

1. Quelles sont par ordre décroissant les étiologies principales des méningites bactériennes chez l'adulte de plus de 25 ans ?

1 - Hemophilus influenzae, 2 - Listeria monocytogenes, 3 - Pneumocoque, 4 - méningocoque, 5 - Staphylococcus aureus

- A 1 - 2 - 3 - 4 - 5
- B 4 - 3 - 2 - 1 - 5
- C 3 - 4 - 2 - 5 - 1
- D 5 - 3 - 4 - 1 - 2
- E 3 - 2 - 4 - 1 - 5

2. Sur quels examens biologiques sur le LCS repose le diagnostic de méningite bactérienne. Cocher les propositions exactes :

- A Une valeur élevée des lactates dans le LCS est fortement associée à une méningite bactérienne
- B La détection des antigènes solubles de pneumocoque par le test d'agglutination sur latex est très sensible et spécifique
- C Une association, glycorachie < 1,9 mmol/l, protéinorachie > 2,2g/l, nombre de GB > 2000/mm³, est prédictive d'une méningite bactérienne
- D La recherche de pneumocoque, méningocoque et Hemophilus influenzae par PCR a une sensibilité qui ne dépasse pas 70%
- E La présence de cocci Gram+ à l'examen direct du LCS est de l'ordre de 90% dans les méningites à pneumocoque

3. Quelles sont les complications cérébrales secondaires classiques de la méningite à pneumocoque traitée ?

- A Hydrocéphalie
- B Vascularite avec multiples infarctus
- C Thrombophlébite cérébrale
- D Hémorragie méningée
- E Encéphalite anti-NDMA

4. Concernant l'utilisation de la dexaméthasone :

- A Réduit les séquelles auditives et neurologiques de la méningite à pneumocoque de l'adulte et de l'enfant si injecté en même temps que l'antibiotique
- B Est de bon pronostic en cas de méningo-encéphalite à Listeria monocytogenes
- C Peut être injectée jusqu'à 4 heures après le début de l'antibiothérapie si elle est oubliée dans un premier temps
- D Peut être arrêtée en cas de méningite bactérienne autre que pneumocoque
- E Ne doit pas être utilisée dans les pays à faible développement

5. Quel est le traitement probabiliste recommandé devant une forte probabilité de méningite bactérienne chez un patient nécessitant un scanner avant la PL ?

- A Pose d'une perfusion de sérum physiologique et attendre pour instaurer antibiothérapie
- B L'administration d'antibiotique doit être faite dans l'heure qui suit l'admission aux urgences en cas de suspicion de méningite bactérienne
- C Céfotaxime 50 mg/kg en dose de charge puis 300 mg/kg/j ± dexaméthasone si âge entre 18 et 50 ans en dehors des facteurs de risque de Listeria monocytogenes
- D Céfotaxime 50 mg/kg en dose de charge puis 300 mg/kg/j + amoxicilline 200 mg/kg + dexaméthasone si âge > 50 ans en dehors des facteurs
- E La gentamicine est recommandée au cours des 5 premiers jours de traitement

6. En cas de méningo-encéphalite avec facteur de risque de Listéria monocytogenes, avec un examen bactériologique négatif, quelles sont les propositions exactes ?

- A L'amoxicilline peut être arrêtée si la culture et la recherche de Listeria par PCR est négative
- B L'amoxicilline ne peut être arrêté que si une cause est retrouvée
- C L'amoxicilline doit être poursuivi 21 jours si facteurs de risque de listeria identifiés
- D La gentamicine n'est plus utile en association avec l'amoxicilline dans les formes neurologiques
- E La gentamicine est recommandée au moins cours des 5 premiers jours de traitement

7. Quelles sont les propositions exactes dans le traitement recommandé de la méningo-encéphalite herpétique chez adolescent et adulte l'immunocompétent ?

- A La durée du traitement est fonction du résultat de la PCR dans le LCS réalisé à J15, même si l'évolution est favorable
- B Aciclovir IV 15 mg/kg/8h durant 14 jours
- C Aciclovir IV 10 mg/kg/8h durant 14 jours
- D Aciclovir IV 10 mg/kg/8h durant 21 jours
- E Un traitement par valaciclovir en fin de traitement est recommandé notamment chez l'immunodéprimé

8. Un homme de 50 ans, sans antécédent notable, est opéré d'un hémangiome du cervelet.

A J8, le patient devient somnolent et fébrile à 38.2°C. Le TDM cérébral montre un remaniement de la fosse postérieure sans collection ni hématome. La PL objective: 275 éléments, 2300 GR, 60% de PNN, glycorachie 0,2 g/L, glycémie 1,2 g/L, protéinorachie 1,8 g/L, Examen direct négatif. Quel examen supplémentaire en urgence demandez-vous ?

- A Lactates LCR
- B PCR ARN16S
- C PCT sérique
- D CRP LCR
- E Aucun

9. Quelles peuvent être les étiologies d'une méningo-encéphalite avec LCS lymphocytaire sans critère de gravité chez un adulte n'ayant jamais quitté la France ?

- A Primo-infection par le VIH
- B Syphilis
- C Dengue
- D Fièvre jaune
- E Borréliose de Lyme

10. Concernant la valeur d'une recherche de virus par PCR dans le LCS au cours d'une méningo-encéphalite (ME), quelles sont les propositions exactes ?

- A La PCR herpes simplex de type 1 peut être normale au début de la ME herpétique
- B Une négativité de la recherche de virus varicellae-zoster par PCR dans le LCR négative 4 jours après le début des signes neurologiques permet d'arrêter le traitement par aciclovir
- C En cas de forte suspicion d'encéphalite à VZV, la recherche d'anti-corps anti-VZV dans le LCR négative conduira à l'arrêt de l'aciclovir
- D La PCR Mycoplasma pneumoniae est très sensible et spécifique
- E La PCR Listeria monocytogenes est de faible sensibilité, variable selon les laboratoires (58-63 %)