

POST-TEST

1. Le parcours éducatif du patient est :

- a. élaboré par un soignant d'après les informations dont il dispose dans le dossier et proposé au patient (F)
- b. personnalisé en fonction des objectifs du patient (V)
- c. réalisé en séances individuelles uniquement car les séances collectives ne sont pas possibles dans la pathologie VIH (F)
- d. centré sur les connaissances et compétences à acquérir pour se traiter (F)
- e. formalisé directement dans le dossier de soin du patient (F)
- f. finalisé par une séance de contrôle des connaissances et compétences acquises (F)

2. En cas de cryptococcose neuro-méningée inaugurale chez un patient VIH, le traitement ARV doit être débuté

- A. immédiatement, en même temps que les antifongiques
- B. entre S1 et S2 du début du traitement antifongique
- C. à S4 du traitement antifongique, quelle que soit l'évolution
- D. à S4 du traitement antifongique, à condition que l'évolution clinique soit favorable et que les cultures soient négatives
- E. uniquement après la fin du traitement d'attaque

Réponse : D

3. En cas de cryptococcose neuro-méningée chez un patient VIH, le traitement d'attaque

- A. peut être réalisé par fluconazole, en l'absence de signe de gravité
- B. doit comporter amphotéricine B + flucytosine pendant au moins 4 semaines
- C. doit comporter amphotéricine B + flucytosine pendant au moins 2 semaines, jusqu'à négativation des cultures
- D. doit associer des corticoïdes à la phase initiale, dans les formes graves
- E. constitue une période où les ponctions lombaires sont dangereuses du fait de l'hyperpression du LCR

Réponse : C

4. Quels sont les antiretroviraux utilisables en PrEP ?

1. Inhibiteurs de Reverse transcriptase
2. Inhibiteurs de Protease
3. Inhibiteurs d'entrée

4. Inhibiteurs d'Intégrase
5. Inhibiteurs de Maturation

réponses: 1, 3, 4

5. Quelles sont les voies possibles d'administration de la PrEP ?

1. Orale
2. Vaginale
3. Injection intraveineuse
4. Implants sous cutanés
5. Aérosols

Réponses: 1, 2,

6. Dans le cadre d'une prescription de prophylaxie pré-exposition du VIH

- A. la prise en charge psychologique ou psychiatrique doit être systématique
- B. le dépistage systématique des IST n'est pas nécessaire
- C. la surveillance de la fonction rénale est indispensable
- D. le risque de neuropathie toxique nécessite une surveillance régulière
- E. le renforcement des messages de réduction des comportements à risque est nécessaire

Réponses : C, E

7. Chez un patient VIH avec comorbidités cardio-vasculaires

- A. le traitement des comorbidités doit s'adapter au traitement de l'infection VIH
- B. le traitement antirétroviral doit être modifié, si l'historique des résistances le permet, pour diminuer le risque d'interaction médicamenteuse
- C. l'histoire naturelle des complications cardio-vasculaires est plus péjorative que pour la population générale
- D. en cas d'atteinte rénale, la dose de ténofovir doit être adaptée
- E. en cas d'atteinte rénale, le ténofovir doit être évité/remplacé

Réponses : B, E

8. Chez un patient VIH bien contrôlé par le traitement antirétroviral en cours

- A. la simplification du traitement, par une mono ou une bithérapie, doit toujours être proposée
- B. la modification du traitement pour intolérance est la raison principale de changement de traitement
- C. l'optimisation du traitement pour simplification thérapeutique est la raison principale de changement de traitement
- D. une attention particulière sur les co-médications est nécessaire, afin de prévenir ou corriger les possibles interactions médicamenteuses
- E. le risque d'échec virologique ultérieur est plus élevé si le taux de CD4 est $< 350/\text{mm}^3$

Réponse : C, D

9. Enfant VIH+. Quelle(s) proposition(s) est (sont) vrai(es) ?

- A. si l'infection par le VIH survient au cours des 24 premiers mois de vie, le risque principal est celui d'infection opportuniste foudroyante majoré du fait de l'immaturation immunitaire
- B. si l'infection par le VIH survient au cours des 24 premiers mois de vie, le risque principal est celui d'une forme évolutive précoce et sévère avec encéphalopathie
- C. la valeur « normale » des CD4 est plus basse chez l'enfant jusqu'à 5 ans
- D. le traitement initial doit privilégier un INNTI, pour faciliter l'observance
- E. le traitement initial doit privilégier un IP/r, en raison des problèmes d'observance et de la barrière génétique élevée de cette classe d'ARV
- F. le traitement initial à base de raltegravir est une option recommandée chez l'enfant de plus de 2 ans

Réponses : B, E, F

10. Vous voyez aux urgences un enfant âgé de 6 ans ayant une infection à VIH traitée avec une charge virale ARN VIH plasmatique < 40 copies/ml et des CD4 à 650 /mm³. Il a de la fièvre à 39°C depuis 24 h bien tolérée. Vous diagnostiquez une otite moyenne aigüe. Parmi les propositions de prise en charge suivantes, la(les)quelle(s) retenez-vous ?

- A) réalisation d'une NFS, CRP et hémoculture
- B) hospitalisation
- C) injection de ceftriaxone
- D) traitement par amoxiciline
- E) retour au domicile

Réponse : D, E