

- ✓ Les « 200 questions isolées QCM » incontournables
- ✓ Les fiches flash QCM essentielles
- ✓ Les dernières conférences de consensus et recommandations en QCM

**DERNIER
TOUR
DFASM 3**

200

QUESTIONS ISOLEES QCM EN MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

Manon CHARRIER - Alice DOREILLE
Tich Ludovic LE

Editions Vernazobres-Grego

vg

99 bd de l'Hôpital
75013 PARIS - Tél. 01 44 24 13 61
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 passible des peines
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

Janvier 2016 - ISBN : 978-2-8183-1393-0

Remerciements :

Je remercie tout le monde, en espérant n'oublier personne.

*[dont : Jb Lannebère, un mec du tonnerre - papa, maman et leur soutien sans faille -
Manex, la plus flex - Adrien, sous-colleur du dimanche - Lala, Cam, Martin, Lucas, Alix,
Alex, Antoine et autres compagnons de route]*

Alice

Je remercie chaleureusement Alice de s'être occupée des remerciements.

Manon

Sommaire des questions isolées par item

UE	ITEM	INTITULE	PAGE
-	-	Nouvelles recommandations	5
6	142	Surveillance des maladies infectieuses transmissibles.	33
6	143	Vaccinations. Calendrier vaccinal 2015	37
6	144	Fièvre de l'adulte et de l'enfant.	45
6	145	Infections naso-sinusiennes de l'adulte et de l'enfant.	49
6	146	Angine de l'adulte et de l'enfant et rhinopharyngite de l'enfant.	53
6	147	Otitites infectieuses de l'adulte et de l'enfant.	59
6	148	Méningites, méningo-encéphalites chez l'adulte et l'enfant. <u>DGS 2014 +++</u> <u>HCSP 2012 2013 2014</u>	67
6	149	Endocardite infectieuse. <u>SFED 2012</u> <u>AFSSAPS 2011</u>	75
6	150	Surveillance des porteurs de valve et prothèses valvulaires.	83
6	151	Infections bronchopulmonaires de l'adulte et de l'enfant. <u>ANSM 2012 : Légionellose</u>	87
6	152	Infections cutanéomuqueuses et des phanères de l'adulte et de l'enfant. <u>AFSSAPS 2011</u>	93
6	153	Infections ostéo-articulaires de l'enfant et de l'adulte.	101
6	154	Bactériémie – Pongémie – Parasitémie de l'adulte et de l'enfant.	107
6	155	Tuberculose de l'adulte et de l'enfant. <u>HCSP 2013 : Enquête autour d'un cas</u> <u>HCSP 2011 : Tests immunologiques</u> <u>HCSP 2014 ; Tuberculose à bacilles résistants</u>	111
6	156	Tétanos. <u>Calendrier vaccinal 2015</u> <u>HCSP 2013</u>	119
6	157	Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte. <u>SPLIF 2014 : Infections urinaires adulte</u> <u>SPLIF GPIP 2014 : Infections urinaires enfant</u> <u>ANSM 2012</u>	123
6	158	Infections sexuellement transmissibles. <u>SPLIF 2014 : Syphilis</u> <u>HAS 2011</u> <u>HAS 2010</u> <u>AFU 2010 : Uréthrite</u>	127

6	159	Coqueluche. <u>Calendrier vaccinal 2015</u> <u>HCSP 2014 +++</u>	133
6	160	Exanthème fébrile de l'enfant.	137
6	161	Oreillons.	141
6	162	Grippe. <u>Calendrier vaccinal 2015</u>	145
6	163	Hépatites virales. <u>ANRS AFEF 2014</u> <u>INPES 2014</u> <u>HCSP 2014</u> <u>HCSP 2013</u> <u>MORLAT 2014</u> <u>AFEF 2014</u> <u>HAS 2014 : VHC AAD</u> <u>HAS 2014 : VHC TROD</u> <u>Inpes Vaccination hépatite B</u> <u>HAS 2014 : VHB Fibrose</u>	149
6	164	Infection à herpès virus du sujet immunocompétent.	153
6	165	VIH. <u>MORLAT 2014 2013</u>	159
6	166	Paludisme. <u>HCSP 2012</u>	167
6	167	Gale et pédiculose.	175
6	168	Parasitoses digestives.	179
6	169	Zoonoses.	183
6	170	Pathologie infectieuse des migrants adultes et enfants.	189
6	171	Voyage en pays tropical de l'adulte et de l'enfant.	193
6	172	Diarrhées infectieuses de l'adulte et de l'enfant.	197
6	173	Prescription et surveillance des anti-infectieux chez l'adulte et l'enfant.	201
	Annexes	Généralités en Infectiologie.	207
		Tableau des abréviations.	212

Nouveautés : Consensus, Recommandations

1

NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Un résumé des recommandations les plus tombables est disponible à la fin du chapitre.

Vaccinations.

- Calendrier vaccinal 2015

Méningites, méningo-encéphalites chez l'adulte et l'enfant.

- DGS 2014 +++
- HCSP 2012 2013 2014

Endocardite infectieuse.

- SFED 2012
- AFSSAPS 2011

Infections broncho-pulmonaires de l'adulte et de l'enfant.

- ANSM 2012 : Légionellose

Infections cutané-muqueuses et des phanères de l'adulte et de l'enfant.

- AFSSAPS 2011

Tuberculose de l'adulte et de l'enfant.

- HCSP 2013 : Enquête autour d'un cas
- HCSP 2011 : Tests immunologiques
- HCSP 2014 : Tuberculose à bacilles résistants

Tétanos.

- Calendrier vaccinal 2015
- HCSP 2013

Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte.

- SPLIF 2014 : Infections urinaires adulte
- SPLIF GPIP 2014 : Infections urinaires enfant
- ANSM 2012

Infections sexuellement transmissibles.

- **SPLIF 2014 : Syphilis**
- **HAS 2011**
- **HAS 2010**
- **AFU 2010 : Uréthrite**

Coqueluche.

- **Calendrier vaccinal 2015**
- **HCSP 2014 +++**

Grippe.

- **Calendrier vaccinal 2015**

Hépatites virales.

- **ANRS AFEF 2014**
- **INPES 2014**
- **HCSP 2014**
- **HCSP 2013**
- **MORLAT 2014**
- **AFEF 2014**
- **HAS 2014 : VHC AAD**
- **HAS 2014 : VHC TROD**
- **Inpes Vaccination hépatite B**
- **HAS 2014 : VHB Fibrose**

VIH.

- **MORLAT 2014 2013**

Paludisme.

- **HCSP 2012**

UE questions isolées-Nouveautés

1 Enoncé

QCM 1	Selon le calendrier vaccinal 2015, les vaccins suivants sont recommandés :
A -	BCG à la naissance chez certains enfants exposés à des risques élevés de tuberculose.
B -	DTPCa à 2 mois, 4 mois et 11 mois
C -	Haemophilus influenzae B et hépatite B à 2 mois, 4 mois et 11 mois
D -	Prévenar 23 valences conjugué à 2 mois, 4 mois et 11 mois
E -	Le ROR à 12 mois puis entre 16-18 mois
QCM 2	Selon les recommandations de la DGS 2014, quelles sont les réponses vraies ?
A -	La transmission du méningocoque est aérogène, par les sécrétions rhinopharyngées (gouttelettes de Flügge).
B -	Il faut une exposition à courte distance, moins d'un mètre, en face à face et d'une durée de plus d'une heure.
C -	Il existe souvent un portage asymptomatique avec colonisation du rhinopharynx
D -	L'acquisition d'un méningocoque et la colonisation du rhinopharynx sont rarement suivies d'une IIM. Le plus souvent il faut une altération de la voie du complément ou une altération de la muqueuse respiratoire (grippe)
E -	Le méningocoque est responsable de méningite, méningococcémie, purpura fulminans, choc septique mortel, arthrite, pneumonies invasives mais jamais de péricardite immunologique
QCM 3	Selon la DGS 2014, quels sont les nouveaux critères de notification d'IIM ?
A -	Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide de la chambre antérieure de l'œil) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique.
B -	Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS.
C -	LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'éléments purpuriques cutanés, quel que soit leur type.
D -	Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).
E -	Tout cas répondant à au moins deux de ces critères doit être signalé sans délai à l'autorité sanitaire (ARS)

QCM 4	Selon la DGS 2014 et HCSP 2013, quelles propositions sont vraies ?
A -	La désinfection rhino-pharyngée, l'éviction de la collectivité des sujets contacts et la désinfection ou fermeture d'un établissement sont des mesures inutiles et inefficaces, donc à proscrire.
B -	En cas de séro groupe du cas index d'IIM C : la vaccination autour du cas se fait pas le Vaccin conjugué C
C -	En cas de séro groupe du cas index d'IIM A : la vaccination autour du cas se fait pas le Vaccin conjugué tétravalent ACYW135 dès 12 mois et non conjugué bivalent A+C de 6 à 11 mois.
D -	En cas de séro groupe du cas index d'IIM Y ou W : la vaccination autour du cas se fait pas le Vaccin conjugué tétravalent A C Y W 135 dès 12 mois
E -	En cas de séro groupe du cas index d'IIM B : la vaccination autour du cas se fait pas le Vaccin BEXSERO systématiquement
QCM 5	Selon la DGS 2014, quelle prophylaxie pour les cas survenant dans une école ?
A -	L'antibioprofylaxie est recommandée pour les voisins de classe en cas d'un cas d'IIM
B -	L'antibioprofylaxie est recommandée pour toute la classe en cas de 2 cas d'IIM dans une même classe
C -	L'antibioprofylaxie est recommandée pour les voisins de classe des 2 cas en cas de 2 cas d'IIM de 2 classes différentes
D -	Trois cas ou plus dans au moins 2 classes différentes : expertise ad hoc
E -	L'antibioprofylaxie est recommandée pour les 2 classes en cas de 2 cas d'IIM de 2 classes différentes
QCM 6	Selon l'ANSM 2012, quelles propositions sont vraies concernant la légionellose ?
A -	C'est une maladie à déclaration obligatoire
B -	Le diagnostic biologique repose sur la recherche d'antigène de Légionnelle pneumophila sérotype 1 dans les urines
C -	Seule la culture à partir des prélèvements respiratoires ou d'hémocultures permet l'identification de la souche, le diagnostic et l'enquête épidémiologique : elle peut être faite même si l'antigénurie est négative si la suspicion est forte
D -	Les formes non graves (ambulatorie, hospitalisé en médecine ou aux urgences) : monothérapie par macrolide (azithromycine 5 jours)
E -	Les formes graves (hospitalisé en USI, réanimation ou immunodéprimé) sont traités soit par monothérapie par fluoroquinolones : lévofloxacine soit association de 2 antibiotiques sur les 3 suivants : macrolides (spiramycine IV), lévofloxacine, rifampicine pour une durée de 21J
QCM 7	Selon la HCSP 2013, Enquête autour d'un cas de tuberculose : recommandations pratiques, concernant les sujets contacts de 5 ans et plus :
A -	Sans délai : consultation, radiographie pulmonaire
B -	En l'absence de tuberculose maladie détectée par les examens précédents, on estime le délai depuis le dernier contact : inférieur à 8 semaines : convocation à 8 semaines pour effectuer un IGRA/IDR, supérieur ou égal à 8 semaines : IGRA/IDR d'emblée.
C -	En cas d'IGRA/IDR, positif : infection tuberculeuse latente : soit traitement et arrêt du suivi, soit pas de traitement et reconsultation 12-24 mois plus tard pour consultation et radiographie pulmonaire
D -	En cas d'IGRA/IDR négatif, pas d'infection tuberculeuse latente ; Arrêt du suivi
E -	Le schéma de traitement de l'ITL est l'association isoniazide-rifampicine 6 mois

QCM 8	Selon la HCSP 2014 sur la tuberculose multirésistante :
A -	Un cas de tuberculose est dit multirésistant (MDR) lorsqu'il est causé par une souche du complexe <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (principalement <i>M. tuberculosis</i> , <i>M. bovis</i> , <i>M. africanum</i>) résistante à la rifampicine et à l'isoniazide.
B -	La résistance supplémentaire aux fluoroquinolones et à au moins un des trois antituberculeux injectables de deuxième ligne (amikacine, capréomycine, kanamycine) définit l'ultra-résistance (XDR pour « Extensive Drug Resistance »)
C -	Un cas de tuberculose est dit multirésistant (MDR) lorsqu'il est causé par une souche du complexe <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (principalement <i>M. tuberculosis</i> , <i>M. bovis</i> , <i>M. africanum</i>) résistante à la rifampicine ou à l'isoniazide.
D -	La résistance supplémentaire aux fluoroquinolones ou à au moins un des trois antituberculeux injectables de deuxième ligne (amikacine, capréomycine, kanamycine) définit l'ultra-résistance (XDR pour « Extensive Drug Resistance»)
E -	Le terme de « pré-XDR » est parfois utilisé pour qualifier les tuberculoses MDR résistantes aux fluoroquinolones ou à un des trois antituberculeux injectables de deuxième ligne. Le terme de totale/pan-résistance, qui n'est pas bien standardisé mais est d'usage fréquent, correspond à une résistance à tous les traitements antituberculeux (anti-TB).
QCM 9	Concernant le tétanos, selon la HCSP 2013, calendrier vaccinal 2015,
quelles sont les réponses bonnes ?	
A -	En cas de blessure mineure, propre + personne à jour de ses vaccinations = pas d'injection
B -	En cas de blessure majeure ou contaminée par germes telluriques+ personne à jour de ses vaccinations = pas d'injection
C -	En cas de blessure mineure, propre + personne non à jour de ses vaccinations = Administration immédiate d'une dose de vaccin contenant la valence tétanique
D -	En cas de blessure majeure ou contaminée par germes telluriques + personne non à jour de ses vaccinations = Administration immédiate d'une dose de vaccin contenant la valence tétanique dans un bras et dans l'autre bras
E -	En cas de blessure majeure ou contaminée par germes telluriques + personne non à jour de ses vaccinations = Administration immédiate d'une dose de vaccin contenant la valence tétanique dans un bras et dans le même bras l'immunoglobuline tétanique humaine 250 UI

QCM 10	Selon la SPLIF, SFD, CMIT 2014, concernant le traitement de la syphilis
A -	La benzathine pénicilline G est de loin le 1 ^{er} choix pour le traitement des syphilis non neurologiques,
B -	Chez l'adulte, une injection de 2,4 M UI suffit en cas de syphilis précoce (contamination < 1 an), qu'elle soit symptomatique ou non. Trois injections sont requises (1/semaine) en cas de syphilis tardive (contamination datant de plus d'un an ou impossible à dater).
C -	Le 2 ^e me choix, en dehors de la grossesse et des enfants, est la doxycycline pendant 14 jours si syphilis d'acquisition récente (< 1 an), et 28 jours si syphilis d'acquisition ancienne ou impossible à dater.
D -	Pour les femmes enceintes, aucune autre alternative que la pénicilline G n'est acceptable (après désensibilisation, si nécessaire).
E -	Quelle que soit l'alternative proposée, elle doit être impérativement encadrée d'une surveillance stricte de la décroissance du titre de la sérologie VDRL, qui doit être divisée par 4 (2 dilutions), à 6 mois.
QCM 11	Selon la HCSP 2014 et le calendrier vaccinal 2015, quelles sont les réponses bonnes à propos de la coqueluche ?
A -	L'éviction dure 4 semaines après le début de la toux en l'absence d'antibiotiques
B -	Le traitement repose sur les macrolides : clarithromycine 7J ou azithromycine 3J
C -	L'éviction dure 5 jours sous clarithromycine et 3 sous azithromycine
D -	La primovaccination se fait au 2 ^{ème} mois et au 4 ^{ème} mois
E -	Les rappels se font au 11 mois, 6 ans, 11-13 ans puis à 25 ans
QCM 12	Selon la HCSP 2014 et le calendrier vaccinal 2015, quelles sont les réponses bonnes à propos de la coqueluche ?
A -	Entre 13 ans et 25 ans, un rappel est possible si la dernière vaccination date de plus de 7 ans dans le cadre de la stratégie du cocooning
B -	La maladie est due à Bordetella Pertussis et parapertussis
C -	La quinte est associée à une turgescence +/- cyanose du visage, avec une reprise inspiratoire bruyante en chant de coq, des vomissements, la survenue est souvent nocturne, elle est souvent insomniente, paroxystique avec une toux sèche, le plus souvent l'enfant reste apyrétique.
D -	Les signes de gravités sont : âge inférieur à moins de 3 ans, quinte asphyxiante, apnée, cyanose, bradycardie
E -	Les examens complémentaires sont la PCR sur aspiration nasopharyngée, la culture sur milieu de Bordet Gengou (suivi de la sensibilité des souches)
QCM 13	Selon la HCSP 2014 et le calendrier vaccinal 2015, quelles sont les réponses bonnes à propos de la coqueluche ?
A -	Les 15 premiers jours de toux : culture + PCR
B -	Entre 15 J et 6 semaines : PCR TR
C -	Plus de 6 S : le diagnostic direct n'est plus possible par culture ou PCR RT, ces examens doivent être faits chez le contaminateur ou des cas contacts secondaires
D -	Une hyperleucocytose majeure doit être recherchée, une radiographie de thorax de face doit être faite pour rechercher une surinfection
E -	Une coqueluche maligne se présente avec une détresse respiratoire puis une défaillance multiviscérale avec une hyperleucocytose à PNN