



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## Amygdalectomie chez l'enfant et chez l'adulte : évolution des pratiques après ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire avec bloc opératoire dédié<sup>☆</sup>

S. Bartier\*, I. Gharzouli, N. Kiblout, H. Bendimered, L. Cloutier, D. Salvan

CHR Sud Francilien, 40, avenue Serge-Dassault, 91100 Corbeil-Essonnes, France



### INFO ARTICLE

## Mots clés :

Amygdalectomie  
Ambulatoire  
Adulte  
Enfant  
Activité

### RÉSUMÉ

**Buts.** – Étudier l'impact de l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire sur la pratique de l'amygdalectomie chez l'adulte et chez l'enfant à travers l'expérience de notre service ; et évaluer les complications en ambulatoire par rapport à l'hospitalisation conventionnelle.

**Matériel et méthodes.** – Revue rétrospective de toutes les amygdalectomies pratiquées depuis l'ouverture d'un bloc opératoire dédié à la chirurgie en ambulatoire, à partir des bases de données ORL et urgences.

**Résultats.** – D'octobre 2013 à décembre 2014, réalisation de 179 amygdalectomies (51 adultes et 128 enfants) dont 108 en ambulatoire. Entre 2012 et 2014, croissance de 12,7 % du nombre total d'amygdalectomies (+ 18,29 % enfants, stabilité du nombre d'adultes). La programmation en ambulatoire est devenue majoritaire en moins d'un an chez les enfants (73,19 %) et à part égale avec l'hospitalisation conventionnelle chez les adultes (47,22 %). La quasi-totalité des patients gardés à j0 le sont pour des raisons organisationnelles ou de défaut d'orientation (comorbidités ou environnement inadapté). L'amygdalectomie en ambulatoire chez l'enfant a un taux de complication dans les 30 jours similaire à la littérature (8,3 % de chute d'escarre) ; taux plus élevé chez l'adulte (35,3 %). Les complications postopératoires apparaissent en moyenne à j6 pour les adultes et j9 pour les enfants ; seuls 2 patients ont eu une complication survenue entre H6 et H24.

**Conclusion.** – Cette étude montre que l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire entraîne une modification des pratiques avec une majorité des amygdalectomies maintenant pratiquée en ambulatoire, sans observer un accroissement des complications, notamment des complications immédiates. L'amygdalectomie en ambulatoire apparaît donc comme une solution de choix par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, en termes de bénéfice économique et de confort pour le patient sans perdre en sécurité. L'existence d'un bloc dédié permet une facilité de gestion de programmation, permettant ainsi une augmentation de l'activité en UCA (amélioration des délais).

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### 1. Introduction

L'amygdalectomie est une des interventions chirurgicales ORL les plus pratiquées, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Chaque année en France, 50 000 amygdalectomies sont pratiquées chez l'enfant et 15 000 chez l'adulte (source PMSI 2008) ; en Île-de-France en 2014, 5621 amygdalectomies ont été pratiquées

chez l'enfant et 1981 chez l'adulte (source PMSI). La pratique de cette intervention en ambulatoire tend à se développer depuis quelques années pour des raisons de confort, de diminution des complications liées à l'hospitalisation mais aussi pour des raisons économiques évidentes, avec une baisse importante du coût d'hospitalisation. En 2010, la Société française d'ORL en collaboration avec la Société française d'anesthésie-réanimation a rédigé une recommandation pour la pratique clinique de l'amygdalectomie en ambulatoire chez l'enfant [1].

Néanmoins elle reste assez peu pratiquée en France comparé aux autres pays : seuls 12,9 % des amygdalectomies en France sont réalisées en ambulatoire (source PMSI 2008). On peut y voir une réticence des chirurgiens liée au risque de complications postopératoires de l'amygdalectomie, notamment hémorragiques [2].

DOI de l'article original : <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2018.05.003>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [sophiebartier@hotmail.fr](mailto:sophiebartier@hotmail.fr) (S. Bartier).<https://doi.org/10.1016/j.aforl.2017.11.008>

1879-7261/© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Nous nous sommes intéressés à l'expérience du service d'ORL du CHR de Corbeil-Essonnes qui a ouvert une unité de chirurgie ambulatoire complète (UCA) avec un bloc opératoire dédié à partir d'octobre 2013.

L'objectif de notre étude était d'étudier l'impact de l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire avec bloc dédié sur l'évolution de nos pratiques de l'amygdalectomie chez l'adulte et chez l'enfant et de comparer les complications en ambulatoire par rapport à celles en hospitalisation conventionnelle.

## 2. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective s'étendant d'octobre 2013 à décembre 2014, avec une comparaison des données à l'année antérieure réalisée dans le service d'ORL du CHR de Corbeil Essonnes. Les données ont été recueillies à partir des dossiers ORL des patients ainsi que des données informatisées enregistrant tout passage dans un service de l'hôpital y compris au service d'accueil des urgences.

Les données suivantes ont été recueillies pour chaque patient :

- âge et sexe ;
- antécédents notables (dont troubles de l'hémostase) ;
- autre acte chirurgical associé à l'amygdalectomie ;
- indication de l'amygdalectomie ;
- technique chirurgicale ;
- mode d'hospitalisation : ambulatoire ou conventionnelle et selon les cas, les causes d'une non hospitalisation en ambulatoire et les causes d'une conversion d'une hospitalisation prévue en ambulatoire en hospitalisation conventionnelle ; durée d'hospitalisation ;
- complications postopératoires dans le mois suivant l'intervention ;
- passage aux urgences ou réadmissions dans le mois suivant l'intervention, cause et durée de la réhospitalisation et nécessité d'une reprise au bloc opératoire.

Les conditions de la pratique de l'amygdalectomie en ambulatoire chez l'enfant respectaient les recommandations de la Société française d'oto-rhino-laryngologie :

- enfant âgé de plus de 3 ans ;
- classe ASA I ou II ;
- absence de comorbidités majorant le risque respiratoire, notamment pas de SAHOS sévère. Le diagnostic et la sévérité du SAHOS étaient évalués conformément aux recommandations HAS 2012 : évaluation clinique par le praticien à l'interrogatoire des parents et à l'examen clinique : recherche de signes nocturnes (fréquence des ronflements, fréquence et durée des apnées, nycturies, cyanoses, céphalées), retentissement diurne (sommolence, troubles du comportement, difficultés d'apprentissage, retentissement staturopondéral) et/ou documentation par polygraphie si risque opératoire élevé (SAHOS sévère cliniquement, troubles de l'hémostase, anomalie cardiaque) ou doute sur le succès prévisible de l'amygdalectomie (malformations associées, obésité comorbide) ;
- pas d'anomalie de l'hémostase ;
- critères sociaux : personne accompagnant le patient au domicile la première nuit, téléphone disponible, compréhension des consignes par les parents, nécessité d'un deuxième accompagnant en plus du chauffeur en cas de retour véhiculé avec une voiture personnelle.

Des critères géographiques étaient demandés en sus, compte tenu de la localisation du centre hospitalier et de l'absence d'autre centre hospitalier avec un ORL d'astreinte ou de garde à

proximité immédiate : moyen de locomotion personnel et à moins de 30 minutes du centre hospitalier.

Pour les patients adultes, les conditions requises pour la pratique de l'ambulatoire étaient les suivantes :

- absence de comorbidités sévères ;
- absence de SAHOS modéré à sévère (documenté par une polygraphie ventilatoire ou polysomnographie avec IAH supérieur ou égal à 15/h) ;
- accompagnement à leur sortie d'UCA par un tiers et durant leur première nuit au domicile ;
- respect des mêmes critères sociaux et géographiques que pour les enfants.

L'amygdalectomie totale, uni-ou bilatérale, était réalisée selon la même technique opératoire quel que soit l'opérateur : sous anesthésie générale, par dissection extracapsulaire aux instruments froids et hémostase par coagulation bipolaire. Aucune technique d'amygdalectomie partielle n'a été utilisée. Elle pouvait être accompagnée d'une adénoïdectomie et/ou pose d'aérateurs transtympaniques.

Les protocoles d'anesthésie générale étaient identiques en ambulatoire et en hospitalisation conventionnelle, conformes aux recommandations de la Société française d'anesthésie-réanimation et de la Société française d'ORL [1]. À savoir, chez l'enfant, une prémédication anxiolytique (par midazolam le plus souvent) et une induction par inhalation (sévoflurane) ou intraveineuse par propofol (à préférer en cas de syndrome obstructif), suivie d'une intubation orotrachéale. L'entretien de l'anesthésie était assuré par une analgésie par paracétamol et morphiniques intraveineux (sufentanil). Une administration peropératoire de dexaméthasone intraveineuse (posologie de 0,15 mg/kg sans dépasser 5 mg) était effectuée, pour ses propriétés de réduction des nausées et vomissements postopératoires. Une antibioprofylaxie préopératoire par amoxicilline/acide clavulanique (50 mg/kg) était administrée. Chez l'adulte, le protocole d'anesthésie ne présentait pas de particularités : induction intraveineuse (propofol) ou par inhalation (sévoflurane), suivie d'une intubation orotrachéale et analgésie peropératoire. Une antibioprofylaxie par amoxicilline/acide clavulanique était également administrée. En cas de SAHOS, la prémédication par anxiolytique et les besoins en morphiniques étaient réduits.

Une surveillance minimum de 6 h post-amygdalectomie était nécessaire. Un contrôle des loges amygdaliennes était réalisé en salle de réveil (premier contrôle du chirurgien afin de permettre la sortie de salle de réveil) puis en chambre. La sortie en ambulatoire était validée par l'anesthésiste et le chirurgien, après réalimentation et une première prise orale des antalgiques (association d'un palier I et d'un palier II : paracétamol et tramadol). Les consignes de surveillance postopératoires étaient clairement expliquées au patient ou aux parents et à l'enfant avec remise d'une feuille de consignes alimentaires, ordonnance de sortie, numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence. L'ordonnance de sortie était identique à la sortie d'ambulatoire et d'hospitalisation conventionnelle : antalgiques de palier I par paracétamol et palier II par tramadol en systématique, antibioprofylaxie par amoxicilline/acide clavulanique 1 g × 3/j chez l'adulte et 80 mg/kg/j chez l'enfant (en cas d'allergie à la pénicilline, absence d'antibioprofylaxie) et corticothérapie 1 mg/kg/j de 5 jours.

Une infirmière de l'UCA était chargée d'appeler de façon systématique les patients à 24 h de l'intervention afin de s'enquérir d'éventuelles complications.

Concernant les analyses statistiques : les variables quantitatives sont présentées en nombre d'événements et en pourcentages. Les comparaisons ont été effectuées par les tests du Chi<sup>2</sup> ou le test-t

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/11013477>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/11013477>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)