

Collection dirigée
par Dr A. Charon et Dr N. Meton

LEO AZRIA
LEVANA TAIEB

3^e édition



ECOS

LA

MARTINGALE*



ECOS

ENTRAÎNEMENTS ET ANNALES

TOUTES LES SITUATIONS DE DÉPART EN 4 VOLUMES

Tous les attendus d'apprentissage
des situations de départ en fiches



HYPOCAMPUS



Hépto-gastro-entérologie

Rhumatologie

Orthopédie-MPR

Endocrinologie

Gynéco-obstétrique

Anatomopathologie



HÉPATO-GASTRO ENTÉROLOGIE

Constipation

Situation de départ n° 1

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes gastro-entérologue et vous recevez Mme Dubois, une patiente de 31 ans qui se plaint d'une constipation.

Il s'agit d'une station avec PS.

Les consignes au patient peuvent être révélées à l'étudiant dès la question 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Menez un interrogatoire détaillé pour rechercher le mode d'évolution et le mécanisme de la constipation.
2. Décidez de la prescription d'examen(s) complémentaire(s).
3. Proposez des mesures thérapeutiques.

► Consignes au patient

Contexte : vous êtes reçu en consultation de gastro entérologie. Vous êtes constipé depuis environ 4 ans. Vous n'avez jamais consulté de spécialiste.

Antécédents personnels :

Deux grossesses avec accouchement par voie basse, la dernière il y a 1 an.
Appendicectomie.

Antécédents familiaux :

Cancer de l'ovaire chez la tante. Cancer du colon chez le grand père.

Traitement : aucun.

Mode de vie : secrétaire. Vit en maison avec son mari et ses enfants.

Histoire de la maladie :

Les symptômes sont stables, identiques depuis le début des symptômes.

La constipation se caractérise par :

- Moins de 3 selles par semaine.
- Selles dures, petites.
- Pas d'efforts de poussée, pas de sensation de gêne ou évacuation incomplète, pas de temps d'évacuation prolongée, pas de nécessité de manœuvres digitales.

La constipation est accompagnée de douleurs abdominales en lien avec le transit et l'alimentation.

Les douleurs sont de type spasmes. Il n'y a pas d'autres signes d'accompagnement.

La patiente ne présente aucun signe d'alarme, notamment pas de rectorragies, pas d'émissions glaireuses.

Vous avez essayé de boire beaucoup d'eau pour améliorer votre transit, vous avez aussi essayé la corde à sauter.

Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Aptitude à questionner	1	.....
→ Aptitude à écouter	1	.....
→ Aptitude à proposer une prise en charge	1	.....
Q1		
Distingue une évolution aiguë (< 6 mois) d'une évolution chronique (> 6 mois)	1	.....
Recherche une altération de l'état général ou amaigrissement	1	.....
Recherche douleurs nocturnes et insomniantes	1	.....
Recherche des rectorragies ou méléna	1	.....
Recherche un syndrome rectal : épreintes, ténésmes, faux besoins (glaires, sang)	1	.....
Recherche des signes évocateurs d'une constipation de transit : selles dures et petites, réduction du nombre de selles hebdomadaires (point si 1 élément cité)	1	.....
Recherche des signes évocateurs d'une constipation distale ou dyschésie : efforts de poussées importants, sensation d'évacuation incomplète, manœuvres digitales nécessaires pour favoriser l'évacuation (point si 1 élément cité)	1	.....
Recherche de syndrome occlusif (absence de gaz, nausées, vomissements)	1	.....
Q2		
Ne prescrit pas d'examen complémentaire en l'absence de signe d'alarme ou de signe évocateur d'une cause organique	1	.....
Q3		
Explique les mesures hygiéno-diététiques : régime riche en fibres, pas d'augmentation de la ration hydrique nécessaire (point si 1 élément cité)	1	.....
Prescrit des laxatifs osmotiques ou laxatifs de lest	1	.....
Total	14	.....

Note × 20 / 14 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Distinguer constipation fonctionnelle de constipation organique	
Constipation fonctionnelle ou idiopathique	2 types : <u>De transit</u>, expliquée par la réduction fréquence ou de l'amplitude des contractions coliques. Clinique : les selles dures et petites, avec une réduction du nombre de selles hebdomadaires. → SAVOIR IDENTIFIER UNE COLOPATHIE FONCTIONNELLE. <u>Distale</u> = dyschésie, expliquée par un trouble fonctionnel ou trouble anatomique de la statique pelvienne. Clinique : efforts de poussées, sensation d'évacuation incomplète, manœuvres digitales pour favoriser l'évacuation.
Constipation organique ou secondaire	Signes d'alarme : • Clinique : AEG, amaigrissement, douleurs nocturnes ou insomniantes, rectorragies, méléna, syndrome rectal. • Paraclinique : anémie, syndrome inflammatoire. → ÉLIMINER L'URGENCE : syndrome occlusif.

Les examens complémentaires

AUCUN EXAMEN COMPLÉMENTAIRE N'EST SYSTÉMATIQUE CHEZ UN CONSTIPÉ CHRONIQUE QUI CONSULTE POUR LA PREMIÈRE FOIS, EN L'ABSENCE DE SIGNE D'ALARME.

À noter, l'attitude pour la biologie n'est pas consensuelle, si elle est prescrite, elle comprendra : NFS, CRP, TSH, ionogramme sanguin, calcémie, glycémie, créatinémie.

En présence de signe d'alarme ou si les symptômes apparaissent après 50 ans : l'examen clé est la coloscopie.

NOTES

Diarrhée

Situation de départ n° 2

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes gastro-entérologue et recevez en consultation Mr Roux, un patient de 60 ans, qui se plaint d'une diarrhée depuis 4 jours.

Il s'agit d'une station avec PS.

■ Questions pour l'étudiant

1. Menez l'interrogatoire et l'examen clinique à la recherche de l'étiologie et du retentissement de la diarrhée.

► Consignes au patient

Contexte : vous consultez aux urgences pour des diarrhées inhabituelles depuis 4 jours. Vous avez déjà eu des problèmes de transit mais jamais de cette ampleur. Vous consultez aux urgences car vous avez de la fièvre depuis hier soir.

Antécédents personnels : cardiopathie ischémique, HTA, hypertrophie bénigne de la prostate, à fait une coloscopie il y a 5 ans qui retrouvait des polypes.

Antécédents familiaux : cancer du colon chez le père à 70 ans.

Traitement : bisoprolol, aspirine, atorvastatine, lercanidipine.

Mode de vie : vous êtes agent immobilier, toujours en activité en télé travail. Vous êtes autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne, vous prenez les mêmes traitements depuis 15 ans. Dernier voyage il y a plus de 10 ans en Espagne. Pas de consommation alcool tabagique.

Histoire de la maladie :

Les diarrhées ont commencé il y a 4 jours. Vous avez perdu 3 kg depuis le début des diarrhées.

Les diarrhées sont parfois accompagnées de glaires et de sang.

Vous avez également de douleurs abdominales intenses en spasmes, précédant les selles.

Examen clinique :

Constantes : PA 100/70 mmHg ; fréquence cardiaque 110 bpm ; saturation 100 % en AA ; T° 38,5 °C.

Les muqueuses (bouche, larmes) sont sèches et les veines jugulaires sont plates.

Pli cutané au niveau de l'épaule.

Mollets souples et indolores, pas d'œdème.

Abdomen souple, sensibilité diffuse sans défense ni contracture.

Examen cardiopulmonaire sans anomalie, absence de signe de surcharge.

Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Aptitude à questionner	1	.....
→ Aptitude à mener l'entrevue	1	.....
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
→ Aptitude à faire la synthèse de données	1	.....
Q1		
Interroge sur les antécédents personnels et familiaux médico chirurgicaux (MICI, polype, cancer colorectal)	1	.....
Interroge sur la consommation alcool tabagique	1	.....
Recherche séjour en zone d'endémie	1	.....
Recherche prise récente d'antibiotique	1	.....
Caractérise la diarrhée : liquidienne, sanglantes, glaireuses, évacuations afécales glaireuses sanglantes (point si 2/4)	1	.....
Recherche syndrome dysentérique/syndrome rectal : → Faux besoins → Ténésme (tension anale douloureuse qui suit ou précède les évacuations) → Épreintes (spasmes en fosse iliaque gauche soulagées par les évacuations) (point si 3 éléments recherchés)	1	.....
Recherche autres signes digestifs : constipation, douleur abdominale, nausées/vomissements (point si 1/3)	1	.....
Interroge sur la présence de diarrhée dans l'entourage (TIAC)	1	.....
Q2		
Recherche des signes de déshydratation intracellulaire : soif, sécheresse muqueuse, troubles de la conscience (point si 2/3)	1	.....
Recherche des signes de déshydratation extracellulaire : pli cutané, cernes, tachycardie, hypotension, oligurie, perte de poids, veine jugulaire plate (à rechercher en position demi-assise) (point si 3/7)	1	.....
Recherche d'un sepsis : fièvre, frissons	1	.....
Examen général notamment abdominal : inspection, palpation, auscultation	1	.....
Total	16	.....

Note × 20 / 16 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Savoir identifier les profils syndromiques			
	Syndrome cholériforme : trouble de la fonction sécrétoire	Syndromes invasifs : troubles de la fonction d'absorption	
Physiopathologie	Toxine préformée (Staph) ou sécrétée. Sécrétion active d'électrolytes ET d'eau par les cellules épithéliales du grêle.	Sd dysentérique. Invasion et destruction des cellules épithéliales : réaction loco-régionale inflammatoire intense.	Sd gastro entéritique. Les bactéries traversent les entérocytes et la muqueuse, diffusent au niveau lymphatique sous muqueuse + mésentérique, se multiplient au sein des macrophages avec réponse inflammatoire.
Siège	Grêle	Colon	Grêle
Clinique	Diarrhée profuse, afécale, « eau de riz ». Signes de déshydratation. Sans fièvre.	Sang, glaires, pus. Sd rectal fréquent : épreintes, ténesmes, faux besoins. DI abdo diffuses ou coliques en cadre. Fièvre (<u>sauf amibiase</u>).	Diarrhée aspécifique. Nausées/vomissements parfois. Fièvre. Sd pseudo grippal.
Risque	Risque déshydratation aiguë mortelle ++++.	Sepsis ou colectasie/perforation.	Sepsis. Bactériémies chez l'immunodéprimé et le drépanocytaire.

Chez ce patient, l'objectif était d'identifier:

1. une diarrhée **aiguë** avec un syndrome dysentérique associant diarrhées glairosanglantes et syndrome rectal.
2. deux complications : le sepsis et la déshydratation.

Distension abdominale

Situation de départ n° 3

PSS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes gastro-entérologue et vous prenez en charge Mr André, un patient de 65 ans, chez qui vous avez diagnostiqué un syndrome occlusif sur probable occlusion sur bride.

Avant d'amener le patient au scanner, vous posez une sonde naso-gastrique avec l'aide de Laura l'infirmière du service.

Il s'agit d'une station avec PSS.

■ Questions pour l'étudiant

1. Réalisez la pose de la sonde naso-gastrique.

► Consignes à l'infirmière

Vous aidez le médecin en lui fournissant le matériel.

Vous n'avez jamais posé de sonde nasogastrique mais vous avez déjà assisté à la pose d'une sonde.

Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Communication non verbale	1	.....
→ Aptitude à communiquer avec les pairs	1	.....
→ Aptitude à réaliser la procédure	1	.....
Q1		
Demande le matériel nécessaire à l'infirmière : → Sonde nasogastrique → Gant non stérile → Gel lubrifiant → Poche de recueil placée en aspiration → Sparadrap → Seringue de 50 mL <i>(point si 4/6)</i>	1	.....
Se frictionner les mains à l'aide de solution hydro-alcoolique	1	.....
Positionne le patient en position assise ou semi-assise	1	.....
Met des gants non stériles	1	.....
Évalue la distance à introduire en prenant comme repère la distance nez-oreille puis oreille-nombril et en marquant les repères	1	.....
Lubrifie l'extrémité distale de la sonde avant de l'introduire	1	.....
Fait déglutir le patient lorsque le premier repère est atteint (passage de l'épiglotte et de la bouche de l'œsophage)	1	.....
Descend la sonde jusqu'à atteindre le deuxième repère	1	.....
Fixe la sonde avec du sparadrap au niveau de l'aile du nez et de la joue	1	.....
Injecte 50 mL d'air dans la sonde et vérifie à l'auscultation la présence du bruit hydro-aérique en conséquence	1	.....
Branche la sonde naso-gastrique à l'aspiration	1	.....
Total	14	.....

Note × 20 / 14 pour avoir la note / 20



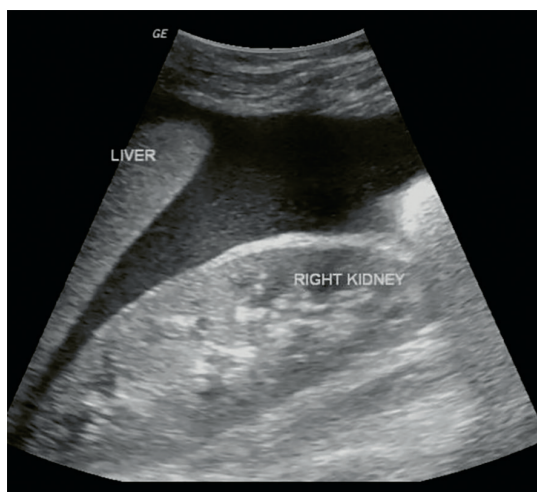
Les bons réflexes

Nous avons choisi de traiter cette procédure car nous savons que vous êtes peu à l'avoir effectuée en stage (ne paniquez pas si vous n'avez pas de point au premier essai de cette station), pourtant il s'agit d'une procédure tombable en ECOS.

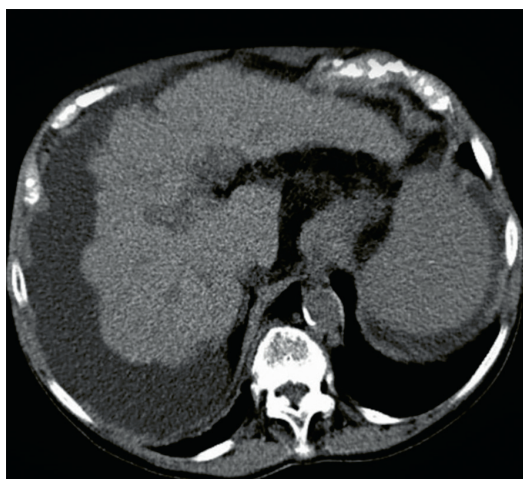
– Les autres sujets potentiels sur cette situation de départ sont :

Distinguer à l'examen clinique obésité, ascite et syndrome occlusif	
Obésité abdominale	• Antériorité de la distension abdominale. • Absence de signe orientant vers une ascite ou un syndrome occlusif.
Ascite	• Signe du flot (mouvement de liquide à la percussion alternée des deux flancs abdominaux). • Signe du glaçon hépatique (mouvement de va-et-vient du foie à sa pression vers le bas). • Matité abdominale concave.
Syndrome occlusif	• Tympanisme abdominal. • Vomissements. • Arrêt des gaz +/- des matières.

– Interpréter une échographie ou un scanner à la recherche d'un épanchement intra-péritonéal :



Épanchement liquidien (hypo-échogénicité) au niveau de l'espace de Morrison (loge hépatorénale)



Épanchement liquidien (hypodensité) péri-hépatique, foie cirrhotique (contours bosselés)

Douleur abdominale

Situation de départ n° 4

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes médecin aux urgences et vous recevez à 14 h Mr Roux, un patient de 60 ans amené aux urgences par la brigade sapeur-pompier pour d'importantes douleurs abdominales.

Le résultat de votre interrogatoire est le suivant :

- Mr Roux a pour seul antécédent une constipation chronique.
- Il a débuté un traitement par AINS il y a 2 jours pour des douleurs abdominales situées en bas à gauche du ventre.
- Depuis ce matin les douleurs sont beaucoup plus violentes et diffuses, cotées à 8/10.
- Il n'a pas d'arrêt des gaz et des matières.

Il s'agit d'une station avec PS.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Examinez le patient et évaluez le degré d'urgence de la situation.
2. Expliquez la prise en charge des prochaines heures au patient.

► Consignes au patient

Contexte : vous avez appelé les pompiers devant une douleur abdominale non soulagée par les antalgiques que vous prenez habituellement.

Antécédents personnels : constipation chronique, migraines.

Antécédents familiaux : 0.

Traitements : macrogol.

Mode de vie : autonome pour les activités de la vie quotidienne. Retraité. Vit avec sa femme.

Histoire de la maladie :

Depuis 2 jours, installation de douleurs abdominales en fosse iliaque gauche.

Vous avez pris de l'ibuprofène que vous prenez pour vos migraines habituellement. Les douleurs se sont aggravées et étendues à l'ensemble du ventre.

Examen clinique :

- Tension artérielle 95/70 mmHg, fréquence cardiaque à 110 bpm, saturation à 100 % en AA, fréquence respiratoire à 24/min. Température à 39 °C. Glasgow 15. Orienté dans le temps et dans l'espace, paroles cohérentes. Absence de signe neurologique focal.
- Pas de marbrures, temps de recoloration cutané à 2 secondes, extrémités chaudes.
- Contracture généralisée de l'abdomen. Des nausées sans vomissements. Bruits hydro-aériques présents.
- Pas de signes fonctionnels urinaires.

Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Communication non verbale	1	.....
→ Aptitude à proposer une prise en charge	1	.....
→ Aptitude à fournir les renseignements au patient	1	.....
Q1		
Demande la prise des constantes suivantes : TA, FC, sat, FR, T° (<i>point si 5/5</i>)	1	.....
Évalue la tolérance hémodynamique : marbrures, temps de recoloration cutané, froideur des extrémités (<i>point si 1/3</i>)	1	.....
Identifie une suspicion de sepsis (qSOFA à 2) (association de 2 signes parmi : confusion, FR ≥ 22, PAs ≤ 100)	1	.....
Réalise une palpation abdominale à la recherche d'une défense/contracture et d'une hernie (<i>point si 2/2</i>)	1	.....
Réalise une inspection abdominale à la recherche de cicatrice	1	.....
Réalise un examen neurologique standard	1	.....
Q2		
Explique au patient qu'on va le perfuser avec un soluté (cristalloïdes)	1	.....
Explique au patient qu'on suspecte une infection abdominale	1	.....
Annonce au patient qu'il va recevoir une antibiothérapie par voie intraveineuse	1	.....
Explique au patient qu'on va réaliser un bilan biologique ET/OU hémocultures pour identifier la bactérie en cause	1	.....
Explique au patient qu'il faut faire un scanner pour confirmer l'infection	1	.....
Annonce au patient qu'il va être opéré en urgence après le bilan diagnostique	1	.....
Annonce au patient que l'opération se fera sous anesthésie générale et qu'il sera par la suite hospitalisé en unité de soins intensifs	1	.....
Total	16	.....

Note × 20 / 16 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

L'ECOS présenté ci-dessus traite le domaine stratégie pertinente de prise en charge en domaine principal et urgence en domaine secondaire.

Les autres ECOS tombables pour cette situation de départ nécessitent de connaître la sémiologie des différentes causes de douleurs abdominales (en raisonnant avec l'acronyme LITHIASE, cf. ECOS 05), et de savoir distinguer une douleur fonctionnelle d'une douleur organique.

Les éléments les plus pertinents pour l'orientation diagnostique d'une douleur abdominale :

- Colique hépatique : irradiation à l'épaule droite ou interscapulaire.
- Pancréatite aiguë : irradiation dorsale.
- Appendicite aiguë : début en ombilical/épigastre puis localisation en fosse iliaque droite.
- Ulcère gastrique : horaire post-prandial tardif (4 h après repas).
- Strangulation : début brutal avec localisation diffuse.
- Colique néphrétique : irradiation aux organes génitaux externes.

Distinction douleur abdominale fonctionnelle d'organique	
Fonctionnelle	Organique
Chronique (minimum 3 mois). D'une fréquence de survenue ≥ 1 fois/semaine, par crises de quelques heures à quelques jours. Souvent à type de spasme. Localisée en fosses iliaques (gauche ++) ou dans l'hypogastre ; parfois diffuse. Matinale ou postprandiale. Absente la nuit. Soulagée par l'émission de gaz et/ ou de selles. Augmentée par le stress ou l'anxiété. Calmée par les périodes de repos.	Aiguë ou chronique. Présente la nuit. Sémiologie de la douleur ou signes associés évocateurs d'une pathologie.

Attention l'intensité de la douleur n'est pas discriminante.

NOTES

Douleur anale

Situation de départ n° 5

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes proctologue et recevez en consultation Mme Moreau, patiente de 40 ans, qui se plaint de douleurs anales depuis 4 jours.

Il s'agit d'une station avec PS.

*Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.
La suite des consignes peut être dévoilée après avoir répondu à la question n° 2.*

■ Questions pour l'étudiant

1. Menez un interrogatoire afin de caractériser la douleur et d'orienter votre diagnostic.
2. Réalisez un examen proctologique.
3. Indiquez votre principale hypothèse diagnostique.

► Consignes au patient

Partie 1

Contexte : consultation de gastro entérologie.

Antécédents personnels : G2P2.

Antécédents familiaux : HTA chez la mère.

Traitements : aucun.

Mode de vie : secrétaire.

Histoire de la maladie :

Vous êtes une femme de 40 ans, vous avez une douleur anale à type de brûlure apparue il y a 4 jours à la suite d'un effort de poussée.

Cette douleur est déclenchée par la défécation, puis cède en quelques minutes, sans horaire particulier.

C'est la 4^e fois qu'un épisode similaire survient, tous survenus après votre 2^e accouchement il y a 3 mois.

Son 1^{er} accouchement était il y a 3 ans.

La patiente est par ailleurs constipée par nature.

Partie 2

Examen clinique :

L'inspection anale est normale.

L'anuscopie retrouve l'image suivante :



Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Aptitude à questionner	1	.....
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
Q1		
Demande le type de douleur	1	.....
Interroge la patiente sur l'intensité de la douleur OU sur le retentissement	1	.....
Interroge la patiente sur l'horaire des douleurs (matin, journée, soir)	1	.....
Interroge la patiente sur l'évolution de la douleur	1	.....
Recherche des facteurs aggravants/déclenchants de la douleur	1	.....
Recherche des signes associés : suintement, saignement (<i>point si 1/2</i>)	1	.....
Interroge la patiente sur son transit	1	.....
Demande à la patiente son historique obstétrical	1	.....
Demande à la patiente si elle a mesuré sa température OU si elle ressent des frissons	1	.....
Q2		
Place la patiente en position genupectorale	1	.....
Inspecte l'anus à la recherche d'un prolapsus hémorroïdaire extériorisé ou d'une fissure anale (<i>point si 2/2</i>)	1	.....
Identifie un prolapsus hémorroïdaire interne à l'anuscopie	1	.....
Q3		
Crise hémorroïdaire	1	.....
Total	15	.....

Note × 20 / 15 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Caractériser une douleurLITHIASSE

- Localisation
- Intensité
- Type
- Horaire
- Irradiation
- Facteurs Aggravants/Améliorants
- Signes associés
- Évolution

Douleur anale	
Après la selle	• <u>Crise hémorroïdaire</u> : douleur pendant quelques minutes, déclenchée par la selle. • +/- accompagnée d'un œdème ou de saignements. Dure 1 à 2 jours. • <u>Fissure anale</u> : douleur pendant quelques minutes déclenchées par la selle, puis récidive de la douleur des heures après la selle. • +/- accompagnée de saignements. Dure des semaines.
Avant la selle	• <u>Fécalome</u>. • <u>Cancer du rectum</u>. Les 2 par syndrome rectal : ténésme, épreinte et émissions glairosanglantes afécales (d'où la recherche d'un suintement).
Indépendant de la selle	• <u>Thrombose hémorroïdaire externe</u> : tuméfaction bleutée bien limitée, douleur au toucher et à la position assise, dégressive sur quelques heures à quelques jours. • <u>Abcès anal</u> : tuméfaction inflammatoire mal limitée, douleur au toucher et à la position assise, continue sur quelques heures à quelques jours.

NOTES

Hépatomégalie

Situation de départ n° 6

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes gastro-entérologue et vous recevez Mr Bernard, un patient de 50 ans qui vous est adressé par son médecin traitant.

Il vous fournit la lettre suivante :

« Cher confrère, je vous adresse Mr Bernard, âgé de 54 ans, à qui j'ai découvert à l'examen clinique une hépatomégalie à l'occasion d'une consultation de suivi de son hypertension artérielle.

Je lui ai prescrit un bilan hépatique complet, qui retrouve des arguments en faveur d'une pathologie hépatique chronique. Je sollicite votre expertise pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique de notre patient. Cordialement. ».

Il s'agit d'une station avec PS.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Recherchez à l'**interrogatoire** et à l'**examen clinique** les éléments pour évaluer :
 - le retentissement de la maladie hépatique.
 - l'étiologie de la maladie hépatique.
3. Proposez un examen complémentaire de 1^{re} intention.

► Consignes au patient

Contexte : votre médecin traitant vous a conseillé de voir un gastro entérologue car il pense que vous avez un problème de foie.

Antécédents personnels : HTA, dyslipidémie, obésité.

Antécédents familiaux : cirrhose chez le père.

Traitement : bisoprolol, atorvastatine.

Mode de vie : vous êtes chauffeur routier. Vous ne fumez pas et buvez 3 verres de vin par jour. Vous avez voyagé au Moyen Orient il y a 6 mois.

Histoire de la maladie : vous êtes adressé en consultation par votre médecin traitant pour une suspicion de maladie du foie.

Vous vous sentez asthénique depuis quelques temps.

Examen clinique :

Hémodynamique stable. Apyrétique.

Palpation abdominale : hépatomégalie, ascite.

Recherche de signes d'insuffisance hépatocellulaire : présence d'une érythrose palmaire, d'un hippocratisme digital, des angiomes stellaires et un ictère conjonctival.

Recherche de signe d'hypertension portale : présence d'une splénomégalie et d'une ascite. Absence de circulation veineuse collatérale

Examen neurologique normal. Pas d'asterixis, pas de ralentissement psychomoteur.

Crépitations aux bases. Pas d'autre anomalie de l'examen cardiopulmonaire.

Aires ganglionnaires libres.

Pas d'anomalie des urines ou des selles.

Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Aptitude à questionner	1	.....
→ Aptitude à mener l'interrogatoire	1	.....
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
→ Aptitude à faire la synthèse de données	1	.....
Q1		
Interroge sur les antécédents familiaux	1	.....
Interroge sur la consommation alcoolique ET tabagique	1	.....
Recherche des éléments du syndrome métabolique : obésité abdominale, HTA, dyslipidémie, hyperglycémie (Point si 2/4 recherchés)	1	.....
Rechercher de facteurs de risque d'hépatite virale chronique : voyage en zone d'endémie, toxicomanie IV, rapports sexuels non protégés (Point si 1/3 recherché)	1	.....
Recherche de signes cliniques pouvant faire évoquer une hémochromatose : mélanodermie, atteinte articulaire, signes d'hypogonadisme (Point si 1/3 recherché)	1	.....
Recherche des signes cliniques évocateurs d'un cancer : asthénie, amaigrissement, perte de poids (Point si 3/3 recherchés)	1	.....
Recherche de signes en lien avec des métastases : palpation des aires ganglionnaires, en particulier Troisier ou touchers pelviens (Point si 1/2 recherché)	1	.....
Recherche de signes insuffisance hépatocellulaire chronique : angiomes stellaires, leuconychies, hippocratisme digital, hypogonadisme, ictère, érythrose palmaire (Point si 2/5 recherchés)	1	.....
Recherche de signe d'hypertension portale : ascite, splénomégalie, circulation veineuse collatérale (Point si 2/3 recherchés)	1	.....
Recherche d'un syndrome de cholestase : ictère, prurit, selles décolorées, urines foncées (Point si 2/5 recherchés)	1	.....
Palpation abdominale à la recherche d'un foie à bord tranchant (évocateur d'une cirrhose) ou d'une tumeur hépatique	1	.....
Q2		
Indique une échographie hépatique	1	.....
Total	16	.....

Note × 20 / 16 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Devant une suspicion d'hépatopathie chronique

Évaluation du retentissement :

- De l'hépatopathie chronique : signes cliniques d'insuffisance hépatocellulaires, d'hypertension portale, syndrome de cholestase.
- Recherche d'un possible cancer : AEG, palpations des aires ganglionnaires.

Évaluation clinique à la recherche d'une étiologie :

- Alcoolique : consommation d'alcool.
- NASH : recherche de syndrome métabolique (obésité, diabète, dyslipidémie, facteurs de risque cardiovasculaire).
- Hépatite virale chronique : voyages en zone d'endémie, toxicomanie, rapports sexuels non protégés.
- Hémochromatose : mélanodermie, atteinte ostéoarticulaire, atteinte cardiaque, diabète.

Les arguments pour les autres étiologies de cirrhose : auto immune, vasculaires (BUDD CHIARI), cholangite biliaire primitive, cholangite sclérosante primitive (..) seront recherchés à l'aide d'examens complémentaires : prise de sang (bilan martial, bilan auto immun) et l'échographie doppler hépatique.

NOTES

Incontinence fécale

Situation de départ n° 7

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes interne aux urgences et vous recevez Mr Dupont, un patient de 40 ans, qui vous consulte pour une perte involontaire de selles.

Il s'agit d'une station avec PS.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 2.

■ Questions pour l'étudiant

1. Interrogez le patient pour caractériser sa plainte et avancer sur la démarche étiologique.
2. Menez un examen clinique à visée étiologique.
3. Énoncez votre principale hypothèse.

► Consignes au patient

Contexte : consultation aux urgences devant une symptomatologie inhabituelle.

Antécédents personnels : aucun.

Antécédents familiaux : aucun.

Traitement : aucun.

Mode de vie : travaille dans le bâtiment. 2 enfants.

Histoire de la maladie :

Depuis 24 h vous avez des émissions de selles involontaires intermittentes, survenant en journée et nuit.

Vous avez également des douleurs des membres inférieurs.

Ces symptômes sont apparus brutalement. C'est le premier épisode de ce type.

Les selles sont de consistance normale.

Associé à cette perte de selles involontaires :

- Vous avez également du mal à uriner, le jet est plus faible et vous avez tendance à ne pas bien sentir les moments où vous allez uriner, ce qui mène à des fuites urinaires.
- Vous avez du mal à avoir une érection durable.
- Vous avez des douleurs au dos (lombaires) irradiant dans les jambes depuis quelques mois, qui se sont aggravées depuis 3 jours, à la suite du port d'une charge lourde.

Questions à poser à l'étudiant :

Avant de passer à l'examen clinique, si le médecin ne vous a pas questionné dessus, vous aborderez de vous-même les douleurs au dos.

Examen clinique :

Patient conscient et orienté.

Examen neurologique.

Atteinte des membres inférieurs avec :

- réflexes ostéotendineux achilléens des deux côtés sont absents,
- trouble sensitif postérolatéral des deux membres inférieurs,
- les muscles tibiaux antérieurs, extenseurs des orteils, fléchisseurs des orteils et triceps suraux sont cotés à 3/5.

Il y a une perte du tonus et de la contraction volontaire du sphincter anal au toucher rectal.

Le réflexe bulbo-caverneux est aboli.

L'examen neurologique sensitif et moteur des membres supérieurs est normal.

Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Aptitude à questionner	1	.....
→ Aptitude à mener un examen clinique	1	.....
→ Aptitude à faire la synthèse des données	1	.....
Q1		
Interroge sur la temporalité de l'incontinence : depuis quand ET antécédent d'épisodes similaires	1	.....
Interroge sur la présence d'une constipation chronique	1	.....
Recherche un diagnostic différentiel : épisode diarrhéique	1	.....
Recherche la présence de signes fonctionnels urinaires associés : dysurie, urgenterie, incontinence urinaire (point si 1/3)	1	.....
Recherche la présence ou un antécédent de douleur lombaire	1	.....
Recherche une potentielle cause de syndrome de la queue de cheval : → Demande si imagerie rachidienne déjà réalisée → Demande si pathologie rachidienne documentée → Demande si chute récente → Demande si port de charge lourde récente (Point si 1/4)	1	.....
Recherche la présence d'une hypoesthésie OU de paresthésie des membres inférieurs	1	.....
Q2		
Réalise un examen moteur des principaux muscles des membres inférieurs (psoas, quadriceps, ischio-jambiers, tibial antérieur, triceps sural, fléchisseur et extenseur des orteils) en faisant une cotation MRC (Point si au moins 2 muscles testés en bilatéral)	1	.....
Réalise un examen sensitif des membres inférieurs et supérieurs	1	.....
Test les réflexes ostéotendineux rotuliens ET achilléens	1	.....
Recherche la présence du réflexe bulbo-caverneux (se recherche en pinçant le gland, ce qui entraîne une contraction des corps caverneux, qui peut diffuser au sphincter anal et au périnée ce qui traduit un signe de diffusion)	1	.....
Réalise un toucher rectal en testant : → Le tonus anal basal → La contraction volontaire du sphincter anal (par exemple demande au patient de tousser, de pousser ou de contracter le bassin) → La sensibilité périnéale (Point si 1/3)	1	.....
Recherche une raideur rachidienne	1	.....
Recherche des signes évocateurs de hernie discale : → signe de la sonnette (douleur reproduite par la palpation de l'espace intervertébral) → signe de Lasègue (radiculalgie L5 S1 reproduite par la flexion passive de la cuisse sur le tronc jambe tendue patient en décubitus dorsal) → signe de Léri (radiculalgie L3 L4 reproduite par l'extension passive de la cuisse sur le tronc jambe tendue patient en décubitus ventral) (Point si 1/3)	1	.....
Q3		
Évoque l'hypothèse d'un syndrome de la queue de cheval	1	.....
Total	18	.....

Note × 20 / 18 pour avoir la note / 20

**Les bons réflexes**

Il n'y a pas d'item « incontinence fécale » au programme de l'EDN, mais c'est un symptôme qui peut appartenir à plusieurs cadres nosologiques différents.

C'est autour de ces cadres nosologiques que les ECOS de cette situation de départ tourneront, il faudra donc rapidement s'orienter vers une des grandes causes d'incontinence fécale.

L'incontinence fécale peut survenir dans les situations suivantes :

- **En période de post-partum** (au même titre qu'une incontinence urinaire, suite à des lésions périnéales survenues lors du travail, et qui indique une rééducation périnéale).
- Après des années d'évolution d'une **constipation de type terminale**.
- À la suite d'une **myélite** dans le cadre d'une sclérose en plaques.
- Lors d'un **syndrome de la queue de cheval** (où les incontinenes urinaires et fécales sont précoces, à l'inverse de la compression médullaire).
- Le syndrome de la queue de cheval est un syndrome poly-radulaire, avec une atteinte des racines nerveuses de L3 à S5, uniquement périphériques.
- Les atteintes des racines L3 à S1 sont responsables d'une cruralgie pour L3 et L4 (Léri positif) ou sciatgie pour L5 et S1 (Lasèque positif) associé à un déficit moteur et une abolition des ROT correspondants.
- Les atteintes des racines S2 à S5 sont responsables d'une anesthésie en selles associé à des troubles sexuels, des troubles vésicosphinctériens et des troubles ano rectaux.
- Les étiologies sont multiples : hernies discales lombaires (début brutal et douloureux), canal lombaire étroit, épendydomes du filum terminal, tumeurs.
- Dans le cadre d'une **neuropathie, par dysautonomie** (diabète ++).

NOTES

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Masse abdominale

Situation de départ n° 8

PS

Scénario pour l'étudiant

Un patient de 55 ans consulte aux urgences car il sent « une boule » dans son estomac.

Il s'agit d'une station avec PS.

■ Questions pour l'étudiant

1. Complétez l'anamnèse et l'interrogatoire.
2. Décrivez votre examen physique abdominal.

► Consignes au patient

Contexte : vous êtes assez inquiet.

Antécédents personnels : appendicectomie, amygdalectomie dans l'enfance.

Antécédents familiaux : cancer chez votre grand père (vous ne savez pas lequel).

Traitement : vitamines.

Mode de vie : vous êtes professeur de physique chimie au collège.

Histoire de la maladie :

Vous avez 55 ans, depuis quelques semaines vous avez senti une boule dans votre estomac, au niveau de l'épigastre.

Interrogatoire : (réponses aux questions de l'étudiant)

Vous avez également des nausées. Vous mangez moins bien qu'avant, vous avez perdu du poids.

D'autre part, vous vous trouvez jaune depuis quelques jours.

Vous avez également des douleurs abdominales qui irradient dans le dos.

Examen clinique :

Examen physique abdominal :

- L'inspection ne retrouve pas de cicatrice, les orifices herniaires sont libres.
- À la palpation : la masse est dure, localisée au niveau de l'épigastre, il y a une douleur déclenchée.
- L'auscultation retrouve des bruits hydro aériques.
- Les touchers pelviens sont sans anomalie.
- Les aires ganglionnaires inguinales sont libres

Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Aptitude à questionner	1	.....
→ Aptitude à mener l'entrevue	1	.....
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
Q1		
Interroge sur les circonstances de découverte ou le contexte	1	.....
Recherche les antécédents médicaux	1	.....
Recherche les antécédents chirurgicaux	1	.....
Recherche les antécédents familiaux de cancer	1	.....
Recherche les signes digestifs associés : troubles du transit, douleur abdominale, nausées, vomissements	1	.....
Recherche de signes extra digestifs associés : signes urinaires	1	.....
Recherche d'un syndrome de cholestase : ictère ou prurit	1	.....
Recherche d'une altération de l'état général	1	.....
Q2		
Précise les caractéristiques de la masse : localisation, taille, consistance (<i>point si 2/3 recherchés</i>)	1	.....
Recherche d'une douleur spontanée ou provoquée à la palpation	1	.....
Inspection des orifices herniaires et de l'abdomen	1	.....
Palpation des 9 quadrants de l'abdomen à la recherche d'une défense ou contracture	1	.....
Recherche d'un silence auscultatoire	1	.....
Recherche d'une extension locale : touchers pelviens	1	.....
Recherche d'une ascite	1	.....
Total	18	.....

Note × 20 / 18 pour avoir la note / 20

**Les bons réflexes**

Devant une masse abdominale → rechercher les éléments à l'interrogatoire/ examen clinique en faveur d'une origine **cancéreuse++ (cf. grille)**.

Le premier examen de la démarche diagnostique sera **le scanner abdomino-pelvien**.

De manière générale si vous séchez sur l'examen clinique à réaliser, pensez aux différentes étapes de l'examen clinique et les idées vous viendront :

- Inspection,
- Palpation,
- Auscultation,
- Percussion.

Ici, l'hypothèse diagnostique principale serait un cancer de la tête du pancréas avec une possible compression des voies biliaires.

NOTES

Masse/tuméfaction pariétale

Situation de départ n° 9

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes médecin généraliste et vous recevez en consultation un patient de 26 ans, qui vient après la découverte à l'autopalpation d'une tuméfaction dans le bas de l'abdomen.

Il s'agit d'une station avec PS.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Menez l'interrogatoire et l'examen physique abdominale.
2. Donnez un diagnostic précis.
3. Expliquez au patient la conduite à tenir en termes d'examens complémentaires et de prise en charge.

► Consignes au patient

Antécédents personnels : aucun.

Antécédents familiaux : aucun.

Traitement : aucun.

Mode de vie : vous travaillez dans l'informatique.

Histoire de la maladie :

Depuis 2 mois vous vous êtes aperçu d'une boule dans l'aîne.

Cette boule ne vous fait pas mal et vous n'avez pas eu d'épisodes douloureux particuliers depuis.

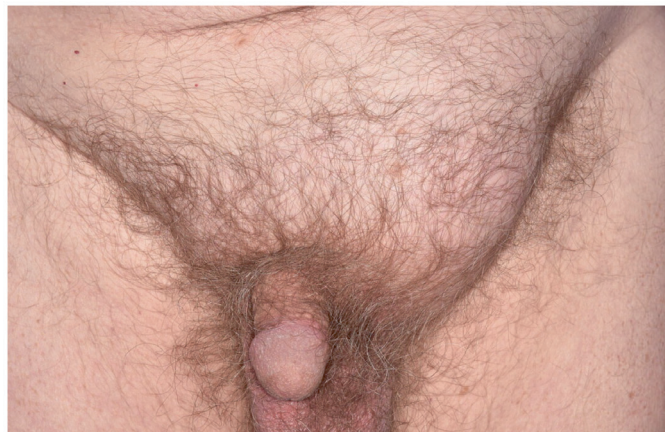
Examen physique abdominal.

Inspection : pas de cicatrice, tuméfaction inguinale gauche en position allongée, qui se majore en position debout et à la toux.

Palpation : cette tuméfaction est bien palpable en partant du scrotum. Elle est impulsive à la toux, réductible et non douloureuse.

Auscultation et percussion sans anomalie.

Photo à montrer à l'étudiant lorsqu'il réalise l'inspection abdominale :



Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
→ Aptitude à questionner	1	.....
→ Aptitude à proposer une prise en charge	1	.....
Q1		
Inspecte l'abdomen à la recherche d'une hernie ou de cicatrices (éventration) <i>(point si 2/2 mentionné)</i>	1	.....
Majore la hernie en mettant le patient debout OU en demandant au patient de tousser	1	.....
Caractérise la hernie en demandant au patient de tousser et en tentant de réduire la hernie <i>(point si 2/2)</i> <i>(une hernie non compliquée est impulsive à la toux, réductible et non douloureuse)</i>	1	.....
Cherche une hernie controlatérale en amenant le doigt, recouvert du scrotum, vers l'anneau inguinal	1	.....
Demande au patient si la tuméfaction est douloureuse	1	.....
Demande au patient s'il a eu des épisodes de vomissements ou arrêts des gaz ou des matières	1	.....
Q2		
Pose le diagnostic de hernie inguinale non compliquée	1	.....
Q3		
Explique au patient qu'aucun examen complémentaire n'est nécessaire au diagnostic	1	.....
Explique au patient qu'aucun traitement n'est à envisager si le patient n'est pas gêné	1	.....
Explique au patient que le traitement, si la hernie devient symptomatique, sera une chirurgie de fermeture de l'orifice inguinal	1	.....
Explique au patient qu'il doit consulter en cas de douleur, arrêt des matières et des gaz ou nausées et vomissements	1	.....
Total	14	.....

Note × 20 / 14 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Une autre possibilité de question pour cette situation de départ est de différencier les différents types de hernie :

- **Hernie symptomatique** : **douleur ou gêne** inguinale (ou ombilicale si hernie ombilicale), majorée à la toux, à l'effort et à la station debout ; la hernie reste impulsive à la toux et réductible.
- **Hernie engouée** : **irréductible**, douloureuse ou non. Le risque est l'évolution vers l'étranglement.
- **Hernie étranglée** : **douloureuse, irréductible et non impulsive à la toux**, avec évolution rapide vers un **syndrome occlusif**.

NOTES

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Méléna/rectorragies

Situation de départ n° 10

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes médecin de garde aux urgences et vous prenez en charge un patient de 56 ans amenée par le SAMU pour hématurie et méléna.

Vous êtes accompagné de Laura, infirmière des urgences.

À l'inspection du patient vous constatez ictère cutanéomuqueux et des angiomes stellaires.

Il s'agit d'un patient avec PS.

Les consignes au patient peuvent être dévoilées après avoir répondu à la question n° 1.

■ Questions pour l'étudiant

1. Évaluez la tolérance hémodynamique du patient.
2. Expliquez à Laura la prise en charge immédiate et à court terme du patient.

► Consignes au patient

Contexte : votre femme a appelé le SAMU devant des vomissements de sang. Cela fait déjà 2 jours que les selles sont noires.

Antécédents personnels : polypes, cardiopathie ischémique stentée, cirrhose alcoolique.

Antécédents familiaux : aucun.

Traitement : bisoprolol, atorvastatine, kardegic.

Mode de vie : consommation alcoolique tabagique importante.

Histoire de la maladie :

Fiche du SAMU : hématurie depuis 20 h, début brutal, quantité au moins 2 haricots. Appel de la femme. Traitements en cours disponibles. 1 L de sérum physiologique passé. Sous 3 L d'O₂.

Examen clinique :

Le patient n'est pas interrogeable compte tenu de l'état hémodynamique.

Glasgow 13 : ouvre les yeux à la demande, paroles confuses, obéit aux commandes.

Constantes :

- Tension artérielle à 75/50 mmHg.
- Fréquence cardiaque à 120 bpm.
- Fréquence respiratoire à 22/min.
- Saturation à 95 % sous 3 L.
- Température à 36,5 °C.

Inspection :

- Présences de marbrures aux genoux.
- Temps de recoloration cutanée à 4 secondes.
- Ascite tendue.

Par ailleurs : Hémoglobine capillaire à 8 g/dL.

Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Communication non verbale	1	.....
→ Communication avec les pairs	1	.....
Q1		
Demande les paramètres vitaux du patient (TA, FC, FR, sat) (<i>point si 4/4</i>)	1	.....
Cherche la présence de marbrures	1	.....
Estime le temps de recoloration cutanée	1	.....
Recherche une baisse de la température des extrémités	1	.....
Évalue l'état neurologique (toutes les techniques sont valides : score de glasgow, orientation spatio temporelle)	1	.....
Q2		
Prescrit le bilan biologique suivant : NFS plaquettes, groupe sanguin – RAI, TP TCA, ionogramme sanguin, créatinémie, gaz du sang (<i>point si 4/7</i>)	1	.....
Hospitalise le patient en unité de soins intensifs OU demande à l'infirmière de monitorer les paramètres vitaux	1	.....
Demande à l'infirmière de poser 2 voies veineuses de bon calibre	1	.....
Prescrit un remplissage vasculaire par du NaCl à 0,9 %	1	.....
Prescrit une transfusion de 1 CGR	1	.....
Prescrit des inhibiteurs de la pompe à protons par voie intraveineuse et explique que c'est pour traiter un éventuel ulcère gastrique ou duodénal	1	.....
Prescrit un traitement vasoactif par voie intraveineuse (terlipressine, somatostatine, octréotide) et explique que c'est pour diminuer le saignement d'éventuelles varices œsophagiennes ou gastriques	1	.....
Arrête d'éventuel traitement fluidifiant le sang	1	.....
Prescrit une antibioprophylaxie de l'infection du liquide d'ascite (à faire même si pas d'ascite dès lors qu'on suspecte une hémorragie digestive chez un cirrhotique)	1	.....
Explique à l'infirmière que le patient aura une fibroscopie œsogastroduodénale dès que possible	1	.....
Total	16	.....

Note × 20 / 16 pour avoir la note / 20



Les bons réflexes

Les autres ECOS tombables sur ce sujet sont :

- Différencier hémorragie haute (au-dessus de l'angle duodéno-jéjunal) de basse (en dessous de l'angle duodéno-jéjunal).
 - Une lésion située dans l'œsophage, l'estomac ou le duodénum peut donner des hématomèses, du méléna, ou des rectorragies mais seulement si accompagnés d'un choc hémodynamique (pour que le sang partant de l'estomac arrive au rectum à l'état frais il faut que le flux soit très rapide, donc retentissement hémodynamique forcément).
 - Une lésion intestinale ou colique peut donner du méléna (intestin et colon droit) ou des rectorragies (colon gauche).
- Chercher les éléments d'orientation étiologique :

Devant une hémorragie digestive haute	
Ulcère gastroduodénal	Douleur abdominale. Prise d'AINS. Antécédent d'infection à <i>Helicobacter Pylori</i> .
Varices œsophagiennes/gastriques	Éthylisme chronique. Antécédent de pathologie hépatique. Signes d'insuffisance hépatocellulaire. Signes d'hypertension portale.
Œsophagite	Reflux gastro-œsophagien.
Syndrome de Mallory-Weiss	Vomissements à répétition.
Cancer de l'œsophage, Cancer gastrique	Altération de l'état général. Douleur.

Devant une hémorragie digestive	
Hémorroïdes	Constipation chronique.
Diverticulose	Antécédent de pathologie diverticulaire.
Cancer colorectal	Antécédent personnel ou familial de polypes/cancer colorectaux. Altération de l'état général.
Colites inflammatoires, ischémiques	Antécédent.
Colite infectieuse	Prise d'antibiotique récente (<i>Clostridium Difficile</i> , <i>Klebsiella Oxytoca</i>). Toxi-infection alimentaire collective.

La grille d'évaluation est centrée sur la prise en charge d'une hémorragie digestive haute, chez un patient instable.

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Amaigrissement

Situation de départ n° 17

PS

Scénario pour l'étudiant

Vous êtes médecin généraliste et recevez une patiente de 35 ans inquiète à propos d'un amaigrissement de 10 kg.

Il s'agit d'une station avec PS.

■ Questions pour l'étudiant

1. Cherchez à l'interrogatoire et à l'examen clinique **des signes spécifiques** de dénutrition et de carences.
2. Recherchez le mécanisme en cause de l'amaigrissement.

► Consignes au patient

Contexte : vos amis ont remarqué que vous avez perdu du poids.

Antécédents personnels : aucun.

Antécédents familiaux : aucun.

Traitement : aucun.

Mode de vie : vous faites moins de sport depuis les 6 derniers mois.

Histoire de la maladie :

Vous avez perdu 10 kg en 6 mois, alors que votre poids de base est de 50 kg.

Vous avez remarqué que vous vous faites facilement des bleus quand vous tombez, et votre genou a gonflé à la suite d'un choc il y a 2 semaines.

Vous n'avez plus vos règles depuis 3 mois.

Depuis 1 an vous avez des diarrhées pluriquotidiennes, de selles graisseuses.

Examen clinique :

Pâleur.

Hématomes multiples d'âge différents.

Pas d'atteinte des phanères.

Abdomen souple et indolore.

Dyspnée pour les efforts importants tel que le sport. Sensations de palpitations. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Pas de déficit sensitivo moteur.

Grille d'évaluation

Communication et attitudes		
→ Aptitude à structurer l'examen clinique	1	.....
→ Aptitude à mener l'examen clinique	1	.....
→ Aptitude à questionner	1	.....
Q1		
Carence en vitamine A : recherche à l'interrogatoire une baisse de la vision nocturne	1	.....
Carence en vitamine D : recherche à l'interrogatoire un antécédent de fracture récente pour un traumatisme à basse cinétique	1	.....
Carence en Vitamine K : recherche à l'interrogatoire ou à l'examen clinique des hématomes, hémarthroses <i>1 point si un des deux signes est recherché</i>	1	.....
Carence en vitamine C : recherche à l'interrogatoire ou à l'examen clinique un purpura pétéchial, un saignement gingival, déchaussement dentaire <i>1 point si un des trois signes est recherché</i>	1	.....
Carence martiale : → Recherche à l'interrogatoire : une dyspnée, des palpitations, une asthénie, dysphagie → Recherche à l'examen clinique : pâleur, koïlonychie, cheveux cassés, alopecie, perlèche, glossite <i>1 point si 4/10</i>	1	.....
Hypoalbuminémie : recherche à l'examen clinique des œdèmes des membres inférieurs	1	.....
Sarcopénie : recherche à l'examen clinique un déficit musculaire par testing moteur, manœuvre de Barré, manœuvre de Mangazzini <i>1 point si 1/3</i>	1	.....
Q2		
Questionne sur une diminution des apports alimentaires	1	.....
Cherche des signes de malabsorption ou maldigestion ou pertes : → Diarrhées → Selles grasses ou couleur mastic (ou beige ou clair) → Douleurs abdominales <i>1 point si 3/3</i>	1	.....
Total	12	.....

Note × 20 / 12 pour avoir la note / 20