

# Grille d'évaluation ECOS - Douleur thoracique 2

Cabinet du généraliste

Mme Jacqueline Rochat, 74 ans, retraitée, consulte pour dyspnée aiguë depuis ce matin

TA 130/90 mmHg	FC 110 bpm	FR 23/min	T° 37.7°C
-------------------	---------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/30

Critères	Oui	±	Non	Points
<b>1. Dyspnée</b>				<b>0</b>
Condition de survenue [en sortant du lit]	<input type="checkbox"/>			
Classification [NYHA IV : ne peut plus monter un étage, s'essouffle après 3 pas]	<input type="checkbox"/>			
Chronologie [débuté ce matin, progressivement empirée]	<input type="checkbox"/>			
Les trois = oui, deux = ±, aucun à un = non				
<b>2. Douleur thoracique - caractérisation</b>				<b>0</b>
Localisation [zone de 5 cm au-dessus du mamelon droit]	<input type="checkbox"/>			
Quantité [4-5/10]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [comme un point de côté]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [aucune]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [respiro-dépendante]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs atténuants [aucun]	<input type="checkbox"/>			
Au moins cinq = oui, trois à quatre = ±, aucun à deux = non				
<b>3. Douleur thoracique - évolution temporelle</b>				<b>0</b>
Chronologie [douleur vive ce matin au réveil vers 6h30]	<input type="checkbox"/>			
Évolution [stable depuis]	<input type="checkbox"/>			
Les deux = oui, un = ±, aucun = non				
<b>4. Symptômes associés</b>				<b>0</b>
Toux [toux sèche, ne crache rien]	<input type="checkbox"/>			
Douleurs ou œdèmes des membres inférieurs [jambe droite gonflée il y a 2 semaines]	<input type="checkbox"/>			
Crachats [non]	<input type="checkbox"/>			
Hémoptysie [non]	<input type="checkbox"/>			
Orthopnée [non mentionnée]	<input type="checkbox"/>			
Palpitations [non mentionnées]	<input type="checkbox"/>			
Au moins cinq = oui, trois à quatre = ±, aucun à deux = non				
<b>5. Antécédents et comorbidités</b>				<b>0</b>
Maladies [ostéoporose, pneumonie à 47 ans]	<input type="checkbox"/>			
Hospitalisations [pour pneumonie]	<input type="checkbox"/>			
Médicaments [Calcimagon D3, Atorvastatine, Lisinopril]	<input type="checkbox"/>			
Allergies [à demander]	<input type="checkbox"/>			
Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non				

6. Facteurs de risque0

- Tabagisme [1/2 paquet/jour depuis 16 ans - 29 UPA]☐
- Voyages récents [à demander]☐
- Chirurgie/immobilisation récente [non]☐
- Médicaments [atorvastatine, lisinopril]☐
- Antécédents d'embolie pulmonaire/angine de poitrine/AVC [à explorer]☐

Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non

7. Représentation de la maladie0

Peur d'un cancer pulmonaire comme son mari

☐

☐

8. Anamnèse en général - ciblée, fil conducteur0

Bien = oui, suffisant = ±, insuffisant = non

Examen clinique (25%)Score : 0/21

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Examen pulmonaire - inspection et percussion0				
Percussion	<input type="checkbox"/>			
Ampliation thoracique	<input type="checkbox"/>			
Les deux = oui, un = ±, aucun = non				
2. Examen pulmonaire - auscultation0				
Plages postérieures (min 4)	<input type="checkbox"/>			
Plages latérales des deux côtés	<input type="checkbox"/>			
Réalise l'examen en comparant systématiquement les deux côtés	<input type="checkbox"/>			
Les trois = oui, deux = ±, aucun à un = non				
3. Examen général0				
Extrémités dont les ongles	<input type="checkbox"/>			
Langue	<input type="checkbox"/>			
Les deux = oui, un = ±, aucun = non				
4. Auscultation cardiaque0				
Aortique	<input type="checkbox"/>			
Pulmonaire	<input type="checkbox"/>			
Mitral	<input type="checkbox"/>			
Tricuspide	<input type="checkbox"/>			
Les quatre = oui, deux à trois = ±, aucun à un = non				
5. Examen vasculaire périphérique0				
Pouls périphériques aux 4 extrémités	<input type="checkbox"/>			
Temps de recoloration des extrémités	<input type="checkbox"/>			
Recherche de souffle carotidien	<input type="checkbox"/>			
Recherche de souffles fémoraux	<input type="checkbox"/>			
Recherche de souffle abdominal	<input type="checkbox"/>			
Au moins trois = oui, deux = ±, aucun à un = non				

6. Recherche de signes d'insuffisance cardiaque

0

Œdèmes des membres inférieurs (signe du godet)

Turgescence jugulaire

Reflux hépato-jugulaire

☐

☐

☐

Au moins deux = oui, un = ±, aucun = non

7. Examen clinique en général

0

Bien = oui, suffisant = ±, insuffisant = non

Management (25%)

Score : 0/10

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Indique à la patiente qu'elle devrait se rendre rapidement à l'hôpital	<div></div>		<div></div>	0
2. Évoque le diagnostic d'embolie pulmonaire	<div></div>		<div></div>	0
3. Évoque un diagnostic différentiel cohérent				0
<div>Infarctus du myocarde</div> <div>Pneumothorax</div> <div>Œdème aigu pulmonaire</div> <div>Pneumonie/bronchite</div>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>			
Au moins deux = oui, un = ±, aucun = non				
4. Management en général	<div></div>	<div></div>	<div></div>	0
Bien = oui, suffisant = ±, insuffisant = non				

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
1. Réponse aux sentiments et besoins du patient	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
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	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
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	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
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	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
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	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Qualité globale de l'interaction médecin-patient					

Score Global

% par Section

Note Globale

0%

Anamnèse  
0%

Examen clinique  
0%

Management  
0%

Communication  
0%

A-E

Échelle de notation

A  
≥90%

B  
80-89%

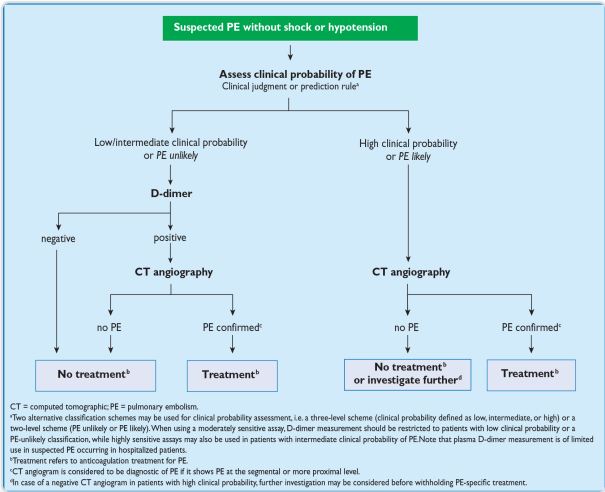
C  
70-79%

D  
60-69%

E  
<60%

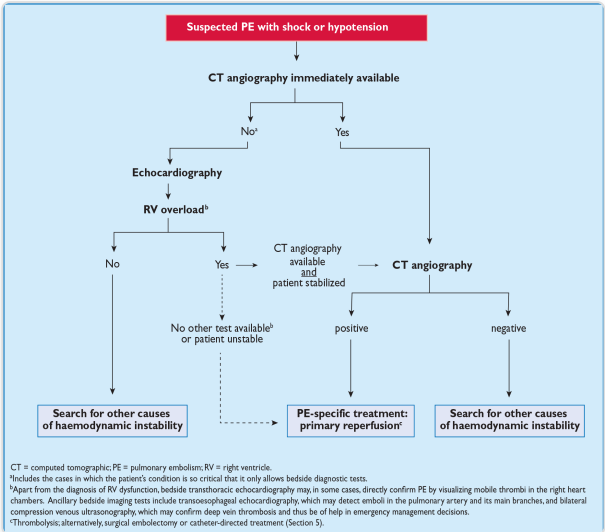
Algorithme diagnostique de l'embolie pulmonaire - Probabilité faible à modérée

Arbre décisionnel pour le diagnostic d'embolie pulmonaire en cas de suspicion sans choc ni hypotension



Algorithme diagnostique de l'embolie pulmonaire - Probabilité élevée ou instabilité

Arbre décisionnel pour le diagnostic d'embolie pulmonaire en cas de forte suspicion ou d'instabilité hémodynamique



Score de Genève

Score clinique pour le diagnostic d'embolie pulmonaire

Clinical parameter	Point(s)
Age > 65	1
One-sided leg pain or swelling	1
Previous DVT/PE	1
Active malignancy	1
Hemoptysis	1
Tachycardia > 75 and ≤ 95	1
Tachycardia > 95	2
Surgery/fracture within last month	1

# Scénario pour la patiente standardisée

**Nom :** Jacqueline Rochat | **Âge :** 74 ans  
**Contexte :** Retraitée, ancienne enseignante en secondaire, veuve depuis 1 an, consulte pour dyspnée aiguë

## Motif de consultation

**Plainte principale :** «J'ai de la peine à respirer»  
**Si on demande s'il y a autre chose :** «C'est très handicapant cette peine à respirer»

## Informations personnelles

**Profession :** Retraitée, ancienne enseignante en secondaire  
**Hobbies :** S'occuper des petits enfants et discuter avec les voisins  
**Poids :** Surpoids (BMI 25-30)  
**Orientation sexuelle :** Hétérosexuelle  
**État civil :** Veuve  
**État d'esprit :** Légèrement anxieuse

## Histoire actuelle

**Symptôme principal :**

- Dyspnée aiguë débutée en sortant du lit ce matin
- Progressivement empirée au fil de la matinée
- Ne peut plus monter un étage
- S'essouffle après 3 pas de marche (NYHA IV)
- Facteurs atténuants : s'asseoir, le repos
- Facteurs aggravants : effort, marche, escaliers

**Symptômes associés :**

- Douleur thoracique (à ne mentionner que si demandé spécifiquement)
- Toux sèche depuis ce matin
- État général diminué depuis 2 semaines
- Se sent plus fatiguée que d'habitude

**Circonstances :**

- Symptômes apparus en sortant du lit ce matin
- Antécédent important : jambe droite douloureuse et enflée il y a 2 semaines
- Résolution lente en une semaine
- N'a pas consulté pour cela

**Réponse aux symptômes :**

- A pris un Dafalgan qui n'a pas soulagé

**Inquiétudes :**

- Peur d'un cancer pulmonaire comme son mari

## Habitudes

- Médicaments :** Calcimagon D3 Forte (ostéoporose), Atorvastatine, Lisinopril
- Alimentation :** Saine et variée
- Activité physique :** Sédentaire
- Sommeil :** Bon
- Tabac :** 1/2 paquet par jour depuis l'âge de 16 ans (29 UPA)
- Alcool :** Plus de consommation depuis plus de 10 ans
- Drogues illicites :** Aucune
- Sexualité :** Ne souhaite pas en parler

## Informations personnelles

- Profession :** Retraitée, ancienne enseignante en secondaire
- Hobbies / Intérêts :** S'occuper des petits enfants et discuter avec les voisins
- Poids :** Surpoids (BMI 25-30)
- Orientation sexuelle :** Hétérosexuelle
- État civil :** Veuve
- État d'esprit durant la consultation :** Légèrement anxieuse

## Histoire médicale

---

- Bonne santé générale pour son âge
- Ostéoporose
- Appendicectomie
- Pneumonie simple à 47 ans
- Jambe droite douloureuse et enflée il y a 2 semaines (non consultée)
- Vaccins à jour

## Antécédents familiaux

---

- Mère décédée à 70 ans d'un problème au cœur
- Père décédé à 64 ans d'un cancer des poumons
- Un frère décédé il y a 2 ans dans un accident de voiture
- Époux décédé d'un cancer pulmonaire il y a 1 an

## Anamnèse par systèmes

---

### Système général :

- État général diminué depuis 2 semaines
- Se sent plus fatiguée que d'habitude

### Système cardiovasculaire :

- Pas de palpitations mentionnées
- Pas d'orthopnée spécifiquement

### Système respiratoire :

- Dyspnée d'effort majeure
- Toux sèche

## Simulation

---

### Durant l'entretien :

- Difficulté respiratoire légère au repos
- Difficulté respiratoire marquée dès le moindre effort
- Toucher le thorax droit avec grimace (ne pas mentionner spontanément)
- Toux sèche environ 1x/minute
- Légère anxiété

### Questions à poser :

- Est-ce que je peux rentrer chez moi ? (à poser dans les 2 dernières minutes si le médecin ne propose pas spontanément la prise en charge)

## Information à donner

---

La douleur thoracique ne doit être mentionnée que si le médecin pose spécifiquement des questions à ce sujet, PAS spontanément.

## Informations pour l'expert

### Dossier médical de l'entretien

---

Mme Rochat, 74 ans, retraitée, consulte pour dyspnée aiguë NYHA IV depuis ce matin avec douleur thoracique pleuritique. Antécédent de TVP il y a 2 semaines (jambe droite gonflée, non consultée). Tabagisme 29 UPA. Tableau très typique d'embolie pulmonaire.

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

---

Aucune intervention directe nécessaire

Observer l'anamnèse et l'examen clinique

Évaluer la reconnaissance du diagnostic

Noter la proposition d'hospitalisation

### Points clés

---

- Embolie pulmonaire chez patiente à risque
- Triade classique : dyspnée aiguë + douleur pleuritique + antécédent de TVP
- Facteurs de risque : âge, tabagisme, sédentarité, TVP récente
- Urgence médicale nécessitant hospitalisation
- Diagnostic différentiel important à exclure : infarctus
- Importance de l'anamnèse ciblée sur facteurs de risque
- Examen clinique souvent normal dans l'EP

### Pièges

---

- Ne pas rechercher l'antécédent de TVP récente
- Omettre les facteurs de risque thromboemboliques
- Ne pas caractériser précisément la dyspnée
- Oublier de mentionner la nécessité d'hospitalisation
- Ne pas évoquer le diagnostic d'embolie pulmonaire
- Sous-estimer la gravité potentielle
- Ne pas explorer les symptômes associés



### **Épidémiologie et physiopathologie**

L'embolie pulmonaire est une urgence médicale fréquente.

- Incidence : 60-70/100 000 habitants/an
- Mortalité élevée si non traitée (30%)
- Origine : thrombose veineuse profonde dans 90% des cas
- Migration d'un thrombus vers circulation pulmonaire
- Obstruction artérielle pulmonaire
- Augmentation résistances vasculaires pulmonaires
- Dysfonction cardiaque droite possible

### **Facteurs de risque**

Triade de Virchow : stase, hypercoagulabilité, lésion endothéliale.

- Âge > 65 ans
- Immobilisation prolongée (> 3 jours)
- Chirurgie récente (< 4 semaines)
- Antécédent de TVP/EP
- Cancer actif
- Insuffisance cardiaque ou respiratoire
- Contraception œstroprogestative
- Grossesse et post-partum
- Thrombophilie héréditaire
- Tabagisme, obésité

### **Présentation clinique**

Tableau clinique très variable, souvent non spécifique.

- Dyspnée aiguë (85% des cas)
- Douleur thoracique pleuritique (65%)
- Toux (45%)
- Hémoptysie (30%)
- Douleur membre inférieur (25%)
- Syncope (10%)
- Fièvre possible
- Examen souvent normal

### **Évaluation de la probabilité clinique**

Scores cliniques pour stratifier le risque.

- Score de Wells pour EP
- Score de Genève révisé
- Probabilité faible, intermédiaire, élevée
- Permet d'orienter la stratégie diagnostique
- Intègre symptômes, facteurs de risque, examen
- TVP cliniquement probable : +3 points (Wells)
- EP plus probable qu'autre diagnostic : +3 points

### **Stratégie diagnostique**

Approche séquentielle selon probabilité clinique.

- Probabilité faible/intermédiaire : D-dimères
- D-dimères négatifs : EP exclue
- D-dimères positifs : angio-CT thoracique
- Probabilité élevée : angio-CT directement
- Échocardiographie si instabilité
- Scintigraphie si contre-indication CT
- Angiographie si doute persistant

## Prise en charge thérapeutique

Anticoagulation immédiate selon le risque.

- Anticoagulation immédiate si probabilité élevée
- Héparine non fractionnée ou HBPM
- AOD (rivaroxaban, apixaban) possibles
- Thrombolyse si EP grave
- Embolectomie chirurgicale exceptionnelle
- Surveillance étroite première 24-48h
- Durée traitement : minimum 3 mois

## Rappels thérapeutiques

- Héparine non fractionnée : bolus 80 UI/kg puis 18 UI/kg/h
- HBPM : énoxaparine 1mg/kg x2/j SC
- Rivaroxaban : 15mg x2/j 21j puis 20mg/j
- Apixaban : 10mg x2/j 7j puis 5mg x2/j
- Thrombolyse : altéplase 100mg/2h IV
- Surveillance : plaquettes, fonction rénale
- Filtre cave si contre-indication anticoagulation

## Examens complémentaires

- D-dimères : seuil 500 µg/L (ajusté âge si > 50 ans)
- Angio-CT thoracique : gold standard
- Gazométrie artérielle : hypocapnie, hypoxémie
- ECG : tachycardie, signes cœur pulmonaire aigu
- Radiographie thorax : souvent normale
- Échographie cardiaque : dilatation VD
- Échographie veineuse membres : recherche TVP
- Troponines : marqueur pronostique