

# Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-23 - Perte auditive - Homme 65 ans

Cabinet médical  
Marvin Baker, homme de 65 ans, consultant pour perte auditive

T° 36.5°C	TA 120/80 mmHg	FC 62 bpm	FR 15/min
--------------	-------------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/41

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Je n'entends plus bien]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la perte auditive				0
Oreilles affectées [Je pense que c'est pareil dans les deux oreilles]	<input type="checkbox"/>			
Tous les sons/sons spécifiques [Hmm, je pense que j'entends un peu moins les tons aigus. J'ai vraiment du mal à comprendre ma petite-fille parfois]	<input type="checkbox"/>			
Début [Il y a environ 5 ans]	<input type="checkbox"/>			
Constant/intermittent [C'est là tout le temps]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Progression [C'est resté presque pareil pendant un moment mais ça s'est aggravé, surtout cette dernière année]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Jamais]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Quand j'assiste à des réunions de famille et que beaucoup de gens parlent, c'est difficile pour moi de suivre les conversations]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes associés [Aucun]	<input type="checkbox"/>			
3. Recherche de symptômes spécifiques				0
Traumatisme [Non]	<input type="checkbox"/>			
Céphalées [Non]	<input type="checkbox"/>			
Nausées/vomissements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Éruption cutanée/changements cutanés [Non]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [Aucune]	<input type="checkbox"/>			
Vertiges [Non]	<input type="checkbox"/>			
Exposition récente à un bruit fort soudain [Pas que je me souvienne]	<input type="checkbox"/>			
Acouphènes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleur auriculaire [Non]	<input type="checkbox"/>			
Écoulement auriculaire [Non]	<input type="checkbox"/>			
Faiblesse [Non]	<input type="checkbox"/>			
Engourdissement [Non]	<input type="checkbox"/>			
Picotements [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Antécédents médicaux				0
Antécédents médicaux [J'ai été traité pour un cancer de la vessie il y a 3 ans et j'ai eu de la chimiothérapie. Et j'ai des douleurs chroniques à l'épaule]	<input type="checkbox"/>			
Type de chimiothérapie [C'était quelque chose avec 'platine' dans son nom, peut-être 'cisplatine' ?]	<input type="checkbox"/>			
5. Allergies				0
Allergies [Pénicilline]	<input type="checkbox"/>			
Description de la réaction allergique [Quand j'en ai pris une fois, je me suis senti très nauséux et essoufflé]	<input type="checkbox"/>			

6. Médicaments [Je prends de l'aspirine à cause de mes douleurs chroniques à l'épaule depuis 6 mois. J'en prends tous les jours, souvent plus d'un comprimé de 500 mg]

☐☐

0

7. Hospitalisations et antécédents chirurgicaux

0

Hospitalisations [À cause de mon cancer de la vessie, j'ai dû aller à l'hôpital plusieurs fois]

☐

Antécédents chirurgicaux [On m'a enlevé la vessie, la prostate et certains ganglions lymphatiques à cause du cancer]

☐

8. Antécédents familiaux [Mon père est mort d'une crise cardiaque quand il avait 72 ans]

☐☐

0

9. Habitudes et mode de vie

0

Travail [Je suis presque à la retraite. Je travaille dans une aciérie. Quand j'étais plus jeune je travaillais à l'usine, mais de nos jours je fais juste de la paperasse dans un bureau. Je suis trop vieux pour un travail plus lourd]

☐

Niveau sonore au travail, protection auditive [Pas au bureau. Mais dans l'usine c'était bruyant parfois. La plupart du temps j'utilisais mes écouteurs, mais parfois j'oubliais de les mettre]

☐

Domicile [Je vis avec ma femme. Notre fils a déménagé il y a des années]

☐

Alcool [Je bois souvent une bière après le travail, mais pas plus d'une]

☐

Drogues récréatives [Jamais !]

☐

Tabac [Oui, je fume. Je fume un paquet par jour depuis 42 ans]

☐

## Examen clinique (25%)

Score : 0/9

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Mesures d'hygiène				0
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
2. Examen de la tête, yeux, oreilles, nez et gorge				0
Palpation de la tête	<input type="checkbox"/>			
Inspection des oreilles	<input type="checkbox"/>			
Palpation des oreilles	<input type="checkbox"/>			
Otoscopie	<input type="checkbox"/>			
Tests de Rinne et Weber	<input type="checkbox"/>			
3. Examen neurologique				0
Examen ciblé des nerfs crâniens	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé de l'audition [Diminution de l'audition bilatérale]	<input type="checkbox"/>			

## Management (25%)

Score : 0/14

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic				

### Diagnostics différentiels à considérer

#### Causes de surdité neurosensorielle bilatérale

- **Presbyacousie** → **Audiométrie tonale et vocale**

Arguments POUR:

- ☐ Âge > 50 ans (65 ans)

- ☐ Perte auditive bilatérale progressive
- ☐ Atteinte prédominante des hautes fréquences
- ☐ Difficulté en environnement bruyant (réunions familiales)
- ☐ Difficulté à comprendre voix aiguës (petite-fille)
- ☐ Examen physique normal
- ☐ Tabagisme (facteur de risque)
- ☐ Évolution graduelle sur 5 ans

• **Surdité induite par le bruit** → **Audiométrie : encoche à 4000 Hz typique**

**Arguments POUR:**

- ☐ Exposition professionnelle chronique (aciérie)
- ☐ Protection auditive inconstante
- ☐ Bilatérale, neurosensorielle
- ☐ Atteinte hautes fréquences
- ☐ Difficulté en milieu bruyant

Contre : Pas d'acouphènes (fréquents dans ce type), début après arrêt exposition usine

• **Surdité ototoxique médicamenteuse** → **Audiométrie, arrêt aspirine (réversible)**

**Arguments POUR:**

- ☐ Cisplatine il y a 3 ans (très ototoxique)
- ☐ Aspirine forte dose quotidienne × 6 mois
- ☐ Bilatérale, neurosensorielle
- ☐ Atteinte hautes fréquences

Contre : Début il y a 5 ans (avant médicaments), pas d'acouphènes ni vertiges

**Autres causes à considérer**

• **Maladie de Ménière** → **Audiométrie : fluctuante, basses fréquences**

Contre : pas de vertiges, pas d'acouphènes, bilatérale

• **Neurinome acoustique** → **IRM avec gadolinium si asymétrie**

Contre : bilatéral (neurinome unilatéral sauf NF2)

• **Otospongiose** → **Tympanométrie, scanner temporal**

Contre : surdité de transmission, âge début plus jeune

2. Examens complémentaires

Audiométrie [détermine l'étendue de la perte auditive ; aide aussi à différencier la presbycousie de la perte auditive induite par le bruit]



0

3. Communication avec le patient

Explications au patient des impressions diagnostiques préliminaires

☐

Explication du plan de prise en charge

☐

Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes médicaux

☐

Évaluation de l'accord du patient avec le plan diagnostique

☐

Recherche des préoccupations et questions du patient

☐

0

4. Conseil et soutien

Conseil sur l'arrêt du tabac

☐

Conseil pour réduire la prise d'aspirine

☐

Réaction appropriée au défi : articuler clairement, parler fort

☐

Éducation sur les aides auditives

☐

Stratégies de communication

☐

0

**Prise en charge de la presbycousie et prévention**

• Évaluation audiolgogique complète :

- Audiométrie tonale liminaire
- Audiométrie vocale dans le silence et le bruit
- Impédancemétrie
- Potentiels évoqués auditifs si doute
- Appareillage auditif :
  - Indication si perte > 30 dB ou gêne sociale
  - Appareillage bilatéral recommandé
  - Essai 30 jours obligatoire
  - Suivi régulier pour ajustements
  - Mesures préventives :
    - Arrêt aspirine ou réduction dose
    - Protection auditive systématique si bruit
    - Arrêt tabac (ralentit progression)
    - Éviter nouveaux médicaments ototoxiques
    - Stratégies de communication :
      - Face à face, bonne lumière
      - Réduire bruit de fond
      - Parler clairement sans crier
      - Lecture labiale
      - Aides techniques (téléphone amplifié)

## Clôture de consultation

### Défi : Difficulté de compréhension

*Faire semblant d'avoir du mal à comprendre l'examineur sauf s'il parle fort et articule clairement*

### Réponse type du candidat

*L'examineur doit s'adapter en parlant plus fort et en articulant clairement, face au patient, avec une bonne lumière sur le visage pour faciliter la lecture labiale. Il doit vérifier régulièrement la compréhension du patient.*

## Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
<b>1. Réponse aux sentiments et besoins du patient</b> <i>Empathie, écoute active, validation des émotions Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Structure de l'entretien</b> <i>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Expression verbale</b> <i>Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. Expression non verbale</b> <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5. Évaluation générale de la communication</b> <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Score Global

0%

### % par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

### Note Globale

A-E

## Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

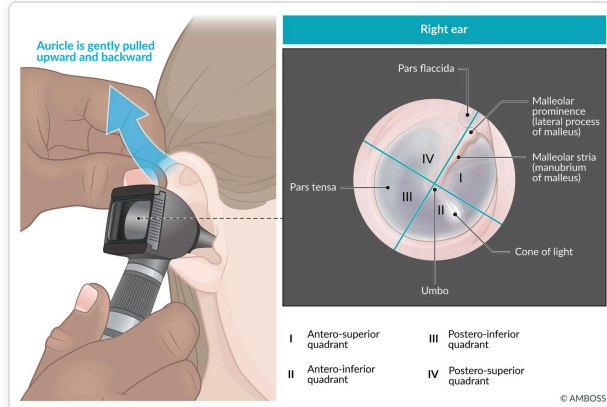
60-69%

E

<60%

## Examen et anatomie de surface de la membrane tympanique

Repères anatomiques du tympan normal pour l'examen otoscopique.



## Tests au diapason de Rinne et Weber

(1) Test de Weber : Un diapason vibrant est placé au centre du crâne.

On demande ensuite au patient de quelle oreille le son est entendu le plus fort.

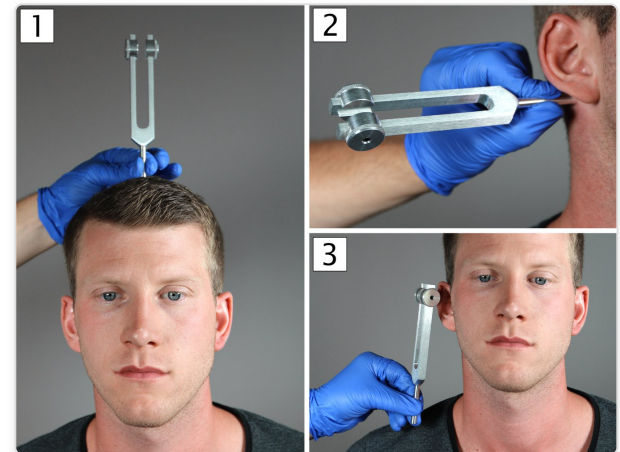
Si le son est plus fort dans une oreille, le test de Rinne doit être effectué sur les oreilles droite et gauche.

(2) Le diapason vibrant est placé sur le processus mastoïde de l'oreille, qui peut être localisé en palpant derrière le conduit auditif.

(3) Si le son s'atténue au point que le patient ne peut plus l'entendre, le diapason est positionné devant la même oreille sans le faire vibrer à nouveau.

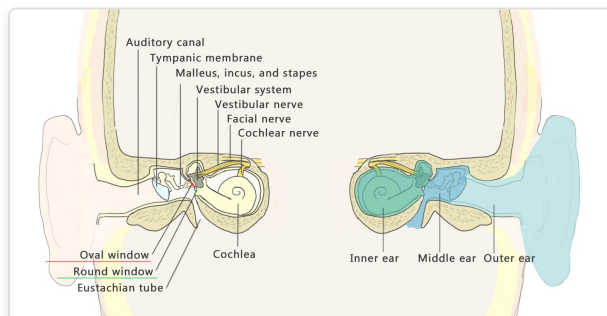
Dans une audition normale, le patient est capable d'entendre le diapason, car la conduction aérienne est supérieure à la conduction osseuse (le test de Rinne est positif).

Les tests de Rinne et Weber peuvent être utilisés pour différencier entre perte auditive de transmission et neurosensorielle.



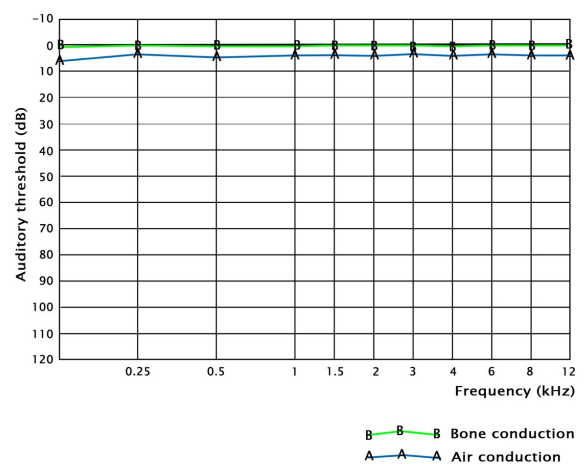
## Oreille interne : organes de l'audition et de l'équilibre

Anatomie de la cochlée et du système vestibulaire.



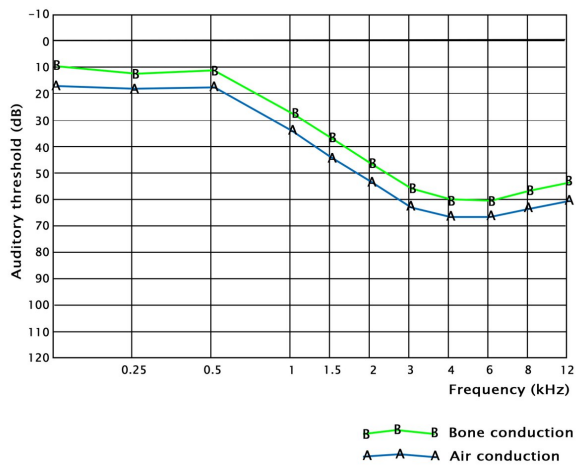
## Audiogramme normal

Seuil auditif dépendant de la fréquence, mesuré par conduction aérienne et osseuse.



## Audiogramme dans la presbycousie

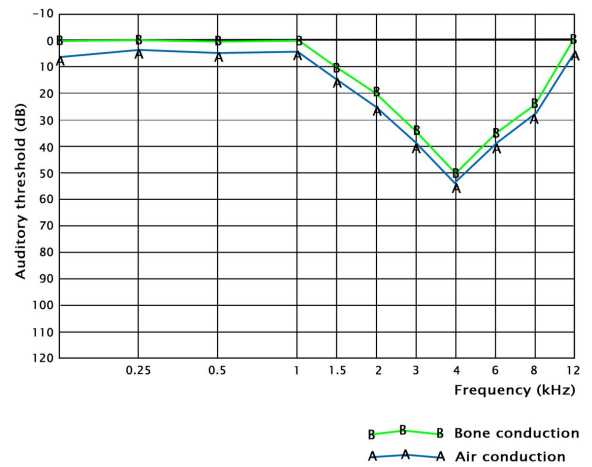
Seuil auditif dépendant de la fréquence, mesuré par conduction aérienne et osseuse : Dans la presbycousie, les patients ont du mal à entendre les fréquences plus élevées tant en conduction aérienne qu'osseuse.



## Audiogramme dans la surdité induite par le bruit

Seuil auditif dépendant de la fréquence, mesuré par conduction aérienne et osseuse.

Dans la perte auditive induite par le bruit, l'audition est la plus altérée aux fréquences de 4000 Hz tant en conduction osseuse qu'aérienne.



## Scénario pour le patient standardisé

**Nom :** Marvin Baker | **Âge :** 65 ans

**Contexte :** Ouvrier métallurgiste proche de la retraite avec perte auditive progressive

### Motif de consultation

**Plainte principale :** «Je n'entends plus bien.»

**Si on demande s'il y a autre chose :** «C'est difficile de suivre les conversations.»

### Consignes

- Quand l'examineur teste votre audition en chuchotant ou en frottant ses doigts près de votre oreille, faire semblant de ne pas entendre des deux côtés.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: audiométrie) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Faire semblant d'avoir du mal à comprendre l'examineur sauf s'il parle fort et articule clairement.

### Histoire actuelle

#### Symptôme principal :

- Perte auditive bilatérale depuis 5 ans
- Aggravation progressive, surtout dernière année
- Difficulté avec tons aigus (voix petite-fille)
- Problème en environnement bruyant
- Constant, pas d'amélioration

#### Symptômes associés :

- Pas d'acouphènes
- Pas de vertiges
- Pas de douleur auriculaire
- Pas d'écoulement
- Pas de symptômes neurologiques

### Simulation

#### Durant l'entretien :

- Demander de répéter fréquemment
- Se pencher vers l'examineur
- Regarder les lèvres (lecture labiale)
- Répondre à côté si question mal comprise
- S'améliorer si examinateur parle fort/articule

#### Durant le status :

- Ne pas réagir au chuchotement bilatéral
- Ne pas réagir au frottement doigts
- Otoscopie normale
- Weber non latéralisé
- Rinne positif bilatéral (CA > CO)

## Informations de l'expert

### Dossier médical de l'entretien

---

Homme de 65 ans avec presbyacousie typique : perte auditive neurosensorielle bilatérale progressive prédominant sur aigus. Facteurs contributifs : exposition bruit professionnelle, tabagisme. Ototoxicité (cisplatine, aspirine) aggrave probablement. Indication formelle appareillage auditif. Arrêt aspirine peut améliorer partiellement. Pronostic : progression lente inévitable mais appareillage efficace.

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

---

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

- Audiométrie : Perte neurosensorielle bilatérale 40-60 dB sur 2-8 kHz
- Courbe descendante typique presbyacousie
- Audiométrie vocale : 60% discrimination à 65 dB
- Tympanométrie : Type A normal bilatéral
- Réflexes stapédiens présents mais seuils élevés
- Pas d'indication IRM (symétrique, progressif)

### Points clés

---

- Presbyacousie = 1ère cause surdité > 65 ans
- Toujours tester chaque oreille séparément
- Weber non latéralisé + Rinne positif = neurosensoriel bilatéral
- Adaptation communication essentielle (défi)
- Aspirine ototoxique réversible, cisplatine irréversible
- Appareillage bilatéral meilleur que monaural

### Pièges

---

- Ne pas s'adapter au déficit auditif du patient
- Oublier médicaments ototoxiques
- Ne pas conseiller arrêt aspirine
- Confondre transmission et neurosensoriel
- Négliger impact social de la surdité



### **Diagnostic le plus probable**

Presbyacousie avec contribution de surdité professionnelle et ototoxicité médicamenteuse

### **Presbyacousie**

Dégénérescence progressive de l'oreille interne liée à l'âge :

- Prévalence : 30% > 65 ans, 60% > 75 ans
- Pathophysiologie : perte cellules ciliées, strie vasculaire, neurones
- Atteinte symétrique bilatérale progressive
- Débute hautes fréquences (4-8 kHz) → extension
- Discrimination vocale altérée en milieu bruyant
- Facteurs risque : âge, génétique, bruit, tabac, diabète, HTA

### **Surdité professionnelle**

Lésion cochléaire par exposition chronique au bruit :

- Seuil dangereux : > 85 dB pendant 8h/jour
- Mécanisme : destruction mécanique cellules ciliées
- Encoche caractéristique 4000 Hz à l'audiométrie
- Acouphènes fréquents (50-90% cas)
- Prévention : protection auditive obligatoire
- Maladie professionnelle indemnisable

### **Ototoxicité médicamenteuse**

Atteinte cochléaire et/ou vestibulaire par médicaments :

- Cisplatine : ototoxicité irréversible dose-dépendante (30-80%)
- Aspirine : ototoxicité réversible à forte dose (> 3g/j)
- Aminosides : irréversible, surveillance nécessaire
- Diurétiques de l'anse : réversible si arrêt précoce
- Mécanisme : stress oxydatif, apoptose cellulaire
- Prévention : monitoring, alternatives si possible

### **Évaluation audiométrique**

Gold standard pour diagnostic et suivi :

- Audiométrie tonale : seuils par fréquence (125-8000 Hz)
- Audiométrie vocale : discrimination mots dans silence/bruit
- Tympanométrie : intégrité oreille moyenne
- Réflexes stapédiens : voie auditive centrale
- Potentiels évoqués : si doute central/rétrocochléaire
- Otoacoustic emissions : fonction cellules ciliées externes

### **Tests de Rinne et Weber**

Tests au diapason pour orientation diagnostique :

- Weber : diapason vertex → latéralisation
- - Transmission : latéralise côté atteint
- - Neurosensoriel : latéralise côté sain
- Rinne : compare conduction aérienne (CA) vs osseuse (CO)
- - Normal/neurosensoriel : CA > CO (Rinne +)
- - Transmission : CO > CA (Rinne -)
- Limite : peu sensible pour pertes < 20 dB

### **Appareillage auditif**

Réhabilitation auditive personnalisée :

- Indication : perte > 30 dB ou gêne sociale significative

- Types : contour oreille, intra-auriculaire, implant
- Technologies : réduction bruit, directionnalité, connectivité
- Appareillage bilatéral : meilleure localisation spatiale
- Période adaptation : 3-6 mois, réglages progressifs
- Remboursement : variable selon pays/assurance

## Rappels thérapeutiques

- Arrêt aspirine ou réduction dose minimale efficace
- Protection auditive si exposition bruit > 85 dB
- Appareillage auditif bilatéral si perte > 30 dB
- Réglages progressifs sur 3-6 mois
- Aides techniques : amplificateurs téléphone, alertes visuelles
- Lecture labiale, placement optimal conversation
- Suivi audiométrique annuel
- Éviter nouveaux médicaments ototoxiques

## Examens complémentaires

- Audiométrie tonale : courbe type presbyacousie
- Audiométrie vocale : % discrimination selon intensité
- Tympanométrie : éliminer composante transmissionnelle
- Réflexes stapédiens : voies centrales
- Otoscopie : éliminer bouchon cérumen, perforation
- Si asymétrie > 15 dB : IRM IAC avec gadolinium
- Si vertiges associés : VNG, VEMP
- Bilan si ototoxicité : fonction rénale, magnésium