

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-1 - Douleur thoracique - Homme de 46 ans

📍 Service d'urgences

👤 Joseph Short, 46 ans, se présente aux urgences en se plaignant de douleurs thoraciques

TA
165/85 mmHg

FC
90 bpm

FR
22/min

T°
37°C

Anamnèse (25%)

Score : 0/40

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Douleur thoracique]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur				0
Début des symptômes [Il y a quarante minutes]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Aucun ; dormait et s'est réveillé à 5h00]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Sévérité constante]	<input type="checkbox"/>			
Quantité [7/10]	<input type="checkbox"/>			
Localisation [Milieu de la poitrine, sous l'os]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Vers le cou, le haut du dos et le bras gauche]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [Pression, comme si quelque chose appuyait]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs d'amélioration/aggravation [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés				0
Dyspnée [Oui]	<input type="checkbox"/>			
Nausées/vomissements [Je me sens nauséeux, mais je n'ai pas vomi]	<input type="checkbox"/>			
Transpiration [Oui]	<input type="checkbox"/>			
Toux, sifflements, douleurs abdominales, diarrhée/constipation [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
4. Épisodes précédents de douleur similaire				0
Épisodes précédents [Oui, mais pas exactement la même]	<input type="checkbox"/>			
Début [Au cours des 3 derniers mois]	<input type="checkbox"/>			
Sévérité [Moins sévère]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [2-3 épisodes par semaine, chacun durant 5 à 10 minutes]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Monter les escaliers, travail physique, repas copieux]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs d'amélioration [Antiacides]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes associés [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
5. Médicaments actuels [Antiacide, diurétique]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
6. Antécédents médicaux				0
HTA [Depuis 5 ans, traitée par diurétique]	<input type="checkbox"/>			
Hypercholestérolémie [Gérée par régime, pas très assidu]	<input type="checkbox"/>			
RGO [Il y a 10 ans, traité par antiacides]	<input type="checkbox"/>			
7. Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
8. Antécédents familiaux				0
Père [Décédé d'un cancer du poumon à 72 ans]	<input type="checkbox"/>			
Mère [Vivante avec ulcère gastrique]	<input type="checkbox"/>			
Infarctus précoce dans la famille [Non]	<input type="checkbox"/>			

9. Habitudes et mode de vie

0

- Occupation [Comptable] ☐
- Tabagisme [Arrêté il y a 3 mois, 1 paquet/jour pendant 25 ans] ☐
- Alcool [Occasionnelle] ☐
- Drogues illicites - Cocaïne [Une fois par semaine depuis 10 ans, dernière prise hier après-midi] ☐
- Activité sexuelle [Pas depuis 3 mois à cause de douleur thoracique pendant les rapports] ☐
- Exercice [Non] ☐
- Régime alimentaire [Régime strict prescrit pour cholestérol mais triche toujours] ☐

10. Allergies médicamenteuses [Aucune]

☐☐

0

Examen clinique (25%)

Score : 0/15

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Examen du cou				0
Recherche de turgescence jugulaire [Pas de TJ]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation carotidienne [Pas de souffles]	<input type="checkbox"/>			
2. Examen cardiovasculaire				0
Inspection [Impulsion apicale non déplacée]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation [RR et FC normales ; B1/B2 normaux ; pas de souffles, frottements ou galops]	<input type="checkbox"/>			
Palpation [Indolore]	<input type="checkbox"/>			
3. Examen pulmonaire				0
Auscultation [Bruits respiratoires clairs et symétriques bilatéralement]	<input type="checkbox"/>			
Palpation [Thorax indolore]	<input type="checkbox"/>			
Percussion	<input type="checkbox"/>			
4. Examen abdominal				0
Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité]	<input type="checkbox"/>			
Palpation [Détendu, souple et indolore, pas d'hépatosplénomégalie]	<input type="checkbox"/>			
Percussion	<input type="checkbox"/>			
5. Examen des extrémités				0
Vérification des pouls périphériques [2+ et symétriques]	<input type="checkbox"/>			
Vérification de la TA bilatérale [165/85 mm Hg (les deux bras)]	<input type="checkbox"/>			
Recherche d'œdème [Pas d'œdème]	<input type="checkbox"/>			
Recherche de cyanose	<input type="checkbox"/>			

Management (25%)

Score : 0/13

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 cardiaques prioritaires

- **Ischémie ou infarctus myocardique** → *ECG, enzymes cardiaques (troponine, CK-MB)*

Arguments POUR:

- Douleur thoracique rétrosternale en pression
- Douleur irradiant vers le bras gauche, le haut du dos, et le cou
- Douleur réveillant le patient la nuit
- Facteurs de risque: HTA, hypercholestérolémie, tabagisme

- **Ischémie myocardique induite par la cocaïne** → *ECG, enzymes cardiaques, toxicologie urinaire*

Arguments POUR:

- Antécédents de consommation de cocaïne
- Dernière prise hier après-midi
- Douleur thoracique rétrosternale en pression

Physiopathologie:

- Vasoconstriction coronarienne
- Augmentation de la demande en O₂
- Thrombose

Autres causes à éliminer

- **RGO** → *Gastroscopie si récidivant*

Arguments POUR:

- Douleur au milieu de la poitrine
- Douleur précédente soulagée par des antiacides
- Douleur précédente survenant après des repas copieux
- Antécédents connus de RGO

- **Dissection aortique** → *Angio-CT thoracique*

- **Péricardite** → *ECG, échocardiographie*

- **Pneumothorax** → *Radiographie thoracique*

- **Embolie pulmonaire** → *D-dimères, angio-CT pulmonaire*

- **Costochondrite** → *Examen clinique*

2. Examens complémentaires urgents

0

ECG	<input type="checkbox"/>
Enzymes cardiaques (CK, CK-MB, troponine)	<input type="checkbox"/>
Radiographie thoracique	<input type="checkbox"/>
Toxicologie urinaire	<input type="checkbox"/>

3. Examens complémentaires secondaires

0

Échocardiographie transthoracique (ETT)	<input type="checkbox"/>
Test d'effort	<input type="checkbox"/>
Gastroscopie si RGO persistant	<input type="checkbox"/>

4. Prise en charge immédiate

☐ ☐ ☐

0

Mesures générales

- Monitoring cardiaque continu
- Voie veineuse périphérique
- Oxygène si saturation < 94%

Traitement symptomatique

- Aspirine 300mg per os
- Dérivés nitrés sublinguaux
- Morphine si douleur sévère

Conseils et suivi

- Arrêt immédiat de la cocaïne
- Contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires
- Suivi cardiologique rapproché

5. Signes d'alarme à surveiller

☐☐☐

0

⚠ Red Flags - Signes d'urgence absolue

1. Modifications ECG (sus-décalage ST)
→ Activation immédiate du protocole STEMI
2. Instabilité hémodynamique
→ Réanimation, salle de cathétérisme
3. Douleur thoracique déchirante avec asymétrie tensionnelle
→ Suspicion de dissection aortique, angio-CT urgent
4. Détresse respiratoire aiguë
→ Intubation si nécessaire

Clôture de consultation

Clôture type

Monsieur Short, la source de votre douleur peut être un problème cardiaque tel qu'une crise cardiaque ou une angine de poitrine, ou elle peut être due à un reflux acide, à des problèmes pulmonaires, ou à des troubles liés aux gros vaisseaux sanguins de votre poitrine. Il est crucial que nous effectuions certains tests pour identifier la source de votre problème. Nous commencerons par un ECG et une prise de sang, mais des tests plus complexes pourraient également être nécessaires. En attendant, je vous recommande fortement d'arrêter de consommer de la cocaïne, car l'utilisation de cette drogue peut entraîner divers problèmes médicaux, y compris des crises cardiaques. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Est-ce une crise cardiaque ? Vais-je mourir ?]

Réponse type du candidat

Comme vous le soupçonnez, vos symptômes sont préoccupants. Nous devons en savoir plus pour déterminer si votre douleur est potentiellement mortelle.

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"/>

Scénario pour le patient standardisé

Nom : Joseph Short | **Âge :** 46 ans

Contexte : Homme se présentant aux urgences pour douleur thoracique

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai une douleur dans la poitrine qui m'a réveillé ce matin.»

Si on demande s'il y a autre chose : «C'est vraiment douloureux et ça m'inquiète.»

Consignes

- Montrer de l'anxiété et de l'inconfort visible tout au long de la consultation.
- Se tenir la poitrine avec la main et respirer rapidement.
- Minimiser initialement la consommation de cocaïne si demandé directement, puis avouer si le médecin insiste.

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleur thoracique
- Localisation : Milieu de la poitrine, sous l'os
- Qualité : Pression, comme si quelque chose appuyait
- Quantité/intensité : 7/10
- Chronologie : Début il y a quarante minutes, m'a réveillé à 5h00
- Développement : Sévérité constante
- Circonstances de survenue : Aucun événement précipitant, dormait
- Facteurs atténuants : Aucun
- Facteurs déclenchants/aggravants : Aucun

Symptômes associés :

- Dyspnée
- Nausées
- Transpiration

Réponse aux symptômes :

- Je suis venu directement aux urgences car j'étais très inquiet

Représentation de la maladie :

- J'ai peur que ce soit une crise cardiaque

Habitudes

- **Médicaments :** Antiacide (pour RGO), diurétique (pour HTA)
- **Tabac :** Ex-fumeur - 1 paquet/jour pendant 25 ans, arrêt il y a 3 mois
- **Alcool :** Occasionnellement
- **Sexualité :** Pas de problème particulier
- **Drogues illicites :** Cocaïne 1x/semaine depuis 10 ans (à révéler si insistance)

Histoire médicale

- HTA depuis 5 ans
- Hypercholestérolémie
- RGO
- Épisodes similaires au cours des 3 derniers mois, 2-3 fois/semaine

Anamnèse par systèmes

Système général :

- Transpiration importante

Système neurologique :

- Pas de troubles neurologiques

Système digestif :

- Nausées sans vomissements

Système psychiatrique :

- Très anxieux

Simulation

Durant l'entretien :

- Se tenir la poitrine avec la main
- Visage algique et transpirant
- Respiration rapide et superficielle

Durant le status :

- Douleur à la palpation thoracique
- Anxiété visible lors de l'examen cardiovasculaire

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Patient de 46 ans consultant aux urgences pour douleur thoracique aiguë l'ayant réveillé à 5h00. Douleur rétrosternale irradiant vers le cou, le dos et le bras gauche, de type compressif, cotée à 7/10, associée à dyspnée, nausées et transpiration. Antécédents d'HTA, hypercholestérolémie et RGO. Ex-fumeur (arrêt il y a 3 mois après 25 ans à 1 paquet/jour). Consommation de cocaïne hebdomadaire depuis 10 ans. Épisodes similaires 2-3x/semaine depuis 3 mois. Sous antiacide et diurétique.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e dit vouloir faire :

- ECG : donner le résultat montrant des modifications du segment ST
- Analyses sanguines : donner les résultats avec troponine élevée
- Radiographie thoracique : donner un résultat normal

Points clés

- La présentation suggère fortement un syndrome coronarien aigu
- La consommation de cocaïne est un facteur de risque majeur souvent sous-diagnostiqué
- L'ECG et les enzymes cardiaques sont essentiels pour le diagnostic
- Ne pas oublier les diagnostics différentiels potentiellement mortels
- La prise en charge doit être rapide et systématique

Pièges

- Ne pas demander sur la consommation de drogues
- Se concentrer uniquement sur le RGO à cause des antécédents
- Oublier l'examen des extrémités et la recherche de signes d'insuffisance cardiaque
- Ne pas rechercher une asymétrie tensionnelle

Diagnostic

Syndrome coronarien aigu probablement lié à la consommation de cocaïne

Physiopathologie de l'ischémie myocardique induite par la cocaïne

La cocaïne provoque une ischémie myocardique par plusieurs mécanismes :

- Vasoconstriction coronarienne par stimulation alpha-adrénergique
- Augmentation de la demande myocardique en oxygène
- Thrombose coronarienne par activation plaquettaire
- Athérosclérose accélérée chez les consommateurs chroniques

Présentation clinique du syndrome coronarien aigu

Le syndrome coronarien aigu se manifeste typiquement par :

- Douleur thoracique rétrosternale constrictive
- Irradiation vers cou, mâchoire, bras gauche ou dos
- Symptômes végétatifs : nausées, transpiration, anxiété
- Dyspnée par insuffisance cardiaque aiguë
- Durée > 20 minutes, non soulagée par le repos

Examens complémentaires

Les examens urgents à réaliser incluent :

- ECG 12 dérivations : recherche de sus ou sous-décalage ST, ondes Q
- Troponine ultrasensible : élévation spécifique de nécrose myocardique
- Radiographie thoracique : œdème pulmonaire, cardiomégalie
- Toxicologie urinaire : confirmer la consommation de cocaïne
- Échocardiographie : anomalies de la cinétique segmentaire

Prise en charge immédiate

La prise en charge suit le protocole MONA modifié :

- Morphine pour l'analgésie si douleur sévère
- Oxygène si saturation < 94% ou détresse respiratoire
- Nitrés sublinguaux (attention si consommation récente de cocaïne)
- Aspirine 300mg en dose de charge
- ÉVITER les bêta-bloquants en phase aiguë (risque de spasme coronarien paradoxal)

Particularités liées à la cocaïne

La prise en charge diffère sur certains points :

- Benzodiazépines pour réduire la stimulation sympathique
- Éviter les bêta-bloquants non sélectifs (effet alpha non opposé)
- Considérer les inhibiteurs calciques pour le vasospasme
- Surveillance prolongée (récidive possible jusqu'à 24h)
- Prise en charge de l'addiction indispensable

Résumé du cas clinique

Patient de 46 ans avec multiples facteurs de risque cardiovasculaires présentant un syndrome coronarien aigu typique. La consommation de cocaïne est un élément clé souvent sous-diagnostiqué. L'approche doit être systématique avec ECG et troponine en urgence, tout en adaptant le traitement aux particularités de l'intoxication à la cocaïne.

Conclusion

- Toujours rechercher une consommation de cocaïne chez un patient jeune avec douleur thoracique
- L'ECG et la troponine sont les examens clés pour le diagnostic

- Éviter les bêta-bloquants en phase aiguë si consommation de cocaïne
- La prise en charge de l'addiction est essentielle pour prévenir les récives
- Le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge

Rappels thérapeutiques

- Protocole MONA: Morphine, Oxygène, Nitrés, Aspirine
- Contre-indication des bêta-bloquants en cas de consommation récente de cocaïne
- Importance du dépistage toxicologique aux urgences
- Fenêtre thérapeutique pour la thrombolyse: < 12h

Examens complémentaires

- ECG: rechercher des modifications du segment ST, ondes Q pathologiques
- Troponine: marqueur spécifique de nécrose myocardique
- CK-MB: pic à 24h, normalisation en 48-72h
- Échocardiographie: évaluation de la fonction ventriculaire et des anomalies segmentaires