



## Post-test Les hépatites virales

Les réponses seront publiées dans trois mois, dans le numéro de juillet 2012.

**1** Quel serait le profil sérologique d'un patient ayant acquis l'immunité au VHB à la suite d'une infection par le virus sauvage ?

- a) AgHBs +, AntiHBs +, AntiHBc -
- b) AgHBs -, AntiHBs -, AntiHBc -
- c) AgHBs -, AntiHBs +, AntiHBc +
- d) AgHBs +, AntiHBs +, AntiHBc +

**2** Parmi les énoncés suivants concernant les marqueurs de l'hépatite C, lequel est faux ?

- a) Le résultat du dosage de l'antiVHC est positif dans la phase chronique de la maladie.
- b) Un résultat positif au dosage de l'ARN-VHC confirme le diagnostic d'hépatite C aiguë.
- c) Il est possible d'obtenir un résultat négatif au dosage de l'antiVHC en présence d'un ARN-VHC positif.
- d) Le dosage de l'ARN-VHC est toujours nécessaire en présence d'un résultat positif au dosage de l'antiVHC pour préciser la réplication active du VHC.

**3** Quelle est l'affection augmentant les risques d'hépatotoxicité en cas d'ingestion d'acétaminophène à dose thérapeutique ?

- a) La cirrhose
- b) La prise concomitante d'aspirine
- c) La consommation chronique d'alcool
- d) L'intoxication aiguë par l'alcool

**4** Dans laquelle des situations suivantes le traitement de l'hépatite B doit-il être envisagé ?

- a) AgHBs +, AgHBe +, antiHBe -, ALT 17 UI/l, ADN-VHB 300 x 10<sup>6</sup> UI/ml
- b) AgHBs +, AgHBe +, antiHBe -, ALT 89 UI/l, ADN-VHB 300 x 10<sup>6</sup> UI/ml
- c) AgHBs +, AgHBe -, anti-HBe +, ALT 17 UI/l, ADN-VHB < 2000 UI/ml
- d) AgHBs +, AgHBe -, antiHBe +, ALT 89 UI/l, ADN-VHB < 2000 UI/ml

**5** Quelle est l'incidence annuelle du carcinome hépatocellulaire chez les patients atteints d'hépatite B chronique ?

- a) 0,5 % par année en l'absence de cirrhose et 2 % par année en cas de cirrhose
- b) 0,05 % par année en l'absence de cirrhose et 0,2 % par année en cas de cirrhose

- c) Aucun risque en l'absence de cirrhose et 2 % par année en cas de cirrhose
- d) 2 % par année en l'absence de cirrhose et 10 % par année en cas de cirrhose

**6** Parmi les énoncés suivants concernant l'évaluation et le traitement de l'hépatite C, indiquez lequel est faux.

- a) Les taux de transaminases constituent un indicateur de la gravité de la maladie.
- b) Le FibroScan est une solution de remplacement fiable à la biopsie dans l'évaluation de la fibrose hépatique.
- c) Environ 10 % des patients interrompent le traitement en raison des effets indésirables.
- d) La réponse au traitement, tous génotypes confondus, est de 70 %.

**7** Parmi les facteurs de risque suivants, lequel est un facteur de risque de fibrose reconnu ?

- a) Consommation d'alcool de trois unités (30 grammes) par semaine
- b) Diabète

## Les hépatites virales – Avril 2012

Sélectionnez une seule réponse pour chaque question. La FMOQ vous attribuera **trois heures** de crédits de catégorie 1 si vous obtenez une note **minimale de 60 %**, qui seront inscrits dans votre PADPC-FMOQ. **Répondez par la poste ou en ligne avant le 2 juillet 2012.**

- |              |               |
|--------------|---------------|
| 1. a b c d e | 6. a b c d e  |
| 2. a b c d e | 7. a b c d e  |
| 3. a b c d e | 8. a b c d e  |
| 4. a b c d e | 9. a b c d e  |
| 5. a b c d e | 10. a b c d e |

Remplissez votre post-test en ligne au [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org), en cliquant sur l'hyperlien **Identifiez-vous** en haut à gauche de l'écran et obtenez votre résultat immédiatement. Cette activité sera automatiquement inscrite dans votre PADPC-FMOQ dès le lendemain.

Pour créer votre profil, cliquez sur **Inscrivez-vous** en haut à gauche de l'écran.

Téléchargez l'annexe 13 (approche réflexive) au [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org)

Mon article « coup de cœur » du mois est le numéro

Nom (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Numéro du permis d'exercice du CMQ \_\_\_\_\_

Vous pouvez répondre par la poste (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 1440, rue Sainte-Catherine Ouest, bureau 1000, Montréal (Québec) H3G 1R8), par télécopieur (514 878-2659) ou par courrier électronique ([medque@fmoq.org](mailto:medque@fmoq.org)).

découper et retourner

- c) Sexe féminin  
d) Âge inférieur à 50 ans

- d) Adulte de race noire non cirrhotique porteur de l'AgHBs  
e) Patient non cirrhotique porteur d'une co-infection VHC-VIH

- e) Lorsque les titres d'antiHBs repassent sous le seuil de 10 UI/ml

**8** Dans quels cas le dépistage du carcinome hépatocellulaire n'est-il pas recommandé actuellement ?

- a) Homme asiatique de plus de 40 ans non cirrhotique porteur du VHB  
b) Patient atteint de cirrhose de stade B selon la classification de Child-Pugh  
c) Patient atteint de cirrhose de stade C selon la classification de Child-Pugh

**9** Quand doit-on faire un rappel du vaccin de l'hépatite B chez un répondeur immunocompétent ?

- a) Tous les 10 ans  
b) Tous les 5 ans  
c) Tous les 20 ans  
d) Jamais

**10** Qui doit subir un dépistage de l'hépatite C ?

- a) Tous les utilisateurs de drogues injectables  
b) Tous les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes  
c) Les travailleurs du sexe  
d) Les femmes enceintes  
e) Toutes les personnes précédentes

### Réponses et références du post-test de janvier 2012

Félicitations aux 1010 médecins qui ont obtenu trois heures de crédits de catégorie 1 en répondant au post-test de novembre 2011 !

1. e. Westhout FD, Paré LS, Linsky ME. Central causes of foot drop: rare and underappreciated differential diagnoses. *J Spinal Cord Med* 2007; 30 (1): 62-6.
2. d. Schmalstieg WF, Weinshenker BG. Approach to acute or subacute myelopathy. *Neurol* 2010; 75 (suppl. 1): S2-S8.
3. c. Dyck PJ, Oviatt KE, Lambert EH. Intensive evaluation of referred unclassified neuropathies yields improved diagnosis. *Ann Neurol* 1981; 10 (3): 222-6.
4. e. England JD, Gronseth GS, Franklin G et coll. Practice parameter: evaluation of distal symmetric polyneuropathy: role of laboratory and genetic testing (an evidence-based review). *Neurology* 2009; 72 (2): 1-8.
5. b. Fournier E. *Examen électromyographique et étude de la conduction nerveuse. Sémiologie électrophysiologique*. Collection Explorations fonctionnelles humaines. Cachan : Éditions Médicales Internationales; 1998.
6. d. Fournier E. *Examen électromyographique et étude de la conduction nerveuse. Sémiologie électrophysiologique*. Collection Explorations fonctionnelles humaines. Cachan : Éditions Médicales Internationales; 1998.
7. b. Vriesendorp FJ. Clinical features and diagnosis of Guillain-Barré syndrome in adults. *UpToDate* Version 19.2. Septembre 2010. Site Internet: [www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-guillain-barré-syndrome-in-adults?source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-guillain-barré-syndrome-in-adults?source=search_result&selectedTitle=1%7E150) (Date de consultation : mai 2011).
8. a. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM et coll. *Neurology in Clinical Practice*. 5<sup>e</sup> éd. Philadelphie : Elsevier; 2008. p. 2287-96.
9. c. Baron R, Binder A, Wasner G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Lancet Neurol* 2010; 9 (8): 807-18.
10. b. Bril V, England J, Franklin GM et coll. Evidence-based guideline: treatment of painful diabetic neuropathy. *Neurology* 2011; 76 (20): 1758-65.