

entendre...O.R.L

LE BIMESTRIEL DE L'ACTUALITÉ O.R.L.

AMYGDALECTOMIE : Tomie or not tomie



L'amygdalectomie est à l'ORL ce que le volet crânien est à la neurochirurgie ou... le curetage utérin à l'obstétrique. L'exérèse complète des amygdales constitue ou constituait en effet depuis près d'un siècle le baptême initiatique de tout jeune interne postulant au statut de chirurgien. Véritablement consubstantielle à notre discipline, cette intervention est actuellement remise en question tant dans son principe – la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et nos autorités de tutelle en contestant la qualité du service médical rendu ainsi que la réelle valeur ajoutée – que dans sa réalisation technique – de nombreux auteurs suggérant que l'amygdalectomie partielle (AP) offre maints avantages en termes notamment de suites opératoires sur l'amygdalectomie totale (AT).

Parce que 35 000 amygdalectomies sont encore réalisées annuellement en France (contre 80 000 dans les années 90) et qu'elles restent l'intervention la plus fréquemment pratiquée chez l'enfant, il apparaît pertinent d'analyser ici les arguments médicaux et socio-économiques contradictoires soulevés par ce débat.

Deux piliers chirurgicaux

Dans de *Arte Medica*, Aulus Cornelius Celsus décrivait déjà (nous sommes au premier siècle de notre ère) comment procéder à l'énucléation des amygdales au doigt ! Le caractère partiel (selon toute vraisemblance) de ce type d'amygdalectomie resta la référence jusque dans les années 30 du XX^e siècle. Mais la crainte d'une repousse du reliquat lymphoïde jointe aux progrès (relatifs) de l'in-

strumentation et de l'anesthésie conduisirent les ORL d'alors à pratiquer des AT selon deux techniques devenues classiques : l'*énucléation au Sluder*, du nom de l'inventeur d'une pince guillotine dans le chas de laquelle l'amygdale est engagée au doigt puis prestement énucléée - sinon arrachée - de sa loge, l'hémostasie étant assurée par la compression du pédicule vasculaire ; la *dissection extracapsulaire* où l'amygdale est clivée du plan musculaire à l'aide de ciseaux ou de peigne, un serre-

en 2 mots

- L'amygdalectomie totale par dissection (la technique du « Sluder » aujourd'hui pratiquement disparu) est le seul geste coté par la CNAM.
- Quoique radicale sur les apnées obstructives et les angines récidivantes, elle expose toutefois à des suites opératoires souvent douloureuses et à un risque hémorragique, rare mais parfois dramatique.
- Des innovations technologiques (coblation, ultracision, laser, etc.) conduisent aujourd'hui bien des confrères à lui préférer la technique de l'amygdalectomie partielle.
- L'amygdalectomie partielle semble limiter significativement douleurs et hémorragies post-opératoires sans accroître le risque de récurrences infectieuses ou de SAS.
- Il semble souhaitable que les autorités de tutelle prennent en compte les avantages apparents de l'amygdalectomie partielle pour en envisager l'éventuelle cotation.

noeud comprimant puis sectionnant habituellement le pédicule vasculaire inférieur et l'hémostase étant au besoin complétée par coagulation ou ligature.

Quelque peu lézardés

Plusieurs facteurs ont contribué à la disparition de la première technique et à la remise en question de la seconde.

L'inexpérience des jeunes générations, la mainmise des anesthésistes sur tout acte relevant de leur compétence, et la crainte des ennuis judiciaires expliquent que le « Sluder » ne soit plus utilisé aujourd'hui. En pratique, les anciens s'en souviennent avec émotion, l'énucléation des amygdales se réalisait en effet sous anesthésie au masque, effectuée par l'ORL lui-même, à l'aide de Vinether, sans intubation, et exigeait, en raison de la brièveté de l'endormissement (beaucoup d'ORL de cette génération-là attendaient même que l'enfant se réveille pour officier, prétextant que cela prévenait le risque d'inhalation !!!), une maîtrise et plus précisément un « doigté » que ne peuvent plus acquérir les jeunes praticiens. Quant à l'AT par dissection, deux complications post-opératoires lui sont reprochées :

i) *l'hémorragie*, la plus fréquente et la plus redoutée, qu'elle soit précoce ou retardée, liée à des facteurs anatomiques (trajet variable des artères nourricières notamment en cas de bifurcation haute de la carotide externe,...), chirurgicaux (franchissement de la paroi pharyngée,...), ou cicatriciels (chute d'escarre, nécrose liée à une coagulation excessive...). Elle impose une reprise chirurgicale (estimée en moyenne à 2,6% selon les grandes séries, ou 4,4% selon l'HAS), voire exceptionnellement une transfusion sanguine ;

ii) *la douleur*, parfois majeure, insomniente, dysphagiant, avec risque de déshydratation, et dont le contrôle est toujours délicat chez l'enfant. Si l'on ajoute le risque de décès post-opératoire, certes minime (on déplore encore 1 à 2 décès en France chaque année) mais bien sûr dramatique, on conçoit que des alternatives aient été cherchées pour limiter cette morbi-mortalité

post-opératoire et accessoirement l'incidence économique liée à l'absentéisme parentale durant les quelques jours de convalescence de l'enfant. Osons ajouter que la misérable cotation de l'AT par la CNAM n'incite guère aujourd'hui nos confrères à pratiquer pour 89,46 Euros (!!!) une intervention potentiellement à risque.

Retour à l'ancienne

Ce sont les progrès de la technologie qui ont conduit plusieurs auteurs, notamment scandinaves, à repopulariser l'AP intra-capsulaire du XIX^e siècle. Plusieurs outils sont en effet désormais à disposition : la coblation (l'énergie de la radiofréquence ionise une solution saline conductrice produisant une couche plasmatisée d'ions sodium générant de la chaleur : 40 à 70°C) ; l'ultracision utilise un bistouri ultrasonique qui vibre à une fréquence de 55,5 kHz selon une amplitude de 80 µm générant de la chaleur (50 à 100°C) ; le microdébrideur ou encore le faisceau laser (CO₂, KTP ou diode). (Notons que ces outils peuvent également être utilisés pour effectuer une AT).

Appliqués le long du pilier antérieur sans exercer de traction sur l'amygdale, ces outils réalisent une exérèse subtotale, laissant un reliquat lymphoïde contre le pilier postérieur. En ne mettant pas à nu le plan musculaire, ils limitent douleur et risque hémorragique. En ne coagulant pas les vaisseaux du pôle inférieur, ils diminuent le risque de chute d'escarre à distance.

Toutefois ces avantages comportent de facto deux inconvénients potentiels : celui de permettre la repousse des moignons amygdaliens restants et celui de voir récidiver les infections. Or ces deux inconvénients concernent les deux indications d'amygdalectomie actuellement établies par nos sociétés savantes, à savoir les hypertrophies amygdaliennes obstructives avec ou non syndrome d'apnée obstructive du sommeil et les amygdalites aiguës récidivantes (définies par au moins 3 épisodes infectieux par an pendant 3 ans ou 5 épisodes par an sur 2 ans).

Avantage à...

Il est donc intéressant de prendre connaissance des études prospectives randomisées et multicentriques et autres méta-analyses récemment parues qui ont comparé le rapport bénéfice-risque des deux modalités opératoires. Ainsi sur le risque hémorragique et les reprises pour saignement l'AP présente-t-elle un avantage significatif sur l'AT (respectivement 0,7% vs 5,8% et 0,9% vs 4,6%). L'avantage de l'AP est également net quant aux douleurs post-opératoires et à la mortalité. D'autres avantages concernent la durée de l'intervention, d'occupation de la salle d'opération, et d'hospitalisation ainsi que les réadmissions en urgence pour saignement.

Sur les infections post-opératoires et les angines à distance, les deux procédés semblent à égalité. En revanche et pour d'évidentes raisons, l'AT présente 7 fois moins de risque de repousse amygdalienne que l'AP et donc de récurrence d'un éventuel SAOS.

Pour autant...

Le bilan global milite donc indiscutablement en faveur de l'AP.

Est-ce à dire que cette dernière va supplanter l'AT et que les autorités de tutelle vont enfin accepter de la valider et la CNAM de la coter (seule l'amygdalectomie par dissection l'est à l'heure actuelle) ?

Rien n'est moins sûr car les demandes de nos représentants risquent de se voir opposer une raison bien triviale. En termes de coût en effet, il appert que l'AP est plus onéreuse que l'AT, en raison essentiellement du prix des dispositifs médicaux à usage unique, même si les coûts annexes liés à la perte de salaire d'absence parentale sont difficiles à chiffrer.

Au vu des arguments déclinés plus haut, il semble pourtant parfaitement justifié d'en obtenir non seulement la cotation, répétons-le, ridicule aujourd'hui, mais plus encore sa revalorisation. Faute de quoi, cette technique manifestement intéressante sera l'apanage des seuls centres pédiatriques hospitaliers ou non, capables d'assurer un plateau technique conséquent.

L'avis de l'expert



Pr Natacha Teissier
Service d'ORL pédiatrique
Inserm U1141
Hôpital Robert Debré
48, Boulevard Sérurier - 75019 Paris

Depuis quelques années, l'amygdalectomie partielle a supplanté l'amygdalectomie totale dans de nombreuses structures. Les suites opératoires s'en retrouvent favorablement modifiées : d'une part, on note une diminution significative des saignements secondaires aux chutes d'escarre et, par ce fait, les indications de reprises opératoires, la nécessité de transfusion et, bien sûr, les décès ; d'autre part, la gestion de la douleur est facilitée par une franche diminution de la nécessité de prescription d'antalgiques de paliers 2. Ceci vient à point alors que les dérivés codéinés sont maintenant contre-indiqués dans les suites d'amygdalectomies pour syndrome obstructif.

La principale réticence vis-à-vis de cette technique concerne le risque de repousse amygdalienne : ce risque est faible, estimé à 4-6% et concerne principalement les enfants de moins de 4 ans. Certes, la crainte de devoir repasser au bloc opératoire devant la réapparition de la symptomatologie obstructive peut faire hésiter à effectuer une amygdalectomie partielle ; cependant, face à la très nette différence de morbi-mortalité entre les deux gestes chirurgicaux, il est maintenant devenu préférable de proposer, en dehors de certaines indications particulières, une amygdalectomie partielle.

Enfin, reste un écueil administratif. La cotation de l'acte d'amygdalectomie partielle n'est pour l'instant pas référencée. En fonction de la technique opératoire utilisée (radiofréquence, Coblator...), le coût du consommable n'est parfois pas couvert par le tarif, ce qui peut dissuader certains d'entre nous à sauter le pas. Espérons que les autorités seront sensibles aux économies par ailleurs réalisées par la diminution de la durée de séjour, les frais d'antalgiques, de réhospitalisation et de reprise chirurgicale, et qu'une reconnaissance de cet acte ainsi que sa revalorisation permettent de convaincre les opérateurs et les patients du bien-fondé de cette technique.

Articles à lire

Hultcrantz E, Ericsson E. Factors influencing the indication for tonsillectomy : a historical review and current concepts. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2013 ; 75 : 184-91.

Legent F. Evolution des modalités opératoires de l'amygdalectomie. *Bull Acad Natle Med* 2009 ; 8 : 1885-95.

Ostvoll E et al. Mortality after tonsil surgery. A population study covering 8 years and 82 527 operations in Sweden. *Eur Arch Oto-rhino-laryngol* 2015 ; 272 : 737-43.

Odhagen E et al. Risk of reoperation after tonsillectomy versus tonsillectomy : a population-based cohort study. *Eur Arch Oto-rhino-laryngol* 2016, 4.

Sarny S et al. Hemorrhage following tonsil surgery : a multicentric prospective study. *Laryngoscope* 2011 ; 121 : 2553-60.

Wang H, Fu Y, Feng Y et al. Tonsillectomy versus tonsillectomy for sleep-disordered breathing in children : a meta analysis. *PloS One*, 2015 ; 10 : e0121500.

Windfuhr JP et al. Post-tonsillectomy hemorrhage – some facts will never change. *Eur Arch Oto-rhino-laryngol* 2015 ; 272 : 1211-8.

Un accompagnement personnalisé pour vos patients !



entendre

La force d'un réseau,
l'implication d'un indépendant

- L'audioprothésiste Entendre est un indépendant qui s'engage personnellement et engage son équipe pour la satisfaction totale de vos patients.
- Un accueil et un accompagnement personnalisés de vos patients tout au long des différentes étapes de leur appareillage.
- Des produits et des services à la pointe de la technologie et de l'innovation, proposés par un réseau national.
- Une des meilleures centrales d'achats en France, vos patients bénéficieront des meilleurs produits au meilleur prix.

entendre
...et la vie recommence

www.entendre.com