


Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-11 - Selles noires - Homme 65 ans

 Cabinet médical

 William Johnson, homme de 65 ans, consultant pour des selles noires

T°
37°C

TA
125/80 mmHg

FC
72 bpm

FR
14/min

Anamnèse (25%)

Score : 0/55

Critères	Oui	±	Non	Points
----------	-----	---	-----	--------

1. Motif principal [Eh bien, c'est assez dégoûtant, mais quand je vais aux toilettes, j'ai remarqué que ce qui sort est plus foncé que d'habitude]

☐☐

0

2. Caractérisation des selles noires

0

Apparence [C'est presque noir, et c'est collant]

☐

Quantité de noir dans les selles (mêlangé, en surface) [Les selles entières apparaissent plus foncées, et ce n'est pas seulement en surface !]

☐

Présence de sang rouge vif [Non]

☐

Diarrhée/constipation [Diarrhée ou constipation ? Pas de problème là]

☐

Début [Il y a 2 semaines]

☐

Constant/intermittent [C'est la même couleur chaque fois que je suis allé aux toilettes]

☐

Événements précipitants [Aucun]

☐

Progression [Non]

☐

Épisodes antérieurs [Jamais]

☐

Fréquence [J'ai environ 2 selles par jour]

☐

Facteurs améliorants [Aucun]

☐

Facteurs aggravants [Aucun]

☐

3. Symptômes associés - Douleur abdominale

0

Présence [J'ai aussi eu mal à l'estomac]

☐

Localisation [Ici (montre le milieu de l'abdomen, juste sous les côtes)]

☐

Intensité (échelle 0-10) [3-4]

☐

Qualité [C'est une douleur sourde]

☐

Début [Ça a aussi commencé il y a 2 semaines]

☐

Événements précipitants [Aucun]

☐

Progression/constant/intermittent [La douleur va et vient ; parfois elle n'est pas là du tout. Mais quand elle est là, elle reste assez stable à 3-4]

☐

Épisodes antérieurs [Aucun]

☐

Irradiation [Non]

☐

Facteurs améliorants [Aucun]

☐

Facteurs aggravants [Ça empire quand je mange quelque chose]

☐

4. Recherche de symptômes spécifiques

0

- Voyage récent [Non] ☐
- Nausées/vomissements [Je me suis senti un peu nauséeux aujourd'hui. Mais je n'ai pas vomé du tout] ☐
- Fièvre/frissons [Non] ☐
- Sueurs nocturnes [Non] ☐
- Fatigue [Non] ☐
- Éruption/changements cutanés [Non] ☐
- Douleur thoracique/dyspnée [Non] ☐
- Problèmes urinaires [Non] ☐
- Changements d'appétit [Oui. J'ai eu moins d'appétit depuis 2 semaines, parce que quand je mange la douleur empire] ☐
- Variations pondérales [Oui, j'ai perdu 1 kg ces 2 dernières semaines] ☐
- Vertiges [Non] ☐
- Nouvelles masses [Non] ☐

5. Antécédents médicaux [J'ai de l'arthrite dans mes deux genoux, et j'ai de l'hypertension]

☐☐☐

0

6. Antécédents chirurgicaux [Aucun]

☐☐

0

7. Allergies

0

- Allergies [Pénicilline] ☐
- Réaction allergique spécifique [Quand j'ai été traité avec de la pénicilline étant enfant, j'ai développé une éruption qui s'est étendue sur tout mon corps] ☐

8. Médicaments

0

- Médicaments actuels [Ibuprofène, à cause de mes douleurs aux genoux. Et ramipril pour l'hypertension] ☐
- Dosage d'ibuprofène [Environ six comprimés de 600 mg par jour depuis au moins quelques mois] ☐

9. Hospitalisations et contacts malades

0

- Hospitalisations [Jamais] ☐
- Contacts malades [Non] ☐

10. Antécédents familiaux [Mon père a une diverticulose. Mon frère aîné a du diabète]

☐☐☐

0

11. Habitudes et mode de vie

0

- Occupation [Ouvrier du bâtiment] ☐
- Domicile [Je vis avec ma femme et 2 enfants] ☐
- Alcool [1-2 bières par jour] ☐
- Drogues illicites [Jamais] ☐
- Tabac [Je fume un paquet de cigarettes chaque jour depuis 40 ans] ☐
- Alimentation [J'aime manger de la viande, surtout de la viande séchée. Et j'essaie d'avoir beaucoup de calories à cause de la dureté de mon travail] ☐

Examen clinique (25%)

Score : 0/14

Critères

Oui

±

Non

Points

1. Mesures d'hygiène

0

- Lavage des mains ☐
- Respect de la pudeur avec drap ☐

2. Examen tête et cou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Inspection des conjonctives			
3. Examen du cou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Palpation des ganglions lymphatiques de la tête et du cou			
4. Examen cutané	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
5. Examen cardiovasculaire [Auscultation cardiaque normale]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
6. Examen abdominal			0
Inspection de l'abdomen	<input type="checkbox"/>		
Auscultation de l'abdomen	<input type="checkbox"/>		
Percussion de l'abdomen	<input type="checkbox"/>		
Palpation de l'abdomen [Sensibilité épigastrique]	<input type="checkbox"/>		

Management (25%)

Score : 0/17

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 de saignement digestif haut

• **Ulcère gastrique** → **Endoscopie digestive haute urgente**

Arguments POUR:

- ☐ Facteurs de risque multiples : AINS chroniques (ibuprofène haute dose), tabac, alcool
- ☐ Douleur épigastrique augmentée après repas (typique ulcère gastrique)
- ☐ Sensibilité épigastrique à l'examen
- ☐ Méléna (selles noires goudronneuses)
- ☐ Nausées associées
- ☐ Début aigu des symptômes (2 semaines)
- ☐ L'ibuprofène masque souvent la douleur jusqu'à complication hémorragique

• **Gastrite chimique** → **Endoscopie digestive haute**

Arguments POUR:

- ☐ Facteurs de risque : AINS chroniques, tabac, alcool
- ☐ Sensibilité épigastrique
- ☐ Nausées

Contre : Saignement habituellement lent (sang occulte), début plus progressif, méléna moins typique

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

Arguments POUR:

- ☐ Âge (65 ans, pic 70 ans)
- ☐ Tabac + alcool
- ☐ Alimentation riche en nitrites (viande séchée)
- ☐ Douleur épigastrique
- ☐ Perte de poids
- ☐ Méléna

Contre : Début aigu, perte poids probablement liée à douleur/diminution appétit

Autres causes à considérer

• **Ulcère duodénal** → **Endoscopie digestive haute**

Contre : Douleur aggravée par repas (soulagée dans ulcère duodénal)

• **Cancer œsophagien** → **Endoscopie**

Contre : Pas de dysphagie, pas de reflux

• **Cancer colique** → **Coloscopie si endoscopie haute négative**

Contre : Méléna suggère saignement digestif haut

• **Angiodysplasie** → **Angiographie si endoscopie négative**

Possible mais moins probable vu présentation

2. Examens complémentaires urgents

0

Examen rectal [Un toucher rectal fait partie de tout examen abdominal complet et est particulièrement important en cas de suspicion de saignement gastro-intestinal]

☐

Recherche de sang occulte dans les selles [pour confirmer le méléna]

☐

FSC [pour évaluer l'étendue de toute anémie avec une valeur exacte d'hémoglobine]

☐

Groupe sanguin et compatibilité croisée [au cas où une transfusion sanguine d'urgence deviendrait nécessaire]

☐

TP, TCA [pour évaluer une coagulopathie comme cause sous-jacente/facteur aggravant du saignement]

☐

3. Examens diagnostiques

0

Endoscopie digestive haute [meilleur test initial pour diagnostiquer un saignement gastro-intestinal supérieur et identifier la pathologie sous-jacente (ex: ulcère gastrique, gastrite érosive, carcinome gastrique)]

☐

Test d'anticorps H. pylori [La gastrite chronique causée par H. pylori est un facteur de risque important pour la maladie ulcéreuse peptique]

☐

4. 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

☐

5. Conseil et prévention

0

Conseil sur l'arrêt du tabac

☐

Conseil sur l'importance d'arrêter les antalgiques et proposition d'alternative (ex: paracétamol)

☐

Réaction appropriée au défi concernant le manque de temps

☐

Prise en charge de la migraine aiguë

- Repos dans pièce calme et sombre
- Triptan précoce : sumatriptan 50-100 mg
- Si échec : répéter après 2h (max 200 mg/j)
- Alternative : AINS (ibuprofène 600 mg)
- Antiémétique si nausées : métoclopramide
- Éviter opioïdes (risque chronicisation)

Traitement prophylactique si > 4 crises/mois

- Bêtabloquant : propranolol 80-240 mg/j
- Antiépileptiques : topiramate 50-100 mg/j
- Antidépresseur : amitriptyline 25-75 mg le soir
- Anticorps anti-CGRP si échec (éranumab)
- Durée minimale 6 mois avant évaluation
- Tenue d'un agenda des crises

Mesures non pharmacologiques

- Identification et évitement facteurs déclenchants
- Régularité sommeil et repas
- Gestion du stress : relaxation, méditation
- Activité physique régulière aérobie
- Limitation caféine et alcool
- Acupuncture peut être bénéfique

⚠ Drapeaux rouges du saignement digestif

1. Instabilité hémodynamique

Hypotension, tachycardie, signes de choc

2. Anémie sévère

Hb < 7 g/dL, signes d'hypoxie tissulaire

3. Saignement actif

Hématémèse, méléna abondant, rectorragies

4. Comorbidités graves

Cardiopathie, insuffisance hépatique, coagulopathie

Clôture de consultation

Défi : Manque de temps pour les examens

[Je n'ai pas le temps pour tous ces tests ! J'ai beaucoup de travail à faire dans les prochaines semaines !]

Réponse type du candidat

M. Johnson, je peux comprendre qu'il est difficile pour vous de trouver le temps pour des tests diagnostiques et que vous avez des obligations au travail. Cependant, je pense qu'il est très important que nous découvrons ce qui cause vos selles noires et vos douleurs à l'estomac. Les selles noires peuvent être un symptôme de saignement gastro-intestinal, qui peut avoir des conséquences dangereuses s'il n'est pas correctement traité. Avec votre permission, nous effectuerons les tests nécessaires et les ferons aussi rapidement que possible ; nous voulons être minutieux pour ne rien manquer. Avez-vous d'autres questions ?

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%

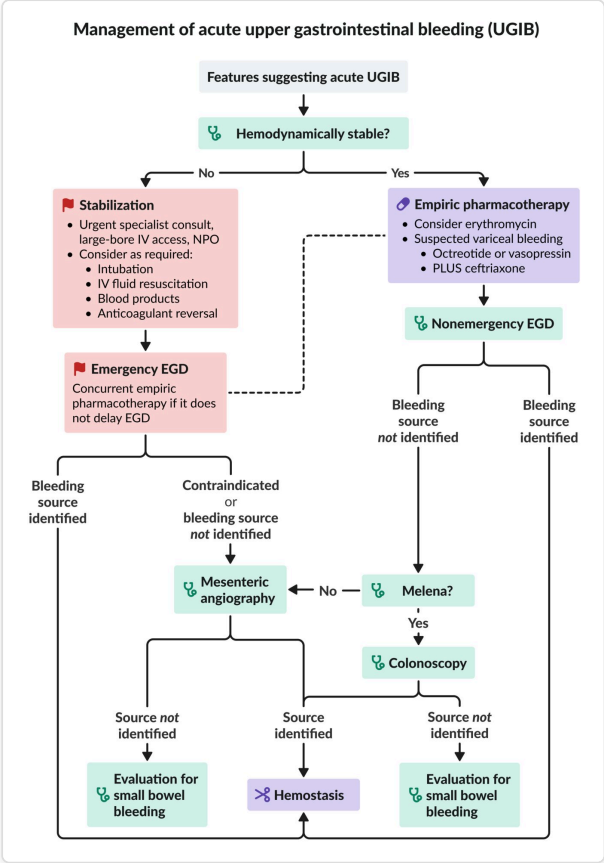
Acanthosis nigricans

Hyperpigmentation, hyperkératose et de nombreux acrochordons (papillomatose) sont visibles sur l'aisselle droite. Ces résultats sont compatibles avec l'acanthosis nigricans.



Prise en charge du saignement digestif haut aigu

Prise en charge du saignement digestif haut aigu.
EGD : œsophagogastroduodénoscopie ;
IV : intraveineux ;
NPO : nil per os (rien par la bouche) ;
UGIB : saignement digestif haut.



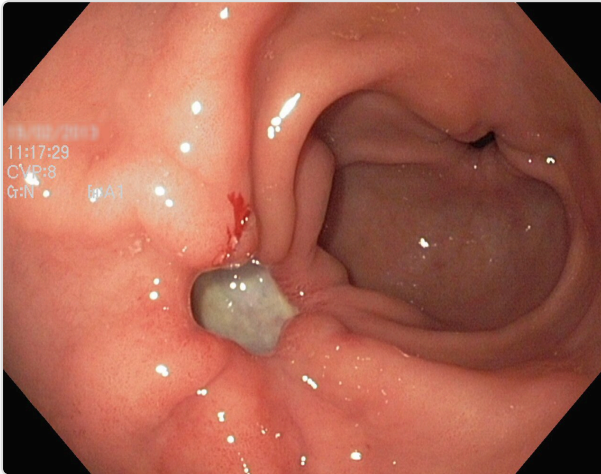
Ulcère gastrique : Stade Forrest III

Vue endoscopique de l'estomac.

Un ulcère gastrique avec une base lisse recouverte de fibrine est visible.

Il y a une petite zone de saignement actif près de l'ulcère où un échantillon de biopsie a été prélevé.

Un ulcère sans signes de saignement actif correspond au stade Forrest III.

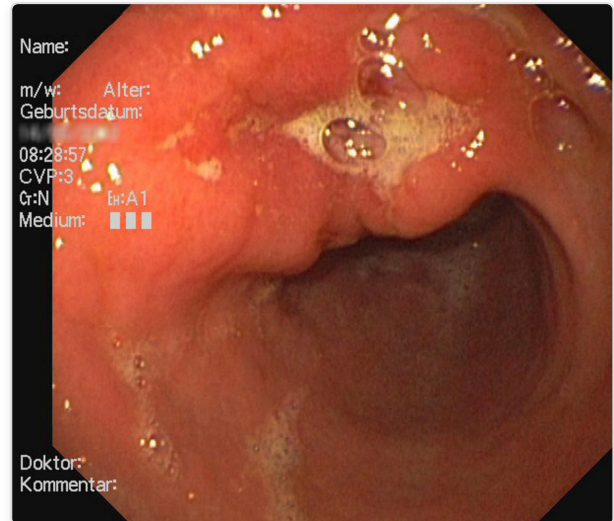


Cancer gastrique

Vue endoscopique de l'antrum gastrique.

Une masse gastrique avec une marge irrégulière et une ulcération centrale peut être vue au niveau de la petite courbure.

Ces résultats sont compatibles avec un cancer gastrique.



Scénario pour le patient standardisé

Nom : William Johnson | **Âge :** 65 ans

Contexte : Ouvrier du bâtiment consultant pour méléna depuis 2 semaines

Motif de consultation

Plainte principale : «Eh bien, c'est assez dégoûtant, mais quand je vais aux toilettes, j'ai remarqué que ce qui sort est plus foncé que d'habitude.»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'ai aussi mal à l'estomac depuis 2 semaines.»

Consignes

- Pointer le milieu de votre abdomen, juste sous les côtes, quand l'examineur vous demande la localisation de votre douleur.
- Dire à l'examineur que ça fait mal quand il/elle appuie sur cette zone.
- Vous êtes un patient pressé, avec beaucoup de travail à faire et pas beaucoup de temps pour ce rendez-vous.
- Vous ne connaissez pas la signification des termes médicaux (ex: endoscopie) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Quand l'examineur mentionne quels tests diagnostiques sont nécessaires, dire : 'Je n'ai pas le temps pour tous ces tests ! J'ai beaucoup de travail à faire dans les prochaines semaines !'

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Selles noires goudroneuses depuis 2 semaines
- Consistance collante
- Couleur uniforme (pas seulement en surface)
- Fréquence normale (2 selles/jour)
- Pas de sang rouge vif

Symptômes associés :

- Douleur épigastrique sourde (3-4/10)
- Aggravation post-prandiale
- Nausées légères aujourd'hui
- Perte d'appétit
- Perte de poids 1 kg en 2 semaines

Simulation

Durant l'entretien :

- Montrer de l'impatience
- Regarder fréquemment sa montre
- Mentionner le travail qui attend
- Demander des clarifications pour termes médicaux
- Exprimer le dégoût en parlant des selles

Durant le status :

- Pointer l'épigastre quand demandé
- Grimace à la palpation épigastrique
- Abdomen souple par ailleurs
- Coopération malgré l'impatience

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 65 ans avec méléna depuis 2 semaines sur probable ulcère gastrique hémorragique. Facteurs de risque multiples : AINS haute dose chronique (ibuprofène 3600mg/j), tabac 40 PA, alcool quotidien. Douleur épigastrique post-prandiale typique d'ulcère gastrique. Patient pressé minimisant potentiellement la gravité.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Toucher rectal : Méléna confirmé, selles noires goudronneuses
- Test gaïac : Fortement positif
- FSC : Hb 9.2 g/dL, VGM 72 fL (anémie microcytaire)
- Endoscopie : Ulcère gastrique de 2cm petite courbure avec base propre (Forrest III)
- Test H. pylori : Positif (test respiratoire à l'urée)

Points clés

- Méléna = saignement digestif haut jusqu'à preuve du contraire
- AINS + facteurs de risque = haute probabilité ulcère peptique
- Douleur post-prandiale = ulcère gastrique (vs soulagée par repas = duodénal)
- Endoscopie urgente si saignement actif ou instabilité
- Arrêt AINS impératif + IPP haute dose

Pièges

- Minimiser la gravité du méléna
- Ne pas faire de toucher rectal
- Oublier de vérifier l'hémodynamique
- Ne pas proposer d'alternative aux AINS
- Retarder l'endoscopie chez patient 'occupé'

Diagnostic le plus probable

Ulcère gastrique hémorragique induit par les AINS

Ulcère peptique

Perte de substance de la paroi gastro-duodénale :

- Étiologies : H. pylori (60-90%), AINS (10-30%), stress, Zollinger-Ellison
- Localisation : duodénal > gastrique (4:1)
- Facteurs de risque : âge, tabac, alcool, corticoïdes associés
- Complications : hémorragie (15%), perforation (5%), sténose (2%)
- Mortalité hémorragie : 5-10% (augmente avec âge et comorbidités)
- Récidive sans traitement : 60% à 1 an

Gastropathie aux AINS

Mécanisme de toxicité gastrique :

- Inhibition COX-1 : diminution prostaglandines protectrices
- Effet topique direct : lésion muqueuse
- Diminution mucus et bicarbonate
- Réduction flux sanguin muqueux
- Risque dose-dépendant (ibuprofène > 1800mg/j)
- Facteurs aggravants : âge > 60, antécédent ulcère, anticoagulants

Hémorragie digestive haute

Urgence médico-chirurgicale fréquente :

- Incidence : 100-150/100'000/an
- Causes : ulcère (50%), varices (10-20%), Mallory-Weiss (5-15%)
- Présentation : hématomèse, méléna, instabilité hémodynamique
- Méléna : > 50-100 mL sang dans TD supérieur
- Scores pronostiques : Rockall, Glasgow-Blatchford
- Réanimation prioritaire avant diagnostic

Classification endoscopique de Forrest

Stratification du risque de resaignement :

- Ia : Saignement artériel actif (90% resaignement)
- Ib : Suintement actif (50%)
- IIa : Vaisseau visible non hémorragique (43%)
- IIb : Caillot adhérent (22%)
- IIc : Taches pigmentées (10%)
- III : Base propre (5% - cas du patient)

Prise en charge de l'hémorragie digestive haute

Approche systématique urgente :

1. Réanimation : 2 VVP, remplissage, O2
2. Bilan : FSC, groupe, coag, iono, urée
3. IPP IV bolus 80mg puis 8mg/h
4. Endoscopie < 24h (< 12h si instable)
5. Hémostase endoscopique si saignement actif
6. Transfusion si Hb < 7 g/dL (< 9 si coronarien)

Prévention secondaire post-ulcère

Mesures essentielles pour éviter récurrence :

- Éradication H. pylori si positif (trithérapie 14j)
- Arrêt définitif AINS si possible

- Si AINS indispensables : IPP au long cours + COX-2 sélectif
- Arrêt tabac et alcool
- Contrôle endoscopique ulcère gastrique à 6-8 semaines
- Surveillance Hb si anémie

Rappels thérapeutiques

- IPP IV urgence : Oméprazole 80mg bolus puis 8mg/h \times 72h
- Relais PO : Oméprazole 40mg BID \times 8 semaines
- Éradication H. pylori : Oméprazole 20mg + amoxicilline 1g + clarithromycine 500mg BID \times 14j
- Alternative pénicilline : Métronidazole 500mg BID
- Antalgie sans AINS : Paracétamol 1g QID, tramadol si insuffisant
- Supplémentation fer : Fer élément 200mg/j si anémie
- Anti-H2 si intolérance IPP : Ranitidine 150mg BID

Examens complémentaires

- Endoscopie haute : Dans les 24h, permet diagnostic + thérapeutique + biopsies
- Test H. pylori : Biopsie (test uréase rapide) ou test respiratoire C13
- FSC : Hb, VGM, recherche anémie microcytaire (carence fer)
- Ferritine : Évalue réserves fer si anémie
- Groupe ABO + RAI : Préparation transfusion si nécessaire
- Ionogramme/urée : Urée/créat ratio $>$ 100 suggère saignement digestif haut