

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-37 - Sang dans les selles - Homme 55 ans

 Clinique de médecine générale

 Kenneth Klein, 55 ans, se présente à la clinique en se plaignant de la présence de sang dans ses selles

TA
130/80 mmHg

FC
76 bpm

FR
16/min

T°
36.9°C

Anamnèse (25%)

Score : 0/42

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Sang dans les selles]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation du saignement				0
Début [Il y a un mois]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [Chaque fois que j'ai une selle, je vois du sang mélangé dedans]	<input type="checkbox"/>			
Chronologie du sang [Le sang est mélangé avec les selles marron]	<input type="checkbox"/>			
Couleur du sang [Rouge vif]	<input type="checkbox"/>			
Douleur lors de la défécation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Méléna [Non]	<input type="checkbox"/>			
3. Troubles du transit intestinal				0
Constipation chronique [Eh bien, j'ai eu de la constipation pendant longtemps, et je continue à prendre des laxatifs. Au début, ils m'apportaient un certain soulagement, mais maintenant, ils ne me servent plus du tout]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence des selles [J'ai eu 2 selles par semaine au cours des 6 derniers mois]	<input type="checkbox"/>			
Diarrhée récente [J'ai eu de la diarrhée ces 2 derniers jours]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence de la diarrhée [Trois fois par jour]	<input type="checkbox"/>			
Description de la diarrhée [Liquide, marron, mélangée avec du sang]	<input type="checkbox"/>			
Urgence défécatoire [Non]	<input type="checkbox"/>			
Ténesme [Un peu]	<input type="checkbox"/>			
Mucus dans les selles [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Symptômes associés				0
Fièvre ou frissons [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleur abdominale [Non]	<input type="checkbox"/>			
Nausées ou vomissements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changements de poids [J'ai perdu environ 4,5 kg au cours des 6 derniers mois]	<input type="checkbox"/>			
Changements d'appétit [Mon appétit est resté le même]	<input type="checkbox"/>			
5. Facteurs de risque et habitudes				0
Régime alimentaire [Je mange beaucoup de malbouffe. Je ne mange jamais de légumes]	<input type="checkbox"/>			
Voyages récents [Non, mais je pense partir en voyage avec ma famille la semaine prochaine. Pensez-vous que je devrais rester à la maison ?]	<input type="checkbox"/>			
Contact avec personnes malades [Non]	<input type="checkbox"/>			
Exercice physique [Je marche une demi-heure tous les jours]	<input type="checkbox"/>			
6. Symptômes urinaires [Non]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
7. Médicaments actuels [Non. J'avais l'habitude de prendre beaucoup de laxatifs (Dulcolax), mais j'ai arrêté tous les médicaments lorsque la diarrhée a commencé]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

8. Antécédents médicaux [J'ai eu une bronchite il y a 3 semaines ; elle a été traitée avec de l'amoxicilline]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
9. Antécédents chirurgicaux [Hémorroïdes réséquées il y a 4 ans]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
10. Antécédents familiaux [Mon père est décédé à 55 ans d'un cancer du côlon. Ma mère est vivante et en bonne santé]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
11. Mode de vie et habitudes			0
Profession [Avocat]	<input type="checkbox"/>		
Consommation d'alcool [Non]	<input type="checkbox"/>		
Drogues illicites [Non]	<input type="checkbox"/>		
Tabac [Non]	<input type="checkbox"/>		
Activité sexuelle [Avec ma femme]	<input type="checkbox"/>		
12. Allergies médicamenteuses [Aucune]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Examen clinique (25%)

Score : 0/13

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Aspect général [Le patient ne semble pas en détresse aiguë]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Signes vitaux [Normaux]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
3. Examen cardiovasculaire Auscultation [RR et FC normaux ; B1/B2 normaux ; pas de souffles, frottements ou galops]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
4. Examen pulmonaire Auscultation [Bruits respiratoires clairs bilatéralement]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
5. Examen abdominal				0
Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité]	<input type="checkbox"/>			
Palpation [Détendu, souple et indolore]	<input type="checkbox"/>			
Percussion [Pas d'hépatosplénomégalie]	<input type="checkbox"/>			
6. Mention de l'examen rectal [L'examen rectal sera effectué après discussion avec le patient]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

Management (25%)

Score : 0/15

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques <i>2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Diagnostics différentiels à considérer

Pathologies malignes

- **Cancer colorectal** → *Coloscopie totale urgente avec biopsies*

Arguments POUR:

- ☐ Âge 55 ans (risque augmenté)
- ☐ ATCD familial (père décédé à 55 ans de CCR)
- ☐ Sang mélangé aux selles depuis 1 mois
- ☐ Changement du transit (constipation → diarrhée)
- ☐ Perte de poids involontaire de 4,5 kg
- ☐ Ténésme
- ☐ Régime pauvre en fibres

Arguments CONTRE:

- ☐ Appétit conservé

Pathologies bénignes

• **Hémorroïdes** → *Examen rectal, anoscopie*

Arguments POUR:

- ☐ ATCD d'hémorroïdes opérées
- ☐ Sang rouge vif
- ☐ Constipation chronique (facteur favorisant)
- ☐ Utilisation prolongée de laxatifs

Arguments CONTRE:

- ☐ Sang mélangé aux selles (pas typique)
- ☐ Pas de douleur à la défécation
- ☐ Perte de poids associée

• **Diverticulose compliquée** → *Coloscopie, CT abdominal si suspicion diverticulite*

Arguments POUR:

- ☐ Âge > 50 ans
- ☐ Régime pauvre en fibres
- ☐ Constipation chronique
- ☐ Saignement rouge vif possible

Arguments CONTRE:

- ☐ Saignement habituellement abondant et intermittent
- ☐ Pas de douleur abdominale
- ☐ Pas de fièvre

Pathologies infectieuses

• **Colite à Clostridium difficile** → *PCR C. difficile dans les selles, toxines A/B*

Arguments POUR:

- ☐ Antibiothérapie récente (amoxicilline il y a 3 semaines)
- ☐ Diarrhée aiguë depuis 2 jours
- ☐ Profession exposée (avocat = stress)

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de fièvre
- ☐ Pas de douleur abdominale
- ☐ Sang visible rare dans C. difficile
- ☐ Délai court après antibiotiques

Autres causes

• **Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)** → *Coloscopie avec biopsies étagées, calprotectine fécale*

Arguments POUR:

- ☐ Diarrhée sanglante
- ☐ Ténésme
- ☐ Perte de poids

Arguments CONTRE:

- ☐ Début tardif (55 ans)
- ☐ Pas de douleur abdominale
- ☐ Pas de symptômes extra-intestinaux
- ☐ Evolution courte (1 mois)

• **Angiodysplasie** → *Coloscopie, angiographie si nécessaire*

Arguments POUR:

- ☐ Âge > 50 ans
- ☐ Saignement rouge vif

Arguments CONTRE:

- ☐ Saignement habituellement intermittent
- ☐ N'explique pas les autres symptômes

2. Examens complémentaires urgents

0

Examen rectal avec toucher rectal	<input type="checkbox"/>
Test FIT (recherche de sang occulte dans les selles)	<input type="checkbox"/>
FSC (recherche anémie)	<input type="checkbox"/>
Ionogramme, urée, créatinine	<input type="checkbox"/>
CRP, VS	<input type="checkbox"/>

3. Examens complémentaires prioritaires

0

Coloscopie totale avec biopsies (dans les 2 semaines)	<input type="checkbox"/>
PCR C. difficile et toxines dans les selles	<input type="checkbox"/>
Coproculture avec recherche de leucocytes fécaux	<input type="checkbox"/>
Calprotectine fécale si suspicion MICI	<input type="checkbox"/>

4. Prise en charge symptomatique

Mesures immédiates

- Arrêt des laxatifs
- Hydratation orale suffisante
- Régime sans résidus temporaire
- Surveillance des signes vitaux
- Éducation signes d'alarme

Si colite à C. difficile confirmée

- Vancomycine orale 125mg × 4/jour × 10 jours
- Ou fidaxomicine 200mg × 2/jour × 10 jours
- Isolement contact
- Probiotiques après traitement
- Éviter antidiarrhéiques

Conseils diététiques

- Augmentation progressive des fibres
- Hydratation 1,5-2L/jour
- Légumes et fruits quotidiens
- Réduction viande rouge
- Éviter aliments transformés

Dépistage familial

- Coloscopie pour les apparentés au 1er degré
- Début 10 ans avant âge diagnostique du parent
- Ou à 40 ans (le plus précoce)
- Conseil génétique si syndrome familial

○ ○ ○ 0

5. Signes d'alarme à surveiller

⚠ Red Flags - Signes nécessitant une consultation urgente

1. **Hémorragie massive**
→ Urgences, réanimation, endoscopie urgente
2. **Douleur abdominale intense**
→ Perforation, ischémie, urgence chirurgicale
3. **Fièvre élevée**
→ Colite sévère, mégacôlon toxique
4. **Signes de choc**
→ Hypotension, tachycardie, pâleur = urgence vitale
5. **Occlusion intestinale**
→ Arrêt matières/gaz, distension = urgence chirurgicale

○ ○ ○ 0

Clôture de consultation

Clôture type

Monsieur Klein, les symptômes que vous décrivez peuvent être dus à des problèmes facilement traitables, comme des hémorroïdes, une infection dans votre côlon ou une diverticulose. Cependant, ils peuvent également être le signe d'une maladie plus grave, comme un cancer colorectal. Il est crucial que nous effectuions des analyses de sang, un examen des selles, et probablement une coloscopie, qui consiste à examiner votre côlon à l'aide d'un tube fin contenant une caméra. Je vais également devoir effectuer un examen rectal aujourd'hui. Une fois que nous aurons posé un diagnostic, nous devrions être en mesure de traiter votre problème. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Mon père avait un cancer du côlon. Est-ce que je pourrais l'avoir aussi ?] [Que signifie ce mot 'coloscopie' ?]

Réponse type du candidat

C'est une possibilité. Parlez-moi davantage des symptômes que vous avez et qui vous inquiètent par rapport au cancer. / La coloscopie est un examen qui permet de voir l'intérieur de votre côlon avec une petite caméra au bout d'un tube flexible. C'est le meilleur moyen de détecter d'éventuels polypes ou tumeurs.

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%

Scénario pour le patient standardisé

Nom : Kenneth Klein | **Âge :** 55 ans

Contexte : Homme marié avec deux enfants, avocat, consultant pour rectorragies

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai du sang dans mes selles depuis un mois.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Je suis inquiet car mon père est mort du cancer du côlon.»

Consignes

- Si la coloscopie est mentionnée, demandez : 'Que signifie ce mot ?'
- Paraissez inquiet mais pas en détresse aiguë.
- Mentionnez votre voyage prévu la semaine prochaine.
- Insistez sur l'inefficacité des laxatifs.
- Montrez de l'anxiété concernant le cancer.

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Sang rouge vif mélangé aux selles
- Présent à chaque selle depuis 1 mois
- Pas de douleur associée

Symptômes associés :

- Constipation chronique 6 mois (2 selles/semaine)
- Diarrhée récente depuis 2 jours
- Perte de poids 4,5 kg en 6 mois
- Ténésme léger
- Appétit conservé

Facteurs déclenchants :

- Usage prolongé de laxatifs
- Antibiothérapie récente
- Régime pauvre en fibres

Réponse aux symptômes :

- Arrêt des laxatifs avec diarrhée
- Inquiétude croissante
- Report du voyage ?

Représentation de la maladie :

- Peur du cancer comme son père
- Espoir que ce soit bénin
- Veut des réponses rapides

Habitudes

- **Médicaments :** Dulcolax (arrêté récemment)
- **Tabac :** Non-fumeur
- **Alcool :** Non
- **Alimentation :** Malbouffe, pas de légumes
- **Exercice physique :** Marche 30 min/jour
- **Profession :** Avocat (stress++)
- **Drogues illicites :** Jamais

Histoire médicale

- Bronchite traitée amoxicilline il y a 3 semaines
- Hémorroïdes opérées il y a 4 ans
- Père décédé cancer côlon à 55 ans

Anamnèse par systèmes

Système digestif :

- Pas de douleur abdominale
- Pas de nausées/vomissements
- Pas de méléna
- Transit très perturbé

Général :

- Pas de fièvre
- Perte de poids involontaire
- Fatigue modérée

Système urinaire :

- Aucun symptôme urinaire

Simulation

Durant l'entretien :

- Anxiété palpable
- Questions sur le pronostic
- Préoccupation voyage famille
- Recherche réassurance

Durant le status :

- Abdomen souple
- Aucune douleur à la palpation
- Coopératif mais tendu
- Appréhension examen rectal

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 55 ans présentant une rectorragie évoluant depuis 1 mois avec contexte de constipation chronique, perte de poids et ATCD familial de cancer colorectal. Antibiothérapie récente compliquant le tableau avec diarrhée. Forte suspicion de néoplasie colique nécessitant coloscopie urgente. Diagnostic différentiel inclut colite à *C. difficile* vu antibiothérapie récente.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Toucher rectal : confirmer nécessité absolue
- Test sang occulte : mentionner qu'il est inutile si sang visible
- Coloscopie : délai maximal 2 semaines
- Lavement baryté : obsolète, préférer coloscopie

Points clés

- ATCD familial = dépistage aurait dû débuter à 45 ans
- Sang mélangé aux selles = origine colique probable
- Perte de poids = drapeau rouge pour malignité
- Antibiothérapie récente = penser *C. difficile*
- Coloscopie totale obligatoire à 55 ans avec ces symptômes

Pièges

- Banaliser le saignement (hémorroïdes)
- Oublier l'ATCD familial crucial
- Ne pas faire le toucher rectal
- Retarder la coloscopie
- Négliger le risque de *C. difficile*

Diagnostic

Rectorragie chronique sur terrain à risque nécessitant exclusion urgente d'un cancer colorectal

Cancer colorectal

Troisième cancer le plus fréquent :

- Incidence augmente après 50 ans
- Facteurs de risque : âge, ATCD familiaux, MICI, polypose
- Séquence adénome-carcinome (10-15 ans)
- Localisation : 70% côlon gauche et rectum
- Symptômes selon localisation (droite = anémie, gauche = troubles transit)
- Survie 5 ans : 90% stade I, 10% stade IV

Hémorragie digestive basse

Approche diagnostique systématique :

- Sang rouge = origine anale, rectale ou colique gauche
- Méléna = origine haute ou côlon droit
- Volume et fréquence orientent gravité
- Âge > 50 ans = coloscopie systématique
- Causes fréquentes : diverticules, angiodysplasie, cancer, hémorroïdes
- Mortalité < 5% si prise en charge appropriée

Dépistage familial CCR

Recommandations selon risque :

- Risque moyen : coloscopie à 50 ans
- ATCD familial 1er degré < 60 ans : début à 40 ans ou 10 ans avant
- ≥ 2 apparentés 1er degré : début à 40 ans
- Syndrome Lynch : début 20-25 ans
- PAF : début 10-12 ans
- Intervalle : tous les 5-10 ans si normal

Colite à C. difficile

Infection nosocomiale majeure :

- 1ère cause diarrhée post-antibiotiques
- Délai : 3 jours à 8 semaines post-ATB
- Facteurs risque : âge, ATB, IPP, hospitalisation
- Spectre : diarrhée simple → colite fulminante
- Diagnostic : PCR plus sensible que toxines
- Récidive 20-30% des cas

Prise en charge rectorragie

Stratégie selon présentation :

- Évaluation hémodynamique prioritaire
- Toucher rectal systématique
- Coloscopie : gold standard diagnostic
- Préparation colique si état stable
- Biopsies multiples si lésion suspecte
- Scanner si coloscopie incomplète

Aspects nutritionnels CCR

Prévention par l'alimentation :

- Fibres : réduction risque 10% par 10g/jour
- Viande rouge : augmentation risque 17% par 100g/jour

- Charcuterie : augmentation risque 18% par 50g/jour
- Calcium et vitamine D : effet protecteur
- Alcool et tabac : facteurs de risque
- Activité physique : réduction risque 25%

Pronostic et surveillance

Après traitement CCR :

- Stade I-II : survie 5 ans > 80%
- Stade III : survie 5 ans 40-70%
- Surveillance : coloscopie à 1 an puis tous 3-5 ans
- ACE tous 3-6 mois × 5 ans
- Scanner TAP annuel × 3 ans si stade II-III
- Récidive : 80% dans les 2 premières années

Résumé du cas clinique

Patient de 55 ans à très haut risque de CCR (ATCD familial, âge, symptômes d'alarme) nécessitant coloscopie urgente. La présentation avec rectorragie, modification du transit et perte de poids est hautement suspecte.

L'antibiothérapie récente complique le tableau avec possibilité de C. difficile surajouté. Le retard de dépistage (aurait dû débuter à 45 ans) aggrave le pronostic potentiel.

Conclusion

- Toute rectorragie après 50 ans = cancer jusqu'à preuve du contraire
- L'ATCD familial modifie drastiquement la stratégie de dépistage
- La coloscopie ne doit pas être retardée devant des signes d'alarme
- Le régime alimentaire influence significativement le risque
- La détection précoce transforme le pronostic
- L'éducation familiale sur le dépistage est cruciale

Rappels thérapeutiques

- C. difficile : vancomycine 125mg × 4/j × 10j (1ère ligne)
- Alternative : fidaxomicine 200mg × 2/j × 10j
- Fer si anémie : fer(II) 100-200mg/j
- Préparation colique : PEG 4L la veille
- Chimio adjuvante stade III : FOLFOX ou CAPOX

Examens complémentaires

- Coloscopie : sensibilité 95% pour lésions > 1cm
- FIT : seuil 100 ng/mL, Se 79%, Sp 94%
- ACE : N < 5 ng/mL, élevé dans 70% CCR
- CT colonographie : alternative si coloscopie impossible
- Calprotectine : N < 50 µg/g, élevée si inflammation