

Grille d'évaluation ECOS - Douleur thoracique 1

📍 Urgences du CHUV

👤 M. Tom Jedusor, 28 ans, étudiant en informatique, consulte pour douleurs thoraciques aiguës

TA
110/87 mmHg

FC
145 bpm

T°
37.2°C

Anamnèse (25%)

Score : 0/22

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Raison de la visite Douleur à la poitrine [précordiale]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur thoracique Localisation [précordiale] <input type="checkbox"/> Qualité [aiguë, lancinante] <input type="checkbox"/> Intensité [8/10] <input type="checkbox"/> Irradiation [non] <input type="checkbox"/> Chronologie [depuis 1h30, constante] <input type="checkbox"/> Développement [Brusque] <input type="checkbox"/> <i>Au moins cinq = oui, quatre = ±, aucun à trois = non</i>				0
3. Circonstances de survenue Circonstances [ce matin en cours]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
4. Facteurs modulateurs Facteur atténuant [se pencher en avant] <input type="checkbox"/> Facteur aggravant [se coucher] <input type="checkbox"/> <i>Les deux = oui, un = ±, aucun = non</i>				0
5. Symptômes associés Palpitations [impression que le cœur bat vite]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
6. Antécédents médicaux récents État grippal [il y a 1 semaine] <input type="checkbox"/> Pneumonie [il y a 1 an] <input type="checkbox"/> <i>Les deux = oui, un = ±, aucun = non</i>				0
7. Habitudes de vie Médicaments [non] <input type="checkbox"/> Tabac [1 paquet/jour depuis 17 ans] <input type="checkbox"/> Cannabis [de temps en temps] <input type="checkbox"/> Alcool [occasionnel, surtout jeudis soirs] <input type="checkbox"/> <i>Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non</i>				0
8. Voyages récents Voyages récents [non - important pour évaluer risque tuberculose]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

Examen clinique (25%)

Score : 0/15

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

1. Désinfection des mains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
2. Examen cardiovasculaire 0			
Observation des extrémités	<input type="checkbox"/>		
Auscultation des foyers cardiaques	<input type="checkbox"/>		
Palpation du choc de pointe	<input type="checkbox"/>		
Prise des pouls aux 4 extrémités	<input type="checkbox"/>		
Prise de la fréquence cardiaque	<input type="checkbox"/>		
Mesure du temps de recoloration	<input type="checkbox"/>		
Observation d'une turgescence jugulaire	<input type="checkbox"/>		
Recherche d'œdème	<input type="checkbox"/>		
Recherche d'un reflux hépato-jugulaire	<input type="checkbox"/>		
Au moins sept = oui, cinq-six = ±, aucun à quatre = non			
3. Examen pulmonaire 0			
Auscultation plages antérieures, postérieures et latérales	<input type="checkbox"/>		
Percussion	<input type="checkbox"/>		
Les deux = oui, un = ±, aucun = non			
4. Position du patient pendant l'examen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
A fait coucher le patient à un moment du status			

Management (25%)			Score : 0/7	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. Examens complémentaires demandés 0				
Laboratoires [FSC, VS, urée, CRP, troponine T, D-dimères]	<input type="checkbox"/>			
ECG	<input type="checkbox"/>			
Radiographie du thorax	<input type="checkbox"/>			
Les trois = oui, deux = ±, aucun à un = non				
2. Hypothèse diagnostique	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
Péricardite aiguë				
3. Réponse à la demande d'hospitalisation	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
A répondu positivement à la demande du patient concernant l'hospitalisation				

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

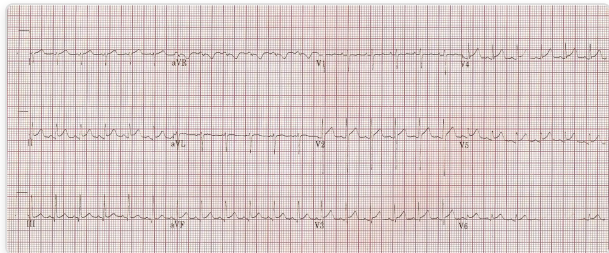
60-69%

E

<60%

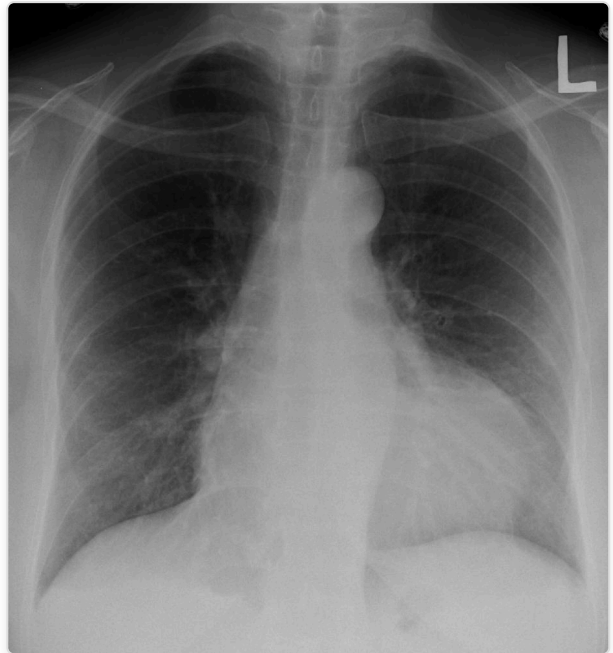
ECG - Péricardite aiguë

Tachycardie sinusale (145 bpm), élévation ST diffuse avec dépression PR (I, II, III, aVF, V4-6), dépression réciproque de ST en aVR, microvoltages



Radiographie du thorax

Effusion péricardique visible



Scénario pour le/la patient(e) standardisé(e)

Nom : Tom Jedusor | **Âge :** 28 ans

Contexte : Étudiant en informatique en bonne santé habituelle, présente une douleur thoracique brutale pendant un cours

Motif de consultation

Plainte principale : «Je viens vous voir car j'ai mal à la poitrine»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'ai l'impression que mon cœur bat vite»

Informations personnelles

Profession : Étudiant en informatique

Hobbies : Jeux vidéos

Poids : Normal

Taille : Normal

Orientation sexuelle : Hétérosexuel

État civil : Célibataire

Enfants : 0

Situation socio-économique : Moyenne

Origine : Suisse

État d'esprit : Inquiet

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleur précordiale brutale et intense (8/10)
- Douleur aiguë, lancinante
- Apparue ce matin en cours
- Constante depuis environ 1h30
- Sans irradiation

Symptômes associés :

- Impression que le cœur bat vite
- Impression d'avoir un peu de mal à respirer

Circonstances :

- Était en cours quand la douleur a pris
- Un ami l'a conduit aux urgences

Facteurs déclenchants :

- Position couchée renforce la douleur
- Douleur dépend de la respiration

Facteurs améliorants :

- Se pencher en avant diminue l'intensité
- Position assise penchée vers l'avant

Inquiétudes :

- Angoisse d'infarctus
- Peur d'être en train de faire un infarctus

Habitudes

- **Alimentation :** Normale
- **Activité physique :** Fitness
- **Sommeil :** Bon
- **Tabac :** Oui, 1 paquet/jour depuis l'âge de 17 ans
- **Alcool :** Surtout les jeudis soirs, sinon pas vraiment
- **Drogues illicites :** Je fume du cannabis de temps en temps
- **Médicaments :** Non
- **Sexualité :** Rapports protégés, pas de copine

Informations personnelles

- **Profession** : Étudiant en informatique
- **Hobbies / Intérêts** : Jeux vidéos
- **Poids** : Normal
- **Taille** : Normal
- **Orientation sexuelle** : Hétérosexuel
- **État civil** : Célibataire
- **Enfants** : 0
- **Situation socio-économique** : Moyenne
- **Origine** : Suisse
- **État d'esprit durant la consultation** : Inquiet

Histoire médicale

- Pneumonie il y a 1 année, pas de séquelles
- Hospitalisé l'année passée pour la pneumonie
- Varicelle dans l'enfance
- Vaccins à jour
- Pas d'opérations, blessures ou traumatismes
- Pas de transfusions
- Pas d'allergies
- Pas vu de médecin depuis l'adolescence

Antécédents familiaux

- Mère en bonne santé habituelle
- Père décédé d'un accident de voiture
- Pas de sœur ni frère
- Grand-père décédé d'un cancer il y a 2 ans (côté paternel)
- Grand-mère avec un problème de cœur (côté paternel)
- Autres grands-parents en bonne santé

Anamnèse par systèmes

Système général :

- Légère grippe la semaine passée
- Bonne santé habituelle sinon

Système cardiovasculaire :

- Douleur à la poitrine comme décrite
- Palpitations

Système respiratoire :

- Impression d'avoir un peu de mal à respirer

Simulation

Durant l'entretien :

- Assis sur une chaise, penché en avant
- Bien habillé, bonne hygiène
- Agitation due à la douleur et la peur
- Simuler douleur précordiale intense (8/10)
- Ne pas se coucher - position aggrave la douleur

Questions à poser :

- J'ai un infarctus docteur ??? (après l'anamnèse, avant le status)
- Est-ce qu'on va m'hospitaliser ? (après la sonnerie des 2 minutes restantes)

Information à donner

Mentionner l'état grippal de la semaine passée si pas spontanément évoqué.

Informations pour l'expert

Dossier médical de l'entretien

Tom Jedusor, 28 ans, étudiant en informatique, BSH. Douleur thoracique précordiale brutale (8/10), position-dépendante (soulagée penché en avant, aggravée couché), respiro-dépendante. Tachycardie 145 bpm. Antécédent d'état grippal récent. Tableau évocateur de péricardite aiguë.

Rôles et interventions de l'expert·e

Remplir la grille d'évaluation

Donner les résultats des examens demandés (laboratoires, ECG, radiographie)

Pour le laboratoire : donner la carte dès que le médecin évoque le besoin

Pour l'ECG et Rx thorax : le médecin doit les demander pour les recevoir

Seuls les status cardiovasculaire et pulmonaire doivent être effectués

Toute autre tentative de status : répondre 'le status est normal, passez'

Points clés

- Péricardite aiguë chez jeune adulte
- Douleur thoracique typique : position et respiro-dépendante
- Facteur déclenchant probable : infection virale récente
- Tachycardie à 145 bpm nécessite surveillance
- Risque de complications (tamponnade) à surveiller
- Diagnostic basé sur ≥ 2 des 4 critères diagnostiques
- ECG typique avec cycle de Holzmänn
- Troponines négatives excluent myopéricardite

Pièges

- Confondre avec infarctus du myocarde
- Ne pas rechercher facteurs déclenchants (infection récente)
- Omettre l'examen cardiovasculaire complet
- Ne pas faire coucher le patient pendant l'examen
- Oublier de rassurer sur les craintes d'infarctus
- Ne pas répondre à la demande d'hospitalisation
- Sous-estimer la tachycardie (nécessite écho-cœur)

Définition et épidémiologie

Inflammation du péricarde s'accompagnant ou non d'un épanchement.

- Étiologies virales et idiopathiques : 85% des cas
- Âge typique : jeunes adultes
- Souvent précédée d'infection virale
- Évolution généralement bénigne si pas de complications

Présentation clinique typique

Douleur thoracique caractéristique avec particularités positionnelles.

- Douleur précordiale aiguë, intense, constante
- Position-dépendante : aggravée couché, soulagée penché en avant
- Respiro-dépendante : augmentée à l'inspiration
- Frottement péricardique (absent dans ce cas)
- Tachycardie souvent présente
- Fièvre possible

Critères diagnostiques

Diagnostic nécessite ≥ 2 des 4 critères suivants.

1. Douleur thoracique typique
 2. Frottement péricardique
 3. ECG compatible (cycle de Holzmänn)
 4. Épanchement péricardique nouveau/aggravé
- L'absence d'épanchement n'exclut pas le diagnostic

ECG et cycle de Holzmänn

Évolution électrocardiographique en 4 stades.

- Stade 1 : Sus-décalage ST diffus, sous-décalage PR
- Stade 2 : Retour ST et PR à la normale
- Stade 3 : Inversion des ondes T
- Stade 4 : Retour à la normale
- Cycle complet chez 60% des patients
- Stade 1 présent chez 80% des patients

Diagnostic différentiel

Distinguer de l'ischémie myocardique principalement.

- Péricardite : douleur précordiale, position-dépendante
- Infarctus : douleur rétrosternale, oppressante
- ECG péricardite : sus-décalage ST diffus
- ECG infarctus : sus-décalage ST localisé avec miroir
- Troponines négatives dans péricardite simple

Complications à surveiller

Signes de tamponnade cardiaque = urgence absolue.

- Tachycardie $>100/\text{min}$ (présente dans ce cas)
- Turgescence jugulaire
- Pouls paradoxal
- Chute tensionnelle
- Intolérance au décubitus
- Nécessité d'écho-cœur en urgence si signes

Rappels thérapeutiques

- AINS en première intention (ibuprofène 600mg x3/j)
- Colchicine 0.5mg x2/j (prévention récidives)
- Éviter corticoïdes en première intention
- Repos relatif pendant phase aiguë
- Traitement ambulatoire si pas de complications
- Contrôle clinique à 24-48h
- ECG de contrôle après 4 semaines

Examens complémentaires

- FSC : recherche leucocytose
- VS et CRP : marqueurs inflammatoires
- Troponines : exclure myopéricardite
- Urée : exclure syndrome urémique
- Hémocultures si fièvre >38°C
- ECG : cycle de Holzmänn
- Radiographie thorax : épanchement si >250mL
- Écho-cœur si signes de complications