

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-11 - Dysphonie - Homme de 62 ans

Cabinet médical

Oliver Jefferson, 62 ans, se présente au cabinet en se plaignant d'enrouement

TA
115/75 mmHg

FC
74 bpm

FR
16/min

T°
37.7°C

Anamnèse (25%)

Score : 0/40

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Enrouement]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la dysphonie				0
Début [Il y a trois mois]	<input type="checkbox"/>			
Mode d'installation [Cela a commencé progressivement]	<input type="checkbox"/>			
Évolution temporelle [C'est tout le temps]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Cela s'aggrave]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleur en parlant [Non]	<input type="checkbox"/>			
3. Facteurs étiologiques possibles				0
Surutilisation vocale [J'ai été enseignant pendant 20 ans, mais maintenant je suis à la retraite]	<input type="checkbox"/>			
Exposition au froid ou poussière [Non]	<input type="checkbox"/>			
Infection respiratoire récente [J'ai eu la grippe il y a 4 semaines]	<input type="checkbox"/>			
Brûlures d'estomac [Oui, j'ai des brûlures d'estomac tout le temps, mais je ne prends aucun médicament pour cela]	<input type="checkbox"/>			
4. Facteurs modulateurs				0
Facteurs d'amélioration [Rien]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Rien]	<input type="checkbox"/>			
5. Signes d'alarme				0
Perte de poids [J'ai perdu 4,5 kg au cours des 3 derniers mois]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [J'ai un mauvais appétit]	<input type="checkbox"/>			
Adénopathies [Oui, j'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/sueurs nocturnes [Je me sens chaud, mais je n'ai pas mesuré ma température, et je n'ai pas de frissons ni de sueurs nocturnes]	<input type="checkbox"/>			
Fatigue [Oui, je n'ai plus la même énergie qu'avant]	<input type="checkbox"/>			
6. Revue des systèmes				0
Symptômes neurologiques [Non, pas d'AVC ou d'AIT]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes digestifs [Non, pas de nausées/vomissements, constipation]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes cardiaques [Non, pas de palpitations]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes pulmonaires [Non, pas d'essoufflement, hémoptysie, toux]	<input type="checkbox"/>			
7. Habitudes de vie				0
Tabagisme [Oui, je fume un paquet par jour depuis 30 ans]	<input type="checkbox"/>			
Alcool [Trois verres de vin chaque jour]	<input type="checkbox"/>			
CAGE [Non (à toutes les 4 questions)]	<input type="checkbox"/>			
Drogues illicites [Aucune]	<input type="checkbox"/>			
Régime alimentaire [Le régime habituel. Aucun changement dans mon alimentation. Je mange juste moins]	<input type="checkbox"/>			

8. Antécédents médicaux [Cholestérol élevé, mais je ne prends aucun médicament pour cela]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
9. Antécédents chirurgicaux [Aucun]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
10. Médicaments actuels [Aucun]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
11. Antécédents familiaux [Ma mère avait une maladie de la thyroïde et mon père avait un cancer du poumon]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
12. Profession [Enseignant à la retraite]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
13. Allergies médicamenteuses [Aucune]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Examen clinique (25%)

Score : 0/16

Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [Le patient ne semble pas en détresse aiguë]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Examen ORL-Ophtalmologique				0
Inspection des conjonctives	<input type="checkbox"/>			
Inspection de la bouche et pharynx [Nez, bouche, et pharynx normaux]	<input type="checkbox"/>			
Examen de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/>			
3. Examen du cou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Palpation des ganglions lymphatiques [Chaîne cervicale antérieure droite avec adénopathie. Pas d'adénopathie à gauche]				
4. Examen cardiovasculaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Auscultation [Focale apicale non déplacée, rythme régulier, pas de souffles ou frottements]				
5. Examen pulmonaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Auscultation [Indolore, bruits respiratoires clairs bilatéralement]				
6. Examen abdominal				0
Auscultation [Bruits intestinaux normaux en quantité et qualité]	<input type="checkbox"/>			
Palpation [Détendu, pas d'organomégalie]	<input type="checkbox"/>			
Percussion	<input type="checkbox"/>			
7. Examen des extrémités				0
Inspection	<input type="checkbox"/>			
ROT [Symétriques]	<input type="checkbox"/>			

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 malignes

- **Cancer du larynx** → Laryngoscopie directe avec biopsie

Arguments POUR:

- ☐ Homme de 62 ans
- ☐ Tabagisme 30 paquets-années
- ☐ Alcool 3 verres/jour depuis 30 ans
- ☐ Dysphonie progressive depuis 3 mois
- ☐ Symptômes constitutionnels (perte 4,5 kg, anorexie, fatigue)
- ☐ Adénopathie cervicale droite
- ☐ Sensation de boule dans la gorge
- ☐ Père avec cancer du poumon

Causes inflammatoires/infectieuses

- **Laryngite chronique** → *Laryngoscopie, pH-métrie œsophagienne*

Arguments POUR:

- ☐ Tabagisme actif
- ☐ RGO non traité (brûlures d'estomac chroniques)
- ☐ Antécédent de grippe il y a 4 semaines
- ☐ Exposition professionnelle (enseignant)

Arguments CONTRE:

- ☐ Symptômes constitutionnels importants
- ☐ Adénopathie unilatérale

Causes bénignes

- **Polype/nodule des cordes vocales** → *Laryngoscopie, stroboscopie*

Arguments POUR:

- ☐ Surutilisation vocale professionnelle (20 ans enseignant)
- ☐ Dysphonie progressive

Arguments CONTRE:

- ☐ Symptômes constitutionnels
- ☐ Adénopathie
- ☐ Perte de poids

Causes systémiques

- **Hypothyroïdie** → *TSH, T4 libre*

Arguments POUR:

- ☐ Antécédent familial (mère)
- ☐ Fatigue
- ☐ Dysphonie

Arguments CONTRE:

- ☐ Perte de poids (attendrait prise)
- ☐ Fièvre
- ☐ Adénopathie localisée

- **Reflux gastro-œsophagien (RGO)** → *pH-métrie, gastroscopie*

Arguments POUR:

- ☐ Brûlures d'estomac chroniques non traitées
- ☐ Facteurs de risque (alcool, tabac)
- ☐ Dysphonie chronique

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas d'amélioration typique le matin
- ☐ Symptômes constitutionnels

2. Examens complémentaires urgents

0

Laryngoscopie directe ou indirecte	<input type="checkbox"/>
CT cervical et thoracique avec contraste	<input type="checkbox"/>
NFS, VS, CRP	<input type="checkbox"/>
Radiographie thoracique	<input type="checkbox"/>
TSH, T4 libre	<input type="checkbox"/>

3. Examens complémentaires selon évolution

0

Biopsie si lésion suspecte à la laryngoscopie	<input type="checkbox"/>
US cervical pour caractériser adénopathies	<input type="checkbox"/>
pH-métrie œsophagienne sur 24h si RGO suspecté	<input type="checkbox"/>
PET-scan si cancer confirmé (bilan d'extension)	<input type="checkbox"/>
Stroboscopie pour analyse fonctionnelle cordes vocales	<input type="checkbox"/>

4. Prise en charge immédiate

☐☐☐**0**

Mesures générales

- Repos vocal relatif
- Hydratation abondante
- Humidification de l'air
- Éviter irritants (fumée, poussière)
- Traiter le RGO : IPP (oméprazole 20mg x2/j)

Conseils hygiéno-diététiques

- Arrêt tabac URGENT (consultation tabacologie)
- Arrêt alcool (risque synergique avec tabac)
- Surélévation tête de lit 30°
- Éviter repas tardifs
- Régime anti-reflux

Si laryngite confirmée

- Corticoïdes courte durée si œdème
- Antibiotiques si surinfection bactérienne
- Antitussifs si toux irritative
- Inhalations vapeur

5. Orientation et suivi

0

Référence ORL urgente (dans la semaine)

☐

Si cancer : discussion en RCP oncologique

☐

Consultation addictologie (tabac + alcool)

☐

Suivi nutritionnel si dénutrition

☐

Orthophonie si dysphonie persistante post-traitement

☐

6. Traitement selon étiologie

0

Cancer : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie selon stade

☐

Polypes : microchirurgie laryngée + rééducation vocale

☐

RGO : IPP au long cours + mesures hygiéno-diététiques

☐

Hypothyroïdie : lévothyroxine

☐

Support nutritionnel si dysphagie

☐

7. Signes d'alarme à surveiller

☐☐☐**0**

⚠ Red Flags - Complications à dépister

1. Dyspnée laryngée

→ Stridor, tirage = Obstruction voies aériennes, urgence ORL

2. Dysphagie progressive

→ Extension tumorale œsophage = Bilan extension urgent

3. Hémoptysie

→ Saignement tumoral = CT thoracique urgent

4. Douleur irradiant à l'oreille

→ Envahissement nerveux = Stade avancé

5. Nouvelles adénopathies

→ Extension ganglionnaire = Réévaluation oncologique

Clôture de consultation

Clôture type

Monsieur Jefferson, plusieurs choses pourraient expliquer votre enrouement, comme une infection ou une croissance bénigne ou cancéreuse. Pour en avoir le cœur net, je dois effectuer une laryngoscopie, qui est un examen pour voir l'intérieur de votre gorge, ainsi qu'un scanner du cou. Ces tests nous révéleront probablement le problème sous-jacent. Comme le tabagisme est dangereux pour votre santé, je vous conseille d'arrêter de fumer ; nous avons de nombreuses méthodes pour vous aider si vous êtes intéressé. Je vous recommande également d'arrêter de boire, car l'alcool et le tabagisme sont associés au cancer du larynx. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[Est-ce que je vais retrouver ma voix ?]

Réponse type du candidat

Je vois que vous êtes très préoccupé par votre voix, et je suis également préoccupé. Je ne suis pas encore sûr de ce qui a causé votre enrouement. Nous devons faire quelques tests pour comprendre ce qui se passe et décider du traitement.

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. Évaluation 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

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 : Oliver Jefferson | **Âge :** 62 ans

Contexte : Homme marié avec 4 enfants, enseignant retraité

Motif de consultation

Plainte principale : «Enrouement.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Ma voix est rauque depuis 3 mois.»

Consignes

- Parlez lentement et avec une voix rauque.
- Montrez de la fatigue dans votre comportement.
- Touchez occasionnellement votre gorge.
- Paraissez inquiet quand on parle de cancer.
- Minimisez votre consommation d'alcool si interrogé.

Histoire actuelle

dysphonie :

- Début progressif il y a 3 mois
- Constant, s'aggrave
- Pas de douleur en parlant
- Sensation de boule dans la gorge

Symptômes associés :

- Perte de poids 4,5 kg en 3 mois
- Anorexie
- Fatigue importante
- Fièvre subjective
- Brûlures d'estomac chroniques

antécédents :

- Grippe il y a 4 semaines
- Enseignant pendant 20 ans
- Maintenant retraité

Habitudes

- **Tabac :** 1 paquet/jour depuis 30 ans
- **Alcool :** 3 verres de vin/jour
- **Alimentation :** Mange moins qu'avant
- **Médicaments :** Aucun, même pour cholestérol

Simulation

Durant l'entretien :

- Voix rauque constante
- Toux occasionnelle
- Se racler la gorge
- Posture fatiguée

Durant le status :

- Permettre palpation du cou
- Montrer légère sensibilité côté droit du cou
- Respiration normale
- Pas de stridor

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 62 ans, gros fumeur et buveur, avec dysphonie progressive depuis 3 mois. Symptômes constitutionnels importants (perte de poids, anorexie, fatigue) et adénopathie cervicale droite. Forte suspicion de cancer du larynx. RGO chronique non traité comme facteur contributif. Antécédent familial de cancer pulmonaire.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Laryngoscopie : masse bourgeonnante corde vocale droite
- CT cervical : masse laryngée avec adénopathies
- Biopsie : carcinome épidermoïde bien différencié
- TSH : normale

Points clés

- Cancer larynx = urgence diagnostique ORL
- Tabac + alcool = effet synergique (RR x15)
- Dysphonie > 3 semaines = laryngoscopie obligatoire
- Symptômes constitutionnels = suspicion malignité
- Pronostic dépend du stade au diagnostic

Pièges

- Minimiser la gravité de la dysphonie chronique
- Ne pas faire de laryngoscopie rapidement
- Traiter comme simple laryngite sans investigation
- Oublier le sevrage tabac/alcool urgent
- Ne pas rechercher les signes d'obstruction

Diagnostic

Cancer du larynx stade localement avancé (T3N1M0) sur terrain d'intoxication alcoolo-tabagique chronique

Épidémiologie du cancer du larynx

4e cancer ORL en fréquence :

- Incidence : 4-5/100 000 habitants
- Sex-ratio H/F : 7/1
- Âge moyen : 60-65 ans
- 95% carcinomes épidermoïdes
- Facteurs de risque : tabac (RR x10), alcool (RR x3)
- Synergie tabac-alcool : RR x15

Anatomie et classification

Trois étages du larynx :

- Supraglottique : 30% (épiglotte, bandes ventriculaires)
- Glottique : 60% (cordes vocales vraies)
- Sous-glottique : 10% (sous les cordes)
- Extension possible aux 3 étages
- Drainage lymphatique variable selon étage
- Glotte = peu de lymphatiques (métastases tardives)

Présentation clinique selon localisation

Symptômes variables :

- Glottique : dysphonie précoce (bon pronostic)
- Supraglottique : dysphagie, otalgie réflexe
- Sous-glottique : dyspnée, diagnostic tardif
- Symptômes tardifs : hémoptysie, fétidité haleine
- Adénopathies : 40% au diagnostic si supraglottique
- Symptômes B : 15-20% des cas

Facteurs de risque

Carcinogènes établis :

- Tabac : principal facteur (90% des cas)
- Alcool : cofacteur synergique
- Exposition professionnelle : amiante, poussières bois
- RGO chronique : irritation chronique
- HPV : rôle émergent (10-15%)
- Antécédents radiothérapie cervicale

Bilan diagnostique

Approche systématique :

- Laryngoscopie indirecte : première ligne
- Laryngoscopie directe + biopsie sous AG
- Panendoscopie : recherche 2e cancer (15%)
- CT cervico-thoracique : extension locale
- IRM si doute envahissement cartilage
- PET-scan : métastases à distance

Classification TNM

Stadification précise :

- T1 : limitée à un site, mobilité normale
- T2 : extension à site adjacent, mobilité normale

- T3 : fixation corde vocale
- T4a : envahissement cartilage thyroïde
- T4b : envahissement prévertébral, carotide
- N1 : ganglion unique \leq 3cm
- N2 : ganglions multiples ou $>$ 3cm

Traitement selon stade

Approche multidisciplinaire :

- Stade précoce (T1-T2N0) : RT ou chirurgie partielle
- Préservation laryngée si possible
- Stade avancé (T3-T4) : chimio-RT ou laryngectomie totale
- Chirurgie de rattrapage si échec
- Curage ganglionnaire si N+
- Chimiothérapie : cisplatine + 5-FU ou cétuximab

Pronostic

Survie variable selon stade :

- Stade I : survie à 5 ans 80-90%
- Stade II : survie à 5 ans 70%
- Stade III : survie à 5 ans 50-60%
- Stade IV : survie à 5 ans 30-40%
- Localisation glottique : meilleur pronostic
- Poursuite tabac/alcool : diminue survie 50%

Complications du traitement

Séquelles fréquentes :

- Laryngectomie : perte voix, trachéostome définitif
- Radiothérapie : xérostomie, fibrose, hypothyroïdie
- Dysphagie : 30-50% post-traitement
- Œdème laryngé : possible trachéotomie
- Réhabilitation vocale : prothèse phonatoire
- Impact psychosocial majeur

Prévention et dépistage

Mesures essentielles :

- Sevrage tabagique : réduit risque 50% à 10 ans
- Sevrage alcool : effet synergique
- Traitement RGO si présent
- Surveillance si lésions précancéreuses
- Laryngoscopie annuelle si haut risque
- Éducation symptômes d'alarme

Messages clés

- Dysphonie $>$ 3 semaines = laryngoscopie obligatoire
- Tabac + alcool = risque multiplié par 15
- Diagnostic précoce = préservation laryngée possible
- Approche multidisciplinaire indispensable
- Sevrage tabac/alcool améliore pronostic
- Réhabilitation vocale et psychologique essentielles
- Surveillance à vie (risque 2e cancer 15-20%)

Rappels thérapeutiques

- IPP : oméprazole 20-40mg x2/j si RGO
- Sevrage tabagique : substituts nicotiniques + varénicline
- Analgésie : paliers OMS selon douleur
- Nutrition : suppléments si perte > 10% poids
- Corticoïdes : si œdème laryngé menaçant

Examens complémentaires

- Laryngoscopie : obligatoire dans les 7 jours
- CT cervico-thoracique : bilan extension
- Panendoscopie : recherche 2e primitif
- PET-scan si stade \geq III
- Bilan pré-thérapeutique : NFS, rénal, hépatique