



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Enquête descriptive des pratiques cliniques dans la prise en charge des
bouchons de cérumen symptomatiques de l'adulte par les médecins
généralistes du département du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 21 juin 2022 à 18h

au Pôle Formation

par Sasha LUMBROSO

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe VINCENT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Monsieur le Professeur Dominique CHEVALIER

Monsieur le Docteur Théo BOIDOUX

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Florence BACULARD

Abréviations

ORL : Otorhinolaryngologie ou otorhinolaryngologiste

CAE : conduit auditif externe.

Déclaration des liens d'intérêts

Aucun.

Table des matières

Résumé

Introduction

I. Cas clinique

II. Contexte

III. Question de recherche

Matériels et Méthodes

I. Schéma d'étude

II. Population cible

III. Echantillonnage

IV. Outil

V. Période de l'enquête

VI. Recueil des données

VII. Anonymat et confidentialité

VIII. Traitement des données

IX. Le questionnaire

Résultats

I. Caractéristiques de l'échantillon

II. Données épidémiologiques

III. Description de la structure de soin

a. Les moyens matériels

b. Les moyens humains

c. Les moyens financiers

IV. Description du processus de soins

- a. Le traitement
- b. La prévention
- c. La coordination des soins

V. Les réponses à la case « commentaires »

Discussion

I. La prévalence

II. Les moyens matériels

III. Les moyens humains

IV. Les moyens financiers

V. Les pratiques de traitement

- a. Les agents céruménolytiques
- b. L'irrigation
- c. Le retrait manuel instrumental
- d. Les effets indésirables à l'extraction
- e. Le traitement à domicile

VI. La prévention secondaire

VII. La coordination

VIII. Les forces de l'étude

IX. Les limites de l'étude

Conclusion

Perspectives

Références bibliographiques

Annexes :

Annexe 1 : Exemples de matériels et médicaments utilisés dans le traitement des bouchons de cérumen et leurs prix moyens.

Annexe 2 : Carte géographique : répartition des villes d'exercice des médecins généralistes sélectionnées par tirage au sort

Résumé

Les bouchons de cérumen symptomatiques sont fréquents, invalidants et relèvent d'une prise en charge en soins premiers.

Nous avons étudié la prise en charge en termes de structure et de processus de soins des patients adultes consultant pour un bouchon de cérumen symptomatique par les médecins généralistes libéraux dans le département du Nord.

Un questionnaire en ligne anonymisé à questions fermées a été envoyé à 44 médecins généralistes du Nord sélectionnés par tirage au sort. L'informatisation et l'analyse ont été effectuées sur le site Sphinx-Declic.com.

Les participants diagnostiquaient entre 0 et 5 bouchons de cérumen par mois et possédaient au cabinet pour la plupart, du matériel à extraction manuelle ou à irrigation.

84% des médecins généralistes n'étaient pas prêts à consacrer plus de 10 minutes à l'extraction au cabinet avant de proposer un traitement de seconde intention.

98% des médecins n'utilisaient pas la cotation CCAM de l'acte d'ablation du bouchon qui ne peut pas être cumulée avec la cotation G.

L'instillation de céruménolytiques était le traitement le plus souvent utilisé chez la plupart des participants, suivi de l'irrigation et de l'extraction manuelle.

La douleur à l'extraction était l'effet indésirable le plus constaté.

Le traitement à domicile via les céruménolytiques ou l'auto-irrigation était souvent préconisé en première intention (57%), ainsi qu'en seconde intention après échec d'extraction au cabinet et en prévention secondaire chez les patients à risque.

95% des participants déconseillaient l'usage de Cotons-Tiges à leurs patients.

Les médecins généralistes orientaient le patient vers un médecin ORL principalement en cas d'échec d'extraction au cabinet (72%).

Introduction

I. Cas clinique

En été 2020, un mardi à 15h, j'ai reçu aux Urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Lille Mr R 53 ans qui consultait pour une otalgie droite intense évoluant depuis une semaine, aggravées quelques heures plus tôt. Il n'avait pas d'antécédents particuliers, il prenait du paracétamol sans grande efficacité, il était apyrétique et l'examen clinique était rapide : son tympan droit n'était pas visualisable car son conduit auditif était bouché par du cérumen impacté.

- « Monsieur, vous avez un bouchon de cérumen. Cela fait plusieurs jours que vous avez des douleurs, pourquoi ne pas avoir vu votre médecin traitant ? lui ai-je demandé.
- J'ai essayé de prendre RDV avec un ORL mais le délai est de 3 mois, et aujourd'hui j'avais trop mal donc je suis venu aux Urgences, m'a-t-il expliqué. »

La douleur de Mr R évoluait depuis plusieurs jours sans qu'il ne soit encore hyperalgique, et il n'avait pas envisagé de consulter son médecin traitant pour son otalgie, pensant qu'il s'agissait uniquement d'une prise en charge ORL. Il présentait pourtant une pathologie bénigne qui pouvait être traitée en ville, en soins premiers.

II. Contexte

Un bouchon de cérumen est défini comme une accumulation de cérumen visualisée à l'otoscopie pouvant occasionner des symptômes (1).

Le cérumen est composé de sécrétions de glandes cérumineuses et pilosébacées, de squames épithéliales et de poussières. Il peut s'accumuler pour former un bouchon selon deux mécanismes :

- Endogène : par un déficit d'évacuation du cérumen du fait d'anomalies anatomiques (CAE tortueux, étroit, ostéomes), par une abondance de poils notamment chez l'homme ou par une hyperproduction de cérumen.
- Exogène : par le port de prothèses auditives ou par une rétention liée à l'utilisation de corps étrangers (Cotons-Tiges, bouchons anti-bruit) qui peuvent pousser le cérumen au fond du CAE et y provoquer une irritation, faisant dysfonctionner les glandes (2).

Le bouchon de cérumen symptomatique est une pathologie fréquente. En effet, sa prévalence approximative est estimée à 2 à 6% de la population au Royaume Uni (1,3). Le bouchon de cérumen symptomatique représentait le diagnostic de 3,6% des otalgies se présentant aux urgences aux Etats-Unis entre 2009 et 2011 (4). Les procédures d'extraction représentaient un coût de 50 millions de dollars chez Medicare en 2012 (6).

Le bouchon de cérumen symptomatique est une pathologie invalidante. Les symptômes occasionnés sont par ordre de fréquence, constatés dans l'étude de Memel et al : la plénitude d'oreille, l'hypoacousie, les acouphènes, le prurit, les vertiges et l'otalgie (5,6). Le bouchon empêche la visualisation et l'analyse correcte du canal auditif externe et du tympan. Il peut aggraver une surdité préexistante engendrant une gêne exponentielle voire un retrait social (1).

Les bouchons de cérumen symptomatiques représentent un motif de consultation de soins premiers (3).

Schwartz et al ont publié en 2017 des recommandations de bonnes pratiques cliniques

à l'intention de tout clinicien pouvant diagnostiquer et prendre en charge un bouchon de cérumen symptomatique, qui s'appliquent donc à tout médecin généraliste (1).

Elles indiquent avec un haut grade de recommandation la prise en charge suivante :

- Le médecin doit éduquer le patient sur l'hygiène auriculaire en prévention de l'apparition d'un bouchon de cérumen.
- Il n'est pas recommandé de traiter en l'absence de symptômes sauf en cas d'examen otologique rendu difficile.
- Il est recommandé de traiter ou de référer à un clinicien pouvant traiter le bouchon avec au moins une des 3 techniques décrites ci-dessous. (Photos et prix des instruments en [Annexe 1])
 - o L'instillation d'agents céruménolytiques ;
 - o L'irrigation via une seringue traditionnelle et un bassin en inox ou une poire Enema voire un irrigateur d'oreille électronique ;
 - o Le retrait manuel instrumental via une anse de Snellen, de Billeau, une curette jetable ou une micro-pince.
- Le cérumen peut se réaccumuler et nécessiter un traitement additionnel. Il est donc nécessaire d'évaluer l'efficacité du traitement dans un second temps.
- Enfin, il est recommandé de réorienter le patient en cas d'inefficacité vers un spécialiste expérimenté possédant un matériel spécialisé (1).

Ainsi, les bouchons de cérumen symptomatiques représentent un phénomène de santé publique. Ils sont invalidants et relèvent des soins premiers.

Nous ne connaissons pas l'organisation des pratiques autour de leur prise en charge en France à l'heure actuelle.

III. Question de recherche

Quelle est la prise en charge en termes de structure de soins (moyens matériels, humains, financiers) et de processus de soins (pratiques de traitement et de prévention, coordination) des patients adultes consultant pour un bouchon de cérumen symptomatique par les médecins généralistes libéraux dans le département du Nord ?

Cette enquête a pour objectif de faire l'état des lieux des pratiques cliniques actuelles des médecins généralistes du département du Nord dans la gestion des bouchons de cérumen symptomatiques chez les patients adultes en soins primaires afin d'approfondir les connaissances sur ce sujet via l'utilisation d'un questionnaire en ligne.

Matériels et méthodes

I. Schéma d'étude

Nous avons mené une enquête descriptive quantitative des pratiques cliniques.

II. Population cible

Les critères d'inclusion englobaient une population de médecins généralistes libéraux du département du Nord en exercice.

Etaient exclus les médecins généralistes ayant une activité très ciblée (angiologie ou les médecines alternatives...).

III. Echantillonnage

Nous avons sélectionné les médecins généralistes par double tirage au sort (tirage en 2 grappes) : 111 villes du département du Nord [Annexe 2] ont été tirées au sort à partir du site annuaire.sante.ameli.fr et 3 médecins au sein de chaque ville ont été tirés au sort. Finalement, 300 médecins généralistes ont été sélectionnés car il existait moins de 3 médecins généralistes dans certaines villes.

Le tirage au sort a été effectué via le site dcode.fr.

IV. Outil

Nous avons envoyé aux participants un questionnaire par mail à remplir en ligne conçu sur le site Sphinx-Declic.com.

Les questions étaient fermées hormis cinq cases « autre » et un texte de champ libre facultatif à la fin.

Treize variables étaient autodescriptives et deux étaient des variables d'opinion.

V. Période de l'enquête

Nous avons reçu les résultats entre le 5 et le 30 avril 2022.

VI. Recueil des données

Nous avons d'abord mené une phase pré-test auprès de six médecins généralistes sélectionnés sur la base du volontariat afin d'évaluer la compréhension, l'acceptabilité et la durée de remplissage du questionnaire. À la suite de cette phase, nous avons ajouté un champ libre de commentaires à la fin du questionnaire et une proposition à la 11^e question.

Puis nous avons contacté par téléphone les 300 médecins généralistes tirés au sort. 18 médecins ont refusé de participer et 6 médecins ne remplissaient pas les critères d'inclusion. 183 médecins n'étaient pas joignables.

Nous avons envoyé un courriel à 93 médecins généralistes et obtenu 44 réponses.

VII. Anonymat et confidentialité

Nous avons sauvegardé les numéros de téléphone et adresses e-mails chiffrés dans un fichier Excel sur clé USB afin de garantir la confidentialité des coordonnées des participants. Les données ont été recueillies de façon anonymisée sur le site Sphinx Declic et sauvegardées régulièrement dans un fichier Excel.

VIII. Traitement des données

L'informatisation et l'analyse statistique a ont réalisées sur le site Sphinx-Declic.com.

IX. Le questionnaire

Enquête descriptive des pratiques cliniques des médecins généralistes sur la prise en charge des bouchons de cérumen symptomatiques de l'adulte dans le département du Nord.

Questionnaire anonyme, envoyé par tirage au sort.
Cette étude concerne uniquement les bouchons de cérumen symptomatiques (hypoacousie, douleur) de l'adulte (âge > 18 ans).

Combien de bouchons de cérumen symptomatiques (hypoacousie, douleur etc...) diagnostiquez-vous par mois chez l'adulte?

0 à 5

6 à 10

plus de 10

De quel matériel disposez-vous pour l'extraction du bouchon de cérumen? (Choix multiple)

Céruménolytiques

Seringue traditionnelle et haricot

Poire à lavement

Irrigateur d'oreille électronique

Anse de Snellen ou de Billeau en inox

Curettes ou anses jetables

Micro-pince

Autres (précisez quel matériel):

Autres (précisez quel matériel):

Comment vous procurez-vous ce matériel? (Choix multiple)

En pharmacie

Sur internet

Autre:

Autre: :

L'accessibilité au matériel vous paraît-elle:

Facile

Relativement difficile

Difficile

Parmi les méthodes d'extraction ci-dessous, laquelle utilisez-vous? Si vous en utilisez plusieurs, classez-les par ordre de fréquence.

- Cérulyse à domicile
- Irrigation
- Extraction à la curette
- Autre:

Glissez-déposez vos réponses ici, et ordonnez-les

Autre :

Jusqu'à combien de de temps êtes vous prêt(e), si le geste l'impose, à consacrer à l'extraction du bouchon de cérumen au cabinet avant de proposer un traitement de seconde intention (cérulyse à domicile ou orientation vers l'ORL)?

<5 min

5 à 10 min

>10 min

En cas d'effets indésirables à l'extraction au cabinet, lesquels constatez-vous le plus souvent, du plus fréquent au moins fréquent?

- Douleur
- Saignement
- Vertiges
- Otite Externe
- Perforation tympanique
- Autre:

Glissez-déposez vos réponses ici, et ordonnez-les

Utilisez-vous la cotation CAGD001 à 19,25 euros (ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe)?

Oui

Non

Concernant le traitement à domicile par céruménolytiques ou auto-irrigation, quand les préconisez-vous? (Choix multiple)

En première intention

En seconde intention (après échec d'extraction au cabinet)

En prévention secondaire (chez des patients à risque)

Autre:

Autre :

Quels conseils de prévention secondaire délivrez-vous habituellement? (Choix multiple)

Conseiller un essuyage superficiel du conduit auditif externe au doigt et au mouchoir

Déconseiller l'usage des cotons-tige

Conseiller un nettoyage au pommeau de douche

Conseiller l'usage d'un céruménoylique régulièrement

Autre:

Autre: :

Quand orientez-vous le patient vers un médecin ORL? (Choix multiple)

D'emblée (par manque de matériel ou manque de temps)

En cas d'échec d'un traitement par céruménoytiques à domicile

En cas d'échec d'extraction au cabinet

En fonction des antécédents ORL du patient

Avez-vous dans votre carnet d'adresse un ORL chez qui adresser vos patients dans un délai raisonnable?

Oui

Non

A combien de kilomètres se trouve le médecin ORL le plus proche de votre cabinet?

<5 km

5-10 km

>10 km

Quel est votre milieu d'exercice?

Urbain

Semi-rural

Rural

Depuis combien d'années exercez-vous la spécialité de Médecine Générale?

0 à 5 ans

6 à 25 ans

>25 ans

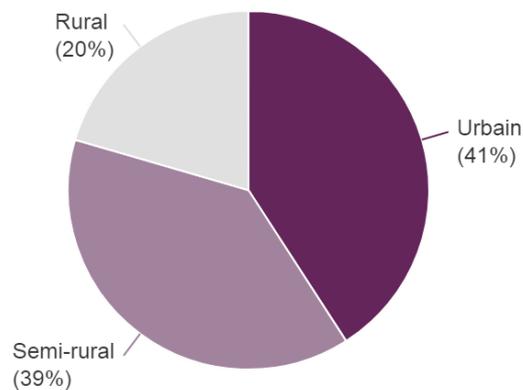
Avez-vous des remarques, des précisions à apporter?

Résultats

Un total de 44 médecins généralistes du département du Nord a répondu au questionnaire.

I. Caractéristiques de l'échantillon

Quel est votre milieu d'exercice?

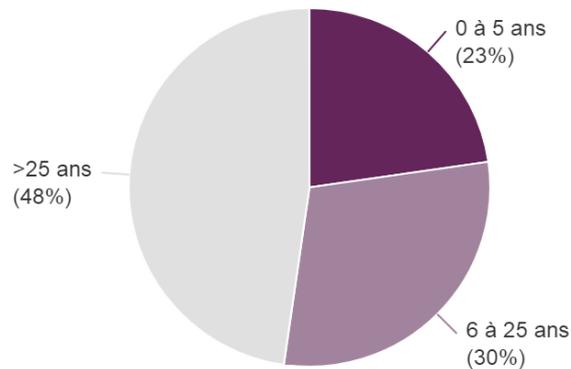


Graphique 1

Les milieux urbain et semi-rural étaient les plus représentés (respectivement 41 et 39% des participants). 20% des participants exerçaient en milieu rural.

Nous avons utilisé dans le questionnaire le terme subjectif « semi-rural » afin de simplifier la question. L'INSEE définit un « bassin de vie intermédiaire » selon plusieurs facteurs incluant l'accès aux équipements et services.

Depuis combien d'années exercez-vous la spécialité de Médecine Générale?



Graphique 2

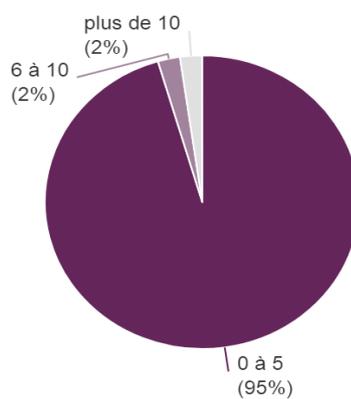
La majorité (48%) des participants exerçait depuis plus de 25 ans.

30% des participants avaient 6 à 25 ans de pratique.

23% d'entre eux exerçaient depuis moins de 5 ans.

II. Données épidémiologiques

Combien de bouchons de cérumen symptomatiques (hypoacousie, douleur) diagnostiquez-vous par mois chez l'adulte?



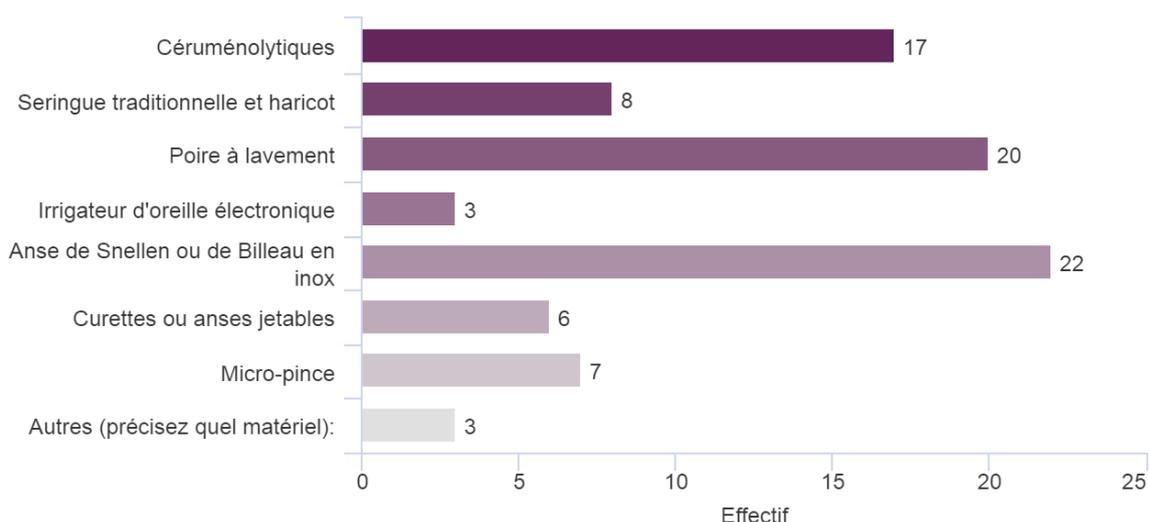
Graphique 3

En grande majorité, les participants diagnostiquaient entre 0 et 5 bouchons de cérumen symptomatiques par mois. Seuls 2% d'entre eux en diagnostiquaient 6 à 10 et 2% en rapportaient plus de 10.

III. Description de la structure de soins

a. Les moyens matériels

De quel matériel disposez-vous pour l'extraction du bouchon de cérumen? (Choix multiple)



Graphique 4

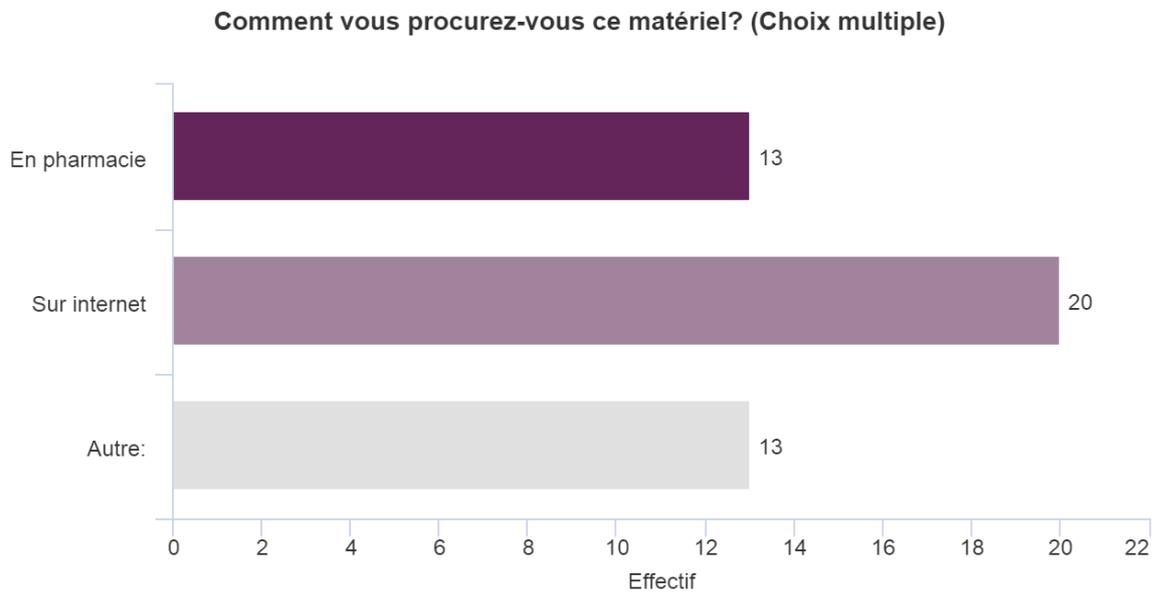
Trois matériels principaux ressortaient de cette question à choix multiple : parmi les 44 participants interrogés, 22 (50%) possédaient au cabinet une anse de Snellen ou de Billeau en inox, 20 (45%) possédaient une poire à lavement, 17 (39%) avaient à leur disposition des céruménolytiques. Puis, un effectif de 8 (18%) participants possédait une seringue traditionnelle avec un haricot, 7 (16%) médecins une micro-pince et 6 (14%) avaient des curettes ou anses jetables.

Trois participants avaient à leur disposition un irrigateur d'oreille électronique.

Trois médecins ont répondu « autres »

- « Épingle à cheveux » ;

- « Poire apportée par le patient » ;
- « ORL » (sans autre matériel sélectionné).

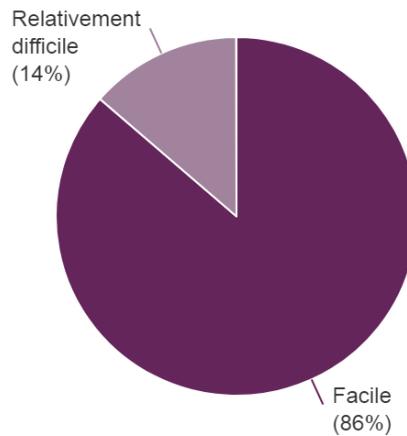


Graphique 5

Vingt (45%) participants se procuraient le matériel médical sur internet, 13 (29%) en pharmacie et les derniers ont répondu « autre » :

- « En magasin » ;
- Cinq (11%) participants ont précisé en « magasin de matériel médical » ;
- « Ordonnance de Cérulyse ® » ;
- « Achat par correspondance » ;
- « Conseil d'achat au patient (même participant ayant répondu « poire apportée par le patient » à la question précédente) ;
- « Pas d'autre matériel » (après avoir répondu « micro-pince » à la question demandant de quel matériel il disposait) ;
- Les trois autres n'ont pas précisé.

L'accessibilité au matériel vous paraît-elle:

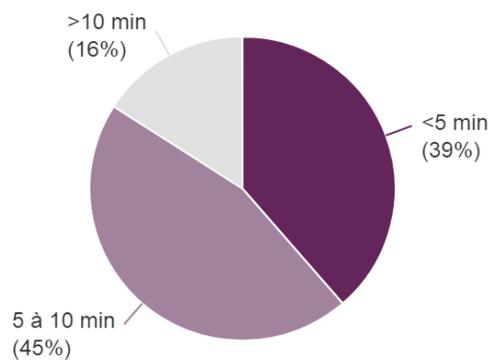


Graphique 6

86% des médecins interrogés estimaient le matériel comme facile d'accès alors que 14% le trouvaient difficilement accessible.

b. Les moyens humains

Jusqu'à combien de temps êtes vous prêt(e), si le geste l'impose, à consacrer à l'extraction du bouchon de cérumen au cabinet avant de proposer un traitement de seconde intention (cérulyse à domicile ou orientation vers l'ORL)?

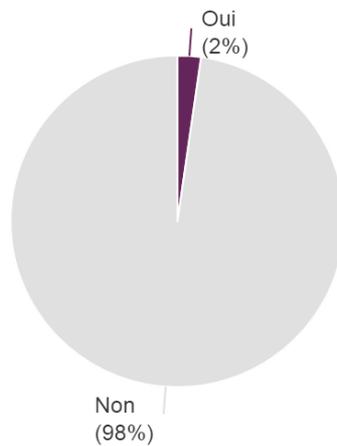


Graphique 7

La majorité des participants (45%) étaient prêts à consacrer entre 5 et 10 min à l'extraction d'un bouchon de cérumen au cabinet avant de proposer un traitement de seconde intention par céruménolytiques à domicile ou d'orienter vers un médecin ORL. 39% d'entre eux ne souhaitaient pas consacrer plus de 5 minutes au geste et 16% étaient prêts à consacrer plus de 10 minutes à l'extraction au cabinet.

c. Les moyens financiers

Utilisez-vous la cotation CAGD001 à 19,25 euros (ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe)?



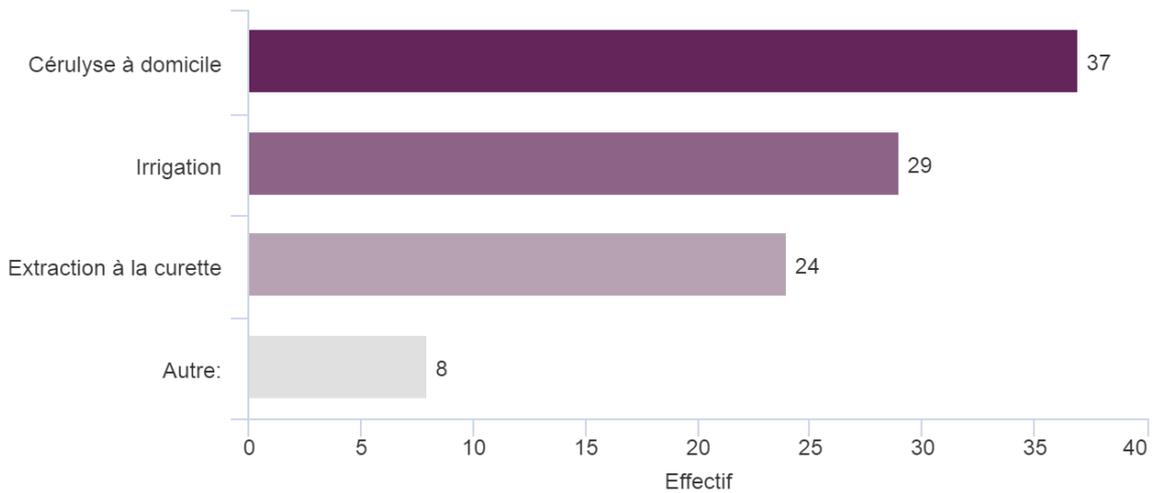
Graphique 8

La grande majorité (98%) des médecins généralistes interrogés n'utilisait pas la cotation de l'acte d'ablation du bouchon de cérumen.

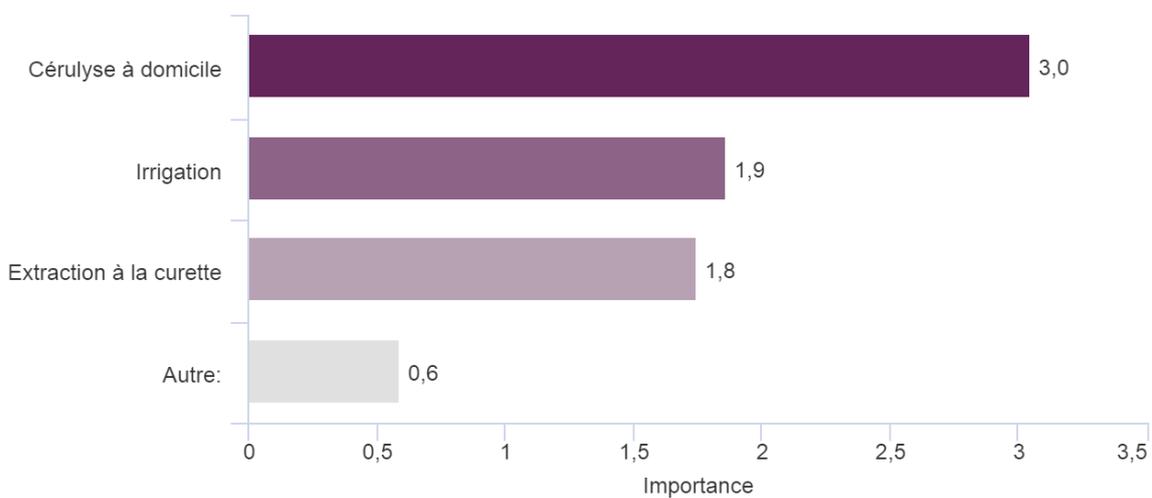
IV. Description du processus de soins

a. Le traitement

Parmi les méthodes d'extraction ci-dessous, laquelle utilisez-vous? Si vous en utilisez plusieurs, classez-les par ordre de fréquence.



Parmi les méthodes d'extraction ci-dessous, laquelle utilisez-vous? Si vous en utilisez plusieurs, classez-les par ordre de fréquence.



Graphiques 9 et 10

Cette question à choix multiple demandait aux participants de classer les méthodes d'extraction par ordre de fréquence d'utilisation.

Elle met en évidence que :

- 37 médecins (84%) utilisaient l'instillation de céruménolytiques ;
- 29 médecins (66%) utilisaient l'irrigation ;
- 24 médecins (54%) pratiquaient l'extraction à la curette ;
- 8 autres participants ont répondu « autre » :
 - Un participant a répondu « consultation ORL » en ayant également coché « céruménolytiques » ;
 - Trois participants (7%) ont évoqué la poire à lavement (mais aucun des trois n'avait coché « irrigation ») :
 - « Irrigation à la poire Enema après ramollissement pendant quelques jours aux céruménolytiques » ;
 - « Poire Enema » ;
 - « Poire à lavement ».
 - Deux participants (4%) ont répondu « anse de Billeau » ;
 - Les autres n'ont pas précisé leur(s) méthode(s) d'extraction.

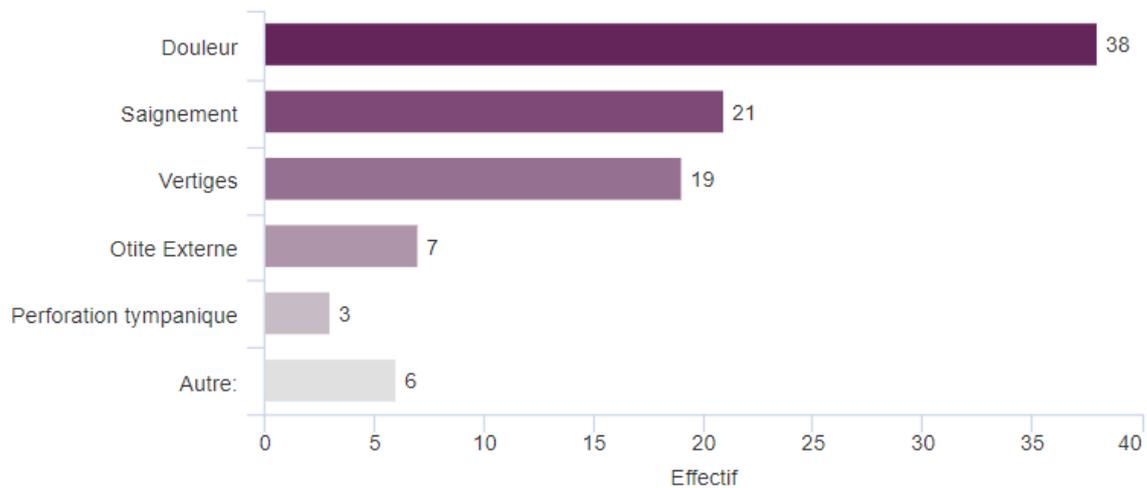
On peut finalement compter que l'extraction manuelle (comprenant la curette et l'anse de Billeau) était utilisée par 26 participants (59%).

Afin d'analyser la fréquence d'utilisation des différentes méthodes, un calcul « d'importance » des différentes propositions analysant leur ordre de classement par fréquence d'utilisation a été effectué. L'utilisation des céruménolytiques à domicile était rangée le plus souvent au premier rang (importance à 3).

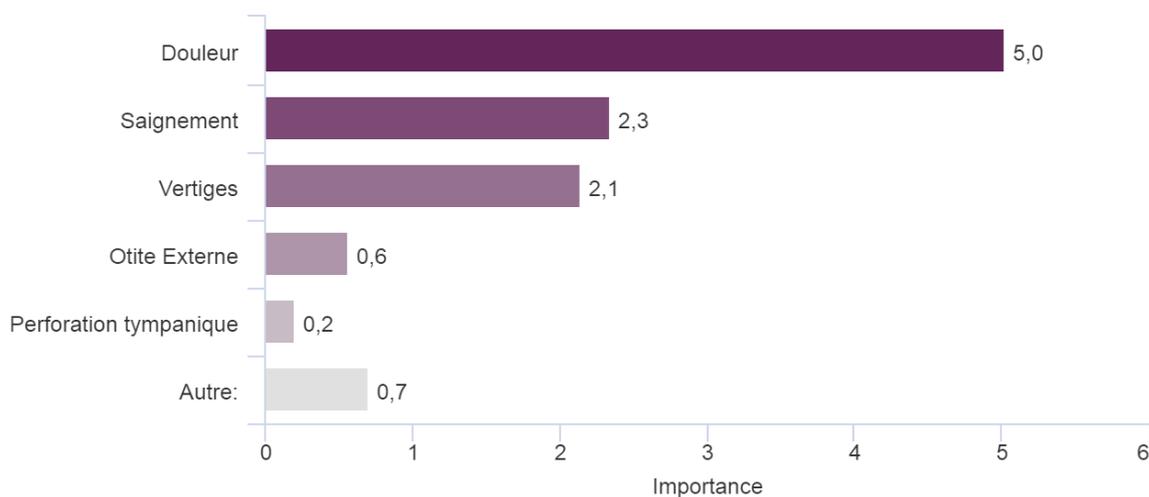
Avec un ordre d'importance presque similaire à respectivement 1,9 et 1,8, l'irrigation et l'extraction à la curette apparaissaient comme étant des techniques d'utilisation moins fréquentes.

Les réponses « autre » apparaissent en dernière position en termes de fréquence d'utilisation probablement du fait de leur plus faible effectif.

En cas d'effets indésirables à l'extraction au cabinet, lesquels constatez-vous le plus souvent, du plus fréquent au moins fréquent?



En cas d'effets indésirables à l'extraction au cabinet, lesquels constatez-vous le plus souvent, du plus fréquent au moins fréquent?



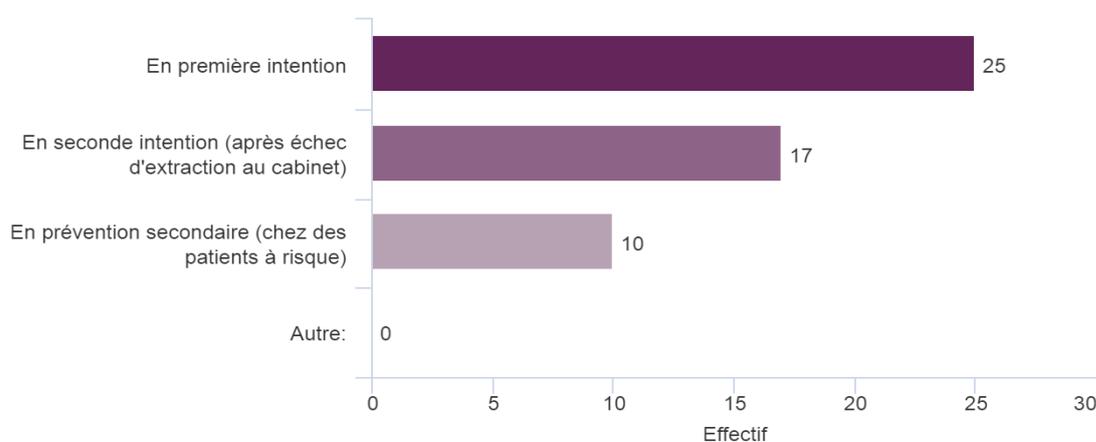
Graphiques 11 et 12

Cette question à choix multiples demandait aux participants de classer les effets indésirables constatés à l'extraction du bouchon de cérumen par ordre de fréquence.

Trente-huit (86%) médecins rapportaient la douleur comme effet indésirable, 21 (48%) constataient des saignements, 19 (43%) constataient des vertiges chez les patients. Des otites externes étaient diagnostiquées à la suite du geste chez 7 (16%) médecins et des perforations tympaniques chez 3 (7%) d'entre eux. 6 participants ont répondu « autre » sans précision.

La douleur à l'extraction était souvent classée au premier rang de fréquence (importance calculée à 5) suivie des saignements (2,3), vertiges (2,1), otite externe (0,6), « autres » (0,7) et perforation tympanique (0,2).

Concernant le traitement à domicile par céruménolytiques ou auto-irrigation, quand les préconisez-vous? (Choix multiple)

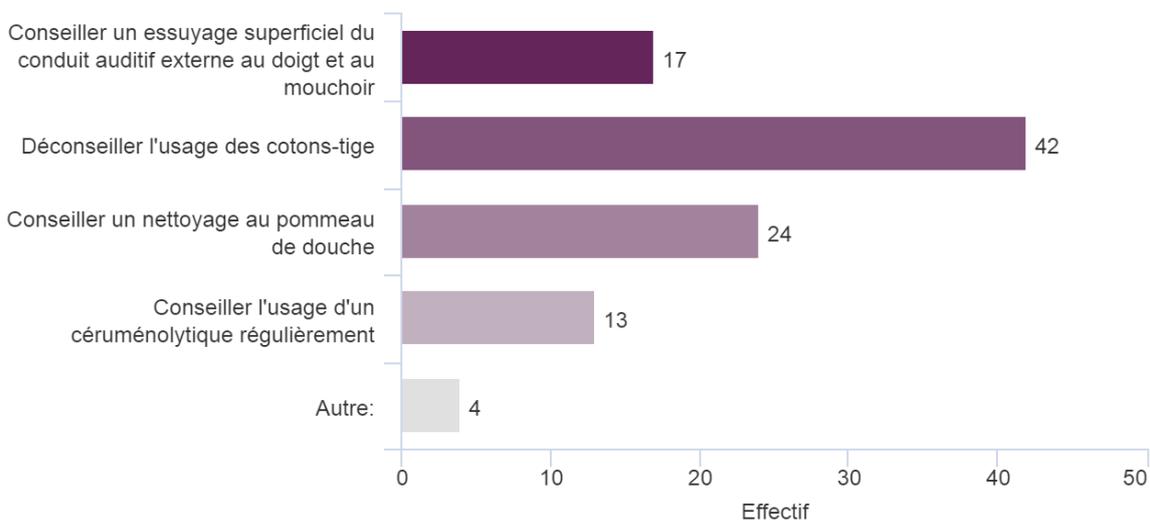


Graphique 13

Cette question portant sur le traitement à domicile du patient via les céruménolytiques ou l'auto-irrigation montrait que les médecins le préconisaient en majorité en première intention (25 médecins soit 57%). 17 (39%) médecins conseillaient le traitement à domicile en seconde intention après échec d'extraction au cabinet et 10 (23%) le préconisait en prévention secondaire chez les patients à risque.

b. La prévention

Quels conseils de prévention secondaire délivrez-vous habituellement? (Choix multiple)



Graphique 14

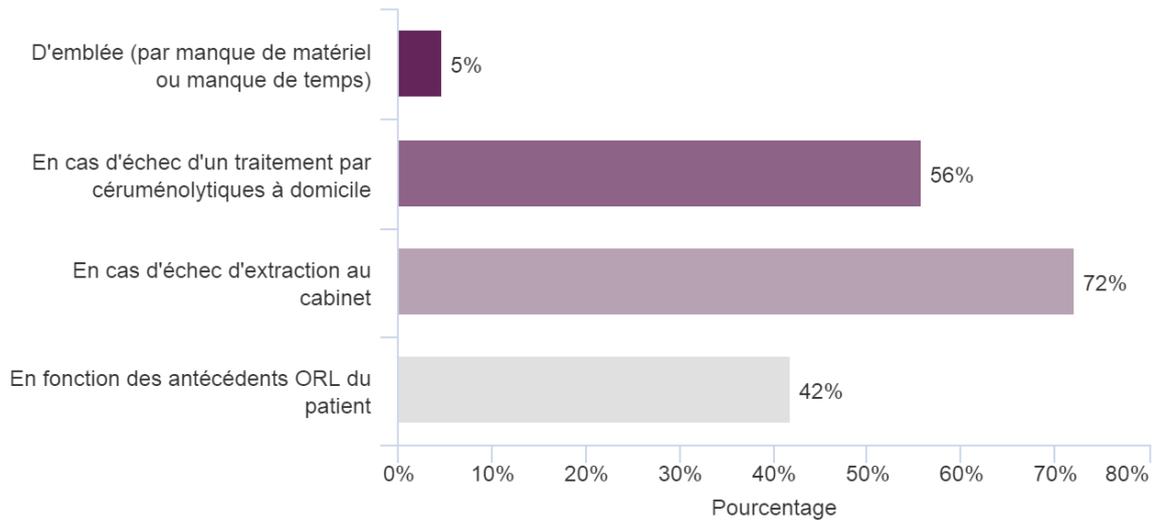
Chez les patients ayant déjà présenté un bouchon de cérumen symptomatique, 42 participants (95%) leurs déconseillaient l'utilisation de Cotons-Tiges, 24 (54%) leur conseillaient un nettoyage au pommeau de douche, 17 (39%) un essuyage superficiel du conduit auditif externe, et 13 (29%) l'usage régulier d'un céruménolytique.

Quatre participants ont répondu « autre » :

- Un participant a mentionné l'utilisation d'une « épingle à cheveux ».
- Un a évoqué le « lavage au sérum physiologique ».
- Les deux autres n'ont pas précisé la réponse.

c. La coordination des soins

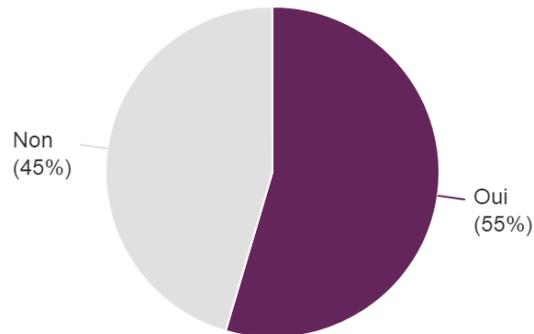
Quand orientez-vous le patient vers un médecin ORL? (Choix multiple)



Graphique 15

Les médecins généralistes interrogés indiquaient orienter le patient vers un médecin ORL principalement en cas d'échec d'extraction au cabinet (72%) ou en cas d'échec d'un traitement par céruménolytiques à domicile (56%). 42% orientaient leurs patients en fonction de leurs antécédents ORL. 5% orientaient le patient d'emblée vers l'ORL par manque de matériel ou de temps.

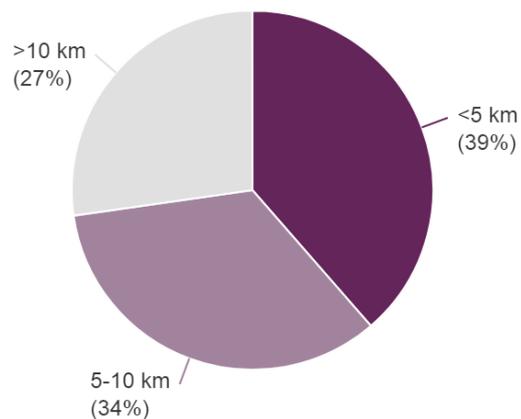
Avez-vous dans votre carnet d'adresse un ORL chez qui adresser vos patients dans un délai raisonnable?



Graphique 16

55% des répondants avaient les coordonnées d'un médecin ORL dans leur carnet d'adresses chez qui orienter leurs patients dans un délai raisonnable contre 45% ayant répondu par la négative.

A combien de kilomètres se trouve le médecin ORL le plus proche de votre cabinet?



Graphique 17

Un médecin ORL se trouvait à moins de 5 km du médecin généraliste dans 39% des cas, entre 5 et 10 km dans 34% des cas et à plus de 10 km dans 27% des cas.

V. Question « commentaires »

Un participant a mentionné qu'il n'avait « que peu d'échecs d'extraction en utilisant les céruménolytiques pendant huit jours avant une extraction à la poire Enema ». Un autre a indiqué utiliser la même procédure mais avec une pipette en plastique plutôt qu'une poire.

Un médecin a rapporté qu'il jugeait la cotation trop faible pour l'extraction, qu'il cotait « G » pour 25 euros et qu'il fallait souvent une consultation de 20 à 30 min pour extraire les bouchons correctement. Un autre a exprimé que l'extraction au cabinet était un geste de Médecine Générale qui rendait service et qui devrait être beaucoup mieux rémunéré.

L'un d'entre eux mentionnait la quasi-absence de médecins ORL dans le secteur.

Discussion

I. La prévalence

Une estimation contextuelle du nombre des bouchons de cérumen symptomatiques diagnostiqués mensuellement chez nos participants nous semblait nécessaire avant d'étudier leurs pratiques pour comprendre le phénomène dans la région en particulier.

Il a été estimé que 4 millions d'oreilles étaient irriguées chaque année au Royaume Uni (7). Aux Pays-Bas, 39,3 patients pour 1000 habitants par an consultent leur médecin traitant pour ce motif (8). La prévalence varie beaucoup selon les études en fonction des populations et de la définition du bouchon (quantité de cérumen). Par exemple, la prévalence des bouchons de cérumen symptomatiques était estimée à 2,1% chez des adultes de 30 à 49 ans au Danemark contre 5% dans une autre étude chez des adultes en bonne santé (5).

Dans cette enquête, 0 à 5 bouchons de cérumen symptomatiques étaient diagnostiqués par médecin généraliste et par mois chez les patients adultes du département du Nord (graphique 3, page 14).

II. Les moyens matériels

Jusqu'à présent, aucune étude ne s'est penchée sur le type de matériel dont les médecins généralistes disposent au cabinet pour traiter les bouchons de cérumen.

Comme le montre le graphique 4 (page 15), même si l'extraction manuelle n'était pas la méthode utilisée le plus fréquemment (importance 0,8), 50% des participants possédaient au cabinet une anse de Snellen ou de Billeau en inox. 45% avaient à leur disposition une poire à lavement, et 38% des céruménolytiques.

Un matériel, également retrouvé dans les techniques d'extraction nous a surpris : celui de l'épingle à cheveux. Cette technique n'est pas mentionnée dans la littérature.

Nous avons retrouvé que trois médecins possédaient un irrigateur d'oreilles électronique, matériel au coût le plus élevé [Annexe 1]. Paradoxalement, ces participants en particulier ne diagnostiquaient qu'entre 0 et 5 bouchons de cérumen symptomatiques par mois. Était-ce des irrigateurs partagés dans des maisons de santé pluridisciplinaires ou en cabinet de groupe ? Peut-être utilisaient-ils les irrigateurs pour drainer des bouchons asymptomatiques en prévention ?

Nous soulignons qu'un participant conseillait au patient d'acheter la poire à lavement lui-même, probablement pour permettre un usage unique et l'éduquer à une éventuelle auto-irrigation à domicile.

III. Les moyens humains

Le sujet du temps consacré au geste d'extraction par les médecins généralistes n'est pas exploré dans la littérature.

Comme nous l'a montré le graphique 7 (page 17), 39% de nos participants ne souhaitaient pas y consacrer plus de 5 min et 45% préféraient y consacrer entre 5 et 10 min. Quels facteurs pourraient causer l'interruption de l'extraction par les médecins généralistes pour passer à un traitement de seconde intention ? (La pénibilité pour le patient, un sentiment d'inefficacité à la première tentative...). Une extraction plus longue serait-elle plus efficace ?

Nous relevons que 5% des médecins interrogés indiquaient "orienter d'emblée vers le médecin ORL par manque de temps ou de matériel". Cette décision pourrait-elle être liée à la proximité d'un médecin ORL dans le secteur ?

IV. Les moyens financiers

La cotation CAGD001 de l'acte d'ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe tarifie l'acte à 19,25^E (9). Elle ne peut pas être cumulée avec une cotation G à 25 euros.

98% des participants n'utilisaient pas la cotation à l'acte de retrait du bouchon de cérumen (graphique 8, page 18), probablement parce que sa rémunération est inférieure à celle d'une consultation. D'un point de vue logistique, le bouchon est diagnostiqué lors d'une consultation lorsque le médecin peut procéder immédiatement à l'extraction. Quel est l'intérêt de cette cotation ?

V. Les pratiques de traitement

On note que l'usage de céruménolytiques à domicile apparaît comme une technique utilisée le plus fréquemment et par le plus grand nombre des participants comparativement aux autres méthodes, suivie de l'irrigation et de la méthode instrumentale (graphiques 9 et 10, page 19).

Dans l'enquête de Sharp et al, 95,5% des médecins généralistes de la région d'Edimbourg prescrivaient des céruménolytiques, 92% utilisaient l'irrigation comme technique privilégiée, 4% utilisaient la méthode instrumentale et 1% orientait directement le patient vers un spécialiste (7).

Il n'existe pas de consensus concernant le choix du traitement car aucune étude randomisée en double aveugle avec placebo, large et de bonne qualité comparant l'efficacité des traitements n'a été réalisée (3).

a. Les agents céruménolytiques

Les agents céruménolytiques étaient utilisés par la majorité des participants (84%) et le plus fréquemment (importance 3,0).

Comme l'indiquaient Aaron et al dans leur revue Cochrane de 2018, l'utilisation de la dissolution par céruménolytiques était plus efficace que l'absence de traitement (référence à une étude de Keane et al en 1995 de faible niveau de preuves) (10).

Dans la revue systématique de Loveman et al de 2011 reprenant 26 essais cliniques contrôlés, certains céruménolytiques avaient prouvé leur efficacité sans que l'on puisse mettre en évidence la supériorité d'un céruménolytique par rapport à un autre (5).

La supériorité des céruménolytiques comparés à l'instillation d'eau n'a pas été démontrée cliniquement (5,8,10,11).

La technique consiste à instiller plusieurs gouttes de produits pour ramollir le cérumen une ou deux fois par jour pendant trois à cinq jours (1).

On peut les utiliser seuls ou en amont d'une extraction par le praticien. Leur utilisation rend une irrigation plus efficace (5).

Les effets indésirables de ce traitement sont rares (irritation ; dermatite de contact (1)).

D'après les recommandations américaines proposées par Schwartz et al, l'instillation de céruménolytiques est contre-indiquée en cas de

- Tympan non intact ;
- Port d'aérateurs trans-tympaniques ;
- Infection (1).

Mon questionnaire ne différenciait pas le ramollissement par céruménolytiques seuls de leur association avec une autre méthode d'extraction.

b. L'irrigation

L'extraction par irrigation était utilisée par 66% des participants. Elle consiste à :

- Idéalement ramollir le bouchon de cérumen pendant 15 min avant l'extraction via un céruménolytique ou de l'eau.
- Nettoyer le conduit auditif externe avec de l'eau à 37°C en direction de l'occiput, (non directement vers la membrane tympanique), pour éjecter le bouchon.
- Inspecter le conduit auditif externe pour évaluer l'efficacité et l'intégrité du CAE et du tympan. Dans l'enquête de Sharp et al, seuls 68% des médecins surveillaient l'état du CAE à distance (7).

Comme l'expliquent Schwartz et al, l'irrigation est contre-indiquée dans les situations suivantes :

- Sténose du CAE ;
- Exostoses ;
- Antécédents de chirurgie ORL, de radiothérapie de la tête et du cou, de traumatisme ORL, d'otite externe ;
- Âge inférieur à 16 ans ;
- Tympan non intact ;
- Susceptibilité aux infections (terrain immunodéprimé, diabète de type 1) ;
- Aérateurs trans-tympaniques (1,7).

c. Le retrait manuel instrumental

Même si le retrait manuel instrumental est la méthode la moins fréquemment utilisée chez nos participants (importance 1,8), ils étaient plus de la moitié à la choisir (59%). Pourtant, le retrait manuel peut nécessiter l'utilisation d'un microscope binoculaire ou d'un instrument de micro-aspiration qui ne sont pas toujours disponibles en soins

premiers (1).

Nous nous demandons si ces participants utilisent un tel matériel ou s'ils le font « à l'aveugle ».

Le retrait manuel instrumental consiste à retirer le bouchon par l'insertion d'une curette, anse de Billeau, anse de Snellen ou d'une micro-pince, matériels que possédaient nos participants (graphique 4 page 15).

Schwartz et al écrivent qu'il n'existe pas de contre-indication à cette technique. D'après Michaudet et al, c'est ainsi la méthode préférentielle pour les patients présentant une anomalie du CAE, un antécédent de chirurgie ORL, une maladie systémique augmentant le risque d'infection, un tympan non intact ou toute autre contre-indication à un traitement par céruménolytiques ou irrigation (12).

Il faut toutefois faire preuve de précaution chez les patients sous anticoagulants (1).

d. Effets indésirables à l'extraction

Les effets indésirables à l'extraction rapportés par nos participants étaient similaires à ceux évoqués dans la littérature (1).

La douleur était l'effet indésirable le plus fréquemment rencontré par les médecins interrogés, suivie des saignements, des vertiges et des otites externes (graphiques 11 et 12 page 21). Cette question ne différenciait pas les effets indésirables survenus à l'irrigation ou à l'extraction manuelle, qui sont pourtant décrits comme différents dans la littérature.

Dans l'enquête de Sharp et al, les effets indésirables à l'irrigation constaté par les médecins généralistes étaient par ordre de fréquence :

- L'otite externe ;
- La perforation tympanique ;
- Les lésions du CAE ;
- La douleur ;
- Les vertiges.

L'extraction manuelle comporte un risque de :

- Traumatisme du CAE (douleur, saignement) ;
- Perforation tympanique ;
- Otite externe, rarement (1).

e. Le traitement à domicile

Le traitement à domicile par céruménolytiques ou par irrigation était fréquemment conseillé en première intention (graphique 13, page 22).

Dans une étude randomisée en double aveugle menée par R . Coppin, 51% des patients ayant utilisé une poire n'avaient pas besoin d'une irrigation supplémentaire effectuée par un professionnel.

De plus, aucune différence significative n'a été mise en évidence en termes d'effets indésirables entre une auto-irrigation à la poire par le patient et une irrigation par un professionnel (13).

VI. La prévention secondaire

Chez nos participants, il était commun de déconseiller l'utilisation de Cotons-Tiges (95% des médecins) en prévention secondaire (graphique 14, page 23), comme le recommandent Schwartz et al (1) qui déconseillent également l'utilisation de bougies auriculaires et l'insertion de corps étrangers.

Comme l'indiquent Michaudet et al, l'utilisation d'agents céruménolytiques ou d'un kit d'irrigation à domicile est une méthode prudente et efficace (12). Ce conseil est moins fréquemment donné (29% des médecins) dans notre enquête.

VII. Coordination

La plupart des participants (72%), orientaient le patient vers un médecin ORL après échec d'une extraction au cabinet (graphique 15, page 24).

Toutefois, plus de la moitié des participants (56%) réorientaient en cas d'échec d'un traitement par céruménolytiques à domicile. Nous ne pouvons pas savoir s'ils adressaient le patient à l'ORL après échec d'un traitement par céruménolytiques seuls ou en association à une autre méthode d'extraction car je n'ai pas précisé une telle différence. On note tout de même qu'à la question évoquant les méthodes d'extraction privilégiées (graphique 9), un participant a écrit « consultation ORL » dans la proposition « autre » en ayant également coché la méthode « céruménolytiques ».

De même, un autre participant n'ayant pas de matériel avait indiqué « ORL » à la question correspondante. Dans ces deux cas précis, on peut se demander pourquoi ils ne pratiquaient pas d'extraction au cabinet. Il serait intéressant de rechercher un lien avec des éventuelles difficultés dans le processus de soin (le temps, la cotation, un problème d'accès au matériel). On a d'ailleurs trouvé que 5% de participants orientaient "d'emblée par manque de temps ou de matériel".

Quarante-cinq pour cent des médecins généralistes interrogés n'ont pas de contact direct avec un ORL (graphique 16, page 25). Les délais de consultation ORL sont longs et appeler le médecin directement en vue d'adresser le patient chez lui spécifiquement pourrait permettre de faciliter la rapidité de la prise en charge.

Le diagramme représentant la distance du médecin généraliste au médecin ORL semble superposable au diagramme du milieu d'exercice du médecin généraliste sans que l'on puisse en établir une association statistique. Dans 27% des cas, le patient devra se déplacer à plus de 10 km pour consulter un médecin ORL (graphique 17, page 25). Cette distance peut rendre l'accès aux soins difficile pour certains patients.

VIII. Les forces de l'étude

Notre enquête a exploré une pathologie invalidante peu étudiée (100 résultats sur Pubmed avec les mots clé « ear wax; cerumen; impaction »). Son traitement permet une amélioration de l'audition. Dans une étude de Lewis-Cullinan et al évaluant l'audition via un test à l'Audioscope mesurant 4 fréquences de son différentes (500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz et 4000 Hz) à une intensité de 40 dB avant et après irrigation des bouchons de cérumen montrait une amélioration de l'audition (gain sur 1 à 3 fréquences) chez 75% des patients de plus de 65 ans hospitalisés (14).

En citant HC Hanger et GP Mulley dans The Royal Society of Medicine en 1992 « l'extraction du cérumen et l'amélioration de l'audition qui en résulte peut être l'une des expériences les plus satisfaisante pour le patient et le docteur » (2).

Nous nous sommes aussi penchés sur certains aspects de la pratique des médecins généralistes dans la gestion des bouchons de cérumen qui n'ont pas été étudiés jusqu'à présent, notamment l'organisation du processus de soin : le matériel dont disposent les médecins, la limite temporelle à l'extraction, la question de la rémunération.

IX. Les limites de l'étude

- J'ai interrogé un faible nombre de participants, ce qui peut nuire à la validité externe de l'étude.
- On ne peut pas exclure un biais de remémoration dans ce questionnaire.
- Le tirage au sort des participants n'était pas aléatoire mais en grappe, ce qui diminue la représentativité de l'échantillon à la population.
- Les céruménolytiques peuvent être utilisés seuls ou avant une extraction par le praticien (5). Cette étude ne différenciait pas ces deux approches.
- Nous n'avons pas inclus certaines populations de patients plus à risque de présenter des bouchons de cérumen symptomatiques chez qui il est nécessaire de les rechercher régulièrement :
 - o Les patients de plus de 65 ans dont 9 à 58% présentent des bouchons de cérumen responsables d'une hypoacousie (15).
 - o Les adultes souffrant de troubles cognitifs chez qui 28 à 36% présentent un excès ou bouchon de cérumen dont la présence est associée à une perte d'audition et une diminution des fonctions cognitives (1).
 - o Les patients porteurs de prothèses auditives pour qui il est nécessaire de dépister un bouchon de cérumen tous les 3 à 6 mois (1).

Conclusion

Au cours de cette thèse, nous avons bien exploré les deux champs de la question de recherche.

L'enquête sur le processus de soin a relevé que la majeure partie des médecins généralistes consacraient moins de dix minutes à l'extraction d'un bouchon de cérumen symptomatique au cabinet. La cotation CAGD001 de l'Assurance Maladie n'était majoritairement pas utilisée probablement du fait d'une tarification par l'Assurance Maladie inférieure à celle d'une consultation classique.

L'usage de cérumenolytiques était le traitement privilégié et le plus fréquemment préconisé. L'irrigation et le retrait instrumental au cabinet étaient utilisés par plus de la moitié des participants mais moins fréquemment.

La douleur était l'effet indésirable le plus souvent constaté.

Le conseil de prévention secondaire le plus souvent donné était l'éviction de l'utilisation de Cotons-Tiges.

La plupart des médecins généralistes orientaient leurs patients vers un ORL en cas d'échec d'extraction du bouchon au cabinet.

Perspectives

Aucune étude n'a exploré la supériorité d'efficacité entre les trois méthodes d'extraction (céruménolytiques, irrigation, extraction manuelle). On remarque dans la littérature et dans notre enquête que les médecins généralistes les utilisent selon leurs choix. Quels facteurs influenceraient le choix d'une méthode plutôt qu'une autre ?

Un grand nombre des participants préconisaient à leurs patients le traitement par céruménolytiques, qui n'a pas montré d'efficacité supérieure à l'instillation d'eau. Une évaluation de leur efficacité clinique et du rapport coût-efficacité permettrait une optimisation de la prise en charge.

Ne faudrait-il pas revaloriser la cotation du geste d'extraction au cabinet qui demande un matériel, des compétences et des risques ?

Cette étude a exploré uniquement la prévention secondaire des bouchons de cérumen symptomatiques (graphique 14, page 23). Il serait intéressant d'enquêter sur les pratiques de prévention primaire notamment chez les personnes âgées, porteurs de prothèses auditives ou souffrant de troubles cognitifs. L'utilisation d'une poire à lavement en prévention primaire pourrait-elle avoir un intérêt ?

L'accessibilité à un médecin ORL en termes de distance, de contact et de délais de consultation aurait-il un lien avec le choix du matériel (ex : irrigateur électronique), les méthodes d'extraction (ex : extraction manuelle) et le temps passé à l'extraction des bouchons de cérumen par les médecins généralistes ?

Bibliographie

1. Schwartz SR, Magit AE, Rosenfeld RM, Ballachanda BB, Hackell JM, Krouse HJ, et al. Clinical Practice Guideline (Update): Earwax (Cerumen Impaction). *Otolaryngol Head Neck Surg.* janv 2017; 156(1_suppl):S1-29.
2. Hanger HC, Mulley GP. Cerumen: its fascination and clinical importance a review. *The Royal Society of Medicin* 1992; volume 85.
3. Guest JF, Greener MJ, Robinson AC, Smith AF. Impacted cerumen composition, production, epidemiology and management. *Q J Med* 2004; 97:477–488.
4. Kozin ED, Sethi RKV, Remenschneider AK, Kaplan AB, del Portal DA, Gray ST, et al. Epidemiology of otologic diagnoses in United States emergency departments: Otologic Diagnoses in Emergency Departments. *The Laryngoscope.* août 2015; 125(8):1926-33.
5. Clegg AJ, Loveman E, Gospodarevskaya E, Harris P, Bird A, Bryant J. The safety and effectiveness of different methods. 2010; *Health Technology Assessment*; Vol. 14: No. 28.
6. Memel D, Langley C, Watkins C, Laue B, Birchall M, Bachmann M. Effectiveness of ear syringing in general practice: a randomised controlled trial and patients' experiences. *British Journal of General Practice.* 2002; 6.
7. Sharp JF, Wilson JA, Ross L, Barr-Hamilton RM. Ear wax removal: a survey of current practice. *BMJ.* 1 déc 1990;301(6763):1251-3.
8. Eekhof JAH, de Bock GH, Le Cessie S, Springer MP. A quasi-randomised controlled trial of water as a quick softening agent of persistent earwax in general

- practice. *British Journal of General Practice* 2001; 51: 635-637.
9. Assurance maladie [en ligne]. <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=CAGD001>.
 10. Aaron K, Cooper TE, Warner L, Burton MJ. Ear drops for the removal of ear wax (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 7. Art. No.: CD012171.
 11. Horton GA, Simpson MTW, Beyea MM, Beyea JA. Cerumen Management: An Updated Clinical Review and Evidence-Based Approach for Primary Care Physicians. *J Prim Care Community Health*. janv 2020;11:215013272090418.
 12. Michaudet C, Malaty J. Cerumen Impaction: Diagnosis and Management. 2018;98(8):5.
 13. Coppin R, Wicke D, Little P. Managing earwax in primary care: efficacy of self-treatment using a bulb syringe. *Br J Gen Pract*. 1 janv 2008; 58(546):44-9.
 14. Lewis-Cullinan C, Janken JK. Effect of cerumen removal on the hearing ability of geriatric patients. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15, 594-600.
 15. Moore AM, Voytas J, Kowalski D, Maddens M. Cerumen, Hearing, and Cognition in the Elderly. 2002; 4.

AUTEUR : Nom : Lumbroso

Prénom : Sasha

Date de soutenance : 21 Juin 2022

Titre de la thèse : Enquête descriptive des pratiques cliniques dans la prise en charge des bouchons de cérumen symptomatiques de l'adulte par les médecins généralistes du département du Nord

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : : Médecine Générale

Mots-clés : cérumen, médecine générale, équipement et fournitures, temps, orientation vers un spécialiste

Les bouchons de cérumen symptomatiques sont fréquents, invalidants et relèvent d'une prise en charge en soins premiers.

Nous avons étudié la prise en charge en termes de structure et de processus de soins des patients adultes consultant pour un bouchon de cérumen symptomatique par les médecins généralistes libéraux dans le département du Nord.

Un questionnaire en ligne anonymisé à questions fermées a été envoyé à 44 médecins généralistes du Nord sélectionnés par tirage au sort. L'informatisation et l'analyse ont été effectuées sur le site Sphinx-Declic.com.

Les participants diagnostiquaient entre 0 et 5 bouchons de cérumen par mois et possédaient au cabinet pour la plupart, du matériel à extraction manuelle ou à irrigation.

84% des médecins généralistes n'étaient pas prêts à consacrer plus de 10 minutes à l'extraction au cabinet avant de proposer un traitement de seconde intention.

98% des médecins n'utilisaient pas la cotation CCAM de l'acte d'ablation du bouchon qui ne peut pas être cumulée avec la cotation G.

L'instillation de céruménolytiques était le traitement le plus souvent utilisé chez la plupart des participants, suivi de l'irrigation et de l'extraction manuelle.

La douleur à l'extraction était l'effet indésirable le plus constaté.

Le traitement à domicile via les céruménolytiques ou l'auto-irrigation était souvent préconisé en première intention (57%), ainsi qu'en seconde intention après échec d'extraction au cabinet et en prévention secondaire chez les patients à risque.

95% des participants déconseillaient l'usage de Cotons-Tiges à leurs patients.

Les médecins généralistes orientaient le patient vers un médecin ORL principalement en cas d'échec d'extraction au cabinet (72%).

Composition du Jury :

Président : Pr Christophe Vincent

Assesseurs : Dr Jan Baran, Pr Dominique Chevalier, Dr Théo Boidoux

Directeur de thèse : Dr Florence Baculard