

**HÔPITAL CENTRAL DE L'ARMÉE
SERVICE D'ORL ET DE CCF
PR K. SALHI**

**INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS DE
L'AMYGDALECTOMIE ET DE
L'ADENOIDECTIONIE**

Dr MEGUELLATI

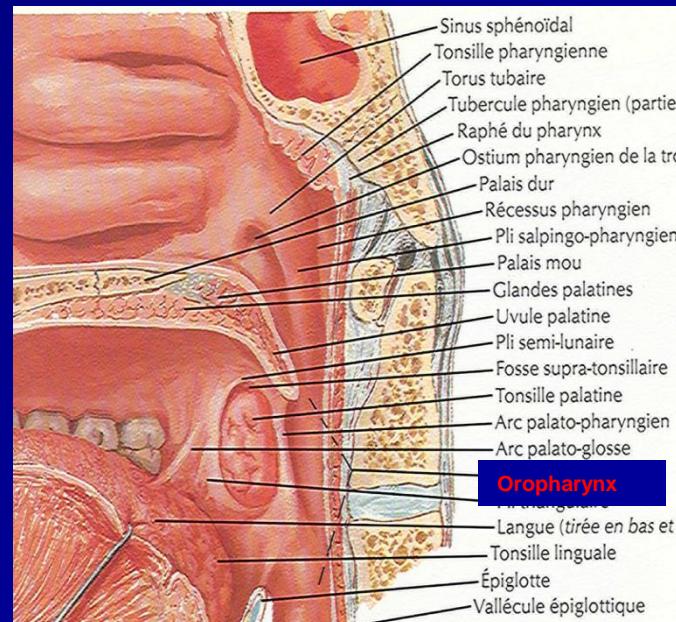


Définition généralité

- L'adénoïdectomie et l'amygdalectomie sont des interventions chirurgicales d'indication fréquente chez l'enfant;
- Souvent pratiquées dans le même temps opératoire, ce sont deux interventions à finalités différentes dont les indications et les suites opératoires sont distinctes;
- Les recommandations diffusées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ont permis de bien préciser ces indications.

RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (1)

- ▶ De la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois l'enfant est protégé par les anticorps maternels. Durant cette période, il met en place ses propres défenses immunitaires grâce à la réaction de son tissu lymphoïde;
- ▶ Le cercle lymphatique de Waldeyer, composé des amygdales palatines, de l'amygdale pharyngée de Luschka et des amygdales linguales, est à l'avant-garde de cette réaction;
- Les antigènes nécessaires à cette synthèse immunitaire pénètrent dans l'organisme par les fosses nasales et entrent d'abord en contact avec la muqueuse du rhinopharynx, entraînant ainsi le développement de l'amygdale pharyngée, puis dans un second temps, au niveau de l'oropharynx (amygdales palatines), enfin le long du tube digestif (plaques de Peyer).



RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (2)

- ▶ Les antigènes, viraux ou bactériens, traversant la muqueuse, sont captés par les macrophages et véhiculés dans les centres germinatifs du tissu lymphoïde, centres de la synthèse immunitaire (grâce aux lymphocytes B et T), qui ainsi se multiplient, augmentent de volume et provoquent l'hypertrophie des amygdales;
- ▶ L'hypertrophie adénoïdienne et amygdalienne doit donc être **considérée comme la réaction normale** d'un organisme en voie de maturation immunitaire tant qu'elle n'est pas associée à une **répétition abusive** des épisodes de rhinopharyngites et d'angines ou à des **complications**.

RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (3)

Limites de l'oropharynx:

□ Antérieure:

- V lingual
- Extrémité supérieure des 2 arcs palatoglosses

□ Supérieure:

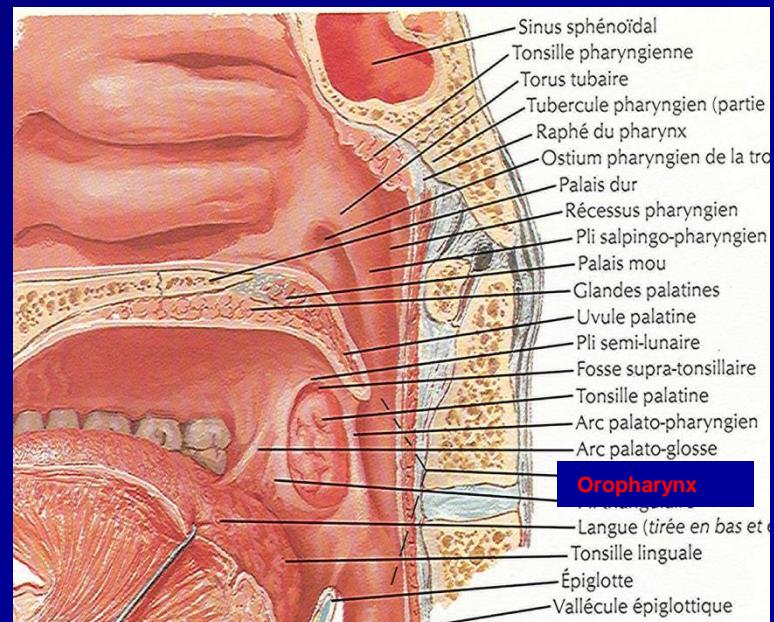
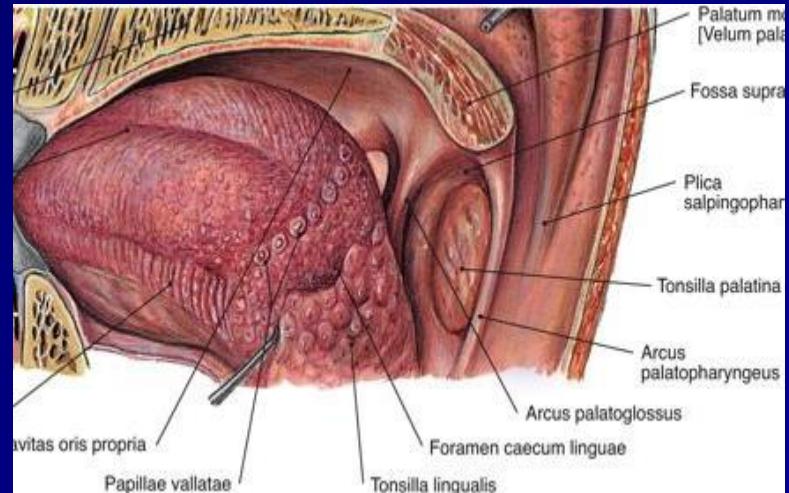
- Voile du palais, en avant
- Rhynopharynx en arrière

□ Latérales:

- Région tonsillaire.
- Paroi latérale de l'oropharynx

□ Postérieur:

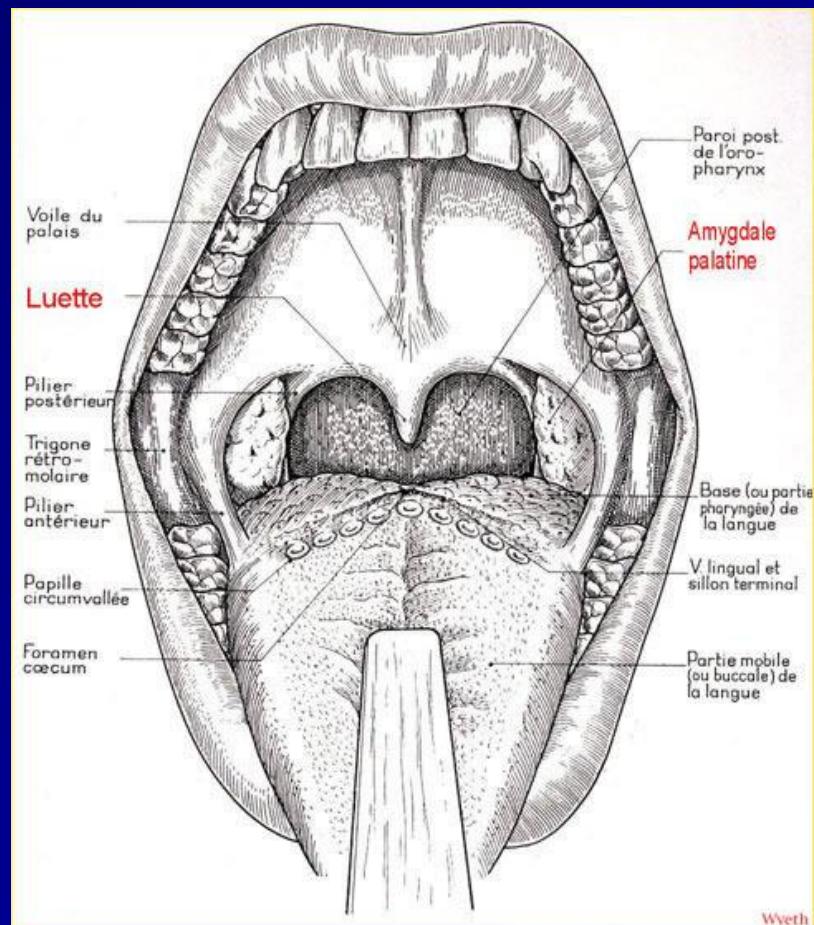
- Paroi postérieure de l'oropharynx



RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES (4)

Les amygdales palatines:

- Ce sont deux formations lymphoïdes, paires et symétriques, qui constituent les éléments les plus volumineux de l'anneau de Waldeyer;
- Elles sont plaquées contre les parois latérales de l'oropharynx;
- Entre les piliers antérieur et postérieur du voile.



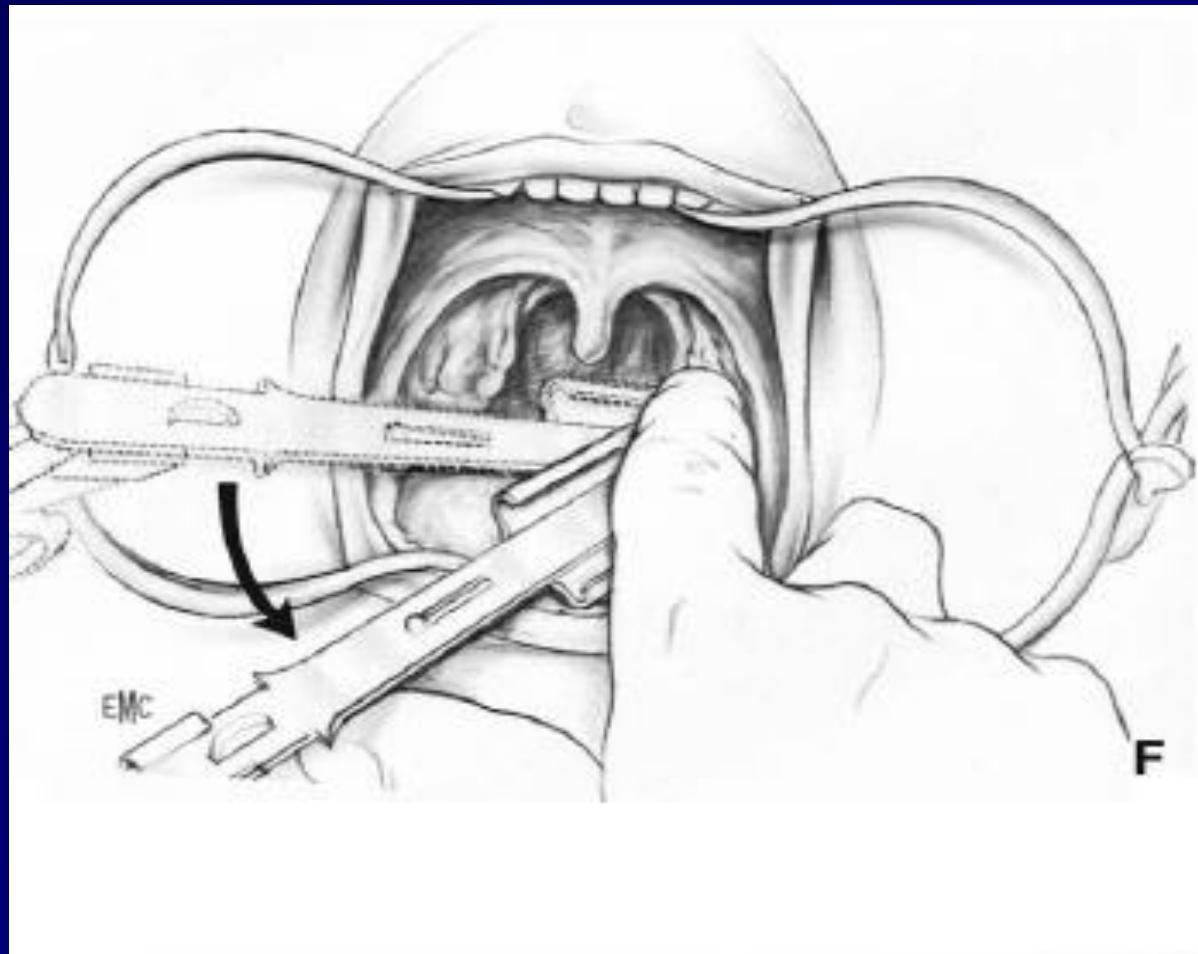
AMYGDALECTOMIE:

Deux techniques sont possibles :



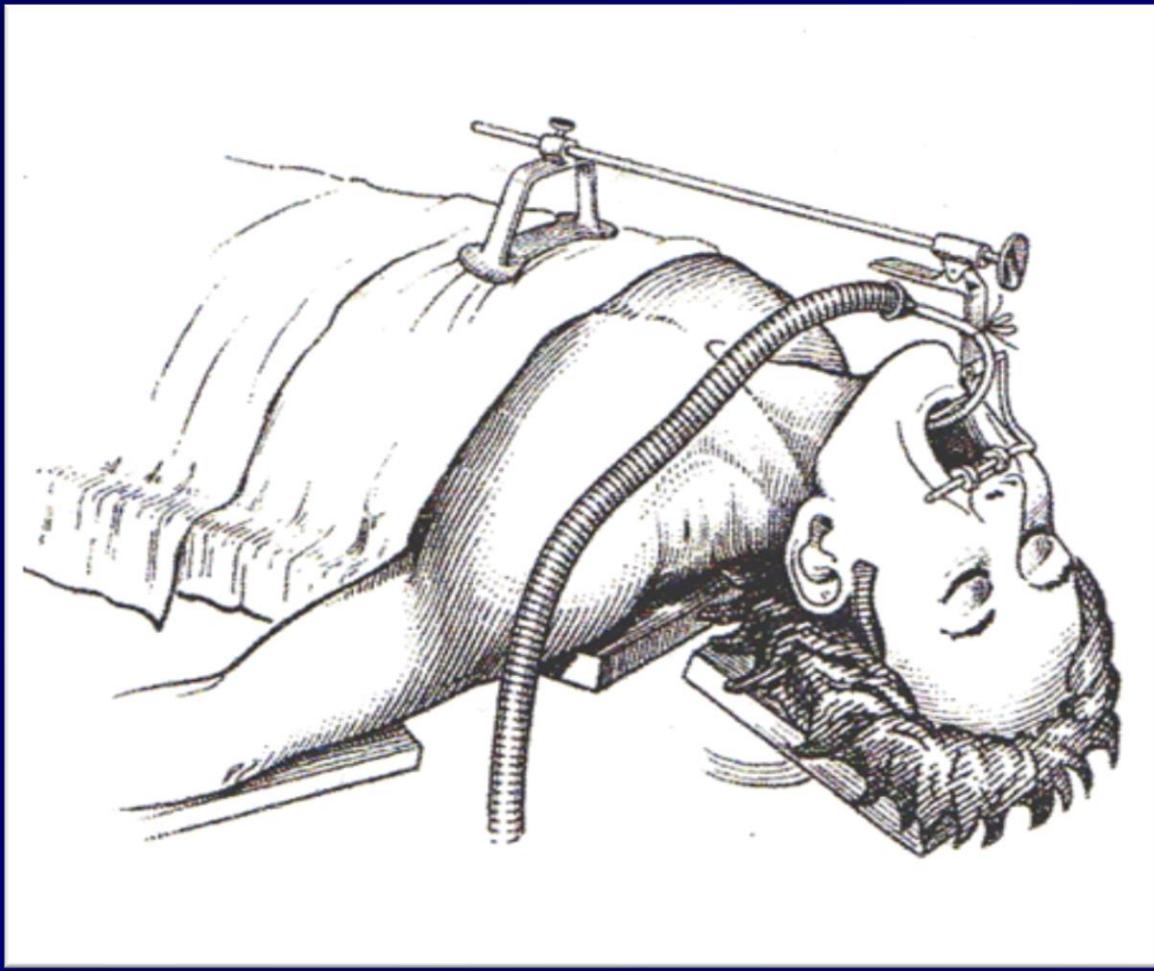
Au Sluder chez l'enfant: véritable énucléation amygdalienne en un seul geste. Cette amygdalectomie est rendue possible par l'existence d'un plan de clivage au niveau de la capsule amygdalienne dont l'hémostase spontanée est réalisée par les ligatures vivantes dues à la contraction musculaire.

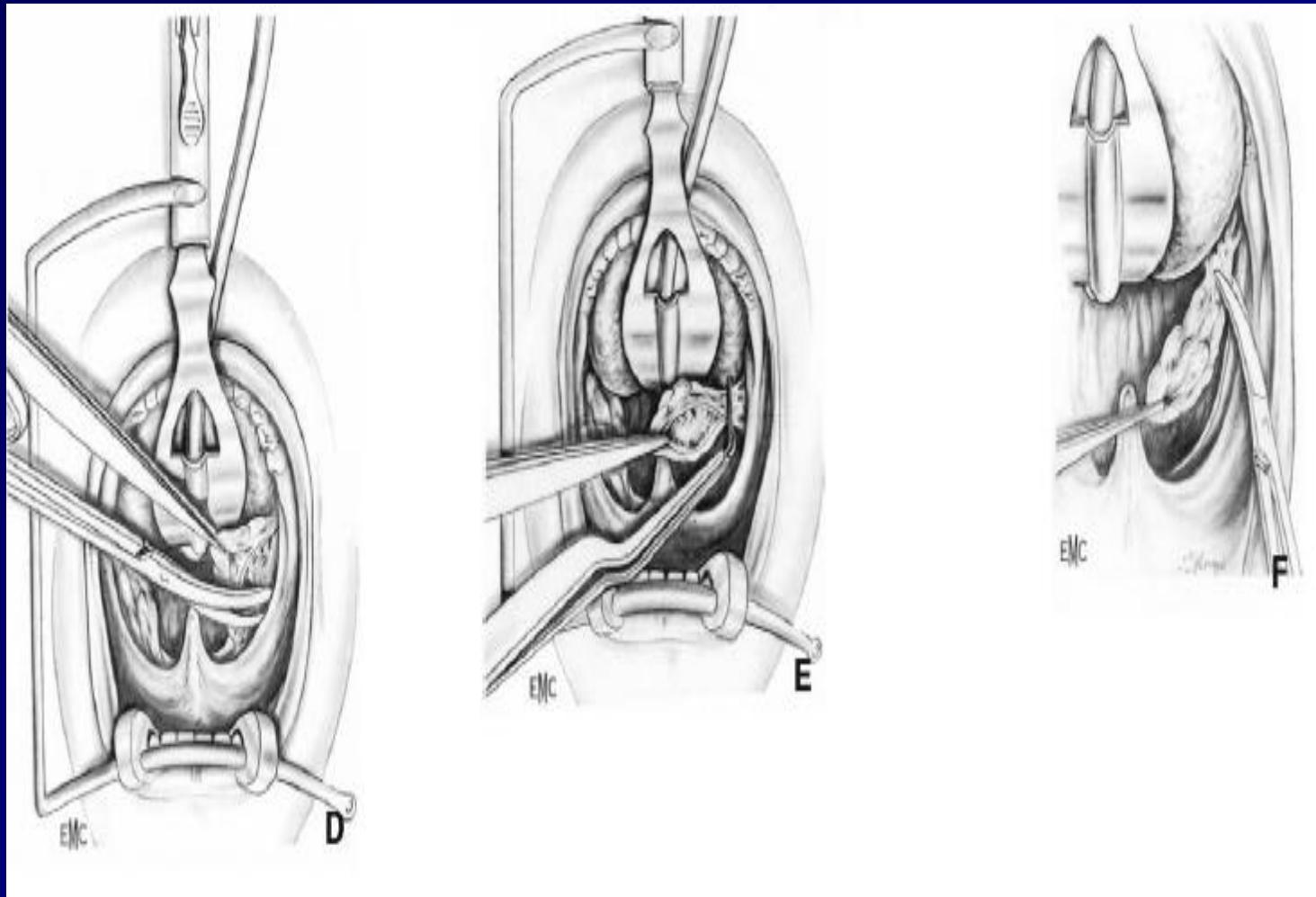
Par dissection sous intubation chez l'enfant et l'adulte, L'intervention doit être précédée par un examen clinique et un bilan biologique (NFS ; groupage, TP, TCK). L'aspirine et AINS doivent être évités dans les deux semaines précédent et suivant l'intervention. Surveillance post opératoire et Traitement de sortie



Amygdalectomie au Sluder.

- A. Exposition de l'oropharynx et engagement du pôle inférieur de l'amygdale gauche. B. Engagement complet de l'amygdale grâce à un mouvement de rotation de l'amygdalotome et à un massage-pression du pilier antérieur par l'index de la main libre. C. Contention de l'amygdale dans l'amygdalotome dont la lame vient de glisser au ras du bord médial du pilier antérieur, puis à sa face profonde. D. Vérification de la seule prise de l'amygdale. E, F. Décollement extracapsulaire de l'amygdale : l'index recourbé en crochet prend appui sur le bord convexe de l'amygdalotome.



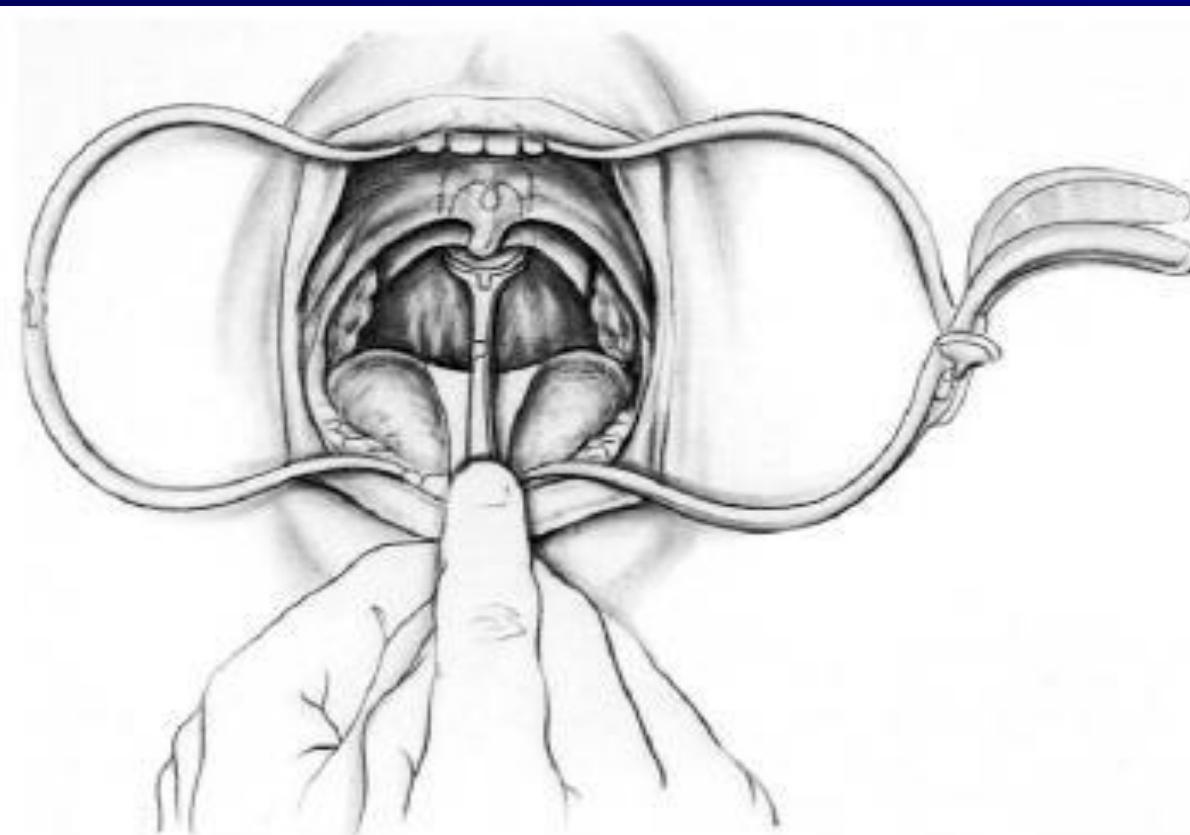


Amygdalectomie en dissection.

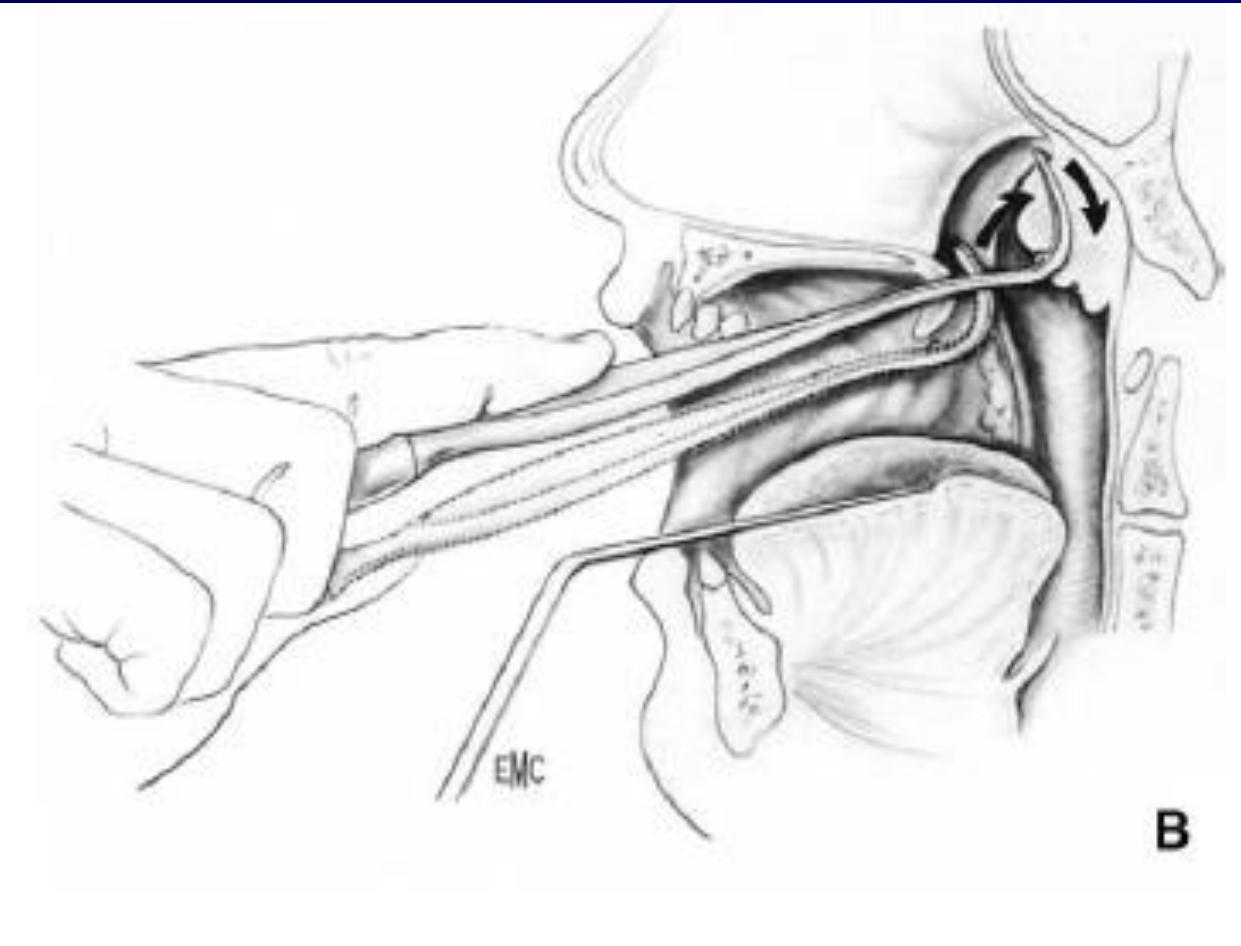
A, B. Exposition de l'oropharynx : la traction médiale de l'amygdale laisse deviner sous le pilier antérieur la région capsulaire et la localisation des points d'injection de la solution d'anesthésie locale. C. Incision de la muqueuse le long du bord libre du pilier antérieur. D. Recherche et décollement du plan capsulaire. E, F. Libération de l'amygdale dont il ne reste plus qu'à dégager le pôle inférieur par une coagulation bipolaire et une section avec ciseaux.

Végétations Adénoïdes et Adénoïdectomie

- Elle consiste en l'exérèse des végétations adénoïdes;
- **Le but** de cette intervention est double : mécanique, enlevant l'obstruction rhinopharyngée, et biologique, en ôtant un tissu altéré par une inflammation chronique autoentretenue et susceptible d'abriter un gîte infectieux chronique.
- Il n'existe pas d'âge limite pour réaliser une adénoïdectomie, mais il n'est pas conseillé de la réaliser avant 12 à 14 mois car d'une part le recul pour apprécier le caractère récidivant de la rhinopharyngite est nécessairement faible et, d'autre part, les végétations adénoïdes se présentent avant cet âge beaucoup plus sous la forme d'une lame lymphoïde que d'une hypertrophie localisée.



Adénoïdectomie sur un enfant non intubé. Exposition de l'oropharynx avec un adénotome introduit dans le rhinopharynx.



Représentation sagittale des différents temps de l'adénoïdectomie.

A. L'adénotome est engagé derrière le voile et remonte au contact du vomer jusqu'à atteindre le toit du cavum. B, C. L'adénotome pénètre dans la masse adénoïdienne et s'abaisse jusqu'au plan du voile.

Indications et Contre indications de l'amygdalectomie

CHEZ L'ENFANT

a) Amygdalites:

*Amygdalites aigues récidivantes :

- L'amygdalectomie est recommandée pour les amygdalites aigues récidivantes (trois par an pendant trois années consécutives ou cinq par an pendant deux années consécutives) ayant résistées à un traitement médical bien conduit et bien suivi;
- Chez l'enfant de moins de quatre ans qui présente des amygdalites à répétitions la pénicillothérapie permet de temporiser, si échec : amygdalectomie.



*Amygdalites chroniques :

- Présence de signes inflammatoires locaux et régionaux persistant au-delà de trois mois, malgré un traitement médical bien conduit.

b) Hypertrophie amygdalienne :

- Tuméfaction unilatérale d'une amygdale suspecte de malignité, l'amygdalectomie s'impose sans délai pour réaliser les examens histologiques nécessaires.
- Les grosses amygdales ne seront enlevées que lorsqu'elles entraînent un trouble de la respiration en particulier nocturnes, et ou de la phonation, l'ablation d'une seule amygdale suffit le plus souvent.
- Sachant que l'hypertrophie amygdalienne bilatérale isolée, sans signes d'obstruction sans phénomènes inflammatoires et ou infectieux récidivant non suspecte de malignité ne constitue pas une indication à l'amygdalectomie.

c) Phlegmon péri-amygdalien:



- Peu fréquent chez l'enfant;
- En dehors des indications impératives d'amygdalectomie, il est recommandé de pratiquer en première intention : un drainage du foyer purulent avec ponction, incision chirurgical associée à une antibiothérapie. Ça donne de bons résultats immédiats avec risque de récidive minime;
- Les recommandations actuelles de l'Academie américaine d'ORL :
 - Pas d'amygdalectomie systématique au décours ou à distance d'un phlegmon péri amygdalien, étant donné l'efficacité du drainage et de l'antibiothérapie et le faible taux de récidive;
 - Amygdalectomie souhaitable en cas de récidive;
 - Plusieurs options chirurgicales ont été discutées:
 - Amygdalectomie à chaud : plus facile à cause du décollement provoqué par la collection purulente.
 - Amygdalectomie à froid.

d) Syndrome d'apnée obstructive du sommeil par obstruction des voies aériennes supérieures (**SAOS**):

- C'est une Hypoventilation alvéolaire intermittente survenant pendant le sommeil, due à une obstruction des voies aériennes supérieures. Il peut être isolé ou associé à des anomalies cranio-faciales ou à un poids excessif;
- Un SAOS en relation avec une hypertrophie amygdalienne isolée ou adénoido-amygdalienne peut survenir chez l'enfant et constitue une indication chirurgicale urgente et impérative;
- Le SAOS peut se manifester par:
 - Somnolence excessive
 - Troubles du caractère
 - Difficultés d'apprentissage
 - Céphalées matinales
- D'autres signes en faveur de l'obstruction des voies aériennes supérieures orientent vers le diagnostic de SAOS tel que : Respiration buccale, ronflements. Cependant des ronflements isolés, ne sauraient constituer à eux seuls une indication opératoire.

LES CONSÉQUENCES ET COMPLICATIONS DU SAOS :

L'hypercapnie et l'hypoxémie peuvent entraîner :

- HTAP

- cœur pulmonaire chronique

- décompensation cardiaque

La respiration buccale est susceptible d'entraîner :

- Des perturbations du développement crano-facial qui à leur tour entraînent une augmentation des résistances des voies aériennes supérieures, et une fréquence accrue des infections respiratoires

- Troubles du développement qui seraient dus à la diminution de la sécrétion de GH, l'anoxie, l'hypoxémie, et l'augmentation des dépenses énergétiques nocturnes.

- Trouble du comportement et somnolence.

LE TRAITEMENT DU SAOS:

Il repose sur la réalisation couplée d'une amygdalectomie et d'une adénoïdectomie, lorsque celles-ci en sont responsables.

L'adénoido-amygdalectomie pour SAOS comporte des risques importants de défaillance respiratoire dans les heures suivants l'intervention et nécessite une surveillance attentive.

e) Autres indications relatives:



- * Sinusites récidivantes ou chroniques
- * Portage chronique du streptocoque
- * Mauvaise haleine
- * Néphrites
- * Dermatoses exp: psoriasis
- * Lors des amygdalites hémorragiques, l'amygdalectomie constitue avant tout un geste d'hémostase.

CHEZ L'ADULTE

a) Amygdalites :

***Amygdalites aigues récidivantes** : même critères que chez l'enfant.

***Amygdalites chroniques infectante** :

Se manifeste par :- Accidents infectieux locaux récidivants

-Dysphagie unilatérale

-Haleine putride

-Emission de petites formations jaunâtres

correspondant à du caséum.

Trois signes orientent vers l'amygdalite chronique :

-Rougeur du pilier antérieur

-L'expression amygdalienne à l'aide d'un abaisse

langue fait sourde des fragments caséux

-Adénopathie satellite homolatérale sensible à la

palpation.

- b) Phlegmon péri amygdalien : plus fréquents chez l'adulte.
- c) Autres indications relatives :

- * Glomérulonéphrites aigues
- * Endocardites
- * Rhumatismes post streptococcique
- * Mauvaise haleine
- * Lithiasis amygdalienne
- * Amygdalite hémorragique

I'angine aiguë dyspnésante au décours d'une mononucléose infectieuse

Contre indications:



- Pas de contre indications absolues
- Les contres indications sont **relatives ou temporaires** et doivent être examiné au cas par cas :
 - Troubles de la coagulation peuvent être dépister et ne constitue pas une contre indication si l'intervention est impérative.



- * C.I. TEMPORAIRES : report de l'intervention
 - Un état fébrile aigue
 - Une infection évolutive.
 - Infection amygdalienne ou péri amygdalienne en cours.
 - Caries dentaires avec abcès dentaire ou atteinte alvéolodentaire.
 - Vaccin : BCG : attendre 6mois. Antipolio attendre 15jours avant d'effectuer l'intervention.

* C.I RELATIVES :



- Professionnels de la voix : prévenir du risque de modification de la résonance pharyngée.
- Age inférieur à 2 ans.

Complications :

La mortalité lors de l'amygdalectomie est rare, elle peut être due soit à une hémorragie ou par accident aux anesthésiques.

* Accidents per opératoires :

- Sont souvent liés à l'anesthésie locale (pâleur, lipotymie, manifestations neurologiques, manifestations allergiques...).
- Parfois sont liées à l'acte opératoire, en cas d'erreur technique :
 - Arrachage de dents par l'ouverture bouche
 - La prise incomplète de l'amygdale au sluder peut entraîner une déchirure des piliers antérieurs ou de la luette avec risque hémorragique

* Accidents post opératoires:

- Détresse respiratoire
- Accidents hémorragiques précoces
- Accidents hémorragiques tardifs
- Complications infectieuses
- Complications vélo pharyngées

Indications et Contre indications de l'adénoïdectomie

Indications

- Obstruction chronique des VAS en rapport avec une hypertrophie adénoïdienne.
- *En cas troubles du développement staturo-pondéral, troubles du développement orofacial, troubles dentaires, troubles de la mastication et du langage, l'adénoïdectomie n'est pas recommandée en l'absence d'obstruction symptomatique des voies aériennes.*
- *L'OMA n'est pas une indication;*
- *Si OMA a répétions (>=3/ 06mois) l'adénoïdectomie est proposée si échec des autres thérapeutiques;*
- *OSM asymptomatique, qui ne retentit pas sur l'audition l'adénoïdectomie est inutile.*

Contre-indications

- Il n'existe pas de contre-indication absolue à l'adénoïdectomie.
- Les contre-indications relatives doivent être examinées au cas par cas :
 - Les troubles de la coagulation peuvent être dépistés et ne sont pas une contre-indication lorsque la chirurgie est impérative ;
 - Les fentes palatines et les divisions sous-muqueuses doivent être recherchées cliniquement ; elles représentent une contre-indication relative à l'adénoïdectomie à cause du risque de décompensation d'une insuffisance vélaire potentielle masquée par l'hypertrophie adénoïdienne;
 - Un état fébrile (température > 38 °C) reporte l'intervention de quelques jours;
 - Un terrain allergique et/ou un asthme préexistant ne constituent pas une contre-indication à l'adénoïdectomie.

MERCI DE VOTRE
ATTENTION!