

## TEST MEDQUAL

### Réponses

#### Cas n°1

##### 1. Quel est votre diagnostic ?

Bonne réponse : roséole (éruption virale indéterminée acceptée)

##### Commentaires :

- La description correspond préférentiellement à une roséole. Cependant, il pourrait tout aussi bien s'agir d'une éruption virale indéterminée. Faire la différence en pratique est un casse-tête ... et surtout inutile ! Adénovirus, Entérovirus ... nombreux sont les virus à provoquer des exanthèmes chez le nourrisson, et quoi qu'il en soit, la prise en charge est similaire.
  
- Concernant la roséole :
  - \* Elle touche préférentiellement les nourrissons de 6 à 24 mois. Elle est due à un herpesvirus (HHV6).
  - \* La forme caractéristique associe :
    - une fièvre importante évoluant sur 2 à 5 jours
    - suivie d'une éruption accompagnant la défervescence thermique. Cette éruption est maculo papuleuse et prédomine au niveau du tronc et du front.
    - l'état général est conservé
  - \* L'incubation dure 5 à 15 jours, l'éviction n'est pas recommandée.
  
- Vous trouverez ci-dessous 2 documents :
  - fiches récapitulatives (et ludiques !) concernant les éruptions chez l'enfant (il s'agit d'une fiche canadienne, certaines recommandations vaccinales peuvent donc varier par rapport à notre calendrier).
  - document résumant les durées d'éviction de différentes pathologies infectieuses (HCSP 2012). Conseil : le sommaire se trouve en page 17 !

##### Liens :

Fiches éruptions cutanées de l'enfant : [https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/saup\\_professionnels/fichiers/erruptions\\_cutanees\\_st\\_justine.pdf](https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/saup_professionnels/fichiers/erruptions_cutanees_st_justine.pdf)

Durées d'éviction :

[https://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20120928\\_maladieinfectieusecollectivite.pdf](https://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20120928_maladieinfectieusecollectivite.pdf)

**2. La mère de Paul est enceinte de 2 mois et est inquiète. Existe-t-il un risque pour la grossesse ?**

Bonne réponse : non

Commentaires :

- Comme de nombreux autres virus responsables d'exanthèmes, la roséole ne comporte aucun risque pour la grossesse. Rassurer la maman !
- Même en l'absence de diagnostic précis concernant cet exanthème, l'important est d'éliminer les situations qui pourraient avoir une répercussion sur la prise en charge de cette grossesse (rougeole, rubéole, parvovirus B19, varicelle notamment...)
- En cas de questions concernant le risque infectieux en cas de grossesse, vous pouvez consulter les fiches du site MedQual (lien ci-dessous)

Liens :

Risque infectieux et grossesse : <http://www.medqual.fr/index.php/c-a-t-devant-une-pathologie-infectieuse-transmissible/grossesse-et-viroses-parasitoses/2-non-categorise/262-grossesse-et-contage-infection>

## Cas n°2

### 1. Quel est votre diagnostic ?

Bonne réponse : rougeole

#### Commentaires :

- La rougeole touche préférentiellement les nourrissons et les adolescents, notamment non ou mal vaccinés.
  
- La forme caractéristique comporte :
  - \* Phase d'invasion de 2 à 4 jours (contagiosité maximale) :
    - fièvre élevée, altération de l'état général
    - catarrhe oculo respiratoire (conjonctivite, rhinite, toux, photophobie)
    - le fameux signe de Köplik (apparition vers la 36<sup>ème</sup> heure puis disparition au début de l'éruption)
  - \* Puis éruption :
    - apparition environ 14 jours après le contagage (7 à 18 jours)
    - éruption maculo papuleuse non prurigineuse débutant derrière les oreilles puis extension à la face puis de haut en bas en 3 jours. Paumes et plantes épargnées. Intervalles de peau saine
    - disparition en 5 à 6 jours
  
- L'incubation dure une dizaine de jours (jusqu'à 18 jours)
  
- La contagiosité débute 5 jours avant le début de l'éruption et persiste jusqu'à 5 jours après.

### 2. Quelles sont les affirmations exactes ?

Bonnes réponses :

- La sérologie rougeole est recommandée
- Une PCR rougeole sur prélèvement salivaire est recommandée
- Un cas suspect de rougeole doit être déclaré à l'ARS
- Les immunoglobulines peuvent être proposées à certains patients contacts

#### Commentaires :

- En médecine générale, le prélèvement salivaire et la sérologie sont recommandées pour le diagnostic de rougeole. Les prélèvements doivent être réalisés au cabinet (kit salivaire) ou à domicile (sérologie) en raison de la contagiosité.

- Le kit de prélèvement salivaire est à commander auprès des ARS (*via* leur site internet. N'hésitez pas, l'ARS a déjà reproché à certains médecins de ne pas disposer de kit salivaire à leur cabinet !). Technique de réalisation en lien ci-dessous.
  
- Quelques pièges concernant la sérologie :
  - \* une sérologie réalisée lors des 3 premiers jours de l'éruption peut être faussement négative : contrôler à 1 semaine.
  - \* la présence d'IgG seules en début d'éruption signe soit une rougeole antérieure soit un antécédent de vaccination (même incomplète). Elle ne permet pas d'attester de l'immunisation contre la rougeole et nécessite un contrôle à 1 semaine pour rechercher un doublement des IgG qui signerait une infection.
  
- La rougeole est une maladie à déclaration obligatoire, que le cas soit suspecté cliniquement ou affirmé biologiquement. Procédure de déclaration en lien ci-dessous.
  
- Le virus de la rougeole peut rester présent dans l'air jusqu'à 2h après le départ du malade !! Il est recommandé d'aérer la salle d'attente pendant 15 minutes.
  
- L'éviction du patient durera 5 jours à compter du début de l'éruption.
  
- Il est nécessaire de rechercher les cas contacts jusqu'à 5 jours avant l'éruption et de vérifier le statut vaccinal. La conduite à tenir dépendra de l'âge du contact.  
Une attention particulière sera portée aux personnes à risque de rougeole grave pouvant justifier dans certains d'une injection d'immunoglobulines : nourrissons < 1 an, femmes enceintes non immunisées, patients immunodéprimés.  
(cf fiche MedQual ci-dessous pour s'y retrouver !!).

Liens :

Réalisation du test salivaire :

[http://www.medqual.fr/images/PRO\\_2018/CAT-PATHO-IFECTIEUSE/ROUGEOLE/kit-prelevement-salivaire.pdf](http://www.medqual.fr/images/PRO_2018/CAT-PATHO-IFECTIEUSE/ROUGEOLE/kit-prelevement-salivaire.pdf)

Déclaration obligatoire :

<http://www.medqual.fr/index.php/c-a-t-devant-une-pathologie-infectieuse-transmissible/maladies-a-declaration-obligatoire>

Conduite à tenir devant un cas de rougeole :

[http://www.medqual.fr/images/PRO\\_2018/CAT-PATHO-IFECTIEUSE/ROUGEOLE/CAT\\_devant\\_un\\_cas\\_de\\_rougeole\\_V1.pdf](http://www.medqual.fr/images/PRO_2018/CAT-PATHO-IFECTIEUSE/ROUGEOLE/CAT_devant_un_cas_de_rougeole_V1.pdf)

**3. Quelles sont les affirmations exactes concernant le rattrapage vaccinal pour Hashim et sa famille ?**

Bonnes réponses :

- En l'absence de preuve vaccinale, il faut considérer qu'aucun vaccin n'a été réalisé
- On peut réaliser jusqu'à 4 vaccins lors de la même séance de vaccination
- Les sérologies pré et post vaccinales peuvent aider à guider le rattrapage vaccinal

#### Commentaires :

Les récentes recommandations de la HAS (décembre 2019) rappellent quelques principes en matière de rattrapage vaccinal :

- Toutes les doses de vaccins reçues et tracées comptent, indépendamment du délai écoulé depuis la dernière dose (pour peu que soient respectés l'âge minimal, l'intervalle minimal entre 2 doses et la dose d'antigène correspondant aux recommandations pour l'âge).
- En l'absence de preuve, considérer le patient comme non vacciné (il n'y a aucun risque à administrer des doses par « excès » chez une personne déjà immune).
- Jusqu'à 4 injections peuvent être réalisées au cours d'une même séance de vaccination. Respecter au moins 2,5 cm entre 2 sites d'injection.
- La vaccination BCG est recommandée pour tout patient migrant originaire d'une zone endémique. Ces zones sont rappelées p45 du calendrier vaccinal 2020 (cf ci-dessous). Cette vaccination est possible le même jour que n'importe quel autre vaccin. Il faudra éviter de vacciner dans le membre ayant reçu la vaccination par BCG pendant 3 mois.
- Aucune association vaccinale n'est déconseillée et aucun délai minimum n'est requis entre 2 séances de vaccination. Seule exception : les vaccins vivants atténués doivent être administrés le même jour, ou à au moins 4 semaines d'intervalle / la vaccination ROR et fièvre jaune est à éviter le même jour et un délai d'au moins 4 semaines entre les 2 est recommandé.
- L'utilisation de sérologies peut aider à guider le rattrapage vaccinal en limitant les doses injectées. Cependant, cette pratique ne s'envisage que si le patient peut être facilement revu ! (un document est en cours de préparation concernant la prise en charge d'un patient migrant : guettez sa sortie sur le site MedQual !).

#### Liens :

Calendrier vaccinal 2020 : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

## Cas n°3

### 1. A quelle(s) pathologie(s) dermatologique(s) corresponde(nt) ces lésions ?

Bonnes réponses :

- Dermite séborrhéique
- Dermatophytie

### 2. Que faut-il rechercher ?

Bonnes réponses : comportements sexuels à risque / syphilis / VIH

#### Commentaires :

Devant des lésions dermatologiques récidivantes, il faut impérativement interroger le patient sur son orientation sexuelle et d'éventuels comportements sexuels à risque. Il faut toujours avoir en tête la possibilité d'une syphilis secondaire devant des lésions cutanées, même fortement évocatrice d'autres diagnostics et réaliser un bilan IST au moindre doute.

Les lésions récidivantes de dermite séborrhéique doivent également faire rechercher un VIH.

En 2018, près de 180 personnes ont découvert leur séropositivité pour le VIH en Pays de la Loire. Un tiers des cas nouvellement diagnostiqués le sont au stade tardif ( $CD4 < 200/mm^3$ ), d'où l'importance de proposer largement le dépistage.

Sur la même année, 52 cas de syphilis ont été diagnostiqués, chez des HSH (\*) dans 80% des cas.

NB : Evidemment, on pourra aussi interroger sur la présence d'un animal à domicile qui pourrait être responsable d'authentiques lésions dermatophytiques récidivantes !

(\*) HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

### 3. Quelle est votre prise en charge ?

Bonnes réponses :

- PCR urinaire + écouvillon urétral Chlamydia + Gonocoque
- Ceftriaxone IM dose unique
- Azithromycine dose unique
- Dépistage IST du ou des partenaire(s)
- Dépistage IST régulier pour Julien au décours

### Commentaires :

- Chez les patients asymptomatiques, le dépistage s'effectue par PCR uniquement (urines chez l'homme, auto prélèvement vaginal chez la femme, plus rentable que l'analyse urinaire).  
En cas de symptômes, si on suspecte un Gonocoque, il faut y associer la culture sur prélèvement urétral chez l'homme ou PV chez la femme (en plus des éventuels autres sites, cf plus bas).
  
- La résistance du gonocoque aux C3G est marginale. Le traitement de 1<sup>ère</sup> intention reste donc la ceftriaxone 500mg dose unique en IM.  
On y associe systématiquement un traitement dirigé contre *Chlamydia trachomatis* (10 à 50% de co-infections) : azithromycine 1g prise unique *per os* ou doxycycline pendant 7 jours.  
Les recommandations de la Société Française de Dermatologie de 2016 sont de traiter sans attendre les résultats en cas d'écoulement urétral.
  
- Les rapports doivent être protégés pendant 7 jours.
  
- Les patients ayant des comportements sexuels à risque doivent bénéficier d'un dépistage IST régulier (au minimum tous les ans, voire tous les 3 mois selon les risques, cf fiche dépistage IST).  
Chez les HSH, penser notamment :
  - \* à la sérologie VHA (et vacciner si négatif)
  - \* aux écouvillonnages pharyngés et anorectaux à la recherche de Chlamydia et Gonocoque, fréquemment asymptomatiques (remboursés, arrêté du 23/05/2019, paru au JO le 31/08/2019)
  - \* à vacciner contre HPV jusqu'à 25 ans inclus

### Liens :

Fiche récapitulative dépistage IST : [http://www.medqual.fr/images/PRO\\_2018/CAT-PATHO-IFECTIEUSE/IST/depistage-IST.pdf](http://www.medqual.fr/images/PRO_2018/CAT-PATHO-IFECTIEUSE/IST/depistage-IST.pdf)

Interprétation sérologie syphilis : [http://www.medqual.fr/images/PRO\\_2018/CAT-PATHO-IFECTIEUSE/IST/SYPHILIS-2018.pdf](http://www.medqual.fr/images/PRO_2018/CAT-PATHO-IFECTIEUSE/IST/SYPHILIS-2018.pdf)

## Cas n°4

### 1. Quels sont les trois principaux diagnostics à évoquer devant une éruption maculo-papuleuse fébrile au retour de voyage ?

Bonnes réponses :

- Arbovirose : dengue, chikungunya, zika...
- Rickettsiose
- Toxidermie

#### Commentaires :

- De nombreuses pathologies du voyageur peuvent se manifester par une éruption, fébrile ou non. Souvent chronophage, ce motif de consultation nécessitera des renseignements précis sur la zone et les conditions de voyage, la chronologie des symptômes et un examen clinique rigoureux. Le ePilly tropical 2016, le bulletin épidémiologique hebdomadaire ou bien l'avis infectiologique peuvent être des aides bienvenues !
- Néanmoins, les 2 principaux diagnostics d'importation à évoquer sont les arboviroses et les rickettsioses (et sa triade fièvre - éruption maculo papuleuse - escarre d'inoculation).
- Il ne faut évidemment pas oublier les causes "non exotiques" et en premier lieu les toxidermies si un traitement a été pris dans les 3 semaines précédant le début des symptômes ou les IST selon les prises de risque.
- Paludisme et tuberculose ne sont pas responsables d'éruption.
- Le tableau ci-joint récapitule brièvement les pathologies les plus souvent responsables d'une éruption maculo papuleuse au retour de voyage.

#### Liens :

Eruption maculo papuleuse au retour de voyage :

<https://drive.google.com/file/d/1ZOx7b9DxqXFQwRv5XoMI0Z9nIb9z8Olq/view>

### 2. Quel est votre diagnostic ?

Bonne réponse : larva migrans / larbish / dermatite ankylostomienne

#### Commentaires :

Le larva migrans (ou larbish) correspond à la pénétration transcutanée de larves d'ankylostomes, parasitant normalement l'animal (chien, chat, bovin...).

Le sol est contaminé par les fèces des animaux contenant de très nombreux œufs. Ceux-ci donnent naissance à des larves qui, si elles pénètrent la peau de l'homme, vont donner lieu à une impasse parasitaire.

La pénétration de la larve entraîne dans les heures qui suivent un érythème prurigineux, durant 24 à 48 heures.

Deux à 4 jours après, apparaît un sillon cutané de quelques cm de long. Le sillon avance de quelques centimètres par jour.

Le principal diagnostic différentiel est le larva currens, du aux larves d'anguillule, dont la progression est plus rapide (quelques centimètres par heure).

### **3. Comment le confirmer ?**

Bonne réponse : examen clinique

#### Commentaires :

Le diagnostic est clinique. Aucun examen n'est nécessaire.

Le traitement repose sur de l'ivermectine 200ug/kg/j en prise unique, à répéter à 15 jours.

### **4. Quel est votre diagnostic ?**

Bonne réponse : puce chique / tungose

#### Commentaires :

- La tungose, appelée communément « puce chique », est liée au développement dans l'épiderme d'une puce.
- Ces puces vivent dans un sol sableux, dans les régions tropicales chaudes et humides (Afrique intertropicale et Madagascar, du nord de l'Argentine et du Chili jusqu'au Mexique, à l'exception des zones d'altitude).
- L'homme se contamine en marchant pieds nus au contact des femelles adultes. Celle-ci élimine ses œufs au bout de 8 à 10 jours après la pénétration.
- Le diagnostic repose sur la localisation et l'aspect en « boule de gui » de la lésion : petit nodule blanchâtre, de 1 cm de diamètre, centré par un point noir correspondant à l'extrémité postérieure du parasite.
- Le traitement consiste à extirper le parasite à l'aide d'une aiguille. La prévention repose évidemment sur le port de chaussures fermées.