

Grille d'évaluation ECOS - Diarrhées 1

📍 Urgences

👤 Madame Landolt, 37 ans, se présente aux urgences pour des rectorragies depuis quelques semaines.

TA 112/62 mmHg	FC 105 bpm	FR 14/min	T° 38.4°C	SaO2 98%
-------------------	---------------	--------------	--------------	-------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/32

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Caractérisation de la plainte principale				0
Localisation de la douleur [quadrant inférieur gauche]	<input type="checkbox"/>			
Type de douleur [crampiforme]	<input type="checkbox"/>			
Intensité [7/10 au maximum]	<input type="checkbox"/>			
Durée et fréquence [4 semaines, > 10 épisodes/jour]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [prise alimentaire]	<input type="checkbox"/>			
2. Caractérisation des rectorragies				0
Présence de sang frais [oui]	<input type="checkbox"/>			
Quantité et fréquence [10 épisodes/jour]	<input type="checkbox"/>			
Glaire [oui]	<input type="checkbox"/>			
Diarrhées nocturnes [oui]	<input type="checkbox"/>			
Ténesmes et urgences fécales [oui]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés				0
Perte de poids [3.5 kg en 4 semaines]	<input type="checkbox"/>			
Inappétence [oui]	<input type="checkbox"/>			
Nausées et vomissements [depuis 3 jours, postprandiaux]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [oui]	<input type="checkbox"/>			
Palpitations [oui]	<input type="checkbox"/>			
4. Retentissement fonctionnel				0
Impact socioprofessionnel [port de protections au travail]	<input type="checkbox"/>			
Isolement social [ne sort plus, ne voit plus d'amis]	<input type="checkbox"/>			
Adaptation comportementale [évite de manger par appréhension]	<input type="checkbox"/>			
5. Antécédents et facteurs de risque				0
Voyage récent [Tanzanie il y a 2 mois]	<input type="checkbox"/>			
Relations sexuelles non protégées [vaginales et anales]	<input type="checkbox"/>			
Consommation d'aliments à risque [légumes et fruits non cuits]	<input type="checkbox"/>			
Tabagisme [ancien, 8 UPA]	<input type="checkbox"/>			
Médicaments gastrotoxiques [Diclofénac]	<input type="checkbox"/>			
6. Anamnèse systémique				0
Pas de symptômes urinaires	<input type="checkbox"/>			
Pas de douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>			
Pas d'atteinte cutanée	<input type="checkbox"/>			
Pas d'atteinte oculaire	<input type="checkbox"/>			
Pas de notion de contagé	<input type="checkbox"/>			

7. Anamnèse médicale et chirurgicale

0

Reflux gastro-œsophagien [oui]

☐

Lombalgies chroniques [depuis 4 mois]

☐

Appendicectomie [dans l'enfance]

☐

Cure de tunnel carpien [2020]

☐

Examen clinique (25%)

Score : 0/18

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Signes vitaux et état général				0
Prise des signes vitaux	<input type="checkbox"/>			
Évaluation de l'état général	<input type="checkbox"/>			
Recherche de signes de déshydratation	<input type="checkbox"/>			
2. Examen abdominal				0
Inspection de l'abdomen	<input type="checkbox"/>			
Auscultation des bruits intestinaux	<input type="checkbox"/>			
Palpation des 4 quadrants	<input type="checkbox"/>			
Recherche de défense ou détente	<input type="checkbox"/>			
Recherche de masses	<input type="checkbox"/>			
3. Recherche de complications				0
Signes de péritonite	<input type="checkbox"/>			
Signes de mégacôlon toxique	<input type="checkbox"/>			
État hémodynamique	<input type="checkbox"/>			
4. Recherche de manifestations extra-intestinales				0
Examen cutané [érythème nouveau, pyoderma]	<input type="checkbox"/>			
Examen articulaire [arthrite]	<input type="checkbox"/>			
Examen oculaire si indiqué [uvéite, épisclérite]	<input type="checkbox"/>			
5. Toucher rectal				0
Inspection de la marge anale	<input type="checkbox"/>			
Recherche de sang frais	<input type="checkbox"/>			
Évaluation du tonus sphinctérien	<input type="checkbox"/>			
Palpation rectale	<input type="checkbox"/>			

Management (25%)

Score : 0/23

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèse diagnostique principale				0
Rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH)	<input type="checkbox"/>			
Justification basée sur les symptômes	<input type="checkbox"/>			
Explication adaptée à la patiente	<input type="checkbox"/>			

2. Diagnostics différentiels évoqués

0

- | | |
|---|--------------------------|
| Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> |
| Colite infectieuse (bactérienne, parasitaire) | <input type="checkbox"/> |
| Colite médicamenteuse (AINS) | <input type="checkbox"/> |
| Carcinome colorectal | <input type="checkbox"/> |

3. Examens complémentaires

0

- | | |
|--|--------------------------|
| Bilan biologique (FSC, CRP, électrolytes, fonction rénale) | <input type="checkbox"/> |
| Cultures de selles et parasitologie | <input type="checkbox"/> |
| Calprotectine fécale | <input type="checkbox"/> |
| Colonoscopie avec biopsies | <input type="checkbox"/> |

4. Prise en charge immédiate

0

- | | |
|---|--------------------------|
| Critères d'hospitalisation évalués [≥ 6 selles sanglantes/jour] | <input type="checkbox"/> |
| Réhydratation IV | <input type="checkbox"/> |
| Corticothérapie IV si colite sévère | <input type="checkbox"/> |
| Arrêt des AINS | <input type="checkbox"/> |

5. Plan de suivi

0

- | | |
|---|--------------------------|
| Consultation gastro-entérologie | <input type="checkbox"/> |
| Surveillance des complications | <input type="checkbox"/> |
| Protocole de dépistage du cancer colorectal | <input type="checkbox"/> |
| Soutien psychologique | <input type="checkbox"/> |

6. Communication avec la patiente

0

- | | |
|--|--------------------------|
| Réponse à la question sur le cancer [risque accru mais surveillance] | <input type="checkbox"/> |
| Explication du caractère chronique de la maladie | <input type="checkbox"/> |
| Rassurance sur les options thérapeutiques | <input type="checkbox"/> |
| Information sur les groupes de soutien | <input type="checkbox"/> |

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 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 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 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 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

Anamnèse0%

Examen clinique0%

Management0%

Communication0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A
≥90%

B
80-89%

C
70-79%

D
60-69%

E
<60%

Lésions cutanées associées aux MICI

Illustration de l'érythème noueux et du pyoderma gangrenosum, manifestations cutanées possibles dans les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

Lésions cutanées associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)

Erythème noueux



Pyoderma gangrenosum



Source : <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-prognosis-of-ulcerative-colitis-in-adults#H1844647817>

Causes d'hémorragie digestive basse

Classification des causes d'hémorragie digestive basse selon leur origine : anatomique, vasculaire, inflammatoire, néoplasique, iatrogène, ano-rectale, grêle/HDH

Causes d'hémorragie digestive basse

- **Anatomique** : diverticule
- **Vasculaire** : angiodysplasie, **ischémique**, post-radique
- **Inflammatoire** : **infectieux**, MICI
- **Néoplasique** : polype, cancer
- **Iatrogène** : post-polypectomie
- **Ano-rectale** : hémorroïde, fissure anale, ulcère rectal, varice rectale,
- **Grêle /HDH**
- Inconnue

Tiré du cours du Dr Maillard sur les hémorragies digestives

Scénario pour la patiente standardisée

Nom : Giulia Landolt | **Âge :** 37 ans

Contexte : Cheffe de projet chez Nestlé consultant aux urgences pour rectorragies

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai du sang dans les selles»

Si on demande s'il y a autre chose : «C'est vraiment le sang qui m'inquiète»

Informations personnelles

Profession : Cheffe de projet chez Nestlé

Poids : Normal (BMI 18-25)

Orientation sexuelle : Hétérosexuelle

État civil : Célibataire

État d'esprit : Fatiguée, inquiète (peur du cancer)

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleurs abdominales crampiformes
- Localisation : Quadrant inférieur gauche + rectalgies
- Intensité : 7/10 au maximum
- Durée : 4 semaines
- Facteur aggravant : Prise alimentaire

Symptômes associés :

- Diarrhées glaireuses et sanglantes (diurnes et nocturnes)
- > 10 épisodes par jour
- Ténésmes et urgences fécales
- Nausées quotidiennes postprandiales depuis 3 jours
- Vomissements à la prise alimentaire depuis 3 jours
- Perte de poids de 3.5 kg en 4 semaines
- Fatigue
- Palpitations
- Sensation de peine à respirer

Réponse aux symptômes :

- Ne mange plus par appréhension des diarrhées
- Porte des protections (couches pour adulte) au travail

Représentation de la maladie :

- Mort imminente
- Cancer

Questions :

- Ai-je un cancer ? (à poser au plus tard au moment de la sonnerie '2 minutes restantes')

Habitudes

- **Alimentation :** Omnivore, équilibré. Durant le voyage en Tanzanie, a mangé des légumes et fruits non cuits sans y faire particulièrement attention
- **Activité physique :** Tennis 1x/semaine
- **Sommeil :** Perturbé par les symptômes
- **Tabac :** Ancien, 1/2 paquet par jour de 16 à 32 ans = 8 UPA
- **Alcool :** 1-2 verres/semaine
- **Drogues illicites :** Non
- **Sexualité :** Relations sexuelles non protégées avec partenaire stable
- **Médicaments :** Voltaren retard 75mg max 3x/j en réserve, Dafalgan 1g max 4x/j en réserve, Nexium en réserve

Informations personnelles

- **Profession :** Cheffe de projet chez Nestlé
- **Poids :** Normal (BMI 18-25)
- **Orientation sexuelle :** Hétérosexuelle
- **État civil :** Célibataire
- **État d'esprit durant la consultation :** Fatiguée, inquiète (peur du cancer)

Histoire médicale

- Bonne santé habituelle
- Célibataire, a rencontré un nouveau compagnon lors d'un voyage en Tanzanie il y a deux mois (habite en France)
- Relations sexuelles vaginales et anales non protégées avec lui en début de relation
- Ne l'a plus revu depuis 1 mois en raison de ses diarrhées
- Restent en contact, lui n'a jamais présenté de symptôme
- Comorbidités : Lombalgies chroniques non déficitaires depuis 4 mois, reflux gastro-œsophagiens récurrents, stérilet en cuivre depuis 2016
- Antécédents : Cure de tunnel carpien à droite en 2020, appendicectomie dans l'enfance (environ 12 ans)

Anamnèse par systèmes

Système général :

- Perte de poids involontaire de 3.5 kg en 4 semaines sur inappétence
- Pas d'état fébrile objectivé, ni de frissons

Système cardiovasculaire :

- Actuellement ressent des palpitations

Système digestif :

- Cf. anamnèse actuelle

Système ostéo-articulaire :

- Pas de douleur articulaire (DD : arthrite, spondylite ankylosante qui peuvent être associées aux MICI)

Système génito-urinaire :

- Pas de brûlures mictionnelles ou algurie
- Pas de pollakiurie (besoin fréquent d'uriner)
- Quantité d'urine normale
- Ne sait pas si sang dans les urines car mélangées à la diarrhée (mais pas de sang sur le papier quand elle s'essuie)

Système gynécologique :

- Pas d'écoulement ou d'odeur nauséabonde perçue
- Stérilet en cuivre de longue date
- Règles régulières de quantité normale
- Ménarche à 12 ans
- N'a jamais été enceinte, ne souhaite pas d'enfant

Système dermatologique :

- Pas d'atteinte cutanée (DD : érythème noueux, pyoderma gangrenosum qui peuvent être associés aux MICI)

Système ophtalmologique :

- Pas d'atteinte (DD : uvéite et épisclérite qui peuvent être associées aux MICI)

Simulation

Durant l'entretien :

- Fatigue visible
- Étudiant empathique : Précise retentissement socioprofessionnel (porte des protections au travail et chez elle, urgences fécales, ne se rend plus chez des amis, ne sort plus en dehors du travail)
- Étudiant non-empathique : Ne mentionne pas tous les aspects 'gênants' sauf si demandé directement

Durant le status :

- Douleurs du quadrant inférieur gauche à la palpation

Information à donner

Conséquences sociales : Ne se rend plus chez des amis, ne sort plus en dehors du travail

Informations pour l'expert

Dossier médical de l'entretien

Mme Landolt, 37 ans, cheffe de projet chez Nestlé, se présente aux urgences pour rectorragies depuis 3-4 semaines. Diarrhées sanglantes (10 épisodes/jour) avec ténesmes et urgences fécales. Douleurs abdominales crampiformes au QIG. Perte de poids 3.5 kg, inappétence. Nausées/vomissements depuis 3 jours. Retentissement socioprofessionnel majeur. Voyage Tanzanie il y a 2 mois. Tabagisme ancien 8 UPA. Médication : AINS pour lombalgies.

Rôles et interventions de l'expert·e

Pas d'intervention nécessaire

Points clés

- Rectorragies avec diarrhées glaireuses évoluant depuis 4 semaines
- Critères de gravité : > 10 selles/jour, fièvre, tachycardie
- Retentissement majeur sur la qualité de vie
- Voyage récent en Tanzanie (DD infectieux)
- Prise d'AINS (DD colite médicamenteuse)
- Question sur le cancer à gérer avec empathie

Pièges

- Ne pas oublier l'anamnèse sexuelle (IST possible)
- Rechercher systématiquement les manifestations extra-intestinales des MICI
- Évaluer les critères d'hospitalisation
- Ne pas banaliser l'impact psychosocial
- Penser aux complications (mégacôlon toxique)

Maladies inflammatoires

Rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH)

Arguments POUR:

- ☐ Femme jeune (37 ans)
- ☐ Diarrhées sanglantes et glaireuses
- ☐ Ténésmes et urgences fécales
- ☐ Évolution subaiguë (4 semaines)
- ☐ Diarrhées nocturnes
- ☐ Symptômes systémiques (perte de poids, fatigue)

→ *Colonoscopie avec biopsies, calprotectine fécale*

Maladie de Crohn

Arguments POUR:

- ☐ MICI possible
- ☐ Douleurs abdominales

Arguments CONTRE:

- ☐ Localisation rectale prédominante
- ☐ Pas de fistules ou abcès
- ☐ Pas d'atteinte péri-anale

→ *Colonoscopie + iléoscopie, IRM entéro*

Causes infectieuses

Colite infectieuse bactérienne

Arguments POUR:

- ☐ Voyage récent en Tanzanie
- ☐ Consommation d'aliments à risque
- ☐ Fièvre

Arguments CONTRE:

- ☐ Durée prolongée (4 semaines)
- ☐ Pas de contagé dans l'entourage

→ *Cultures de selles, recherche Shigella, Salmonella, Campylobacter, E. coli*

Colite parasitaire (amibiase)

Arguments POUR:

- ☐ Voyage en zone endémique
- ☐ Diarrhées sanglantes

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de douleur du flanc droit typique
- ☐ Évolution prolongée

→ *Parasitologie des selles x3, sérologie amibienne*

IST rectale (gonorrhée, chlamydia)

Arguments POUR:

- ☐ Relations anales non protégées récentes
- ☐ Nouveau partenaire

Arguments CONTRE:

- ☐ Partenaire asymptomatique
- ☐ Diarrhées profuses inhabituelles

→ *PCR gonocoque/chlamydia sur prélèvement rectal*

Causes médicamenteuses

Colite aux AINS

Arguments POUR:

- ☐ Prise de Diclofénac
- ☐ Pour lombalgies chroniques

Arguments CONTRE:

- ☐ Prise 'en réserve' seulement
- ☐ Symptômes très sévères pour une colite aux AINS

→ *Arrêt des AINS, évolution clinique*

Causes néoplasiques

Carcinome colorectal

Arguments POUR:

- ☐ Rectorragies
- ☐ Modification du transit
- ☐ Perte de poids

Arguments CONTRE:

- ☐ Âge jeune (37 ans)
- ☐ Évolution rapide
- ☐ Diarrhées profuses

→ *Colonoscopie avec biopsies*

Causes proctologiques

Maladie hémorroïdaire

Arguments CONTRE:

- ☐ Sang mélangé aux selles
- ☐ Diarrhées glaireuses
- ☐ Symptômes systémiques
- ☐ Pas de sang isolé sur le papier

→ **Anuscopie**

Évaluation des douleurs abdominales

Motif de consultation très fréquent aux urgences (environ 25% des patients). L'anamnèse est clef pour orienter le diagnostic.

- Caractérisation de la douleur : siège, type, intensité, évolution, facteurs modulateurs
- Signes d'accompagnement : fièvre, troubles du transit, nausées/vomissements
- Recherche de signes de gravité : défense, contracture, état de choc
- Antécédents : chirurgicaux, médicamenteux (AINS), voyages récents

Rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH)

Maladie inflammatoire chronique de l'intestin affectant les muqueuses rectales et pouvant s'étendre au côlon. Touche principalement les 15-30 ans.

- Symptômes typiques : diarrhée sanglante (90%), urgences fécales, ténésmes
- Symptômes systémiques : asthénie, fièvre, perte de poids, anémie
- Manifestations extra-intestinales (25%) : articulaires, ophtalmologiques, cutanées
- Évolution par poussées et rémissions
- Diagnostic : colonoscopie avec biopsies

Complications de la RCUH

La surveillance est essentielle pour prévenir et détecter précocement les complications potentiellement graves.

- Cancer colorectal : risque accru, nécessité de surveillance endoscopique
- Mégacôlon toxique : dilatation colique ≥ 6 cm avec toxicité systémique (urgence)
- Perforation colique
- Hémorragie massive
- Cholangite sclérosante primitive (association)

Critères d'hospitalisation

L'évaluation de la sévérité détermine le lieu de prise en charge.

- Colite aiguë sévère : ≥ 6 selles sanglantes/jour ET toxicité systémique
- Signes de toxicité : fièvre $> 38^{\circ}\text{C}$, FC > 90 bpm, Hb < 10.5 g/dL
- Complications suspectées
- Échec du traitement ambulatoire
- Impossibilité de s'alimenter/s'hydrater

Prise en charge thérapeutique

Le traitement dépend de la sévérité et de l'extension de la maladie.

- Forme légère à modérée : 5-ASA (mésalazine) topique et/ou orale
- Forme sévère : corticothérapie IV haute dose + réhydratation
- Traitement d'entretien : 5-ASA, immunosuppresseurs si nécessaire
- Biothérapies (anti-TNF, anti-intégrines) si échec conventionnel
- Chirurgie : colectomie si échec médical ou complication

Rappels thérapeutiques

- Arrêt impératif des AINS
- Corticothérapie IV si hospitalisation : méthylprednisolone 60 mg/j
- Réhydratation et correction des troubles électrolytiques
- Prophylaxie thromboembolique si hospitalisation
- Supplémentation en fer si anémie
- Support nutritionnel si dénutrition
- Prise en charge psychologique du retentissement

Examens complémentaires

- FSC : recherche anémie, syndrome inflammatoire
- CRP : marqueur d'inflammation
- Électrolytes : Na, K, recherche de déshydratation
- Fonction rénale : créatinine
- Albumine : évaluation nutritionnelle
- Cultures de selles : éliminer une cause infectieuse
- Parasitologie des selles : si voyage récent
- Calprotectine fécale : marqueur d'inflammation intestinale
- Colonoscopie avec biopsies : gold standard diagnostique
- Radiographie abdominale si suspicion de mégacôlon

Diagnostics différentiels des rectorragies avec diarrhées

Maladies inflammatoires

Rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH)

Arguments POUR: □ Femme jeune (37 ans) □ Diarrhées sanglantes et glaireuses □
Ténésmes et urgences fécales □ Évolution subaiguë (4 semaines) □ Diarrhées nocturnes □
Symptômes systémiques (perte de poids, fatigue)

→ *Colonoscopie avec biopsies, calprotectine fécale*

Maladie de Crohn

Arguments POUR: □ MICI possible □ Douleurs abdominales **Arguments CONTRE:** □
Localisation rectale prédominante □ Pas de fistules ou abcès □ Pas d'atteinte péri-anale

→ *Colonoscopie + iléoscopie, IRM entéro*

Causes infectieuses

Colite infectieuse bactérienne

Arguments POUR: □ Voyage récent en Tanzanie □ Consommation d'aliments à risque □
Fièvre **Arguments CONTRE:** □ Durée prolongée (4 semaines) □ Pas de contagé dans
l'entourage

→ *Cultures de selles, recherche Shigella, Salmonella, Campylobacter, E. coli*

Colite parasitaire (amibiase)

Arguments POUR: □ Voyage en zone endémique □ Diarrhées sanglantes **Arguments**
CONTRE: □ Pas de douleur du flanc droit typique □ Évolution prolongée

→ *Parasitologie des selles x3, sérologie amibienne*

IST rectale (gonorrhée, chlamydia)

Arguments POUR: □ Relations anales non protégées récentes □ Nouveau partenaire
Arguments CONTRE: □ Partenaire asymptomatique □ Diarrhées profuses inhabituelles

→ *PCR gonocoque/chlamydia sur prélèvement rectal*

Causes médicamenteuses

Colite aux AINS

Arguments POUR: □ Prise de Diclofénac □ Pour lombalgies chroniques **Arguments**
CONTRE: □ Prise 'en réserve' seulement □ Symptômes très sévères pour une colite aux
AINS

→ *Arrêt des AINS, évolution clinique*

Causes néoplasiques

Carcinome colorectal

Arguments POUR: □ Rectorragies □ Modification du transit □ Perte de poids **Arguments**
CONTRE: □ Âge jeune (37 ans) □ Évolution rapide □ Diarrhées profuses

→ *Colonoscopie avec biopsies*

Causes proctologiques

Maladie hémorroïdaire

Arguments CONTRE: □ Sang mélangé aux selles □ Diarrhées glaireuses □ Symptômes systémiques □ Pas de sang isolé sur le papier

→ *Anuscopie*