

# Tour d'été

## UE6 – Maladies infectieuses et tropicales



Marianne Cohaut, interne DES MIT  
Dr Anne Conrad, PHC SMIT Hôpital de la Croix-Rousse

Année Universitaire 2023-2024

# QCM 1

Vous recevez aux urgences un patient de 50 ans pour fièvre et douleur de hanche droite depuis deux jours. Il présente comme principal antécédent une prothèse de hanche droite ancienne.

L'examen clinique retrouve : PA 130/80 mmHg, fréquence cardiaque 100/min, température 38.2°C, SpO2 97%. Le patient présente une impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit.

Vous avez fait prélever des hémocultures qui reviennent positives à *Enterococcus faecalis*.

Que proposez-vous ?

1. Antibiothérapie par CEFTRIAXONE monothérapie
2. Réalisation d'une endoscopie digestive
3. Réalisation d'une ETT
4. Prise en charge en ambulatoire en l'absence de critère de gravité
5. IRM de hanche droite

# QCM 2

Vous suivez en hospitalisation un patient de 60 ans. Il présente comme principaux antécédents une cardiopathie valvulaire avec remplacement aortique prothétique biologique en 2001 et une AOMI sous Aspirine.

Il présente depuis 5 jours une fièvre et a consulté les urgences il y a 24 heures devant l'apparition d'une douleur au membre inférieur droit.

A l'examen clinique, vous retrouvez des bruits du cœur réguliers avec souffle systolique, auscultation pulmonaire claire. Le membre inférieur droit est froid, les pouls ne sont pas perçus, présence d'une hypoesthésie remontant jusqu'à la cheville.

Quels sont les **deux** éléments de prise en charge les plus urgents dans ce contexte ?

1. Prélèvement d'hémocultures
2. Réalisation d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien
3. Réalisation d'une ETT
4. Réalisation d'une échographie Doppler artériel
5. Appel du chirurgien vasculaire

# QCM 3

Vous recevez aux urgences un patient de 80 ans qui consulte pour fièvre. Il est suivi pour un lymphome à grandes cellules traité par chimiothérapie sur un PICC line ; fin de la dernière cure il y a 3 jours.

A l'interrogatoire, le patient ne rapporte pas de toux, pas de signes fonctionnels urinaires, absence de diarrhée.

L'examen clinique retrouve : PA 145/95 mmHg, fréquence cardiaque 95/min, température 38,6°C. L'examen clinique est sans particularité, le PICC line n'est pas inflammatoire. Présence de plusieurs épisodes de vomissements aux urgences.

La biologie retrouve : hémoglobine à 100 g/L, leucocytes 0.8 G/L, **PNN 0.3 G/L**, CRP 60 mg/L, créatininémie 85  $\mu$ mol/L, clairance 60 mL/min. BH normal.

Vous disposez d'une biologie d'il y a 5 jours qui retrouve des PNN à 1,6 G/L.

- Parmi les propositions suivantes, quelles sont les deux propositions exactes ?

# QCM 3

- Parmi les propositions suivantes, quelles sont les **deux** propositions correctes ?
  1. Le traitement médical devra comprendre un antifongique.
  2. Le traitement médical devra couvrir *Pseudomonas aeruginosa*
  3. En présence d'un bon étayage à domicile et de proximité d'un hôpital, le patient pourra être traité en ambulatoire.
  4. Indication d'ablation du PICC line.
  5. Le traitement médical ne comprendra pas obligatoirement une couverture du SARM.
  6. En l'absence de documentation, l'antibiothérapie devra être poursuivie jusqu'à la sortie d'aplasie.
  7. Une antibiothérapie par CEFTRIAXONE est adaptée.
  8. Une antibiothérapie par AUGMENTIN / CIPROFLOXACINE est adaptée.

# QCM 4

Vous voyez à la PASS un patient de 17 ans suite à un Quantiferon positif. Il vous rapporte être arrivé il y a 3 semaines du Bénin, et n'a pas d'informations sur ses vaccinations.

Le patient ne rapporte ni toux, altération de l'état général ou sueurs nocturnes. Il dit aller très bien et n'a pas perdu de poids.

Votre examen clinique est sans particularité, de même que la biologie faite en ville. Il a réalisé une radiographie pulmonaire qui est normale.

Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

1. Vous suspectez une primo-infection tuberculeuse
2. Vous suspectez une infection tuberculeuse latente
3. Vous faites réaliser un prélèvement respiratoire
4. Vous faites hospitaliser le patient pour l'isoler
5. Vous débutez une bithérapie antibiotique par rifampicine-isoniazide

# QCM 5 – 1 à 5 propositions de réponses

Vous suivez en hospitalisation en médecine interne une patiente de 60 ans pour altération de l'état général, sueurs nocturnes et toux chronique.

Elle présente comme antécédents une polyarthrite rhumatoïde sous anti-TNF, un diabète avec atteinte rénale chronique ainsi qu'une cardiopathie ischémique stentée.

Devant un échec de recueil des expectorations, vous faites réaliser une fibroscopie bronchique qui retrouve : recherche de BAAR +, PCR *Mycobacterium tuberculosis* +.

A propos du traitement anti-tuberculeux, quelle(s) proposition(s) est/sont exacte(s) ?

1. Il est préférable d'attendre l'antibiogramme avant de débuter le traitement.
2. Il est préférable d'attendre le test génotypique de résistance aux antituberculeux avant de débuter le traitement.
3. L'Ethambutol pourra être arrêté en cas de sensibilité génotypique à l'isoniazide.
4. Une consultation ophtalmologique (FO, champ visuel, vision des couleurs) est nécessaire avant d'initier un traitement.
5. La supplémentation en vitamine B6 est indiquée afin de diminuer la neurotoxicité de l'isoniazide.

# QRU 6

Interne de garde aux urgences d'un hôpital parisien, vous voyez un patient de 30 ans qui présente une toux productive depuis plusieurs mois, ainsi que des sueurs nocturnes. Il n'est pas fumeur et dit avoir perdu environ 5 kg en 3 mois. Il est d'origine algérienne et vit avec son épouse.

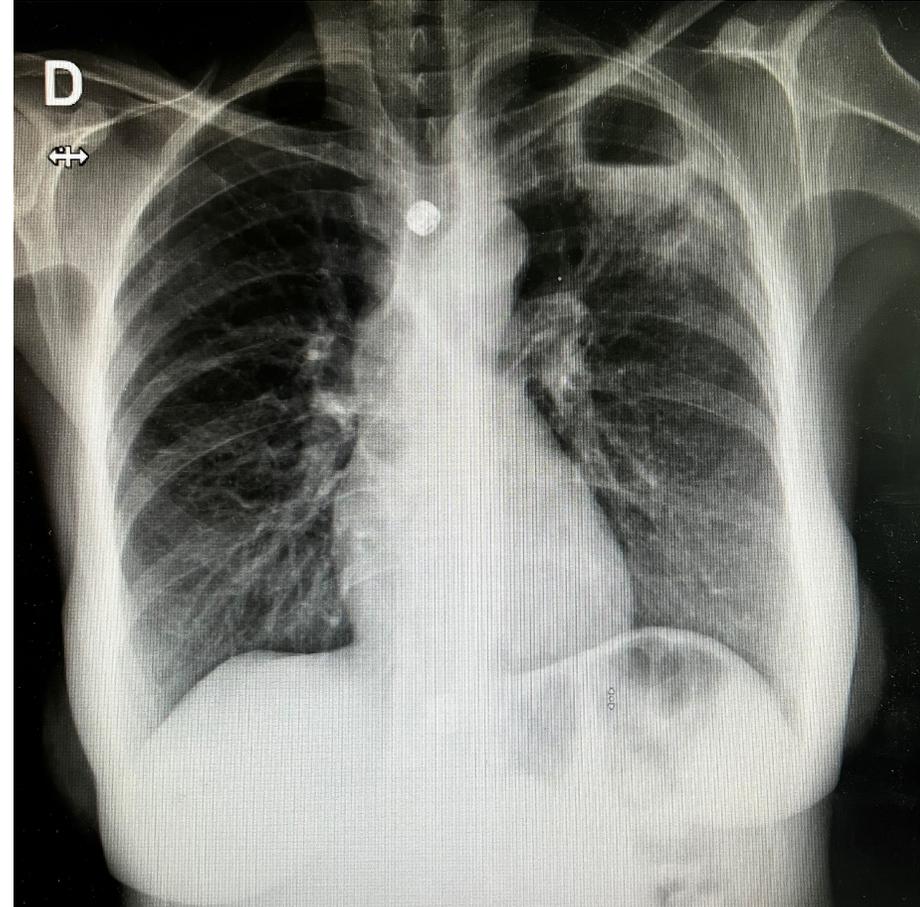
Votre examen clinique retrouve une diminution du murmure vésiculaire au lobe supérieur gauche. Le patient ne présente pas de critère de gravité.

La biologie retrouve une CRP à 10 mg/L.

Vous faites réaliser une radiographie pulmonaire.

Parmi les propositions suivantes, laquelle est la plus pertinente dans ce contexte ?

1. Hospitalisation
2. Demande de fibroscopie en urgence en l'absence d'expectorations
3. Début d'une quadrithérapie anti-tuberculeuse
4. Demande d'un scanner pulmonaire injecté
5. Retour à domicile et convocation pour fibroscopie bronchique en hospitalisation
6. Déclaration obligatoire à l'ARS



# QROC 7

Médecin généraliste, vous voyez en consultation une patiente de 20 ans sans antécédents.

Elle présente une toux non productive, une rhinite, une conjonctivite bilatérale depuis 4 jours. Elle est très altérée et fébrile à 39.5°C.

Depuis hier, elle vous rapporte l'apparition d'une éruption cutanée, d'extension descendante.

A l'examen clinique vous retrouvez un érythème maculopapuleux, non prurigineux. A l'examen de la bouche, vous retrouvez un énanthème à la face interne de la joue.

Quel diagnostic clinique est le plus probable ?



Des exanthèmes... (item 164)  
*Quel est votre diagnostic ?*



# Encore de l'éruption cutanée...



## QROC 8

Vous voyez aux urgences un patient de 45 ans pour éruption cutanée survenue à J2 d'un retour de Martinique.

Il déclare avoir des douleurs diffuses aux articulations.

Il présente une fièvre à 40°C. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

La biologie retrouve : hémoglobine à 10 g/L, plaquettes 60 G/L, leucocytes 1,2 G/L, PNE 0,3 G/L, lymphocytes 0,5 G/L. CRP 10 mg/L.

Quel est le diagnostic le plus probable ?



# QCM 9

Vous recevez en consultation du voyageur un patient de 45 ans qui s'apprête à voyager en Inde, pour une durée de deux semaines. Il prévoit de séjourner dans un hôtel, avec excursions encadrées.

Quelles sont les 2 vaccinations prioritaires dans ce contexte ?

1. Fièvre jaune
2. Hépatite A
3. Hépatite B
4. Typhoïde
5. Rage

# QCM 10

Interne en santé publique, vous recevez un homme de 42 ans en consultation. Il présente un diabète traité par Metformine équilibré.

Il est HSH. Il souhaite faire le point sur ses vaccinations, il a prévu un voyage prochainement en Martinique.

Quelle(s) vaccination(s) pouvez-vous lui proposer ?

1. Pneumocoque 23 valences si dernière injection il y a 4 ans
2. ROR si doute sur vaccination
3. Hépatite A
4. HPV en schéma 3 doses
5. Vaccination antiamarile

# QCM 11

Vous voyez en cabinet de médecine générale un patient de 65 ans pour renouvellement d'ordonnance en novembre. Il est diabétique équilibré par le régime seul. Il présente un excellent état général, fait 20 km de vélo par jour. Il vit avec son épouse et vient d'être grand-père. Il a réalisé son dernier vaccin contre le Covid il y a 3 mois.

Quel(s) vaccin(s) lui conseillez-vous ?

1. Zona
2. Grippe
3. Pneumocoque
4. dTP
5. Coqueluche

# QROC 12

- Médecin généraliste, vous recevez une patiente de 30 ans traitée par Méthotrexate pour une polyarthrite rhumatoïde.
- Elle présente des brûlures mictionnelles et des urines troubles. Elle est apyrétique.
- Un ECBU a été réalisé.
- Quelle antibiothérapie prescrivez-vous en première intention ?

## *Escherichia coli*

Antibiotique	Interprétation (S/R/I)
Amoxicilline	S (Sensible)
Ampicilline	S (Sensible)
Céfotaxime	S (Sensible)
Ceftazidime	S (Sensible)
Imipénème	S (Sensible)
Ciprofloxacine	S (Sensible)
Gentamicine	S (Sensible)
Tobramycine	S (Sensible)
Triméthoprim-sulfaméthoxazole	S (Sensible)
Tétracycline	I (Intermédiaire)
Chloramphénicol	S (Sensible)
Fosfomycine-Trométamol	S (Sensible)

# QCM 13

Vous voyez aux urgences une patiente de 36 ans sans antécédents pour douleurs abdominales et brûlures mictionnelles depuis 3 jours.

L'examen clinique retrouve : PA 90/50 mmHg, pouls 130/min, FR 25/min, saturation 99% en AA, T° 39°C. Présence d'une douleur abdominale en flanc droit avec douleur à la percussion lombaire à droite.

La biologie retrouve une CRP à 150 mg/L, créatininémie 110 micromol/L.

Elle vous rapporte un antécédent de pyélonéphrite traitée par Ciprofloxacine il y a un mois.

Quelle antibiothérapie vous paraît la plus adaptée dans ce contexte ?

- 1) Antibiothérapie par TAZOCILLINE
- 2) Antibiothérapie par CEFOTAXIME + AMIKACINE
- 3) Antibiothérapie par CEFOTAXIME
- 4) Antibiothérapie par MEROPENEME
- 5) Traitement par MEROPENEME + AMIKACINE

## QCM 14

Vous recevez un homme de 70 ans, diabétique de type 2 déséquilibré, avec antécédent de pontage fémoral à droite, qui présente une plaie de la plante droite, depuis plusieurs mois, indolore, d'aggravation progressive.

Cliniquement, absence de contact osseux. La peau au contact n'est pas inflammatoire. Le patient est apyrétique, absence de syndrome inflammatoire à la biologie.

Les pouls fémoraux sont perçus des deux côtés, le pouls poplité est peu perçu à droite.

Parmi les propositions suivantes, laquelle est la plus importante ?

# QCM 14

Parmi les propositions suivantes, laquelle est la plus importante ?

- 1) Antibiothérapie probabiliste par Augmentin
- 2) Ecouvillonnage de la plaie pour antibiothérapie documentée
- 3) Programmation d'une biopsie osseuse pour documentation microbiologique
- 4) Ponction à l'aiguille
- 5) Rappeler au patient l'importance de la décharge
- 6) Programmation d'une échographie doppler artériel des membres inférieurs
- 7) Réalisation d'une radiographie du pied
- 8) Réalisation d'une hémoglobine glyquée en urgence
- 9) Réalisation d'un scanner non injecté
- 10) Rappeler l'importance de l'antisepsie à la Chlorhexidine

# QROC 15

Vous voyez en cabinet de ville un patient de 77 ans, avec antécédent de prothèse de genou gauche implantée il y a 8 ans.

Il vous rapporte des douleurs en regard du genou depuis plus de six mois, d'aggravation progressive, avec récemment des réveils nocturnes. Il a beaucoup réduit ses activités et n'arrive pas à fléchir la jambe complètement.

Depuis quelques jours, il est apparu un écoulement purulent sur la cicatrice.

Quel diagnostic évoquez-vous ? (2 mots)



# QRP 16

Médecin généraliste en ville, vous recevez un patient de 25 ans pour fièvre, odynophagie et éruption cutanée intéressant le torse et les membres inférieurs. Il s'est auto-médiqué par Amoxicilline. Au cabinet, la pression artérielle est à 110/70 mmHg, fréquence cardiaque 98/minute, saturation à 96% en air ambiant, FR 17/min, température 38°C.

L'examen clinique retrouve une angine érythémateuse, des adénopathies bilatérales, indolores, non compressives. Auscultation pulmonaire normale.

L'hémogramme réalisé montre : globules blancs 9,3 G/l, dont PNN 2 G/l, lymphocytes 6,5 G/l, Hb 142 g/l, plaquettes 500 G/l. Le frottis sanguin montre 15 % de cellules lymphoïdes hyperbasophiles polymorphes. Le bilan hépatique retrouve des ASAT et ALAT à 2.5 N, bilirubine totale dans les normes.

**Quelles propositions sont en faveur d'une primo infection EBV ? 4 réponses correctes**

- 1) La prise d'Amoxicilline
- 2) La présence d'un nouveau partenaire depuis un mois
- 3) Thrombocytose
- 4) Pouls dissocié
- 5) Présence d'IgG anti-EBNA
- 6) Ulcérations muqueuses
- 7) Splénomégalie
- 8) Utilisation de drogues IV
- 9) Exposition aux chats
- 10) Perturbation du bilan hépatique

# QRP 17

Médecin généraliste en ville, vous voyez en consultation un patient de 70 ans le 2 janvier.

Il a comme principaux antécédents un tabagisme actif à 50 PA et une bronchite chronique non explorée.

Il présente une majoration de la toux depuis 5 jours, devenant productive et verdâtre. Il ne décrit pas particulièrement de dyspnée.

Au cabinet, la pression artérielle est à 150/80 mmHg, pouls 125/min, saturation à 90% en air ambiant, température 39°C.

L'examen clinique retrouve des crépitants en base droite.

Parmi les propositions suivantes, quelles sont les **deux** réponses les plus pertinentes dans le contexte ?

- 1) Réalisation d'un ECG
- 2) Prise en charge en ambulatoire
- 3) Début d'une antibiothérapie par Augmentin
- 4) Sérologie pneumocoque
- 5) Orientation vers les urgences les plus proches pour la suite de la prise en charge
- 6) Radiographie thoracique
- 7) Réalisation d'un test COVID / Grippe / VRS
- 8) Réalisation d'un ECBC
- 9) Réalisation d'un bilan biologique dans le laboratoire le plus proche
- 10) Consultation pneumologique dès que possible

# QROC 18

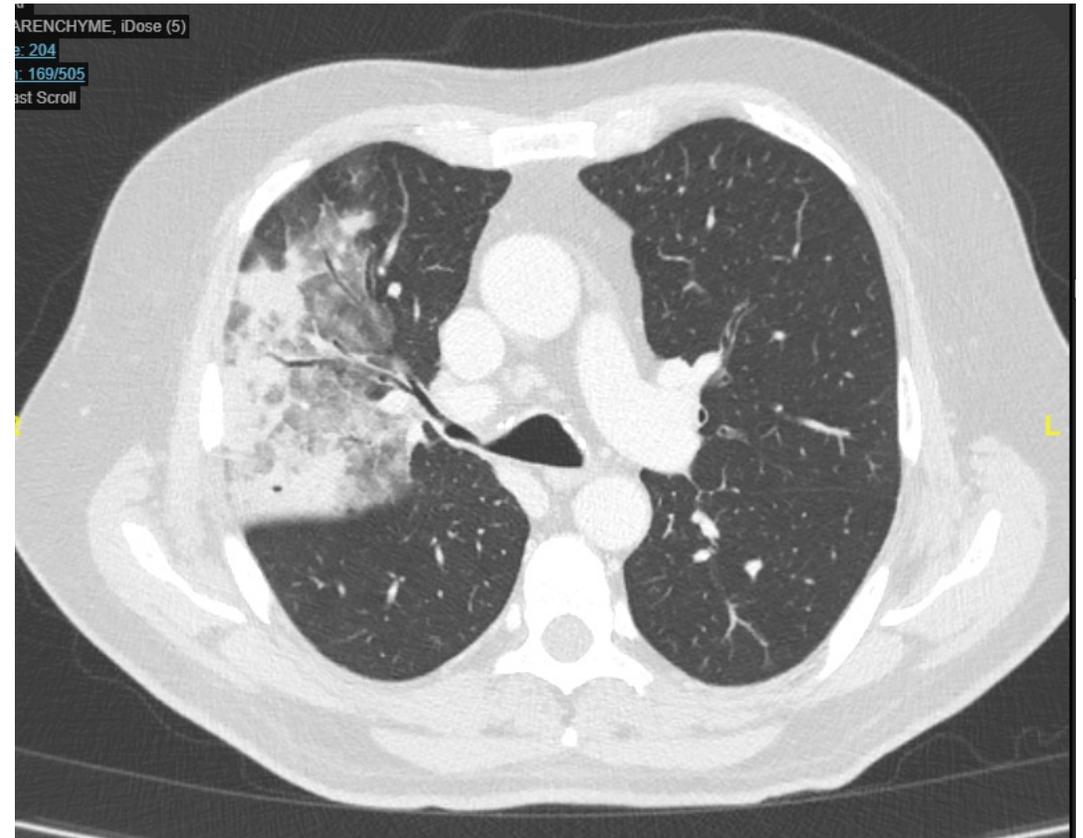
Vous voyez aux urgences un patient de 50 ans, sans antécédent, pour toux fébrile.

Il présente depuis 10 jours une fièvre avec toux et syndrome grippal.

Il est toujours très altéré et fébrile à 40°C malgré une prescription d'amoxicilline par son médecin traitant il y a une semaine.

Il vous emmène le résultat d'un scanner réalisé en ville.

Quel pathogène soupçonnez-vous dans ce contexte ?



# QCM 19

Interne aux urgences de HEH, vous recevez un patient de 20 ans sans antécédents.

Il présente depuis 6 jours un syndrome grippal avec fièvre, toux peu productive, céphalées, douleurs articulaires diffuses et l'apparition depuis 24 heures d'une éruption cutanée avec conjonctivite bilatérale.

L'examen clinique retrouve : PA 110/70 mmHg, FC 95/min, température 38,3°C, saturation 97% AA. Vous retrouvez un foyer de crépitations en base gauche.

La biologie retrouve des leucocytes à 8 G/L dont 1.7 G/L de PNN, CRP 30 mg/L.

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?

1. Un état général conservé est en faveur d'une pneumopathie à germe atypique.
2. Vous suspectez en première intention une pneumopathie à pneumocoque.
3. Une atteinte neurologique serait en faveur d'une pneumopathie à germe atypique.
4. Une radiographie thoracique n'est pas nécessaire au diagnostic de pneumopathie.
5. Vous faites réaliser une PCR nasopharyngée à la recherche de *Mycoplasma pneumoniae*.



# QCM 20

Interne aux urgences à HEH, vous recevez une patiente de 70 ans suivie et traitée par CTC pour une maladie de Horton.

Cette patiente est adressée par son médecin généraliste pour dyspnée depuis 48 heures.

Aux urgences : PA 88/61 mmHg, FC 110/min, température 38.8°C, saturation : 96% sous 2L/min, FR 24/min, GSC 15.

Cliniquement : Présence d'un souffle tubaire en base gauche. Vous remarquez des marbrures aux genoux.

La biologie retrouve : leucocytes 16 G/L dont 10 G/L de PNN, CRP 350 mg/L, plaquettes 120 G/L, créatinémie 150 micromol/L.

**Parmi les propositions suivantes, laquelle/lesquelles est/sont indiquée(s) ?**

1. Hospitalisation en soins intensifs
2. Remplissage vasculaire par NaCl 0,9 %
3. Prescription d'hémocultures
4. Hospitalisation en service conventionnel
5. Antibiothérapie probabiliste par C3G + Macrolides

# QCM 21 – 5 propositions de réponses

Médecin généraliste en Isère, vous voyez en consultation un patient de 25 ans, sans antécédents notables, qui présente une toux non productive depuis deux semaines, principalement nocturne, très invalidante. Absence d'information sur les vaccinations.

Le patient vous rapporte vivre en colocation avec un ami qui présente les mêmes symptômes et qui a fait son rappel dTPc il y a 4 ans.

Il rapporte également avoir dîné avec sa cousine de 27 ans enceinte de 32 SA hier soir, qui est à jour de son calendrier vaccinal (dernier vaccin à 25 ans).

Vous suspectez une coqueluche.

Quelles sont les deux propositions correctes ?

1. Il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire
2. L'absence de fièvre est en faveur du diagnostic
3. Il existe une indication d'antibioprophylaxie chez son colocataire
4. Il existe une indication de traitement par Azithromycine 3 jours chez sa cousine
5. Il existe une indication de vaccination chez sa cousine pendant la grossesse

# QCM 22

Médecin généraliste, vous recevez un patient de 58 ans, sans antécédents, qui présente depuis 24 heures une toux productive (crachats blancs), avec myalgies, céphalées rétro-orbitaires et une fièvre à 40°C. L'auscultation pulmonaire retrouve des râles sous-crépitants.

Vous faites réaliser une PCR rapide grippe qui est positive.

Que proposez-vous ?

1. Orientation vers les urgences
2. Prescription d'un arrêt de travail
3. Antibiothérapie par Augmentin
4. Traitement par Oseltamivir
5. Déconseiller l'aspirine

# QRU 23

Médecin de garde aux urgences, vous recevez une patiente de 32 ans pour apparition d'ulcérations génitales très douloureuses.

Elle vous rapporte avoir eu plusieurs rapports à risque récemment.

Elle vous rapporte être « à bout », car elle a été traitée 4 fois depuis un an pour des épisodes similaires, documentés à HSV-1.

Quelle proposition est la plus pertinente?

1. Réalisation d'une sérologie syphilis
2. Traitement par Valaciclovir pendant 10 jours
3. Ecouvillonnage des lésions
4. Recherche d'un déficit de l'immunité cellulaire
5. Indication à un traitement suspensif après guérison de l'épisode actuel

# QRP 24

Vous voyez à votre cabinet de médecine générale un patient de 28 ans pour douleur scrotale à gauche, insomnante, apparue il y a 24 heures.

Au cabinet : température 38.3°C, hémodynamique correcte. L'examen clinique retrouve une bourse œdémateuse et chaude à gauche ; présence d'un écoulement purulent à l'urètre.

Il vous rapporte avoir une douleur aigue au niveau du genou droit, qui vous paraît inflammatoire.

Quelles propositions sont exactes ? 4 réponses correctes

1. Vous prescrivez une sérologie gonocoque
2. Prescription d'hémocultures
3. Demande d'un ECBU sur 2<sup>e</sup> jet d'urines
4. Vous recommandez le port d'un suspensoir antalgique
5. Vous suspectez le diagnostic d'arthrite réactionnelle à gonocoque
6. Vous débutez un traitement immédiatement par Ceftriaxone et Doxycycline
7. Réalisation d'une sérologie VHB

# QCM 25

Interne aux urgences au Cap d'Agde, vous voyez un homme de 40 ans pour apparition d'une éruption cutanée depuis 5 jours, associée à une fièvre peu importante et une fatigue généralisée.

L'examen clinique retrouve une éruption maculo-papuleuse avec des lésions en reliefs au niveau des paumes des mains. Vous retrouvez des adénopathies bilatérales au niveau inguinal et axillaire indolores, non mobiles.

Le patient vous rapporte mais avoir eu une relation extra-conjugale pendant ses vacances il y a plusieurs mois avec un inconnu. Il vous raconte avoir des rapports peu fréquents avec son épouse (dernier il y a 3 semaines).

Il vous rapporte depuis ce matin l'apparition d'un flou visuel de l'œil gauche, qui n'est pas inflammatoire par ailleurs.

Il est allergique à la pénicilline.

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?

1. Vous suspectez une syphilis précoce
2. Vous réalisez une ordonnance d'EXTENCILLINE (1 injection IM) pour sa compagne
3. Vous réalisez une ponction lombaire
4. En cas de diagnostic de syphilis avéré, le patient pourra être traité par Doxycycline pendant 10 jours
5. Vous réalisez une PCR des syphilides

# QCM 26

Vous êtes interne en rhumatologie et recevez dans votre service un patient de 45 ans, toxicomane, BPCO. Le patient présente des douleurs lombaires invalidantes pour lesquelles il s'est auto-médiqué avec du Kétoprofène. L'IRM réalisée aux urgences retrouve une spondylodiscite L3-L4 sans atteinte de la queue de cheval.

Cliniquement dans le service : PA 115/80 mmHg, pouls 100/min, saturation 92 % en air ambiant, température 39,3°C. Les hémocultures prélevées la veille sont négatives.

Que faites-vous ?

1. Programmation d'une biopsie disco-vertébrale dès que possible
2. Oxygénothérapie aux lunettes
3. Antibiothérapie probabiliste
4. Sérologie *Coxiella Burnetii*
5. Immobilisation stricte au lit pendant 6 semaines.

# QROC 27

Vous recevez en consultation une femme de 20 ans, de retour de voyage en Corse. Elle rapporte plusieurs piqûres par insecte lors de son voyage.

Peu après son retour, apparition de plusieurs papules infiltrées indolores qui se sont secondairement ulcérées.

Quel diagnostic suspectez-vous ?



## QROC 28

Infectiologue à Lyon, vous recevez en consultation d'urgence une patiente de 24 ans après une morsure de chat. Environ 2 heures après la morsure, apparition d'un œdème au niveau du poignet. Elle n'est pas fébrile.

Quel diagnostic suspectez-vous ?



# QCM 29

Vous recevez aux urgences un patient de 70 ans pour douleur du membre inférieur droit et fièvre.

Quel(s) signe(s) vous orienterai(en)t vers une dermo-hypodermite bactérienne aiguë nécrosante ?

- 1) Un membre inférieur très inflammatoire
- 2) Instabilité hémodynamique
- 3) Présence de phlyctènes
- 4) Induration dépassant l'érythème
- 5) Identification de staphylocoque aureus producteur de LPV

# QCM 30

Médecin généraliste, vous voyez en consultation un patient de 56 ans pour apparition d'une grosse jambe rouge depuis 48 heures. Il vous rapporte être suivi pour un diabète de type 2.

Vous prenez les constantes : température 38.5°C, hémodynamique stable.

L'examen clinique retrouve un placard inflammatoire avec intertrigo au membre inférieur droit.

Le patient vous rapporte être allergique à l'amoxicilline.

Quelle est votre prise en charge ?

1. Antibiothérapie par Cefotaxime
2. Traitement de l'intertrigo par Econazole topique
3. Prélèvement d'hémocultures.
4. Antibiothérapie par Clindamycine ou pristinamycine
5. Traitement de l'intertrigo par Terbinafine local

# QCM 31

Vous recevez Mme Y., 80 ans, en consultation de médecine générale pour prurit.

Mme Y. décrit un prurit à recrudescence nocturne, localisé à la face antérieure des avant-bras, du ventre, au dos et à la face interne des cuisses.

Parmi les caractéristiques cliniques suivantes, lesquelles sont typiques d'un diagnostic de gale ?

1. Atteinte du dos
2. Prurit nocturne
3. Présence de nodules
4. Présence de vésicules
5. Présence de bulles

# QCM 32

Vous avez diagnostiqué une gale à Mme Y. Elle vit en EHPAD.

Quelles mesures prenez-vous ?

1. Enfermer le linge au congélateur pendant 72 heures
2. Déclaration obligatoire à l'ARS
3. Eviction de la collectivité jusqu'à 3 jours après la fin du traitement.
4. Traitement du personnel même asymptomatique, par Ivermectine
5. Lavage des mains à l'eau et au savon

# QCM 33

Parmi les infections cutanéomuqueuses suivantes, lesquelles ont une indication de traitement systémique ?

1. Impétiginisation de gale
2. Anthrax
3. Furoncle au visage
4. Onyxis candidosique sans atteinte matricielle
5. Dermohypodermite séreuse faciale

# QCM 34

Vous recevez en consultation de médecine générale une patiente de 40 ans. Elle vous rapporte avoir eu un rapport non protégé il y a 8 semaines.

Elle s'inquiète car elle présente une angine érythémateuse et un syndrome grippal depuis une semaine.

Vous faites un dépistage du VIH par ELISA qui s'avère négatif.

Que dites-vous à la patiente ?

1. Vous la rassurez devant ce test négatif (absence de séroconversion)
2. Indication à réaliser un nouveau test ELISA immédiatement
3. Indication à réaliser un nouveau test ELISA dans 6 semaines
4. Réalisation d'un Western Blot immédiatement
5. Réalisation d'une charge virale VIH immédiatement.

# QCM 35

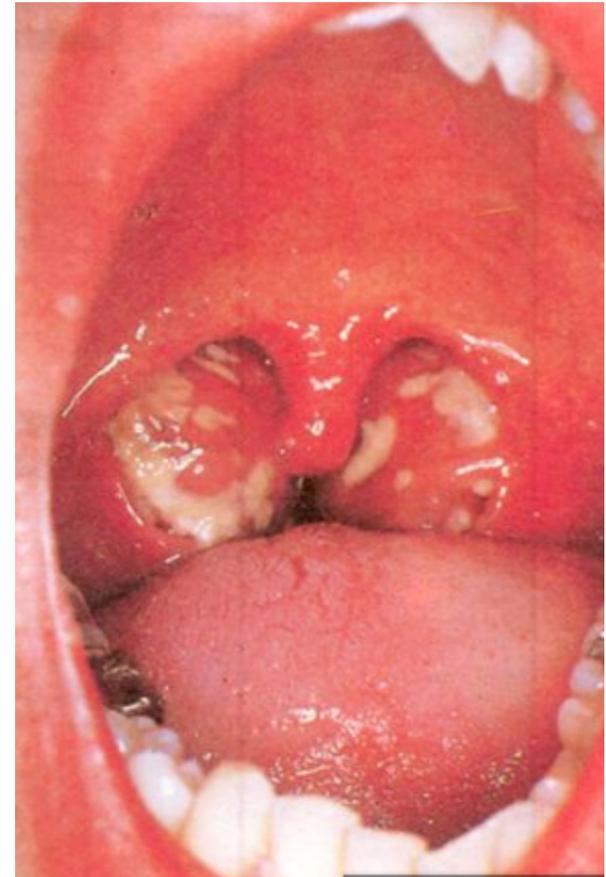
Parmi les maladies suivantes associées à l'infection au VIH, lesquelles sont classant stade SIDA ?

1. Pneumocystose
2. Cancer du canal anal HPV +
3. Sarcome de Kaposi
4. Zona
5. Lymphome de Hodgkin

# QCM 36

Devant cette photographie, quelles sont les deux principales étiologies à évoquer ?

1. Angine à SBHA
2. Diphtérie
3. Infection à EBV
4. Infection à VIH
5. Leucémie aigue



# QRP 37

Parmi les micro-organismes suivants, lesquels ne sont **pas** responsables d'angines érythémateuses ? 4 réponses correctes

1. Haemophilus Influenzae
2. Streptococcus Pneumoniae
3. Streptococcus Pyogenes
4. EBV
5. Streptococcus agalactiae
6. VIH
7. Diphtérie
8. Syphilis
9. Coronavirus
10. Gonocoque

# QCM 38

Vous voyez en consultation un patient de 16 ans à la fin de l'été, il rentre de vacances où il a fait de la plongée. Il vous rapporte une douleur très violente apparue hier à l'oreille gauche qui l'a empêché de dormir la nuit dernière. Il n'a pas de fièvre.

Vous réalisez malgré la douleur une otoscopie retrouvez un conduit auditif externe inflammatoire, rétréci et obstrué par des sécrétions. Le tympan est perforé.

Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

1. Prescription de collyres antibiotiques
2. Prescription de collyres à base de corticoïdes
3. Antibiothérapie par Amoxicilline
4. Traitement antalgique per os
5. Lavage des fosses nasales au sérum physiologique

## QCM 39

Vous recevez un patient de 50 ans aux urgences pour céphalées fébriles. Il présente une raideur de nuque, une photophobie, un épisode de vomissements. Il a présenté un épisode de convulsions au domicile.

Aux urgences : PA 110/70 mmHg, fréquence cardiaque 85/min, température 39°C, glycémie capillaire 1.2 g/L, Glasgow 11 (E3M5V3).

Quel examen est à réaliser en première intention ? (1 à 2 mots)

# QCM 40

Vous recevez un patient de 80 ans suivi pour une cardiopathie ischémique au SAU pour céphalées fébriles, photo-phonophobie, raideur méningée et vomissements. L'examen clinique ne retrouve pas de signe de focalisation ou de diminution de la vigilance.

Son épouse vous rapporte qu'il présente depuis une semaine un syndrome grippal avec rhinite.

Vous réalisez une ponction lombaire qui retrouve : 1000 éléments/mm<sup>3</sup>, dont 40% de PNN, protéinorachie 1.2 g/L, lactatorachie 3 mmol/L, glycorachie à 1.12 mmol/L pour une glycémie à 4 mmol/L.

L'examen direct est positif.

Chez ce patient, quels éléments sont en faveur d'une méningite d'origine bactérienne ?

1. Age
2. Glycorachie
3. Lactatorachie
4. Syndrome méningé intense
5. 1000 éléments

# QRU 41

Vous recevez un patient de 23 ans sans antécédents adressé du SAMU pour apparition brutale d'une fièvre à 38.9°C avec raideur de nuque, des vomissements. Le reste de l'examen clinique ne retrouve pas de purpura ou d'angine.

Vous réalisez une ponction lombaire qui retrouve un liquide clair avec 150 éléments/mm<sup>3</sup> dont 70% de PNN, une hypoglycorachie. L'examen direct est en attente.

Vous avez débuté un traitement par Ceftriaxone.

Quelle proposition est la plus pertinente ?

1. Abstention thérapeutique
2. Attente examen direct
3. Ajout Corticothérapie
4. Ajout Amoxicilline IV
5. Ajout Aciclovir IV

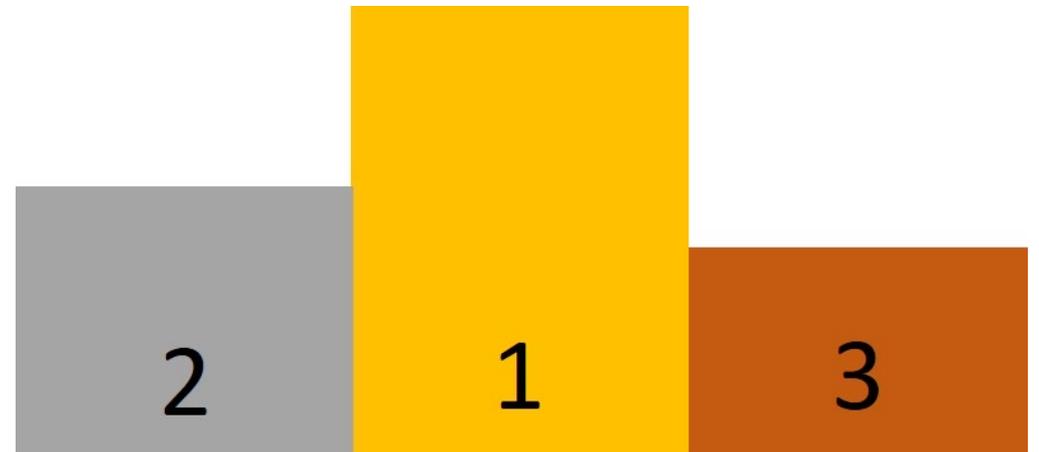
# QCM 42

Vous recevez une patiente de 27 ans au déchocage pour confusion fébrile d'apparition brutale au travail.

Elle présente : température à 39°C, PA 85/60 mmHg, fréquence cardiaque 120/min, saturation 96% en air ambiant. L'examen clinique retrouve des lésions purpuriques et ecchymotiques au niveau des membres inférieurs, qui s'étendent rapidement selon la collègue qui l'accompagne. L'examen neurologique retrouve un score de Glasgow à 12 (V4M5Y4), un ralentissement idéo-moteur, absence de franche raideur de nuque.

Classez par ordre de priorité les 3 mesures les plus urgentes concernant votre prise en charge.

1. Réalisation d'un scanner cérébral
2. Réalisation d'une ponction lombaire
3. Début d'un remplissage vasculaire
4. Antibiothérapie par Ceftriaxone
5. Réalisation d'hémocultures
6. Biopsie cutanée
7. Corticothérapie



# QCM 43

Parmi les virus suivants, lesquels sont accessibles à un traitement anti-viral ?

1. VHA
2. EBV
3. Parvovirus B19
4. VZV
5. VHC

# QCM 44

Interne en médecine interne, vous voyez un patient de 40 ans suivi pour une polyarthrite rhumatoïde traitée par Methotrexate.

Il vous rapporte l'apparition depuis 3 jours d'une éruption cutanée très douloureuse au niveau du dos.

Il ne dispose d'aucune information sur ses vaccinations ou antécédent de varicelle.

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?

1. Vous prescrivez un traitement par valaciclovir 7 jours
2. Il existe une indication à vacciner ce patient contre le VZV
3. Vous prescrivez un traitement local de chlorhexidine
4. Vous suspectez une primo-infection herpétique
5. Vous débutez un isolement AIR



# QCM 45

Vous recevez en consultation de médecine générale **M. A, 50 ans**.

Ce patient a comme principaux antécédents une tuberculose traitée en 2012.

Il est marié et ne vous rapporte pas de rapport extraconjugal.

Il ne rapporte pas de voyage récent hormis en Croatie l'année dernière.

Il vient vous consulter car il a remarqué depuis maintenant 14 jours des **ganglions cervicaux bilatéraux**. Il est très asthénique.

A l'examen clinique : température 37.8°C, poids stable à 75 kg, hémodynamique parfaite, auscultation claire, abdomen souple sans masse palpée, état buccodentaire correct, pas de lésion de la face ou du cuir chevelu.

Vous constatez en effet des **adénopathies latérocervicales** bilatérales, fermes, mobiles, mesurant entre 10 et 15 mm. Les autres aires ganglionnaires sont libres.

# QCM 45

**Parmi les propositions suivantes, quels sont les 5 examens à demander en première intention ?**

1. Sérologie EBV
2. Sérologie CMV
3. Sérologie VIH
4. Sérologie Toxoplasmose
5. Sérologie Syphilis
6. Sérologie *Bartonella*
7. Quantiféron (test interféron gamma)
8. Sérologie Rickettsie
9. Scanner cervico-thoraco-abdominal avec injection
10. NFP

# QCM 46

Interne de garde aux urgences à la Croix-Rousse, vous voyez Marion, une infirmière de gastro-entérologie, en pleurs car elle vient de se piquer avec une aiguille en voulant poser une perfusion sous-cutanée à un patient.

Ce patient est hospitalisé pour bilan d'altération générale faisant découvrir une cirrhose avec hépatite B (Ag HbS +), non traitée. Vous ne retrouvez pas de sérologie VIH.

Marion vous indique ne pas avoir réalisé de bilan depuis longtemps, mais vous retrouvez dans son dossier médical un taux d'anticorps anti-HBs à 12 mUI/mL en 2020.

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ? 3 réponses attendues

1. Vous lui demander de comprimer la piqûre
2. Vous lui conseiller de se laver les mains au SHA
3. Vous réalisez une déclaration d'accident de travail
4. Vous débutez un traitement post-exposition anti-VIH
5. Vous prescrivez une charge virale VHC en urgence à Marion
6. Vous réalisez un certificat médical initial
7. Vous lui conseillez de se vacciner à nouveau contre l'hépatite B
8. Il existe une indication d'immunoglobulines spécifiques anti-VHB
9. Vous prescrivez au patient un vaccin contre l'hépatite C
10. Vous débutez un traitement par tenofovir chez votre patiente

# QCM 47

Interne aux urgences dans un hôpital de périphérie, vous recevez à 4 heures du matin une patiente de 21 ans. Elle vous rapporte avoir été agressée. Elle n'est pas vaccinée contre l'hépatite B.

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?

1. Il existe une indication à débiter le traitement antirétroviral post-exposition (TPE) aux urgences
2. En cas de TPE, vous arrêtez la surveillance sérologique VIH à 6 semaines.
3. Il existe une indication de vaccination chez la patiente.
4. En cas de TPE, la patiente devra être revue rapidement par un infectiologue
5. Le risque de séroconversion au VHC est peu significatif dans ce contexte

# QCM 48

Vous voyez aux urgences un patient de 27 ans sans antécédents. Il vous raconte avoir séjourné deux mois au Congo dans le cadre d'un voyage humanitaire. Depuis son retour il y a 10 jours, il présente des céphalées importantes avec une fièvre oscillante selon lui, ainsi que plusieurs épisodes de diarrhées.

Cliniquement : PA 110/90 mmHg, fréquence cardiaque 90/min, T°C 39.2°C. Absence de signe d'hypotension périphérique.

L'auscultation cardiopulmonaire est sans particularité. Abdomen souple dépressible et indolore, présence d'un ictère conjonctival.

Présence un purpura pétéchial au niveau des deux membres inférieurs ainsi qu'une éruption cutanée à type d'urticaire sur le dos du pied. L'examen neurologique ne retrouve pas de signes de focalisation, il ne présente pas de syndrome méningé.

La biologie retrouve : hémoglobine 9 g/dL, plaquettes 50 G/L, leucocytes 5 G/L, PNN 1.2 G/L, PNE 0.7 G/L, CRP 180 mg/L, cytolysé hépatique 3N, haptoglobine indosable, LDH 80 (N : 100 – 190 UI/L).

Parmi les propositions suivantes, lesquelles vous orientent vers le diagnostic de paludisme ?

1. Thrombopénie
2. LDH diminués
3. Haptoglobine basse
4. Hyperéosinophilie
5. Syndrome inflammatoire biologique important
6. Cytolyse hépatique
7. Fièvre intermittente
8. Eruption cutanée
9. Purpura

# QCM 49 – Zones à pointer

Vous suivez en hospitalisation en maladies infectieuses un patient de 45 ans, originaire du Bénin, dernier voyage il y a un mois.

Il présente un antécédent de fracture du tibia ostéosynthésée en 2010.

Il a consulté les urgences pour apparition il y a trois jours d'une fièvre, accompagnée de diarrhées et douleurs abdominales.

Aux urgences a été posé le diagnostic de paludisme devant une goutte épaisse positive.

A l'examen clinique, vous retrouvez une tension à 90/65 mmHg, fréquence cardiaque 100/min, température 39°C. Le patient présente un abdomen sensible, ainsi qu'un ictère conjonctival. Il est obnubilé.

La biologie retrouve : hémoglobine 80 g/L, hématocrite 25 %, leucocytes 3 G/L, plaquettes 10 G/L, créatininémie 160 micromol/L, bicarbonates 10 mmol/L, CRP 250 mg/L, parasitémie 3%.

Pointez dans l'énoncé les critères de gravité présentés par le patient. (3 réponses attendues)

# QCM 50

Vous voyez en consultation du voyageur une patiente de 35 ans qui a pour projet de partir faire un road-trip en Afrique pendant 2 mois.

Elle n'a pas d'antécédents et ne prend pas de contraception.

Elle vous évoque un projet de grossesse.

Que proposez-vous ?

1. Vous lui prescrivez un traitement par Malarone (Atovaquone proguanil) jusqu'à 4 semaines après son retour
2. Vous lui prescrivez un traitement par Doxycycline jusqu'à 4 semaines après son retour
3. Vous insistez sur le port des vêtements couvrants le jour en prévention du paludisme.
4. Vous lui conseillez la vaccination anti rabique.
5. Vous lui remettez une ordonnance de Ciprofloxacine, en cas de diarrhée fébrile et d'absence de recours à des soins médicaux.

# QCM 51

Interne aux urgences, vous voyez un patient de 50 après un accident de la voie publique en forêt. Il présente plusieurs fractures qui ont été consolidées ainsi qu'une plaie souillée de terre au niveau de la main droite, sans atteinte des plans profonds. Il vous dit ne pas avoir reçu de vaccin depuis son enfance.

Quelle est votre prise en charge ?

1. Réalisation d'une sérologie tétanique en urgence
2. Parage des tissus nécrotiques
3. Après fermeture, application d'un pansement occlusif
4. Injection immunoglobulines tétaniques humaines ainsi que du vaccin au même site
5. Injection d'Ig tétaniques humaines et du vaccin sur deux sites différents

# QCM 52

Vous recevez en consultation un patient de 50 ans adressé par son médecin traitant pour découverte d'une sérologie hépatite B positive avec Ag Hbs positif, IgG anti Hbc positif, Ag Hbe négatif, Ac anti-HBs négatif, Ac anti-Hbe positif. La PCR VHB est élevée à 2 log/mL.

Le bilan hépatique retrouve une cytolysse hépatique à 3N, une cholestase modérée ictérique.

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?

1. Il s'agit probablement d'une hépatite B chronique
2. Il s'agit probablement d'une contamination à l'âge adulte
3. Des anticorps anti-Hbc positifs sont en faveur d'une vaccination
4. Il faudra reconstrôler l'échographie abdominale même en l'absence de cirrhose
5. Il s'agit d'une infection au stade d'immunotolérance

# QCM 53

Hépatogastroentérologue à la Croix Rousse, vous voyez en consultation un patient de 30 ans sans antécédents.

Il est marié et ne vous rapporte pas d'intoxication éthylique. Il est revenu il y a un mois d'un voyage d'affaire en Inde.

Il a consulté son médecin traitant il y a 7 jours en raison d'une fatigue importante associée à des douleurs en hypochondre droit.

Il a réalisé une biologie en ville retrouvant : ALAT 20 N, ASAT 8 N, GGT 6 N, PAL 10 N, bilirubine conjuguée augmentée à 60 micromol/L. TP 60%, TCA 1,2. Il est apyrétique.

Son médecin traitant a réalisé en première intention une sérologie hépatite B retrouvant Ag HBs négatif, Ac anti-HbS positif, Ac anti Hbc négatif ainsi qu'une sérologie hépatite A retrouvant IgM anti-VHA +.

Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont exactes ?

1. Le patient est vacciné contre l'hépatite B
2. Vous lui remettez une ordonnance pour la réalisation d'une sérologie hépatite A de contrôle à 6 mois, afin de traquer une chronicisation
3. Vous recommandez la vaccination contre l'hépatite A par 3 doses à son épouse
4. Vous réalisez une sérologie hépatite E
5. Vous débutez un traitement par entécavir en l'absence d'insuffisance rénale
6. Vous effectuez la déclaration obligatoire à l'ARS
7. Après résolution de l'épisode actuel, en cas de nouveau voyage en zone endémique, il faudra revacciner le patient contre l'hépatite A

# QROC 54

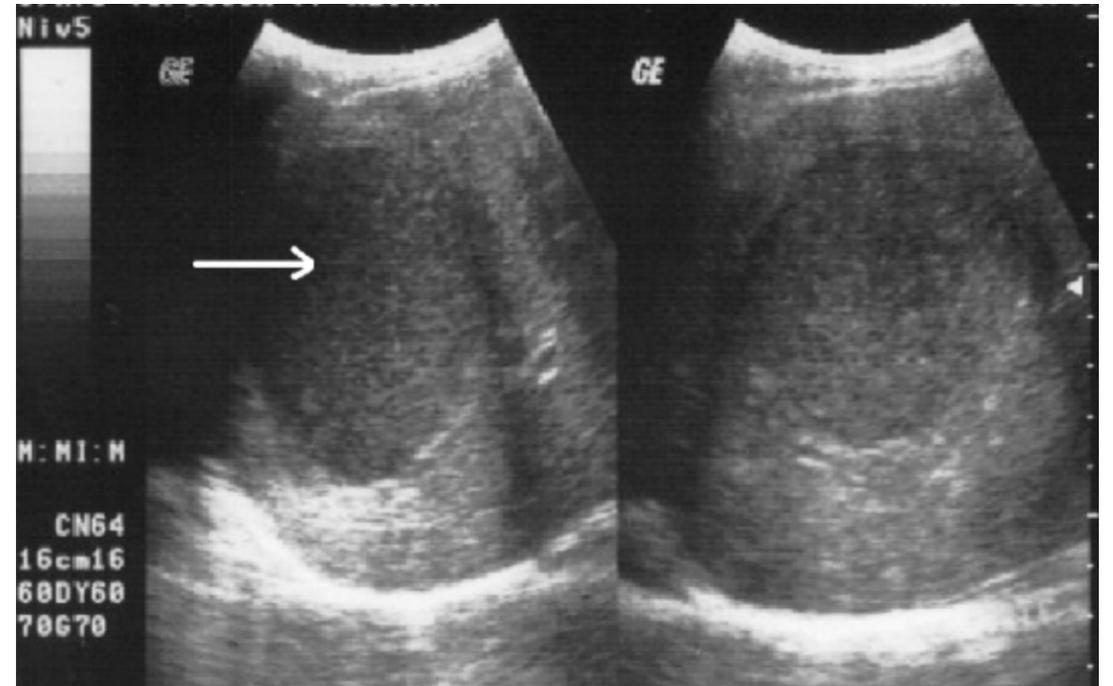
Vous voyez en consultation un patient de 40 ans, d'origine camerounaise arrivé en France il y a 8 mois. Il présente comme principal antécédent une tuberculose ganglionnaire traitée en 2018.

Il vous est adressé par son médecin traitant en raison d'une douleur en hypochondre droit depuis plusieurs jours, fébrile.

La biologie en ville retrouvait : hémoglobine 100 g/L, leucocytes 12 G/L dont 9 G/L PNN, CRP à 150 mg/L.

Il a réalisé une échographie abdominale en ville retrouvant un abcès unique hépatique de 10 cm.

Dans ce contexte, quel pathogène soupçonnez-vous ? (2 mots)



# QCM 55

Médecin généraliste en zone rurale, vous recevez une femme de 31 ans accompagnée de sa fille de 4 ans. Au décours de la consultation, elle vous raconte que le sommeil de sa fille est difficile en ce moment, en raison d'un prurit anal nocturne.

Quelle(s) affirmation(s) est/sont exacte(s) ?

1. Vous suspectez une giardiose
2. Vous réalisez une sérologie oxyurose chez l'enfant
3. Le diagnostic pourra être établi par le scotch test
4. Vous recommandez le traitement par albendazole à tous les membres du foyer, symptomatiques ou non
5. Vous recommandez le lavage des vêtements et du linge après traitement

# QCM 56

A propos de cet antibiogramme :

1. Il s'agit d'une entérobactérie du groupe 1
2. Il s'agit d'une résistance dite naturelle
3. Cette bactérie produit une pénicillinase
4. Une antibiothérapie par Augmentin sera utilisée en première intention
5. Cette bactérie est également sensible à la vancomycine

*Klebsiella Pneumoniae*

- Amoxicilline R
- Amoxicilline – Acide clavulanique S
- Ticarcilline R
- Amoxicilline+ac clavulanique S
- Pipéracilline+tazobactam S
- Céfoxitine S
- Céfotaxime S
- Ceftazidime S
- Ertapénème S

# QROC 57

Vous êtes interne en biologie médicale.

Vous recevez les hémocultures de M. G., 70 ans, hospitalisé pour suspicion d'endocardite. Une antibiothérapie par CEFAZOLINE a été instaurée.

La recherche de PLP2a est revenue positive.

Selon vous, l'antibiothérapie est-elle adaptée ?

# QCM 58

Parmi les antibiotiques suivants, lesquels sont à risque élevé d'émergence de résistance ?

1. Linezolide
2. Meropeneme
3. Ciprofloxacine
4. Clindamycine
5. Ceftriaxone

# QCM 59

Vous êtes interne en réanimation et suivez un patient hospitalisé pour choc septique. Vous êtes appelé par l'infirmière qui a réalisé la concentration résiduelle de gentamicine qui est à 1.2 mg/L (objectif < 0.5 mg/L) ainsi que la concentration réalisée au pic qui est dans les normes.

Quelle est votre attitude ?

1. Vous sautez la prochaine injection
2. Vous diminuez la dose et espacez les administrations
3. Vous espacez les administrations sans diminuer la dose
4. Vous diminuez la dose sans espacer les administrations
5. Vous recherchez une insuffisance rénale

# QCM 60

Vous voyez en consultation un patient de 50 ans suivi pour un cancer de la prostate sous chimiothérapie. Ce patient présente des douleurs abdominales ainsi que des diarrhées depuis une semaine. Il rapporte des selles liquides sans matière, absence de sang ou de glaires. Il n'a pas présenté de fièvre. Il n'a pas voyagé récemment et n'a pas été hospitalisé.

Cliniquement, l'abdomen est souple et dépressible, il n'y a pas de défense.

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) réalisez-vous en première intention dans ce contexte ? 4  
*réponses attendues*

1. Coproculture
2. PCR Norovirus, Adénovirus, Rotavirus dans les selles
3. Recherche d'Entamoeba histolytica (EPS ou PCR)
4. Recherche de Cryptosporidies
5. Recherche de toxines de Clostridium Difficile
6. Rectosigmoidoscopie
7. TDM TAP