Station ECOS — Correction

Anémie par carence martiale — station d'interrogatoire (8 minutes)

Cartes de référence du livre : SDD 217 (Baisse de l'hémoglobine) · SDD 21 (Asthénie) · SDD 112 (Saignement génital anormal) · SDD 81 (Anomalie des ongles) · SDD 223 (Interprétation de l'hémogramme)

1. Ce que la station évalue

Un sujet simple (anémie par carence martiale confirmée par le bilan) qui impose une méthode rigoureuse d'interrogatoire. Le candidat n'a pas de diagnostic à trouver : la ferritine est effondrée. Il est évalué sur sa capacité à dérouler, sans rien oublier, les temps successifs de l'interrogatoire.

Temps	Objectif	Question-clé
1. Symptôme	Caractériser l'asthénie et le syndrome anémique	Est-ce bien une asthénie organique, avec des signes d'anémie ?
2. Signes associés	Signes de carence martiale (phanères, muqueuses)	Y a-t-il des arguments cliniques pour la carence en fer ?
3. Gravité	Tolérance de l'anémie	Faut-il transfuser / hospitaliser ?
4. Étiologie	Orientation vers la cause de la carence	Où est la perte de fer ? (gynécologique, digestive, autre, apports)
5. Synthèse et suite	Prise en charge étiologique	Consultation gynécologique + fibroscopie et coloscopie

2. Grille d'évaluation (50 points)

Cotation binaire par item (fait / non fait). Les items à 2 points sont les items discriminants de la station. Barème indicatif : < 25 insuffisant ; 25–37 acceptable ; ≥ 38 bonne maîtrise de la méthode.

Item observable	Points	Fait / Non fait
Temps 1 — Interrogatoire ciblé sur le symptôme : asthénie et syndrome anémique Cartes SDD 21 et SDD 217	7 pt	
Caractérise l'asthénie : ancienneté (3 mois), mode d'installation progressif, caractère physique, horaire vespéral/à l'effort (oriente vers une cause organique)	1	
Élimine une cause psychique : moral, sommeil, anhédonie	1	
Recherche une altération de l'état général : poids, appétit, fièvre, sueurs nocturnes	1	
Recherche et quantifie une dyspnée d'effort (nombre d'étages, évolution par rapport à l'état antérieur)	1	
Recherche des palpitations / tachycardie ressentie à l'effort	1	
Recherche une pâleur remarquée par l'entourage	1	
Recherche céphalées, acouphènes, vertiges à l'effort	1	
Temps 2 — Signes associés de carence martiale Cartes SDD 81 et SDD 217	4 pt	
Recherche une atteinte des phanères : chute de cheveux, ongles cassants / fragiles, forme concave « en cuillère » (koïlonychie)	2	
Recherche une atteinte des muqueuses : glossite, perlèche, bouche sèche	1	
Verbalise que ces signes associés orientent vers une carence en fer (et non une autre cause d'anémie)	1	
Temps 3 — Recherche des signes de gravité (tolérance de l'anémie) Carte SDD 217 — « Signes de mauvaise tolérance = urgence »	8 pt	
Recherche une dyspnée de repos	1	
Recherche une douleur thoracique / angor	1	
Recherche lipothymie, malaise, syncope, vertiges orthostatiques	1	

Item observable	Points	Fait / Non fait
Recherche un trouble de conscience / confusion / somnolence	1	
Recherche un saignement actif en cours	1	
Recherche un terrain à risque : cardiopathie, insuffisance respiratoire, âge	1	
Interprète les constantes fournies (FC 92/min, PA 128/76 mmHg, SpO_2 98 %) et conclut explicitement : anémie bien tolérée, pas d'indication transfusionnelle	2	
Temps 4 — Orientation étiologique de la carence martiale à l'interrogatoire Cartes SDD 217 (saignement chronique, malabsorption, besoins augmentés) et SDD 112	13 pt	
Saignement gynécologique : statut hormonal (règles présentes, irrégulières, périménopause), date des dernières règles	1	
Quantifie l'abondance des règles : durée, caillots, nombre de protections / changement horaire, débordements nocturnes, évolution par rapport aux règles antérieures	2	
Recherche des métrorragies (saignements entre les règles, post-coïtaux)	1	
Recherche contraception / dispositif intra-utérin (DIU au cuivre), traitement hormonal, suivi gynécologique et dernier frottis	1	
Saignement digestif : méléna, rectorragies, douleurs abdominales, épigastralgies, troubles du transit, amaigrissement	1	
Recherche une prise d'AINS / aspirine / anticoagulants (ibuprofène mensuel depuis un an)	2	
Recherche des antécédents familiaux de cancer colorectal (père à 58 ans) et l'absence de dépistage	2	
Autres pertes sanguines : épistaxis, gingivorragies, hématurie, dons du sang	1	
Carence d'apport ou malabsorption : régime (végétarien / restrictif), diarrhée chronique, maladie cœliaque, chirurgie gastrique ou bariatrique	1	
Besoins augmentés : grossesses, allaitement (non pertinent ici mais à vérifier)	1	
Temps 5 — Synthèse et suite de la prise en charge étiologique Carte SDD 217 — « Prise en charge »	13 pt	
Énonce le diagnostic : anémie microcytaire arégénérative par carence martiale confirmée (ferritine effondrée, CRP normale), bien tolérée	2	
Énonce l'orientation étiologique : ménorragies de périménopause sur DIU au cuivre, avec arguments pour une spoliation digestive associée (âge > 50 ans, AINS, antécédent familial au 1er degré)	2	
Propose une consultation gynécologique (examen gynécologique, échographie pelvienne, réévaluation du DIU au cuivre)	2	
Propose une exploration digestive endoscopique : fibroscopie œso-gastro-duodénale ET coloscopie	2	
Justifie les endoscopies auprès de la patiente (âge, antécédent familial, AINS) et répond à son objection	2	
Conseille l'arrêt de l'ibuprofène (alternative antalgique à discuter)	1	
Mentionne le traitement martial par voie orale (3 mois minimum, poursuivi jusqu'à normalisation de la ferritine) en précisant qu'il ne dispense pas de l'enquête étiologique	1	
Précise les signes devant faire reconsulter en urgence : dyspnée de repos, douleur thoracique, malaise, saignement abondant	1	
Attitude et communication Items transversaux des grilles nationales	5 pt	
Se présente, vérifie l'identité de la patiente, annonce son rôle et le déroulé de la consultation	1	

Item observable	Points	Fait / Non fait
Questions ouvertes puis fermées, écoute sans interrompre, reformule	1	
Langage adapté, sans jargon ; explique les résultats de la prise de sang de façon compréhensible	1	
Répond aux questions de la patiente (transfusion, coloscopie) de façon rassurante et argumentée	1	
Conclut par une synthèse structurée : problème, hypothèse, conduite à tenir, signes d'alerte	1	
TOTAL		

3. Corrigé détaillé

Lecture du dossier (avant d'entrer)

- Anémie (Hb 8,6 g/dL < 12 g/dL chez la femme), microcytaire (VGM 68 fL < 80), hypochrome (TCMH basse), arégénérative (réticulocytes 38 G/L), isolée (leucocytes normaux ; thrombocytose modérée fréquente dans la carence martiale).
- Ferritine à 5 µg/L avec CRP normale : carence martiale confirmée, sans syndrome inflammatoire qui aurait pu fausser la ferritine. Créatinine et TSH normales.
- Hémogramme normal il y a 3 ans : anémie acquise, d'installation progressive, cohérente avec un saignement chronique.
- Carte 217 : « Devant toute anémie microcytaire : ferritine en premier (pas le fer sérique) » ; « Si ferritine basse → carence en fer confirmée ».

Temps 1 — Interrogatoire ciblé : asthénie et syndrome anémique

- Carte 21 (Asthénie) : préciser physique/psychique, ancienneté, mode évolutif, horaire. Ici : 3 mois, progressive, physique, vespérale et à l'effort → organique. Moral et sommeil conservés → pas d'argument pour une dépression.
- Carte 217 : syndrome anémique = pâleur des muqueuses, asthénie, tachycardie, souffle systolique fonctionnel, dyspnée d'effort. À l'interrogatoire : dyspnée à deux étages (nouvelle), palpitations d'effort, pâleur remarquée par le mari, céphalées et acouphènes d'effort.
- Rechercher une altération de l'état général (poids, appétit, fièvre, sueurs) : absente ici, mais la question doit être posée (carte 21 : signaux d'alarme).

Temps 2 — Signes associés de carence martiale

- Carte 81 : koïlonychie (ongles concaves, fendillés, fragiles), ongles mous ; glossite, perlèche. Ici : ongles cassants dédoublés, chute de cheveux, langue sensible, fissures des commissures.
- La koïlonychie (ongles concaves « en cuillère ») est l'item discriminant de ce temps : la patiente dit spontanément que ses ongles cassent, mais ne décrit leur forme que si on le lui demande. Carte 81 : « Koïlonychie → carence martiale : ferritine en 1re intention ». Le candidat doit ensuite verbaliser que ces signes associés orientent vers une carence en fer.

Temps 3 — Signes de gravité

- Carte 217 : signes de mauvaise tolérance = urgence : dyspnée de repos, angor, hypotension, tachycardie > 120/min, vertiges, lipothymie, trouble de conscience → transfusion.
- Ici : aucun signe de mauvaise tolérance, FC 92/min, PA 128/76 mmHg, SpO_2 98 %, pas de cardiopathie, pas de saignement actif. Conclusion attendue, formulée à voix haute : anémie chronique bien tolérée, pas d'indication transfusionnelle, prise en charge ambulatoire.
- Rappel des annales 2025 (station 102) : la gravité et l'indication transfusionnelle ne reposent pas sur un chiffre isolé mais sur l'hémoglobine, la tolérance clinique, les comorbidités et le contexte.

Temps 4 — Orientation étiologique

- Carte 217 : carence en fer = saignement chronique, malabsorption, besoins augmentés. L'interrogatoire explore systématiquement ces trois mécanismes.
- Gynécologique (carte 112) : règles présentes, irrégulières depuis un an (périménopause), abondantes (7–8 jours, caillots, protection toutes les heures, débordements) ; pas de métrorragie ; DIU au cuivre depuis 6 ans (favorise les ménorragies) ; pas de suivi depuis 4 ans. → Cause principale probable.
- Digestif : pas de méléna ni rectorragie, transit normal, mais épigastralgies, ibuprofène en automédication à chaque cycle depuis un an, père avec cancer colorectal à 58 ans, aucun dépistage, âge > 50 ans. → Arguments suffisants pour une exploration endoscopique haute et basse.
- Autres pertes : épistaxis, gingivorragies, hématurie, dons du sang : absents.
- Apports et absorption : alimentation omnivore, pas de régime, pas de diarrhée chronique, pas de chirurgie digestive, pas de maladie cœliaque connue. Besoins : pas de grossesse.

Temps 5 — Synthèse et suite de la prise en charge

- Carte 217 : « Recherche de la cause du saignement obligatoire. Endoscopie digestive (homme et femme ménopausée). Gynécologie (femme en période d'activité génitale). »
- Ici la patiente est encore réglée mais cumule des arguments digestifs (âge, antécédent familial au 1er degré, AINS) : les deux explorations sont indiquées. Consultation gynécologique avec examen et échographie pelvienne (carte 112 : échographie 1re intention ; hystéroscopie + biopsies si > 45 ans ou facteurs de risque), réévaluation du DIU au cuivre. Fibroscopie œso-gastro-duodénale et coloscopie.
- Arrêt de l'ibuprofène, alternative antalgique à discuter avec le gynécologue.
- Traitement martial (carte 217) : fer par voie orale à jeun pendant 3 mois minimum, contrôle de la numération à 10 jours (crise réticulocytaire), poursuite jusqu'à normalisation de la ferritine. Le fer ne dispense jamais de l'enquête étiologique.
- Signes devant faire reconsulter en urgence : dyspnée de repos, douleur thoracique, malaise, saignement abondant.
- Terminer par une synthèse explicite à la patiente : « vous avez une anémie par manque de fer, bien tolérée ; la cause la plus probable est vos règles abondantes, mais il faut aussi vérifier le tube digestif ; nous organisons une consultation gynécologique et des endoscopies ; en attendant on arrête l'ibuprofène et on commence le fer. »

4. Les pièges de la station

Piège	Pourquoi c'est important
Sauter l'évaluation de la tolérance	Le réflexe « ferritine basse = fer » fait oublier le temps 3. Toute anémie impose d'abord la question : est-elle bien tolérée ? (carte 217 : dyspnée de repos, angor, hypotension, tachycardie > 120/min, lipothymie, trouble de conscience → transfusion).
Se contenter de « avez-vous des règles abondantes ? »	Il faut quantifier : durée, caillots, nombre de protections, débordements, comparaison avec les règles antérieures (carte 112 : abondance, score de Higham).
Arrêter l'enquête à la cause gynécologique	Chez une femme réglée, les ménorragies sont la cause la plus fréquente, mais une femme de 52 ans avec un antécédent familial au 1er degré et des AINS a des arguments pour une spoliation digestive. Carte 217 : « recherche de la cause du saignement obligatoire ».
Oublier la question des médicaments	L'ibuprofène n'est révélé que si on le demande. Les AINS en automédication sont une cause classique de saignement digestif occulte.
Oublier les antécédents familiaux	Le cancer colorectal du père ne sort que si on pose la question. Il justifie à lui seul une coloscopie.
Prescrire du fer sans enquête étiologique	Le fer corrige l'anémie, pas la cause. Carte 217 — Les indispensables : « Toute carence en fer chez l'homme ou la femme ménopausée = cancer digestif jusqu'à preuve du contraire → endoscopies obligatoires ».
Confondre fer sérique et ferritine	Carte 217 — Les indispensables : « Devant toute anémie microcytaire : ferritine en premier (pas le fer sérique) ».
Oublier la synthèse finale	La station se termine par une synthèse explicite à la patiente : diagnostic, cause probable, examens prévus, signes d'alerte. C'est un item de communication présent dans toutes les grilles.

5. Points de méthode à faire passer en session de correction

1. Un sujet « facile » n'est pas un sujet « rapide » : en 8 minutes, seule une méthode fixe (symptôme → signes associés → gravité → étiologie → synthèse) garantit de ne rien oublier.
2. La tolérance se cherche toujours, même quand le dossier semble rassurant : c'est un temps obligatoire et coté dans toutes les grilles d'anémie.
3. Devant une carence martiale, l'interrogatoire étiologique est un balayage systématique de toutes les sources de perte, pas une confirmation de la première hypothèse venue.
4. Les informations décisives (AINS, antécédent familial, forme des ongles) ne sont données que si la question est posée : c'est le principe même du patient standardisé.

5. La station se termine par une explication à la patiente, pas par une liste d'examens : justifier, répondre aux objections, donner les signes d'alerte.