

# Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-18 - Toux chronique - Femme 21 ans

Clinique de santé étudiante  
Anna Campbell, femme de 21 ans, consultant pour toux persistante

T° 37°C	TA 120/70 mmHg	FC 80 bpm	FR 18/min
------------	-------------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/52

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [J'ai une toux qui me dérange vraiment]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la toux				0
Toux productive d'expectorations [Pas habituellement. Mais ces derniers jours, oui, j'ai craché des trucs]	<input type="checkbox"/>			
Couleur des expectorations [C'est verdâtre]	<input type="checkbox"/>			
Volume des expectorations [Je dirais environ 1 cuillère à café par jour]	<input type="checkbox"/>			
Sang dans les expectorations [Non]	<input type="checkbox"/>			
Début [Il y a 3-4 mois]	<input type="checkbox"/>			
Constant/intermittent [Ça va et ça vient]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [La première fois que je l'ai eue, c'était à un de mes cours de gymnastique. Rien de spécial ne se passait vraiment à ce moment-là]	<input type="checkbox"/>			
Progression [C'était pareil jusqu'à il y a environ 4 jours, mais ensuite c'est soudainement devenu beaucoup plus grave]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence [De temps en temps, jusqu'à il y a 4 jours. Maintenant je l'ai plusieurs fois par jour]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Rien vraiment]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Quand je fais de l'exercice, j'ai soudainement une grosse crise de toux et je dois arrêter. C'est tellement agaçant]	<input type="checkbox"/>			
3. Symptômes associés [Parfois, quand j'ai des crises de toux, j'ai aussi l'impression de ne pas pouvoir reprendre mon souffle, ce qui est effrayant]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

## 4. Recherche de symptômes spécifiques

0

- Voyage récent [Non] ☐
- Céphalées [Non] ☐
- Nausées/vomissements [Non] ☐
- Fièvre/frissons [Hmm, je me suis sentie un peu chaude le soir ces 2 derniers jours] ☐
- Sueurs nocturnes [Non] ☐
- Fatigue [Non] ☐
- Palpitations [Aucune] ☐
- Douleur thoracique [Ces 4 derniers jours, ma toux a été douloureuse] ☐
- Problèmes urinaires [Aucun] ☐
- Problèmes intestinaux [Aucun] ☐
- Problèmes de sommeil [Depuis un mois, cette toux m'a réveillée plusieurs fois pendant la nuit, donc mon sommeil n'a pas été aussi bon que normalement] ☐
- Appétit [Normal] ☐
- Variations pondérales [Non] ☐
- Infections récentes [Eh bien, j'ai un rhume, si c'est ce que vous voulez dire] ☐
- Symptômes d'infection respiratoire haute [J'ai le nez qui coule depuis 5 jours] ☐
- Exposition à la tuberculose [Non] ☐
- Exposition aux fumées/poussières [Non] ☐
- Exposition aux animaux/animaux domestiques [Non] ☐

## 5. Antécédents médicaux [J'ai de l'eczéma]

☐☐

0

## 6. Allergies [Je pense que je suis allergique aux chevaux. Mon eczéma s'est toujours aggravé quand je suis allée faire de l'équitation]

☐☐

0

## 7. Médicaments [J'utilise deux crèmes hydratantes différentes pour mon eczéma, et quand ça devient vraiment grave, je dois utiliser une crème à l'hydrocortisone]

☐☐

0

## 8. Hospitalisations et antécédents chirurgicaux

0

- Hospitalisations [Jamais, Dieu merci !] ☐
- Antécédents chirurgicaux [Non] ☐

## 9. Contacts malades [Non]

☐☐

0

## 10. Antécédents familiaux [Ma mère a aussi de l'eczéma]

☐☐

0

## 11. Habitudes et mode de vie

0

- Occupation [Je suis étudiante à l'université pour devenir graphiste] ☐
- Domicile [Je vis dans un dortoir] ☐
- Alcool [Parfois je bois une bière aux fêtes, mais je ne bois pas régulièrement] ☐
- Drogues illicites [Je fume de la marijuana parfois ou j'essaie une des pilules qu'on me propose aux fêtes où je vais. Mais je ne prends pas quelque chose tous les jours ou quoi que ce soit comme ça] ☐
- Tabac [Je ne fume pas de cigarettes, seulement de la marijuana de temps en temps] ☐
- Exercice [Je fais de la gymnastique depuis que je suis petite, et je suis dans l'équipe de gymnastique de l'université, mais maintenant j'ai du mal à finir l'entraînement à cause de ces horribles crises de toux] ☐

## Examen clinique (25%)

Score : 0/15

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 de la tête, yeux, oreilles, nez et gorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Inspection de l'oropharynx			
3. Examen du cou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Palpation des ganglions lymphatiques de la tête et du cou			
4. Examen cardiovasculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Auscultation cardiaque			
5. Examen thoracique			0
Inspection du thorax	<input type="checkbox"/>		
Palpation du thorax	<input type="checkbox"/>		
Percussion des champs pulmonaires	<input type="checkbox"/>		
Auscultation pulmonaire	<input type="checkbox"/>		
Recherche de frémits	<input type="checkbox"/>		
6. Examen des extrémités	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Inspection des mains			

## Management (25%)

Score : 0/19

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

### Diagnosics différentiels à considérer

#### Causes respiratoires probables

##### • Asthme → Spirométrie avec test de réversibilité

###### Arguments POUR:

- ☐ Toux intermittente depuis 3-4 mois
- ☐ Dyspnée lors des crises
- ☐ Déclenchement par exercice (asthme d'effort)
- ☐ Terrain atopique : eczéma personnel et familial
- ☐ Allergie aux chevaux connue
- ☐ Âge jeune, bonne santé générale
- ☐ Réveils nocturnes par toux
- ☐ Hyperréactivité bronchique probable (aggravation avec infection)

##### • Bronchite aiguë → Examen clinique suffit habituellement

###### Arguments POUR:

- ☐ Toux productive douloureuse depuis 4 jours
- ☐ Expectations verdâtres
- ☐ Fièvre légère vespérale
- ☐ Suite d'infection respiratoire haute (rhinite 5 jours)
- ☐ > 90% virales, pas d'antibiotiques nécessaires

Contre : Symptômes pré-existants depuis 3-4 mois, aggravation par exercice = asthme plus probable

##### • Pneumonie atypique → Radiographie thoracique

###### Arguments POUR:

- ☐ Toux sèche devenue productive
- ☐ Dyspnée, fièvre légère
- ☐ Jeune adulte (population cible)
- ☐ Évolution subaiguë possible

Contre : Nature intermittente, déclencheurs spécifiques, terrain atopique, symptômes URI actuels

#### Autres causes à considérer

##### • Syndrome d'écoulement postérieur → Essai thérapeutique antihistaminique

Arguments POUR : Rhinite actuelle

Contre : Toux précède rhinite de plusieurs mois

##### • Reflux gastro-œsophagien (RGO) → Essai IPP si suspicion

Peut causer toux chronique, surtout nocturne

##### • Pneumopathie d'hypersensibilité → Recherche d'antigènes si exposition

Contre : Pas d'exposition identifiée

## 2. Examens complémentaires de première intention

0

Gaz du sang artériel, oxymétrie de pouls [pour évaluer la gravité de la condition et tester si le sang de la patiente est suffisamment oxygéné]

☐

FSC avec différentielle [Un décompte de GB peut aider à déterminer si une infection est présente et si elle est bactérienne ou virale. Une éosinophilie peut être observée sur la FSC chez les patients asthmatiques]

☐

## 3. Examens de fonction respiratoire

0

Mesure du débit de pointe [pour surveiller la réponse à un essai de traitement bronchodilatateur]

☐

Tests de fonction pulmonaire (EFR) [Les EFR sont le test diagnostique de première ligne pour l'asthme et montreront un VEMS diminué et d'autres signes de maladie pulmonaire obstructive. L'obstruction est réversible lorsque des bronchodilatateurs sont administrés]

☐

Test de provocation à la méthacholine [utilisé pour provoquer des symptômes chez les patients avec asthme intermittent qui ont des EFR normales]

☐

## 4. Examens d'imagerie

☐☐☐

0

Radiographie thoracique [pour exclure une pneumonie]

## 5. 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

☐

## 6. Conseil et soutien

0

Conseil sur les drogues récréatives

☐

Offrir mouchoir et/ou eau pendant la crise de toux de la patiente

☐

Réaction appropriée au défi concernant la guérison

☐

Rassurer sur les options thérapeutiques

☐

Éducation sur l'asthme si confirmé

☐

### Prise en charge de l'asthme probable

- Crise aiguë légère-moderée :
  - Salbutamol 2-4 bouffées toutes les 20 min × 3
  - Prednisone 40-60mg PO si pas d'amélioration
  - Réévaluation après 1h
- Traitement de fond si asthme confirmé :
  - Palier 1 :  $\beta$ 2-agoniste courte durée à la demande
  - Palier 2 : + CSI faible dose quotidien
  - Palier 3 : + LABA ou augmenter CSI
- Mesures non pharmacologiques :
  - Éviction allergènes (chevaux++)
  - Plan d'action écrit
  - Technique inhalation
  - Arrêt marijuana (irritant bronchique)

## Clôture de consultation

### Défi : Demande de guérison

[Pensez-vous pouvoir faire en sorte que cette toux disparaisse ? Ça me dérange vraiment !]

### Réponse type du candidat

Mme Campbell, je comprends que votre toux vous dérange. À ce stade, malheureusement, je ne peux pas dire exactement ce qui la cause. J'aimerais d'abord faire quelques tests pour trouver le bon diagnostic, puis vous commencer sur un traitement approprié une fois que nous saurons exactement ce qui se passe. Il existe de nombreuses causes traitables de toux, et nous avons une gamme de médicaments qui peuvent aider, selon la cause. Mon équipe et moi nous assurerons de faire de notre mieux pour vous aider. Avez-vous d'autres questions ou préoccupations ?

## Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
<b>1. Réponse aux sentiments et besoins du patient</b> <i>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</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Structure de l'entretien</b> <i>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</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Expression verbale</b> <i>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</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. Expression non verbale</b> <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5. Évaluation générale de la communication</b> <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 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

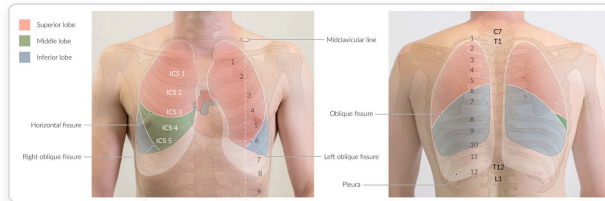
60-69%

E

<60%

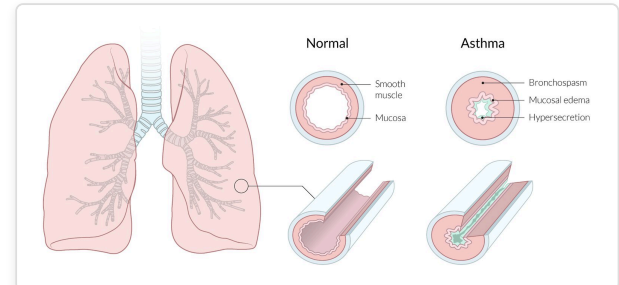
### Anatomie de surface des poumons

Repères anatomiques thoraciques pour l'examen clinique pulmonaire avec lignes de référence et lobes pulmonaires.  
ICS : espace intercostal.



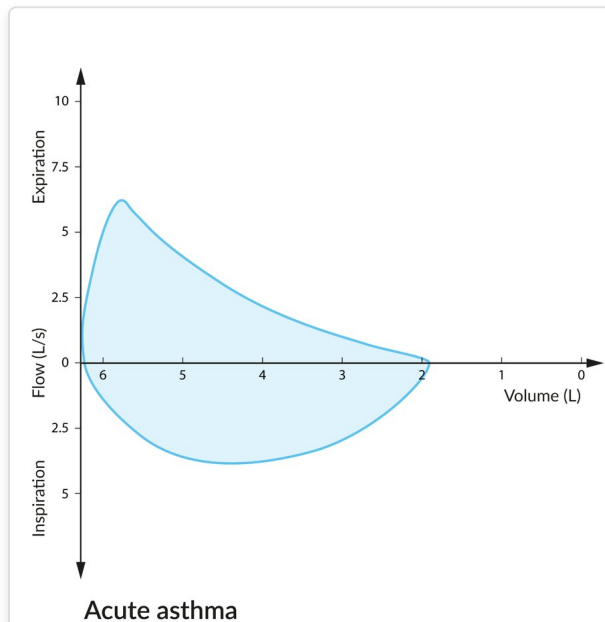
### Mécanismes d'obstruction endobronchique dans l'asthme

L'obstruction endobronchique et la présentation clinique caractéristique de l'asthme (c'est-à-dire dyspnée, sibilants télé-expiratoires et toux persistante) sont causés par le bronchospasme, l'œdème de la muqueuse et l'augmentation de la production de mucus (hypersécrétion bronchique).



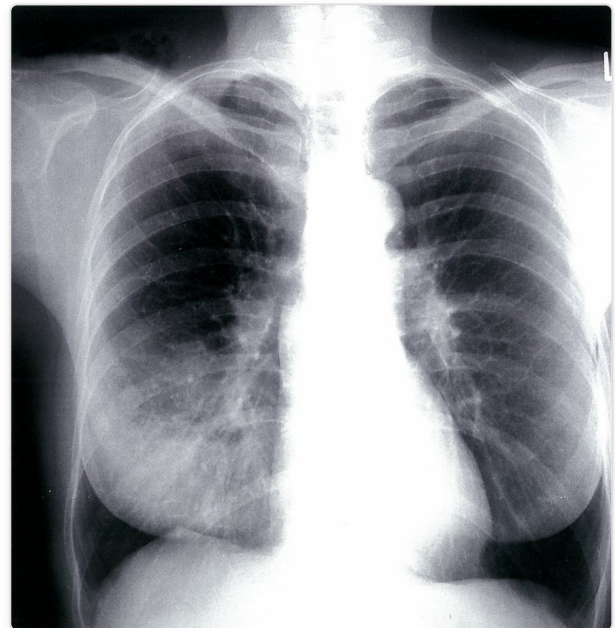
### Courbe débit-volume dans l'asthme aigu

Le débit expiratoire est altéré par les voies aériennes rétrécies. Par conséquent, le débit expiratoire de pointe est plus bas que la normale avec une courbe légèrement concave (creusée) vers le volume résiduel.  
Le volume résiduel est anormalement élevé ( $\approx 2$  L), car les voies aériennes rétrécies ont empêché une expiration complète.



### Consolidation alvéolaire (1/2)

Radiographie thoracique (vue PA) d'un patient fébrile avec toux sévère et douleur thoracique droite.  
Opacification hétérogène due à une consolidation dans le poumon droit moyen et inférieur se projetant à travers l'ombre du sein droit.  
En l'absence d'études comparatives, la radiographie ne peut pas distinguer si la cause est aiguë ou chronique.



## Consolidation alvéolaire (2/2)

Radiographie thoracique (vue latérale).

Opacification (superposition verte) se projetant sur la silhouette cardiaque juxta la grande scissure (ligne pointillée noire), qui est légèrement déplacée supérieurement compatible avec une petite composante de perte de volume.

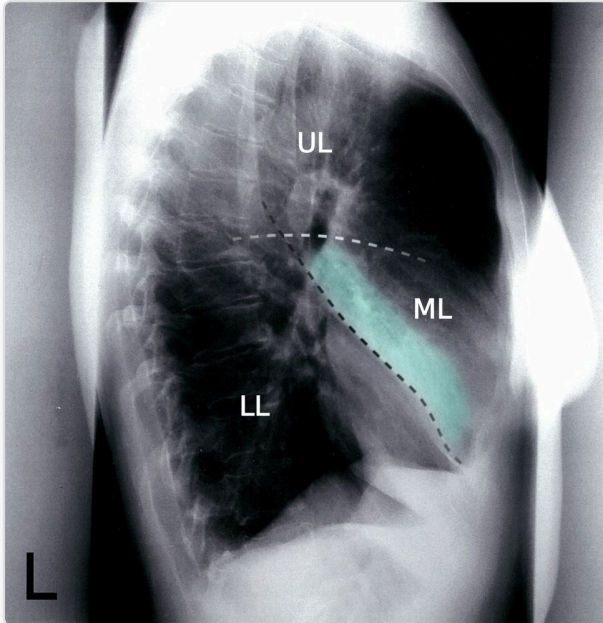
Une vue PA a montré que l'anomalie était située du côté droit.

L'opacification est compatible avec une consolidation de l'espace aérien dans le lobe moyen droit (ML).

En l'absence d'études comparatives, la radiographie ne peut pas distinguer si la cause est aiguë ou chronique.

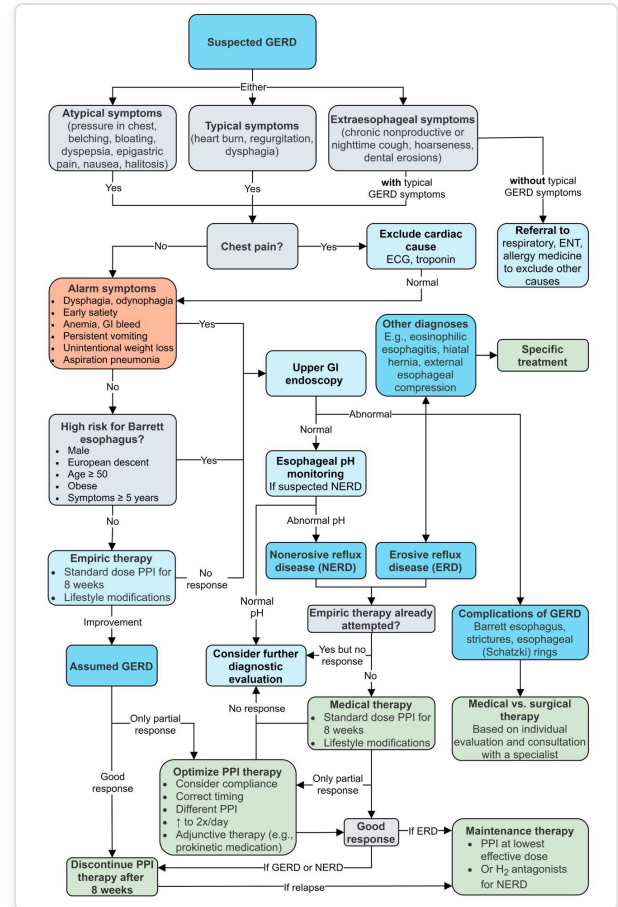
LL : lobe inférieur ;

UL : lobe supérieur ; ligne pointillée blanche : petite scissure.



## Prise en charge du RGO

Algorithme thérapeutique du reflux gastro-œsophagien incluant mesures hygiéno-diététiques et traitement médicamenteux.



## Scénario pour la patiente standardisée

**Nom :** Anna Campbell | **Âge :** 21 ans

**Contexte :** Étudiante universitaire et gymnaste consultant pour toux chronique gênante

### Motif de consultation

**Plainte principale :** «J'ai une toux qui me dérange vraiment.»

**Si on demande s'il y a autre chose :** «Parfois j'ai l'impression de ne pas pouvoir reprendre mon souffle.»

### Consignes

- Agir comme si votre toux vous agaçaient vraiment.
- À un moment donné pendant la consultation, commencer à tousser de manière incontrôlable et observer si l'examineur vous offre un verre d'eau et/ou un mouchoir.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: spirométrie) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Dire 'Pensez-vous pouvoir faire en sorte que cette toux disparaisse ? Ça me dérange vraiment !'

### Histoire actuelle

#### Symptôme principal :

- Toux intermittente depuis 3-4 mois
- Aggravation brutale depuis 4 jours
- Productive récemment (expectorations verdâtres)
- Crises déclenchées par exercice
- Dyspnée associée lors des crises

#### Symptômes associés :

- Rhinorrhée depuis 5 jours
- Fièvre légère vespérale 2 jours
- Douleur thoracique à la toux (4 jours)
- Réveils nocturnes par toux
- Impact sur activités sportives

### Simulation

#### Durant l'entretien :

- Paraître agacée par la toux
- Crise de toux incontrôlable à déclencher
- Frustration visible lors discussion impact sport
- Demander clarifications termes médicaux
- Insister sur désir de guérison rapide

#### Durant le status :

- Examen pulmonaire normal (sauf si crise)
- Possible sibilants légers si ausculte pendant effort
- Coopération normale
- Pas de signes de détresse respiratoire au repos



## Informations de l'expert

### Dossier médical de l'entretien

Femme de 21 ans avec asthme d'effort probable sur terrain atopique. Présentation classique : toux chronique intermittente déclenchée par exercice, terrain atopique (eczéma + allergie), hyperréactivité bronchique lors infection respiratoire actuelle. Diagnostic différentiel inclut bronchite aiguë surajoutée. Marijuana = facteur aggravant. Nécessite spirométrie pour confirmer diagnostic.

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

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

- Débit de pointe : 380 L/min (80% prédit)
- Spirométrie : VEMS/CVF 68%, réversibilité +15% post-bronchodilatateur
- Test méthacholine : Positif (PC20 = 4 mg/mL)
- Radiographie thoracique : Normale
- FSC : GB 8500, éosinophiles 6%
- SpO2 : 97% air ambiant au repos

### Points clés

- Asthme = obstruction réversible + inflammation + hyperréactivité
- Triade atopique : asthme, eczéma, rhinite allergique
- Asthme d'effort = forme fréquente chez jeunes athlètes
- Marijuana = irritant bronchique majeur
- Toujours offrir mouchoir/eau lors crise toux (empathie)
- Spirométrie avec réversibilité = gold standard diagnostic

### Pièges

- Se focaliser uniquement sur bronchite aiguë
- Oublier terrain atopique
- Ne pas offrir aide pendant crise toux
- Prescrire antibiotiques d'emblée
- Minimiser impact sur qualité de vie

### **Diagnostic le plus probable**

Asthme d'effort sur terrain atopique avec bronchite aiguë virale surajoutée

### **Asthme**

Maladie inflammatoire chronique des voies aériennes :

- Prévalence : 5-10% population, début souvent enfance/adolescence
- Physiopathologie : inflammation, hyperréactivité, remodelage
- Triade : bronchospasme + œdème + hypersécrétion mucus
- Phénotypes : allergique, non-allergique, exercice, professionnel
- Triggers : allergènes, exercice, infections, irritants, émotions
- Histoire naturelle : variable, rémissions possibles

### **Asthme d'effort (AIE)**

Bronchoconstriction induite par exercice :

- Prévalence : 90% asthmatiques, 10% population générale
- Mécanisme : perte eau/chaleur → osmolarité ↑ → médiateurs
- Timing : début 5-10 min exercice, pic 5-10 min post
- Durée : résolution spontanée 20-90 min
- Sports à risque : course, ski, hockey (air froid/sec)
- Diagnostic : chute VEMS ≥ 10% post-exercice

### **Terrain atopique**

Prédisposition génétique aux allergies :

- Marche atopique : eczéma → allergie alimentaire → asthme → rhinite
- IgE médiée : sensibilisation précoce
- Génétique : héritabilité 60-80%
- Facteurs environnementaux : hygiène, pollution, tabac
- Comorbidités : 80% asthmatiques ont rhinite allergique
- Pronostic : début précoce = plus sévère

### **Diagnostic de l'asthme**

Approche clinique et fonctionnelle :

- Clinique : symptômes variables + triggers + atopie
- Spirométrie : VEMS/CVF < 0.7 (ou < LLN)
- Réversibilité : VEMS ↑ ≥ 12% ET ≥ 200 mL post-BD
- Test méthacholine : PC20 < 8 mg/mL (sensible)
- Débit pointe : variabilité > 20% sur 2 semaines
- FeNO : > 50 ppb suggère inflammation éosinophilique

### **Traitement de l'asthme**

Approche par paliers GINA :

- Objectif : contrôle symptômes + prévention exacerbations
- Palier 1 : SABA prn (si < 2×/semaine)
- Palier 2 : CSI faible dose quotidien
- Palier 3 : CSI faible + LABA ou CSI dose moyenne
- Palier 4 : CSI moyenne/forte + LABA ± LAMA
- Palier 5 : + anti-IgE, anti-IL5, corticoïdes oraux
- Réévaluation 3 mois, ajustement selon contrôle

### **Cannabis et poumons**

Effets respiratoires de la marijuana :

- Irritation bronchique : toux, expectorations, sifflements

- Inflammation : bronchite chronique similaire tabac
- Hyperréactivité bronchique augmentée
- Risque infections : immunosuppression locale
- Barotrauma : technique inhalation profonde + Valsalva
- Interaction asthme : aggravation symptômes et contrôle

## Rappels thérapeutiques

- Crise légère : Salbutamol 100µg 2-4 bouffées q20min × 3
- Crise modérée : + Prednisone 40-60mg PO × 5-7j
- Traitement fond : Budésonide 200µg BID départ
- Si AIE isolé : Salbutamol 2 bouffées 15min avant exercice
- Alternative AIE : Montélukast 10mg/j
- Technique inhalation : avec chambre d'espacement idéalement
- Plan action écrit : zones verte/jaune/rouge

## Examens complémentaires

- Spirométrie pré/post BD : VEMS, CVF, VEMS/CVF, réversibilité
- Test exercice : Tapis/vélo 6-8min à 80-90% FCmax
- Débit pointe domicile : Matin/soir × 2 semaines
- Test méthacholine : Si spirométrie normale mais suspicion forte
- Radiographie thorax : Éliminer complications/autres diagnostics
- IgE spécifiques : Si allergie suspectée (chevaux++)