

ADENO-AMYGDALECTOMIE EN URGENCE : UNE ALTERNATIVE THERAPEUTIQUE

ADENOTONSILLECTOMY (AT) IN EMERGENCY: AN ALTERNATIVE THERAPEUTIC

N'GOUAN JM, TEA Z B, OWONA S, CHATIGRE KR, N'GUESSAN K L, ETTE-AKRE E, ADJOUA RP

Service ORL du CHU de Cocody

Correspondance : Docteur TÉA Zékou Basilide

22 BP 774 Abidjan / Mail : baztea@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Introduction: L'adénoamygdalectomie est une intervention chirurgicale fréquente chez l'enfant rarement réalisée en urgence. A partir d'un fait clinique, nous discutons de l'intérêt, des indications et des limites de cette intervention chirurgicale en urgence.

Observation : Une dyspnée sévère persistante consécutive à une hypertrophie obstructive aigüe adénoamygdalienne chez un garçonnet de trois ans, malgré une cortico-antibiothérapie et une oxygénothérapie, a motivé son intubation en urgence et la réalisation dans le même temps d'une adénoamygdalectomie. Ceci a permis une extubation immédiate et son admission en hospitalisation. Les suites opératoires étaient simples et la sortie a été effectuée au bout de trois jours.

Conclusion : L'obstruction aigüe et sévère des voies aériennes supérieures est une modalité évolutive de l'hypertrophie adéno-amygdalienne chronique. L'adénoamygdalectomie réalisée en urgence a permis immédiatement de soulager le patient, d'éviter le séjour en réanimation et la trachéotomie mais également de réduire la durée d'hospitalisation. Elle peut être une alternative thérapeutique efficace en urgence dans certaines indications.

MOTS CLÉS : ADÉNOAMYGDALECTOMIE, INDICATIONS, URGENCES

SUMMARY

Background: Adenotonsillectomy is a common surgery in children rarely realized in emergency. From a case report, we discuss about the interest, indications and limitations of adenotonsillectomy in emergency.

Observation : A 3 years old boy was admitted in otorhinolaryngology emergency for a severe dyspnea in relation with an acute adenotonsillitis tumefaction. Persistent of severe dyspnea despite of corticosteroids, antibiotics and oxygen led us to perform adenotonsillectomy in emergency after a tracheal intubation. The postoperative course was immediately favorable with extubation of the patient that permit admission in a hospitalization unit. Evolution was uneventful and the boy was discharged after three days

Conclusion : Acute and severe upper airway obstruction may occur due to pharyngotonsillar tumefaction. Adenotonsillectomy emergency can immediately relieve the patient and avoid intensive care unit stay and tracheostomy but also reduce the duration of hospitalization. It can be an effective alternative therapeutic in emergency.

KEYWORDS : ADENOTONSILLECTOMY, INDICATIONS, EMERGENCY

INTRODUCTION

L'adénoamygdalectomie ou amygdalectomie qui consiste à l'exérèse des amygdales palatines et pharyngées de LUSCHKA, constitue en réalité deux interventions chirurgicales distinctes tant au plan de la technique opératoire, que des indications et des suites opératoires. C'est une intervention chirurgicale fréquente chez l'enfant mais rarement pratiquée en urgence.

Si les indications classiques font l'objet de nombreuses publications, les indications exceptionnelles sont peu connues.

Et pourtant, devant l'obstruction aiguë et sévère des voies aériennes supérieures consécutive à l'inflammation ou l'hypertrophie adénoamygdalienne chronique, l'adénoamygdalectomie réalisée en urgence constitue une thérapeutique efficace. Outre le fait d'éviter la trachéotomie ou l'intubation - admission en réanimation, elle permet de réduire la durée d'hospitalisation.

A partir d'une expérience personnelle dictée par des difficultés d'ordre structurel, les auteurs rendent compte de l'intérêt de cette chirurgie notamment en milieu médical limité. Ils en rappellent les indications et les limites en situation d'urgence.

OBSERVATION

Un garçonnet de trois ans, qui avait des antécédents d'asthme et de rhinopharyngite à répétition est admis aux urgences ORL le 01/01/12 pour une détresse respiratoire aiguë.

Il présentait depuis trois mois une rhinorrhée claire, des ronflements nocturnes et une respiration buccale améliorée par une cortico-antibiothérapie (bétaméthasone, amoxicilline-acide clavulanique) et de la carbocystéine.

La survenue d'apnées du sommeil et d'une détresse respiratoire motivent d'abord son admission aux urgences de cardiologie d'Abidjan puis en ORL.

L'enfant était asthénique avec un faciès adénoïdien et infectieux (fièvre à 39°C). Son pouls était à 72 battements/min, sa fréquence respiratoire à 12 cycles/min et son poids à 12kg.

Sa respiration était buccale et bruyante associée à une hypersialorrhée, un tirage sus-sternal, sus-claviculaire et xyphoïdien aggravé par le décubitus dorsal sans stridor ni cornage.

L'examen ORL permettait d'observer des amygdales inflammatoires hypertrophiques et jointives recouvertes de dépôts blanchâtres décollables, une rhinorrhée antérieure purulente et des adénopathies mobiles indolores de petites tailles dans les aires cervicales I et II. Il n'y avait pas de râles pulmonaires et l'otoscopie était normale.

Le traitement en urgence, sur la base d'une adéno-amygdalite aiguë obstructive, comprenait une oxygénothérapie (5l/min), l'administration intraveineuse d'une corticoantibiothérapie (500 mg de Ceftriaxone et 8 mg de Bétaméthasone).

Devant la persistance de la détresse respiratoire, 8 mg de bétaméthasone ont été à nouveau administrées après 30 minutes de surveillance sans succès.

Une intubation oro-trachéale est alors réalisée en salle d'urgence et du fait de difficultés d'ordre structurelle (fermeture de la réanimation), nous avons décidé et réalisé une adénoamygdalectomie au bloc opératoire, soit cinq heures après son admission aux urgences. Ceci a permis une extubation immédiate et l'admission en hospitalisation.

L'antibiothérapie a été administrée pendant 72 heures, la corticothérapie pendant 48 heures associée au traitement adjuvant habituel.

Les suites opératoires immédiates ont été marquées à J1 par une régression complète des signes de détresse respiratoire, à J2 par une chute de la fièvre et à J3 par sa sortie. Aucun saignement per et post opératoire n'a été observé. Le contrôle réalisé à J15 était sans particularité.

DISCUSSION

L'adénoamygdalectomie est une intervention chirurgicale fréquente chez l'enfant mais rarement pratiquée en urgence. La série la plus importante d'adénoamygdalectomie réalisée dans un contexte d'urgence comporte 17 cas répertoriés sur 15 ans en Australie [1].

Les indications d'adénoamygdalectomie en urgence sont peu documentées. Parmi celles décrites, la forme dyspnéisante de l'angine est une situation tout à fait exceptionnelle très peu rapportée dans la littérature [2, 3, 4]. Elle est rencontrée principalement au décours d'une angine mononucléosique florissante. Selon les auteurs, la chirurgie réalisée en urgence du fait des amygdales pseudotumorales permet de lever l'obstruction.

D'autres indications ont été rapportées par Sdralis ^[1] dans le cadre d'une adénoamygdalectomie dite précoce. Ces indications ont été réparties selon des critères déterminés en deux groupes.

Le premier groupe d'indication concerne l'amygdalite aiguë associant trois des 4 critères suivants : température supérieure à 37,5°C, amygdales exsudatives, adénite cervicale, prélèvement de gorge positif au streptocoque beta hémolytique.

Le second groupe d'indication porte sur l'obstruction aiguë des voies aériennes supérieures (VAS). L'indication chirurgicale était posée en urgence lorsque l'obstruction des VAS associait deux des trois critères suivants : respiration bruyante, apnée du sommeil, saturation inférieure à 90% à l'oxymètre de pouls. L'adénoamygdalectomie était alors réalisée dans un délai de 24 heures à 11 jours.

Dans ce fait clinique qui constitue notre première expérience, l'indication opératoire a été posée en urgence afin de pallier à l'insuffisance infrastructurale (réanimation non fonctionnelle). Face à la détresse respiratoire aiguë, rebelle au traitement médical, deux options thérapeutiques se présentaient: la trachéotomie ou l'intubation-admission en réanimation ^[5, 6,7].

La trachéotomie était une bonne option mais de réalisation difficile. En effet la trachéotomie sous anesthésie locale chez un enfant en salle d'urgence, aurait nécessité un minimum de conditions matérielles et chirurgicales dont nous ne disposions pas.

L'intubation était donc la meilleure option mais l'admission en réanimation n'était pas possible. L'adénoamygdalectomie, réalisée immédiatement après l'intubation, a eu pour avantages de pallier aux difficultés infrastructurales et d'assurer un traitement à la fois symptomatique et étiologique.

D'autre part, elle a permis d'éviter une trachéotomie et de réduire la morbidité ^[8,9]. Enfin, le séjour hospitalier qui aurait été plus long en cas de réanimation, a été de trois jours.

Précisons que la durée d'hospitalisation, en cas d'amygdalectomie à froid, est en moyenne de deux à trois jours ^[10].

Les complications hémorragiques observées en urgence (4,8%) ne sont pas significativement différentes de celles observées au cours de

l'adénoamygdalectomie à froid (0 à 2,8%) ^[1, 11,12]. Sdralis rapporte cependant un cas d'hémorragie opératoire massive qui a nécessité une transfusion ^[1].

Parmi les facteurs favorisants, il incrimine l'antibiothérapie intraveineuse préopératoire insuffisante et l'amygdalectomie par dissection. Il préconise ainsi 24 heures d'une antibiothérapie préopératoire. Dans le fait clinique rapporté, aucune complication n'a été observée en dépit d'une corticoantibiothérapie intraveineuse administrée cinq heures avant l'intervention chirurgicale.

CONCLUSION

L'adénoamygdalectomie en urgence, outre le fait de soulager immédiatement le patient, permet d'éviter la trachéotomie et le séjour en réanimation. Elle favorise par ailleurs la réduction du séjour hospitalier et la morbidité.

Elle peut constituer une alternative thérapeutique efficace en cas de détresse respiratoire aiguë d'origine adénoamygdalienne en situation médicale limitée.

REFERENCES

- 1- SDRALIS T, BERKOWITZ RG. Early adenotonsillectomy for relief of acute upper airway obstruction due to acute tonsillitis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1996 ;35(1):25-9
- 2- SALAZARD B, PAUT O, NICOLLAS R, ZANDOTTI C, CHRESTIAN MA, THURET I, CAMBOULIVES J. L'obstruction sévère des voies aériennes supérieures au cours de la mononucléose infectieuse : une urgence vitale. *Arch Pediatr* 2001; 8(9):952-6.
- 3- IRVING JA, CAMERON BR, LUDEMANN JP, TAYLOR G. Florid infectious mononucleosis: clinicopathological correlation in acute tonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002; 21; 66(1):87-92.
- 4- STEVENSON DS, WEBSTER G, STEWART IA. Acute tonsillectomy in management of infectious mononucleosis. *Emerg Med* 1993; 22(2):251-255.
- 5- RODRIGO CHINER OJ, GISBERT AGUILAR J, RAMOS MARTINEZ MJ, CAPELLA SORIANO B, MUÑOZ BARRANCO A, MORERA PÉREZ C. Emergency amygdalectomy and adenoidectomy in children with upper respiratory obstruction. *Acta Otorrinolaryngol Esp* 1996; 47(5):411-3.
- 6- SHECHTMAN FG, LIN PT, PINCUS RL. Urgent adenotonsillectomy for upper airway obstruction. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1992; 24(1):83-9.

- 7- BLENKE EJ, ANDERSON AR, RAJA H, BEW S, KNIGHT LC. Obstructive sleep apnoeaadenotonsillectomy in children: when to refer to a centre with a paediatric intensive care unit? *J Laryngol Otol* 2008; 122(1):42-5.
- 8- TARASIUK A, SIMON T, SIMON T, TAL A, REUVENI H. Adenotonsillectomy in children with obstructive sleep apnea syndrome reduces health care utilization. *Pediatrics* 2004; 113(2):351-6.
- 9- AJI DY, SARIOGLU A, SEVER L, ARISOY N. Pulmonary hypertension due to chronic upper airway obstruction : a clinical review and report of four cases. *Turk J Pediatr*, 1991; 33(1):35-41
- 10-TEA Z B, DIANDAGA M A, N'GOUAN J M ET AL. Profil de L'amygdalectomie à Abidjan. *Rev. Col. Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac.*, 2011, 18(3): 48-52
- 11-BONDING,P. Tonsillectomy a chaud. *J. laryngol.* 1973; 87 (12):1171-1181
- 12-RASMUSSEN N. Complications of tonsillectomy and adenoidectomy. *OtolaryngolClin. North Am* 1987; 20(2): 383-390.