


Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-15 - Douleur abdominale chronique - Garçon 6 ans

 Consultation téléphonique

 Leo Morris, garçon de 6 ans, présenté par son père pour douleurs abdominales persistantes

Anamnèse (25%)

Score : 0/48

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Mon fils dit qu'il a mal au ventre chaque matin, et puis il dit qu'il ne veut pas aller à l'école à cause de ça. C'est devenu une vraie épreuve de le faire sortir de la maison et l'amener à l'arrêt de bus le matin]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur abdominale				0
Localisation [Il ne peut pas vraiment me montrer où - il dit juste que tout son ventre fait mal]	<input type="checkbox"/>			
Intensité (échelle 0-10) [Il n'est pas là maintenant, donc je ne peux pas lui demander. Si je devais deviner, je dirais environ 5 parce que si je le distrais, il semble pouvoir l'oublier pendant quelques minutes]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [Ça semble être une douleur sourde]	<input type="checkbox"/>			
Début [Il l'a de façon intermittente depuis environ 8 mois maintenant]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Eh bien, ma femme et moi avons divorcé il y a 2 ans, et elle a finalement déménagé à peu près au moment où ça a commencé]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes associés à la consommation de certains aliments [Non, je n'ai pas pu relier son mal de ventre à un type particulier de nourriture]	<input type="checkbox"/>			
Progression/constant/intermittent [Ça a commencé avec juste quelques épisodes au printemps dernier. Puis c'est parti pendant les vacances d'été, mais c'est revenu en septembre. Depuis, il ne se passe pas une semaine sans au moins une journée difficile. Mais il n'a mal que le matin d'après ce que je peux voir, et le reste de la journée il va bien]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Pas avant le printemps dernier]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Pas que je sache]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Rien ne semble l'influencer du tout. C'est vraiment frustrant pour moi en tant que père, d'essayer de comprendre comment l'aider]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Eh bien, il ne l'a pas les week-ends, donc je suppose que les matins d'école empirent les choses]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés - Souillures				0
Présence [C'est vraiment étrange, mais je remarque qu'il souille ses sous-vêtements quelques fois par semaine aussi, presque comme s'il avait oublié d'aller aux toilettes ou y était arrivé trop tard. Ça sent mauvais, et j'ai peur que les autres enfants le remarquent et qu'il se fasse harceler ou perde des amis]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [Cette semaine, c'est arrivé 3 jours ! Et c'est comme ça depuis environ 3 semaines maintenant. Avant ça, ça n'arrivait qu'environ une fois par mois. Ça a commencé à peu près en même temps que le mal de ventre]	<input type="checkbox"/>			
Diarrhée [Eh bien, ses selles ont toujours été plus liquides que solides, je dirais, mais il ne va qu'une fois par jour]	<input type="checkbox"/>			
Constipation [Non]	<input type="checkbox"/>			
Couleur [Jaune clair. Et ça sent vraiment mauvais aussi]	<input type="checkbox"/>			
Sang [Non]	<input type="checkbox"/>			

4. Recherche de symptômes spécifiques pédiatriques0

- Fièvre [Non]☐
- Vomissements [Au printemps dernier, il a eu environ 3 jours où il se sentait mal à l'estomac. Il avait de la fièvre et se sentait vraiment mal]☐
- Éruption/changements cutanés [En fait, il me semble terriblement pâle, mais bon, c'est l'hiver]☐
- Pleurs/irritabilité [Juste ces pleurnicheries quand il monte les escaliers et doit marcher plus de quelques pâtés de maisons. Ce n'est plus un petit enfant, mais il se plaint comme un bambin quand on se promène en ville]☐
- Problèmes urinaires/énurésie [Non]☐
- Problèmes de sommeil [Non]☐
- Activité (enjoué) [Eh bien, il s'est senti vraiment fatigué dernièrement, maintenant que vous le mentionnez. En montant les escaliers vers notre appartement, il a commencé à pleurer quelques fois et voulait une pause. Il ne faisait jamais ça avant]☐
- Comment le problème affecte l'enfant [Il semble plus irritable maintenant. Je ne me souviens pas qu'il était comme ça avant que tous ces symptômes commencent]☐
- Comment le problème affecte le parent [Eh bien, je me sens frustré à ce sujet. Ma femme a déménagé, donc je suis parent seul, et l'amener à l'école à temps pour que j'arrive au bureau est devenu vraiment difficile]☐
- Punition pour les symptômes [Non, mais je me suis mis en colère à ce sujet et je l'ai grondé]☐
- Récompense pour les symptômes [Eh bien, je le laisse rester à la maison parfois parce qu'il semble vraiment bouleversé]☐

5. Antécédents médicaux et chirurgicaux0

- Antécédents médicaux [Aucun]☐
- Antécédents chirurgicaux [Non]☐
- Hospitalisations antérieures [Non]☐
- Histoire prénatale [Ma femme a eu une grossesse et un accouchement normaux à l'hôpital]☐

6. Allergies et médicaments0

- Allergies [Non]☐
- Médicaments [Non]☐

7. Contacts malades [Les poux et la varicelle circulent à l'école en ce moment]0

8. Antécédents familiaux [J'ai une allergie aux arachides]0

9. Vaccinations [Elles sont à jour]0

10. Croissance et développement0

- Croissance et développement [Tout a été normal]☐
- Garderie/école [Il va à l'école depuis l'automne, quand il a commencé la première année]☐
- Problèmes à l'école/notes [Il semble heureux et ses résultats ont été bons jusqu'à présent]☐

11. Habitudes alimentaires0

- Habitudes alimentaires [Il mange de tout. Sa nourriture préférée est la pizza]☐
- Appétit [Il a été excellent]☐
- Dernier contrôle [Nous étions chez le médecin pour un contrôle avant qu'il commence l'école, et tout allait bien]☐

Examen clinique (25%)Score : 0/2

Critères	Oui	±	Non	Points
----------	-----	---	-----	--------

1. Non disponible dans les cas téléphoniques



0

Management (25%)

Score : 0/17

Critères	Oui	±	Non	Points
----------	-----	---	-----	--------

1. Hypothèses diagnostiques



0

2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic

Diagnostics différentiels à considérer

Causes organiques probables

• Maladie cœliaque → Anticorps anti-transglutaminase IgA + IgA totales

Arguments POUR:

- ☐ Douleur abdominale persistante depuis 8 mois
- ☐ Stéatorrhée (selles jaune clair, malodorantes)
- ☐ Pâleur suggérant anémie ferriprive
- ☐ Fatigue et intolérance à l'effort
- ☐ Irritabilité (malabsorption affectant bien-être)
- ☐ Encoprésie secondaire possible (troubles digestifs)
- ☐ Malabsorption de fer typique de maladie cœliaque

• Trouble anxieux de séparation → Évaluation pédopsychiatrique après bilan organique

Arguments POUR:

- ☐ Début coïncidant avec départ de la mère
- ☐ Symptômes uniquement les matins d'école
- ☐ Absence de symptômes les week-ends
- ☐ Père permet absences (renforcement)
- ☐ Croissance/développement normaux
- ☐ Encoprésie peut être psychologique

Contre : Stéatorrhée, pâleur et fatigue suggèrent cause organique

Autres causes à considérer

• Allergie alimentaire (entérite allergique) → Panel IgE allergies pédiatriques

Arguments POUR : ATCD familiaux d'allergie (père)

Contre : Pas de lien avec aliments spécifiques

• Mucoviscidose → Test de la sueur

Arguments POUR : Stéatorrhée, malabsorption

Contre : Croissance normale, pas d'infections respiratoires

• Insuffisance pancréatique → Élastase fécale

Arguments POUR : Stéatorrhée

Contre : Croissance normale, bon appétit

• Autres troubles anxieux → Évaluation psychologique

Anxiété généralisée, anxiété sociale à explorer

2. Examens complémentaires de première intention

0

Examen physique [Toujours noter l'examen physique comme partie du bilan dans un cas téléphonique - à faire lors de la consultation en personne]



Anticorps anti-transglutaminase tissulaire IgA (tTG) [le gold standard pour diagnostiquer la maladie cœliaque ; aussi utilisé pour le suivi post-diagnostic et régime sans gluten]



IgA quantitatives [La déficience en IgA est relativement fréquente (environ 3% des patients) et peut entraîner des résultats tTG faussement négatifs. Chez les patients avec IgA quantitativement faibles, les IgG anti-peptides de gliadine déamidée (DGP) peuvent être utilisées pour tester la maladie cœliaque au lieu des tTG]



3. Examens biologiques

0

FSC, VGM, TCMH [Une hémoglobine basse est un critère d'anémie. Une anémie hypochrome microcytaire suggérerait une anémie ferriprive]



Panel IgE allergies pédiatriques [Exclure d'autres allergènes alimentaires (malgré l'absence d'association des symptômes avec la consommation de certains aliments) est important dans ce cas, car il y a des antécédents familiaux d'allergie alimentaire]



4. Communication avec le parent

0

- Explications au parent 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 du parent avec le plan diagnostique ☐
- Recherche des préoccupations et questions du parent ☐

5. Soutien et conseils parentaux

0

- Réaction appropriée au défi concernant la frustration parentale ☐
- Conseils pour rester calme lors des épisodes ☐
- Éviter punitions et récompenses liées aux symptômes ☐
- Importance du suivi médical ☐
- Rassurer sur la démarche diagnostique ☐

Approche thérapeutique selon diagnostic

- Si maladie cœliaque confirmée :
 - Régime strict sans gluten à vie
 - Consultation diététicienne spécialisée
 - Supplémentation fer si anémie
 - Suivi tTG à 6 mois puis annuel
- Si trouble anxieux confirmé :
 - Thérapie cognitivo-comportementale
 - Techniques de relaxation adaptées à l'âge
 - Travail avec l'école
 - Soutien parental

Clôture de consultation

Défi : Culpabilité parentale

[Je me sens mal parce que parfois je perds mon sang-froid avec lui. Je suis juste tellement frustré parce qu'on dirait qu'il n'agit vraiment pas selon son âge en ce moment]

Réponse type du candidat

M. Morris, je peux comprendre votre frustration. Les symptômes de votre fils durent depuis assez longtemps maintenant, et rien de ce que vous faites ne semble aider, ce qui vous met en tant que parent dans une position difficile et même effrayante. Vous avez fait ce qu'il fallait en m'appelant. Vous pouvez le soutenir maintenant en restant calme quand les douleurs au ventre et les accidents surviennent. Je recommanderais aussi de l'amener pour quelques tests afin que nous puissions rechercher une cause physiologique à ses symptômes comme une intolérance alimentaire. Après avoir reçu les résultats des tests, nous pourrions discuter des mesures à prendre pour l'aider à aller mieux. Avez-vous d'autres questions ?

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 parent standardisé

Nom : Père de Leo Morris | **Âge :** Père d'un garçon de 6 ans

Contexte : Père divorcé consultant par téléphone pour douleurs abdominales chroniques de son fils

Motif de consultation

Plainte principale : «Mon fils dit qu'il a mal au ventre chaque matin, et puis il dit qu'il ne veut pas aller à l'école à cause de ça.»

Si on demande s'il y a autre chose : «C'est devenu une vraie épreuve de le faire sortir de la maison et l'amener à l'arrêt de bus le matin.»

Consignes

- Vous êtes frustré par le problème de votre fils et le fait que rien de ce que vous avez fait jusqu'à présent n'a aidé.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: anticorps anti-transglutaminase) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Quand l'examineur a fini de vous poser toutes ses questions, dire 'Je me sens mal parce que parfois je perds mon sang-froid avec lui. Je suis juste tellement frustré parce qu'on dirait qu'il n'agit vraiment pas selon son âge en ce moment.'

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleurs abdominales matinales depuis 8 mois
- Refus d'aller à l'école
- Absence de localisation précise
- Intensité modérée (5/10)
- Amélioration avec distraction

Symptômes associés :

- Encoprésie 2-3 fois/semaine
- Selles jaune clair malodorantes
- Consistance liquide des selles
- Pâleur notée
- Fatigue et pleurnicheries à l'effort
- Irritabilité accrue

Simulation

Durant l'entretien :

- Ton frustré mais concerné
- Mentionner difficultés de parent seul
- Exprimer inquiétude pour enfant
- Demander clarifications termes médicaux
- Révéler culpabilité à la fin

Durant le status :

- Non applicable (consultation téléphonique)

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Garçon de 6 ans avec probable maladie cœliaque. Présentation classique : douleur abdominale chronique, stéatorrhée, signes de malabsorption (anémie avec pâleur/fatigue). Contexte psychosocial complexe (divorce parental) créant diagnostic différentiel avec trouble anxieux, mais symptômes physiques orientent vers cause organique. Encoprésie probablement secondaire aux troubles digestifs.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Anticorps anti-tTG IgA : 85 U/mL (N < 20)
- IgA totales : Normales
- FSC : Hb 9.5 g/dL, VGM 68 fL (anémie microcytaire)
- Ferritine : 8 ng/mL (carence martiale)
- Panel allergies : Négatif
- Si biopsie duodénale : Atrophie villositaire Marsh 3b

Points clés

- Maladie cœliaque = cause fréquente douleur abdominale chronique enfant
- Stéatorrhée + anémie = malabsorption jusqu'à preuve contraire
- Toujours doser IgA totales avec anti-tTG (déficit IgA = faux négatifs)
- Régime sans gluten strict = seul traitement
- Aspect psychosocial important mais ne pas manquer cause organique

Pièges

- Se focaliser uniquement sur aspect psychologique
- Ne pas reconnaître stéatorrhée
- Oublier de doser IgA totales
- Ne pas proposer examen physique ultérieur
- Minimiser impact sur famille

Diagnostic le plus probable

Maladie cœliaque avec malabsorption et anémie ferriprive

Maladie cœliaque

Entéropathie auto-immune au gluten :

- Prévalence : 1% population, pic 6-24 mois et 40-50 ans
- Génétique : HLA-DQ2 (95%) ou DQ8 (5%)
- Pathophysiologie : gluten → inflammation → atrophie villositaire
- Formes : classique (malabsorption), atypique, silencieuse
- Associations : diabète type 1, thyroïdite, trisomie 21
- Complications : lymphome T intestinal si non traité

Présentation clinique pédiatrique

Manifestations variables selon âge :

- Classique : diarrhée chronique, stéatorrhée, distension abdominale
- Retard croissance : poids puis taille
- Anémie ferriprive : pâleur, fatigue, irritabilité
- Manifestations extra-intestinales : dermatite herpétiforme
- Troubles comportement : irritabilité, apathie
- Symptômes atypiques : constipation, douleurs abdominales isolées

Diagnostic de la maladie cœliaque

Approche sérologique puis histologique :

- 1er niveau : Anti-tTG IgA + IgA totales
- Si déficit IgA : Anti-tTG IgG ou anti-DGP IgG
- Anti-endomysium : haute spécificité, plus cher
- Biopsie duodénale : gold standard, classification Marsh
- Critères ESPGHAN : possibilité diagnostic sans biopsie si tTG > 10× normale
- HLA-DQ2/DQ8 : valeur prédictive négative excellente

Prise en charge de la maladie cœliaque

Régime sans gluten strict à vie :

- Éviction totale : blé, seigle, orge, (avoine contaminée)
- Éducation famille : lecture étiquettes, contamination croisée
- Diététicienne spécialisée indispensable
- Supplémentation initiale : fer, folates, vitamines
- Suivi : tTG à 6 mois, 12 mois puis annuel
- Normalisation : muqueuse 6-24 mois, croissance rattrapage

Diagnostic différentiel psychosocial

Trouble anxieux de séparation :

- Prévalence : 4% enfants, pic 7-9 ans
- Critères : anxiété excessive séparation × 4 semaines
- Symptômes somatiques fréquents : douleurs abdominales, céphalées
- Facteurs risque : tempérament anxieux, surprotection parentale
- Déclencheurs : divorce, déménagement, décès
- Traitement : TCC, désensibilisation progressive

Approche globale douleur abdominale chronique

Algorithme diagnostique pédiatrique :

- Définition : > 3 épisodes en 3 mois affectant fonctionnement
- Organique 10% : maladie cœliaque, MICI, parasitose

- Fonctionnel 90% : critères Rome IV
- Drapeaux rouges : perte poids, sang, fièvre, réveil nocturne
- Bilan initial : FSC, VS, CRP, tTG, calprotectine fécale
- Approche biopsychosociale toujours nécessaire

Rappels thérapeutiques

- Régime sans gluten : Éviction blé, seigle, orge, malt, avoine non certifiée
- Supplémentation fer : 3-6 mg/kg/j fer élément si anémie
- Acide folique : 1 mg/j × 3 mois si carence
- Vitamine D : 800-1000 UI/j si carence
- Calcium : 500-1000 mg/j selon âge si apports insuffisants
- Probiotiques : Souches spécifiques peuvent aider transition
- Anxiolytiques : Éviter, privilégier approche psychothérapeutique

Examens complémentaires

- Anti-transglutaminase IgA : Sensibilité 95%, spécificité 95%
- IgA sériques totales : Exclure déficit IgA (3% maladie cœliaque)
- Anti-endomysium IgA : Spécificité proche 100%, plus coûteux
- HLA-DQ2/DQ8 : VPN > 99%, utile cas douteux
- Biopsie duodénale : 4-6 prélèvements, classification Marsh
- Bilan malabsorption : Fer, B12, folates, vitamines liposolubles