

Les nouvelles recommandations concernant l'amygdalectomie chez l'enfant

Clinical Practice Guideline : Tonsillectomy in Children (Update)-Executive Sempportantummary.

(al. Otolaryngol Head Neck Surg. 2019 Feb;160(2):187-205)
Mitchell. RB, Archer. SM, Ishman. SL, Rosenfeld. RM, Coles. S, Finestone. SA,
Friedman. NR, Besbes. H, Hadj Salem. R, Chouchane. Ch, Chouchane. S

Service de pédiatrie, CHU Fattouma Bourguiba Monastir

L'amygdalectomie est définie comme une intervention chirurgicale réalisée avec ou sans adénoïdectomie emportant complètement les amygdales, y compris sa capsule, en disséquant l'espace péri-amygdalien entre la capsule de l'amygdale et la paroi musculaire.

D'après les dernières données publiées l'amygdalectomie est l'une des interventions chirurgicales les plus courantes aux États-Unis, avec 289 000 interventions ambulatoires effectuées chaque année chez les enfants de moins de 15 ans.

Une mise à jour des recommandations a été récemment publiée par l'American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation concernant les soins et la prise en charge pré, per et postopératoires des enfants de 1 à 18 ans candidats ou subissant une amygdalectomie. Ce guide s'adresse à tous les intervenants incluant les pédiatres.

Cette mise à jour des lignes directrices s'est basée sur 26 nouvelles revues systématiques de la littérature et 13 nouveaux essais contrôlés randomisés.

Les objectifs principaux de ces directives multidisciplinaires était d'améliorer et optimiser la qualité de la prise en charge des enfants candidats à une amygdalectomie, et aussi de formuler des recommandations explicites et applicables pour les mettre en œuvre dans la pratique clinique.

Le groupe de mise à jour des lignes directrices a formulé de fortes recommandations sous forme d'énoncés clés d'action (key action statements) destinés aux cliniciens :

1. S'abstenir avec vigilance (Watchful waiting) pour les angines récurrentes s'il y a eu :
 - a. moins de 7 épisodes au cours de la dernière année
 - b. moins de 5 épisodes par an au cours des 2 dernières années.
 - c. ou <3 épisodes par an au cours des 3 dernières années.
2. Administrer une seule dose peropératoire de dexaméthasone par voie intraveineuse aux enfants qui subissent une amygdalectomie.
3. Préconiser l'ibuprofène, le paracétamol ou les deux à la fois pour le contrôle de la douleur après une amygdalectomie.

Le groupe de mise à jour des lignes directrices a aussi formulé des recommandations simples :

1. Evaluer l'enfant avec des angines à répétition pour agir sur les facteurs pouvant favoriser l'indication de l'amygdalectomie. Ces facteurs peuvent inclure, sans toutefois s'y limiter : multiples allergies / intolérance aux antibiotiques, PFAPA (fièvre périodique, stomatite aphteuse, pharyngite et adénite), ou antécédent de plus d'un épisode d'abcès périamygdalien.
2. Rechercher les comorbidités susceptibles de s'améliorer après une amygdalectomie chez les enfants présentant une hypertrophie amygdalienne et troubles respiratoires du sommeil, notamment un retard de croissance, des performances scolaires médiocres, l'énurésie, l'asthme et des troubles du comportement.
3. Indiquer une polysomnographie avant l'amygdalectomie, chez les enfants ayant des troubles respiratoires obstructifs du sommeil : s'ils sont âgés de moins de 2 ans ou s'ils présentent l'une des conditions suivantes:

obésité, Trisomie 21, anomalies cranio-faciales, troubles neuromusculaires, drépanocytose ou mucopolysaccharidoses.

4. Préconiser la polysomnographie avant l'amygdalectomie pour les troubles respiratoires obstructifs du sommeil chez les enfants pour lesquels l'indication de l'amygdalectomie n'est pas claire ou lorsqu'il existe une discordance entre l'examen physique et la gravité des symptômes rapportés.

5. Recommander une amygdalectomie chez les enfants présentant un syndrome d'apnée de sommeil documenté par la polysomnographie.

6. Expliquer que les troubles respiratoires obstructifs du sommeil peuvent persister ou récidiver après une amygdalectomie et peuvent nécessiter une prise en charge plus poussée.

7. Insister sur l'importance de la gestion de la douleur post-amygdalectomie dans le cadre du processus d'éducation péri opératoire et rappeler la nécessité d'anticiper, de réévaluer et de traiter correctement la douleur post opératoire.

8. Indiquer une surveillance hospitalière après l'amygdalectomie (au moins une nuit) si :

a. enfants âgés de moins de 3 ans

b. enfants ayant présenté une apnée obstructive du sommeil grave (indice d'apnée-hypopnée ≥ 10 événements obstructifs / heure, nadir de saturation en oxygène $< 80\%$, ou les deux).

9. Assurer un suivi adéquat des patients après une amygdalectomie et consigner dans le dossier médical la présence ou l'absence de saignement post-opératoire dans les 24 heures (saignement primaire) et après les 24 heures (saignement secondaire).

Le groupe de mise à jour des lignes directrices a formulé une forte recommandation contre 2 attitudes :

1. Les cliniciens ne doivent ni administrer ni prescrire d'antibiotiques systématiquement en péri opératoire à des enfants avant l'amygdalectomie.

2. Les cliniciens ne doivent ni administrer ni prescrire de la codéine, ni aucun médicament contenant de la codéine, après une amygdalectomie chez les enfants de moins de 12 ans.