

Q1. Concernant le tétanos : (RJ)

- A. C'est une maladie contagieuse
- B. Toujours bénigne
- C. Son traitement nécessite une antibiothérapie adaptée
- D. Les nouveaux nés sont épargnés
- E. Des formes localisées peuvent se rencontrer

Q2. Lors du tétanos dans sa forme généralisée : (RJ)

- A. La généralisation des contractures est ascendante.
- B. La fièvre se voit souvent lors de la généralisation des contractions.
- C. Les spasmes paroxystiques peuvent être spontanés ou déclenchés par le bruit.
- D. La guérison spontanée reste possible.
- E. Aucune réponse n'est juste.

Q3. Dans le tétanos: (RJ)

- A. Le trismus est indolore.
- B. Le trismus régresse dès que les contractures commencent à se généraliser.
- C. Le pronostic est meilleur lorsque la phase d'invasion est courte.
- D. Le patient reste souvent conscient
- E. La fièvre ne se voit jamais lors de l'évolution de cette maladie.

Q4. Dans le tétanos ; les facteurs de mauvais pronostic sont : (RJ)

- 1. Porte d'entrée non identifiée.
 - 2. Incubation de cinq jours.
 - 3. Généralisation des contractures après 24H du début de la maladie.
 - 4. Absence de contractures paroxystiques.
 - 5. Température à 39°C.
- A(1+2+3) B(1+2+3+5) C(2+3+5) D(2+3+4) E(2+3+4+5)

Q5. Le diagnostic d'urgence du paludisme repose sur : (RJ)

- A. Goutte épaisse / Frottis sanguin
- B. Sérologie
- C. PCR
- D. Hémoculture
- E. ponction lombaire

Q6. Quelle est la proposition exacte concernant le paludisme à Plasmodium falciparum ?

- A. Il n'est présent qu'en Afrique sub-saharienne
- B. Les rechutes sont provoquées par les hypnozoïtes
- C. Il peut être mortel
- D. Il se déclare habituellement 3 ans après le retour de zone d'endémie
- E. Il se traite par le fluconazole

Q7. Lequel de ces signes ou symptômes ne peut pas être relié à un paludisme à Plasmodium falciparum ?

- A. Hépatosplénomégalie
- B. Accès pernicieux
- C. Hyperéosinophilie sanguine
- D. Accès fébrile
- E. Thrombopénie

Q8. Une angine peut se voir au cours de (RF)

- A. La fièvre typhoïde
- B. La diphtérie
- C. L' infection à méningocoque
- D. La mononucléose infectieuse
- E. La fièvre boutonneuse méditerranéenne

Q9. Au cours de la fièvre typhoïde, les localisations secondaires les plus fréquentes sont : (RF)

- A. Digestives
- B. Cardiaques
- C. Neurologique
- D. Cutanées
- E. Pulmonaires

Q10. Dans la mononucléose infectieuse : (RF)

- A. La contamination est salivaire, sanguine et exceptionnellement sexuelle.
- B. Le diagnostic clinique devant la tétrade clinique : fièvre, angine, adénopathie, SPM.
- C. A l'ENS une inversion de l'équilibre leucocytaire.
- D. Le traitement est purement symptomatique.
- E. Le traitement repose sur les antiviraux systématiquement.

Q11. Le virus d'EBV : (RF)

- A. Est un herpes viridae
- B. Caractérisé par des récurrences
- C. Transmission essentiellement salivaire
- D. Son tropisme pour les cellules nerveuses
- E. Les récurrences dans les ganglions sensitifs rachidiens

Q12. La mononucléose infectieuse MNI : (RJ)

- A. Est une maladie virale à tropisme pour les cellules lymphocytaires
- B. Est une des maladies transmises par la pique d'insectes
- C. Le diagnostic positif est basé sur l'aspect de l'éruption qui apparaît dès les premiers jours
- D. Caractérisée par une éruption vésiculeuse très prurigineuse
- E. L'élimination du virus est constante dans les selles.

Q13. Le traitement de l'angine diphtérique fait appel : (RJ)

- A. Antibiothérapie, vaccination et corticothérapie
- B. Sérovaccination et trachéotomie systématique
- C. Antibiothérapie, sérovaccination et repos au lit
- D. Un traitement antibiotique par cefotaxime
- E. la sérothérapie et un traitement symptomatique

Q14. La diphtérie maligne se caractérise (RF)

- A. Une altération de l'état général
- B. Une fièvre à 40
- C. Un coryza unilatéral
- D. Adénopathies volumineuses cervicales
- E. Les fausses membranes sont grisâtres et fétides

Q15. La diphtérie peut avoir plusieurs localisations sauf

- A. cutanée
- B. pharyngée
- C. laryngée
- D. digestive
- E. conjonctivale

Q16. Toutes ces pathologies peuvent être occasionnées par une morsure par un chien (RF)

- A. La rage
- B. Le tétanos
- C. Une pasteurellose
- D. Une infection cutanée à staphylocoque
- E. la fièvre boutonnière méditerranéenne

Q17. La prise en charge d'une morsure au niveau de la face par un chien errant associe (RF)

- A. Soins locaux de la plaie
- B. Sérothérapie antirabique
- C. Traitement antiviral
- D. Vaccination antirabique (verorab)
- E. Antibiothérapie

Q18. Le diagnostic positif du choléra se base sur : (RJ)

1. La notion de cas similaires dans l'entourage du patient
2. La notion de présence de rats dans l'entourage du patient
3. Un tableau diarrhée profuse en eau de riz
4. La présence d'un bilan inflammatoire perturbé avec hyperleucocytose à PNN
5. L'existence de troubles ioniques

A (1,2,3) B (1,2,4) C (1,3,5) D (2,3,4) E (2,3,5)

Q19. Quelles sont les caractéristiques des selles en cas de choléra ? RF

- A. abondantes
- B. blanchâtres
- C. Riziformes, riches en germes
- D. d'odeur fétide
- E. glairosanglante

Q20. Au cours de la FBM (RF)

- A. La présence du chien est retrouvée dans l'entourage du malade
- B. La piqûre par la tique peut être absente
- C. Le germe responsable rickettsia conori est isolé aux hémocultures
- D. L'exanthème est maculo papulo nodulaire
- E. Le traitement par les cyclines est efficace

Q21. La brucellose aigue septicémique est suspectée : (RF)

- A. Devant une fièvre au long cours associé à un syndrome sudoro algique
- B. Chez un patient à profession exposante aux sécrétions génitales d'un animal malade
- C. Devant une sacro iléite fébrile
- D. Devant une spondylodiscite subaiguë
- E. Devant une sérologie de Wright positive

Q22. La varicelle est une : (RF)

- A. Eruption fébrile
- B. Evolue en plusieurs poussées
- C. Plus grave chez l'enfant que l'adulte
- D. Réalise des lésions d'âges différents
- E. Infection immunisante

Q23. La varicelle : (RF)

- A. Est une infection contagieuse
- B. Touche principalement les enfants de moins de 10 ans
- C. Est le plus souvent bénigne
- D. Nécessite un traitement urgent par aciclovir
- E. La pneumonie varicelleuse est une complication grave

**Q24. Nourrisson âgé de 40 jours, correctement vacciné pour son âge, consulte pour une toux quinteuse
quels sont vos arguments en faveur de la coqueluche ? (RF)**

- A. Absence de vaccination contre la coqueluche
- B. Contage par un adulte avec une toux prolongée
- C. Examen clinique normal en dehors de la toux
- D. Absence de fièvre
- E. Alteration de l'état général

Q25. La leptospirose ictero hémorragique (RF)

- A. Associe un syndrome infectieux et rénal
- B. Une méningite peut se voir au début de la maladie
- C. Une perturbation du bilan hépatique est fréquente
- D. la fièvre persiste une dizaine de jours
- E. le traitement par amoxicilline n'est efficace qu'au premiers jours de la maladie

Q26. La toxoplasmose peut se transmettre (RF)

- A. Par ingestion de viande crue et/ou mal cuite
- B. Par ingestion de crudités et /ou d'eau contaminée
- C. Par inoculation accidentelle lors d'une greffe
- D. Par voie transplacentaire
- E. La contamination peut être directe par voie aérienne

**Q27. Les résultats sérologiques de la toxoplasmose chez une femme enceinte au début de
grossesse donnent les résultats suivants : IGM - et IGG -. Que faites-vous? (RJ)**

- A. La patiente est indemne de la toxoplasmose et vous lui proposez la vaccination
- B. Vous proposez à la patiente de refaire cet examen sérologique 15 jours après
- C. Vous décidez de compléter ce bilan par le test de mesure d'avidité des IgG anti-toxoplasma
- D. La patiente étant une femme enceinte au 1^{er} mois, vous lui proposez un traitement prophylactique à base de pyriméthamine surveillance sérologique et vous
- E. Vous proposez une surveillance sérologique mensuelle jusqu'à la fin de grossesse.

Q28. quels sont les arguments anamnestiques qui plaident en faveur d'une primo-infection rubéolique devant une éruption fébrile chez une femme enceinte ? (R1)

1. Existence de cas de rubéole chez les enfants de son entourage
2. L'absence de notion de rubéole dans son enfance
3. L'existence d'arthralgies invalidantes associées
4. La négativité d'une sérologie de la rubéole avant le mariage
5. La positivité d'une sérologie de la rubéole avant le mariage

A(1, 3, 4) B(2,3,5) C(3, 4, 5) D(1, 4, 5) E(1,2,4)

Q29. Le bilan demandé chez une femme enceinte a montré : Sérologie rubéole : IgM +, IgG+ Quelle sera votre attitude ? (R1)

- A. Décider un avortement thérapeutique car elle a une primo-infection rubéolique
- B. Redemander une autre sérologie rubéole avec un test d'avidité
- C. Proposer une surveillance trimestrielle
- D. Demander des tests sérologiques de la rubéole chez son mari
- E. Rassurer et ne rien faire

Q30. La Méningite Cérébro-Spinale (MCS) peut : (RF)

- A. Être endémo-épidémique
- B. Être d'origine otitique
- C. Evoluer vers un état de choc
- D. Être associée à des arthralgies importantes
- E. Être prévenue par un traitement antibiotique en cas de contagé

Q31. En ce qui concerne le méningocoque: (RF)

- A. La porte d'entrée est rhinopharyngée
- B. La contamination est par voie aérienne
- C. Elle donne souvent un tableau de méningite sans participation encéphalique.
- D. L'examen direct du LCR montre un Cocci gram négatif
- E. Son traitement repose sur l'amoxicilline et une corticothérapie de courte durée

Q32. Concernant la méningite à pneumocoque :(RF)

- A. Touche souvent les âges extrêmes
- B. Peut se voir chez l'immunodéprimé
- C. Est à début progressif
- D. Peut laisser de lourdes séquelles
- E. Peut nécessiter deux antibiotiques pour son traitement

Q33. Parmi ces portes d'entrées laquelle n'est pas retrouvée lors d'une méningite à pneumocoque

- A. Angine
- B. Otite
- C. Plaie cutanée
- D. Mastoïdite.
- E. Sinusite

Q34. Tous ces signes peuvent se voir au cours d'une méningite à pneumocoque sauf :

- A. Céphalées
- B. Vomissements en jet
- C. Arthralgie
- D. Convulsions
- E. Désorientation

Q35. Lors d'une récurrence d'une méningite purulente, on doit réaliser :(R1)

- A. Une consultation en ORL
- B. Un interrogatoire minutieux
- C. Un transit isotopique du LCR
- D. Une TDM des os du crane à la recherche d'une brèche
- E. Toutes ces pratiques

Q36. Les méningites virales bénignes se caractérisent par : (RF)

- A. Un syndrome infectieux et un syndrome méningé discret
- B. Une évolution spontanément favorable
- C. Un LCR clair avec lymphocytose élevée glycorachie normale
- D. Une évolution vers la suppuration si le malade n'est pas traité précocement
- E. La possibilité d'une atteinte parotidienne

- Q37. Au cours de la méningo-encéphalite herpétique: (RF)**
- Le début est brutal
 - Il y'a une réactivation de HSV1
 - Les hallucinations et les troubles mnésiques sont fréquents
 - L'évolution est bénigne
 - Le traitement par aciclovir améliore le pronostic
- Q38. Le traitement d'une méningite purulente d'un enfant de 10 mois en l'absence de toute orientation concernant le germe est :(RJ)**
- Céphalosporine de 3^e génération parentérale
 - Ampicilline parentérale
 - Ampicilline parentérale avec Aminocide
 - Céphalosporine 3^e génération avec aminocide
 - Ofloxacin parentérale
- Q39. La Ponction Lombar (PL) est contre-indiquée : (RF)**
- En cas de purpura fébrile
 - En cas de taux de plaquettes < 25000 / mm³
 - Chez un adulte comateux
 - Chez un adulte avec une tension artérielle à 70 /30 mm Hg
 - Chez un nourrisson qui fait des convulsions partielles
- Q40. Le diagnostic d'une TIAC à salmonelles chez l'adulte repose sur**
- La recherche de la toxine chez l'animal suspect
 - L'hémoculture
 - La coproculture
 - L'uroculture
 - Le sérodiagnostic
- Q41. Parmi ces bactéries lesquelles sont responsables de diarrhées invasives sauf :**
- E Coli
 - Yersinia
 - Shigella
 - Compylobacter
 - Bacillus cérius
- Q42. La dysenterie bacillaire: (RJ)**
- Est due à une bactérie Gram négatif du genre Shigella
 - Est souvent évoqué devant une diarrhée glairo-sanglante fébrile
 - Doit être confirmée par un examen parasitologique des selles
 - Peut s'accompagner de signes extra-digestifs
 - Guérit spontanément
- A (1,2,3) B (1,2,4) C (2,3,5) D (3,4,5) E (1,4,5)
- Q43. Une antibiothérapie probabiliste est indiquée dans les situations suivantes : (RF)**
- Une suspicion d'endocardite infectieuse
 - Une suspicion d'un sepsis
 - Devant l'aspect un LCS purulent à la ponction lombar
 - Une mononucléose infectieuse
 - Une dermo-hypodermite de la jambe
- Q44. Concernant lictère fébrile : (RJ)**
- Doit toujours être pris en charge en milieu hospitalier
 - Se voit souvent dans les crises d'hémolyses aiguës après les premières 24 heures
 - Sa présence est un élément de gravité dans le paludisme
 - Est une indication systématique d'une double antibiothérapie anti Bacille Gram négatif (BGN)
 - Est toujours d'origine hémolytique en cas de cause infectieuse
- A (1,3,4) B (2,3,4) C (3,4,5) D (1,2,3) E (2,3,5)
- Q45. Concernant l'infection à VIH chez l'adulte : (RJ)**
- Peut rester asymptomatique pendant plusieurs années
 - peut se manifester par une candidose œsophagienne au stade B selon la classification CDC
 - Sans traitement antirétroviral, le passage au stade sida est de règle
 - Sans traitement antirétroviral, elle expose aux risques d'infections opportunistes
 - Est de transmission plus sanguine que sexuelle en Algérie
- A (2,3,4) B (1,3,4) C (3,4,5) D (1,2,5) E (1,2,4)

- Q46. Quelles sont les mesures à prendre pour prévenir la transmission VIH mère enfant (RF)**
- Dépistage de femmes enceintes
 - Traitement des femmes séropositives par les ARV
 - Préconiser l'accouchement par césarienne quelque soit le taux de la charge virale
 - Proscrire l'allaitement
 - Traitement préventif du bébé
- Q47. Les diarrhées chez les PVH :(RF)**
- Sont fréquentes et de causes multiples
 - sont fréquentes Si le taux de CD4 < 200
 - Leur évolution est toujours bénigne et la parasitologie des selles n'est pas systématique
 - Peuvent être à l'origine d'une déshydratation grave
 - Le traitement étiologique dépendra du germe retrouvé à la coproculture
- Q48. La porte d'entrée la plus fréquente et classique pour un érysipèle (RJ)**
- Intertrigo inter-orteils
 - Ulcère des jambes
 - Plaie
 - Furoncle
 - Morsure d'un animal
- Q49. Parmi ces situations, une ne constitue pas une indication d'hospitalisation d'une dermo-hypodermite non nécrosante (RF)**
- Age plus de 65 ans
 - Extension des lésions sous traitement
 - Signes inflammatoires importants
 - Sujet avec plusieurs comorbidités
 - Vomissements incoheribles
- Q50. Parmi ces signes cliniques de dermo-hypodermite non nécrosante streptococcique, un n'est pas juste**
- Placard rouge avec œdème
 - Présence constante du bourrelet périphérique
 - Unilatéral
 - Adénopathie périphérique
 - Présence de phlyctènes
- Q51. Staphylococcus aureus peut être à l'origine des maladies suivantes: (RF)**
- Dermohypodermite
 - abcès pulmonaire
 - GNA
 - TIAC
 - Etat de choc
- Q52. Les éléments suivants sont en faveur de l'étiologie staphylococcique sauf**
- La porte d'entrée cutanée
 - Le tropisme ostéoarticulaire
 - Choc endotoxinique
 - Pyopneumothorax
 - Purpura vesiculo pustuleux
- Q53. Dans la prise en charge du choc septique d'un sepsis à BGN : (RF)**
- Urgence thérapeutique extrême, prise en charge hospitalière,
 - Oxygénothérapie nasale et surveillance de la tension artérielle, pouls, état de conscience
 - Remplissage vasculaire par des voies d'abord de grand calibre,
 - Drogues cardio-vasoactive : noradrenaline à la seringue électrique après avoir fait des hémocultures et une correction d'une éventuelle acidose
 - Double antibiothérapie et remplissage vasculaire seule sans drogues cardio-vasoactives
- Q54. La leuco neutropénie est observée devant : (RJ)**
- Une fièvre typhoïde :
 - Une méningite purulente
 - Un sepsis à staphylocoque
 - Une toxi infection alimentaire
 - Une endocardite infectieuse

Q 55 . Among the following, wich species is responsible for amoebiasis disease ? (Correct Answer)

- A. Entamoeba dispar
- B. Entamoeba bangladeshi
- C. Entamoeba histolytica minima
- D. Entamoeba histolytica histolytica
- E. Entamoeba coli

CAS CLINIQUE

Naima, 56 ans, aux antécédents de DNID depuis 6 ans, sous Glucophage, consulte pour une fièvre et frissons depuis ce matin avec toux pénible, précédées une semaine avant par pollakiurie et brûlures mictionnelles.

Examen : Etat général altéré, consciente et coopérative, $T^{\circ} = 39,3^{\circ}\text{C}$, IMC = 32 Kg/m², TA = 90/60 mm Hg, FC = 110 bts/min, FR = 24 cycles/min. Ebranlement lombaire droit douloureux.

Q56. Que pouvez-vous évoquer devant ce tableau : (R,J)

- A. Une cystite aiguë
- B. Une colique néphrétique compliquée
- C. Un sepsis
- D. Une acido-cétose diabétique
- E. Aucun diagnostic parmi les suscités

Q 57. Qu'allez-vous rechercher par votre examen clinique : (R,J)

- 1. Des marbrures des extrémités
 - 2. Une splénomégalie type I
 - 3. Une raideur de la nuque
 - 4. Un syndrome alvéolaire
 - 5. Des abcès cutanés diffus
- A (1,2,3) B (1,2,4) C (1,2,5) D (2,3,4) E (3,4,5)

Q 58. Vous allez réaliser chez votre patiente les bilans suivants : (R,J)

- 1. Une série d'hémocultures
 - 2. Des prélèvements cutanés sur les abcès
 - 3. Un examen cytbactériologique des urines
 - 4. Une radiographie pulmonaire
 - 5. Une TDM cérébrale
- A (1,2,3) B (1,2,5) C (3,4,5) D (2,4,5) E (1,3,4)

Q59. Quelle sera votre attitude : (R,J)

- 1. Hospitalisation et mise en condition
 - 2. Remplissage vasculaire
 - 3. Vancomycine + Gentamicine
 - 4. Céfotaxime + Amikacine
 - 5. Vancomycine + Gentamicine + Céfotaxime
- A (1,2,3) B (2,3,4) C (3,4,5) D (1,2,4) E (1,2,5)

Q60. Après 3 jours de traitement antibiotique probabiliste compatible avec les résultats microbiologiques reçus, elle est devenue apyrétique. A J5 d'hospitalisation, elle présente une reprise fébrile. Comment vous allez l'expliquer ? (R,J)

- 1. Evolution habituelle dans ce type de situation
 - 2. Une nouvelle localisation de la bactérie suspectée
 - 3. Une origine nosocomiale surajoutée
 - 4. Un traitement antibiotique inadapté dès le départ
 - 5. Une intolérance aux traitements
- A (1,3,4) B (2,4) C (4,5) D (1,3) E (2,3,5)

Ct Infectiologie P5 2023-2024

1-E. 21-D. 41-E.
2-C. 22-C. 42-B.
3-D. 23-D. 43-D.
4-C. 24-E. 44-D.
5-A. 25-E. 45-B.
6-C. 26-E. 46-C.
7-C. 27-E. 47-C.
8-E. 28-E. 48-A.
9-E. 29-B. 49-A.
10-E. 30-B. 50-B.
11-D. 31-E. 51-C.
12-A. 32-C. 52-C.
13-C. 33-C. 53-E.
14-C. 34-C. 54-A.
15-D. 35-E. 55-D.
16-E. 36-E. 56-C.
17-C. 37-D. 57-B.
18-C. 38-A. 58-E.
19-E. 39-A. 59-D.
20-C. 40-C. 60-E.