

QCM Pré-tests - Thém. n° 22 : Infections et Pédiatrie

1. Nous sommes en janvier, Arthur 4 mois présente une dyspnée sifflante avec un fébricule à 38.5°C. Il a reçu 2 hexavalents et 2 vaccins antipneumococciques conjugués 13 valences. Il a une bonne hémodynamique, il a un tirage intercostal. L'auscultation retrouve des crépitants et des sibilants dans les 2 champs pulmonaires. Quel(s) examen(s) diagnostic évoquez-vous ?

- A- Une infection à VRS (bronchiolite)
- B- Une infection à SARS-Cov2 (pneumonie virale)
- C- Une coqueluche
- D- Une infection à *Mycoplasma pneumoniae*
- E- Une crise d'asthme

2. Vous êtes appelés pour un avis sur l'antibiothérapie d'une ostéoarthrite de hanche survenant chez un nouveau-né de 21 jours (né à terme, 4 kg). Grossesse physiologique, accouchement sans complication ni pour la mère ni pour l'enfant. PV de fin de grossesse négatif.

Quelle antibiothérapie proposez-vous en empirique ?

- A- Amoxicilline 200 mg/kg/j et metronidazole 30 mg/kg/j
- B- Cefotaxime 200 mg/kg/j + fosfomycine 200 mg/kg/j
- C- Cefotaxime 200 mg/kg/j + Amoxicilline 200mg/kg/j + gentamicine 8 mg/kg/j
- D- Cefotaxime 200 mg/kg/j + gentamicine 8 mg/kg/j
- E- Cloxacilline 200 mg/kg/j + gentamicine 8 mg/kg/j

3. Léa 4 ans consulte pour une dysurie sans fièvre, elle a également une pollakiurie. La BU retrouve leuco 2+, nitrites 1+. Elle n'a pas de comorbidités, une croissance normale et des vaccins à jour. Elle est constipée et a des signes d'instabilité vésicale.

Quelle prise en charge proposez-vous (plusieurs réponses possibles) ?

- A- un traitement symptomatique par hydratation orale avec un calendrier des boissons et traitement de la constipation par laxatifs
- B- une antibiothérapie par cotrimoxazole
- C- une antibiothérapie par amoxicilline/acide clavulanique
- D- une antibiothérapie par cefixime
- E- vous attendez les résultats de l'ECBU pour débiter le traitement antibiotique

4. Vous faites une visite « d'infectiologie » systématique en maternité, et on vous parle d'un nouveau-né de 3 jours fébrile avec une température à 39°C. Il est né à 40 SA dans un contexte de rupture prolongée de la poche des eaux. Le PV fait au dernier trimestre de grossesse était négatif. La mère a reçu une dose d'amoxicilline 2g en début de travail. L'apgar était à 10/10, l'examen clinique était normal à J0.

A part la fièvre, l'examen clinique vous est décrit comme normal mais il tète un peu moins bien, la mère a mal à la gorge depuis 2-3 jours avant l'accouchement, elle a un fils aîné qui a un syndrome pied-main-bouche.

Quelle(s) prise(s) en charge proposez-vous ?

- A- Une surveillance rapprochée des constantes
- B- Un dosage de la PCT
- C- La réalisation d'une hémoculture
- D- La réalisation d'une PL

- E- Une antibiothérapie probabiliste (après les éventuels prélèvements) par Amoxicilline + gentamicine

5. Depuis la généralisation de la vaccination avec le PCV 13 :

- A- L'incidence des otites moyennes aiguës a diminué en France chez les moins de 5 ans
- B- L'incidence des infections invasives à pneumocoque a diminué en France chez les moins de 2 ans
- C- L'incidence des infections invasives à pneumocoque a diminué en France chez les plus de 65 ans
- D- L'incidence des infections invasives à pneumocoque lié à des sérotypes non vaccinaux a augmenté chez les enfants de moins de 2 ans
- E- Le portage des sérotypes de pneumocoques non vaccinaux est plus fréquent chez les moins de 2 ans

6. Parmi les situations cliniques suivantes, lesquelles justifient la réalisation systématique d'examens complémentaires à la recherche d'un possible déficit immunitaire sous-jacent ?

- A. Jean-Charles, 8 ans, présente une tuberculose pulmonaire à l'arrivée du Rwanda
- B. Samuel, 9 ans, présente 5 otites moyennes aiguës par an
- C. Meriem, 10 ans, a présenté une méningite à méningocoque, sans aucun autre antécédent
- D. Amine, 2 ans, présente 4 otites moyennes aiguës par an
- E. Emilie, 15 ans, présente 2 pneumopathies aiguës par an depuis 2 ans.

7. Vous êtes appelés en service d'ORL pour avis sur un enfant de 3 ans, vaccinations à jour, qui présente depuis 7 jours une adénopathie cervicale de 2 cm, douloureuse, associée à de la fièvre depuis 6 jours. Il avait eu une conjonctivite bilatérale dite « allergique » les 24 premières heures et une angine qui ont disparu. Un traitement en ville par Amoxicilline/ac. clavulanique mis en place depuis 3 jours ne semble pas avoir modifié les symptômes. A votre examen qui est difficile car l'enfant pleure sans interruption, vous remarquez aussi une éruption cutanée maculeuse du tronc et des œdèmes des pieds avec difficulté à la marche. Que faites-vous en priorité (1 réponse) ?

- A. Traitement par cefotaxime + Metronidazole
- B. Organisation d'une biopsie ganglionnaire
- C. Traitement par immunoglobulines IV 2g/Kg + Aspirine dose antiagrégante
- D. Réalisation d'un bilan complémentaire avec des marqueurs d'activation macrophagique, échographie cardiaque
- E. PCR rougeole salivaire

8. Les urgences vous appellent suite à un résultat de coproculture d'un nourrisson de 2 mois positif à *Salmonella typhi murium*, réalisée dans le cadre d'une diarrhée fébrile avec glaires. Le reste du bilan infectieux (Hémocultures, ECBU) est négatif Le nourrisson est en bon état général sans signe de sepsis. Que proposez-vous?

- A. Traitement par Ceftriaxone 50mg/kg/j
- B. Traitement par ceftriaxone 100mg/kg/j
- C. Traitement par ciprofloxacine 40mg/kg/j
- D. Traitement par Azithromycine 20 mg/kg/j

E. Pas de traitement car salmonelle mineure

9. Vous êtes appelés par les urgences pour un avis à propos d'un enfant de 3 ans admis aux urgences pour suspicion d'infection cutanée. Il a des lésions de varicelle profuse, une fièvre à 39°C, un érythème infiltré autour d'une lésion nécrotique très sensible à la palpation sans crépitations et un exanthème érythémateux. La fc est à 180/min, le TRC à 3 secondes, la FR à 32/min. il est sous clarithromycine depuis 2 jours pour surinfection de varicelle car notion de diarrhées importantes lors d'un traitement antérieur par amoxicilline/acide clavulanique. Quel(s) diagnostic(s) sont les plus probables dans ce contexte ?

- A. Choc toxinique à staphylocoque doré avec leucocidine de Panton Valentine
- B. Choc toxinique à staphylocoque doré avec TSST
- C. DRESS syndrome
- D. Choc toxinique à SGA
- E. PIMS post COVID

10. Vous êtes appelé par la réanimatrice néonatalogiste de votre établissement pour un nouveau-né de 3 semaines, né à 25 SA à 610g. Il pèse actuellement 1080g, il a un KT central type épicutanéocave, il s'est dégradé il y a 48h et a été mis sous ceftazidime + vancomycine en IVSE. L'hémoculture faite il y a 48h était positive à *Staphylococcus capitis* avec une CMI à la vanco à 2, l'hémoculture faite à 24h de la vanco était également positive à *S.capitis* et elle vous appelle ce jour car une 3ème hémoculture pousse à cocci Gram positif en amas. La vancocinémie est à 20mg/L Il a dû être mis sous amine devant une instabilité hémodynamique et sous ventilation haute fréquence pour une détérioration respiratoire
Que proposez-vous ?

- A- Arrêt de la ceftazidime
- B- Augmentation de la posologie de vanco pour une concentration cible à 40mg/L
- C- Retrait du KTC
- D- Faire une PL
- E- Recherche d'hétérorésistance du *S.capitis*