

Grille d'évaluation ECOS - USMLE-22 - Vertiges - Homme de 53 ans

📍 Service d'urgences

👤 Edward Albright, 53 ans, se présente aux urgences en se plaignant de vertiges

TA
135/90 mmHg

FC
76 bpm

FR
16/min

T°
36.7°C

Anamnèse (25%)

Score : 0/39

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Je me sens étourdi]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation des vertiges				0
Description [Eh bien, j'ai l'impression que la pièce tourne autour de moi]	<input type="checkbox"/>			
Début [Il y a deux jours]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Cela s'aggrave]	<input type="checkbox"/>			
Caractère [Cela va et vient]	<input type="checkbox"/>			
Durée des épisodes [Cela dure 20 à 30 minutes]	<input type="checkbox"/>			
Timing [Cela peut arriver à tout moment]	<input type="checkbox"/>			
3. Facteurs déclenchants et soulagements				0
Positions déclenchantes [Quand je me lève du lit ou que je me couche pour dormir, mais comme je l'ai dit, cela peut arriver à tout moment]	<input type="checkbox"/>			
Positions de soulagement [Aucune]	<input type="checkbox"/>			
4. Symptômes ORL				0
Acouphènes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Perte auditive [Oui, j'ai du mal à vous entendre de l'oreille gauche. Cela a commencé hier]	<input type="checkbox"/>			
Sensation de pression/plénitude auriculaire [Non]	<input type="checkbox"/>			
Écoulement auriculaire [Non]	<input type="checkbox"/>			
5. Symptômes associés				0
Chutes [Non, parfois je me sens instable comme si j'allais tomber, mais je ne tombe pas]	<input type="checkbox"/>			
Nausées/vomissements [Oui, je me sens nauséeux, et j'ai vomi plusieurs fois]	<input type="checkbox"/>			
Céphalées [Non]	<input type="checkbox"/>			
Traumatisme crânien [Non]	<input type="checkbox"/>			
6. Infections récentes				0
Épisode récent [J'ai eu une très mauvaise diarrhée. Cela a duré 3 jours, mais c'est beaucoup mieux aujourd'hui]	<input type="checkbox"/>			
Caractéristiques des selles [C'était une diarrhée aqueuse sans sang]	<input type="checkbox"/>			
Douleur abdominale [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre [Non]	<input type="checkbox"/>			
Infection des voies respiratoires [Non, pas d'écoulement nasal, mal de gorge, toux]	<input type="checkbox"/>			
7. Antécédents médicaux [Hypertension, diagnostiquée il y a 7 ans]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
8. Antécédents chirurgicaux [Appendicectomie]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
9. Médicaments actuels [Furosémide, Captopril (IEC)]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

10. Antécédents familiaux [Aucun problème similaire dans la famille]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
11. Mode de vie et habitudes			
Profession [Directeur exécutif d'une compagnie d'assurances]	<input type="checkbox"/>		0
Tabagisme [Non]	<input type="checkbox"/>		
Alcool [Oui, je bois 2 à 3 bières par semaine]	<input type="checkbox"/>		
Drogues illicites [Non]	<input type="checkbox"/>		
12. Histoire sexuelle [Oui, avec ma femme]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
13. Allergies médicamenteuses [Non]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0

Examen clinique (25%)			Score : 0/21	
Critères	Oui	±	Non	Points
1. État général [Le patient ne semble pas en détresse aiguë]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Signes vitaux orthostatiques				0
TA orthostatique [Pas de changements orthostatiques]	<input type="checkbox"/>			
FC orthostatique [Pas de changements orthostatiques]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes orthostatiques [Négatifs]	<input type="checkbox"/>			
3. Examen ORL et ophtalmologique				0
Inspection du nystagmus [Pas de nystagmus]	<input type="checkbox"/>			
Fond d'œil [Pas de papilloedème]	<input type="checkbox"/>			
Otoscopie [Pas de cérumen, membranes tympaniques normales]	<input type="checkbox"/>			
Évaluation auditive [Diminution de l'acuité auditive à gauche]	<input type="checkbox"/>			
Test de Weber [Centré]	<input type="checkbox"/>			
Test de Rinne [Positif (CA > CO à gauche)]	<input type="checkbox"/>			
Inspection bouche et gorge [Bouche et oropharynx normaux]	<input type="checkbox"/>			
4. Examen cardiovasculaire				0
Auscultation [RR et FC normaux, B1/B2 normaux, pas de souffles, frottements ou galops]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Examen neurologique				0
Nerfs crâniens [II-XII grossièrement intacts sauf pour diminution auditive gauche]	<input type="checkbox"/>			
Examen moteur [Force 5/5 partout]	<input type="checkbox"/>			
ROT [2+ intacts et symétriques, signe de Babinski négatif bilatéralement]	<input type="checkbox"/>			
Signe de Romberg [Négatif]	<input type="checkbox"/>			
Tilt test (Dix-Hallpike) [Négatif]	<input type="checkbox"/>			
Épreuves cérébelleuses [Doigt-nez normale]	<input type="checkbox"/>			
Démarche [Normale]	<input type="checkbox"/>			

Management (25%)			Score : 0/29	
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 vestibulaires périphériques

• **Maladie de Ménière** → *Audiométrie, IRM cérébrale*

Arguments POUR:

- ☐ Vertiges rotatoires épisodiques
- ☐ Perte auditive unilatérale gauche
- ☐ Nausées et vomissements
- ☐ Durée 20-30 minutes (compatible)
- ☐ Aggravation progressive

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas d'acouphènes
- ☐ Pas de plénitude auriculaire
- ☐ Début récent (2 jours)

• **Vertige positionnel paroxystique bénin (VPPB)** → *Manœuvre de Dix-Hallpike répétée*

Arguments POUR:

- ☐ Vertiges rotatoires
- ☐ Déclenchés par changements position
- ☐ Lever/coucher du lit
- ☐ Épisodes intermittents

Arguments CONTRE:

- ☐ Durée prolongée (20-30 min vs secondes)
- ☐ Perte auditive associée
- ☐ Dix-Hallpike négatif

• **Labyrinthite** → *Audiométrie, examen ORL complet*

Arguments POUR:

- ☐ Vertiges intenses
- ☐ Perte auditive unilatérale
- ☐ Nausées/vomissements
- ☐ Possible post-infectieux (diarrhée)

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas d'IVRS récente
- ☐ Vertiges intermittents (vs continus)
- ☐ Pas d'acouphènes

• **Névrite vestibulaire** → *Test calorique, vidéonystagmographie*

Arguments POUR:

- ☐ Vertiges intenses
- ☐ Nausées/vomissements
- ☐ Possible origine virale

Arguments CONTRE:

- ☐ Perte auditive présente
- ☐ Épisodes intermittents
- ☐ Pas de nystagmus spontané

Causes systémiques/métaboliques

• **Déshydratation/hypovolémie** → *Ionogramme, urée/créatinine*

Arguments POUR:

- ☐ Diarrhée récente 3 jours
- ☐ Diurétique (furosémide)
- ☐ Nausées/vomissements
- ☐ Aggravation aux changements position

Arguments CONTRE:

- ☐ Pas d'hypotension orthostatique
- ☐ Vertiges rotatoires vrais
- ☐ Perte auditive associée

• **Ototoxicité médicamenteuse** → *Arrêt/ajustement furosémide, audiométrie*

Arguments POUR:

- ☐ Furosémide (ototoxique connu)
- ☐ Perte auditive récente
- ☐ Vertiges

Arguments CONTRE:

- ☐ Unilatéral (habituellement bilatéral)
- ☐ Début brutal
- ☐ Pas de dose élevée mentionnée

Causes centrales (moins probables)

• **Insuffisance vertébro-basilaire** → *IRM/ARM cérébrale*

Arguments POUR:

- ☐ Âge 53 ans
- ☐ HTA (facteur risque)
- ☐ Vertiges

Arguments CONTRE:

- ☐ Examen neuro normal
- ☐ Pas de signes focaux
- ☐ Pas de diplopie/dysarthrie
- ☐ Perte auditive périphérique

• **Neurinome de l'acoustique** → *IRM avec gadolinium*

Arguments POUR:

- ☐ Perte auditive unilatérale
- ☐ Vertiges
- ☐ Âge compatible

Arguments CONTRE:

- ☐ Évolution aiguë (vs progressive)
- ☐ Vertiges intermittents
- ☐ Pas d'acouphènes

2. Examens complémentaires urgents

0

Manœuvre de Dix-Hallpike (répétée si nécessaire)	<input type="checkbox"/>
Glycémie capillaire	<input type="checkbox"/>
ECG (arythmie)	<input type="checkbox"/>
Ionogramme, urée, créatinine	<input type="checkbox"/>
NFS (anémie post-diarrhée)	<input type="checkbox"/>

3. Examens selon orientation

0

Audiométrie complète	<input type="checkbox"/>
IRM cérébrale avec séquences T1/T2 et gadolinium	<input type="checkbox"/>
Vidéonystagmographie (VNG)	<input type="checkbox"/>
Test calorique	<input type="checkbox"/>
Potentiels évoqués auditifs du tronc cérébral	<input type="checkbox"/>
VDRL/RPR (syphilis tertiaire)	<input type="checkbox"/>

4. Prise en charge immédiate



0

Traitement symptomatique

- Antivertigineux : méclizine 25mg x 3/j
- Antiémétiques : métoclopramide 10mg IV/IM
- Réhydratation orale ou IV selon état
- Repos au lit phase aiguë
- Éviter mouvements brusques tête
- Assistance à la mobilisation

Ajustements thérapeutiques

- Réévaluer dose furosémide
- Surveillance kaliémie (diurétique + diarrhée)
- Alternative au furosémide si ototoxicité
- Maintenir IEC si TA contrôlée
- Éviter associations ototoxiques

Mesures de sécurité

- Précautions chutes : rampes, éclairage
- Lever progressif (orthostatisme)
- Pas de conduite jusqu'à résolution
- Accompagnement pour déplacements
- Tapis antidérapants salle de bain
- Éviter escaliers seul

5. Rééducation vestibulaire

0

Exercices de Brandt-Daroff si VPPB	<input type="checkbox"/>
Manœuvre d'Epley si VPPB confirmé	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie vestibulaire	<input type="checkbox"/>
Exercices de fixation visuelle	<input type="checkbox"/>
Marche progressive supervisée	<input type="checkbox"/>
Éviter immobilisation prolongée	<input type="checkbox"/>

6. Surveillance et suivi

0

Consultation ORL dans 48-72h	<input type="checkbox"/>
Audiométrie de contrôle	<input type="checkbox"/>
Journal des vertiges (fréquence, durée)	<input type="checkbox"/>
Surveillance fonction rénale (diurétique)	<input type="checkbox"/>
TA et observance traitement	<input type="checkbox"/>
Réévaluation si aggravation	<input type="checkbox"/>

⚠ Red Flags - Urgences neuro-otologiques

1. **Signes neurologiques focaux**
→ Diplopie, dysarthrie, hémiparésie = AVC vertébro-basilaire
2. **Céphalée brutale intense**
→ Hémorragie sous-arachnoïdienne = CT cérébral urgent
3. **Surdité brutale bilatérale**
→ Urgence ORL = Cortico ides haute dose
4. **Vertiges + fièvre + céphalée**
→ Méningite/abcès = PL + imagerie
5. **Chutes répétées**
→ Risque traumatisme = Hospitalisation

Clôture de consultation**Clôture type**

Monsieur Albright, les vertiges que vous ressentez peuvent être dus à un problème au niveau de vos oreilles ou de votre cerveau, ou ils peuvent résulter d'une pression artérielle basse. Nous devrons effectuer quelques tests pour identifier la source de vos symptômes. Ces tests peuvent inclure des analyses de sang, une évaluation de l'audition, et une IRM qui fournira des images détaillées de votre cerveau. En attendant de trouver la cause de votre problème, vous devriez être prudent lorsque vous vous levez rapidement ou que vous marchez sans accompagnement, et utiliser les rampes chaque fois que possible. Avez-vous des questions pour moi ?

Questions difficiles à poser

[J'ai vraiment peur pour mon audition, docteur. Pensez-vous que ce sera permanent ?]

Réponse type du candidat

Je comprends votre inquiétude, Monsieur Albright. Une variété de conditions permanentes et non permanentes peut causer vos symptômes, mais avant de pouvoir répondre avec certitude, j'aimerais effectuer quelques tests supplémentaires pour mieux comprendre pourquoi vous avez des vertiges et pourquoi votre audition est affectée. Après cela, nous pourrions discuter des raisons possibles de vos problèmes d'audition.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères

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

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

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

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

5. Évaluation générale de la communication

Qualité globale de l'interaction médecin-patient

A

B

C

D

E

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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 : Edward Albright | **Âge :** 53 ans

Contexte : Homme marié, père de trois enfants, directeur exécutif

Motif de consultation

Plainte principale : «Je me sens étourdi.»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'ai aussi du mal à entendre.»

Consignes

- Demandez au candidat de parler plus fort.
- Faites semblant d'avoir des difficultés à entendre de l'oreille gauche.
- Montrez que vous entendez mieux lorsque le candidat se rapproche de votre oreille droite.
- Refusez de marcher si le candidat vous le demande.
- Faites semblant d'avoir peur de tomber.
- Acceptez de marcher seulement si le candidat vous explique pourquoi il souhaite examiner votre démarche.
- Montrez de l'inquiétude concernant votre audition.

Histoire actuelle

Vertiges :

- Sensation que la pièce tourne
- Depuis 2 jours
- S'aggrave progressivement
- Épisodes de 20-30 minutes
- Intermittents
- Déclenchés par lever/coucher

Symptômes ORL :

- Perte auditive oreille gauche depuis hier
- Pas d'acouphènes
- Pas de plénitude auriculaire
- Pas d'écoulement

Symptômes associés :

- Nausées et vomissements plusieurs fois
- Sensation d'instabilité
- Pas de chutes réelles

Infection récente :

- Diarrhée aqueuse 3 jours
- Sans sang
- Beaucoup mieux aujourd'hui
- Pas de fièvre
- Pas d'IVRS

Habitudes

- **Profession :** Directeur exécutif compagnie d'assurances
- **Alcool :** 2-3 bières/semaine
- **Tabac :** Non
- **Drogues illicites :** Non
- **Sexualité :** Active avec épouse

Antécédents

Antécédents médicaux :

- HTA depuis 7 ans
- Bien contrôlée

Antécédents chirurgicaux :

- Appendicectomie

Médicaments :

- Furosémide
- Captopril (IEC)

Antécédents familiaux :

- Aucun problème similaire

Simulation

Durant l'entretien :

- Parler avec voix normale mais demander répétition
- Tourner oreille droite vers candidat
- Main sur accoudoir (stabilité)
- Expression inquiète
- Questions sur pronostic audition

Durant l'examen :

- Coopératif pour tous tests
- Pas de nystagmus à simuler
- Stabilité correcte debout
- Réticence initiale à marcher
- Weber : dire "au milieu"
- Rinné : dire "j'entends mieux devant" (oreille gauche)

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme de 53 ans avec syndrome vertigineux périphérique aigu, très probablement maladie de Ménière débutante vs labyrinthite. Association diarrhée récente + furosémide suggère composante métabolique surajoutée. La perte auditive unilatérale nécessite imagerie pour exclure cause centrale.

Rôles et interventions de l'expert·e

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

- Glycémie : 5.8 mmol/L
- Na : 138 mmol/L, K : 3.6 mmol/L
- Créatinine : 95 µmol/L
- Dix-Hallpike : pas de nystagmus déclenché
- Head thrust test : normal
- Si demande résultats futurs : audiométrie montrera surdité neurosensorielle légère basses fréquences à gauche

Points clés

- Distinguer vertige vrai (rotatoire) vs étourdissement
- Perte auditive unilatérale = red flag
- Diarrhée + furosémide = déshydratation
- Examen neuro normal = périphérique probable
- Sécurité patient (chutes) prioritaire

Pièges

- Ne pas demander description précise vertiges
- Oublier signes orthostatiques
- Ne pas tester audition objectivement
- Minimiser risque ototoxicité furosémide
- Ne pas aborder sécurité/chutes

Diagnostic

Syndrome vertigineux périphérique aigu, probablement maladie de Ménière vs labyrinthite, avec facteur contributif de déshydratation relative (diarrhée + diurétique)

Approche du patient vertigineux

Étapes diagnostiques essentielles :

- Vertige vrai (rotatoire) vs pseudo-vertige
- Timing : aigu/chronique, continu/épisodique
- Durée : secondes (VPPB), minutes-heures (Ménière), jours (névrite)
- Symptômes associés : audition, neuro, nausées
- Déclencheurs : position, Valsalva, bruit
- Central vs périphérique : HINTS exam

Examen HINTS

Head Impulse - Nystagmus - Test of Skew :

- HI : Head thrust anormal = périphérique
- N : Nystagmus unidirectionnel = périphérique
- TS : Pas de skew deviation = périphérique
- Un signe central = IRM urgente
- Plus sensible que IRM précoce pour AVC
- Nécessite expérience pour interprétation

Maladie de Ménière

Hydrops endolymphatique idiopathique :

- Triade : vertiges, surdité, acouphènes
- Plénitude auriculaire fréquente
- Épisodes durant 20 min à 12h
- Surdité fluctuante basses fréquences
- Évolution vers surdité permanente
- Bilatéral dans 30% cas à long terme

VPPB

Canalolithiase la plus fréquente :

- Cause la plus fréquente de vertiges
- Otolithes dans canaux semi-circulaires
- Canal postérieur 90% cas
- Vertiges brefs < 1 minute
- Déclenchés par mouvements tête
- Dix-Hallpike : nystagmus rotatoire géotrope

Labyrinthite vs névrite vestibulaire

Inflammation labyrinthique :

- Labyrinthite : vertiges + surdité
- Névrite : vertiges sans surdité
- Post-viral dans 50% cas
- Vertiges continus jours-semaines
- Nystagmus spontané horizontal
- Récupération progressive par compensation

Ototoxicité médicamenteuse

Médicaments vestibulo/cochléotoxiques :

- Aminoglycosides : irréversible
- Diurétiques de l'anse : réversible
- Aspirine haute dose : réversible
- Cisplatine : irréversible
- Généralement bilatérale
- Surveillance audiométrique si risque

Vertiges d'origine centrale

Red flags à rechercher :

- Céphalée nouvelle/inhabituelle
- Signes neurologiques focaux
- Ataxie disproportionnée
- Nystagmus vertical/multidirectionnel
- Head thrust normal + vertiges
- Surdité brutale bilatérale

Prise en charge aiguë

Approche thérapeutique :

- Antivertigineux courte durée (< 48h)
-  viter sédation prolongée (retarde compensation)
- Cortico ides si névrite vestibulaire sévère
- Diurétiques + restriction sel si Ménière
- Rééducation vestibulaire précoce
- Manœuvres de repositionnement si VPPB

Pronostic

Selon  tiologie :

- VPPB : excellent, récidive 30%
- Névrite : compensation en semaines-mois
- Ménière :  pisodique, surdité progressive
- Labyrinthite : récupération variable audition
- Central : selon cause sous-jacente
- Rééducation améliore tous pronostics

Messages clés

- Caractériser précisément le "vertige"
- Perte auditive = toujours investiguer
- Examen neurologique complet obligatoire
- HINTS exam si vertige aigu continu
- Médicaments ototoxiques   considérer
- Sécurité patient (chutes) prioritaire
- Rééducation vestibulaire efficace
- IRM si doute sur origine centrale

Rappels thérapeutiques

- M clizine 25mg PO tid PRN vertiges
- Dimenhhydrinate 50mg PO/IM q4-6h PRN
- M tocolpramide 10mg IV/IM q6h PRN nausées
- Lorazépam 0.5-1mg PO/SL si anxiété sévère
- Prednisone 60mg/j x 3j si névrite vestibulaire

Examens complémentaires

- Dix-Hallpike obligatoire
- Audiométrie avec tympanométrie
- VNG si diagnostic incertain
- IRM IAC avec gadolinium si surdité unilatérale
- VEMP si suspicion Ménière