

# Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-6 - Douleurs pelviennes - Femme 30 ans

Cabinet médical

Autumn Larsen, femme de 30 ans, consultante pour des douleurs pelviennes

T°  
37.2°C

TA  
124/69 mmHg

FC  
70 bpm

FR  
16/min

Anamnèse (25%)

Score : 0/55

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [J'ai des douleurs à l'estomac intermittentes depuis des années]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur				0
Localisation [Dans mon bas-ventre, juste ici]	<input type="checkbox"/>			
Intensité (échelle 0-10) [Ça varie. Parfois c'est vraiment intense, comme un 6 ou 8, et d'autres fois il n'y a rien du tout]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [Crampes]	<input type="checkbox"/>			
Début [Il y a environ 5 ans]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Rien de spécial à ce moment-là]	<input type="checkbox"/>			
Progression/constant/intermittent [Ça semble s'aggraver lentement. Je ne l'ai pas tout le temps - peut-être 6 jours par mois maintenant. Et je sais que c'était moins avant]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Je l'ai une fois par mois pendant plusieurs jours d'affilée]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Mon dos me fait mal aussi]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [L'ibuprofène aide. Et une bouillotte]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [C'est définitivement pire autour de mes règles]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés [Je suis un peu gênée de dire ça, mais ça fait aussi mal parfois quand j'ai des rapports sexuels avec mon mari, ce qui est terrible parce que nous essayons tellement fort de tomber enceinte. Mais je n'ai simplement pas envie d'avoir des rapports si ça fait mal]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
4. Recherche de symptômes spécifiques				0
Fièvre/frissons [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [Je me sens assez fatiguée dernièrement. Je ne sais pas si c'est à cause du stress d'essayer de tomber enceinte, ou s'il y a quelque chose de plus sérieux qui ne va pas chez moi]	<input type="checkbox"/>			
Palpitations [Non]	<input type="checkbox"/>			
Dyspnée [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes urinaires [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes intestinaux [Quand j'ai mal, ça fait aussi mal parfois d'aller aux toilettes]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [Non]	<input type="checkbox"/>			
Variations pondérales [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Antécédents médicaux [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
6. Antécédents chirurgicaux [Non]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
7. Allergies [Aucune]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
8. Médicaments [Je prends de l'ibuprofène quand la douleur est forte]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
9. Hospitalisations [Jamais]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
10. Antécédents familiaux [Ma mère avait des fibromes dans son utérus. Mais elle était plus âgée que moi quand elle a été diagnostiquée]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

## 11. Habitudes et mode de vie

0

- Occupation [Je suis avocate spécialisée dans les droits de l'homme] ☐
- Domicile [Heureusement mariée. Bien que nous ayons eu du stress conjugal depuis que j'ai obtenu mon diplôme de droit et commencé à voyager pour le travail, tout en essayant en même temps de tomber enceinte] ☐
- Alcool [Non] ☐
- Drogues illicites [Non] ☐
- Tabac [Non] ☐

## 12. Histoire sexuelle et gynécologique

0

- Activité sexuelle [Oui, avec mon mari] ☐
- Nombre de partenaires dans l'année [Juste mon mari] ☐
- IST antérieures [Non] ☐
- Dernier dépistage IST [Il y a 3 ans, avant mon mariage] ☐
- Dernières règles [Il y a deux semaines] ☐
- Ménarche [J'avais 9 ans quand j'ai eu mes premières règles] ☐
- Durée des règles [C'est long et abondant. Environ 8 jours, je dirais] ☐
- Règles régulières [Oui, toutes les 4 semaines] ☐
- Spotting [Non] ☐
- Nombre de tampons par jour [Oh, je ne suis pas vraiment sûre, mais je dois les changer toutes les 2 heures environ] ☐
- Pertes vaginales [Juste le type normal] ☐
- Démangeaisons vaginales [Non] ☐
- Sécheresse vaginale [Non] ☐
- Grossesses [Pas encore, mais mon mari et moi essayons depuis environ 2 ans maintenant] ☐
- Avortements/fausses couches [Non] ☐
- Dernier frottis [Il y a 5 mois. Ils ont toujours été normaux] ☐

## Examen clinique (25%)

Score : 0/10

Critères	Oui	±	Non	Points
<b>1. Mesures d'hygiène</b>				<b>0</b>
Lavage des mains <input type="checkbox"/>				
Respect de la pudeur avec drap <input type="checkbox"/>				
<b>2. Examen tête et cou</b>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<b>0</b>
Inspection des conjonctives				
<b>3. Examen cardiovasculaire</b> [Auscultation cardiaque normale]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<b>0</b>
<b>4. Examen abdominal</b>				<b>0</b>
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 [Légère sensibilité dans les quadrants inférieurs droit et gauche] <input type="checkbox"/>				

Critères	Oui	±	Non	Points
<b>1. Hypothèses diagnostiques</b> <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
<b>Diagnostics différentiels à considérer</b> <b>Causes gynécologiques prioritaires</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Léiomyome utérin (fibromes)</b> → <i>Examen pelvien + US transvaginale</i>  Arguments POUR: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dysménorrhée chronique depuis 5 ans</li> <li><input type="checkbox"/> Ménorragie (règles de 8 jours, changement toutes les 2h)</li> <li><input type="checkbox"/> Dyspareunie</li> <li><input type="checkbox"/> Dyschésie (douleur à la défécation)</li> <li><input type="checkbox"/> Infertilité primaire (essais depuis 2 ans)</li> <li><input type="checkbox"/> Sensibilité abdominale basse</li> <li><input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de fibromes (mère)</li> <li><input type="checkbox"/> Ménarche précoce (9 ans)</li> <li><input type="checkbox"/> Nulliparité</li> <li><input type="checkbox"/> Âge (30 ans = pic 25-45 ans)</li> </ul> </li> <li>• <b>Endométriose</b> → <i>US transvaginale + IRM pelvienne + laparoscopie diagnostique</i>  Arguments POUR: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dysménorrhée chronique progressive</li> <li><input type="checkbox"/> Dyspareunie profonde</li> <li><input type="checkbox"/> Dyschésie cyclique</li> <li><input type="checkbox"/> Infertilité primaire</li> <li><input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes cycliques</li> <li><input type="checkbox"/> Irradiation dorsale</li> <li><input type="checkbox"/> Sensibilité pelvienne bilatérale</li> </ul> Contre : Pas de masse palpable à l'examen </li> <li>• <b>Adénomyose</b> → <i>US transvaginale + IRM pelvienne</i>  Arguments POUR: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dysménorrhée sévère</li> <li><input type="checkbox"/> Ménorragie importante</li> <li><input type="checkbox"/> Sensibilité abdominale basse</li> <li><input type="checkbox"/> Ménarche précoce</li> </ul> Contre : Infertilité primaire moins typique, dyspareunie/dyschésie moins fréquentes </li> </ul> <b>Autres causes à considérer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dysménorrhée primaire</b> → <i>Diagnostic d'exclusion</i>  Contre : Début tardif (25 ans), infertilité associée </li> <li>• <b>Endométrite</b> → <i>Examen pelvien + prélèvements</i>  Contre : Pas de fièvre, pas de pertes anormales </li> <li>• <b>Cancer de l'endomètre</b> → <i>Biopsie endométriale si suspicion</i>  Contre : Âge jeune (30 ans), pas de saignements intermenstruels </li> </ul>				
<b>2. Examens complémentaires urgents</b>				0
Examen pelvien [obligatoire chez toute patiente avec douleurs pelviennes - recherche masses, sensibilité, mobilité utérine]	<input type="checkbox"/>			
FSC [évaluation de l'anémie vu ménorragie et fatigue]	<input type="checkbox"/>			
β-hCG urinaire [exclure grossesse avant examens invasifs car patiente essaie de concevoir]	<input type="checkbox"/>			
<b>3. Examens d'imagerie</b>				0
US transvaginale [meilleur examen initial pour endométriose, fibromes et adénomyose]	<input type="checkbox"/>			
IRM pelvienne [plus précise que l'US, différencie fibromes et adénomyose]	<input type="checkbox"/>			
<b>4. Examens spécialisés</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Laparoscopie diagnostique [gold standard pour diagnostic définitif d'endométriose avec biopsie]				
<b>5. Communication avec la patiente</b>				0
Explications au patient des impressions diagnostiques préliminaires	<input type="checkbox"/>			
Explication du plan de prise en charge	<input type="checkbox"/>			
Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes médicaux	<input type="checkbox"/>			
Évaluation de l'accord du patient avec le plan diagnostique	<input type="checkbox"/>			
Recherche des préoccupations et questions du patient	<input type="checkbox"/>			

## 6. Conseil et soutien émotionnel

0

Réaction appropriée au défi concernant l'infertilité ☐

Soutien émotionnel face aux difficultés de conception ☐

Discussion des options de traitement pour fertilité ☐

### Prise en charge de la pneumonie communautaire

- Oxygénothérapie si SpO<sub>2</sub> < 92%
- Hydratation IV si déshydratation
- Antipyrétiques : paracétamol 1g × 4/j
- Kinésithérapie respiratoire si encombrée
- Position demi-assise pour faciliter respiration
- Surveillance constantes et SpO<sub>2</sub>

### Antibiothérapie empirique ambulatoire

- Amoxicilline 1g × 3/j PO × 7j
- Si allergie : macrolide (azithromycine 500 mg × 3j)
- Si atypique suspectée : macrolide ou doxycycline
- Réévaluation à 48-72h
- Durée totale : 5-7j si évolution favorable
- Adaptation selon antibiogramme si germe identifié

### Critères d'hospitalisation (CURB-65)

- Confusion
- Urée > 7 mmol/L
- FR ≥ 30/min
- TA < 90/60 mmHg
- Âge ≥ 65 ans
- Score ≥ 2 : hospitalisation recommandée
- Contrôle radiologique à 6 semaines si fumeur/> 50 ans

## Clôture de consultation

### Défi : Question sur la fertilité

*[Est-ce que cela signifie que je ne peux pas tomber enceinte ?]*

### Réponse type du candidat

*Mme Larsen, je comprends que vous êtes très inquiète de ne pas tomber enceinte malgré vos efforts. Malheureusement, il n'est pas possible pour moi de dire maintenant si vous tomberez finalement enceinte. Cependant, le fait que vous essayez depuis 2 ans sans succès me dit qu'il est temps d'examiner la question plus en profondeur. D'abord, j'aimerais prescrire quelques tests et faire un examen pelvien pour mieux comprendre ce qui pourrait se passer. Ensuite, vous et moi pourrions nous asseoir ensemble et discuter de ce que nous trouvons et de ce que nous pourrions encore avoir besoin de faire.*

## 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

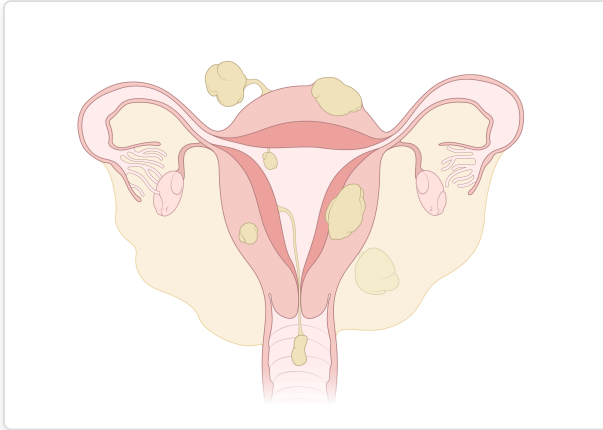
60-69%

E

<60%

### Vue d'ensemble des types et localisations de léiomyomes utérins

Vue d'ensemble des types et localisations de léiomyomes utérins montrant les différentes positions possibles : sous-séreux, intramural, sous-muqueux, pédiculé. Chaque localisation a des implications cliniques spécifiques.



### Endométriome (kyste chocolat)

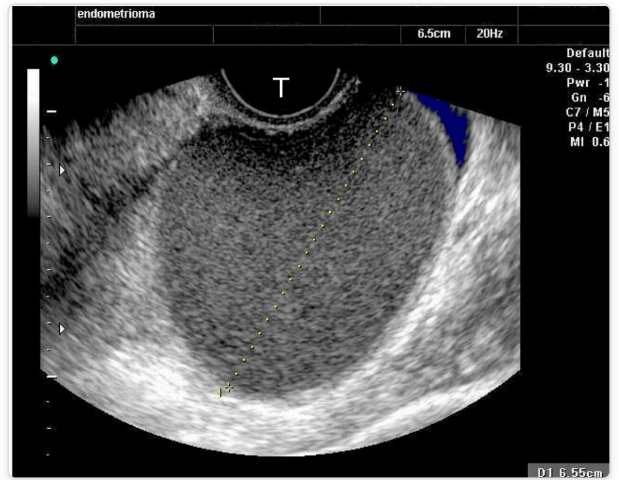
Échographie ovarienne (transvaginale).

Un kyste ovarien uniloculaire de 6,5 cm de long est rempli d'échos de faible niveau, produisant un aspect homogène en verre dépoli.

Un liquide libre en trace est visible à côté du kyste (superposition bleue).

Cet aspect est considéré comme typique d'un endométriome, bien que les endométriomes puissent également être multiloculaires et présenter d'autres caractéristiques, telles que des foyers pariétaux échogènes et des niveaux liquide-liquide. Les endométriomes sont avasculaires lorsqu'ils sont visualisés avec l'échographie Doppler.

T : transducteur.



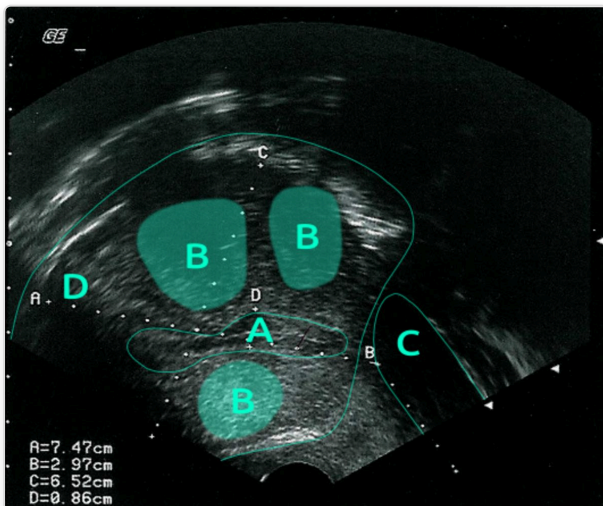
### Léiomyome utérin

Échographie transvaginale en coupe sagittale de l'utérus.

Le transducteur est positionné près du col et les ondes sonores sont envoyées cranialement, résultant en une section sagittale du corps utérin (D) et du col (C).

L'endomètre (A) se trouve au centre de l'utérus et est appelé bande endométriale en échographie.

Il y a trois myomes suspectés (B) dans le myomètre, les deux myomes situés cranialement étant hétérogènes et hypoéchogènes, et le myome au bas de l'image présentant des calcifications.



### Adénomyose utérine focale

Échographie pelvienne (transvaginale ; plan transversal).

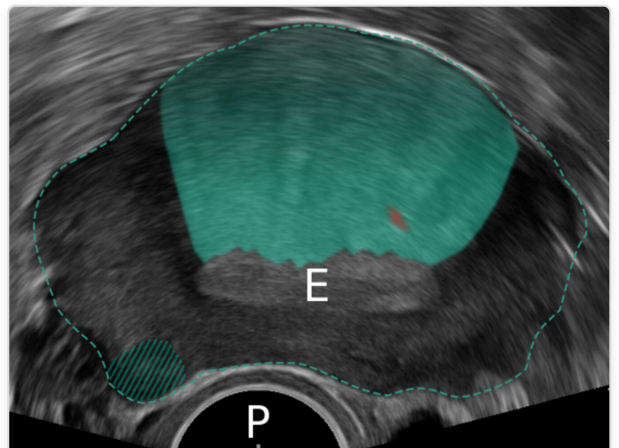
Un épaissement asymétrique hétérogène du myomètre antérieur (superposition verte) est accompagné d'un kyste myométrial (superposition rouge).

Il y a une interface irrégulière entre l'endomètre (E) et l'épaississement myométrial.

La petite lésion ronde hypoéchogène supplémentaire (superposition verte hachurée) est un léiomyome.

P : sonde échographique.

Ligne pointillée : utérus.



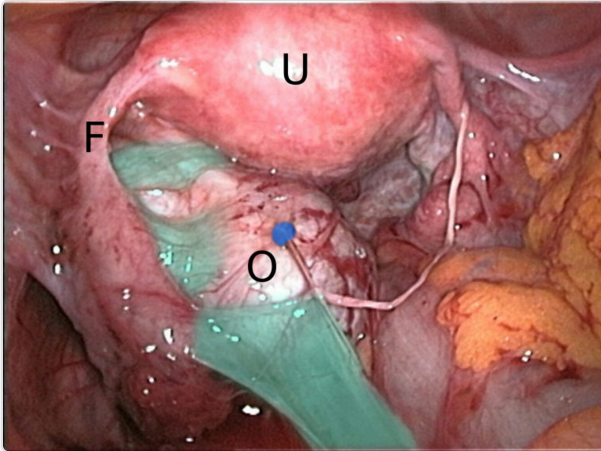
## Endométriose

*Vue laparoscopique de la cavité pelvienne.*

*Des adhérences (superposition verte) sont visibles entre l'utérus (U), les trompes de Fallope (F), l'ovaire (O) et la paroi abdominale.*

*Une petite lésion endométriale (superposition bleue) peut être vue sur la surface de l'ovaire gauche.*

*Ces résultats suggèrent une endométriose.*



## Scénario pour la patiente standardisée

**Nom :** Autumn Larsen | **Âge :** 30 ans

**Contexte :** Avocate spécialisée en droits de l'homme consultant pour douleurs pelviennes chroniques

### Motif de consultation

**Plainte principale :** «J'ai des douleurs à l'estomac intermittentes depuis des années.»

**Si on demande s'il y a autre chose :** «Ça semble empirer et j'ai du mal à tomber enceinte.»

### Consignes

- Paraître fatiguée pendant la consultation.
- Quand l'examineur demande où est la douleur, pointer la partie inférieure de votre abdomen.
- Quand l'examineur appuie sur la partie inférieure de votre abdomen, dire que ça fait un peu mal.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: échographie) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Demander 'Est-ce que cela signifie que je ne peux pas tomber enceinte ?'

### Histoire actuelle

#### Symptôme principal :

- Douleurs pelviennes crampoïdes depuis 5 ans
- Intensité variable (6-8/10 au maximum)
- 6 jours par mois environ
- Aggravation progressive
- Synchronisées avec les règles

#### Symptômes associés :

- Dyspareunie (gênant les tentatives de conception)
- Dyschésie pendant les épisodes douloureux
- Ménorragie (8 jours, changement toutes les 2h)
- Fatigue croissante
- Infertilité primaire depuis 2 ans

### Simulation

#### Durant l'entretien :

- Montrer de la fatigue visible
- Exprimer de l'embarras en parlant de dyspareunie
- Montrer de l'inquiétude concernant la fertilité
- Demander des clarifications pour les termes médicaux

#### Durant le status :

- Pointer le bas-ventre quand demandé
- Légère douleur à la palpation des quadrants inférieurs
- Coopération normale pour l'examen



## Informations de l'expert

### Dossier médical de l'entretien

---

Femme de 30 ans avec dysménorrhée secondaire progressive, ménorragie, dyspareunie, dyschésie et infertilité primaire. Antécédents familiaux de fibromes utérins. Ménarche précoce à 9 ans. Tableau clinique évocateur de pathologie gynécologique organique nécessitant investigation approfondie.

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

---

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

- Examen pelvien : utérus augmenté de volume, irrégulier et ferme (fibromes) OU sensibilité recto-vaginale avec nodules (endométriose)
- US transvaginale : masses utérines multiples hypoéchogènes (fibromes) OU kystes ovariens chocolat (endométrioses)
- FSC : Hb 9.5 g/dL (anémie ferriprive)

### Points clés

---

- Dysménorrhée secondaire = toujours rechercher cause organique
- Triade fibromes : ménorragie + dysménorrhée + masse pelvienne
- Triade endométriose : dysménorrhée + dyspareunie + infertilité
- Infertilité après 2 ans d'essais = indication bilan complet
- Ménarche précoce = facteur de risque pour fibromes et endométriose

### Pièges

---

- Attribuer les symptômes à une dysménorrhée primaire
- Ne pas faire d'examen pelvien complet
- Oublier de rechercher une anémie
- Ne pas aborder la question de l'infertilité
- Manquer le lien entre symptômes et cycle menstruel

### **Diagnostic le plus probable**

Léiomyomes utérins (fibromes) avec possible endométriose associée

### **Léiomyomes utérins**

Tumeurs bénignes du muscle lisse utérin les plus fréquentes :

- Prévalence : 70-80% des femmes à 50 ans
- Pic d'incidence : 30-40 ans
- Facteurs de risque : ménarche précoce, nulliparité, obésité, race noire
- Types : sous-séreux, intramural, sous-muqueux (selon localisation)
- Symptômes dépendent de taille/localisation : ménorragie (sous-muqueux), masse pelvienne (gros fibromes), compression (vessie/rectum)
- Complications : anémie, infertilité, dégénérescence

### **Endométriose**

Présence de tissu endométrial ectopique :

- Prévalence : 10-15% des femmes en âge de procréer
- Pathogenèse : menstruation rétrograde, métaplasie, dissémination
- Localisations : ovaires, cul-de-sac de Douglas, ligaments utéro-sacrés
- Symptômes classiques : 3D (Dysménorrhée, Dyspareunie, Dyschésie)
- Infertilité dans 30-50% des cas
- Diagnostic définitif : laparoscopie avec biopsie

### **Adénomyose**

Invasion du myomètre par l'endomètre :

- Prévalence : 20-30% des femmes
- Facteurs de risque : multiparité, césariennes, âge > 40 ans
- Symptômes : dysménorrhée sévère, ménorragie, utérus globuleux
- Diagnostic : US (stries myométriales), IRM (épaississement jonctionnel)
- Souvent associée à endométriose (30% des cas)
- Traitement définitif : hystérectomie

### **Impact sur la fertilité**

Mécanismes d'infertilité dans ces pathologies :

- Fibromes : distorsion cavité utérine, altération implantation, obstruction tubaire
- Endométriose : adhérences pelviennes, altération fonction tubaire/ovarienne, inflammation
- Adénomyose : altération contractilité utérine, inflammation endométriale
- Évaluation fertilité : spermogramme partenaire, HSG, réserve ovarienne
- Options : chirurgie conservatrice, FIV, traitement médical temporaire

### **Approche diagnostique**

Séquence d'examens recommandée :

1. Examen pelvien bimanuel : taille/forme utérus, masses annexielles
2. US transvaginale : première ligne, sensibilité 95% fibromes
3. IRM pelvienne : cartographie pré-opératoire, différenciation lésions
4. Hystéroscopie : évaluation cavité utérine si sous-muqueux
5. Laparoscopie : gold standard endométriose, permet traitement
6. Marqueurs : CA-125 peu spécifique, pas recommandé en routine

### **Prise en charge de la dysménorrhée secondaire**

Approche thérapeutique selon étiologie :

- Fibromes symptomatiques : AINS, contraceptifs, agonistes GnRH, myomectomie, embolisation
- Endométriose : suppression hormonale (CO, progestatifs), excision laparoscopique

- Adénomyose : DIU-LNG, agonistes GnRH, hystérectomie si échec
- Fertilité : myomectomie si distorsion cavité, excision endométriose, FIV
- Suivi : surveillance croissance fibromes, récurrence endométriose

## Rappels thérapeutiques

- AINS première ligne pour dysménorrhée (ibuprofène 400-600mg TID)
- Contraceptifs oraux en continu pour suppression menstruelle
- Agonistes GnRH (leuprolide) pour réduction taille fibromes pré-op
- DIU-LNG (Mirena) pour ménorragie et dysménorrhée
- Supplémentation fer si anémie (fer élément 60-120mg/jour)
- Acide tranexamique 1g TID pendant règles si ménorragie isolée

## Examens complémentaires

- US transvaginale : Sensibilité 95% fibromes, 80% endométriomes
- IRM pelvienne T2 : Différencie fibromes (hypointense) vs adénomyose (épaississement jonctionnel >12mm)
- Hystérosalpingographie : Perméabilité tubaire si infertilité
- Laparoscopie diagnostique : Visualisation directe + biopsie endométriose
- FSC : Recherche anémie microcytaire hypochrome
- Ferritine : Évaluation réserves en fer si anémie