

DOSSIER THÉMATIQUE

Amygdalectomie en ambulatoire chez l'enfant

Outpatient tonsillectomy in children

M. François

Service d'ORL, hôpital Robert-Debré, 48, boulevard Sérurier, 75935 Paris cedex 19, France

Reçu le 5 août 2008 ; accepté le 25 août 2008

Disponible sur Internet le 25 septembre 2008

Résumé

L'amygdalectomie peut être envisagée en ambulatoire chez l'enfant car les saignements postamygdalectomies sont, soit précoces, donc découverts avant la sortie, soit tardifs après le sixième jour. Néanmoins, tous les patients ne peuvent pas bénéficier de l'ambulatoire et lors des consultations préopératoires, l'ORL et l'anesthésiste doivent repérer les enfants qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité, pour des raisons sociales (mauvaise compréhension du français, éloignement du domicile. . .) ou pour des motifs médicaux indépendants du motif de l'amygdalectomie comme les troubles de l'hémostase, ou directement en rapport avec le motif de l'amygdalectomie, en particulier des apnées du sommeil liées à une hypertrophie amygdalienne chez un jeune enfant. L'anesthésiste doit privilégier un protocole diminuant le risque de vomissements postopératoires et de somnolence secondaire. La sortie est autorisée si l'enfant est bien réveillé, qu'il n'est pas gêné pour respirer, qu'il ne saigne pas et qu'il arrive à boire, sans vomissements itératifs.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Tonsillectomy may be performed as an outpatient procedure because post-tonsillectomy hemorrhages occur during the first few hours, and therefore are diagnosed before discharge, or occur after the sixth day. Nevertheless, not all patients are eligible for outpatient tonsillectomy. Both the ENT surgeon and the anesthesiologist must identify children who cannot be operated as outpatients because they do not satisfy the social criteria for discharge on the day of surgery (their parents do not speak French, they live too far from the hospital, etc.) or because they have individual risk factors for complications unrelated to their tonsils, such as bleeding disorders or related to their tonsils, such as a history of obstructive sleep apnea due to enlarged tonsils, particularly for young children. The anesthetic protocol must minimize the risk of postoperative nausea and vomiting. After tonsillectomy, the child may be discharged from the recovery room if he is fully awake, with no dyspnea and no oral bleeding, and is able to swallow liquids, without repeated vomiting.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Ambulatoire ; Amygdalectomie ; Hémorragie ; Douleur ; Dyspnée obstructive

Keywords : Outpatient; Tonsillectomy; Hemorrhage; Pain; Obstructive dyspnea

I. INTRODUCTION

L'amygdalectomie en ambulatoire peut se définir comme une amygdalectomie, effectuée dans un bloc opératoire, chez un patient qui retournera chez lui le jour même [1–3]. Pour des

raisons économiques qui ne seront pas développées ni discutées dans cet article, la chirurgie ambulatoire tend à se développer. La première question qui se pose est de savoir si la réalisation en ambulatoire de l'amygdalectomie n'augmente pas les risques par rapport à une hospitalisation classique la nuit suivant l'intervention. Nous évoquerons ensuite chez quels enfants et dans quelles conditions l'amygdalectomie peut être proposée en ambulatoire.

Adresse e-mail : martine.francois@rdb.aphp.fr.

2. L'AMYGDALECTOMIE EST-ELLE UNE INTERVENTION ÉLIGIBLE POUR L'AMBULATOIRE ?

La question peut se poser ainsi : le fait de rentrer à la maison quelques heures après l'intervention fait-elle courir plus de risque à l'enfant que s'il restait une nuit à la clinique ou l'hôpital ? Les complications qui peuvent survenir entre quatre et 24 heures après l'intervention et qui motiveraient l'hospitalisation la nuit suivant une amygdalectomie sont les hémorragies, la dyspnée et la déshydratation du fait de vomissements et/ou d'un apport hydrique insuffisant. Une méta-analyse faite par Brigger et Brietzke en 2006 [4], sur 17 séries publiées dans la littérature, montre que le taux de transformation d'une hospitalisation ambulatoire en hospitalisation classique est de 8 % (95 % IC : 5,3–10,7). Les vomissements postopératoires sont la cause de 30 % des hospitalisations chez les enfants opérés d'amygdalectomie initialement prévue en ambulatoire [5], les autres causes étant un réveil insuffisant ou une dyspnée haute (22 %), l'hémorragie des loges amygdaliennes (20 %), un contrôle insuffisant de la douleur (14 %) et la fièvre (9 %).

3. LES HÉMORRAGIES POSTAMYGDALECTOMIES

Les hémorragies postamygdalectomies tardives, entre le sixième et le quinzième jour, à la chute d'escarre, sont très rares, imprévisibles et ne justifient pas une hospitalisation prolongée (sauf chez les hémophiles). Les hémorragies précoces sont encore plus rares [6], elles surviennent en général dans les six premières heures et peuvent donc être détectées lors du contrôle des loges amygdaliennes avant d'autoriser la sortie dans l'après-midi, donc dans le cadre d'une chirurgie ambulatoire. Bennett et al. [7] ont fait une méta-analyse des hémorragies postamygdalectomies, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. Une hémorragie précoce survient après 1,4 % des amygdalectomies, le plus souvent avant la huitième heure : elle ne survient entre la huitième et la vingt-quatrième heure que dans 0,1 % des cas (95 % IC : 0,08–0,16) : une hospitalisation de 24 heures n'est donc pas justifiée car elle ne diminue pas sensiblement le risque d'hémorragie survenant hors du centre hospitalier par rapport à une hospitalisation ambulatoire.

4. LA GÊNE RESPIRATOIRE

La gêne respiratoire au réveil d'une anesthésie générale avec intubation est liée en général à un œdème sous-glottique qui régresse rapidement avec des aérosols et des corticoïdes intraveineux. Le risque de rebond ultérieur est minime et l'intubation ne contre-indique pas l'ambulatoire [1]. C'est seulement en cas de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) que l'amygdalectomie comporte un risque particulier de dyspnée postopératoire. Il y a un consensus professionnel fort pour contre-indiquer l'ambulatoire en cas de SAOS à cause d'un risque de désaturation lors de la nuit suivant l'intervention [8]. La conférence d'experts de la Société

française d'anesthésie et de réanimation de 2005 sur l'anesthésie pour amygdalectomie chez l'enfant conseille même dans ce cas une surveillance en salle de réveil [9].

5. LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

Les nausées et vomissements postopératoires sont fréquents chez l'enfant, survenant chez plus de la moitié des enfants dans certaines séries [5,10]. L'amygdalectomie ajoute un risque supplémentaire de nausées et vomissements du fait du sang dégluti qui provoque une irritation gastro-intestinale et du fait d'une stimulation de certaines afférences nerveuses lors de l'utilisation du bistouri électrique dans les loges amygdaliennes [5]. Les trois facteurs qui augmentent le plus le risque de vomissement postopératoire sont l'intubation endotrachéale, l'administration d'opiacés et l'inhalation de protoxyde d'azote. Pour diminuer les risques de nausées et vomissements, certains anesthésistes maintiennent la ventilation par masque laryngé, plutôt que par sonde d'intubation endotrachéale, d'autres n'utilisent pas de protoxyde d'azote ou en limitent l'utilisation à la phase d'induction, d'autres enfin limitent l'utilisation d'opiacés [5]. Ewah et al. [5] ont fait une étude prospective sur la prévention des nausées et vomissements après amygdalectomie en ambulatoire sur 100 enfants, 47 garçons et 53 filles, de deux à 14 ans. Les deux enfants âgés de deux ans ont été intubés, mais les 98 enfants de trois ans ou plus n'ont pas été intubés, la ventilation étant assurée par masque laryngé. Tous les enfants ont reçu en peropératoire 0,1 mg/kg d'ondansetron et 0,25 mg/kg de dexaméthasone. Aucun enfant n'a reçu de protoxyde d'azote. Au total seuls deux enfants ont eu des nausées, aucun n'a vomi.

À signaler que la conférence d'experts de la Sfar sus-citée insiste sur la protection des voies aériennes par sonde d'intubation et ne parle pas du tout du masque laryngé [9].

Divers antiémétiques peuvent être proposés. L'ondansetron (Zophren[®]), qui est un antagoniste sélectif des récepteurs 5HT, est un antiémétique puissant. Il peut être administré intraveineusement en peropératoire ou sous forme sublinguale en postopératoire [5,11].

Les corticoïdes, et plus particulièrement la dexaméthasone, peuvent avoir un effet bénéfique sur les nausées et vomissements postamygdalectomies [5,7,10]. Les résultats sont variables d'une étude à l'autre. La difficulté de ces études est que les nausées et vomissements sont plurifactoriels et que si l'on veut étudier l'effet de la dexaméthasone seule, il faut que les autres facteurs soient identiques dans le groupe traité et le groupe témoin. Le mécanisme d'action de la dexaméthasone sur la prévention des nausées et vomissements est inconnu.

Pappas et al. [10] ont fait une étude prospective randomisée en double insu, dexaméthasone 1 mg/kg versus sérum physiologique, chez 128 enfants de deux à 12 ans opérés en ambulatoire d'amygdalectomie ou d'adénoamygdalectomie. Le protocole anesthésique comportait dans tous les cas l'administration de protoxyde d'azote à l'induction et lors de l'entretien de l'anesthésie, ainsi qu'une intubation endotrachéale systématique. La différence entre les deux groupes est surtout sensible après le retour à la maison avec moins de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105855>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105855>

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