

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-3 - Douleur dorsale - Homme de 51 ans

 Cabinet médical

 Rick Meyer, 51 ans, travaillant dans la construction, se présente au cabinet en se plaignant de douleurs dorsales

TA
120/85 mmHg

FC
80 bpm

FR
20/min

T°
36.8°C

Anamnèse (25%)

Score : 0/36

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Douleur dans le dos]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la douleur				0
Début [Il y a une semaine]	<input type="checkbox"/>			
Événements déclenchants [Je soulevais des boîtes lourdes ; puis mon dos a commencé à me faire mal tout de suite]	<input type="checkbox"/>			
Progression [C'est resté pareil]	<input type="checkbox"/>			
Sévérité [8/10]	<input type="checkbox"/>			
Localisation [Le milieu du bas de mon dos]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [Elle irradie vers ma cuisse gauche et atteint parfois mon pied gauche]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [Aiguë]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs d'amélioration [Rester allongé immobile au lit]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Marcher, s'asseoir longtemps, tousser]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes neurologiques				0
Faiblesse/engourdissement [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Incontinence urinaire ou fécale [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Symptômes urinaires				0
Difficulté à uriner [J'ai remarqué que ces 6 derniers mois, je devais forcer pour uriner]	<input type="checkbox"/>			
Vidange incomplète [Parfois, j'ai l'impression de ne pas avoir complètement vidé ma vessie]	<input type="checkbox"/>			
5. Symptômes généraux				0
Fièvre [Non]	<input type="checkbox"/>			
Sueurs nocturnes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Perte de poids [Non]	<input type="checkbox"/>			
6. Antécédents de douleur dorsale				0
Douleurs dorsales antérieures [Au cours de l'année écoulée, j'ai eu des douleurs dorsales par intermittence, principalement lorsque je marche]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes associés [C'est habituellement accompagné de douleurs dans les jambes]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs d'amélioration [Cette douleur disparaît lorsque je m'arrête et que je m'assois]	<input type="checkbox"/>			
7. Médicaments actuels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Ibuprofène [Je prends de l'ibuprofène. Cela aide, mais la douleur est toujours là]				
8. Antécédents médicaux [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
9. Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

10. Antécédents familiaux			0
Père [Décédé d'une crise cardiaque à l'âge de 65 ans]	<input type="checkbox"/>		
Mère [En bonne santé]	<input type="checkbox"/>		
11. Habitudes et mode de vie			0
Occupation [Ouvrier du bâtiment]	<input type="checkbox"/>		
Alcool [Oui, quelques bières le week-end]	<input type="checkbox"/>		
Questions CAGE [Non (à toutes les 4 questions)]	<input type="checkbox"/>		
Drogues illicites [Jamais]	<input type="checkbox"/>		
Tabagisme [Oui, un paquet par jour depuis 18 ans]	<input type="checkbox"/>		
12. Allergies médicamenteuses [La pénicilline me donne une éruption cutanée]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Examen clinique (25%)

Score : 0/20

Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [Patient en légère détresse due à la douleur dorsale]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen du dos				0
Inspection	<input type="checkbox"/>			
Palpation [Sensibilité légère des muscles paraspinaux bilatéralement]	<input type="checkbox"/>			
Amplitude des mouvements [Normale]	<input type="checkbox"/>			
Recherche de chaleur ou d'érythème [Pas de chaleur ou d'érythème]	<input type="checkbox"/>			
3. Examen des extrémités				0
Inspection	<input type="checkbox"/>			
Palpation des pouls périphériques [Pouls poplités, pédieux et tibiaux postérieurs 2+ des deux côtés]	<input type="checkbox"/>			
Examen des hanches [Hanches normales, amplitude des mouvements non douloureuse des deux côtés]	<input type="checkbox"/>			
4. Examen neurologique - Moteur				0
Force musculaire [Force 5/5 partout]	<input type="checkbox"/>			
Dorsiflexion du gros orteil gauche [Force 5/5]	<input type="checkbox"/>			
5. Examen neurologique - Sensibilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Sensibilité [Intacte]				
6. Examen neurologique - Réflexes et tests spécifiques				0
ROT [2+ symétriques]	<input type="checkbox"/>			
Signe de Babinski [Négatif des deux côtés]	<input type="checkbox"/>			
Élévation passive de la jambe en extension [Négative des deux côtés]	<input type="checkbox"/>			
7. Examen de la démarche				0
Démarche normale [Normale]	<input type="checkbox"/>			
Marche sur la pointe [Normale]	<input type="checkbox"/>			
Marche sur le talon [Normale]	<input type="checkbox"/>			
Observation [Le patient marche avec le dos légèrement courbé vers l'avant]	<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				
Diagnostics différentiels à considérer				
Causes principales				
<ul style="list-style-type: none">• Hernie discale → <i>IRM de la colonne lombaire</i> Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Douleurs lombaires survenues après levage de charges lourdes<input type="checkbox"/> Douleur irradiant vers la cuisse et le pied gauches<input type="checkbox"/> Douleur aggravée par le mouvement<input type="checkbox"/> Douleur soulagée en restant immobile<input type="checkbox"/> Aggravation par la touxArguments CONTRE:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pas de déficit neurologique objectif<input type="checkbox"/> Test d'élévation de jambe négatif• Sténose spinale lombaire → <i>IRM ou CT myélographie</i> Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Histoire de douleurs lombaires intermittentes depuis 1 an<input type="checkbox"/> Douleurs aux jambes lors de la marche<input type="checkbox"/> Douleur soulagée par la position assise<input type="checkbox"/> Marche avec le dos courbé vers l'avant<input type="checkbox"/> Âge > 50 ansClaudication neurogène typique• Cancer de la prostate métastatique → <i>Toucher rectal, PSA, scintigraphie osseuse si PSA élevé</i> Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Difficultés mictionnelles depuis 6 mois<input type="checkbox"/> Vidange vésicale incomplète<input type="checkbox"/> Douleurs lombaires<input type="checkbox"/> Âge > 50 ansArguments CONTRE:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pas de symptômes B (fièvre, perte de poids)				
Autres causes à considérer				
<ul style="list-style-type: none">• Entorse musculaire lombaire → <i>Diagnostic clinique</i> Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Survenue après effort physique<input type="checkbox"/> Sensibilité des muscles paraspinauxArguments CONTRE:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Irradiation aux membres inférieurs• Arthrose lombaire → <i>Radiographie lombaire</i> Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Âge > 50 ans<input type="checkbox"/> Douleur mécanique<input type="checkbox"/> Amélioration au reposArguments CONTRE:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Début aigu• Myélome multiple → <i>Électrophorèse des protéines, NFS, calcémie</i> Arguments POUR:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Âge > 50 ans<input type="checkbox"/> Douleurs osseusesArguments CONTRE:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pas d'anémie apparente<input type="checkbox"/> Pas de symptômes systémiques				
2. Examens complémentaires urgents				0
Radiographie de la colonne lombaire	<input type="checkbox"/>			
Toucher rectal	<input type="checkbox"/>			
PSA	<input type="checkbox"/>			
3. Examens complémentaires secondaires				0
IRM de la colonne lombaire	<input type="checkbox"/>			
NFS, calcium, urée/créatinine	<input type="checkbox"/>			
Électrophorèse des protéines sériques et urinaires si suspicion de myélome	<input type="checkbox"/>			

4. Prise en charge immédiate



0

Traitement symptomatique

- Continuer AINS (ibuprofène)
- Paracétamol en association
- Relaxants musculaires si spasmes
- Opioïdes faibles si douleur sévère

Mesures non pharmacologiques

- Repos relatif (éviter l'alitement prolongé)
- Application de chaleur locale
- Physiothérapie précoce
- Éducation posturale

Adaptation du travail

- Certificat pour tâches légères temporaires
- Éviter le port de charges lourdes
- Adaptation ergonomique du poste

5. Signes d'alarme à surveiller



0

⚠ Red Flags - Signes nécessitant une prise en charge urgente

1. **Syndrome de la queue de cheval**
→ Anesthésie en selle, incontinence, déficit moteur bilatéral = IRM urgente
2. **Déficit neurologique progressif**
→ Faiblesse musculaire, perte de sensibilité = Consultation neurochirurgie
3. **Signes de compression médullaire**
→ Hyperréflexie, Babinski positif = IRM urgente
4. **Symptômes constitutionnels**
→ Fièvre, perte de poids, sueurs nocturnes = Recherche de cancer/infection

Clôture de consultation

Clôture type

Monsieur Meyer, je suis préoccupé par vos difficultés à uriner, donc je voudrais réaliser un examen rectal pour évaluer votre prostate afin de détecter des croissances bénignes ou un cancer. J'aimerais aussi faire quelques analyses de sang et demander une radiographie et peut-être une IRM de votre dos pour mieux déterminer la cause de votre douleur. En attendant, comme nous en avons discuté, je vais écrire une note à votre employeur pour demander qu'on vous assigne à des tâches légères pendant que vous êtes au travail. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Je ne pense pas pouvoir aller travailler, docteur. Pouvez-vous écrire une lettre à mon patron pour que je puisse prendre un congé ?]

Réponse type du candidat

Vous avez raison ; le travail de construction lourde peut aggraver votre douleur dorsale ou ralentir la guérison. Je vais demander à votre patron de vous affecter à des tâches légères pendant un certain temps.

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 : Rick Meyer | **Âge :** 51 ans

Contexte : Homme travaillant dans la construction, se présentant pour douleur dorsale

Motif de consultation

Plainte principale : «Douleur dans le dos.»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'ai mal depuis que j'ai soulevé des boîtes lourdes au travail.»

Consignes

- Faites semblant d'avoir une sensibilité paraspinale au niveau du bas du dos lors de l'examen.
- Montrez des réflexes, une sensibilité et une force normales dans les deux membres inférieurs.
- Penchez-vous légèrement en avant en marchant.
- Montrer de l'inconfort lors des mouvements mais coopérer à l'examen.

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Douleur dorsale lombaire
- Localisation : Milieu du bas du dos
- Irradiation : Cuisse gauche, parfois jusqu'au pied
- Qualité : Douleur aiguë
- Intensité : 8/10
- Début : Il y a une semaine après avoir soulevé des boîtes lourdes
- Facteurs aggravants : Marcher, s'asseoir longtemps, tousser
- Facteurs d'amélioration : Repos au lit immobile

Symptômes associés :

- Difficultés mictionnelles depuis 6 mois
- Sensation de vidange vésicale incomplète
- Douleurs lombaires intermittentes depuis 1 an avec claudication

Réponse aux symptômes :

- J'ai pris de l'ibuprofène, ça aide un peu mais la douleur persiste

Représentation de la maladie :

- Je ne peux pas continuer à travailler comme ça, j'ai besoin d'aide

Habitudes

- **Médicaments :** Ibuprofène au besoin
- **Tabac :** 1 paquet/jour depuis 18 ans
- **Alcool :** Quelques bières le week-end, CAGE 0/4
- **Profession :** Ouvrier du bâtiment (travail physique lourd)
- **Allergies :** Pénicilline (éruption cutanée)

Histoire médicale familiale

- Père décédé d'infarctus à 65 ans
- Mère en bonne santé

Histoire médicale

- Aucun antécédent médical significatif
- Aucune chirurgie antérieure

Anamnèse par systèmes

Système général :

- Pas de fièvre
- Pas de perte de poids
- Pas de sueurs nocturnes

Système neurologique :

- Pas de faiblesse
- Pas d'engourdissement
- Pas d'incontinence

Système urinaire :

- Difficultés à initier la miction
- Sensation de vidange incomplète

Simulation

Durant l'entretien :

- Position antalgique, éviter de rester assis trop longtemps
- Grimacer lors des changements de position
- Se tenir le bas du dos occasionnellement

Durant le status :

- Sensibilité à la palpation des muscles paraspinaux
- Marcher légèrement penché en avant
- Amplitude de mouvement normale mais avec inconfort
- Force, sensibilité et réflexes normaux

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Patient de 51 ans, ouvrier du bâtiment, consultant pour lombalgie aiguë survenue il y a une semaine après port de charges lourdes. Douleur 8/10, irradiant dans le membre inférieur gauche jusqu'au pied. Antécédents de lombalgies intermittentes avec claudication neurogène depuis 1 an. Symptômes urinaires obstructifs depuis 6 mois. Tabagisme actif. Examen : sensibilité paraspinale, marche antalgique, pas de déficit neurologique objectif.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Toucher rectal : prostate augmentée de volume, lisse, ferme, sans nodule
- Radiographie lombaire : changements dégénératifs L4-L5 et L5-S1
- PSA : 5.8 ng/mL (légèrement élevé)
- Analyse d'urine : normale

Points clés

- Présentation mixte suggérant possiblement plusieurs pathologies
- La claudication neurogène oriente vers une sténose spinale
- Les symptômes urinaires nécessitent une évaluation prostatique
- L'absence de déficit neurologique est rassurant mais n'exclut pas une hernie
- L'adaptation du travail est essentielle dans la prise en charge

Pièges

- Se focaliser uniquement sur la lombalgie aiguë
- Oublier d'explorer les symptômes urinaires
- Ne pas reconnaître les signes de claudication neurogène
- Omettre le toucher rectal
- Prescrire un repos au lit prolongé

Diagnostic

Lombalgie aiguë sur fond de probable sténose spinale lombaire, avec symptômes urinaires obstructifs à investiguer

Approche diagnostique de la lombalgie

Classification en 3 catégories :

- Lombalgie non spécifique (85-90%)
- Lombalgie avec radiculopathie (5-10%)
- Lombalgie spécifique avec cause identifiable (1-5%)

Red flags de la lombalgie

Signes d'alerte nécessitant une investigation urgente :

- Âge < 20 ans ou > 50 ans au premier épisode
- Traumatisme récent
- Douleur nocturne ou au repos
- Antécédent de cancer
- Symptômes constitutionnels (fièvre, perte de poids)
- Déficit neurologique progressif
- Syndrome de la queue de cheval

Sténose spinale lombaire

Rétrécissement du canal rachidien avec compression nerveuse :

- Plus fréquente après 60 ans
- Claudication neurogène pathognomonique
- Douleur soulagée par la flexion antérieure
- Aggravation en extension (marche, station debout)
- Signe du caddie positif
- IRM : examen de choix pour le diagnostic

Hernie discale lombaire

Protrusion du nucleus pulposus avec compression radiculaire :

- L4-L5 et L5-S1 : 95% des hernies
- Test de Lasègue positif si < 60°
- Déficit neurologique selon le niveau
- L5 : faiblesse dorsiflexion gros orteil
- S1 : diminution réflexe achilléen
- Résolution spontanée dans 80% des cas

Évaluation des symptômes urinaires

Importance du dépistage chez l'homme > 50 ans :

- HBP : cause la plus fréquente
- Cancer de prostate : 2e cancer chez l'homme
- PSA : sensible mais peu spécifique
- Toucher rectal : indispensable
- Métastases osseuses possibles au rachis

Prise en charge de la lombalgie aiguë

Approche multimodale basée sur l'évidence :

- Éviter le repos au lit prolongé (max 2 jours)
- Mobilisation précoce essentielle
- AINS première ligne
- Physiothérapie après phase aiguë
- Imagerie non systématique sauf red flags

- Éducation du patient cruciale

Adaptation professionnelle

Mesures ergonomiques et préventives :

- Limitation temporaire du port de charges
- Techniques de manutention appropriées
- Renforcement musculaire du tronc
- Évaluation ergonomique du poste
- Retour progressif au travail normal

Messages clés

- La plupart des lombalgies sont bénignes et autorésolutives
- L'imagerie n'est pas systématique en l'absence de red flags
- La mobilisation précoce améliore le pronostic
- Les symptômes urinaires chez l'homme > 50 ans nécessitent une évaluation
- L'approche biopsychosociale est essentielle dans la lombalgie chronique

Rappels thérapeutiques

- AINS : ibuprofène 400-600mg TID ou naproxène 500mg BID
- Paracétamol : peut être associé, efficacité modeste seul
- Relaxants musculaires : cyclobenzaprine 5-10mg TID si spasmes
- Opioïdes : réserver aux douleurs sévères, courte durée
- Gabapentine : si composante neuropathique

Examens complémentaires

- Radiographie : peu utile sauf trauma ou suspicion de fracture
- IRM lombaire : gold standard pour hernie discale et sténose
- CT-scan : alternative si IRM contre-indiquée
- EMG : si doute sur l'atteinte radiculaire
- Scintigraphie osseuse : si suspicion de métastases