

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-17 - Perte auditive - Homme de 75 ans

Cabinet médical

Paul Stout, 75 ans, se présente au cabinet en se plaignant de perte auditive

TA 132/68 mmHg	FC 84 bpm	FR 18/min	T° 36.9°C
-------------------	--------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/40

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Je n'entends plus aussi bien qu'avant]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la perte auditive				0
Description [Ma femme m'a dit que je n'entends pas bien, et dernièrement, j'ai remarqué que je lisais sur les lèvres]	<input type="checkbox"/>			
Début [Cela dure depuis un an]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Cela s'aggrave]	<input type="checkbox"/>			
Localisation [Il semble que j'ai des problèmes dans les deux oreilles, mais je ne suis pas sûr]	<input type="checkbox"/>			
Type de sons [Rien de spécifique]	<input type="checkbox"/>			
Mots brouillés [Oui, surtout dans les endroits bondés ou quand je regarde la télévision]	<input type="checkbox"/>			
Localisation source sonore [Oui, je peux localiser]	<input type="checkbox"/>			
Compréhension parole [Non, pas de problème]	<input type="checkbox"/>			
3. Traitements antérieurs				0
Traitements essayés [J'ai vu mon médecin il y a un mois, et il m'a nettoyé du cérumen des oreilles. Cela m'a semblé aider pendant un certain temps, mais maintenant c'est aussi mauvais qu'avant]	<input type="checkbox"/>			
Efficacité [Non]	<input type="checkbox"/>			
4. Symptômes associés ORL				0
Douleur oreille [Non]	<input type="checkbox"/>			
Écoulement [Non]	<input type="checkbox"/>			
Vertiges rotatoires [Non]	<input type="checkbox"/>			
Déséquilibre [Non]	<input type="checkbox"/>			
Acouphènes [Parfois, dans les deux oreilles]	<input type="checkbox"/>			
Corps étranger [Non]	<input type="checkbox"/>			
Nausées/vomissements [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Facteurs de risque				0
Traumatisme oreilles [Non]	<input type="checkbox"/>			
Exposition bruits forts [Oui. J'étais dans l'armée, et c'était toujours bruyant]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [J'ai eu une infection urinaire il y a environ un an. Mon médecin m'a donné un antibiotique, mais je ne me souviens pas de son nom]	<input type="checkbox"/>			
6. Symptômes neurologiques				0
Céphalées [Rarement]	<input type="checkbox"/>			
Faiblesse musculaire [Non]	<input type="checkbox"/>			
Perte sensibilité [Non]	<input type="checkbox"/>			
Engourdissement/picotements [Non]	<input type="checkbox"/>			

7. Antécédents médicaux				0
Pathologies connues [Hypertension. Je prends ma tension tous les jours, et elle est bien contrôlée]		<input type="checkbox"/>		
Antécédents familiaux surdité [Non]		<input type="checkbox"/>		
8. Antécédents chirurgicaux [Aucun]		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
9. Médicaments actuels				0
Antihypertenseurs [Hydrochlorothiazide]		<input type="checkbox"/>		
Autres médicaments [Depuis 25 ans, je prends aussi de l'aspirine tous les jours pour protéger mon cœur]		<input type="checkbox"/>		
10. Profession [Militaire à la retraite]		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
11. Mode de vie				0
Alcool [Jamais]		<input type="checkbox"/>		
Drogues illicites [Jamais]		<input type="checkbox"/>		
Tabagisme [Jamais]		<input type="checkbox"/>		
Activité sexuelle [Seulement avec ma femme]		<input type="checkbox"/>		
12. Allergies médicamenteuses [J'ai une éruption cutanée quand je prends de la pénicilline]		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Examen clinique (25%)			Score : 0/25	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [Le patient ne semble pas en détresse aiguë]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Tests auditifs				0
Test audition de dos [Difficulté à entendre]	<input type="checkbox"/>			
Test du chuchotement [Diminué bilatéralement]	<input type="checkbox"/>			
Test de Weber [Centré]	<input type="checkbox"/>			
Test de Rinne [Positif (CA > CO) bilatéralement]	<input type="checkbox"/>			
3. Examen ORL				0
Otoscopie [Pas de cérumen. Membrane tympanique avec réflexe lumineux, pas de signes d'infection, pas de rougeur du conduit auditif]	<input type="checkbox"/>			
Palpation auriculaire [Pas de douleur de l'auricule ou de la région péri-auriculaire]	<input type="checkbox"/>			
Inspection nez/sinus [Normaux]	<input type="checkbox"/>			
Inspection bouche/gorge [Oropharynx normal]	<input type="checkbox"/>			
Palpation cervicale [Pas d'adénopathie]	<input type="checkbox"/>			
4. Examen ophtalmologique				0
Pupilles [Iso-iso]	<input type="checkbox"/>			
Mouvements oculaires [Normaux]	<input type="checkbox"/>			
Nystagmus [Absent]	<input type="checkbox"/>			
Fond d'œil [Pas d'œdème papillaire]	<input type="checkbox"/>			
5. Examen cardiovasculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Auscultation [RR et FC normaux, B1/B2 normaux, pas de souffles, frottements, ou galops]				
6. Examen pulmonaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Auscultation [Murmures vésiculaires clairs bilatéralement]				

7. Examen neurologique

0

- Nerfs crâniens [II-XII intacts sauf pour une diminution de l'audition] ☐
- Force musculaire [5/5 partout] ☐
- Sensibilité [Intacte] ☐
- ROT [2+ partout] ☐
- Démarche [Normale] ☐
- Épreuves cérébelleuses [Doigt-nez et talon-genou négatifs] ☐

Management (25%)

Score : 0/26

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 neurosensorielles

• Presbyacousie → Audiométrie tonale et vocale

Arguments POUR:

- ☐ Âge avancé (75 ans)
- ☐ Perte auditive bilatérale progressive
- ☐ HTA chronique (atteinte vasculaire cochlée)
- ☐ Mots brouillés dans le bruit
- ☐ Test de Rinné positif (CA > CO)
- ☐ Weber centré

Physiopathologie:

- ☐ Dégénérescence cellules ciliées
- ☐ Atteinte vasculaire cochlée

• Trauma acoustique chronique → Audiométrie (encoche 4000 Hz)

Arguments POUR:

- ☐ Exposition militaire prolongée
- ☐ Perte auditive bilatérale
- ☐ Acouphènes bilatéraux
- ☐ Test de Rinné positif
- ☐ Weber centré

Mécanisme:

- ☐ Lésion cellules ciliées externes
- ☐ Atteinte fréquences 4000 Hz

• Ototoxicité médicamenteuse → Arrêt aspirine, réévaluation

Arguments POUR:

- ☐ Aspirine chronique (25 ans)
- ☐ Acouphènes bilatéraux
- ☐ Perte auditive progressive

Arguments CONTRE:

- ☐ Ototoxicité aspirine réversible
- ☐ Pas d'autres symptômes toxiques

Causes conductrices

• Otosclérose → Impédancemétrie, scanner temporal

Arguments POUR:

- ☐ Âge compatible
- ☐ Perte auditive progressive
- ☐ Bilatérale

Arguments CONTRE:

- ☐ Test Rinné positif (attendrait négatif)
- ☐ Pas d'antécédent familial
- ☐ Tympan normaux

• Bouchon de cérumen récidivant → Otoscopie de contrôle régulière

Arguments POUR:

- ☐ Amélioration temporaire après nettoyage

Arguments CONTRE:

- ☐ Otoscopie normale actuellement
- ☐ Perte neurosensorielle objective

Causes mixtes

• Maladie de Ménière → Électronystagmographie, IRM

Arguments POUR:

- ☐ Acouphènes bilatéraux
- ☐ Perte auditive

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas de vertiges rotatoires
- ☐ Pas de crises typiques
- ☐ Bilatéral (souvent unilatéral)

• **Neurinome acoustique bilatéral** → *IRM cérébrale avec gadolinium*

Arguments POUR:

- ☐ Perte auditive progressive
- ☐ Acouphènes

Arguments CONTRE:

- ☐ Bilatéral (très rare)
- ☐ Pas de déficit neurologique
- ☐ Pas de déséquilibre

2. Examens complémentaires urgents

0

- Audiométrie tonale et vocale complète ☐
- Impédancemétrie (tympantométrie + réflexes stapédiens) ☐
- Otoscopie bilatérale approfondie ☐
- Arrêt aspirine immédiat (test thérapeutique) ☐

3. Examens complémentaires selon évolution

0

- Potentiels évoqués auditifs (PEA) si neuropathie suspectée ☐
- Scanner des rochers si otosclérose suspectée ☐
- IRM cérébrale si asymétrie ou signes neurologiques ☐
- Bilan vasculaire (doppler carotidien) si facteurs de risque ☐
- Sérologie syphilis si Ménière atypique ☐

4. Prise en charge immédiate



0

Mesures conservatrices

- Arrêt aspirine (ototoxicité réversible)
- Optimisation contrôle HTA
- Protection auditive si exposition sonore
- Positionnement face à l'interlocuteur
- Réduction bruit ambiant
- Parler clairement, pas plus fort

Aides techniques

- Consultation audioprothésiste
- Appareillage auditif bilatéral probable
- Essai 30 jours obligatoire
- Systèmes d'assistance (boucle magnétique)
- Applications smartphone amplification
- Sous-titrage TV/téléphone adapté

Support et adaptation

- Information sur presbyacousie
- Groupes de soutien malentendants
- Formation lecture labiale
- Adaptation domicile (alarmes visuelles)
- Implication de l'épouse
- Associations spécialisées

5. Référence spécialisée

0

- ORL pour bilan complet ☐
- Audioprothésiste pour appareillage ☐
- Orthophoniste si troubles compréhension ☐
- Gériatre pour bilan global ☐
- Cardiologue pour optimisation HTA ☐

6. Suivi et surveillance

0

- Audiométrie annuelle ☐
- Adaptation prothèses régulière ☐
- Surveillance fonction rénale (diurétiques) ☐
- Dépistage dépression (isolement social) ☐
- Évaluation risque chutes ☐
- Maintien vie sociale active ☐

7. Signes d'alarme à surveiller



0

⚠ Red Flags - Urgences ORL

1. **Surdité brusque unilatérale**
→ Urgence ORL = Cortico ides dans les 48h
2. **Vertiges rotatoires intenses**
→ Ménière, névrite = Consultation urgente
3. **Déficit neurologique focal**
→ AVC/tumeur = IRM cérébrale urgente
4. **Otorrhée purulente**
→ Otite chronique = Antibiothérapie
5. **Douleur auriculaire intense**
→ Otite externe maligne = Hospitalisation si diabète

Clôture de consultation

Clôture type

Monsieur Stout, je sais que vous êtes préoccupé par votre problème. Je peux confirmer que vous avez une certaine perte auditive. Je souhaiterais réaliser plusieurs tests, y compris des analyses de sang. Je voudrais également que vous cessiez de prendre de l'aspirine, car cela pourrait contribuer à votre perte auditive. Je vais vous référer à un audiom triste, qui vous évaluera pour un appareil auditif. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Est-ce que vous pensez que je deviens sourd ?]

Réponse type du candidat

Vos symptômes et les résultats de mon examen montrent que vous avez un certain déficit auditif. Nous devons faire plus de tests pour déterminer la cause du problème, si cela va s'aggraver, et si nous pouvons en stopper la progression ou améliorer votre audition. En attendant, je vous recommande de cesser de prendre de l'aspirine.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
1. Réponse aux sentiments et besoins du patient <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"/>
2. Structure de l'entretien <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"/>
3. Expression verbale <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"/>
4. Expression non verbale <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"/>
5. �valuation générale de la communication <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

Anamnèse0%

Examen clinique0%

Management0%

Communication0%

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 : Paul Stout | **Âge :** 75 ans

Contexte : Homme marié, militaire retraité, hypertendu bien contrôlé

Motif de consultation

Plainte principale : «Je n'entends plus aussi bien qu'avant.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Ma femme dit que je parle trop fort et que je monte le volume de la télé.»

Consignes

- Demander au candidat de parler plus fort si vous ne l'entendez pas bien.
- Faire semblant d'avoir des difficultés à entendre dans les deux oreilles.
- Montrer que vous n'avez pas de latéralisation au test de Weber.
- Faire semblant de ne pas entendre lorsque vous êtes abordé de derrière.
- Lire sur les lèvres de manière évidente.

Histoire actuelle

Perte auditive :

- Progressive depuis 1 an
- Bilatérale
- Mots brouillés dans le bruit
- Lecture labiale compensatrice
- Épouse remarque le problème

Traitements :

- Extraction cérumen il y a 1 mois
- Amélioration temporaire seulement

Symptômes associés :

- Acouphènes bilatéraux occasionnels
- Pas de vertiges
- Pas d'écoulement
- Céphalées rares

Habitudes

- **Toxiques :** Aucun (ni tabac, ni alcool, ni drogues)
- **Activité :** Retraité actif
- **Contexte social :** Marié, vie sociale normale

Antécédents

Antécédents médicaux :

- HTA depuis 25 ans, bien contrôlée
- Infection urinaire il y a 1 an

Exposition :

- Service militaire bruyant
- Pas de protection auditive à l'époque

Médicaments :

- Hydrochlorothiazide pour HTA
- Aspirine quotidienne depuis 25 ans

Simulation

Durant l'entretien :

- Pencher la tête vers l'avant
- Regarder les lèvres du candidat
- Demander de répéter fréquemment
- Parler un peu plus fort que normal
- Sourire pour masquer la gêne

Durant le status :

- Coopération totale
- Difficulté test chuchotement
- Weber non latéralisé
- Rinné positif (mimer compréhension)
- Pas de douleur à l'examen

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 75 ans avec presbycousie typique aggravée par exposition sonore militaire chronique. Possible composante ototoxique (aspirine au long cours). HTA facteur de risque vasculaire cochlée. Indication claire d'appareillage auditif bilatéral.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Audiométrie : perte neurosensorielle bilatérale prédominant sur aigus
- Courbe en pente de ski typique
- Discrimination vocale : 60% à 40 dB
- Tympanométrie : normale (type A)
- Réflexes stapédiens : présents mais seuils élevés

Points clés

- Presbycousie = 1ère cause surdité personne âgée
- Exposition sonore militaire = facteur aggravant
- Arrêt aspirine peut améliorer acouphènes
- Appareillage précoce = meilleure adaptation
- Impact social majeur de la surdité

Pièges

- Ne pas arrêter l'aspirine
- Oublier référence audioprothésiste
- Minimiser l'impact social
- Ne pas impliquer l'épouse
- Promettre guérison impossible

Diagnostic

Presbyacousie bilatérale avec composante de trauma sonore chronique (exposition militaire) et possible ototoxicité médicamenteuse (aspirine)

Épidémiologie de la presbyacousie

Première cause de surdité acquise :

- Prévalence : 30% > 65 ans, 60% > 75 ans
- Facteur génétique : 50% héritabilité
- Hommes > femmes (exposition sonore)
- Coût socio-économique majeur
- Sous-diagnostiquée et sous-appareillée
- Association déclin cognitif et dépression

Physiopathologie

Atteinte cochléaire multifactorielle :

- Dégénérescence cellules ciliées externes
- Perte neurones ganglion spiral
- Atrophie strie vasculaire
- Modifications biochimiques endolymph 
- Atteinte préférentielle hautes fréquences
- Aggravation par facteurs vasculaires

Types de presbyacousie

Classification histopathologique :

- Sensorielle : perte cellules ciliées (HF)
- Neurale : dégénérescence neurones
- Métabolique : atrophie strie vasculaire
- Mécanique : rigidité membrane basilaire
- Mixte : la plus fréquente
- Indéterminée : 25% des cas

Trauma sonore chronique

Exposition professionnelle/militaire :

- Seuil dangereux : > 85 dB pendant 8h
- Armée : exposition 110-180 dB
- Lésions irréversibles cellules ciliées
- Encoche caractéristique 4000 Hz
- Synergie avec presbyacousie
- Prévention : protection auditive obligatoire

Ototoxicité médicamenteuse

Médicaments à risque :

- Aspirine : réversible, dose-dépendant
- Aminosides : irréversible, monitoring
- Diurétiques de l'anse : réversible
- Cisplatine : irréversible, cumulatif
- Quinine : acouphènes +++
- Surveillance audiométrique si exposition

 valuation audiolgique

Bilan complet nécessaire :

- Audiométrie tonale : seuils par fréquence
- Audiométrie vocale : discrimination
- Impédancemétrie : oreille moyenne
- Otoémissions : fonction cochléaire
- PEA si doute rétrocochléaire
- Questionnaires handicap (HHIE)

Appareillage auditif

Indications et modalités :

- Perte > 30 dB sur parole
- Gêne sociale significative
- Appareillage bilatéral préférable
- Technologies numériques actuelles
- Période essai 30 jours obligatoire
- Remboursement partiel selon pays

Alternatives thérapeutiques

Options complémentaires :

- Implants oreille moyenne (surdité mixte)
- Implant cochléaire si surdité profonde
- Aides techniques : boucle magnétique
- Rééducation orthophonique
- Lecture labiale systématique
- Applications smartphone

Impact psychosocial

Conséquences multiples :

- Isolement social progressif
- Risque dépression x2
- Déclin cognitif accéléré
- Risque démence augmenté
- Accidents (non perception alarmes)
- Qualité de vie diminuée

Prévention

Mesures protectrices :

- Protection auditive si > 85 dB
- Contrôle facteurs cardiovasculaires
-  viction médicaments ototoxiques
- Dépistage audiométrique régulier
- Traitement précoce otites
- Mode de vie sain (exercice, alimentation)

Messages clés

- Presbyacousie = vieillissement normal mais traitable
- Facteurs aggravants souvent présents
- Arrêt aspirine peut améliorer symptômes
- Appareillage précoce = meilleure qualité de vie
- Approche multidisciplinaire nécessaire
- Impact social/cognitif à ne pas négliger
- Implication entourage essentielle
- Technologies modernes très efficaces

Rappels thérapeutiques

- Arrêt aspirine si ototoxicité suspectée
- Protection auditive si exposition sonore
- Appareillage auditif bilatéral
- Optimisation traitement HTA
- Support psychosocial

Examens complémentaires

- Audiométrie complète obligatoire
- Impédancemétrie systématique
- IRM si asymétrie > 15 dB
- PEA si doute diagnostic
- Bilan vasculaire si FDR multiples