



Article Original

Pratique de l'Amygdalectomie et de l'Adénoïdectomie à Yaoundé

*Tonsillectomy and adenoidectomy in Yaounde City*Djomou F¹, Asmaou Bouba D², Andjock Nkouo YC², Mindja Eko D³, Bola Siafa A¹, Meva'a Biouele RC³, Njock LR²

RÉSUMÉ

- (1) Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé;
- (2) Hôpital Général de Yaoundé;
- (3) Hôpital Central de Yaoundé.

Auteur correspondant :

Dr Meva'a Biouélé Roger Christian

Adresse e-mail :

roger_meva@yahoo.fr

Boite postale : 11936 Yaoundé, Cameroun

Tel: (00237) 699 83 19 70

Mots-clés : Amygdalectomie, adénoïdectomie, pratique, Yaoundé.

Keywords: Amygdalectomy, adenoidectomy, practice, Yaounde.

Introduction. L'amygdalectomie et/ou l'adénoïdectomie sont des interventions courantes en Oto-Rhino-Laryngologie (ORL). Les indications et les modalités chirurgicales évoluent selon les contextes de pratique. Notre but était de décrire la pratique de ces chirurgies dans notre contexte. **Méthode.** Une étude descriptive et rétrospective avait été menée sur une période de cinq ans dans les services d'ORL de trois hôpitaux universitaires de Yaoundé. Les dossiers des patients opérés d'une amygdalectomie et/ou d'une adénoïdectomie avaient été inclus. Les données épidémiologiques, les indications opératoires, la technique chirurgicale et les complications ont été collectées puis analysées. **Résultat.** Au total 385 dossiers ont été retenus. L'âge moyen était de 9 ans, avec des extrêmes à 9 mois et 60 ans. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil représentait la première indication opératoire. On le retrouvait chez 48,51 % des sujets avant 5 ans. Au-delà de cet âge, les angines à répétition étaient la principale indication. L'adénoamygdalectomie était le geste le plus pratiqué. La dissection extra-capsulaire était invariablement réalisée aux instruments classiques ou au bistouri électrique. L'évolution a été favorable dans 92,72 % des cas. L'hémorragie post opératoire immédiate et la dysphagie ont été retrouvées chez 4,85 % et 2,12 % des patients respectivement. Aucune association significative n'a été établie entre la technique de dissection et l'hémorragie postopératoire. **Conclusion.** L'amygdalectomie et/ou l'adénoïdectomie sont couramment pratiquées dans notre milieu. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil en est l'indication majeure. Les complications bien que rares pourraient être réduites si les chirurgiens s'appropriaient les nouvelles techniques de cette chirurgie.

ABSTRACT

Introduction. Tonsillectomy and/or adenoidectomy are common surgical operations in ENT practice. Indications and surgical modalities change according to practice contexts. The goal of our study was to describe the practice of these surgeries in our context. **Methods.** A descriptive and record based study was conducted over a period of five years in the Ear Nose and Throat (ENT) units in three Yaounde university hospitals. Records of patients undergoing tonsillectomy and/or adenoidectomy were included. Epidemiological and clinical data, surgical indications, surgical technique and complications were collected and analysed. **Results.** A total of 385 reports were included. The average age of patients was 9 years, with extremes at 9 months and 60 years. Obstructive Apnea Syndrome was the first surgical indication. It was found in 48.51% of subjects before 5 years. After this age, repetitive angina was the main indication. Adenomygdalectomy was the most common gesture. The extra-capsular dissection was invariably performed on classical instruments or with electric bistouri. The outcome was favourable in 92.72% of cases. Immediate postoperative hemorrhage and dysphagia were recorded in 4.85% and 2.12% of patients, respectively. No statistically significant association was established between the dissection technique and the postoperative hemorrhage. **Conclusion.** Tonsillectomy and/or adenoidectomy are commonly practiced in our environment. Obstructive sleep apnea syndrome is the main indication. Although complications are rare, they could be reduced if surgeons update themselves about new approaches concerning of this surgery.

INTRODUCTION

L'amygdalectomie associée ou non à l'adénoïdectomie est l'intervention chirurgicale la plus fréquemment réalisée en pratique ORL [1]. Senez et al aux Etats Unis en 2013 ont retrouvé 530 000 amygdalectomies réalisées en ORL par

an [2]. En France en 2008, Ramos et al rapportent 50.000 amygdalectomies par an chez l'enfant [3].

Les indications de cette intervention chirurgicale sont diverses et souvent controversées, dominées par l'obstruction respiratoire chronique (ORC) [4]. Certains auteurs d'Afrique sub-saharienne retrouvent les angines récidivantes comme indication dans 85 % des cas [5].

L'amygdalectomie comme l'adénoamygdalectomie est susceptible de complications. L'hémorragie post opératoire est la plus rencontrée avec une prévalence entre 0,5 % et 20 % [3, 6, 7].

Nous rapportons une série de patients opérés dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé, dans le but de discuter nos indications, nos techniques chirurgicales et nos résultats, à la lumière des données de la littérature.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et rétrospective menée au sein des services ORL de trois hôpitaux de la ville de Yaoundé : l'Hôpital Général de Yaoundé, le Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé et l'Hôpital Central de Yaoundé, sur une période cinq ans allant du 1er janvier 2014 au 31 Décembre 2018.

Les dossiers de patients opérés pour amygdalectomie et/ou adénoamygdalectomie ont été colligés et les aspects épidémiologiques, les indications, les suites opératoires et l'évolution ont été étudiés.

RESULTATS

L'amygdalectomie associée ou non à l'adénoïdectomie représentait 54,06 % de l'ensemble des chirurgies ORL réalisées au cours de la période d'étude.

Nous avons recensé 385 dossiers de patients opérés d'une amygdalectomie et/ou d'une adénoïdectomie répartis comme dans le tableau I au sein de chaque structure hospitalière

Tableau I : Répartition des patients selon la structure hospitalière

Structure hospitalière	n	%
Hôpital Central de Yaoundé	197	51,17
Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé	141	36,63
Hôpital Général de Yaoundé	47	112,20

La moyenne d'âge était de 9,78 ans avec des extrêmes allant de neuf mois à 60 ans. De ces 385 patients nous avons retrouvé 203 de sexe féminin et 182 de sexe masculin, soit un sex-ratio de 1,1 en faveur du sexe féminin. Chez les enfants de moins de cinq ans, le sexe masculin était prédominant avec 59,89 % des cas. La figure 1 montrait qu'à partir de six ans, le sexe féminin représentait 62,09 % des patients.

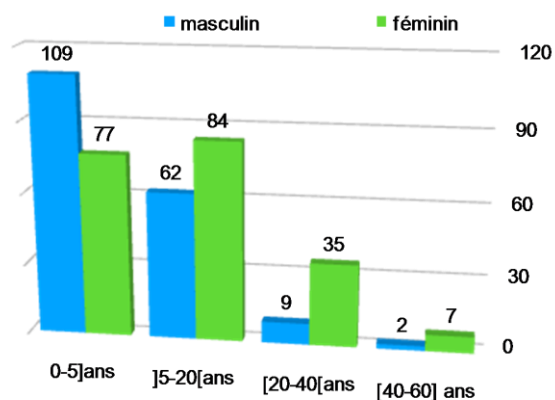


Figure 1 : Distribution des patients selon l'âge et le sexe

L'indication prédominante était de type obstructif dans 48,51 % des cas, représentée par le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) avec hypertrophie obstructive amygdalienne. Les angines à répétition représentaient la 2^{ème} indication la plus fréquente (Tableau II).

Tableau II : Distribution des indications selon les patients

Indication	n	%
SAOS + HOAP	191	48,51
Angines à répétition	160	41,55
Angine chronique	17	4,41
Rhinopharyngite récidivante	9	2,33
Phlegmon périamygdalien	7	1,81
Otite moyenne à répétition	5	1,29
Tumeur amygdalienne	3	0,77

SAOS: Syndrome des Apnées Obstructives de Sommeil
HOAP: Hypertrophie Obstructive Amygdalienne

L'amygdalectomie était réalisée pour angines à répétition dans 77,1 % des cas, tandis que l'adénoamygdalectomie était réalisée dans 79,71 % des cas de SAOS.

L'amygdalectomie complète par dissection extra capsulaire était la technique retrouvée dans notre série. Elle était réalisée au bistouri électrique ou aux instruments classiques selon les habitudes des chirurgiens.

Les suites opératoires étaient marquées par la douleur dans 72,46 % des cas d'amygdalectomie et/ou adénoïdectomie confondues. L'alimentation était reprise dès le premier jour postopératoire: initialement liquide et glacée, puis semi-liquide dès le troisième jour postopératoire et enfin mixte après le rendez-vous de contrôle du septième jour postopératoire.

Des complications postopératoires à type d'hémorragie ont été observées chez huit patients opérés pour amygdalectomie et 16 patients opérés pour adénoamygdalectomie. L'hémorragie postopératoire était retrouvée dans 75 % des cas. Elle survenait en période postopératoire immédiate dans 66 % des cas. Elle était retrouvée surtout lors de dissections au bistouri électrique. Il n'existait pas de relation significative entre les diverses techniques de dissection et la survenue d'une hémorragie. L'hémostase par tamponnement était plus pourvoyeuse d'hémorragie postopératoire que celles par électrocoagulation et/ou ligatures.

La durée d'hospitalisation était de deux jours pour 94 % des patients.

DISCUSSION

L'amygdalectomie associée ou non à l'adénoïdectomie est l'intervention chirurgicale la plus pratiquée en ORL. Elle concerne particulièrement les sujets d'âge pédiatrique [4]. Cette intervention représentait 54,06 % de l'ensemble des chirurgies ORL réalisées dans notre série. Ndjolo et al en 2006 à Yaoundé trouvaient une proportion d'amygdalectomies de 41,4 %, au sein d'une activité chirurgicale ORL à la fois dans les secteurs public et privé [8].

Notre étude avait concerné 385 patients répartis dans trois hôpitaux publics universitaires de Yaoundé. L'Hôpital Central reste le plus fréquenté du fait de sa situation géographique (Centre-ville). L'Hôpital Général quant à lui

enregistrait 47 patients opérés d'amygdalectomie et /ou d'adénoamygdalectomie pendant la période d'étude. Cette différence résiderait dans le fait que cette structure hospitalière, du fait des vastes travaux de réfection qui s'y sont tenus, a connu une baisse de fréquentation. Son bloc opératoire fonctionnait alors en service minimum.

La moyenne d'âge de notre série était de 9,78 ans avec des extrêmes allant de neuf mois à 60 ans. Pour les différentes modalités chirurgicales. L'âge moyen était respectivement de 6, 17 et 5,2 ans. Ces chiffres sont comparables à ceux rapportés par Njock et al qui retrouvaient respectivement 3,5, 9 et 5,4 ans [1]. Abdou et al au Sénégal avaient retrouvé une moyenne d'âge de 4 ans et 10 mois [4] avec des âges moyens de 1,9, 8,8 et 4,6 ans selon les modalités chirurgicales. Cette différence s'expliquerait par le fait que cette série sénégalaise ne concernait que les sujets d'âge pédiatrique, alors que notre étude prenait aussi en compte les adultes.

Une prédominance féminine avec un sex ratio de 1.1 avait été retrouvée dans notre étude. Si Yehouessi et al au Bénin, et Ille et al au Niger retrouvaient également cette prédominance féminine [9, 10], Certains auteurs quant à eux retrouvaient une prédominance masculine [1, 4, 11 - 13].

Sur le plan clinique, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) représentait 48,51 % des indications opératoires dans notre échantillon. Njock et al, Abdou et al avaient rapporté des résultats similaires [1, 4]. L'obstruction respiratoire chronique dû au SAOS était surtout rencontrée chez les enfants de moins de 5 ans dans notre série. Ce constat était partagé avec les séries de Parker et al aux USA [14] et celle d'Abdou et al au Sénégal [4]. C'est en effet dans cette tranche d'âge que la prolifération lymphoïde est importante [15]. L'angine à répétition était retrouvée chez 41,55 % de patients de notre série, représentant ainsi la deuxième indication opératoire. Pendant que certains auteurs rapportaient que cette indication devenait moins fréquente, les angines à répétition étant en net recul du fait du dépistage rapide du streptocoque bêta hémolytique et de l'antibiothérapie précoce [4], Bahrmi et al la retrouvaient prédominante dans leur étude menée en France en 2014 [13]. Parker et al rapportant les indications en fonction des tranches d'âge, avaient conclu que les indications obstructives concernaient surtout les jeunes enfants et qu'à mesure que l'âge avançait, elles laissaient place aux indications infectieuses [14]. Trois cas de tumeur amygdalienne ont été colligés dans notre série, il s'agissait de patients âgés de plus de 30 ans. Ce résultat est similaire à celui de Tarik et al au Maroc, qui retrouvait deux cas de tumeur amygdalienne sur 520 amygdalectomies.

Au chapitre des modalités chirurgicales, Sy et al rapportaient que l'adénoamygdalectomie était le geste le plus pratiqué [4]. Notre étude retrouvait un résultat semblable avec 53,77 % des cas ayant subi une adénoamygdalectomie. Ahmed et al au Nigéria et Parker et al arrivaient au même constat [14, 16]. Ces résultats concernaient les patients de moins de cinq ans, avec pour principale indication l'obstruction respiratoire chronique. Avant l'âge de huit ans l'amygdalectomie était presque

toujours associée à l'adénoïdectomie dans cette indication. Après cet âge, l'adénoïdectomie était discutée.

L'amygdalectomie seule représentait 39,74 % des chirurgies ORL contre 6,49 % pour l'adénoïdectomie seule.

La technique chirurgicale avait consisté en une amygdalectomie par dissection extracapsulaire pour tous les patients de notre étude. La différence résidait au niveau de la technique de dissection qui se faisait à l'aide d'instruments froids ou à l'aide du bistouri électrique en fonction des habitudes des chirurgiens. L'amygdalectomie intracapsulaire largement pratiquée dans les pays développés [17] n'est pas encore réalisée dans notre contexte. L'exérèse partielle du tissu amygdalien permettrait une résorption de la douleur plus rapide, un retour à la diète et aux activités habituelles plus hâtif, et des taux d'hémorragie secondaire plus bas [17]. L'équipement de nos hôpitaux en microdébrideurs, technologies de coblation et laser n'était pas encore effective. De plus la grande majorité des chirurgiens avaient été formés à l'amygdalectomie extracapsulaire lors de leur apprentissage.

La douleur postopératoire avait été retrouvée dans 72,46 % des cas de notre série, suivie de la toux grasse dans 12,21 % des cas. Muninnobpamassa et al retrouvaient des résultats similaires [19]. L'hémorragie précoce était la complication la plus fréquente dans notre série. Elle avait été retrouvée dans 4,85 % des cas. Muninnobpamasa et al, Barhmi et al, Kendrick et al et Shamboul et al retrouvaient des résultats semblables [5, 9, 13, 19]. Ces auteurs rapportaient que la plupart des hémorragies primaires étaient le fait d'un défaut d'hémostase, justifiant leur survenue précoce. Le non-respect du régime alimentaire postopératoire avait également été incriminé.

Haddow et al en 2006 ne retrouvaient pas de différence significative entre la dissection à chaud et celle à froid, comme facteur ayant impacté la survenue de l'hémorragie [20]. De même, notre étude n'a pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la survenue de l'hémorragie et les instruments employés pour la dissection.

La durée de l'hospitalisation dans notre série variait entre deux et trois jours avec des proportions de 94,29 % et 5,71 % des cas respectivement. Muninnobpamasa et al retrouvait une durée d'hospitalisation de trois à six jours [19]. Ces durées d'hospitalisations relativement longues pourraient être revues à la baisse si ces interventions étaient pratiquées en ambulatoire comme le recommandaient Muninnobpamasa et al [19]. La chirurgie ambulatoire serait bénéfique en termes de confort, sans accroître les complications précoces [18].

CONCLUSION

Il ressort de cette étude que l'amygdalectomie et/ou l'adénoïdectomie étaient de pratique courante dans nos hôpitaux. Notre approche de ces interventions pourrait être plus bénéfique pour nos patients, en termes de confort postopératoire, si d'une part les hôpitaux s'appropriaient les équipements nécessaires à la pratique de la dissection

intracapsulaire et d'autre part si les chirurgiens se formaient dans leur utilisation.

Des études devraient être menées dans notre contexte afin d'évaluer le bénéfice d'une pratique ambulatoire de ces interventions chirurgicales.

REFERENCES

1. Njock LR, Njimah AN, Djomou F, Ndjolo A. Indications actuelles de l'adénoïdectomie, de l'amygdalectomie et de l'adénoamygdalectomie à l'Hôpital Général de Douala. *Health Sci Dis* 2014;15(4).
2. Senez B, Laugier L. Indications de l'adénoïdectomie et/ou de l'amygdalectomie chez L'enfant. *J Pédiatrie Puériculture* 1998;11(2):104-23.
3. Ellen S Deutsch. Tonsillectomy and adenoidectomy- Pediatric clinics changing indications. *Pediatric Clinics of North America* 1996;43(6):1319-38.
4. Sy A, Palou EJR, Fofana M, Ndiaye M, Diandy Y, Ndiaye C et al. L'amygdalectomie et l'adénoïdectomie à l'Hôpital pour enfants de Diamniado au Sénégal: une évaluation de 3 ans. *Health Sci Dis* 2016;17(2).
5. K S, Ym Y. Tonsillectomy and adenotonsillectomy in Sudanese patients. *East Afr Med J*. 2001 Aug;78(8):405-7.
6. Onotai L, Lilly-Tariah O da. Adenoid and tonsil surgeries in children: How relevant is pre-operative blood grouping and cross-matching? *Afr J Paediatr Surg*. 7 janv 2013;10(3):231.
7. E Lescanne 1, B Chiron, I Constant, V Couloigner, B Fauroux, Y Hassani et al. Pediatric tonsillectomy: Clinical practice guidelines. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 1 oct 2012;129(5):264-71.
8. Ndjolo A, Eposse EC, Bob Oyono JM, Fouda OA, Bengono G. La pratique chirurgicale ORL en milieu Africain : Une évaluation de cinq années et demie dans les hopitaux de yaounde. *Médecine Afr Noire*. 2006;53(1):29-33.
9. Salha I, Abarchi BD, Timi N, Sono AD. Bilan de deux ans d'Amygdalectomie au Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital National de Niamey. *Health Sci Dis*. 2018;19(4).
10. Vignikin-Yehouessi, B. Vodouhe, S. Oddities, C. (). Amygdalectomies à propos de 723 cas, bilan de 20 ans en ORL au CHU de Cotonou (1979-98). *Bénin Méd*. 2000;14:12-15
11. Fourrier E. Les adéno-amygdalectomies chez les allergiques. *Ann Oto-Laryngol Chir Cervico-Faciale*. 1984;101(3):237-9.
12. Richard Schmidt, Amanda Herzog, Steven Cook, Robert O'Reilly, Ellen Deutsch, James Reilly. Complications of tonsillectomy: a comparison of techniques. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007 Sep;133(9):925-8.
13. I. Barhmi 1, R. Mahdoufi 2, N. Tazi 2, R. Abada 2, M. Roubal 2, M. Mahtar. Amygdalectomie indications et accidents (à propos de 500 cas). *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale*. 1 oct 2014;131(4):A122-3.
14. Noah P Parker, David L Walner. Trends in the indications for pediatric tonsillectomy or adenotonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1 févr 2011;75(2):282-5.
15. P S Mattila, O Tahkokallio, J Tarkkanen, J Pitkaniemi, M Karvonen, J Tuomilehto. Causes of Tonsillar Disease and Frequency of Tonsillectomy Operations. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001 Jan;127(1):37-44.
16. AO Ahmed, I Aliyu, ES Kolo. Indications for tonsillectomy and adenoidectomy: Our experience | *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2014;17(1):90-94.
17. Windfur JP, Werner JA. Tonsillotomy : it's time to clarify the facts. *Eur Arch Otolaryngol* 2013. 270(12):2985-96.
18. S. Bartier, I. Gharzouli, N. Kiblout, H. Bendimered, L. Cloutier, D. Salvan. Amygdalectomie chez l'enfant et chez l'adulte: évolution des pratiques après ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire avec bloc opératoire dédié. *Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale*. 1 oct 2018;135(5):295-300.
19. Tarit Muninnobpamasa, Kanyarat Khamproh, Greetha Mounghong. Prevalence of Tonsillectomy and Adenoidectomy Complication at Phramongkutklao Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2012; 95(5):69-74.
20. Haddow K, Montague ML, Hussain SS. Hemorragie post-amygdalectomie: essai Clinique prospectif, contrôlé et randomize comparant la dissection à froid par rapport à la dissection bipolaire par diathermie. *Laryngol Otol*. 2006;120(6):450-4.