

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-13 - Douleurs abdominales - Femme 48 ans

Clinique médicale
Sharon Smith, 48 ans, consulte en raison de douleurs abdominales

TA 135/70 mmHg	T° 36.9°C	FR 16/min	FC 76 bpm
-------------------	--------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%) Score : 0/37

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Douleur abdominale]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur				0
Début [Il y a deux semaines]	<input type="checkbox"/>			
Constant/intermittent [Eh bien, je n'ai pas tout le temps mal. Ça va et ça vient]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [Au moins une fois par jour]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Ça devient pire]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [Quand j'ai mal, c'est 7/10, et ça peut redescendre à 0]	<input type="checkbox"/>			
Localisation [C'est ici (montre l'épigastre)]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [Brûlure]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs atténuants [La nourriture, les antiacides, et le lait]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Les repas lourds et la faim]	<input type="checkbox"/>			
Types de nourriture qui aggravent la douleur [Les repas lourds et gras, comme la pizza]	<input type="checkbox"/>			
Relation entre la nourriture et la douleur [Eh bien, en général, la douleur diminue ou disparaît complètement quand je mange, mais elle revient après 2-3 heures]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes digestifs associés				0
Épisodes similaires dans le passé [Non]	<input type="checkbox"/>			
Nausées/vomissements [Parfois je me sens nauséuse quand j'ai mal. Hier, j'ai vomi pour la première fois]	<input type="checkbox"/>			
Description du vomi [C'était un liquide jaune acide]	<input type="checkbox"/>			
Sang dans le vomi [Non]	<input type="checkbox"/>			
Diarrhée/constipation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changements de poids [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changements d'appétit [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changement de la couleur des selles [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Médicaments actuels [Antiacide, ibuprofène (2 comprimés 2 à 3 fois par jour si demandé)]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
5. Antécédents médicaux [J'ai eu une infection urinaire il y a un an, traitée avec de l'amoxicilline, et de l'arthrose dans les deux genoux, pour laquelle je prends de l'ibuprofène]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
6. Antécédents chirurgicaux [2 césariennes]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
7. Antécédents familiaux [Mon père est décédé à 55 ans d'un cancer du pancréas. Ma mère est en vie et en bonne santé]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

8. Habitudes de vie

0

Profession [Femme au foyer]

☐

Consommation d'alcool [Non]

☐

Usage de drogues illicites [Non]

☐

Tabagisme [Non]

☐

Activité sexuelle [Avec mon mari (rires)]

☐

9. Allergies médicamenteuses [Aucune]

☐☐

0

Examen clinique (25%)

Score : 0/13

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Aspect général [La patiente ne semble pas en détresse aiguë]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen cardiovasculaire Auscultation [RR et FC normaux, pas de souffles, frottements ou galops]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
3. Examen pulmonaire				0
Inspection [Thorax indolore]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation [Bruits respiratoires clairs bilatéralement]	<input type="checkbox"/>			
4. Examen abdominal				0
Inspection [Détendu, cicatrice de césarienne]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité]	<input type="checkbox"/>			
Palpation superficielle [Souple et indolore]	<input type="checkbox"/>			
Palpation profonde [Douleur épigastrique sans détente]	<input type="checkbox"/>			
Signe de Murphy [Positif]	<input type="checkbox"/>			
Recherche d'organomégalie [Pas d'hépto-splénomégalie]	<input type="checkbox"/>			
Percussion [Normale]	<input type="checkbox"/>			

Management (25%)

Score : 0/23

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 gastro-intestinales

• **Maladie ulcéreuse peptique** → Gastroscopie avec biopsies, Test H. pylori

Arguments POUR:

- ☐ Douleur épigastrique brûlante
- ☐ Soulagée par la nourriture, antiacides et lait
- ☐ Aggravée par la faim
- ☐ Réapparaît 2-3 heures après les repas
- ☐ Utilisation d'AINS (ibuprofène pour arthrose)
- ☐ Vomissement liquide jaune acide

Facteurs de risque:

- ☐ Femme de 48 ans
- ☐ Prise chronique d'AINS

• **Cholécystite/Lithiase biliaire** → US abdominal, bilan hépatique complet

Arguments POUR:

- ☐ Femme de 48 ans (4F)
- ☐ Douleur aggravée par les repas lourds et gras
- ☐ Nausées et vomissements
- ☐ Signe de Murphy positif à l'examen

- ☐ Douleur épigastrique
- Arguments CONTRE:**
- ☐ Douleur soulagée par la nourriture
- ☐ Pas d'irradiation scapulaire droite
- ☐ Caractère intermittent

• **Gastrite aiguë** → *Gastroscopie*

- Arguments POUR:**
- ☐ Utilisation régulière d'AINS
 - ☐ Douleur épigastrique
 - ☐ Nausées et vomissements
 - ☐ Amélioration initiale avec antiacides

- Arguments CONTRE:**
- ☐ Durée prolongée (2 semaines)
 - ☐ Caractère rythmé par les repas

Causes pancréatiques

• **Pancréatite chronique débutante** → *Lipase, amylase, CT abdominal*

- Arguments POUR:**
- ☐ Douleur épigastrique
 - ☐ Aggravée par repas gras
 - ☐ Nausées
- Arguments CONTRE:**
- ☐ Pas de consommation d'alcool
 - ☐ Pas d'irradiation dorsale
 - ☐ Amélioration avec antiacides

Causes néoplasiques à exclure

• **Cancer du pancréas** → *CA 19-9, CT abdominal avec protocole pancréatique*

- Arguments POUR:**
- ☐ Antécédent familial fort (père décédé à 55 ans)
 - ☐ Douleur épigastrique

- Arguments CONTRE:**
- ☐ Âge relativement jeune (48 ans)
 - ☐ Pas de perte de poids
 - ☐ Pas d'ictère
 - ☐ Douleur intermittente
 - ☐ Amélioration avec nourriture

• **Cancer gastrique** → *Gastroscopie avec biopsies multiples*

- Arguments POUR:**
- ☐ Douleur épigastrique persistante
 - ☐ Nausées et vomissements

- Arguments CONTRE:**
- ☐ Pas de perte de poids
 - ☐ Pas de satiété précoce
 - ☐ Évolution courte (2 semaines)

2. Examens complémentaires urgents

0

- | | |
|---|--------------------------|
| NFS (recherche anémie, saignement occulte) | <input type="checkbox"/> |
| Test H. pylori (antigène dans les selles ou test respiratoire) | <input type="checkbox"/> |
| Bilan hépatique complet (ASAT, ALAT, bilirubine, phosphatases alcalines, GGT) | <input type="checkbox"/> |
| Lipase, amylase | <input type="checkbox"/> |
| Test FIT (recherche de sang occulte dans les selles) | <input type="checkbox"/> |
| Ionogramme, urée, créatinine | <input type="checkbox"/> |

3. Examens complémentaires selon évolution

0

- | | |
|--|--------------------------|
| Gastroscopie avec biopsies (dans les 2-4 semaines) | <input type="checkbox"/> |
| US abdominal (lithiase biliaire, pancréas) | <input type="checkbox"/> |
| Examen rectal avec recherche de sang occulte | <input type="checkbox"/> |
| CT abdominal si suspicion de pathologie pancréatique | <input type="checkbox"/> |
| CA 19-9 si forte suspicion néoplasique | <input type="checkbox"/> |
| ECG (facteurs de risque cardiovasculaire) | <input type="checkbox"/> |

4. Prise en charge immédiate

**0**

Traitement symptomatique

- IPP : oméprazole 40mg/jour à jeun
- Antiacides : hydroxyde d'aluminium/magnésium PRN
- Arrêt immédiat de l'ibuprofène
- Alternative antalgique : paracétamol 1g x3-4/jour
- Antiémétiques si nausées : métoclopramide 10mg x3/jour

Mesures hygiéno-diététiques

- Repas fractionnés (5-6 petits repas/jour)
- Éviter aliments irritants (épicés, acides, gras)
- Éviter jeûne prolongé
- Limiter café, thé, boissons gazeuses
- Position semi-assise après repas
- Éviter repas 3h avant coucher

Si H. pylori positif

- Trithérapie 14 jours :
 - IPP double dose (oméprazole 40mg x2/j)
 - Amoxicilline 1g x2/j
 - Clarithromycine 500mg x2/j
- Alternative si allergie pénicilline :
 - IPP + métronidazole + clarithromycine
- Contrôle éradication obligatoire à 4-6 semaines

Surveillance et suivi

- Réévaluation clinique dans 2 semaines
- Gastroskopie si persistance malgré traitement
- Surveillance effet secondaire IPP long terme
- Éducation sur alternatives aux AINS
- Dépistage cancer pancréas si indiqué (antécédent familial)

5. Signes d'alarme à surveiller

**0**

⚠ Red Flags - Signes nécessitant une réévaluation urgente

- 1. Hématémèse ou méléna**
→ Hémorragie digestive haute, hospitalisation urgente
- 2. Douleur abdominale brutale généralisée**
→ Perforation d'ulcère, chirurgie urgente
- 3. Perte de poids inexpiquée**
→ Néoplasie possible, investigations approfondies
- 4. Ictère ou urines foncées**
→ Obstruction biliaire, imagerie urgente
- 5. Vomissements incoercibles**
→ Sténose pylorique, hospitalisation
- 6. Anémie sévère**
→ Saignement chronique, endoscopie urgente

6. Communication avec la patiente

0

- Explication claire des hypothèses diagnostiques
- Rassurer sur faible probabilité de cancer du pancréas
- Importance de l'arrêt des AINS
- Plan d'investigation par étapes
- Demander si elle a des questions ou préoccupations

☐☐☐☐☐

Clôture de consultation

Clôture type

undefined

Questions difficiles à poser

undefined

Réponse type du candidat

undefined

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</i> 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 <i>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps</i> 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 <i>Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension</i> 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 <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée</i> 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 <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%

Scénario pour la patiente standardisée

Nom : Sharon Smith | **Âge :** 48 ans

Contexte : Femme de 48 ans, mariée avec 4 enfants, venant à la clinique pour douleurs abdominales

Motif de consultation

Plainte principale : «Douleur abdominale.»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'ai mal à l'estomac depuis deux semaines.»

Consignes

- Montrez l'épigastre avec votre main quand on vous demande la localisation de la douleur.
- Exprimez de la douleur lors de la palpation épigastrique (grimace, retrait).
- Montrez une douleur à la palpation de l'hypocondre droit lors de l'inspiration profonde (signe de Murphy positif).
- Paraissez soulagée quand vous parlez de la nourriture qui améliore la douleur.
- Riez légèrement quand vous mentionnez l'activité sexuelle avec votre mari.
- Si l'échographie est mentionnée, demandez : 'Qu'est-ce qu'une échographie ?'

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleur épigastrique depuis 2 semaines
- Douleur brûlante
- Intensité 7/10 au maximum, peut descendre à 0
- Va et vient, au moins une fois par jour
- S'aggrave progressivement

Symptômes associés :

- Nausées occasionnelles avec la douleur
- Un épisode de vomissement hier (liquide jaune acide)
- Pas de sang dans le vomi
- Pas de changement de poids
- Pas de changement d'appétit
- Selles normales, pas de changement de couleur

Facteurs déclenchants :

- Faim aggrave la douleur
- Repas lourds et gras aggravent (pizza)
- Douleur réapparaît 2-3 heures après les repas

Facteurs améliorants :

- Nourriture soulage temporairement
- Antiacides ont aidé au début
- Lait améliore la douleur

Habitudes

- **Médicaments :** Antiacides, ibuprofène (2 comprimés 2-3 fois/jour)
- **Tabac :** Non
- **Alcool :** Non
- **Profession :** Femme au foyer
- **Drogues illicites :** Non
- **Allergies :** Aucune allergie médicamenteuse

Anamnèse par systèmes

Histoire médicale :

- Infection urinaire il y a un an (amoxicilline)
- Arthrose des deux genoux
- Prend ibuprofène 2 comprimés 2-3 fois/jour pour l'arthrose
- Pas d'épisodes similaires dans le passé

Histoire chirurgicale :

- 2 césariennes
- Pas d'autres chirurgies

Histoire familiale :

- Père décédé à 55 ans d'un cancer du pancréas
- Mère en vie et en bonne santé
- 4 enfants en bonne santé

Simulation

Durant l'entretien :

- Main posée sur l'épigastre
- Expression faciale montrant l'inconfort
- Gestuelle pour montrer la zone douloureuse
- Soulagement visible quand vous parlez de ce qui améliore

Durant le status :

- Douleur à la palpation épigastrique
- Signe de Murphy positif (arrêt inspiratoire)
- Pas de défense abdominale
- Abdomen souple en dehors de l'épigastre
- Coopération totale à l'examen

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Femme de 48 ans présentant une douleur épigastrique évoluant depuis 2 semaines, rythmée par les repas, soulagée par la nourriture et les antiacides. Utilisation chronique d'AINS pour arthrose. Signe de Murphy positif à l'examen. Antécédent familial de cancer du pancréas. Diagnostic différentiel entre ulcère peptique (probable vu AINS et amélioration par nourriture), cholécystite (Murphy+), et gastrite.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Test H. pylori : mentionner résultat positif ou négatif selon scénario
- NFS : normale ou légère anémie si saignement occulte
- Bilan hépatique : normal sauf si cholécystite
- Lipase : normale (exclut pancréatite)
- Test FIT : peut être positif si ulcère saignant

Points clés

- Utilisation chronique d'AINS = facteur de risque majeur d'ulcère
- Douleur soulagée par nourriture = typique d'ulcère duodénal
- Signe de Murphy positif = penser cholécystite
- Antécédent familial cancer pancréas = surveillance mais peu probable ici
- Arrêt des AINS essentiel dans la prise en charge
- Test H. pylori et gastroscopie indiqués

Pièges

- Ne pas demander les médicaments actuels (AINS)
- Oublier l'antécédent familial de cancer du pancréas
- Ne pas effectuer le signe de Murphy
- Omettre l'examen rectal pour recherche de méléna
- Ne pas proposer l'arrêt des AINS
- Oublier le test H. pylori

Diagnostic

Ulcère peptique probable sur utilisation chronique d'AINS avec possible infection H. pylori. Diagnostic différentiel incluant cholécystite vu le signe de Murphy positif.

Maladie ulcéreuse peptique

Ulcération de la muqueuse gastrique ou duodénale :

- Prévalence : 5-10% de la population
- Causes principales : H. pylori (60-90%) et AINS (10-25%)
- Localisation : 4x plus fréquent au duodénum qu'à l'estomac
- Symptômes : douleur épigastrique rythmée par repas
- Ulcère duodénal : soulagé par nourriture, douleur 2-3h après repas
- Ulcère gastrique : aggravé par nourriture immédiatement

Rôle des AINS dans l'ulcère

Mécanisme physiopathologique des AINS :

- Inhibition COX-1 → diminution prostaglandines protectrices
- Altération barrière muqueuse gastrique
- Diminution flux sanguin muqueux
- Risque multiplié par 4-6 vs population générale
- Risque augmenté avec : âge >65 ans, antécédent ulcère, corticoïdes
- Co-prescription IPP réduit risque de 70%

Helicobacter pylori

Bactérie spiralée Gram négatif :

- Prévalence : 50% population mondiale, 20-30% pays développés
- Transmission : oro-orale ou féco-orale, enfance
- Mécanisme : uréase → ammoniacque → neutralise acidité
- 90% ulcères duodénaux, 60-70% ulcères gastriques
- Risque cancer gastrique multiplié par 3-6
- Éradication diminue récurrence ulcère de 60% à <5%

Cholécystite vs ulcère

Éléments différentiels importants :

- Cholécystite : douleur HCD > épigastre, colique
- Murphy+ : arrêt inspiratoire à palpation vésicule
- Déclenchée par repas gras, dure 30min-6h
- Ulcère : douleur épigastre, brûlure, rythmée
- Les deux peuvent coexister (20% cholélithiase asymptomatique)
- US abdominale différencie facilement

Complications de l'ulcère

Surveillance des complications potentielles :

- Hémorragie (15-20%) : hématemèse, méléna, anémie
- Perforation (5%) : douleur brutale, péritonite
- Sténose pylorique (2%) : vomissements, satiété précoce
- Pénétration (rare) : dans pancréas, douleur dorsale
- Mortalité globale : 2-3% (surtout hémorragie)
- AINS + H. pylori = risque synergique

Approche diagnostique

Stratégie d'investigation recommandée :

- Test H. pylori non invasif en première intention
- Gastroscolpie si : âge >45 ans, signes alarme, échec traitement
- US abdominal si suspicion biliaire (Murphy+)
- Test FIT/sang occulte si suspicion saignement
- Arrêt IPP 2 semaines avant test H. pylori
- Biopsies antrales et fundiques si gastroscolpie

Prise en charge thérapeutique

Traitement adapté à l'étiologie :

- Arrêt définitif AINS ou switch COX-2 sélectif
- IPP 4-8 semaines (cicatrisation 90-95%)
- Si H. pylori+ : trithérapie 14 jours
- Contrôle éradication obligatoire à 4-6 semaines
- Maintenance IPP si AINS obligatoires
- Modification habitudes : repas réguliers, arrêt tabac

Cancer du pancréas - Dépistage

Considérations vu l'antécédent familial :

- Risque relatif x2-3 si parent 1er degré
- Âge moyen diagnostic : 70 ans
- Symptômes tardifs : douleur, ictère, perte poids
- Pas de dépistage systématique recommandé
- Surveillance si ≥2 parents ou syndrome familial
- IRM/MRCP annuelle si très haut risque

Messages clés du cas

- AINS + douleur épigastrique = ulcère jusqu'à preuve contraire
- Arrêt AINS prioritaire dans prise en charge
- Test H. pylori systématique avant traitement
- Murphy+ impose échographie biliaire
- Gastroscolpie si persistance malgré traitement
- Rassurer sur cancer pancréas mais expliquer surveillance
- Importance observance et contrôle éradication H. pylori

Rappels thérapeutiques

- IPP première intention : oméprazole 40mg/j × 4-8 semaines
- Trithérapie H. pylori : IPP + amoxicilline 1g×2 + clarithromycine 500mg×2 × 14j
- Alternative allergie : IPP + métronidazole 500mg×2 + clarithromycine × 14j
- Quadrithérapie si échec : IPP + bismuth + métronidazole + tétracycline × 14j
- Antalgiques : paracétamol, éviter AINS
- Prophylaxie si AINS obligatoires : IPP au long cours

Examens complémentaires

- Test H. pylori non invasif : antigène selles (Se 94%, Sp 92%) ou test respiratoire urée-13C (Se 95%, Sp 95%)
- Gastroscolpie : visualisation directe, biopsies pour H. pylori et histologie, test uréase rapide
- US abdominal : première ligne si Murphy+, lithiase (Se 95%, Sp 98%), épaississement paroi vésiculaire
- NFS : recherche anémie ferriprive si saignement occulte
- Test FIT : plus sensible que gaïac pour sang occulte
- Lipase/amylase : normale (exclut pancréatite)

