

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-28 - Suivi hypertension - Homme 54 ans

Clinique de médecine générale

James Miller, 54 ans, vient à la clinique pour un suivi de son hypertension

TA 135/88 mmHg	FC 70 bpm	FR 16/min	T° 36.7°C
-------------------	--------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/57

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Je suis ici pour vérifier ma tension artérielle]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Historique de l'hypertension				0
Début [J'ai découvert l'année dernière que j'avais de l'hypertension]	<input type="checkbox"/>			
Traitement initial [Le médecin m'a prescrit de l'hydrochlorothiazide, mais ma tension artérielle est restée élevée]	<input type="checkbox"/>			
Traitement actuel [Il a ajouté du propranolol il y a 6 mois]	<input type="checkbox"/>			
Adhérence au traitement [Eh bien, parfois j'oublie de prendre les pilules, mais en général, je les prends régulièrement]	<input type="checkbox"/>			
Dernier contrôle [Il y a six mois]	<input type="checkbox"/>			
Surveillance à domicile [Non]	<input type="checkbox"/>			
3. État actuel [Bien]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
4. Symptômes généraux				0
Fatigue [Non mentionnée]	<input type="checkbox"/>			
Maux de tête [Non]	<input type="checkbox"/>			
Étourdissements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Vision floue [Non]	<input type="checkbox"/>			
Nausées [Non]	<input type="checkbox"/>			
Palpitations [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleurs thoraciques [Non]	<input type="checkbox"/>			
Essoufflement [Non]	<input type="checkbox"/>			
Modifications urinaires [Non]	<input type="checkbox"/>			
Faiblesse [Non]	<input type="checkbox"/>			
Changements dans les selles [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes de sommeil [Non]	<input type="checkbox"/>			
Perte de cheveux [J'ai perdu plus de cheveux que d'habitude sur ma tête. Je pense que je commence à devenir chauve]	<input type="checkbox"/>			
5. Effets secondaires des médicaments				0
Problème principal [Au cours des 4 derniers mois, j'ai commencé à avoir des problèmes de performance sexuelle]	<input type="checkbox"/>			
Attribution [Un ami m'a dit que c'était le propranolol, mais je pense que c'est mon âge]	<input type="checkbox"/>			
Description du problème [J'ai une érection faible. Parfois, je ne peux pas avoir d'érection du tout]	<input type="checkbox"/>			
Sévérité (échelle 1-10) [Environ 4]	<input type="checkbox"/>			
Érections matinales ou nocturnes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Libido [Elle est faible aussi, docteur. Je ne suis tout simplement plus aussi intéressé par le sexe qu'avant]	<input type="checkbox"/>			

6. Facteurs psychosociaux			0
Problèmes conjugaux [Non, ma femme est formidable]	<input type="checkbox"/>		
Problèmes professionnels [Je suis très heureux dans mon travail]	<input type="checkbox"/>		
Sentiments de dépression [Non]	<input type="checkbox"/>		
Sentiments d'anxiété ou de stress [Non]	<input type="checkbox"/>		
7. Symptômes vasculaires			0
Douleur aux jambes ou aux fesses en marchant [Non]	<input type="checkbox"/>		
Douleur au repos [Non]	<input type="checkbox"/>		
8. Changements généraux			0
Changements de poids [Non]	<input type="checkbox"/>		
Changements d'appétit [Non]	<input type="checkbox"/>		
9. Antécédents médicaux			0
Diabète [Non]	<input type="checkbox"/>		
Hypercholestérolémie [Oui, cela a été diagnostiqué l'année dernière]	<input type="checkbox"/>		
Problèmes cardiaques [Non]	<input type="checkbox"/>		
AIT ou AVC [Non]	<input type="checkbox"/>		
10. Médicaments actuels [Propranolol, hydrochlorothiazide, lovastatine]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
11. Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
12. Antécédents familiaux			0
Père [Mon père est mort à 50 ans d'une crise cardiaque]	<input type="checkbox"/>		
Mère [Ma mère est en bonne santé, mais elle a la maladie d'Alzheimer. Elle est maintenant en maison de retraite]	<input type="checkbox"/>		
13. Habitudes et mode de vie			0
Profession [Enseignant]	<input type="checkbox"/>		
Régime alimentaire [Je mange beaucoup de malbouffe]	<input type="checkbox"/>		
Exercice [Non]	<input type="checkbox"/>		
Consommation d'alcool [Oui, 3-4 bières par semaine depuis 10 ans]	<input type="checkbox"/>		
Drogues illicites [Non]	<input type="checkbox"/>		
Tabac [Non]	<input type="checkbox"/>		
Situation sociale [Je suis marié et je vis avec ma femme]	<input type="checkbox"/>		
Activité sexuelle [J'avais une vie sexuelle merveilleuse avec ma femme jusqu'à il y a 4 mois]	<input type="checkbox"/>		
14. Allergies médicamenteuses [Aucune allergie médicamenteuse connue]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Examen clinique (25%)			Score : 0/17	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. Aspect général [Le patient ne semble pas en détresse aiguë]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen de la tête et du cou			0	
Examen du fond d'œil [Pas d'anomalies du fond d'œil]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation des carotides [Pas de souffles carotidiens]	<input type="checkbox"/>			
Turgescence jugulaire [Pas de turgescence jugulaire]	<input type="checkbox"/>			

3. Examen cardiovasculaire				0
Palpation [Choc de pointe non déplacé]	<input type="checkbox"/>			
Auscultation [RR et FC normaux ; B1/B2 normaux ; pas de souffles, frottements ou galops]	<input type="checkbox"/>			
4. Examen pulmonaire		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Auscultation [Murmures vésiculaires clairs bilatéralement]				
5. Examen abdominal				0
Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité, pas de bruits anormaux]	<input type="checkbox"/>			
Palpation [Détendu, souple et indolore, pas d'organomégalie]	<input type="checkbox"/>			
6. Examen des extrémités				0
Inspection [Pas d'œdème, pas de perte de cheveux ou de changements cutanés]	<input type="checkbox"/>			
Palpation des pouls périphériques [Pouls radial, brachial, fémoral, pédieux, et tibial postérieur 2+ et symétriques]	<input type="checkbox"/>			
7. Examen neurologique				0
Force des membres inférieurs [5/5 dans les membres inférieurs ddc]	<input type="checkbox"/>			
Sensibilité [Intacte au touché-piqué dans les membres inférieurs]	<input type="checkbox"/>			
ROT [Symétriques 2+ dans les membres inférieurs]	<input type="checkbox"/>			
Signe de Babinski [Négatif ddc]	<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 médicamenteuses

- **Dysfonction érectile induite par les médicaments** → *Changement de classe médicamenteuse*

Arguments POUR:

- ☐ Prise de propranolol (bêta-bloquant)
- ☐ Début de la dysfonction érectile coïncidant avec l'utilisation du propranolol (2 mois après)
- ☐ Absence de tumescence matinale ou nocturne (suggère cause organique)
- ☐ Diminution de la libido associée

Causes vasculaires

- **Dysfonction érectile secondaire à une maladie vasculaire** → *US-Doppler pénien*

Arguments POUR:

- ☐ Antécédents d'hypertension
- ☐ Antécédents d'hyperlipidémie
- ☐ Absence de tumescence matinale ou nocturne

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de claudication
- ☐ Pouls périphériques normaux
- ☐ Pas de signes d'insuffisance artérielle

Causes endocriniennes

- **Hypogonadisme** → *Testostérone, LH/FSH, prolactine*

Arguments POUR:

- ☐ Perte de libido et dysfonction érectile
- ☐ Perte de cheveux
- ☐ Absence de tumescence matinale ou nocturne
- ☐ Possibilité d'origine centrale ou périphérique

- **Diabète non diagnostiqué** → *Glycémie à jeun*

Arguments POUR:

- ☐ Facteurs de risque cardiovasculaires multiples
- ☐ Dysfonction érectile comme manifestation précoce

Autres causes

- **Dépression masquée** → *Évaluation psychiatrique si nécessaire*

Arguments CONTRE:

- Nie symptômes dépressifs
- Absence d'érections nocturnes (suggère cause organique)

• **Maladie de La Peyronie** → **Examen génital**

Arguments POUR:

- Dysfonction érectile d'apparition progressive

2. Examens complémentaires immédiats**0**

- Examen génital (recherche de plaques, cicatrices) ☐
- Examen rectal (évaluation prostatique) ☐
- Glycémie à jeun ☐
- Testostérone totale (matin) ☐

3. Examens complémentaires secondaires**0**

- Si testostérone basse : LH/FSH, prolactine, TSH ☐
- Ferritine (dépistage hémochromatose) ☐
- Si hypogonadisme central : IRM cérébrale ☐
- Bilan cardiovasculaire : BUN/Cr, électrolytes, cholestérol, ECG, analyse d'urine ☐

4. Plan thérapeutique☐ ☐ ☐**0****Modifications médicamenteuses**

- Remplacer le propranolol par un autre antihypertenseur
- Options : IEC, ARA II, inhibiteur calcique
- Éviter autres bêta-bloquants et diurétiques thiazidiques

Modifications du mode de vie

- Régime pauvre en sel et en graisses
- Exercice physique régulier
- Réduction de la consommation d'alcool
- Perte de poids si nécessaire

Suivi de l'hypertension

- Objectif tensionnel : 120-130/80 mmHg
- Auto-surveillance tensionnelle à domicile
- Contrôles réguliers tous les 3-6 mois

Prise en charge de la dysfonction érectile

- Attendre 2-3 mois après changement de traitement
- Si persistance : considérer inhibiteurs PDE5
- Support psychologique au couple si nécessaire

5. Signes d'alarme à surveiller☐ ☐ ☐**0****⚠ Red Flags - Signes nécessitant une consultation**

- 1. Crise hypertensive**
→ TA > 180/110 avec symptômes (céphalées, vision trouble)
- 2. Symptômes cardiaques**
→ Douleur thoracique, dyspnée, palpitations
- 3. Signes d'AVC**
→ Faiblesse, trouble de la parole, vision double
- 4. Érection douloureuse prolongée**
→ Priapisme si traitement par inhibiteurs PDE5

Clôture de consultation

Clôture type

Monsieur Miller, votre niveau de tension artérielle était de 135/88 lors de la mesure que nous avons faite plus tôt aujourd'hui, ce qui est proche de notre objectif de 130/80. Cependant, ce serait encore mieux si nous pouvions le faire descendre autour de 120/80. Heureusement, cela devrait être réalisable avec des changements de mode de vie, comme la diminution de votre consommation de sel et de graisses et l'augmentation de votre activité physique. En ce qui concerne vos problèmes d'érection, c'est un effet secondaire très courant de l'un des médicaments pour la tension artérielle que vous prenez. Pour cette raison, je souhaiterais vous prescrire un autre médicament que le propranolol pour contrôler votre tension artérielle. Je vais également demander des analyses de sang pour m'assurer que votre problème n'est pas dû à une autre condition médicale. De plus, je voudrais effectuer un examen génital ainsi qu'un examen rectal pour évaluer votre prostate. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Je pense que c'est à cause de mon âge. N'est-ce pas vrai, docteur ?]

Réponse type du candidat

Non, je ne pense pas que ce soit à cause de votre âge. Je m'inquiète plus pour vos médicaments. Cependant, les niveaux de testostérone peuvent diminuer avec l'âge, et nous allons vérifier cela.

Communication (25%)

Score : 0/20

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

Scénario pour le patient standardisé

Nom : James Miller | Âge : 54 ans
Contexte : Homme se présentant pour suivi de son hypertension

Motif de consultation

Plainte principale : «Je suis ici pour vérifier ma tension artérielle.»
Si on demande s'il y a autre chose : «Je prends mes médicaments mais j'ai quelques soucis.»

Consignes

- Paraître anxieux mais coopératif.
- Ne mentionnez pas de problème d'impuissance sauf si l'examiné demande si vous avez des effets secondaires de vos médicaments ou si vous avez d'autres préoccupations.
- Si questionné sur la dysfonction érectile, montrer de l'embarras mais répondre honnêtement.
- Insister sur le fait que vous pensez que c'est l'âge.

Histoire actuelle

- Symptôme principal :
- Suivi de l'hypertension
 - Diagnostiquée il y a un an
 - Initialement sous hydrochlorothiazide seul
 - Ajout de propranolol il y a 6 mois

- Symptômes associés :
- Dysfonction érectile depuis 4 mois
 - Érections faibles (4/10)
 - Parfois absence totale d'érection
 - Perte de libido
 - Pas d'érections matinales
 - Perte de cheveux augmentée

- Réponse aux symptômes :
- Un ami dit que c'est le propranolol
 - Je pense que c'est mon âge

- Représentation de la maladie :
- Je vieillis, c'est normal
 - J'espère que ce n'est pas grave

Habitudes

- **Médicaments** : Propranolol, hydrochlorothiazide, lovastatine
- **Tabac** : Non-fumeur
- **Alcool** : 3-4 bières par semaine
- **Sexualité** : Vie sexuelle merveilleuse jusqu'à il y a 4 mois
- **Drogues illicites** : Jamais

Histoire médicale

- Hypertension depuis 1 an
- Hypercholestérolémie depuis 1 an
- Pas de diabète
- Pas de problèmes cardiaques

Anamnèse par systèmes

Système général :

- Se sent bien globalement
- Perte de cheveux

Système neurologique :

- Pas de symptômes

Système cardiovasculaire :

- Pas de douleur thoracique
- Pas de dyspnée
- Pas de palpitations

Système psychiatrique :

- Nie dépression
- Heureux au travail et en couple

Simulation

Durant l'entretien :

- Paraître anxieux mais coopératif
- Embarras lors des questions sur la sexualité
- Minimiser l'importance du problème sexuel initialement

Durant le status :

- Coopératif pour tous les examens
- Pas de signes de détresse

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Patient de 54 ans, enseignant, en suivi pour HTA diagnostiquée il y a 1 an. Initialement traité par hydrochlorothiazide, ajout de propranolol il y a 6 mois pour contrôle insuffisant. Développement d'une dysfonction érectile 2 mois après introduction du bêta-bloquant. Absence d'érections matinales suggérant cause organique. Hypercholestérolémie traitée par lovastatine. ATCD familiaux: père décédé d'IDM à 50 ans, mère avec maladie d'Alzheimer. Mode de vie sédentaire, alimentation déséquilibrée.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e dit vouloir faire :

- Examen génital : mentionner examen normal, pas de plaques
- Examen rectal : prostate de taille normale, pas de nodules
- Glycémie : donner résultat normal
- Testostérone : mentionner qu'elle sera dosée en externe

Points clés

- Les bêta-bloquants sont une cause fréquente de dysfonction érectile
- L'absence d'érections matinales oriente vers une cause organique
- Important d'explorer la dysfonction érectile même si non mentionnée spontanément
- Le contrôle tensionnel est proche de l'objectif mais peut être optimisé
- Les modifications du mode de vie sont essentielles

Pièges

- Ne pas demander sur les effets secondaires des médicaments
- Se focaliser uniquement sur l'hypertension
- Oublier l'examen génital et rectal
- Ne pas explorer les facteurs de risque cardiovasculaires
- Attribuer la dysfonction érectile uniquement à l'âge

Diagnostic

Dysfonction érectile induite par bêta-bloquant chez un patient hypertendu

Dysfonction érectile médicamenteuse

Les médicaments sont une cause fréquente de dysfonction érectile :

- Bêta-bloquants : mécanisme central et périphérique
- Diurétiques thiazidiques : diminution du flux sanguin
- Antidépresseurs : effet sur la libido et l'éjaculation
- Début typique 2-4 mois après introduction
- Réversible à l'arrêt dans 60-80% des cas

Évaluation de la dysfonction érectile

Approche systématique nécessaire :

- Différencier cause organique vs psychogène
- Érections nocturnes absentes = cause organique probable
- Échelle IIEF-5 pour quantifier la sévérité
- Rechercher facteurs de risque vasculaires
- Éliminer causes endocriniennes

Hypertension et dysfonction érectile

Relation bidirectionnelle complexe :

- HTA = facteur de risque de dysfonction endothéliale
- Dysfonction érectile peut précéder événements CV de 3-5 ans
- Certains antihypertenseurs aggravent, d'autres sont neutres
- IEC et ARA II : effet neutre voire bénéfique
- Importance du contrôle tensionnel optimal

Choix des antihypertenseurs

Considérations pour éviter la dysfonction érectile :

- 1ère ligne : IEC ou ARA II
- 2ème ligne : Inhibiteurs calciques
- Éviter : Bêta-bloquants (surtout non sélectifs)
- Éviter : Diurétiques thiazidiques à forte dose
- Individualiser selon profil du patient

Bilan de la dysfonction érectile

Examens orientés par la clinique :

- Testostérone matinale (8h-10h)
- Si basse : LH, FSH, prolactine
- Glycémie à jeun et HbA1c
- Bilan lipidique complet
- TSH si signes d'hypothyroïdie
- US-Doppler pénien si suspicion vasculaire

Prise en charge globale

Approche multidisciplinaire :

- Changement de classe médicamenteuse en priorité
- Attendre 2-3 mois pour évaluer l'amélioration
- Modifications du mode de vie (exercice, poids)
- Si échec : inhibiteurs PDE5 (sildénafil, tadalafil)
- Support psychologique du couple

Résumé du cas clinique

Patient de 54 ans avec dysfonction érectile clairement liée à l'introduction du propranolol. L'absence d'érections matinales confirme la nature organique. Le contrôle tensionnel est suboptimal et les facteurs de risque CV multiples. La stratégie optimale est de changer de classe d'antihypertenseur tout en optimisant le mode de vie.

Conclusion

- Toujours rechercher les effets secondaires des médicaments
- La dysfonction érectile n'est pas une fatalité de l'âge
- Les bêta-bloquants sont souvent en cause
- Le changement de traitement résout souvent le problème
- Approche globale du risque cardiovasculaire essentielle

Rappels thérapeutiques

- IEC/ARA II : premiers choix si dysfonction érectile
- Inhibiteurs PDE5 : contre-indiqués avec dérivés nitrés
- Objectif TA < 130/80 mmHg chez l'hypertendu
- Auto-mesure tensionnelle : 3 mesures matin et soir pendant 3 jours

Examens complémentaires

- Testostérone : dosage le matin entre 8h et 10h
- MAPA : si doute sur le contrôle tensionnel
- ECG : recherche HVG, troubles du rythme
- Écho-Doppler cardiaque si HVG à l'ECG