

Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-8 - Troubles du transit - Homme 32 ans

Cabinet médical
John Smith, homme de 32 ans, consultant pour des troubles du transit intestinal

T° 37°C	TA 130/70 mmHg	FC 82 bpm	FR 16/min
------------	-------------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/58

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Certains jours je suis constipé, puis d'autres j'ai de la diarrhée. Parfois mes selles sont normales]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation des troubles du transit				0
Début [Il y a 6 semaines]	<input type="checkbox"/>			
Constant/intermittent [J'ai aussi des selles normales entre les deux, comme je l'ai dit. C'est différent chaque jour, et il n'y a pas vraiment de schéma]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Rien de spécial ne se passait]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Non, c'est resté à peu près pareil depuis que ça a commencé]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [Quand j'ai la diarrhée, je dois aller aux toilettes au moins 3 fois par jour. Ça dure quelques jours, puis j'ai 3-5 jours normaux, et ensuite j'ai une période de constipation où je n'y vais que tous les 3 ou 4 jours environ]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
3. Caractéristiques des selles				0
Diarrhée (couleur/consistance) [Couleur normale et liquide avec un peu de glaire mélangée]	<input type="checkbox"/>			
Sang dans les selles [Eh bien, maintenant que vous demandez, parfois je remarque du sang sur le papier toilette]	<input type="checkbox"/>			
Couleur du sang [Rouge vif]	<input type="checkbox"/>			
Quantité (mélangé, en surface) [Pas beaucoup, juste un peu sur le papier toilette]	<input type="checkbox"/>			
Constant/intermittent [Pas à chaque selle. Je le remarque surtout quand j'ai de la constipation]	<input type="checkbox"/>			
Début du saignement [Il y a 1 mois]	<input type="checkbox"/>			
4. Symptômes associés - Douleurs abdominales				0
Présence [Mon estomac me fait mal]	<input type="checkbox"/>			
Localisation [Dans la partie inférieure]	<input type="checkbox"/>			
Intensité (échelle 0-10) [3-4]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [Sourde]	<input type="checkbox"/>			
Début [Ça a commencé avec la diarrhée il y a 6 semaines]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Progression/constant/intermittent [Ça va et ça vient]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Je me sens beaucoup mieux après être allé aux toilettes parfois]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			

5. Recherche de symptômes spécifiques

0

- Voyage récent [Je suis parti en voyage dans l'État de Washington avec ma petite amie il y a 3 mois] ☐
- Eau non purifiée, randonnée [Non, nous n'avons pas fait de randonnée et nous n'avons pas bu dans des lacs ou des ruisseaux. Nous sommes restés à Seattle, principalement à notre hôtel, et nous nous sommes promenés dans le centre-ville] ☐
- Nausées/vomissements [Non] ☐
- Fièvre/frissons [Non] ☐
- Sueurs nocturnes/fatigue [Non] ☐
- Éruption/changements cutanés [Non, pas sur ma peau. J'ai eu des plaies douloureuses dans la bouche ces dernières semaines, mais elles sont parties maintenant] ☐
- Douleurs articulaires [Non] ☐
- Problèmes urinaires [Non] ☐
- Changements d'appétit [Oui. Je pense que je mange un peu moins. Je suis très stressé au travail] ☐
- Variations pondérales [J'ai perdu 3 kg ces 3 derniers mois] ☐
- Infection récente [Aucune] ☐
- Vision floue [Non] ☐

6. Antécédents médicaux [Aucun]

☐☐

0

7. Antécédents chirurgicaux [J'ai eu mon appendice enlevé quand j'avais 14 ans. À part mon appendice, non]

☐☐☐

0

8. Allergies [Aucune]

☐☐

0

9. Médicaments [Non]

☐☐

0

10. Hospitalisations et contacts malades

0

- Hospitalisations [J'ai eu mon appendice enlevé quand j'avais 14 ans] ☐
- Contacts malades [Non] ☐

11. Antécédents familiaux [Mon père a été diagnostiqué avec un cancer du côlon à 46 ans. Ma grand-mère, la mère de mon père, est décédée parce qu'elle avait un cancer de l'utérus]

☐☐☐

0

12. Habitudes et mode de vie

0

- Occupation [Policier] ☐
- Domicile [Je vis avec ma petite amie] ☐
- Alcool [Non] ☐
- Drogues illicites [Jamais] ☐
- Tabac [Je fume un paquet de cigarettes par jour depuis 16 ans] ☐
- Exercice [Je fais des marches régulièrement] ☐
- Alimentation [Fast-food comme des hamburgers et des burritos. Je n'ai pas le temps de cuisiner] ☐

Examen clinique (25%)

Score : 0/15

Critères

Oui

±

Non

Points

1. Mesures d'hygiène

0

- Lavage des mains ☐
- Respect de la pudeur avec drap ☐

2. Examen tête et cou			0
Inspection des conjonctives	<input type="checkbox"/>		
Examen des pupilles	<input type="checkbox"/>		
Inspection de l'oropharynx	<input type="checkbox"/>		
3. Examen cardiovasculaire [Auscultation cardiaque normale]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
4. Examen pulmonaire [Auscultation pulmonaire normale]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
5. 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 [Sensibilité dans le quadrant inférieur droit]	<input type="checkbox"/>		
6. Examen cutané	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Management (25%)

Score : 0/19

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

Maladies inflammatoires intestinales

• **Maladie de Crohn** → Coloscopie avec biopsies + IRM entéro

Arguments POUR:

- ☐ Diarrhée liquide alternant avec constipation
- ☐ Douleur quadrant inférieur droit
- ☐ Antécédents d'ulcères aphthoïdes buccaux
- ☐ Perte de poids (3 kg en 3 mois)
- ☐ Âge typique (15-35 ans)
- ☐ Glaires dans les selles
- ☐ Symptômes depuis 6 semaines

Contre : Sang rouge vif plutôt lié aux hémorroïdes

• **Rectocolite hémorragique** → Coloscopie avec biopsies

Arguments POUR:

- ☐ Diarrhée avec glaires et sang
- ☐ Perte de poids
- ☐ Âge typique (15-35 ans)

Contre : Fréquence diarrhée faible (3x/jour vs ≥10/jour typique), douleur QID (plutôt QIG attendu), pas de ténesme mentionné

Néoplasie

• **Cancer colorectal** → Coloscopie avec biopsies + recherche instabilité microsatellites

Arguments POUR:

- ☐ Troubles du transit alternants
- ☐ Sang dans les selles
- ☐ Perte de poids
- ☐ Antécédents familiaux importants (père cancer côlon à 46 ans)
- ☐ Facteurs de risque : tabac, alimentation riche en graisses/pauvre en fibres
- ☐ Possible syndrome de Lynch

Contre : Âge jeune (32 ans), début récent des symptômes

Autres causes

• **Syndrome de l'intestin irritable** → Diagnostic d'exclusion

Contre : Présence de signes d'alarme (sang, perte de poids, douleur nocturne)

• **Hémorroïdes** → Examen proctologique

Arguments POUR : Sang rouge vif sur papier toilette surtout lors de constipation
Probablement associé à la pathologie principale

• **Gastroentérite infectieuse** → Coproculture + parasitologie des selles

Contre : Durée prolongée (6 semaines), pas de fièvre

2. Examens complémentaires urgents

0

- Examen rectal [fait partie de l'examen abdominal complet et particulièrement important en cas de saignement abdominal] ☐
- Recherche de sang occulte dans les selles [pour évaluer un saignement occulte possible] ☐
- FSC, électrolytes [L'anémie est un résultat classique dans les MICI et le cancer colorectal. Leucocytose possible dans MICI. La diarrhée peut causer des anomalies électrolytiques] ☐
- VS, CRP [élevées dans les MICI] ☐

3. Examens microbiologiques

☐ ☐ ☐

0

Coproculture; microscopie des selles pour œufs et parasites [Pour exclure les causes infectieuses de diarrhée, comme *C. difficile*, giardiase et amibiase]

4. Examens d'imagerie et endoscopie

0

- US abdominale [l'inflammation et l'œdème du côlon et de l'intestin grêle se manifestent par un épaississement de la paroi] ☐
- Radiographie abdominale simple [peut détecter des complications des MICI comme une distension intestinale ou un pneumopéritoine] ☐
- Coloscopie [L'endoscopie avec biopsie est le test de choix et est utilisée pour confirmer les diagnostics de MICI et de cancer du côlon] ☐

5. Communication avec le patient

0

- Explications au patient 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 du patient avec le plan diagnostique ☐
- Recherche des préoccupations et questions du patient ☐

6. Conseil et prévention

0

- Conseil sur l'arrêt du tabac ☐
- Réaction appropriée au défi concernant le travail ☐
- Discussion sur l'importance du dépistage familial (cancer colorectal) ☐

Traitement de la thyrotoxicose

- Antithyroïdiens de synthèse : méthimazole 20-40 mg/j
- Alternative : propylthiouracile 200-400 mg/j
- Bêtabloquant : propranolol 40 mg × 3-4/j
- Surveillance NFS, transaminases mensuelles
- Durée : 12-18 mois puis tentative sevrage
- Contraception efficace (téatogène)

Options thérapeutiques définitives

- Iode radioactif (I-131) : traitement de choix
- CI : grossesse, allaitement, ophtalmopathie active
- Thyroïdectomie totale si échec médical
- Indications chirurgie : goitre compressif, nodule suspect
- Substitution hormonale à vie post-traitement radical
- Surveillance TSH tous les 2-3 mois initialement

Prise en charge de l'ophtalmopathie

- Arrêt tabac impératif (facteur aggravant majeur)
- Larmes artificielles fréquentes
- Surélévation tête de lit 30°
- Lunettes de soleil pour photophobie
- Corticoïdes IV si sévère : méthylprednisolone
- Radiothérapie orbitaire ou chirurgie si échec

Clôture de consultation

Défi : Question sur l'impact professionnel

[Pensez-vous que je devrai réduire mes heures de travail maintenant ? J'ai besoin de l'argent, vous savez]

Réponse type du candidat

M. Smith, je comprends votre inquiétude que vos symptômes puissent interférer avec votre travail. Cependant, à ce stade, je ne sais pas exactement ce qui cause vos symptômes. D'abord, j'aimerais faire quelques tests pour découvrir ce qui se passe exactement, puis vous et moi pourrons nous mettre d'accord sur un traitement approprié et discuter de la façon de nous assurer que vous pourrez continuer à travailler. Laissez-moi vous assurer que nous avons une équipe très expérimentée dans cet hôpital et nous ferons de notre mieux pour vous traiter. Qu'en pensez-vous ?

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%

Uvéite antérieure

Photographie de l'œil droit.

La conjonctive bulbaire et le limbe sont hyperémiques en raison d'une injection mixte conjonctivale et ciliaire.

Il y a une synéchie postérieure (adhésion entre l'iris et le cristallin), dans ce cas affectant 360° de la pupille.

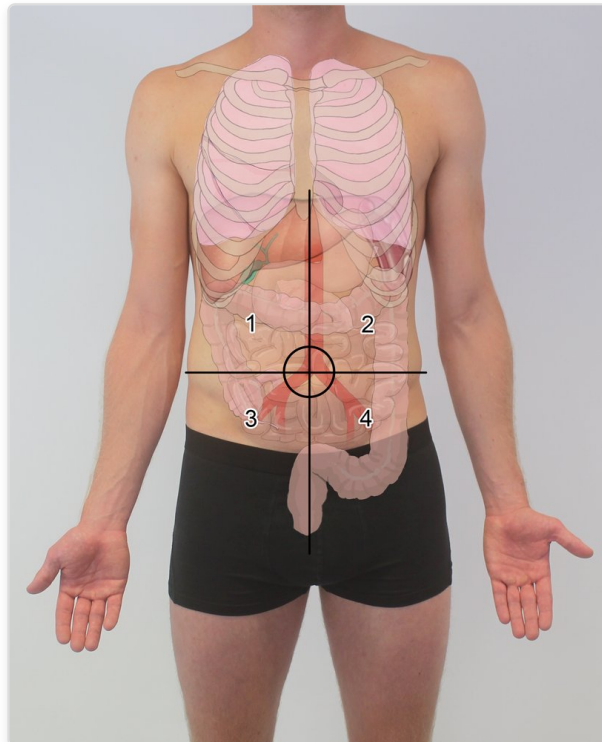
Ces caractéristiques sont typiques de l'uvéite antérieure.



Quadrants abdominaux

Quadrants abdominaux :

- (1) Quadrant supérieur droit (QSD),*
- (2) Quadrant supérieur gauche (QSG),*
- (3) Quadrant inférieur droit (QID),*
- (4) Quadrant inférieur gauche (QIG), (Cercle) Région périombilicale.*



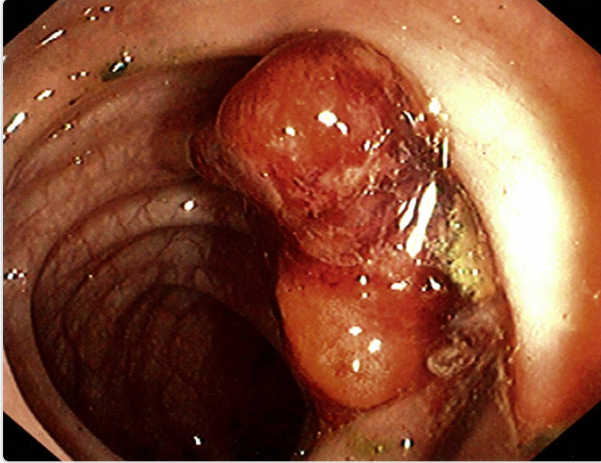
Cancer du côlon

Vue endoscopique du côlon ascendant.

Une masse exophytique irrégulière avec des bords surélevés est visible.

La surface est amorphe et montre un saignement mineur. Ces caractéristiques sont hautement évocatrices d'un cancer du côlon.

Cependant, l'histopathologie est nécessaire pour confirmer le diagnostic.



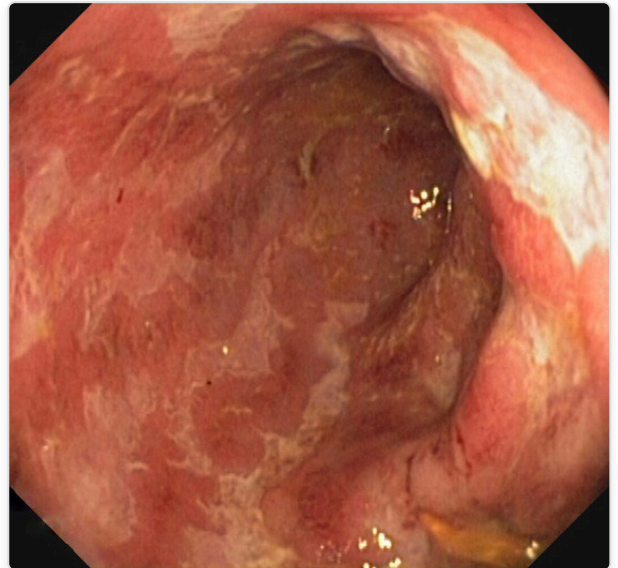
Côlon dans la maladie de Crohn

Vue endoscopique du côlon.

De multiples ulcérations linéaires et serpigneuses recouvertes d'exsudat fibrineux peuvent être vues.

La muqueuse entre les ulcérations est érythémateuse et a perdu son patron vasculaire normal.

Ces résultats sont caractéristiques de la maladie de Crohn.

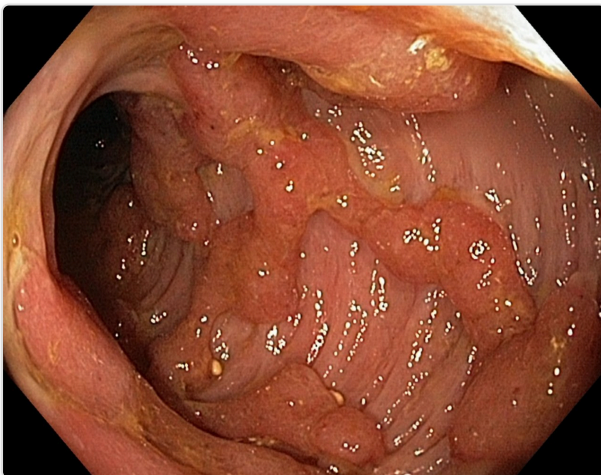


Pseudopolypes dans la rectocolite hémorragique avancée

Vue endoscopique du côlon.

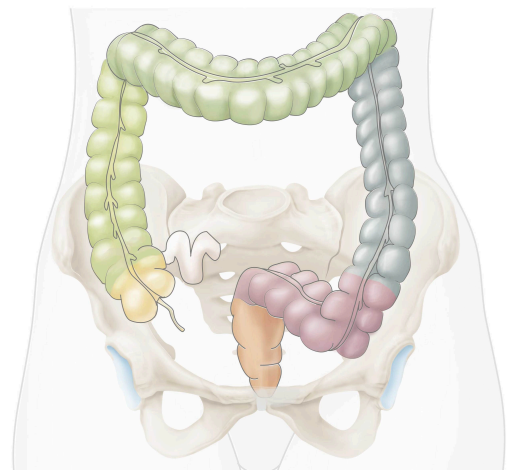
Il y a de multiples zones surélevées prominentes de muqueuse normale résultant de la régénération et de l'hyperplasie muqueuse.

Ces résultats sont caractéristiques de pseudopolypes dans la rectocolite hémorragique avancée.



Anatomie du côlon

Parties du côlon : Schéma anatomique montrant le cæcum, côlon ascendant, côlon transverse, côlon descendant, côlon sigmoïde et rectum avec leurs rapports anatomiques.



Scénario pour le patient standardisé

Nom : John Smith | **Âge :** 32 ans

Contexte : Policier consultant pour troubles du transit depuis 6 semaines

Motif de consultation

Plainte principale : «Certains jours je suis constipé, puis d'autres j'ai de la diarrhée. Parfois mes selles sont normales.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Mon estomac me fait mal aussi.»

Consignes

- Vous n'êtes pas un patient très bavard. Ne fournissez des informations que si elles sont spécifiquement demandées.
- Vous n'êtes pas au courant de ce que signifient les termes médicaux (ex: coloscopie) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Si l'examineur appuie sur la partie inférieure droite de votre abdomen, faites semblant que ça fait mal et contractez vos muscles abdominaux.
- Défi : Demander 'Pensez-vous que je devrai réduire mes heures de travail maintenant ? J'ai besoin de l'argent, vous savez.'

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Alternance diarrhée/constipation depuis 6 semaines
- Diarrhée liquide avec glaires 3x/jour pendant quelques jours
- Puis 3-5 jours normaux
- Puis constipation (selles tous les 3-4 jours)
- Sang rouge vif sur papier toilette depuis 1 mois
- Douleurs abdominales basses sourdes (3-4/10)

Symptômes associés :

- Ulcères buccaux douloureux récents (maintenant résolus)
- Perte de poids 3 kg en 3 mois
- Diminution appétit (stress au travail)
- Soulagement après défécation parfois

Simulation

Durant l'entretien :

- Rester laconique, ne pas élaborer spontanément
- Montrer de l'incompréhension pour les termes médicaux
- Mentionner le stress professionnel si interrogé
- Exprimer l'inquiétude sur l'impact professionnel

Durant le status :

- Douleur et défense à la palpation du QID
- Contracter les abdominaux lors de la palpation
- Pas de douleur ailleurs

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 32 ans avec tableau clinique évocateur de MICI (maladie de Crohn probable) : troubles du transit alternants, douleur QID, ulcères buccaux, perte de poids. Antécédents familiaux importants de cancer colorectal précoce suggérant syndrome de Lynch possible. Facteurs de risque multiples : tabac, alimentation déséquilibrée.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Examen rectal : hémorroïdes externes sans fissure
- Coloscopie : ulcérations aphthoïdes éparses, aspect pavimenteux au niveau iléo-cæcal
- Biopsies : inflammation transmurale avec granulomes non caséeux
- FSC : Hb 11.2 g/dL, leucocytes 12'000/mm³
- VS : 45 mm/h, CRP 35 mg/L

Points clés

- Drapeaux rouges : sang, perte de poids, douleur nocturne = exclure SII
- Antécédents familiaux cancer côlon jeune = dépistage génétique
- Ulcères buccaux + symptômes GI = penser MICI
- Localisation QID + antécédent appendicectomie = Crohn iléo-cæcal
- Tabagisme = facteur aggravant Crohn, protecteur RCH

Pièges

- Diagnostiquer SII malgré signes d'alarme
- Oublier le toucher rectal
- Ne pas explorer les antécédents familiaux
- Minimiser l'importance des ulcères buccaux
- Ne pas conseiller arrêt tabac

Diagnostic le plus probable

Maladie de Crohn avec atteinte iléo-colique

Maladie de Crohn

MICI caractérisée par inflammation transmurale segmentaire :

- Incidence : 5-10/100'000, pic 15-35 ans
- Localisation : iléon terminal (30%), iléo-colique (40%), côlon seul (20%)
- Symptômes : diarrhée chronique, douleur abdominale, perte de poids
- Manifestations extra-intestinales : arthrites, uvéite, érythème noueux, aphthose
- Complications : sténoses, fistules, abcès, cancer (risque x5)
- Diagnostic : endoscopie + biopsie (granulomes dans 30%)

Rectocolite hémorragique

MICI avec inflammation muqueuse continue du rectum :

- Toujours débute au rectum et progresse proximale
- Symptômes : diarrhée sanglante, ténésme, urgence défécatoire
- Fréquence selles corrélée à sévérité : légère <4/j, sévère >10/j
- Manifestations extra-intestinales similaires au Crohn
- Complications : mégacôlon toxique, perforation, cancer (2%/an après 10 ans)
- Traitement curatif possible : colectomie totale

Différences clés Crohn vs RCH

Éléments discriminants pour le diagnostic différentiel :

- Distribution : segmentaire (Crohn) vs continue (RCH)
- Atteinte : transmurale (Crohn) vs muqueuse (RCH)
- Localisation : tout le tube digestif (Crohn) vs côlon-rectum (RCH)
- Tabac : aggrave Crohn, protège RCH
- Complications : fistules/sténoses (Crohn) vs hémorragie massive (RCH)
- Histologie : granulomes (Crohn) vs cryptes abcédées (RCH)

Cancer colorectal héréditaire

Syndromes à suspecter chez patients jeunes :

- Syndrome de Lynch (HNPCC) : 3% des CCR, mutations MMR
- Critères Amsterdam II : 3 cas famille, 2 générations, 1 <50 ans
- Cancers associés : endomètre, ovaire, estomac, voies biliaires
- PAF : mutations APC, centaines polypes dès adolescence
- Dépistage : coloscopie dès 20-25 ans si Lynch
- Test : immunohistochimie MMR, instabilité microsatellites

Signes d'alarme dans les troubles fonctionnels

Drapeaux rouges excluant le diagnostic de SII :

- Début après 50 ans
- Perte de poids involontaire
- Saignement digestif
- Anémie ferriprive
- Symptômes nocturnes
- Antécédents familiaux CCR/MICI
- Masses abdominales/lymphadénopathies

Approche diagnostique des MICI

Bilan initial et examens complémentaires :

- Biologie : FSC, VS/CRP, fer, B12, folates, albumine

- Selles : calprotectine fécale (>250 µg/g suggère MICI)
- Endoscopie : iléo-coloscopie avec biopsies multiples
- Imagerie : IRM entéro pour Crohn (épaisseur paroi, fistules)
- Histologie : recherche granulomes, architecture cryptes
- Génétique si suspicion Lynch : analyse MMR

Rappels thérapeutiques

- MICI légère-moderée : 5-ASA (mésalazine 3-4g/j PO ou topique)
- Poussée modérée-sévère : Corticoïdes (prednisone 40-60mg/j)
- Maintien rémission Crohn : Azathioprine 2-2.5mg/kg/j
- Crohn réfractaire : Anti-TNF (infliximab, adalimumab)
- RCH sévère : Corticoïdes IV + ciclosporine si échec
- Supplémentation : Fer, vitamine D, B12 selon carences
- Arrêt tabac impératif dans Crohn

Examens complémentaires

- Calprotectine fécale : Biomarqueur inflammation intestinale (N <50 µg/g)
- Coloscopie : Visualisation directe + biopsies étagées (minimum 2/segment)
- IRM entéro-pelvienne : Épaississement pariétal, rehaussement, complications
- Entéro-scanner : Alternative si IRM non disponible
- Vidéocapsule : Si suspicion Crohn grêle et endoscopie normale
- Test génétiques Lynch : Si critères cliniques ou CCR <50 ans