

PROFIL DE L'AMYGDALECTOMIE A ABIDJAN

TONSILLECTOMY IN ABIDJAN

TÉA Z B ^(1, 3), DIANDAGA M A ^(1, 2), N'GOUAN J M ^(1 3), KOUASSI A ⁽¹⁾,
KOFFI-N'GUESSAN L ^(1 3), ETTÉ-AKRÉ E E ^(1 3), ADJOUA R P ^(1 3).

(1) CHU de Cocody, Service ORL, Abidjan, Côte d'Ivoire

(2) CHU de Brazzaville, Service ORL, Brazzaville, Congo

(3) Département tête et cou, UFR Sciences Médicales Université Cocody Abidjan

Correspondance : Dr TEA Zékou Basilide

22 BP 774 Abidjan 22 / Mail: baztea@yahoo.fr / Cel : 00 225 45 818 622

RÉSUMÉ

Objectif

Déterminer les différents aspects de l'amygdalectomie à Abidjan.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans les CHU d'Abidjan. Ont été inclus tous les dossiers de patients ayant bénéficié d'une amygdalectomie de janvier 2000 à décembre 2007. Les paramètres étudiés étaient: la prévalence, l'âge, le sexe, l'indication, la technique chirurgicale, la durée d'hospitalisation, les complications.

Résultats

440 amygdalectomies ont été réalisées soit 29,7% des interventions. Les enfants représentaient 68% de l'effectif. Les amygdalites chroniques et les amygdalites récidivantes constituaient 57% et 31% des indications. Tous les patients ont bénéficié d'une dissection extracapsulaire sous anesthésie générale. Dans 58,4 % l'intubation était nasotrachéale. La durée moyenne d'hospitalisation était de trois jours. L'hémorragie était observée dans 1,6%, un décès a été enregistré.

Conclusion

L'amygdalectomie est fréquente dans l'activité des ORL à Abidjan. Les indications sont dominées par l'infection chronique de l'amygdale chez l'enfant. La technique est classique pour peu de complications. Un meilleur suivi postopératoire permettrait de réduire le délai d'hospitalisation.

MOTS CLÉS : AMYGDALÉ, AMYGDALECTOMIE, INDICATIONS, COMPLICATIONS.

ABSTRACT

Objective

To determine the different aspects of tonsillectomy in Abidjan.

Patients and methods

This is a retrospective study in the university hospitals of Abidjan. Were included all patients who underwent tonsillectomy from January 2000 to December 2007. The parameters studied were: the prevalence, age, sex, indication, surgical technical, length of stay, complications.

Results

440 tonsillectomies were performed (29.7%). Children accounted for 68%. Chronic tonsillitis and recurrent tonsillitis were 57% and 31% of indications. All patients underwent an extracapsular dissection under general anesthesia. Nasotracheal intubation was preferred in 58.4%. The average length of hospital stay was three days. Post operative bleeding was observed in 1.6%. One patient died.

Conclusion

The tonsillectomy is common in the activity of ENT in Abidjan. The indications are dominated by chronic infection of the amygdala in children. The technique is classic few complications. Better monitoring would reduce the postoperative period of hospitalization.

KEYWORDS: TONSILLITIS, TONSILLECTOMY, INDICATIONS, COMPLICATIONS.

INTRODUCTION

L'amygdalectomie est l'une des interventions les plus fréquentes en ORL. Elle constitue avec l'adénoïdectomie, les deux premières interventions chirurgicales enseignées aux futurs praticiens ORL. Initialement réalisée dans un but prophylactique ^[1], les indications de l'amygdalectomie sont mieux codifiées de nos jours ^[2,3]. Deux techniques chirurgicales s'opposent habituellement, l'amygdalectomie par dissection sous intubation et celle au Sluder. Les complications liées à ces techniques sont dominées par l'hémorragie. Ces dernières années plusieurs techniques ont été décrites. Elles utilisent soit la radiofréquence, soit le microdébrieur ou les systèmes de coagulation des vaisseaux « vessel sealing systems ». Ces moyens innovants s'inscrivent tous dans le concept de la chirurgie minimale invasive ^[4]. Le choix de l'une ou l'autre des techniques et le mode d'anesthésie tiennent certes compte de l'âge et de l'indication mais surtout de la réalité médicale propre à chaque pays.

RESULTATS

EPIDÉMIOLOGIE

1482 interventions chirurgicales ont été réalisées dont 440 amygdalectomies (tableau1) soit 29,7%. L'âge moyen était de 13 ans avec des extrêmes de 18 mois et 62 ans. 67,8% des patients étaient des enfants. 31 % de ces derniers avaient moins de 5 ans. Il y avait 43,6 % d'homme pour 56,4 % de femmes soit un sexe ratio de 0,77.

Tableau1 : Distribution de l'effectif selon l'indication et l'âge

	[0-15[[15-30[[30-45[[45-60[>60	Total
Amygdalite chronique	157	63	24	4	1	249
Amygdalite récidivante	94	27	11	4	0	136
Amygdalite obstructive	40	3	0	0	0	43
Phlegmon peri-amygdalien	1	2	2	0	0	5
Kyste amygdalien	1	0	0	0	0	1
Reliquat amygdalien	1	0	0	0	0	1
Amygdalectomie systématique	5	0	0	0	0	5
Total	299	95	37	8	1	440

INDICATIONS (TABLEAU1)

Elles étaient constituées de l'amygdalite chronique (57 %), l'amygdalite récidivante (31 %) l'amygdalite obstructive (9,6 %). Chez les enfants de moins de 15 ans, ces affections étaient observées dans les proportions respectives de 52,50 %, 31,43 % et 13,37 %. Il n'y avait pas de cancer de l'amygdale.

Dans notre contexte, nous rapportons l'expérience de l'amygdalectomie à Abidjan. Nous précisons les aspects épidémiologiques, les indications, les techniques et les résultats post opératoires.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et multicentrique réalisée de Janvier 2000 à Décembre 2007 dans les services d'ORL des CHU à Abidjan. Tous les dossiers de patients ayant bénéficié d'une amygdalectomie ont été inclus. Tous les dossiers portant sur les amygdalectomies réalisées pour une indication autre que la pathologie amygdalienne telle que la styloïdectomie ont été exclus. 440 dossiers ont ainsi été retenus. Nos données ont été recueillies à partir d'une fiche d'enquête à questions semi fermées. Les paramètres suivants ont été analysés : prévalence, âge, sexe, indication, technique opératoire, durée d'hospitalisation, complication et suivi post opératoire. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.

TECHNIQUES OPÉRATOIRES

La dissection extra capsulaire était réalisée chez tous les patients (100%) sous anesthésie générale. L'intubation était nasotrachéale dans 58,4% et orotrachéale dans 41,6%. L'infiltration du trigone rétromolaire a été réalisée dans 60%. L'incision muqueuse était faite à la lame blanche et au bistouri électrique dans 88,2% et 11,2%. La dissection extracapsulaire était réalisée au décolleur dans 88,2% et 11,2%. La ligature des piliers a été réalisée systématiquement dans 2,5%.

SUIVI POST OPÉRATOIRE

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours et les extrêmes de 1 et 5 jours. L'alimentation orale a été possible à J1 postopératoire. 7 cas d'hémorragie ont été observés dont six en post opératoire immédiat. Un décès a été enregistré. Il était consécutif à l'injection d'un hémostatique par voie intraveineuse en post opératoire immédiat (J1).

DISCUSSION

EPIDÉMIOLOGIE

L'amygdalectomie est d'indication fréquente en ORL [2,3]. Elle constitue avec l'adénoïdectomie, les deux premières interventions enseignées aux futurs ORL [2]. Selon Ndjolo [5], ces interventions constituent 41,4% de la chirurgie ORL à Yaoundé (Caméroun). Au Burkina Faso, l'amygdalectomie représente 10% des activités chirurgicales ORL selon Dao [6] tandis qu'elle était de 29,7% dans notre série. Cette dernière était dominée par les enfants (67,8%) dont 31% avaient moins de 05 ans. L'amygdalectomie est très fréquente chez les enfants [2]. Aux états unis, plus de 530 000 amygdalectomies sont réalisées par an chez les enfants de moins de 15 ans [3]. La fréquence de la pathologie infectieuse et inflammatoire des VADS dans le cadre de la maladie d'adaptation en serait l'explication principale [7]. Notre plus jeune patient avait 18 mois. Peu de données sont consacrées à la limite d'âge dans l'amygdalectomie. Cependant l'âge ne figure ni dans les contre indications absolues ni dans celles relatives à l'amygdalectomie. Pour Weil-Olivier [8], le geste chirurgical est envisageable dès l'âge de 9 mois, devant un syndrome obstructif pharyngé. Nous sommes également de cet avis, car l'acte chirurgical est déterminé par la l'état clinique du patient et non son âge.

INDICATIONS

L'amygdalite chronique (57%) et l'amygdalite récidivante (31%) ont été par ordre de fréquence les principales causes d'amygdalectomie à Abidjan. Nos données sont comparables à celles de Dao qui rapporte l'amygdalite chronique dans 79,84% puis l'angine à répétition. A Yaoundé par contre, les angines à répétition et les hypertrophies amygdaliennes obstructives sont les premières causes d'amygdalectomie [5]. Dans notre série, l'amygdalectomie associée à l'adénoïdectomie a été réalisée dans 5 cas sans indication précise. L'amygdalectomie et l'adénoïdectomie sont deux interventions à finalités différentes

dont les indications et les suites opératoires sont distinctes. Les indications des amygdalectomies ayant été codifiées [2,3] ; nous estimons qu'il faut les respecter pour éviter les abus ou gestes excessifs. Une amygdalectomie réalisée systématiquement au cours d'une adénoïdectomie ne se justifie donc pas. Aucune étiologie maligne ne figurait dans nos indications.

TECHNIQUES CHIRURGICALES ET ANESTHÉSIE

L'amygdalectomie par dissection sous intubation a été la règle quelque soit l'indication et l'âge. Dao [6] rapporte l'utilisation de cette technique à 84,42 % à Ouagadougou (Burkina). Selon Baugh [3], c'est cette technique qui est utilisée aux USA. Le choix d'une technique est d'abord fonction du plateau technique ensuite de l'expérience du chirurgien. Dans notre série, la dissection a été utilisée pour toutes les amygdalectomies, L'anesthésie générale a été préférée à l'anesthésie locale. L'anesthésie générale offre en effet plus de sécurité à la fois pour le patient et le chirurgien [6]. Elle protège en outre du fait de l'intubation, l'arbre trachéobronchique [7]. Elle permet enfin une hémostase minutieuse avant le réveil du patient [6,7,9]. L'intubation nasotrachéale a prédominé (58,4%). Cette dernière offre en effet une meilleure exposition de l'oropharynx, une accessibilité et une visibilité nette des loges amygdaliennes. Elle doit être choisie lorsqu'une adénoïdectomie n'est pas envisagée.

La dissection sous intubation semble être préférée au sluder, selon les écrits. A Abidjan par exemple l'amygdalectomie au Sluder n'est plus enseignée. Elle permet certes une exérèse rapide de l'amygdale, mais expose à certains risques : hémorragie, inhalation, blessure des piliers, poursuite des accidents infectieux à partir des moignons [7]. Pour autant, elle n'est pas totalement abandonnée. A Cotonou [9] l'amygdalectomie au Sluder sous anesthésie générale est la technique la plus utilisée chez l'enfant, l'amygdalectomie par dissection étant réservée à l'adulte. A Ouagadougou, le Sluder est rapporté dans 15,58% des amygdalectomies selon Dao [6].

S'agissant des nouvelles techniques telles que la Coblation, la radiofréquence, le microdébrideur ou la dissection au laser, elles n'ont pas été utilisées car non, accessibles dans les différents CHU à Abidjan. L'objectif de ces techniques est la réduction des complications hémorragiques et douloureuses [2]. En Australie, le bistouri électrique monopolaire

est souvent utilisé par rapport à la dissection traditionnelle et la coblation^[10]. Cette pratique contraste avec celui du Royaume Uni ou la grande majorité des chirurgiens emploient la dissection traditionnelle aux ciseaux^[11]. Un audit mené dans le même sens aux USA^[12] montre que le bistouri électrique monopolaire est utilisé à plus de 50% en particulier chez les jeunes et la dissection traditionnelle par les chirurgiens plus anciens. Le choix de la technique chirurgicale serait donc influencé par l'ancienneté et l'école du praticien, sa maîtrise de la technique et le plateau technique.

COMPLICATIONS

Elles étaient rares dans notre série (1,6%), essentiellement des hémorragies (1,6%). Ces constatations sont superposables à celles rapportées dans la littérature^[6, 10, 13]. Pour VIGNIKIN-YEHOUESSI^[9], l'hémorragie vient en 3^{ème} position après les reliquats amygdaliens (2,62%) et les infections (0,82%). L'explication serait d'ordre technique. Si l'hémorragie prédomine dans la dissection extracapsulaire sous intubation, la présence de moignon amygdalien est propre à la technique au sluder. Toute fois l'hémorragie reste la complication majeure quelque soit, l'âge et la technique. Ces hémorragies étaient précoces dans 78,2% et secondaires dans 11% de cas. Une ligature des piliers était réalisée en per opératoire dans trois cas. Une compression mécanique avec des compresses imbibées d'hémostatique suivi d'une coagulation au bistouri électrique dans les autres. Un cas avait nécessité une transfusion de plasma frais. Selon David^[13], les hémorragies post amygdalectomies répondent bien à la cautérisation au bistouri électriques et, ou à la compression mécanique de la loge amygdalienne. Ces méthodes seraient même plus efficaces que la ligature des piliers.

La mortalité liée à l'acte chirurgical était nulle. Le décès enregistré est survenu après l'injection d'un hémostatique (étamsylate) et attribué à une allergie à ce dernier. Dans l'amygdalectomie, les complications anesthésiques restent les principales causes de décès et cette mortalité est évitable^[13].

D'autres complications importantes notamment la douleur post opératoire et la modification de la voix n'ont pas été évaluées.

DURÉE D'HOSPITALISATION

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours. Elle est longue comparée au séjour moyen de 2 jours rapporté dans la littérature^[6, 9, 14]. Certains auteurs comme François^[15] rapportent

d'ailleurs leur expérience de l'amygdalectomie en ambulatoire. Dans notre série, la durée moyenne de 03 jours ne se justifie pas au vu du nombre réduit de complications (1,8%).

En réalité, la surveillance post opératoire durant les premières 24h peut être assurée en milieu hospitalier et la sortie proposée le lendemain en l'absence d'hémorragie. Les complications hémorragiques tardives survenant au delà du sixième jour^[4, 15], une hospitalisation au delà de 48 heures n'est pas nécessaire. La prévalence élevée de l'amygdalectomie à Abidjan entraîne nécessairement des dépenses importantes en santé. Une réduction de la durée d'hospitalisation aurait pour avantage de minorer les dépenses.

SUIVI POST OPÉRATOIRE

Chez 75% des patients, les données concernant le suivi n'étaient pas mentionnées. Ce biais est tout simplement lié aux difficultés de coordination et de transmission des informations entre les services d'hospitalisation et ceux de consultation. Le suivi post opératoire est assuré en consultation mais les données n'étaient pas inscrites sur les dossiers d'hospitalisation. Une meilleure coordination des soins permettrait d'améliorer cette insuffisance qui pose tout de même le problème du suivi post opératoire.

CONCLUSION

L'amygdalectomie est d'indication fréquente en ORL et particulièrement chez l'enfant. Les causes sont dominées par l'amygdalite chronique. La dissection extra capsulaire sous anesthésie générale est la technique préférée et les complications restent faibles pour un plateau technique standard. Un meilleur suivi post opératoire permettrait de réduire la durée d'hospitalisation.

REFERENCES

1. MCGRIL SJ. Amygdalectomie et adénoïdectomie indications opératoires. *Canadian family physician*. Jan1972;p136-8
2. NICOLLAS R, BONNERU JJ, ROMAN S, TRIGLIA JM. Adénoïdectomie-Amygdalectomie. *Editions Techniques, Encycl. Med. Chir. (Paris-France), Techniques chirurgicales – tête et cou*. 2005 ;46-330 :p1-11.
3. BAUGH RF, ARCHER SM, MITCHELL RB, ROSENFELD RM, AMIN R, BURNS JJ et col. Clinical Practice Guideline : Tonsillectomy in Children. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, Jan 2011;144:S1-S30

4. ALEXIOU VG, SALAZAR-SALVIA MS, JERVIS PN, FALAGAS ME. Modern Technology-Assisted vs Conventional Tonsillectomy: A meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arc Otolaryngol Head Neck Surg*, Jun 2011;137:p558-570
5. NDJOLO A, EPOSSE EC, BOB OYONO JM, FOU DA OA, BENGONO G. La pratique chirurgicale ORL en milieu Africain : une évaluation de cinq années et demie dans les hôpitaux de Yaoundé. *Médecine d'Afrique Noire* 2006;53(1):p29-33.
6. DAO OM, OUEDRAOGO WT, OUEDRAOGO B, OUOBA K. *Médecine d'Afrique Noire* 2006 ;53(5):p320-324.
7. CRAMPETTE L, MONDAIN M, BARAZER M, GUERRIER B, DEJEAN Y. L'amygdalectomie chez l'enfant. *Les Cahiers d'oto-rhino-laryngologie, de chirurgie cervico-faciale et d'audiophonologie* 1991;26(2) :p.89-92.
8. WEIL-OLIVIER C, STERKERS G, FRANÇOIS M, GARNIER JM, REINERT P, COHEN R and al R. L'amygdalectomie en 2005. *Archives de pédiatrie* feb 2006 ; 13(2) :p168-74
9. YEHOUESSI-VIGNIKIN B, VODOUHE S-J, DOUTETIEN C, ADE G, HOUNKPE YYC, MEDJI ALP. Amygdalectomie chez l'enfant à propos de 723 cas au C.H.N.U de COTONOU (1979-1998). *Le Benin Médical* 2000 ;14 :p.6-10.
10. PATRICIA L. MAC FARLANE, MB, BS. Tonsillectomy in australia: An audit of surgical Technique and postoperative care. *Otolaryngology-Head Neck Surgery* (2000) 139 109-114.
11. RAMSEDEN R. National prospective Tonsillectomy audit. *Royal College of surgeons; London May* 2005.
12. LOWE D, VAN MEULEN J, et coll. Tonsilectomy technique as a risk factor for post operative haemorrhage. *Lancet* 2004;364:697-702.
13. RANDALL DA, HOFFER ME. Complications of Tonsillectomy and adenoidectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg*, jan 1998; 118(1):p 61-8.
14. VESTERGAARD H, WOHLFAHRT J, WESTERGAARD T, RASMUSSEN N, MELBYE M. Incidence of Tonsillectomy in Denmark, 1980 to 2001. *Pediatr Infect Dis J*. Dec 2007;26(12):1117-21
15. FRANÇOIS M. Amygdalectomie en ambulatoire chez l'enfant. *Annales Françaises d'Otolaryngologie et de chirurgie Cervico-Faciale* 2008;125(5):282-6