

# Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-22 - Dysphagie - Femme 60 ans

Cabinet médical  
Eva Garcia, femme de 60 ans, consultant pour difficulté à avaler

T° 36.5°C	TA 120/80 mmHg	FC 62 bpm	FR 15/min
--------------	-------------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/44

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [J'ai des problèmes pour avaler la nourriture]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la dysphagie				0
Début [Il y a environ 6 mois]	<input type="checkbox"/>			
Constant/intermittent [Ce n'est pas là tout le temps, mais la plupart du temps c'est un problème, surtout si j'essaie d'avaler de plus gros morceaux de nourriture]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Ça s'aggrave. Au début, j'avais des problèmes seulement avec les aliments solides, mais les liquides sont aussi devenus plus difficiles à avaler depuis un mois]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Eh bien, j'ai du reflux. Donc au début je pensais que c'était mon reflux]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [Pratiquement toujours quand je mange des choses comme la viande et ne mâche pas soigneusement. Et parfois avec d'autres aliments et boissons aussi]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Je dois manger lentement et bien mâcher]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Si je ne mange pas lentement]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes associés [J'ai eu des douleurs thoraciques en mangeant depuis quelques semaines]	<input type="checkbox"/>			
3. Caractérisation de la douleur thoracique				0
Localisation [Juste au milieu, derrière mon sternum]	<input type="checkbox"/>			
Intensité (échelle 0-10) [Peut-être 3-4]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [C'est comme si quelqu'un était assis sur ma poitrine]	<input type="checkbox"/>			
Douleur à l'effort/sans déclencheur [Ça n'est jamais arrivé quand je monte les escaliers ou fais de l'exercice, non ! Et ça n'arrive que quand je mange quelque chose et jamais dans d'autres situations]	<input type="checkbox"/>			
4. Recherche de symptômes spécifiques				0
Voyage récent [Je suis allée au Vietnam il y a 8 mois]	<input type="checkbox"/>			
Nausées/vomissements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Régurgitation [De temps en temps, je dois tousser de la nourriture]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/frissons [Non]	<input type="checkbox"/>			
Sueurs nocturnes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [Oui, je me sens plus fatiguée ces 2 derniers mois]	<input type="checkbox"/>			
Toux [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes intestinaux [Non]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [Normal]	<input type="checkbox"/>			
Variations pondérales [Oui, j'ai perdu 3,5 kg en 6 mois. Pas mal, non ? Je n'essayais même pas]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Voix enrouée [Non]	<input type="checkbox"/>			
Masses au cou/gonflement du cou [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Antécédents médicaux [J'ai du reflux depuis 18 ans]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

6. Allergies [Aucune]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
7. Médicaments [Je prends du Tums]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
8. Hospitalisations et antécédents chirurgicaux			0
Hospitalisations [Jamais]	<input type="checkbox"/>		
Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="checkbox"/>		
9. Antécédents familiaux [Ma mère a un problème avec son gros intestin, ça s'appelle quelque chose comme 'diverticule', 'diverticula'. Oui, comme vous dites, ça s'appelle diverticulose]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
10. Habitudes et mode de vie			0
Travail [Je travaille comme caissière]	<input type="checkbox"/>		
Domicile [Je vis seule. Je suis divorcée]	<input type="checkbox"/>		
Alcool [J'ai peut-être 1-2 bières le week-end]	<input type="checkbox"/>		
Drogues récréatives [Aucune]	<input type="checkbox"/>		
Tabac [Oui, je fume un demi-paquet par jour depuis 32 ans]	<input type="checkbox"/>		
Alimentation [J'adore la charcuterie et le bacon. Les aliments frais comme les fruits et légumes ne sont pas vraiment mon truc]	<input type="checkbox"/>		

Examen clinique (25%)			Score : 0/17	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. Mesures d'hygiène				0
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
2. Examen de la tête, yeux, oreilles, nez et gorge				0
Inspection des conjonctives	<input type="checkbox"/>			
Inspection de l'oropharynx	<input type="checkbox"/>			
3. Examen du cou				0
Inspection du cou	<input type="checkbox"/>			
Palpation des ganglions lymphatiques de la tête et du cou	<input type="checkbox"/>			
4. Examen cardiovasculaire				0
Palpation du choc apexien	<input type="checkbox"/>			
Auscultation cardiaque	<input type="checkbox"/>			
5. Examen thoracique				0
Inspection du thorax	<input type="checkbox"/>			
Palpation du thorax	<input type="checkbox"/>			
Auscultation pulmonaire	<input type="checkbox"/>			
6. Examen abdominal				0
Inspection de l'abdomen	<input type="checkbox"/>			
Auscultation de l'abdomen	<input type="checkbox"/>			
Percussion de l'abdomen	<input type="checkbox"/>			
Palpation de l'abdomen	<input type="checkbox"/>			
7. Examen cutané	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

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

### Diagnostics différentiels à considérer

#### Causes malignes

• **Cancer de l'œsophage** → *Endoscopie digestive haute avec biopsies*

Arguments POUR:

- ☐ Dysphagie progressive solides → liquides (sténose progressive)
- ☐ Perte de poids non intentionnelle (3,5 kg en 6 mois)
- ☐ Fatigue depuis 2 mois
- ☐ Âge typique (pic 60-70 ans)
- ☐ Multiples facteurs de risque :
- Tabagisme (16 paquets-années)
- RGO non traité × 18 ans (adénocarcinome)
- Régime pauvre en fruits/légumes
- Exposition nitrosamines (charcuterie)
- ☐ Douleur thoracique rétrosternale à la déglutition

#### Troubles de la motilité œsophagienne

• **Achalasie** → *Transit baryté, manométrie œsophagienne*

Arguments POUR:

- ☐ Dysphagie intermittente solides ET liquides
- ☐ Douleur thoracique rétrosternale
- ☐ Régurgitation alimentaire
- ☐ Perte de poids
- ☐ Amélioration en mangeant lentement/mâchant bien
- ☐ Âge compatible (25-60 ans)

Contre : Progression solides → liquides suggère obstruction mécanique

• **Spasme œsophagien diffus** → *Manométrie : contractions simultanées*

Dysphagie intermittente, douleur thoracique importante

• **Œsophage casse-noisette** → *Manométrie : contractions péristaltiques très amples*

Douleur thoracique > dysphagie, contractions haute amplitude

#### Causes structurelles bénignes

• **Anneau œsophagien (Schatzki)** → *Transit baryté : rétrécissement jonction œso-gastrique*

Arguments POUR:

- ☐ RGO longue durée (18 ans)
  - ☐ Dysphagie intermittente
- Contre : Progression vers liquides, perte de poids significative

• **Sténose peptique** → *Endoscopie : sténose régulière bénigne*

RGO chronique non traité, mais progression rapide atypique

• **Diverticule de Zenker** → *Transit baryté : poche pharyngo-œsophagienne*

Contre : pas d'halitose, pas de masse cervicale

• **Hernie hiatale** → *Endoscopie, transit baryté*

RGO présent mais dysphagie peu fréquente

### 2. Examens complémentaires de première intention

0

ECG [doit être réalisé chez tous les patients avec douleur thoracique pour exclure les causes cardiaques potentiellement mortelles]

☐

Transit baryté [meilleur test initial pour suspicion d'anneau œsophagien et achalasie. Montre 'aspect en bec d'oiseau' et vidange retardée dans l'achalasie ou rétrécissement de l'œsophage (souvent à la jonction œso-gastrique) dans les anneaux œsophagiens. Le cancer de l'œsophage se manifeste par des bords asymétriques et irréguliers de l'œsophage avec sténose et dilatation proximale (lésion en trognon de pomme)]

☐

Œsophago-gastro-duodénoscopie (FOGD) avec biopsies [meilleur test initial et de confirmation dans le cancer de l'œsophage, car il permet la visualisation directe de la tumeur et la biopsie des lésions suspectes]

☐

### 3. Examens complémentaires spécialisés

0

- Manométrie œsophagienne [test de confirmation dans l'achalasie ; montre absence de péristaltisme dans les deux tiers inférieurs de l'œsophage, relaxation incomplète ou absente du sphincter œsophagien inférieur, et pression de repos augmentée] ☐
- Scanner thoraco-abdominal [si cancer confirmé, pour bilan d'extension] ☐
- Échoendoscopie [staging locorégional du cancer œsophagien] ☐

### 4. Communication avec la patiente

0

- Explications à la patiente des impressions diagnostiques préliminaires ☐
- Explication du plan de prise en charge ☐
- Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes médicaux ☐
- Évaluation de l'accord de la patiente avec le plan diagnostique ☐
- Recherche des préoccupations et questions de la patiente ☐

### 5. Conseil et soutien

0

- Conseil sur l'arrêt du tabac ☐
- Conseil sur les options de soutien pour les changements de poids et de régime alimentaire ☐
- Réaction appropriée au défi concernant le cancer ☐
- Soutien émotionnel face à l'inquiétude ☐
- Éducation sur l'importance du traitement du RGO ☐

#### Prise en charge selon diagnostic

- Si cancer œsophage confirmé :
  - Stadification complète (CT, EUS, PET)
  - Discussion multidisciplinaire
  - Chirurgie si résécable (œsophagectomie)
  - Radio-chimiothérapie néoadjuvante ou palliative
  - Support nutritionnel (gastrostomie si besoin)
- Si achalasie :
  - Dilatation pneumatique (1ère ligne)
  - Myotomie de Heller laparoscopique + fundoplicature
  - Injection toxine botulique si haut risque chirurgical
  - Inhibiteurs calciques ou nitrates (temporaire)
- Si sténose peptique :
  - IPP double dose 8-12 semaines
  - Dilatation endoscopique progressive
  - Surveillance endoscopique (risque cancer)
- Mesures générales :
  - Alimentation fractionnée, texture adaptée
  - Position assise après repas
  - Arrêt tabac impératif
  - Perte poids si obésité

## Clôture de consultation

### Défi : Inquiétude sur le cancer

[Soyez honnête avec moi - pensez-vous que j'ai un cancer ?]

### Réponse type du candidat

Mme Garcia, je comprends votre inquiétude que vos symptômes puissent être dus à une condition sous-jacente grave. Beaucoup de choses peuvent causer des difficultés à avaler, y compris le cancer, mais cela peut aussi être causé par des conditions moins graves comme un dysfonctionnement musculaire dans votre œsophage ou une longue histoire de reflux. J'aimerais faire quelques tests pour déterminer exactement ce qui cause vos symptômes. Je peux vous assurer que nous sommes une équipe très expérimentée ici et que nous ferons de notre mieux pour vous traiter. Je serai avec vous à chaque étape et je suis toujours disponible pour toute question ou préoccupation que vous pourriez avoir. Est-ce que cela vous convient ?

## Communication (25%)

Score : 0/20

### Critères

#### 1. Réponse aux sentiments et besoins du patient

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

#### 2. Structure de l'entretien

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

#### 3. Expression verbale

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

#### 4. Expression non verbale

Contact visuel, posture, gestuelle appropriée  
Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire

#### 5. Évaluation générale de la communication

Qualité globale de l'interaction médecin-patient

A

B

C

D

E

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

### 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%

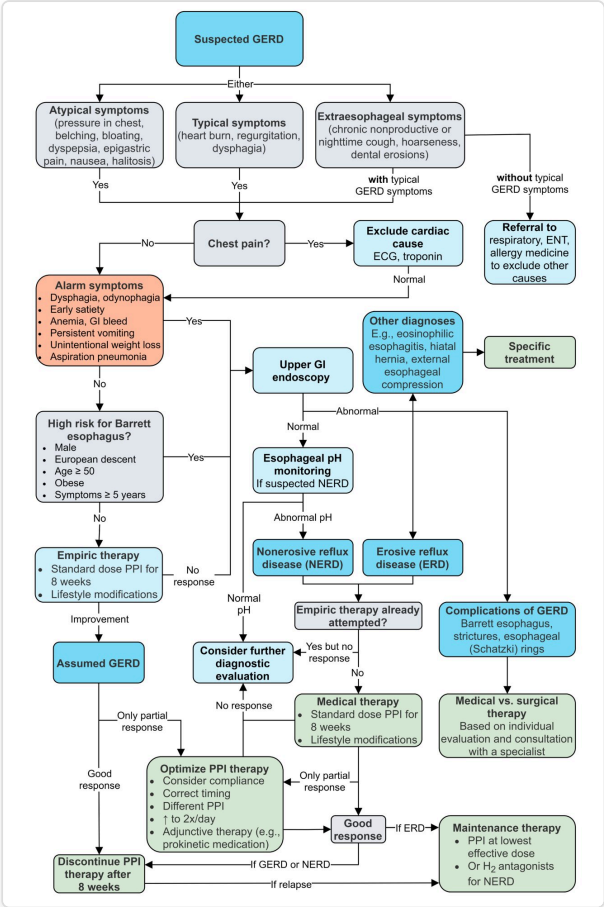
Sclérodactylie chez un patient avec sclérodermie

Doigts avec flexion en griffe, ongles déformés, induration au niveau du deuxième doigt de la main droite au niveau de l'articulation interphalangienne proximale.



Prise en charge du RGO

Algorithme thérapeutique du reflux gastro-œsophagien, facteur de risque majeur de complications œsophagiennes.

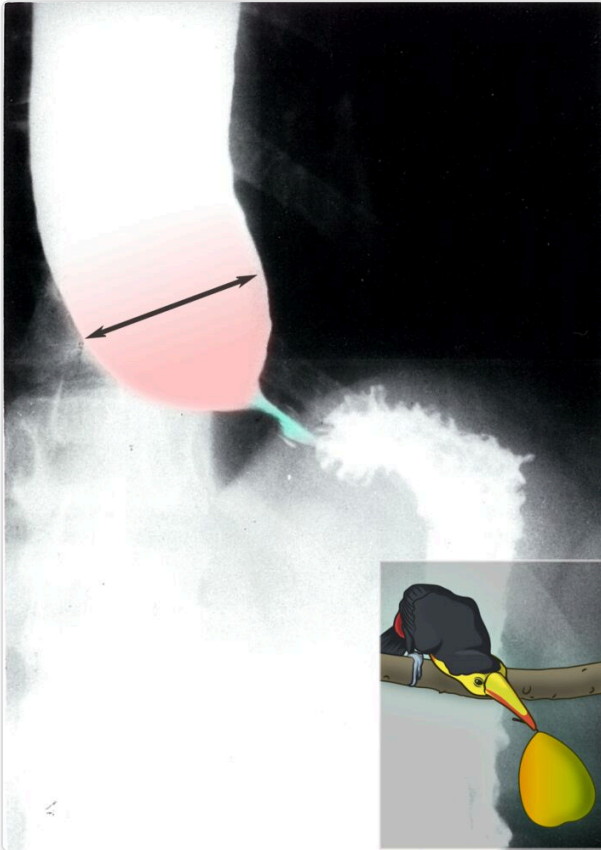


## Achalasie

Transit baryté.

Un rétrécissement lisse en forme d'entonnoir (superposition verte) dans la région du sphincter œsophagien inférieur est accompagné d'un élargissement (flèche à double tête) de l'œsophage distal présténotique (superposition rouge). L'apparence de l'œsophage dans l'achalasie est appelée 'signe du bec d'oiseau' (illustration).

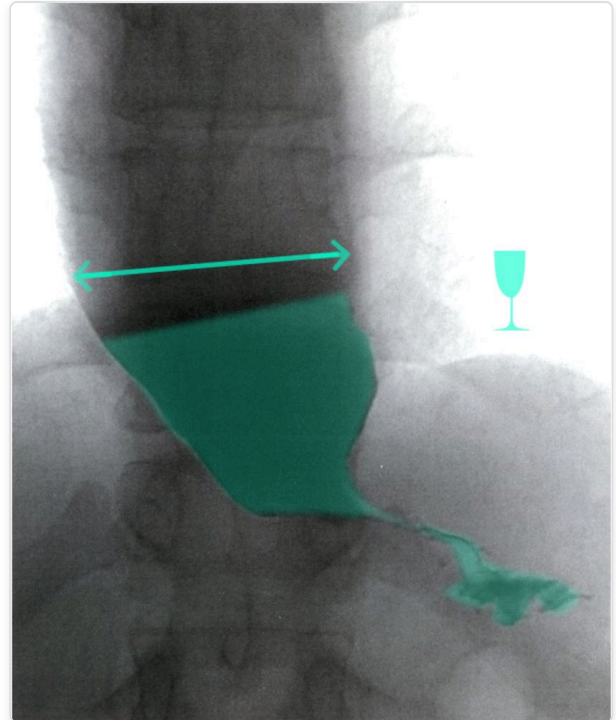
Si le contour de la région rétrécie est irrégulier et/ou implique plus que l'œsophage distal, le diagnostic alternatif de carcinome œsophagien doit être envisagé.



## Achalasie

Transit baryté œsophagien.

Sténose en forme d'entonnoir de l'œsophage terminal ; dilatation présténotique massive de l'œsophage (flèches ; signe du bec d'oiseau).

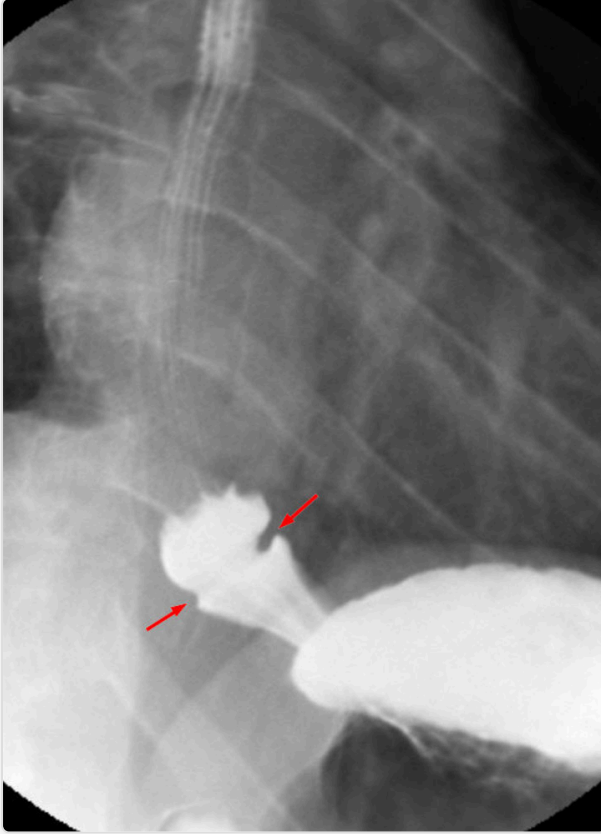




### Anneau œsophagien B (anneau de Schatzki)

Transit baryté (vue latérale) : rétrécissement circulaire de l'œsophage directement à la jonction œso-gastrique (anneau de Schatzki ou anneau B).

Contrairement aux anneaux A (qui sont situés juste en proximal de la jonction œso-gastrique), les anneaux B ne peuvent souvent être vus que s'il y a une hernie hiatale concomitante, avec laquelle ils sont fréquemment associés (comme c'est le cas ici).



### Sténose œsophagienne distale par carcinome

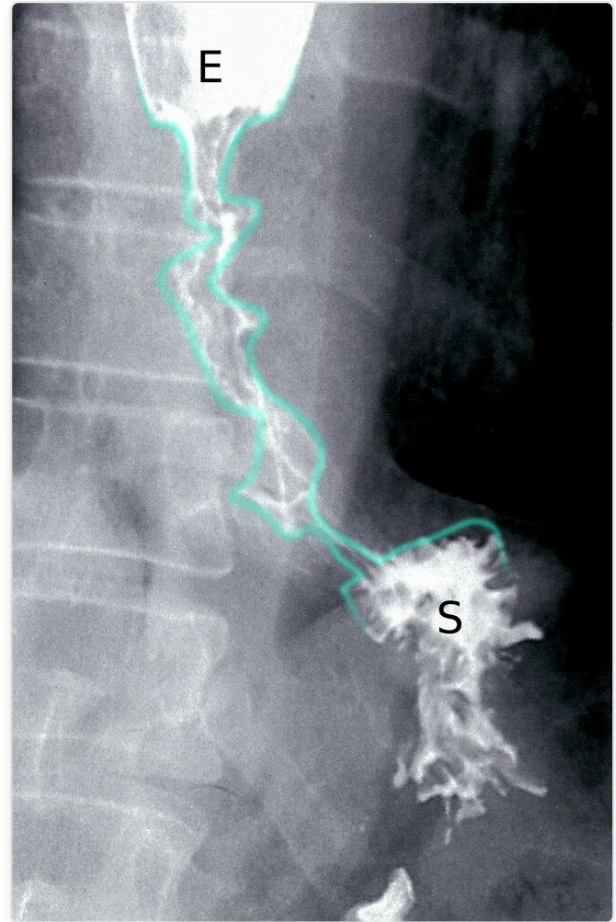
Œsophagogramme baryté (vue frontale) d'un patient avec antécédents de reflux gastro-œsophagien chronique et œsophage de Barrett.

Un rétrécissement de long segment de l'œsophage distal est visible avec irrégularité de la muqueuse et une configuration en trognon de pomme (contour vert).

L'œsophage (E) est dilaté en proximal de la sténose.

Cette apparence suggère un carcinome œsophagien.

S : estomac.

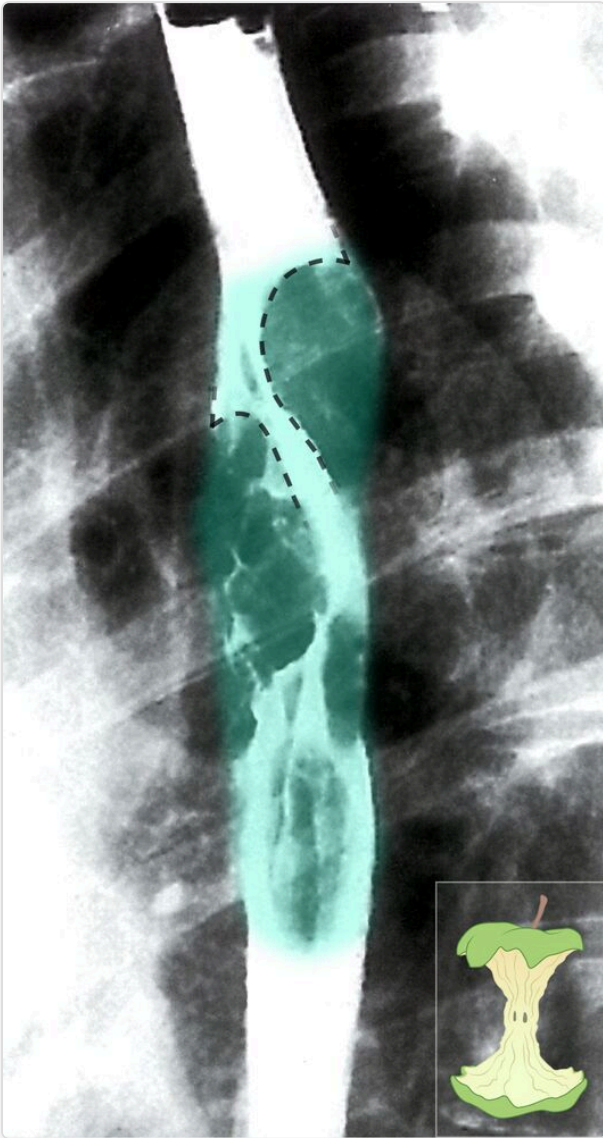




### Sténose œsophagienne maligne

Œsophagogramme baryté (vue latérale) d'un patient avec carcinome œsophagien.

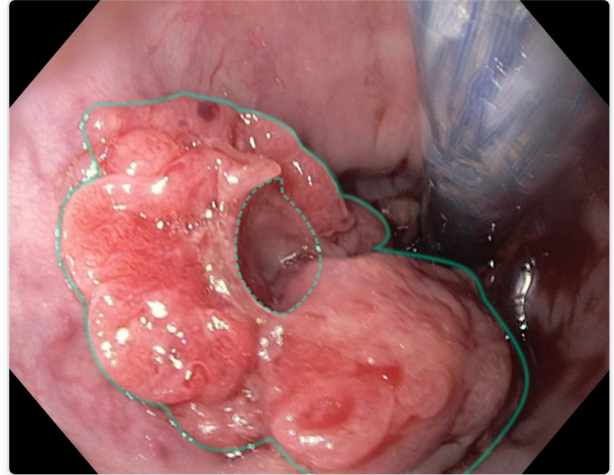
Une sténose irrégulière de long segment est visible dans le tiers moyen de l'œsophage thoracique (superposition verte). L'aspect supérieur de la sténose a une apparence en trognon de pomme (indiquée par la ligne pointillée).



### Carcinome œsophagien

Vue endoscopique de l'œsophage.

Une masse exophytique, irrégulièrement délimitée avec des bords surélevés (ligne verte) et une ulcération centrale (ligne pointillée) obstrue partiellement la lumière œsophagienne.



## Scénario pour la patiente standardisée

**Nom :** Eva Garcia | **Âge :** 60 ans

**Contexte :** Caissière avec dysphagie progressive et antécédents de RGO non traité

### Motif de consultation

**Plainte principale :** «J'ai des problèmes pour avaler la nourriture.»

**Si on demande s'il y a autre chose :** «C'est pire avec les gros morceaux.»

### Consignes

- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: transit baryté) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Demander 'Soyez honnête avec moi - pensez-vous que j'ai un cancer ?'

### Histoire actuelle

#### Symptôme principal :

- Dysphagie depuis 6 mois
- Progression solides → liquides (depuis 1 mois)
- Intermittente mais fréquente
- Pire avec viande mal mâchée
- Amélioration en mangeant lentement

#### Symptômes associés :

- Douleur thoracique rétrosternale à la déglutition
- Intensité 3-4/10, oppression
- Régurgitation alimentaire occasionnelle
- Fatigue depuis 2 mois
- Perte de poids 3,5 kg en 6 mois

### Simulation

#### Durant l'entretien :

- Minimiser la perte de poids ('pas mal, non ?')
- Insister sur longue histoire de reflux
- Mentionner voyage Vietnam (écarter causes infectieuses)
- Exprimer inquiétude sur cancer
- Demander clarifications termes médicaux

#### Durant le status :

- Examen physique normal
- Pas d'adénopathies palpables
- Pas de masse abdominale
- Pas de signes de sclérodermie
- Coopération totale

## Informations de l'expert

### Dossier médical de l'entretien

---

Femme de 60 ans avec dysphagie progressive très suspecte de cancer œsophagien : progression solides → liquides, perte de poids, fatigue, multiples facteurs de risque (tabac, RGO non traité 18 ans, régime). Achalasie possible mais facteurs de risque cancer trop importants. Endoscopie urgente avec biopsies indispensable. Pronostic dépend du stade si cancer confirmé.

### Rôles et interventions de l'expert·e

---

L'expert·e intervient si l'étudiant·e fait :

- Endoscopie : Masse ulcéro-bourgeonnante tiers inférieur œsophage
- Biopsie : Adénocarcinome (sur Barrett probable)
- Transit baryté : Sténose irrégulière 'trognon de pomme'
- CT TAP : Épaississement pariétal, adénopathies médiastinales
- Manométrie : Non indiquée si masse visible
- Marqueurs : CEA élevé (non spécifique)

### Points clés

---

- Dysphagie progressive = drapeau rouge cancer
- RGO non traité 18 ans = risque Barrett → adénocarcinome
- Endoscopie avec biopsies = gold standard diagnostic
- Toujours rassurer sans mentir face inquiétude cancer
- Tabac + RGO = double risque (épidermoïde + adéno)
- Perte poids + fatigue = signes systémiques inquiétants

### Pièges

---

- Minimiser symptômes car patiente minimise
- Attribuer tout au RGO connu
- Faire transit baryté avant endoscopie
- Oublier ECG (douleur thoracique)
- Ne pas répondre à inquiétude cancer
- Prescrire IPP sans investigation

### Diagnostic le plus probable

Cancer de l'œsophage (adénocarcinome sur œsophage de Barrett)

### Cancer de l'œsophage

Néoplasie maligne avec deux types histologiques principaux :

- Épidémiologie : 8e cancer mondial, pronostic sombre (survie 5 ans < 20%)
- Adénocarcinome (60% pays occidentaux) : tiers inférieur, sur Barrett
- Carcinome épidermoïde (40%) : tiers moyen/supérieur
- Facteurs risque adénocarcinome : RGO, Barrett, obésité, tabac
- Facteurs risque épidermoïde : tabac, alcool, nitrosamines
- Présentation : dysphagie progressive, perte poids, douleur

### Œsophage de Barrett

Métaplasie intestinale de l'œsophage distal :

- Complication RGO chronique (10-15% patients RGO)
- Transformation : épithélium malpighien → cylindrique intestinal
- Séquence : RGO → métaplasie → dysplasie → adénocarcinome
- Risque cancer : 0.5%/an (30-125× population générale)
- Surveillance : endoscopie + biopsies selon longueur segment
- Traitement : IPP à vie, ablation si dysplasie

### Achalasie

Trouble moteur primaire de l'œsophage :

- Pathophysiologie : perte neurones myentériques → aperistalsis
- Épidémiologie : incidence 1/100 000, pic 25-60 ans
- Clinique : dysphagie solides ET liquides d'emblée
- Transit : dilatation œsophage + 'bec d'oiseau'
- Manométrie : aperistalsis + relaxation SIO absente
- Traitement : dilatation pneumatique ou myotomie

### Approche diagnostique de la dysphagie

Algorithme systématique selon présentation :

- Oropharyngée vs œsophagienne : niveau blocage ressenti
- Mécanique vs motrice : solides seuls vs solides + liquides
- Intermittente vs progressive : anneau/spasme vs sténose/tumeur
- Alerte : perte poids, anémie, > 50 ans, dysphagie progressive
- Endoscopie première si signes alerte ou > 50 ans
- Transit baryté si suspicion trouble motilité

### Stadification cancer œsophage

Classification TNM pour guider traitement :

- T : profondeur invasion (T1 muqueuse → T4 structures adjacentes)
- N : ganglions régionaux (N0-N3 selon nombre)
- M : métastases à distance (M0 ou M1)
- Examens : CT TAP, EUS (T/N), PET-scan (M)
- Stades : I-II résécables, III multimodal, IV palliatif
- Pronostic : stade I 90% à 5 ans, stade IV < 5%

### Traitement multimodal cancer œsophage

Approche combinée selon stade :

- Stade précoce (T1a) : résection endoscopique muqueuse
- Stades I-III : chimio-radiothérapie néoadjuvante + chirurgie

- Chirurgie : œsophagectomie (Ivor-Lewis, McKeown)
- Chimio : FLOT ou CROSS (carboplatine-paclitaxel)
- Palliatif : stent, radiothérapie, nutrition entérale
- Surveillance : endoscopie, CT réguliers 5 ans

## Rappels thérapeutiques

- RGO non compliqué : IPP standard 4-8 semaines
- Barrett sans dysplasie : IPP à vie + surveillance
- Dysplasie bas grade : IPP double dose + surveillance rapprochée
- Dysplasie haut grade : ablation par radiofréquence
- Achalasie : dilatation 30-40 mm ou myotomie Heller
- Sténose peptique : dilatation + IPP double dose
- Cancer localisé : CROSS néoadjuvant puis œsophagectomie
- Cancer avancé : FLOT ou carboplatine-paclitaxel palliatif

## Examens complémentaires

- Endoscopie haute : visualisation directe + biopsies multiples
- Biopsies : 4 quadrants tous les 2 cm si Barrett suspecté
- Transit œso-gastro-duodéal : morphologie, motilité
- Manométrie haute résolution : gold standard troubles motilité
- pH-métrie 24h : quantifier RGO si doute
- CT thoraco-abdomino-pelvien : extension si cancer
- Échoendoscopie : staging T et N locorégional
- PET-scan : recherche métastases occultes