

Grille d'évaluation ECOS - ECC Dyspnée cardio-pulmonaire

Cabinet de médecine générale

M. E. Soufflé, 64 ans, chômeur, consultant pour dyspnée progressive sur 6 mois avec décompensation cardiaque

| | | |
|-------------------|--------------|--------------|
| TA 100/60 mmHg | FC 96 bpm | FR 20/min |
|-------------------|--------------|--------------|

Anamnèse (25%)

Score : 0/42

| Critères | Oui | ± | Non | Points |
|--|--------------------------|---|-----|--------|
| 1. Caractérisation de la dyspnée | | | | 0 |
| Évolution temporelle [progressive sur 6 mois] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Circonstances [effort, repos, position] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Orthopnée [présente depuis 2 mois] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Dyspnée paroxystique nocturne [présente depuis 2 mois] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Quantification [stade NYHA, échelle MRC] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non | | | | |
| 2. Recherche d'éléments discriminants cardiaques vs respiratoires | | | | 0 |
| Éléments cardiaques [orthopnée, DPN, œdèmes vespéraux, nycturie 2x/nuit] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Éléments respiratoires [toux nocturne, bronchite chronique] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Prise de poids récente [non pesé] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Position de sommeil [nombre d'oreillers] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Tolérance à l'effort antérieure | <input type="checkbox"/> | | | |
| Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non | | | | |
| 3. Symptômes associés cardiovasculaires | | | | 0 |
| Douleurs thoraciques [angor absent] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Palpitations [rythme régulier] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Syncopes ou lipothymies [absentes] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Claudication intermittente [absente] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Œdèmes membres inférieurs [présents, surtout droit] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non | | | | |
| 4. Symptômes associés respiratoires | | | | 0 |
| Toux chronique [bronchite depuis des années] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Expectorations [caractéristiques, quantité] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Hémoptysie [présence ou absence] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Sifflements respiratoires | <input type="checkbox"/> | | | |
| Infections respiratoires récurrentes | <input type="checkbox"/> | | | |
| Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non | | | | |
| 5. Facteurs de risque cardiovasculaire | | | | 0 |
| Tabagisme [80 UPA - gros fumeur] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Hypertension artérielle [TA 100/60] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Diabète [non mentionné] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Dyslipidémie [non mentionnée] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Antécédents familiaux cardiovasculaires | <input type="checkbox"/> | | | |
| Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non | | | | |

6. Antécédents médicaux pertinents

0

- Pathologies cardiaques préexistantes [aucune, pas de RAA] ☐
- Pathologies respiratoires [bronchite chronique] ☐
- Hospitalisations antérieures ☐
- Interventions chirurgicales ☐
- Allergies médicamenteuses ☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

7. Habitudes et mode de vie

0

- Tabac [80 UPA - facteur de risque mixte] ☐
- Alcool [consommation niée] ☐
- Activité physique [sédentaire, chômeur] ☐
- Médicaments actuels [aucun] ☐
- Expositions professionnelles [emplois non qualifiés multiples] ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

8. Contexte psychosocial

0

- Situation professionnelle [chômeur fin de droits] ☐
- Situation financière [aide sociale + soutien fils] ☐
- Isolement social [vit seul?] ☐
- Stress et anxiété [patient inquiet] ☐
- Observance thérapeutique potentielle ☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

9. Intégration anamnèse cardio-respiratoire

☐

☐

☐

0

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

Examen clinique (25%)

Score : 0/37

| Critères | Oui | \pm | Non | Points |
|---|--------------------------|-------|-----|----------|
| 1. Inspection générale intégrée | | | | 0 |
| État général [moyen, patient inquiet] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Fréquence respiratoire [20/min] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Coloration cutanée [pas de cyanose] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Pouls jugulaire [12 cm à 60°, élevé] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Tirage sus-sternal [présence/absence] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Extrémités [cyanose périphérique, froideur] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Au moins cinq = oui, quatre = \pm , aucun à trois = non | | | | |
| 2. Examen cardiovasculaire - position couchée 45° | | | | 0 |
| Inspection aire cardiaque et pouls jugulaire | <input type="checkbox"/> | | | |
| Palpation précordiale et choc de pointe | <input type="checkbox"/> | | | |
| Palpation pouls carotidien [montée lente] | <input type="checkbox"/> | | | |
| Auscultation 4 foyers en décubitus dorsal | <input type="checkbox"/> | | | |
| Recherche B3/B4 en décubitus latéral gauche | <input type="checkbox"/> | | | |
| Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non | | | | |

3. Auscultation cardiaque - bruits pathologiques

0

- B1 et B2 [inaudibles] ☐
- Souffle systolique aortique [3/6 râpeux, irradiation carotides] ☐
- Souffle systolique mitral [2/6 apex → aisselle] ☐
- Galop B3 ou B4 [à rechercher] ☐
- Frottement péricardique [absent] ☐

Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non

4. Examen respiratoire - position assise

0

- Inspection mouvements respiratoires [type respiration] ☐
- Inspection forme thorax [diamètre AP élargi] ☐
- Palpation ampliation thoracique ☐
- Palpation vibrations vocales ☐
- Percussion postérieure et antérieure ☐

Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non

5. Auscultation pulmonaire - bruits pathologiques

0

- Murmure vésiculaire [symétrie, intensité] ☐
- Sibilances expiratoires [présentes] ☐
- Râles crépitants [bases pulmonaires bilatéraux] ☐
- Ronchi [présence/absence] ☐
- Expiration prolongée [discrètement] ☐

Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non

6. Signes périphériques d'insuffisance cardiaque

0

- Œdèmes membres inférieurs [jusqu'aux cuisses, godet] ☐
- Reflux hépato-jugulaire [à rechercher] ☐
- Hépatomégalie [palpation foie] ☐
- Ascite [matité déclive] ☐
- Pouls périphériques [tous palpables sans souffle] ☐

Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non

7. Intégration de l'examen physique

0

- Séquence optimale pour confort patient ☐
- Passage fluide entre positions ☐
- Examen complet sans répétitions inutiles ☐
- Éléments prioritaires selon contexte ☐

Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non

8. Technique d'examen intégré cardio-respiratoire

☐ ☐ ☐

0

Bien = oui, suffisant = ±, insuffisant = non

Management (25%)

Score : 0/36

| Critères | Oui | ± | Non | Points |
|----------|-----|---|-----|--------|
|----------|-----|---|-----|--------|

1. Synthèse diagnostique principale

0

- Insuffisance cardiaque décompensée ☐
- Sténose aortique sévère [vitesse 4.4 m/s, gradient 50 mmHg] ☐
- Insuffisance mitrale modérée ☐
- Dysfonction VG sévère [FE 30%] ☐
- Possible syndrome obstructif associé ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

2. Diagnostic différentiel dyspnée cardio-pulmonaire



0

Au moins trois diagnostics discutés = oui, deux = \pm , un ou aucun = non

Diagnosics différentiels de la dyspnée

Causes cardiaques

• **Insuffisance cardiaque gauche sur valvulopathie** → **Échocardiographie, radiographie thorax, BNP**

Arguments POUR:

- ☐ Orthopnée et DPN
- ☐ Œdèmes périphériques
- ☐ Nycturie
- ☐ Pouls jugulaire élevé
- ☐ Râles crépitants bases

• **Insuffisance cardiaque droite (cœur pulmonaire)** → **Échocardiographie, cathétérisme droit**

Arguments POUR:

- ☐ Œdèmes prédominant à droite
- ☐ Turgescence jugulaire
- ☐ BPCO possible (tabac 80 UPA)

Causes respiratoires

• **BPCO avec exacerbation** → **Spirométrie, gazométrie, radiographie**

Arguments POUR:

- ☐ Tabagisme majeur 80 UPA
- ☐ Bronchite chronique
- ☐ Thorax distendu
- ☐ Sibilances expiratoires
- ☐ Expiration prolongée

Causes mixtes

• **Insuffisance cardio-respiratoire globale** → **Bilan complet cardio-respiratoire**

Arguments POUR:

- ☐ Signes cardiaques ET respiratoires
- ☐ Facteurs de risque mixtes
- ☐ Décompensation récente
- ☐ Râles + sibilances

3. Examens complémentaires cardiaques

0

- ECG [HVG, rythme sinusal] ☐
- Radiographie thorax [cardiomégalie, lignes Kerley B] ☐
- Échocardiographie [sténose aortique 0.5 cm², FE 30%] ☐
- BNP ou NT-proBNP ☐
- Coronarographie si chirurgie envisagée ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

4. Examens complémentaires respiratoires

0

- Spirométrie [syndrome obstructif?] ☐
- Gazométrie artérielle [hypoxémie, hypercapnie] ☐
- Test de marche 6 minutes ☐
- Scanner thoracique si indication ☐
- Polysomnographie si suspicion SAOS ☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

5. Prise en charge de l'insuffisance cardiaque

☐☐☐

0

Traitement adapté et complet = oui, partiel = \pm , insuffisant = non

Traitement médical aigu

Traitement : Diurétiques de l'anse

Détails : Furosémide IV pour décongestion

Durée : Adaptation selon diurèse et poids

Traitement : IEC/ARA2

Détails : Si TA le permet, titration prudente

Durée : Traitement au long cours

Traitement : Bêtabloquants

Détails : Introduction prudente post-stabilisation

Durée : Augmentation progressive

Traitement chirurgical

Traitement : Remplacement valvulaire aortique

Détails : Indication formelle si sténose sévère symptomatique

Durée : Évaluation risque opératoire

6. Prise en charge respiratoire

0

Oxygénothérapie si hypoxémie

☐

Bronchodilatateurs si obstruction

☐

Sevrage tabagique impératif

☐

Kinésithérapie respiratoire

☐

Vaccination grippe/pneumocoque

☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

7. Surveillance et critères d'hospitalisation

0

Hospitalisation pour décompensation aiguë

☐

Monitoring poids quotidien

☐

Surveillance diurèse et ionogramme

☐

Évaluation pré-opératoire si chirurgie

☐

Suivi multidisciplinaire cardio-pneumo

☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

8. Aspects psychosociaux et éducation

0

Soutien psychologique [patient inquiet]

☐

Aide sociale [situation précaire]

☐

Éducation thérapeutique [observance, signes alarme]

☐

Aménagement domicile si besoin

☐

Coordination avec médecin traitant

☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

9. Management intégré cardio-respiratoire

☐☐☐

0

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

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%

Scénario pour le patient standardisé - M. E. Soufflé

Nom : M. E. Soufflé | **Âge :** 64 ans

Contexte : Homme de 64 ans, chômeur en fin de droits, vivant d'aide sociale et soutien familial limité

Motif de consultation

Plainte principale : «Je suis de plus en plus essoufflé depuis 6 mois»

Si on demande s'il y a autre chose : «Je me réveille la nuit pour respirer et mes chevilles ont gonflé»

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Dyspnée d'effort progressive depuis 6 mois
- Orthopnée depuis 2 mois (nombre d'oreillers?)
- Dyspnée paroxystique nocturne depuis 2 mois
- Réveils nocturnes avec sensation d'étouffement
- Amélioration en position assise au bord du lit

Symptômes associés :

- Toux nocturne récente
- Œdèmes des chevilles (surtout droite)
- Nycturie 2 fois par nuit
- Pas de douleurs thoraciques
- Pas de claudication intermittente

Circonstances :

- Aggravation progressive
- Limitation importante des activités
- Difficulté à monter les escaliers
- Essoufflement pour activités quotidiennes

Habitudes

- **Tabac :** Gros fumeur - 80 UPA (paquets-années)
- **Alcool :** Consommation niée (mais à réévaluer)
- **Médicaments :** Aucun traitement actuel
- **Activité :** Sédentaire, sans emploi
- **Alimentation :** Précaire vu situation financière

Simulation

Durant l'entretien :

- Patient inquiet mais coopératif
- Dyspnée légère au repos en parlant
- Position semi-assise préférée
- Minimise possiblement consommation alcool
- Exprime inquiétudes sur sa santé

Durant l'examen :

- État général moyen
- FR 20/min, pas de cyanose
- Pouls jugulaire visible position semi-assise
- Œdèmes bilatéraux prenant le godet
- Coopératif pour changements position

Questions à poser :

- Qu'est-ce que j'ai docteur ?
- Est-ce que c'est grave ?
- Vais-je devoir être hospitalisé ?
- Qui va payer les médicaments ?

Contexte social

Famille : Petit soutien financier du fils

profession : Multiples emplois non qualifiés, actuellement chômeur

situation : Fin de droits, aide sociale

logement : Conditions probablement précaires

isolement : Patient apparaît socialement isolé

Informations pour l'expert - Cas M. E. Soufflé

Dossier médical de l'entretien

Patient 64 ans, tabagisme majeur 80 UPA, situation sociale précaire. Insuffisance cardiaque décompensée sur sténose aortique sévère (0.5 cm²) + IM modérée. FE 30%. BPCO probable associée. Contexte psychosocial difficile.

Rôles et interventions de l'expert·e

Observer l'intégration anamnèse cardio-respiratoire

Évaluer la discrimination causes cardiaques vs pulmonaires

Vérifier l'examen physique intégré et séquencé

Noter la reconnaissance des souffles pathologiques

Apprécier la prise en compte du contexte psychosocial

Points clés

- Dyspnée mixte cardio-respiratoire
- Sténose aortique sévère symptomatique
- Insuffisance cardiaque à FE réduite (30%)
- Tabagisme majeur avec BPCO probable
- Signes congestifs droits et gauches
- Contexte social précaire impactant prise en charge
- Indication chirurgicale à évaluer
- Nécessité approche multidisciplinaire

Pièges

- Se focaliser uniquement sur un système
- Manquer l'intégration cardio-respiratoire
- Ne pas reconnaître la sévérité de la sténose aortique
- Sous-estimer l'impact du contexte social
- Omettre l'examen en positions multiples
- Ne pas rechercher tous les souffles
- Oublier les signes périphériques d'IC
- Ne pas quantifier la dyspnée (NYHA)
- Manquer les facteurs de risque mixtes

Dyspnée : symptôme non spécifique

La dyspnée peut avoir des origines multiples nécessitant une approche intégrée.

- Causes cardiaques : IC gauche, droite, valvulopathies
- Causes pulmonaires : BPCO, asthme, pneumopathies
- Causes mixtes : décompensation cardio-respiratoire
- Autres : anémie, acidose, anxiété, déconditionnement
- Importance de l'anamnèse discriminante
- Examen physique systématique et intégré
- Examens complémentaires orientés

Éléments discriminants à l'anamnèse

Recherche d'indices orientant vers origine cardiaque ou respiratoire.

- Origine cardiaque : orthopnée, DPN, œdèmes, nycturie
- Origine respiratoire : toux chronique, expectorations
- Facteurs de risque CV : HTA, diabète, tabac, dyslipidémie
- Facteurs de risque respiratoires : tabac, expositions
- Caractère relatif : cœur pulmonaire, fatigue diaphragme
- Évolution temporelle : aiguë vs chronique
- Facteurs déclenchants et aggravants

Examen physique intégré

Séquence optimisée pour confort patient et efficacité diagnostique.

- Inspection générale : FR, cyanose, tirage, œdèmes
- Position couchée 45° : examen cardiovasculaire
- Position assise : examen respiratoire complet
- Recherche signes IC : jugulaires, reflux HJ, œdèmes
- Auscultation intégrée : cœur et poumons
- Évaluation retentissement : TA, pouls, extrémités
- Adaptation selon tolérance patient

Valvulopathies et insuffisance cardiaque

La sténose aortique sévère est une cause majeure d'IC.

- Sténose aortique sévère : surface $<1 \text{ cm}^2$, gradient $>40 \text{ mmHg}$
- Symptômes : dyspnée, angor, syncope (triade classique)
- Souffle systolique râpeux irradiant carotides
- Montée carotidienne lente et retardée (parvus et tardus)
- Dysfonction VG : remodelage puis dilatation
- Indication chirurgicale si symptomatique
- Pronostic sombre sans traitement

BPCO et cœur pulmonaire

L'association BPCO-cardiopathie est fréquente chez le fumeur.

- Tabac : facteur de risque commun CV et respiratoire
- BPCO \rightarrow HTAP \rightarrow cœur pulmonaire chronique
- Signes IC droite : œdèmes, TJ, hépatomégalie
- Thorax distendu, expiration prolongée, sibilances
- Hypoxémie chronique \rightarrow polyglobulie
- Exacerbations : facteur décompensation cardiaque
- Traitement : O₂, bronchodilatateurs, diurétiques

Prise en charge intégrée

Approche multidisciplinaire cardio-pneumologique indispensable.

- Traitement IC : diurétiques, IEC, BB, chirurgie valve

- Traitement BPCO : bronchodilatateurs, corticoïdes
- Oxygénothérapie si hypoxémie
- Réhabilitation cardio-respiratoire
- Sevrage tabagique impératif
- Vaccinations : grippe, pneumocoque
- Suivi multidisciplinaire coordonné

Rappels thérapeutiques

- Diurétiques de l'anse : furosémide 40-80mg/j, surveillance K+/créat
- IEC/ARA2 : périndopril 2-8mg/j si TA tolère
- Bêta-bloquants : bisoprolol 1.25-10mg/j, titration prudente
- Spironolactone : 25mg/j si IC sévère
- Bronchodilatateurs : salbutamol PRN, tiotropium si BPCO
- Oxygénothérapie : si PaO₂ <55 mmHg ou <60 avec signes IC droite
- Chirurgie valve aortique : indication formelle si sténose sévère symptomatique

Examens complémentaires

- ECG : HVG, troubles repolarisation, arythmies
- Radiographie thorax : cardiomégalie, œdème pulmonaire, distension
- Échocardiographie : fonction VG, valvulopathies, PAPS
- BNP/NT-proBNP : diagnostic et pronostic IC
- Spirométrie : VEMS/CVF, réversibilité
- Gazométrie : hypoxémie, hypercapnie, acidose
- Test marche 6 min : capacité fonctionnelle