



Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



journal homepage: [//france.elsevier.com/direct/reaurg](http://france.elsevier.com/direct/reaurg)



AUTOÉVALUATION / QCM

## Autoévaluation

## Self-evaluation

J.-L. Trouillet

Service de réanimation médicale, institut de cardiologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hopital, 75651 Paris, France

Disponible sur internet le 12 avril 2007

### QCM1 La décontamination digestive sélective (DDS) en réanimation : quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?

- A. La DDS diminue le taux de pneumonie acquise sous ventilation mécanique dans certaines populations.
- B. Les antibiotiques habituellement utilisés dans la DDS sont inactifs sur le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM).
- C. La DDS est contre-indiquée dans un environnement où l'endémie du SARM est importante.
- D. L'apparition de résistance sous DDS n'a jamais été rapportée.
- E. La DDS comporte habituellement une association de polymyxine E, de tobramycine et d'amphotéricine B. Un traitement systémique de courte durée par céfotaxime y est habituellement associé.

### QCM 2 Infections fongiques et marqueurs biologiques. Quelle(s) proposition(s) est (sont) fausse(s) ?

- A. En clinique dans le but de diagnostiquer une aspergillose invasive, le test recherchant l'antigène galactomannane par technique Elisa a une sensibilité très variable comprise entre 25 et 100 % et une spécificité supérieur à 85 %.

- B. Les performances du test antigène galactomannane (antigénémie aspergillaire) sont meilleures en hématologie où le risque majeur est la neutropénie qu'en transplantations d'organes.
- C. Des antibiotiques dont la fabrication utilise *Penicillium sp.* sont responsables de faux positifs du test recherchant la présence d'antigène galactomannane.
- D. La production de galactomannane peut provenir d'autres agents fongiques qu'*Aspergillus*.
- E. Un résultat isolé d'un test détectant la présence de mannanes (constituants des parois des *Candida*) a un grand intérêt diagnostique.

### QCM 3 Les infections respiratoires virales en réanimation. Apport du laboratoire. Quelle est la proposition fausse ?

- A. Les virus suivants peuvent être responsables de pneumonies sévères virus influenza, virus respiratoire syncytial, virus para-influenza, adénovirus, coronavirus, rhinovirus, entérovirus, métapneumovirus humain, bocavirus.
- B. La recherche de ces virus doit être effectuée sur un prélèvement nasal ou trachéobronchique, riche en cellules épithéliales.
- C. La mise en évidence d'antigènes viraux par immunofluorescence (IF) ou technique immunoenzymatique dans les cellules infectées est simple, rapide, d'un coût modéré, et très sensible dans les infections respiratoires chez l'adulte.
- D. La recherche virale en culture est compliquée et de réponse tardive.

<sup>1</sup> Adresse e-mail : [jean-louis.trouillet@psl.aphp.fr](mailto:jean-louis.trouillet@psl.aphp.fr) (J.-L. Trouillet).

- E. Les techniques de PCR multiplex, recherchant plusieurs virus directement dans les prélèvements, seraient les plus adaptées au diagnostic en raison du nombre de virus à rechercher.

**QCM 4 Apport des techniques de biologie moléculaire dans le diagnostic des endocardites infectieuses. Quelle(s) proposition(s) est (sont) fausse(s) ?**

- A. La cause principale des endocardites à hémocultures négatives demeure l'endocardite décapitée par un traitement antibiotique préalable à la réalisation d'hémocultures.
- B. Les autres étiologies des endocardites à hémocultures négatives sont les bactéries à croissance difficile (HACCEK, streptocoques déficients, *Brucella*, *Bartonella*), les agents fongiques, les micro-organismes non cultivables sur milieu usuel (*Coxiella burnetii*, *Tropheryma whippelii*, *Legionella*, *Chlamydia*, *Mycoplasma*, *Mycobacteria Spp*).
- C. Il n'existe pas de faux positifs avec la technique fondée sur l'amplification de l'ADNr 16S.
- D. Le matériel (valves cardiaques, végétations, tissus prothétiques, embolies) doit d'abord être acheminé au laboratoire de bactériologie.
- E. Si les prélèvements ne peuvent être traités sur place, ils doivent être conservés à -80° et adressés dans de la carboglace au laboratoire spécialisé.

**QCM 5 L'infection à cytomégalovirus (CMV) chez le patient immunocompétent. Quelle proposition est inexacte ?**

- A. Dans les pays développés, 60 à 100 % de la population sont infectées par le CMV.
- B. Les techniques de PCR détectant l'ADN viral du CMV dans tout type de tissu ont une sensibilité élevée (95-100 %).
- C. Une infection à CMV peut être évoquée chez les patients de réanimation, même en dehors de toute immunodépression caractérisée, comme un diagnostic possible en cas de fièvre inexpliquée, de diarrhée, de SDRA ou de syndrome de défaillance multiviscérale.
- D. Les études rapportant l'incidence des infections à CMV chez les malades de réanimation non immunodéprimés, au sens usuel du terme, donnent des chiffres allant de 0 à 35 %.
- E. La réactivation du CMV chez un malade non immunodéprimé est définitivement considérée comme un facteur de surmorbidity et de surmortalité.

**QCM 6 Infections respiratoires à virus Herpes Simplex en réanimation. Quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ?**

- A. La présence d'herpes simplex (HVS) dans les sécrétions pulmonaires est synonyme d'infection bronchopulmonaire herpétique.
- B. L'existence d'une maladie liée à HSV peut être affirmée s'il existe une atteinte histologique du tissu par le virus (un effet cytopathogène caractéristique du virus herpétique avec présence de cellules géantes, multinucléées, avec des inclusions intranucléaires caractéristiques).
- C. La plupart des patients présentant une bronchopneumonie herpétique ont une maladie sous-jacente grave : immunosuppression médicamenteuse ou acquise, défaillance multiviscérale après chirurgie lourde, SDRA, brûlures étendues.
- D. Dans une étude récente faite en réanimation, la présence d'une atteinte cutanéomuqueuse (vésicule labiale herpétique ou gingivostomatite) était fréquemment associée à une atteinte bronchopulmonaire.
- E. Chez un patient de réanimation non immunodéprimé, il n'existe à l'heure actuelle aucun argument pour administrer un traitement antiviral spécifique en cas d'infection bronchopulmonaire à HSV.

**QCM 7 Échec de l'antibiothérapie en réanimation. Quelles sont les propositions exactes ?**

- A. L'échec clinique est défini par la persistance de la fièvre au-delà de j3.
- B. La neutropénie est une situation clinique à l'origine d'échec thérapeutique.
- C. La probabilité de succès du traitement d'une infection sévère par fluoroquinolone est significativement plus élevée si le rapport Aire sous la courbe/Concentration minimale inhibitrice est supérieur à 125.
- D. Si l'héparine et un aminoside sont perfusés simultanément sur une même voie, l'antibiotique se trouve inactivé.
- E. Le phénomène d'hyperproduction de céphalosporinase par des entérobactéries du groupe III est un phénomène d'induction transitoire, disparaissant lorsque l'inducteur (C2G, C3G notamment) est enlevé du milieu.

**Réponses**

1. A B C E - 2. E - 3. C - 4. C - 5. E - 6. B C D E - 7. B C D E