


ED 3 - Séance de révisions bactériologie - virologie

Nombre de participants : 0



CAS 1. Mr M., 60 ans, diabétique, consulte aux urgences pour fièvre à 38°C et une douleur très importante au niveau de la jambe gauche. A ce 1. niveau, vous observez un placard inflammatoire, rouge, chaud et très douloureux. D'après le patient, le placard s'est beaucoup étendu depuis le matin. Quel est le diagnostic le plus probable ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

une pasteurellose	0%	0 votes
 une dermohypodermite aiguë bactérienne	0%	0 votes
un eczéma	0%	0 votes
une thrombose veineuse profonde	0%	0 votes
un érythème chronique migrant	0%	0 votes



2. **Devant cette dermohypodermite aiguë bactérienne, quel(s) examen(s) complémentaire(s) est (sont) recommandé(s) dans ce contexte ?**

0 bonne réponse
sur 0 répondant

deux paires
d'hémocultures

0%

0 votes

une ponction lombaire

0%

0 votes

une biopsie cutanée

0%

0 votes

des prélèvements per-
opératoires

0%

0 votes



Aucun prélèvement

0%

0 votes



3. **Quelle est l'étiologie bactérienne la plus fréquemment associée à ce tableau clinique ?**

0 bonne réponse
sur 0 répondant

Pseudomonas aeruginosa

0%

0 votes

Staphylococcus aureus

0%

0 votes

Pasteurella multocida

0%

0 votes



Streptococcus pyogenes


0%

0 votes

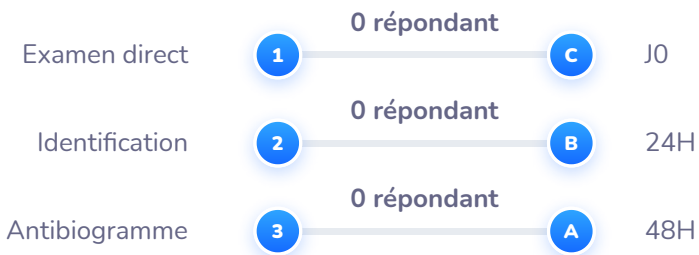
Borrelia burgdorferi

0%

0 votes

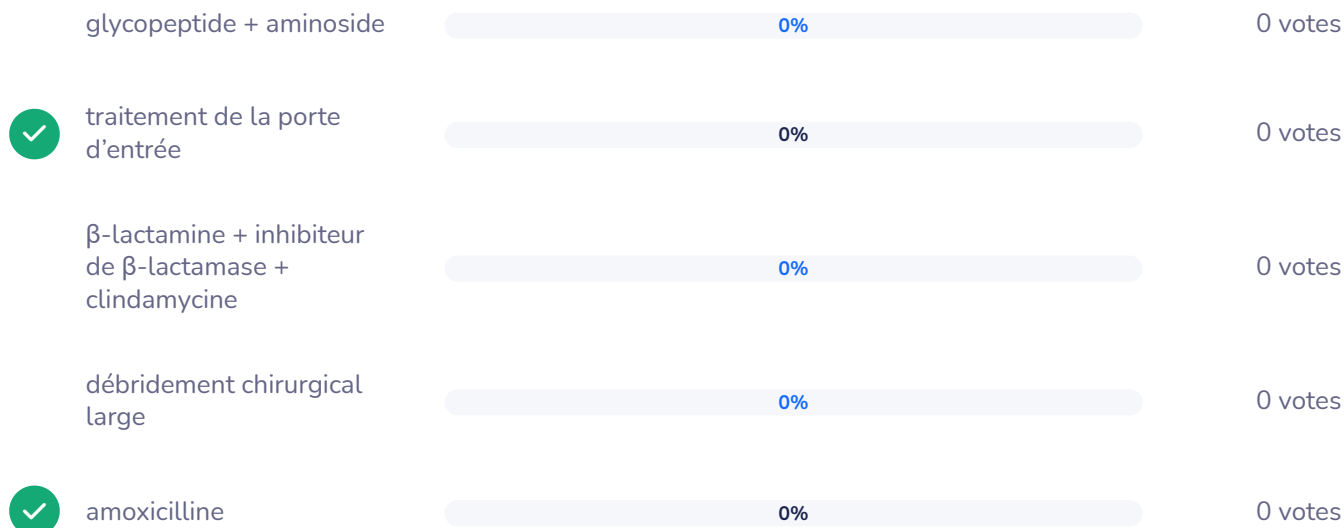
 **4. Une plaie entre les orteils est retrouvée. Vous l'avez prélevée à l'aiguille. Dans quels délais attendez-vous les résultats ?**

0 répondant



 **5. Quelle est votre prise en charge de cette dermohypodermite aiguë bactérienne ?**

0 bonne réponse
sur 0 répondant



CAS 2. HI est un adulte de 66 ans, sans antécédent notable. Il se présente au cabinet de son médecin généraliste pour un épisode fébrile à 38°C accompagné de nombreuses diarrhées qui durent depuis 2 jours. Lors de la consultation la température est à 39.8°C, pouls 149/min, la



6. satO2 97%. Monsieur HI présente une raideur de la nuque et du rachis en totalité, avec une douleur à la mobilisation. Il présente par ailleurs une photophobie. Son médecin décide de le transférer à l'hôpital dans votre service pour suite de la prise en charge. Quel est le diagnostic évoquez-vous ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



une méningite	0%	0 votes
une gastro-entérite	0%	0 votes
une pneumopathie	0%	0 votes
une otite moyenne aigue	0%	0 votes
une pyélonéphrite	0%	0 votes



7. Quel est le signe clinique cutané que vous devez rechercher à l'examen clinique en urgence :

0 bonne réponse
sur 0 répondant




un érythème morbilliforme cutané extensif	0%	0 votes
un purpura cutané extensif	0%	0 votes
des vésicules dans le conduit auditif externe	0%	0 votes
une marbrure des membres inférieurs	0%	0 votes
un énanthème buccal	0%	0 votes



8. Si ce signe clinique est présent quel est le traitement à administrer en urgence ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant


zovirax par voie IV	0%	0 votes
valganciclovir par voie orale	0%	0 votes
 céphalosporine de 3e génération par voie IV	0%	0 votes
amoxicilline et gentamicine par voie IV	0%	0 votes
immunoglobulines polyvalentes par voie IV	0%	0 votes



9. L'examen cutané est normal. Quel est le prélèvement, à réaliser en urgence avant toute antibiothérapie, qui vous permettra de confirmer le diagnostic que vous avez évoqué ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



 une ponction lombaire (LCR)	0%	0 votes
une paire d'hémocultures	0%	0 votes
un examen cytbactériologique des urines	0%	0 votes
un examen cytbactériologique des crachats	0%	0 votes
une coproculture	0%	0 votes

Dans le bilan infectieux réalisé vous prélevez une ponction lombaire et un bilan sanguin.



10. Quel(s) est (sont) le(les) résultat(s) de cytochimie du LCR attendu(s) dans le cadre d'une méningite infectieuse bactérienne ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



un dosage des protéines dans le LCR supérieur aux valeurs normales

0%

0 votes



une valeur du rapport glycorachie/glycémie sanguine inférieure à la valeur normale

0%

0 votes



une leucocytorachie exprimée en cellules/mm³ supérieure aux valeurs normales

0%

0 votes

une leucocytorachie indiquant une majorité de lymphocytes

0%

0 votes

un nombre de globules rouges dans le LCR inférieur aux valeurs normales

0%

0 votes

Les résultats du LCR sont les suivant :
glycorachie : 2 mmol/L (N = 2,75 – 4,25 mmol/L)
glycémie : 4 mmol/L (N = 3,5 – 5 mmol/L)
protéinorachie : 0,90 g/L (N < 0,4 g/L) hématies :
12 /mm³ (N < 10) leucocytes : 400 / mm³ (N <
10) lympho : 9 % PNN : 90 % mono : 1% Dans ce
contexte clinique quel(s) est(sont) le(les)
pathogène(s) le(s) plus probable(s) ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



11.

Enterovirus

0%

0 votes



Neisseria meningitidis

0%

0 votes

Herpès de type 2

0%

0 votes

Streptococcus
pneumoniae

0%

0 votes

Haemophilus influenzae

0%

0 votes

Le laboratoire vous rappelle en disant qu'à
12. l'examen direct il observe des cocci Gram
négatif. Quel traitement proposez-vous ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

zovirax par voie intra-
veineuse

0%

0 votes

valganciclovir par voie
orale

0%

0 votes

céphalosporine de 3e
génération par voie IV

0%

0 votes

amoxicilline et
gentamicine par voie IV

0%

0 votes

immunoglobulines
polyvalentes par voie IV

0%

0 votes

CAS 3. Une jeune femme de 20 ans consulte aux urgences le 2 janvier pour douleurs abdominales alors qu'elle vient de passer les fêtes de fin d'année avec son nouveau petit ami. Le bilan biologique réalisé montre notamment les résultats suivants : TP à 60% (N = 70 à 100%), Bilirubine totale à 54 µM (N < 17 µM), Bilirubine conjuguée à 44 µM (N = 0 µM), ASAT 1297 UI/L (N < 35 UI/L), ALAT 2335 UI/L (N < 45 UI/L). Il n'y a pas d'antécédents médicaux notables, pas de voyage récent, pas de consommation de tabac, d'alcool ni de toxicomanie IV. La patiente n'est pas immunodéprimée. D'après les éléments clinico-biologiques disponibles, quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) pouvez-vous évoquer ?



13.

0 bonne réponse sur 0 répondant



hépatite aiguë non compliquée

0%

0 votes

gastro-entérite aiguë

0%

0 votes



infection sexuellement transmissible

0%

0 votes

hépatite fulminante

0%

0 votes



intoxication médicamenteuse

0%

0 votes



14. Vous évoquez une hépatite aiguë. Quel(s) examen(s) virologique(s) prescrivez-vous en première intention pour confirmer ce diagnostic ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

Ac anti-VHA totaux 0% 0 votes



IgM anti-VHE 0% 0 votes



Ag HBs 0% 0 votes

Ac anti-VHD 0% 0 votes



IgM anti-HBc 0% 0 votes



15. Les résultats du bilan virologique sont les suivants : Sérologie Hépatite A : IgM anti-VHA : négatif Sérologie Hépatite E : IgM anti-VHE: négatif Sérologie Hépatite B : antigène HBs : positif, anticorps anti-HBs : <3 mUI/mL (seuil à 10 mUI/mL), anticorps anti-HBc : positif ; IgM anti-HBc > 200 UEPI/mL (seuil à 20 UEPI/mL), Ag HBe : positif, Ac anti-HBe : négatif Sérologie Hépatite C : anticorps anti-VHC : négatif Sérologie anti EBV : IgG anti-VCA : positif, IgM anti-VCA : négatif, IgG anti-EBNA : positif Concernant l'interprétation des résultats sérologiques quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s)?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

hépatite A aiguë en cours 0% 0 votes



immunité ancienne vis-à-vis du virus d'Epstein Barr (EBV) 0% 0 votes

patiente immunisée contre l'hépatite E 0% 0 votes



hépatite B aiguë 0% 0 votes

hépatite C aiguë 0% 0 votes



16. Suite à votre diagnostic de cette hépatite B aiguë, que devez-vous faire ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

- | | | | |
|-------------------------------------|--|----|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | déclaration obligatoire du cas à l'ARS | 0% | 0 votes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | contrôler l'évolution des ALAT | 0% | 0 votes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | prescrire une charge virale VHB | 0% | 0 votes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | prescrire la recherche d'Ac anti-VHD | 0% | 0 votes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | contrôler l'évolution du TP | 0% | 0 votes |



17. Comment cette patiente a-t-elle pu se contaminer par le virus de l'hépatite B ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

- | | | | |
|-------------------------------------|--|----|---------|
| <input type="checkbox"/> | transmission inter-humaine par les mains sales | 0% | 0 votes |
| <input type="checkbox"/> | par contact avec des animaux | 0% | 0 votes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | transmission sexuelle | 0% | 0 votes |
| <input type="checkbox"/> | transmission par piqûre de moustiques | 0% | 0 votes |
| <input type="checkbox"/> | suite à la consommation de coquillages | 0% | 0 votes |



**La patiente est inquiète, elle a vu sur internet
18. qu'il y avait des cas d'hépatite fulminante. Que
lui dites vous?**

0 bonne réponse
sur 0 répondant

elle n'a aucun risque de
faire une hépatite
fulminante

0%

0 votes

le risque d'hépatite
fulminante est surtout
observé avec le VHC

0%

0 votes

le risque d'hépatite
fulminante est surtout
observé avec le VHE

0%

0 votes



son risque d'hépatite
fulminante serait majoré
en cas de co-infection
avec le VHD

0%

0 votes

son risque d'hépatite
fulminante serait majoré
en cas de grossesse (3e
trimestre)

0%

0 votes



19. Quel(s) est (sont) le(s) moyen(s) de prévention à mettre en place pour l'entourage de la patiente ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



prescrire des sérologies de dépistage du VHB à l'entourage de la patiente

0%

0 votes

prescrire un antiviral préventif

0%

0 votes



prescrire une séro-vaccination aux sujets contacts non immunisés

0%

0 votes



expliquer l'importance du préservatif lors des rapports sexuels

0%

0 votes



contrôler le statut de son petit ami vis-à-vis d'autres infections sexuellement transmissibles

0%

0 votes



20. Les bilans ultérieurs montrent une amélioration du bilan hépatique et une normalisation du TP. Concernant la prise en charge de la patiente quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) vraie(s) ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

hospitalisation en hépatogastro-entérologie

0%

0 votes

traitement par ténofovir ou entécavir

0%

0 votes



retour à domicile avec conseils de prévention pour l'entourage

0%

0 votes

traitement symptomatique des douleurs par paracétamol

0%

0 votes



contrôle de la sérologie VHB dans 6 mois

0%

0 votes



21. Six mois plus tard, la sérologie VHB de la patiente montre la persistance de l'Ag HBs signant une hépatite B chronique et la patiente vous annonce qu'elle est enceinte. Quelle doit être sa prise en charge ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



Décision de traitement par ténofovir selon la valeur de la charge virale

0%

0 votes

Traitement systématique par ténofovir

0%

0 votes



Séro-vaccination de l'enfant à la naissance

0%

0 votes

Allaitement est contre-indiqué

0%

0 votes

Dépistage du nouveau-né par recherche d'Ag HBs à la naissance

0%

0 votes

CAS 4. Mme B., 25 ans, se présente à votre consultation car, depuis 2 jours, elle ressent des brûlures mictionnelles et une « gêne » dans le bas-ventre. Lors de votre interrogatoire, elle décrit une pollakiurie, ne rapporte aucun épisode d'hyperthermie, ni aucun antécédent de symptomatologie similaire. Elle est sous traitement contraceptif. Quel diagnostic évoquez-vous ?



22. décrit une pollakiurie, ne rapporte aucun épisode d'hyperthermie, ni aucun antécédent de symptomatologie similaire. Elle est sous traitement contraceptif. Quel diagnostic évoquez-vous ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

une vaginite

0%

0 votes

une pyélonéphrite aiguë

0%

0 votes



une cystite aiguë simple

0%

0 votes

une cervicite

0%

0 votes

une colonisation urinaire

0%

0 votes



23. Dans ce contexte de cystite aiguë, quel(s) examen(s) complémentaire(s) prescrivez-vous ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

deux paires
d'hémocultures

0%

0 votes



une bandelette urinaire

0%

0 votes

aucun examen
complémentaire

0%

0 votes

un prélèvement vaginal

0%

0 votes

un examen
cytobactériologique des
urines

0%

0 votes



24. Quelles sont les deux étiologies bactériennes que vous suspectez ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



Escherichia coli

0%

0 votes

Staphylococcus aureus

0%

0 votes

Streptococcus agalactiae

0%

0 votes



Staphylococcus
saprophyticus

0%

0 votes

Neisseria gonorrhoeae

0%

0 votes



25. La bandelette urinaire que vous réalisez lors de la consultation vous permet de détecter une leucocyturie sans détection de nitrites. Quelle est alors votre attitude ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



nitrofurantoïne per os

0%

0 votes

céphalosporine de 3ème génération en injection intramusculaire

0%

0 votes

monodose de fosfomycine-trométamol per os

0%

0 votes

monodose d'azithromycine per os

0%

0 votes

monodose d'amoxicilline

0%

0 votes



26. Deux mois plus tard, Mme B. revient en consultation car elle présente de nouveau les symptômes d'une cystite aiguë. La bandelette urinaire permet alors de détecter une leucocyturie associée à la présence de nitrites. Quelle est votre attitude thérapeutique ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



nitrofurantoïne en injection intramusculaire

0%

0 votes

rappel des règles d'hygiène intime et d'hydratation

0%

0 votes



monodose de fosfomycine-trométamol per os

0%

0 votes

céphalosporine de 3ème génération en injection intramusculaire

0%

0 votes

monodose d'azithromycine per os

0%

0 votes



QUIZZ ENDOCARDITE INFECTIEUSE Quelle(s) 27. est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) concernant l'endocardite infectieuse ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



l'endocardite correspond
à la greffe et à la
multiplication d'un agent
infectieux sur l'endocarde
valvulaire ou sur une
prothèse valvulaire

0%

0 votes

l'incidence est plus élevée
chez l'enfant et l'adulte
jeune

0%

0 votes



toute fièvre inexplicquée
chez un patient porteur
d'une valvulopathie à
risque doit être
considérée comme
suspect d'endocardite

0%

0 votes

amaigrissement, anorexie,
sueurs, pâleur sont
constamment observés

0%

0 votes



un souffle d'apparition
récente ou récemment
modifié est fortement
évocateur

0%

0 votes



Parmi les microorganismes suivants lesquels 28. sont fréquemment (fréquence >5%) responsables d'endocardite infectieuse ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

Tropheryma whipplei

0%

0 votes

Clostridium perfringens

0%

0 votes



Staphylococcus aureus

0%

0 votes



Streptocoques viridans /
streptocoques oraux

0%

0 votes



Streptocoques du groupe
D

0%

0 votes



29. Quelle est la porte d'entrée habituelle des streptocoques du groupe D (*S. galloyticus*, *S. infantarius*)

0 bonne réponse
sur 0 répondant

dentaire : foyer infectieux,
soins y compris
détartrage

0%

0 votes

respiratoire :
pneumopathie

0%

0 votes



digestive : tumeurs,
diverticulose

0%

0 votes

cutanée : plaies infectées,
dermatoses...

0%

0 votes

ORL : foyer amygdalien,
chirurgie

0%

0 votes



30. Quel test permet le diagnostic étiologique de l'endocardite infectieuse dans plus de la moitié des cas ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

la PCR sur tissu valvulaire

0%

0 votes

la sérologie

0%

0 votes



les hémocultures

0%

0 votes

la PCR sur sang total

0%

0 votes

l'ECBU

0%

0 votes



31. Quelle(s) est (sont) la(les) cause(s) fréquente(s) de négativité des hémocultures au cours d'une endocardite infectieuse ?

0 bonne réponse sur 0 répondant

- la prise préalable d'antibiotiques 0% 0 votes
- les endocardites à Staphylococcus aureus 0% 0 votes
- les endocardites à Coxiella burnetii 0% 0 votes
- les endocardites à germes du groupe HACCEK 0% 0 votes
- les endocardites à Bartonella spp. 0% 0 votes



32. Quelle(s) est(sont) la(les) sérologie(s) bactérienne(s) contributive(s) au diagnostic étiologique des endocardites infectieuses ?

0 bonne réponse sur 0 répondant

- Coxiella burnetii 0% 0 votes
- Bartonella spp. 0% 0 votes
- Staphylococcus aureus 0% 0 votes
- Brucella spp. 0% 0 votes
- Streptococcus pyogenes 0% 0 votes



33. Quelle(s) est(sont) la(les) assertion(s) vraie(s) concernant la prise en charge de l'endocardite infectieuse ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



la nature de la bactérie isolée oriente vers la porte d'entrée de l'infection

0%

0 votes



il faut traiter la porte d'entrée de l'EI actuelle

0%

0 votes



il faut traiter les portes d'entrée potentielles de futurs épisodes

0%

0 votes

le traitement chirurgical de l'endocardite infectieuse n'est indiqué qu'après un traitement médical prolongé

0%

0 votes



une bonne communication entre cliniciens, microbiologistes et anatomopathologistes est un élément clé de la prise en charge

0%

0 votes



34. QUIZZ ANTIBIOTIQUES Parmi les assertions suivantes, lesquelles sont justes ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

- | | | | |
|-------------------------------------|--|----|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | les aminosides agissent sur le ribosome bactérien | 0% | 0 votes |
| <input type="checkbox"/> | les fluoroquinolones agissent sur la paroi bactérienne | 0% | 0 votes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | les glycopeptides agissent sur la paroi bactérienne | 0% | 0 votes |
| <input type="checkbox"/> | le triméthoprime agit sur le ribosome bactérien | 0% | 0 votes |
| <input type="checkbox"/> | les macrolides agissent sur la synthèse de la membrane plasmique | 0% | 0 votes |



35. Une bactérie peut être résistante à un antibiotique par les stratégies suivantes :

0 bonne réponse
sur 0 répondant

- | | | | |
|-------------------------------------|--|----|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Production d'une enzyme dégradant l'antibiotique | 0% | 0 votes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Protection de la cible bactérienne | 0% | 0 votes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Imperméabilité de la paroi par diminution du nombre de porines | 0% | 0 votes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Epaississement de la paroi | 0% | 0 votes |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Rejet de l'antibiotique par une pompe à efflux | 0% | 0 votes |



36. Concernant les résistances naturelles de certaines bactéries, lesquelles sont justes ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

Enterococcus sp et glycopeptides

0%

0 votes

Listeria monocytogenes et amoxicilline

0%

0 votes



Pseudomonas aeruginosa et céfotaxime

0%

0 votes



Bactéries anaérobies et aminosides

0%

0 votes



Entérobactéries (E. coli par exemple) et glycopeptides

0%

0 votes



37. Parmi les assertions suivantes, lesquelles sont justes ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



Les beta-lactamines diminuent l'inoculum bactérien

0%

0 votes



Un antibiotique bactériostatique inhibe la prolifération bactérienne

0%

0 votes



Une infection sévère nécessite l'utilisation d'antibiotiques bactéricides

0%

0 votes



La voie d'administration choisie dépend de la sévérité de l'infection

0%

0 votes



Le coût peut être un critère de choix de l'antibiothérapie

0%

0 votes



38. Parmi les assertions suivantes, lesquelles sont justes ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



Une bi-thérapie
antibiotique permet
d'éviter la sélection de
mutants résistants

0%

0 votes

Un mésusage des
antibiotiques crée de la
résistance bactérienne

0%

0 votes

La pression de sélection
antibiotique correspond à
la pression ressentie par
l'infectiologue dans le
choix de l'antibiothérapie

0%

0 votes

Un patient allergique à la
pénicilline est
systématiquement
allergique aux
céphalosporines

0%

0 votes



La majorité des
antibiotiques impactent
les microbiotes humains

0%

0 votes



QUIZZ VIROLOGIE Quelle(s) est(sont) le(s) 39. réponse(s) juste(s) concernant le vaccin antigrippal ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



Il est recommandé pour
tout patient âgé de plus
de 65 ans

0%

0 votes

Il est contre-indiqué chez
la femme enceinte

0%

0 votes



La composition du vaccin
est réactualisée chaque
année

0%

0 votes



L'échappement à la
réponse immunitaire est
liée à des mutations sur
l'hémagglutinine

0%

0 votes



L'efficacité est moindre
chez les sujets âgés

0%

0 votes



40. Quel(s) est(sont) le(s) virus responsable(s) de gastro-entérites ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



Rotavirus

0%

0 votes

Hépatite B

0%

0 votes



Adénovirus

0%

0 votes



Norovirus

0%

0 votes

Herpès simplex de type 1

0%

0 votes



41. Concernant les virus des gastroentérites, quelle(s) est(sont) le(s) réponse(s) exacte(s) ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



Le rotavirus est la principale cause d'hospitalisation des nourrissons

0%

0 votes

Les virus provoquent le plus souvent des diarrhées fébriles sanglantes

0%

0 votes



Le diagnostic virologique sur selles est réalisé uniquement pour les cas graves, les cas groupés, les immunodéprimés

0%

0 votes

Il existe un vaccin inactivé contre le rotavirus

0%

0 votes



Le traitement est symptomatique

0%

0 votes



42. Quel(s) est(sont) le(s) modes de transmission principal(ux) des virus des hépatites ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



Transmission féco-orale : VHA et VHE

0%

0 votes



Transmission parentérale : VHB, VHC, VHD

0%

0 votes

Transmission zoonotique : VHA, VHB, VHC, VHD, VHE

0%

0 votes



Transmission maternofoetale : VHB, VHC, VHD

0%

0 votes



Transmission sexuelle : VHB, VHC, VHD

0%

0 votes




43. Concernant la prévention et le traitement des hépatites en France

0 bonne réponse
sur 0 répondant

Il existe un vaccin contre l'hépatite E disponible en France

0%

0 votes

 un traitement par antiviral à action directe est systématique en cas d'hépatite C chronique

0%

0 votes

Le vaccin contre l'hépatite B est un vaccin vivant atténué


0%

0 votes

En cas d'hépatite B chronique, le traitement par ténofovir ou entécavir est systématique

0%

0 votes

 Le vaccin contre l'hépatite B protège contre l'hépatite D

0%

0 votes



44. Concernant les éruptions virales

0 bonne réponse
sur 0 répondant



On retrouve un exanthème maculopapuleux généralisé en cas de rougeole

0%

0 votes

On observe des macules localisées lors d'une infection à herpès de type 1

0%

0 votes



Les entérovirus peuvent être responsables de syndrome pieds-mains-bouche

0%

0 votes



La rubéole est à déclaration obligatoire

0%

0 votes



Le parvovirus B19 peut être responsable de fièvre éruptive maculo-papuleuse de type "morbilliforme".

0%

0 votes



45. Quel(s) est(sont) le(s) mode(s) de transmission des virus responsables d'éruptions ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



Voie aérienne : rougeole, rubéole, parvovirus B19, Varicelle Zona Virus

0%

0 votes



Voie transplacentaire : rubéole, parvovirus B19

0%

0 votes



Sanguine : Hépatite B

0%

0 votes



Féco-orale : entérovirus

0%

0 votes



Sexuelle : monkeypox, VIH, CMV, HHV-8, hépatite B

0%

0 votes



QUIZZ ZONNOSES Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) concernant la maladie de Lyme ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant



la transmission nécessite un temps de contact \geq 6h avec la tique infectée

0%

0 votes



la maladie évolue classiquement en 3 phases

0%

0 votes

l'érythème migrant est systématiquement retrouvé

0%

0 votes



l'érythème migrant est un signe pathognomonique

0%

0 votes

l'érythème migrant apparaît dans les heures suivant la morsure de tique

0%

0 votes



Quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) concernant le diagnostic de la maladie de Lyme ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

une biopsie cutanée de l'érythème migrant doit être réalisée

0%

0 votes



une sérologie positive doit être confirmée par Western Blot

0%

0 votes



dans la neuroborréliose, la sérologie doit être réalisée en parallèle dans le sang et le LCR

0%

0 votes



une PCR peut être réalisée dans le liquide articulaire en cas d'atteinte localisée

0%

0 votes



Il existe de nombreux faux positifs en sérologie par technique ELISA

0%

0 votes



Un patient se présente aux urgences 6h après une morsure de chat sur la face dorsale de la main. La main est gonflée, rouge et chaude ; le patient est très algique.

0 bonne réponse
sur 0 répondant



vous évoquez une pasteurellose

0%

0 votes

vous évoquez une coxiellose

0%

0 votes



il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale

0%

0 votes



vous réalisez des hémocultures

0%

0 votes

vous instaurez un traitement antibiotique par ceftriaxone

0%

0 votes

CAS 5. Vous recevez en consultation un jeune patient de 25 ans pour troubles digestifs apparus depuis la veille. Il décrit une fièvre élevée à 39°C avec frissons, des selles



49. glaireuses et sanglantes à plusieurs reprises dans la nuit, des douleurs abdominales. A l'examen, le ventre est sensible, sans défense ni contracture. Quel diagnostic syndromique reprenez-vous ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

- gastroentérite 0% 0 votes
- syndrome cholériforme 0% 0 votes
- syndrome dysentérique 0% 0 votes
- toxi-infection alimentaire 0% 0 votes
- syndrome typhique 0% 0 votes



50. Les éléments qui vont guider la prescription d'examen complémentaires sont :

0 bonne réponse
sur 0 répondant

- une suspicion de TIAC 0% 0 votes
- les co-morbidités 0% 0 votes
- la durée de la diarrhée 0% 0 votes
- la prise récente d'antibiotiques 0% 0 votes
- la notion de voyage 0% 0 votes

**51. Face à ce syndrome dysentérique, quel(s) agent(s) pathogène(s) suspectez-vous ?****0 bonne réponse**
sur 0 répondantClostridium perfringens 0% 0 votesRotavirus 0% 0 votesShigella sp 0% 0 votesCampylobacter sp. 0% 0 votesSalmonella sp. 0% 0 votes**52. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ?****0 bonne réponse**
sur 0 répondantune coproculture 0% 0 votesune recherche de toxines
de Clostridioides difficile 0% 0 votesdes hémocultures 0% 0 votesune culture virale sur les
selles 0% 0 votesun test
immunochromatographique
sur les urines 0% 0 votes

**53. Concernant la coproculture, quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) exacte(s) ?****0 bonne réponse**
sur 0 répondant

l'examen direct est indispensable

0%

0 votes



l'identification à partir des colonies sera connue au plus tôt en 24H00

0%

0 votes



une PCR peut être faite à J0

0%

0 votes



l'antibiogramme sera rendu au plus tôt en 48H00

0%

0 votes

elle doit être réalisée trois jours de suite

0%

0 votes

**54. Dans un contexte de syndrome dysentérique à Shigella, quel(s) traitement(s) instaurez-vous ?****0 bonne réponse**
sur 0 répondant

des antipéristaltiques

0%

0 votes



une réhydratation

0%

0 votes

des céphalosporines de 3^{ème} génération

0%

0 votes

du métronidazole

0%

0 votes



de l'azithromycine

0%

0 votes



Concernant la prise en charge de ce syndrome dysentérique à Shigella en l'absence de TIAC, vous allez :

0 bonne réponse
sur 0 répondant

faire une déclaration à l'agence régionale de santé

0%

0 votes

prélever les autres membres de sa famille

0%

0 votes



faire un rappel des règles d'hygiène

0%

0 votes

vacciner le patient

0%

0 votes

prévenir le comité de lutte contre les infections nosocomiales

0%

0 votes

CAS 6. Vous recevez le 10 Janvier aux urgences, Gérard P. 65 ans qui présente depuis 48h une fièvre à 40°C, des myalgies, une asthénie intense, des rhinorrhées et une toux sèche. Vous suspectez un virus respiratoire responsable de ces symptômes. L'examen clinique est par ailleurs normal. A quel(s) virus pouvez-vous penser ?



56.

0 bonne réponse
sur 0 répondant



SARS-CoV-2

0%

0 votes



Virus Influenza

0%

0 votes

Rotavirus

0%

0 votes

HHV6

0%

0 votes

Papillomavirus


0%

0 votes



57. Le patient est inquiet il veut être sûr qu'il ne s'agit pas du COVID-19. Quel est le test le plus fiable pour confirmer ce diagnostic ?


0 bonne réponse
sur 0 répondant

Test antigénique rapide	0%	0 votes
Aucun test biologique, le diagnostic est clinique	0%	0 votes
 RT-PCR influenza A/influenza B/ SARS-CoV-2 / VRS	0%	0 votes
Sérologie	0%	0 votes
Culture virale d'un écouvillon de nez	0%	0 votes



58. Le test PCR revient positif à la grippe A, quelle est la prise en charge du patient ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

amoxicilline per os	0%	0 votes
amoxicilline + acide clavulanique per os	0%	0 votes
macrolide per os	0%	0 votes
 un traitement symptomatique	0%	0 votes
une vaccination antigrippale	0%	0 votes
Aspirine	0%	0 votes

Cinq jours après, sa femme appelle le SAMU dans la nuit car elle est très inquiète de l'état de son mari. Il est admis dans le service de réanimation du CHU. On note une douleur thoracique droite augmentant à l'inspiration, une dyspnée avec polypnée à 38 c/min, une fièvre à 40°C. La tension artérielle systolique est à 110 mmHg et la fréquence cardiaque à 122 b/min. L'auscultation pulmonaire objective des crépitants dans l'hémichamp supérieur droit. La radiographie thoracique confirme le diagnostic de pneumopathie du lobe supérieur droit. Par ailleurs, il existe un syndrome inflammatoire majeur avec une CRP à 410 mg/L (N <5 mg/L). Quels sont les signes de gravité pour ce patient ?



59.

0 bonne réponse
sur 0 répondant

pneumonie confirmée à la radiographie

0%

0 votes



fréquence respiratoire à 38 c/min

0%

0 votes



fréquence cardiaque à 122 b/min

0%

0 votes

CRP à 410 mg/L

0%

0 votes

tension artérielle systolique à 110 mmHg

0%

0 votes



60. Vous suspectez une surinfection bactérienne. Quelles sont les 3 principales bactéries responsables de surinfection de grippe chez les sujets âgés ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

Klebsiella pneumoniae 0% 0 votes



Staphylococcus aureus 0% 0 votes

Streptococcus agalactiae 0% 0 votes



Haemophilus influenzae 0% 0 votes



Streptococcus pneumoniae 0% 0 votes



61. Concernant l'évolution clinique du syndrome grippal, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) vraie(s) ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

La phase d'incubation dure 10 jours 0% 0 votes

La période de contagiosité correspond à la phase d'incubation 0% 0 votes



La guérison est observée dans la majorité des cas en 3 à 5 jours 0% 0 votes



Une surinfection bactérienne peut apparaître 5 à 7 jours après le début des symptômes 0% 0 votes



La période de contagiosité dure environ 1 semaine 0% 0 votes

Si le patient est hospitalisé, une précaution "Contact" doit être mise en place. 0% 0 votes



62. Monsieur Gérard P. est admis en réanimation. Quel(s) examen(s) prescrivez-vous pour identifier l'étiologie de la surinfection bactérienne ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

<input checked="" type="checkbox"/>	recherche d'antigènes de Streptococcus pneumoniae dans les urines	0%	0 votes
<input checked="" type="checkbox"/>	hémocultures	0%	0 votes
<input checked="" type="checkbox"/>	culture d'une aspiration bronchique	0%	0 votes
<input type="checkbox"/>	PCR Mycoplasma dans le sang	0%	0 votes
<input type="checkbox"/>	sérologie Legionella	0%	0 votes



63. Le laboratoire de bactériologie vous informe que la culture de l'aspiration bronchique montre 10^6 UFC/mL de Streptococcus pneumoniae (seuil : 10^5 UFC/mL). Vous instaurez un traitement par amoxicilline. Quel(s) est le(les) mécanisme(s) de résistance de Streptococcus pneumoniae aux bêtalactamines ?

0 bonne réponse
sur 0 répondant

<input type="checkbox"/>	sécrétion de bêta-lactamase	0%	0 votes
<input type="checkbox"/>	modification de la perméabilité de la paroi	0%	0 votes
<input type="checkbox"/>	modification de l'ADN gyrase	0%	0 votes
<input checked="" type="checkbox"/>	modification des protéines de liaison aux pénicillines	0%	0 votes
<input type="checkbox"/>	modification de la sous unité 50S du ribosome	0%	0 votes