

# Grille d'évaluation ECOS - USMLE-15 - Aménorrhée - Femme de 36 ans

Cabinet médical

Patricia Garrison, 36 ans, vient au cabinet en se plaignant de l'absence récente de menstruations

TA  
120/85 mmHg

FC  
65 bpm

FR  
13/min

T°  
36.7°C

## Anamnèse (25%)

Score : 0/47

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Je n'ai pas eu de règles depuis 3 mois]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Histoire menstruelle				0
Cycles récents [J'avais des règles régulières tous les mois durant 4-5 jours, mais au cours de l'année écoulée, elles sont devenues moins fréquentes (tous les 5-6 semaines, durant 7 jours)]	<input type="checkbox"/>			
Flux menstruel [C'était 2-3 serviettes par jour, mais le flux sanguin devient de moins en moins abondant, et je n'utilise maintenant qu'une seule par jour]	<input type="checkbox"/>			
Ménarche [14 ans]	<input type="checkbox"/>			
Dernier frottis [Il y a dix mois. C'était normal]	<input type="checkbox"/>			
ATCD frottis anormaux [Non]	<input type="checkbox"/>			
3. Changements physiques récents				0
Prise de poids [J'ai pris presque 7 kg au cours de l'année écoulée]	<input type="checkbox"/>			
Pilosité anormale [En fait, j'ai récemment remarqué des poils sur mon menton que j'ai dû épiler]	<input type="checkbox"/>			
Changement de voix [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changements peau/cheveux [Non, à part les poils du menton]	<input type="checkbox"/>			
Écoulement mamelonnaire [Oui, juste la semaine dernière, j'ai remarqué un écoulement lactescent de mon sein gauche]	<input type="checkbox"/>			
4. Symptômes associés				0
Intolérance au froid [Non]	<input type="checkbox"/>			
Transit intestinal [Non, pas de changement]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [J'ai un bon appétit]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [Non]	<input type="checkbox"/>			
Dépression/anxiété/stress [Non]	<input type="checkbox"/>			
Bouffées de chaleur [Non]	<input type="checkbox"/>			
Sécheresse/prurit vaginal [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes de sommeil [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fréquence urinaire [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Symptômes neurologiques				0
Changements visuels [Non]	<input type="checkbox"/>			
Céphalées [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleur abdominale [Non]	<input type="checkbox"/>			
6. Histoire gynécologique et sexuelle				0
Activité sexuelle [Environ une fois par semaine avec mon mari]	<input type="checkbox"/>			
Contraception [Les mêmes pilules contraceptives depuis 8 ans]	<input type="checkbox"/>			
Grossesses [J'ai un enfant ; il a 10 ans]	<input type="checkbox"/>			
Complications grossesse [Non, c'était un accouchement normal, et mon enfant est en bonne santé]	<input type="checkbox"/>			
Fausses couches/IVG [Non]	<input type="checkbox"/>			

## 7. Mode de vie et habitudes

0

Régime alimentaire [Non, je suis végétarienne depuis 10 ans]

☐

Pilules amaigrissantes [Non]

☐

Exercice physique [Je cours 3,2 km trois fois par semaine]

☐

Alcool [Non]

☐

Tabagisme [Non]

☐

Drogues illicites [Jamais]

☐

## 8. Antécédents médicaux [Aucun]

☐☐

0

## 9. Antécédents chirurgicaux [Aucun]

☐☐

0

## 10. Médicaments actuels [Aucun]

☐☐

0

## 11. Antécédents familiaux [Mon père et ma mère sont en bonne santé ; ma mère a commencé la ménopause à 55 ans]

☐☐

0

## 12. Profession [Infirmière]

☐☐

0

## 13. Allergies médicamenteuses [Non]

☐☐

0

## Examen clinique (25%)

Score : 0/16

Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [La patiente ne semble pas en détresse aiguë]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen du cou Thyroïde [Pas de thyromégalie]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
3. Examen cardiovasculaire Auscultation [RR et FC normaux, B1/B2 normaux, pas de souffles, frottements ou galops]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
4. Examen pulmonaire Auscultation [Murmures vésiculaires clairs bilatéralement]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
5. Examen abdominal				0
Inspection [Normal]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité]	<input type="checkbox"/>			
Palpation [Détendu, souple et indolore, pas d'hépatosplénomégalie]	<input type="checkbox"/>			
6. Examen des extrémités Inspection [Pas d'œdème, pas de tremblement]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
7. Examen neurologique				0
Champs visuels [Complets à la confrontation]	<input type="checkbox"/>			
Mouvements oculaires [Normaux sans diplopie ni rétraction palpébrale]	<input type="checkbox"/>			
ROT [Normaux dans les membres inférieurs ddc]	<input type="checkbox"/>			

## Management (25%)

Score : 0/29

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

## 1. Hypothèses diagnostiques

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



0

### Diagnostics différentiels à considérer

#### Causes les plus probables

##### • Grossesse → Test hCG urinaire ou sanguin

###### Arguments POUR:

- ☐ Aménorrhée secondaire de 3 mois
- ☐ Femme en âge de procréer
- ☐ Activité sexuelle régulière
- ☐ Sous contraception orale (possible oubli)
- ☐ Écoulement mamelonnaire
- ☐ Antécédent de grossesse réussie

###### Arguments CONTRE:

- ☐ Contraception depuis 8 ans
- ☐ Oligoménorrhée progressive

##### • Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) → US pelvienne, testostérone, LH/FSH

###### Arguments POUR:

- ☐ Oligoménorrhée progressive
- ☐ Hirsutisme (poils au menton)
- ☐ Prise de poids 7 kg
- ☐ Âge compatible (36 ans)
- ☐ Hypoménorrhée (flux diminué)

###### Critères Rotterdam (2/3):

- ☐ Oligoanovulation
- ☐ Hyperandrogénie clinique

##### • Hyperprolactinémie → Prolactinémie, IRM hypophysaire si élevée

###### Arguments POUR:

- ☐ Galactorrhée unilatérale
- ☐ Aménorrhée secondaire
- ☐ Oligoménorrhée progressive
- ☐ Pas de symptômes visuels (microadénome)

###### Causes possibles:

- ☐ Prolactinome
- ☐ Médicaments
- ☐ Hypothyroïdie

#### Causes endocriniennes

##### • Hypothyroïdie → TSH, T4 libre

###### Arguments POUR:

- ☐ Galactorrhée (hyperprolactinémie secondaire)
- ☐ Prise de poids
- ☐ Oligoménorrhée

###### Arguments CONTRE:

- ☐ Pas d'intolérance au froid
- ☐ Pas de fatigue
- ☐ Pas de constipation
- ☐ Pas de bradycardie

##### • Hyperthyroïdie → TSH, T4 libre

###### Arguments POUR:

- ☐ Oligoménorrhée possible

###### Arguments CONTRE:

- ☐ Prise de poids (attendrait perte)
- ☐ FC normale (65 bpm)
- ☐ Pas de tremblements
- ☐ Pas de thermophobie

#### Autres causes

##### • Insuffisance ovarienne prématurée → FSH, œstradiol, AMH

###### Arguments POUR:

- ☐ Âge < 40 ans
- ☐ Aménorrhée secondaire

###### Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de bouffées de chaleur
- ☐ Pas de sécheresse vaginale
- ☐ Pas de symptômes climatiques
- ☐ ATCD familial ménopause à 55 ans

##### • Syndrome d'Asherman → Hystérocopie, hystérosalpingographie

###### Arguments POUR:

- ☐ Antécédent obstétrical

###### Arguments CONTRE:

- ☐ Accouchement normal il y a 10 ans
- ☐ Pas de curetage
- ☐ Pas d'infection utérine
- ☐ Oligoménorrhée progressive

## 2. Examens complémentaires urgents

0

Test de grossesse (hCG urinaire ou sanguin)	<input type="checkbox"/>
Prolactinémie	<input type="checkbox"/>
TSH, T4 libre	<input type="checkbox"/>
FSH, LH, œstradiol	<input type="checkbox"/>
Testostérone totale et libre	<input type="checkbox"/>
DHEA-S, 17-OH progestérone	<input type="checkbox"/>

## 3. Examens complémentaires selon résultats

0

US pelvienne transvaginale (ovaires polykystiques)	<input type="checkbox"/>
IRM hypophysaire si prolactine > 100 ng/mL	<input type="checkbox"/>
Test de provocation progestérone	<input type="checkbox"/>
Glycémie à jeun, HbA1c (SOPK)	<input type="checkbox"/>
Bilan lipidique (syndrome métabolique)	<input type="checkbox"/>
AMH (réserve ovarienne)	<input type="checkbox"/>

## 4. Prise en charge selon étiologie

☐ ☐ ☐

0

### Si SOPK confirmé

- Perte de poids (objectif 5-10%)
- Metformine 500mg x2/j si surpoids
- Contraception si pas désir grossesse
- Spironolactone 50-100mg/j pour hirsutisme
- Surveillance syndrome métabolique
- Conseil fertilité si désir grossesse

### Si hyperprolactinémie

- Microadénome : cabergoline 0.5mg/sem
- Alternative : bromocriptine 2.5mg x2/j
- Surveillance prolactine mensuelle
- IRM contrôle à 6 mois
- Contraception efficace initialement
- Arrêt traitement possible si grossesse

### Si hypothyroïdie

- Lévothyroxine selon TSH
- Débuter 25-50 µg/j
- Contrôle TSH à 6 semaines
- Ajustement progressif
- Normalisation cycles avec traitement

## 5. Examens gynécologiques complémentaires

0

Examen pelvien complet	<input type="checkbox"/>
Examen mammaire bilatéral	<input type="checkbox"/>
Test de galactorrhée provoquée	<input type="checkbox"/>
Évaluation muqueuse vaginale (imprégnation œstrogénique)	<input type="checkbox"/>
Recherche clitoromégalie (hyperandrogénie)	<input type="checkbox"/>

## 6. Conseils et suivi

0

Journal menstruel prospectif	<input type="checkbox"/>
Maintien poids santé	<input type="checkbox"/>
Activité physique régulière	<input type="checkbox"/>
Gestion du stress	<input type="checkbox"/>
Contraception efficace si pas désir grossesse	<input type="checkbox"/>
Consultation fertilité si désir grossesse > 6 mois	<input type="checkbox"/>

**⚠ Red Flags - Urgences endocriniennes**

1. **Troubles visuels**  
→ Hémianopsie bitemporale = Macroadénome hypophysaire, IRM urgente
2. **Céphalées sévères + troubles visuels**  
→ Apoplexie hypophysaire = Urgence neurochirurgicale
3. **Virilisation rapide**  
→ Tumeur ovarienne/surrénalienne = CT/IRM urgent
4. **Galactorrhée + grossesse**  
→ Risque expansion adénome = Suivi spécialisé
5. **Signes d'hypercortisolisme**  
→ Cushing = Bilan endocrinien urgent

**Clôture de consultation****Clôture type**

*Madame Garrison, il y a plusieurs raisons pour lesquelles vous pourriez ne pas avoir de règles régulières. La première chose à faire est de déterminer si vous êtes enceinte. Nous pouvons le faire avec un simple test urinaire. L'autre chose à faire est de procéder à des examens pelvien et mammaire, surtout parce que vous avez eu un écoulement mamelonnaire, et de rechercher tout signe de ménopause. La ménopause est très improbable à votre âge, mais dans de rares cas, cela peut arriver. Une prise de sang pour mesurer vos niveaux hormonaux nous aidera également à déterminer si vous êtes ménopausée ou si vous avez un déséquilibre hormonal. Cela nous donnera une bonne base pour comprendre pourquoi vous n'avez pas vos règles, et nous pourrons avancer à partir de là. Avez-vous des questions pour moi ?*

**Questions difficiles à poser**

*[Suis-je en train de vivre la ménopause ?]*

**Réponse type du candidat**

*J'en doute. Ce serait extrêmement inhabituel à votre âge. J'ai besoin d'en savoir plus en vous posant des questions sur d'autres symptômes et en réalisant un examen. Ensuite, nous pourrons discuter des raisons possibles pour lesquelles vous n'avez plus vos règles.*

## 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 la patiente standardisée

**Nom :** Patricia Garrison | **Âge :** 36 ans

**Contexte :** Femme mariée avec un enfant de 10 ans, infirmière

### Motif de consultation

**Plainte principale :** «Je n'ai pas eu de règles depuis 3 mois.»

**Si on demande s'il y a autre chose :** «Mes règles sont devenues irrégulières cette année.»

### Consignes

- Paraître légèrement inquiète mais calme.
- Toucher discrètement votre menton en mentionnant les poils.
- Montrer une certaine gêne en parlant de l'écoulement mammaire.
- Être coopérative et donner des réponses claires.
- Exprimer de l'inquiétude sur une ménopause précoce.

### Histoire actuelle

#### cyclesMenstruels :

- Règles régulières jusqu'à l'année dernière
- Maintenant tous les 5-6 semaines
- Durée passée de 4-5 à 7 jours
- Flux très diminué (1 serviette/jour)
- Dernières règles il y a 3 mois

#### changementsPhysiques :

- Prise de poids 7 kg en un an
- Poils au menton récents
- Écoulement sein gauche la semaine dernière
- Pas d'autres changements

#### Symptômes négatifs :

- Pas de bouffées de chaleur
- Pas de sécheresse vaginale
- Pas de fatigue
- Pas d'intolérance au froid
- Pas de troubles visuels

### Habitudes

- **Alimentation :** Végétarienne depuis 10 ans
- **Exercice physique :** Course 3,2 km x3/semaine
- **Toxiques :** Aucun (ni tabac, ni alcool, ni drogues)
- **Sexualité :** Active avec mari 1x/semaine

### Antécédents

#### Antécédents gynécologiques :

- Ménarche à 14 ans
- G1P1 accouchement normal il y a 10 ans
- Contraception orale depuis 8 ans
- Dernier frottis normal il y a 10 mois

#### Antécédents médicaux : Aucun

#### Antécédents familiaux :

- Parents en bonne santé
- Mère ménopausée à 55 ans



## Simulation

### Durant l'entretien :

- Posture détendue
- Contact visuel maintenu
- Réponses réfléchies
- Légère inquiétude sur ménopause

### Durant le status :

- Coopération totale
- Pas de signes d'hirsutisme évidents
- Permettre tous les examens
- Thyroïde non palpable

## Informations de l'expert

### Dossier médical de l'entretien

Femme de 36 ans avec aménorrhée secondaire de 3 mois sur fond d'oligoménorrhée progressive, hirsutisme débutant, prise de poids et galactorrhée. Tableau évocateur de SOPK avec possible hyperprolactinémie associée. Nécessite exclusion grossesse et bilan hormonal complet.

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

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

- Test grossesse : négatif
- Prolactine : 85 ng/mL (N: < 25)
- TSH : 2.5 mUI/L (normale)
- LH/FSH : rapport 2.5 (élevé)
- Testostérone : légèrement élevée
- US pelvienne : ovaires polykystiques bilatéraux

### Points clés

- SOPK = diagnostic clinique (critères Rotterdam)
- Hyperprolactinémie modérée peut être secondaire au SOPK
- Exclusion grossesse obligatoire
- Risque métabolique à long terme
- Conseil préconceptionnel si désir grossesse

### Pièges

- Oublier test de grossesse
- Ne pas examiner seins/pelvis
- Méconnaître association SOPK-prolactine
- Négliger risque cardiovasculaire
- Promettre fertilité spontanée

### **Diagnostic**

Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) avec hyperprolactinémie secondaire probable, sur terrain d'aménorrhée secondaire et signes d'hyperandrogénie clinique débutante

### **Épidémiologie du SOPK**

Endocrinopathie la plus fréquente :

- Prévalence : 6-10% femmes en âge de procréer
- Première cause d'infertilité anovulatoire
- Composante génétique : 40% si mère atteinte
- Association syndrome métabolique : 40-50%
- Risque diabète type 2 : x3-7
- Manifestation variable selon ethnies

### **Critères diagnostiques Rotterdam 2003**

2 critères sur 3 nécessaires :

- Oligo/anovulation (< 9 cycles/an)
- Hyperandrogénie clinique et/ou biologique
- Ovaires polykystiques à l'échographie
- Après exclusion autres causes
- Phénotypes : classique, ovulatoire, normoandrogénique
- Sévérité variable selon phénotype

### **Physiopathologie**

Mécanismes multifactoriels :

- Dysrégulation axe hypothalamo-hypophysaire
- ↑ Pulsatilité GnRH → ↑ LH/FSH
- Hyperandrogénie ovarienne et surrénalienne
- Insulinorésistance (70% des cas)
- Hyperinsulinémie stimule production androgènes
- Cercle vicieux : obésité → IR → hyperandrogénie

### **Manifestations cliniques**

Présentation hétérogène :

- Troubles menstruels : 75-85%
- Hirsutisme : 60-70% (score Ferriman-Gallwey)
- Acné : 15-30%
- Alopécie androgénétique : 5-10%
- Acanthosis nigricans : 5-10%
- Obésité : 40-60% (souvent androïde)

### **Association SOPK-Hyperprolactinémie**

Mécanismes possibles :

- Prévalence : 15-20% des SOPK
- Stress chronique anovulation → ↑ prolactine
- Hyperœstrogénie relative → stimulation lactotropes
- Résistance dopaminergique centrale
- Généralement < 100 ng/mL
- Normalisation possible avec traitement SOPK

### **Bilan paraclinique**

Explorations systématiques :

- Hormonal : LH/FSH, testostérone, DHEA-S
- 17-OH progestérone (exclure HCS)
- TSH, prolactine
- Métabolique : glycémie, insulinémie, HGPO
- Lipidique : cholestérol, TG
- US pelvienne :  $\geq 12$  follicules 2-9mm ou volume  $> 10\text{mL}$

## Complications à long terme

Risques multiples :

- Infertilité : 40% (anovulation)
- Diabète gestationnel : RR x3
- Diabète type 2 : 30-40% à 40 ans
- Syndrome métabolique : 40-50%
- Maladies cardiovasculaires : RR x2
- Cancer endomètre : RR x3 (anovulation chronique)
- Apnée du sommeil : 30-50%
- Dépression/anxiété : RR x3

## Prise en charge non médicamenteuse

Pierre angulaire du traitement :

- Perte pondérale 5-10% : restaure ovulation 30%
- Régime méditerranéen ou IG bas
- Exercice 150 min/semaine modéré
- Thérapie comportementale
- Gestion stress (yoga, méditation)
- Arrêt tabac si applicable

## Traitement médicamenteux

Selon objectifs thérapeutiques :

- Si pas désir grossesse :
  - CO combinés (régularise cycles, ↓ androgènes)
  - Spironolactone 50-200mg/j (anti-androgène)
  - Metformine 1500-2000mg/j (si IR)
- Si désir grossesse :
  - Clomifène citrate 1ère ligne
  - Létrozole (supérieur au CC)
  - Metformine adjuvante
  - Drilling ovarien si échec

## Surveillance

Suivi régulier nécessaire :

- Poids, tour de taille tous 6 mois
- TA annuelle
- Glycémie/HbA1c annuelle
- Bilan lipidique tous 2 ans
- Dépistage dépression
- Protection endométriale si aménorrhée  $> 3$  mois
- Échographie pelvienne si saignements anormaux

## Messages clés

- SOPK = syndrome hétérogène, diagnostic d'exclusion
- Critères Rotterdam : 2/3 pour diagnostic
- Association fréquente avec syndrome métabolique
- Perte de poids = traitement de première ligne
- Traitement adapté au désir de grossesse
- Risques cardiovasculaires et métaboliques à long terme
- Suivi multidisciplinaire idéal

- Information sur fertilité et options thérapeutiques

### Rappels thérapeutiques

- Metformine : débuter 500mg/j, augmenter progressivement
- Spironolactone : 50-100mg/j (CI si grossesse)
- CO combinés : préférer anti-androgéniques
- Clomifène : 50mg J3-J7 du cycle
- Cabergoline : 0.5mg/sem si prolactine élevée

### Examens complémentaires

- Test grossesse obligatoire
- Bilan hormonal J3-J5 si possible
- US pelvienne transvaginale
- HGPO 75g si facteurs risque
- IRM hypophysaire si prolactine > 100