



AUTOÉVALUATION/QCM

Autoévaluation

- (1) Parmi les propositions suivantes, la (les) quelle(s) est(sont) exacte(s)?
- au moins une étude suggère une efficacité supérieure de l'association amphotéricine B + flucytosine dans l'aspergillose cérébrale.
 - au moins une étude suggère une diminution de la mortalité avec l'association amphotéricine B + flucytosine en cas d'aspergillose pulmonaire chez des patients non neutropéniques.
 - des sociétés savantes ont recommandé une association systématique d'antifongiques en cas d'aspergillose pulmonaire quel que soit le terrain et l'état du patient.
 - il existe des données cliniques convaincantes sur l'association d'une échinocandine et d'un polyène ou d'un azolé dans les infections à *Candida* chez l'homme.
 - l'association amphotéricine B et flucytosine fait partie des recommandations françaises dans le traitement des endocardites, des méningites et des endophtalmies à *Candida*.
- (2) Patient d'oncologie neutropénique fébrile. D'après les dernières recommandations de l'« European Conference on Infections in Leukaemic patients », dans l'antibiothérapie d'un patient neutropénique fébrile, un aminoside : (quelles sont les propositions exactes?)
- doit être systématiquement associé avec la bêtalactamine.
 - doit être associé lorsque le patient est en état de choc ou de sepsis sévère.
 - doit être donné en cas d'infection documentée à *Pseudomonas aeruginosa*.
 - doit être administré en une seule dose quotidienne.
 - doit être ajouté empiriquement en cas de fièvre persistante.
- (3) Infections liées aux stimulateurs cardiaques et infections particulières aux dialysés rénaux chroniques : quelle proposition est fautive?
- un staphylocoque est impliqué dans 50 à 90 % des infections de pacemaker.
 - le traitement d'une infection de pacemaker, que celle-ci soit locale ou systémique, nécessite chaque fois que cela est possible un retrait de la totalité du matériel implanté.
- (c) la taille des végétations d'une endocardite sur pacemaker guide la technique de retrait.
- (d) le diagnostic de péritonite sur cathéter de dialyse péritonéale est posé lorsqu'il y a plus de 100 éléments/mm³, dont 50 % de polynucléaires neutrophiles.
- (e) les modes de contamination d'une dialyse péritonéale sont dans un ordre décroissant une erreur de manipulation du cathéter de dialyse, une infection d'un organe abdominal, une infection systémique.
- (f) chaque fois qu'elle est possible l'administration de l'antibiotique par voie intrapéritonéale est recommandée.
- (g) en cas d'infection de la voie d'abord vasculaire chez un hémodialysé chronique, une endocardite survient dans 5 à 10 % des cas de bactériémies.
- (h) les infections sévères de cathéters vasculaires avec complications ou tunnelites nécessitent l'ablation immédiate du cathéter en plus du traitement antibiotique.
- (4) Concernant les carbapénèmes :
- les crises convulsives sont plus fréquentes lors de l'utilisation du méropénème.
 - ertapénème n'a pas d'activité anti *P. aeruginosa*.
 - le doripénème est le seul à avoir une activité contre le *Staphylococcus aureus* méticilline résistant.
 - ils ont tous une élimination rénale.
 - la résistance aux carbapénèmes est le plus souvent croisée.
- (5) Concernant la légionellose :
- la transmission interhumaine, bien qu'elle soit rare, a déjà été décrite.
 - Legionella longbeachae* est associée à une contamination au compost.
 - l'antigénurie apparaît cinq jours après le début des signes cliniques.
 - la spiramycine est aussi active que l'érythromycine.
 - la pneumopathie interstitielle bilatérale est la forme la plus fréquente à la radiopulmonaire.

- (6) La colistine :
- (a) est active sur les cocci à Gram positif.
 - (b) agit sur la membrane cytoplasmique de la bactérie.
 - (c) a une toxicité rénale moindre que les aminosides.
 - (d) en aérosol peut être responsable de bronchospasme.
 - (e) son activité est le plus souvent diminuée par les autres antibiotiques anti *P. aeruginosa* interdisant les associations.

- (9) d, c, b
- (5) d, b
- (4) e, d, b
- (3) c
- (2) d, c, b
- (1) e, b, a

Réponses exactes :

J.-L. Trouillet*
*Service de réanimation médicale,
CHU La-Pitié-Salpêtrière, 47-83,
boulevard de l'hôpital,
75651 Paris cedex 13, France*

Y. Cohen
*Service de réanimation médicochirurgicale,
CHU Avicenne, 93009 Bobigny, France*

*Auteur correspondant.
*Adresse e-mail : jean-louis.trouillet@psl.aphp.fr
(J.-L. Trouillet)*

Disponible sur Internet le 13 mars 2008