

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-43 - Mal de gorge - Homme 21 ans

 Cabinet médical

 Brian Davis, un homme de 21 ans, se présente au cabinet en se plaignant d'un mal de gorge

TA
120/80 mmHg

FC
75 bpm

FR
15/min

T°
37.5°C

Anamnèse (25%)

Score : 0/46

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Mal de gorge]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation du mal de gorge				0
Début [Il y a deux semaines]	<input type="checkbox"/>			
Nez qui coule [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/frissons [Fièvre légère au cours des deux dernières semaines, mais je n'ai pas pris ma température. Pas de frissons]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés ORL et respiratoires				0
Toux [Non]	<input type="checkbox"/>			
Ganglions enflés [Oui, dans mon cou - un peu douloureux]	<input type="checkbox"/>			
Douleur thoracique [Non]	<input type="checkbox"/>			
Essoufflement [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Symptômes systémiques				0
Sueurs nocturnes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Éruption cutanée [Non]	<input type="checkbox"/>			
Ictère [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [Je me sens fatigué depuis deux semaines]	<input type="checkbox"/>			
Perte de poids [Oui, je pense que je perds du poids, mais je ne sais pas combien]	<input type="checkbox"/>			
Changements d'appétit [Je n'ai pas envie de manger quoi que ce soit]	<input type="checkbox"/>			
5. Douleur abdominale				0
Localisation [J'ai eu un certain inconfort ici - indique le QSG - constamment depuis hier]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [4/10]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Relation avec l'alimentation [Aucune]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs atténuants/exacerbants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
6. Symptômes digestifs et urinaires				0
Nausées/vomissements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changement des habitudes intestinales [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changement des habitudes urinaires [Non]	<input type="checkbox"/>			
7. Symptômes neurologiques [Non, pas de maux de tête]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
8. Contacts malades [Mon ex-petite amie avait la même chose il y a deux mois. Je ne sais pas ce qui lui est arrivé parce que nous avons rompu à cette époque]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
9. Antécédents médicaux [J'ai eu la gonorrhée il y a 4 mois. J'ai pris des antibiotiques]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
10. Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

11. Antécédents familiaux [Mon père et ma mère sont en vie et en bonne santé]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
12. Histoire sexuelle			0
Activité sexuelle [J'ai une nouvelle petite amie]	<input type="checkbox"/>		
Utilisation de préservatifs [Oui]	<input type="checkbox"/>		
Orientation sexuelle [Hommes et femmes]	<input type="checkbox"/>		
Nombre de partenaires (année écoulée) [Deux]	<input type="checkbox"/>		
Antécédents de MST [Je vous l'ai dit, j'ai eu la gonorrhée il y a 4 mois, et j'ai été guéri après une cure d'antibiotiques]	<input type="checkbox"/>		
13. Habitudes de vie			0
Profession [Dernière année à l'université]	<input type="checkbox"/>		
Alcool [Oui, les week-ends]	<input type="checkbox"/>		
Drogues illicites [Non]	<input type="checkbox"/>		
Tabac [Oui, je fume un paquet par jour. J'ai commencé à fumer à 15 ans]	<input type="checkbox"/>		
14. Médicaments actuels [Paracétamol]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
15. Allergies médicamenteuses [Aucune]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Examen clinique (25%)			Score : 0/17	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [Pas en détresse aiguë]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen de la tête et du cou				0
Nez [Normal]	<input type="checkbox"/>			
Bouche et pharynx [Normaux]	<input type="checkbox"/>			
Ganglions lymphatiques [Lymphadénopathie cervicale bilatérale]	<input type="checkbox"/>			
Sensibilité des sinus [Normale]	<input type="checkbox"/>			
3. Examen cardiovasculaire [RR et FC normaux ; B1/B2 normaux ; pas de souffles, frottements ou galops]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
4. Examen pulmonaire [Bruits respiratoires clairs bilatéralement]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
5. Examen abdominal				0
Inspection [Détendu, souple]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité]	<input type="checkbox"/>			
Palpation [Légère sensibilité au QSG]	<input type="checkbox"/>			
Percussion [Normale]	<input type="checkbox"/>			
Hépto-splénomégalie [Pas d'hépto-splénomégalie palpable]	<input type="checkbox"/>			
6. Examen de la peau [Pas d'éruption cutanée]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

Management (25%)			Score : 0/22	
Critères	Oui	±	Non	Points

1. Hypothèses diagnostiques

2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic



0

Diagnostics différentiels à considérer

Causes infectieuses virales

• Mononucléose infectieuse (EBV) → Monotest, sérologie EBV, FSC avec frottis

Arguments POUR:

- ☐ Mal de gorge persistant (2 semaines)
- ☐ Fatigue importante
- ☐ Lymphadénopathie cervicale bilatérale
- ☐ Douleur QSG (splénomégalie probable)
- ☐ Âge typique (jeune adulte)
- ☐ Contact avec ex-petite amie symptomatique
- ☐ Perte de poids et anorexie

Arguments CONTRE:

- ☐ Absence de pharyngite exsudative

• Infection aiguë par le VIH → Sérologie VIH (Ag/Ac), charge virale VIH

Arguments POUR:

- ☐ Mal de gorge prolongé
- ☐ Lymphadénopathie généralisée
- ☐ Fatigue et syndrome constitutionnel
- ☐ Fièvre légère persistante
- ☐ Comportement sexuel à risque (bisexuel, multiples partenaires)
- ☐ Antécédent récent de gonorrhée
- ☐ Contact possible (ex-petite amie)

Arguments CONTRE:

- ☐ Absence d'éruption cutanée typique

• Infection à CMV → Sérologie CMV IgM/IgG, PCR CMV

Arguments POUR:

- ☐ Syndrome mononucléosique
- ☐ Fatigue et fièvre légère
- ☐ Lymphadénopathie
- ☐ Possible splénomégalie

Arguments CONTRE:

- ☐ Moins fréquent que EBV
- ☐ Symptômes généralement plus légers

Causes bactériennes

• Pharyngite streptococcique → Test rapide streptocoque, culture de gorge

Arguments POUR:

- ☐ Mal de gorge
- ☐ Lymphadénopathie cervicale
- ☐ Fièvre légère

Arguments CONTRE:

- ☐ Durée trop longue (2 semaines)
- ☐ Absence de toux (critère de Centor)
- ☐ Absence d'exsudat amygdalien
- ☐ Symptômes systémiques importants

• Pharyngite gonococcique → Culture gorge sur milieu spécifique, PCR gonocoque

Arguments POUR:

- ☐ Antécédent de gonorrhée
- ☐ Pratiques sexuelles orales probables
- ☐ Partenaires multiples

Arguments CONTRE:

- ☐ Durée prolongée
- ☐ Symptômes systémiques marqués

Autres causes

• Toxoplasmose → Sérologie toxoplasmose

Arguments POUR:

- ☐ Syndrome mononucléosique possible
- ☐ Lymphadénopathie
- ☐ Fatigue

Arguments CONTRE:

- ☐ Moins fréquent
- ☐ Pas d'exposition évidente

2. Examens complémentaires initiaux

0

FSC avec frottis sanguin (lymphocytes atypiques)

☐

Monotest (anticorps hétérophiles)

☐

Sérologie EBV (VCA IgM, EBNA)

☐

Sérologie VIH avec consentement

☐

Charge virale VIH si suspicion infection aiguë

☐

3. Examens complémentaires additionnels

0

- Culture de gorge (streptocoque, gonocoque)
- Test rapide streptocoque
- Sérologie CMV si monotest négatif
- Transaminases hépatiques
- US abdominale si doute sur splénomégalie

☐
☐
☐
☐
☐

4. Prise en charge immédiate

☐☐☐

0

Traitement symptomatique

- Paracétamol 1g × 4/jour pour fièvre et douleur
- Hydratation adéquate
- Repos recommandé
- Gargarismes salins pour mal de gorge
- Pastilles anesthésiantes si besoin

Précautions spécifiques

- Éviter sports de contact × 3-4 semaines (risque rupture rate)
- Éviter aspirine (thrombocytopénie possible)
- Pas d'alcool (hépatite possible)
- Surveillance signes de complications
- Arrêt maladie si nécessaire

Prévention transmission

- Relations sexuelles protégées obligatoires
- Information partenaire actuelle
- Éviter partage ustensiles/verres
- Hygiène des mains renforcée
- Isolement si mononucléose confirmée

Suivi et surveillance

- Revoir avec résultats dans 3-5 jours
- Si VIH+ : orientation spécialisée urgente
- Si EBV+ : surveillance clinique
- Contrôle transaminases si hépatite
- Éducation sur évolution naturelle

5. Counseling et prévention

0

- Counseling pré/post test VIH
- Dépistage autres IST (syphilis, hépatites)
- Vaccination hépatite A/B si indiquée
- Aide sevrage tabagique
- Éducation pratiques sexuelles sûres
- Support psychologique si diagnostic VIH

☐
☐
☐
☐
☐
☐

6. Signes d'alarme

☐☐☐

0

⚠ Red Flags - Complications potentielles

1. Rupture splénique
→ Douleur abdominale aiguë, hypotension, pâleur
2. Obstruction des voies aériennes
→ Dyspnée, stridor, hypertrophie amygdalienne majeure
3. Hépatite fulminante
→ Ictère, confusion, coagulopathie
4. Complications neurologiques
→ Méningite, encéphalite, syndrome de Guillain-Barré
5. Thrombocytopénie sévère
→ Purpura, saignements muqueux

Clôture de consultation

Clôture type

Monsieur Davis, il est probable que vous ayez contracté la même infection que votre ex-petite amie. Il se peut que ce ne soit rien de plus qu'une infection virale passagère, ou cela peut représenter une maladie plus grave comme le VIH. Nous devons effectuer quelques tests pour nous aider à poser le diagnostic. Je recommande de faire un test de dépistage du VIH, ainsi qu'un prélèvement de gorge et une échographie de votre abdomen. En attendant, je vous recommande fortement d'utiliser des préservatifs pour éviter une grossesse non désirée et pour prévenir les MST. Comme la mononucléose infectieuse est l'une des maladies qui pourraient expliquer vos symptômes, je vous recommande également d'éviter les sports de contact pendant au moins 3 semaines en raison du risque possible de rupture traumatique de la rate, ce qui pourrait être fatal. De plus, comme le tabagisme est associé à diverses maladies, je vous conseille d'arrêter de fumer ; nous avons de nombreuses façons de vous aider si cela vous intéresse. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Pensez-vous que j'ai le SIDA ?]

Réponse type du candidat

Pourquoi pensez-vous que vous pourriez avoir le SIDA ? Croyez-vous que vous ayez été exposé au VIH ? C'est possible, mais je ne pourrai pas vous le dire avant d'avoir demandé des tests sanguins.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluation générale de la communication Qualité globale de l'interaction médecin-patient	<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%

Scénario pour le patient standardisé

Nom : Brian Davis | **Âge :** 21 ans

Contexte : Étudiant universitaire avec mal de gorge persistant

Motif de consultation

Plainte principale : «Mal de gorge.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Ça dure depuis deux semaines maintenant.»

Consignes

- Soyez impoli et sur la défensive.
- Répondez à la plupart des questions par un 'oui' ou 'non' sec.
- Simulez une sensibilité au quadrant supérieur gauche (QSG) lors de la palpation abdominale.
- Montrez de la réticence à parler de votre vie sexuelle.
- Devenez anxieux si le VIH est mentionné.

Histoire actuelle

Symptômes principaux :

- Mal de gorge depuis 2 semaines
- Fièvre légère non mesurée
- Fatigue importante
- Perte de poids subjective
- Perte d'appétit complète

Douleur abdominale :

- QSG depuis hier
- Intensité 4/10
- Constante
- Sans relation alimentaire

Signes associés :

- Ganglions cou douloureux
- Pas de toux
- Pas d'éruption
- Pas de sueurs nocturnes

Contact avec malade :

- Ex-petite amie mêmes symptômes
- Il y a 2 mois
- Rupture à ce moment
- Pas de suivi de son état

Simulation

Attitude :

- Défensif et brusque
- Minimise symptômes
- Évite détails personnels
- Devient anxieux si VIH évoqué
- Nie comportements à risque initialement

Examen physique :

- Sensibilité QSG à simuler
- Ganglions palpables au cou
- Pas de détresse apparente
- Coopératif mais distant

Histoire sexuelle

- **Orientation sexuelle :** Bisexuel (hommes et femmes)
- **Partenaires :** 2 dans l'année
- **Protection :** Utilise préservatifs
- **Activité sexuelle actuelle :** Nouvelle petite amie
- **Pratiques :** Non spécifiées

Habitudes de vie

Tabac :

- 1 paquet/jour
- Depuis 15 ans
- Pas de désir d'arrêt

Alcool :

- Week-ends seulement
- Consommation importante

Drogues : Nie utilisation

Études : Dernière année université

Antécédents médicaux

Infections sexuellement transmissibles :

- Gonorrhée il y a 4 mois
- Traité par antibiotiques
- Considéré guéri

Chirurgicaux : Aucun

Familiaux : Parents en bonne santé

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 21 ans bisexuel avec syndrome mononucléosique typique : mal de gorge prolongé, asthénie, lymphadénopathie, probable splénomégalie. DD principal entre mononucléose infectieuse (EBV) et primo-infection VIH. Facteurs de risque VIH multiples : bisexualité, partenaires multiples, ATCD gonorrhée récente. Contact avec ex-partenaire symptomatique suggère transmission infectieuse. Nécessite bilan complet IST et counseling.

Rôles et interventions de l'expert-e

L'expert-e intervient si l'étudiant-e :

- Oublie le test VIH malgré facteurs de risque évidents
- Ne mentionne pas risque rupture splénique
- Néglige counseling IST et prévention
- Manque d'empathie face à l'attitude défensive
- Omet dépistage partenaire actuelle

Points clés

- Syndrome mononucléosique : EBV vs VIH
- Facteurs risque VIH multiples et récents
- Splénomégalie probable = sports interdits
- Attitude défensive = anxiété face diagnostic
- Dépistage IST complet nécessaire

Pièges

- Se focaliser sur pharyngite simple
- Ignorer comportements sexuels à risque
- Manquer sensibilité QSG (splénomégalie)
- Oublier counseling pré/post test VIH
- Ne pas aborder sevrage tabagique

Diagnostic

Syndrome mononucléosique chez adulte jeune à risque IST : DD principal entre mononucléose infectieuse (EBV) et primo-infection VIH

Mononucléose infectieuse

Infection virale commune du jeune adulte :

- Agent : virus Epstein-Barr (90% cas)
- Transmission : salive (maladie du baiser)
- Incubation : 4-6 semaines
- Triade classique : fièvre, pharyngite, lymphadénopathie
- Splénomégalie : 50-60% des cas
- Évolution : 2-4 semaines, fatigue prolongée possible

Primo-infection VIH

Syndrome rétroviral aigu :

- Survient 2-4 semaines post-exposition
- Symptômes dans 50-90% des infections
- Syndrome pseudo-grippal ou mononucléosique
- Charge virale très élevée = forte contagiosité
- Fenêtre sérologique : anticorps négatifs possibles
- Diagnostic : Ag p24 ou charge virale

Différenciation clinique EBV vs VIH

Éléments discriminants :

- EBV : pharyngite exsudative fréquente, splénomégalie ++
- VIH : éruption maculopapuleuse (70%), ulcères muqueux
- Durée : EBV plus prolongé, VIH 1-2 semaines
- Lymphocytes atypiques : spécifiques EBV
- Thrombocytopénie : plus fréquente VIH
- Contexte épidémiologique crucial

Complications mononucléose

Surveillance des risques :

- Rupture splénique : 0.1-0.5%, sports contact interdits 3-4 sem
- Obstruction voies aériennes : corticoïdes si sévère
- Hépatite : 80% élévation transaminases, ictère 5%
- Complications hématologiques : thrombocytopénie, anémie
- Complications neurologiques : méningite, encéphalite (1%)
- Syndrome fatigue chronique : 10% à 6 mois

Bilan diagnostique rationnel

Approche par étapes :

- 1ère intention : FSC, monotest, transaminases
- Si monotest négatif : sérologie EBV spécifique
- Systématique si risque : VIH (Ag/Ac + charge virale)
- Selon contexte : CMV, toxoplasmose
- Culture gorge : si doute pharyngite bactérienne
- Imagerie : US abdominale si doute splénomégalie

Prise en charge thérapeutique

Traitement essentiellement symptomatique :

- Repos au lit phase aiguë
- Antipyrétiques : paracétamol préféré
- Éviter amoxicilline : rash dans 80-100% si EBV
- Corticoïdes : si obstruction VAS ou complications sévères
- Antiviraux : pas d'indication en routine
- Support : hydratation, nutrition, arrêt maladie

Counseling IST et prévention

Approche globale santé sexuelle :

- Évaluation complète comportements à risque
- Dépistage large : VIH, syphilis, hépatites B/C
- Vaccination hépatites A/B si non immunisé
- Éducation PrEP si VIH négatif à risque
- Notification et dépistage partenaires
- Support psychologique si anxiété

Populations à risque VIH

Facteurs épidémiologiques :

- HSH (hommes sexe avec hommes) : risque maximal
- Bisexuels : pont épidémiologique
- Antécédent IST : cofacteur acquisition VIH
- Partenaires multiples : exposition répétée
- Jeunes adultes : pic incidence nouvelles infections
- Diagnostic précoce = meilleur pronostic

Résumé du cas clinique

Jeune homme bisexuel de 21 ans présentant syndrome mononucléosique typique avec facteurs de risque VIH multiples. La différenciation entre mononucléose infectieuse et primo-infection VIH est cruciale. L'attitude défensive reflète probablement l'anxiété face aux implications diagnostiques. Approche empathique nécessaire avec counseling adapté et dépistage IST complet.

Conclusion

- Le syndrome mononucléosique nécessite un diagnostic étiologique
- Les facteurs de risque IST imposent un dépistage large
- La primo-infection VIH est un diagnostic à ne pas manquer
- Les complications de la mononucléose peuvent être graves
- L'approche doit être globale incluant prévention et counseling
- Le suivi rapproché est essentiel quelle que soit l'étiologie

Rappels thérapeutiques

- Paracétamol : 1g × 4/jour maximum
- Prednisolone : 1 mg/kg si obstruction VAS
- Valacyclovir : pas d'efficacité démontrée EBV
- PrEP VIH : Truvada 1 cp/jour si indiqué
- Vaccination VHB : schéma 0-1-6 mois

Examens complémentaires

- Monotest : Se 85%, Sp 94% pour EBV
- VCA IgM : phase aiguë EBV
- EBNA : apparaît après 6-8 semaines
- VIH combo : Ag p24 + Ac, fenêtre 2-3 sem
- Charge virale VIH : si suspicion primo-infection
- Lymphocytes atypiques : >10% suggestif EBV