

# L'amygdalectomie et l'adénoïdectomie

## Point de vue ORL

*Pr François LEGENT*

Ces deux interventions sont souvent associées chez l'enfant. Chez l'adulte, l'adénoïdectomie est exceptionnelle. Les complications de ces interventions s'observent essentiellement avec l'amygdalectomie de l'enfant. C'est donc avant tout cette intervention qui retient l'attention.

L'amygdalectomie est une intervention fort ancienne dont le risque hémorragique a toujours été la hantise des opérateurs, intervenant jadis sans anesthésie, puis donnant eux-mêmes l'anesthésie au masque pendant des décennies.

Les opérateurs se sont vus progressivement libérés de l'anesthésie confiée aux anesthésistes. Cette évolution des modalités opératoires a apporté un beaucoup plus grand confort aux opérés et aux opérateurs mais a enrichi le chapitre des complications en associant aux hémorragies les risques anesthésistes.

Pour ces opérations, opérateur et anesthésiste oeuvrent dans la même région. La sonde d'intubation réduit le champ opératoire et entrave quelque peu la liberté de mouvements de l'opérateur. La survenue d'un incident tant hémorragique qu'anesthésique peut revêtir une allure inquiétante surtout s'il survient lors de la période de réveil. Aux interventions classiques que sont la dissection et le décollement au Sluder se sont ajoutées d'autres modalités opératoires comme la résection au Laser, à la Coblation, ou au bistouri à ultrasons. Il est d'ailleurs fort probable que les modalités opératoires évoluent encore puisqu'un auteur américain a recours tout simplement au serre-noeud comme il l'a montré très récemment au cours d'un congrès à Paris.

L'anatomie artérielle de la région opératoire ne doit jamais être perdue de vue pour comprendre les risques hémorragiques de l'amygdalectomie.

On peut distinguer :

- d'une part les artéριοles nourricières de l'amygdale qui traversent la paroi de la loge amygdalienne, en provenance de troncs artériels péri-amygdaliens,
- d'autre part ces troncs artériels d'une topographie relativement variable, notamment pour la carotide interne qui peut venir au contact de la loge amygdalienne.

**L'amygdalectomie par décollement au Sluder**, pince en forme de guillotine, limite le risque hémorragique aux artères nourricières. L'hémostase se réalise spontanément par écrasement et par étirement des vaisseaux et donc de leur média musculaire qui se referme sur leur lumière. La déficience de cette hémostase spontanée entraîne un suintement sanglant souvent dégluti pouvant alors passer inaperçu. Ce saignement survient habituellement dans les toutes premières heures ce qui explique les possibilités de chirurgie ambulatoire. La qualité de la surveillance réduit considérablement ce risque.

**L'amygdalectomie par dissection** impose une hémostase soigneuse menée par électrocoagulation ou par ligatures. La ligature appuyée est la plus efficace mais non sans danger au voisinage des troncs artériels.

La lésion artérielle peut revêtir différents types. Le pseudo-anévrisme constitue un des pièges de ce risque car sa rupture peut survenir plusieurs semaines après l'intervention. D'autre part, l'amygdalectomie par dissection impose une exposition rigoureuse du plan de clivage de l'amygdale, sans effraction de la paroi de la loge amygdalienne, notamment dans la région inférieure où cheminent des branches de la carotide externe.

Les observations SOU-MACSF de déclarations relevées de 1997 à 2006 illustrent parfaitement les risques de l'amygdalectomie de l'enfant, tant hémorragiques qu'anesthésiques.

Les risques de l'amygdalectomie d'adulte sont bien moindres car le champ opératoire est plus vaste, et la surveillance plus aisée. Néanmoins, une mauvaise utilisation de la coagulation monopolaire peut avoir des résultats catastrophiques après chute d'escarre secondaire.

Quant au risque hémorragique de l'adénoïdectomie de l'enfant, bien moindre que pour l'amygdalectomie, il n'est pas totalement absent. Outre un trouble de l'hémostase méconnu, il ne faut pas oublier la possibilité d'exceptionnelles anomalies artérielles. Mais la configuration anatomique du cavum permet aisément d'en faire une hémostase temporaire par tamponnement.

Le risque hémorragique lié à l'amygdalectomie d'enfant a donc différentes traductions selon :

- son abondance, allant du suintement à l'hémorragie cataclysmique,
- son extériorisation ou la déglutition du sang qui constitue un piège lors de la surveillance postopératoire,
- sa date de survenue :
  - pendant la période anesthésique, ou après le réveil mais dans un environnement opératoire,
  - en cours d'hospitalisation,
  - après le retour à domicile, dans les heures, jours ou semaines suivants.

La maîtrise de cette hémorragie se fait selon les cas, avant tout par voie pharyngée en utilisant le plus souvent une « boîte » d'amygdalectomie ; mais dans certaines formes très abondantes, il peut être indispensable de recourir à la ligature d'un tronc artériel, essentiellement une ou plusieurs branches de la carotide externe ou de l'artère elle-même. En fait, la difficulté dans ces cas n'est pas tant d'ordre opératoire que dans la prise de décision.

L'avènement du Sluder en France vers 1930 avait constitué un très grand progrès pour le risque hémorragique par rapport à l'amygdalectomie par dissection. Une enquête auprès de trois compagnies d'assurances dont le SOU et la MACSF portant sur une période de 10 années (1976-1986) avait rapporté en 1988 10 décès dont 2 par hémorragie. Le bilan actuel portant sur la période de 10 années (1997-2006) montre 5 décès par hémorragie seule. Cette augmentation semble liée en grande partie à l'abandon progressif de l'amygdalectomie au Sluder pour la dissection.

En particulier, ce bilan met en lumière la possibilité d'hémorragie cataclysmique à domicile, l'une au 4ème jour, l'autre un mois après l'intervention.

Ce bilan est très instructif car il doit permettre d'agir :

- d'une part à titre préventif sur les modalités d'hémostase per-opératoire, en particulier pour les ligatures appuyées et l'électrocoagulation ;
- d'autre part sur l'élaboration d'un protocole pour la prise en charge des hémorragies abondantes.

Celles-ci sont habituellement précédées, lorsqu'elles surviennent après le retour à domicile, par des saignements peu abondants. Il importe alors d'informer les familles et les médecins impliqués dans la surveillance, de la valeur symptomatique de ce saignement, même discret, et de la nécessité dans ces cas d'un retour immédiat vers le centre hospitalier. Bien entendu, le risque de méconnaître un suintement post-opératoire dégluti demeure, quel que soit le type d'intervention.

Aussi l'opérateur doit-il :

- ④ examiner les loges après le réveil, puis vers la 6e heure, surtout en cas de chirurgie ambulatoire, et avant toute sortie du milieu hospitalier,
- ④ donner des instructions très claires pour la surveillance et les possibilités de contact téléphonique ne comportant aucune ambiguïté.

La CCAM reconnaît actuellement deux types d'amygdalectomie :

- ④ amygdalectomie dissection,
- ④ amygdalectomie à l'amygdalotome.

Récemment, l'HAS a recommandé à la CNAM de ne plus coter l'amygdalectomie à l'amygdalotome (Sluder) sous le prétexte que certains opérateurs l'effectuaient encore avec une anesthésie au masque, contrairement aux recommandations de la SFAR. Cet amalgame "amygdalectomie au Sluder - anesthésie au masque" n'a aucun fondement car certaines équipes réalisent l'intervention au Sluder chez des enfants intubés. En pratique, si la recommandation de l'HAS se répercutait sur la CCAM, les opérateurs n'auraient plus aucun choix.