

Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-14 - Douleur thoracique - Homme 45 ans

📍 Service d'urgences

👤 Max Harris, homme de 45 ans, consultant aux urgences pour douleur thoracique

T° 37.9°C	TA 135/75 mmHg	FC 105 bpm	FR 20/min
--------------	-------------------	---------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/44

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [J'ai une douleur dans la poitrine]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur thoracique				0
Localisation [Du côté gauche]	<input type="checkbox"/>			
Intensité (échelle 0-10) [Un 6]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [C'est une douleur sourde]	<input type="checkbox"/>			
Début [Ça a commencé il y a 30 minutes]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Ça a commencé soudainement quand je courais pour attraper le bus]	<input type="checkbox"/>			
Progression/constant/intermittent [La douleur est là tout le temps, et elle s'est aggravée depuis qu'elle a commencé]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Non]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Je pense que c'est peut-être un peu pire quand je bouge ou que je m'allonge]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés [Je me sens essoufflé depuis que la douleur a commencé]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
4. Recherche de symptômes spécifiques				0
Traumatisme [Je joue au football. J'ai été plaqué par un autre joueur hier]	<input type="checkbox"/>			
Voyage récent [Non]	<input type="checkbox"/>			
Gonflement des chevilles [Non]	<input type="checkbox"/>			
Nausées/vomissements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/frissons [J'ai l'impression d'avoir peut-être de la fièvre aujourd'hui mais c'est le premier jour]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [Non]	<input type="checkbox"/>			
Palpitations [On dirait que mon cœur bat plus vite en ce moment. D'habitude, il ne bat aussi vite que quand je joue au football]	<input type="checkbox"/>			
Éruption/changements cutanés [Non]	<input type="checkbox"/>			
Toux [Non]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [J'ai eu le nez qui coulait il y a 2 semaines]	<input type="checkbox"/>			
Vertiges [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Antécédents médicaux [Mon médecin m'a dit que j'ai de l'hypertension, et mon cholestérol est un peu élevé aussi]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
6. Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
7. Allergies [Aucune]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
8. Médicaments [Je prends des vitamines. Et je prends des médicaments sur ordonnance pour ma tension et mon cholestérol, mais j'ai oublié les noms. Un commence par un 'R' et un par un 'A']	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
9. Hospitalisations [Jamais]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

10. Antécédents familiaux [Aucun]

☐☐

0

11. Habitudes et mode de vie

0

Occupation [Je travaille comme barman dans un club du centre-ville]

☐

Domicile [Je vis seul. J'ai une petite amie]

☐

Alcool [Non, je ne bois pas d'alcool]

☐

Drogues illicites [Je prends des amphétamines de temps en temps]

☐

Consommation d'amphétamines (durée, fréquence, dernière prise) [Depuis 5 ans, peut-être environ deux fois par semaine. J'ai pris 1 pilule hier après-midi]

☐

Tabac [Oui. Un paquet par jour depuis 15 ans]

☐

Exercice [Je cours une fois par semaine]

☐

Examen clinique (25%)

Score : 0/13

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Mesures d'hygiène				0
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
2. Examen du cou				0
Évaluation de la distension jugulaire	<input type="checkbox"/>			
Auscultation des artères carotides	<input type="checkbox"/>			
3. Examen cardiovasculaire				0
Inspection du thorax	<input type="checkbox"/>			
Palpation du thorax	<input type="checkbox"/>			
Palpation du choc de pointe	<input type="checkbox"/>			
Palpation du pouls radial	<input type="checkbox"/>			
Auscultation cardiaque	<input type="checkbox"/>			
4. Examen thoracique	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
Auscultation pulmonaire				
5. Examen des extrémités	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
Recherche d'œdème prenant le godet				

Management (25%)

Score : 0/18

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

Causes cardiovasculaires urgentes

- **Syndrome coronarien aigu (SCA)** → ECG immédiat + troponines sérieées

Arguments POUR:

- ☐ Douleur thoracique gauche induite par l'effort (course pour bus)
- ☐ Début aigu avec dyspnée et tachycardie
- ☐ Facteurs de risque multiples : HTA, hypercholestérolémie, amphétamines
- ☐ Tabac 15 PA (30 paquets-années)
- ☐ Âge 45 ans (risque cardiovasculaire augmente)

- ☐ Angor instable probable (nouvelle douleur = angor de novo)
- ☐ Consommation amphétamines = risque spasme coronaire

• **Péricardite** → **ECG (sus-décalage ST diffus) + échocardiographie**

Arguments POUR:

- ☐ Douleur thoracique + dyspnée + tachypnée
- ☐ Douleur aggravée en décubitus
- ☐ Infection respiratoire haute il y a 2 semaines
- ☐ Fièvre légère aujourd'hui

Contre : Début très aigu à l'effort, pas d'amélioration en position penchée en avant, pas de frottement décrit

Autres causes

• **Contusion costale** → **Radiographie thoracique**

Arguments POUR:

- ☐ Traumatisme thoracique (plaquage football hier)
- ☐ Douleur aggravée par mouvements

Contre : Début retardé (24h après trauma), survenue à l'effort, dyspnée associée

• **Pneumothorax** → **Radiographie thoracique**

Contre : Pas de douleur pleurétique typique, début à l'effort

• **Embolie pulmonaire** → **D-dimères si suspicion**

Contre : Pas de facteurs de risque thromboemboliques

• **Fracture costale** → **Radiographie série de côtes**

Contre : Délai important après trauma

2. Examens complémentaires urgents

0

ECG [pour évaluer les signes d'ischémie myocardique aiguë et de péricardite]

☐

FSC [les leucocytes seraient élevés dans la péricardite]

☐

Échocardiographie [peut montrer des signes d'épanchement péricardique dans la péricardite ; utile pour évaluer les anomalies de la cinétique pariétale, la fonction VG et les complications possibles chez les patients avec angor instable]

☐

3. Examens biologiques et toxicologiques

0

Toxicologie urinaire [pour évaluer les amphétamines et autres drogues qui peuvent causer des douleurs thoraciques (ex: cocaïne)]

☐

Troponine T, CK-MB [seraient élevées dans l'infarctus du myocarde et rarement dans la péricardite mais négatives dans l'angor instable]

☐

4. Examens invasifs si indiqués

☐
☐
☐

0

Coronarographie [pour détecter (et éventuellement traiter) une sténose coronarienne]

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 des drogues illicites

☐

Conseil sur l'arrêt du tabac

☐

Réaction appropriée au défi concernant les médicaments

☐

Éducation sur les facteurs de risque cardiovasculaires

☐

Prise en charge thérapeutique immédiate du SCA

- Monitoring cardiaque continu
- Oxygène si SpO2 < 90% ou dyspnée
- Nitroglycérine sublinguale 0.4mg (si TA > 90 mmHg)
- Aspirine 300mg à croquer
- Morphine 2-4mg IV si douleur persistante
- Bêta-bloquants si pas de contre-indication
- Statine haute intensité
- Anticoagulation selon protocole SCA

Clôture de consultation

Défi : Médicaments oubliés

[Je ne connais pas les noms de mes médicaments, seulement la première lettre de chacun]

Réponse type du candidat

M. Harris, je devrai faire quelques tests avant de savoir exactement ce qui cause votre douleur thoracique. En tant que votre médecin, j'aimerais avoir une image plus complète de votre santé avant de décider de la meilleure marche à suivre. Une partie de ce processus consiste à découvrir quels médicaments vous prenez actuellement. À qui pourrais-je demander les noms de vos médicaments ? Peut-être votre pharmacien ou votre médecin traitant ? Ou avez-vous les boîtes de médicaments chez vous ? Entre-temps, sachant que l'un commence par 'R' et l'autre par 'A', il s'agit probablement du ramipril pour votre tension et de l'atorvastatine pour votre cholestérol, qui sont des médicaments très courants pour ces conditions.

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%

Œdème prenant le godet du membre inférieur

Le tissu est nettement œdémateux au-dessus de la ligne jusqu'à laquelle la chaussette du patient avait précédemment été remontée.

Après avoir appliqué une pression sur la zone pré-tibiale, l'indentation résiduelle caractéristique de l'œdème prenant le godet devient visible.



Infarctus du myocarde antérieur avec sus-décalage ST (STEMI)

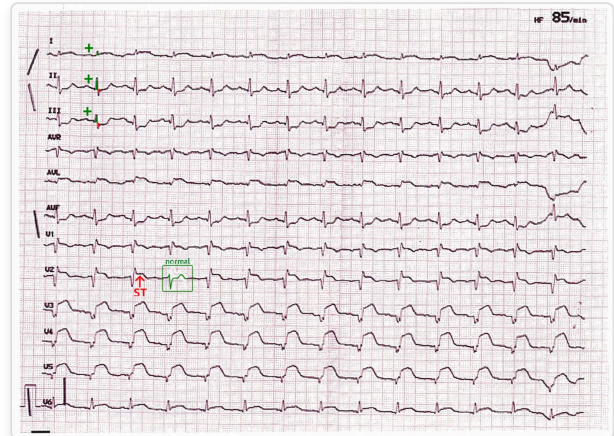
ECG 12 dérivations (vitesse du papier : 25 mm/s).

Rythme sinusal avec fréquence cardiaque d'environ 85/min.

Axe cardiaque normal (dérivations I, II et III positives, mais difficile à interpréter à cause des modifications ST).

Sus-décalage ST en V2-V6, aVL et légèrement en I.

Sous-décalage ST réciproque dans les dérivations II, III et aVF.



Péricardite aiguë

ECG 12 dérivations (vitesse du papier : 25 mm/s).

Tachycardie sinusale avec fréquence d'environ 107/min.

Axe cardiaque normal ($R > S$ dans I et aVF).

Les ondes P ont une morphologie normale.

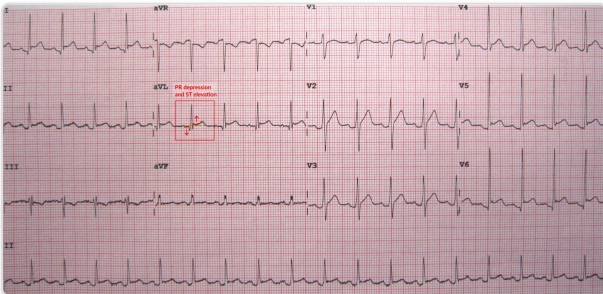
Sous-décalages PR diffus avec sus-décalages ST réciproques concaves (mieux visibles en aVL) et sus-décalages PR en aVR.

Noter l'encoche à la fin des complexes QRS (créant la morphologie en "hameçon" ; mieux visible en aVL).

Onde T discordante en V1. Intervalle PR normal (environ 120 ms), intervalle QRS limite étroit (environ 80 ms), intervalle QT prolongé (environ 400 ms) ;

$QTc = 534$ ms).

Ces résultats sont typiques du stade 1 de la péricardite aiguë.



Scénario pour le patient standardisé

Nom : Max Harris | **Âge :** 45 ans

Contexte : Barman consultant aux urgences pour douleur thoracique aiguë à l'effort

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai une douleur dans la poitrine.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Je me sens essoufflé depuis que la douleur a commencé.»

Consignes

- Tenir votre poitrine gauche comme si vous aviez une douleur modérée dans cette zone.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: ECG) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Dire à l'examineur que vous ne connaissez pas les noms de vos médicaments, seulement la première lettre de chacun (comme dans la checklist 'Antécédents médicaux' ci-dessus).

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleur thoracique gauche début il y a 30 minutes
- Survenue à l'effort (course pour attraper bus)
- Douleur sourde, intensité 6/10
- Constante et en aggravation
- Aggravée par mouvements et décubitus

Symptômes associés :

- Dyspnée depuis début douleur
- Sensation de tachycardie
- Impression fébrile aujourd'hui
- Antécédent rhinite il y a 2 semaines
- Traumatisme thoracique (football) hier

Simulation

Durant l'entretien :

- Tenir main sur poitrine gauche
- Respiration légèrement accélérée
- Paraître inquiet mais coopératif
- Demander clarifications termes médicaux
- Mentionner oubli noms médicaments

Durant le status :

- Douleur modérée sans grimace excessive
- Respiration régulière
- Coopération totale à l'examen
- Pas de signe de détresse majeure

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 45 ans avec probable syndrome coronarien aigu sur terrain à risque. Facteurs de risque cardiovasculaires multiples : HTA, dyslipidémie, tabac 15 PA, consommation amphétamines. Présentation typique d'angor instable (angor de novo) avec douleur d'effort. Amphétamines = risque de vasospasme coronaire et IDM. Diagnostic différentiel inclut péricardite post-virale.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- ECG : Sous-décalage ST V4-V6 suggérant ischémie latérale
- Troponine T initiale : 0.02 ng/mL (limite normale)
- Troponine T à 3h : 0.15 ng/mL (positive)
- Toxicologie urinaire : Positive pour amphétamines
- Radiographie thoracique : Normale
- Échocardiographie : Hypokinésie segmentaire latérale

Points clés

- Amphétamines = urgence cardiologique (spasme coronaire, IDM)
- Médicaments probables : Ramipril (IECA) et Atorvastatine (statine)
- Angor de novo = angor instable = SCA
- Troponine peut être normale initialement dans angor instable
- Toujours faire toxicologie si suspicion drogue

Pièges

- Se focaliser sur traumatisme thoracique récent
- Minimiser risque des amphétamines
- Ne pas identifier les médicaments probables
- Retarder ECG et monitoring
- Oublier aspirine et protocole SCA

Diagnostic le plus probable

Syndrome coronarien aigu (angor instable) induit par amphétamines

Syndrome coronarien aigu

Continuum d'ischémie myocardique aiguë :

- Types : Angor instable, NSTEMI, STEMI
- Angor instable : douleur au repos ou de novo ou crescendo
- NSTEMI : nécrose sans sus-décalage ST (troponine +)
- STEMI : nécrose avec sus-décalage ST
- Mortalité : STEMI > NSTEMI > angor instable
- Physiopathologie : rupture plaque, thrombose, spasme

Amphétamines et système cardiovasculaire

Mécanismes de cardiotoxicité :

- Libération catécholamines : tachycardie, HTA, vasospasme
- Spasme coronaire : ischémie même sans athérosclérose
- Augmentation demande O₂ myocardique
- Thrombose : activation plaquettaire
- Cardiomyopathie chronique si usage prolongé
- Risque IDM multiplié par 7 dans l'heure suivant prise

Présentation clinique du SCA

Triade classique variable :

- Douleur thoracique : oppression, serrement, brûlure
- Irradiation : mâchoire, bras gauche, dos
- Symptômes végétatifs : sueurs, nausées, anxiété
- Équivalents : dyspnée isolée, syncope (sujet âgé)
- Facteurs déclenchants : effort, stress, froid
- Red flags : début brutal, repos, > 20 min

Scores de risque dans le SCA

Stratification pour orientation :

- TIMI score : 7 variables, risque à 14 jours
- GRACE score : mortalité hospitalière et à 6 mois
- HEART score : urgences, décision admission
- Variables clés : âge, troponine, ECG, créatinine
- Haut risque = coronarographie < 24h
- Bas risque = test non invasif possible

Prise en charge initiale du SCA

Protocole standardisé urgent :

1. Monitoring continu + voie veineuse
2. ECG 12 dérivations < 10 minutes
3. Aspirine 300mg à croquer immédiatement
4. Nitrés sublinguaux si TA > 90 mmHg
5. Morphine si douleur réfractaire
6. Bêta-bloquants précoces si pas CI
7. Double antiagrégation selon type SCA

Diagnostic différentiel péricardite

Points de distinction avec SCA :

- Douleur : pleurétique, soulagée position assise

- Contexte : post-viral (1-3 semaines)
- ECG : sus-décalage ST diffus concave
- Frottement péricardique : pathognomonique
- Troponine : parfois légèrement positive
- Échocardiographie : épanchement péricardique

Rappels thérapeutiques

- Aspirine 300mg à croquer puis 100mg/j à vie
- Clopidogrel 600mg charge puis 75mg/j × 12 mois
- Énoxaparine 1mg/kg SC BID ou HNF selon protocole
- Atorvastatine 80mg/j (haute intensité)
- Bêta-bloquant : métoprolol 25-50mg BID
- IEC/ARA2 : ramipril 2.5-10mg/j
- Nitrés action prolongée si angor résiduel
- Sevrage amphétamines avec support psychiatrique

Examens complémentaires

- ECG sérié : Toutes les 30 min si douleur, recherche évolution ST
- Troponine hs : T0, T3h, T6h (protocole 0/3h si haute sensibilité)
- Bilan SCA : FSC, iono, urée/créat, glycémie, bilan lipidique
- Radiographie thoracique : Éliminer autres causes, OAP
- Échocardiographie : Fonction VG, cinétique segmentaire, complications
- Coronarographie : Si NSTEMI/STEMI ou angor instable haut risque