

Lundi 1^{er} Avril 2019 – Infections et Pédiatrie

POST TEST - Réponses

1. Raphaël, 22 mois, a présenté depuis la naissance 5 otites moyennes aiguës, 2 bronchiolites, une pneumopathie et un épisode de diarrhée trainante pendant 2 mois. Quels examens immunologiques de « débrouillage » prescrire en 1^{ère} intention à la recherche d'un éventuel déficit immunitaire sous-jacent ?

- A. NFS-plaquettes
- B. Phénotypage lymphocytaire
- C. Etude des proliférations lymphocytaires T aux mitogènes et antigènes
- D. Dosage des IgG, IgA et IgM
- E. Sérologies diphtérie, tétanos et *Haemophilus*

1_ Bonnes réponses : A, D, E

2. Julien, 3 ans, sans antécédents particuliers, vient d'être hospitalisé pour une pleuro-pneumopathie sévère à pneumocoque.

Quels déficits immunitaires sous-jacents pourraient favoriser la survenue d'une telle infection ?

- A. Un déficit congénital de l'immunité humorale
- B. Une asplénie congénitale
- C. Un déficit congénital du complément
- D. Une infection materno-fœtale à VIH
- E. Une neutropénie constitutionnelle sévère

2_ Bonnes réponses : A, B, C, D, E

3. On vous adresse en consultation un mineur isolé provenant du Mali qui est amené par un éducateur d'une association locale. Quelle pathologie la plus fréquente est retrouvée chez les enfants mineurs isolés en France (réponse unique)?

- A. Troubles psycho-traumatiques
- B. Schistosomoses
- C. Asthme
- D. Drépanocytose
- E. Hépatite A

3_ Réponse A.

Ordre de fréquence:

Problèmes psycho-traumatiques, Parasitoses intestinales, Hépatite B, Tuberculose, Schistosomoses, Asthme, Drépanocytose

4. Etant arrivée du Sénégal récemment, vous souhaitez réaliser un bilan chez une jeune fille de 6 ans à la recherche de pathologie sous-jacente. Parmi les propositions ci dessous, quelles sont celles qui vous paraissent justifiées de réaliser de façon systématique chez un primo-arrivant ?

- A- Sérologie hydatidose
- B- Sérologies Syphilis et VIH

- C- Intradermo-réaction ou test interféron-gamma
- D- Sérologies Hépatite B et C
- E- Parasitologie des selles

4_ Bonnes réponses : B,C,D,E

Lors de la première consultation d'un enfant migrant:

- réaliser un examen clinique détaillé (notamment cutané à la recherche de pathologie dermatologique type gale/dermatophytie)
- une courbe staturο-pondérale et une évaluation de l'état nutritionnel
- le recueil des vaccinations réalisées dans le pays d'origine (le programme de vaccination de chaque pays est accessible sur le site internet de l'OMS)
- la recherche de maladies transmissibles par la mère : sérologies syphilis, VIH, hépatites B et C
- une recherche de tuberculose (radiographie de thorax, IDR);
- une parasitologie des selles
- une NFS et une ferritinémie à la recherche d'une anémie par carence martiale
- Il est aussi souhaitable de réaliser un test de dépistage sur buvard type Guthrie +/- drépanocytose.
- **Les sérologies des helminthoses** ne sont pas à réaliser de façon systématique (si hyper éosinophilie)
- **la sérologie bilharziose** serait justifiée ici cependant du fait de l'âge et de son origine (possible baignades dans un fleuve, à vérifier à l'interrogatoire)
- **Certains centres proposent de réaliser un frottis sanguin/Goutte épaisse systématique** si provenant d'un pays endémique
- **Prendre en compte rapidement la précarité** très fréquente de ces familles :assistante sociale, demande d'aide médicale d'Etat, aide à la régularisation, aide à l'obtention d'un logement ...
-

5. Quelles sont les recommandations en France vis-à-vis de la mise à jour du calendrier vaccinal chez un enfant migrant de 10 ans récemment arrivé ?

- A- Si carnet de vaccination, non prise en compte des vaccins notés dans le carnet de vaccination et revaccination complète selon le calendrier vaccinal en vigueur
- B- Si absence de carnet de vaccination, vaccination initiale systématique par DTCaP puis dosage des anticorps antitétaniques à 1 mois
- C- Si absence de carnet de vaccination, vaccination initiale systématique avec le ROR et le vaccin anti-méningocoque C
- D- Si absence d'antécédent de varicelle à l'interrogatoire, vaccination initiale systématique contre la varicelle.
- E- Réaliser systématiquement une vaccination contre l'hépatite A

5_ Réponse B, C

Chaque dose de vaccin déjà donné compte.

Si doute sur les vaccinations, il est possible de revacciner sans risque en reprenant un schéma complet de vaccination compte tenu de l'âge ; pour tétanos, on peut s'aider du dosage des anticorps

Pour la varicelle, il est recommandé de faire le vaccin chez les enfants à partir de 12 ans sans antécédent ou si doute sur une varicelle antérieure (contrôle sérologique préalable possible mais non recommandé)

6. Vous êtes sollicités par l'ORL pour un enfant de 4 ans habitant dans le centre ville de Bordeaux, qui présente une adénopathie cervicale depuis 3 mois, de 2,5 cm, une inflammation cutanée locale en regard de la masse. L'enfant reste en très bon état général, n'a pas voyagé, un chat à la maison. Une antibiothérapie par Amoxicilline / Ac. Clavulanique n'a pas été efficace. Les sérologies EBV, CMV et toxoplasmose reviennent négatives. L'ORL décide de réaliser une biopsie de l'adénopathie, et vous demande ce qu'il doit envoyer.

- A. Prélèvement pour anatomopathologie
- B. Culture bactériologique standard
- C. PCR 16S
- D. Culture sur milieu de Lowenstein Janssen
- E. PCR *F. tularensis*
- F. PCR toxoplasmose

6_Réponse A,B,C,D

7. Prématuré de 31SA, poids de naissance 1030g, alimentation parentérale sur KTC. A J7 de vie, sepsis non documenté traité par cefotaxime, gentamicine et vancomycine 7 jours. A J15 de vie, fièvre, oedème des genoux, une hémoculture revient positive à *Candida albicans*. Quelle prise en charge proposez-vous ?

- A. Echographie cardiaque
- B. Echographie des genoux
- C. Echographie trans-fontanelle
- D. Ponction lombaire
- E. Fond d'œil

7_Réponses A,B,C,D,E

8. Vous êtes appelés en juillet pour un avis concernant un enfant de 5 ans avec un syndrome méningé fébrile. Ces vaccins sont à jour selon le calendrier en vigueur. Il est en bon état général. La FC est à 90/min avec une fièvre à 38.5°C, la FR est à 21/min, le TRC est immédiat, il n'a pas de marbrures, pas de purpura, la diurèse est normale, le glasgow est à 15, il n'a pas de déficit neurologique. Le reste de l'examen clinique est normal hormis la raideur de nuque et les céphalées.

Le pédiatre vous demande s'il peut se passer de la ponction lombaire devant le caractère « rassurant » de l'examen clinique.

- A- oui sous réserve que la PCT soit inférieure à 0,5 ng/mL
- B- oui sous réserve que la PCR entérovirus dans les sécrétions nasopharyngées soient positive (PCR multiplex)
- C- oui sous réserve qu'il n'ait pas voyagé récemment en zone tropicale
- D- oui car il est bien vacciné contre le pneumocoque et le méningocoque et nous sommes en pleine période épidémique d'entérovirose
- E- non, il ne peut se passer de la ponction lombaire

8_Réponse : E

9. Le service de pédiatrie vous appelle car ils viennent de confirmer le diagnostic de coqueluche chez un nourrisson de 2 mois non vacciné, qui présente une toux quinteuse non cyanosante depuis 10 jours, et est hospitalisé depuis 24h. La maman tousse, son rappel vaccinal date de 2014, le père ne tousse pas, son rappel date de 2010 mais n'est pas sûr qu'il y ait la valence coqueluche. Il est hospitalisé pour surveillance et mis sous azithromycine 20mg/kg/j. Que leur indiquez-vous ?

- A- Isoler l'enfant pendant 5 jours
- B- Vacciner l'enfant
- C- Prélèvement nasopharyngé chez la maman pour PCR
- D- Traiter et vacciner la mère
- E- Traiter et vacciner le père

9. réponses B,C,E

A non car 3 jours pour AZM

B oui, maladie chez le nourrisson considérée comme non immunisante

C symptomatique donc oui

D Non, vaccinée

E oui on traite et on vaccine le père

F oui, on met à jour la vaccination et on informe le personnel de consulter si toux dans les 3 semaines qui suivent, on met une prophylaxie pour le personnel qui ne s'est pas protégé d'un masque) à risque = IDE en pédiatrie (respi chronique, ID, femmes enceintes, en contact avec le) ET vacciné < 5 ans

10. Vous êtes appelé dans la nuit par le pédiatre de garde aux urgences pour un enfant de 6 mois sans antécédent particulier pour une dyspnée fébrile. Il a une température à 39°C, une FC à 200/min, une FR à 50/min, une saturation à 96% en AA. Il est très ballonné. Il est fébrile depuis 48h et tousse depuis 4 jours.

Il est bien vacciné ; né à terme, sans antécédent notable, pas de voyage, bonne croissance
La RP est la suivante



Quelles sont les 2 bactéries les plus probablement en cause

- A- *Streptococcus pneumoniae*
- B- *Mycobacterium tuberculosis*
- C- *Streptococcus agalactiae* B
- D- *Fusobacterium necrophorum*
- E- *Staphylococcus aureus*

10_Réponse : A et E

11. Quelles sont les phrases vraies concernant l'évolution de la résistance aux antibiotiques des pneumocoques responsables d'infections chez les enfants en France

- A- La proportion de souches de pneumocoque issues d'infection invasive de l'enfant et résistante à l'amoxicilline est de moins de 5%
- B- La proportion de souches de pneumocoque issues d'infection invasive de l'enfant et résistante au cefotaxime est de 1%
- C- La proportion de souches de pneumocoque issues d'infection invasive de l'enfant et résistante à l'érythromycine est de 50%
- D- La diminution du nombre d'infection invasive au serotype 19A explique en partie la diminution de la fréquence des souches résistantes à la pénicilline dans les infections invasives à pneumocoque
- E- Vu la résistance actuelle des pneumocoques aux bêta lactamines, le traitement empirique des méningites à pneumocoque de l'enfant est l'amoxicilline à 200mg/kg/j

11_Réponses : A, B, D