

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-8 - Suivi diabète - Homme de 56 ans

Clinique

Raymond Stern, 56 ans, se présente à la clinique pour un suivi de son diabète

TA 139/85 mmHg	FC 75 bpm	FR 15/min	T° 36.7°C
-------------------	--------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/50

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Je suis ici pour un contrôle de mon diabète. La dernière fois que j'ai vu mon médecin, c'était il y a 6 mois]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Histoire du diabète				0
Durée [J'ai du diabète sucré depuis 25 ans]	<input type="checkbox"/>			
Type de diabète [Type 2]	<input type="checkbox"/>			
Dernier contrôle [Il y a 6 mois]	<input type="checkbox"/>			
3. Traitement actuel et observance				0
Médicaments [Insuline NPH, 20 unités le matin et 15 unités le soir]	<input type="checkbox"/>			
Observance [Je ne manque jamais une dose]	<input type="checkbox"/>			
Effets secondaires [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
4. Surveillance glycémique				0
Fréquence de surveillance [Je vérifie ma glycémie deux fois par semaine à la maison]	<input type="checkbox"/>			
Dernière glycémie [Il y a trois jours, et elle était de 135]	<input type="checkbox"/>			
Valeurs habituelles [Elle varie généralement entre 120 et 145]	<input type="checkbox"/>			
Dernier HbA1c [Il y a 6 mois, et il était de 7%]	<input type="checkbox"/>			
5. Symptômes d'hypoglycémie				0
Palpitations/sueurs [Parfois, je sens que mon cœur bat plus vite, et je commence à transpirer]	<input type="checkbox"/>			
Circonstances [Cela arrive rarement si je saute un repas]	<input type="checkbox"/>			
Résolution [Je me sens mieux après avoir bu du jus d'orange]	<input type="checkbox"/>			
6. Complications du diabète				0
Neuropathie [J'ai des picotements et des engourdissements dans les pieds tout le temps, surtout la nuit, et cela s'est aggravé au cours des deux derniers mois]	<input type="checkbox"/>			
Rétinopathie [Il y a un an, et il n'y avait aucun signe de maladie oculaire diabétique]	<input type="checkbox"/>			
Néphropathie [Non évoquée]	<input type="checkbox"/>			
Infections des pieds [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes de vision [Non]	<input type="checkbox"/>			
7. Dysfonction érectile				0
Problème [Je ne fais plus mon 'travail' comme avant]	<input type="checkbox"/>			
Description [Je n'arrive pas à avoir d'érection, docteur. Je ne me réveille même plus avec des érections]	<input type="checkbox"/>			
Durée [Depuis un ou deux ans]	<input type="checkbox"/>			
Libido [Bonne]	<input type="checkbox"/>			
Impact relationnel [Ma femme comprend et me soutient. Ils m'ont dit que c'était à cause du diabète. C'est vrai ?]	<input type="checkbox"/>			

8. Symptômes généraux

0

- État général [Bien] ☐
- Poids [Non, pas de changements] ☐
- Appétit [Non, pas de changements] ☐
- Polyurie/polydipsie [Non] ☐
- Symptômes cardiaques [Parfois palpitations, voir hypoglycémie] ☐
- Symptômes pulmonaires [Non] ☐
- Symptômes abdominaux [Non] ☐

9. Mode de vie

0

- Régime alimentaire [Je mange tout ce que ma femme cuisine : viande, légumes, etc. Je ne suis pas de régime particulier] ☐
- Exercice physique [Non] ☐
- Occupation [Employé de bureau] ☐
- Stress [Non, ma femme est formidable, et je suis très heureux dans mon travail] ☐

10. Substances

0

- Tabagisme [Non] ☐
- Alcool [Oui, du whisky le week-end] ☐
- CAGE [Non (à toutes les 4 questions)] ☐
- Drogues illicites [Non] ☐

11. Médicaments actuels [Insuline, lovastatine, aspirine, aténolol]

☐☐

0

12. Antécédents médicaux [Crise cardiaque l'année dernière ; cholestérol élevé depuis 2 ans]

☐☐

0

13. Antécédents chirurgicaux [Aucun]

☐☐

0

14. Antécédents familiaux [Mon père est décédé à 60 ans d'un AVC. Ma mère est en bonne santé]

☐☐

0

15. Allergies médicamenteuses [Aucune]

☐☐

0

Examen clinique (25%)

Score : 0/20

Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [Le patient n'est pas en détresse]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen ORL-Ophtalmologique				0
Pupilles [Pupilles iso-iso]	<input type="checkbox"/>			
Fond d'œil [Pas d'anomalies au fond d'œil]	<input type="checkbox"/>			
3. Examen du cou				0
Auscultation carotidienne [Pas de souffles carotidiens]	<input type="checkbox"/>			
Turgescence jugulaire [Pas de TJ]	<input type="checkbox"/>			
4. Examen cardiovasculaire				0
Inspection/palpation [Impulsion apicale non déplacée]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation [RR et FC normales ; B1/B2 normaux ; pas de souffles, frottements ou galops]	<input type="checkbox"/>			
5. Examen pulmonaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Auscultation [Bruits respiratoires clairs bilatéralement]				

6. Examen abdominal

0

- Inspection ☐
- Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité, pas de souffles] ☐
- Palpation [Détendu, souple et indolore] ☐
- Percussion [Pas d'organomégalie] ☐

7. Examen des extrémités

0

- Inspection des pieds [Pas d'œdème, pas de lésions cutanées] ☐
- Pouls périphériques [Pouls pédieux 2+ ddc] ☐

8. Examen neurologique

0

- Force musculaire [5/5 dans les membres inférieurs ddc] ☐
- Sensibilité [Réduction de la sensibilité aux piqué-touché, aux vibrations, et à la proprioception dans les membres inférieurs ddc] ☐
- ROT [Symétriques, 2+ au niveau des genoux, réflexe achilléen absents ddc] ☐
- Signe de Babinski [Négatif ddc] ☐

Management (25%)

Score : 0/28

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

Complications aiguës du diabète

- **Hypoglycémie induite par l'insuline** → Glycémie capillaire pendant épisode, carnet glycémique

Arguments POUR:

- ☐ Épisodes de palpitations et sueurs
- ☐ Survient après avoir sauté des repas
- ☐ Résolution avec jus d'orange (sucre rapide)
- ☐ Contrôle glycémique strict (120-145 mg/dL)
- ☐ Insuline biquotidienne

Complications chroniques du diabète

- **Neuropathie périphérique diabétique** → ENMG, dosage vitamine B12, TSH

Arguments POUR:

- ☐ Diabète depuis 25 ans
- ☐ Paresthésies bilatérales des pieds
- ☐ Aggravation nocturne typique
- ☐ Distribution en chaussette
- ☐ Perte de sensibilité confirmée à l'examen
- ☐ Absence de réflexes achilléens

- **Dysfonction érectile d'origine diabétique** → Testostérone, PSA, US-Doppler pénien

Arguments POUR:

- ☐ Diabète de longue durée
- ☐ Absence d'érections matinales (organicité)
- ☐ Libido conservée
- ☐ Neuropathie périphérique associée
- ☐ Maladie cardiovasculaire (ATCD IDM)
- ☐ Médicaments contributifs (aténolol)

- **Néphropathie diabétique** → Créatinine, DFG, microalbuminurie

Arguments POUR:

- ☐ Diabète ancien (25 ans)
- ☐ HTA limite (139/85)
- ☐ Autres complications microvasculaires

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de symptômes urinaires

Autres causes de neuropathie à éliminer

- **Neuropathie alcoolique** → Bilan hépatique, vitamine B1

Arguments POUR:

- ☐ Consommation de whisky
- ☐ Paresthésies distales

Arguments CONTRE:

- ☐ CAGE négatif
- ☐ Consommation modérée (weekend)

• **Carence en vitamine B12** → Vitamine B12, homocystéine

Arguments POUR:

- ☐ Neuropathie périphérique
- ☐ Réflexes diminués

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de signes hématologiques
- ☐ Pas de troubles cognitifs

2. Examens complémentaires immédiats

0

- Glycémie à jeun et HbA1c ☐
- Bilan rénal : créatinine, urée, DFG calculé ☐
- Microalbuminurie sur échantillon ☐
- Bilan lipidique complet ☐
- Enzymes hépatiques (ASAT, ALAT, GGT) ☐

3. Examens complémentaires secondaires

0

- ENMG si neuropathie atypique ☐
- Vitamine B12, folates, TSH ☐
- Testostérone totale et libre, PSA ☐
- US-Doppler pénien si dysfonction érectile persistante ☐
- ECG de repos (ATCD IDM) ☐

4. Optimisation du traitement diabétique



0

Ajustement thérapeutique

- Revoir schéma insulinaire (envisager analogues)
- Objectif HbA1c < 7% si possible
- Éviter hypoglycémies répétées
- Envisager capteur de glucose continu
- Éducation sur adaptation des doses

Prévention cardiovasculaire

- Maintenir aspirine 81-100 mg/j
- Statine haute intensité (atorvastatine 40-80 mg)
- Objectif LDL < 70 mg/dL
- Contrôle tensionnel < 130/80
- IEC/ARA2 si microalbuminurie

Prise en charge des complications

- Neuropathie : gabapentine ou prégabaline
- Dysfonction érectile : inhibiteurs PDE5
- Soins podologiques réguliers
- Chaussures adaptées
- Auto-examen quotidien des pieds

5. Modifications du mode de vie

0

- Régime diabétique structuré avec diététicien ☐
- Comptage des glucides si insuline prandiale ☐
- Activité physique 150 min/semaine ☐
- Perte de poids si surcharge pondérale ☐
- Limitation alcool (risque hypoglycémie) ☐
- Arrêt tabac si applicable ☐

6. Éducation et surveillance

0

- Reconnaissance/traitement des hypoglycémies ☐
- Kit glucagon pour l'entourage ☐
- Carnet de surveillance glycémique ☐
- Examen ophtalmologique annuel ☐
- Vaccination antigrippale et antipneumococcique ☐
- Suivi podologique tous les 3-6 mois ☐

⚠ Red Flags - Complications à dépister**1. Hypoglycémie sévère**

→ Confusion, convulsions, coma = Glucagon IM, appel 144

2. Pied diabétique

→ Plaie, rougeur, chaleur = Consultation urgente, risque amputation

3. Acidocétose diabétique

→ Nausées, vomissements, haleine cétonique = Urgences

4. Syndrome coronarien aigu

→ Douleur thoracique, dyspnée = ECG urgent (ATCD IDM)

5. Rétinopathie proliférante

→ Baisse vision brutale = Ophtalmologue urgent

Clôture de consultation**Clôture type**

Monsieur Stern, les palpitations et la transpiration que vous avez ressenties sont probablement dues à des épisodes d'hypoglycémie, qui peuvent survenir en raison d'une dose d'insuline plus élevée que la normale ou du fait de sauter ou de retarder des repas. Les engourdissements que vous décrivez dans vos pieds sont probablement liés à l'effet du diabète sur votre système nerveux ; un meilleur contrôle de votre glycémie pourrait aider à améliorer ce problème. De nombreux facteurs, y compris le diabète, peuvent causer les difficultés érectiles que vous décrivez. Je vais devoir réaliser un examen de votre région génitale et effectuer des analyses de sang. À un moment donné, nous pourrions également devoir réaliser des tests plus complexes pour identifier la cause de vos problèmes. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Vais-je perdre mes pieds, docteur ?]

Réponse type du candidat

L'amputation est une option de dernier recours pour les patients diabétiques qui développent une infection des pieds, et heureusement, nous n'en sommes pas à ce stade. Les lésions nerveuses dans vos pieds sont inconfortables, mais elles ne conduiront pas à une amputation tant que vous prenez les mesures nécessaires pour protéger vos pieds des blessures. Si nous continuons à bien contrôler votre glycémie et votre cholestérol, nous devrions pouvoir éviter l'amputation. Nous discuterons plus en détail de la manière de faire cela plus tard dans la visite.

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

Nom : Raymond Stern | **Âge :** 56 ans

Contexte : Homme diabétique venant pour suivi de routine

Motif de consultation

Plainte principale : «Je suis ici pour un contrôle de mon diabète.»

Si on demande s'il y a autre chose : «La dernière fois que j'ai vu mon médecin, c'était il y a 6 mois.»

Consignes

- Faites semblant de ne pas avoir de sensation aux piqué-touché dans les deux pieds.
- Montrez une perte de la sensibilité vibratoire et proprioceptive (distribution en chaussette).
- Simulez un réflexe rotulien normal mais un réflexe achilléen absent.
- Paraissez légèrement inquiet quand vous parlez de vos pieds.
- Montrez de la gêne en parlant de la dysfonction érectile.

Histoire actuelle

Diabète :

- Diabète depuis 25 ans
- Insuline NPH 20U matin, 15U soir
- Très observant du traitement
- Contrôle glycémique 2x/semaine
- Glycémies entre 120-145 mg/dL

Hypoglycémie :

- Épisodes occasionnels si saute repas
- Palpitations et sueurs
- Résolution avec jus d'orange
- Reconnaît bien les signes

neuropathie :

- Picotements et engourdissements pieds
- Constant, pire la nuit
- Aggravation depuis 2 mois
- Inquiet de perdre ses pieds

dysfonctionErectile :

- Plus d'érections depuis 1-2 ans
- Pas d'érections matinales
- Libido conservée
- Femme compréhensive et soutenante

Antécédents médico-chirurgicaux

- Infarctus du myocarde il y a 1 an
- Hypercholestérolémie depuis 2 ans
- Père décédé d'AVC à 60 ans
- Pas de chirurgie

Habitudes

- **Alimentation :** Mange ce que cuisine sa femme, pas de régime
- **Exercice physique :** Aucun exercice physique
- **Alcool :** Whisky le weekend, CAGE négatif
- **Tabac :** Non-fumeur
- **Profession :** Employé de bureau

Médicaments actuels

- Insuline NPH
- Lovastatine
- Aspirine
- Aténolol

Simulation

Durant l'entretien :

- Être coopératif et poli
- Montrer de l'inquiétude pour les pieds
- Gêne pour parler de dysfonction érectile
- Minimiser la consommation d'alcool

Durant le status :

- Pas de sensibilité aux pieds (piqué-touché)
- Pas de perception des vibrations aux chevilles
- Réflexes rotuliens présents
- Réflexes achilléens absents
- Reste des examens normaux

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Patient de 56 ans, diabétique type 2 depuis 25 ans sous insuline. ATCD IDM il y a 1 an, dyslipidémie. Présente complications microvasculaires (neuropathie périphérique) et dysfonction érectile multifactorielle. Hypoglycémies occasionnelles par repas sautés. HbA1c 7% acceptable mais perfectible. Examen : neuropathie sensitive distale confirmée.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Glycémie capillaire : 142 mg/dL
- HbA1c actuelle : 7.2%
- Microalbuminurie : 45 mg/g créatinine (légèrement élevée)
- Créatinine : 1.1 mg/dL (DFG 72 mL/min)
- Si examen génital demandé : normal, pas de plaques

Points clés

- Diabète avec complications multiples nécessitant approche globale
- Hypoglycémies iatrogènes fréquentes chez diabétiques anciens
- Neuropathie diabétique = complication microvasculaire irréversible
- Dysfonction érectile multifactorielle (diabète + médicaments + vasculaire)
- Prévention tertiaire essentielle (pieds, yeux, reins, cœur)

Pièges

- Ne pas reconnaître les hypoglycémies
- Oublier l'examen des pieds
- Ne pas aborder la dysfonction érectile
- Ignorer le risque cardiovasculaire élevé
- Ne pas dépister toutes les complications

Diagnostic

Diabète type 2 ancien avec complications microvasculaires (neuropathie périphérique) et macrovasculaires (cardiopathie ischémique), hypoglycémies récurrentes et dysfonction érectile

Neuropathie diabétique périphérique

Complication microvasculaire fréquente :

- Prévalence : 50% après 25 ans de diabète
- Polyneuropathie distale symétrique la plus fréquente
- Distribution en chaussette/gant
- Symptômes : paresthésies, douleurs, hypoesthésie
- Aggravation nocturne typique
- Risque : ulcères, infections, amputations

Hypoglycémie chez le diabétique

Complication aiguë du traitement :

- Seuil : glycémie < 70 mg/dL (3.9 mmol/L)
- Symptômes adrénergiques : sueurs, palpitations, tremblements
- Symptômes neuroglycopéniques : confusion, convulsions, coma
- Causes : surdosage insuline, repas sauté, exercice, alcool
- Traitement : règle du 15-15 (15g sucre, recontrôle 15 min)
- Prévention : éducation, adaptation doses, collations

Dysfonction érectile diabétique

Complication fréquente multifactorielle :

- Prévalence : 35-75% des diabétiques
- Mécanismes : neuropathie, vasculopathie, hypogonadisme
- Facteurs aggravants : âge, durée diabète, HbA1c, tabac
- Médicaments contributifs : β -bloquants, diurétiques, statines
- Absence érections matinales = organicité
- Traitement : IPDE5, pompe à vide, prothèses

Objectifs thérapeutiques du diabète

Individualisation selon profil :

- HbA1c < 7% pour la plupart des adultes
- HbA1c < 6.5% si récent, sans complications
- HbA1c < 8% si âgé, complications, hypoglycémies
- Glycémie à jeun : 80-130 mg/dL
- Glycémie post-prandiale : < 180 mg/dL
- Éviter hypoglycémies (surtout si CV)

Surveillance des complications

Dépistage systématique annuel :

- Rétinopathie : fond d'œil ou rétinographie
- Néphropathie : microalbuminurie, créatinine, DFG
- Neuropathie : monofilament, diapason, réflexes
- Macroangiopathie : ECG, bilan lipidique, TA
- Pied diabétique : examen complet, pouls, sensibilité
- Dépression : fréquente, à rechercher

Prise en charge de la neuropathie

Approche multimodale :

- Équilibre glycémique optimal (ralentit progression)
- Antalgiques : gabapentine, prégabaline, duloxétine
- Antidépresseurs tricycliques : amitriptyline
- Topiques : capsaïcine, lidocaïne patch
- Soins podologiques préventifs
- Éducation : auto-examen quotidien des pieds

Prévention cardiovasculaire

Approche multifactorielle obligatoire :

- Contrôle glycémique : HbA1c < 7%
- TA < 130/80 mmHg (IEC/ARA2 première ligne)
- LDL < 70 mg/dL (statine haute intensité)
- Antiagrégant : aspirine si ATCD CV
- Arrêt tabac impératif
- Activité physique régulière
- Perte pondérale si surpoids

Insulinothérapie dans le DT2

Schémas évolutifs :

- Basale seule : NPH ou analogues lents
- Basal-plus : basale + 1 bolus principal repas
- Basal-bolus : basale + bolus à chaque repas
- Prémix : insulines biphasiques 2-3x/jour
- Adaptation selon profil glycémique
- Rotation sites injection obligatoire

Messages clés

- Le diabète ancien nécessite une approche globale des complications
- Les hypoglycémies sont fréquentes et dangereuses (CV)
- La neuropathie diabétique est irréversible mais sa progression peut être ralentie
- La dysfonction érectile diabétique est traitable
- La prévention du pied diabétique est essentielle
- L'éducation thérapeutique améliore le pronostic

Rappels thérapeutiques

- Hypoglycémie : 15g glucose, puis collation complexe
- Neuropathie : gabapentine 300-3600 mg/j en 3 prises
- Dysfonction érectile : sildénafil 50-100 mg à la demande
- Prévention CV : aspirine 81 mg, atorvastatine 40-80 mg
- Néphroprotection : IEC/ARA2 si microalbuminurie

Examens complémentaires

- HbA1c : tous les 3 mois si déséquilibré
- Microalbuminurie : annuelle (30-300 mg/g = début néphropathie)
- Fond d'œil : annuel ou tous les 2 ans si normal
- ECG : annuel vu ATCD IDM
- Bilan lipidique : annuel (objectif LDL < 70 mg/dL)