

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-30 - Respiration bruyante enfant - Fillette 2 ans

 Consultation téléphonique au cabinet

 La mère d'Angelina Harvey, une fillette de 2 ans, appelle le cabinet en se plaignant que son enfant a une respiration bruyante et étrange

Anamnèse (25%)

Score : 0/43

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Mon bébé a une respiration bruyante et étrange]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation du problème respiratoire				0
Début [Cela a commencé soudainement il y a environ une heure]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Cela s'aggrave]	<input type="checkbox"/>			
Activité précédant l'événement [Elle jouait avec des jouets]	<input type="checkbox"/>			
Description du bruit [C'est un bruit bruyant, comme si elle avait avalé une machine à laver]	<input type="checkbox"/>			
Consistance [Le bruit est toujours le même]	<input type="checkbox"/>			
Phase respiratoire [À l'inhalation]	<input type="checkbox"/>			
Cause identifiable [Rien]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants/atténuants [Aucun] (alimentation, pleurs, position allongée, sommeil)	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés				0
Toux [Oui, il y a un peu de toux, mais elle était déjà présente auparavant]	<input type="checkbox"/>			
Caractère de la toux [Non aboyante, non productive, sans sang]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre [Elle a eu une légère fièvre la semaine dernière (38.4°C max), mais aujourd'hui sa température est normale]	<input type="checkbox"/>			
Pleurs [Oui]	<input type="checkbox"/>			
Qualité des pleurs [Faibles avec des moments d'étouffement occasionnels]	<input type="checkbox"/>			
Respiration rapide [Je ne peux pas dire, mais on dirait qu'elle essaie de respirer fort]	<input type="checkbox"/>			
4. Autres symptômes				0
Nausées/vomissements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Bavage [Non]	<input type="checkbox"/>			
Cyanose (bleuissement) [Non]	<input type="checkbox"/>			
Difficulté à avaler [Non]	<input type="checkbox"/>			
Enrouement de la voix [Parfois]	<input type="checkbox"/>			
Ronflements nocturnes [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Antécédents similaires [Non]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
6. Facteurs environnementaux				0
Antécédents d'allergies familiales [Non]	<input type="checkbox"/>			
Stress psychologique ou social récent [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fréquentation d'une crèche [Oui]	<input type="checkbox"/>			
Contacts malades à la crèche [Pas à ma connaissance]	<input type="checkbox"/>			

7. Antécédents de santé

0

- Vaccinations [À jour] ☐
- Dernier bilan de santé [Il y a deux semaines, et tout était normal] ☐
- Croissance et développement [Tout était normal. Elle a atteint tous les jalons en temps voulu] ☐
- Antécédents de naissance [Accouchement vaginal spontané sans complications] ☐
- Habitudes alimentaires [Normales] ☐

8. Médicaments actuels [Aucun]

☐☐

0

9. Antécédents médicaux [Aucun]

☐☐

0

10. Antécédents chirurgicaux [Aucun]

☐☐

0

11. Antécédents familiaux [Aucun]

☐☐

0

12. Préoccupation de transport [Je ne veux pas venir au cabinet à moins que ce ne soit absolument nécessaire, car je n'ai pas de moyen de transport]

☐☐

0

Examen clinique (25%)

Score : 0/2

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Examen physique non réalisable [Consultation téléphonique - examen physique impossible]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

Management (25%)

Score : 0/14

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques <i>2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Diagnostics différentiels à considérer

Urgences respiratoires pédiatriques

• Aspiration d'un corps étranger → Rx thoracique face/profil, bronchoscopie urgente

Arguments POUR:

- ☐ Début soudain pendant qu'elle jouait avec des jouets
- ☐ Respiration bruyante inspiratoire (stridor)
- ☐ Aggravation progressive
- ☐ Âge à risque (2 ans)
- ☐ Bruit constant comme une "machine à laver"

• Faux-croup (laryngite striduleuse) → Rx cervicale (signe du clocher)

Arguments POUR:

- ☐ Respiration bruyante inspiratoire
- ☐ Difficulté respiratoire
- ☐ Fièvre la semaine passée (infection virale)
- ☐ Âge compatible (6 mois - 3 ans)

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de toux aboyante caractéristique
- ☐ Début brutal (habituellement progressif)

• Épiglottite → Rx cervicale (signe du pouce), laryngoscopie

Arguments POUR:

- ☐ Enrouement occasionnel
- ☐ Étouffement occasionnel
- ☐ Stridor inspiratoire

Arguments CONTRE:

- ☐ Vaccinations à jour (Hib)
- ☐ Pas de bavage
- ☐ Pas de position antalgique

Autres causes à considérer

• **Angioœdème** → *Examen clinique urgent*

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas d'antécédents allergiques
- ☐ Pas d'œdème facial décrit
- ☐ Début pendant le jeu (pas après ingestion)

• **Abcès rétro-pharyngé** → *Rx cervicale latérale*

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de bavage
- ☐ Présence de stridor (inhabituel)
- ☐ Pas de voix étouffée

2. Évaluation de l'urgence

0

Situation nécessitant une attention médicale urgente

☐

Risque d'obstruction complète des voies aériennes

☐

Transport par ambulance recommandé (144)

☐

3. Instructions immédiates à la mère

☐☐☐

0

Consignes de sécurité

- NE PAS mettre le doigt dans la bouche
- NE PAS tenter d'extraire un corps étranger
- Risque d'enfoncer davantage l'objet

Surveillance

- Observer la respiration de l'enfant
- Noter tout changement de couleur (cyanose)
- Surveiller le niveau de conscience

Actions d'urgence

- Appeler le 144 immédiatement
- Si détresse respiratoire sévère ou étouffement:
- Manœuvre de Heimlich adaptée (5 tapes dans le dos + 5 compressions abdominales)
- Garder l'enfant calme et en position assise

4. Plan d'examens à l'arrivée à l'hôpital

0

Gazométrie artérielle

☐

Rx thoracique face/profil

☐

Rx cervicale face/profil

☐

FSC avec formule leucocytaire

☐

Préparation pour bronchoscopie si corps étranger

☐

5. Signes d'alarme absolus

☐☐☐

0

⚠ **Red Flags - Appeler immédiatement le 144 si**

1. **Cyanose (lèvres ou doigts bleus)**

→ Hypoxie sévère, urgence vitale

2. **Tirage intercostal sévère**

→ Détresse respiratoire majeure

3. **Altération de la conscience**

→ Hypoxie cérébrale

4. **Impossibilité de pleurer ou parler**

→ Obstruction sévère des voies aériennes

5. **Bavage soudain avec position assise penchée**

→ Possible épiglottite

Clôture de consultation

Clôture type

Madame Harvey, d'après les informations que vous m'avez fournies, j'envisage la possibilité que votre fille ait avalé un corps étranger. Cependant, la possibilité qu'une infection soit à l'origine de son problème doit également être écartée. Pour le moment, je pense que votre fille a besoin d'une attention médicale d'urgence. Puisque vous n'avez pas accès à un moyen de transport, je vous suggère fortement d'appeler le 144 immédiatement et de l'amener au centre médical. En attendant, je vous recommande d'éviter de mettre un doigt dans sa bouche ou de tenter d'extraire un éventuel corps étranger, car cela pourrait le faire s'enfoncer plus profondément. Si vous constatez une détresse respiratoire importante ou un étouffement, effectuez la manœuvre de Heimlich en exerçant une pression soudaine sur son ventre. J'espère que vous avez compris ce que nous avons discuté. Avez-vous des questions ou des préoccupations ? Très bien, je vous verrai dès que vous arriverez à l'hôpital.

Questions difficiles à poser

[Pouvez-vous m'expliquer exactement ce qui se passe avec mon enfant et ce qui peut être fait pour y remédier ?] [Comment vais-je pouvoir trouver un moyen de transport pour venir au cabinet ?]

Réponse type du candidat

Il m'est difficile de vous donner une réponse précise par téléphone. J'aimerais que vous ameniez votre enfant ici pour que je puisse l'examiner et peut-être effectuer des tests. Après cela, je pourrai vous donner une évaluation plus précise de son état. Nous organiserons un entretien avec l'assistante sociale pour discuter de la manière d'organiser le transport jusqu'au cabinet.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
1. Réponse aux sentiments et besoins du patient <i>Empathie, écoute active, validation des émotions Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Structure de l'entretien <i>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Expression verbale <i>Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Expression non verbale <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluation générale de la communication <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse
0%

Examen clinique
0%

Management
0%

Communication
0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Scénario pour la mère (patient simulé)

Nom : Mère d'Angelina Harvey | **Âge :** Mère d'une fillette de 2 ans
Contexte : Mère inquiète appelant pour sa fille avec respiration bruyante

Motif de consultation

Plainte principale : «Mon bébé a une respiration très bizarre et bruyante, docteur.»
Si on demande s'il y a autre chose : «Ça m'inquiète beaucoup mais je n'ai pas de voiture pour venir.»

Consignes

- Montrez de l'inquiétude pour la santé de votre enfant.
- Ajoutez que vous ne voulez pas venir au cabinet à moins que ce ne soit absolument nécessaire, car vous n'avez pas de moyen de transport.
- Parlez avec anxiété mais restez cohérente.
- Insistez sur le bruit étrange "comme une machine à laver".
- Mentionnez qu'elle jouait avec ses jouets quand c'est arrivé.

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Respiration bruyante et étrange
- Début soudain il y a 1 heure
- S'aggrave progressivement
- Jouait avec des jouets
- Bruit constant à l'inspiration
- Comme une machine à laver

Symptômes associés :

- Toux légère préexistante
- Fièvre la semaine dernière (38.4°C)
- Pleurs faibles avec étouffements
- Respiration difficile
- Enrouement occasionnel

Réponse aux symptômes :

- Très inquiète
- Ne sait pas quoi faire
- Hésite à appeler l'ambulance

Représentation de la maladie :

- Peur qu'elle ait avalé quelque chose
- Ou que ce soit une infection grave

Habitudes

- **Médicaments :** Aucun
- **Vaccinations :** Toutes à jour
- **Alimentation :** Normale
- **Développement :** Normal, tous les jalons atteints

Histoire médicale

- Née à terme sans complications
- Pas d'hospitalisations
- Dernier contrôle il y a 2 semaines normal

Anamnèse par systèmes

Système général :

- Enfant habituellement en bonne santé
- Croissance normale

Système respiratoire :

- Pas d'asthme connu
- Toux légère récente

infectieux :

- Fièvre la semaine dernière
- Va à la crèche

Simulation

Durant l'appel :

- Voix anxieuse mais claire
- Réponses précises aux questions
- Insister sur le manque de transport
- Demander si c'est vraiment urgent

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Fillette de 2 ans présentant un stridor d'apparition brutale pendant qu'elle jouait avec des jouets. Respiration bruyante inspiratoire progressive décrite comme "machine à laver". Pas de signes de détresse sévère pour l'instant mais aggravation progressive. Contexte de toux légère et fièvre récente. Vaccinations à jour. Forte suspicion d'aspiration de corps étranger vu le contexte (jeu avec jouets) et début brutal.

Rôles et interventions de l'expert-e

Consultation téléphonique uniquement

Pas d'examen physique possible

Évaluer l'urgence par l'anamnèse

Donner des consignes claires à la mère

Organiser le transport d'urgence

Points clés

- Stridor = urgence respiratoire jusqu'à preuve du contraire
- Début brutal pendant jeu = corps étranger probable
- Ne jamais tenter d'extraction aveugle (risque d'enfoncement)
- Transport médicalisé urgent nécessaire
- Préparation pour bronchoscopie probable

Pièges

- Minimiser la gravité car l'enfant respire encore
- Conseiller d'attendre ou de surveiller
- Oublier de donner les consignes de sécurité
- Ne pas organiser le transport d'urgence
- Tenter de rassurer excessivement

Diagnostic

Suspicion forte d'aspiration de corps étranger avec obstruction partielle des voies aériennes supérieures

Aspiration de corps étranger chez l'enfant

Urgence pédiatrique fréquente et potentiellement mortelle :

- Pic d'incidence : 1-3 ans (phase orale)
- Objets fréquents : jouets petits, pièces, cacahuètes
- Localisation : 80% bronche droite (plus verticale)
- Présentation variable selon niveau d'obstruction
- Triade classique : toux, wheezing, diminution MV unilatérale

Signes cliniques selon la localisation

La présentation dépend du site d'obstruction :

- Larynx/trachée : stridor, détresse immédiate
- Bronche principale : wheezing unilatéral, toux
- Bronche segmentaire : peu de signes initiaux
- Obstruction complète : aphonie, cyanose rapide
- Obstruction partielle : stridor, toux, voix conservée

Prise en charge d'urgence

Actions immédiates selon la sévérité :

- Obstruction partielle + toux efficace : position assise, O2, transport
- Obstruction partielle + toux inefficace : 5 tapes dos + 5 compressions
- Obstruction complète conscient : manœuvre de Heimlich
- Obstruction complète inconscient : RCP
- JAMAIS extraction digitale aveugle

Diagnostic différentiel du stridor aigu

Éliminer les autres urgences respiratoires :

- Faux-croup : progressif, toux aboyante, contexte viral
- Épiglottite : bavage, position tripode, toxique
- Angioœdème : œdème facial, contexte allergique
- Abscess rétro-pharyngé : fièvre, torticolis, bavage
- Trachéomalacie : stridor chronique, pas aigu

Examens complémentaires

Approche diagnostique structurée :

- Rx thorax I/E : piégeage, atélectasie, CE radio-opaque
- Rx cervicale : évaluer trachée, tissus mous
- Bronchoscopie : gold standard diagnostic et thérapeutique
- CT thorax : si doute, CE radiotransparent
- Jamais retarder la prise en charge pour imagerie

Gestion téléphonique des urgences pédiatriques

Principes de triage téléphonique :

- Évaluer rapidement la gravité par questions ciblées
- Identifier les red flags nécessitant transport immédiat
- Donner consignes claires et simples à répéter
- Organiser transport adapté (ambulance si urgent)
- Prévoir accueil aux urgences (prévenir équipe)

Résumé du cas clinique

Fillette de 2 ans avec stridor brutal survenu en jouant, très évocateur d'aspiration de corps étranger. L'absence de détresse sévère immédiate suggère une obstruction partielle mais le risque d'aggravation brutale impose un transport médicalisé urgent. La bronchoscopie sera probablement nécessaire pour diagnostic et extraction.

Conclusion

- Stridor aigu = urgence respiratoire toujours
- Contexte de jeu + début brutal = corps étranger probable
- Ne jamais minimiser même si l'enfant "respire encore"
- Transport médicalisé urgent systématique
- Préparation mentale des parents aux gestes d'urgence
- Bronchoscopie souvent nécessaire pour diagnostic définitif

Rappels thérapeutiques

- Manœuvre de Heimlich adaptée < 1 an : 5 tapes dos + 5 compressions thoraciques
- Manœuvre de Heimlich > 1 an : 5 tapes dos + 5 compressions abdominales
- O2 haut débit si SpO2 < 94%
- Éviter sédation avant sécurisation voies aériennes

Examens complémentaires

- Rx thorax I/E : recherche piégeage unilatéral
- Bronchoscopie rigide : permet extraction sous contrôle
- Pas de fibroscopie souple (risque de pousser le CE)
- Matériel d'intubation difficile toujours prêt