

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

YOHAN BENHAIM
MATHIS BODIN
PAUL EBELIN



ECOS

2^e édition

LA MARTINGALE*

ECOS

120 SITUATIONS DE DÉPART INDISPENSABLES

Entraînements sur les situations de départ
les plus tombables
aux ECOS
avec rappels de cours

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



HYPOCAMPUS



Constipation

Situation de départ n° 1

PS

Vignette

Vous recevez lors d'un de vos remplacements de médecine générale, Mme Vapala Selena, 47 ans qui se plaint de constipation depuis 8 mois, elle qui a un transit habituellement normal. Il y a un léger retentissement psychologique. Elle ne fume pas et boit de l'alcool de façon occasionnelle.

Son examen clinique ne retrouvait aucune anomalie, notamment pas d'organomégalie, pas de hernie, pas de pathologie proctologique à l'anuscope.

Vous devez à voix haute

- Mener l'interrogatoire afin de poser un diagnostic
- Donner la suite de votre prise en charge

Vous ne devez pas

- Réaliser d'examen clinique
- Faire de prescription

Il s'agit d'une station **AVEC PATIENT STANDARDISÉ**

► Consignes pour le PS

- Vous êtes Mme Vapala Selena, vous avez 47 ans et vous consultez pour une constipation depuis 8 mois.
- Vous n'avez aucun antécédent médical ou chirurgical.
- Vous ne prenez aucun traitement. Vous ne fumez pas et buvez de l'alcool de façon occasionnelle. Vous ne prenez aucune drogue.
- Habituellement votre transit est normal avec une selle par jour.

Ne répondre aux questions que si on les pose :

- Vous faites entre 1 et 2 selles par semaine.
- Vous devez pousser de toutes vos forces pour sortir quelques boulettes et vous utilisez parfois les doigts pour faciliter la sortie.
- Vous n'avez pas de rectorragie, d'asthénie, d'anorexie, d'amaigrissement, d'alternance diarrhée constipation, d'antécédent du colon familial ou personnel.
- Vous n'avez pas non plus d'antécédent de MICI personnel OU familial (Crohn ou RCH), douleurs abdominales nocturnes, épreinte, ténésme.
- Vous n'avez pas d'antécédent d'AVC, tremblement, rigidité, neuropathies (picotement ou fourmis dans les membres), baisse de la vue, troubles urinaires, anesthésie des fesses.
- Vous ne présentez pas de prise de poids, perte d'appétit, frissons, frilosité, chair de poule, ralentissement de l'activité, ralentissement des idées, myxoœdème des extrémités, faiblesse musculaire.
- Vous n'avez pas pris de nouveau médicament récemment notamment pas de morphine (préciser si on le demande).
- Si pas de diagnostic au bout de 6 minutes dire : « alors docteur, quel est mon diagnostic ? c'est grave ? »
- Si pas de demande d'examen complémentaire demander à l'étudiant : « donc on ne fait pas d'examen pour ça Dr ? »
- Si ne donne pas de traitement au bout de 7 minutes demander : « vous me donnez quoi comme traitement pour ça Dr ? »

Grille de correction

Domaine principal évalué : Stratégie diagnostique/Stratégie pertinente de prise en charge

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Caractérise la constipation : <3 selles/semaine ET recherche une dyschésie	☐
2	Diagnostic une constipation chronique mixte	☐
3	Recherche des signes de cancer colorectal : rectorragie, AEG, alternance diarrhée constipation, antécédent de colorectal familial ou personnel <i>AU MOINS 2</i>	☐
4	Recherche des signes de MICI : antécédent de MICI personnel OU familial, douleurs abdominales nocturnes, épreinte, ténesme <i>AU moins 1</i>	☐
5	Recherche une cause neurologique : antécédent d'AVC, tremblement OU rigidité, neuropathies OU NORB, troubles urinaires, anesthésie en selle <i>AU MOINS 2</i>	☐
6	Recherche une hypothyroïdie : prise de poids, perte d'appétit, frissons, frilosités, chair de poule, ralentissement psychomoteur, ralentissement psychique, myxœdème des extrémités, faiblesse musculaire <i>AU MOINS 3</i>	☐
7	Recherche une prise de nouveau médicament	☐
8	Diagnostic une constipation fonctionnelle OU idiopathique	☐
9	Ne prescrit pas de bilan	☐
10	Propose un laxatif osmotique OU Macrogol OU Movicol OU laxatif de lest	☐
11	Donne des règles hygiénodiététiques : régime enrichi en fibre, eaux riches en magnésium, présentation régulière aux W-C, jambes surélevées à la selle, pas de manœuvre digitale <i>AU MOINS 3</i>	☐

**Les points importants**

- Toujours préciser la constipation :
 - **Date de début** (chronique si plus de 6 mois !)
 - Affirmer le diagnostic en demandant le nombre de selles par semaine ! Demander s'il y a des efforts de poussée, l'aspect des selles, la présence de sang...
 - Est-ce une constipation **de TRANSIT** (selles dures et peu fréquentes) ou **DISTALE** (dyschésie avec effort de poussée, manipulation digitale,...)
- En cas de constipation, toujours éliminer deux dangers : le syndrome rectal (cancer à rechercher !) et le syndrome occlusif
- Examen clinique : examen du périnée + abdominal + adénopathies et recherche d'hépatosplénomégalie + TR +++
- Les examens complémentaires :
 - Si pas de signes d'alarmes ET moins de 50 ans : **PAS d'examen cpt !!!! sinon coloscopie** pour explorer
 - On peut également demander une biologie : NFS CRP iono créat glycémie TSH bilan phosphocalcique et ACE
- Les prises en charge :
 - **Des règles hygiénodiététiques** : alimentation équilibrée riche en fibres ++, certaines eaux riches en magnésium et position de défécation idéale +/- rééducation ano-rectale. L'activité physique et l'augmentation d'apport en eau ne sont pas utiles.
 - Discuter des laxatifs osmotiques et de lest
 - **DONNER DES CONSEILS D'EXONÉRATION** : assis, jambes pas trop hautes, toilettes adaptées

NOTES

Diarrhée

Situation de départ n° 2

PS

Vignette

Vous êtes interne urgentiste à l'hôpital.

Vous recevez pendant votre garde Mme GRAOU, 43 ans, qui consulte pour des diarrhées.

Mme GRAOU a de l'hypertension artérielle pour laquelle elle est sous Amlodipine 10 mg tous les matins.

Elle n'a pas d'autre antécédent, n'a jamais été opérée. Elle ne fume pas, boit de l'alcool de temps en temps et ne prend pas de drogue.

Les constantes prises par l'infirmière sont les suivantes :

FR = 22 cycles par minute

FC = 89 battements par minute

TA = 115/85 mmHg

SpO₂ = 98 % en air ambiant

T° = 38,1 °C

Vous devez à voix haute

- Interroger la patiente
- Proposer une hypothèse diagnostic et des examens complémentaires

Vous ne devez pas

- Réaliser d'examen clinique
- Prendre en charge le patient

Il s'agit d'une station **AVEC PATIENT STANDARDISÉ**

► *Consignes pour le PS*

- Vous avez la diarrhée depuis 1 semaine et demie. Vous avez 4-6 selles par jour.
- Il y a des glaires et du sang dans certaines selles, les selles sont liquides en général.
- Vous avez voyagé au Sénégal il y a 1 mois et vous aviez bien pris un traitement antipalustre comme on vous l'avait expliqué. Pas d'autre médicament.
- Vous ne vomissez pas.
- Répondre à toutes les autres questions par « non » ou « je ne sais pas »

Grille de correction

Domaine principal évalué : Stratégie diagnostique

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Interroge sur les diarrhées : nombre de selles par jour ET depuis combien de temps	☐
2	Recherche la présence de glaires ET de sang ET l'aspect liquidien des selles	☐
3	Recherche un contact récent	☐
4	Recherche un voyage récent	☐
5	Recherche une prise récente de médicaments	☐
6	Recherche la prise d'une prophylaxie antipalustre durant le voyage	☐
7	Recherche la présence de vomissements	☐
8	Propose le diagnostic de paludisme infectieux	☐
9	Propose un diagnostic par frottis sanguin + goutte épaisse	☐
10	Propose un bilan par : <i>AU MOINS 4</i> NFS PLQ, TP TCA, Hémocultures, bilirubine, Créatinine, ionogramme	☐
11	Propose un bilan par : <i>AU MOINS 2</i> Groupe et RAI, Gaz du sang, Lactates	☐



Les points importants

- Toujours préciser dans un premier temps la diarrhée :
 - **Date de début** (aiguë si moins de 2 semaines, chronique si plus de 4 semaines !)
 - Demander le nombre de selles par jour
 - Décrire le type de diarrhée : MOTRICE/SÉCRÉTOIRE/LÉSIONNELLE/OSMOTIQUE/MALABSORPTION
 - Rechercher une fièvre ++
- Écartez les diagnostics différentiels :
 - L'incontinence anale
 - Le syndrome rectal
 - La fausse diarrhée du constipé
- Essayez de préciser l'étiologie :
 - Recherchez un **traitement récent** (C. Difficile ?)
 - Recherchez le **type d'alimentation**
 - Recherchez un **voyage récent** (parasitose, infection ?)
 - Recherchez un **contage** (TIAC ?)
- Dans une maladie comme la diarrhée, qu'elle soit chronique ou aiguë, il faut toujours **ÉVALUER LE RETENTISSEMENT**, notamment sur le poids, l'hydratation et psychologique
- Examen clinique : réaliser un examen abdominal et rechercher des adénopathies et une hépatosplénomégalie. Ne pas oublier le **toucher rectal** (sang ?) et la recherche de signes de **déshydratation**
- Les examens complémentaires à connaître sont assez généraux et servent en l'absence de causes évidentes ainsi que pour le retentissement :
 - Si aiguë :
 - NFS CRP, GAJ, ionogramme sanguin et créatinine
 - Examen parasitologique des selles 3 jours de suite
 - Coproculture
 - Hémocultures si fièvre
 - Si chronique :
 - NFS CRP, GAJ, ionogramme sanguin et créatinine
 - FERRITINÉMIE, VIT B12 et VIT B9, EPP (pour rechercher une hypoalbuminémie par malabsorption), TSH
 - Examen parasitologique des selles 3 jours de suite
 - Il faut aussi discuter d'une coloscopie pour rechercher un cancer en dernière intention

Douleur abdominale

Situation de départ n° 4

PS

Vignette

Vous êtes interne des urgences et vous recevez Mr Abdul Minal, 49 ans, qui se présente pour douleur abdominale intense.

Votre super externe très compétent est déjà allé le voir et l'a examiné.

Vous savez de lui que c'est un patient sans antécédent notable, il n'a jamais été opéré.

Le patient présente une épigastralgie intense, associée à des nausées et des vomissements et une douleur à la palpation épigastrique sans défense ni contracture. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Un ECG a été réalisé et ne retrouvait aucune anomalie.

Vous devez à voix haute

- Interroger votre patient sur sa douleur
- Proposer une hypothèse diagnostique
- Proposer des examens complémentaires à réaliser en urgence

Vous ne devez pas

- Réaliser d'examen clinique
- Proposer de prise en charge thérapeutique

Il s'agit d'une station **AVEC PATIENT STANDARDISÉ**

► *Consignes pour le PS*

- Répondre uniquement si on vous demande chaque détail : Vous présentez une douleur abdominale épigastrique depuis 5 heures, qui s'aggrave, transfixiante, en coup de poignard, aggravée par l'alimentation, partiellement soulagée en position fœtale ou chien de fusil, cotée à 10/10, associée à des nausées et des vomissements, c'est le premier épisode de douleur de ce genre
- Vous buvez de l'alcool et vous fumez (un paquet par jour depuis 40 ans)
- Répondre uniquement si on vous demande : Vous buvez 10 canettes de bière forte/jour en moyenne et aujourd'hui vous avez bu plus que d'habitude (10 bières + 1 demi bouteille de whisky)
- Répondre par « non » ou « je ne sais pas » pour toutes les autres questions.

Grille de correction

Domaine principal évalué : Urgence vitale

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Caractérise la douleur : mode d'apparition, irradiation, type, intensité, évolutivité <i>TOUS LES DIRE</i>	☐
2	Recherche les facteurs d'aggravation et d'amélioration de la douleur	☐
3	Recherche des antécédents de douleur similaire	☐
4	Recherche une consommation d'alcool ET caractérise la consommation	☐
5	Propose comme hypothèse diagnostic une pancréatite aiguë	☐
6	Demande à réaliser un bilan hépatique complet en urgence : ASAT, ALAT, PAL, GGT, bilirubine totale + conjuguée <i>AU MOINS 5/6</i>	☐
7	Demande une lipase	☐
8	Demande des triglycérides ET la calcémie	☐
9	Demande une CRP ET une NFS	☐
10	Demande une échographie abdominale	☐



Les points importants

- Une douleur abdominale peut être de **plusieurs causes** :
 - Digestive : hépato-biliaire, gastro-duodénale, pancréatique, colique, péritonéale
 - Gynécologique : GEU, torsion/rupture de kyste ovarien, endométrite
 - Urinaire : pyélonéphrite, colique néphrétique, torsion testiculaire
 - Cardio-vasculaire : IDM, ischémie mésentérique, anévrisme de l'aorte abdominale
- Dans les causes digestives, on peut retrouver :
 - Causes chirurgicales : appendicite aiguë, occlusion intestinale, cholécystite aiguë, ulcère perforé, péritonite
 - Autres causes suscitées
- On s'oriente de l'étiologie en fonction du **cadran** de la douleur :

Hypochondre droit (HCD)	Épigastrique	Hypochondre gauche (HCG)
- Colique hépatique, cholécystite, angiocholite - Tumeur ou abcès du foie - Foie cardiaque - Sd. de Budd-Chiari - Hépatite - Thrombose porte	- Ulcère - Pancréatite aiguë - Colique hépatique - migration lithiasique - Pulmonaire ou cardiaque	- Affection de la queue du pancréas - Ulcère gastrique - Gastrite aiguë - Sd. de l'intestin irritable - Diverticulite de l'angle colique gauche - Rate...
Lombaire droite	Diffuse	Lombaire gauche
- Pyélonéphrite - Appendicite rétro-caecale - Abcès ou hématome du psoas - Douleur rachidienne	- Péritonite - Occlusion - Ischémie et Infarctus mésentérique	Idem à droite (sauf appendicite)
Fosse iliaque droite (FID)	Hypogastrique	Fosse iliaque gauche (FIG)
- Appendicite, diverticulite de Meckel, côlon - Hernie étranglée - GEU - Torsion d'annexe ou de fibrome - Anévrisme artère iliaque	- Gynécologique - urologique - Coliques - Appendicite pelvienne - Diverticulite de Meckel compliquée - Syndrome de l'intestin irritable	- Syndrome de l'intestin irritable - Colite - Cancer du côlon - Fécalome - GEU - Salpingite - Cystite - Anévrisme artère iliaque

Douleur anale

Situation de départ n° 5

PS

Vignette

Vous êtes médecin généraliste en cabinet de médecine générale. Vous recevez Anne Halle, une patiente âgée de 44 ans. Elle vient vous voir car elle ressent une « boule douloureuse » au niveau de la marge anale. Les douleurs se sont finalement amendées spontanément, ce qui vous a permis de faire un examen proctologique.

Vous devez à voix haute :

- Mener l'interrogatoire ciblé sur ce motif de consultation
- Décrire l'examen proctologique

Vous ne devez pas :

- Proposer une prise en charge

Il s'agit d'une station **AVEC PATIENT STANDARDISÉ**

ICONOGRAPHIE (image de Aljovaro, pas de modifications apportées, lien vers la licence : Aljovaro, CC BY-SA 3.0 <<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>>, via Wikimedia Commons)



Consignes pour le PS

- Vous êtes une patiente de 44 ans. Vous avez comme principal antécédent une obésité. Vous ne fumez pas et ne buvez pas. Vous avez une tendance ancienne à la constipation. Les douleurs sont intenses, rythmées par le toucher OU l'appui et évoluant sur quelques heures. Vous avez déjà une dizaine d'épisodes semblables dans le passé. Il n'y a pas d'altération de l'état général, pas de syndrome rectal. Vous observez parfois de fines stries sanguines sur le papier toilette.
-

Grille de correction

Domaine principal évalué : ENTRETIEN/INTERROGATOIRE

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Demande les antécédents médicaux et chirurgicaux, personnels et familiaux	☐
2	Recherche des évacuations pathologiques afécales : <i>AU MOINS 1</i> des glaires, du pus, du mucus	☐
3	Recherche des faux besoins	☐
4	Recherche des douleurs à type de spasmes de la fosse iliaque gauche qui précèdent les évacuations et sont soulagées par celles-ci	☐
5	Recherche une modification récente du transit (diarrhée OU constipation)	☐
6	Recherche une altération de l'état général (anorexie, amaigrissement, asthénie) (<i>au moins 2</i>)	☐
7	Recherche une évacuation de sang OU du sang sur le papier toilette	☐
8	Demande la durée de la douleur ET le rythme (continu, paroxystique)	☐
9	Demande les facteurs déclenchants	☐
10	Décrit une thrombose hémorroïdaire externe	☐



Les points importants

- Station pas nécessairement la plus passionnante (je vous l'accorde) mais qui requiert de poser les bonnes questions pour éliminer les diagnostics différentiels et trouver le bon diagnostic.
- Vous devrez rechercher à l'interrogatoire :
 - L'âge et les antécédents du patient
 - L'évaluation de la douleur (type, intensité, durée)
 - Des troubles du transit et si les passages à la selle provoquent la douleur
 - Du sang, des glaires dans les selles et un syndrome rectal
 - Une asthénie et une AEG
- Votre examen clinique sera ciblé au niveau anal. Pour rappel, il se réalise après consentement en position genu pectorale :
 - Inspectez l'anus à la recherche d'une fissure anale ou d'un abcès
 - Recherchez à l'anuscope des hémorroïdes internes
 - Réalisez un **toucher rectal** en cas de saignement
- Pour rappel, chez un patient de plus de 50 ans qui présente du sang dans les selles, même en présence d'hémorroïdes, vous devez proposer **une coloscopie** pour écarter un cancer colo-rectal ++.
- Voici un résumé des principales étiologies :
 - Crise hémorroïdaire : douleurs postselles, à type de cuisson ou brûlure, pendant plusieurs minutes
 - Fissure anale : douleurs postselles et perdurant longtemps après puis récidivant à distance. Ces douleurs durent quelques semaines
 - Thrombose hémorroïdaire externe : douleur sans lien avec les selles. On observe une tuméfaction bien limitée, bleutée, douloureuse au toucher et à la position assise (le traitement repose sur l'incision mais faire attention au risque de marisque à distance)
 - Abcès : tuméfaction mal limitée douloureuse associée parfois à une dysurie. Il ne faut pas proposer d'AINS car ils peuvent aggraver la pathologie

NOTES

Masse pariétale

Situation de départ n° 9

PS

Vignette

Vous êtes interne d'urologie. Vous recevez en consultation Günther Ni, un patient de 53 ans pour une tuméfaction scrotale apparue progressivement. À l'examen clinique, vous réintégrez la tuméfaction avec votre doigt recouvert du scrotum en décrivant un trajet oblique en haut et en dehors. Il y a une impulsivité à la toux. Les battements des vaisseaux épigastriques sont perçus en dedans. La bourse controlatérale est sans particularité.

Vous devez à voix haute :

- Réaliser un interrogatoire ciblé sur ce motif
- Annoncer le diagnostic le plus probable et l'expliquer
- Prendre en charge le patient

Vous ne devez pas :

- Examiner le patient
- Rédiger une ordonnance
- Décrire l'iconographie

Il s'agit d'une station **AVEC PATIENT STANDARDISÉ**

► *Consignes pour le PS*

- Vous êtes un patient de 50 ans. Vous avez remarqué une tuméfaction droite au niveau scrotal depuis quelques mois. Elle est impulsive à la toux, se réduit au doigt et elle n'est pas douloureuse. Vous travaillez dans le bâtiment et portez des charges lourdes. Vous avez une hypertrophie bénigne de prostate avec une dysurie à la phase mictionnelle. Après annonce du diagnostic, demandez s'il est nécessaire de se faire opérer.

Grille de correction

Domaine principal évalué : ENTRETIEN/INTERROGATOIRE

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Recherche une gêne OU une douleur	☐
2	Recherche des facteurs d'aggravation comme la toux OU la station debout OU l'effort	☐
3	Recherche un antécédent de chirurgie digestive	☐
4	Recherche un travail de force, une toux chronique, une dysurie, une constipation (<i>au moins 2</i>)	☐
5	Diagnostic une hernie oblique externe droite OU une hernie indirecte droite	
6	Explique que c'est une issue de contenu de l'abdomen recouvert de péritoine à travers un orifice préexistant	☐
7	Explique que la hernie est non compliquée	☐
8	Explique qu'il faut reconsulter si la tuméfaction devient irréductible ET douloureuse ET non impulsive à la toux	☐
9	Explique qu'il faut reconsulter s'il y a un arrêt des matières et des gaz associés à une douleur abdominale	☐
10	Explique qu'il n'y a pas d'indication opératoire en l'absence de symptômes	☐

**Les points importants**

- Cette station est une station déguisée car elle porte dans les objectifs Lisa sur les hernies. Nous vous avons donc concocté un entraînement dessus !
- Commencez dans un premier temps par récolter les informations du patient :
 - Mode de vie et **activité physique quotidienne**
 - Consommation alcool-tabagique
 - **Poids et taille pour mesure de l'IMC**
 - Antécédents médicaux
 - **Antécédents chirurgicaux** (surtout au niveau abdominal)
- En cas de hernie le diagnostic est clinique. Néanmoins vous devez à l'interrogatoire et à l'examen clinique éliminer une hernie étranglée qui constituerait une urgence :
 - Où est localisée la hernie ? Depuis combien de temps est-elle présente ?
 - **Provoque-t-elle une douleur spontanément ?**
 - Quel est son retentissement au quotidien ?
 - **La masse est-elle d'aspect inflammatoire ?**
 - **La masse est-elle réductible et mobile à la toux ?**
- Il est également important à l'examen clinique de faire une palpation abdominale complète et d'inspecter tous les orifices herniaires.
- Comme le diagnostic de hernie est clinique, il n'y a aucun examen complémentaire à proposer sauf un bilan préopératoire si un passage au bloc est indiqué.
- Pour rappel, les indications opératoires en cas de hernie sont :
 - Toute hernie étranglée, peu importe sa localisation et l'âge du patient
 - Toute hernie chez l'enfant sauf la hernie ombilicale qui peut régresser seule
 - Les hernies non étranglées à la demande du patient
 - Les hernies crurales
- Il ne faudra pas oublier de proposer à distance de l'opération une activité physique régulière et une kinésithérapie adaptée pour les muscles abdominaux.

NOTES

MES NOTES PERSONNELLES

MES NOTIONS À REVOIR

Méléna/rectorragie

Situation de départ n° 10

Vignette

Interne des urgences, vous êtes alerté par Vanessa, infirmière du service, à propos de M. Sapisse, 67 ans.

Vanessa vous informe que les paramètres vitaux de M. Sapisse l'inquiètent beaucoup, lui qui était venu pour des rectorragies.

Vous consultez le dossier du patient dans lequel vous apprenez qu'il a une hépatite B chronique avec charge virale détectable dans son dernier bilan d'il y a 2 ans et demi et qu'il a eu une hépatite C qui a été traitée.

Il est marqué dans son dossier qu'il ne prend pas de traitements.

Vous trouverez dans la station une feuille avec les paramètres vitaux du patient ainsi qu'une fiche d'observation de l'IAO.

Vous devez à voix haute

- Expliquer à votre infirmière la situation
- Expliquer à l'infirmière la prise en charge

Vous ne devez pas

- Faire d'interrogatoire
- Faire d'examen clinique
- Faire de prescription

Il s'agit d'une station **SANS PS NI PSS**

Fiche d'observation de l'IAO :

M. SAPISSSE, 67 ans.

Motif de consultation : Rectorragies depuis 2 jours avec asthénie.

Pas de vomissements.

Mode de vie : Vit seul depuis 5 ans.

2 enfants.

Retraité

Habitus : tabac : 0

Alcool : occasionnel

Drogues : 0

Traitement : aucun

Antécédents médicaux : hépatites B et C

Antécédents chirurgicaux : appendicite dans l'enfance

Données biométriques :

Taille : 172 cm

Poids : 109 kg

IMC : 36,84 kg/m²

Paramètres vitaux à l'entrée :

GCS : 15

T° : 36,8 °C

FC : 97 bpm

TA : 105/52 mmHg

SpO₂ : 96 % en AA

FR : 19/min

Paramètres vitaux dans le box :

GCS : 14

T° : 37,3 °C

FC : 117 bpm

TA : 87/42 mmHg

SpO₂ : 94 % en AA

FR : 25/min

Grille de correction

Domaine principal évalué : Urgence vitale

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Diagnostic un choc hémorragique	☐
2	Met le patient au déchoquage ET demande un monitoring	☐
3	Met le patient sous O2	☐
4	Demande la pose de 2 VVP	☐
5	Demande la réalisation d'un bilan prétransfusionnel ET énonce <i>au moins 5 points</i> parmi les suivants : 2 déterminations groupe sanguin, RAI, NFS, TP, TCA, fibrinogène	☐
6	Demande un bilan biologique avec : iono, urée, créatinine, GGT, PAL, transaminases, bilirubine, albumine, gaz du sang, CRP, lactates <i>Au moins 5</i>	☐
7	Demande un remplissage en débit libre avec un soluté cristalloïde OU un du NaCl OU du sérum physiologique	☐
8	Commande des CGR O+	☐
9	Met des IPP en IV	☐
10	Met en place de l'ocréotide OU sandostatine OU terlipressine en IV	☐
11	Met en place de l'érythromycine IV après avoir réalisé un ECG	☐
12	Prévient le gastroentérologue de garde ET les réanimateurs	☐



Les points importants

- Dans un premier temps, évaluez le contexte du patient avec notamment son âge, ses antécédents, son mode de vie et s'il a bénéficié par le passé de **dépistages du cancer colo-rectal !**
Dans cette station, vous devez absolument **traquer le cancer colo-rectal ++**
- Avant d'attaquer votre interrogatoire, je vous conseille de vérifier l'urgence du cas en prenant les constantes et en recherchant des signes de choc et d'anémie.
- Durant votre interrogatoire, vous pouvez rechercher :
 - Depuis combien de temps sont présents les saignements
 - S'il y a eu un élément déclencheur
 - S'il y a un trouble du transit associé
 - Si le patient présente **un syndrome rectal** (épreintes, ténésmes)
 - Si le patient a présenté une perte de poids, une asthénie et une AEG
- Votre examen clinique, en plus de rechercher les signes de choc et d'anémie, devra comporter un examen abdominal avec une recherche de ganglions et d'hépatosplénomégalie. N'oubliez pas d'inspecter la marge anale et **de réaliser un TR ++**
- Ce sont vos examens complémentaires qui vont orienter votre diagnostic :
 - Réalisez un bilan biologique avec NFS PLQ TP TCA CRP et un ionogramme sanguin
 - Proposez **un groupage sanguin et la recherche de RAI**
 - Proposez aussi un bilan hépatique et rénal
 - Mais surtout prescrivez **une endoscopie haute** si vous suspectez un saignement haut puis **une coloscopie** pour éliminer un cancer du côlon et un saignement bas situé
- Attention, ici si vous suspectez un cancer colo-rectal, vous ne pouvez pas proposer de dépistage car le patient est déjà symptomatique !

NOTES

Régurgitation du nourrisson

Situation de départ n° 11

PS

Vignette

Vous êtes interne de médecine générale en remplacement dans un cabinet de ville. Vous recevez en consultation une maman accompagnée de son fils de 8 mois pour des « régurgitations ». Elle est inquiète.

Vous consultez le carnet de santé dûment rempli qui retrouve une croissance staturo-pondérale satisfaisante, un bon développement psychomoteur et des vaccinations à jour pour l'âge.

Vous devez à voix haute :

- Faire un interrogatoire ciblé sur les symptômes
- Expliquer votre hypothèse diagnostique et les mécanismes impliqués

Vous ne devez pas :

- Faire un examen clinique
- Rédiger une ordonnance

Il s'agit d'une station **AVEC ACCOMPAGNANT STANDARDISÉ**

► *Consignes pour l'accompagnant standardisé*

- Vous n'observez aucun effort de vomissement ou contractions abdominales.
- Il n'y a aucun signe « atypique » mentionné dans la grille.
- Il n'y a pas de sang dans les régurgitations, elles sont de la même couleur que le lait.
- Il n'y a jamais eu de malaise.
- Vous pouvez demander pourquoi votre enfant a ces régurgitations/si c'est inquiétant.

Grille de correction

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Vérifie l'absence de contractions musculaires abdominales	☐
2	Recherche des signes atypiques (au moins 2) : difficultés respiratoires, toux, changement de la voix, infections respiratoires, otites	☐
3	Recherche une hématurie	☐
4	Demande s'il y a déjà eu un malaise OU demande s'il y a déjà eu un épisode de modification de la couleur ET du tonus	☐
5	Identifie un reflux gastro-œsophagien	☐
6	Explique qu'aucun examen complémentaire n'est nécessaire	☐
7	Explique que c'est dû à une immaturité du sphincter de l'œsophage OU l'absence de verticalisation	☐
8	Propose un épaissement du lait infantile	☐
9	Explique qu'en cas de non-amélioration, l'hypothèse d'une allergie aux protéines de lait de vache doit être évoquée	☐
10	Proposer une consultation à distance	☐

**Les points importants**

- Comme dans chaque station pédiatrique, faites le point sur l'enfant que vous allez examiner en recherchant le statut vaccinal, les difficultés pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que la courbe staturo-pondérale.
- Un point très important dans cette station est **d'évaluer si l'enfant prend bien du poids**. Pour cela, je vous conseille de demander le poids à la naissance, le dernier poids mesuré récemment et les comparer avec le poids que vous allez mesurer en consultation.
Un enfant qui perd du poids vous oriente d'emblée vers une étiologie grave ++
- Lors de votre interrogatoire, évaluez bien les régurgitations :
 - Est-ce vraiment **une régurgitation ou plutôt un vomissement** (contraction de l'abdomen) ?
 - De **quelle couleur** sont les liquides (blancs, verts, lait caillé) ?
 - L'enfant est-il allaité au sein ou par biberons et dans ce cas à quelle quantité ?
 - Quand l'enfant régurgite-t-il ? Juste après le repas ou à distance ?
 - L'enfant est-il douloureux ?
- Votre examen clinique devra rechercher des signes de gravité comme une déshydratation ou des troubles de conscience.
- Si l'enfant tolère bien les régurgitations et que ce dernier prend toujours du poids, vous pouvez rassurer les parents.
Il faut leur expliquer qu'avant 1 an, le sphincter œsophagien n'est pas mature mais que cela ne trouble pas la croissance de l'enfant (il faudra néanmoins reconsulter en cas d'aggravation ou de persistance après 1 an).
- Les traitements à proposer sont :
 - De diminuer les apports en biberons si l'allaitement est artificiel
 - D'épaissir le lait si allaitement artificiel
 - De bien installer le nourrisson en position demi-assise

NOTES

Nausées et vomissements

Situation de départ n° 13

PS

Vignette

Vous êtes interne de garde aux urgences et vous recevez Mr Nour Sé, 47 ans, qui consulte aux urgences pour vomissements répétés depuis ce matin.

Vous vérifiez ses constantes avant d'aller le voir dans le box des urgences :

TA : 147/95 mmHg

FC : 97 bpm

T° : 37,7 °C

SpO2 : 96 % en AA

Lorsque vous rentrez dans le box vous remarquez que Mr Nour Sé a déjà rempli 2 haricots de vomissements jaune-vert et vous remarquez un faciès douloureux chez ce patient.

Vous devez à voix haute

- Interroger votre patient afin de rechercher une étiologie à ses vomissements
- Proposer un examen complémentaire diagnostique et une mesure associée

Vous ne devez pas

- Poser de diagnostic
- Proposer de prise en charge thérapeutique

Il s'agit d'une station **AVEC PATIENT STANDARDISÉ**

Consignes pour le PS

- Répondre par « non » ou « je ne sais pas » pour toutes les autres questions. Vous n'avez aucun antécédent médical ; vous avez été opéré de la vésicule biliaire il y a 6 mois ; vous ne prenez aucun médicament
- Vous avez des douleurs abdominales intenses, cotées à 10/10, diffuses, apparues en même temps que les vomissements, qui s'aggravent
- Les dernières selles remontent à 3 jours et les derniers gaz à 2 jours
- Les vomissements ont commencé ce matin et ne font que de s'aggraver, vous n'arrivez même plus à les compter ; les vomissements étaient au début alimentaires puis sont devenus jaunes-verts
- Vous répondrez « non » ou « je ne sais pas » aux autres questions

Grille de correction

Domaine principal évalué : INTERROGATOIRE/STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Recherche la gravité des vomissements : hématurie ET nombre de d'épisodes vomissements	☐
2	Recherche une HTIC : céphalées, vomissements en jets, plus importants le matin, vomissement au levé, trouble de la vision <i>AU MOINS 3</i>	☐
3	Recherche une douleur abdominale associée et cherche à la caractériser : localisation, intensité, type, irradiation, horaire, facteurs calmants ou aggravants, évolution <i>AU MOINS 3</i>	☐
4	Recherche les antécédents médicaux ET chirurgicaux	☐
5	Demande de quand datent les dernières selles ET derniers gaz	☐
6	Recherche la prise de toxique : drogues, champignons, médicaments, alcool <i>AU MOINS 1</i>	☐
7	Recherche des signes orientant vers une infection digestive : voyage récent, contagé, diarrhées, état grippal <i>AU MOINS 2</i>	☐
8	Recherche une acidocétose diabétique : dyspnée, soif, sécheresse, polyurie, perte de poids <i>AU MOINS 2</i>	☐
9	Recherche une anorexie mentale : vomissements provoqués, baisse de l'alimentation <i>AU MOINS 1</i>	☐
10	Demande un TDM AP en urgence	☐
11	Demande la pose d'une sonde nasogastrique d'aspiration avant le TDM	☐

**Les points importants**

- Les différentes causes de vomissements sont les causes suscitées dans la grille de correction ainsi que :
 - Les troubles ioniques : l'hypercalcémie
 - Les causes gynécologiques : grossesse, torsion ovarienne
 - La péritonite
 - Les causes urinaires : colique néphrétique, pyélonéphrite
 - Les causes neurologiques : migraine, syndrome méningé, tumeur intracrânienne
 - L'insuffisance surrénalienne
- Il faut toujours rechercher les **complications des vomissements** :
 - Pneumopathie d'inhalation
 - Syndrome de Mallory Weiss avec l'hématémèse
 - Déshydratation et dénutrition
 - Décompensation de comorbidités
 - Troubles biologiques : Hypovolémie, alcalose métabolique, hypokaliémie, hypochlorémie
- N'oubliez pas de poser une **sonde d'aspiration** avant d'envoyer le patient au scanner si vous voulez éviter l'inhalation massive et l'ACR dans le tube du scanner.

Amaigrissement

Situation de départ n° 17

Vignette

Vous êtes interne de médecine générale en consultation de pédiatrie en cabinet. Vous recevez la petite Célia en consultation. Il s'agit d'une patiente de 18 mois qui est amenée par ses parents dans un contexte de diarrhées chroniques évoluant depuis 9 mois.

Le bilan biologique montre une anémie microcytaire, une hypo-albuminémie, une hypomagnésémie, une hypocalcémie, un TP diminué avec facteur V normal et une légère cytolyse hépatique. Il n'y a pas d'anomalie glycémique ou thyroïdienne. Les dépistages néonataux étaient normaux. L'épreuve d'éviction du lait de vache est négative.

L'alimentation est diversifiée. Les céréales ont été introduites dans les biberons à partir de l'âge de 9 mois.

Vous avez accès à ses courbes de croissance (une page).

Vous devez à voix haute :

- Donner le diagnostic le plus probable ainsi que les éléments cliniques, biologiques et anamnestiques présents en faveur de celui-ci
- Proposer une stratégie diagnostique de première et deuxième intention

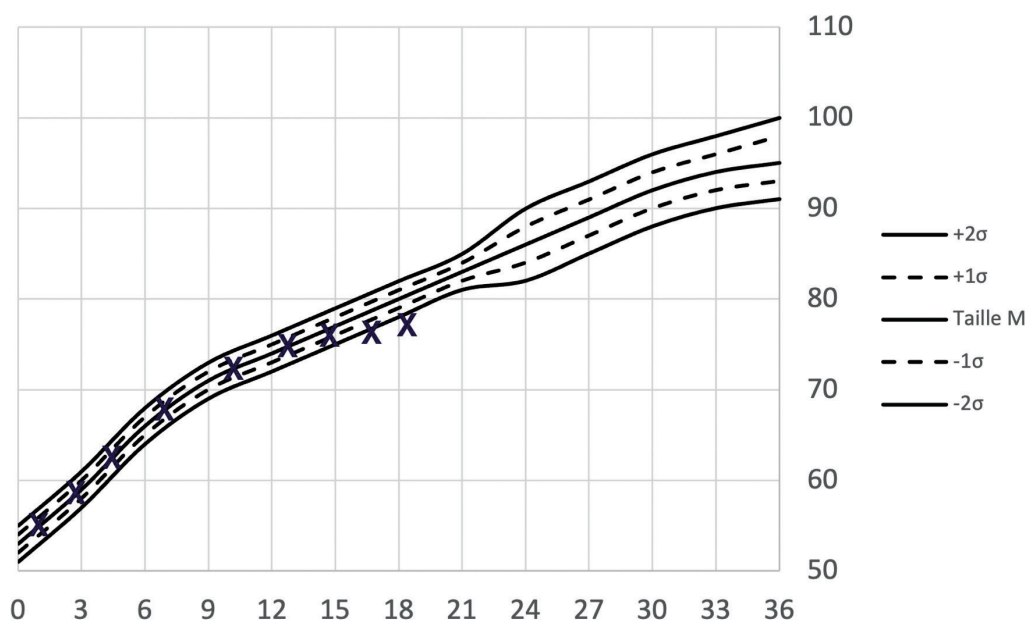
Vous ne devez pas :

- Évoquer un diagnostic différentiel

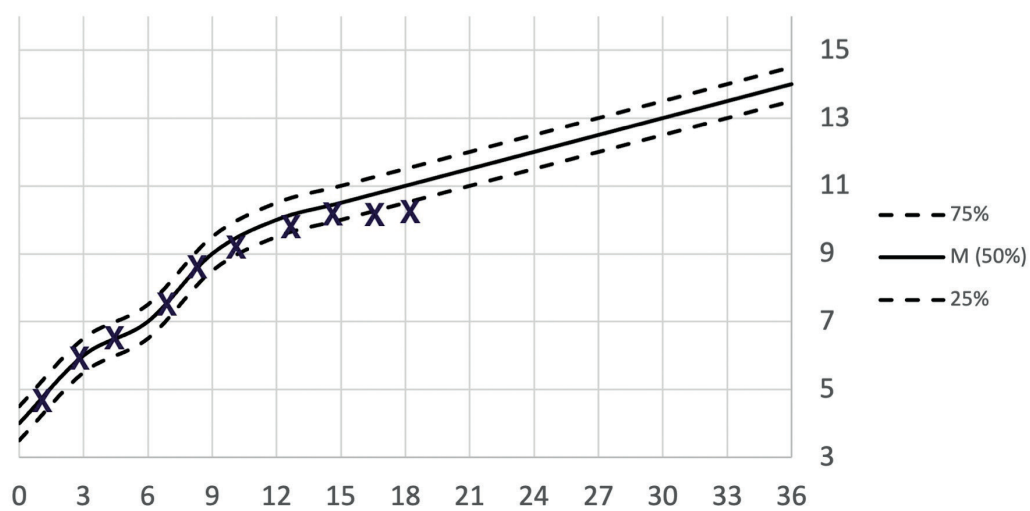
Il s'agit d'une station **SANS PS NI PSS**

COURBES DE CROISSANCE

Taille des filles (cm) (0-36 mois)



Poids des filles (kg) (0-36 mois)



Grille de correction

Domaine principal évalué : STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Fait l'hypothèse d'une maladie cœliaque	☐
2	Identifie un retard de croissance staturo-pondéral concomitant à l'introduction de gluten à 9 mois	☐
3	Identifie un <u>syndrome carenciel</u> (hypocalcémie, anémie microcytaire, hypoalbuminémie, TP bas avec facteur V normal)	☐
4	Prescrit un dosage des IgA sériques antitransglutaminase avec dosage simultané des IgA totales pour éliminer un déficit	☐
5	Précise de ne pas exclure le gluten pendant le dosage sous peine de négativer le résultat	☐
6	Prescrit un dosage des IgA antiendomysium en cas de positivité des IgA sériques antitransglutaminase	☐
7	Explique que la positivité conjointe de ces deux conditions permet de poser le diagnostic de maladie cœliaque	☐
8	Explique qu'une biopsie intestinale est nécessaire sinon	☐
9	Explique qu'il faut en anatomopathologie : <i>AU MOINS 1</i> → Une augmentation des lymphocytes intra-épithéliaux → Une hypertrophie des cryptes → La présence d'une atrophie villositaire	☐
10	Prescrit un test thérapeutique (réponse clinique et biologique au régime d'exclusion stricte du gluten)	☐



Les points importants

- Devant tout trouble nutritionnel, je vous conseille dans un premier temps de **retracer l'histoire pondérale**. Cela est valable aussi bien en cas de surpoids et de dénutrition que de troubles comportementaux liés à l'alimentation.
 - Dans votre interrogatoire de l'évènement actuel, recherchez :
 - **Le poids** et le motif de consultation actuels
 - Si le patient présente une asthénie, une altération de l'état général ?
 - S'il y a eu une **diminution de l'alimentation récente** ?
 - S'il y a eu une **augmentation des pertes**, notamment par troubles du transit
 - S'il y a des **signes de malabsorption** avec un aspect des selles modifié
 - Votre examen clinique recherchera, lui, les signes de cet amaigrissement :
 - Pesez et mesurez le patient pour déterminer son IMC
 - Recherchez des os saillants, une amyotrophie et des signes de déshydratation
 - Recherchez des escarres associées
 - Recherchez des œdèmes de dénutrition
 - En cas d'amaigrissement, vous devez évoquer le diagnostic de dénutrition qui dépend de l'âge et associe un critère phénotypique et un critère étiologique ! N'oubliez donc pas le critère étiologique et ne vous contentez pas simplement de l'IMC pour poser le diagnostic.
 - En cas de dénutrition, n'oubliez pas de prescrire un ionogramme sanguin ainsi qu'un bilan rénal et hépatique pour rechercher des troubles ioniques.
- Il vous servira également en **prévention du syndrome de renutrition inapproprié** (attention à taux de phosphore).
- Chez l'enfant, vous devez évoquer **la maladie coeliaque** ++. Vous pourrez porter le diagnostic devant un taux d'IgA anti-transglutaminase et d'IgA anti-endomysium augmentés.
- Dans le cas contraire, il faudra réaliser un prélèvement histologique par endoscopie œsogastroduodénale.
- Le traitement reposera uniquement sur l'éviction des facteurs favorisants (blé, orge et seigle).

NOTES

Anomalies à l'auscultation pulmonaire

Situation de départ n° 20

Vignette

Vous êtes médecin urgentiste à l'hôpital. Vous voyez un patient de 20 ans qui consulte pour une douleur thoracique gauche aiguë évaluée à 4/10. À l'examen clinique, vous retrouvez une légère asymétrie de l'ampliation thoracique, un tympanisme à la percussion de l'hémichamp thoracique apical gauche et une abolition du murmure vésiculaire dans le territoire apical gauche. Il ne se plaint pas de difficulté à respirer. Il n'a aucun antécédent médico-chirurgical hormis un tabagisme actif à 4 paquets-année non sevré. Il n'a pas eu de traumatisme récent. L'électrocardiogramme est sans anomalie.

Les paramètres vitaux du patient (une page) et une radiographie thoracique de face sont donnés (une page).

Vous devez à voix haute :

- Donner votre diagnostic
- Expliquer la suite de la prise en charge à court et long terme

Vous ne devez pas :

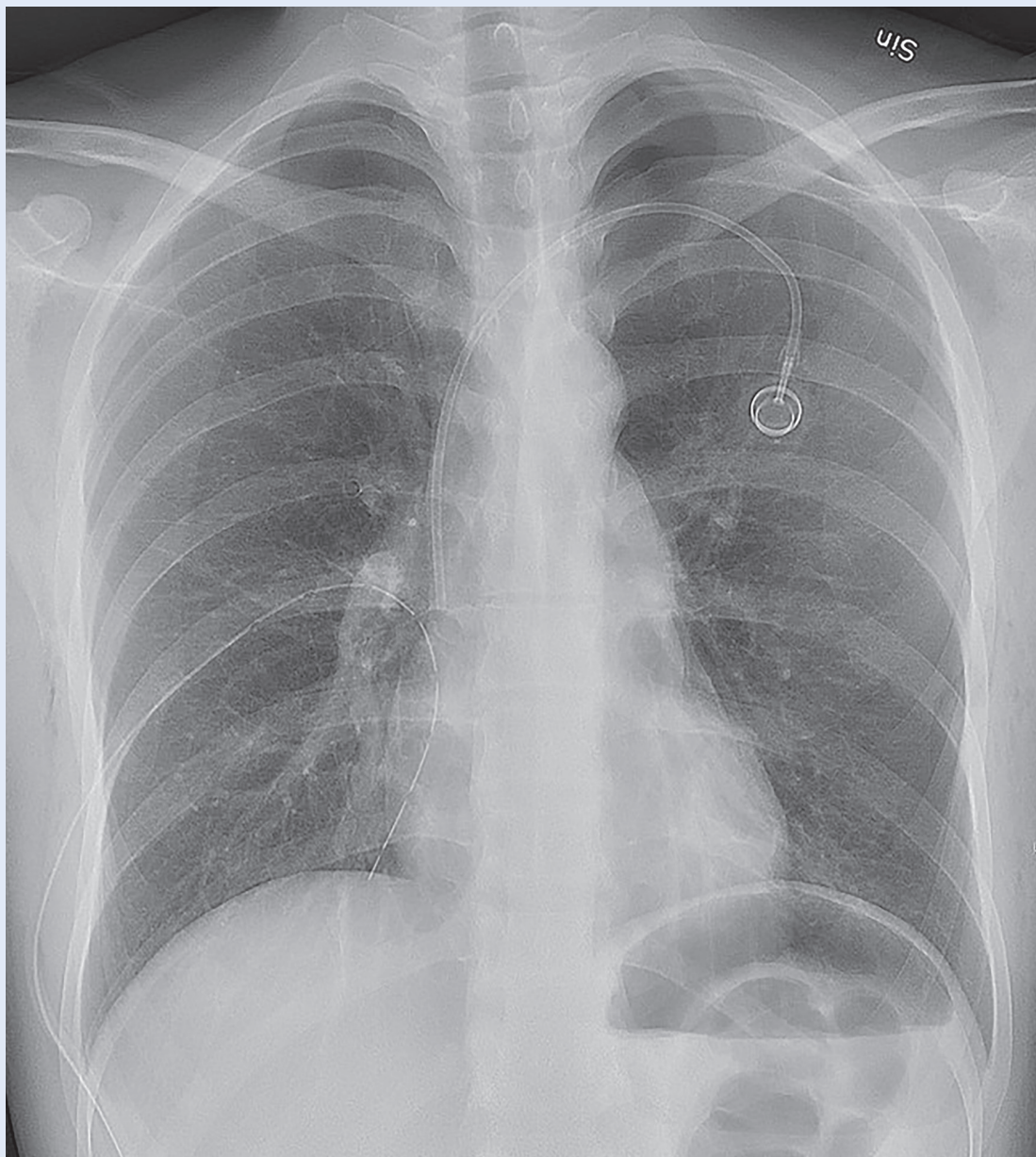
- Faire un examen clinique
- Rédiger une ordonnance

Il s'agit d'une station **SANS PS NI PSS**

Paramétrés vitaux

- Tension artérielle : 135 mmHg/80 mmHg aux deux bras
- Fréquence cardiaque : 87 battements par minute
- Fréquence respiratoire : 15 mouvements par minute
- Saturation en oxygène en air ambiant : 99 %
- Température corporelle : 37,7 °C
- Score de Glasgow : 15
- Glycémie capillaire : N

RADIOGRAPHIE DE THORAX DE FACE PRATIQUEE AU SAU



Grille de correction

Domaine principal évalué : ICONOGRAPHIE

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Diagnostic un pneumothorax spontané primaire gauche	☐
2	Diagnostic un pneumothorax apical gauche	☐
3	Propose une prise en charge ambulatoire	☐
4	Justifie par la faible abondance du pneumothorax ET la bonne tolérance respiratoire	☐
5	Propose une prise en charge antalgique	☐
6	Recommande de consulter en urgence en cas de survenue de difficulté à respirer	☐
7	Recommande l'arrêt de l'intoxication tabagique	☐
8	Propose une surveillance OU une consultation de contrôle OU un contrôle radiologique	☐
9	Recommande de ne pas prendre l'avion dans les semaines suivant l'épisode	☐
10	Contre-indique la plongée en bouteille	☐



Les points importants

- Vous devez dans un premier temps évaluer le contexte de la situation :
 - Âge et mode de vie
 - Consommation alcool-tabagique et profession
 - Antécédents
 - Symptômes associés (douleur, fièvre, dyspnée)
- Mais cette station repose sur l'auscultation pulmonaire. Vous devez donc ausculter de manière bilatérale et comparative pour rechercher :
 - **Quel type d'anomalie** (crépitations, sibilants, absence de murmure vésiculaire) ?
 - Si l'anomalie est **systématisée ou non** ?
 - **À quel temps** (inspiratoire ou expiratoire ou les deux) ?
- N'oubliez pas d'associer à votre auscultation une percussion, une recherche de la transmission des vibrations et un examen cardiaque complet.
- Voici les principales pathologies à avoir en tête :
 - Douleur et abolition du murmure vésiculaire ⇒ **pneumothorax**
 - Sibilants ⇒ **asthme et BPCO**
 - Fièvre avec expectorations, crépitations systématisées et souffle tubaire ⇒ **PFLA**
 - Aspect de velcro ⇒ **PID**
 - Pas d'anomalies ⇒ **embolie pulmonaire**
- La station était ici centrée sur le pneumothorax.

Son diagnostic est réalisé par une radiographie du thorax de face permettant de distinguer une hyperclarté associée ou non à une déviation controlatérale de la trachée.

Selon le contexte et la symptomatologie du patient, vous pourrez être amené à drainer, exsuffler le pneumothorax ou ne rien faire hormis un traitement antalgique s'il est bien toléré.
- N'oubliez pas de donner des règles à posteriori :
 - Pas de plongée à vie
 - Éviter l'avion quelques semaines
 - Pas de CI à l'activité physique
 - Éviction du tabac

NOTES

Anomalie de la miction

Situation de départ n° 23

PS

Vignette

Vous êtes interne de médecine générale dans un cabinet de ville. Vous recevez Abdelhadi Zuri, un patient de 61 ans que vous suivez régulièrement pour une hypertrophie bénigne de prostate. Vous avez opté pour une stratégie d'abstention surveillance pour sa pathologie urologique. Il a comme principal antécédent une hypertension artérielle essentielle sous bithérapie médicamenteuse.

À l'examen clinique, vous retrouvez une prostate souple et indolore évaluée à 60 g. La palpation sus-pubienne ne déclenche pas l'envie d'uriner. Un examen cytobactériologique des urines (ECBU) pratiqué en ville la veille de la consultation est négatif.

Vous devez à voix haute :

- Effectuer une consultation de suivi ciblée sur ce problème urologique
- Adapter la prise en charge si cela s'avère nécessaire

Vous ne devez pas :

- Faire un examen clinique
- Rédiger une ordonnance

Il s'agit d'une station **AVEC PATIENT STANDARDISÉ**

► *Consignes pour le PS*

- Vous avez une hypertrophie bénigne de prostate connue depuis 5 ans. Vous n'étiez peu voire pas gêné jusqu'à il y a 6 mois.
- Vous avez maintenant besoin d'effectuer une poussée abdominale pour uriner. Votre jet urinaire est haché. Il y a une sensation de vidange vésicale incomplète et des gouttes retardataires.
- Vous n'avez pas d'urgenterie, pas d'incontinence urinaire, pas de pollakiurie, pas de nycturie.
- Vous n'avez aucun symptôme sexuel.
- Il n'y a jamais eu de complication aiguë. Aucun nouveau médicament n'a été introduit.

Grille de correction

Domaine principal évalué : ENTRETIEN/INTERROGATOIRE

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Cherche des signes de la phase de remplissage (urgenterie, incontinence urinaire, pollakiurie, nycturie)	☐
2	Cherche des signes de la phase mictionnelle (miction par poussées abdominales, jet haché)	☐
3	Cherche des signes de la phase post-mictionnelle (sensation de vidange vésicale incomplète, gouttes retardataires)	☐
4	Cherche une dysfonction sexuelle associée (troubles de la libido, dysfonction érectile ou éjaculatoire)	☐
5	Recherche une altération de la qualité de vie liée aux symptômes (syndrome dépressif OU pose une question générale)	☐
6	Complication aiguë : recherche un ou des épisodes d'hématurie macroscopique	☐
7	Complication aiguë : recherche un ou des épisodes d'infection urinaire masculine	☐
8	Complication aiguë : recherche un ou des épisodes de rétention aiguë d'urine	☐
9	Propose un traitement par alphabloquant	☐
10	Prévient d'au moins 1 effet secondaire (potentialisation de l'effet hypotenseur, dysfonction éjaculatoire)	☐
11	Rappelle les règles hygiénodététiques (réduction des apports hydriques après 18 h, diminution de la caféine et de l'alcool, traitement d'une constipation associée) <i>AU MOINS 1</i>	☐

**Les points importants**

- Devant un patient consultant pour troubles de la miction, vous devrez garder à l'esprit que ces troubles peuvent être issus d'une **cause urologique** ou **neurologique**.
- Votre interrogatoire, en plus d'évaluer le contexte, devra se concentrer sur la miction et sur ses 3 phases :
 - **Phase de remplissage** : recherchez une urgenturie, une pollakiurie, une nycturie ou une énurésie
 - **Phase de vidange** : recherchez une dysurie, un faible jet ou des brûlures mictionnelles
 - **Phase post mictionnelle** : recherchez des gouttes retardataires ou une vidange incomplète
- Votre examen clinique devra évaluer :
 - S'il y a des signes de rétention aiguë d'urine (globe, voussure sus-pubienne)
 - S'il y a une anomalie au niveau des OGE
 - Si le contact lombaire est douloureux
 - Et si une anomalie est retrouvée au toucher rectal
- Votre toucher rectal est essentiel car il pourra mettre en évidence une anomalie de la prostate et des troubles neurologiques avec un trouble du tonus anal.
- Cette station était centrée sur l'**hypertrophie bénigne de prostate** qui est une pathologie bénigne liée à l'âge. Au toucher rectal, vous retrouverez une prostate de taille augmentée, souple et lisse avec une disparition du sillon médian.
- Les traitements principaux reposent sur :
 - **Des règles hygiénodiététiques** : éviter les apports hydriques et les excitants le soir
 - **Des traitements médicamenteux** :
 - Les alphabloquants en première intention
 - Les inhibiteurs de la 5alpha réductase qui ont un effet plus retardé mais efficace sur les grosses prostates
 - **Des traitements chirurgicaux** :
 - La résection transurétrale de prostate
 - L'adénomectomie par voie haute
- Tous ces traitements doivent être adaptés selon le retentissement de la pathologie sur la vie du patient !

NOTES

Anomalie de la croissance staturo-pondérale

Situation de départ n° 26

Vignette

Vous êtes médecin généraliste en cabinet de ville. Vous recevez pour la première fois en consultation une patiente de 12 ans. Ses parents la trouvent « petite pour son âge ». L'examen clinique est sans particularité. Vous constatez un stade pubertaire S1P2. Elle n'a pas d'antécédent médico-chirurgical notable. Elle ne prend pas de traitement. Vous consultez ses courbes de croissance staturo-pondérale dans son carnet de santé (une page).

Vous devez à voix haute :

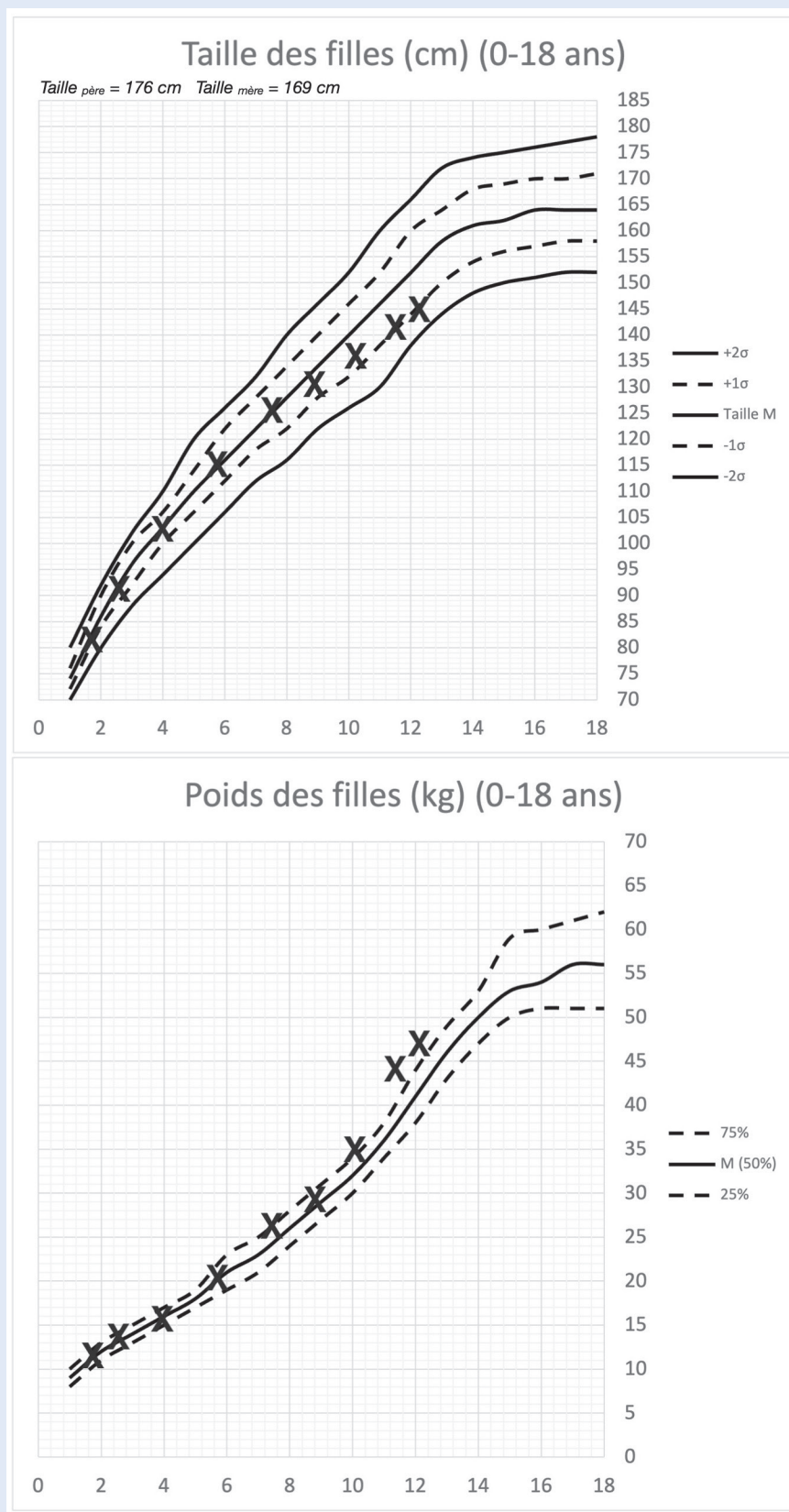
- Interpréter les courbes de croissance
- Donner une ou des hypothèses diagnostiques
- Proposer un ou des examens paracliniques nécessaires à ce stade

Vous ne devez pas :

- Faire un examen clinique
- Rédiger une ordonnance
- Proposer une prise en charge

Il s'agit d'une station **SANS PS NI PSS**

COURBES DE CROISSANCE TIRÉES DU CARNET DE SANTÉ



Grille de correction

Domaine principal évalué : STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE

Description de l'aptitude clinique attendue		
1	Calcule la taille cible : $Tc = (176 + 169)/2 - 6,5 = 166$ cm	☐
2	Justifie le retard de croissance par une taille à environ $-1,5$ déviations standards (DS) de la taille cible	☐
3	Décrit un retard de croissance staturale avec accélération pondérale antérieure	☐
4	Évoque une cause hormonale OU endocrinienne	☐
5	Évoque un déficit en hormone de croissance ET une hypothyroïdie ET un hypercorticisme	☐
6	Évoque un syndrome de Turner	☐
7	Prescrit un bilan biologique comprenant un dosage de IGF-1 ET TSH	☐
8	Prescrit une cortisolurie des 24 heures	☐
9	Prescrit une radiographie de la main pour le calcul de l'âge osseux	☐
10	Prescrit un caryotype	☐



Les points importants

- Comme dans chaque station de pédiatrie (on ne le répétera jamais assez), commencez par faire une évaluation générale de l'enfant :
 - **Courbe de croissance staturo-pondérale**
 - Carnet de vaccination
 - Développement psychomoteur
- Un point important dans le cadre d'une consultation pour anomalie de la croissance staturo-pondérale est de **déterminer la taille cible de l'enfant**. Pour rappel, faites la moyenne de la taille des deux parents et ajoutez ou retranchez 6,5 selon le sexe de l'enfant.
- Votre interrogatoire devra rechercher :
 - Le type d'alimentation et d'activité physique de l'enfant
 - Si la puberté de l'enfant a commencé
 - S'il y a une anomalie staturale ET pondérale, **quel critère a varié en premier**
- Votre examen clinique recherchera des signes en faveur d'une étiologie :
 - Mesurez et pesez l'enfant
 - Recherchez des signes **d'hypertension intracrânienne**
 - Recherchez des signes de **dysthyroïdie**
 - Évaluez **le stade de Tanner** de l'enfant
 - Recherchez des signes de dysmorphie (trisomie 21, syndrome de Turner)
- Devant la multitude d'étiologies possibles selon le contexte, il y a une multitude d'examens complémentaires. Ce sera votre suspicion qui vous guidera. Je vous mets ci-dessous les principaux examens à demander :
 - Une **IRM cérébrale et hypophysaire** (pour chercher une tumeur intracrânienne)
 - Une **radio du poignet gauche** (pour rechercher l'âge osseux)
 - Un **bilan hormonal** avec :
 - Un bilan thyroïdien
 - Un bilan des autres hormones hypophysaires
 - Une recherche de **maladie cœliaque** (IgA anti-transglutaminase)

NOTES

Chute de la personne âgée

Situation de départ n° 27

PS

Vignette

Vous êtes interne des urgences et vous recevez M. Chuté, 86 ans qui vous est amené par les pompiers suite à une chute à domicile. Il aurait activé sa téléalarme lors de sa chute et il serait resté au sol 1 h 30.

Le patient ne présente aucune plaie ni de déformation. Il n'est pas confus.

Son examen clinique était normal.

Ses constantes sont les suivantes : TA 145/96 mmHg FC 95 bpm SpO₂ 97 % FR 17 cycles/min GCS 15 T°37,5

Vous devez à voix haute

- Interroger le patient de façon ciblée sur sa chute afin d'évaluer la gravité et rechercher une étiologie
- Proposer des examens complémentaires

Vous ne devez pas

- Faire d'examen clinique
- Faire de diagnostic

Il s'agit d'une station **AVEC PATIENT STANDARDISÉ**

► Consignes pour le PS

- Vous êtes M. Chuté, 86 ans. Vous avez chuté et êtes resté 1 h 30 au sol en attendant les pompiers après avoir utilisé votre téléalarme.
- Vous n'êtes pas confus, pas blessé apparemment.
- Vous avez comme antécédent un rétrécissement aortique, une hypertrophie de la prostate, une fracture vertébrale il y a quelques mois, une tuberculose pulmonaire à l'âge de 25 ans après un voyage en Europe de l'Est.
- Dans vos traitements vous avez du Tamsulosine et du Kardégic en prévention primaire.
- Si l'étudiant vous demande si vous avez pris un nouveau traitement répondre par « non »
- Vous n'avez pas d'antécédents chirurgicaux.
- Vous avez récemment été diagnostiqué d'une ostéoporose à la suite de la fracture vertébrale.
- Vous ne prenez pas de traitement anticoagulant.
- En ce qui concerne votre mode de vie : ne répondre que si les questions de l'étudiant sont spécifiques.
- Vous vivez seul et n'avez pas d'enfants, vous êtes divorcé.
- Vous avez comme aide au domicile : une femme de ménage qui vient 2 fois par semaine 2 h.
- Vous n'avez pas de problème pour marcher dans votre appartement mais vous avez du mal à sortir et vous avez besoin d'une canne dans la rue. Pas de problème pour se lever, manger, aller aux W-C, s'habiller, la continence et se doucher.
- Vous avez des difficultés à faire vos courses et c'est un voisin qui vous les fait une fois par semaine, vous ne prenez plus les transports et vous vous déplacez soit à pied si c'est proche soit en taxi, vous arrivez à gérer vos comptes, vous avez du mal à passer un coup de fil et vous avez du mal avec vos médicaments et c'est votre voisin qui vous fait un pilulier pour la semaine.
- Vous avez quelques tapis à la maison, le sol est en parquet. Les tapis ne sont pas fixés.
- En ce qui concerne la chute, répondre uniquement si l'étudiant pose des questions spécifiques.

- Ce n'est pas votre première chute cette année, en effet vous avez chuté 3 fois au cours de l'année à chaque fois dans les mêmes circonstances et vous avez réussi à chaque fois à vous lever.
 - Vous n'avez rien ressenti avant la chute.
 - Vous avez perdu connaissance quelques secondes, et vous avez repris conscience rapidement.
 - Vous ne vous êtes pas uriné dessus, pas de morsure de la langue.
 - Vous n'avez pas ressenti de fièvre récemment, pas eu de signe infectieux : pas de diarrhée, pas de toux, pas de crachats, pas de signes urinaires, pas douleurs lombaires, pas de douleurs abdominales, pas de nausées ou vomissement, pas de fatigue ou arthralgie ou myalgie ou rhinite ou pharyngite ou d'éruption.
 - Vous n'avez pas réussi à vous lever cette fois-ci et vous ne savez pas pourquoi.
 - Récemment vous avez présenté une dyspnée à la marche ainsi que des douleurs thoraciques à la marche.
-