

Prétest

1. Dans un couple homosexuel masculin sérodifférent pour le VIH, la réduction maximale du risque de transmission du VIH à la personne séronégative est obtenue par

- A. le traitement pré-exposition de la personne séronégative
- B. l'utilisation du préservatif
- C. le traitement antirétroviral du partenaire séropositif
- D. A + C

2. Quel est le schéma de prise d'antirétroviraux en prévention pré-exposition (PrEP) à la demande pour un rapport sexuel ?

- 1. Débuter la PrEP 2 à 24h avant le rapport sexuel
- 2. Prendre une dose de charge de 3 cp de TDF/FTC
- 3. Prendre une seconde prise 2h après le rapport sexuel
- 4. Prendre 2 cp espacés de 24h après le rapport sexuel
- 5. La PrEP à la demande n'est recommandée que chez les hommes ayant des rapports avec les hommes

3. Chez un patient VIH présentant une infection opportuniste inaugurale, le traitement ARV doit être débuté

- A. le plus rapidement possible quelle que soit l'IO
- B. uniquement après la fin du traitement d'attaque de l'IO
- C. avec un délai qui dépend du taux de CD4 pour la tuberculose
- D. uniquement après avoir éliminé d'autres IO latentes
- E. doit être différé de 1 à 2 semaines, pour attendre le contrôle de l'IO, sauf pour la cryptococcose neuro-méningée où l'initiation des ARV doit être faite rapidement

4. Le génotype de résistance sur l'ADN VIH intracellulaire

- A. est recommandé, en complément du génotype plasmatique, devant un échec virologique confirmé
- B. apporte des informations supérieures au génotype plasmatique cumulé, du fait de l'archivage intracellulaire des mutations de résistance
- C. a une excellente valeur prédictive négative
- D. est surtout utile en l'absence de génotype plasmatique antérieur si il y a la notion d'échec virologique dans l'historique thérapeutique
- E. doit être demandé avant un switch de bithérapie en situation de succès virologique

5. Le diabète sucré chez le patient VIH

- A. a une incidence plus élevée que dans la population générale
- B. a une évolution (complications micro- et macro-vasculaires) plus rapide que dans la population générale
- C. est plus fréquent chez les patients avec lipohypertrophie abdominale
- D. est plus fréquent chez les patients lipoatrophiques
- E. doit faire éviter la metformine du fait d'interactions avec les ARV et de toxicité majorée

6. Parmi les cancers suivants, lesquels peuvent être viro-induits ?

- A- Cancer du col
- B- Cancer du poumon

- C- Cancer ORL
- D- Cancer anal
- E- Maladie de Hodgkin

7. Parmi les cancers suivants, lesquels, à âge égal, sont plus fréquents dans la population des PVVIH que dans la population générale ?

- A- Maladie de Hodgkin
- B- Cancer du foie
- C- Cancer du poumon
- D- Cancer de la prostate
- E- Cancer colorectal

8. Concernant les pathologies neuroVIH, quelles sont les réponses exactes ?

- A- La Leuco-encéphalomyélopathie progressive (LEMP) n'a pas de traitement étiologique spécifique
- B- La toxoplasmose cérébrale est la deuxième cause d'atteinte neuroSIDA après l'encéphalite VIH
- C- La charge virale VIH dans le LCS n'est pas utile au diagnostic d'encéphalite VIH
- D- Les troubles neurocognitifs chez les PVVIH sont dus à un échappement virologique VIH au sein du SNC
- E- Il est possible d'avoir une charge virale détectable dans le LCS et indétectable dans le plasma

«Femme et VIH : suivi gynécologique et proctologique, contraception, adaptation des antirétroviraux aux projets de conception»

Pré-test

9 : Lister la ou les proposition(s) exacte(s) concernant le suivi gynécologique recommandé chez les femmes vivant avec le VIH

- A. Un examen gynécologique et une cytologie cervico-utérine sont recommandés lors de la découverte de l'infection VIH
- B. Un examen gynécologique et une cytologie cervico-utérine sont recommandés tous les ans chez toutes les femmes vivant avec le VIH
- C. Une colposcopie systématiquement associée à la cytologie cervico-utérine de dépistage n'est recommandée qu'en cas de déficit immunitaire sévère ($CD4 < 200/mm^3$)
- D. Le dépistage du cancer du col n'est recommandé que jusqu'à 65 ans
- E. Chez les femmes traitées par antirétroviraux, la fréquence de la surveillance de la cytologie cervico-utérine est fonction du nombre de CD4, de la valeur de la charge virale plasmatique et des antécédents de lésion malpighienne intra-épithéliale.

10 : Lister, parmi les suivantes, la ou les proposition(s) exacte(s) en matière de contraception chez les femmes vivant avec le VIH

- A. Les dispositifs intra-utérins ont une tolérance et efficacité équivalentes à celle observées en population générale.
- B. L'efficacité des contraceptifs hormonaux oraux, implant, patchs et anneaux est potentiellement modifiée par tous les antirétroviraux
- C. La contraception par microprogestatifs per os comporte un risque d'augmentation de la charge virale cellulaire dans les sécrétions génitales, de spotting et/ou métrorragies pouvant augmenter le risque de transmission du VIH
- D. La dose de levonorgestrel (Norlevo® ou générique) en contraception d'urgence doit être doublée en cas de prise simultanée de certains antirétroviraux inducteurs enzymatiques
- E. Une contraception efficace est recommandée chez les femmes en âge de procréer recevant du dolutegravir