

Les **A**nnales

Par spécialité

1985 - 2004

# I CONCOURS

T  
E  
R  
N  
A  
T

## ■ PARASITOLOGIE

Manar sans  
Exclusivité

Bon Courage 2013

- ▶ QCM
- ▶ Cas cliniques QCM
- ▶ Corrigés & commentés



Les **Annales**  
**Le Cours en Questions**  
Par spécialité

1985 - 2004

- Déjà paru :

- . HISTOLOGIE
- . PHYSIOLOGIE
- . RESIDANT PAR SPECIALITE
- . INFECTIOLOGIE
- . MICROBIOLOGIE
- . PEDIATRIE
- . NEUROLOGIE
- . RESIDANT 2000
- . RESIDANT 2001

**LE PHOTOCOPIAGE NON AUTORISÉ EST UN DÉLIT**

Groupés et assemblés par : **Dr N. MELBOUCI**

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays.

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi.

Achévé d'impression : Décembre 2005.  
Edition 2005.

Dépôt légal : 3156 - 2004.  
ISBN : 9947 - 0 - 0680 - 8.

Les **Annales**

Par spécialité

**PREFACE** - 2004

Cet ouvrage a été constitué à partir des annales parus aux différents examens officiels et examens blancs des concours d'internat depuis 1985 jusqu'à 2004.

Classés par épreuves de QCM, Cas cliniques QCM, classés par cours, corrigés puis commentés.

Ce travail est destiné aux étudiants des différentes spécialités de médecine et aux candidats aux concours d'internat et de résidanat.

Il constitue un outil indispensable à la préparation de ces évaluations tout au long de leurs cursus, constituant ainsi le compagnon le plus fidèle de l'étudiant.

Par ailleurs, les corrigés, les commentaires et les explications fournis n'ont aucun caractère officiel et par conséquent n'engagent pleinement pas les auteurs sur la responsabilité médicale de ces textes.

**Dr. N. MELBOUCI.**

- QCM
- Cas cliniques QCM
- Corrigés & commentés

Les **A**nnales

Par spécialité

Existe aussi chez l'auteur :

1985 - 2004

- Déjà paru :

**ANNALES DU CONCOURS D'INTERNAT**  
1985 - 2001

- IMMUNOLOGIE
- ANATOMIE PATHOLOGIQUE
- PARASITOLOGIE
- VIROLOGIE
- MICROBIOLOGIE
- GASTROLOGIE
- CARDIOLOGIE

- Paraîtra prochainement :

**ANNALES DU CONCOURS D'INTERNAT**  
1985 - 2004

- > QCM
- > Cas cliniques QCM
- > Corrigés & commentés

ANNALES DES CONCOURS D'INTERNAT IV

**MANAR**

Les **A**nnales

Par spécialité

1985 - 2004

## Sommaire

QCM	7
QCM corrigés et commentés	25
Cas cliniques QCM	43
Cas cliniques QCM corrigés et commentés	61

- > QCM
- > Cas cliniques QCM
- > Corrigés & commentés

ANNALES DES CONCOURS D'INTERNAT V



Les **A**nnales

Par spécialité

**Le Coursus en Questions** 1985-2004

CORRIGES

CONCOURS

- Déjà paru :

- . PHYSIOLOGIE.
- . RESIDANAT PAR SPECIALITE 96-03.
- . PARASITOLOGIE
- . RESIDANAT 2000.
- . RESIDANAT 2001.
- . NEUROLOGIE.

- Paraîtra prochainement :

- . MICROBIOLOGIE
- . PEDIATRIE

- QCM
- Cas cliniques QCM
- Corrigés & commentés

ANNALES DES CONCOURS D'INTERNAT VI

Les **A**nnales

Par spécialité

1985 - 2004

CONCOURS

PARASITOLOGIE

QCM

- QCM
- Cas cliniques QCM
- Corrigés & commentés

ANNALES DES CONCOURS D'INTERNAT 7



**1. CM. Le diagnostic de gale repose sur :**

A - La présence d'un sillon sinueux entre les doigts  
 B - L'apparition de folliculites du cuir chevelu  
 C - L'existence de nodules infiltrés des régions génitales  
 D - L'existence d'un érythème noueux  
 E - L'absence de prurit familial

**2. CS. Taenia saginata se contracte :**

A - Par ingestion d'aliments souillés  
 B - Par marche dans la boue  
 C - Par ingestion de viande peu cuite ou crue  
 D - Par les mains sales  
 E - Par inhalation de poussières

**3. CM. Parmi les affections suivantes, laquelle ou lesquelles peuvent être dues à Candida albicans ?**

A - Vulvovaginite  
 B - Perleche  
 C - Teigne  
 D - Herpès circiné  
 E - Septicémie

**4. Un accès pernicieux peut être provoqué par :**

1 - Plasmodium malariae  
 2 - Plasmodium ovale  
 3 - Plasmodium vivax  
 4 - Plasmodium falciparum

**Compléments corrects :**

A - 1,2,3  
 B - 1,3  
 C - 2,4  
 D - 4  
 E - 1,2,3,4

**5. CS. Devant une image ronde de la base pulmonaire chez un nord-africain, on soupçonne un kyste hydatique. Quelle méthode proposeriez-vous pour étayer le diagnostic ?**

A - Echographie hépatique  
 B - Cytoponction du kyste  
 C - Immunoélectrophorèse  
 D - Numération formule sanguine  
 E - Artériographie bronchique

**6. CS. Parmi les affirmations concernant la toxoplasmose congénitale, retenez celle qui est exacte :**

A - Elle est plus fréquente au cours du troisième trimestre de la grossesse  
 B - Elle est exceptionnelle au cours du premier trimestre de la grossesse  
 C - Elle est plus grave si la contamination se fait durant le troisième trimestre de la grossesse  
 D - La toxoplasmose de la femme enceinte doit être traitée par pyriméthamine  
 E - La lésion oculaire caractéristique chez le nouveau-né atteint est la fibroplasie rétro-lentale

**7. CS. Au retour d'un voyage en zone d'endémie palustre, la chimioprophylaxie du paludisme doit se prolonger après le retour :**

A - 4 jours  
 B - 15 jours  
 C - 60 jours  
 D - 90 jours  
 E - 120 jours

**8. CM. Toxoplasma gondii existe dans l'organisme humain sous différents aspects morphologiques. Indiquez le(s) quel(s) ?**

A - Kyste  
 B - Oocyste  
 C - Sporozoïte  
 D - Trophozoïte  
 E - Sporocyste

**9. CM. Parmi les éléments de conduite d'une chimioprophylaxie du paludisme pour un européen se rendant 1 mois en Afrique tropicale, retenez la ou les propositions exactes :**

A - Prendre 100 mg (1 cp) de Nivaquine® par jour  
 B - Commencer la prophylaxie une semaine avant le départ  
 C - La poursuivre pendant toute la durée du séjour  
 D - L'interrompre pendant 3 semaines après le retour  
 E - S'il s'agit d'une femme enceinte, donner seulement 50 mg de Nivaquine® par jour

**10. CM. Par ingestion de viande insuffisamment cuite on peut contracter :**

A - Taeniasis à Tania saginata  
 B - Toxoplasmose  
 C - Cysticercose  
 D - Hydatidose  
 E - Trichinose

**11. CM. Chez un malade présentant un accès palustre pernicieux, quel est ou quels sont le ou les traitements et leur voie d'administration à utiliser de toute urgence ?**

A - Chloroquine per os  
 B - Sulfadoxine et pyriméthamine per os  
 C - Quinine intraveineuse  
 D - Chloroquine intramusculaire  
 E - Sulfadoxine et pyriméthamine intramusculaires

**12. CM. Les formes latentes des agents du paludisme dans les érythrocytes :**

A - Se manifestent par des poussées fébriles à intervalles fixes  
 B - Se manifestent seulement si elles sont en nombre important  
 C - Ne peuvent évoluer que dans la cavité digestive de l'anophèle  
 D - Se détruisent par vieillissement et disparaissent en quelques jours  
 E - Peuvent se mettre à proliférer après piqûre d'anophèle

**13. CM. Sarcoptes Scabiei hominis est un acarien :**

A - Hématophage  
 B - Parasite strict de l'homme  
 C - Responsable de la gale  
 D - Visible à l'œil nu  
 E - Sensibles aux antibiotiques

**14. CM. Parmi les parasitoses suivantes, laquelle ou lesquelles sont secondaires à une porte d'entrée cutanée dans l'organisme humain ?**

A - Amibiase  
 B - Ascariidose  
 C - Giardiase  
 D - Paludisme  
 E - Ankylostomose

**15. CS. Parmi les infections suivantes observées au retour des tropiques, indiquez celle qui ne comporte pas de diarrhée :**

A - Paludisme de primo-invasion  
 B - Typhoïde  
 C - Lambliase  
 D - Arbovirose méningée  
 E - Trichinose

**16. CS. La chloroquine (Nivaquine®) est conseillée pour le traitement d'un accès palustre aigu, sauf lorsqu'il a été contracté :**

A - En Afrique du Nord  
 B - Au Moyen Orient  
 C - En Amazonie  
 D - En Afrique de l'Ouest  
 E - En Europe Orientale

**17. CS. Les parasitoses suivantes sont secondaires à une contamination transcutanée, sauf une. Laquelle ?**

A - Bilharziose  
 B - Ankylostomose  
 C - Anguillulose  
 D - Nécalorose  
 E - Distomatose

**18. CM. L'herpès circiné trichophytique :**

A - Est dû à un dermatophyte  
 B - Atteint la peau glabre  
 C - Est à extension centrifuge  
 D - Est aggravé par la corticothérapie  
 E - Peut être traité par la nystatine

**19. CM. Lors d'un accès fébrile faisant craindre un accès pernicieux à Plasmodium falciparum, quel est ou quels sont le ou les examens à prescrire d'urgence pour un diagnostic de certitude ?**

A - Sérologie du paludisme  
 B - Frottis sanguins  
 C - Hémoculture  
 D - Coproculture  
 E - Numération globulaire



**PARASITOLOGIE**

20. Quelle(s) est(sont) la(les) affection(s) qu'un touriste se rendant aux Antilles peut contracter :

- 1 - Ankylostomiase
- 2 - Bilharziose à Schistosoma hematobium
- 3 - Syndrome de larva migrans cutané
- 4 - Filariose à loa-loa

Compléments corrects :

- A - 1,2,3
- B - 1,3
- C - 2,4
- D - 4
- E - 1,2,3,4

21. CM. Un enfant dont la mère a fait une séroconversion toxoplasmique au cours de la grossesse, est né cliniquement sain. Indiquez le ou les examen(s) clinique(s) ou paraclinique(s) qui sont couramment mis en oeuvre pour le surveiller ?

- A - Examen neurologique et du fond d'oeil
- B - Radiographie du crâne
- C - Sérodiagnostic spécifique
- D - Myélogramme
- E - Electromyographie

22. CM. Indiquez la ou les diverses façons pour l'Homme de se contaminer par *Toxoplasma gondii* :

- A - Consommation de viande de mouton peu cuite
- B - Transmission placentaire
- C - Consommation de crudités souillées par la terre
- D - Griffure de chat
- E - Consommation de poisson fumé

23. CS. Le vecteur de la filariose Loa est :

- A - Un moustique : le culex
- B - Un crustacé d'eau douce : le cyclops
- C - Un mollusque : le planorbe
- D - Un taon : le chrysops
- E - Aucun des précédents

**QCM**

24. CM. Par l'étude du frottis sanguin on peut mettre en évidence :

- A - *Toxocara canis*
- B - Larve rhabditide d'anguille
- C - *Plasmodium vivax*
- D - Microflore de loa-loa
- E - *Enterobius vermicularis*

25. CM. La gale humaine de l'adulte est caractérisée par :

- A - Des lésions interdigitales
- B - L'absence de prurit
- C - La contagiosité importante
- D - L'atteinte du visage
- E - L'atteinte des organes génitaux externes

26. CM. Les agents du paludisme :

- A - Sont présents dans les hépatocytes obligatoirement au début de l'infestation
- B - Peuvent rester vivants dans les hépatocytes pendant plusieurs mois
- C - Peuvent rester vivants dans les hépatocytes pendant plusieurs années
- D - Se multiplient dans l'hépatocyte
- E - Font éclater l'hépatocyte

27. CM. Lors du diagnostic sérologique de la syphilis, *Treponema pallidum* est utilisé comme antigène au cours d'une ou plusieurs des réactions sérologiques suivantes :

- A - TPHA
- B - Kline
- C - VDRL
- D - FTA
- E - Test de Nelson

28. CM. Parmi les parasitoses suivantes, laquelle(lesquelles) s'accompagne(nt) d'une éosinophilie sanguine ?

- A - Ankylostomiase
- B - Distomatose
- C - Paludisme
- D - Trypanosomiase africaine
- E - Onchocercose

**PARASITOLOGIE**

29. CS. Les phlébotomes possèdent les caractères communs suivants, sauf un. Lequel ?

- A - Les femelles sont hématophages
- B - Leur piqure est douloureuse
- C - Ils transmettent les leishmanioses
- D - Les adultes ont une activité surtout nocturne
- E - Les larves sont aquatiques

30. CM. Dans l'hydatidose humaine, le mode de contamination se fait :

- A - Lors de contacts avec un chien porteur de taenia
- B - Lors de l'abattage de bovins ou ovins parasités
- C - Par l'ingestion d'aliments souillés par les déjections d'un chien parasité
- D - Par l'ingestion de membrane hydatique ou de scolex dans une viande parasite
- E - En dépeçant un renard mort

31. Un examen parasitologique des selles peut être faussement négatif bien qu'il y ait parasitose du tractus digestif pour une ou plusieurs des raisons suivantes :

- 1 - L'examen a été pratiqué pendant la phase de maturation du parasite
- 2 - L'examen a été pratiqué pendant une période dite muette
- 3 - Le parasite n'existe qu'en un seul exemplaire, de sexe mâle
- 4 - Les oeufs pondus par le parasite ne sont pas émis dans le milieu extérieur avec les selles

Compléments corrects :

- A - 1,2,3
- B - 1,3
- C - 2,4
- D - 4
- E - 1,2,3,4

**QCM**

32. Quelle est ou quelles sont la ou les parasitose(s) qui peu(ven)t provoquer une anémie hémolytique ?

- 1 - Ankylostomiase
- 2 - Leishmaniose viscérale
- 3 - Botulisme
- 4 - Paludisme viscéral évolutif

Compléments corrects :

- A - 1,2,3
- B - 1,3
- C - 2,4
- D - 4
- E - 1,2,3,4

33. CM. Les parasites peuvent être parfois mis en évidence à l'examen direct du L.C.R. Lequel(lesquels) parmi les suivants ?

- A - *Ascaris*
- B - Filaire de Médine
- C - *Leishmania*
- D - *Cryptococcus neoformans*
- E - *Lamblia*

34. Au cours du cycle évolutif de *Plasmodium falciparum* :

- 1 - L'homme est contaminé par inoculation de sporozoïtes
- 2 - La transmission de la maladie est saisonnière en pays tempéré
- 3 - Le cycle sporogonique se déroule chez l'insecte vecteur
- 4 - Le parasite donne chez l'homme un cycle exo-érythrocytaire tardif hépatique

Compléments corrects :

- A - 1,2,3
- B - 1,3
- C - 2,4
- D - 4
- E - 1,2,3,4



PARASITOLOGIE

QCM

35. Quand l'acarien de la gale *Sarcoptes scabiei* ne peut pas être mis en évidence, le diagnostic positif de la gale repose sur :
- 1 - Le séro-diagnostic parasitaire
  - 2 - La notion de contagion
  - 3 - Le dosage de l'immunoglobuline E (IgE)
  - 4 - Le traitement d'épreuve

Compléments corrects :

- A - 1,2,3
- B - 1,3
- C - 2,4
- D - 4
- E - 1,2,3,4

36. CS. Une plaque brunâtre d'un pli inguinal, finement squameuse, bien limitée, sans bordure vésiculeuse, peu ou pas prurigineuse, dont l'examen en lumière de Wood montre une fluorescence rouge, fait évoquer avant tout le diagnostic de :

- A - Erythrasma
- B - Trichophytie inguinale
- C - Candidose
- D - Psoriasis inversé
- E - Pityriasis versicolor

37. CS. *Candida albicans* peut réaliser les différents aspects anatomocliniques suivants, sauf un. Lequel ?

- A - Péronyxis
- B - Muguet
- C - Herpès circiné
- D - Intertrigo
- E - Vaginite

38. CS. Parmi les sièges suivants, lequel est peu fréquent au cours de la gale ?

- A - Face interne des poignets
- B - Espaces interdigitaux
- C - Verge
- D - Cuir chevelu
- E - Fesses

39. CS. Parmi ces facteurs favorisant une vaginite mycosique, un est inexact. Lequel ?

- A - Grossesse
- B - Contraception orale
- C - Antibiothérapie
- D - Diabète
- E - Injections vaginales alcalines

40. CS. Les leucorrhées en relation avec une vaginite mycosique sont :

- A - Favorisées par un pH alcalin
- B - Abondantes
- C - Généralement verdâtres
- D - Spumeuses
- E - Caractérisées par l'aspect très évocateur à l'examen direct entre lame et lamelle

41. CS. La réaction de TPHA (Treponema pallidum hémagglutination) :

- A - Met en jeu le même antigène anticorps que la réaction de Kline ou VDRL
- B - Donne des résultats comparables à ceux de la réaction de Nelson (immobilisation)
- C - Met en jeu un antigène non spécifique du tréponème pâle (on le retrouve sur les leptospires)
- D - Permet de distinguer la syphilis du Plan
- E - Aucune de ces propositions n'est valable

42. CM. Après traitement scabicide d'une gale, la persistance du prurit peut être :

- A - D'origine psychogène
- B - Liée à l'irritation par le traitement
- C - Due à une réinfestation
- D - Liée à une persistance de la parasitose
- E - Due à l'hépatotoxicité des scabicides

43. CS. L'une des propositions suivantes est fautive. Laquelle ? La viande de porc peut transmettre :

- A - Le taenia saginata
- B - La trichinose
- C - Une salmonellose
- D - La toxoplasmose
- E - Le botulisme

PARASITOLOGIE

QCM

44. CS. Parmi les vecteurs suivants, un est responsable de la transmission du paludisme. Lequel ?

- A - Phlébotome
- B - Glossine
- C - Anophèle
- D - Chrysops
- E - Cyclops

45. CM. Quelle(s) est(sont) la(les) affirmation(s) correcte(s) concernant l'onchocercose dermatophytique ?

- A - Absence de péri-onchocercose
- B - Atteint toujours un seul ongle
- C - Débute habituellement par le bord libre de l'ongle
- D - Peut faire discuter un psoriasis
- E - Peut faire discuter un érythème polymorphe

46. CM. Un voyageur part en Thaïlande pour 15 jours. Quel ou quels gestes sont inutiles ?

- A - Prise régulière de Nivaquine®
- B - Vaccination anti-marié (fièvre jaune)
- C - Prise régulière de nifuroxazide (Ercéfuryl®)
- D - Injection intramusculaire de Lomidine® (antitypanosome)
- E - Usage d'Hydroclonazone® dans l'eau de boisson

47. CM. Parmi les atteintes cutanéomuqueuses suivantes, quelle est celle ou quelles sont celles qui ne sont jamais dues à *Candida albicans* ?

- A - Eczéma marginé de Hébra
- B - Teigne tondante
- C - Muguet buccal
- D - Onchocercose avec péri-onchocercose
- E - Intertrigo

48. CM. Quelle est ou quelles sont la(les) réponse(s) exacte(s) concernant la réaction du V.D.R.L. ?

- A - C'est une réaction de micro-agglutination
- B - Elle utilise l'antigène protéique
- C - Elle se positive 12 à 15 jours après le début du chancre
- D - Elle détecte les réagines
- E - Elle peut se négativer spontanément avec le temps

49. CM. La bilharziose urinaire se rencontre :

- A - Au Maghreb
- B - En Afrique inter-tropicale
- C - A Madagascar
- D - Aux Antilles
- E - En Guyanne française

50. CM. *Sarcoptes scabiei hominis* :

- A - Est un insecte de petite taille à corps ovalaires grisâtres entre 220 et 330 microns
- B - Est un ectoparasite dont la femelle creuse un tunnel dans la peau entre la couche cornée et la couche de Malpighi
- C - Toute l'évolution du parasite depuis la ponte de l'oeuf jusqu'au stade adulte qui dure environ 4 semaines se fait à l'intérieur du sillon
- D - La nutrition des différents stades se fait à partir d'un histosiphon qui permet d'aspirer la lymphe cutanée
- E - Est l'agent de la gale, la contamination se fait habituellement par contact direct peau à peau

51. CM. Les dermatophytes :

- A - Sont des champignons atteignant indifféremment épiderme, phanères et tissus profonds
- B - Appartiennent aux genres : Epidermophyton, Microsporium et Trichophyton
- C - Produisent des microconidies à l'exclusion d'autres types de spores (arthrospores, chlamydoconidies)
- D - Sont kératinophiles et kératinolytiques
- E - Sont exclusivement anthropophiles et anthropozoophiles car ce sont de vrais champignons parasites

**PARASITOLOGIE**

52. CM. *Candida albicans* peut être responsable d'une (ou de plusieurs) des affections suivantes :

- A - Vulvo-vaginite
- B - Perléche
- C - Balanite
- D - Stomatite
- E - Septicémie

53. CM. Le traitement d'une candidose intestinale fait appel à :

- A - Amphotéricine B par voie intraveineuse
- B - Amphotéricine B par voie orale
- C - 5-fluorocytosine per os
- D - Nystatine per os
- E - Kétoconazole per os

54. CS. L'une des affirmations suivantes est fausse. Laquelle ?

- A - Au cours d'un parasitisme par *Taenia saginata*, les anneaux mûrs sont éliminés de façon active
- B - *Taenia saginata* est cosmopolite
- C - *Taenia saginata* vit généralement seul dans l'intestin grêle
- D - Le diagnostic d'un taeniasis à *Taenia saginata* peut s'effectuer par scotch-test anal
- E - Les hôtes intermédiaires de *Taenia saginata* sont les porcins

55. CS. L'eczéma marginé de Hébra peut être dû à l'un des agents pathogènes suivants :

- A - *Candida albicans*
- B - *Nocardia minutissima*
- C - Dermatophyte
- D - Pyocyanique
- E - Staphylocoque doré

56. CM. Le pou :

- A - Est un ectoparasite
- B - Est hématophage
- C - Est un parasite strict de l'homme
- D - Est un parasite temporaire
- E - Est un parasite obligatoire

**QCM**

57. La survenue d'une amibiase hépatique :

- 1 - Est toujours précédée par des manifestations intestinales aiguës
- 2 - S'accompagne d'une élévation franche des anticorps sériques
- 3 - S'accompagne toujours de la présence de kystes d'*Entamoeba histolytica* dans les selles
- 4 - S'accompagne d'une augmentation franche de la vitesse de sédimentation globulaire

Compléments corrects :

- A - 1,2,3
- B - 1,3
- C - 2,4
- D - 4
- E - 1,2,3,4

58. CS. Lequel des tableaux suivants vous paraît évoquer un diagnostic de teigne tondante microscopique ?

- A - Alopecie hippocratique
- B - Pelade
- C - Squames épaisses traversées par le cheveu
- D - Alopecie de l'enfant avec squames
- E - Alopecie diffuse de l'adulte

59. CS. Une seule des affections ou manifestations suivantes n'est jamais due à un dermatophyte. Laquelle ?

- A - Eczéma marginé de Hébra
- B - Herpès circiné
- C - Onyxis
- D - Oesophagite
- E - Teigne

60. CS. *Plasmodium falciparum* répond à toutes les propositions suivantes sauf une. Laquelle ?

- A - Se rencontre dans les pays tropicaux
- B - Agent de la fièvre tierce
- C - Responsable des complications graves du paludisme
- D - Longévité supérieure à 2 ans
- E - Schizogonie dans les capillaires cérébraux

**PARASITOLOGIE**

**QCM**

61. CM. Pour traiter efficacement une candidose, par voie générale ou par voie locale, vous pouvez utiliser :

- A - Le kétoconazole (Nizoral®)
- B - Le imiconazole (Daktarin®)
- C - La griséofulvine (Fulcine®)
- D - L'éconazole (Pevaryl®)
- E - La nystatine (Mycostatine®)

62. CM. Dans quelle(s) parasitose(s) un hôte intermédiaire est indispensable pour assurer le cycle naturel de transmission de la maladie à l'homme ?

- A - Amibiase
- B - Pédiculose
- C - Paludisme
- D - Taeniasis
- E - Gale sarcoptique

63. CM. Les candidoses de la cavité buccale :

- A - Peuvent être induites par la prise d'antibiotiques
- B - Peuvent être en relation avec une immunodépression
- C - Peuvent évoluer vers des lésions hyperkératosiques
- D - Peuvent s'associer à une perlèche bilatérale
- E - Sont difficiles à diagnostiquer car le prélèvement mycologique retrouve très rarement le candida

64. CM. Parmi les propositions suivantes concernant la toxoplasmose, laquelle(lesquelles) est(sont) exacte(s) ?

- A - Les adénopathies ne suppurent jamais
- B - L'hémogramme montre une leucocytose avec augmentation relative des polynucléaires
- C - Le diagnostic est fait habituellement par l'isolement et l'identification du toxoplasme dans les humeurs (urines, LCR, salive)
- D - Il existe des femmes, porteuses saines, qui peuvent contaminer plusieurs enfants au cours de grossesses successives
- E - Le traitement d'une toxoplasmose chez une femme enceinte doit être spécialement actif et associer spiramycine, sulfadiazine et pyriméthamine

65. Quelle(s) est(sont) la(les) affection(s) qu'un touriste se rendant aux Antilles peut contracter ?

- 1 - Ankylostomose
- 2 - Paludisme
- 3 - Bilharziose à *Schistosoma mansoni*
- 4 - Filariose à loa-loa

Compléments corrects :

- A - 1,2,3
- B - 1,3
- C - 2,4
- D - 4
- E - 1,2,3,4

66. CS. L'hématozoaire du paludisme est inoculé à l'homme par l'anophèle femelle sous l'une des formes suivantes.

Laquelle ?

- A - Gamétocyte
- B - Schizonte
- C - Sporozoite
- D - Mérozoite
- E - Trophozoite

67. CM. Le sérodiagnostic de la toxoplasmose doit réglementairement être effectué :

- A - Lors du certificat prénuptial
- B - Lors de la déclaration de grossesse
- C - Au 3ème mois de la grossesse
- D - Au 5ème jour de vie
- E - A n'importe quel moment de la grossesse en cas de sérologie antérieure négative connue

68. CM. Parmi les parasites qui peuvent être mis en évidence par l'étude du frottis sanguin, vous rete-nez :

- A - *Dicrocoelium lanceolatum*
- B - *Trypanosoma gambiense*
- C - *Necator americanus*
- D - *Sarcoptes scabieus*
- E - *Plasmodium malariae*



69. CS. Parmi les champignons suivants, lequel se caractérise par la présence de chlamydospores sur milieu PCB ?

- A - Candida tropicalis
- B - Candida albicans
- C - Microsporium canis
- D - Trichophyton rubrum
- E - Aucun des champignons précédents

70. CM. Parmi les caractères énoncés, certain(s) convien(n)ent à Plasmodium falciparum :

- A - Gamétocytes en forme allongée
- B - Granulation de Schüffner (dans l'hématie parasitée)
- C - Gracilité des trophozoïtes
- D - Schizontes étirés (en corps amiboïdes)
- E - Tâches de Maurer (dans l'hématie parasitée)

71. CS. Parmi les prélèvements suivants, quel est celui où l'on peut mettre en évidence le tréponème au stade primaire de l'infection syphilitique :

- A - Sang
- B - Liquide céphalo-rachidien
- C - Plaques muqueuses
- D - Chancre
- E - Eruption cutanée

72. CM. A propos du genre Trichophyton :

- A - Les macroconidies sont en fuseau à paroi épaisse, à logettes bien visibles à surface échinulée
- B - Les macroconidies sont rares ou absentes sur milieu de Sabouraud + chloramphénicol + actidione
- C - Les espèces du genre Trichophyton attaquent la peau, les ongles, les poils et les cheveux
- D - Trichophyton rubrum, Trichophyton interdigitale sont des espèces anthropophiles
- E - Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton ochraceum, responsables de teignes suppurées sont des espèces zoophiles

73. CM. L'identification d'un dermatophyte nécessite la réalisation de :

- A - Test de Blastèse
- B - Inoculation et l'animal
- C - Examen direct du prélèvement
- D - Isolement et identification sur milieu de culture
- E - Auxanogramme et zymogramme

74. CS. Le diagnostic de toxoplasmose se fait le plus souvent sur :

- A - Une recherche directe du parasite dans le sang
- B - Une recherche directe du parasite à partir d'une ponction ganglionnaire
- C - Une recherche directe du parasite à partir d'une ponction splénique
- D - Une recherche directe du parasite dans le LCR
- E - Les résultats d'un examen sérologique

75. CS. Quelle espèce plasmodiale n'est observée dans le sang périphérique que sous forme d'anneaux intra-érythrocytaires et de gamétocytes en forme de bananes :

- A - P. falciparum
- B - P. malariae
- C - P. vivax
- D - P. ovale
- E - P. berghei

76. CS. La forme plasmodiale injectée à l'homme par l'anophèle est :

- A - Le sporozoïte
- B - Le schizonte
- C - L'ookinète
- D - Le mérozoïte
- E - Le gamétocyte

77. CM. Parmi les examens biologiques suivants, quel(s) est (sont) celui(ceux) qui permet(tent) l'identification de Candida albicans ?

- A - Isolement sur milieu de Sabouraud glucosé
- B - Test de filamentation en sérum
- C - Inoculation à la souris
- D - Test à l'encre de Chine
- E - Formation de chlamydospores en 24 à 48 heures sur milieu riz-agar-tween

78. CM. Le genre Epidermophyton :

- A - Est caractérisé par des macroconidies à parois et cloisons minces groupées en régime de bananes
- B - Présente des microconidies
- C - En plus de la peau attaque les cheveux et les poils
- D - Est un dermatophyte zoophile
- E - La seule espèce pathogène est Epidermophyton floccosum

79. CM. Certaines causes favorisent le développement des candidoses. Parmi elles, on relève :

- A - Des causes hormonales
- B - Des thérapeutiques (Antibiotiques)
- C - Une atteinte de l'état général
- D - Un manque d'hygiène, des facteurs locaux
- E - L'infection par le virus VIH

80. CM. Dans la toxoplasmose congénitale, la contamination du fœtus se fait par :

- A - Le kyste de Toxoplasma gondii
- B - L'oocyste
- C - Le trophozoïte (forme végétative)
- D - Le sporozoïte
- E - Le schizonte

81. CM. Le diagnostic de levurose à Candida et en particulier Candida albicans, peut être porté sur le résultat de :

- A - Frottis muqueux coloré au Gram
- B - Culture sur milieu dit N N N
- C - Test de filamentation en sérum
- D - Assimilation et fermentation de certains sucres
- E - Coupe histologique colorée au P A S

82. CS. Le diagnostic de Candidose à C. Albicans peut être fait en 24 h au laboratoire par :

- A - L'aspect des colonies sur milieu Sabouraud-Tetrazolium
- B - L'appréciation de la vitesse de pousse
- C - La morphologie des levures à l'examen microscopique
- D - Le test de blastèse
- E - L'agglutination par des antisérums spécifiques

83. CM. Parmi les aspects cliniques suivants, quel est celui ou ceux pouvant être dus à Candida albicans ?

- A - Muguet
- B - Perlèche
- C - Intertrigo
- D - Herpès circiné
- E - Onyxis avec périonyxis

84. CM. Le pied d'athlète peut être dû à :

- A - Candida albicans
- B - Trichophyton rubrum
- C - Aspergillus fumigatus
- D - Trichophyton interdigitale
- E - Pityrosporum ovale

85. CM. Chez une femme enceinte dont la sérologie de la toxoplasmose est négative vous devez conseiller de :

- A - Faire une sérologie de la toxoplasmose, une fois par mois jusqu'à l'accouchement
- B - Bien cuire la viande
- C - Bien cuire les poissons
- D - Bien laver les fruits et les légumes
- E - Éviter la proximité des chats

86. CM. L'élément parasitaire s'introduit chez l'homme par voie digestive pour :

- A - La dracunculose
- B - La bilharziose
- C - La distomatose
- D - L'ankylostomose
- E - L'oxyurose

87. CS. Candida albicans peut réaliser les différents aspects anatomo-cliniques suivants, sauf un. Lequel ?

- A - Périonyxis
- B - Muguet
- C - Herpès circiné
- D - Intertrigo
- E - Vaginite

88. CS. La réaction de TPHA (Treponema Pallidum Hémagglutination) :

- A - Met en jeu le même antigène anticorps que la réaction de Kline ou VDRL
- B - Donne des résultats comparables à ceux de la réaction de Nelson
- C - Met en jeu un antigène non spécifique du tréponème pâle (on le retrouve sur les leptospires)
- D - Permet de distinguer la syphilis du Pian
- E - Aucune de ces propositions n'est valable

89. CS. Quel microorganisme peut survivre à l'intérieur des macrophages grâce à l'inhibition de la fusion phagosome-lysosome ?

- A - Staphylococcus aureus
- B - Plectridium tétani
- C - Toxoplasma gondii
- D - Plasmodium falciparum
- E - Klebsiella pneumoniae

90. CM. Lors du diagnostic sérologique de la syphilis, Treponema pallidum est utilisé comme antigène au cours d'une ou plusieurs des réactions sérologiques suivantes :

- A - TPHA
- B - Kline
- C - V.D.R.L.
- D - F.T.A.
- E - Test de Nelson

91. CM. Parmi les parasitoses suivantes, quelles sont celles qui s'accompagnent le plus souvent d'une hyperéosinophilie ?

- A - Bilharziose (Schistosomoses)
- B - Trypanosomose africaine
- C - Larva migrans viscérale
- D - Paludisme
- E - Distomatose

92. CM. Parmi les agents cités ci-dessous, quels sont ceux à parasitisme intracellulaire obligatoire ?

- A - Plasmodium falciparum
- B - Leishmanies
- C - Chlamydiae
- D - Rickettsies
- E - Cytomegalovirus

93. CM. Giardia intestinalis :

- A - Est cosmopolite
- B - Est un protozoaire hématozoaire
- C - Peut-être éliminé sous forme de kystes dans les selles
- D - Nest pathogène que chez le sujet immunodéprimé
- E - Est sensible au métronidazole

94. CS. Quel est le moyen habituel pour porter le diagnostic de téniasis à Taenia saginata ?

- A - Biopsie de la muqueuse rectale
- B - Biopsie musculaire
- C - Scotch-test cutané
- D - Découverte d'anneaux isolés
- E - Test de Baerman

95. CM. L'ingestion de viande de porc insuffisamment cuite, infestée peut être à l'origine de certaine(s) parasitose(s) humaine(s), laquelle (lesquelles) ?

- A - Ascariidose
- B - Téniasis
- C - Trichinose
- D - Bothriocéphalose
- E - Anguillulose

96. CM. Dans quelle(s) parasitose(s) un hôte intermédiaire est indispensable pour assurer le cycle naturel de transmission de la maladie à l'homme ?

- A - Amibiase
- B - Pédiculose
- C - Paludisme
- D - Taeniasis
- E - Gale sarcoptique

97. CM. Parmi les parasitoses suivantes, quelles sont celles s'accompagnant d'une hyperéosinophilie élevée ?

- A - Ascariidose
- B - Paludisme
- C - Anguillulose
- D - Toxoplasmose
- E - Distomatose

98. CM. Les affections suivantes sont toutes transmises par un insecte piqueur hématoophage. Cependant, deux d'entre elles ne sont pas transmises par la pique mais par les déjections du vecteur.

Lesquelles ?

- A - Paludisme
- B - Loase
- C - Typhus exanthématique
- D - Trypanosomiase américaine
- E - Trypanosomiase africaine

99. CM. Quelles sont, parmi les manifestations biologiques suivantes détectables dans le sang, celle(s) qui traduisent une réponse à une infestation tissulaire par des larves d'helminthes ?

- A - Augmentation des basophiles
- B - Augmentation des plasmocytes
- C - Augmentation des éosinophiles
- D - Augmentation des IgE
- E - Augmentation des IgM

100. CS. Quel est le mode d'infection du téniasis : Taenia saginata ?

- A - Ingestion d'oeufs embryonnés
- B - Ingestion de larve de cysticerque
- C - Pénétration transcutanée de la forme larvaire
- D - Transmission par piqûre d'insecte hématoophage
- E - Contact avec un sujet parasité

101. CS. Parmi les médicaments suivants, un seul est actif sur Pneumocystis carinii

- A - Fluconazole (Triflucan)
- B - Cotrimoxazole (Bactrim)
- C - Métronidazole (Flagyl)
- D - Spiramycine (Rovamycine)
- E - Amphotéricine B (Fungizone)

102. CS. La chloroquine est l'antimalarique de chimioprévention le plus adapté pour un séjour dans une zone chloroquinose. Quelle durée de chimioprévention vous paraît nécessaire ?

- A - Du premier au dernier jour du voyage
- B - 8 jours avant le départ, tout le séjour et 6 semaines après le retour
- C - 8 jours avant le départ, tout le séjour et 8 jours après le retour
- D - Du premier au dernier jour du voyage et 8 semaines après le retour
- E - Du premier au dernier jour du voyage et 15 jours après le retour

103. CS. Chez un patient revenant d'une zone tropicale et présentant une hépatomégalie douloureuse et fébrile, on demandera prioritairement un sérodiagnostic de :

- A - Amibiase
- B - Distomatose
- C - Anguillulose
- D - Bilharziose
- F - Paludisme

104. CM. Candida albicans peut être responsable de certaines des manifestations cliniques suivantes. Lesquelles ?

- A - Muguet
- B - Perlèche
- C - Onyxis
- D - OEsophagite
- E - Vaginite

105. CM. L'abcès arnibien du foie :

- A - Peut survenir plusieurs années après le séjour en zone d'endémie
- B - Est hautement fébrile
- C - S'accompagne d'un foie gros et douloureux
- D - Se traduit à la numération formule sanguine par une hyperéosinophilie majeure
- E - Son diagnostic de certitude est sérologique



106. CM. L'halofantrine (Halfan) est un produit indiqué pour :

- A - Le traitement de l'accès palustre simple
- B - Le traitement de l'accès pernicleux palustre
- C - La chimioprophylaxie palustre continue
- D - Le traitement présomptif du paludisme
- E - La prévention du paludisme de reviviscence

107. CS. Parmi les vecteurs suivants, lequel est responsable de la transmission du paludisme ?

- A - Phlébotome
- B - Glossine
- C - Anophèle
- D - Chrysops
- E - Cyclops

108. CM. Les levures du genre candida peuvent être responsables des affections suivantes. Lesquelles ?

- A - Vaginite
- B - Muguet du nourrisson
- C - Teigne du cuir chevelu
- D - Langue noire villeuse
- E - Intertrigo

109. CM. Parmi les aspects cliniques suivants, quel est celui ou ceux pouvant être du (des) à Candida albicans ?

- A - Muguet
- B - Perlèche
- C - Intertrigo
- D - Herpès circiné
- E - Onyxis avec périonyxis

110. CM. Parmi les parasites qui peuvent être mis en évidence par l'étude du frottis sanguin, vous retenez

- A - Dicrocoelium lanceolatum
- B Trypanosoma gambiense
- C - Necator americanus
- D Sarcoptes scabiei
- E - Plasmodium malariae

111. CM. Les champignons dermatophytes :

- A - Sont des champignons kératinophiles
- B - Ont des réservoirs animaux
- C - Ont des réservoirs humains
- D - Ont des réservoirs telluriques
- E - Ne se rencontrent pas en Afrique tropicale

112. CM. La gale norvégienne

- A - Est due à Sarcoptes scabiei hominis
- B - Survient sur terrain immunodéprimé
- C - Est peu contagieuse chez les gens propres
- D - Nécessite une désinfection de tous les vêtements portés depuis un mois
- E - Est a déclaration obligatoire

113. CS. L'hématozoaire du paludisme est inoculé à l'homme par l'anophèle femelle sous l'une des formes suivantes. Laquelle ?

- A - Gamétocyte
- B - Schizonte
- C - Sporozoite
- D - Mérozoite
- E - Trophozoite

114. CM. Le pou :

- A - Est un ectoparasite
- B - Est hémaphage
- C - Est un parasite strict de l'homme
- D - Est un parasite temporaire
- E - Est un parasite obligatoire

115. CM. 'Trichophyton rubrum' peut être responsable de :

- A - D'intertrigo des orteils
- B - D'eczéma marginé de Hebra
- C - De pityriasis versicolor
- D - D'onychomycose
- E - De vaginite

116. CS. L'anophèle femelle, vecteur du paludisme, pique de préférence l'homme :

- A - A l'aube
- B - En pleine chaleur
- C - Après un orage
- D - Après le coucher du soleil
- E - A n'importe quel moment de la journée

117. CS. Les dermatophytes sont sensibles à :

- A - Antibiotiques polyènes
- B - Imidazole
- C - Métronidazole
- D - Tétracyclines
- E - Nystatine

118. CM. Une jeune femme de 23 ans, enceinte de 8 semaines, a une sérologie de la toxoplasmose négative.

Vous lui conseillez :

- A - Une prophylaxie par la Rovamycine (3 millions d'unités matin et soir) jusqu'à la 24ème semaine de sa grossesse
- B - De ne consommer la viande que bien cuite
- C - De faire 3 examens coprologiques parasitaires chaque mois pendant toute la durée de la grossesse
- D - De faire chaque mois une prise de sang pour recherche d'anticorps antitoxoplasmiques
- E - De faire, après l'accouchement une vaccination antitoxoplasmique

119. CM. Devant une diarrhée au retour d'un pays tropical, l'examen direct des selles peut permettre le diagnostic des parasitoses suivantes sauf deux.

Lesquelles ?

- A - Amibiase
- B - Giardiase (Lambliase)
- C - Trypanosomiase
- D - Anguillulose
- E - Loase

120. CM. Quelles sont les propositions justes concernant la vaccination anti amarile ?

- A - Il s'agit d'un vaccin viral vivant atténué
- B - Un rappel est nécessaire tous les 10 ans
- C - Est utile lors d'un séjour en Asie du Sud-Est
- D - Est utile lors d'un séjour en Afrique intertropicale
- E - Est utile lors d'un séjour en Amérique du Sud

121. CM. Quel(s) parasite(s) peut (peuvent) provoquer une éosinophilie sanguine ?

- A - Oxyure
- B - Echinococcus granulosus
- C - Toxocara canis
- D - Plasmodium
- E - Fasciola hepatica

122. CM. Une mycose vaginale récidivante :

- A - Est toujours d'origine vénérienne
- B - S'accompagne fréquemment d'un foyer candidosique digestif
- C - Doit faire rechercher un diabète
- D - Peut provoquer un prurit important
- E - Peut s'accompagner de dysurie

123. CM. Dans l'accès pernicleux à Plasmodium falciparum, indiquer le(s) signe(s) permettant d'espérer un bon pronostic ?

- A - Hyperplaquettose
- B - Splénomégalie
- C - Fièvre supérieure à 40°C
- D - Hépatomégalie plus ou moins douloureuse
- E - Hypertonie musculaire parfois paroxystique

124. CM. Sur un frottis de plasmodium falciparum ?

- A - Les trophozoïtes parasitent des hématies âgées
- B - Le frottis a un aspect monomorphe
- C - La parasitémie est toujours élevée (> 5%)
- D - Les hématies parasitées présentent des granulations de Schuffner
- E - Le polyparasitisme est possible

125. CM. Les dermatophytes déterminent une ou plusieurs des lésions suivantes.

Laquelle ou lesquelles ?

- A - Perlèches
- B - Teignes du cuir chevelu
- C - Pied d'athlète
- D - Périonyxis
- E - Langue noire villeuse

PARASITOLOGIE

QCM

126. CM. Une hyperéosinophilie peut être observée dans :

- A - L'abcès amibien hépatique
- B - La kyste hydatique
- C - Le leishmaniose viscérale
- D - L'anguillulose
- E - La trichinose

127. CM. Un corna fébrile chez un patient revenu d'Afrique depuis 10 jours doit faire évoquer obligatoirement :

- A - Une méningite purulente
- B - Une amibiase disséminée
- C - Une bilharziose
- D - Un paludisme
- E - Une leishmaniose viscérale

128. CM. Quelles sont les infections parasitaires pouvant donner de la fièvre au cours de leur évolution ?

- A - Toxoplasmose
- B - Bilharziose de primo-invasion
- C - Larva migrans viscérale
- D - Amibiase intestinale stricte de l'adulte
- E - Trichinose

129. CM. L'élément parasite s'introduit chez l'homme par voie digestive pour :

- A - La dracunculose
- B - La bilharziose
- C - La distomatose
- D - L'ankylostomose
- E - L'oxyurose

130. CM. Parmi les parasitoses suivantes, laquelle (lesquelles) s'accompagne(nt) d'une éosinophilie sanguine ?

- A - Ankylostomiase
- B - Distomatose
- C - Paludisme
- D - Trypanosomiase africaine
- E - Onchocercose

131. CM. Parmi les malformations suivantes, indiquez celle(s) qui peut(peuvent) être due(s) à une infection de l'embryon par le toxoplasme :

- A - Persistance du canal artériel
- B - Hydrocéphalie
- C - Microphthalmie
- D - Calcifications intracrâniennes
- E - Choro-rétnite

132. CM. Le pied d'athlète peut être dû à :

- A - Candida albicans
- B - Trichophyton rubrum
- C - Aspergillus fumigatus
- D - Trichophyton interdigitale
- E - Pityrosporum ovale

133. CM. L'ingestion de viande saignante contaminée peut transmettre :

- A - La trichinose
- B - L'hydatidose
- C - La bobthriocéphalose
- D - La toxoplasmose
- E - Le téniasis à Taenia saginata

134. CM. Parmi les parasitoses suivantes, certaines s'accompagnent habituellement d'adénopathies. Laquelle ou lesquelles ?

- A - Toxoplasmose
- B - Trypanosomose
- C - Bilharzioses
- D - Amibiase
- E - Echinococcoses

135. CS. Quel est le micro-organisme le plus fréquemment en cause dans la " diarrhée des voyageurs " (turista) ?

- A - Vibrio el tor
- B - Giardia
- C - Escherichia coli
- D - Entamoeba histolytica
- E - Yersinia enterocolitica

PARASITOLOGIE

QCM

136. CS. Quel est le mode d'infestation du taeniasis : Taenia saginata ?

- A - Ingestion d'oeufs embryonnés
- B - Ingestion de larve de cysticerque
- C - Pénétration transcutanée de la forme larvaire
- D - Transmission par piqûre d'insecte hémalophag
- E - Contact avec un sujet parasité

137. CM. Dans quelle(s) parasitose(s) un hôte intermédiaire est indispensable pour assurer le cycle naturel de transmission de la maladie à l'homme ?

- A - Amibiase
- B - Pédiculose
- C - Paludisme
- D - Taeniasis
- E - Gale sarcoptique

138. CS. L'eau est le chaînon épidémiologique qui réunit directement le malade à l'homme réceptif, sans hôte intermédiaire, pour toutes les maladies suivantes, sauf une, laquelle ?

- A - Le paludisme
- B - Le choléra
- C - L'hépatite A
- D - Les salmonelloses
- E - La dysenterie amibienne

139. CM. Parmi les parasitoses suivantes, certaines s'accompagnent habituellement d'adénopathies. Lesquelles ?

- A - Toxoplasmose
- B - Trypanosomose
- C - Bilharzioses
- D - Amibiase
- E - Echinococcoses

140. CM. Parmi les parasitoses suivantes, quelles sont celles s'accompagnant d'une hyperéosinophilie élevée ?

- A - Ascariose
- B - Paludisme
- C - Anguillulose
- D - Toxoplasmose
- E - Distomatose

141. CM. Quelle(s) est (sont) la (les) maladie(s) transmise(s) par la piqûre d'anophèle :

- A - Dengue
- B - Filarioses lymphatiques
- C - Amibiase
- D - Paludisme
- E - Leptospirose

142. CM. Le genre Epidermophyton :

- A - Est caractérisé par des macro codinies à parois et cloisons minces groupées en régime de bananes
- B - Présente des microdinies
- C - Est un type de dermatophyte
- D - Est un dermatophyte zoophile
- E - La seule espèce pathogène est Epidermophyton floccosum

143. CM. Les lentes de Pediculus humanus capitis :

- A - Se voient à l'œil nu
- B - Se détachent facilement des cheveux
- C - Sont responsables du prurit du cuir chevelu
- D - Sont à rechercher vers la nuque et derrière les oreilles
- E - Eclosent au bout de 8 jours

144. CM. L'hydatidose est une parasitose fréquente en zone d'élevage. Elle peut être contractée par :

- A - La consommation de viande de mouton mal cuite
- B - La consommation de légumes souillés par les déjections du mouton
- C - La consommation de légumes souillés par les déjections de chien
- D - Le contact direct avec le chien du berger
- E - La pénétration transcutanée de larves présentes dans les prairies inondées

145. CM. Pediculus humanus capitis

- A - Est un insecte
- B - Est hémalophag
- C - Pond des oeufs sur les vêtements
- D - Transmet des maladies infectieuses
- E - Vit préférentiellement sur les cadavres



146. CM. Devant une diarrhée non fébrile associée à une hyper éosinophilie à 1 G/L chez un patient ayant séjourné au Bénin, quelle(s) parasitose(s) peut-on évoquer ?

- A- Une amibiase intestinale
- B- Un paludisme
- C- Une anguillulose
- D- Une giardiose
- E- Une bilharziose intestinale

147. CM. Parmi les parasitoses suivantes, lesquelles ne s'accompagnent habituellement pas d'adénopathie ?

- A- Toxoplasmose
- B- Trypanosomose
- C- Bilharziose
- D- Amibiase
- E- Echinococcose

148. CM. L'anophèle femelle, vecteur du paludisme, pique l'homme :

- A- A l'aube
- B- De façon indolore
- C- Après le coucher du soleil
- D- Après un orage
- E- Seulement en région tropicale

149. CM. " *Trichophyton rubrum* " peut être responsable de :

- A- Pyriminose
- B- Intertrigo des orteils
- C- Eczéma marginé de Hebra
- D- Teigne tondante
- E- Onyxis avec péri-onyxis

150. CM. Parmi les parasitoses suivantes, quelles sont celles qui s'accompagnent le plus souvent d'une hyperéosinophilie ?

- A- Bilharziose
- B- Trypanosomiase africaine
- C- Larva migrans viscéral
- D- Paludisme
- E- Distomatose

151. CM. Parmi les parasitoses suivantes, dans laquelle ou lesquelles le parasite pénètre-t-il dans l'organisme humain par voie transcutanée ?

- A- Bilharziose à *S. haematobium*
- B- Amibiase
- C- Anguillulose
- D- Ascariadiase
- E- Ankylostomose

152. CS. Quel est le mode d'infestation du téniasis *Taenia saginata* ?

- A- Transmission par piqûre d'insecte hématophage
- B- Ingestion de larve de cysticerque
- C- Contact avec des chiens
- D- Ingestion d'œufs embryonnés
- E- Contact avec un sujet parasité

153. CS. Quel est le moyen habituel pour porter le diagnostic de téniasis à *Taenia saginata* ?

- A- Biopsie de la muqueuse rectale
- B- Découverte d'anneaux isolés
- C- Biopsie musculaire
- D- Scotch-test cutané
- E- Test de Baerman

154. CM. La gale de l'adulte est caractérisée par :

- A- L'atteinte des organes génitaux externes
- B- Des lésions interdigitales
- C- Le prurit
- D- La contagiosité importante
- E- Le caractère familial

155. CM. L'élément parasitaire s'introduit chez l'homme par voie transcutanée pour :

- A- La dracunculose
- B- La bilharziose
- C- La distomatose
- D- L'ankylostomose
- E- L'oxyurose

## CONCOURS

PARASITOLOGIE  
QCM

## Corrigés &amp; Commentés

**PARASITOLOGIE**

**1. Bonne(s) réponse(s) : A C**

Non commentée - évidence

**2. Bonne(s) réponse(s) : C**

*Laenia saginata* par ingestion de viande de boeuf (*laenia solium* par ingestion de viande de porc)

**3. Bonne(s) réponse(s) : A B E**

C. Teigne - dermatophyte du cuir chevelu.  
D. Herpès circiné - dermatophyte de la peau glabre.

**4. Bonne(s) réponse(s) : D**

1. La fièvre quarte, et parfois, complications rénales.  
2. 3. Fièvre tierce bénigne.  
4. En dehors d'accès pernicieux dor., il est le seul responsable, *plasmodium falciparum* peut provoquer fièvre tierce maligne et indirectement, fièvre bilieuse hémoglobinurique

**5. Bonne(s) réponse(s) : C**

A. Recherchera une localisation associée, très évocatrice, mais sans valeur diagnostique.  
B. Formellement contre-indiquée dès qu'il y a suspicion d'hydatidose. Les examens paracliniques (radiologie et immunologie) permettent d'écartier l'éventualité d'une hydatidose.  
C. Les réactions séro-immunologiques font le diagnostic spécifique : réaction d'immuno-précipitation (immunoélectrophorèse et électrosynérèse) avec identification d'un arc de précipitation spécifique (arc S), réaction d'immunofluorescence indirecte, réaction immuno-enzymatique (Elisa).  
D. L'hyperéosinophilie, habituelle dans les helminthiases, n'a qu'une valeur d'orientation. Elle est souvent peu élevée, sauf quelquefois après fissuration ou rupture du kyste

**6. Bonne(s) réponse(s) : A**

D. Le traitement électif est la spiramycine. Attention : pyriméthamine, antifolique, et foetotoxique.  
E. Observée dans les hyperoxies iatrogènes en réanimation néo-natale

**QCM Corrigés & Commentaires**

A.B.C. Au cours du premier trimestre, la transmission au fœtus du parasite est rare (environ 5 % des cas) mais l'atteinte est grave, aboutissant à une interruption de grossesse ou à des lésions sévères

Au dernier trimestre, la transmission de l'infection au fœtus est la plus fréquente

(période où le placenta est le plus perméable aux toxoplasmes) mais la foetotoxicité est moindre

L'item A s'impose dans ce Q.C.M. à complètement simple.

L'item B est discutable sur l'interprétation que le lecteur fera de l'adjectif "exceptionnelle"

**7. Bonne(s) réponse(s) : C**

C'est la durée maximale de l'incubation de *plasmodium falciparum*, seul responsable des accès pernicieux. Ceux-ci seront donc évités par cette chimioprophylaxie

**8. Bonne(s) réponse(s) : A D**

A. Leur ingestion est responsable de l'infestation à partir de la viande d'animaux, eux-mêmes parasités.

D. Forme végétative à multiplication intramacrophagique.

B. Forme responsable de l'infestation des herbivores lors de l'ingestion d'aliments humides

C.E. L'ocyste coccidien contient huit sporozoïtes groupés quatre par quatre dans deux sporocystes accolés à l'intérieur de l'enveloppe oocystique. Abcuissement du cycle sexué chez le chat

B.C.E. Ne sont jamais retrouvés chez l'homme mais uniquement dans les cycles animaux.

**9. Bonne(s) réponse(s) : A B E**

B. Commencer le jour du départ

D. La durée conseillée est actuellement de 30 jours après le retour (période d'incubation maximale de *Plasmodium falciparum*).

E. Pas de toxicité chez la femme enceinte. La prophylaxie sera donc réalisée normalement.

**PARASITOLOGIE**

**10. Bonne(s) réponse(s) : A B E**

A. Viande de boeuf (*T. saginata*), de porc (*T. solium*)

B. Surtout viande de mouton

C. Cestodose due au développement de la larve de *Laenia solium*, l'homme se substitue alors au porc comme hôte intermédiaire. Elle se contracte par absorption de végétaux souillés par les déjections humaines contenant des embryophores, mais aussi et surtout par auto-infestation (digestion d'animaux remontés dans l'estomac par antipéristaltisme ou fautes d'hygiène après défécation).

D. Infestation par ingestion d'œufs, recueillis sur le pelage des chiens infestés ou absorbés sur des végétaux souillés par les déjections d'animaux malades

E. Par absorption de porc, dont la cuisson est le plus souvent insuffisante. Exceptionnelle contamination à partir de viande de cheval.

**11. Bonne(s) réponse(s) : C**

Seul traitement de l'accès pernicieux : à la posologie de 25 mg/kg/jour (maximum 1,50 g à 2 g chez l'adulte) pendant trois à six jours consécutifs. Relayée par la chloroquine (Nivaquine®) per os, ou par le Fansidar® ou la méfloquine (Lariam®) s'il existe une possibilité de résistance.

**12. Bonne(s) réponse(s) : C**

Les formes quiescentes, plutôt latentes, du paludisme dans les érythrocytes sont les gamétocytes. Absorbés lors du repas sanguin de l'anophèle, les gamétocytes se transforment en gamètes dans l'estomac du moustique et donnent les sporozoïtes infestants. Contenus dans les glandes salivaires du moustique infesté, ils seront injectés lors de la piqûre dans la plaie

**13. Bonne(s) réponse(s) : B C**

D. Non, puisque la taille des femelles est de 330 microns, celle des mâles de 220 microns

E. Le traitement (le plus connu et utilisé est le benzoate de benzyle ou Ascabiol®)

**QCM Corrigés & Commentaires**

**14. Bonne(s) réponse(s) : D E**

A.B.C. Contamination par voie digestive (ingestion de kyste pour l'amibiase et la giardiase, ingestion d'œuf renfermant une larve infestante pour l'ascarirose)

D. Infestation par piqûre cutanée par un arthropode hématoophage

E. Contamination trans-cutanée, par pénétration active de la larve à travers la peau.

**15. Bonne(s) réponse(s) : D**

A. Seule la primo-invasion peut comporter une diarrhée.

B. Diarrhée jus de melon\*\* du deuxième septennaire

C. Selles pâteuses, plus rarement diarrhées accompagnées de douleurs abdominales vagues et de nausées

E. A la phase initiale, dans les 48 premières heures, la diarrhée correspond à l'installation de vers adultes dans l'intestin (catarrhe intestinal)

**16. Bonne(s) réponse(s) : C**

Les zones actuelles de chloroquinorésistance sont l'Asie du Sud-Est, l'Amérique Centrale et l'Amérique du Sud, l'Afrique de l'Est. Récemment étaient décrits des foyers de résistance en Afrique de l'Ouest.

**17. Bonne(s) réponse(s) : E**

E. Contamination par ingestion de métacercaires avec leur support végétal, le plus fréquent en cause est le cresson sauvage ; les pissenlits et les chicorées cueillis dans les pâturages humides sont aussi à l'origine de fasciolose.

Attention : le mouton et le boeuf sont les réservoirs de la maladie, mais la consommation de foies parasités même crus n'induit pas la maladie.

**18. Bonne(s) réponse(s) : A B C D**

A.B. C'est la lésion la plus fréquente des épidermophyties de la peau glabre. Les genres *microsporum*, *trichophyton* et *epidermophyton* en sont responsables.

C. Tache érythémato-squameuse superficielle qui s'étend rapidement d'une façon



## PARASITOLOGIE

excentrique, centrifuge avec typiquement une guérison centrale.

D. Comme toutes les dermatoses infectieuses.

E. La Nystatine est active uniquement sur les levures. Traitement local souvent suffisant par les dérivés imidazolés, éconazole (Pévaryl®).

### 19. Bonne(s) réponse(s) : B

B. Le diagnostic du paludisme repose sur la mise en évidence de l'hématozoaire. La recherche du parasite s'effectue sur frottis minces colorés au May-Grunwald-Giemsa. Le résultat peut être obtenu en urgence. La goutte épaisse permet de mettre en évidence les parasites lorsqu'ils sont relativement dans une plus grande quantité de sang, coloré au Giemsa. Les quelques heures de séchage nécessaire ne permettent pas de l'interpréter en urgence, dans le cadre d'une suspicion d'accès palustre.

### 20. Bonne(s) réponse(s) : B

1. Parasitose ubiquitaire en zone inter-tropicale.

2. Cette forme, urinaire, est exclusivement africaine, avec quelques foyers asiatiques. Aux Antilles, existe *Schistosoma mansoni* responsable de bilharziose intestinale.

3. Ou toxocarose, parasitose ubiquitaire en zone intertropicale, due à la pénétration transcutanée chez l'homme de larves d'ankylostomes parasitant normalement les canidés.

4. Se rencontre uniquement en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale.

### 21. Bonne(s) réponse(s) : A B C

A. Permet de mettre en évidence les formes neurologiques évolutives (secondaires à une contamination en milieu de grossesse) et les formes neuro-oculaires séquellaires (contamination en fin de grossesse). Le fond d'œil : recherche la chorioretinite pigmentaire maculaire, uni ou bilatérale qui peut apparaître tardivement (dans l'enfance ou l'adolescence, parfois même à l'âge adulte).

B. Calcifications intra-crâniennes, presque

## QCM Corrigés & Commentés

pathogénomiques, atteintes classiques dans les formes neuro-oculaires séquellaires.

C. Les immunoglobulines M affirment l'infection de l'enfant. Les anticorps maternels Ig G transmis passivement persistent trois à huit mois et gênent l'interprétation des Ig G de l'enfant. On peut tenir compte du taux des immunoglobulines G s'il est très élevé et de la charge immunitaire (taux du Dye-Test sur le taux des immunoglobulines G plasmatiques).

### 22. Bonne(s) réponse(s) : A B C

A. Le toxoplasma gondii a une multiplication sexuée qui s'effectue dans l'intestin du chat, les oocystes émis avec les excréments deviennent infestants après maturation dans le milieu extérieur et peuvent rester un an en sol humide. Ces oocystes sont responsables d'un mode d'infestation humaine accessoire par ingestion de fruits ou de crudités souillées par les excréments. L'homme s'infeste le plus souvent en consommant des viandes insuffisamment cuites provenant d'un animal parasité (boeuf - mouton).

B. Le risque de toxoplasmose congénitale n'existe que si l'infection est contractée pendant la grossesse. Dans les deux premiers trimestres la contamination est rare mais grave. Pendant troisième trimestre, la contamination est plus fréquente (meilleure perméabilité du placenta) mais elle est souvent latente.

### 23. Bonne(s) réponse(s) : D

D. Le vecteur est un diptère tabanidé, le chrysops, dont la femelle hématophage pique surtout le jour.

A. Le culex est le vecteur de la filariose de Bancroft, et de l'arbovirose au virus West Nile.

B. Le cyclops, petit crustacé d'eau douce, est le vecteur de la filariose de Médine (dracunculose).

C. Le planorbe est l'hôte intermédiaire de *Schistosoma haematobium* et de la distomatose intestinale.

## PARASITOLOGIE

### 24. Bonne(s) réponse(s) : C D

A. Agent de larva migrans viscérale ascarienne transmise par les chiens. Le diagnostic repose sur la sérologie : Elisa, immunofluorescence, immunoelectrophorèse, malgré d'importantes réactions croisées. La découverte des larves à la biopsie hépatique est aléatoire.

B. Diagnostic de certitude : la découverte de larves rhabditoides de strongyloïdes stercoralis dans les selles fraîchement émises.

C. Frottis et goutte épaisse systématiquement demandés devant tout sujet présentant fièvre, ictère, diarrhée, splénomégalie, signes neurologiques, douleurs abdominales, et revenant d'un séjour en outre-mer. Dans le cas de *Plasmodium vivax* ce sont les réticulocytes et les hématis jeunes qui sont parasités ; celles-ci sont déformées, agrandies, contiennent un hématozoaire sous forme trophozoitique ou de schizonte amiboïde. Parfois, on rencontre des formes annulaires, des corps en rosace, et des gamétocytes.

L'hématie parasitée est facile à repérer sur le frottis par son aspect hétérogène dû à la présence de granulations de Schöffner.

D. Le diagnostic de certitude est apporté par la recherche des microfaires dans la peau, les urines, l'oeil et le sang périphérique prélevé à midi.

Sur les gouttes épaisses, les microfaires colorées ont une attitude caractérisée par des courbures irrégulières et tortillées.

E. - Ver nématode, agent de l'oxyurose. Diagnostic sur le scotch-test ou la découverte spontanée de vers à la marge anale.

### 25. Bonne(s) réponse(s) : A C E

A. Rechercher les lésions caractéristiques de la gale : sillons et vésicules perlées, notamment au niveau des plis interdigitaux et à la face antérieure des poignets.

B. Dermatose très prurigineuse. Evoquer la gale devant tout prurit surtout s'il se caractérise par une recrudescence vespéro-nocturne. Le prurit, parfois familial ou collectif touche les espaces interdigitaux, les faces antérieures des poignets, les fesses, les

## QCM Corrigés & Commentés

emmanchures antérieures. Attention dans la gale norvégienne (infestation massive chez un hôte aux défenses altérées), le prurit souvent intense peut manquer.

D. Le prurit épargne le visage, le cuir chevelu (sauf chez le nourrisson) et le dos. A la différence des pediculoses numaires, le prurit de la gale présente une topographie antérieure.

E. Présence de nodules scabieus pouvant persister plusieurs semaines ou mois après la stérilisation.

### 26. Bonne(s) réponse(s) : A B C D E

A, D, E. Chez l'homme existent deux cycles asexués schizogoniques : l'un intra-érythrocytaire, l'autre exo-érythrocytaire primaire qui est intra-tissulaire (foie). Les sporozoïtes infestants injectés lors de la piqûre par la salive de l'anophèle gagnent, après une demi-heure de circulation, le foie où débute ce cycle intra-tissulaire. Leur développement et leur multiplication intra-hépatocytaires finissent par constituer une masse appelée corps bleu. Bientôt la cellule éclate libérant de nombreux mérozoïtes. La plupart passe dans la circulation sanguine.

B, C. Certains parasites restent quiescents dans l'hépatocyte, sans se transformer en corps bleu. Après un temps variable, génétiquement déterminé, ils entrent en division. Ce phénomène ne semble exister que dans les espèces *P. vivax* et *P. ovale* expliquant les accès de reviviscence.

### 27. Bonne(s) réponse(s) : A D E

Deux groupes de réactions sérologiques sont appliqués au diagnostic de la syphilis et à la surveillance des maladies traitées :

- réactions à antigènes cardiolipidiques
  - fixation du complément (Kolmer)
  - agglutination sur lame (Kline-VDRL)
- réactions à antigènes tréponémiques
  - hémagglutination passive (TPHA)
  - immunofluorescence indirecte (FTA-ABS)
  - test d'immobilisation de tréponème de Nelson.

**PARASITOLOGIE**

excentrique, centrifuge avec typiquement une guérison centrale.

D. Comme toutes les dermatoses infectieuses.

E. La Nystatine est active uniquement sur les levures. Traitement local souvent suffisant par les dérivés imidazolés, econazole (Pévaryl®).

**19. Bonne(s) réponse(s) : B**

B. Le diagnostic du paludisme repose sur la mise en évidence de l'hématozoaire. La recherche du parasite s'effectue sur frottis minces colorés au May-Grunwald-Giemsa. Le résultat peut être obtenu en urgence. La goutte épaisse permet de mettre en évidence les parasites lorsqu'ils sont relativement dans une plus grande quantité de sang, coloré au Giemsa. Les quelques heures de séchage nécessaire ne permettent pas de l'interpréter en urgence, dans le cadre d'une suspicion d'accès palustre.

**20. Bonne(s) réponse(s) : B**

1. Parasitose ubiquitaire en zone inter-tropicale.

2. Cette forme, urinaire, est exclusivement africaine, avec quelques foyers asiatiques. Aux Antilles, existe *shistosoma mansoni* responsable de bilharziose intestinale.

3. Ou toxocarose, parasitose ubiquitaire en zone intertropicale, due à la pénétration transcutanée chez l'homme de larves d'ankylostomes parasitant normalement les canidés.

4. Se rencontre uniquement en Afrique de l'Ouest et Afrique centrale.

**21. Bonne(s) réponse(s) : A B C**

A. Permet de mettre en évidence les formes neurologiques évolutives (secondaires à une contamination en milieu de grossesse) et les formes neuro-oculaires séquentielles (contamination en fin de grossesse). Le fond d'œil : recherche la chorioretinite pigmentaire maculaire, uni ou bilatérale qui peut apparaître tardivement (dans l'enfance ou l'adolescence, parfois même à l'âge adulte).

B. Calcifications intra-crâniennes, presque

**QCM Corrigés & Commentés**

pathognomoniques, atteintes classiques dans les formes neuro-oculaires séquentielles.

C. Les immunoglobulines M affirment l'infection de l'enfant. Les anticorps maternels Ig G transmis passivement persistent trois à neuf mois et gênent l'interprétation des Ig G de l'enfant. On peut tenir compte du taux des immunoglobulines G s'il est très élevé et de la charge immunitaire (taux du Dye-Test sur le taux des immunoglobulines G plasmatiques).

**22. Bonne(s) réponse(s) : A B C**

A. Le *Toxoplasma gondii* a une multiplication sexuée qui s'effectue dans l'intestin du chat. Les oocystes émis avec les excréments deviennent infestants après maturation dans le milieu extérieur et peuvent le rester un an en sol humide. Ces oocystes sont responsables d'un mode d'infestation humaine accessible par ingestion de fruits ou de crudités souillés par les excréments. L'homme s'infeste le plus souvent en consommant des viandes insuffisamment cuites provenant d'un animal parasité (boeuf - mouton).

B. Le risque de toxoplasmose congénitale n'existe que si l'infection est contractée pendant la grossesse. Dans les deux premiers trimestres la contamination est rare mais grave. Pendant troisième trimestre, la contamination est plus fréquente (meilleure perméabilité du placenta) mais elle est souvent latente.

**23. Bonne(s) réponse(s) : D**

D. Le vecteur est un diptère tabanide, le chrysops, dont la femelle hématophage pique surtout le jour.

A. Le *Culex* est le vecteur de la filariose de Bancroft, et de l'arbovirose au virus West Nile.

B. Le cyclops, petit crustacé d'eau douce, est le vecteur de la filariose de Médine (dracunculose).

C. Le planorbe est l'hôte intermédiaire de *Schistosoma haematobium* et de la distomatose intestinale.

**PARASITOLOGIE****24. Bonne(s) réponse(s) : C D**

A. Agent de larva migrans viscérale ascarienne transmise par les chiens. Le diagnostic repose sur la sérologie : Elisa, immunofluorescence, immunoelectrophorèse, malgré d'importantes réactions croisées. La découverte des larves à la biopsie hépatique est étiologique.

B. Diagnostic de certitude : la découverte de larves rhabditoides de strongyloïdes stercoralis dans les selles fraîchement émises.

C. Frottis et goutte épaisse systématiquement demandés devant tout sujet présentant fièvre, ictère, diarrhée, splénomégalie, signes neurologiques, douleurs abdominales, et revenant d'un séjour en outre-mer. Dans le cas de *plasmodium vivax* : ce sont les réticulocytes et les hématies jeunes qui sont parasités ; celles-ci sont déformées, agrandies, contiennent un hématozoaire sous forme, trophozoïtique ou de schizonte amiboïde. Parfois, on rencontre des formes annulaires, des corps en rosace, et des gamétocytes.

L'hématie parasitée est facile à repérer sur le frottis par son aspect hétérogène dû à la présence de granulations de Schüffner.

D. Le diagnostic de certitude est apporté par la recherche des microfilaires dans la peau, le urines, Toeil et le sang périphérique prélevé à midi.

Sur les gouttes épaisses, les microfilaires colorées ont une attitude caractérisée par des courbures irrégulières et tortillées.

E - Ver nématode, agent de l'oxyurose. Diagnostic sur le scotch-test ou la découverte spontanée de vers à la marge anale.

**25. Bonne(s) réponse(s) : A C E**

A. Rechercher les lésions caractéristiques de la gale : sillons et vésicules perlées, notamment au niveau des plis interdigitaux et à la face antérieure des poignets.

B. Dermatose très prurigineuse. Evoquer la gale devant tout prurit surtout s'il se caractérise par une recrudescence vespéro-nocturne. Le prurit, parfois familial ou collectif touche les espaces interdigitaux, les faces antérieures des poignets, les fesses, les

**QCM Corrigés & Commentés**

emmanchures antérieures. Attention : dans la gale norvégienne (infestation massive chez un hôte aux défenses altérées), le prurit souvent intense peut manquer.

D. Le prurit épargne le visage, le cuir chevelu (sauf chez le nourrisson), le dos. A la différence des pediculoses humaines, le prurit de la gale présente une topographie antérieure.

E. Présence de nodules scabieux pouvant persister plusieurs semaines ou mois après la stérilisation.

**26. Bonne(s) réponse(s) : A B C D E**

A.D.E. Chez l'homme existent deux cycles asexués schizogoniques : l'un intra-érythrocytaire, l'autre exo-érythrocytaire primaire qui est intra-tissulaire (foie). Les sporozoïtes infestants injectés lors de la piqûre par la salive de l'anophèle gagnent, après une demi-heure de circulation, le foie où débute ce cycle intra-tissulaire. Leur développement et leur multiplication intra-hépatocytaires finissent par constituer une masse appelée corps bleu. Bientôt la cellule éclate libérant de nombreux mérozoïtes. La plupart passe dans la circulation sanguine.

B.C. Certains parasites restent quiescents dans l'hépatocyte, sans se transformer en corps bleu. Après un temps variable, génétiquement déterminé, ils entrent en division. Ce phénomène ne semble exister que dans les espèces *P.vivax* et *P.ovale* expliquant les accès de reviviscence.

**27. Bonne(s) réponse(s) : A D E**

Deux groupes de réactions sérologiques sont appliqués au diagnostic de la syphilis et à la surveillance des maladies traitées :

- 1) réactions à antigènes cardiolipidiques
  - fixation du complément (Kolmer)
  - agglutination sur lame (Kline-VDRL)
- 2) réactions à antigènes tréponémiques
  - hémagglutination passive (TPHA)
  - immunofluorescence indirecte (FTA-ABS)
  - test d'immobilisation de tréponème de Nelson.



## 28. Bonne(s) réponse(s) : A B E

C.D. Il n'existe pas d'hyperéosinophilie dans les parasitoses dues aux protozoaires (sauf la toxoplasmose à la phase aiguë).  
A.B.E. Les causes d'hyperéosinophilie parasitaire sont surtout les helminthiases qu'elles soient à vers ronds et cylindriques (nématohelminthes) telles que oxyurose, ascariidose, ankylostomose, anguillulose, trichinose, filarioses; ou à vers plats (platihelminthes) telles que bilharzioses, distomatoses, cestodoses, hydatidoses.

## 29. Bonne(s) réponse(s) : E

Diptères hématophages, vivent essentiellement sous climats chauds. Leur activité est le plus souvent nocturne. Les larves se développent sur le sol, dans les terriers, les crevasses des vieux murs, les recoins obscurs des habitations. Seule la femelle est hématophage et sa piqûre est très douloureuse. Les maladies transmises sont les leishmanioses et la bartonellose.

## 30. Bonne(s) réponse(s) : A C

C. L'hydatidose est due à la larve hydatique du taenia échinococcus granulosus. Ces petits ténias vivent dans l'intestin grêle du chien qui s'est contaminé par ingestion de scolex contenus dans les viscères parasités d'herbivores, eux-mêmes contaminés par l'herbe ingérée souillée par les déjections du chien.

L'homme constitue dans ce cycle une impasse parasitaire. Hôte intermédiaire accidentel, la contamination, comme pour l'herbivore, se fera par ingestion d'oeufs ou d'embryophores, soit par infestation directe au contact du chien infesté recueillant des oeufs sur son pelage, soit par infestation indirecte par l'intermédiaire d'aliments souillés par les excréta de chien infesté.  
B.D. Présentent des risques pour le chien (hôte définitif) en cas d'ingestion de viande parasitée (proximité des abattoirs).  
Aucun risque pour l'homme.

## 31. Bonne(s) réponse(s) : E

Non commentée évidence.

## 32. Bonne(s) réponse(s) : D

1. L'ankylostomiase est la principale parasitose responsable d'une anémie par carence martiale. Les parasites hématophages se fixent à la muqueuse duodénale.
2. La splénomégalie volumineuse et indolore de la leishmaniose viscérale est à l'origine d'anémie normochrome normocytaire arégenerative.
3. La bohrécephalose est une cestodose rencontrée dans les régions tempérées ou froides, responsable d'une anémie macrocytaire avec mégalo-blastose médullaire due à une consommation de la vitamine B12.
4. Le développement intra-érythrocytaire du plasmodium explique l'hémolyse sanguine et médullaire rencontrées lors de l'accès palustre. Il s'agit d'une anémie normochrome régénérative avec anisocytose et poikilocytose.

## 33. Bonne(s) réponse(s) : D

Les champignons pathogènes parfois retrouvés au niveau du LCR sont (candida albicans, cryptococcus néoformans, aspergillus fumigatus) responsables de méningites subaiguës à liquide clair chez les immunodéprimés. Ils sont recherchés par examen direct avec coloration à l'encre de Chine (reconnaître la présence de capsule de cryptococcus néoformans) et par culture sur milieu de Sabouraud. Les rares parasites parfois retrouvés au niveau du LCR, sont les cénures (larve de Laenia multiceps), les cysticercques (larve de Laenia solium).

## 34. Bonne(s) réponse(s) : A

1. Au cours de la piqûre, l'anophèle moustique injecte dans le sang des sporozoïtes, formes infestantes contenues dans les glandes salivaires de l'arthropode vecteur.
2. La transmission n'existe qu'à la saison printemps-été dans les zones tempérées chaudes.
3. Chez l'homme existent deux cycles asexués ou schizogoniques, l'un exo-érythrocytaire, intra-tissulaire, l'autre intra-érythrocytaire. Chez l'anophèle, cycle est sexué ou sporogonique.
4. Le plasmodium falciparum expose à l'ac-

cès pernicieux, mais n'est jamais responsable d'accès de reviviscence tardif.

## 35. Bonne(s) réponse(s) : C

- 1.3. Il existent pas
2. Très important, notion de prurit généralisé, familial ou collectif.
4. Parfois le seul moyen de diagnostiquer rétrospectivement la gale. D'autres éléments peuvent orienter le diagnostic : le prurit à recrudescence vespéro-nocturne, l'existence de sillons aux poignets et aux espaces interdigitaux, et de nodules scabieux aux organes génitaux ou aux aisselles.

## 36. Bonne(s) réponse(s) : A

- A. Erythrasma : tache homogène, rouge sombre, brune ou chamois, finement squameuse, bien limitée, sans bordure vésiculeuse, non prurigineuse, le plus souvent siègeant dans les plis inguinaux ou les aisselles ; l'examen en lumière de Wood montre une fluorescence rouge corail des lésions, caractéristique mais inconstante.
- B. Les intertrigos à dermatophytes s'entourent typiquement d'une bordure cirinée en relief papuleuse ou papulo-vésiculeuse, rarement pustuleuse, squameuse, tandis que les lésions centrales s'atténuent. Ils sont très prurigineux.
- Dans le pli inguinal il réalise l'eczéma marginé de Hébra.
- C. L'intertrigo candidosique : fissure blanchâtre, douloureuse, au fond du pli, au sein d'un érythème inflammatoire, avec une calerette épidermique décollée et de petites pustules superficielles en périphérie.
- D. Le psoriasis est une des étiologies des intertrigos non infectieux.
- E. Lésions à type de taches brun clair, chamoisées ou dépigmentées, non prurigineuses, en peau libre, jamais au niveau des plis.

## 37. Bonne(s) réponse(s) : C

L'herpès ciriné est une dermatophytie de la peau glabre réalisant une plaque érythémateuse à bordure nette, saillante, vésiculeuse caractéristique. Le micro-organisme le plus

souvent en cause est microsporum canis.

## 38. Bonne(s) réponse(s) : D

Les localisations caractéristiques de la gale sont les faces latérales des doigts (espaces interdigitaux), les faces postérieures et internes des poignets, les coudes, le nombril, les seins et l'abdomen, les cuisses où on recherchera les sillons terminés par une vésicule perlée. Sans oublier les nodules scabieux palmoplantaires, axillaires, et au niveau des organes génitaux externes. Des chancres scabieux existent parfois au niveau du fourreau de la verge. La gale respecte le visage et le cuir chevelu.

## 39. Bonne(s) réponse(s) : E

Les vulvo-vaginites mycosiques à candida sont favorisées par un pH vaginal acide (grossesse, savons acidifiants), l'hyperoestrogénie (contraception orale oestrogène-progestative), les traitements antibiotiques et corticoïdes, le diabète. Le traitement avant tout local, consiste en toilette avec savons alcalins, voire injections vaginales alcalines. Le pH vaginal alcalin et l'hypo-oestrogénie favorise plutôt les infections à Trichomonas vaginalis.

## 40. Bonne(s) réponse(s) : E

A B C D. Assez caractéristiques des leucorrhées dues aux vulvo-vaginites à trichomonas.  
E. L'examen extemporané direct après traitement à la potasse 5 % permet la découverte de filaments mycéliens, en faveur d'une vulvo-vaginite à candida albicans.

## 41. Bonne(s) réponse(s) : E

A. La réaction de Kline ou VDRL sont des réactions d'agglutination qui utilisent l'antigène, cardiolipidique non spécifique. Le TPHA est une réaction d'hémagglutination utilisant un lysat de tréponèmes pâles fixés sur les globules rouges. Réaction de référence en pratique courante par sa sensibilité et sa spécificité.  
B. Le test d'immobilisation de Nelson demeure la réaction la plus spécifique de la

**PARASITOLOGIE**

syphilis et constitue l'arbitre des cas les plus litigieux, sans toutefois permettre de distinguer les diverses tréponématoses (syphilis, pian, pinta, bejel).

**42. Bonne(s) réponse(s) : A B C D**

Quand le prurit persiste ou réapparaît rapidement après traitement scabicide, il faut évoquer :

- l'insuffisance du traitement : d'où persistance des parasites
- un traitement excessif avec irritation cutanée par des applications itératives de l'acaricide
- une origine psychogène : taccaraphobie chez les anxieux et les obsessionnels
- une réinfection précoce par défaut de traitement simultané des sujets contacts
- l'existence de nodules post-scabieus pouvant persister des semaines ou des mois et ne nécessitant pas la reprise d'un traitement
- l'existence d'une dermatite eczématiforme probablement allergique nécessitant parfois le recours à une brève corticothérapie locale
- l'existence d'une autre cause de prurit, ayant été momentanément masquée par la gale

**43. Bonne(s) réponse(s) : A**

La taenia saginata est transmise par le boeuf  
Transmis par le porc, il s'agit du taenia solium plus rare mais plus grave que le taeniasis à taenia saginata

**44. Bonne(s) réponse(s) : C**

A. Phlébotomes : petits diptères, agents vecteurs des leishmanioses  
B. Mouches Tsé-Tsé, diptères vecteurs de la trypanosomose africaine (maladie du sommeil)  
C. De la famille des moustiques  
D. Chrysops : taon vecteur de la loase, hémiphysse africaine cutanéodermique due à une filaire spécifiquement humaine : Loa loa  
E. Cyclops : crustacé hôte intermédiaire de la dracunculose (filière de Médine)

**QCM Corrigés & Commentés****45. Bonne(s) réponse(s) : A C D**

A C. L'onxys dermatophytique débute par une atteinte du bord libre de l'ongle, sans périonyxis (contrairement à l'atteinte candidosique), par la formation d'une tache jaunâtre s'étendant lentement sous l'ongle et correspondant à l'épaississement des lames unguéales. Quelle que soit sa localisation, l'attaque unguéale se fait à contre-courant de la poussée du bord libre vers la matrice.  
D. Le psoriasis unguéal est particulièrement polymorphe : souvent un ou plusieurs ongles ponctuels avec quelques dépressions en dé à coudre. L'épaississement pseudo-mycosique de la table unguéale est rencontré parfois dans les formes importantes.

**46. Bonne(s) réponse(s) : A E**

A. Chimio prophylaxie impérative, mais en Thaïlande présence de résistance totale du plasmodium falciparum aux amino-4-quinoléines (les autres Plasmodium y sont sensibles)  
B. La fièvre jaune est limitée à l'Afrique et à l'Amérique du Sud.  
C. Inutile, pas de chimio prophylaxie efficace des dysenteries bacillaires, de la fièvre typhoïde, et des entérocolites aiguës infectieuses bactériennes.  
D. Déconseillée car dangereuse, elle risque de décaper une véritable trypanosomose.  
E. Utile contre les germes bactériens à transmission fécale-orale, susceptibles de contaminer l'homme par voie digestive à partir de l'eau de boisson.

**47. Bonne(s) réponse(s) : A B**

A. Intertrigo dermatophytique des grands plis, habituellement au niveau du pli inguinal, lié à des dermatophytes anthropophiles : épidermophyton floccosum, trichophyton rubrum, plus rarement trichophyton mentagrophytes.  
B. Teignes tondantes, sèches, dermatophytiques liées à des trichophytes (T. violaceum et T. soudanense) ou à microsporum canis.  
C. Candidose buccale renouée surtout chez le nouveau-né et l'enfant.  
D. Périonyxis candidosique évoluant par

**PARASITOLOGIE**

poussées successives de périonyxis inflammatoire, parfois purulent. Secondairement, apparaît un onxys des doigts atteints.  
E. Les principales étiologies des intertrigos, sont infectieuses, dues à des mycoses candidosées, dermatophytes) ou à des bactéries (staphylocoque, streptocoque, bacilles gram négatif). Parmi les étiologies non infectieuses : le psoriasis, la dermatite séborrhéique, l'eczéma de contact, la dermatite atopique et le pemphigus bénin familial de Hailey.

**48. Bonne(s) réponse(s) : A C D E**

VDRL : réaction d'agglutination passive utilisant les antigènes cardiolipidiques, mettant en évidence les réagines, anticorps anticardiolipides non spécifiques des tréponématoses. Les résultats sont soit qualitatifs, soit quantitatifs exprimés en dilution. La positivité au cours de la syphilis est relativement tardive : vers le 15ème jour du chancre, définissant la période présérologique de la syphilis primaire.  
Réaction simple, rapide et peu chère, utilisée surtout pour le dépistage des sujets mais aussi pour la surveillance des syphilis traitées. La spécificité est mauvaise : il existe de nombreuses fausses réactions transitoires liées à des infections bactériennes, virales ou parasitaires, à la grossesse, aux collagénoses, aux vaccinations.  
E. Le titre de ces réagines diminue progressivement avec le temps et peut se négativer en 6 mois à 2 ans.

**49. Bonne(s) réponse(s) : A B C**

La bilharziose urinaire est liée à shistosoma haematobium qui sévit au Maghreb, en Afrique inter-tropicale, à Madagascar mais aussi dans la vallée du Nil, le Yémen, l'Irak et l'Iran. La seule bilharziose rencontrée sur le continent américain est la forme intestinale due à shistosoma mansoni.

**50. Bonne(s) réponse(s) : A B D E**

C. Chaque jour, la femelle fécondée de sarcoptes scabiei hominis pond deux ou trois oeufs qui sont déposés dans le tunnel. Ils éclosent en trois ou quatre jours pour libérer des larves qui quittent le tunnel. Arrivées

**QCM Corrigés & Commentés**

sur la peau, celles-ci creusent une poche, ou se réfugient à la base des follicules pileux. Par des mues successives, elles se transforment en nymphes puis en adultes.

**51. Bonne(s) réponse(s) : A B C D**

A. Très exceptionnellement, les tissus profonds (maladie dermatophytique de Hadida et Schousboe).  
C. Les trois genres épidermophyton, trichophyton et microsporum sont caractérisés par les macroconidies, différents pour chacun des genres. Seuls trichophyton et microsporum produisent aussi des microconidies.  
D. Kératinophiles, certains sont aussi kératinolytiques (T. Rubrum et T. Mentagrophytes donnent des onxys avec destruction importante de l'ongle).  
E. A côté des groupes d'espèces anthropophiles et anthrozoophiles, il existe un groupe d'espèces géophiles qui se trouvent sur le sol : microsporum gypseum.

**52. Bonne(s) réponse(s) : A B C D E**

Non commentée : connaissance

**53. Bonne(s) réponse(s) : A B D E**

L'énoncé du Q.C.M. permet d'écarter les autres candidoses digestives que sont les candidoses buccales et oesophagienne. Les candidoses digestives sont la porte d'entrée de candidoses septicémiques ou viscérales chez les sujets à haut risque.  
L'administration systématique de polyènes (Mycostatine®, Fungizone®) par voie orale exerce un effet prophylactique sur la dissémination. Pour une colonisation simple de l'intestin par candida albicans, la thérapeutique doit comporter un antifongique administré per os, peu ou pas réabsorbé au niveau intestinal afin d'augmenter l'action locale, de diminuer la toxicité du produit. Ainsi des médicaments tels que Nizoral® (kétoconazole), absorbé au niveau intestinal et présentant des troubles hépatotoxiques ou l'Ancofil® (flucytosine) absorbé lui aussi et dont le métabolite principal SF-U est myélotoxique, sont ici déconseillés. Il en va de même pour l'amphotéricine B par voie IV



## PARASITOLOGIE

qui présente de nombreux effets indésirables dont une néphrotoxicité importante. En revanche, pour une colonisation candidosique avec invasion muqueuse (souvent associée à une symptomatologie clinique), il est préférable d'utiliser des molécules qui gardent une concentration intraluminaire efficace mais sont partiellement réabsorbées, exerçant alors une action antifongique au niveau de la muqueuse. Le meilleur produit serait alors l'amphotéricine B per os. (la négastatine n'est pas réabsorbée au niveau digestif). L'énoncé ne précise pas le type d'infection candidosique intestinale et l'action désirée à ce niveau. Les réponses les plus logiques sont B et D.

### 54. Bonne(s) réponse(s) : E

Les taenias à l'âge adulte sont spécifiques de l'homme. Ils vivent dans l'intestin grêle. Les derniers anneaux de l'extrémité de la chaîne, arrivés à maturité, se détachent de celle-ci et sont rejetés dans le milieu extérieur. En ce qui concerne *T. sapinah*, le diagnostic, en dehors de l'examen des anneaux émis, peut être également fait par prélèvement anal à la cellophane adhésive qui ramène les embryonophores collés à la marge anale, abandonnés là par l'anneau lors du passage sphinctérien. Les hôtes intermédiaires de *T. sapinah* sont les bovins, ceux de *T. solium* sont les porcins.

### 55. Bonne(s) réponse(s) : C

Intertrigo dermatophytique des grands plis, habituellement au pli inguinal pouvant déborder sur le scrotum ou l'abdomen, les agents responsables sont des dermatophytes anthropophiles : épidermophyton floccosum, trichophyton rubrum, rarement *T. mentagrophytes*.

### 56. Bonne(s) réponse(s) : A B E

A, B, E. Les anoploures plus connus sous le nom de poux sont hématophages, de spécificité très stricte, vivant exclusivement en potoparasites (il n'y a donc pas de stades libres non parasites) aux dépens des mammifères. Deux genres (pédicules et phthirus) parasitent l'homme.

## QCM Corrigés & Commentaires

- pédicules humains, pou de corps et pédiculus capitis, pou de tête  
- phthirus pubis, pou du pubis ou morpion.  
C. Il existe des pédiculoses animales, qui ne se transmettent pas à l'homme.

### 57. Bonne(s) réponse(s) : C

1. Au dessous d'une amibiase intestinale aiguë ou semble d'emblée primitive (les manifestations initiales ayant été négligées ou tellement atténuées qu'elles sont passées inaperçues)  
2. Les réactions sérologiques inconstamment positives dans les atteintes purement intestinales, sont en revanche pratiquement toujours positives à des taux élevés en cas d'amibiase trombaire où elle sont indispensables au diagnostic (immunofluorescence, électrosynérèse).  
3. Seule la forme entamoeba histolytica est pathogène hématophage et nécrosante. Son identification lors de l'examen parasitologique des selles est un argument de certitude pour le diagnostic d'amibiase. Parfois, cette forme peut revenir au stade minuta non pathogène qui n'existe que dans la lumière intestinale et qui, sous diverses influences (variation de pH), peut donner des formes kystiques, éliminés avec les selles.  
4. Les deux phases successives d'hépatite ambiante diffuse pré-suppurative et d'abcès hépatique ambien collecté s'accompagnent d'une accélération franche de la VS.

### 58. Bonne(s) réponse(s) : C

L'énoncé veut probablement sous-entendre teigne tondante microscopique.  
B. L'affection fréquente chez l'enfant, de cause inconnue, réalisant des plaques totales alopéciques non squameuses, à limite nette, d'évolution spontanément favorable en quelques mois avec repousse complète des cheveux.  
C. Les teignes microscopiques réalisent des plaques alopéciques au niveau du cuir chevelu, de grande taille (4 à 7 cm), peu nombreuses (1 à 4), de forme arrondie, avec une surface "sale" recouverte de squames grisâtres. La plaque squameuse est hérissée

## PARASITOLOGIE

de cheveux cassés, courts, mais encore visibles. Elle diffère de la plaque squameuse des teignes sèches trichophytiques, où le cheveu est cassé plus court, à ras du cuir chevelu, à peine visible, englué dans de nombreuses squames qui le masquent.  
D. Les teignes sont la seconde étiologie des alopecies non cicatricielles, après la pelade. Elles sont l'apanage de l'enfant, et se distinguent de la pelade par leur caractère constamment squameux. On distingue 4 teignes différentes : teignes tondantes trichophytiques ou microsporiques, teigne suppurée trichophytique, et teigne favique.

### 59. Bonne(s) réponse(s) : D

Les dermatophytes de la peau glabre comportent l'herpès circiné (en dehors des plis) et les intertrigos des grands plis (dont l'eczéma marginé de Herdra au niveau inguinal) et des espaces interdigito-plantaires. Les dermatophytes des régions pileuses comportent les dermatophyties du cuir chevelu ou teigne et les dermatophytes de la barbe, de la moustache ou sycosis. Enfin, les dermatophyties des ongles qui réalisent un onychie ne s'accompagnent jamais de périonyx (diagnostic différentiel avec le périonyx à levure).  
D. Les dermatophyties sont des mycoses cosmopolites intéressant la peau et les phanères, très exceptionnellement les tissus profonds. Il n'existe pas de lésions digestives comme dans les candidoses.

### 60. Bonne(s) réponse(s) : D

A. Plasmodium falciparum est des quatre aspects pathogènes du paludisme le plus redoutable et le plus intensément implanté. Il est l'agent des tropiques, celui qui tue. Il sévit toute l'année dans les pays tropicaux où il subit des recrudescences saisonnières, mais il ne survient qu'à la période chaude et humide dans les régions subtropicales.  
B. Il est responsable de la fièvre tierce maligne, de l'accès pernicieux et indirectement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique.  
C, E. Surtout l'accès pernicieux qui constitue le drame du paludisme. Encore appelé neuropaludisme, il réalise une encéphalite

## QCM Corrigés & Commentaires

fébrile aiguë. Il est dû au tropisme cérébral de *P. falciparum* (schizogonie dans les capillaires cérébraux). L'autre complication grave, la fièvre bilieuse hémoglobinurique survient chez un ancien paludéen à *P. falciparum* autrefois soumis à la chimioprophylaxie par la quinine naturelle. Le pronostic est fatal dans 30 % des cas. Elle est aujourd'hui exceptionnelle.  
D. La longévité de cet hématozoaire est inférieure à 1 an, contrairement aux trois espèces plasmodiales qui peuvent présenter des rechutes (accès de reviviscence) à plus ou moins brève échéance.

### 61. Bonne(s) réponse(s) : A B D E

A, B, D. Dérivés imidazolés à spectre antifongique large : levures et dermatophytes.  
C. Action limitée aux dermatophytes.  
E. Spectre d'action limitée aux levures.

### 62. Bonne(s) réponse(s) : C D

L'hôte intermédiaire est l'être qui héberge le parasite sous sa forme non sexuée. Pour parler d'hôte intermédiaire (H.I.), il faut que le parasite exige le passage chez cet hôte pour assurer sa maturation ou une véritable multiplication et souvent les deux. Les formes infestantes n'apparaissent qu'au terme du passage, biologiquement indispensable, chez cet hôte intermédiaire.  
A. Ingestion de kystes au contact d'un sujet malade, plus souvent par consommation d'eau et d'aliments souillés.  
B. Parasite obligatoire de l'homme pour les pédiculoses spécifiquement humaines.  
C. Les vecteurs sont les agents transmetteurs des parasites :  
- soit des vecteurs purement mécaniques qui ont un simple rôle de transport non indispensable au cycle vital du parasite (exemple : transport par insectes de kystes d'amibes)  
- soit des vecteurs purement biologiques indispensables au cycle vital du parasite ce sont les H.I actifs (arthropodes hématophages).  
Cependant, dans le paludisme, bien que les formes sexuées se développent chez l'anophèle, du point de vue pratique épidémiolo-

gique (et non parasitologique), on considère l'homme comme hôte définitif des plasmodium, et donc l'anophèle comme hôte intermédiaire vecteur, ce qui est un abus de langage.

E. Cycle uniquement chez l'homme.

**63. Bonne(s) réponse(s) : A B D**

A B D. De nombreux facteurs favorisent cette fréquente localisation de la maladie : âges extrêmes de la vie, antibiothérapie, immunodépression, médicaments anticancéreux, diabète, prothèse dentaire, drogues psychotropes. On distingue : le muguet (spécifique du candida albicans), la langue noire, la glossite érythémateuse, la perle, la chéilite, la stomatite des prothèses dentaires et les formes leucoplasiées de la langue ou de la muqueuse jugale. La perle est une érosion des commissures labiales, bilatérales, à fond blanchâtre, parfois croûteux. Elle est en règle associée à une atteinte buccale interne.

C. Les candidoses cutanéomuqueuses chroniques sont rares, survenant surtout chez l'enfant, persistantes, avec lésions muqueuses agressives et placards cutanés parfois papillomateux, hyperkératosiques (granulome moniliaïque) témoignant essentiellement d'un déficit de l'immunité cellulaire et/ou d'une anomalie endocrinienne. De part la nature des épithéliums, seules les lésions cutanées peuvent évoluer vers l'hyperkératose.

E. Faux. En revanche, il n'est pas possible d'affirmer la nature exacte de la levure.

**64. Bonne(s) réponse(s) : A**

A. Adénopathies presque toujours cervicales (chaîne moyenne ou postérieure) peu volumineuses, non empâtées, légèrement douloureuses. Parfois d'autres territoires sont atteints, aires axillaires, inguinales, ou même ganglions profonds (médiastineux ou abdominaux).

B. Faux, il s'agit d'un syndrome mononucléosique : hyperlymphocytose sanguine avec hyperbasophilie, des lymphocytes et grands mononucléaires bleutés typiques. Toutefois, ce syndrome mononucléosique

peut manquer dans le tableau de toxoplasmose.

C. Les kystes ingérés lors de consommation de viande infestée crue ou saignante, restent vivants dans les tissus pendant très longtemps. Ils produisent des antigènes qui traversent la membrane kystique et entretiennent l'immunité qui est totale et protectrice. Elle empêche toute nouvelle infestation. Les kystes ingérés libèrent des toxoplasmes (forme végétative ou trophozoïtes) qui se reproduisent rapidement par multiplication sexuée. Les parasites libérés dans la circulation après éclatement des cellules hôtes. Durant cette courte phase de parasitémie, les parasites sont sensibles à l'action des anticorps circulants qui apparaissent dès le 7ème au 10ème jour après l'infestation. Passé ce délai, la dissémination parasitaire est arrêtée et seules persistent les formes kystiques. La contamination placentaire n'est possible que pendant la très courte phase parasitémique de la mère (7 à 10 jours).

E. Traitement par spiramycine seule (3 g/jour) sans interruption jusqu'à la fin de la grossesse. sulfadiazine et puriméthamine, tératogènes sont contre-indiqués pendant la grossesse.

**65. Bonne(s) réponse(s) : B**

1. Nécaton américain, un des deux agents de l'ankylostome a été introduit aux Antilles et en Amérique intertropicale par la traite des Noirs.

2. Dans la mer des Caraïbes, seuls Haïti et quelques côtes de la République dominicaine sont touchés par le paludisme. Par contre, les Antilles françaises (Guadeloupe et Martinique) sont indemnes.

3. Rappel : S. Mansoni est le seul schistosome connu sur le continent américain. Il est notamment présent dans la mer des Caraïbes, au Venezuela, en Guyanne et au Brésil.

4. La loase n'existe qu'en Afrique et dans une région limitée de l'Afrique seulement : Afrique centrale et l'Ouest.

**66. Bonne(s) réponse(s) : C**

Au cours de la piqûre, un anophèle femelle infesté injecte dans la plaie les sporozoïtes, formes infestantes contenues dans les glandes salivaires. En 24 heures, ils gagnent le foie et se localisent dans les hépatocytes. Leur développement et leur multiplication dans l'hépatocyte finit par constituer une masse appelée schizonte. Bientôt, la culture éclate libérant de nombreux mérozoïtes. Ceux-ci gagnent la circulation sanguine, pénètrent dans une hématie et deviennent chacun un trophozoïte. Celui-ci se développe, grossit, et son noyau se divise aboutissant à un schizonte. Après plusieurs schizogonies, apparaissent dans les hématies des éléments à potentiel sexué, les gamétocytes qui ne se développeront que s'il sont absorbés par un anophèle femelle.

**67. Bonne(s) réponse(s) : A B**

A. Obligatoire lors de l'examen prénatal, de même que le sérodiagnostic de rubéole. B. Les sérodiagnostics (rubéole + toxoplasmose) sont demandés obligatoirement dès le premier examen prénatal, qui permet la déclaration de grossesse, sauf en cas de certitude absolue de leur positivité antérieure.

C. E. Négatifs à la déclaration, ils seront contrôlés pour écarter tout séroconversion ultérieure : au moins trois fois pendant la grossesse en ce qui concerne la toxoplasmose (donc à chaque examen prénatal légal, 6ème, 8ème et 9ème mois) et si possible tous les mois. L'énoncé de l'item E est ambigu et prête à confusion.

D. Lors de l'accouchement, un dernier contrôle est fait pour les femmes non immunisées, chez le nouveau-né en cas d'atteinte ou de doute, la recherche se fait par sérodiagnostics répétés.

**68. Bonne(s) réponse(s) : B C**

Le microcelium est un vers plat, n'infestant l'homme qu'exceptionnellement. Necator americanus ou ankylostome est un petit nématelminthe (vers rond). Sarcoptes scabiei est un acarien, ectoparasite responsable de la galle.

**69. Bonne(s) réponse(s) : B**

Sans commentaire.

**70. Bonne(s) réponse(s) : A C E**

Les granulations de Schüffner caractérisent l'infestation à P. Vivax au à P. Ovale. Les schizontes étirés sont plus évocateurs de P. Ovale.

**71. Bonne(s) réponse(s) : D**

Le stade primaire de la Syphilis est un stade localisé au point d'inoculation.

**72. Bonne(s) réponse(s) : A C D E**

Les conidies sont des spores externes et asexuées produites par les rameaux mycéliens.

**73. Bonne(s) réponse(s) : C D**

L'examen direct et les cultures sur Sabouraud mettent en évidence les colonies en 5 à 21 jours et leurs aspects caractéristiques.

**74. Bonne(s) réponse(s) : E**

Le diagnostic parasitologique direct est exceptionnellement réalisé.

**75. Bonne(s) réponse(s) : A**

B C D : on observe également des schizontes âgés et des corps en rosace. E : pas pathogène chez l'homme.

**76. Bonne(s) réponse(s) : A**

Les sporozoïtes vont se localiser dans les hépatocytes en moins de 24 heures.

**77. Bonne(s) réponse(s) : B E**

A : on utilise un milieu de Sabouraud timofonciné. B : le test de filamentation en sérum, ou test de blastèse, permet le diagnostic de l'espèce de Candida 24 heures après l'ensemencement.

**78. Bonne(s) réponse(s) : A E**

Le genre épidermophyton est caractérisé par des macroconidies en massue, à parois et cloisons minces, et par l'absence de microconidies. C'est un dermatophyte.



**PARASITOLOGIE**

anthrophile, qui n'attaque que la peau.

**79. Bonne(s) réponse(s) : A B C D E**

Sans commentaire

**80. Bonne(s) réponse(s) : C**

La contamination foetale ne se produit qu'au cours de la primo-infection de la mère.

**81. Bonne(s) réponse(s) : C D**

A - le diagnostic ne peut être porté qu'après examen des cultures.

B - la culture s'effectue sur milieu de Sabouraud tiformyciné.

C - le test de filamentation en sérum ou test de blastèse, peut permettre l'identification de *Candida albicans* au bout de 24 heures de culture.

D - l'auxanogramme n'est réalisé qu'en cas de négativité du test de blastèse et de la production de chlamydospores sur milieu Riz-Agar-Tween afin de préciser l'espèce de *Candida*.

E - Les *Candidas* sont colorés en rouge par le P.A.S. On ne peut spécifier l'espèce sur une coupe histologique.

**82. Bonne(s) réponse(s) : D**

Sans commentaire

**83. Bonne(s) réponse(s) : A B C E**

D - Dû aux dermatophytes.

**84. Bonne(s) réponse(s) : A B D**

C - Localisation le plus souvent pulmonaire.

E - Agent du *Pytiriasis versicolor*.

**85. Bonne(s) réponse(s) : A B D E**

*Toxoplasma gondii* ne parasite pas les poissons.

**86. Bonne(s) réponse(s) : A C E**

A - Ingestion par l'homme du *Cyclops* qui est l'hôte intermédiaire.

B - Pénétration transcutanée active.

C - Ingestion de métacercaires avec du cresson sauvage.

D - Pénétration transcutanée active.

E - Ingestion d'oeufs.

**QCM Corrigés & Commentés**

**87. Bonne(s) réponse(s) : C**

L'herpès circiné est dû aux dermatophytes.

**88. Bonne(s) réponse(s) : E**

A - Le VDRL met en jeu l'antigène cardiolipidique.

C - L'antigène est spécifique des tréponèmes.

D - Aucun argument sérologique ne peut distinguer les tréponématoses entre elles.

**89. Bonne(s) réponse(s) : C**

Les trophozoïtes se multiplient dans les macrophages des animaux à sang chaud et échappent aux mécanismes de digestion cellulaire par des processus encore mal connus.

**90. Bonne(s) réponse(s) : A D E**

B et C détectent l'antigène cardiolipide.

**91. Bonne(s) réponse(s) : A C E**

B et D sont des protozooses.

**92. Bonne(s) réponse(s) : A B C D E**

Sans commentaire.

**93. Bonne(s) réponse(s) : A C E**

A C E - *Giardiasis intestinalis* est un protozoaire flagellé, cosmopolite, dont les formes végétatives vivent accolées à la paroi duodénale et dont les kystes sont éliminés dans les selles. La giardiasis est le plus souvent asymptomatique, mais peut donner des troubles digestifs variés.

**94. Bonne(s) réponse(s) : D**

IR : 1/89 et 2/89

A - Bilharziose.

B - Trichinose.

C - Oxyurose.

D - La présence d'anneaux éliminés par le malade en dehors des selles.

Mode de contamination : ingestion de viande peu cuite ou crue (larve).

Hôte intermédiaire : boeuf.

E - Anguillulose.

**95. Bonne(s) réponse(s) : B C**

A - Consommation par ingestion d'oeufs.

**PARASITOLOGIE**

embryonnés avec les aliments ou l'eau de poisson.

B - Viande de boeuf (*T. saginata*) ou de porc (*T. solium*) mal cuite.

C - Viande de porc ou de sanglier mal cuite.

D - Ingestion de poissons crus ou mal cuits.

E - Pénétration transcutanée active.

IR : 4/89

**96. Bonne(s) réponse(s) : C D**

C - Anophèle femelle.

D - Porc ou boeuf.

**97. Bonne(s) réponse(s) : A C E**

IR : 3/90

L'hyperéosinophilie est le fait des helminthes.

**98. Bonne(s) réponse(s) : C D**

IR : 7/89

C'est aussi le cas de la fièvre boutonneuse méditerranéenne.

A - Piqûre de l'anophèle.

B - Piqûre par un chrysops.

C - Déjection du pus du corps (*pediculus humanus corporis*).

D - Déjections de la redûve.

E - Piqûre par une glossine (= mouche tsé-tsé).

**99. Bonne(s) réponse(s) : C D**

Sans commentaire.

**100. Bonne(s) réponse(s) : B**

Sans commentaire.

**101. Bonne(s) réponse(s) : B**

A, E - Deux médicaments actifs sur les mycoses.

B - Médicament de référence pour le pneumocyste. Les alternatives en seconde intention sont : triméthoprime + dapson, pentamidine, clindamycine + primaquine.

C - Actif principalement sur les anaérobies et les amibes.

D - Utilisé notamment dans le traitement de la toxoplasmose chez la femme enceinte.

**102. Bonne(s) réponse(s) : D**

D - La chloroquine n'est pas efficace sur les plasmodies présents dans les hépatocytes (premier site de multiplication du *Plasmodium*). La prophylaxie antipalustre

**QCM Corrigés & Commentés**

doit donc être maintenue jusqu'à éclatement de tous les hépatocytes infectés soit 8 semaines pour le *Plasmodium falciparum*.

**103. Bonne(s) réponse(s) : A**

A - L'abcès amibien hépatique est de loin la cause la plus fréquente à rechercher devant une hépatomégalie douloureuse et fébrile au retour d'un pays tropical.

B, C, D - Tableaux différents.

E - L'hépatomégalie que l'on peut observer dans le paludisme n'est pas douloureuse.

De plus, le diagnostic du paludisme n'est pas sérologique.

**104. Bonne(s) réponse(s) : A B C D E**

*Candida albicans* peut être responsable de toutes ces manifestations.

A - Candidose buccale.

B - La perlèche est une fissure commissurale érythémateuse débordant sur les téguments, souvent hyperkératosique (souvent associée à A).

C - Peut s'accompagner d'un périonyxis à la différence de l'atteinte dermatophytique.

D - Chez les patients infectés par le VIH, infection opportuniste, critère de passage au stade sida.

**105. Bonne(s) réponse(s) : A B C E**

D - Pas d'hyperéosinophilie dans les protozooses. Par contre hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles dans l'abcès amibien.

E - La recherche de parasites dans les selles est souvent négative et non spécifique.

**106. Bonne(s) réponse(s) : A D**

A, D - Traitement de l'accès palustre en zone chloroquine-résistante. Autre alternative : méfloquine (Lariam).

B - Traitement par quinine intraveineuse en cas de signes de gravité.

D - Pour éviter l'apparition de souches résistantes.

E - Ne concerne pas *Plasmodium falciparum* - il n'y a donc pas de résistance à la chloroquine.

**107. Bonne(s) réponse(s) : C**

A - Vecteur de la leishmaniose.

B - Mouche tsé-tsé Vecteur de la trypanosomiase.

**PARASITOLOGIE**

**QCM Corrigés & Commentaires**

D - Vecteur de la loase

108. Bonne(s) réponse(s) : A B D E

C- dermatophytes  
D- après antibiothérapie

109. Bonne(s) réponse(s) : A B C E

Sans commentaire

110. Bonne(s) réponse(s) : B E

Sans commentaire

111. Bonne(s) réponse(s) : A B C D

D- exceptionnellement

112. Bonne(s) réponse(s) : A B

C- Elle est très contagieuse

113. Bonne(s) réponse(s) : C

Sans commentaire

114. Bonne(s) réponse(s) : A B C E

Sans commentaire

115. Bonne(s) réponse(s) : A B D

Sans commentaire

116. Bonne(s) réponse(s) : D

Sans commentaire

117. Bonne(s) réponse(s) : B

Sans commentaire

119. Bonne(s) réponse(s) : C E

Sans commentaire

120. Bonne(s) réponse(s) : A B D E

C- pas de fièvre jaune en Asie du Sud-Est

121. Bonne(s) réponse(s) : A B C E

A- helminthe, hyperéosinophilie modérée

B- hydatidose, hyperéosinophilie en cas de

fissuration

C- larva migrans

E- douve du foie

122. Bonne(s) réponse(s) : B C D

Elle s'accompagne classiquement de brûlures

micrionnelles mais pas de dysurie

123. Bonne(s) réponse(s) : A B

B- de bon pronostic contrairement à l'hépatomégalie

124. Bonne(s) réponse(s) : E

A- cas des 3 autres espèces plasmodiales

D- vivax et ovale

125. Bonne(s) réponse(s) : B C

Sans commentaire

126. Bonne(s) réponse(s) : B D E

A- polynucléose

B- en cas de fissuration

C- pancytopenie

127. Bonne(s) réponse(s) : A D

Sans commentaire

128. Bonne(s) réponse(s) : A B E

Sans commentaire

129. Bonne(s) réponse(s) : A C E

Sans commentaire

130. Bonne(s) réponse(s) : A B E

Sans commentaire

131. Bonne(s) réponse(s) : B C D E

Sans commentaire

132. Bonne(s) réponse(s) : A B D

Sans commentaire

133. Bonne(s) réponse(s) : A D E

Sans commentaire

134. Bonne(s) réponse(s) : A B

Sans commentaire

135. Bonne(s) réponse(s) : C

Sans commentaire

136. Bonne(s) réponse(s) : B

Sans commentaire

137. Bonne(s) réponse(s) : C D

Sans commentaire

138. Bonne(s) réponse(s) : A

Sans commentaire

139. Bonne(s) réponse(s) : A B

Sans commentaire

140. Bonne(s) réponse(s) : A C E

Sans commentaire

141. Bonne(s) réponse(s) : B D

Sans commentaire

142. Bonne(s) réponse(s) : A C E

Sans commentaire

**PARASITOLOGIE**

**QCM Corrigés & Commentaires**

143. Bonne(s) réponse(s) : A D E

Sans commentaire

144. Bonne(s) réponse(s) : C D

Sans commentaire

145. Bonne(s) réponse(s) : A B

Sans commentaire

146. Bonne(s) réponse(s) : C D E

Sans commentaire

147. Bonne(s) réponse(s) : C D E

Sans commentaire

148. Bonne(s) réponse(s) : B C

Sans commentaire

149. Bonne(s) réponse(s) : B C

Sans commentaire

150. Bonne(s) réponse(s) : A C E

Sans commentaire

151. Bonne(s) réponse(s) : A C E

Sans commentaire

152. Bonne(s) réponse(s) : B

Sans commentaire

153. Bonne(s) réponse(s) : B

Sans commentaire

154. Bonne(s) réponse(s) : A B C D E

Sans commentaire

155. Bonne(s) réponse(s) : B D

Sans commentaire



# Les Annales

Par spécialité

1985 - 2004

## CONCOURS

INTERNAT

PARASITOLOGIE

QCM

Cas cliniques QCM

Corrigés & commentés

# Les Annales

Par spécialité

1985 - 2004

## CONCOURS

PARASITOLOGIE

CAS CLINIQUES QCM

QCM

Cas cliniques QCM

Corrigés & commentés

## Cas Clinique N° 1 :

Une jeune femme de 25 ans enceinte de son premier enfant (12 semaines d'aménorrhée) revient d'Afrique noire où elle séjournait. Elle vous rapporte ses examens sérologiques : syphilis négative, toxoplasmose = 200 UI par immunofluorescence, rubéole = 100 UI par hémagglutination. Elle a présenté une angine il y a 15 jours traitée pendant 8 jours par 2 g d'ampicilline per os et pendant 3 jours d'acide acétyl-salicylique à raison de 1,50 g par jour. Elle a de plus pris pendant son séjour 1 cp/jour de Nivaquine®. Son examen actuel est strictement normal mais elle est inquiète.

## 1. CS. A propos des résultats de la sérologie toxoplasmique :

- A - Elle est positive et sûrement ancienne
- B - Elle est négative, il faudra refaire le dosage tous les mois jusqu'à la fin de la grossesse
- C - Elle est très positive, sûrement récente, et vous proposez un avortement thérapeutique
- D - Elle est positive mais à recontrôler
- E - Quelle que soit l'interprétation, un traitement par la Rovamycine® résoud tous les problèmes

## 2. CS. La sérologie rubéolique :

- A - Est négative et à recontrôler tous les mois jusqu'à la fin de la grossesse
- B - Est à recontrôler afin d'observer l'ascension des anticorps en cas de rubéole récente
- C - Est positive, un seul examen suffit
- D - La protection est douteuse, il faut vacciner cette femme contre la rubéole
- E - On propose l'avortement thérapeutique

## 3. CS. La prise d'ampicilline :

- A - Est justifiée et non dangereuse pour le fœtus
- B - Aurait dû être poursuivie jusqu'à la fin de la grossesse
- C - Nécessite une surveillance du fœtus par échographies régulières
- D - Protège de l'éventualité d'une toxoplasmose évolutive
- E - Est dangereuse pendant la grossesse en raison du risque particulier de pancytopenie

## 4. CS. La prise d'aspirine :

- A - Est justifiée et non dangereuse pour le fœtus
- B - Peut entraîner des complications hémorragiques chez la mère à ce stade de la grossesse
- C - Nécessite une surveillance du fœtus par échographies régulières
- D - Protège de l'éventualité d'une toxoplasmose évolutive
- E - Ces 4 propositions sont fausses

## 5. CS. La prise de Nivaquine® :

- A - Est justifiée
- B - Comporte un risque d'avortement
- C - Nécessite une surveillance du fœtus par échographies régulières
- D - Protège de l'éventualité d'une toxoplasmose évolutive
- E - Est dangereuse pendant la grossesse en raison du risque particulier de pancytopenie

## Cas Clinique N° 2 :

Monsieur R. âgé de 37 ans, forestier de son métier, doit partir travailler pendant 2 ans au Gabon dans la région de Lambaréné. Monsieur R. a l'intention de se faire accompagner de son épouse âgée de 36 ans et de son fils âgé de 5 ans. Ils logeront à quelques kilomètres de la forêt mais Mr R., de par son métier, passera la plupart de son temps au milieu des bois. Ils consultent 4 mois avant le départ pour se renseigner au sujet des vaccinations et de la chimioprophylaxie du paludisme. Vous lui expliquez les conseils d'hygiène, les éléments de prévention essentiels et les différents modes de contamination des maladies présentes dans la région.

## 6. CS. Au sujet des vaccinations :

- A - Le vaccin contre la fièvre jaune est obligatoire
- B - Le vaccin contre la fièvre jaune peut se faire au cabinet du médecin traitant
- C - Le vaccin contre le choléra est un vaccin qui assure une protection supérieure à 80%
- D - Le vaccin contre l'hépatite B est conseillé mais il ne se trouve pas en pharmacie, il faut contacter l'hôpital
- E - Les vaccinations contre le tétanos et la poliomyélite ne sont pas indispensables

## 7. CM. Au sujet de la chimioprophylaxie contre le paludisme :

- A - Il est indispensable que la chimioprophylaxie commence 2 mois avant le départ
- B - Au bout de 6 mois passés en Afrique elle pourra être arrêtée
- C - Au retour il faut continuer la chimioprophylaxie pendant 2 mois
- D - Les amino-4-quinoléines seront administrées à raison de 100 mg/10 kg par semaine
- E - La Flavoquine® sera prescrite tous les jours sauf le dimanche

## 8. CM. A propos de la chimioprophylaxie antipaludéenne :

- A - L'administration de chloroquine comporte un risque de rétinopathie si les doses sont très élevées et très prolongées
- B - Les amino-4-quinoléines sont contre-indiquées en cas de grossesse
- C - En cas de grossesse il vaut mieux traiter les accès palustres au coup par coup
- D - La Nivaquine® aux doses de chimioprophylaxie n'entraîne pratiquement pas d'effets secondaires
- E - Le Fansidar® est susceptible d'entraîner une granulopénie ou un syndrome de Lyell

## 9. CS. L'eau douce est souvent à l'origine de troubles :

- A - Vous conseillerez à cette famille de ne pas se baigner dans les marigots
- B - En effet, il faut un bain prolongé (supérieur à une heure) ou des bains répétés dans l'eau contenant des furco-cercaires
- C - Les glaçons de l'apéritif, du fait de leur température, sont sans danger
- D - L'ingestion de cyclops avec une eau de boisson non filtrée est le mode de transmission de la filaire loa-loa
- E - La simule, agent vecteur de l'onchocercose, se trouve surtout près des cours d'eau aérés et courants

## 10. CM. A propos de la prévention contre les moustiques, mouches, arthropodes :

- A - L'agent vecteur des trypanosomoses humaines africaines est la glossine
- B - Il faut dormir la nuit sous des moustiquaires
- C - La moustiquaire évitera la piqûre du tson (Chrysops) qui est le vecteur de la filariose lymphatique
- D - La moustiquaire est très intéressante pour la prophylaxie de la leptospirose
- E - Le repassage du linge de corps à forte température permettra d'éviter le ver de Cayor

## 11. CM. Mesure(s) d'hygiène générale à préconiser :

- A - Lorsque vous conseillerez de porter des chaussures, vous penserez ainsi éviter l'ankylostomose
- B - Les fruits pelés et lavés sont sans danger
- C - La viande bien cuite permettra de diminuer le risque de trichinose
- D - La viande séchée est sans danger
- E - Lorsqu'on est à l'ombre, il est inutile de se couvrir la tête, le risque de coup de chaleur est faible

## 12. CM. Une eau peut être rendue potable par :

- A - 3 gouttes d'eau de javel pour 1 litre d'eau
- B - 1 comprimé d'hydroclonazone dans 1 litre d'eau
- C - Le permanganate de potassium qui est un bon désinfectant, et actif sur le vibron cholérique
- D - L'ébullition de l'eau pendant 5 mn
- E - Plusieurs couches de tissu dans une passoire

## Cas Clinique N° 3 :

Monsieur B., âgé de 40 ans, vient de participer à un safari en République Centrafricaine, où il a séjourné du 7 au 27 février 1984. Peu de temps avant son retour, il a présenté une diarrhée faite de



**PARASITOLOGIE**

4 à 5 selles liquides par jour associée à des douleurs abdominales qui prédominent dans le flanc gauche. Les troubles ont été traités par Intérix® pendant 5 jours et la diarrhée a paru céder au début du traitement puis a repris. De retour en France, depuis 10 jours, le sujet est hospitalisé pour une altération de l'état général, avec une température à 38°, des douleurs de l'hypochondre droit et persistance de la diarrhée. La langue est saburale, l'abdomen météorisé. Le foie de volume normal est sensible à la palpation et douloureux à la percussion. Le reste de l'examen est normal. La chimio-prophylaxie antipalustre a été régulièrement suivie.

13. CM. Parmi les examens complémentaires suivants retenez celui ou ceux qui vous paraissent utiles au diagnostic, en première intention :

- A - Hémocultures
- B - Sérodiagnostic de bilharziose
- C - Numération formule sanguine
- D - Sérodiagnostic du paludisme
- E - Examen parasitologique des selles

14. CM. Parmi les examens complémentaires suivants, retenez celui ou ceux au(x)quel(s) vous donnez la priorité pour affirmer le diagnostic :

- A - Echographie abdominale
- B - Sérodiagnostic de paludisme
- C - Sérodiagnostic de leptospirose
- D - Radiographie pulmonaire
- E - Scintigraphie splénique

15. CS. Parmi les diagnostics évoqués, retenez celui qui vous paraît le plus probable :

- A - Accès palustre de primo invasion
- B - Fièvre typhoïde
- C - Amibiase
- D - Leishmaniose viscérale
- E - Hydatidose

**Cas Cliniques QCM**

16. CM. Parmi les propositions suivantes retenez le ou les médicaments que vous prescrivez en première intention :

- A - Thiampenicol (Thiophénicol®)
- B - Amino-4-quinoléine (Nivaquine®)
- C - Pamoate de pyrantel (Combantrin®)
- D - Praziquantel (Biltricid®)
- E - Aucune de ces propositions

17. CM. Retenez la ou les mesure(s) prophylactique(s) qui aurai(en)t pu éviter au patient la survenue de cette pathologie

- A - Vaccination spécifique
- B - Chimio-prophylaxie
- C - Hygiène des mains
- D - Hygiène alimentaire
- E - Aucune de ces propositions

**Cas Clinique N° 4 :**

Le 31/12/81, Mme P., Philomène, 78 ans, hospitalisée depuis 5 ans pour maladie de Parkinson, présente des lésions érythémato-squameuses et prurigineuses diffuses évoquant une parakératose ou des lésions eczématisées. On prescrit : pommade Betnéval-néomycine®.

Le 07/01/82, apparition de nouvelles lésions papuleuses. Le 16/02/82, hospitalisation dans un service de dermatologie pour lésions prurigineuses et érythémateuses intéressant principalement le tronc. On diagnostique une "gale norvégienne" et le traitement est mis en route.

18. CS. A quel parasite a-t-on affaire ?

- A - Pou
- B - Punaise
- C - Tique
- D - Puce
- E - Sarcopte

19. CM. Quel(s) médicament(s) peut-on administrer ?

- A - Crotamiton (Eurax®)
- B - Lindane (Elenol®)
- C - Lindane (Elenol®)
- D - Benzoate de benzyle (Ascabiol®)
- E - Diméthyl-diphényl-dichloroéthane (Benzochloryl®)

**PARASITOLOGIE**

20. CM. Quelle(s) mesure(s) prophylactique(s) individuelle(s) conseillez-vous ?

- A - Lessivage des vêtements et de literie
- B - Stockage pendant une semaine du linge personnel dans un sac en plastique hermétique
- C - Eviter le contact des animaux domestiques
- D - Eviter le contact de l'herbe dans les prés
- E - Eviter les bains dans les eaux stagnantes

21. CM. Quelle(s) mesure(s) prophylactique(s) sont généralement à envisager ?

- A - Traitement concomitant de tous les membres de la famille
- B - Maintien et isolement jusqu'à guérison dans le service de dermatologie
- C - Pulvérisations urbaines d'insecticides à effets rémanents
- D - Déclaration obligatoire
- E - Aspiration soigneuse des poussières sur le sol des maisons

**Cas Clinique N° 5 :**

Monsieur X, né le 28/12/61, vient voir en consultation pour des problèmes cutanés apparus depuis un mois. A l'interrogatoire, on apprend qu'il n'existe pas d'antécédents particuliers et que le patient vient de faire un voyage en Afrique d'octobre 1984 à avril 85. Parmi les pays traversés, on note des pays d'Afrique noire (Mali, Niger, Haute-Volta, Togo, Bénin, Côte-d'Ivoire, etc...). Le retour s'est effectué à travers l'Afrique du nord (Algérie, Tunisie, Maroc) puis l'Espagne. Les conditions d'hygiène ont été parfois difficiles (dortoirs communs, long voyage en bus).

Depuis un mois, alors qu'il était au Togo, le patient a découvert des lésions cutanées au niveau des poignets, des doigts et des bords antérieurs des creux axillaires. Ces lésions sont de petits sillons blanchâtres, en zigzag de 1 à 2 cm, au bord desquels se trouve une vésicule perlée. Il existe de nombreuses lésions

**Cas Cliniques QCM**

de grattage. Le reste de l'examen est normal.

En reprenant l'interrogatoire, le patient dit avoir voyagé (10 jours avant) avec des gens ayant les mêmes lésions mais de manière plus étendue.

22. CM. La gale dont souffre ce patient :

- A - Est due à la présence de Sarcoptes scabiei hominis
- B - Sarcoptes scabiei hominis est très répandu dans la flore naturelle
- C - Est surtout transmise de manière indirecte
- D - Est transmise de manière directe, le contact est habituellement assez intime
- E - Est une maladie cosmopolite

23. CS. A propos de l'agent pathogène responsable de la gale humaine sarcoptique :

- A - Sarcoptes scabiei adulte est un acarien d'une taille située entre 330 µ et 220 µ
- B - Sarcoptes scabiei hominis se développe dans l'épiderme chez l'homme une survie hors de l'être humain d'une semaine ou deux est possible
- C - Cette survie sur le sol ou dans la literie est à l'origine de la contamination indirecte qui est la forme de transmission la plus fréquente
- D - Le diagnostic est fait par la mise à nu des adultes à l'extrémité des sillons
- E - Cette recherche est facile et on isole presque toujours des adultes

24. CM. Dans la gale :

- A - Le prurit est un signe capital
- B - Le prurit est surtout intense au moment du coucher
- C - La lésion initiale est le tunnel ou sillon qui traverse obliquement la couche de Malpighi
- D - La période d'incubation est en général de 8 à 15 jours
- E - Le prurit est responsable de lésions de grattage qui, parfois, masquent les lésions caractéristiques

**PARASITOLOGIE****25. CM. Dans la gale :**

- A - La période d'incubation est très raccourcie lors d'une réinfestation
- B - La période d'incubation est la période pendant laquelle le sujet se sensibilise aux sarcoptes
- C - Le prurit est dû aux phénomènes de sensibilisation
- D - L'affection est, en général, accompagnée d'une éosinophilie importante
- E - La gale est une affection qui disparaît avec le temps en l'absence de traitement

**26. CM. Dans la gale du nourrisson :**

- A - Les localisations sont fréquentes au niveau des doigts
- B - Dans les toutes premières semaines, l'atteinte caractéristique est le dos de la main
- C - Dans les toutes premières semaines, l'atteinte caractéristique est la plante des pieds
- D - Plus tard sont atteints les régions axillaires et l'ombilic
- E - La région du tendon d'Achille est parfois atteinte

**27. CM. Dans le traitement de la gale :**

- A - On peut utiliser l'Ascabiol® (benzoate de benzyle) en comprimés 100 mg (2 comprimés en une fois)
- B - L'Ascabiol® est en général appliqué par badigeonnage, tête comprise
- C - Le badigeonnage de l'Ascabiol® se fait au pinceau 1 ou 2 fois de suite à 15 mn d'intervalle chez l'
- D - L'emploi de l'Ascabiol® ne pose aucun problème chez le nourrisson, la dilution est en effet inutile
- E - Les couvertures, les gants et les chaussures doivent être traités avec un insecticide et conservés dans une valise 48 h avant d'être utilisés.

**Cas Cliniques QCM****Cas Clinique N° 6 :**

Une petite fille de 11 ans se présente avec 5 lésions annulaires sur la joue droite et la face latérale du cou ainsi qu'une grande plaque alopecique rétroauriculaire droite. L'examen est par ailleurs normal. L'interrogatoire permet de retrouver dans l'entourage familial l'existence d'un chat qui présente de petites lésions dépilées au niveau du museau et des oreilles. Le diagnostic de dermatophytose d'origine féline est presque certain.

**28. CM. Quel champignon est vraisemblablement responsable de ces symptômes ?**

- A - Candida albicans
- B - Toxocara cati
- C - Epidermophyton floccosum
- D - Trichophyton schoenleinii
- E - Microsporum canis

**29. CM. Pour confirmer le diagnostic, vous pouvez :**

- A - Examiner la lésion du cuir chevelu en lumière de Wood
- B - Pratiquer un prélèvement au niveau des lésions cutanées à l'aide d'un écouvillon
- C - Prélever des cheveux encore longs en périphérie de la plaque alopecique
- D - Prélever des squames au niveau de cette même plaque
- E - Demander un sérodiagnostic

**30. CM. Quel(s) antifongique(s) pourriez-vous utiliser ?**

- A - Griséofulvine (Griséfuline®) per os
- B - Griséofulvine en pommade
- C - 5-fluorocytosine (Ancotil®) per os
- D - Miconazole en pommade (Daktarin®)
- E - Nystatine (Mycostatine®) en pommade

**31. CM. Quelle est la durée de votre traitement ?**

- A - 5 jours
- B - 1 semaine
- C - 2 semaines
- D - 1 mois
- E - Au moins 6 semaines

**PARASITOLOGIE****Cas Clinique N° 7 :**

Une mère de famille vous amène en consultation ses deux fils à la fin de vacances passées à la campagne. L'aîné, Jean, 10 ans, présente sur la joue droite un médaillon à bordure nette et vésiculée, qui s'étend depuis plusieurs jours de façon centrifuge avec tendance à la guérison centrale. Le cadet, Pierre, 8 ans, présente, lui, une plaque alopeciante de la taille d'une pièce de 5 francs sur la région temporale droite. Vous retenez chez ses deux enfants, le diagnostic de dermatophytie. Le prélèvement mycologique que vous avez demandé dès cette première consultation confirme trois semaines plus tard votre diagnostic avec identification de *Microsporum Canis* sur les lésions présentées par ces deux frères.

**32. CS. La dermatophytie présentée par Jean est :**

- A - Un kérion
- B - Un eczéma marginé de Hebra
- C - Un herpès circiné
- D - Un onyxis
- E - Une teigne

**33. CM. En faveur d'une teigne chez Pierre vous retenez :**

- A - Son âge
- B - L'existence de cheveux cassés courts sur la zone alopeciante par ailleurs squameuse
- C - L'existence de la lésion de la joue chez son frère
- D - Son sexe
- E - La localisation de la plaque alopeciante

**34. CS. La contamination de ces deux enfants s'est probablement effectuée à partir :**

- A - De lésions d'un camarade de jeux
- B - D'un petit animal domestique
- C - Du lait consommé à la ferme
- D - De la terre
- E - D'un bovin

**Cas Cliniques QCM****35. CM. L'évolution de la teigne de Pierre pourrait être :**

- A - La guérison sans alopecie séquellaire sous traitement
- B - La persistance d'une zone alopecique limitée définitive malgré le traitement correct à ce stade
- C - L'extension progressive des lésions avec, finalement, une alopecie totale et définitive, ne laissant persister que quelques cheveux frisés
- D - Le risque de dissémination septicémique du germe avec localisation viscérale secondaire en l'absence de traitement
- E - La guérison spontanée à la puberté

**36. CM. Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous pour Jean ?**

- A - Miconazole localement
- B - Mycostatine localement
- C - Kétoconazole per os
- D - Griséofulvine per os
- E - Fungizone per os

**37. CM. Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous pour Pierre ?**

- A - Miconazole local
- B - Mycostatine locale
- C - Radiothérapie superficielle
- D - Griséofulvine per os
- E - Abstention

**Cas Clinique N° 8 :**

Madame B., 76 ans, consulte pour une fissure de la muqueuse labiale, au niveau de l'angle commissural droit et qui la fait souffrir.

A l'examen, cette patiente, qui porte une prothèse dentaire mal adaptée, présente une fissure humide de l'angle commissural droit. Cette lésion est entourée d'un halo érythémato-squameux mal délimité. Une seconde lésion débute du côté gauche.



**38. CM. Le prélèvement pour recherche mycologique :**

- A - Est indispensable
- B - Doit être complété par un prélèvement endobuccal
- C - Doit être complété par un examen mycologique des selles
- D - Doit être fait par biopsie
- E - Est fragile et doit être examiné rapidement par le laboratoire

**39. CM. Un antifongogramme sera demandé afin de prescrire un traitement adapté. De plus, un bilan à la recherche d'autres facteurs favorisants ou concomitants comportera :**

- A - La recherche d'une infection bactérienne buccale (streptococcique surtout)
- B - Un bilan pour la recherche d'une maladie d'Addison
- C - Une recherche immunologique de candidose
- D - La recherche d'une candidose vaginale
- E - Un bilan pour la recherche de diabète

**40. CM. Dans le cas d'une affection candidosique le traitement à effectuer :**

- A - Peut être local à base de dérivés imidazolés
- B - Doit être accompagné d'un traitement par voie buccale pour traiter un foyer digestif
- C - Doit durer 3 mois au moins
- D - Sera efficace si l'antifongique choisi est actif in vitro
- E - Sera accompagné d'un curetage local

**41. CM. Une consultation chez le dentiste :**

- A - Est nécessaire pour réadapter la prothèse
- B - Doit être envisagée avant tout traitement
- C - Doit être suivie d'une consultation dermatologique
- D - Doit être complétée par un bilan diététique
- E - Doit permettre de vérifier l'absence d'un foyer infectieux buccal

**Cas Clinique N° 9 :**

Un homme de 42 ans vient consulter en juillet pour des lésions en plaques des zones inguinales, très prurigineuses. L'interrogatoire apprend qu'un prurit modéré intermittent, et une plaque érythémateuse étaient apparus l'été précédent. Quelques applications d'un corticoïde local avaient calmé ces manifestations. Celles-ci ont réapparu lors des fortes chaleurs.

A l'examen on note deux plaques schématiquement symétriques situées sur les faces antérieures et latérales des cuisses, juste au dessous du pli inguinal. Elles sont érythémateuses, finement squameuses sur certaines parties. Le bord est légèrement en relief, plus inflammatoire parsemé de quelques vésicules ou de petites croûtes. Un examen mycologique révèle la présence d'un dermatophyte.

**42. CS. La dénomination très classique d'un intertrigo dermatophytique inguinal est :**

- A - Eczéma numulaire
- B - Dermatite atopique
- C - Eczéma marginé
- D - Eczémaïde
- E - Dermite séborrhéique

**43. CS. Les causes les plus habituelles d'intertrigo inguinal sont les suivantes sauf une. Laquelle ?**

- A - Un psoriasis
- B - Une candidose
- C - Une syphilis secondaire
- D - Un érythrasma
- E - Une trichophytie

**44. CM. Le diagnostic d'infection à dermatophyte peut être fait :**

- A - En quelques minutes à l'examen direct
- B - Après 2 ou 3 jours de cultures sur milieu NNN
- C - Après 4 à 5 jours de culture sur milieu de Sabouraud
- D - Après 5 à 10 jours sur culture sur gélose au sang
- E - Après 15 à 21 jours de culture sur milieu de Sabouraud

**45. CS. Chez ce patient on peut utiliser comme traitement :**

- A - L'érythromycine per os
- B - La griséofulvine per os
- C - Le Bacrim® per os
- D - La nystatine (Mycostatine®) per os
- E - La doxycycline (Vibramycine®) per os

**46. CS. On doit y associer un traitement local, qui peut être :**

- A - Amphotéricine B (Fungizone®)
- B - Nystatine (Mycostatine®)
- C - Imidazolés
- D - Hexamidine (Hexomédine®) solution
- E - Solution alcoolique d'éosine à 2 %

**Cas Clinique N° 10 :**

Une femme de 60 ans est hospitalisée pour bilan d'un diabète récemment découvert. L'interrogatoire retrouve comme antécédents pathologiques : une phlébite puerpérale à l'âge de 25 ans, une pleurésie tuberculeuse à l'âge de 32 ans. Trois mois avant l'hospitalisation actuelle, la patiente a eu une bronchite aiguë, traitée par tétracycline. Après 15 jours de traitement est survenue une diarrhée aiguë, qui a duré 4 jours et a guéri après traitement symptomatique et arrêt des antibiotiques. A cette occasion, on pratique entre autres examens une glycémie à jeun, qui est à 8 mmol/l (taux retrouvé à trois reprises). Il existe une glycosurie à 15 mmol/24 h.

L'examen montre une femme en bon état général, pesant 82 kg pour 1,64 m. L'attention est attirée par des lésions cutanées, localisées dans la région périnéale (pli inter-fessier, plis inguinaux) et sous les seins. Ces lésions présentes depuis quelques semaines, sont modérément prurigineuses. Il s'agit de plaques érythémateuses luisantes, prédominant au fond des plis à partir desquels elles s'étendent de façon progressive. De nombreuses petites pustules blanchâtres sont visibles sur ces plaques, notamment à leur périphérie. Un prélèvement mycologique et bactériologique cutané au niveau d'un pli sous-mammaire montre la présence de nombreux staphylo-

coques dorés, des corynébactéries et de nombreux *Candida albicans*.

**47. CM. Dans l'histoire clinique de cette patiente, quel(s) élément(s) est(sont) facteur(s) favorisante(s) de son intertrigo ?**

- A - Diabète
- B - Excès pondéral
- C - Antécédent de bronchopathie
- D - Antécédent de phlébite
- E - Antécédent de pleurésie tuberculeuse

**48. CM. Parmi les interprétations suivantes de l'examen mycobactériologique, vous retenez**

- A - Tous ces germes sont des saprophytes de la peau
- B - Il peut s'agir d'un intertrigo à dermatophyte
- C - Il peut s'agir d'un intertrigo à *Candida*
- D - Il peut s'agir d'un intertrigo microbien
- E - Il peut s'agir d'un psoriasis surinfecté

**49. CM. Parmi les caractères cliniques de cet intertrigo, le(s)quel(s) est(sont) en faveur d'une étiologie candidosique ?**

- A - Localisation péri-anales et sous-mammaire
- B - Prurit modéré
- C - Présence de pustules
- D - Caractères érythémateux
- E - Ancienneté

**50. CM. Parmi les affections suivantes, laquelle ou lesquelles sont des causes d'intertrigos ?**

- A - Candidose
- B - Dermatophytie
- C - Psoriasis
- D - Erythrasma
- E - Dermatite herpétiforme

**51. CM. Parmi les médicaments suivants, lequel ou lesquels sont actifs sur le *Candida albicans* ?**

- A - Nystatine
- B - Griséofulvine
- C - Miconazole
- D - 5 fluoro-cytosine
- E - Kétoconazole

**PARASITOLOGIE**

**Cas Clinique N° 11**

Madame B., lors de son examen prénatal, présentait une sérologie négative pour la toxoplasmose. Trois mois plus tard, présentant une aménorrhée de 6 semaines, sa sérologie toxoplasmique est positive à 200 UI en Dye test, avec IgM positives à 50 UI. On ne retrouve aucun signe clinique récent d'infection.

**52. CM. Dans ces conditions il est logique de :**

- A - Renouveler la sérologie 8 jours plus tard
- B - Attendre trois semaines pour renouveler la sérologie
- C - Traiter par Rovamycine® 3g/j pendant toute la grossesse
- D - Proposer l'interruption de grossesse
- E - Suivre la grossesse à intervalles rapprochés sans traitement

**53. CS. Parmi les affirmations suivantes, laquelle vous paraît exacte ?**

- A - Le risque encouru est autant maternel que foetal
- B - Le risque malformatif est supérieur à 20 %
- C - Il n'y a aucun moyen de dépister les risques malformatifs au cours de la grossesse\*
- D - L'amniocentèse à 17 semaines est indispensable
- E - Une échographie mensuelle doit être proposée

**54. CM. L'enfant à la naissance apparaissant normal sur le plan clinique, parmi les 5 examens suivants, il est utile de prescrire :**

- A - Etude sérologique comparée du sang maternel et du sang foetal
- B - Scanner cérébral
- C - Echocardiographie
- D - Fond d'oeil
- E - Inoculation du placenta à la souris

**Cas Cliniques QCM**

**55. CM. Une éventuelle atteinte foetale aurait pu se traduire par :**

- A - Hydrocéphalie
- B - Spina bifida
- C - Communication interauriculaire
- D - Chorioréinite
- E - Ascite

**Cas Clinique N° 12**

Monsieur X. 15 ans, consulte pour une lésion bilatérale prurigineuse inguinocrotale.

A l'examen vous observez un placard brun clair à bordure polycyclique, à limites nettes, sans aspect inflammatoire, s'étendant jusqu'au scrotum et à la face supéro-interne des cuisses.

Vous évoquez un eczéma marginé de Hebra.

**56. CM. Quel(s) autre(s) signes(s) d'examen pouvez-vous retrouver ?**

- A - Desquamation fine
- B - Squames essentiellement périphériques
- C - Présence de vésicules
- D - Disparition de la pilosité
- E - Association à un pied d'athlète ou à un herpès circiné

**57. CM. Quel(s) est(sont) le(s) ou les agent(s) responsable(s) de cet intertrigo ?**

- A - Epidermophyton floccosum
- B - Trichophyton rubrum
- C - Microsporum canis
- D - Trichophyton schoenleinii
- E - Trichophyton interdigitale

**58. CM. Comment confirmer ce diagnostic ?**

- A - Prélèvement de squames
- B - Examen en lumière de Wood
- C - Culture sur milieu de Sabouraud
- D - Recherche des anticorps spécifiques
- E - Recherche d'une hypersensibilité cutanée immédiate

**PARASITOLOGIE**

**Cas Cliniques QCM**

**59. CM. Quel(s) autre(s) étiologie(s) d'intertrigo connaissez-vous ?**

- A - Candidose à Candida albicans
- B - Bactériose à Corynebacterium minutissimum
- C - Dermatite séborrhéique
- D - Psoriasis
- E - Pémphigues bénin

**60. CM. Vous récusez le diagnostic d'intertrigo candidosique devant :**

- A - Bordure polycyclique à limite nette
- B - Absence d'aspect inflammatoire
- C - Extension importante
- D - Prurit
- E - Bilatéralité des lésions

**61. CM. Cet eczéma marginé de Hebra :**

- A - S'observe surtout chez l'homme jeune
- B - S'observe surtout chez l'obèse
- C - Ne se voit pas chez l'enfant
- D - Le dermatophyte responsable est ubiquitaire et zoophile
- E - Apparaît surtout en cas d'hygiène défectueuse

**62. CM. Quel(s) traitement(s) adoptez-vous ?**

- A - Mycostatine® (nystatine) 12 dragées/jour en 3 prises pendant 21 jours
- B - Griséofulvine (griséofulvine) 10 mg/kg/j pendant 1 semaine
- C - Selsun® (sulfure de sélénium) 3 applications par semaine pendant 3 semaines
- D - Pévaryl® (éconazole) lotion 2 applications par jour pendant 4 semaines
- E - Eviction du chat familial

**Cas Clinique N° 13 :**

Un jeune homme homosexuel, héroïnomane présente depuis 2 mois un prurit à recrudescence nocturne. Son affection a été initialement étiquetée allergie et traitée par corticothérapie générale sans résultats, puis par application locale d'antiseptiques.

Les lésions qui se distribuent sur les mains, les aisselles, l'abdomen, les fesses, les organes génitaux externes et les

racines des cuisses sont de plusieurs types : excoriations, lésions suintantes purulentes, lésions en placards érythémato-vésiculeux, squames. Le dos, la face et le cuir chevelu sont respectés.

L'examen met en évidence une micro-polyadénopathie diffuse. Dans l'entourage du patient plusieurs individus présentent une dermatose purigineuse. Un bilan biologique met en évidence une hématurie microscopique et une protéinurie. La recherche d'antigène HBs est positive ainsi que le TPHA. Le bilan biologique met en évidence un déficit de l'immunité cellulaire. Vous portez le diagnostic de gale sarcoptique.

**63. CM. La contamination de ce sujet peut être secondaire à :**

- A - Un contact indirect
- B - Un rapport sexuel
- C - Une origine alimentaire
- D - Un contact avec un chien
- E - Une injection intraveineuse

**64. CM. Quelle(s) est(sont) la(les) complication(s) que ce patient semble présenter ?**

- A - Glomérulonéphrite post-infectieuse
- B - Eczématisation
- C - Impétiginisation
- D - Urticaire
- E - Immunodépression induite par le sarcopte

**65. CM. Quel(s) est(sont) le(s) moyen(s) qui peu(ven)t vous permettre d'établir le diagnostic de gale sarcoptique ?**

- A - Sérologie spécifique
- B - Culture sur milieu spécifique
- C - Examen microscopique du produit de grattage d'une lésion
- D - Examen en immunofluorescence sur coupe congelée de peau lésionnelle
- E - Test thérapeutique avec une solution de benzoate de benzyle (Ascabiol®)



**PARASITOLOGIE**

**66. CM. Quelle(s) peu(ven)t être la(les) modalité(s) évolutive(s) en l'absence de traitement efficace chez ce patient immunodéprimé ?**

- A - Septicémie sarcoptique
- B - Eczéma atopique
- C - Persistance chronique de la gale
- D - Parasitisme intestinal
- E - Développement d'une gale norvégienne

**67. CM. Comment allez-vous conduire votre traitement ?**

- A - Bain unique de benzoate de benzyle (Ascabiol®)
- B - Deux badigeons d'Ascabiol® à 24 h d'intervalle
- C - Badigeons d'Ascabiol® tous les jours pendant 18 jours
- D - Corticothérapie générale
- E - Antibiothérapie générale

**68. CM. Quelle(s) peu(ven)t être la(les) modalités(s) évolutive(s) après traitement efficace ?**

- A - Persistance du prurit pendant quelques jours
- B - Recontamination par l'entourage
- C - Guérison
- D - Gloménulonéphrite chronique
- E - Persistance de nodules prurigineux pendant plusieurs semaines

**69. CM. Quelle(s) mesure(s) complémentaire(s) vous paraissent nécessaires ?**

- A - Traitement de l'entourage même en l'absence de prurit
- B - Désinfection des vêtements et sous-vêtements
- C - Vaccination antisarcoptique
- D - Traitement désensibilisant
- E - Traitement des animaux familiaux

**Cas Cliniques QCM**

**Cas Clinique N° 14 :**

Une femme de 36 ans, enceinte de 4 semaines, vous est adressée pour avis thérapeutique. Son médecin traitant lui a déjà prescrit un certain nombre d'examen dans le cadre de sa déclaration de grossesse. Parmi ceux-ci, une sérologie de toxoplasmose révèle un taux d'anticorps IgG à 80 UI/ml en immunofluorescence, avec test de Remington (recherche d'IgM spécifiques) positif au 1/50ème.

En interrogeant la malade, vous notez dans ses antécédents :

1 - Une première grossesse, menée à terme, il y a quatre ans, et durant laquelle la sérologie toxoplasmique était positive et stable à 80 UI/ml en immunofluorescence, sans IgM spécifiques.

2 - Une polyarthrite rhumatoïde, découverte il y a deux ans.

3 - Une angine avec adénopathies cervicales, avec fièvre à 40°C, survenue il y a 3 semaines, traitée, et d'évolution apparemment favorable.

Le test de Remington donne dans certaines situations pathologiques des résultats positifs non spécifiques.

**70. CS. Dans ces conditions, quel est le test complémentaire essentiel à demander, sachant que s'il s'avère positif, il vous permettra de comprendre immédiatement l'évolution toxoplasmique sérologique survenue depuis la grossesse antérieure et de préciser le risque toxoplasmique chez cette femme ?**

- A - Un nouveau contrôle sérologique de la toxoplasmose à 15 jours du précédent
- B - Un prélèvement de gorge
- C - Une recherche de facteur rhumatoïde
- D - Une ponction de ganglion avec recherche parasitologique directe de toxoplasme
- E - Une hémoculture sur milieu de NNN

**PARASITOLOGIE**

**71. CS. Au vu du résultat positif de l'examen que vous avez demandé à bon escient, quelle sera, parmi les situations proposées ci-dessous, l'attitude que vous devrez choisir ?**

- A - Prescription de 3 g de Rovamycine® (spiramycine) par jour jusqu'à l'accouchement, en vue de protéger le fœtus de toute infestation toxoplasmique
- B - Conseils alimentaires prophylactiques évitant l'ingestion de viande crue, et surveillance sérologique mensuelle obligatoire de toxoplasmose
- C - Prescription d'Oraciline® (3 millions d'unités par jour) pendant 10 jours
- D - Abstention thérapeutique et rassurer cette femme en lui indiquant qu'il n'existe pratiquement aucun risque toxoplasmique pour son fœtus
- E - Interruption de grossesse

**72. CM. Au cours de la grossesse, quelles seront la ou les mesures à adopter pour l'enfant, compte tenu de ce que vous savez au sujet de la mère ?**

- A - Ponction de liquide amniotique
- B - Ponction de sang de cordon
- C - Echographie pour rechercher une complication toxoplasmique (hydrocéphalie)
- D - Absence de surveillance : aucun examen spécifique de toxoplasmose
- E - Inoculation du placenta à la naissance

**73. CS. Si cette femme décide d'avoir une nouvelle grossesse dans 2 ans, votre conseil sera :**

- A - Sérologie toxoplasmique à contrôler régulièrement
- B - S'abstenir de côtoyer des chats
- C - Rassurer cette femme sur l'absence totale de risque toxoplasmique ultérieur
- D - Vérifier qu'il n'apparaît pas de ganglions
- E - Prévenir le risque toxoplasmique par 3 g de Rovamycine® (spiramycine)

**Cas Cliniques QCM**

**Cas Clinique N° 15 :**

Monsieur M. René, 35 ans, est de retour depuis 10 jours du Gabon où il participe à la construction du "trans-gabonais". Il passe 10 mois par an en Afrique, et deux mois de vacances en France. Il vient en consultation à titre systématique. Il ne se plaint de rien. Il n'a séjourné dans aucun autre pays hors d'Europe. Il pèse 75 kg. L'hémogramme pratiqué à cette occasion montre : 45 % d'éosinophiles pour 8 giga/l de globules blancs.

**74. CM. Cette éosinophilie peut traduire :**

- A - Une filariose à filaire loa loa
- B - Une bilharziose à S. hematobium
- C - Une anguillulose à S. stercoralis
- D - Une ankylostomose à N. americanus
- E - Une trypanosomose à T. gambiense

**75. CM. Les données de l'interrogatoire permettent de retenir en faveur d'une bilharziose :**

- A - Baignades en eau douce
- B - Episodes d'hématurie
- C - Travail en forêt
- D - Marche pieds nus
- E - Troubles respiratoires

**76. CM. Dans cette hypothèse, quel(s) examen(s) paraclinique(s) demandez-vous ?**

- A - Filtration des urines
- B - Examen parasitologique des selles avec enrichissement (technique de Kato)
- C - Recherche d'IgE spécifiques
- D - Sérologie en immunofluorescence
- E - Biopsie vésicale

**77. CM. Le diagnostic de bilharziose à Shistosoma hematobium étant porté, quelle est votre prescription sachant que ce sujet, en raison de ses activités, ne peut être hospitalisé ?**

- A - Vansit® (oxamniquine) 2 cp le matin, 2 cp le soir (1 fois)
- B - Biltricide® (praziquantel) 2 cp le matin, 2 cp le soir 2 cp le lendemain matin (1 fois)
- C - Ambilhar® (niridazol) 3 cp/j pendant 7 jours
- D - Déhydroémétine 75 mg/jour pendant 10 jours
- E - Bilarcil® (métrifonate) 2 cp matin, 2 cp midi, 2 cp soir (1 fois), à répéter une deuxième fois 15 jours après



**PARASITOLOGIE**

**78. CM. Comment allez-vous surveiller l'efficacité de ce traitement ?**

- A - Sérologies répétées à proximité du traitement
- B - Recherche d'oeufs dans les urines à la fin du traitement
- C - Recherche d'oeufs dans les urines à distance (6 semaines) du traitement
- D - Biopsie muqueuse vésicale après le traitement
- E - Urographie intraveineuse

**Cas Clinique N° 16 :**

Monsieur C..., 35 ans est rentré depuis 6 semaines d'un premier séjour en pays tropical (Afrique). Il est hospitalisé en urgence pour un tableau d'hyperthermie avec syndrome méningé. A l'entrée dans le service, le malade est couvert de sueur, désorienté et confus, se montrant agressif. Lors de l'examen on note : une hépatosplénomégalie, un subictère, une abolition des réflexes achilléens et rotuliens, et une discrète hypotonie des membres. Aucun épisode convulsif n'a été constaté. Il existe une hypotonie des globes oculaires avec pli cutané.

L'examen cardiovasculaire objective un souffle systolodiastolique 2/6 mitro-aortique sans frémissement, un pouls à 160/mn, une TA à 16/6. La température est à 40°C. Les urines sont rares et foncées. L'examen pulmonaire et digestif est normal.

Les premiers examens montrent : GR = 3,8 T/l ; Ht = 42 % ; Hb = 110 g/l ; GB = 4,5 giga/l ; plaquettes = 180 giga/l. La radiographie pulmonaire montre un coeur un peu augmenté de volume. La ponction lombaire objective une hyperlymphocytose modérée à 90 éléments/mm<sup>3</sup> et une protéinorachie à 0,50 g/l. Aucun germe n'est isolé à l'examen direct. On ne sait pas si le malade a

**Cas Cliniques QCM**

été vacciné contre la fièvre jaune.

**79. CS. Quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu ?**

- A - Méningoencéphalite à arbovirus
- B - Fièvre tierce
- C - Accès paludéen
- D - Paludisme viscéral évolutif
- E - Fièvre bilieuse hémoglobinurique

**80. CS. Quel est l'agent étiologique le plus probable ?**

- A - Plasmodium ovale
- B - Plasmodium falciparum
- C - Plasmodium knowlesi
- D - Arbovirus West Nile
- E - Listeria monocytogenes

**81. CM. Quel(s) est(sont) le(s) examen(s) qui apportera(ront) la certitude diagnostique ?**

- A - Découverte de l'hématozoaire sur frottis ou goutte épaisse
- B - Immunoelectrophorèse des gammaglobulines
- C - Contre-immunoelectrophorèse du LCR
- D - Ponction hépatique à la recherche de formes intra-hépatiques
- E - Sérodiagnostic des arbovirus

**82. CM. A l'examen du frottis quel(s) sera(sont) le(s) élément(s) en faveur de l'agent étiologique ?**

- A - Frottis d'aspect monomorphe
- B - Hématies altérées avec de nombreux grains de Schuffner
- C - Aspect caractéristique des gamétocytes "en faux"
- D - Présence de nombreuses rosaces
- E - Présence d'hématies parasitées par deux trophozoïtes

**83. CM. En faveur d'un mauvais pronostic vous retiendrez :**

- A - Abolition du réflexe rotulien
- B - Pouls supérieur à 150/mn
- C - Présence d'une hépatomégalie
- D - Présence d'une splénomégalie
- E - Existence d'une hyperthermie

**PARASITOLOGIE**

**84. CM. Quelle(s) conduite(s) thérapeutique(s) faut-il adopter en première intention ?**

- A - Quinine IV 25 mg/kg/j en perfusion continue
- B - Fansidar® 3 comprimés toutes les 6 heures
- C - Réhydratation
- D - Antibiothérapie systématique associée
- E - Quinine IV 10 mg/kg/j toutes les 4 heures

**Cas Clinique N° 17 :**

Monsieur X. né le 28/12/61, vient voir en consultation pour des problèmes cutanés apparus depuis un mois. A l'interrogatoire, on apprend qu'il n'existe pas d'antécédents particuliers et que le patient vient de faire un voyage en Afrique d'octobre 1984 à avril 85. Parmi les pays traversés, on note des pays d'Afrique noire (Mali, Niger, Burkina-faso, Togo, Bénin, Côte d'Ivoire, etc.). Le retour s'est effectué à travers l'Afrique du nord (Algérie, Tunisie, Maroc) puis l'Espagne. Les conditions d'hygiène ont été parfois difficiles (dortoirs communs, long voyage en taxi brousse). Depuis un mois, alors qu'il était au Togo, le patient a découvert des lésions cutanées au niveau des poignets, des doigts et des bords antérieurs des creux axillaires. Ces lésions sont de petits sillons blanchâtres, en zigzag de 1 à 2 cm, au bord desquels se trouve une vésicule perlée. Il existe de nombreuses lésions de grattage. Le reste de l'examen est normal. En reprenant l'interrogatoire, le patient dit avoir voyagé (10 jours avant) avec des gens ayant les mêmes lésions, mais de manière plus étendue.

**85. CM. A propos de la gale dont souffre ce patient, il est exact que :**

- A - L'agent causal est Sarcoptes scabiei hominis
- B - Sarcoptes scabiei hominis est très répandu dans la flore naturelle
- C - Cette gale est surtout transmise de manière indirecte
- D - Cette gale est transmise de manière directe, le contact est habituellement assez intime
- E - Cette gale est une maladie cosmopolite

**Cas Cliniques QCM**

**86. CM. L'agent pathogène responsable de la gale humaine sarcoptique :**

- A - Sarcoptes scabiei hominis adulte est un acarien d'une taille située entre 330 et 220 microns
- B - Sarcoptes scabiei hominis se développe dans l'épiderme chez l'homme, une survie hors de l'être humain d'une semaine ou deux est possible
- C - Cette survie sur le sol ou dans la literie est à l'origine de la contamination indirecte qui est la forme de transmission la plus fréquente
- D - Le diagnostic est fait par la mise à nu des adultes à l'extrémité des sillons
- E - Cette recherche est facile et on isole presque toujours des adultes

**87. CM. Dans la gale :**

- A - Le prurit est un signe capital
- B - Le prurit est surtout intense au moment du coucher
- C - Le sillon traverse obliquement la couche de Malpighi
- D - La période d'incubation est en général de 8 à 15 jours
- E - Le prurit est responsable de lésions de grattage qui, parfois masquent les lésions caractéristiques

**88. CM. Dans la gale :**

- A - La période d'incubation est très raccourcie lors d'une réinfestation
- B - La période d'incubation est la période pendant laquelle le sujet se sensibilise aux sarcoptes
- C - Le prurit est certainement dû aux phénomènes de sensibilisation
- D - L'affection est, en général, accompagnée d'une éosinophilie importante
- E - L'évolution est favorable avec le temps en l'absence de traitement



**PARASITOLOGIE**

89. CM. Dans la gale :

- A - Dans la gale simple, les lésions cutanées sont principalement localisées au niveau de la face latérale des doigts et de la face antérieure des poignets.
- B - Dans la gale simple, les seins sont parfois atteints
- C - Il existe une forme de gale avec hyperkératose et parakératose aboutissant à la formation de croûtes de 2 cm en l'absence de traitement
- D - Dans la gale norvégienne, les acaries sont peu nombreux au niveau des lésions cutanées contrairement à la gale simple
- E - La gale norvégienne atteint les sujets dont les défenses sont amoindries, la face et le cuir chevelu peuvent être atteints

90. CM. Dans la gale du nourrisson :

- A - Les localisations sont fréquentes au niveau des doigts
- B - Dans les toutes premières semaines, l'atteinte caractéristique est le dos de la main
- C - Dans les toutes premières semaines, l'atteinte caractéristique est la plante des pieds
- D - Plus tard, sont atteintes les régions axillaires et l'ombilic
- E - La région du tendon d'Achille est parfois atteinte

**Cas Clinique N° 18 :**

M.M. revient d'un voyage professionnel de 15 jours en République Centre Africaine. Il présente dès son retour un épisode fébrile à 40°C, un état stuporeux, un myosis bilatéral, un ictère, une diarrhée, une dyspnée de Cheynes Stokes. TA : 150/80mmHg. GB=3800/mm<sup>3</sup> dont 82% de PNN, 91000 plaquettes/mm<sup>3</sup>.

91. CS. Quelle est l'infection que vous devez d'urgence éliminer ?

- A- Dengue
- B- Bilharziose à S. Mansonii
- C- Paludisme
- D- Amibiase colique
- E- Trypanosomiase africaine

**Cas Cliniques QCM**

92. CS. Quel examen demanderez-vous dans ce but ?

- A- Examen parasitologique des selles
- B- Examen parasitologique sanguin par triple centrifugation
- C- Recherche d'anticorps spécifiques
- D- Frottis sanguin et goutte épaisse
- E- Étude du liquide céphalo-rachidien

93. CM. Les éléments de mauvais pronostic comportent :

- A- Troubles de la conscience
- B- Aréflexie tendineuse
- C- Splénomégalie
- D- Hépatomégalie
- E- Fièvre à 40°

94. CM. Parmi les examens suivants, le(s) quel(s) est (sont) utilisé(s) pour suivre l'évolution :

- A- Examen parasitologique du sang par triple centrifugation
- B- Frottis sanguin + goutte épaisse
- C- Sérologie spécifique
- D- Glycémie
- E- Étude du liquide céphalo-rachidien

**Cas Clinique N° 19 :**

Un ingénieur agronome de 50 ans est hospitalisé en urgence pour un état fébrile à 39°C d'installation brutale, accompagné de céphalées intenses avec nausées et diarrhées modérées. Ce malade signale un séjour de deux mois en Thaïlande 15 jours auparavant, durant lesquels il affirme avoir pris régulièrement de la Nivaquine®, qu'il poursuit actuellement à titre prophylactique. L'examen révèle une légère obnubilation sans désorientation temporo-spatiale ni raideur de nuque. Il n'y a pas de subictère ni d'hépatosplénomégalie. L'examen neurologique et cardio-pulmonaire est normal. Les résultats des examens biologiques pratiqués dès l'admission sont les suivants : hémoglobine : 86 g/l, - érythrocytes : 3 T/litre, - leucocytes : 12 G/litre, \* polynucléaires neutrophiles : 75 %, \* polynucléaires éosinophiles : 1 %, \* lymphocy-

**PARASITOLOGIE**

tes : 18 %, \* monocytes : 2 %, - taux de prothrombine : 45 %, - fibrinogène : 0,8 g/litre, - nombreux érythrocytes parasités par des trophozoïtes de Plasmodium parasitémie : 6 %.

95. CS. D'après les données épidémiologiques, cliniques et biologiques, quelle est l'espèce plasmodiale responsable de cet accès palustre ?

- A- Plasmodium ovale
- B- Plasmodium cynomolgi
- C- Plasmodium falciparum
- D- Plasmodium vivax
- E- Plasmodium malariae

96. CS. Vu l'espèce plasmodiale suspectée et la présence d'une légère obnubilation, quelle complication de paludisme évoquez-vous ?

- A- Fièvre tierce
- B- Neuropaludisme
- C- Paludisme viscéral évolutif
- D- Méningite bactérienne surajoutée
- E- Méningite parasitaire

97. CS. Les examens biologiques :

- A- Ne montrent qu'une lymphocytose aspécifique
- B- Font évoquer une fibrinolyse
- C- Font évoquer une hémolyse intravasculaire
- D- Sont normaux
- E- Font évoquer une coagulation intravasculaire disséminée débutante

98. CS. La survenue dans ce contexte d'un accès palustre vous fait penser que :

- A- Le malade a mal pris sa prophylaxie par la Nivaquine®
- B- Le malade fait un accès de reviviscence à Plasmodium malariae
- C- Le malade fait un accès de primo-invasion à Plasmodium falciparum résistant à la Nivaquine®
- D- Le malade présente un déficit immunitaire sévère
- E- Le malade présente un paludisme viscéral évolutif

**Cas Cliniques QCM**

99. CS. Parmi les médicaments suivants, lequel prescrirez-vous pour traiter en urgence ce malade :

- A- La Quinine®
- B- La Flavoquine®
- C- La Nivaquine®
- D- La Primaquine®
- E- Le Flagyl®

Les **A**nnales

Par spécialité

1985 - 2004

I  
CONCOURSI  
T  
E  
R  
N  
A  
T

PARASITOLOGIE

Les **A**nnales

Par spécialité

1985 - 2004

I  
CONCOURS

PARASITOLOGIE

CAS CLINIQUES QCM

Corrigés &amp; Commentés

I  
T  
E  
R  
N  
A

QCM

Cas cliniques QCM

Corrigés &amp; commentés



## PARASITOLOGIE

### 1. Bonne(s) réponse(s) : D

A.B.C.D. Le test d'immunofluorescence des IgG à un seuil de positivité de 8 à 10 UI. Il est un peu moins spécifique mais de réalisation plus facile que le dye-test de Sabin-Feldman (test de lyse des toxoplasmes). De 10 à 200 UI on parle de positivité faible compatible avec une infection ancienne comme avec un début d'augmentation. De 300 à 3000 UI, on parle de positivité forte toujours témoin d'une immunité ancienne. La sérologie de cette femme est positive faiblement, à recontrôler et à associer à la demande d'un dosage des IgM dont la positivité affirmerait le caractère récent de l'infection.

La recherche des IgM est faite soit par immunofluorescence (test de Remington) soit par test d'agglutination directe avec chute de la positivité du test après inhibition des IgM par le 2 mercapto éthanol.

E. Un traitement par la Rovamycine® (3 g par jour) doit être entrepris d'urgence en cas de séroconversion ou même en cas de doute en attendant confirmation. Il sera poursuivi sans interruption jusqu'à la fin de la grossesse. Il est susceptible de réduire la fréquence et la gravité de l'atteinte fœtale sans toutefois l'annihiler.

### 2. Bonne(s) réponse(s) : B

A.B.C. Il faut souligner la grande variabilité d'un sujet à l'autre de tous les paramètres de la réponse immunitaire : le délai entre l'apparition et le titre maximal des anticorps (3 jours à 3 semaines), le titre maximal au plateau (> ou égal à 1280 à 80, voire 40), le titre résiduel des années plus tard (élevé et proche du plateau, intermédiaire, au bas et proche du plancher). Il n'existe donc pas de titre élevé significatif d'une infection récente. Au cours d'une réinfection, l'élévation du titre des anticorps rubéoliques, ou sa remontée, sont plus précoces (7e au 11e jour). Il faut interpréter le résultat du titrage

## CC. Corrigés & commentés

des anticorps en fonction de la chronologie du ou des prélèvements sériques et des événements ayant motivé l'examen, éruption, contagio ou visite systématique. Dans ces conditions, une élévation significative du titre des anticorps rubéoliques à l'examen simultané des deux sérums suffit pour porter le diagnostic d'infection rubéolique actuelle.

Attention : un titre d'anticorps élevé et stable à l'examen simultané des deux sérums ne permet pas d'éliminer une infection rubéolique, actuelle s'il y a eu quelque retard au prélèvement du 1er sérum : 1er et 2ème sérum peuvent correspondre au plateau de la courbe. Le sérodiagnostic standard est alors en défaut.

Dans la situation actuelle, la sérologie doit être contrôlée afin d'observer l'ascension des anticorps en cas de primo-infection ou réinfection rubéolique, mais surtout associée à la recherche des IgM rubéoliques examen lourd et coûteux qui a des indications limitées et impératives. Parmi elles, la distinction chez une femme enceinte, entre primo-infection rubéolique, dangereuse pour l'enfant, et réinfection en principe sans danger.

D. Le vaccin antirubéolique est atténué donc vivant. Formellement contre-indiqué pendant la grossesse (de plus le virus sauvage dont dérive le vaccin a des propriétés tératogènes).

E. Si après information, le couple opte pour l'interruption de grossesse, il est essentiel que cette décision soit prise sans précipitation : il faut éliminer les erreurs diagnostiques fréquentes mais aussi sans retard. L'interruption de grossesse est techniquement et psychologiquement difficile après la 12ème semaine.

### 3. Bonne(s) réponse(s) : A

A. Traitement standard classique d'une angine par une pénicilline A, sans danger

## PARASITOLOGIE

pour le fœtus.

D. La spiramycine de la famille des macrolides est le médicament prescrit pour éviter une toxoplasmose évolutive chez le fœtus mais cette protection est partielle.

### 4. Bonne(s) réponse(s) : A

B. Bien qu'aucun effet tératogène n'ait été prouvé chez la femme enceinte, l'aspirine est à déconseiller au moins pendant les trois premiers mois de la grossesse et doit être évitée à la fin de celle-ci (cf. Vidal). Il s'agit là d'une précaution d'emploi. Il n'existe pas de complications hémorragiques chez la mère à ce stade de la grossesse qui pourraient être provoquées par l'aspirine. Cependant, chez l'adulte, l'effet anti-aggrégant plaquettaire de l'acide acétylsalicylique fait contre indiquer son emploi en cas d'antécédent de maladie hémorragique connue ou de risque hémorragique.

### 5. Bonne(s) réponse(s) : A

A. Aux doses prophylactiques recommandées, la chloroquine (Nivaquine®) peut être prise en toute sécurité à tous les stades de grossesse. Ce qui peut vraiment menacer une grossesse, ce n'est pas la chimioprophylaxie antipaludique, mais bien le paludisme (relevé épidémiologique, hebdomadaire de l'O.M.S.).

### 6. Bonne(s) réponse(s) : A

Deux solutions possibles : A ou rien.

A. Le Gabon, pays d'Afrique, exige la vaccination contre la fièvre jaune des voyageurs en provenance des zones infectées, âgés de plus d'un an, ce qui ne serait pas le cas pour Mr R. et sa famille. Cependant, il est vivement recommandé, en raison du risque personnel de contracter la maladie mais aussi du fait qu'en pratique l'entrée peut être refusée par les autorités sanitaires aux postes frontières.

B. Pratiquée dans des centres agréés par

## CC. Corrigés & commentés

l'O.M.S. avec délivrance d'un certificat.

Vaccination valable 10 ans à partir du 10ème jour après la primo-vaccination.

C. Vaccin anticholérique : préparé à partir de bactéries inactivées par le phénol. Immunité relative 6 jours après la 2ème injection (ou la 3ème chez l'enfant) qui dure environ 6 mois. Protection dans seulement 50 à 70 % des cas.

D. Le vaccin Hevac B® est vivement recommandé en Afrique où l'hépatite à virus B est extrêmement fréquente.

E. Vaccination ou rappel doivent être faits impérativement (mais il n'y a pas d'obligation légale) afin d'assurer une protection efficace vis-à-vis de maladies graves contractables en Afrique noire.

Attention : l'item A semble être la seule réponse possible mais en toute rigueur, aucune réponse n'existe.

### 7. Bonne(s) réponse(s) : C D

A,B,C. La chimioprophylaxie antipaludique doit être commencée le jour du départ, poursuivie tant qu'il existe un risque potentiel d'exposition au paludisme, et prolongée un mois après le retour. Ce mois de prolongation correspond au temps maximal d'incubation du Plasmodium falciparum, le seul dangereux responsable de l'accès pernicieux palustre.

D. Chloroquine, Nivaquine®, le plus utilisé, prescrit à la dose de 100 mg/10 kg/semaine à raison d'un comprimé de 100 mg par jour sauf le dimanche.

E. Amodiaquine, Flavoquine®, prescrit à la dose de trois comprimés à 200 mg une fois par semaine, à jour fixe, sauf la première semaine où la dose sera doublée, c'est-à-dire prise deux jours consécutifs, le jour de l'arrivée et le lendemain. Des cas d'hépatite et d'agranulocytose font actuellement préférer la chloroquine, moins pratique pourtant. Il existe des cas signalés en 1987 de foyers de résistance aux amino 4 quinoléines en

Afrique de l'ouest (Côte d'Ivoire)

**8. Bonne(s) réponse(s) : A D E**

A. Il faut atteindre une dose cumulée de 100 g pour observer ce risque soit environ trois ans de traitement continu. Ces accidents sont susceptibles d'être rencontrés dans les traitements continus à long terme par les antipaludéens, prescrits pour lupus érythémateux disséminé et polyarthrite rhumatoïde.

B.C. Les amino 4 quinoléines ne sont ni tératogènes ni abortives. Le paludisme représente lui un risque pour la grossesse. L'absence de risque de la prophylaxie n'autorise pas à prendre le risque de l'accès pernicieux. Le paludisme de la femme enceinte peut mettre en danger la vie de la mère et celle de l'enfant.

**9. Bonne(s) réponse(s) : A E**

A. L'infestation humaine se fait par la pénétration transcutanée active des furcocercaires libres (formes infestantes) dans l'eau, à l'occasion d'un bain ou d'une traversée de cours d'eau, même de courte durée.

B. Les cercaires, émises par le mollusque hôte, sont attirées par l'homme : un chimio-tactisme puissant les amène au contact de la peau où elles se fixent avant de la traverser.

C. La fonte des glaçons peut libérer les larves parasitaires.

D. La filaire loa loa est transmise par la piqûre d'une femelle hématophage chrysops, de la famille des taons. Le cyclops est un petit crustacé d'eau douce dont l'ingestion est le mode de transmission de la filaire de Médine ou dracunculose.

E. Les larves aquatiques de simulié se développent seulement dans les eaux rapides et aérées.

En Afrique la répartition centrée sur le réseau hydrographique est très irrégulière. Le foyer le plus important est en zone inter-

tropicale.

Attention : le Q.C.M. est à complément simple et deux réponses sont possibles.

**10. Bonne(s) réponse(s) : A**

A. La gloseine ou mouche "tsé-tsé" transmet la trypanosomiase africaine ou maladie du sommeil.

C. La femelle du chrysops hématophage pique surtout le jour.

D. La leptospirose se transmet par contamination acquise : bain ou consommation d'eau souillée par les animaux infestés ; il faut le plus souvent le contact avec une effraction cutanée ou muqueuse.

E. Le ver de Cayor est une myiase (parasitose par des larves de mouches). La larve se développe au lieu de la pénétration (souvent contact avec le sol) et il apparaît en 10 à 15 jours une lésion furonculoïde. Outre le sol des cases, le ver de Cayor vit sur les tissus humides (serviettes et vêtements).

**11. Bonne(s) réponse(s) : A B C**

A. La contamination de l'homme est transcutanée par pénétration active de la larve strongyloïde enkystée à travers la peau, au contact de laquelle elle s'est trouvée. Port de chaussures très conseillé surtout pour la marche sur des sols humides.

B. Le lavage à l'eau désinfectée uniquement est sans danger.

C. La contamination humaine ne survient que si le sujet est carnivore et friand de viande peu cuite. Les poux domestiques et sauvages sont les habituels hôtes intermédiaires dans le cycle de la trichinose humaine.

E. Le coup de chaleur est une déshydratation essentiellement extracellulaire, la température ambiante est plus importante que l'ensoleillement proprement dit.

**12. Bonne(s) réponse(s) : A B D**

Attention

B. Laisser reposer une heure avant consommation après avoir écrasé le comprimé et agité.

**13. Bonne(s) réponse(s) : A C E**

A. Hémodiagnostique systématique en première intention devant le tableau d'une altération de l'état général fébrile, avec diarrhée et notion de retour de séjour en pays tropical. B. Hépatomégalie et diarrhée peuvent évoquer une bilharziose intestinale à *Schistosoma mansoni* ou *intercalatum*. Le sérodiagnostic permet souvent une orientation diagnostique de bonne valeur mais le diagnostic de certitude repose sur la découverte des oeufs dans les selles.

C. Recherche d'une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, ou à polynucléaires éosinophiles (helminthiases).

D. Le diagnostic du paludisme repose sur le frottis sanguin et la goutte épaisse. Il doit être recommandé devant des manifestations telles que : fièvre, signes neurologiques, diarrhée, splénomégalie, hépatomégalie, anémie, ictère. Le tableau ici n'évoque pas une forme palustre quelconque. E. Recherche devant une diarrhée fébrile au retour d'Afrique, la présence d'amibes *Entamoeba histolytica* qui est la forme végétative hématophage, virulente pathogène. La forme minuta végétative non hématophage vit en saprophyte dans la lumière colique et peut être présente dans les selles de sujets apparemment sains.

Le kyste sphérique s'élimine avec les selles, assurant ainsi la propagation de la maladie.

**14. Bonne(s) réponse(s) : A**

A. Examen le plus performant pour rechercher un éventuel abcès amibien du foie (zone hypoéchogène hépatique) devant les signes d'appel cliniques sur l'hypochondre droit.

D. Systématique lors du bilan d'entrée. Peut montrer une augmentation de volume du

foie, un héli diaphragme droit surélevé et immobile (image en "dôme", ou en "briochette"), en cas d'abcès amibien hépatique.

**15. Bonne(s) réponse(s) : C**

C. La diarrhée précède le syndrome fébrile, l'altération de l'état général et la symptomatologie hépatique très évocatrice avec la douleur à la percussion du foie : d'une collection suppurée.

Notion de retour d'Afrique.

Attention : la fièvre typhoïde aurait pu être évoquée devant une diarrhée fébrile, au retour d'un séjour en pays tropical, mais il n'existe pas de symptomatologie hépatique telle que celle décrite dans l'énoncé.

E. L'hydatidose hépatique : pas de diarrhée précédant l'hépatomégalie qui est isolée, indolore et bien tolérée.

**16. Bonne(s) réponse(s) : E**

A. Utilisé dans le traitement des fièvres typhoïdes.

B. Dans le traitement du paludisme.

C. Dans le traitement des helminthiases intestinales : notamment oxyurose, ascarirose, ankylostomose.

D. Un des traitements des schistosomiasés.

E. Le traitement d'une amibiase intestinale avec localisation tissulaire associe un amoebicide tissulaire très actif sur les formes *histolytica* (exemple Flagyl® métronidazole) et un amoebicide de contact actif dans la lumière intestinale contre les formes *minuta* (exemple Bemarsal® diphetarsonne ou Intérix® tilbroquinol).

**17. Bonne(s) réponse(s) : C D**

Prophylaxie surtout importante dans les pays chauds.

Désinfection de l'eau de boisson, consommation de légumes verts ou de fruits soigneusement lavés, propreté des mains. Il n'existe pas de chimioprophylaxie efficace et régulièrement utilisable. La contamination



se fait sur le mode fécal-oral, soit direct au contact d'un malade, soit indirect par les eaux souillées.

**18. Bonne(s) réponse(s) : E**

La gale norvégienne est une forme particulière de la gale, qui atteint des sujets dont les défenses sont amoindries : maladies de système, déficits immunitaires, personnes âgées. La gale est une dermatose très prurigineuse et très contagieuse due à un acarien psorique à cycle cutané humain complet. *Sarcoptes scabiei hominis*.

**19. Bonne(s) réponse(s) : A D**

B.C.E. Sont essentiellement des traitements des pédiculoses.

**20. Bonne(s) réponse(s) : A**

C. La gale est une parasitose strictement humaine à transmission interhumaine par contact.

**21. Bonne(s) réponse(s) : A B**

Sans commentaire.

**22. Bonne(s) réponse(s) : A D E**

A. La gale humaine est due à un acarien : *Sarcoptes scabiei hominis*. Transmission interhumaine uniquement, par contact cutané direct prolongé avec une personne infestée.

Le parasite a un cycle humain complet : la femelle fertilisée sur la surface cutanée vit dans la couche cornée de l'épiderme où elle creuse un tunnel et y dépose ses œufs. Les larves sont matures en 10 jours et migrent à la surface de la peau.

D. Elle se transmet par contact direct sur tout la nuit (essentiellement au lit), le contact indirect par le prêt de vêtements est plus rare. Le parasite ne survit que quelques jours en dehors de son hôte.

E. Affection cosmopolite, qui touche plutôt les couches sociales défavorisées.

**23. Bonne(s) réponse(s) : D**

A. Les mâles mesurent environ 220 microns, les femelles 330 microns.  
B. Les femelles fécondées ne survivent en dehors des tég.

**24. Bonne(s) réponse(s) : A B D E**

A.B. Le prurit est le signe capital de la gale. Il faut systématiquement évoquer le diagnostic devant un prurit à prédominance vespéro-nocturne et respectant la tête. La notion de prurit familial ou collectif est très évocateur de la gale.

C. La femelle fécondée creuse le tunnel dans la couche cornée de l'épiderme et non dans la couche de Malpighi.

D. Classiquement huit à quinze jours, parfois très variable.

E. Savoir penser à la gale devant de nombreuses lésions de grattage avec ou sans surinfection. La topographie antérieure et symétrique de ces lésions est évocatrice.

**25. Bonne(s) réponse(s) : A B C**

C. Les lésions de scabiose sont faites de lésions spécifiques (sillon et vésicule, nodules scabieux) peu nombreuses car en fait, l'hôte n'héberge qu'une dizaine d'acariens adultes, mais elles sont faites aussi de manifestations de sensibilisation allergique au parasite telle que le prurit.

E. Il n'existe pas d'évolution spontanée vers la guérison. Une symptomatologie fruste réduite à un prurit persistant doit faire évoquer le diagnostic, et faire un traitement d'épreuve.

**26. Bonne(s) réponse(s) : C D E**

A. Les localisations sont différentes, en particulier ne touchent pas les doigts.

C. La localisation caractéristique des premières semaines est l'atteinte de la plante des pieds. Elle est particulière au nourrisson.

**27. Bonne(s) réponse(s) : C E**

A. L'Ascabiol® est utilisé en solution à appliquer, après un bain avec savonnage, sur la peau séchée.

B.C. Par badigeonnage au pinceau sur tout le corps en insistant sur les plis, les mains et les organes génitaux, en évitant le cuir chevelu et le visage ; deux fois de suite à quinze minutes d'intervalle. Au bout de 24 heures, lavage pour éliminer le produit. Certains font répéter l'opération.

D. Le caractère irritant de ces produits acaricides sur les peaux fragiles peut entraîner des réactions allergiques avec prurit généralisé, parfois eczématisation. Chez l'enfant de moins de deux ans, il faut se limiter à une seule application d'une durée inférieure à deux heures.

**28. Bonne(s) réponse(s) : E**

A. Levure se reproduisant par bourgeonnement, parfois présente sous forme de filaments. Non kératophile.

B. *T. Catii* parfois responsable d'une parasitose, larva migrans viscérale.

C. Espèce anthropophile, parasites humains exclusifs, transmission interhumaine par contact direct ou indirect.

D. Responsable de la teigne favique ou Favus, fréquent dans le pourtour méditerranéen.

E. *Microsporium canis* transmis généralement par le chat est l'espèce la plus souvent isolée des espèces anthropozoophiles transmises à l'homme par le contact d'un animal contaminé. Responsable souvent en France de l'herpès circiné (lésions annulaires sur la joue) et de l'alopecie à grandes plaques squameuses (rétroauriculaires).

**29. Bonne(s) réponse(s) : A D**

A. Les teignes tondantes microsporiques entraînent des plaques alopeciques squameuses de grande taille (4 à 7 cm) peu nombreuses (1 à 4), hérissées de cheveux

courts et fluorescentes en lumière de Wood. Les teignes tondantes trichophytiques diffèrent des précédentes par des plaques alopeciques beaucoup plus nombreuses, beaucoup plus petites, squameuses, les cheveux sont cassés à ras du cuir chevelu. Il n'existe pas de fluorescence à la lumière de Wood.

D. Le diagnostic mycologique de certitude repose soit sur l'examen direct qui recherche des filaments mycéliens mais ne permet pas l'identification du dermatophyte, (surtout intéressant pour le diagnostic et la surveillance des teignes sous traitement), soit sur la culture sur milieu de Sabouraud qui en 3 à 4 semaines permet l'identification du dermatophyte. Le prélèvement mycologique portera sur les squames, les débris d'ongles ou de cheveux.

**30. Bonne(s) réponse(s) : A D**

A. Le traitement des teignes tondantes sèches est mixte, par voie locale et par voie générale.

Attention : la griséofulvine est le fongistatique spécifique des dermatophytes et n'a aucune action sur les *Candida*. Employée per os à la dose de 0,5 à 1 g par jour en deux prises quotidiennes au milieu des repas, de durée variable selon les localisations de l'atteinte dermatophytique.

B.D. Dérivés de l'imidazole, il a l'avantage sur la griséofulvine pommade d'être à la fois actif sur les *Candida* et les dermatophytes. Le traitement mixte associe donc : miconazole en pommade (voie locale) pour son action décapante des croûtes, et griséofulvine en comprimés per os (voie générale).  
C.E. Traitements utilisés dans les candidoses.

**31. Bonne(s) réponse(s) : E**

Les lésions de la peau glabre nécessitent un traitement local pendant trois ou quatre semaines (intertrigo ou herpès circiné).

## PARASITOLOGIE

Atteinte des ongles : meulage et traitement prolongé par voie générale pendant plusieurs mois.

Teignes : traitement local et général d'au moins six semaines. Ne pas oublier : déclaration obligatoire, enquête épidémiologique, et éviction scolaire.

### 32. Bonne(s) réponse(s) : C

A. Le kénion de Celse est une teigne supprimée qui réalise un macaron inflammatoire, surélevé, pustuleux et folliculaire dû à des champignons zoophiles : le plus souvent *Trichophyton mentagrophytes*.

B. Dermatophytie de la peau glabre : intertrigo à localisation inguinale, parfois au niveau des aisselles ou des plis sous-mammaires.

C. Lésion la plus fréquente des épidermophytes de la peau glabre. Plaque arrondie, unique ou multiple, érythémato-squameuse ou érythémato-vésiculeuse, à bordure nette saillante vésiculeuse caractéristique dont l'extension est centrifuge avec typiquement une guérison centrale.

D. Atteinte des ongles. Contrairement au candida, elle commence au bord distal et il n'existe pas de périonyxis.

E. Atteinte du cuir chevelu : tondantes sèches, faviques ou suppurées.

### 33. Bonne(s) réponse(s) : A B C

A. Fréquence plus élevée chez les enfants en âge scolaire.

B. Evocateur d'une teigne tondante sèche, plutôt microsporiques (cheveux cassés courts).

C. Maladie très contagieuse, l'existence de lésions dermatophytiques dans l'entourage oriente le diagnostic.

### 34. Bonne(s) réponse(s) : B

*Microsporum canis*, espèce anthrozoophile la plus fréquente en France, transmise à l'homme par le contact d'un animal contaminé, le plus souvent un chat, parfois un chien

## CC. Corrigés & commentés

ou un hamster.

### 35. Bonne(s) réponse(s) : A E

Les teignes tondantes, sèches, trichophytiques ou microsporiques sont exceptionnelles après la puberté, au moment où intervient une guérison spontanée.

Le traitement des teignes doit être mixte, par voie locale et générale et prolongé au moins six semaines. Après éradication du champignon, la guérison se fait sans alopecie séquellaire, sauf dans le cas de favus qui peut laisser une alopecie définitive cicatricielle.

### 36. Bonne(s) réponse(s) : A D

A.D. - Le traitement local par dérivés de l'imidazole ou griséofulvine peut suffire pour les dermatophytes superficielles, limitées, de la peau glabre.

Dans la situation actuelle, le traitement mixte sera préféré chez Jean : griséofulvine en comprimés per os et miconazole en lotion et/ou pommade kératolytique pour la voie locale. Les dérivés de l'imidazole sont actifs par voie locale sur les dermatophytes et sur les *Candida*.

B.E. La mycostatine et l'amphotéricine B sont des anti-candidosiques.

C. Nizora® est actif par voie orale sur les candida et les dermatophytes. Son hépatotoxicité le fait réserver aux mycoses graves, profondes, ou résistantes aux autres traitements antifongiques.

### 37. Bonne(s) réponse(s) : A D

Cf question précédente.

### 38. Bonne(s) réponse(s) : A B C D E

A. Le diagnostic de candidose est difficile en raison des multiples aspects pouvant être réalisés. La certitude mycologique repose sur la mise en évidence de candida examen direct et surtout culture sur milieu de Sabouraud.

## PARASITOLOGIE

B. Rechercher un autre foyer associé bucco-pharyngé : glossite, foyer rétrocommissural.

C. Rechercher une candidose digestive associée.

D. La biopsie permet de différencier candidose aiguë et candidose chronique et dans les formes kératosiques d'éliminer les autres étiologies de kératoses : lichen, leucoplasie, lupus chronique.

### 39. Bonne(s) réponse(s) : A E

La mycose résulte du passage à la virulence de levures saprophytes de la cavité buccale du sujet sain, sous l'effet de facteurs favorisants :

Conditions générales : âge (vieillard, prématuré), thérapeutiques (antibiothérapie, corticothérapie, immunosuppresseurs, contraceptifs oraux, psychotropes), états pathologiques (diabète, endocrinopathie, hémopathies, cancers), états physiologiques particuliers (grossesse).

Conditions locales : xérostomie, mauvais état dentaire, intoxication alcool-tabagique, infection buccale.

Item D. Rare chez la femme ménopausée. Ne sera recherchée qu'en présence de symptômes cliniques.

### 40. Bonne(s) réponse(s) : A B D

A. Le traitement local des lésions est le plus souvent suffisant : par voie externe, les dérivés imidazolés (Pévaryl®, Daktarin®) ou Nystatine® (mycostatine) ou Amphotéricine B (Fungizone®).

### 41. Bonne(s) réponse(s) : A E

A. Les prothèses dentaires mal adaptées ou les appareils dentaires de l'enfant sont souvent des facteurs favorisants locaux de la genèse de stomatites mycosiques. Ces causes locales seront recherchées systématiquement et traitées afin de permettre le traitement correct de la candidose et l'ab-

## CC. Corrigés & commentés

sence de récurrences.

B. Cette consultation sera envisagée dans le même temps que le traitement proposé afin d'augmenter les chances de réussite de celui-ci.

E. Discutable, car ce n'est pas le travail du dentiste. Toutefois, cette consultation permet effectivement de vérifier l'absence d'un foyer infectieux évolutif au niveau bucco-pharyngé.

### 42. Bonne(s) réponse(s) : C

A. Plaques arrondies, légèrement surélevées, couvertes de vésicules et de papulo-vésicules, souvent squameuses au centre, d'étiologie inconnue. L'eczéma de contact et la dermatite atopique peuvent prendre cet aspect.

B. Synonyme : eczéma atopique ou constitutionnel. Manifestation cutanée de l'atopie, souvent familiale, de constitution héréditaire.

C. Les dermatophytes des grands plis réalisent l'eczéma marginé de Hebra.

D. L'eczématide est une affection voisine de l'eczéma mais s'en distingue par l'absence de vésicules.

E. Dermite séborrhéique : lésions rouges jaunâtres, à squames grasses, dans les zones où prédominent la séborrhée, chez les adultes surtout de sexe masculin. Le cuir chevelu est la zone d'élection.

### 43. Bonne(s) réponse(s) : C

L'intertrigo est une inflammation d'un pli. Affection fréquente favorisée par un frottement excessif s'accompagnant rapidement d'une surinfection liée en particulier à la macération. Tous les plis peuvent être le siège d'un intertrigo : les grands plis (axillaires, inguinaux, interfessiers, sous-mammaires), les petits plis (interdigitaux, rétro-auriculaires, ombilic), les plis à proximité d'une muqueuse (périlabiaux, nasogéniens, anaux ou génitaux). Le diagnostic étiologique des



**PARASITOLOGIE**

intertrigo est dominé par les infections mycosiques ou bactériennes. Mais d'autres dermatoses peuvent réaliser des intertrigos : psoriasis, dermatite séborrhéique, eczéma de contact, dermatite atopique, pemphigus bénin familial de Hailey.

C. La syphilis secondaire peut réaliser un intertrigo mais seulement au niveau des commissures labiales, appelé perlèche.

**44. Bonne(s) réponse(s) : A E**

A. Le diagnostic mycologique repose sur l'examen direct (en quelques minutes) après éclaircissement des squames à la potasse ou au lactophénol, qui recherche des filaments mycéliens mais ne permet pas l'identification du dermatophyte - et surtout sur les cultures (milieu de Sabouraud), longues, 2 à 4 semaines, qui permet l'identification spécifique du dermatophyte. L'actindione (Cycloheximide®) ajouté aux cultures est destiné à inhiber la pousse de la plupart des champignons contaminant notamment le candida.

**45. Bonne(s) réponse(s) : B**

2 solutions possibles : aucune réponse ou B.

Les lésions de la peau glabre nécessitent seulement un traitement local (dérivés imidazolés : Pévaryl® ou Daktrin®) à poursuivre pendant trois ou quatre semaines.

La Griséofuline® est spécifique des dermatophytes, inactive sur les candida. Elle est employée par certains, par voie orale, en association toujours avec le traitement local, dans le traitement des dermatophyties de la peau glabre.

**46. Bonne(s) réponse(s) : C**

Non commenté

**47. Bonne(s) réponse(s) : A B**

Les facteurs favorisants sont responsables du passage de l'état saprophyte de Candida

**CC. Corrigés & commentés**

albicans à l'état pathogène.

Les facteurs locaux : macération, humidité, contact avec un milieu riche en sucre, mauvaise hygiène

Les facteurs généraux : physiologiques (grossesse, nouveau-né) pathologiques (immunodépression, endocrinopathies telles que diabète, cushing, hypo ou hyperthyroïde) et iatrogènes (antibiotiques, antiparasitaires, corticothérapie, immunosuppresseurs, oestrogènes oraux).

**48. Bonne(s) réponse(s) : C D E**

Les trois germes retrouvés à l'examen bactériologique sont toujours pathogènes lorsqu'ils sont retrouvés sur la peau.

La présence cutanée de candida albicans est toujours pathogène, mais d'autres candida peuvent être saprophytes : leur valeur pathogène est discutée en fonction du nombre.

C.D.E. Le tableau clinique est évocateur d'un intertrigo à candida, mais il peut s'agir d'une dermatose sunnfectée (ex : psoriasis), ou d'un intertrigo microbien : soit à staphylocoque doré souvent associé ou compliquant l'infection staphylococcique, soit à corynebacterium minutissimum (érythrasma).

**49. Bonne(s) réponse(s) : A C**

La lésion élémentaire de l'intertrigo candidosique des grands plis est une vésiculo-pustule. Les lésions partent du fond du pli fissuré, parfois recouvertes d'un enduit blanchâtre, pour atteindre symétriquement les deux berges du pli sous forme d'une nappe érythémateuse lisse : rouge foncé vernisseuse.

En périphérie, existe une collerette épidermique décollée, et de petites pustules superficielles qui peuvent essaimer sur la peau saine. L'atteinte est souvent bilatérale mais asymétrique et très prurigineuse.

**PARASITOLOGIE****50. Bonne(s) réponse(s) : A B C D**

Les étiologies des intertrigos sont dominées par les infections mycosiques (candida dermatophytes) et bactériennes (staphylocoque, streptocoque, bacilles Gram négatif, treponema pallidum, Corynebacterium minutissimum agent de l'érythrasma).

D'autres dermatoses peuvent prendre dans les plis des aspects trompeurs : psoriasis, dermatite séborrhéique, eczéma de contact, dermatite atopique, pemphigus bénin familial de Hailey.

**51. Bonne(s) réponse(s) : A C D E**

Griséofuline® spécifique des lésions dues à des dermatophytes.

5 Fluoro-cytosine (Ancitol®) existe sous forme injectable et orale.

Kétoconazole (Nizoral®) récemment commercialisé est actif per os sur candida, dermatophytes et Pityrosporum orbiculare.

**52. Bonne(s) réponse(s) : B C**

Le taux positif d'IgG au dye-test associé à un taux faiblement positif d'IgM est en faveur d'une infection récente probable qu'il faudra confirmer par un examen simultané sérologique (IgG et IgM) de deux prélèvements.

Le deuxième prélèvement sera fait à trois semaines d'intervalle du premier, dans le même laboratoire. Si le taux d'IgM est élevé, l'infection était très récente.

Si le taux d'IgM a diminué, l'infection a eu lieu 3 à 4 mois auparavant, avant le début de la grossesse. En effet, les IgM atteignent leur maximum à la 3e ou 4e semaine de l'infection et disparaissent vers le 4e mois. Le risque est alors faible.

De toute façon, devant toute suspicion d'infection toxoplasmique récente en cours de grossesse, mise immédiate sous Rovamycine® (3 grammes par jour, sans effet foetotoxique) jusqu'à la fin de la grossesse, avec une efficacité de 80 % environ.

**CC. Corrigés & commentés****53. Bonne(s) réponse(s) : E**

Le risque majeur est la toxoplasmose congénitale, l'infection est bénigne chez la mère. Le risque foetal est pratiquement nul si la contamination a lieu dans les 2 premiers mois de grossesse ; du 3e au 5e mois le risque d'atteinte foetale est de 35 % avec atteintes embryofœtopathiques graves ; au dernier trimestre le risque est de 65 % mais avec fréquence des formes pauci-symptomatiques.

Le diagnostic d'atteinte foetale peut être évoqué grâce à une surveillance échographique mensuelle qui recherche les anomalies embryofœtopathiques. Récemment, un diagnostic anténatal par prélèvement de sang foetal au cordon avec cultures peut être effectué dans certains centres spécialisés.

**54. Bonne(s) réponse(s) : A D E**

L'examen sérologique du nouveau-né et de la mère recherche en particulier un taux d'IgM élevé dans le sang du nouveau-né qui affirme la toxoplasmose congénitale.

Le diagnostic parasitologique direct permet, par la découverte de toxoplasmose à l'examen anatomo-pathologique de coupes de placenta ou l'isolement des parasites par inoculation de placenta à des souris, d'affirmer l'infection.

De façon systématique, en cas de suspicion de toxoplasmose congénitale inapparente chez un nouveau né cliniquement normal, on prescrit un examen radiologique qui recherche les bandes claires métaphysaires au niveau du squelette, et des calcifications intracrâniennes sur les radios de crâne, un examen ophtalmologique avec fond d'oeil pour rechercher une chorioretinite, et un bilan biologique hépatique à la recherche d'un ictère biologique. L'échocardiographie serait prescrite en cas de rubéole congénitale pour rechercher la persistance du canal artériel.



**PARASITOLOGIE****55. Bonne(s) réponse(s) : A D E**

Les risques pour l'enfant, maximum au 3e et 4e mois de grossesse sont :

- la mort foetale, et la mort du nouveau-né  
- les lésions du système nerveux central notamment hydrocéphalie ou microcéphalie, calcifications intracrâniennes, encéphalomyélite, crises convulsives et retard psychomoteur

- les lésions oculaires avec microphthalmie, et chorioretinite pigmentaire qui parfois se révèle des mois ou des années plus tard  
- les lésions viscérales avec ictère, hépatosplénomégalie, ascite, des lésions cutanées (purpura thrombopénique), une atteinte pulmonaire ou ganglionnaire

**56. Bonne(s) réponse(s) : A B C E**

A, B, C. Habituellement, au niveau du pli inguinal. Le placard prurigineux, parti du fond du pli, comparable à un herpès circiné à son début, uni ou bilatéral, va s'étendre progressivement sur l'une ou les deux berges par une bordure saillante vésiculo-squameuse polycyclique, à limites nettes, plus ou moins surélevée.

D. Les teignes faviques à *Trichophyton schoenleinii* et les teignes suppurées (kérion) entraînent une disparition de la pilosité.

E. L'herpès circiné est parfois associé et réalise une plaque érythémato-squameuse, prurigineuse à bordure nette saillante et vésiculeuse caractéristique, dont l'extension est centrifuge et polycyclique avec typiquement une guérison centrale. Le pied d'athlète est un intertrigo des espaces interdigito-pilaires associé à des vésicules ou des pustules de la voûte plantaire ou des bords des pieds

**57. Bonne(s) réponse(s) : A B**

A, B. Les agents responsables sont des dermatophytes anthropophiles. *Epidermophyton floccosum*, *Trichophyton rubrum*, plus rarement *Trichophyton menta-*

**CC. Corrigés & commentés**

grophytes

C. *Microsporum canis* est le principal agent rencontré dans l'herpès circiné.

D. Strictement anthropophile, responsable de la teigne favique ou favus, surtout dans le pourtour méditerranéen.

E - Responsable des intertrigos interdigito-pilaires.

**58. Bonne(s) réponse(s) : A C**

A. L'examen direct des squames après éclaircissement à la potasse ou au lactophénol recherche des filaments mycéliens, mais ne permet pas l'identification du dermatophyte.

B. Utile que dans les dermatophytes des régions pileuses, notamment les teignes.

C. Culture sur milieu de Sabouraud, parfois lente, de 10 à 30 jours, permet l'identification du dermatophyte.

**59. Bonne(s) réponse(s) : A B C D E**

A. Surtout d'origine mycosique : à levures (*Candida*) ou à dermatophytes.

B. Mais il existe aussi des étiologies bactériennes : streptocoques, staphylocoques, bacilles Gram négatif.

*Corynebacterium minutissimum* est responsable de l'érythrasma qui est l'intertrigo bactérien le plus fréquent et réalise une éruption chamois squameuse sans bordure vésiculeuse, d'évolution prolongée, non prurigineuse.

C, D, E. D'autres dermatoses peuvent prendre dans les plis des aspects trompeurs : psoriasis, dermatite séborrhéique, eczéma de contact, dermatite atopique, pemphigus benin familial de Hailey.

**60. Bonne(s) réponse(s) : A B**

A, B. L'intertrigo candidosique réalise : une fissure blanchâtre, douloureuse, au fond du pli, au sein d'un érythème rouge vernissé, inflammatoire avec sensation de brûlure. En périphérie, existe une collerette épidermique

**PARASITOLOGIE**

décollée, pustulo-vésiculeuse, mal limitée et non polycyclique.

C, D, E. Sont communs aux deux intertrigos candidosique et dermatophytique.

**61. Bonne(s) réponse(s) : A B C E**

A. Chez l'adulte jeune, plus souvent l'homme que la femme.

B. Chez les obèses, et notamment au niveau des plis sous-mammaires de la femme.

D. Espèces anthropophiles, parasites humains exclusifs.

E. Facteurs favorisants locaux : macération, frottement, humidité peuvent être dus à une hygiène défectueuse.

**62. Bonne(s) réponse(s) : D**

A. Antifongique spécifique des candidoses.

B. Antifongique spécifique des dermatophytes, utilisé surtout dans le traitement par voie générale des teignes et des onyxis à dermatophytes.

D. Pour les lésions de la peau glabre, seul est nécessaire un traitement local à poursuivre pendant trois ou quatre semaines par des dérivés de l'imidazole (Pévaryl®, Daklarin®).

On évitera les pommades et les crèmes pour ne pas augmenter la macération locale et on utilisera ces préparations sous forme de lotions, lait, poudre ou spray.

**63. Bonne(s) réponse(s) : A B**

La maladie est transmise par contact interhumain direct. Du fait de la brève survie de l'acarien en dehors de l'hôte humain, la transmission nécessite des contacts intimes, prolongés, réalisés lors de rapports sexuels ou lors du partage du même lit. La contamination indirecte par la literie ou les vêtements est souvent alléguée mais reste une éventualité rare.

**CC. Corrigés & commentés****64. Bonne(s) réponse(s) : A B C**

A. Glomérulonéphrite post-streptococcique possible, ce n'est pas une complication directe de la gale sarcoptique, mais une complication de l'impétiginisation fréquente de celle-ci.

B. La présence des lésions érythémato-vésiculeuses, suintantes, avec desquamation permet d'évoquer une eczématisation secondaire, avec présence des différents stades successifs de l'eczéma.

C. Avec ou sans eczématisation, la gale peut se compliquer d'impétiginisation, par surinfection streptococcique ou staphylococcique. Les formes disséminées d'impétigo, surtout chez l'adulte, doivent toujours faire rechercher une dermatose prurigineuse préexistante (eczéma, gale, varicelle...)

E. C'est plutôt l'immunodépression qui favorise l'apparition de la gale. La gale norvégienne est une forme clinique grave qui survient chez les patients aux défenses immunitaires amoindries.

**65. Bonne(s) réponse(s) : C E**

A. Il n'existe pas de sérologie.

B. La culture d'un parasite est impossible.

C. Le diagnostic positif est généralement aisé et repose sur les caractères du prurit, la topographie de l'éruption scabieuse, et si possible sur la mise en évidence du parasite femelle et/ou des oeufs pondus dans les sillons par examen microscopique du produit de grattage d'une lésion.

E. Dans le cas où le parasite ne peut être trouvé, et c'est souvent le cas chez les gens propres, on est amené à proposer un traitement d'épreuve.

**66. Bonne(s) réponse(s) : C E**

A, D. Pas de passage sanguin de la gale, ni de parasitisme intestinal.

C. Sans traitement, l'infection persiste et passe à la chronicité.

E. La gale norvégienne ou croûteuse est



## PARASITOLOGIE

une érythrodermie croûteuse généralisée, très prurigineuse, caractérisée par une multiplication parasitaire extraordinaire, extrêmement contagieuse. Elle survient le plus souvent sur un terrain débilite (vieillard) ou immunodéprimé (hérolnomanie, hémopathies, cancers, maladies de système, diabète).

### 67. Bonne(s) réponse(s) : B E

B. Bain désinfectant après savonnage de dix minutes, laisser sécher. Application au pinceau d'Ascabiol® sur tout le corps sauf sur la tête. Deuxième application 15 minutes après. Répéter l'opération 24 heures plus tard.

E. Impératif pour traiter les surinfections cutanées. Sera suivi dès la 48ème heure par le traitement scabicide.

### 68. Bonne(s) réponse(s) : A B C E

Parfois le prurit persiste ou réapparaît rapidement après traitement. Plusieurs éventualités : insuffisance de traitement, traitement excessif avec irritation cutanée due à des applications itératives du scabicide, acarophobie chez les personnes anxieuses ou obsessionnelles, réinfection précoce par défaut de traitement simultané des sujets contacts, existence de nodules post-scabieux surtout chez le jeune enfant et pouvant persister des semaines ou des mois, existence d'une dermatite eczématiforme probablement allergique, secondaire à la gale correctement traitée, autre étiologie de prurit ayant été momentanément masquée par la gale.

### 69. Bonne(s) réponse(s) : A B

A. Le traitement conjoint de tous les sujets contaminés est impératif, et représente la meilleure mesure prophylactique.

B. Soit par ébullition, par repassage au fer chaud, ou par contact dans un endroit isolé pendant 48 heures avec de la poudre DDT

## CC. Corrigés & commentés

ou Aphiria®.

E. Les gales animales n'infestent qu'exceptionnellement l'homme.

### 70. Bonne(s) réponse(s) : C

A distance d'une toxoplasmose acquise, l'immunofluorescence et le dye-test restent indéfiniment positifs (5 à 10 UI/ml), ce qui traduit l'existence d'une immunité acquise définitivement protectrice.

La notion d'une sérologie toxoplasmique positive et stable à 80 UI/ml sans IgM spécifiques, quatre ans auparavant, permet d'écarter l'éventualité d'une toxoplasmose actuelle et donc un risque de contamination foetale.

Il existe de nombreux faux positifs du test de Remington (immunofluorescence des IgM) dus à la présence de facteurs rhumatoïdes ou d'anticorps antinucléaires. Les antécédents de polyarthrite rhumatoïde doivent faire rechercher la présence de facteur rhumatoïde qui est un auto-anticorps IgM anti-IgG. Ces causes d'erreurs seront peut-être éliminées par les nouvelles méthodes immunoenzymatiques dérivées du test ELISA.

### 71. Bonne(s) réponse(s) : D

Devant la certitude d'une sérologie positive antérieure à la grossesse actuelle et contrôlée à plusieurs reprises, la stabilité du taux des IgG et la confirmation du caractère non spécifique des IgM ayant positif le test de Remington.

### 72. Bonne(s) réponse(s) : D

Non commentée

### 73. Bonne(s) réponse(s) : C

L'immunité antitoxoplasmique maternelle est entretenue de façon définitive par la persistance dans l'organisme de toxoplasmes, sous forme de kystes essentiellement musculaires. Une nouvelle infestation toxoplas-

## PARASITOLOGIE

mique entraîne une légère augmentation des anticorps (phénomène de rappel) mais il n'existe pas de recontamination toxoplasmique.

### 74. Bonne(s) réponse(s) : A B C D

Seules les infections par métazoaires (helminthes notamment) entraînent une hyperéosinophilie sanguine parmi les infections parasitaires. L'hyperéosinophilie sanguine (> 400/mm<sup>3</sup>) varie dans le temps, est à son maximum lors de la période d'infestation (invasion), surtout si une phase du cycle est tissulaire (douve, ascaris, filaire, trichine). Elle peut subir une réascension lors d'une thérapeutique antiparasitaire par libération massive d'antigènes, avant de disparaître complètement si le traitement a détruit le parasite.

E. Agent de la trypanosomose africaine dans l'ouest africain, il appartient aux protozoaires et non aux helminthes.

### 75. Bonne(s) réponse(s) : A B D

Les cercaires, qui sont les larves infestantes libérées dans l'eau par le mollusque "hôte intermédiaire", nagent librement dans l'eau mais sont attirées par l'homme : un chimiotactisme puissant, basé sur les sécrétions cutanées, les amène à se fixer sur la peau qu'elles traversent ensuite. C'est à l'occasion d'un bain en eau douce, de la traversée d'un cours d'eau, de la marche pieds-nus dans les cultures irriguées que la contamination s'effectue. Si, au bout de quelques heures de sa courte vie libre, la cercaire n'a pas trouvé son hôte, elle meurt. Au cours de la bilharziose urogénitale à *Schistosoma haematobium*, l'hématurie est le signe d'appel essentiel et le plus fréquent. Cette bilharziose sévit en Afrique tropicale, au Maghreb, dans la Vallée du Nil, en Irak, à Madagascar.

## CC. Corrigés & commentés

### 76. Bonne(s) réponse(s) : A D

Les techniques immunologiques permettent souvent une orientation diagnostique de bonne valeur, aboutissant même parfois à la décision thérapeutique, malgré l'absence de preuve parasitologique directe. L'immunofluorescence est, à l'heure actuelle, vu son coût, la seule technique économiquement compatible avec une utilisation de diagnostic courant. Elle complète utilement les moyens de diagnostic direct qui gardent toute leur valeur.

La certitude diagnostique est toujours apportée par la recherche des oeufs qui n'est positive qu'à la phase d'état de la maladie. Dans les infestations d'intensité modérée, cette recherche peut s'avérer difficile par suite du nombre limité d'oeufs éliminés. Après filtration des urines, le filtre est examiné au microscope et permet de reconnaître à l'examen direct des oeufs éperonnés et de faire un comptage de ceux-ci.

### 77. Bonne(s) réponse(s) : B E

A. N'est efficace que dans la bilharziose à *Schistosoma mansoni*.

B. Praziquantel est un nouvel antihelminthique à large spectre, efficace contre les cinq espèces humaines de schistosomes. Il est administré per os en trois prises réparties en 24 heures à la dose de 40 mg/kg/jour pour les infections à *Schistosoma haematobium*.

C. Niridazole a marqué le début de l'ère thérapeutique dans les bilharzioses. La posologie normale est de 3 comprimés par jour pendant 7 jours. Le produit colore les urines en noir et est responsable de manifestations neuropsychiques secondaires qui le font peu à peu abandonner au profit de substances plus maniables et moins toxiques.

D. Amœbicide tissulaire.

E. Le métrifonate, actif uniquement sur les infections à *Schistosoma haematobium*.



## PARASITOLOGIE

Comme le praziquantel, il est administré (à la dose de 7,5 mg/kg/jour) en trois prises orales réparties en 24 heures mais ceci répété quinze jours plus tard. Le traitement de choix est actuellement le praziquantel, l'alternative le métrifonate.

### 78. Bonne(s) réponse(s) : C

Quel que soit le produit utilisé, le résultat du traitement doit toujours être contrôlé biologiquement, car aucun traitement de la bilharziose n'est efficace à 100%. Le contrôle ne devra jamais être trop précoce : un minimum de six semaines est nécessaire pour obtenir la négativation des examens directs (temps de traversée des tissus par les oeufs).

Les réactions immunologiques sont également longues à se négativer, et manifestent bien souvent une augmentation transitoire des anticorps par un phénomène de rappel consécutif à la lyse des parasites.

### 79. Bonne(s) réponse(s) : C

C. L'accès pernicieux constitue le grand drame du paludisme. Encore appelé neuro-paludisme, il réalise une encéphalite fébrile aiguë due au tropisme de *Plasmodium falciparum*. Il doit être évoqué en premier lieu, vu sa gravité clinique et son caractère d'urgence thérapeutique, devant tout malade hyperthermique de retour de séjour en pays tropical présentant des signes neurologiques divers (désorientation, confusion, hypotonie musculaire, abolition des réflexes ostéotendineux, signes biologiques méningés) et des manifestations viscérales (splénomégalie, hépatomégalie, ictère, anémie, collapsus, et insuffisance rénale).

A. Parmi les diagnostics différentiels : les arboviroses. La notion de séjour en pays tropical, l'absence de vaccination contre la fièvre jaune, les deux phases cliniques : la phase "rouge" marquée par de la fièvre, des douleurs diffuses et des nausées, la

## CC. Corrigés & commentaires

phase "jaune" avec atteinte hépatonephrique, manifestations hémorragiques et méningo-encéphalite.

B. La fièvre tierce est un accès palustre comprenant des accès thermiques survenant toutes les 48 heures, due à *P. vivax* ou à *P. ovale*. Parfois maligne et irrégulière elle peut être due à *P. falciparum*.

D. Le paludisme viscéral évoluit encore appelé paludisme chronique survient chez des sujets insuffisamment prémunis et exposés à des infestations répétées ; il associe fébricule, anémie, oedèmes et splénomégalie.

E. La fièvre bilieuse hémoglobinurique est exceptionnelle, due à *P. falciparum*.

Débutant brutalement, par des lombalgies violentes, associant fièvre, vomissements, anémie, ictère hémolytique, oligurie avec urines porto.

### 80. Bonne(s) réponse(s) : B

D. Vecteur : moustique, réservoir : oiseaux (parfois le cheval en Camargue) ; localisation : Afrique, bassin méditerranéen, Moyen-Orient ; responsable de syndromes fébriles algues bénins, rarement d'encéphalites.

E. Responsable de méningo-encéphalites de l'adulte et de l'enfant.

### 81. Bonne(s) réponse(s) : A

Les frottis minces colorés par la méthode de May-Grunwald-Giemsa permettent un résultat en urgence.

La goutte épaisse, technique permettant de mettre en évidence les parasites, lorsqu'ils sont relativement rares, dans une plus grande quantité de sang, sera colorée par la méthode de Giemsa. Les quelques heures de séchage nécessaires ne permettent pas de l'interpréter en urgence.

### 82. Bonne(s) réponse(s) : A C E

A. Dans 75 % des cas, lors de l'accès thermique, le frottis est monotone fait unique-

## PARASITOLOGIE

ment trophozoïtes jeunes.

D. Absence de stades schizontes mûrs visibles (corps en rosace) peut être parce que la schizogonie s'effectue dans les capillaires profonds.

E. *P. falciparum* est l'espèce plasmodiale où le pluriparasitisme de l'hématie est le plus important et le plus fréquent.

B. Les grains de Schüffner dans l'hématie parasitée caractérisent les espèces *P. vivax* et *P. ovale*.

C. Les gamétocytes, ou corps en faux, apparaissent un peu plus tard que les trophozoïtes ou après traitement.

### 83. Bonne(s) réponse(s) : A C E

Sont de mauvais pronostic dans l'accès pernicieux :

- la température à plus de 40°C
- le pouls à plus de 200 par minute
- le coma d'emblée
- l'hypertonie souvent paroxystique
- l'état de mal convulsif
- l'abolition du réflexe rotulien
- la survenue d'une anémie avec hémoglobine inférieure à 8 g/dl
- l'existence d'une hépatomégalie
- des complications respiratoires infectieuses
- une déshydratation d'emblée est de bon pronostic en revanche, la survenue d'une splénomégalie.

### 84. Bonne(s) réponse(s) : A C D

Urgence thérapeutique :

- antiparasitaire : prescription de quinine intraveineuse à la posologie de 25 mg/kg/jour (maximum 1,50 g à 2 g chez l'adulte) en perfusion pendant 3 à 6 jours consécutifs, au moins jusqu'à disparition des troubles de la conscience. Relayée par la chloroquine per os ou par le Fansidar® ou la méfloquine (Lariam®) s'il existe une possibilité de résistance.
- Symptomatique : anticonvulsif, anti-infec-

## CC. Corrigés & commentaires

lieux, rééquilibre hydroélectrolytique, oxygénation, transfusion, épuration extrarénale en fonction des troubles observés.

### 85. Bonne(s) réponse(s) : A D E

La gale est une dermatose très prurigineuse et très contagieuse due à un acarien.

*Sarcoptes scabiei*. Le parasite obligatoire de l'homme est *Sarcoptes scabiei hominis*.

La survie du parasite en dehors de l'homme est brève, au maximum de deux à trois jours. La contamination se fait par contact cutané direct prolongé avec une personne infestée : contamination familiale ou sexuelle. La transmission indirecte, rare, se fait par la literie et les vêtements.

### 86. Bonne(s) réponse(s) : A D E

Les femelles mesurent 330 microns, les mâles 220 microns. La femelle creuse un tunnel (appelé sillon) dans l'épiderme entre la couche cornée et la couche de Malpighi. Le diagnostic parasitologique de certitude est fait par la mise en évidence directe du parasite adulte femelle et/ou des oeufs pondus dans les sillons.

### 87. Bonne(s) réponse(s) : A B D E

Sans commentaire.

### 88. Bonne(s) réponse(s) : A B C

Le prurit est le signe capital de la gale et son origine est certainement due à des phénomènes de sensibilisation et non à l'action mécanique des larves.

Autre argument en faveur des mécanismes immunitaires de la gale : l'incubation brève de 2 à 5 jours des premières manifestations prurigineuses lors d'une réinfection qui agit comme un rappel anamnestique.

Il existe fréquemment une petite éosinophilie et une augmentation polyclonale transitoire des immunoglobulines, y compris les IgE.

En l'absence du traitement, l'évolution spon-



## PARASITOLOGIE

tanée peut quelquefois se faire vers la guérison en quelques mois. Plus souvent, il y a passage à une maladie chronique avec prurit féroce et insomniant, et lésions surinfectées et croûteuses.

### 89. Bonne(s) réponse(s) : A B C E

C.D.E. Gale norvégienne : atteint les sujets aux défenses amoindries, réalise une érythrodermie croûteuse généralisée très prurigineuse et contagieuse, caractérisée par une multiplication parasitaire extraordinaire. Les croûtes, et par endroit une véritable carapace blanc jaune soufré, se forment sur tout le corps, leur épaisseur peut atteindre 2 cm en l'absence de traitement. Une forte hyperkératose et une parakératose aboutissent à la formation de croûtes lamelleuses et spongieuses remplies (à l'inverse de la gale normale) de galeries contenant des acares très nombreux.

### 90. Bonne(s) réponse(s) : C D E

Sans commentaire

### 91. Bonne(s) réponse(s) : C

Sans commentaire

### 92. Bonne(s) réponse(s) : D

Sans commentaire

### 93. Bonne(s) réponse(s) : B D

Sans commentaire

### 94. Bonne(s) réponse(s) : B D E

Sans commentaire

### 95. Bonne(s) réponse(s) : C

Sans commentaire

### 96. Bonne(s) réponse(s) : B

Sans commentaire

### 97. Bonne(s) réponse(s) : E

Sans commentaire

## CC. Corrigés & commentés

### 98. Bonne(s) réponse(s) : C

Sans commentaire

### 99. Bonne(s) réponse(s) : A

Sans commentaire

## Par spécialité

1985 - 2004

## PARASITOLOGIE

QCM  
Cas cliniques QCM

Corrigés & commentés

Les **A**nnales

Par spécialité

1985 - 2004

CONCOURS

INTERNAT

PARASITOLOGIE

**MANAR SANS EXCLUSIVITE**

QCM

Cas cliniques QCM

Corrigés & commentés



**MANAR**