

Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-25 - Douleur au genou - Femme 47 ans

Cabinet médical

Ashley Stone, femme de 47 ans, consultant pour douleur au genou droit

T° 37.8°C	TA 115/80 mmHg	FC 68 bpm	FR 16/min	IMC 32 kg/m²
--------------	-------------------	--------------	--------------	-----------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/46

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [J'ai mal au genou]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur				0
Localisation [Mon genou droit]	<input type="checkbox"/>			
Intensité (échelle 0-10) [C'est un 6]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [C'est une douleur sourde]	<input type="checkbox"/>			
Début [La douleur a commencé il y a 3 jours]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Je suis tombée sur mon genou il y a 3 jours après avoir glissé dans les escaliers au travail. Ça faisait très mal, alors j'ai mis un bandage]	<input type="checkbox"/>			
Autres blessures lors de la chute [J'ai seulement quelques égratignures sur mes mains, mais rien d'autre]	<input type="checkbox"/>			
Perte de connaissance [Non]	<input type="checkbox"/>			
Progression/constant/intermittent [La douleur s'aggrave]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Jamais]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Tout mon mollet me fait mal aussi]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Ça ne fait pas aussi mal si je ne bouge pas ma jambe. Et j'ai pris de l'ibuprofène, ce qui a aidé]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Bouger ma jambe et marcher]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes associés [Mon mollet est aussi gonflé depuis hier soir]	<input type="checkbox"/>			
3. Recherche de symptômes spécifiques				0
Voyage récent [Eh bien, la veille de ma chute j'étais sur la route toute la journée pour rendre visite à des clients intéressés par l'achat d'œuvres d'art. Mais comme ma jambe me fait tellement mal, je n'ai pas beaucoup bougé ces 2 derniers jours]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/frissons [Non]	<input type="checkbox"/>			
Éruption cutanée/changements cutanés [Je ne suis pas sûre. J'ai ce bandage sur mon genou. Mais mon mollet n'est pas rouge et je n'ai pas remarqué d'éruption]	<input type="checkbox"/>			
Douleur thoracique [Non]	<input type="checkbox"/>			
Toux [Non]	<input type="checkbox"/>			
Dyspnée [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleurs articulaires [À part la douleur dans mon genou, non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes urinaires [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Variations pondérales [Hmm, non. Je sais que je suis en surpoids, j'ai toujours eu du mal avec mon poids]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Vertiges [Non]	<input type="checkbox"/>			
Chaleur du membre inférieur [Non, je ne pense pas]	<input type="checkbox"/>			
Faiblesse/engourdissement/picotements [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Antécédents médicaux				0
Antécédents médicaux [Mon cholestérol est un peu élevé]	<input type="checkbox"/>			
Thrombose dans le passé [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Allergies [Aucune]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

6. Médicaments [Je prends de la rosuvastatine]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
7. Hospitalisations et antécédents chirurgicaux			0
Hospitalisations [Pour la naissance de mon fils]	<input type="checkbox"/>		
Grossesses antérieures/fausses couches [Aucune]	<input type="checkbox"/>		
Antécédents chirurgicaux [Non]	<input type="checkbox"/>		
8. Antécédents familiaux [Ma mère a eu un AVC quand elle avait 60 ans. Mon père est en bonne santé]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
9. Habitudes et mode de vie			0
Travail [Je suis artiste]	<input type="checkbox"/>		
Domicile [Je vis avec mon mari et notre fils]	<input type="checkbox"/>		
Alcool [Parfois je bois un verre de vin le soir]	<input type="checkbox"/>		
Drogues récréatives [Jamais]	<input type="checkbox"/>		
Tabac [Je fume un paquet par jour depuis 20 ans]	<input type="checkbox"/>		
Exercice [Pas vraiment]	<input type="checkbox"/>		
Alimentation [Nous commandons beaucoup de nourriture. J'aime la cuisine chinoise et mexicaine]	<input type="checkbox"/>		

Examen clinique (25%)			Score : 0/19	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. Mesures d'hygiène				0
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
2. Examen cardiovasculaire				0
Palpation du pouls radial	<input type="checkbox"/>			
Auscultation cardiaque	<input type="checkbox"/>			
Évaluation de la distension veineuse jugulaire	<input type="checkbox"/>			
3. Examen thoracique			<input type="radio"/>	0
Auscultation pulmonaire			<input type="radio"/>	
4. Examen des extrémités				0
Retrait du bandage de la patiente	<input type="checkbox"/>			
Inspection des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>			
Recherche d'œdème décline	<input type="checkbox"/>			
Palpation des membres inférieurs [Mollet droit sensible à la palpation. Sensibilité de la ligne articulaire latérale du genou droit]	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé des mouvements passifs et actifs des membres inférieurs [Amplitude de mouvement diminuée dans le genou droit due à la douleur]	<input type="checkbox"/>			
Test de Lachman	<input type="checkbox"/>			
Test du tiroir postérieur	<input type="checkbox"/>			
Test de stress en valgus	<input type="checkbox"/>			
Test de stress en varus	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé de la sensibilité des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>			
Palpation des pouls pédieux	<input type="checkbox"/>			
Signe de Homans [Positif]	<input type="checkbox"/>			

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				

Diagnostiques différentiels à considérer

Complications vasculaires

- **Thrombose veineuse profonde (TVP)** → *Score de Wells, D-dimères, écho-Doppler veineux*

Arguments POUR:

- ☐ Douleur progressive du mollet
- ☐ Œdème du mollet après trauma membre inférieur
- ☐ Immobilisation 2 jours (alitement)
- ☐ Signe de Homans positif
- ☐ Température subfébrile (37.8°C)
- ☐ Facteurs de risque : tabagisme, obésité (IMC 32)
- ☐ Sensibilité le long du système veineux profond
- ☐ Voyage prolongé la veille (voiture)

Traumatismes musculo-ligamentaires

- **Élongation du gastrocnémien** → *Échographie musculaire mollet*

Arguments POUR:

- ☐ Douleur mollet après chute
- ☐ Œdème localisé
- ☐ Signe de Homans positif (douleur mollet)
- ☐ Irradiation possible vers genou

Contre : Habituellement lors saut, pas chute ; ecchymose absente

- **Déchirure du ligament collatéral latéral (LCL)** → *IRM genou si doute, radiographie d'abord*

Arguments POUR:

- ☐ Douleur genou après chute
- ☐ Sensibilité ligne articulaire latérale
- ☐ Mécanisme traumatique direct
- ☐ Limitation amplitude mouvement

Contre : N'explique pas œdème mollet, température subfébrile

Autres causes à considérer

- **Rupture kyste de Baker** → *Échographie région poplitée*

Douleur brutale mollet, œdème, ecchymose possible

- **Hématome post-traumatique** → *Échographie parties molles*

Collection sanguine après trauma direct

- **Syndrome de loge aigu** → *Mesure pression compartiments si suspicion*

Contre : douleur extrême, tension compartiment

- **Cellulite** → *Clinique, hémocultures si doute*

Contre : pas érythème, pas fièvre élevée

2. Examens complémentaires de première intention 0

D-dimères [réalisés si critères de Wells pour TVP < 2 ; des niveaux normaux excluent une TVP ; seraient probablement positifs chez cette patiente à cause de la blessure récente du membre inférieur]

☐

Échographie de compression avec Doppler jambe droite [test de choix pour diagnostiquer une TVP ; dans la TVP, montrerait une non-compressibilité de la veine obstruée, une masse hyperéchogène visible et un flux absent/anormal en imagerie Doppler]

☐

Échographie mollet droit [pour évaluer une déchirure du gastrocnémien et autres blessures musculaires]

☐

3. Examens d'imagerie ostéo-articulaire 0

Radiographie genou droit [pour exclure une fracture et autres blessures associées]

☐

IRM genou droit [pour évaluer les blessures des tissus mous associées (ex: déchirure méniscale, blessures ligamentaires croisées) ; montrerait une rupture du ligament collatéral, bien que ce ne soit pas typiquement requis pour le diagnostic]

☐

4. Communication avec la patiente

0

- Explications à la patiente 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 de la patiente avec le plan diagnostique ☐
- Recherche des préoccupations et questions de la patiente ☐
- Ne pas répéter les manœuvres douloureuses pendant l'examen physique ☐
- Remettre le bandage de la patiente ☐

5. Conseil et soutien

0

- Conseil sur les options de soutien pour les changements de poids et de régime ☐
- Conseil sur l'arrêt du tabac ☐
- Réaction appropriée au défi ☐
- Éducation sur l'importance de la mobilisation précoce ☐
- Information sur la prévention des TVP ☐

Prise en charge selon diagnostic

- Si TVP confirmée :
 - Anticoagulation immédiate : HBPM ou AOD
 - Héparine non fractionnée si insuffisance rénale
 - Durée : 3-6 mois minimum post-trauma
 - Bas de contention classe 2
 - Mobilisation précoce encouragée
 - Surveillance INR si AVK
 - Si élévation gastrocnémien :
 - RICE : repos, glace, compression, élévation
 - AINS si pas contre-indication
 - Physiothérapie progressive
 - Reprise activité graduelle 2-6 semaines
 - Si lésion LCL :
 - Attelle articulée ou genouillère
 - AINS, glace locale
 - Physiothérapie : renforcement quadriceps
 - Chirurgie rarement nécessaire
 - Prévention TVP future :
 - Arrêt tabac impératif
 - Perte poids (IMC 32 → < 25)
 - Hydratation voyages longs
 - Exercices cheville réguliers
 - Éviter immobilisation prolongée

Clôture de consultation

Défi : Inquiétude sur la gravité

[Pensez-vous que mon état est dangereux ?]

Réponse type du candidat

Mme Stone, je comprends votre inquiétude. À ce stade, je ne sais pas exactement ce qui cause votre douleur au genou et au mollet. Vous pourriez avoir un caillot sanguin dans une des veines de votre jambe, ou vous pourriez vous être blessé le genou ou les muscles de votre jambe lors de votre chute au travail. J'aimerais faire quelques tests et des examens d'imagerie de votre genou et des vaisseaux sanguins de votre jambe pour déterminer exactement ce qui cause vos symptômes et m'assurer que nous vous donnons le traitement approprié. Je peux vous assurer que nous avons une équipe très expérimentée dans cet hôpital et que nous vous fournirons les meilleurs soins possibles. Qu'est-ce que vous en pensez ?

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%

Thrombose veineuse profonde (TVP)

Il y a un œdème diffus et un érythème de la jambe et du pied droits.

Le diamètre du mollet droit est visiblement plus grand que celui du gauche.

Ces caractéristiques sont typiques de la TVP.

L'histoire clinique et les investigations (par exemple, échographie Doppler, taux de D-dimères) aident à distinguer entre TVP et cellulite, qui se manifeste également par une jambe douloureuse, chaude, érythémateuse et œdémateuse.



Œdème déclive de la jambe

Le tissu est nettement œdémateux au-dessus de la ligne jusqu'à laquelle la chaussette du patient avait précédemment été remontée.

Après avoir appliqué une pression sur la zone pré-tibiale, l'indentation résiduelle caractéristique de l'œdème prenant le godet devient visible.



Test de Lachman

Avec le patient en position de décubitus dorsal, le genou à examiner est fléchi à environ 20°.

L'examineur saisit la cuisse distale avec une main et la jambe proximale avec la seconde main (pouce placé sur la tubérosité tibiale).

La jambe inférieure est ensuite tirée ventralement.

Une mobilité accrue dans la direction ventrale et/ou un point final lâche ou inexistant suggèrent une lésion du ligament croisé antérieur, particulièrement s'il y a une différence significative avec l'autre genou.



Tests du tiroir

Le patient est en position de décubitus dorsal, la jambe à examiner est dressée et le genou est fléchi à environ 90°.

L'examineur place ses deux mains autour de la jambe inférieure (avec les pouces placés sur la tubérosité tibiale). Pour examiner le ligament croisé antérieur, le tibia est tiré ventralement.

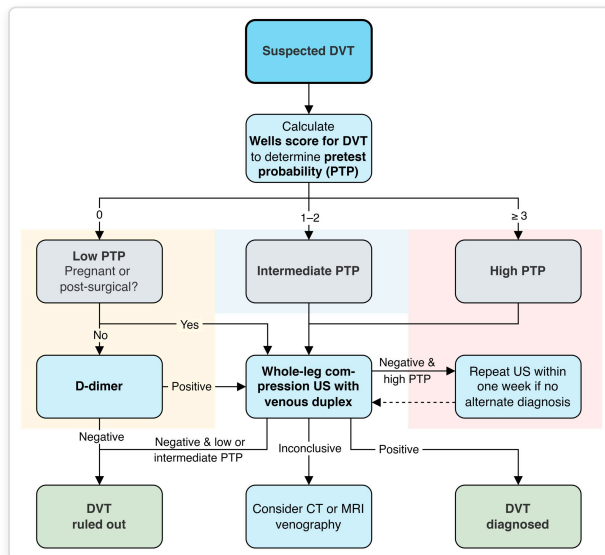
Pour examiner le ligament croisé postérieur, le tibia est poussé dorsalement.

Si la mobilité du tibia est augmentée (particulièrement par rapport à l'autre jambe) ou s'il y a un point final lâche, le test du tiroir est dit positif et peut indiquer une lésion du ligament respectif.



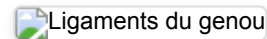
Approche diagnostique de la TVP

Algorithme décisionnel basé sur le score de Wells et les D-dimères.



Ligaments du genou

A : ligament croisé antérieur, B : ménisque latéral, C : ligament collatéral fibulaire, D : ligament croisé postérieur, E : ménisque médial, F : ligament collatéral tibial.



Scénario pour la patiente standardisée

Nom : Ashley Stone | **Âge :** 47 ans

Contexte : Artiste obèse avec douleur genou et mollet après chute, suspicion de TVP

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai mal au genou.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Mon mollet est aussi gonflé.»

Consignes

- Vous avez un bandage autour de votre genou droit pour que la peau ne soit pas visible. Si l'examineur vous demande de l'enlever, faites-le.
- Quand l'examineur vous demande de bouger votre jambe droite inférieure, dire que ça fait mal.
- Quand l'examineur presse votre mollet droit, dire que ça fait mal.
- Quand l'examineur presse sur votre genou droit, dire que ça fait mal du côté droit (extérieur) du genou.
- Quand l'examineur pousse votre pied droit vers votre nez, dire que ça fait 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 'Pensez-vous que mon état est dangereux ?'

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleur genou droit depuis 3 jours
- Chute dans escaliers au travail
- Douleur sourde intensité 6/10
- Irradiation vers mollet
- Aggravation progressive

Symptômes associés :

- Œdème mollet depuis hier soir
- Immobilisation 2 jours (douleur)
- Voyage prolongé veille chute
- Température subfébrile
- Pas de signes embolie pulmonaire

Simulation

Durant l'entretien :

- Inquiétude sur gravité condition
- Minimiser problème poids
- Mentionner sédentarité habituelle
- Décrire immobilisation récente
- Demander clarifications termes médicaux

Durant le status :

- Bandage genou droit visible
- Douleur mobilisation jambe droite
- Sensibilité palpation mollet droit
- Sensibilité ligne articulaire latérale genou
- Signe Homans positif (dorsiflexion douloureuse)
- Limitation amplitude mouvement genou

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Femme 47 ans avec forte suspicion TVP : douleur mollet progressive + œdème + immobilisation post-trauma + facteurs risque (obésité, tabac, voyage). Score Wells = 1 (sensibilité système veineux), mais clinique très évocatrice. Diagnostic différentiel : élancement gastrocnémien, lésion LCL. Urgence : éliminer TVP (risque EP). Écho-Doppler indispensable même si D-dimères négatifs (trauma récent).

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Score Wells : 1 point (sensibilité trajet veineux)
- D-dimères : 850 ng/mL (élevés, non spécifiques)
- Écho-Doppler : Thrombus veine poplitée droite
- Radiographie genou : Normale, pas fracture
- Échographie mollet : Pas déchirure musculaire
- IRM genou : Œdème osseux, LCL intact

Points clés

- TVP = urgence diagnostique (risque EP 30-50%)
- Triade Virchow : stase + lésion endothéliale + hypercoagulabilité
- Signe Homans peu sensible/spécifique mais orienter
- D-dimères élevés après trauma (peu spécifiques)
- Écho-Doppler = gold standard diagnostic TVP
- Anticoagulation immédiate si forte suspicion clinique

Pièges

- Se focaliser sur trauma genou seul
- Négliger risque TVP car Wells bas
- Oublier recherche signes EP
- Ne pas évaluer facteurs risque thrombose
- Retarder anticoagulation si forte suspicion
- Oublier conseils prévention (tabac, poids)

Diagnostic le plus probable

Thrombose veineuse profonde (TVP) du membre inférieur droit

Thrombose veineuse profonde

Obstruction veineuse par thrombus avec risque embolique majeur :

- Incidence : 1-2/1000 personnes/an
- Mortalité : 3-15% (principalement par EP)
- Localisation : 90% membres inférieurs
- Proximale (poplitée-iliaque) : risque EP 50%
- Distale (surale) : risque EP 15-20%
- Récidive : 30% à 10 ans sans traitement adéquat

Physiopathologie - Triade de Virchow

Trois facteurs favorisant la thrombose :

- Stase veineuse : immobilisation, voyage prolongé, obésité
- Lésion endothéliale : trauma, chirurgie, cathéters
- Hypercoagulabilité : cancer, grossesse, thrombophilie
- Interaction complexe : rarement un seul facteur
- Cascade coagulation : activation excessive
- Inflammation : rôle central dans thrombogénèse

Score de Wells pour TVP

Stratification du risque pré-test :

- Cancer actif : +1 point
- Paralysie/immobilisation MI : +1 point
- Alitement > 3j ou chirurgie < 4 sem : +1 point
- Sensibilité trajet veineux profond : +1 point
- Œdème MI entier : +1 point
- Œdème mollet > 3 cm vs controlatéral : +1 point
- Œdème prenant godet : +1 point
- Veines superficielles collatérales : +1 point
- TVP antérieure documentée : +1 point
- Diagnostic alternatif aussi probable : -2 points
- Score ≥ 2 : probabilité élevée → écho-Doppler
- Score < 2 : D-dimères → si + alors écho-Doppler

Diagnostic TVP

Approche combinée clinique et paraclinique :

- Clinique : douleur, œdème, chaleur, Homans+
- D-dimères : VPN excellente si < 500 ng/mL
- Mais ↑ si : âge, trauma, infection, cancer
- Écho-Doppler compression : Se 95%, Sp 98%
- Critères : incompressibilité, thrombus visible, absence flux
- Phlébographie : historique gold standard, rarement utilisée
- IRM veineuse : si doute iliaque ou cave

Complications TVP

Évolution potentiellement mortelle ou invalidante :

- Embolie pulmonaire : 30-50% TVP proximales
- Syndrome post-thrombotique : 20-50% à 2 ans
- Récidive TVP : 30% à 10 ans
- Extension thrombus : si non traité
- Phlegmatia alba/erulea dolens : urgence

- Gangrène veineuse : rarissime mais grave

Traitement TVP

Anticoagulation précoce pour prévenir extension et EP :

- HBPM : enoxaparine 1 mg/kg × 2/j SC
- AOD : rivaroxaban 15 mg × 2/j × 21j puis 20 mg/j
- AVK : warfarine INR cible 2-3 (moins utilisé)
- Durée : 3 mois si facteur déclenchant réversible
- 6-12 mois si idiopathique ou récurrence
- Indéfinie si cancer actif ou récurrences multiples
- Bas contention : classe 2, prévention syndrome post-thrombotique
- Thrombolyse : si phlegmatia ou EP massive

Rappels thérapeutiques

- TVP proximale : anticoagulation immédiate même avant confirmation
- HBPM : énoxaparine 1 mg/kg × 2/j ou 1.5 mg/kg × 1/j
- AOD : rivaroxaban 15 mg × 2/j × 3 sem puis 20 mg/j
- Apixaban : 10 mg × 2/j × 7j puis 5 mg × 2/j
- Surveillance plaquettes si HNF (risque TIH)
- Bas contention classe 2 : 2 ans minimum
- Mobilisation précoce encouragée (pas alitement)
- Éducation : signes EP, observance, INR si AVK

Examens complémentaires

- Score Wells : évaluation probabilité clinique
- D-dimères ELISA : seuil 500 ng/mL (âge-ajusté : âge × 10)
- Écho-Doppler veineux MI : compression + flux couleur
- Radiographie thorax : éliminer EP si dyspnée
- ECG : tachycardie sinusale possible
- Bilan thrombophilie : si < 50 ans, récurrence, familial
- Scanner thoracique : si suspicion EP associée
- Bilan pré-thérapeutique : NFS, créat, TP, TCA