

- ✓ Les « 200 questions isolées QCM » incontournables
- ✓ Les fiches flash QCM essentielles
- ✓ Les dernières conférences de consensus et recommandations en QCM

**DERNIER
TOUR
DFASM 3**

200

QUESTIONS ISOLEES QCM EN DERMATOLOGIE VENEROLOGIE & CANCEROLOGIE CUTANE

Marie MERLANT
Ludovic LETICH

Editions Vernazobres-Grego

VG

99 bd de l'Hôpital
75013 PARIS - Tél. 01 44 24 13 61
www.vg-editions.com

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm,
bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines
prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

Novembre 2015 - ISBN : 978-2-8183-1442-5

Sommaire des questions isolées par item

UE	ITEM	INTITULE	PAGE
-	-	Recommandations - Nouveautés	3
4	109	Dermatoses faciales : acné, rosacée et dermatite séborrhéique <u>ANSM 2012 +++</u> <u>ANSM/ SFD 2009</u> <u>AFSSAPS 2007</u>	29
4	110	Dermatose bulleuse touchant la peau et/ou les muqueuses externes <u>HAS 2010 +++</u>	35
4	111	Hémangiomes et malformations vasculaires cutanées	39
4	112	Exanthème et érythrodermie de l'adulte et de l'enfant	45
4	113	Prurit	53
4	114	Psoriasis <u>ANSM 2012 +++</u> <u>ANSM 2011 +++</u>	57
5	116	Complications de l'immobilité et du décubitus : prévention et prise en charge	65
6	152	Infections cutanéomuqueuses et des phanères bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant <u>ANSM 2011 +++</u>	69
6	158	Infections sexuellement transmissibles : Gonococcies, Chlamydiae, Syphilis, Papillomavirus, Trichomonas <u>CNGOF 2012 +++</u> <u>HAS 2011 +++</u> <u>HAS 2010 +++</u>	75
6	160	Exanthèmes fébriles de l'enfant	85
6	164	Infections à herpès virus du sujet immunocompétent	93
6	165	Infection par le VIH : Manifestations cutanéomuqueuses <u>MORLAT 2014 +++</u> <u>MORLAT 2013</u>	101
6	167	Gale et pédiculose	105
7	183	Hypersensibilités et allergies cutanéomuqueuses chez l'enfant et l'adulte : urticaire, dermatite atopique, eczéma de contact	108
7	190	Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des anti-phospholipides <u>HAS 2010 +++</u>	115
7	207	Sarcoïdose : Manifestations cutanées	119

7	211	<p>Purpuras de l'adulte et de l'enfant</p> <p><u>DGS 2015 : Vaccin méningocoque C +++</u></p> <p><u>DGS 2014 : prophylaxie des infections invasives à méningocoque +++</u></p> <p><u>HCSP 2014 Bexsero</u></p> <p><u>HCSP 2013 : Recommandations contre le IIM B +++</u></p>	123
8	226	<p>Ulcères de jambes</p>	127
8	237	<p>Acrosyndromes : phénomène de Raynaud, érythralgie, acrocyanose, engelure, ischémie digitale</p>	131
9	299	<p>Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques</p> <p><u>InCa 2013 : Traitements des mélanomes +++</u></p> <p><u>HAS 2012 : ALD mélanome +++</u></p>	135
9	316	<p>Lymphomes :</p> <p>Lymphomes cutanés</p> <p><u>HAS-inCa 2013 ALD Lymphome non hodgkinien +++</u></p> <p><u>HAS-InCa 2012 : Guide LNH +++</u></p> <p><u>HAS-Inca 2013 : Guide Lymphome hodgkinien +++</u></p>	141
10	336	<p>Cedème de Quincke et anaphylaxie</p> <p><u>HAS 2013 +++</u></p> <p><u>SFAR 2010 +++</u></p>	145
+	+	<p>Toxidermies</p> <p><u>HAS 2010 +++</u></p>	149
10	345	<p>Grosse jambe rouge aiguë</p>	153

Nouveautés : Consensus, Recommandations

1 NOUVELLES RECOMMANDATIONS

Acné :

- ANSM 2014 : Contraception Norgestimate / acné
- ANSM 2012 : Information patients Isotrétinoïne
- AFSSAPS/SFD 2009 : Acné
- AFSSAPS 2007 : Traitement acné

Psoriasis :

- ANSM 2011 : Méthotrexate
- ANSM 2012 : Acitrétine

Infections cutanéomuqueuses et des phanères bactériennes et mycosiques de l'adulte et de l'enfant

- ANSM 2011 : Arrêt commercialisation Oxacilline PO
- ANSM 2011 : Arrêt commercialisation Kétoconazole PO

Infections sexuellement transmissibles : Gonococcies, Chlamydiae, Syphilis, Papillomavirus,

Trichomonas

- CNGOF 2012 : Infections génitales hautes
- HAS 2011 : Gonocoque
- HAS 2010 : Chlamydiae

Infection par le VIH : Manifestations cutanéomuqueuses

- MORLAT 2014
- MORLAT 2013

Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des anti-phospholipides

- **HAS 2010 +++**

Purpuras de l'adulte et de l'enfant

- **DGS 2015 : Vaccin méningocoque C +++**
- **DGS 2014 : prophylaxie des infections invasives à méningocoque +++**
- **HCSP 2014 : Bexsero**
- **HCSP 2013 : Recommandations contre le IIM B +++**

Lymphomes cutanés

- **HAS-InCa 2013 ALD Lymphome non hodgkinien +++**
- **HAS-InCa 2012 : Guide LNH +++**
- **HAS-Inca 2013 : Guide Lymphome hodgkinien +++**

Œdème de Quincke et anaphylaxie

- **HAS 2013 +++**
- **SFAR 2010 +++**

Toxidermies

- **HAS 2010 +++ : Nécrolyse épidermique toxique (syndromes de Stevens-Johnson et de Lyell)**

UE questions isolées-Nouveautés

1 Enoncé

QCM 1	Dans le traitement pour l'acné, l'ANSM 2014 et 2012, l'AFSSAPS / SFD 2009, l'AFSSAPS 2007 recommandent :
A -	Le norgestimate est désormais prescrit en 1 ^{ère} intention en cas de contraception chez une femme acnéique
B -	L'isotrétinoïne est lié à un PPG (programme de prévention de la grossesse)
C -	Avant un traitement par isotrétinoïne, il faut informer du risque tératogène, le risque de survenue de troubles psychiatriques, la nécessité d'une contraception efficace.
D -	La contraception efficace doit être débutée au moins 1 mois avant, le test de grossesse doit être négatif dans les 3 jours précédant la prescription, on poursuit la contraception pendant le traitement puis 1 mois après l'arrêt, on fait un test de grossesse 5 semaines après l'arrêt
E -	Les effets secondaires de l'isotrétinoïne sont : la tératogénicité, les troubles psychiatriques, la xérose cutanée, la contre-indication aux cyclines, l'exacerbation aiguë durant le premier mois de traitement.
QCM 2	Concernant le méthotrexate dans le psoriasis, l'ANSM 2011 recommande :
A -	La prise est quotidienne
B -	La posologie se marque sur l'ordonnance en mg/semaine
C -	Préciser sur l'ordonnance le jour de la prise
D -	Association de folates
E -	Mise à jour des vaccins et contraception
QCM 3	Concernant l'acitrétine dans le psoriasis, l'ANSM 2012 recommande :
A -	La prise est quotidienne et par voie orale
B -	L'information de la patiente est indispensable : tératogénicité, contraception efficace, accord de soins et contraception
C -	La contraception efficace doit être supérieure à un mois avant le début du traitement, le test de grossesse doit être négatif dans les 3 jours précédant chaque prescription mensuelle, la durée de prescription maximale est de un mois non renouvelable
D -	La délivrance doit se faire dans les 7 jours après la prescription
E -	La poursuite de la contraception efficace doit se prolonger 3 mois après arrêt du traitement
QCM 4	L'ANSM 2011 recommande :
A -	L'arrêt de la commercialisation de l'oxacilline PO
B -	L'arrêt de la commercialisation du kétoconazole PO
C -	En cas de furoncles multiples, anthrax, localisation à risque (médiocfaciale ou périorificielle), terrain fragile ou signes généraux compliquant un furoncle simple ou de furunculose : le traitement est pénicilline M cloxacilline PO 10 jours
D -	En cas d'œsophagite candidosique ou candidose étendue, résistante, de l'immunodéprimé (VIH stade SIDA), le traitement recommandé est : fluconazole PO
E -	En cas d'œsophagite candidosique ou candidose étendue, résistante, de l'immunodéprimé (VIH stade SIDA), le traitement recommandé est : kétoconazole PO

QCM 5	La CNGOF 2012, la HAS 2011 et 2010 recommandent dans la prise en charge des infections génitales hautes (IGH):
	<p>A - Le DIU n'est pas associé à un sur-risque d'IGH en l'absence d'autres facteurs de risque</p> <p>B - NFS-P / CRP peuvent être normales sans éliminer une IGH non compliquée, échographie pelvienne est recommandée. Si doute, on pourra ajouter une biopsie de l'endomètre, un TDM ou une IRM injectée. Si un doute persiste, une coélicoscopie diagnostique sera faite</p> <p>C - La coélicoscopie a une place diagnostique en 2nd intention, thérapeutique s'il y a un abcès tubo-ovarien de plus de 3 cm, de suivi si douleur pelvienne chronique ou infertilité</p> <p>D - La coélicoscopie est systématique dans le suivi</p> <p>E - En cas d'IGH liée à une IST, un bilan sérologique d'IST est nécessaire</p>
QCM 6	La CNGOF 2012, la HAS 2011 et 2010 recommandent dans la prise en charge des infections génitales hautes (IGH):
	<p>A - Les IGH non compliquées se traitent en hospitalisation</p> <p>B - Les IGH non compliquées se traitent en ambulatoire</p> <p>C - Les IGH non compliquées se traitent par ofloxacine + métronidazole PO 14J, on ajoute une injection de ceftriaxone IM en cas de gonocoque ou du contexte (haute prévalence, facteurs de risque, suivi aléatoire).</p> <p>D - En cas d'IGH non compliquée, les patientes doivent être revues dans un délai bref (3 à 5 J)</p> <p>E - En cas d'IGH survenant sur un DIU, il est recommandé de le retirer et de l'envoyer en bactériologie</p>
QCM 7	La CNGOF 2012, la HAS 2011 et 2010 recommandent dans la prise en charge des infections génitales hautes (IGH):
	<p>A - En cas d'IGH compliquée par un abcès tubo-ovarien, le traitement est la ceftriaxone + métronidazole + doxycycline IV pendant 14 à 21 J</p> <p>B - Le drainage est systématique si l'abcès tubo-ovarien est supérieur à 3 cm</p> <p>C - L'antibioprophylaxie des IGH est recommandée lors d'une hystérosalpingographie en cas de notion de dilatation tubaire ou d'ATCD d'IGH</p> <p>D - Après une IVG médicale, l'antibioprophylaxie est recommandée</p> <p>E - Dans le dépistage des patients et patientes asymptomatiques, en première intention la PCR chlamydiae-gonocoque est faite sur le premier jet d'urine (homme) et autoprélèvement vaginal (femme)</p>
QCM 8	Le rapport Morlat 2013/ 2014 recommande :
	<p>A - Le bilan initial paraclinique est : 2 ELISA sur 2 prélèvements + 1 western blot, un typage lymphocytaire, une charge virale, un test génotypique de résistance, un groupage HLA B5701, sous type VIH 1, sérologie VHB, VHC, VHA, THPA VDRL, CMV, toxoplasmose, test IGRA, un frottis cervico vaginal (femme).</p> <p>B - On y associe un bilan préthérapeutique : NFS-P/ TP TCA/ créatininémie / Bilan hépatique complet / phosphorémie / protéinurie / glycémie à jeun / examen anomalies lipidiques / lipase / bandelette urinaire / albumine / ostéodensitométrie</p> <p>C - Il est recommandé d'instaurer un traitement antirétroviral chez toute personne VIH+, quelque soit son nombre de LTCD4</p> <p>D - On attendra un délai de 2 semaines en cas de : pneumocystose, toxoplasmose, CMV, herpès, tuberculose non méningée</p> <p>E - On attendra un délai de 2 semaines en cas d'atteinte méningée (cryptocoque, tuberculose)</p>

QCM 9	La HAS 2010 recommande pour le lupus :
	<p>A - Dans le lupus discoïde on peut avoir une alopecie cicatricielle temporaire</p> <p>B - Le vespertilio est une lésion érythromato-squameuse malaire, aux contours émiettés, non prurigineux au niveau des joues, nez, cou, front, décolleté, doigts</p> <p>C - Les lésions annulaires sont indépendantes des poussées, ce sont des plaques pseudo-psoriasiques polycycliques, photosensibles, touchant la moitié supérieure du corps ne laissant pas ou peu de cicatrice, liée aux Ac anti SSA et pouvant être induites par les médicaments</p> <p>D - Le lupus discoïde se manifeste par des plaques cicatricielles bien limitées atrophiques (au centre) et papulo-squameuses en périphérie.</p> <p>E - La recherche d'atteintes cutanées aiguës (vespertilio), subaiguës (lésions annulaires) et chroniques (lupus discoïde)</p>
QCM 10	L'HCSF 2013 / 2013/ 2014 et la DGS 2014 recommandent :
	<p>A - Lors d'une infection invasive à méningocoque (IIM), il y a un risque de méningococcémie, purpura fulminans, arthrite, péricardite, pneumonies invasives</p> <p>B - La transmission du méningocoque se fait suite à une exposition aux gouttellettes de Flüge, moins d'un mètre, plus d'une heure en face à face</p> <p>C - L'altération de la voie du complément est un facteur favorisant d'une IIM. Il y a une colonisation de la muqueuse rhino-pharyngée puis une translocation vers le sang</p> <p>D - Tout malade présentant des signes infectieux avec à l'examen clinique, pratiqué chez un sujet totalement dénudé, la présence d'un purpura ne s'effaçant pas à la vitro pression et comportant au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de diamètre supérieur ou égal à 3 millimètres, doit immédiatement recevoir une première dose d'un antibiotique, administrée si possible par voie intraveineuse (IV), à défaut par voie intramusculaire (IM), quel que soit l'état hémodynamique du patient. L'important est d'administrer en urgence un antibiotique : de préférence Ceftriaxone</p> <p>E - Face à une suspicion d'IIM à l'hôpital, il est recommandé à l'admission : les prélèvements indispensables au diagnostic étiologique doivent être effectués (ponction lombaire en absence de contre-indication, prélèvement sanguin ou de lésion purpurique cutanée).</p>
QCM 11	Concernant les lymphomes de hodgkin : Penser au lymphome de Hodgkin devant :
	<p>A - des adénopathies profondes cervicales basses, asymétriques, fermes, indolores, généralement non fixées et persistantes des douleurs ganglionnaires déclenchées par l'ingestion d'alcool</p> <p>B - des signes généraux : amaigrissement, fièvre, sueurs nocturnes profuses</p> <p>C - une toux chronique</p> <p>D - un prurit inexplicable</p> <p>E - un syndrome inflammatoire biologique : élévation franche de la VS avec une CRP normale.</p>
QCM 12	Concernant les lymphomes de hodgkin : Devant une adénopathie persistante d'origine inconnue après élimination d'une cause locale ou infectieuse, adresser à l'hématologue ou en milieu oncologique spécialisé afin de :
	<p>A - réaliser une biopsie exérèse pour confirmer le diagnostic par analyse histopathologique montrant la présence des cellules caractéristiques de Reed-Sternberg</p> <p>B - éviter formellement toute corticothérapie avant la biopsie exérèse</p> <p>C - L'exérèse doit être totale et élargie (curage ganglionnaire)</p> <p>D - L'exérèse doit être totale et élargie (curage ganglionnaire)</p> <p>E - éviter formellement toute corticothérapie après la biopsie exérèse</p>

QCM 13	Concernant les lymphomes de hodgkin : Effectuer un bilan d'extension pour estimer le stade et identifier des facteurs pronostiques :
	<p>A - Radiographie du thorax ;</p> <p>B - TDM cervico-thoraco-abdomino-pelvienne ;</p> <p>C - TEP-FDG ;</p> <p>D - VS, albuminurie</p> <p>E - Aucun dosage de marqueur tumoral n'est actuellement recommandé.</p>
QCM 14	Chez un sujet contact d'un patient atteint d'une infection invasive à méningocoque de sérotype B :
	<p>A - La vaccination du sujet contact est recommandée uniquement dans 2 situations : grappe de cas ou situations épidémiques</p> <p>B - Les grappes de cas sont définies par la survenue d'au moins 2 cas d'IIM B :</p> <ul style="list-style-type: none"> • même collectivité ou groupe social • délai inf ou égal 4S • souches identiques couvertes par le vaccin Bexsero® ou ne pouvant être différenciées. <p>C - Les situations épidémiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critères d'alerte épidémique • Souche non couverte par le vaccin BEXSERO <p>D - La vaccination n'est pas recommandée pour les cas sporadiques</p> <p>E - Il est réalisé en 4 doses, mais n'élimine pas le portage</p>
QCM 15	Le DGS 2014 recommande :
	<p>A - Il y a 5 critères de notifications des Infections invasives à méningocoques</p> <p>B - Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide de la chambre antérieure de l'œil) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique.</p> <p>C - Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS.</p> <p>D - LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'éléments purpuriques cutanés, quel que soit leur type.</p> <p>E - Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).</p>
QCM 16	La SFAR 2010 et la HAS 2013 recommandent pour le choc anaphylactique :
	<p>A - Il existe 5 grades dans l'anaphylaxie</p> <p>B - Le grade 1 : Présence de signes cutané-muqueux généralisés</p> <p>C - Le grade 2 : Atteinte multiviscérale modérée (au moins 2 fonctions atteintes)</p> <p>D - Le grade 3 : Atteinte multiviscérale sévère menaçant la vie et imposant un traitement spécifique.</p> <p>E - Le grade 4 : Arrêt circulatoire et/ou respiratoires</p>
QCM 17	La SFAR 2010 et la HAS 2013 recommandent pour le choc anaphylactique :
	<p>A - Les signes cutanés peuvent être absents ou n'apparaître qu'après la remontée tensionnelle.</p> <p>B - Appel aide urgente, et arrêt de l'injection du produit suspecté si possible</p> <p>C - Concertation médico-chirurgicale (abstention, simplification, accélération ou arrêt du geste chirurgical, rallongement du geste opératoire)</p> <p>D - Oxygène pur et contrôle rapide des voies aériennes</p> <p>E - Remplissage vasculaire : cristalloïdes isotoniques (30 mL.kg-1) puis amidons (30 mL.kg-1)</p>