

# Grille d'évaluation ECOS - USMLE-10 - Douleur mollet - Femme de 35 ans

📍 Service d'urgences

👤 Riva George, 35 ans, se présente à l'hôpital en se plaignant de douleur au mollet droit

TA 130/70 mmHg	FC 88 bpm	FR 13/min	T° 37.7°C
-------------------	--------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/40

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Douleur dans mon mollet droit]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur				0
Début [La douleur a commencé il y a quelques jours et s'est aggravée]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [Elle est présente tout le temps]	<input type="checkbox"/>			
Progression [La douleur était légère au début, mais maintenant elle fait mal même lorsque je fais un seul pas]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [8/10]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [Pression, spasmes]	<input type="checkbox"/>			
3. Facteurs modulateurs				0
Facteurs d'amélioration [Les médicaments contre la douleur (ibuprofène). Cela aide aussi si je surélève ma jambe avec un oreiller]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Marcher et étendre mon genou]	<input type="checkbox"/>			
4. Signes locaux				0
Gonflement [À la fin de la journée, mes jambes semblent lourdes et enflées sous pression]	<input type="checkbox"/>			
Rougeur [Oui]	<input type="checkbox"/>			
Chaleur [Ma jambe droite est plus chaude que ma jambe gauche]	<input type="checkbox"/>			
Varices [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Facteurs de risque de TVP				0
Immobilisation récente [Je voyage fréquemment dans le cadre de mon travail de consultante, et il y a une semaine, j'ai pris un vol de 15 heures pour rencontrer un client important]	<input type="checkbox"/>			
Contraception orale [Je prends des contraceptifs oraux depuis 2 ans]	<input type="checkbox"/>			
Prise de poids [J'ai pris 22 kg après avoir eu mon dernier enfant il y a 3 ans]	<input type="checkbox"/>			
Antécédents familiaux [Mon père a eu un caillot dans la jambe]	<input type="checkbox"/>			
6. Traumatisme récent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Blessure [Oui, je suis tombée et je me suis écorché la jambe droite (indique le bandage)]				
7. Symptômes systémiques				0
Fièvre [Je me suis sentie fiévreuse récemment, mais je n'ai pas pris ma température]	<input type="checkbox"/>			
Essoufflement [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleur thoracique [Non]	<input type="checkbox"/>			

8. Histoire gynécologique			0
Dernières règles [Il y a deux semaines]	<input type="checkbox"/>		
Régularité [Régulière. Mes règles durent 3 jours, et j'utilise 3-4 serviettes. Elles ne sont pas accompagnées de douleur]	<input type="checkbox"/>		
Grossesses [J'ai eu 2 enfants, tous les deux par accouchement normal]	<input type="checkbox"/>		
Dernier frottis [Il y a un an ; il était normal]	<input type="checkbox"/>		
9. Médicaments actuels [Contraceptifs oraux, ibuprofène]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
10. Antécédents médicaux [Aucun]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
11. Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
12. Mode de vie			0
Occupation [Consultante exécutive]	<input type="checkbox"/>		
Tabagisme [Non]	<input type="checkbox"/>		
Alcool [Non]	<input type="checkbox"/>		
Drogues illicites [Non]	<input type="checkbox"/>		
Activité sexuelle [Avec mon mari]	<input type="checkbox"/>		
13. Allergies [Non]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Examen clinique (25%)

Score : 0/22

Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [La patiente ressent une douleur intense]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen cardiovasculaire				0
Auscultation [RR et FC normales ; B1/B2 normaux ; pas de souffles, frottements ou galops]	<input type="checkbox"/>			
Pouls périphériques [Pouls fémoral, poplité et pédieux perçus et égaux des deux côtés]	<input type="checkbox"/>			
3. Examen pulmonaire				0
Inspection	<input type="checkbox"/>			
Auscultation [Bruits respiratoires clairs bilatéralement ; pas de râles ni de ronchis]	<input type="checkbox"/>			
Palpation	<input type="checkbox"/>			
Percussion	<input type="checkbox"/>			
4. Examen abdominal				0
Palpation [Détendu, souple et indolore]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité]	<input type="checkbox"/>			
5. Examen des membres inférieurs				0
Inspection comparative [Le mollet droit semble rouge et gonflé par rapport au gauche ; les contours des muscles semblent normaux ; pas d'ulcères ni de pigmentation]	<input type="checkbox"/>			
Palpation [La jambe droite est plus chaude que la gauche ; œdème pédieux prenant le godet à droite]	<input type="checkbox"/>			
Lésions cutanées [Multiples coupures en cours de guérison couvertes par un bandage sur la jambe droite]	<input type="checkbox"/>			
Signe de Homans [Positif du côté droit]	<input type="checkbox"/>			

6. Examen des articulations0

Inspection bilatérale

Palpation

Amplitude des mouvements [Mobilité normale à l'articulation de la cheville, du genou et de la hanche]

7. Examen neurologique0

État mental [Alerte et orientée]

Nerfs crâniens [II–XII intacts]

Motricité/sensibilité [Normales]

ROT [Symétriques 2+]

Marche [Normale]

Management (25%)Score : 0/29

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

Diagnostic le plus probable

- **Thrombose veineuse profonde (TVP)** → *US-Doppler veineux des membres inférieurs*
- Arguments POUR:
- ☐ Vol long-courrier récent (15 heures)

☐ Contraception orale depuis 2 ans

☐ Obésité (prise de 22 kg)

☐ Antécédent familial de TVP (père)

☐ Triade clinique : douleur, œdème, chaleur

☐ Signe de Homans positif

☐ Score de Wells élevé

Autres diagnostics à considérer

- **Cellulite** → *NFS, CRP, hémocultures, culture de plaie*
- Arguments POUR:
- ☐ Traumatisme récent avec plaies

☐ Fièvre (37.7°C)

☐ Signes inflammatoires locaux

☐ Porte d'entrée cutanée visible
- Arguments CONTRE:
- ☐ Pas de lymphangite

☐ Pas d'adénopathies décrites
- **Rupture de kyste poplité (Baker)** → *Échographie du creux poplité, IRM si doute*
- Arguments POUR:
- ☐ Douleur spasmodique du mollet

☐ Œdème et chaleur locale

☐ Aggravation à l'extension du genou
- Arguments CONTRE:
- ☐ Pas d'antécédent de pathologie du genou

☐ Pas de douleur poplité initiale
- **Déchirure musculaire du gastrocnémien** → *Échographie musculaire, IRM*
- Arguments POUR:
- ☐ Douleur du mollet

☐ Antécédent de chute
- Arguments CONTRE:
- ☐ Début progressif (pas brutal)

☐ Pas d'ecchymose décrite

☐ Pas de déficit à la flexion plantaire

2. Examens complémentaires urgents0

US-Doppler veineux des membres inférieurs bilatéral

D-dimères (si probabilité faible-intermédiaire)

NFS avec formule leucocytaire

CRP, VS

Ionogramme, créatinine

### 3. Examens complémentaires selon contexte

0

- Radiographie thoracique (si suspicion d'EP) ☐
- Gaz du sang si dyspnée ☐
- Bilan de thrombophilie (à distance si TVP confirmée) ☐
- Hémocultures si fièvre > 38°C ☐
- Culture de plaie si écoulement purulent ☐

### 4. Prise en charge immédiate

☐

☐

☐

0

#### Si forte suspicion de TVP

- Anticoagulation préemptive : HBPM dose curative
- Surélévation du membre
- Contention veineuse après phase aiguë
- Mobilisation précoce encouragée
- Analgésie : paracétamol ± AINS

#### Mesures générales

- Repos avec jambe surélevée
- Hydratation adéquate
- Surveillance signes d'EP
- Éducation sur signes d'alarme
- Arrêt contraception orale

#### Si cellulite suspectée

- Antibiothérapie : amoxicilline-clavulanate
- Alternative : céfazoline IV si sévère
- Soins locaux de plaie
- Vaccination antitétanique si nécessaire

### 5. Traitement de la TVP confirmée

0

- Anticoagulation 3-6 mois minimum ☐
- HBPM puis relais AVK ou AOD ☐
- INR cible 2-3 si AVK ☐
- Contention classe 2 pendant 2 ans ☐
- Recherche cancer occulte si > 40 ans ☐
- Bilan thrombophilie si < 50 ans ou récidive ☐

### 6. Prévention et conseils

0

- Arrêt définitif contraception orale ☐
- Contraception alternative (DIU, préservatifs) ☐
- Mobilisation lors des vols long-courriers ☐
- Port de bas de contention en voyage ☐
- Hydratation adéquate ☐
- Perte de poids progressive ☐
- Activité physique régulière après phase aiguë ☐

### 7. Signes d'alarme à surveiller

☐

☐

☐

0

#### ⚠ Red Flags - Complications à dépister

1. **Embolie pulmonaire**  
→ Dyspnée brutale, douleur thoracique, hémoptysie = Urgence vitale
2. **Extension de la thrombose**  
→ Aggravation œdème, douleur remontante = US-Doppler urgent
3. **Syndrome post-thrombotique**  
→ Œdème persistant, dermite ocre = Suivi spécialisé
4. **Hémorragie sous anticoagulants**  
→ Saignements, hématomes = Bilan coagulation urgent
5. **Récidive TVP**  
→ Nouvelle douleur/œdème = Réévaluation anticoagulation

## Clôture de consultation

### Clôture type

Madame George, d'après votre histoire et mon examen clinique, je pense qu'il est possible que vous ayez un caillot sanguin. Cependant, nous allons également rechercher d'autres causes possibles de vos symptômes, telles qu'une infection ou un kyste rompu. Nous allons effectuer quelques analyses de sang ainsi que des examens d'imagerie qui devraient nous aider à poser un diagnostic final. Si les résultats montrent un caillot, nous commencerons un traitement anticoagulant pour prévenir d'éventuelles complications, comme la possibilité qu'un caillot se déplace vers vos poumons. Avez-vous des questions pour moi ?

### Questions difficiles à poser

[Mon père a eu un caillot dans la jambe. Que pensez-vous que je devrais faire pour m'assurer que je n'en aurai pas un moi aussi ?]

### Réponse type du candidat

Il y a plusieurs mesures que vous pouvez prendre pour éviter d'avoir un caillot. Avant tout, vous devriez éviter l'immobilisation pendant de longues périodes, par exemple en étant assis à votre bureau ou lors de longs vols en avion. Essayez de bouger sur place et peut-être de faire une courte marche. Si vous prenez des contraceptifs oraux, je vous recommande fortement d'arrêter de les prendre, car ils sont connus pour précipiter la formation de caillots. Les études ont également montré que l'obésité augmente votre risque de formation de caillots, donc je vous suggère de faire de l'exercice régulièrement et de gérer votre alimentation.

## Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
<b>1. Réponse aux sentiments et besoins du patient</b> 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"/>
<b>2. Structure de l'entretien</b> 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"/>
<b>3. Expression verbale</b> 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"/>
<b>4. Expression non verbale</b> 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"/>
<b>5. Évaluation générale de la communication</b> 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 la patiente standardisée

**Nom :** Riva George | **Âge :** 35 ans

**Contexte :** Femme mariée avec deux enfants, consultante exécutive

### Motif de consultation

**Plainte principale :** «Douleur dans mon mollet droit.»

**Si on demande s'il y a autre chose :** «Ça s'aggrave quand je marche.»

### Consignes

- Montrez de la douleur dans votre mollet lorsque le médecin fait une dorsiflexion de votre cheville droite.
- Placez un bandage sur votre jambe droite pour couvrir les coupures que vous avez eues après une chute.
- Boitez légèrement en marchant.
- Montrez de l'inquiétude concernant votre travail.
- Mentionnez votre père uniquement si on vous demande les antécédents familiaux.

### Histoire actuelle

#### Douleur :

- Commencée il y a quelques jours
- Progressive, maintenant 8/10
- Constante, type pression et spasmes
- Aggravée par la marche et extension du genou
- Soulagée par surélévation et ibuprofène

#### signesLocaux :

- Jambe droite plus chaude
- Gonflement en fin de journée
- Rougeur visible
- Sensation de lourdeur

#### Facteurs déclenchants :

- Vol de 15 heures il y a une semaine
- Chute avec écorchures il y a quelques jours
- Travail sédentaire fréquent

### Habitudes

- Non-fumeuse
- Pas d'alcool
- Pas de drogues
- Mariée, active sexuellement

### Histoire gynécologique

- Dernières règles il y a 2 semaines
- Cycles réguliers de 3 jours
- 2 accouchements normaux
- Frottis normal il y a 1 an

### Simulation

#### Durant l'entretien :

- Se tenir la jambe occasionnellement
- Grimacer lors des questions sur la douleur
- Montrer le bandage sur la jambe
- Paraître fatiguée

#### Durant le status :

- Douleur vive à la dorsiflexion de la cheville (Homans)
- Permettre la palpation mais montrer l'inconfort
- Jambe droite légèrement plus chaude au toucher
- Œdème visible du mollet droit

## Informations de l'expert

### Dossier médical de l'entretien

---

Femme de 35 ans, obèse, sous contraception orale, avec multiples facteurs de risque de TVP. Vol long-courrier récent, traumatisme mineur avec plaies. Présentation classique de TVP : douleur, œdème, chaleur, Homans positif. Score de Wells élevé. Diagnostic différentiel inclut cellulite (fièvre, plaies) et kyste Baker rompu.

### Rôles et interventions de l'expert·e

---

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

- US-Doppler : thrombose veineuse fémorale et poplitée droite
- D-dimères : 2500 ng/mL (très élevés)
- NFS : leucocytes 11,000/ $\mu$ L
- CRP : 25 mg/L (légèrement élevée)

### Points clés

---

- La TVP est une urgence diagnostique et thérapeutique
- Score de Wells permet stratification du risque
- Anticoagulation préemptive si forte suspicion clinique
- Rechercher systématiquement signes d'EP
- Contraception orale = facteur de risque majeur à arrêter

### Pièges

---

- Ne pas calculer le score de Wells
- Attendre l'imagerie pour anticoaguler si forte suspicion
- Oublier de rechercher une EP associée
- Ne pas arrêter la contraception orale
- Méconnaître le risque familial de thrombophilie

### Diagnostic

Thrombose veineuse profonde proximale droite sur terrain de risque multiple (contraception orale, obésité, vol long-courrier, antécédent familial)

### Physiopathologie de la TVP

Triade de Virchow :

- Stase veineuse : immobilisation, voyage, obésité
- Hypercoagulabilité : œstrogènes, thrombophilie, cancer
- Lésion endothéliale : traumatisme, chirurgie, cathéters
- Formation thrombus : plaquettes + fibrine + globules rouges
- Risque embolique : 50% si TVP proximale non traitée

### Score de Wells pour TVP

Stratification du risque clinique :

- Cancer actif : +1 point
- Paralysie/immobilisation membre : +1 point
- Alitement > 3j ou chirurgie < 4 sem : +1 point
- Douleur trajets veineux profonds : +1 point
- Œdème membre entier : +1 point
- Œdème mollet > 3cm vs controlatéral : +1 point
- Œdème prenant le godet : +1 point
- Veines superficielles collatérales : +1 point
- ATCD TVP documentée : +1 point
- Diagnostic alternatif aussi probable : -2 points
- Score  $\geq 2$  : probabilité élevée

### Examens diagnostiques

Approche selon probabilité :

- Probabilité élevée : US-Doppler d'emblée
- Si négatif mais suspicion forte : répéter à J5-7
- Probabilité faible/intermédiaire : D-dimères
- D-dimères < 500 : TVP exclue (VPN 98%)
- D-dimères positifs : US-Doppler obligatoire
- Phlébographie : gold standard historique, rarement utilisée

### Complications de la TVP

À court et long terme :

- Embolie pulmonaire : 50% si proximale non traitée
- Mortalité EP : 30% non traitée, 2-8% traitée
- Syndrome post-thrombotique : 20-50% à 2 ans
- Récidive : 30% à 10 ans après arrêt traitement
- Thrombose paradoxale si FOP
- Phlegmatia alba/cerulea dolens (rare)

### Traitement anticoagulant

Stratégies thérapeutiques :

- HBPM : énoxaparine 1mg/kg x2/j ou 1.5mg/kg x1/j
- Fondaparinux : 7.5mg/j SC (5mg si < 50kg)
- AOD : rivaroxaban 15mg x2/j 3 sem puis 20mg/j
- AVK : warfarine INR 2-3 après chevauchement HBPM
- Durée : 3 mois si facteur transitoire
- 6-12 mois si idiopathique ou CO
- Indéfini si récurrence ou cancer actif



## Contraception et risque thrombotique

Risque relatif selon type :

- CO combinées : RR x3-4
- CO 3e génération > 2e génération
- Patch/anneau : risque similaire CO
- Progestatifs seuls : pas d'augmentation risque
- DIU cuivre/LNG : pas de risque
- Arrêt CO obligatoire si TVP

## Thrombophilie héréditaire

Indications de recherche :

- TVP < 50 ans sans facteur déclenchant
- TVP récidivante
- TVP site inhabituel
- ATCD familiaux 1er degré multiples
- Facteur V Leiden : mutation la plus fréquente
- Déficiences protéines C, S, antithrombine : rares mais sévères

## Prévention primaire

Mesures préventives :

- Mobilisation précoce post-opératoire
- Compression pneumatique intermittente
- Bas de contention graduée
- HBPM prophylactique si haut risque
- Hydratation adéquate
- Exercices de flexion cheville en voyage
- Éviter CO si facteurs de risque

## Syndrome post-thrombotique

Séquelle chronique fréquente :

- Incidence : 20-50% après TVP
- Symptômes : œdème, douleur, lourdeur
- Signes : dermite ocre, ulcères veineux
- Prévention : contention classe 2 pendant 2 ans
- Traitement : contention, soins locaux, vénotoniques
- Chirurgie veineuse si échec médical

## Messages clés

- TVP = urgence diagnostique et thérapeutique
- Score de Wells guide la stratégie diagnostique
- US-Doppler = examen de première intention si probabilité élevée
- Anticoagulation précoce réduit morbi-mortalité
- Rechercher systématiquement une EP associée
- Contraception orale = facteur de risque modifiable majeur
- Contention élastique prévient le syndrome post-thrombotique

## Rappels thérapeutiques

- HBPM curative : énoxaparine 1mg/kg x2/j SC
- Alternative : fondaparinux 7.5mg/j SC
- AOD : rivaroxaban 15mg x2/j pendant 21j puis 20mg/j
- Surveillance plaquettes J5-7 si HNF
- Pas de surveillance anti-Xa en routine si HBPM
- Contention classe 2 mise dès que possible

## Examens complémentaires

- US-Doppler : sensibilité 95% TVP proximale
- D-dimères : VPN 98% si < 500 ng/mL
- Score Wells  $\geq 2$  : probabilité élevée
- Angio-CT thoracique si suspicion EP
- Bilan thrombophilie à distance (3-6 mois après arrêt ACG)