mais attention ! Ici on précisait bien de donner les causes de saignement aigu <input checked="" type="checkbox"/> . La gastropathie d'hypertension portale peut conduire à une anémie chronique mais jamais à une hémorragie aiguë !</li> </ul>
10	<p><b>Réponse : A B C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Message important : toute cause de décompensation d'une cirrhose est susceptible d'en entraîner une ou plusieurs autres !</li> <li>Devant toute décompensation de cirrhose, on recherchera donc : <ul style="list-style-type: none"> <li>N'importe quelle infection (pneumopathie, infection urinaire...)</li> <li>Hépatite alcoolique aiguë</li> <li>Prise d'hépatotoxique</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Toute autre décompensation : CHC, poussée d'ascite, hémorragie digestive, encéphalopathie hépatique, syndrome hépatorénal</li> <li>Thrombose portale</li> <li>Arrêt des bêta bloquants pour les hémorragies digestives.</li> </ul> </li> </ul>
11	<p><b>Réponse : C D E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'hémorragie digestive liée à une rupture de varices œsophagiennes, on propose : <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> En première intention, une ligature élastique de la varice qui saigne</li> <li>Plus rarement un encollage de la varice</li> <li>En deuxième intention : une sonde de tamponnement œsophagien (sonde de Blakemore)</li> <li>Ou la mise en place d'un TIPS, avec toutefois un risque élevé de mortalité.</li> </ul> </li> <li><input checked="" type="checkbox"/> La mise en place de clips ou l'injection de sérum adrénaliné sont des thérapeutiques du saignement lié à un ulcère gastro-duodénal.</li> </ul>
12	<p><b>Réponse : A C E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'encéphalopathie résulte de l'insuffisance hépatique et des shunts veineux porto-systémiques</li> <li>Elle peut être sévère et aller jusqu'au coma, même chez un patient n'ayant pas de grosse insuffisance hépatique notable</li> <li>Les facteurs déclencheurs sont nombreux : infection, hémorragies digestives...</li> <li>Son traitement est essentiellement préventif, en évitant tous ces facteurs déclencheurs possibles</li> <li>Son traitement curatif repose sur le lactulose et non sur le lactose <input checked="" type="checkbox"/></li> <li>Le passage à la chronicité est rare.</li> </ul>

13	<p><b>Réponse : D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> Le syndrome hépato-rénal correspond à une insuffisance rénale d'allure fonctionnelle, non corrigée par le remplissage vasculaire</li> <li>• Il s'observe chez des malades ayant une insuffisance hépatique sévère</li> <li>• Le pronostic est catastrophique (espérance de vie de quelques semaines)</li> <li>• La terlipressine et la noradrénaline sont les seuls traitements pharmacologiques efficaces (transitoirement)</li> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> La transplantation hépatique est le seul traitement durablement hépatique</li> </ul>
14	<p><b>Réponse : A C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> La transplantation hépatique est le seul traitement radical et durable en cas de cirrhose décompensée</li> <li>• Il doit être envisagé dans les cas suivants <input checked="" type="checkbox"/> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance hépatique sévère avec TP &lt; 50 %</li> <li>- Ictère</li> <li>- Ascite réfractaire ou infection de liquide d'ascite</li> <li>- Episodes répétés d'encéphalopathie ou encéphalopathie chronique</li> <li>- Episodes répétés d'hémorragie digestive</li> <li>- Carcinome hépato-cellulaire</li> </ul> </li> <li>• Chez les malades ayant une cirrhose alcoolique, un sevrage est normalement nécessaire.</li> <li>• Chez les malades ayant une cirrhose virale B, un traitement antiviral préalable est indispensable.</li> </ul>
15	<p><b>Réponse : B E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input checked="" type="checkbox"/> Attention à ne pas confondre le score MELD et le score de Child-Pugh.</li> <li>• Le MELD est un moyen d'évaluer la gravité d'une hépatopathie chronique</li> <li>• Il est souvent utilisé pour définir les règles de priorité d'une transplantation hépatique.</li> <li>• Il repose sur une formule qui utilise : <ul style="list-style-type: none"> <li>- INR</li> <li>- Bilirubine totale</li> <li>- Créatinine</li> </ul> </li> </ul>