

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

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

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 ?

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

4. Quelles sont les recommandations en France vis-à-vis de la mise à jour du calendrier vaccinal chez un enfant migrant de 1 à 15 ans, n'ayant pas de carnet de santé ?

- A En l'absence de carnet de santé, dosage des anticorps antitétaniques et anticorps anti Hbs et complément des immunisations déficientes T-DPCa et VHB
- B Vaccination systématique pour le pneumocoque chez l'enfant de moins de 5 ans
- C Si carnet de santé, non prise en compte des vaccins allégués dans le carnet de vaccination et revaccination complète selon le calendrier vaccinal en vigueur.
- D Vaccination systématique contre ROR et méningite à méningocoque C
- E Dosage de tous les anticorps vaccinaux et complément des immunisations déficientes

5. Vous êtes sollicités par l'ORL pour un enfant de 4 ans 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 Bartonella
- D Culture sur milieu de Lowenstein Jensen
- E PCR F. tularensis
- F PCR toxoplasmose

6. 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 (hors antifongique) proposez-vous ?

- A Echographie cardiaque
- B Echographie des genoux
- C Echographie trans-fontanelle
- D Ponction lombaire
- E Fond d'œil
- F Retrait du cathéter

7. 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

8. 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 2013, 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
- F Vérifier le statut vaccinal du personnel qui s'est occupé du nourrisson

9. 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 Rx thorax 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. 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 Vue 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