

L'AMYGDALECTOMIE... UNE CHIRURGIE COURANTE MAIS NON BANALE !

L'AMYGDALECTOMIE FIGURE PARMİ LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES PÉDIATRİQUES LES PLUS COMMUNES À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE. AU QUÉBEC, IL SE PRATIQUE CHAQUE ANNÉE PRÈS DE 12 000 AMYGDALECTOMIES ET/OU ADÉNOÏDECTOMIES. OR, L'AMYGDALECTOMIE DEMEURE UNE INTERVENTION À RISQUE DE COMPLICATIONS, NOTAMMENT L'HÉMORRAGIE. DANS LES DERNIÈRES ANNÉES, LE BUREAU DU CORONER A SOULIGNÉ LE DÉCÈS DE TROIS ENFANTS, DES SUITES DE CETTE CHIRURGIE.

À la suite d'une recommandation du Dr Jacques Ramsay, coroner, le Collège des médecins du Québec, de concert avec l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec et l'Association des pédiatres du Québec, souhaite rappeler aux médecins l'importance de bien identifier les différents éléments cliniques qui sous-tendent l'indication de la chirurgie des tissus lymphoïdes pharyngés chez l'enfant.

À ce jour, l'obstruction des voies respiratoires et les infections constituent les principales indications pour l'amygdalectomie. Or, selon plusieurs études, force est de constater que ces indications sont sujettes à interprétation par les professionnels. La décision de diriger l'enfant en oto-rhino-laryngologie (ORL) et l'indication de procéder à un traitement chirurgical doivent donc être précédées d'une démarche clinique rigoureuse.

L'anamnèse et l'examen physique de l'enfant constituent la pierre angulaire de l'évaluation. C'est d'abord par la recherche de différents symptômes, leur sévérité et leur impact sur la qualité de vie de l'enfant que le clinicien pourra dépister les conditions qui soutiennent l'indication de l'amygdalectomie.

Parmi les symptômes, on recherche :

- Les signes d'obstruction des voies respiratoires supérieures :
 - obstruction nasale ou rhinite chronique;
 - respiration buccale;
 - ronflement;
 - dysphagie aux solides;
 - voix hyponasale.
- Les signes du syndrome d'apnée



obstructive du sommeil chez l'enfant (SAOS) :

- ronflement important;
- pause respiratoire;
- sommeil agité;
- diaphorèse;
- cauchemars.
- L'histoire d'amygdalites à répétition :
 - infections amygdaliennes fréquentes et répétitives;
 - portrait des signes lors de l'épisode aigu (atteinte de l'état général, présence d'exsudats, d'adénopathies cervicales antérieures, d'hypertrophie amygdalienne, etc.);
 - absentéisme scolaire;
 - réponse aux traitements médicaux (choix d'antibiotique).

Le questionnaire devrait être complété par un examen physique détaillé avec une attention particulière à l'évaluation de la grosseur des amygdales. Ainsi, le dossier médical doit témoigner des éléments suivants :

- l'examen du nez : apparence de la muqueuse nasale, congestion, déviation septale, etc.;
- l'examen du pharynx : l'état du palais et de la luette, grosseur des amygdales selon une échelle de 0 à 4¹;
- la présence de toute condition musculo-squelettique à risque d'obstruction additionnelle des voies respiratoires (anomalie cranio-faciale, paralysie cérébrale, syndrome de Down, désordres neuromusculaires, etc.).

L'évaluation paraclinique des adénoïdes et des amygdales peut inclure une radiographie des tissus mous (cavum) ou une endoscopie par fibre optique flexible (faite par l'oto-rhino-laryngologiste). Ces examens seront pertinents chez l'enfant de moins de deux ans ou lorsque l'évaluation de la grosseur des amygdales (plutôt petite) est discordante avec la symptomatologie significative rapportée à l'anamnèse.

Devant un enfant qui présente des signes d'obstruction des voies respiratoires supérieures, il faut considérer les différents diagnostics possibles tels l'allergie, la rhinite chronique, le corps étranger, la sinusite, etc. Il est alors indiqué d'amorcer différents traitements non chirurgicaux, en priorisant l'hygiène nasale chez tous les enfants.

Le diagnostic de SAOS mérite une attention particulière. Tous les enfants ronfleurs ne souffrent pas nécessairement de ce syndrome, mais lorsque l'enfant présente à l'examen plusieurs des signes énumérés avec apnée et une hypertrophie amygdalienne, il y a de fortes chances que l'enfant souffre de SAOS. Le test par excellence pour l'évaluation du SAOS est la polysomnographie. Or, l'accès rapide à

l'évaluation des troubles de sommeil par la polysomnographie chez l'enfant est limité.

Différentes autres méthodes plus accessibles existent pour évaluer le SAOS, comme l'enregistrement des épisodes d'apnée avec une caméra ou encore l'oxymétrie nocturne, les deux pouvant être faits à la maison. Le recours à l'oxymétrie comme méthode de dépistage est cependant contesté compte tenu de sa faible sensibilité à ne déceler que les cas les plus graves. Certains enfants (atteints par exemple d'anomalies cranio-faciales, de maladies neuromusculaires, de mucopolysaccharidoses, de syndromes génétiques) sont particulièrement à risque de souffrir de complications de l'apnée du sommeil et méritent une évaluation plus approfondie de leur condition.

Différents éléments cliniques soutiennent les indications de procédure chirurgicale dans les problèmes d'infection et d'obstruction des voies respiratoires hautes chez l'enfant et se résument par l'algorithme ci-contre.

Afin de minimiser les risques hémorragiques, il importe de compléter le questionnaire par la recherche de diathèse hémorragique chez l'enfant et les membres de sa famille et d'éviter l'administration de certains médicaments (acide acétylsalicylique, anti-inflammatoires non stéroïdiens comme l'ibuprofène, antihistaminiques, produits naturels ou homéopathiques) au moins deux semaines avant l'intervention chirurgicale.

En terminant, le médecin exerçant en clinique sans rendez-vous et à l'urgence, le médecin de famille, le pédiatre et l'oto-rhino-laryngologiste ont tous un rôle important à jouer; ils doivent agir de façon concertée lorsqu'il s'agit de préciser les signes et symptômes d'infection ou d'obstruction des voies respiratoires pouvant conduire à l'amygdalectomie.

¹ Échelle :
 0/4 : absence d'hypertrophie
 2/4 : amygdales hypertrophiées vis-à-vis les piliers amygdaliens
 4/4 : amygdales qui se touchent

