

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-4 - AVP - Homme de 25 ans

📍 Service d'urgences

👤 John Matthews, 25 ans, se présente aux urgences après un accident de la route

TA 123/88 mmHg	FC 85 bpm	FR 22/min	T° 38°C
-------------------	--------------	--------------	------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/47

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal				0
Dyspnée [J'ai du mal à respirer]	<input type="checkbox"/>			
Douleur thoracique [J'ai cette douleur atroce (tient sa poitrine, côté gauche)]	<input type="checkbox"/>			
2. Caractérisation de la douleur				0
Début [Cela a commencé hier soir]	<input type="checkbox"/>			
Sévérité [C'est l'une des pires douleurs que j'aie jamais eues. Au moins 8/10]	<input type="checkbox"/>			
Localisation [Côté gauche de la poitrine]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs d'amélioration [Rien de ce que je fais ne l'améliore]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Cela devient encore pire lorsque je prends une grande respiration ou que j'essaie de bouger]	<input type="checkbox"/>			
3. Circonstances de l'accident				0
Mécanisme [Je conduisais ma voiture et j'essayais de répondre à mon téléphone portable]	<input type="checkbox"/>			
Détails [Quand j'ai levé les yeux, j'ai vu que j'avais dévié de la route. J'ai immédiatement essayé de ralentir mais j'ai percuté un arbre]	<input type="checkbox"/>			
Vitesse [Je n'allais pas très vite et ma voiture était en gros en bon état]	<input type="checkbox"/>			
Actions post-accident [J'étais embarrassé, alors je n'ai pas appelé la police]	<input type="checkbox"/>			
Ceinture de sécurité [Je portais ma ceinture de sécurité]	<input type="checkbox"/>			
État initial [Je me sentais bien au début, donc je ne pensais pas devoir aller à l'hôpital]	<input type="checkbox"/>			
4. Symptômes respiratoires				0
Toux [Je tousse depuis quelques jours, je suppose]	<input type="checkbox"/>			
Expectoration [Je dois utiliser un mouchoir parce que je continue à ramener cette substance jaune]	<input type="checkbox"/>			
Dyspnée [J'ai du mal à respirer]	<input type="checkbox"/>			
5. Symptômes généraux				0
Fièvre/frissons [J'ai eu un peu chaud et j'ai remarqué que mes muscles sont douloureux, mais je ne pense pas avoir eu de frissons ou de tremblements]	<input type="checkbox"/>			
Douleur abdominale [Oui, j'ai une douleur aiguë ici (indique le quadrant supérieur gauche)]	<input type="checkbox"/>			

6. Bilan traumatique - Tête et cou0

- Traumatisme crânien [Non]☐
- Écoulement des oreilles, de la bouche ou du nez [Non]☐
- Perte de conscience [Non]☐
- Convulsions [Non]☐
- Céphalées [Non]☐
- Changement de vision [Non]☐
- Confusion, perte de mémoire ou changement de personnalité [Non]☐
- Raideur de la nuque [Non]☐

7. Bilan traumatique - Neurologique et autres0

- Faiblesse ou engourdissement dans les extrémités [Non]☐
- Symptômes cardiaques (palpitations) [Non]☐
- Nausées/vomissements [Non]☐
- Douleur à la miction [Non]☐
- Autres blessures [J'ai quelques égratignures sur mes bras à cause de l'accident de voiture]☐

8. Informations complémentaires0

- Dernier repas/boisson [J'ai pris mon petit-déjeuner ce matin, il y a environ 5 heures. Je n'ai eu aucun problème à le garder]☐
- Alcool ou drogues [Non]☐

9. Médicaments actuels [Aucun]☐☐0

10. Antécédents médicaux☐☐☐0

Mononucléose infectieuse [J'ai eu un mal de gorge, une légère fièvre et de la fatigue il y a 2 semaines. Mon médecin m'a dit que j'avais la mononucléose infectieuse, mais c'est parti maintenant]

11. Antécédents chirurgicaux [Aucun]☐☐0

12. Antécédents familiaux [Mon père et ma mère sont tous les deux en bonne santé]☐☐0

13. Habitudes et mode de vie0

Occupation [Je suis banquier]☐

Alcool [Occasionnelle, le week-end]☐

Drogues illicites [Non]☐

Tabagisme [Non]☐

14. Allergies médicamenteuses [Aucune]☐☐0

Examen clinique (25%)

Score : 0/23

Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [Patient en détresse aiguë, dyspnéique]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen de la tête et du cou0				0
Inspection [Pas de TJ, pas de contusions]	<input type="checkbox"/>			
Pupilles [Pupilles iso-iso]	<input type="checkbox"/>			
Mouvements oculaires [Mouvements oculaires normaux]	<input type="checkbox"/>			
Pharynx [Pas d'œdème ou d'exsudats pharyngés]	<input type="checkbox"/>			

3. Examen cardiovasculaire

Auscultation [RR et FC normales ; B1/B2 normaux ; pas de souffles, frottements ou galops]

☐☐☐

0

4. Examen pulmonaire

0

Inspection [Deux grandes ecchymoses sur le thorax gauche]

☐

Palpation [Sensibilité des côtes gauches]

☐

Auscultation [Bruits respiratoires diminués sur le champ pulmonaire gauche, champs pulmonaires droits clairs]

☐

Percussion

☐

5. Examen abdominal

0

Inspection

☐

Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité]

☐

Palpation [Détendu, souple, sensibilité du quadrant supérieur gauche, pas de défense ni de détente]

☐

Examen spécifique de l'organomégalie [Pas d'organomégalie]

☐

6. Examen neurologique

0

État mental [Alerté et orienté x3]

☐

Nerfs crâniens [II–XII intacts dans les grandes lignes]

☐

Motricité globale [Force 5/5 dans tous les groupes musculaires]

☐

Sensibilité [Intacte aux piqué-touché]

☐

7. Examen de la peau

0

Inspection des abrasions [Quelques égratignures sur les bras]

☐

Lacérations [Pas de lacérations]

☐

Contusions [Pas de contusions autres que sur le thorax]

☐

Management (25%)

Score : 0/20

Critères

Oui

±

Non

Points

1. Hypothèses diagnostiques

☐☐☐

0

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

Diagnostics différentiels à considérer

Causes traumatiques prioritaires

• Pneumothorax → Radiographie thoracique urgente

Arguments POUR:

- ☐ Douleur thoracique gauche après AVP
- ☐ Dyspnée
- ☐ Douleur exacerbée par le mouvement et l'inspiration profonde
- ☐ Bruits respiratoires diminués à gauche
- ☐ Tachypnée (FR 22/min)

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de TJ
- ☐ Pas de déviation trachéale

• Hémothorax → Radiographie thoracique, écho FAST

Arguments POUR:

- ☐ Traumatisme thoracique direct
- ☐ Bruits respiratoires diminués à gauche
- ☐ Dyspnée
- ☐ Toux

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de signes de choc hypovolémique
- ☐ TA normale

• Fracture de côte → Radiographie thoracique

Arguments POUR:

- ☐ Traumatisme direct sur le thorax
- ☐ Douleur à la palpation des côtes
- ☐ Douleur à l'inspiration
- ☐ Ecchymoses thoraciques

Complications possibles:

- ☐ Pneumothorax secondaire
- ☐ Contusion pulmonaire

• **Rupture splénique** → *Écho FAST, CT abdominal avec contraste*

Arguments POUR:

- ☐ Douleur quadrant supérieur gauche
- ☐ Antécédent récent de mononucléose (rate fragile)
- ☐ Traumatisme abdominal possible

Arguments CONTRE:

- ☐ Hémodynamique stable
- ☐ Pas de signes péritonéaux

Autres causes à considérer

• **Pneumonie** → *Radiographie thoracique, NFS, hémocultures*

Arguments POUR:

- ☐ Toux productive depuis quelques jours
- ☐ Expectoration jaune
- ☐ Fièvre (38°C)
- ☐ Douleur pleurétique

Arguments CONTRE:

- ☐ Contexte traumatique récent

• **Pleurite** → *Radiographie thoracique*

Arguments POUR:

- ☐ Douleur thoracique à l'inspiration
- ☐ Contexte post-viral (mononucléose)

Arguments CONTRE:

- ☐ Traumatisme récent plus probable

2. Prise en charge immédiate - ABCDE

0

- | | |
|--|--------------------------|
| A - Voies aériennes : Évaluation et protection | <input type="checkbox"/> |
| B - Respiration : Oxygénothérapie si saturation < 94% | <input type="checkbox"/> |
| C - Circulation : Voie veineuse périphérique, monitoring | <input type="checkbox"/> |
| D - Déficit neurologique : Évaluation continue | <input type="checkbox"/> |
| E - Exposition : Recherche d'autres lésions | <input type="checkbox"/> |

3. Examens complémentaires urgents

0

- | | |
|---|--------------------------|
| Radiographie thoracique (face et profil) | <input type="checkbox"/> |
| Écho FAST (recherche d'épanchement) | <input type="checkbox"/> |
| Gazométrie artérielle ou saturation en O2 | <input type="checkbox"/> |
| NFS, groupe sanguin si suspicion d'hémorragie | <input type="checkbox"/> |

4. Examens complémentaires secondaires

0

- | | |
|--|--------------------------|
| CT thoraco-abdominal si lésions complexes | <input type="checkbox"/> |
| Coloration de Gram et culture des expectorations | <input type="checkbox"/> |
| Hémocultures si fièvre | <input type="checkbox"/> |
| Toxicologie urinaire et alcoolémie | <input type="checkbox"/> |
| ECG de surveillance | <input type="checkbox"/> |

5. Traitement symptomatique et surveillance

**0**

Analgésie

- Morphine IV titration (attention dépression respiratoire)
- Paracétamol IV 1g
- AINS si pas de contre-indication

Support respiratoire

- Oxygénothérapie pour SpO2 > 94%
- Position semi-assise
- Spirométrie incitative
- Surveillance rapprochée FR et SpO2

Surveillance et prévention

- Monitoring continu (FC, TA, FR, SpO2)
- Réévaluation clinique horaire
- Prévention atélectasie (mobilisation, kiné respiratoire)
- Thromboprophylaxie si alitement

Traitement spécifique selon diagnostic

- Pneumothorax : drainage thoracique si > 20%
- Hémithorax : drainage + surveillance débit
- Fracture côtes : analgésie multimodale
- Rupture splénique : chirurgie urgente si instable

6. Signes d'alarme à surveiller

**0**

⚠ Red Flags - Complications nécessitant une action immédiate

1. **Pneumothorax sous tension**
→ Détresse respiratoire aiguë, T.J, déviation trachéale = Décompression à l'aiguille urgente
2. **Choc hémorragique**
→ Hypotension, tachycardie, pâleur = Réanimation volémique, chirurgie
3. **Tamponnade cardiaque**
→ Triade de Beck (hypotension, T.J, assourdissement B du cœur) = Péricardocentèse
4. **Détresse respiratoire**
→ SpO2 < 90%, cyanose, tirage = Intubation si échec O2 haut débit

Clôture de consultation

Clôture type

Monsieur Matthews, vous devriez toujours consulter un médecin après un accident comme celui-ci. Nous devons maintenant vous observer de près jusqu'à ce que nous puissions déterminer la cause de votre douleur. Nous allons faire quelques tests et des images de votre thorax. Nous vous donnerons aussi quelque chose pour la douleur et nous observerons votre respiration pour nous assurer que vous recevez suffisamment d'oxygène. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Pensez-vous que je vais mourir ?]

Réponse type du candidat

Votre condition est préoccupante et évidemment urgente. On va commencer par faire des images de votre thorax. Ensuite, une fois que nous aurons une meilleure idée de ce qui ne va pas, nous pourrons vous administrer un médicament pour vous aider avec la douleur. S'il y a de l'air ou du sang autour de vos poumons, il existe une procédure que nous pouvons effectuer pour libérer la pression. Nous vous surveillerons de très près à partir de maintenant, et si des complications arrivent, nous serons là pour vous aider.

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 : John Matthews | **Âge :** 25 ans
Contexte : Homme se présentant aux urgences après un accident de voiture

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai du mal à respirer et j'ai cette douleur atroce.»
Si on demande s'il y a autre chose : «(Le patient tient sa poitrine, côté gauche)»

Consignes

- Montrez une douleur dans la poitrine gauche qui s'aggrave à l'inspiration et au mouvement (c'est-à-dire, lorsque vous inspirez, tenez votre côté et arrêtez votre respiration avec un court soupir).
- Montrez de la douleur lorsque votre poitrine gauche est palpée.
- Montrez de la douleur lorsque votre abdomen supérieur gauche est palpé.
- Respirez rapidement et superficiellement.
- Toussez parfois fort dans un mouchoir.
- Gémissiez occasionnellement et répondez aux questions en phrases courtes.

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleur thoracique gauche sévère
- Dyspnée
- Début : Hier soir après l'accident
- Intensité : 8/10
- Aggravation : Inspiration profonde, mouvement
- Aucune amélioration

Symptômes associés :

- Toux productive avec expectorations jaunes
- Fièvre légère
- Douleur abdominale quadrant supérieur gauche
- Myalgies

Circonstances de l'accident :

- Utilisation du téléphone en conduisant
- Déviation de la route
- Impact frontal avec un arbre
- Faible vitesse
- Port de la ceinture de sécurité
- Pas d'appel aux secours initialement

Réponse aux symptômes :

- Je pensais que ça allait passer
- La douleur empire, c'est pour ça que je suis venu

Habitudes

- **Médicaments :** Aucun
- **Tabac :** Non-fumeur
- **Alcool :** Occasionnelle le week-end
- **Drogues illicites :** Aucune
- **Profession :** Banquier

Histoire médicale

- Mononucléose infectieuse il y a 2 semaines (résolu)

Anamnèse par systèmes

Système général :

- Sensation fébrile
- Myalgies
- Pas de frissons francs

Système respiratoire :

- Dyspnée d'effort et de repos
- Toux depuis quelques jours
- Expectorations jaunes

Système neurologique :

- Pas de perte de conscience
- Pas de céphalées
- Pas de troubles visuels
- Pas de confusion

Système digestif :

- Douleur QSG
- Pas de nausées/vomissements
- Dernier repas il y a 5h sans problème

Simulation

Durant l'entretien :

- Respiration superficielle et rapide
- Tenir la poitrine gauche
- Grimacer à l'inspiration
- Tousser dans un mouchoir
- Réponses courtes (dyspnée)
- Position antalgique penchée vers la droite

Durant le status :

- Douleur à la palpation thoracique gauche
- Douleur à la palpation QSG
- Arrêt inspiratoire lors de la palpation
- Anxiété visible
- Coopération malgré la douleur

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Patient de 25 ans consultant 24h après AVP à faible vitesse (distraction au téléphone). Douleur thoracique gauche pleurétique 8/10, dyspnée, toux productive. Antécédent récent de mononucléose. Examen : ecchymoses thoraciques, sensibilité costale, diminution du murmure vésiculaire gauche, sensibilité QSG. Signes vitaux : légère fièvre et tachypnée.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Radiographie thoracique : pneumothorax gauche de 30% sans déviation médiastinale
- Écho FAST : pas d'épanchement intra-abdominal
- Gazométrie : pH 7.42, PaO2 75 mmHg, PaCO2 35 mmHg
- NFS : GB 12,000, Hb 14 g/dL
- Si drainage thoracique : amélioration rapide de la dyspnée

Points clés

- Toujours évaluer ABCDE dans tout traumatisme
- Le pneumothorax peut se développer de façon retardée
- L'antécédent de mononucléose augmente le risque de rupture splénique
- La radiographie thoracique est l'examen clé initial
- Ne pas sous-estimer un traumatisme même à faible vitesse

Pièges

- Se focaliser sur la pneumonie et oublier le contexte traumatique
- Ne pas rechercher d'autres lésions associées
- Oublier le risque de rupture splénique post-monucléose
- Sous-estimer la gravité d'un pneumothorax de 30%
- Ne pas surveiller l'évolution (pneumothorax sous tension)

Diagnostic

Pneumothorax post-traumatique gauche sur traumatisme thoracique fermé

Approche du polytraumatisé - ATLS

Évaluation systématique selon l'Advanced Trauma Life Support :

- A - Airway : maintien avec protection cervicale
- B - Breathing : évaluation de la ventilation
- C - Circulation : contrôle hémorragique
- D - Disability : évaluation neurologique
- E - Exposure : déshabillage complet et prévention hypothermie

Pneumothorax traumatique

Accumulation d'air dans l'espace pleural suite à un traumatisme :

- Mécanismes : lacération pulmonaire, fracture côte, barotrauma
- Classification : simple, ouvert, sous tension
- Signes cliniques : dyspnée, douleur pleurétique, diminution MV
- Diagnostic : radiographie thoracique (ligne pleurale visible)
- Traitement : observation si < 20%, drainage si > 20% ou symptomatique

Pneumothorax sous tension

Urgence vitale par compression médiastinale :

- Physiopathologie : valve unidirectionnelle, pression intrapleurale croissante
- Signes : détresse respiratoire, T.J, déviation trachéale, hypotension
- Diagnostic clinique (ne pas attendre la radio)
- Traitement : décompression à l'aiguille 2e EIC ligne médio-claviculaire
- Puis drainage thoracique définitif

Traumatisme thoracique fermé

Lésions possibles par mécanisme de décélération :

- Paroi : fractures côtes, volet costal
- Plèvre : pneumothorax, hémithorax
- Poumon : contusion pulmonaire
- Médiastin : contusion myocardique, rupture aortique
- Diaphragme : rupture diaphragmatique

Particularités post-mononucléose

Risque accru de complications spléniques :

- Splénomégalie dans 50-60% des cas
- Fragilité splénique persistante 4-8 semaines
- Rupture possible même avec traumatisme mineur
- Contre-indication sports de contact 1 mois
- Surveillance échographique si traumatisme abdominal

Écho FAST

Focused Assessment with Sonography for Trauma :

- Recherche liquide libre intra-abdominal
- 4 fenêtres : péricarde, Morrison, périsplénique, Douglas
- Sensibilité 85-95% pour hémopéritoine significatif
- Rapide, non invasif, au lit du patient
- Ne remplace pas le CT si patient stable

Indications du drainage thoracique

Critères de mise en place d'un drain :

- Pneumothorax > 20% ou symptomatique
- Tout pneumothorax sous ventilation mécanique
- Pneumothorax bilatéral
- Hémothorax
- Pneumothorax sous tension après décompression

Surveillance post-drainage

Points clés du suivi :

- Oscillation du niveau liquide (swing)
- Absence de fuite aérienne (bullage)
- Radiographie de contrôle
- Expansion pulmonaire complète
- Retrait si poumon expansé et pas de fuite > 24h

Messages clés

- Le pneumothorax peut se développer de façon retardée post-trauma
- L'examen clinique peut être normal initialement
- La radiographie thoracique est l'examen de première ligne
- Un pneumothorax sous tension est un diagnostic clinique
- Toujours rechercher des lésions associées dans un polytraumatisme
- L'antécédent de mononucléose augmente le risque splénique

Rappels thérapeutiques

- Oxygénothérapie : cible SpO2 > 94%
- Analgésie : morphine IV titrée, éviter dépression respiratoire
- Drainage thoracique : 5e EIC ligne axillaire moyenne
- Antibioprophylaxie : non systématique sauf plaie pénétrante
- Thromboprophylaxie : HBPM si alitement prolongé

Examens complémentaires

- Radiographie thoracique : face + profil, recherche ligne pleurale
- CT thoracique : si lésions complexes ou doute diagnostique
- Gazométrie : évalue retentissement respiratoire
- Écho pleurale : peut détecter pneumothorax antérieur
- ECG : éliminer contusion myocardique si trauma sévère