

TONSILLECTOMIES AU SLUDER EFFECTUEES AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'ANTANANARIVO EN 2008-2009

Razafindrakoto RMJ ⁽¹⁾, Rakotoarisoa AHN ⁽¹⁾, Rakotomananjo AH ⁽²⁾,
Valisoa HA ⁽²⁾, Rakotovao FJ ⁽³⁾

- (1) Chef de Clinique en ORL, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
- (2) Interne Qualifiant en ORL, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, Hôpital Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona
- (3) Professeur Agrégé en ORL, Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo

RESUME

Contexte

La tonsillectomie selon l'ancien procédé du Sluder, relativement plus accessible à la majorité de la population, est encore largement pratiquée au service ORL du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo.

Objectif

L'objectif de ce travail était de démontrer l'innocuité de la tonsillectomie au Sluder effectuée au service ORL du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo.

Méthode

Une étude rétrospective concernant les tonsillectomies au Sluder effectuées au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo était menée entre le 1^{er} Janvier 2008 et le 31 Décembre 2009. L'intervention se pratique sous anesthésie locale. L'incidence des hémorragies post-opératoires était évaluée.

Résultat

Sur 698 patients ayant bénéficié d'une tonsillectomie, 402 étaient du genre féminin (57,59 %) contre 296 du genre masculin (42,41 %). L'intervention était indiquée pour notion de tonsillites à répétitions (396 fois), grosses tonsilles obstructives (269 fois) et antécédents de phlegmons péri-tonsilliens (33 fois). Il y avait quatre cas d'hémorragies post-opératoires.

Conclusion

La tonsillectomie au Sluder pratiquée au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo présente une faible incidence d'hémorragies post-opératoires.

Mots-clés : Anesthésie locale, hémorragie, Sluder, tonsillectomie.

SLUDER TONSILLECTOMIES IN ANTANANARIVO UNIVERSITY HOSPITAL CENTRE IN 2008-2009.

ABSTRACT

Background

Tonsillectomy according to the ancient method of Sluder, relatively affordable for most of people, is still carried out at the ENT department of University Hospital Centre of Antananarivo.

Objective

The objective was to determine the safety of the tonsillectomy according to the method of Sluder.

Method

A retrospective study on patients having an operation with the Sluder tonsillectomy method was carried out in the University Hospital Centre of Antananarivo. The operation was performed under local anaesthesia. Patients were treated between January 1st, 2008 and December 31st, 2009. We analysed the incidence of haemorrhages.

Results

We obtained data from 698 included patients, 402 females (57.59 %) and 296 males (42.41 %). Tonsillectomy was underwent because of repetitive tonsillitis (n= 396), obstructive tonsils (n= 269) and past history of peritonsillar abscesses (n= 33). There were four cases of haemorrhages after surgery.

Conclusion

The guillotine technique had low incidence of haemorrhage after surgery.

Key-words : Haemorrhage, local anaesthesia, Sluder, tonsillectomy.

INTRODUCTION

La tonsillectomie se définit comme étant l'ablation chirurgicale des tonsilles ou amygdales palatines. Les deux techniques les plus usuelles sont la technique par dissection et la méthode de Sluder. Cette dernière est encore largement pratiquée au service ORL du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Antananarivo. Si elle n'est plus pratiquée en France (Braillon A., 2008), certains pays d'Europe comme la Hollande continue de l'utiliser (Tjon P.G.R., 2010). L'objectif de cette étude était d'évaluer la sécurité de la technique du Sluder vis-à-vis de l'hémorragie post-opératoire.

MATERIEL ET METHODE

Une étude rétrospective était menée sur les malades opérés par la méthode de Sluder au CHU d'Antananarivo entre le 1^{er} Janvier 2008 et le 31 Décembre 2009 soit sur une période de 12 mois. Les dossiers médicaux étaient consultés et les variables étudiées comportaient l'âge, le genre, l'indication opératoire et les suites opératoires (niveau de douleur, état de l'hémostase). Les dossiers incomplets étaient exclus, tels les patients n'ayant pas été suivis régulièrement. L'anesthésie consistait en une infiltration de lidocaïne à 2 % dans l'espace péri-tonsillien chez l'adulte et gargarisme avec de la lidocaïne à 5 % pendant quelques minutes chez l'enfant. Une fois les tonsilles palatines enlevées, l'hémostase était effectuée par compression des loges tonsilliennes à l'aide de tampons-montés. Il était ensuite prescrit un régime froid ou glacé, mou ou liquide pendant dix jours, incluant bouillon de riz, potages, laitages, jus et fruits écrasés. Un contrôle régulier se faisait jusqu'au dixième jour, portant essentiellement sur l'hémostase la douleur et la surveillance de signes infectieux.

RESULTATS

Durant la période d'étude, 698 patients avaient bénéficié d'une tonsillectomie par la technique du Sluder contre 211 tonsillectomies par dissection. La **figure 1** présente la répartition des patients selon le genre. Quatre cent-deux étaient du genre féminin (57,59 %) et 296 du genre masculin (42,41 %), d'où un *sex-ratio* F/H de 1,36/1. Le **tableau I** montre la répartition des patients selon leurs tranches d'âge et le **tableau II** nos indications opératoires. Les suites opératoires étaient favorables, à l'exclusion de quatre cas d'hémorragies post-opératoires. La douleur post-opératoire était faible dans l'ensemble, moins de 4/10 sur l'échelle visuelle analogique chez 74,93 % de nos malades (**Tableau III**). La mortalité était nulle.

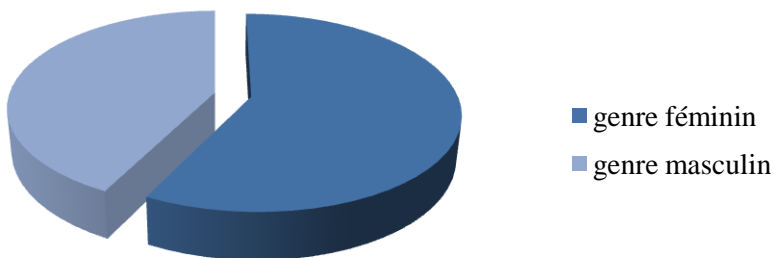


Figure 1 : Répartition de nos patients selon le genre

Tableau I : Répartition de nos patients selon les tranches d'âges

Age	Effectifs	%
0-10 ans	198	28,37
11- 20 ans	255	36,53
21- 30 ans	147	21,06
31- 40 ans	76	10,89
41- 50 ans	19	2,72
51- 60 ans	3	0,43
Total	698	100

Tableau II : Indications opératoires

Indications opératoires	Effectifs	%
Tonsillites à répétitions	396	56,73
Grosses tonsilles obstructives	269	38,54
Antécédent de phlegmon péri-tonsillien	33	4,73
Total	698	100

Tableau III : Evaluation de la douleur post-opératoire après tonsillectomie

Evaluation de la douleur post-opératoire	Effectifs	%
0 sur 10	41	5,87
1-2 sur 10	459	65,76
3-4 sur 10	23	3,30
5-6 sur 10	41	5,87
6-8 sur 10	5	0,72
patients avec douleur non évaluée	129	18,48
Total	698	100

DISCUSSIONS

Dès l'antiquité, Celsus décrivait l'ablation des tonsilles par dissection digitale. Les premiers tonsillotomes apparaissaient en 1830, la guillotine de Sluder au début du vingtième siècle et l'anse froide était inventée plus tard encore (Legent F., 2009). L'utilisation de la guillotine demeure à ce jour l'intervention la plus fréquemment pratiquée dans notre service car nous rapportons ici 698 cas de tonsillectomies effectuées en deux ans alors qu'au Bénin, 723 cas ont été colligés en 20 ans dans la ville de Cotonou (Vignikin-Yehouessi B., 2000). Dao a trouvé une valeur proche de la nôtre avec 377 cas en un an. Le genre féminin était légèrement prédominant dans notre étude, rejoignant les constatations des autres auteurs (Gabriel P., 2000), (Vignikin-Yehouessi B., 2000). Les enfants sont souvent référés par le pédiatre à l'Oto-rhinolaryngologiste (ORL) (Nicollas R., 2004). D'autres sont référés par les médecins scolaires. Ces derniers posent parfois des indications de tonsillectomies par excès, l'ORL ayant alors à amener les corrections nécessaires. Les indications opératoires (**Tableau II**) étaient classiques dans notre étude et similaires à celles rapportées par la plupart des auteurs: tonsillites à répétition, antécédent de phlegmon péri-tonsillien, syndrome d'apnées obstructives du sommeil (Dao O., 2006). Knipping rapporte des cas de tonsillectomies à chaud, effectuées sous anesthésie générale en cas de phlegmon péri-tonsillien (Knipping S., 2002).

Pendant les années 80, on a noté 15 complications fatales sur les milliers de tonsillectomie pratiquées dans l'un des hôpitaux régionaux français (Peytral C., 1988). Ces décès étaient liés soit à une inhalation de sang entraînant une obstruction réflexe des voies aériennes, soit à une hémorragie précoce (survenant moins de six heures après la tonsillectomie), soit à une hémorragie tardive (apparaissant au-delà de la sixième heure). C'est pourquoi la tonsillectomie au Sluder n'est plus remboursée par l'Assurance Maladie en France (Legent F., 2009), (Sun Hae L.R., 2006). Par contre, le risque hémorragique serait moindre avec le Sluder qu'avec la technique de la dissection (Feldmann H., 1997), (Scheenstra R.J., 2007), (Tjon P.G.R., 2010). C'est probablement ce qui le rend encore en vigueur en Hollande. Chez des patients opérés au Sluder, Kretzschmar notait une bradycardie dans 9,4 % des cas, et une hypoxie dans 4,5 % des cas (Kretzschmar M.J., 2010).

Les suites opératoires sont liées à une technique chirurgicale irréprochable, à la qualité de l'hémostase et du suivi post-opératoire (Nicollas R., 2004). Quelle que soit la technique utilisée, l'hémorragie précoce ou tardive est la complication majeure et redoutable d'une tonsillectomie (Gabriel P., 2000).

La douleur post-opératoire serait moins intense après usage du Sluder comparée à celle consécutive à la tonsillectomie par dissection sur une étude prospective de Homer ($p < 0,001$) (Homer J.J., 2000). Chez nos patients, la douleur était modérée dans l'ensemble (**Tableau III**).

CONCLUSION

L'efficacité et la sécurité de la tonsillectomie au Sluder au CHU d'Antananarivo peuvent être jugées satisfaisantes au vu des résultats de notre étude. Quelle que soit la

technique choisie, une indication opératoire rigoureuse et une maîtrise irréprochable de cette technique sont les meilleurs garants de la réussite d'une tonsillectomie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Braillon, A. (2008). Sluder banned from France! *Acta Otolaryngol* 128: 828.
2. Dao, O. Ouedraogo, W. Elola A. Ouedraogo, B. Ouoba, K. (2006). Indications et techniques de l'amygdalectomie dans le service ORL du CHU de Ouagadougou, à propos de 377 cas. *Méd Afr Noire* 5305: 320-324.
3. Feldmann, H. (1997). 2,000 year history of tonsillectomy. Images from the history of otorhinolaryngology, highlighted by instruments from the collection of the German Medical History Museum in Ingolstadt. *Laryngorhinootol* 76: 751-760.
4. Gabriel, P. Mazoit, X. Ecoffey, C. (2000). Relationship between clinical history, coagulation tests, and perioperative bleeding during tonsillectomies in pediatrics. *J Clin Anesth* 12: 288-291.
5. Homer, J.J. Williams, B.T. Semple, P. Swanepoel, A. Knight, L.C. (2000). Tonsillectomy by guillotine is less painful than by dissection. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 52: 25-29.
6. Knipping, S. Passmann, M. Schrom, T. Berghaus, A. (2002). Amygdalectomies pour abcès aigu péri-amygdalien. *Rev Laryngol Chir Cervico Fac* 1: 13-16.
7. Kretzschmar, M.J. Siccama, I. Houweling, P.L. Quak, J.J. Colnot, D.R. (2010). Hypoxaemia and bradycardia in children during guillotine adenotonsillectomy without intubation. *Ned Tijdschr Geneesk* 154: A1889.
8. Legent, F. (2009). Evolution of tonsillectomy. *Bull Acad Natl Med* 193: 1885-1894.
9. Nicolla, R. Bonneru, J. Roman, S. Triglia, J. (2004). Adénoïdectomie et amygdalectomie. *Encycl Méd Chir, Techn Tête et Cou, Elsevier, Paris* 56.330: 1-10.
10. Peytral, C. Vacher, S. Negrier, M.D. Senechaut, J.P. Klossel, J.M. Fontanel, J.P. (1988). Severe complications of tonsillectomy. *Ann Otolaryngol Chir Cervico Fac* 105: 383-6.
11. Scheenstra, R.J. Hilgevoord, A.A. Van Rijn, P.M. (2007). Serious haemorrhage after conventional (adeno)tonsillectomy: rare and most often on the day of the procedure. *Ned Tijdschr Geneesk* 151: 598-601.
12. Sun Hae, L.R. Denis, J.D. (2006). Évaluation des actes d'amygdalectomie à l'amygdalotome. *Haute autorité de santé/ Service évaluation des actes professionnels*: 1-7.
13. Tjon, P.G.R. Blik, V. Borgstein, J. (2010). The Sluder method in the Netherlands and the incidence of postoperative haemorrhage in a pediatric hospital. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 74: 56-59.
14. Vignikin-Yehouessi, B. Vodouhe, S. Oddities, C. (2000). Amygdalectomies à propos de 723 cas, bilan de 20 ans en ORL au CHU de Cotonou (1979-98). *Bénin Méd* 14: 12-15.