

AMYGDALECTOMIE *

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Frédéric Aubrun - Agnès Bellanger - Dominique Fletcher - Valérie Gaudé - Valéria Martinez

* Sous la responsabilité des rédacteurs

GÉNÉRALITÉS

TYPE DE CHIRURGIE

La technique chirurgicale a une influence sur la douleur postopératoire. La dissection au bistouri électrique par rapport au bistouri froid est responsable d'un traumatisme plus important des piliers. Les douleurs postopératoires sont plus intenses. Des techniques de microdissection, de dissection au bistouri à ultrasons ou avec une cryothérapie peropératoire sont en cours d'évaluation

TYPE D'ANESTHÉSIE

La technique anesthésique requiert une anesthésie générale balancée avec un contrôle des voies aériennes

DOULEUR

- Douleur postopératoire d'intensité sévère et de durée supérieure à 48 heures
- EVA moyenne de 65 mm à J1
- Durée prévisible : 7 à 10 jours. Elle est maximale pendant les 4 premiers jours puis diminue progressivement
- Douleur essentiellement liée à la lésion des piliers amygdaliens auxquels adhèrent les amygdales (adhérences favorisées par les angines à répétition)
- Douleur continue avec des épisodes paroxystiques et dynamiques lors de la stimulation des piliers amygdaliens. Ils sont responsables d'une sialorrhée, d'un refus de l'alimentation (douleur intense pendant la déglutition) et d'un mutisme chez certains enfants (lié aux douleurs lors de la phonation)
- La douleur peut être responsable de troubles du sommeil (réveils multiples lors des paroxysmes douloureux ou lors d'une déglutition nocturne)
- Une douleur référée à type d'otalgie peut exister (notamment pendant la déglutition)

PATIENT

- 2 populations :
 - Enfant : 4-10 ans
 - Adulte jeune : 25-35 ans
- L'amygdalectomie peut être indiquée pour traiter un syndrome d'apnée du sommeil
Ces patients nécessitent une surveillance particulière (hospitalisation)

CHIRURGIE, RÉÉDUCATION

- Durée d'hospitalisation très courte. Cette chirurgie peut être réalisée en ambulatoire ou avec une hospitalisation de 24 h (sortie à J1)
- La principale complication de l'amygdalectomie est la reprise chirurgicale pour hémorragie (fréquence = 1 à 5 %). Le choix de la technique chirurgicale ou de la stratégie analgésique peut avoir une influence sur cette complication
- Chirurgie associée à un risque élevé (30-40 %) de nausées et de vomissements postopératoires (NVPO)

PRÉOPÉRAIRE

- Aucune technique d'analgésie préopératoire (« preemptive analgesia ») n'a fait la preuve de son efficacité
- L'administration préopératoire de paracétamol est envisageable dans le cadre d'une prévention de la douleur périopératoire.

BLOC OPÉRATOIRE

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
DEXAMÉTHASONE 4 mg/mL IV ±	Après l'induction anesthésique	0,15 à 1 mg/kg (max 8 à 25 mg)	Diminution de la douleur postopératoire, des NVPO de moitié Alimentation plus facile	Utilisable chez l'adulte et l'enfant
PARACÉTAMOL 500 mg/mL IV ±	Après l'induction anesthésique Perfusion sur 15 min	15 mg/kg x4/j (1 g chez l'adulte)	Analgésie par anticipation	
TRAMADOL 100 mg/2 mL IV	Après l'induction anesthésique IVL	100 mg	Analgésie par anticipation	Augmente le risque de NVPO AMM chez l'adulte en IV
ALTERNATIVES				
NÉFOPAM 20 mg IVL ±	20 mg en IVL, utilisation chez l'adulte			
MORPHINE 1 mg/mL IV ±	200 µg/kg en fin d'intervention pour anticiper l'analgésie - Risque de NVPO Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur			
ROPIVACAÏNE 2 mg/mL (0,2 %)	• La réalisation d'une infiltration des loges et des piliers amygdaliens est controversée • L'efficacité n'est pas clairement démontrée et ne dépasse pas 12 heures Risque d'injection des anesthésiques locaux dans l'espace pharyngé latéral et postérieur responsable de paralysie des cordes vocales (atteinte nerf récurrent) et troubles de déglutition (nerf grand hypoglosse)			

REMARQUES

- L'utilisation de rémifentanyl en peropératoire est associée à des phénomènes d'hyperalgésie qu'il induit
- La technique chirurgicale a une influence sur la douleur postopératoire (cf généralités).
- La dissection au bistouri électrique semble augmenter le risque des hémorragies secondaires
- L'ondansétron (50 µg/kg ; max 4 mg) diminue l'incidence des NVPO (action synergique si utilisation conjointe de dexaméthésone (150 µg/kg ; max 5 mg)

SSPI

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
MORPHINE 1 mg/mL IV	Titration par bolus dès EVA > 3/10	25 µg/kg/5-10 min ou 2-3 mg/5-10 min (adulte)	Analgésie rapide et efficace	Risque de NVPO Chez l'enfant, un premier bolus de 100 µg/kg peut être réalisé si non réalisé en peropératoire
PARACÉTAMOL 500 mg/1 G IV	Perfusion sur 15 min	15 mg/kg x 4/j	Action additive si co-administration d'un morphinique	Si non administré en peropératoire
KÉTOPROFÈNE 100 mg IV	IVD	50 mg	Diminution de la douleur postopératoire et NVPO Action synergique si co-administration d'un morphinique	
ALTERNATIVE				
NALBUPHINE 20 mg/2 mL IV	IVL sur 15 min	0,2 mg/kg	Risque de dépression respiratoire limité	Peut être utilisée à la place de la morphine AMM chez l'enfant

- NEFOPAM, TRAMADOL n'ont pas l'AMM chez l'enfant
La littérature est désormais rassurante quant à l'utilisation des AINS en chirurgie amygdalienne, en particulier pédiatrique. Il semble que les bénéfices (analgesie, réduction des NVPO) dépassent les risques de saignement.
- NALBUPHINE est rarement utilisé chez l'adulte

La douleur postopératoire est évaluée avec l'échelle OPS (Objective Pain Scale) chez les enfants de moins de 6 ans et avec l'échelle EVA (Echelle Visuelle Analogique après 6 ans: voir fiche « Evaluation de la douleur postopératoire chez l'enfant »).

Depuis 2013, la FDA (agence américaine de sécurité des médicaments) puis l'ANSM (agence française de sécurité des médicaments) ont supprimé l'utilisation de la codéine chez l'enfant de moins de 12 ans opérés d'adénoïdectomie ou d'amygdalectomie. Cette décision fait suite à plusieurs décès (dépression respiratoire en cas d'apnée du sommeil) liés à un métabolisme génétiquement modifié chez les enfants qui en recevaient.

SECTEUR D'HOSPITALISATION

PRODUIT/VOIE	MODALITÉS	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARENTÉRALE				
MORPHINE 1 mg/mL IV	PCA** OU	1-1,5 mg/bolus Période réfractaire : 5-10 min	Adaptation rapide aux besoins du patient	Surveillance continue de la conscience, fréquence respiratoire et score de douleur
MORPHINE 10 mg/mL SC	Sous-cutanée	10 mg x 4-6/j	Alternative à l'ACP	Dosages pour l'adulte***
PARACÉTAMOL 1G IV	Perfusion Sur 15 min	15mg/kg x 4/j	Entretien de l'analgésie	Systématique chez l'enfant et l'adulte Epargne morphinique
±				
NALBUPHINE 20 mg/2 mL IV	Perfusion sur 20 min	0,2 mg/kg x 6/j	Entretien de l'analgésie	Systématique chez l'enfant Risque de dépression limitée AMM chez l'enfant Alternative à la morphine
±				
KÉTOPROFÈNE 50 mg	Perfusion courte (15 min)	50 mg x 4/j	Entretien de l'analgésie les AINS non sélectifs diminuent la douleur postopératoire après amygdalectomie et les NPVO	AMM chez l'adulte Epargne morphinique
±				
TRAMADOL 100 mg/2 mL IV	Perfusion sur 20 min	100 mg x 4-6/j	Entretien de l'analgésie	NVPO fréquents AMM chez l'adulte Alternative à la morphine
RELAIS PER OS DÈS QUE POSSIBLE				
La prise d'antalgiques par voie orale est possible dès le retour en salle d'hospitalisation en l'absence de NVPO				
PARACÉTAMOL 100 À 500 mg PO	Systématique	15 mg/kg x 4/j	Entretien de l'analgésie	Préférer la forme buvable chez l'enfant
PARACÉTAMOL 400-500 mg PO		2 cp x 3/j (posologie adulte)	Entretien de l'analgésie Analgésie balancée	Uniquement chez l'adulte
+				
CODÉINE 20-30 mg PO				
TRAMADOL LI 50 mg PO (ou SIROP)		2 mg/kg x 3-4/j chez l'enfant > 3 ans (AMM > 3 ans) à la place de la codéine (supprimé dans cette indication en 2013) - Forme sirop disponible en pédiatrie		
TRAMADOL LP		1 - 2 cp x 2/j (forme à libération prolongée) chez l'adulte à la place de la codéine		
ALTERNATIVES				
MORPHINE 5 mg/mL SOL BUV		Chez l'adulte : 1 mg/kg/j en 4-6 prises Chez l'enfant : 1 mg/kg/j en 4-6 prises à la place du nubain ou de la codéine		
MORPHINE LI 10 mg PO		10 mg x 6/j		

** PCA : patient controlled analgesia : analgésie contrôlée par le patient

*** Dosages pour enfant : morphine 1 mg/ml IV, perfusion sur 15 min systématiquement 50 - 100 mg/kg/4h

ORDONNANCE DE SORTIE

PRODUIT/VOIE	POSOLOGIE	BÉNÉFICES ATTENDUS	REMARQUES
PARACÉTAMOL 100 À 500 mg PO	15 mg/kg x 4/j	Entretien de l'analgésie	Systématique pendant 7 à 10 jours chez l'enfant
TRAMADOL 50 mg PO	2 mg/kg x 3-4/j (enfant > 3 ans) 1-2 cp x 3-4/j (adulte)	Entretien de l'analgésie	Systématique pendant 5 jours Puis à la demande chez l'enfant
OU			
PARACÉTAMOL 500 mg PO + CODÉINE 30 mg PO	2 cp x 3/j	Entretien de l'analgésie	Systématique pendant 7 à 10 jours chez l'adulte Contre-indiqué chez l'enfant de moins de 12 ans

REMARQUES

- Conseils diététiques (alimentation liquide, mixée, tiède ou froide - glaces ou sucettes glacées - réhydratation importante en évitant les boissons acides ou gazeuses)
- Reprise d'une alimentation normale à partir du 3^e jour
- Antibiothérapie (amoxicilline ou cefpodoxime) pendant 5 à 7 jours. Elle favorise une reprise plus rapide de l'alimentation et d'une activité normale
- Une cure courte de corticoïdes (1 mg/kg pendant moins de 7 jours) peut être proposée à visée antalgique et antiémétique

AMBULATOIRE

La chirurgie ambulatoire est possible. Elle ne se justifie que sous couvert d'une prise en charge optimale de la douleur postopératoire et d'une absence de NVPO

Références essentielles :

- Courtney MJ, Cabraal D. Tramadol vs diclofenac for posttonsillectomy analgesia. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2001; 127: 385-8.
- Hamers JP, Abu-Saad HH. Children's pain at home following (adeno) tonsillectomy. Eur. J. Pain. 2002; 6: 213-9.
- Kuehn BM. FDA: No codeine after tonsillectomy for children. JAMA 2013; 309: 1100.
- Lewis SR, Nicholson A, Cardwell ME, Siviter G, Smith AF. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and perioperative bleeding in paediatric tonsillectomy. Cochrane Database Syst Rev 2013; 18; 7: CD003591
- Norrington AC, Flood LM, Meek T, Tremlett MR Does day case pediatric tonsillectomy increase postoperative pain compared to overnight stay pediatric tonsillectomy? A prospective comparative audit. Paediatr Anaesth 2013; 23: 697-701.
- Plante J, Turgeon AF, Zarychanski R, Lauzier F, Vigneault L, Moore L, Boutin A, Fergusson DA. Effect of systemic steroids on post-tonsillectomy bleeding and reinterventions: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ. 2012 Aug 28; 345: e5389.
- Racoosin JA, Roberson DW, Pacanowski MA, Nielsen DR. New evidence about an old drug-risk with codeine after adenotonsillectomy. N Engl J Med. 2013; 368: 2155-7.
- Recommandations : conférence d'experts sur l'anesthésie pour amygdalectomie. 2005. SFAR-ADARPEF ; www.sfar.org
- Riggin L, Ramakrishna J, Sommer DD, Koren G. A 2013 updated systematic review and metaanalysis of 36 randomized controlled trials; non apparent effects of non steroidal antiinflammatory agents on the risk of bleeding after tonsillectomy. Clin Otolaryngol 2013; 38: 115-29.
- Steward DL, Welge JA, Myer CM. Do steroids reduce morbidity of tonsillectomy ? Meta-analysis of randomized trials. Laryngoscope 2001; 111: 1712-8.