


Grille d'évaluation ECOS - ECC Vasculaire 2022

 Cabinet de médecine générale

 Homme de 65 ans, ancien gérant de restaurant, consultant pour douleur au mollet droit évocatrice d'une claudication intermittente avec multiples facteurs de risque cardiovasculaire

Anamnèse (25%)

Score : 0/51

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Caractérisation de la douleur du mollet				0
Localisation [mollet droit]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [remonte vers cuisse et fesse]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [6-7/10]	<input type="checkbox"/>			
Type de douleur [sensation de crampe]	<input type="checkbox"/>			
Facteur déclenchant [marche après 150m]	<input type="checkbox"/>			
Facteur aggravant [marche rapide, montée]	<input type="checkbox"/>			
Facteur soulageant [arrêt de la marche]	<input type="checkbox"/>			
Décours temporel [disparition en 1-2 minutes]	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins six = oui, cinq = ±, aucun à quatre = non</i>				
2. Évolution et périmètre de marche				0
Début des symptômes [il y a quelques mois]	<input type="checkbox"/>			
Évolution [aggravation progressive]	<input type="checkbox"/>			
Périmètre de marche [150m]	<input type="checkbox"/>			
Caractère répétitif [systématique à l'effort]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes bilatéraux [absent, jambe gauche normale]	<input type="checkbox"/>			
Impact fonctionnel [arrêt obligatoire de la marche]	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins cinq = oui, quatre = ±, aucun à trois = non</i>				
3. Symptômes associés et sévérité				0
Douleurs de repos [absentes]	<input type="checkbox"/>			
Douleurs nocturnes [absentes]	<input type="checkbox"/>			
Position couchée/membre surélevé [pas de douleur]	<input type="checkbox"/>			
Sensation de froid [pied droit plus froid]	<input type="checkbox"/>			
Troubles trophiques [à rechercher]	<input type="checkbox"/>			
Pâleur des extrémités [à rechercher]	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non</i>				
4. Facteurs de risque cardiovasculaire				0
Tabagisme [1 paquet/jour depuis 40 ans = 40 UPA]	<input type="checkbox"/>			
HTA [connue, traitée par 2 médicaments]	<input type="checkbox"/>			
Dyslipidémie [cholestérol augmenté, régime]	<input type="checkbox"/>			
Diabète [non mentionné]	<input type="checkbox"/>			
Surpoids/obésité [à évaluer]	<input type="checkbox"/>			
Sédentarité [pas de sport, peu de marche]	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non</i>				

5. Antécédents personnels cardiovasculaires

0

- Infarctus du myocarde ☐
- AVC/AIT ☐
- Angor ☐
- Interventions vasculaires ☐
- Thromboses veineuses ☐
- Autres pathologies cardiovasculaires ☐

Au moins deux = oui, un = \pm , aucun = non

6. Antécédents familiaux cardiovasculaires

0

- Père [décédé accident voiture 50 ans] ☐
- Mère [80 ans, insuffisance cardiaque] ☐
- Fratric [maladies cardiovasculaires] ☐
- Mort subite familiale ☐
- AVC familiaux ☐
- Artériopathie familiale ☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

7. Médicaments et allergies

0

- Antihypertenseurs [2 médicaments, noms non retenus] ☐
- Antiagrégants plaquettaires ☐
- Statines ☐
- Antidiabétiques ☐
- Allergies médicamenteuses ☐
- Observance thérapeutique ☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

8. Habitudes de vie

0

- Alcool [1-2 verres vin rouge/jour] ☐
- Alimentation [régime prescrit pour cholestérol] ☐
- Activité physique [peu de marche, pas de sport] ☐
- Stress professionnel [retraité] ☐
- Sommeil ☐

Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non

9. Anamnèse en général - approche vasculaire systématique

☐ ☐ ☐

0

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

Examen clinique (25%)

Score : 0/43

Critères	Oui	\pm	Non	Points
1. Inspection générale et des membres				0
État général du patient	<input type="checkbox"/>			
Téguments [diminution pilosité, lésions trophiques]	<input type="checkbox"/>			
Ongles [épaississement]	<input type="checkbox"/>			
Plante des pieds/talons [atrophie]	<input type="checkbox"/>			
Xanthélasma [signe hypercholestérolémie]	<input type="checkbox"/>			
Coloration jaune des doigts [tabagisme]	<input type="checkbox"/>			
Au moins cinq = oui, quatre = \pm , aucun à trois = non				

2. Palpation des pouls périphériques - membres supérieurs

0

- Température des extrémités [comparative] ☐
- Pouls carotidien [bilatéral] ☐
- Pouls brachial [bilatéral] ☐
- Pouls radial [bilatéral] ☐
- Pouls ulnaire [bilatéral] ☐
- Test d'Allen [perméabilité arcade palmaire] ☐

Au moins cinq = oui, quatre = \pm , aucun à trois = non

3. Palpation des pouls périphériques - membres inférieurs

0

- Aorte abdominale [pulsations, anévrisme] ☐
- Pouls fémoral [bilatéral] ☐
- Pouls poplité [bilatéral] ☐
- Pouls pédieux [bilatéral] ☐
- Pouls tibial postérieur [bilatéral] ☐
- Comparaison droite/gauche systématique ☐

Au moins cinq = oui, quatre = \pm , aucun à trois = non

4. Auscultation vasculaire

0

- Artères fémorales [souffles] ☐
- Aorte abdominale [ligne médiane] ☐
- Artères rénales [2cm au-dessus ombilic, latéralement] ☐
- Artères carotides [souffles] ☐
- Artères sous-clavières [souffles] ☐
- Comparaison bilatérale ☐

Au moins cinq = oui, quatre = \pm , aucun à trois = non

5. Prise de tension artérielle selon recommandations OMS

0

- Position assise, bras horizontal [5 min repos] ☐
- Palpation pouls brachial [repère stéthoscope] ☐
- Placement brassard [2cm au-dessus pli coude] ☐
- Gonflage suprasystolique [+20-30 mmHg] ☐
- Dégonflage lent [2 mmHg/sec] ☐
- Mesure systolique/diastolique [Korotkoff] ☐
- Mesure aux deux bras ☐

Au moins six = oui, cinq = \pm , aucun à quatre = non

6. Évaluation de la sévérité - Classification Leriche-Fontaine

0

- Stade 1 [asymptomatique] ☐
- Stade 2 [claudication intermittente] ☐
- Stade 3 [douleur de repos] ☐
- Stade 4 [troubles trophiques] ☐
- Classification correcte du patient [stade 2] ☐

Classification correcte = oui, partielle = \pm , incorrecte = non

7. Recherche des 5P de l'insuffisance artérielle aiguë

0

- Pain [douleur] ☐
- Pulselessness [absence de pouls] ☐
- Pallor [pâleur] ☐
- Paresthesia [paresthésies] ☐
- Paresis [parésie] ☐

Au moins quatre recherchés = oui, trois = \pm , moins de trois = non

8. Technique d'examen en général - examen vasculaire complet

Bien = oui, suffisant = \pm , insuffisant = non

0

Management (25%)

Score : 0/40

Critères	Oui	\pm	Non	Points
1. Diagnostic principal et stadification				0
Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)	<input type="checkbox"/>			
Claudication intermittente du mollet droit	<input type="checkbox"/>			
Classification Leriche-Fontaine stade 2	<input type="checkbox"/>			
Périmètre de marche 150m	<input type="checkbox"/>			
Absence de signes d'ischémie critique	<input type="checkbox"/>			
Au moins quatre = oui, trois = \pm , aucun à deux = non				

2. Diagnostic différentiel de la claudication



0

Au moins trois diagnostics évoqués = oui, deux = \pm , un ou aucun = non

Diagnostics différentiels à considérer

Causes vasculaires

• **Artériopathie oblitérante athéroscléreuse** → *Index cheville-bras, écho-Doppler artériel, angio-CT/IRM*

Arguments POUR:

- ☐ Claudication typique à l'effort
- ☐ Disparition rapide au repos
- ☐ Facteurs de risque multiples
- ☐ Âge 65 ans
- ☐ Tabagisme important

• **Syndrome de loge chronique** → *Mesure pression compartiments à l'effort*

Arguments CONTRE:

- ☐ Âge avancé
- ☐ Facteurs de risque cardiovasculaires
- ☐ Pas de contexte sportif

Causes neurologiques

• **Canal lombaire étroit** → *IRM lombaire si doute*

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de lombalgies
- ☐ Pas d'amélioration en flexion
- ☐ Symptômes unilatéraux
- ☐ Soulagement rapide à l'arrêt

• **Neuropathie périphérique** → *EMG si suspicion*

Arguments CONTRE:

- ☐ Symptômes à l'effort uniquement
- ☐ Pas de paresthésies permanentes
- ☐ Distribution non neurologique

Causes ostéo-articulaires

• **Arthrose hanche/genou** → *Radiographies si doute*

Arguments CONTRE:

- ☐ Douleur musculaire type crampes
- ☐ Soulagement rapide complet
- ☐ Pas de douleur articulaire

3. Examens complémentaires de première intention

0

- Index de pression systolique cheville-bras (IPS) ☐
- Écho-Doppler artériel membres inférieurs ☐
- Bilan lipidique complet ☐
- Glycémie à jeun, HbA1c ☐
- Créatinine, DFG ☐
- NFS, plaquettes ☐

Au moins cinq = oui, quatre = \pm , aucun à trois = non

4. Examens d'imagerie vasculaire

0

- Test de marche sur tapis roulant ☐
- Angio-CT membres inférieurs si indication ☐
- Angio-IRM si contre-indication produit contraste ☐
- Artériographie si geste endovasculaire envisagé ☐
- Recherche autres localisations athéromateuses ☐

Au moins trois = oui, deux = \pm , aucun à un = non

5. Traitement médical de l'AOMI

☐ ☐ ☐

0

Traitement complet et adapté = oui, partiel = \pm , insuffisant = non

Antiagrégants plaquettaires

Traitement : Aspirine

Détails : 75-100mg/jour ou clopidogrel 75mg/j si intolérance

Durée : Traitement au long cours

Contrôle des facteurs de risque

Traitement : Statines

Détails : Atorvastatine 40-80mg/j, objectif LDL <0.7g/L

Durée : Traitement permanent

Traitement : IEC/ARA2

Détails : Si HTA, protection cardiovasculaire

Durée : Adaptation selon TA

Traitement symptomatique

Traitement : Programme de marche supervisée

Détails : 3x/semaine, 30-60 min, marche jusqu'à douleur modérée

Durée : Au moins 3 mois

Traitement : Cilostazol

Détails : 100mg x2/j si échec réhabilitation seule

Durée : Évaluation à 3 mois

6. Mesures hygiéno-diététiques

0

- Sevrage tabagique impératif [\[aide au sevrage\]](#) ☐
- Régime méditerranéen [\[hypocholestérolémiant\]](#) ☐
- Activité physique régulière [\[marche quotidienne\]](#) ☐
- Réduction pondérale si surpoids ☐
- Limitation alcool [\[consommation modérée actuelle\]](#) ☐
- Soins des pieds [\[prévention lésions\]](#) ☐

Au moins cinq = oui, quatre = \pm , aucun à trois = non

7. Indications de revascularisation

0

- Échec traitement médical optimal 3-6 mois ☐
- Claudication invalidante malgré réhabilitation ☐
- Ischémie critique (stade 3-4) ☐
- Lésions accessibles à revascularisation ☐
- Rapport bénéfice/risque favorable ☐
- Choix endovasculaire vs chirurgie selon lésions ☐

Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non

8. Surveillance et prévention secondaire

0

- Suivi clinique régulier [périmètre marche, pouls] ☐
- IPS annuel ☐
- Contrôle facteurs de risque [TA, lipides, HbA1c] ☐
- Dépistage autres localisations [coronaires, TSA] ☐
- Observance thérapeutique ☐
- Éducation patient [signes alarme] ☐

Au moins cinq = oui, quatre = ±, aucun à trois = non

9. Management en général - prise en charge AOMI globale

☐ ☐ ☐

0

Bien = oui, suffisant = ±, insuffisant = non

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> <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</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</i> <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</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</i> <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</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</i> <i>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%

Scénario pour le patient standardisé - Claudication intermittente

Nom : Patient homme | **Âge :** 65 ans

Contexte : Homme retraité, ancien gérant de restaurant, consultant pour douleur au mollet droit à la marche

Motif de consultation

Plainte principale : «Je viens vous voir parce que j'ai mal au mollet droit»

Si on demande s'il y a autre chose : «Ça m'empêche de marcher normalement depuis quelques mois»

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Gêne douloureuse jambe droite depuis quelques mois
- Douleur après environ 150m de marche
- Localisation mollet droit
- Remonte parfois progressivement vers cuisse et fesse
- Sensation de crampe obligeant à arrêter
- Intensité 6-7/10

Évolution :

- Disparition rapide en 1-2 minutes à l'arrêt
- Survient plus rapidement si marche rapide
- Aggravée par les montées
- Pas de douleur nocturne
- Pas de douleur au repos
- Impression pied droit plus froid

Symptômes associés :

- Pas de douleur jambe gauche
- Pas d'œdème
- Pas de troubles cutanés
- Pas de plaies aux pieds
- Sommeil non perturbé

Habitudes

- **Tabac :** 1 paquet/jour depuis 40 ans
- **Alcool :** 1-2 verres vin rouge/jour avec repas
- **Activité :** Peu de marche, pas de sport
- **Alimentation :** Régime pour cholestérol pas toujours suivi
- **Profession :** Retraité, ancien gérant restaurant

Antécédents familiaux

- Père décédé accident voiture à 50 ans
- Mère 80 ans, insuffisance cardiaque
- Pas d'autres antécédents familiaux connus

Simulation

Attitude :

- Patient inquiet mais coopératif
- Minimise parfois la gêne fonctionnelle
- Peut être réticent à l'idée d'arrêter de fumer
- Expression d'une certaine frustration

Durant l'examen :

- Position confortable au repos
- Pas de dyspnée
- Coloration jaune des doigts (tabac)
- Possible diminution pouls distaux côté droit
- Pas de lésions cutanées visibles

Questions à poser :

- C'est grave docteur ?
- Est-ce que je vais perdre ma jambe ?
- Faut-il opérer ?
- Puis-je continuer à marcher ?

Dossier médical de l'entretien

Homme 65 ans, tabagique 40 UPA, HTA, dyslipidémie. Claudication intermittente mollet droit à 150m évoluant depuis quelques mois. Pas d'ischémie critique. Classification Leriche-Fontaine stade 2. Multiples facteurs de risque cardiovasculaire.

Rôles et interventions de l'expert·e

Observer l'anamnèse complète de la claudication

Évaluer la recherche des facteurs de risque cardiovasculaire

Vérifier la palpation systématique de tous les pouls

Contrôler la technique de prise de tension artérielle

Apprécier la classification en stades de Leriche-Fontaine

Points clés

- Caractérisation typique claudication intermittente
- Périmètre de marche quantifié (150m)
- Disparition rapide à l'arrêt (1-2 min)
- Facteurs de risque multiples (tabac+++, HTA, dyslipidémie)
- Absence signes ischémie critique (stade 2)
- Palpation bilatérale comparative tous les pouls
- Auscultation vasculaire systématique
- Technique OMS prise TA
- Diagnostic différentiel approprié
- Prise en charge globale facteurs de risque

Pièges

- Ne pas quantifier le périmètre de marche
- Omettre la palpation de certains pouls
- Ne pas comparer côté droit et gauche
- Oublier l'auscultation vasculaire
- Mauvaise technique prise de TA
- Ne pas classifier selon Leriche-Fontaine
- Sous-estimer l'importance du sevrage tabagique
- Ne pas rechercher autres localisations athérome
- Omettre le bilan des autres facteurs de risque
- Ne pas proposer réhabilitation par la marche

Classification de Leriche et Fontaine

Stadification de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

- Stade 1 : Asymptomatique (abolition pouls, souffle)
- Stade 2a : Claudication non invalidante (>200m)
- Stade 2b : Claudication invalidante (<200m)
- Stade 3 : Douleurs de décubitus/repos
- Stade 4a : Troubles trophiques limités
- Stade 4b : Gangrène étendue
- Pronostic et traitement selon stade

Physiopathologie de la claudication

Mécanismes de l'ischémie d'effort musculaire.

- Sténose artérielle > 75% significative
- Inadéquation apport/demande O₂ à l'effort
- Métabolisme anaérobie → lactates
- Douleur musculaire ischémique
- Récupération rapide au repos
- Circulation collatérale compensatrice
- Aggravation progressive avec athérosclérose

Examen vasculaire systématique

Méthodologie de l'examen artériel périphérique.

- Inspection : trophicité, pâleur, cyanose
- Palpation température comparative
- Palpation tous pouls (carotides → pieds)
- Technique palpatoire : 2-3 doigts, pression modérée
- Auscultation 5 sites principaux
- Test Allen : perméabilité arcade palmaire
- Manœuvre élévation-déclivité membres

Index de pression systolique

Mesure diagnostique de référence AOMI.

- IPS = PAS cheville / PAS bras
- Normal : 0.90-1.30
- AOMI : < 0.90 (Se 95%, Sp 100%)
- < 0.40 : ischémie critique
- > 1.30 : médiacalcose (diabète)
- Test post-effort si IPS normal + suspicion
- Mesure 4 sites : TP et pédieux bilatéral

Prise en charge thérapeutique AOMI

Stratégie globale de traitement.

- Contrôle facteurs risque (tabac+++)
- Antiagrégation systématique
- Statines haute intensité
- IEC si HTA ou diabète
- Réhabilitation par marche supervisée
- Cilostazol si échec conservateur
- Revascularisation si invalidant/critique

Complications et urgences vasculaires

Reconnaissance des situations critiques.

- Ischémie aiguë : 5P (Pain, Pulseless, Pallor, Paresthesia, Paralysis)

- Ischémie critique chronique : repos + trophiques
- Anévrisme compliqué : rupture, embolies
- Dissection aortique : douleur migratrice
- Thrombose veineuse profonde associée
- Syndrome des orteils bleus : embolies cholestérol
- Gangrène : urgence chirurgicale

Rappels thérapeutiques

- Aspirine 75-100mg/j ou clopidogrel 75mg/j (AOMI)
- Statines forte dose : atorvastatine 40-80mg/j, rosuvastatine 20-40mg/j
- IEC/ARA2 : périndopril 5-10mg/j, ramipril 5-10mg/j
- Bêtabloquants prudents si AOMI (privilégier nébivolol)
- Cilostazol 100mg x2/j (vasodilatateur, antiagrégant)
- Pentoxifylline 400mg x3/j (alternative cilostazol)
- Aide sevrage tabagique : substituts, varénicline, bupropion

Examens complémentaires

- Index cheville-bras : dépistage et suivi AOMI
- Écho-Doppler artériel : localisation lésions, hémodynamique
- Angio-CT : bilan pré-thérapeutique, planning intervention
- Angio-IRM : alternative si IRC ou allergie
- Test marche 6 min ou tapis : objectiver handicap
- Bilan athérome : ECG, ETT, Doppler TSA
- Bilan métabolique : glycémie, HbA1c, bilan lipidique, créatinine