

BURKINA FASO

UNITE-PROGRES-JUSTICE

**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE, SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
DES SCIENCES DE LA SANTE**

Année universitaire : 2002-2003

Thèse n° : 041

**L'AMYGDALECTOMIE DANS LE SERVICE D'OTO-RHINO-
LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE CERVICO-FACIALE DU
CENTRE HOSPITALIER NATIONAL YALGADO OUEDRAOGO
DE OUAGADOUGOU**

(A propos de 377 cas colligés de 1993 à 2002)

THESE

présentée et soutenue publiquement le 20 Octobre 2003

pour l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE**

(diplôme d'Etat)

par

OUEDRAOGO Wendlasida Thomas

Né le 28 janvier 1972 à Gourcy (Burkina Faso)

Directeur de Thèse

Pr. Ag. Kampadilemba OUOBA

Jury

Président : Pr. Ag. Ludovic KAM

Membres : Pr. Ag. Patrice ZABSONRE

Dr Maïmouna DAO/OUATTARA

Dr Dieudonné OUEDRAOGO

CoDirectrice

Dr Maïmouna DAO/OUATTARA

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

**Unité de formation et de recherche
des sciences de la santé
(UFR/SDS)**

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr. Ag. Mamadou SAWADOGO
Directeur Adjoint	Pr. Ag. Harouna OUEDRAOGO
Coordonnateur de la Section Pharmacie	Pr. Ag. Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur de la Section Médecine	Pr. Amadou SANOU
Coordonnateur de la Section Techniciens Supérieurs	Pr. Blaise KOUDOBGO
Directeur des Stages de la Section Médecine (Ouagadougou)	Pr. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Dr. Jean Baptiste NIKIEMA
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif Et Financier (CSAF)	M. TATIETA Harouna
Responsable de la Bibliothèque	Mme TRAORE Mariam
Chef de la Scolarité	Mme ZERBO Kadi
Secrétaire du Directeur	Mme BONKIAN Edwige
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS
AU TITRE DE L'ANNEE 2002/2003

ENSEIGNANTS PERMANANTS

Professeurs titulaires (10)

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies Médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobliwindé Robert SOUDRE	Anatomie Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie et Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Blaise SONDO	Santé Publique
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne - Endocrinologie

Professeurs associés (01)

Blaise KOUDOBGO	Toxicologie
-----------------	-------------

Maîtres de Conférences (27)

Julien YILBOUDO	Orthopédie - Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie - Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie

Jean LANKOANDE	Gynécologie - Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Oumar TRAORE N°1 (in memoriam)	Orthopédie - Traumatologie
Kampadilemba OUOBA	Oto-Rhino-Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
Adama TRAORE	Dermatologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachin SANOU	Anesthésie - Réanimation
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique - Médecine Nucléaire
Daman SANO	Chirurgie viscérale
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie - Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-entérologie

Michel AKIOTIONGA Gynécologie - Obstétrique

Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE Bactériologie - Virologie

Maîtres-Assistants (33)

Lady Kadiatou TRAORE Parasitologie

Si Simon TRAORE Chirurgie Viscérale

Abdoulaye TRAORE Santé Publique

Boubakar TOURE Gynécologie - Obstétrique

Alain ZOUBGA Pneumologie

Boubacar NACRO Pédiatrie

Abel KABRE Neurochirurgie

Maïmouna DAO/OUATTARA Oto-Rhino-Laryngologie

Nicole Marie KYELEM/ZABRE Maladies Infectieuses

Antoinette TRAORE/BELEM Pédiatrie

Kapouné KARFO Psychiatrie

Timothée KAMBOU Chirurgie Urologique

Jean Baptiste NIKIEMA Pharmacognosie

Ali NIAKARA Cardiologie

André K. SAMANDOULOGOU Cardiologie

Pingwendé BONKOUNGOU Pédiatrie

Nonfounikoun Dieudonné MEDA Ophtalmologie

Athanase MILLOGO Neurologie

Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation - Physiologie
Diarra YE/OUATTARA	Pédiatrie
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Lassana SANGARE	Bactériologie - Virologie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Arsène M. D. DABOUE	Ophthalmologie
Claudine Léonie LOUGUE/SORGHO	Radiologie
Lucie Valerie Adélaïde NEBIE	Cardiologie
Moussa BAMBARA	Gynécologie - Obstétrique
Appolinaire SAWADOGO	Gastro-entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumologie - phthisiologie
Pascal Antoine NIAMPA	Dermatologie - Vénérologie
Emile BANDRE	Chirurgie générale et digestive
Issa Touriddomon SOME	Chimie Analytique
Rasmané SEMDE	Pharmacie Galénique

Assistants (21)

T. Christian SANOU (in memoriam)	Oto-Rhino-Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie -Réanimation Physiologie
Alexie ROUAMBA	Anesthésie - Réanimation Physiologie

M. Théophile COMPAORE	Chirurgie traumatologique
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE (in memoriam)	Chirurgie digestive
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
S. Christophe DA	Chirurgie Traumatologie
Aurélien Jean SANON	Chirurgie digestive
Barnabé ZANGO	Chirurgie Urologique
Blandine THIEBA	Gynécologie - Obstétrique
Abdel Karim SERME	Gastro-entérologie
Fatou BARRO	Dermatologie - Vénérologie
GOUMBRI/Olga LOMPO	Anatomie pathologique
Moussa KERE	Santé Publique
Innocent NACOULMA	Orthopédie - Traumatologie
Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE	Gynécologie - Obstétrique
Z. Théodore OUEDRAOGO	Santé Publique
P. André KOALAGA	Gynécologie - Obstétrique
Syranyam SEKOULE	Psychiatrie
Dieudonné OUEDRAOGO	Chirurgie maxillo-faciale
Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie

Assistants biologiques des Hôpitaux (03)

Idrissa SANOU

Bactériologie - Virologie

Harouna SANOU

Hématologie - Immunologie

Jean SAKANDE

Biochimie

Elie KABRE

Biochimie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

UFR des Sciences de la vie et de la terre

(UFR/SVT)

et

UFR des Sciences exactes et Appliquées

(UFR/SEA)

Professeurs Titulaires

Akry COULIBALY

Mathématiques

Sita GUINKO

Botanique - Biologie Végétale

Guy V. OUEDRAOGO Zoologie

Chimie Minérale

Laya SAWADOGO

Physiologie - Biologie
Cellulaire

Laou Bernard KAM (in memoriam)

Chimie

Wendengoudi GUENDA

Zoologie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA

Chimie - Physique Générale

François ZOUGMORE

Physique

Adama SABA

Chimie Organique

Philippe SANKARA

Cryptogamie - Phytopharmacie

Gustave KABRE

Biologie Générale

Abdoulaye SAMATE

Chimie Organique

Maîtres-Assistants

Makido B. OUEDRAOGO

Génétique

Raymond BELEMTOUNGOURI

T.P. Biologie Cellulaire

Drissa SANOU

Biologie Cellulaire

Assistants

Appolinaire BAYALA (in memoriam)

Physiologie

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO

Génétique

Georges Anicet OUEDRAOGO

Biochimie

**UFR des Sciences Economiques et de
Gestion (UFR/SEG)**

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE

Economie - Gestion

**UFR des Sciences Juridiques Politiques
(UFR/SJP)**

Assistant

Jean Claude TAITA

Droit et Législation

ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. DAHOU (in memoriam)

Hydrologie

Dr. Annette OUEDRAOGO

Stomatologie

Dr. Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr. Sidiki TRAORE	Galénique
Mr. Mamadou DIALLO	Anglais
Dr. Badioré OUATTARA	Galénique
Dr. Alassane SICKO	Radiologie
Dr. Sylvestre TAPSOBA	Nutrition
Dr. Maminata TRAORE/COULIBALY	Biochimie
Dr. Seydou SOURABIE	Pharmacologie - Biochimie
Dr. Félix KINI	Chimie
Dr. Lamine OUEDRAOGO	Biologie Cellulaire
Dr. Marie Françoise OUEDRAOGO	Mathématiques
Mme Cécile OUEDRAOGO	Anglais

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactériologie - Virologie (Dakar)
Pr. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Emmanuel BASSENE	Pharmacognosie/ Phytothérapie (Dakar)
Pr. Mamadou BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr. Babacar FAYE	Pharmacologie (Dakar)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE

Médecine Légale

Pr. Raphaël DARBOUX

Histologie - Embryologie

**Mission de l'Université Libre de
Bruxelles (ULB)**

Pr. Jean NEVE

Chimie Thérapeutique

Pr. Viviane MOES

Galénique

JE DEDIE

CE

TRAVAIL

A ma mère Bernadette ZANGREYANOGHO

Ce travail est le fruit de toutes ces longues années de souffrance. Aucun mot ne saurait te traduire ma profonde gratitude.

A mon père Sorvenan Justin OUEDRAOGO

Tu m'as mis à l'école et me voici à la fin de mes études médicales. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices consentis pour moi.

A ma grande sœur Docteur Marie Françoise OUEDRAOGO

Tu as toujours été un modèle pour moi. Modèle de courage, de persévérance et de succès. J'ai toujours voulu te ressembler. Accepte ce travail qui est également le tien.

A mes sœurs et mon frère

Marceline, Josephine, et Casimir

Puisse ce travail raffermir davantage nos liens de fraternité.

A mon frère Victor (in memoriam)

Tu voulais que je réussisse et tu m'as toujours soutenu et supporté en tant que grand frère ; malheureusement tu as été rappelé à Dieu avant la fin de mes études. Puisse ton âme reposer en paix et que ton esprit m'accompagne toujours.

A toi Solange

Tu l'as voulu et tu as choisi de rester à mes côtés. Ce travail est aussi le tien ; il est la raison de mes soucis actuels. Puisse ce travail te permettre de me comprendre davantage et pour toujours.

A mes oncles et tantes

A mes cousins et cousines

Alexandre, Martin, Paul, Joseph, Marie-Daniel, Noellie, Augustine, Hervé, François, André, Richard, Benjamin, Mathieu, Paul, Naba, Souleyman

A mes neveux et nièces

Rosine, Hélène, Janine, Prisca

A mes aînés, les docteurs

KAMBIRE Yibar, OUATTARA Yacouba, LOMPO Labodi, OUEDRAOGO Alphonse, OUEDRAOGO Patrice, GUIBLEWEOGO Parfais, SANKARA Noufou, CISSE Hassane, MEDA Clément, SANOU Mamadou, SANOU Philippe.

Au personnel des services d'O.R.L. du C.H.N.-Y.O. et du C.H.N.-S.S.

Vous m'avez accepté comme un des vôtres et je me suis toujours bien senti dans cette famille que vous constituez.

Au docteur Zoetanaba Alain ZOUBGA et tout le personnel du service de Pneumologie du C.H.N.-S.S. de Bobo-Dioulasso

A mes promotionnaires :

- de l'école primaire de **KANTCHARI** : OUOBA Kalanfè, OUOBA Suzane, THIOMBIANO Ernest, SONDE Issouf, TANKOANO Amadou.

- **du petit séminaire Saint Augustin de BASKOURE** : les Abbés :
WEMENGA Charles, YOUGBARE Gérard, OUEDRAOGO Théodore,
NADEMBEGA Jacob, ZARE Eloi, SAKANDE Clément, KIEMA
Prosper.

NARE Jean, NARE Pascal, KWELA Félix, SOUBEIGA Prosper,
GNONGRE Aristide, OUALI Lucien.

- **du Lycée Marien N'GOUABI**: ZANGO Souleyman, OUEDRAOGO
Abdel Kader, OUEDRAOGO Raymond, SAWADOGO Rémi.

- **d'université**: SOMDA K. Paulin, THIOMBIANO Omar, OUATTARA
Adama, OUATTARA Balla, KAMBOULE B. Euloges, SOME Arsène,
SANON P. Damien, DEMBELE Emmanuel, MILLOGO Ouhouiré, Dr.
BALIMA Tatiana, HEMA Arsène, ZIDA Saïdou, HIEN Albert, MOHEBI
Aleh, OUEDRAOGO Honoré, BAKYONO Emmanuel, Dr. COMPAORE
Ousséni, BARRO Herman S., NANA Maurice.

A mes amis: SOUGUE Sylvie Isabelle, GUIRE Rasmané, BAZIE
Mathieu, ZIDA Passam Manégréé, TOUM Boureima, SAWADOGO
Seydou, Mme ZIDA Bénédicte.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre Maître et Président du jury

Monsieur le Professeur Agrégé Ludovic KAM

Maître de Conférence de Pédiatrie à l'U.F.R./S.D.S.

Médecin Chef du Service de Pédiatrie du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou,

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail et de présider ce jury. Enseignant émérite, nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques. Vos immenses qualités humaines, votre rigueur et votre amour du travail bien fait font de vous un maître vénéré des étudiants que nous sommes.

Trouvez en ce travail combien modeste, l'expression de notre profond respect et de notre admiration.

A notre Maître et Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Agrégé Kampadilemba OUOBA

Maître de Conférence d'Oto-Rhino-Laryngologie à l'U.F.R./S.D.S.

Médecin Colonel de l'armée

Médecin Chef du service d'O.R.L. du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou,

Vous nous avez inspiré ce travail et vous l'avez suivi depuis le début jusqu'à ce jour. Votre simplicité, votre rigueur et votre amour du travail bien fait font de vous un maître vénéré des étudiants. Vos conseils et vos suggestions nous ont toujours guidé tout au long de notre formation. Les mots nous manquent pour vous traduire notre gratitude. Aussi, nous prions le seigneur de vous récompenser au centuple.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Agrégé Patrice ZABSONRE

Maître de conférence de Cardiologie à l'U.F.R/S.D.S.

Médecin chef du service de Cardiologie du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Dès nos premiers pas en médecine nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements théoriques. Votre rigueur scientifique et vos grandes compétences font de vous un modèle pour les étudiants que nous sommes. Permettez nous de vous témoigner de notre profond respect et notre admiration.

A notre Maître et CoDirectrice de Thèse

Madame le Docteur DAO née OUATTARA Maïmouna

Maître-Assistante d'Oto-Rhino-Laryngologie à l'U.F.R/SDS.

Médecin Chef Adjoint du service d'O.R.L. du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements tant théoriques que pratiques. Nous avons ainsi pu apprécier vos grandes qualités scientifiques et humaines faisant de vous notre « tante ». Les mots nous manquent pour vous traduire notre gratitude. Acceptez que nous puissions vous importuner à tout moment pour encore profiter de vos enseignements.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Dieudonné OUEDRAOGO

Assistant de Chirurgie Maxillo-faciale à l'U.F.R/S.D.S.

Chirurgien Plasticien et stomatologiste au C.H.U-Y.O. de Ouagadougou,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury pour juger notre travail.

Votre simplicité et vos immenses qualités de pédagogue nous ont émerveillé dès que nous vous avons rencontré pour la première fois dans le service d'O.R.L.

Acceptez ce modeste travail en témoignage de notre profond respect et de notre admiration

REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements à tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail, en particulier à :

- **Monsieur MAIGA Seydou**, Directeur du Centre de Formation et de Perfectionnement (C.F.P.) et tout son personnel ;

- **Monsieur ZIDA Passam-Manegré** ;

- **Monsieur TIENTIEMBOU Salif** ;

- **Madame COULIBALY Sanata** ;

- **Monsieur DAHOUROU Blaise**, informaticien au C.H.U.S.S. de Bobo-Dioulasso.

L'UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTE A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI SERONT PRESENTEES, DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION NI IMPROBATION.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Situation de l'amygdale palatine.....	7
Figure 2 : Loge amygdalienne : constitution et rapports.....	8
Figure 3 : Pharynx et carrefour aéro-digestif.....	8
Figure 4 : Amygdale palatine : formes et dimensions.....	10
Figure 5 : Les artères de la loge amygdalienne.....	13
Figure 6 : Loge amygdalienne : rapports vasculo-nerveux.....	17
Figure 7 : Amygdalectomie au Sluder : premier temps.....	30
Figure 8 : Amygdalectomie au Sluder : deuxième temps.....	30
Figure 9 : Amygdalectomie au Sluder : troisième temps.....	30
Figure 10 : Amygdalectomie au Sluder : quatrième temps.....	31
Figure 11 : Amygdalectomie à l'anse froide : premier temps.....	34
Figure 12 : Amygdalectomie à l'anse froide : deuxième temps.....	34
Figure 13 : Amygdalectomie à l'anse froide : troisième temps.....	34
Figure 14 : Amygdalectomie à l'anse froide : quatrième temps.....	35
Figure 15 : Amygdalectomie à l'anse froide : cinquième temps.....	35
Figure 16 : Amygdalectomie à l'anse froide : sixième temps.....	35
Figure 17 : Répartition des amygdalectomies selon l'année.....	41
Figure 18 : Répartition des amygdalectomies par tranche d'âge chez l'enfant.....	42
Figure 19 : Répartition des amygdalectomies par tranche d'âge chez l'adulte.....	43
Figure 20 : Répartition des amygdalectomies selon les indications chez l'enfant.....	45
Figure 21 : Répartition des amygdalectomies selon les indications chez l'adulte.....	46

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des amygdalectomies selon les catégories	
Socioprofessionnelles.....	44
Tableau II : Incidents/accidents per opératoires de l'amygdalectomie.....	47
Tableau III : Soins postopératoires de l'amygdalectomie.....	48
Tableau IV : Durée d'hospitalisation après amygdalectomie.....	49
Tableau V : Contrôles postopératoires des patients amygdalectomisés.....	50
Tableau VI : Récapitulatif des indications classiques de l'amygdalectomie selon les auteurs chez l'enfant.....	55
Tableau VII : Récapitulatif des indications classiques de l'amygdalectomie selon les auteurs chez l'adulte.....	56

LISTE DES ABREVIATIONS

A.S.L.O. : Anti-Strepto-Lysines O

C.C-F. : Chirurgie Cervico-Faciale

C.H.U-Y.O. : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO

C.H.U-S.S. : Centre Hospitalier Universitaire Sourô SANOU

O.R.L. : Oto-Rhino-Laryngologie

U.F.R/S.D.S. : Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la
Santé

UI : Unité Internationale

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME.....	1
--	----------

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

I. HISTORIQUE.....	3
II. RAPPELS.....	6
II.1. Rappel embryologique.....	6
II.2. Rappel anatomie	7
II.3. Rappel histologique.....	17
II.4. Physiologie des amygdales palatines.....	18
II.5. Rappel clinique et thérapeutique des angines.....	20

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. OBJECTIFS.....	38
I.1. Objectif général.....	38
I.2. Objectifs spécifiques.....	38
II. METHODOLOGIE.....	39
II.1. Cadre d'étude.....	39
II.2. Matériel et méthode.....	40
III. RESULTATS.....	41
III.1. Aspects épidémiologiques.....	41
III.2. Modalités opératoires.....	45
III.3. Suites opératoires.....	48

IV. DISCUSSION.....	51
IV.1. Limites de l'étude.....	51
IV.2. Aspects épidémiologiques.....	51
IV.2.1. La fréquence des amygdalectomies.....	51
IV.2.2. Selon le sexe des patients.....	52
IV.2.3. Selon l'âge des patients.....	53
IV.2.4. Selon la catégorie socioprofessionnelle des patients..	54
IV.3. Modalités opératoires.....	54
IV.3.1. Les indications de l'amygdalectomie.....	54
IV.3.2. L'anesthésie.....	59
IV.3.3. La technique opératoire.....	60
IV.3.3.1. Le procédé de Sluder.....	60
IV.3.3.2. La technique d'amygdalectomie par dissection..	62
IV.3.4. Les gestes associés à l'amygdalectomie.....	63
IV.3.5. Les incidents/accidents per opératoires.....	64
IV.4. Suites opératoires.....	65
IV.4.1. Les suites opératoires immédiates.....	65
IV.4.1.1. Les soins post-opératoires.....	65
IV.4.1.2. La durée de l'hospitalisation.....	66
IV.4.1.3. Les complications post-opératoires.....	67
IV.4.2. Les suites opératoires secondaires.....	67
V. CONCLUSION.....	69
VI. SUGGESTIONS.....	70
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71
VIII. RESUME.....	79
IX. ANNEXES	

**INTRODUCTION ET ENONCE DU
PROBLEME**

Les amygdales palatines sont des organes lymphoïdes situés dans l'oropharynx. Elles font partie de l'anneau de WALDEYER, au même titre que les amygdales pharyngées, les amygdales linguales et le tissu lymphoïde disséminé sur toute la paroi pharyngée. L'amygdalectomie ou tonsillectomie se définit comme étant l'ablation chirurgicale de ces amygdales palatines. Elle est probablement l'un des gestes chirurgicaux les plus courants qu'un oto-rhino-laryngologiste soit amené à pratiquer [35]. Bien que vieille de plus de 2000 ans, elle soulève encore des polémiques entre ses partisans souvent oto-rhino-laryngologistes et ses opposants volontiers pédiatres ou infectiologues [36].

De nos jours, l'activité chirurgicale occupe une place de plus en plus importante dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie (O.R.L.) et de Chirurgie Cervico-Faciale (C.C-F.) du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO (C.H.U-Y.O.) de Ouagadougou. L'amygdalectomie y est de pratique courante. En effet, une étude menée dans le service en 1999 a permis de noter que l'amygdalectomie était la 3ème intervention en terme de fréquence après l'adénoïdectomie et la pharyngo-oesophagoscopie [33].

Par ailleurs, le service d'O.R.L. et de C.C-F. du C.H.N-Y.O. de Ouagadougou est le premier centre de référence de la spécialité dans le pays. Il est équipé d'un plateau technique modeste.

Comme toute intervention chirurgicale, l'amygdalectomie expose à un certain nombre de complications telles que les hémorragies et les infections postopératoires. Elles sont moins fréquentes qu'il y a 50 ans. Mais elles ne sont pas négligeables. Elles peuvent même parfois être mortelles. Elles seraient dominées par les hémorragies [36].

Cependant, l'amygdalectomie est considérée par certains auteurs comme une intervention mineure, facile, bénigne et sans dangers [49].

Les oto-rhino-laryngologistes, conscients de ses accidents potentiels, ont compris que la meilleure façon de les éviter est de la considérer comme une véritable intervention chirurgicale qui doit être préparée surtout qu'elle ne constitue pas une urgence.

De ce fait les indications opératoires doivent être posées au mieux [35]. Il faut une maîtrise de la technique opératoire par le praticien et la collaboration d'un anesthésiste expérimenté.

Au Burkina Faso, une seule étude sur l'amygdalectomie a été faite jusqu'ici [36]. C'est pour cela que nous avons jugé utile de faire le bilan de l'amygdalectomie dans le service d' O.R.L. et de C.C-F. du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou sur une période de 10 ans de 1993 à 2002.

Cette étude n'a pas la prétention d'apporter des données cliniques nouvelles ni des techniques opératoires bouleversantes sur l'amygdalectomie. Il s'agit plutôt de rapporter l'expérience du service d'O.R.L. et de C.C-F. du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou en insistant sur :

- les aspects épidémiologiques ;
- les indications opératoires et les techniques opératoires utilisées ;
- les suites opératoires à court et moyen termes de cette chirurgie dans les conditions d'exercice du service d'O.R.L. et de C.C-F. du C.H.N-Y.O. de Ouagadougou.
- et faire des suggestions pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Notre étude s'articulera autour des points suivants :

après un bref historique de l'amygdalectomie, nous ferons des rappels embryologique, anatomique, histologique et physiologique de l'amygdale palatine. Ensuite un rappel clinique et thérapeutique des angines précèdera nos résultats dont les principaux points seront discutés. Nous terminerons par une conclusion et des suggestions.

PREMIERE PARTIE :
GENERALITES

I. HISTORIQUE

L'amygdalectomie semble une intervention très ancienne. En effet, dès le premier siècle avant Jésus Christ, Aulus Cornelius Celsus [43 ; 46] proposait pour traiter les cyananchies (angines) l'ablation des amygdales que les Grecs appelaient antiades en raison de leur position antagoniste. Il réalisait l'intervention soit au doigt [55] (« digito circumdare et evellere »), soit au bistouri en tirant sur l'amygdale à l'aide d'une érige [6] (« hamulo excipere et scalpello excidere ») [54].

L'amygdalectomie est décrite comme l'un des plus anciens actes chirurgicaux d'après les auteurs du traité chirurgical (Aulus Amida et Paul d'Egine aux 6^e et 7^e siècles) découvert dans la bibliothèque du Vatican. La technique utilisée était encore très rudimentaire : le chirurgien prenait l'amygdale dans une pince et seule la partie proéminente était sectionnée à l'aide d'un « couteau ». Ainsi reconnaît-il que le danger était réel si l'amygdale était incisée trop profondément [54 ; 55]. C'est selon cette technique que l'amygdalectomie fut pratiquée jusqu'au 16^e-17^e siècle en dépit de ses aléas.

C'est Richard Wisman (1622-1676), chirurgien du roi Charles II d'Angleterre qui modifia la technique et introduisit la première notion de plans anatomiques et d'hémostase. Il décrivit dans son « Traité de chirurgie » comment après avoir écarté l'amygdale le plus loin possible, il plaçait autour de la base une ligature et excisait avec des ciseaux [46]. Il utilisait ensuite des agents chimiques cautérisants, quand il devait lutter contre l'hémorragie [54].

C'est Pierre Joseph Desault (1745-1795) qui semble avoir été le premier à utiliser un instrument spécial dans l'amygdalectomie. Cet instrument avait une lame qui était une modification de celui utilisé comme cystotome [46 ; 54].

Ensuite Cheselden proposa une autre méthode instrumentale. Mais il a fallu attendre 1828 pour que Philip Physick de Philadelphie (1786-1837) présente le premier précurseur de toutes les guillotines [46 ; 54]. Cet instrument consistait en deux lames ouvertes avec un couteau entre les deux. Si cette technique n'était pas sans danger, son inventeur cependant en signalait déjà tous les avantages.

Morel Mac Kenzie (1837-1892) modifia en 1860 cet instrument et répandit son utilisation jusqu'au début du 20^e siècle [46].

En 1890, Willis et Pybus de Newcastle améliorèrent considérablement la technique de l'amygdalectomie à la guillotine. Ils avaient remarqué que l'amygdale pouvait parfaitement s'individualiser si on prenait soin de masser au doigt le pilier antérieur [46].

En effet, ce geste permet d'introduire l'amygdale en entier à travers la guillotine maintenue dans un plan frontal. Ils publièrent leurs résultats :

- dans une première statistique, sur 200 cas avec 24 % de succès (énucléation complète) ;
- dans une deuxième statistique, sur 100 cas, 72 % de succès.

En 1912, Grienfield Sluder présenta son instrument avec dissection de l'amygdale au doigt [54]. Il publia dans le journal de l'American Medical Association, des résultats statistiques faisant apparaître 99,6 % de succès.

Ballager devait apporter une simplification de la méthode instrumentale en adjoignant aux lames de Sluder un manche universel pour faciliter le geste et la fermeture de la lame [46 ; 54].

Cependant quelle que soit la méthode employée, le principe est resté le même.

Actuellement, l'intervention est parfaitement réglée et codifiée et ses progrès sont liés à ceux de l'anesthésie qui a permis de revenir en toute sécurité à l'amygdalectomie par dissection et également aux notions d'allergologie et de pathologie expérimentale qui ont profondément modifié les indications, faisant de l'amygdalectomie une intervention chirurgicale vraie.

II. RAPPELS

II.1. RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

L'amygdale palatine dérive d'une double ébauche endodermique et mésodermique issue du segment ventral de la deuxième fente branchiale interne.

II.1.1. L'ébauche endodermique

Elle est déprimée en cuvette (sinus tonsillaire de HIS), et s'invagine au sein du mésoderme sous jacent pour donner des bourgeons épithéliaux. Ces bourgeons se ramifient entre le 4^{ème} et le 6^{ème} mois de la vie fœtale pour donner le segment initial d'où naîtront les cryptes amygdaliennes et le segment terminal qui va contribuer à la formation des follicules clos.

II.1.2. L'ébauche mésodermique

Elle est intercalée entre le mésoderme du 2^{ème} arc dont dérive le glossostaphylin (pilier antérieur) et du 3^{ème} arc dont dérive le pharyngostaphylin (pilier postérieur).

Elle fournit les axes conjunctivo-vasculaires de l'amygdale, la capsule périphérique de ses éléments conjonctifs et le système réticulo-endothélial des follicules clos.

II.1.3. Le développement de l'amygdale palatine

Les amygdales palatines sont nettement dessinées dès la naissance. Elles augmentent régulièrement de volume jusqu'à l'âge de 4 à 5 ans, puis restent stationnaires entre 5 et 12 ans ; le début de l'involution se fait à partir de l'âge de 18 ou 20 ans. A l'âge adulte, elles deviennent de petits moignons atrophiques et scléreux.

II.2. RAPPEL ANATOMIQUE

Les amygdales palatines sont des formations lymphoïdes, paires, presque symétriques contenues dans les loges amygdaliennes situées dans l'oro-pharynx à l'entrée des voies aéro-digestives supérieures [31]. Elles constituent les principaux éléments de l'anneau lymphatique de WALDEYER qui comprend :

- les amygdales tubaires autour de l'orifice pharyngé de la trompe d'EUSTACHE ;
- les amygdales pharyngiennes (cavum) dont l'hypertrophie correspond aux végétations adénoïdes ;
- les amygdales palatines (oropharynx) qui font l'objet de cette présente étude ;
- les follicules clos disséminés sur la paroi pharyngée postérieure et dans les intervalles compris entre les amygdales palatines ;
- et les amygdales linguales situées sur les versants externes de la base de la langue.

II.2.1. Situation de l'amygdale palatine

L'amygdale palatine a une situation oropharyngée, intercalée latéralement entre en avant l'isthme pharyngo-buccal et en arrière l'isthme pharyngo-nasal [30]. Elle surplombe à distance le versant externe de la base de la langue et les vallécules (Figure 1). Elle est contenue dans la loge amygdalienne dont elle n'occupe que la partie supérieure.

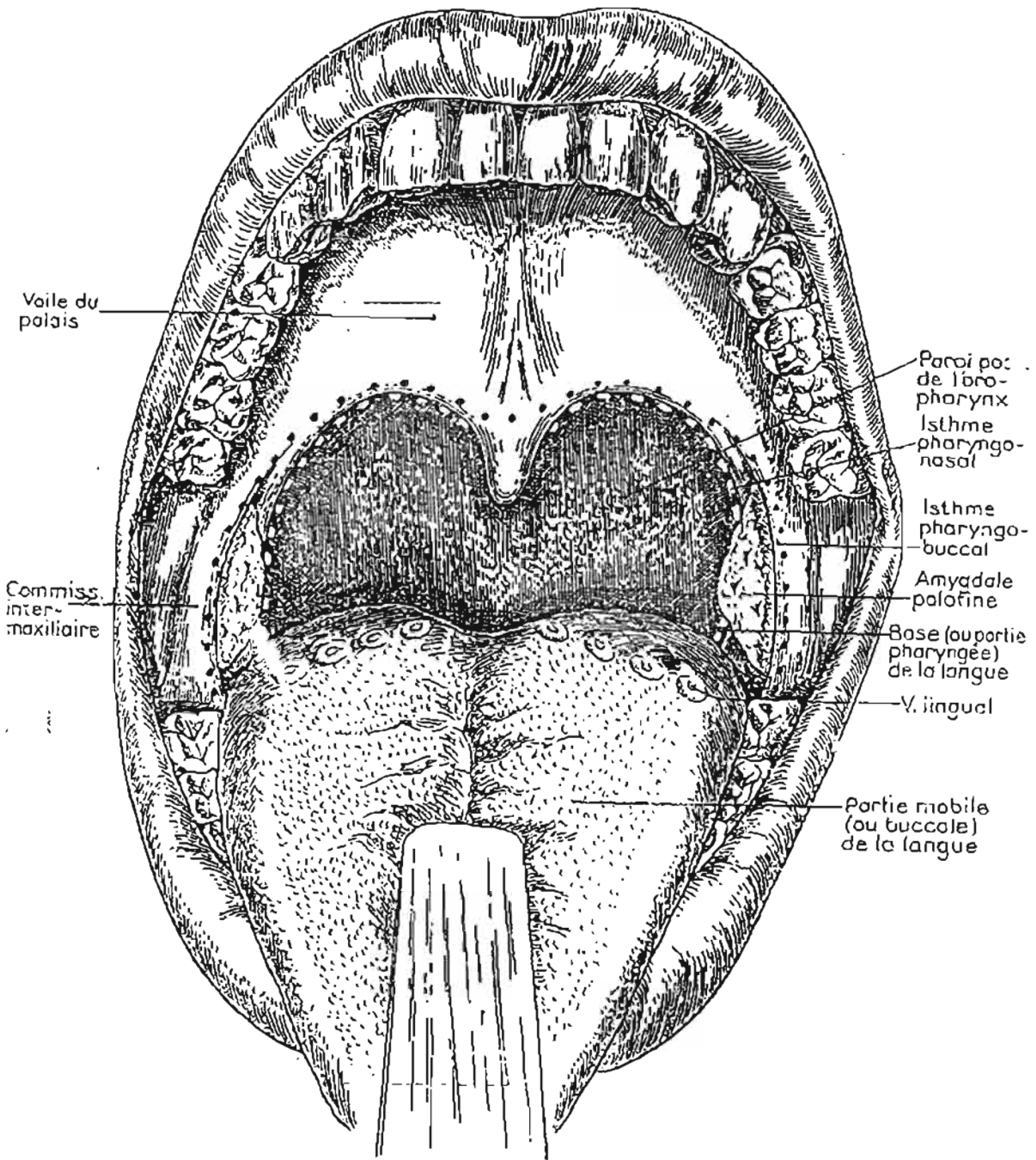
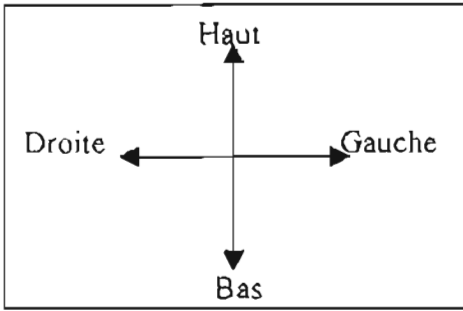


Figure 1 : Situation de l'amygdale palatine
 (d'après Legent F., Perlemuter L. Vanderbrouck C. [30])

II.2.2. La loge amygdalienne (Figure 2)

II.2.2.1. Les limites de la loge amygdalienne

La loge amygdalienne est constituée par :

- en avant le pilier antérieur du voile,
- en arrière le pilier postérieur,
- en bas le fond du sillon glosso-amygdalien et le repli glosso-épiglottique latéral.

❖ **La paroi antérieure de la loge amygdalienne** correspond au pilier antérieur. C'est un repli muqueux aplati d'avant en arrière. Il débute à 15 mm du bord libre du voile en dehors de la base de la luette et se termine à l'union du bord marginal postérieur de la langue, en arrière de l'extrémité externe du « V » lingual. Le pilier antérieur est formé par :

- le muscle glosso-staphylin qui est un mince rideau musculaire. Il est situé à la face profonde du plan des constricteurs et sous-tend le pilier antérieur, mais reste à distance de son bord libre ;
 - du tissu cellulaire lâche ;
 - et un plexus veineux cheminant le long du bord postérieur du glosso-staphylin.

❖ **La paroi postérieure de la loge amygdalienne** correspond au pilier postérieur. C'est un repli muqueux renflé faisant suite au bord libre du voile en dehors de la base de la luette. Il se dirige presque verticalement en bas, légèrement en arrière et en dehors limitant avec son homologue l'isthme pharyngo-nasal. Il se termine sur la paroi hypopharyngée latérale au niveau de l'isthme pharyngo-nasal et de l'isthme pharyngo-bucal (Figure 3). Le pilier postérieur comprend :

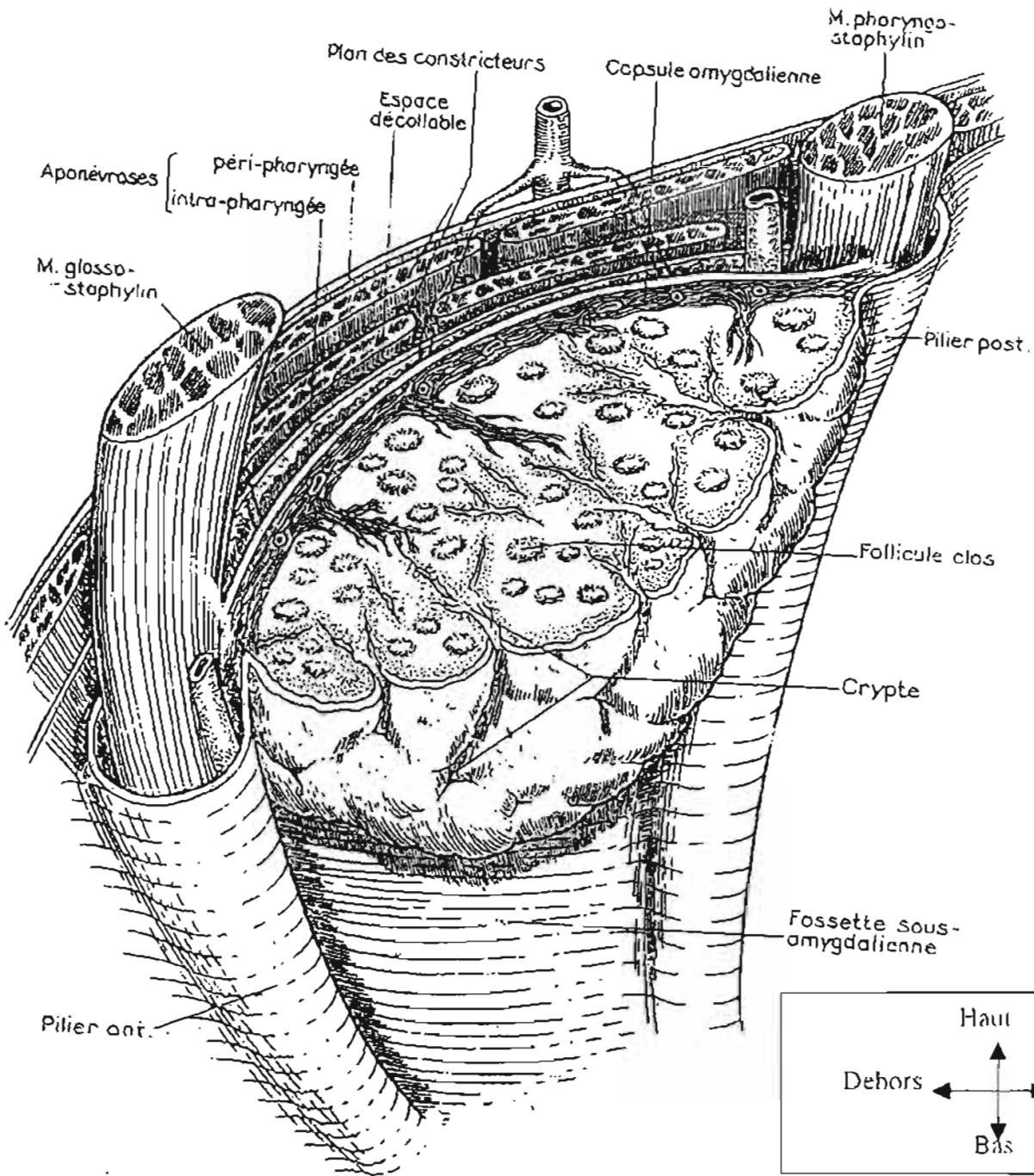


Figure 2 : Loge amygdalienne droite : constitution et rapports
 (d'après Legent F., Perlemuter L. Vanderbrouck C. [30])

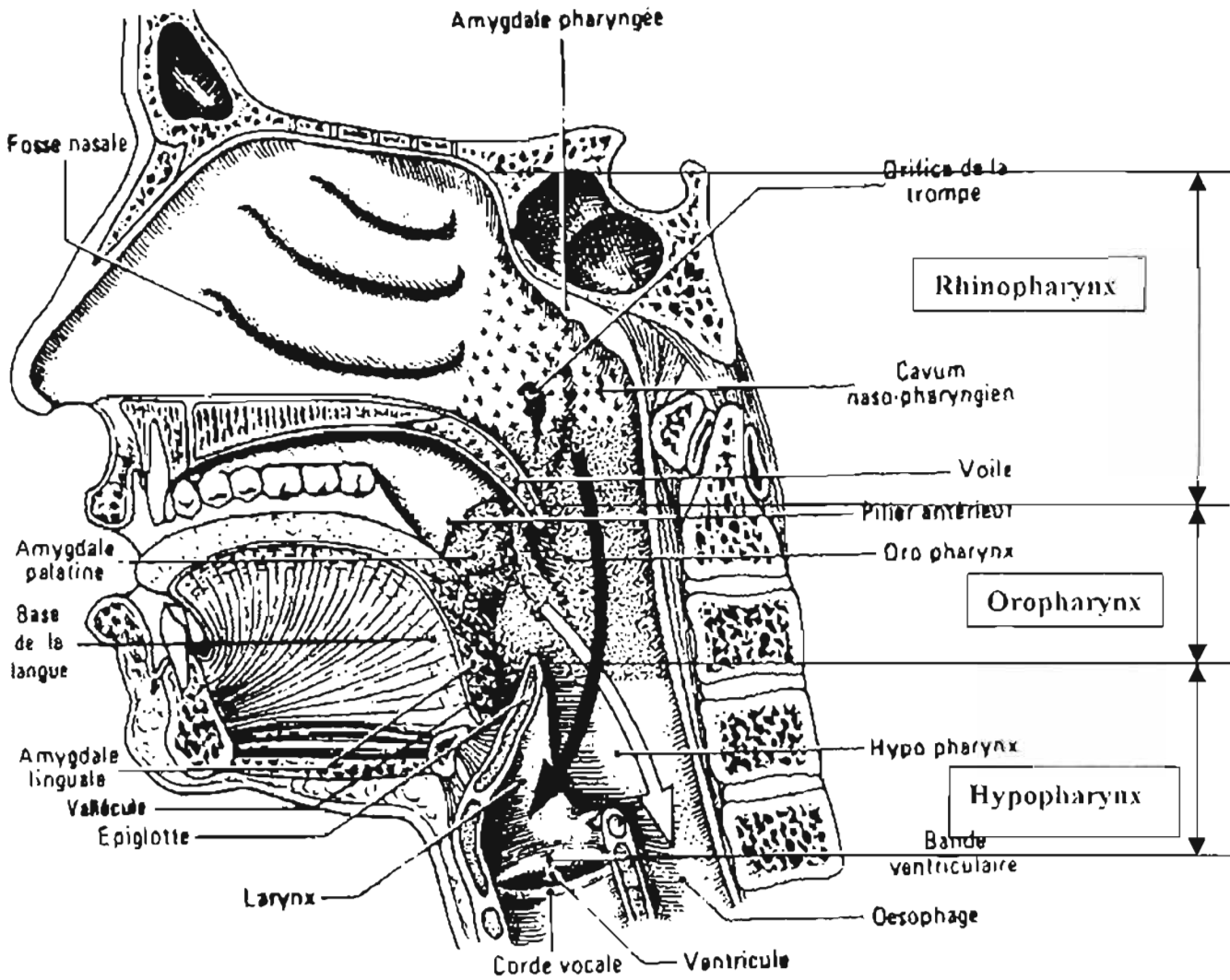
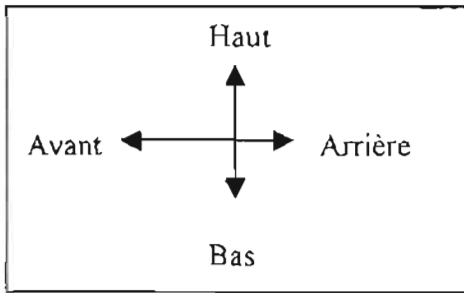


Figure 3 : Pharynx et carrefour aéro-digestif
 (d'après Legent F., Perlemuter L. Vanderbrouck C. [30])

- le muscle pharyngo-staphylin dont le corps musculaire renflé est beaucoup plus important que le glosso-staphylin. Il est tendu entre ses insertions supérieures tubo-ptérygo-palatines et ses insertions inféro-antérieures ou laryngo-épiglottiques postérieures ou pharyngées à la face profonde du plan des constricteurs du pharynx ;

- un plexus veineux souvent important qui descend le long du bord externe du pharyngo-staphylin ;

- et des troncs lymphatiques.

❖ **Le plancher de la loge amygdalienne** correspond au sillon amygdalo-glosse, oblique en arrière, en bas et en dedans. Il est limité :

- en avant par le pied du pilier antérieur au niveau de la zone de jonction avec la langue ;

- en dedans et d'avant en arrière par le bord latéral de la base de la langue portant l'amygdale linguale, en arrière du « V » lingual ; et par le repli glosso-épiglottique latéral, limite externe de la vallécule ;

- en arrière par le repli pharyngo-épiglottique ;

- et en dedans par la partie inférieure de la loge amygdalienne.

Cette zone constitue la fossette sous-amygdalienne souvent envahie par l'amygdale linguale.

❖ **Le sommet de la loge amygdalienne** correspond à la jonction des deux piliers antérieur et postérieur ; il dessine une ogive qui se continue en avant par le repli triangulaire.

Ainsi se trouve délimitée une fossette sus amygdalienne (vestige de la 2^{ème} fente branchiale) entre les deux piliers, le pli semi-lunaire et la paroi externe [30]. Cette fossette se prolonge en avant entre la moitié supérieure du pilier antérieur et l'amygdale.

❖ **La paroi externe de la loge amygdalienne** est constituée de 3 plans :

- un plan interne comprenant l'aponévrose intra-pharyngée qui est mince et celluleuse à ce niveau ;
- un plan moyen comprenant le treillis musculaire pharyngé en arrière, le stylo-glosse en avant ;
- un plan mal individualisé correspondant à l'aponévrose péri-pharyngée. C'est une toile cellulo-graisseuse mince.

Cette aponévrose se prolonge en arrière par la lame sagittale de CHARPY et en avant avec le tissu cellulaire latéro-lingual, en dehors avec l'aileron latéral du pharynx [30].

II.2.2.2. Le contenu de la loge amygdalienne

La loge amygdalienne contient l'amygdale palatine.

❖ **L'amygdale palatine**

C'est l'élément principal de la loge amygdalienne.

✓ **Forme et dimensions (Figure 4)**

L'amygdale palatine est comparée à une amande à grand axe vertical un peu oblique en bas et en arrière et aplatie de dehors en dedans [41]. Elle comprend :

- une face externe lisse qui est la capsule amygdalienne rattachée à la paroi pharyngée de sa loge par des fibres musculaires pharyngées, de minces faisceaux fibreux et des éléments vasculaires ;
- une face interne directement accessible à l'examen, irrégulière, mamelonnée, parsemée d'orifices irréguliers situés le plus souvent au fond de légères dépressions de la surface. Ces orifices correspondent aux cryptes dont certaines atteignent la capsule ;

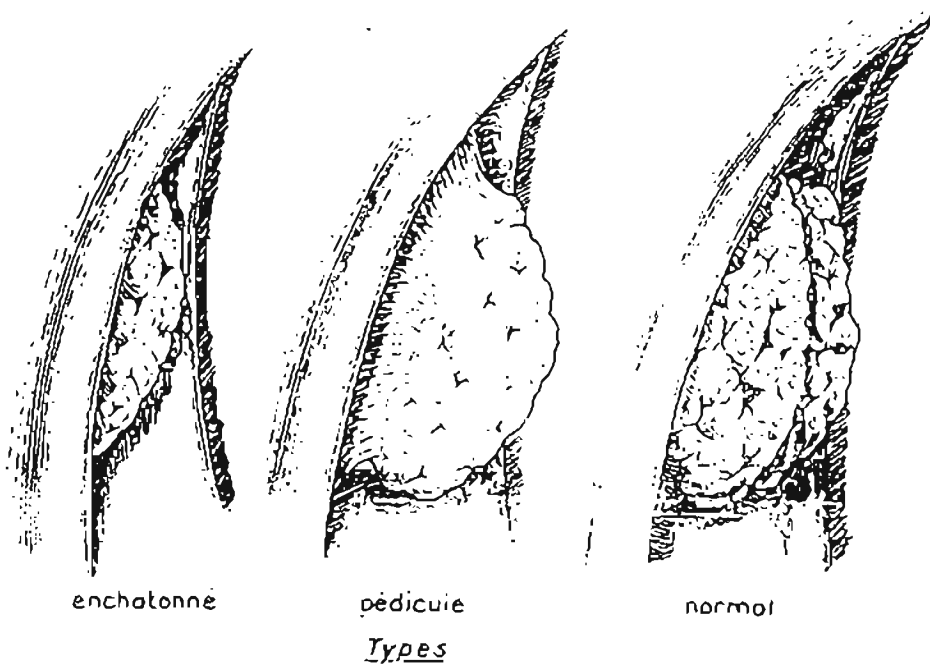
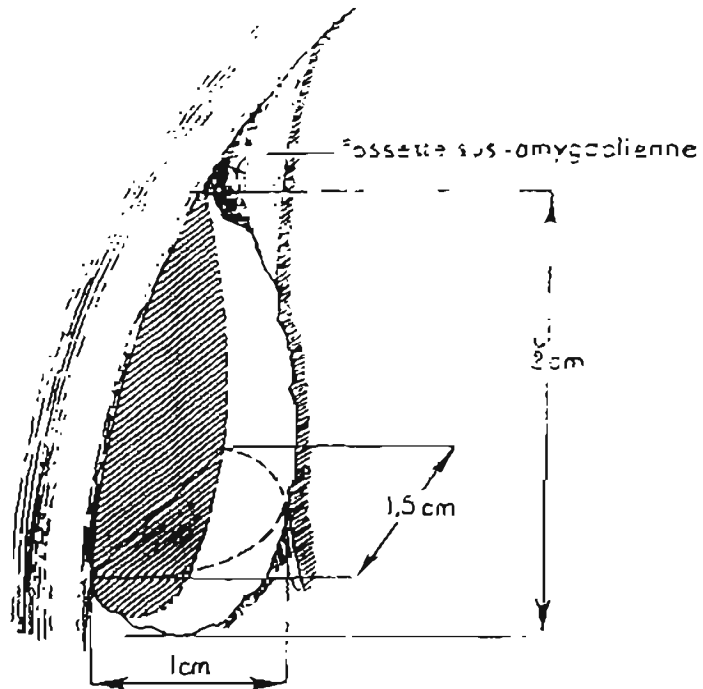


Figure 4 : Amygdale palatine : formes et dimensions
 (d'après Legent F., Perlemuter L. Vanderbrouck C. [30])

- un pôle inférieur renflé regardant la base de la langue ;
- un pôle supérieur effilé répondant à la base de l'angle d'écartement des deux piliers du voile ;
- et deux bords antérieur et postérieur.

L'amygdale palatine est normalement sessile, débordant en dedans le pilier antérieur du voile. Mais elle peut être anormalement pédiculée, plongeante vers la base de la langue ; ou enchatonnée, masquée par le pilier antérieur ; ou intra vélique, localisée surtout dans l'épaisseur du voile ; ou bilobée par une crypte linéaire, verticale.

Ses dimensions sont variables selon l'âge et selon l'individu. Elle mesure en moyenne : 2 cm pour le diamètre vertical ; 1,5 cm pour le diamètre antéro-postérieur et 1 cm pour le diamètre transversal.

✓ **Vascularisation**

◆ **Les artères (Figure 5)**

- Pour MANGABEIRA-ALBERNAZ, il n'y a pas de hile vasculaire;
- Pour les classiques (VIELA), l'amygdale est vascularisée par un hile unique constitué habituellement par une seule artère. C'est l'artère tonsillaire, branche de l'artère palatine ascendante, elle-même collatérale de l'artère faciale.

- Pour TERRACOL et GUERRIER, à côté du hile inférieur le plus important, il existe un hile supérieur. D'autre part, chaque hile ou pédicule n'est pas constitué par une artère unique mais par plusieurs artérioles d'importance variable.

Enfin, les vaisseaux se divisent en deux rameaux distincts, l'un sous-épithélial et l'autre desservant les follicules lymphoïdes.

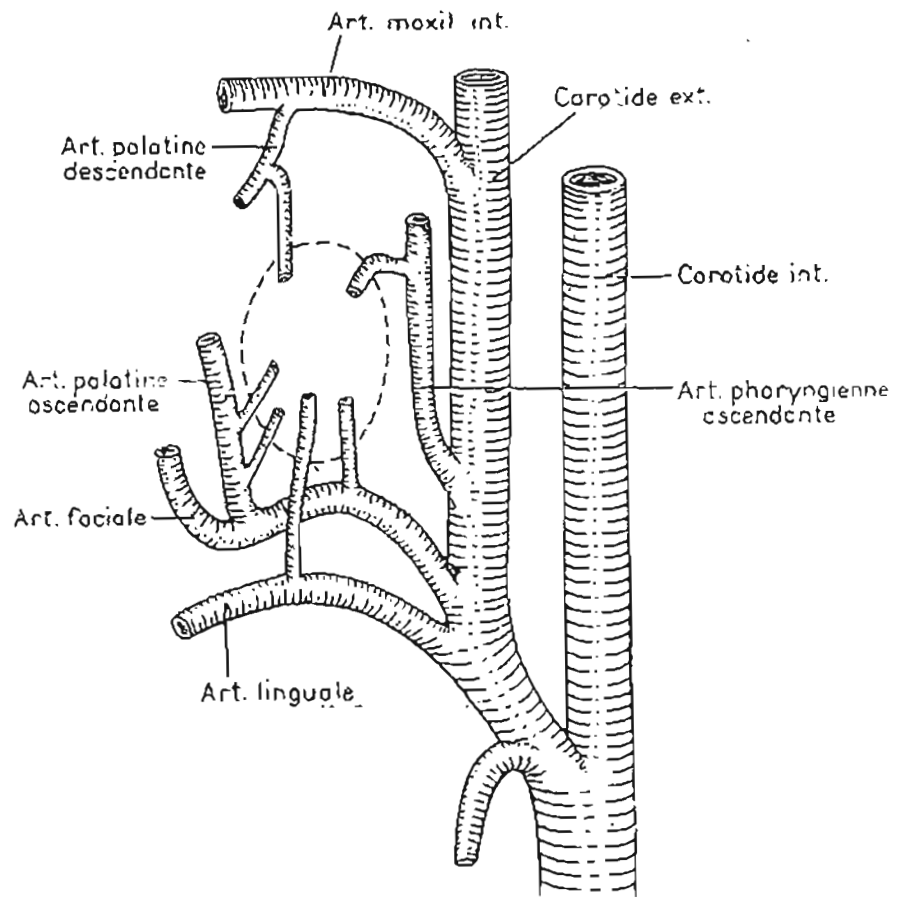


Figure 5 : Les artères de la loge amygdalienne
(d'après Legent F., Perlemuter L. Vanderbrouck C.[30])

♦ **Les veines**

Les veines naissent autour des follicules et au sein du stroma, individualisées ou groupées en plexus. Elles constituent à la périphérie de l'amygdale un plexus.

Les veines polaires supérieures se drainent vers les sinus caverneux et le plexus ptérygoïdien ; celles du hile supérieur vers la veine jugulaire externe ; et celles du hile principal et du pôle inférieur vers la veine jugulaire interne.

♦ **Les lymphatiques**

Les lymphatiques sont nées dans les espaces inter-folliculaires. Ils se divisent en trois groupes :

- **Antéro-supérieur**, formé de troncs obliques en bas et en arrière qui franchissent la fourche stylienne interne ; ils croisent la face profonde du stylohyoïdien et du ventre postérieur du digastrique ; puis ils s'insinuent entre la carotide externe et le XII (grand hypoglosse) au niveau de l'origine de l'artère faciale. Ils aboutissent au groupe des ganglions sous-digastriques situés à la face externe de la jugulaire interne et dont le plus important constitue le ganglion de KUTTNER.

- **Antéro-inférieur**, formé de troncs obliques en bas et en arrière, croisant la carotide externe en regard de l'ogive de l'artère linguale et au niveau de la grande corne de l'os hyoïde. Ils aboutissent au groupe ganglionnaire situé à la face externe de la jugulaire interne au niveau du bulbe carotidien.

- **Postérieur**, formé de troncs obliques en haut et en arrière, ils aboutissent aux ganglions sous-parotidiens postérieurs, situés entre la carotide interne et la lame de CHARPY au niveau du ganglion sympathique cervical supérieur.

◆ **L'innervation**

Elle est assurée essentiellement par le plexus tonsillaire d'ANDERSCH qui provient du IX (gloso-pharyngien). Le plexus péri-pharyngé constitué par l'intrication de fibres du IX, du X et du sympathique fournit des filets sensitifs et végétatifs qui accompagnent les pédicules artériels.

II.2.2.3. Les rapports de l'amygdale palatine

L'amygdale palatine en plus des rapports avec sa loge entretient des rapports immédiats d'un intérêt chirurgical avec les éléments vasculaires et neuromusculaires de la loge amygdalienne.

❖ **Les rapports de l'amygdale palatine avec sa loge**

✓ **Les rapports de l'amygdale avec le pilier antérieur**

- Si l'amygdale est en position normale, le pilier antérieur recouvre :

* le bord antérieur de la glande dont il est séparé dans la moitié supérieure par un fin sillon. C'est la zone de fistulisation spontanée des suppurations péri-amygdaliennes [42].

* le 1/3 antérieur de la face interne de la glande sur lequel il s'applique étroitement.

- Si l'amygdale est pédiculée, seul son pédicule hilair est masqué par le pilier.

- Si l'amygdale est enchatonnée, les 3 / 4 antéro-inférieurs de sa face interne sont masqués non seulement par le pilier antérieur mais aussi par le pli triangulaire de HIS .

Ce pli triangulaire est un voile muqueux qui semble se détacher du bord libre du pilier antérieur et dont la concavité externe épouse la partie antéro-inférieure de l'amygdale. Son bord postéro-supérieur, libre naît du pilier antérieur plus ou moins haut parfois près de l'ogive.

Il cravate obliquement en bas et en arrière la face interne de l'amygdale et se perd à la partie inférieure du pilier postérieur. Son bord inférieur s'étend jusqu'à la base de la langue.

✓ **Les rapports de l'amygdale avec le pilier postérieur**

Le bord postérieur de la glande repose sur le pilier postérieur qui la déborde en dedans et la sépare de la paroi postérieure de l'oropharynx. A l'état normal, un espace décollable, comblé de tissu celluleux sépare l'amygdale du pilier postérieur.

✓ **Les rapports de l'amygdale avec le plancher de la loge**

Le pôle inférieur de la glande est normalement situé nettement au-dessus du plancher, respectant la fossette. Parfois, il plonge vers la base de la langue et s'unit à l'amygdale linguale par une nappe diffuse de tissu lymphoïde.

✓ **Les rapports de l'amygdale avec la face externe**

Ce sont des rapports capsulo-pariétaux. Entre la face externe de la glande, représentée par la capsule amygdalienne et l'aponévrose intra-pharyngée, existe un espace décollable péri amygdalien. Il est :

- net dans les 2/3 supérieurs où le clivage est facile, traversé à ce niveau par les éléments vasculo-nerveux du hile supérieur et les fibres capsulaires des muscles stylo-pharyngien, pharyngostaphylin et styloglosse. Il constitue le lieu de fusée des suppurations péri-amygdaliennes qui créent des adhérences pathologiques ;

- moins net au niveau du 1/3 inférieur car il existe à ce niveau d'importants éléments vasculaires et de nombreux tractus conjonctifs entre l'amygdale et la paroi pharyngée.

✓ **L'aire de projection de l'amygdale palatine**

L'amygdale se projette sur les 2/3 supérieurs de la paroi externe de la loge amygdalienne dans l'aire de MERCKEL entre :

- en haut le bord inférieur du faisceau mylo-hyoïdien du muscle constricteur supérieur ;

- en bas le bord supérieur du muscle constricteur moyen ;

- en arrière le bord supérieur du muscle stylo-pharyngien ;

- en avant le bord postérieur du muscle stylo-glosse.

❖ **Les rapports immédiats de l'amygdale palatine**

Ce sont les plans traversés par l'abord chirurgical trans-cutané de la région amygdalienne [42]. De dedans en dehors ce sont :

✓ **La région para-amygdalienne de GILIS**

Elle est située en avant du rideau stylien. C'est un plan musculo-ligamentaire, formé des éléments du bouquet de RIOLAN engainé par l'aponévrose stylienne.

Elle est triangulaire à sommet supérieur, oblique en bas, en avant et en dedans.

Elle divise l'espace maxillo-pharyngien en un espace postérieur retro-stylien contenant l'axe jugulo-carotidien et en un espace antérieur préstylien comprenant :

- en arrière et en dehors la loge parotidienne et la carotide externe ;

- en avant séparée de la région ptérygo-maxillaire en dehors et de la région para-amygdalienne en dedans par l'aponévrose interptérygoïdienne.

✓ **Le contenu de la région para-amygdalienne**

Ce sont : **le muscle stylo-glosse** qui traverse presque horizontalement l'espace para-amygdalienne pour gagner la paroi pharyngée ; **le nerf glosso-pharyngien (XI)** qui pénètre dans la région en traversant sa paroi postérieure et qui croise l'aire amygdalienne au niveau du pôle inférieur de l'amygdale ; **le rameau lingual du nerf facial (VII)** qui est inconstant, n'existe que lorsque manque l'anse de HALLER et s'anastomose avec le IX pour former une anse d'où peuvent naître le nerf styloglosse et le nerf glossostaphylin ; **l'artère palatine ascendante** qui naît du sommet de la crosse de l'artère faciale, pénètre au niveau de l'extrémité inférieure de l'espace para-amygdalien et **l'apophyse styloïde** qui lorsqu'il est anormalement développée, peut saillir dans la région para-amygdalienne et devenir perceptible au toucher amygdalien (c'est le syndrome de l'apophyse styloïde).

❖ **Les rapports vasculo-nerveux de la loge (Figure 6)**

Ils sont constitués par :

- **L'artère carotide externe** qui est contenue dans la loge parotidienne, au niveau de sa partie interne. Sa convexité interne reste habituellement à 14 ou 20 mm en dehors et en arrière du pôle inférieur de l'amygdale mais elle peut parfois être plus près de l'amygdale. C'est l'artère sous-polaire inférieure de SEBILEAU.

- **L'artère carotide interne** qui est contenue dans l'espace retro-stylien, à 15 ou 20 mm en arrière du pôle supérieur de l'amygdale et à 7 ou 8 cm en arrière du pilier postérieur. Mais elle peut être beaucoup plus près de l'amygdale soit du fait de la rotation de la tête, soit par anomalie de situation, non exceptionnelle. C'est l'artère sous-polaire supérieure de SEBILEAU.

- **L'artère pharyngienne ascendante** qui est contenue dans l'espace retro-stylien en dedans et en avant de la carotide interne. Elle monte en arrière de l'aileron latéral du pharynx, directement en arrière du pilier postérieur.

- **L'artère faciale** dont la crosse enjambe le pôle postéro-supérieur de la glande sous-maxillaire. Elle reste habituellement au dessus du pôle inférieur de l'amygdale mais s'en rapproche parfois beaucoup.

- **L'artère linguale** qui est plus à distance mais un pôle inférieur amygdalien très important peut se rapprocher de la dorsale de la langue.

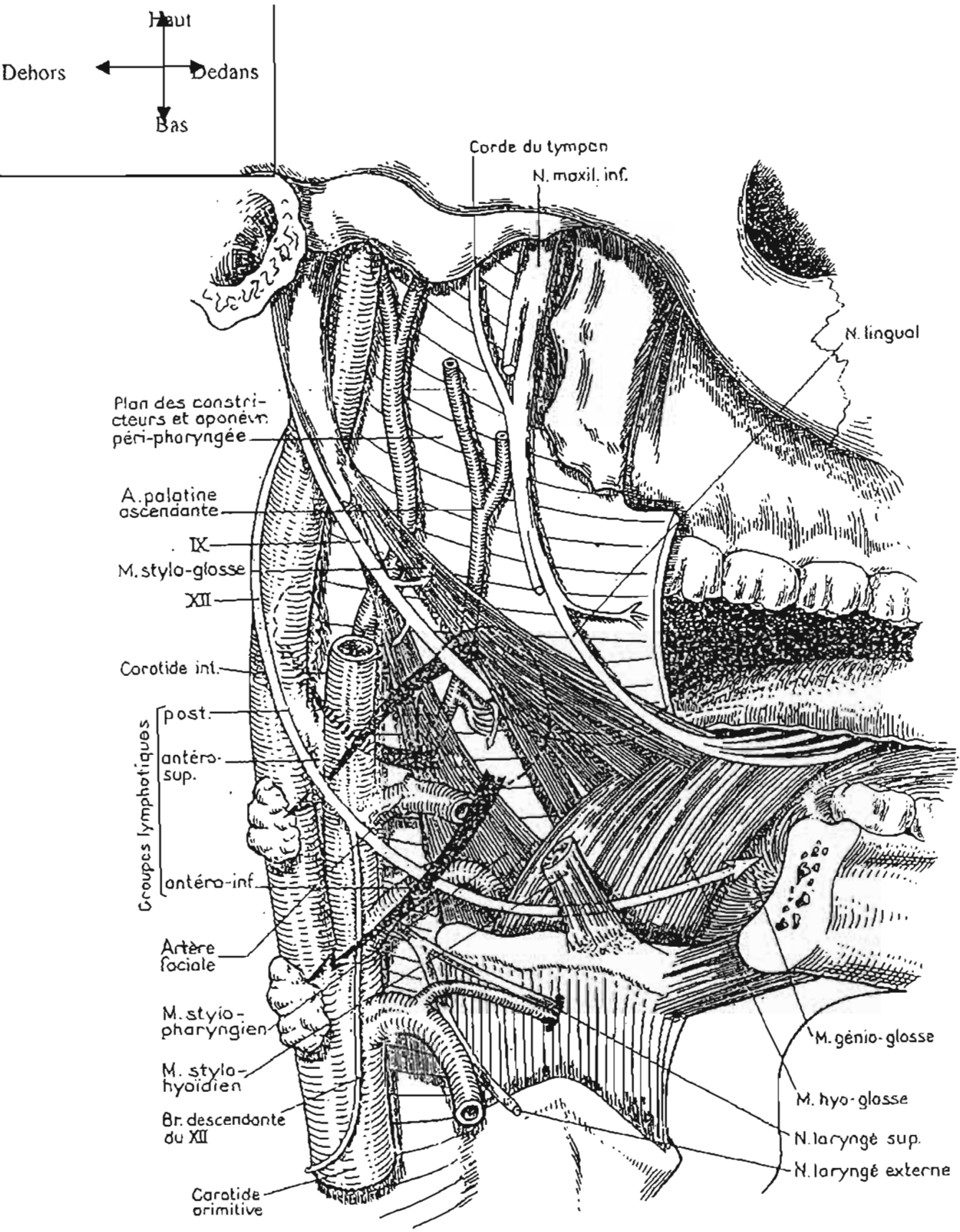


Figure 6 : Loge amygdalienne : rapports vasculo-nerveux
 (d'après Legent F., Perlemuter L. Vanderbrouck C. [30])

II.3. RAPPEL HISTOLOGIQUE [8]

II.3.1. Structure macroscopique

C'est un organe friable vacuolé par 10 à 30 cryptes arborisées et anastomosées entre elles. Ces cryptes favorisent la stase des liquides inclus et augmentent la surface d'échange.

II.3.2. Structure microscopique

L'amygdale comporte :

- Sur la face interne endo-buccale un revêtement épithélial tapissant les cryptes amygdaliennes. Ces cryptes sont profondes, ramifiées, finement arborisées. Il est formé :

- * chez le nouveau-né de cellules polyédriques ciliées ;
- * chez l'adulte d'un épithélium pavimenteux stratifié de type muqueux non kératinisé ; séparé du chorion sous-jacent par des lacunes irrégulières, les lacunes de STORH. Ces lacunes sont parsemées de lymphocytes provenant de cellules ayant transité par les organes lymphoïdes centraux (thymus) ou marquées par eux.

- Sur la face externe pharyngée, une capsule constituée :

- * d'un réseau de fibres élastiques denses ;
- * des fibres musculaires striées (amygdalo-glosse) ;
- * d'un riche plexus vasculaire intra-capsulaire.

L'épaisseur de la capsule décroît du pôle supérieur où elle coiffe l'amygdale à la région du pédicule vasculaire inférieur. Elle envoie au sein du parenchyme des travées conjonctives qui entourent les vaisseaux et segmentent l'amygdale en logettes.

- Un parenchyme formé par :

* une nappe de tissu conjonctif, infiltré d'éléments blancs mononuclés, traversée par les canaux excréteurs des glandes salivaires accessoires, des lymphatiques et des capillaires ;

* des follicules clos (système réticulo-endothélial) sphériques de 0,5 à 1,5 mm de diamètre, espacés régulièrement de 1 mm environ. Ils sont homogènes ou à centre germinatif clair.

II.4. PHYSIOLOGIE DES AMYGDALES

On attribue aux amygdales palatines différents rôles qui sont :

- Un rôle lymphopoïétique

Les lymphocytes sont fabriqués dans les centres germinatifs et sont dirigés vers les cryptes (cavité buccale), le sang et les lymphatiques.

- Un rôle immunitaire de défense [8]

L'amygdale palatine exerce un rôle de défense immunitaire de l'organisme.

Les circonstances favorables à cette fonction sont :

- le siège dans le milieu buccal faisant des amygdales palatines, les avant-postes immunologiques des voies aéro-digestives ;

- la vascularisation de l'organe, avec une large surface d'échange ;

-le malaxage et le pétrissage de l'organe à chaque déglutition, favorisant l'imprégnation des cryptes par le milieu buccal.

Les arguments immunologiques sont :

- * les amygdales constituent l'un des tissus les plus riches de l'organisme en immunoglobulines (Ig) ;
- * les amygdales saines sont surtout riches en IgA et en IgG ;
- * celles du jeune enfant en IgM ;
- * les amygdales infectées en IgG.

Ce rôle immunitaire de l'amygdale est à la fois précoce et important. Mais il représente un risque pour l'organisme à la fois local par les infections et leur répétition ; et général par la possibilité de complications à distance lorsqu'il n'est pas assuré normalement.

- Une fonction endocrine

Il est constaté que l'amygdalectomie favorise une croissance rapide des enfants. Ce phénomène est interprété par certains auteurs dans le sens d'une interaction amygdalo-hypophysaire, l'amygdale inhibant le développement somatique dont est responsable l'hypophyse. Par contre pour d'autres, c'est l'infection chronique du tissu amygdalien qui déterminerait l'action inhibitrice du développement somatique entretenu par l'hypophyse.

II.5. RAPPEL CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES ANGINES

II.5.1. Données épidémiologiques générales

L'angine ou amygdalite peut se définir comme une inflammation d'origine infectieuse des formations lymphoïdes de l'oropharynx et essentiellement des amygdales palatines [48].

C'est une pathologie extrêmement fréquente en pratique quotidienne surtout chez les enfants d'âge scolaire [1].

Ses étiologies sont dominées par les causes virales et bactériennes parmi lesquelles le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A avec ses risques de complications articulaires, rénales et cardiaques.

Son diagnostic est aisé et repose sur l'inspection de l'oropharynx à l'abaisse-langue.

Ses complications sont rares et elles sont surtout favorisées par le retard à la consultation, l'automédication et la non observance des prescriptions médicales.

II.5.2. Signes cliniques

II.5.2.1. Signes fonctionnels

Ce sont ceux qui motivent la consultation :

- **La dysphagie** : c'est une gêne à la déglutition. Elle est douloureuse, on parle d'odynophagie ou de dyscatapose[3]. Elle est d'importance variable pouvant gêner l'alimentation et s'accompagner d'une hyper salivation.

- **La douleur gutturale** : c'est une douleur pharyngée en dehors de toute déglutition à type d'enserrement, de constriction ou de brûlure.

- **L'otalgie réflexe** : c'est une douleur pharyngée projetée à l'oreille.

- **Les troubles digestifs** à type de vomissements ou de diarrhée avec douleur abdominale sont inconstants surtout chez l'enfant.

II.5.2.2. Signes généraux

La fièvre est d'importance variable, accompagnée d'asthénie, d'anorexie et de malaise.

II.5.2.3. Signes physiques

Ce sont ceux de l'examen de l'oropharynx [3] mais aussi des aires ganglionnaires cervicales. Cet examen nécessite un bon éclairage frontal à l'aide du miroir de CLAR et un jeu d'abaisse-langue. Le patient est assis en face de l'examineur. Il permet de noter plusieurs aspects cliniques [53] :

- **dans les angines rouges ou érythémateuses**, les amygdales palatines sont tuméfiées, congestives et rouges. La muqueuse oropharyngée est également rouge.

- **dans les angines blanches ou érythémato-pultacées**, les amygdales palatines sont tuméfiées et congestives. La muqueuse oropharyngée est rouge parsemée de tâches blanchâtres pultacées, accentuées, importantes sur la face interne de l'amygdale. Ce sont des exsudats blanchâtres friables se détachant facilement de la muqueuse.

- **dans les angines pseudomembraneuses**, les amygdales palatines sont tuméfiées et congestives. La muqueuse oropharyngée est inflammatoire ; tapissée de fausses membranes gris jaunâtres, adhérentes, extensives, cohérentes et récidivantes.

- **dans les angines ulcéreuses et ulcéro-nécrotiques**, les amygdales palatines sont tuméfiées. La muqueuse oropharyngée est inflammatoire. Des ulcérations et/ou des plages nécrotiques peuvent être observées au niveau des amygdales.

- **dans les angines vésiculeuses et vésiculo-bulleuses**, les amygdales palatines sont tuméfiées et congestives. Des vésicules en bouquet sont observées sur les amygdales. Elles vont s'ouvrir et laisser place à une érosion ou un exsudat polycyclique limité par un halo érythémateux.

L'examen de l'oropharynx doit être complété par celui des aires ganglionnaires cervicales qui peut objectiver des adénopathies inflammatoires cervicales satellites.

Les examens para-cliniques ne sont pas systématiques pour le diagnostic positif, cependant ils peuvent orienter la surveillance ou le choix du traitement médical (Antibiotique) ou chirurgical.

II.5.2.4. Examens complémentaires

- **Le prélèvement de gorge** est très utile mais non systématique [1]. Il s'agit d'un écouvillonnage au niveau des amygdales palatines à la face interne sans toucher ni l'abaisse-langue, ni les dents, ni la paroi postérieure. Il permettra de faire une culture et un antibiogramme.

- **La numération formule sanguine** montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles.

- **La vitesse de sédimentation** est accélérée.

- **Le dosage des antistreptolysines O (ASLO)** est utile dans un but de surveillance. En cas d'angines à streptocoques, les ASLO augmentent à la fin de la première semaine, atteignant leur taux en 1 à 2 semaines puis décroissent progressivement en 6 mois à 1 an. La constatation d'un taux élevé d'ASLO témoigne d'un antécédent d'infection streptococcique [1].

II.5.2.5. Evolution

L'évolution est bien souvent favorable quand le diagnostic est fait tôt et le traitement approprié. Si non des complications peuvent être observées, rançon des angines non ou mal traitées.

❖ Complications aiguës

✓ Les complications locales et loco-régionales

◆ Le phlegmon périamygdalien

C'est une collection suppurée périamygdalienne qui se développe entre la capsule amygdalienne et la paroi pharyngée [53].

Sa symptomatologie est bruyante [52] :

- le syndrome infectieux est marqué avec fièvre et asthénie profonde.

- les signes fonctionnels sont à leur maximum : odynophagie insupportable, haleine fétide, voix sourde et étouffée.

- au plan local, il y a un trismus qui gêne l'examen. L'oropharynx est inflammatoire avec une volumineuse tuméfaction de la région amygdalienne. Cette tuméfaction noie l'amygdale ou la refoule du côté sain responsable d'une asymétrie de l'oropharynx. La luette est œdémateuse « en battant de cloche ». La ponction exploratrice confirme le diagnostic en ramenant du pus.

◆ **L'abcès retro pharyngé**

C'est une collection suppurée qui se développe dans l'espace retro pharyngé [7]. C'est une pathologie de l'enfant responsable de troubles de la voix comparée « à la voix de crapaud ».

Au plan clinique, il y a une exacerbation des signes fonctionnels et généraux avec à l'examen une tuméfaction fluctuante sur la paroi postérieure de l'oropharynx. La ponction exploratrice confirme le diagnostic.

◆ **L'abcès amygdalien**

C'est une collection suppurée développée dans des cryptes profondes dont l'orifice est obstrué [52]. La symptomatologie fonctionnelle et générale est atténuée au début se manifestant par une douleur au niveau de l'amygdale avec malaise et frissons. La douleur s'exagère à chaque déglutition.

A l'examen, le toucher note la rénitence douloureuse avec une masse jaunâtre dont la pression au stylet est très douloureuse. La collection s'évacue spontanément et rapidement donnant un pus épais crémeux très fétide.

◆ Les autres complications loco-régionales sont : l'adénophlegmon cervical, les laryngites et les trachéo-bronchites et broncho-pneumopathies.

✓ **Les complications générales**

◆ **Les septicémies**

Ce sont des septicémies d'origine amygdalienne.

◆ **Les complications générales propres aux angines streptococciques**

Ce sont le rhumatisme articulaire aiguë, la glomérulonéphrite aiguë et la cardite post-streptococcique [1].

❖ **Les angines chroniques**

Ce sont des angines évoluant depuis plus de 2 ou 3 semaines. Elles sont pauci-symptomatiques [48], avec des signes fonctionnels discrets à type de dysphagie réduite à de simples chatouillements pharyngés ; on ne note pas de signes généraux.

En fonction des signes physiques on observe plusieurs formes d'angines chroniques :

✓ **Les angines chroniques hypertrophiques**

L'augmentation de volume des amygdales palatines constitue un obstacle mécanique à la respiration, la phonation ou la déglutition. Les grosses amygdales peuvent être enchatonnées ou pédiculées. Elles sont causes d'apnée du sommeil chez l'enfant.

✓ **Les angines chroniques atrophiques**

Les amygdales sont de dimensions très réduites et restent souvent cachées dans la loge. Elles ne favorisent pas moins les phénomènes de rétention et peuvent être incriminées comme foyers d'infection.

✓ **Les angines chroniques muco-purulentes**

Avec sécrétions muco-purulentes.

✓ **Les angines chroniques kystiques**

On observe à la surface de l'amygdale hypertrophiée ou petite, sous une mince cuticule à reflets blanchâtres des amas caséux enkystés. Il s'agit de cryptes dont l'orifice s'est cicatrisé par des lésions inflammatoires ou traumatiques. Les kystes par rétention peuvent atteindre 1 à 1,5 centimètre de diamètre.

✓ **Les angines chroniques crypto-caséuses**

Elles comportent l'association de multiples kystes profonds et superficiels remplis de caséum avec expulsion spontanée de fragments caséux par les orifices cryptiques encore perméables.

❖ **Les angines récidivantes**

Dans ces angines il existe toujours un facteur favorisant persistant [2]. Ce facteur peut être local au niveau des cryptes ou général dans le cadre d'un déficit immunitaire ou d'un terrain atopique. Il doit être recherché à tout prix.

II.5.3. Traitement

II.5.3.1. Buts du traitement :

Les buts du traitement sont de juguler l'infection et prévenir les complications [1].

II.5.3.2. Moyens

Le traitement des angines est médical et chirurgical.

❖ Le traitement médical consiste en :

✓ **un traitement symptomatique** qui comprend [1] :

- des mesures hygiéno-diététiques (repos au lit, apport hydrique suffisant) ;
- une administration d'antalgique ;
- une administration d'antipyrétiques et d'anti-inflammatoires en respectant les contre-indications ;
- une désinfection rhino-pharyngée à base d'antiseptiques buccaux et de gouttes nasales.

✓ **un traitement spécifique** : c'est l'antibiothérapie.

Elle est probabiliste en première intention puis sera adaptée à l'antibiogramme. Les qualités de l'antibiotique utilisé en première intention sont : le large spectre d'activité, la bactéricidie incluant dans son spectre le streptocoque bêta hémolytique du groupe A, son coût peu cher et sa bonne tolérance.

On utilise en général [1]:

- la pénicilline V à la dose de 1 à 3 millions d'unités internationales chez l'adulte et 100 000 unités internationales par kilogramme de poids chez l'enfant par jour et pendant 10 jours ;
- ou un macrolide à la dose de 2 grammes chez l'adulte et 50 milligrammes par kilogramme de poids chez l'enfant par jour.

❖ **Le traitement chirurgical**

C'est l'amygdalectomie qui est l'ablation chirurgicale des amygdales palatines [44]. C'est une intervention chirurgicale qui est effectuée à tous les âges dont les techniques opératoires sont bien codifiées mais dont les indications doivent être posées avec soins.

C'est une intervention qui nécessite une préparation rigoureuse des malades et une bonne technique opératoire dont le choix est laissé à l'appréciation de l'opérateur. Les indications de l'amygdalectomie sont représentées par les angines à répétition, le phlegmon péri amygdalien, les amygdalites chroniques et l'infection focale d'origine amygdalienne (néphrite, endocardite, rhumatisme articulaire aigu, chorée) [2, 14, 23, 39, 48]. C'est l'objet de la présente étude.

✓ **La préparation du malade**

Dans la semaine précédant l'intervention devront être pratiqués des examens complémentaires précisant le groupe sanguin et explorant la crase sanguine. Un bilan de terrain est associé explorant les fonctions cardio-vasculaire, rénale, pulmonaire à la recherche de contre-indications opératoires.

✓ **Les techniques opératoires**

Les méthodes opératoires sont nombreuses. Les principales sont :

◆ **Le procédé de SLUDER**

C'est l'amygdalectomie à l'aide de la guillotine de Sluder. Elle est pratiquée sous anesthésie générale avec ou sans intubation en position assise ou en décubitus dorsal. Elle constitue une véritable énucléation amygdalienne en un seul temps.

• **Le matériel**

Le matériel se compose de l'ouvre bouche de WHITEHEAD JENNINGS, d'un abaisse langue, de la guillotine ou amygdalotome de SLUDER, d'un aspirateur, de tampons de gaze, de pinces hémostatiques, du matériel d'anesthésie, et d'une curette à végétations.

• **L'anesthésie**

- La prémédication se fait une demi heure à une heure avant l'intervention chez un individu à jeun. L'enfant reçoit une demi ampoule de Diazépam 10 mg et une ampoule d'atropine en intramusculaire.

- L'enfant prémédiqué est allongé sur la table d'opération. Un mélange de Fluotane et d' Oxygène est prodigué au masque par un anesthésiste averti et connaissant bien la technique.

Il faut, en effet, une anesthésie suffisamment profonde pour obtenir un bon relâchement sans altérer les réflexes pharyngo-laryngés et suffisamment brève pour que le réveil soit rapide.

•La technique opératoire

- L'éclairage

Il conditionne toute l'intervention. On utilise soit le miroir frontal de CLAR soit un éclairage au scialytique.

- La position de l'opéré et de l'opérateur

L'enfant est en position couchée, les épaules et la tête sont au même niveau. L'opérateur est situé à droite du malade.

- La conduite opératoire

Une fois le patient endormi, l'ouvre bouche est mis en place. On prend le Sluder de la main droite, tandis que l'aide opérateur maintient la tête en rectitude. On commence généralement par l'amygdale droite.

Premier temps (Figure 7) :

L'anneau de la guillotine presque horizontal est introduit dans la bouche et va charger de bas en haut le pôle inférieur de l'amygdale intéressée. L'index de la main libre déprimant la base de la langue facilite ce mouvement.

La main bascule l'anneau qui devient vertical et se trouve situé dans un plan frontal. La tige de l'instrument vient déprimer très fortement la commissure labiale opposée. L'anneau charge l'amygdale d'arrière en avant. La convexité du maxillaire inférieur, la tension des piliers du voile maintiennent l'amygdale en place et l'empêchent de fuir devant l'anneau.

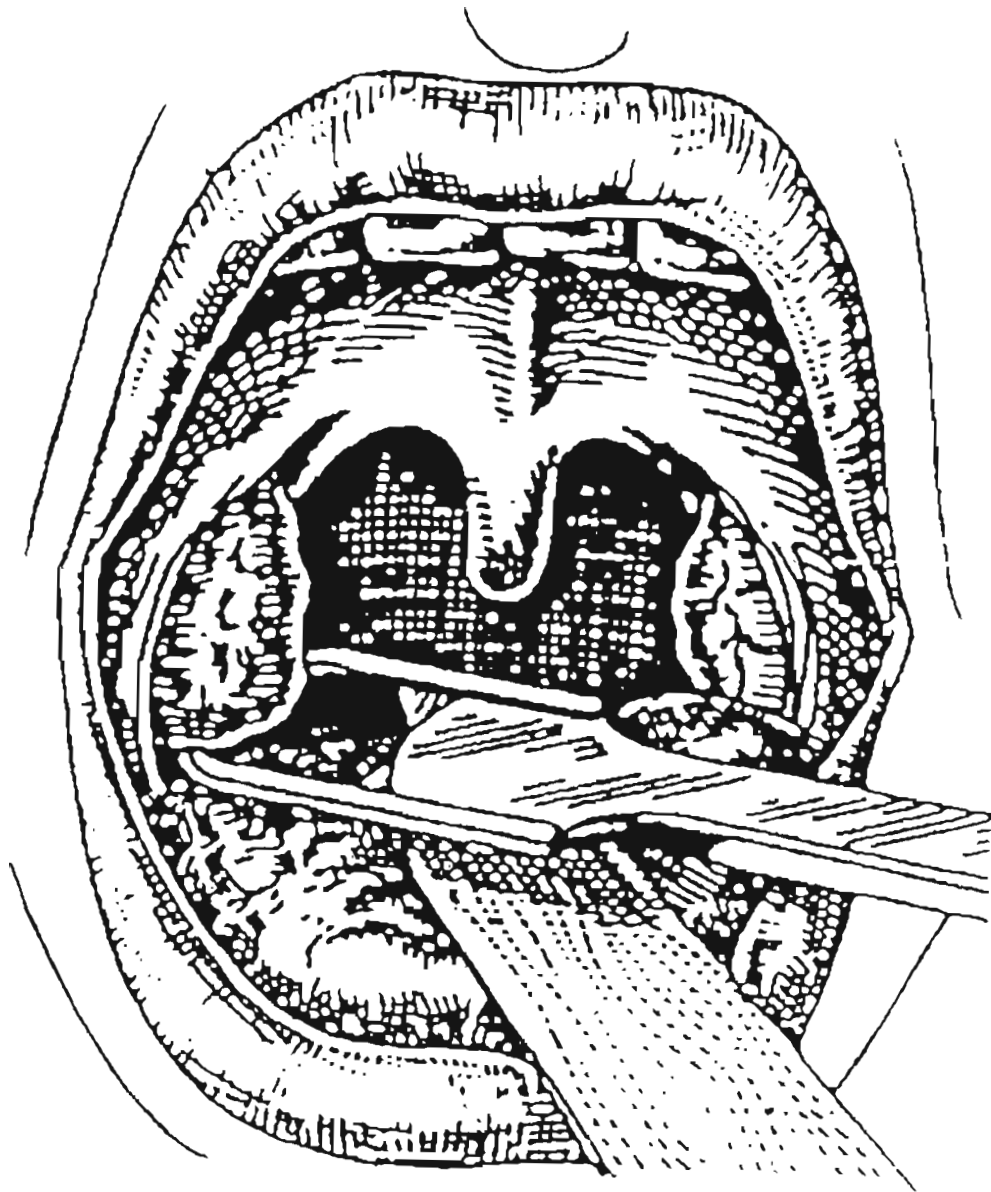


Figure 7 : Amygdalectomie au Sluder
premier temps
(d'après Roulleau P.[44])

Deuxième temps (Figure 8) :

L'index de la main libre, par l'intermédiaire du pilier antérieur, refoule l'amygdale à travers l'anneau toujours ouvert de la guillotine. On a parfois la sensation d'une pénétration brusque de l'amygdale toute entière à travers l'anneau.

Troisième temps (Figure 9) :

L'anneau de la guillotine est alors fermé sous le contrôle de la vue, l'index libre augmentant ou relâchant sa pression de façon à éviter que le pilier antérieur ne pénètre dans l'anneau et ne soit déchiré.

Pour contrôler que seule et toute l'amygdale a franchi l'anneau, l'opérateur peut, en déplaçant un peu la main tenant le Sluder, déporter l'amygdale vers la ligne médiane.

Quatrième temps (Figure 10) :

L'index libre recourbé en crochet prenant appui sur le bord supérieur de l'anneau de la guillotine toujours maintenu dans un plan frontal, va contourner cet anneau dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Il libère ainsi les adhérences conjonctives de la capsule amygdalienne des parois de sa loge.

Le décollement peut être plus ou moins difficile, selon qu' il y a eu des angines plus ou moins répétées, voire des phlegmons. En même temps, on exerce une traction avec légère rotation.

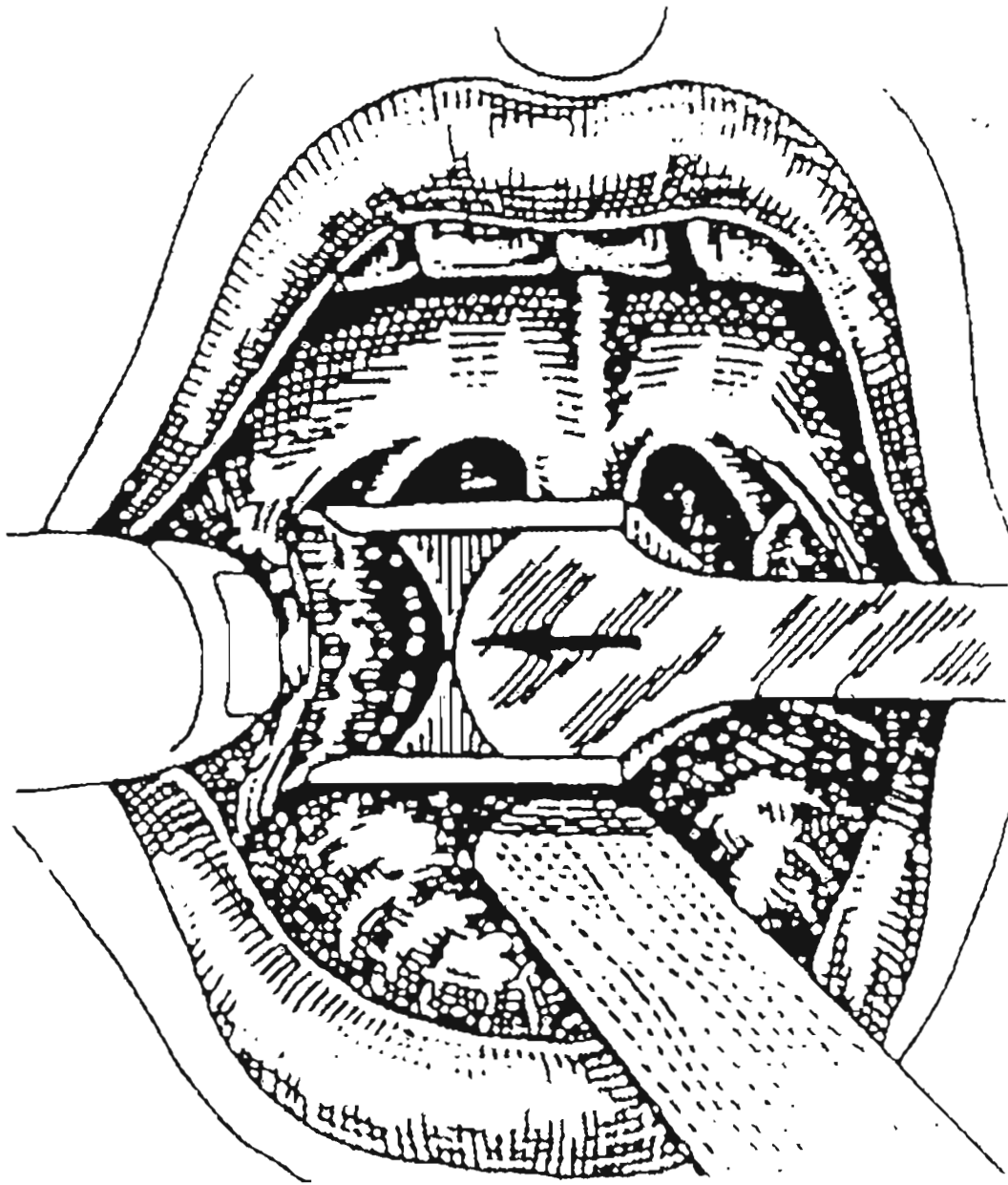


Figure 8 : Amygdalectomie au Sluder
deuxième temps
(d'après Roulleau P.[44])

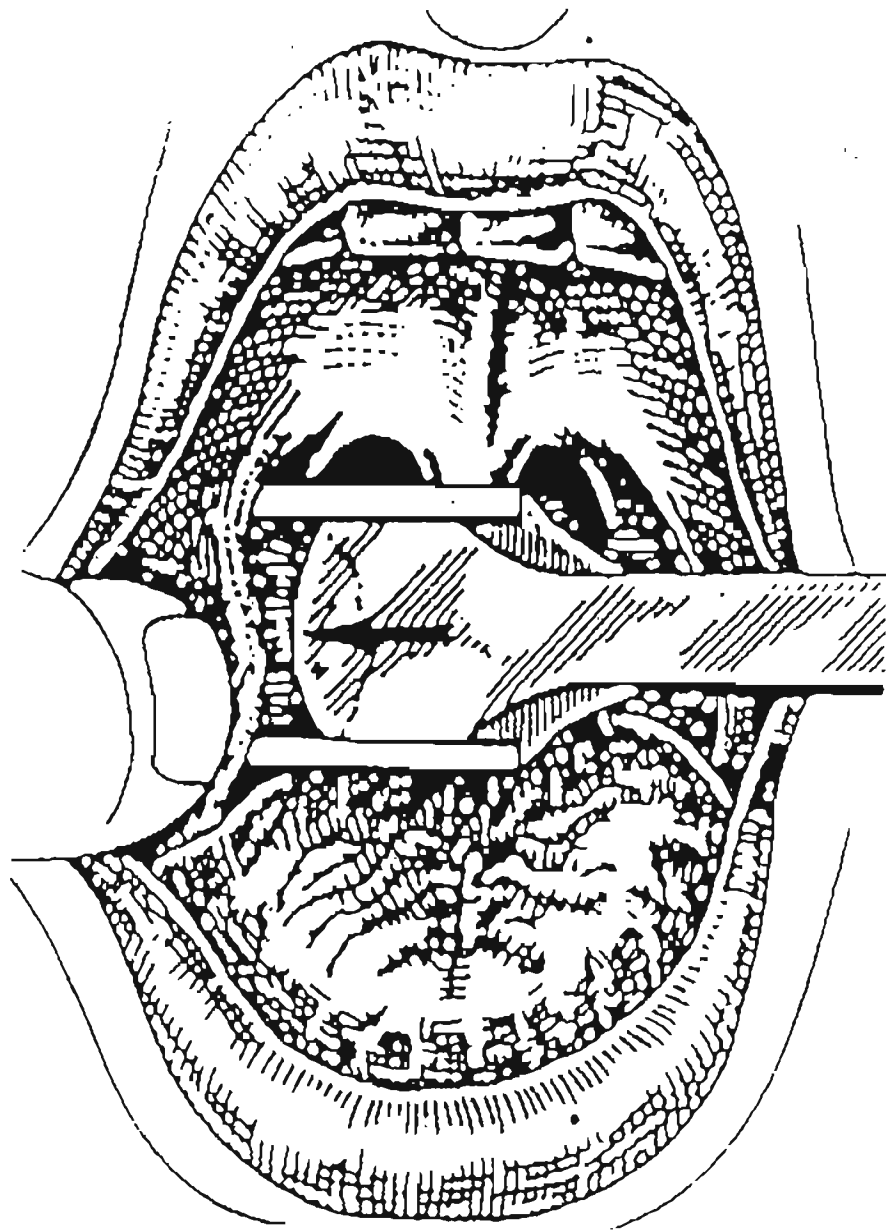


Figure 9 : Amygdalectomie au Sluder
troisième temps
(d'après Roulleau P.[44])

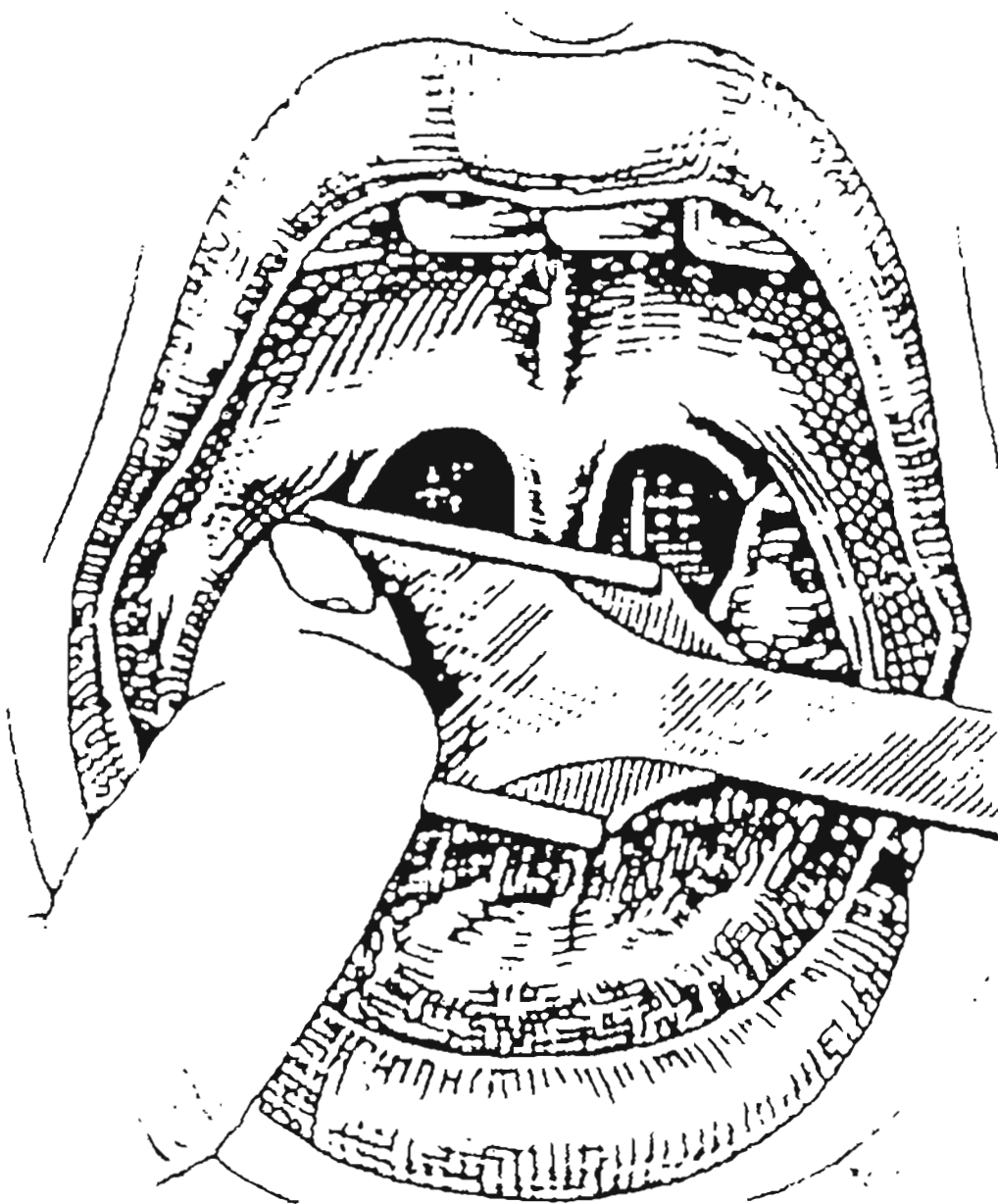


Figure 10 : Amygdalectomie au Sluder
quatrième temps
(d'après Roulleau P.[44])

Cinquième temps :

L'amygdale enlevée, il faut inspecter soigneusement la loge pour contrôler l'hémostase.

Changeant alors l'instrument de main, l'opérateur enlève de la même façon l'amygdale controlatérale. L'aide bascule la tête de l'enfant pendant que l'opérateur, à l'aide d'une compresse, se prépare à vérifier les loges.

Il faut en effet s'assurer :

- d'une part, de l'exérèse complète de chaque amygdale ;
- d'autre part, de l'absence de saignement important.

L'enfant, une fois réveillé, est alors ramené dans son lit et couché en décubitus latéral.

◆ L' amygdalectomie par dissection

Elle se fait après exposition de l'oropharynx grâce à un ouvre bouche. Elle consiste en une dissection minutieuse de l'amygdale à partir d'un plan de clivage découvert après incision de la muqueuse pharyngée au niveau du pilier antérieur.

Elle se fait sous anesthésie générale avec intubation, le patient en décubitus dorsal. Elle permet un contrôle soigneux de l'hémostase.

•Le matériel

Le matériel se compose d'un minimum essentiel comprenant un abaisse-langue, une pince à préhension, un décolleur, une paire de ciseaux courbes et fins, deux pinces hémostatiques allongées, des tampons de gaze, une canule d'aspiration, deux serre-nœuds amygdaliens, une faux de RUAUL, l'ouvre bouche de BOYLE-DAVIS, un peigne de FOST, un bistouri avec lame en bec de perroquet, un porte-aiguille, une seringue avec aiguilles longues et une lampe frontale.

•L'anesthésie

Le malade se présente en salle d'opération à jeun. La prémédication se fait une demi heure à une heure avant l'intervention.

Chez l' enfant, on utilise du Diazépam par voie rectal à raison de 0,5 mg par kg et une demi ampoule d'atropine en intramusculaire.

Chez l'adulte on utilise une ampoule de Diazépam 10 mg et une ampoule d'atropine en intramusculaire.

Chez l'enfant, l'induction est rapide au masque par le fluothane ; tandis que chez l'adulte on utilisera l'éponthol ou le fluothane.

Après avoir poser une perfusion, l'intubation naso-trachéale est mise en place. On procède ensuite à la fixation soigneuse de la sonde, à la mise en position de "Rose" du sujet à opérer.

On commence l'anesthésie en pulvérisant de la xylocaïne à 1 % sur les parois du pharynx, le voile du palais et les amygdales. La muqueuse ainsi anesthésiée, les injections seront moins désagréables.

Il convient que cette anesthésie soit suffisamment légère pour ne pas inhiber les réflexes de protection des voies aériennes inférieures.

L'infiltration sera réalisée avec de la xylocaïne, avec ou sans Adrénaline au niveau du pilier antérieur en trois points (ogive, partie moyenne, pôle supérieur) selon les auteurs. Après avoir attendu quelques minutes, l'opérateur peut commencer l'intervention.

L'entretien est assuré chez l'enfant par du fluothane en association avec un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène ; et chez l'adulte par du penthotal et du palfium ou de l'éponthol en perfusion et du palfium.

•La technique opératoire

- L'éclairage

On utilise le même éclairage que dans le procédé de SLUDER.

- La position du malade et de l'opérateur

Lorsque la dissection de l'amygdale est effectuée sous anesthésie locale, l'opéré est en position assise sur un siège et l'opérateur, assis ou debout se met en face de lui.

Lorsque la dissection se fait sous anesthésie générale, le sujet est allongé sur la table d'opération, en position de "Rose" épaules surélevées par un billot, cou en hyper extension. L'opérateur est assis à la tête du malade.

- La conduite opératoire

Sous anesthésie générale, l'ouvre bouche de BOYLE-DAVIS est mis en place. Il permet de maintenir à la fois l'ouverture de la bouche et l'immobilisation de la langue.

Puis on infiltre du sérum physiologique (chez l'enfant) ou de la xylocaïne (chez l'adulte) au niveau des piliers antérieurs et du pôle supérieur pour décoller l'amygdale de sa loge.

Premier temps (Figure 11) :

L'amygdale est saisie avec la pince de préhension. Une traction assez forte est réalisée sur l'amygdale pour la faire sortir de sa loge.

On pratique une incision arciforme de la muqueuse amygdalienne à deux millimètres du bord libre du pilier antérieur à l'aide du bistouri à lame en bec de perroquet ou à la pointe des ciseaux.

Puis on continue l'incision arciforme avec la faucille sur la muqueuse du pilier postérieur. L'incision doit s'arrêter sur la capsule amygdalienne dont les fibres apparaissent lisses et blanches.

Deuxième temps (Figure 12) :

Le décolleur mousse s'engage dans un plan frontal, derrière le pilier antérieur qu'il sépare de la face antérieure de l'amygdale, de haut en bas.

L'instrument remonte très haut sur cette face antérieure, dépassant le sommet de l'amygdale et du récessus sus amygdalien, s'il existe.

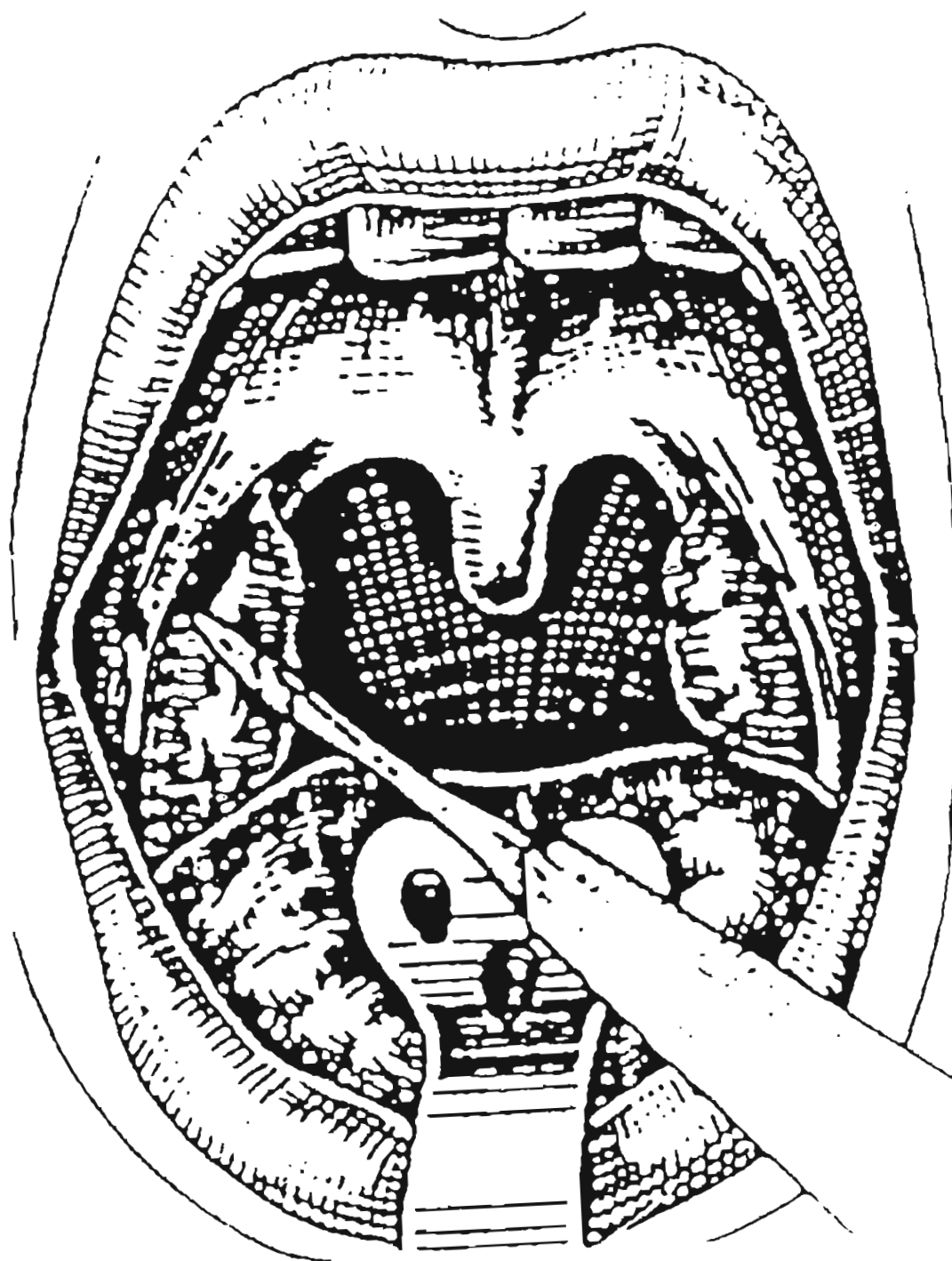


Figure 11 : Amygdalectomie à l'anse froide
premier temps
(d'après Roulleau P.[44])

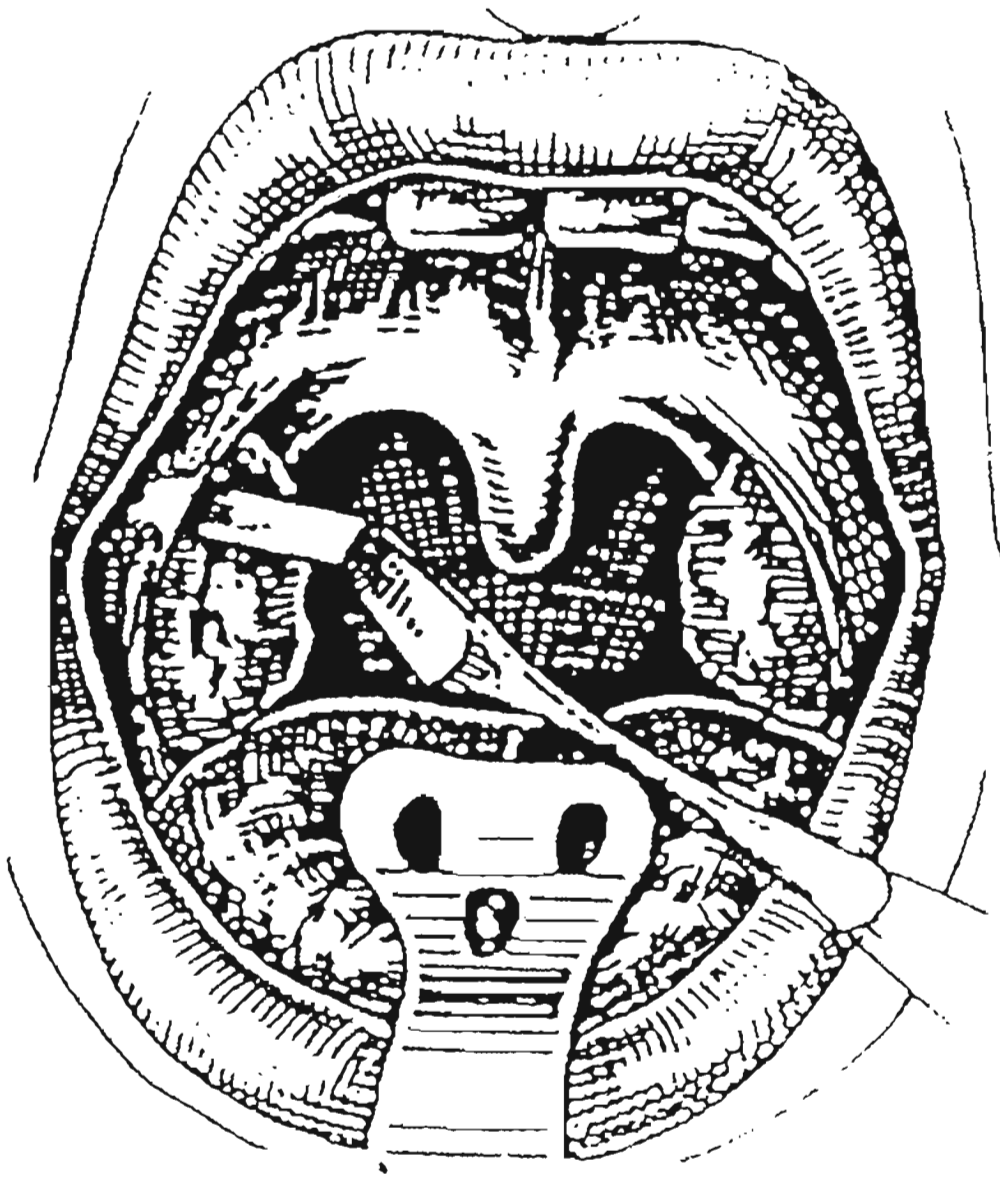


Figure 12 : Amygdalectomie à l'anse froide
Deuxième temps
(d'après Roulleau P.[44])

Puis restant toujours dans le même plan frontal, le décolleur redescend derrière le pôle supérieur, amorçant le clivage entre l'amygdale et le pilier postérieur. Ce mouvement présente une très grande importance, car il libère le pôle supérieur de l'amygdale.

Troisième temps (Figure 13) :

La pince à préhension saisissant largement l'amygdale de haut en bas, l'opérateur décolle celle-ci de sa loge jusqu'au tiers inférieur à l'aide du décolleur.

Quatrième temps (Figure 14) :

Le clivage de l'amygdale ayant été poussé jusqu'au pédicule inférieur, l'opérateur engage le serre nœud de VACHER autour des anneaux décalés de la pince de BOURGEOIS et amène l'anse au niveau du pédicule amygdalien.

Ensuite l'aide opérateur tient la pince à préhension. L'opérateur d'une main maintient le serre nœud et de l'autre main, il tourne le volant de serrage sous le contrôle de la vue, au ras du pôle inférieur de l'amygdale jusqu'à la section complète. Il marque une pause avant la section complète et en comprimant les vaisseaux à l'aide de compresses, il réalise ainsi l'hémostase.

Cinquième temps (Figure 15) :

On comprime la loge pendant quelques instants, avec une compresse.

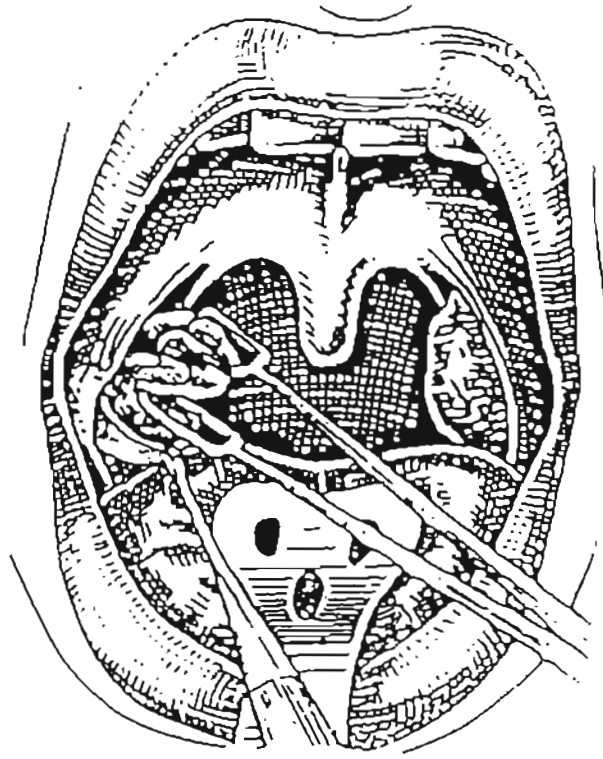


Figure 13 : Amygdalectomie à l'anse froide
troisième temps
(d'après Roulleau P.[44])

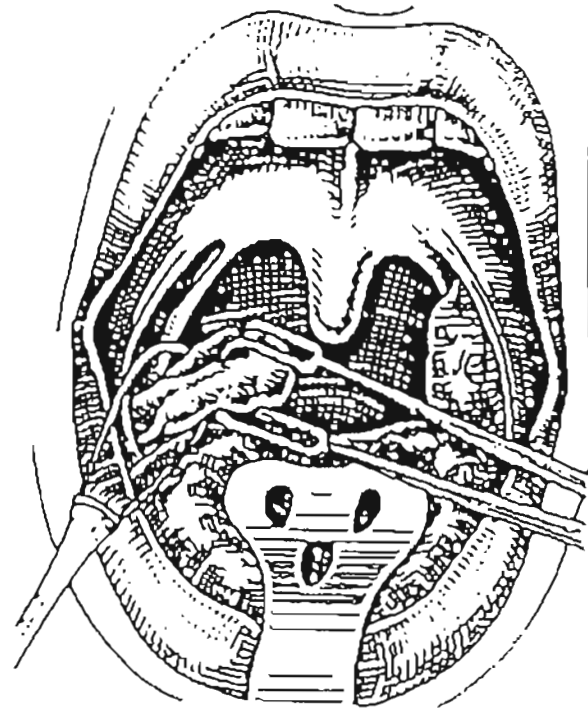


Figure 14 : Amygdalectomie à l'anse froide
quatrième temps
(d'après Roulleau P.[44])

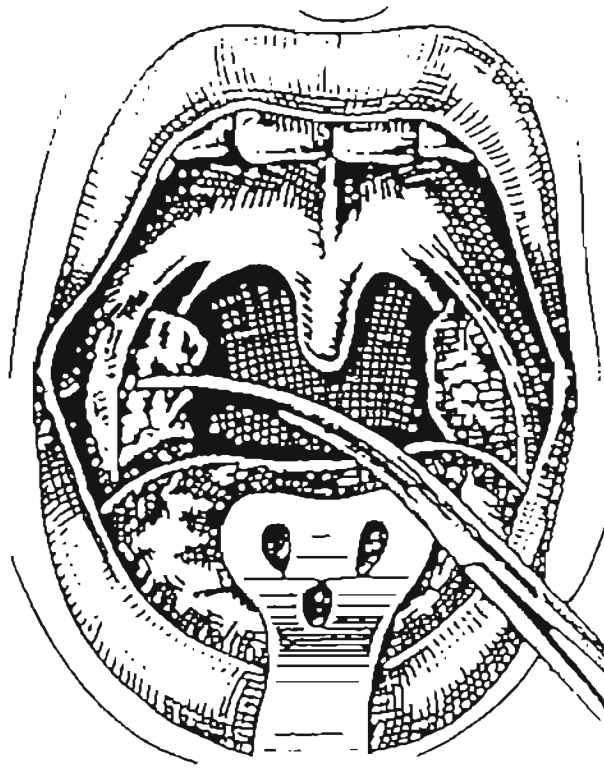


Figure 15 : Amygdalectomie à l'anse froide
cinquième temps
(d'après Roulleau P.[44])

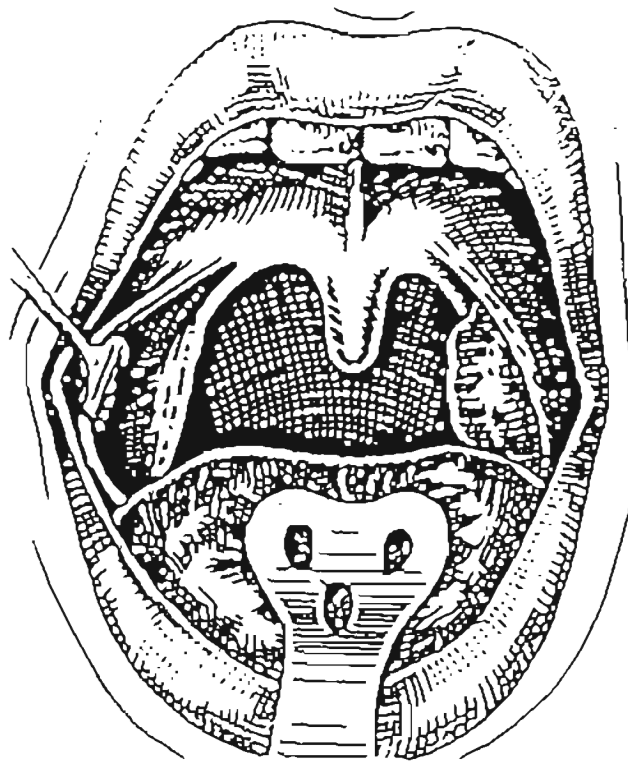


Figure 16 : Amygdalectomie à l'anse froide
Sixième temps
(d'après Roulleau P.[44])

Sixième temps (Figure 16) :

L'exérèse de l'amygdale controlatérale se fait de la même manière.

La ligature n'est pas indispensable chez l'enfant et même chez l'adulte car l'hémostase minutieuse ou spontanée des loges et un tamponnement suffisent habituellement.

Quelle que soit la technique utilisée, pour terminer, il faut toujours s'assurer de :

- l'intégrité des piliers postérieurs et antérieurs ;
- la vacuité des loges : les reliquats amygdaliens seront repris selon la même technique mais s'il s'agit de petits reliquats, ils seront décollés à la pince ;
- l'absence de saignement : il faut vérifier tous les hiles vasculaires, tout particulièrement la tonsillaire inférieure, qui cachée dans le sillon amygdalo-glosse, est la plus fréquemment en cause.

II.5.3.3. Les soins postopératoires

La surveillance postopératoire est stricte et se fait en milieu hospitalier. Elle porte essentiellement sur l'apparition éventuelle d'une hémorragie d'où l'examen de l'oropharynx par l'opérateur après l'intervention.

Le jour de l'intervention, l'alimentation est uniquement liquide, froide ou glacée. Le lendemain et pendant 5 à 6 jours, elle sera semi-liquide puis solide.

Les soins locaux se limitent à la désinfection oropharyngée et les malades sont mis sous anti-inflammatoires, antibiotiques et antalgiques.

II.5.3.4. Les suites opératoires

Les suites opératoires sont simples en général ; mais comme toute intervention chirurgicale, l'amygdalectomie comporte un certain nombre d'incidents per-opératoires et de complications postopératoires.

❖ Les incidents per-opératoires :

Certains peuvent être liés à l'anesthésie comme les arrêts cardio-respiratoires et les accidents allergiques.

D'autres sont liés à l'amygdalectomie comme les hémorragies qui peuvent être bénignes ou graves, la déchirure du pilier antérieur ou la section de la luette et l'atteinte des muscles de la loge amygdalienne.

❖ Les complications postopératoires

On peut avoir :

- **l'hémorragie précoce** qui survient dans les 3 à 4 heures qui suivent l'intervention. En fait il s'agit souvent d'une hémorragie minime immédiate méconnue qui se révèle par des crachats sanglants ou des vomissements de sang noir. L'inspection de la loge retrouve un caillot qui doit être extrait pour découvrir soit un saignement localisé soit un saignement en nappe. Celui-ci nécessitera un pincement du vaisseau ou un tamponnement à l'aide d'une compresse imprégnée d'un produit hémostatique. En cas d'échec on procédera à la ligature des piliers sur tamponnement des loges amygdaliennes au moyen de Surgicel ou de Spongel.

- **l'hémorragie tardive** qui se produit à la chute de l'escarre, entre le 4^e et le 8^e jour. Elle est bénigne, peut être artériolaire ou capillaire.

- **les complications infectieuses** qui se manifestent par une hyperthermie. La cause en est le plus souvent une infection des loges amygdaliennes.

- **les cicatrices vicieuses** qui sont plus tardives. On ne peut parler de cicatrices vicieuses que dans les cas de blessures profondes des piliers avec section du faisceau musculaire entraînant l'immobilité du pilier et un trouble de l'émission de la voix.

- **les séquelles phonatoires** qui sont consécutives à l'ablation de grosses amygdales chez l'enfant lorsque le voile est court et qui sont suivies de rhinolalie ouverte ; elles sont plus ennuyeuses chez l'adulte surtout chez le chanteur.

DEUXIEME PARTIE :
NOTRE ETUDE

OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL

Etudier les indications opératoires, les techniques opératoires et les suites opératoires de l'amygdalectomie dans le service d' O.R.L. et de C.C-F. du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou de 1993 à 2002.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

2.1. Décrire les aspects épidémiologiques et établir la fréquence de l'amygdalectomie parmi les activités chirurgicales du service.

2.2. Rapporter les indications opératoires de l'amygdalectomie.

2.3. Présenter les techniques de l'amygdalectomie utilisées dans le service.

2.4. Analyser les suites opératoires à court et moyen terme chez les patients ayant subi une amygdalectomie dans le service d' O.R.L. et de C.C-F. du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou.

METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service d'O.R.L. et de C.C-F. du C.H.N-Y.O. de Ouagadougou, qui est le premier service de référence de la spécialité dans le pays.

Les infrastructures actuelles du service se composent de :

- trois (03) bureaux de médecins ;
- trois (03) boxes de consultation pour infirmiers spécialisés ;
- une (01) salle d'accueil et de secrétariat ;
- deux (02) salles de soins ;
- une (01) salle d'audiométrie ;
- un (01) bloc opératoire qui comprend :
 - * une grande salle d'opération équipée d'une table d'opération, d'un chariot pour le matériel de l'anesthésiste, d'un microscope opératoire et d'un aspirateur ;
 - * une petite salle d'opération ;
 - * une salle de réveil équipée de trois (03) lits ;
 - * une salle de stérilisation des instruments ;
- et un (01) bloc d'hospitalisation avec quatorze (14) lits.

Le service fonctionne avec :

- trois (03) médecins spécialistes en O.R.L. dont un professeur agrégé et un maître-assistant ;
- quatorze (14) infirmiers attachés de santé spécialistes en O.R.L. ;
- et quatre (04) personnels de soutien.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective des dossiers des malades ayant subi une amygdalectomie dans le service d'O.R.L. et de C.C-F. du C.H.N-Y.O. de Ouagadougou.

2.2. Durée et période de l'étude

Notre étude s'est déroulée entre le 1^{er} Janvier 1993 et le 31 Décembre 2002, soit une durée de dix (10) ans.

2.3. Critères d'inclusion

Nous avons colligé 377 patients ayant subi une amygdalectomie dans le service d'O.R.L. et de C.C-F. du C.H.N-Y.O. de Ouagadougou durant la période concernée et disposant :

- d'un compte rendu opératoire ;
- et d'un dossier clinique d'hospitalisation.

2.4. Matériel

Les données ont été collectées sur une fiche comportant les variables suivantes (voir annexe) :

- les données sociodémographiques ;
- les données cliniques et l' indication opératoire ;
- le type d'anesthésie et la technique opératoire ;
- les incidents et les accidents per-opératoires ;
- les gestes associés à l'amygdalectomie ;
- les soins post-opératoires et la durée du séjour hospitalier ;
- les suites opératoires immédiates et les contrôles post-opératoires.

2.5. Analyse des données

La saisie et l'analyse des données a été effectuée sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi-Info version 6.0.

RESULTATS

1. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1.1. Fréquence de l'amygdalectomie

Du 1er Janvier 1993 au 31 Décembre 2002, soit une période de 10 ans, 377 amygdalectomies ont été réalisées dans le service d' O.R.L. et de C.C.F. du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou, soit en moyenne 37,7 amygdalectomies par an.

Pendant la période de notre étude, le service a pratiqué 3729 interventions chirurgicales. L'amygdalectomie a ainsi représenté 10 % des interventions chirurgicales.

1.2. Répartition des amygdalectomies selon l'année de l'intervention

Le taux le plus élevé d'amygdalectomies a été enregistré au cours de l'année 1998 soit 62 cas et le plus faible en 1993 soit 28 cas comme l'indique la figure 17.

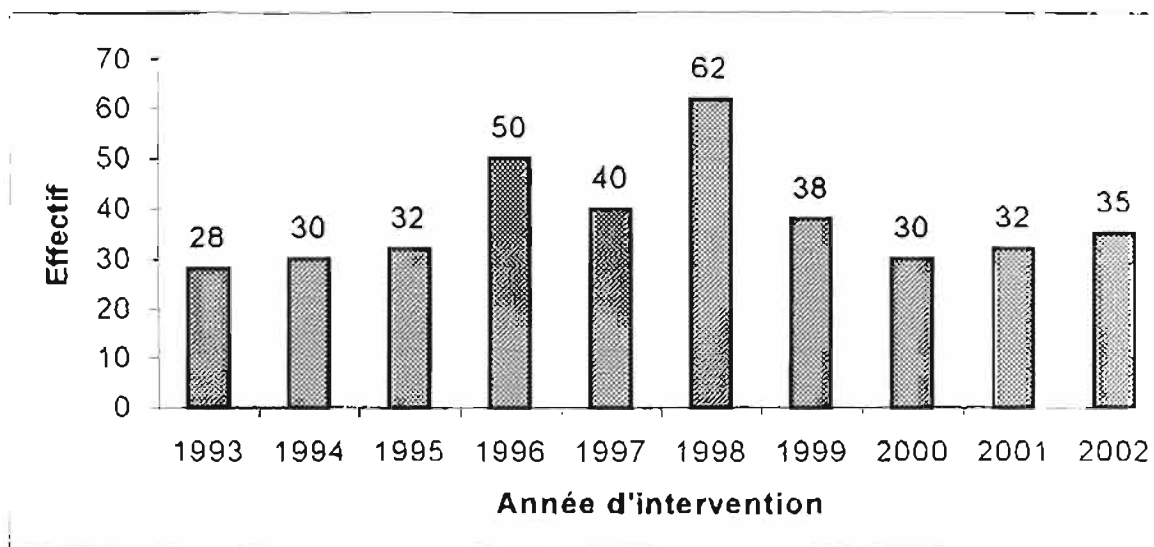


Figure 17 : Répartition des amygdalectomies selon l'année (n=377).

1.3. Répartition des amygdalectomies selon le sexe

Les patients de sexe masculin ont représenté 171 cas (45,4 %) et ceux de sexe féminin 206 cas (54,6 %) soit un sex ratio 0,8.

1.4. Répartition des amygdalectomies selon l'âge

Parmi nos patients, nous avons enregistré 199 enfants soit 52,8 % et 178 adolescents et adultes soit 47,2 % des cas. L'âge moyen des patients a été de 14 ans avec des extrêmes de 15 mois et 47 ans.

1.4.1. Chez l'enfant

La moyenne d'âge chez les enfants a été de 7 ans avec des extrêmes de 15 mois et 15 ans.

Le pic le plus important a été observé dans la tranche d'âge de 4 à 7 ans soit 96 cas (48,2 %) comme l'indique la figure 18.

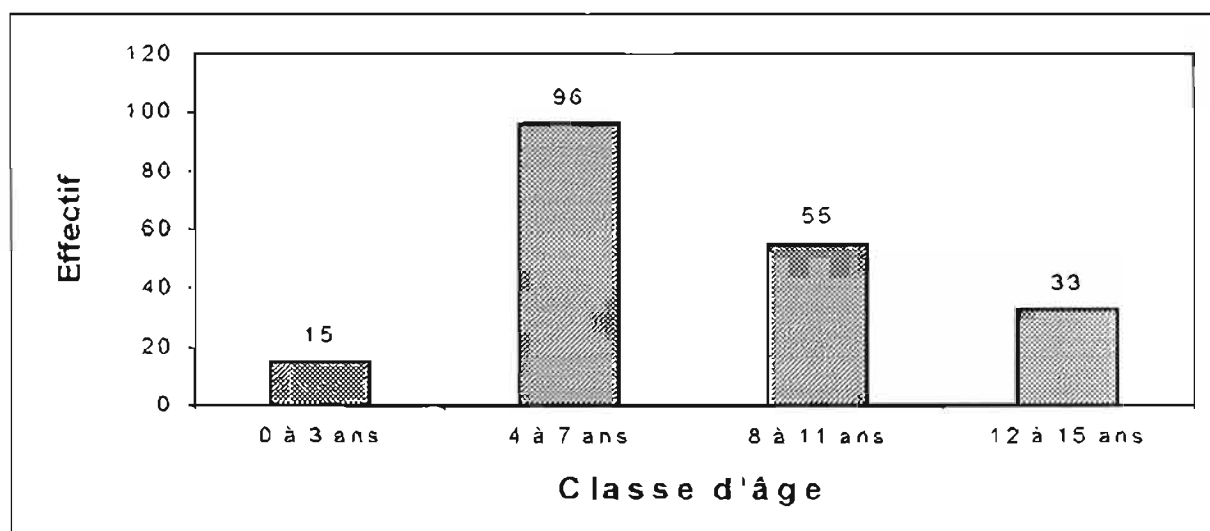


Figure 18 : Répartition des amygdalectomies par tranche d'âge chez l'enfant (n=199).

1.4.2. Chez l'adolescent et l'adulte.

L'âge moyen des patients chez les adolescents et les adultes était de 26 ans avec des extrêmes de 16 ans et 47 ans.

Le pic le plus important a été observé dans la tranche d'âge de 21 à 25 ans soit 50 cas (28,1 %) comme l'indique la figure 19.

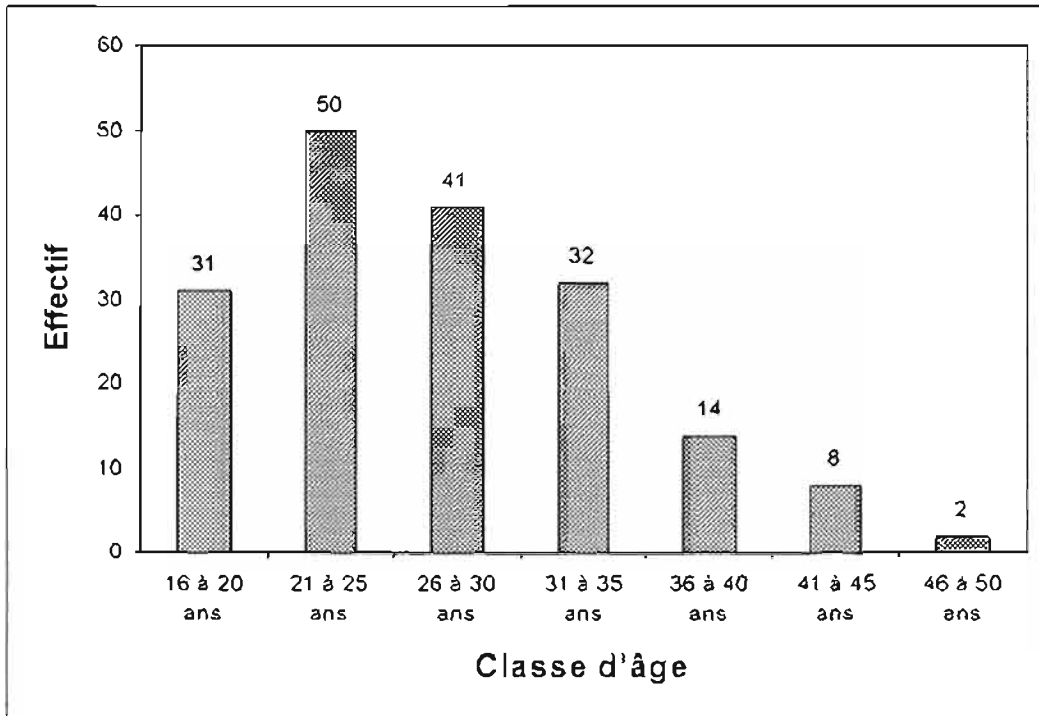


Figure 19 : Répartition des amygdalectomies par tranches d'âges chez l'adolescent et l'adulte (n=178).

1.5. Répartition des amygdalectomies selon les catégories socioprofessionnelles.

Les élèves et étudiants ont constitué la catégorie socioprofessionnelle la plus concernée par l'amygdalectomie dans le service d'O.R.L. et de C.C.F. du C.H.U.-Y.O. de Ouagadougou avec une fréquence de 44,9 %. Dans 10,1 % des cas, la profession n'a pas été précisée comme l'indique le tableau I.

Tableau I : Répartition des amygdalectomies selon les catégories socioprofessionnelles

Catégories socioprofessionnelles	Nombre de cas	Pourcentage %
Elève/ Etudiant	170	44,9
Fonctionnaire	112	29,5
Secteur privé	30	8,6
Cultivateur/Ménagère	27	6,9
Non précisée	38	10,1
Total	377	100,0

2. MODALITES OPERATOIRES

2.1. Indications opératoires

2.1.1. Répartition des amygdalectomies selon l'indication opératoire chez l'enfant

L'amygdalite chronique avec grosses amygdales obstructives a été la principale indication d'amygdalectomie chez l'enfant soit 50,7 % des patients comme l'indique la figure 20.

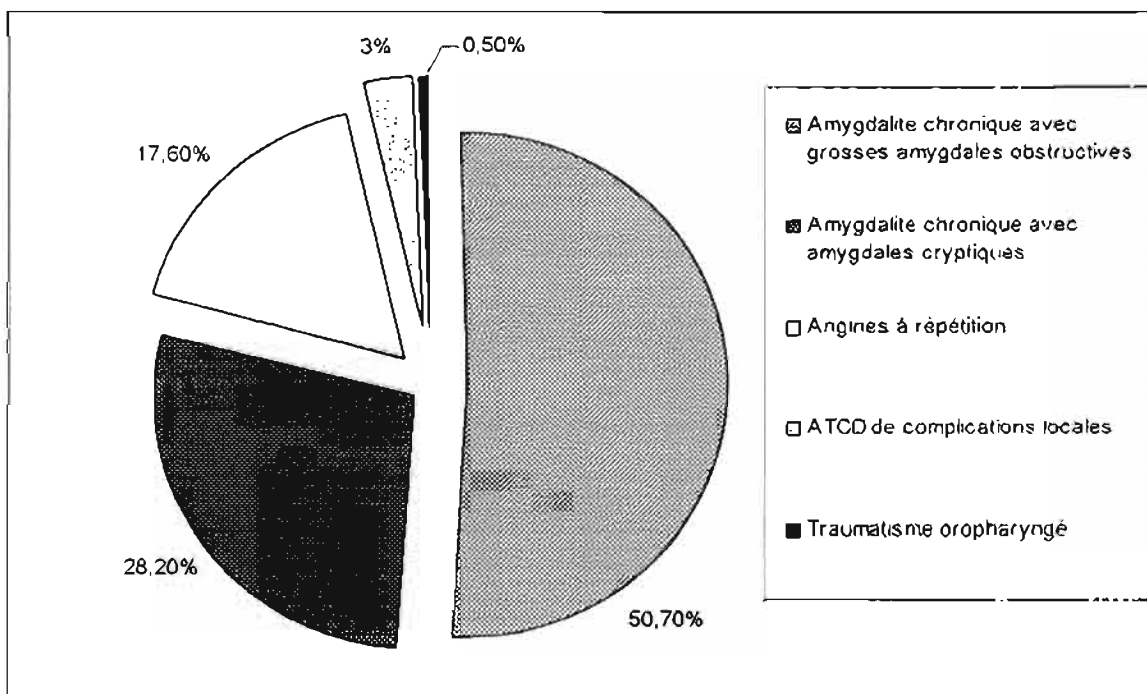


Figure 20 : Répartition des amygdalectomies selon les indications chez l'enfant (n=199).

2.1.2. Répartition des amygdalectomies chez l'adolescent et l'adulte

L'amygdalite chronique avec amygdales cryptiques a été la principale indication d'amygdalectomie chez l'adolescent et l'adulte soit 68,2 % des patients comme l'indique la figure 21.

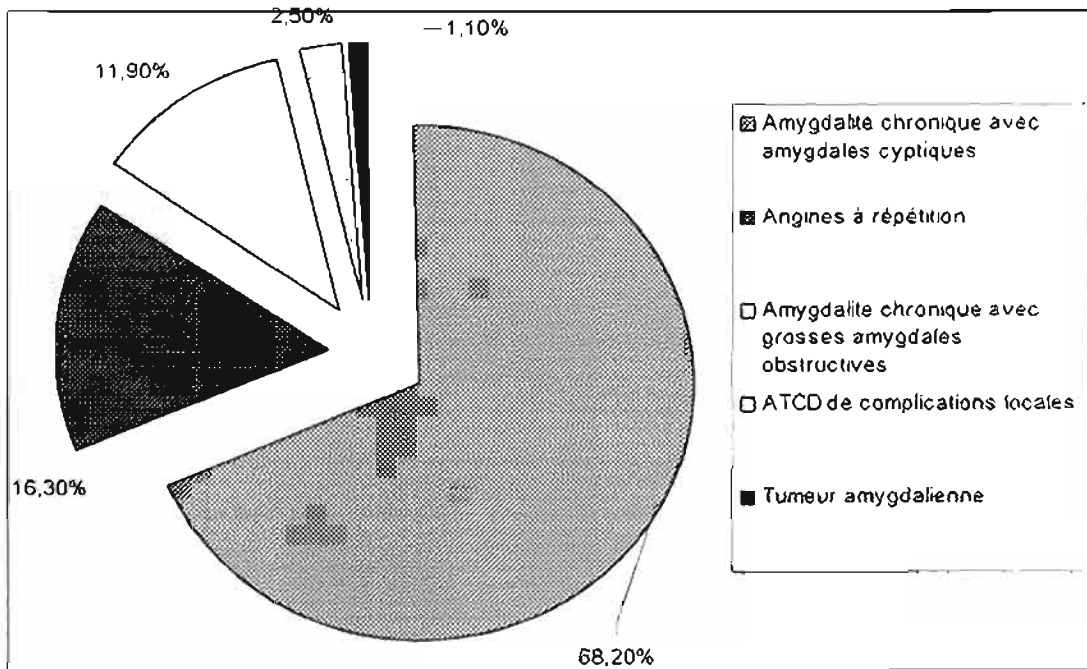


Figure 21 : Répartition des amygdalectomies selon les indications chez l'adolescent et l'adulte (n=178).

2.2. Anesthésie

L'anesthésie a été générale dans tous les cas avec intubation naso-trachéale (91,8 %) ou sans intubation (8,2 %).

2.3. Technique opératoire

Deux techniques opératoires ont été utilisées : l'amygdalectomie par dissection dans 84,4 % des cas chez l'enfant et 100 % des cas chez

l'adulte ; et l'amygdalectomie à la guillotine de Sluder dans 15,6 % des cas chez l'enfant.

2.4. Gestes associés

L'amygdalectomie a été associée à d'autres gestes opératoires.

2.4.1. Chez l'enfant

L'adénoïdectomie a été le seul geste associé à l'amygdalectomie dans 28,1 % des cas soit 56 cas.

2.4.2. Chez l'adolescent et l'adulte

Une uvulo-pharyngoplastie a été associée à l'amygdalectomie dans 0,6 % des cas.

2.5. Incidents et accidents peropératoires

L'hémorragie peropératoire en nappe a été enregistrée dans 6,4 % des cas comme l'indique le tableau II.

Tableau II : Incidents et accidents peropératoires de l'amygdalectomie
(n=30)

Incidents et accidents	Nombre de cas	Pourcentage %
Hémorragie	24	6,4
Arrêt cardiaque	2	0,5
Dilacération d'un pilier	2	0,5
Encombrement respiratoire au réveil	1	0,3
Spasme respiratoire au cours de l'anesthésie	1	0,3

Deux (2) cas d'arrêt cardiaque ont été enregistrés dont 1 cas mortel.

3. SUITES OPERATOIRES

Dans notre série les suites opératoires ont été divisées en suites opératoires immédiates qui correspondent à la période de l'hospitalisation ; et en suites opératoires secondaires avec un recul de 3 mois après l'amygdalectomie.

3.1. Suites opératoires immédiates.

3.1.1. Soins postopératoires.

En postopératoire, 100 % des patients ont été mis sous régime alimentaire. De même 100 % des patients ont bénéficié d'un traitement à base d'antibiotique et plus de 90 % d'anti-inflammatoire et de collutoire associé comme l'indique le tableau III.

Tableau III : Soins postopératoires de l'amygdalectomie (n=376)

Traitement	Nombre de cas	Pourcentage %
Antibiotiques	376	100
Conseil diététique	376	100
Collutoire	366	97,3
Anti-inflammatoire	351	93,3
Antalgique	150	39,9
Hémostatique	43	11,4
Désinfectant nasal	6	1,6

3.1.2. Séjour hospitalier

Tous les patients qui ont subi une amygdalectomie ont été hospitalisés pendant un jour (58 cas soit 15,4 %) ou en 2 à 3 jours (319 cas soit 84,6 %).

La durée moyenne du séjour hospitalier a été de 2 jours avec des extrêmes de 1 et 3 jours comme l'indique le tableau IV.

Tableau IV : Durée d'hospitalisation après amygdalectomie

Séjour hospitalier	Nombre de cas	Pourcentage %
0	58	15,4
1	168	44,6
2	150	40
Total	376	100,0

3.1.3. Complications postopératoires immédiates

Les suites opératoires ont été simples dans 369 cas soit 95,6 %. L'hémorragie postopératoire a été observée dans 4,4 % des cas.

Selon la technique opératoire, les 8 cas d'hémorragie post opératoire ont été enregistrées au cours de l'amygdalectomie par dissection. Au cours de l'amygdalectomie à la guillotine de Sluder aucune complication postopératoire n'a été observée.

3.2. Suites opératoires secondaires

Près de 75 % des patients ont effectué 1 à 2 contrôles post opératoires comme l'indique le tableau V.

Tableau V : Contrôles postopératoires des patients amygdalectomisés

Nombre de contrôles	Nombre de cas	Pourcentage %
1	166	44
2	113	30
3	8	2,1
4	2	0,5

Les suites opératoires secondaires ont été simples dans tous les cas. Dans cette étude, 88 patients soit 23,3 % des cas n'ont effectué aucun contrôle postopératoire.

DISCUSSION

1. LIMITES DE L'ETUDE

Durant notre étude, nous avons rencontré un certain nombre de limites et contraintes dont les principales sont les suivantes :

- les compte-rendus opératoires non détaillés ou illisibles ne nous ont pas permis d'approfondir certains aspects de ce travail ;
- concernant la tenue des dossiers des patients, l'observation clinique était quelques fois sommaire et les mises à jour n'étaient pas toujours notées une fois le malade sorti de l'hôpital. Cette situation a rendu l'analyse des suites opératoires difficile en particulier pour ce qui est de la douleur postopératoire.

Ces limites et contraintes peuvent être imputables au caractère rétrospectif de notre étude.

2. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

2.1. De la fréquence des amygdalectomies

L'amygdalectomie a représenté 10 % de l'ensemble des activités chirurgicales en O.R.L. durant cette étude. Ce taux est important quand on sait que le service pratique en moyenne 38 amygdalectomies par an.

Notre fréquence de 10 % est comparable à celles de LOUGUE [33] au Burkina Faso, 9,20 % et SENEZ [48] en France, 10,4 %. Mais elle est en dessous de celles de OUOBA et Coll. [36] au Burkina Faso, de DAKHLALLAH [17] au Sénégal qui trouvaient des fréquences respectives de 15,43 % et 23,8 % des activités chirurgicales en 1998 et 1985.

Cette différence pourrait s'expliquer par la durée de notre étude qui est longue (10 ans), l'amélioration de la prise en charge médicale des amygdalites qui a réduit les indications de l'amygdalectomie et le faible nombre de spécialistes en O.R.L. de notre pays.

Pour ce qui est de la répartition annuelle de l'amygdalectomie qui est pratiquée durant toute l'année, nous avons enregistré en 1998 le plus grand nombre de cas et en 1993 le plus faible nombre. Cette variation serait en rapport avec le nombre croissant de praticiens dans le service comme l'avait déjà noté SANOU [47] en 1997. En effet durant la période de cette étude, le nombre de médecins spécialistes en O.R.L. est passé de 3 à 4 médecins de 1993 à 1998 puis de 4 à 3 médecins de 1998 à nos jours.

2.2. Du sexe de nos patients

Dans notre série, nous avons noté une prépondérance du sexe féminin, 54,6 % des cas. Cette prédominance féminine est également retrouvée par CONLON et Coll. [11] en Irlande, DEBRIE [18] au Sénégal et PANARESE [37] au Royaume Uni.

Mais nos résultats sont opposés à ceux de LOUGUE [33] au Burkina Faso, CONTENGIN [13] en France, GOLDSTEIN et Coll. [27], RANJIT et Coll. [43] à Singapour, et de GIRARD et Coll. [26] en France, qui notaient quant à eux une prédominance masculine. Notre prédominance féminine pourrait s'expliquer dans notre contexte par la structure démographique de la population de notre pays qui est à prédominance féminine.

2.3. De l'âge de nos patients

L'âge moyen de nos patients était de 14 ans avec des extrêmes de 15 mois et 47 ans. Il est comparable à celui de RANJIT et Coll. [43] qui trouvaient 17 ans. Mais il est nettement au dessus de ceux de CONTENCIN [13] en France, HOMER [29] au Royaume Uni, CONLON et Col. [11] en Irlande et de GIRARD et Coll. [26] en France qui trouvaient un âge moyen respectif de 7,47 ans ; 7,3 ans ; 7 ans et 4 ans.

Cette différence d'âge d'avec notre série pourrait s'expliquer par le fait que leurs études ont concerné uniquement les enfants. Néanmoins l'amygdalectomie a été fréquente chez l'enfant avec 52,7 % des cas dans cette étude.

En ce qui concerne l'âge de l'enfant pour l'amygdalectomie, 48,2 % de nos patients ont été opérés dans la tranche d'âge de 4 à 7 ans. Ceci est conforme à l'âge moyen de la plupart des auteurs [11, 13, 26, 29].

A ce propos il est classique de ne pas opérer avant l'âge de 4 ans comme le soulignent ROUSSILLAT [45] en France et WILLEMONT [54] en Belgique, mais la tendance est plus nuancée de nos jours. En effet, des auteurs comme ASTRUC [2], CHARISSOUX [8], CRAMPETTE et Coll. [14] et TRAISSAC [51] en France ; OUOBA et Coll. [36] au Burkina Faso et WILLEMONT [54] pensent qu'une dyspnée grave d'origine amygdalienne chez un enfant de 1 an par exemple ne doit pas faire attendre l'âge de 4 ans pour l'opérer !

2.4. De la catégorie socioprofessionnelle de nos patients

Dans cette étude, les patients appartenaient à des catégories socioprofessionnelles très variées. Ainsi les élèves et étudiants étaient les plus représentés soit 44,9 % ; puis les salariés soit 26,1 % des cas.

La fréquence élevée observée chez les élèves et étudiants serait liée d'une part au fait que Ouagadougou en plus de l'université a une forte concentration des écoles ; et d'autre part par l'organisation du service de santé scolaire et universitaire qui permet une orientation rapide des élèves et étudiants vers les services de santé spécialisés.

Quant aux salariés, c'est vraisemblablement parce que mieux nantis et informés, ils ont consulté plusieurs fois pour plusieurs épisodes d'angines et se laissent convaincre pour l'amygdalectomie parce que informés des risques de complications.

LOUGUE [33] au Burkina Faso faisait le même constat en 1999 à propos des activités chirurgicales dans le service d'O.R.L.

3. MODALITES OPERATOIRES

3.1. Des indications opératoires

L'amygdalectomie est une intervention courante en O.R.L., considérée par certains comme mineure [49]. Si chez l'enfant, ses indications sont moins fréquentes de nos jours que dans les années 50 [25 ; 45] ; chez l'adulte elles restent nombreuses et la diminution des amygdalectomies chez l'enfant a fait croître ces quinze dernières années la fréquence des amygdalectomies chez les adolescents [45].

Certaines restent légitimes même de nos jours. Ces indications classiques sont résumées chez l'enfant sur le tableau VI et chez l'adulte sur le tableau VII.

Tableau VI : Récapitulatif des indications classiques de l'amygdalectomie selon les auteurs chez l'enfant

Indications Auteurs	Amygdalite chronique avec grosses amygdales obstructives	Amygdalite chronique avec amygdales cryptiques et caséuses	Angines à répétition	Antécédents de complications aiguës
OUOBA Burkina, 1998	12,5 %	2,89 %	75 %	0,96 %
MACCALLUM Angleterre, 2001	49 %	0,8 %	51 %	---
DEBRIE Sénégal, 1982	7,4 %	11,1 %	83,5 %	---
Notre série	50,7 %	28,2 %	17,6 %	3 %

Tableau VII : Récapitulatif des indications classiques de l'amygdalectomie selon les auteurs chez l'adulte

Indications Auteurs	Amygdalite chronique avec grosses amygdales obstructives	Amygdalite chronique avec amygdales cryptiques et caséuses	Angines à répétition	Antécédents de complications aiguës
OUOBA Burkina, 1998	2,27 %	61,36 %	4,55 %	31,82 %
DEBRIE Sénégal, 1982	---	5,73 %	73 %	20 %
DEBRIE Sénégal, 1982	---	6,7 %	---	15,3 %
Notre série	11,9 %	68,2 %	16,3 %	2,5 %

Ainsi la plupart de auteurs [2, 9, 14, 18, 21, 23, 24, 34, 36] s'accordent pour dire que 4 indications sont toujours d'actualité :

L'amygdalite chronique avec grosses amygdales obstructives, du fait de l'obstruction pharyngée, elle est responsable de rhinopharyngites à répétition et d'apnée du sommeil. Elle est la principale indication chez l'enfant : 50,7 % dans notre série. Le diagnostic se fait à l'interrogatoire et à l'examen de l'oropharynx. Les résultats sont spectaculaires après l'amygdalectomie.

L'amygdalite chronique avec amygdales cryptiques caséuses est la principale indication chez l'adulte. Dans notre série, elle a représenté 68,2 %. Il s'agit surtout d'amygdalites chroniques caséuses ou crypto-caséuses. Les cryptes amygdaliennes représentent d'importants réservoirs de germes qui entretiennent l'infection de l'amygdale.

Le dosage des A.S.L.O. s'il est réalisé montre très souvent des taux supérieurs à 400 UI pour un taux normal inférieur à 200 UI.

Les angines à répétition, troisième indication classique de l'amygdalectomie, elles se rencontrent à tous les âges. Ces angines sont justiciables d'une amygdalectomie du fait que non seulement elles sont résistantes au traitement médical bien conduit ; mais aussi elles s'accompagnent de complications loco-régionales et à distance, et d'un retentissement sur la fréquentation scolaire de l'enfant et l'activité professionnelle de l'adulte.

L'amygdalectomie est proposée devant les arguments suivants : l'authenticité des épisodes d'angine confirmés par un médecin ou consignés dans le carnet de santé et la fréquence des angines supérieure à 5 épisodes par an ; mais aussi l'incidence sur la fréquentation scolaire ; ainsi que l'incidence sur l'état loco-régional (adénopathies cervicales) en général et surtout les complications à distance qui sont toujours possibles telles les complications articulaires, rénales et cardiaques.

Les antécédents de complications aiguës à type de phlegmons périamygdaliens, d'abcès retropharyngiens ou d'adénophlegmons cervicaux, se rencontrent aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte. Ce sont des complications infectieuses dont la répétition impose l'amygdalectomie six semaines au moins après l'épisode aigu.

Certains auteurs comme PELISSE [39] en France propose une amygdalectomie à « chaud » après un épisode de phlegmon péri amygdalien afin d'éviter la récurrence.

Mais nous pensons que dans nos conditions de travail marquées par la précarité des moyens de réanimation, une amygdalectomie à « chaud » au cours d'un épisode infectieux de l'amygdale favoriserait des risques de choc infectieux.

Les autres indications sont discutables. En effet,

L'hémorragie d'origine amygdalienne consécutive à un traumatisme oro-pharyngé ou chez un enfant qui a un trouble de l'hémostase doit faire discuter une amygdalectomie. Dans cette étude, nous avons enregistré 2 cas de traumatisme oro-pharyngé avec amygdalectomie incomplète. L'amygdalectomie permet dans ces cas un geste d'hémostase [48].

Quant aux tumeurs amygdaliennes, leur diagnostic est évoqué en cas de tuméfaction unilatérale franche d'une amygdale et l'amygdalectomie est discutable en vue d'un examen anatomopathologique.

En effet, une biopsie amygdalienne d'une amygdale suspecte de malignité s'avère difficile à cause du risque hémorragique et on peut être amené à répéter la biopsie si le fragment prélevé apparaissait sain. Dans ce cas, il est préférable de faire une amygdalectomie réglée plutôt qu'une biopsie [23]. Dans notre série, ont été réalisées deux amygdalectomies pour tumeur amygdalienne.

Les complications générales en particulier les syndromes post-streptococciques (le rhumatisme articulaire aigu, la glomérulonéphrite aiguë, la cardite rhumatismale, la chorée) et certaines fièvres au long cour font discuter une amygdalectomie. Elle est justifiée lorsque le foyer infectieux causal est amygdalien. Elles sont discutables car les amygdales ne sont pas toujours les seules portes d'entrée streptococciques.

3.2. De l'anesthésie

L'anesthésie générale a été fréquemment utilisée avec intubation naso-trachéale dans notre série (98,1 %) car elle offre à la fois une grande sécurité au malade et au chirurgien. L'amygdalectomie réalisée sans intubation expose l'enfant soit à un risque majeur de troubles du rythme à type d'extrasystoles ventriculaires ou de tachycardies ventriculaires et de laryngospasme si l'anesthésie est légère, soit à un risque majeur d'inhalation de sang et de bronchospasme si l'anesthésie est profonde.

Des auteurs comme CRAMPETTE et Coll. [14] et CROS[15] en France ; CRYSDALE [16] au Canada et OUOBA et Coll. [36] au Burkina Faso, sont également en faveur de l'anesthésie générale avec intubation naso-trachéale parce que non seulement elle protège l'arbre trachéo-bronchique mais aussi elle permet une hémostase minutieuse avant le réveil du patient et du même coup les complications postopératoires (hémorragie) sont moins fréquentes en cas d'anesthésie générale.

Certes 1 cas de spasme respiratoire et 2 cas d'arrêt cardio-respiratoire dont 1 arrêt fatal au patient ont été enregistrés. Cependant l'anesthésie générale est bien plus avantageuse dans notre contexte de travail. Nous suggérons donc que l'accent soit mis sur la nécessité d'un bilan pré-anesthésique rigoureux, sur l'amélioration du plateau technique, et sur l'étoffement du personnel anesthésique en vue d'un meilleur rendement.

3.3. De la technique opératoire

Deux techniques opératoires ont été utilisées pour l'amygdalectomie dans notre série : le procédé de Sluder et l'amygdalectomie par dissection.

3.3.1. Le procédé de Sluder

Il a été utilisé seulement chez l'enfant dans notre série. Cette faible utilisation du procédé de Sluder pourrait s'expliquer par le fait que cette technique a des inconvénients non négligeables comme le souligne ROUSSILLAT [45] en France :

- l'application du masque à l'enfant conscient peut entraîner un traumatisme psychologique ;

- l'anesthésie est parfois imparfaite. Elle peut être insuffisante et le patient se réveille alors en plein déroulement opératoire.

L'opérateur doit donc avoir des gestes rapides et précis. L'anesthésie par inhalation expose à l'arrêt cardio-respiratoire à tout moment si la dose a été trop forte ou si elle a été administrée trop rapidement ;

- il s'agit d'une anesthésie sans intubation rendant donc possible le passage de sang dans les voies respiratoires inférieures ;

- on a reproché à cette méthode la position demi-assise qui favoriserait l'anoxie cérébrale ;

- on constate souvent, deux mois plus tard, lors du contrôle du pharynx, l'effacement des piliers amygdaliens ;

- les amygdalectomies incomplètes avec moignons restent fréquentes ;

- l'hémostase souvent imparfaite peut donner des soucis. Les hémorragies postopératoires détectées dès leur début peuvent être sans conséquences sérieuses ; cependant certaines hémorragies connaissent une évolution tragique.

Toutefois, l'amygdalectomie au Sluder est une technique qui a également des partisans : entre des mains entraînées et sur des amygdales relativement « faciles », elle donne d'excellents résultats selon BIRRELL [4] au Royaume Uni. Elle présente bien des avantages selon ROUSSILLAT [45] en France :

- cette méthode est simple et d'une extrême rapidité. En effet cette méthode a une qualité qui avait son poids quand il fallait faire toute une série d'amygdalectomies dans la même matinée.

- l'anesthésie est de courte durée et permet un réveil complet très rapide.

Ainsi le procédé de Sluder est intéressant lorsque l'anesthésiste est rompu à cette technique et l'opérateur expérimenté. C'est dans ce cas qu'il a été utilisé dans 15,6 % des cas dans notre série.

3.3.2. La technique d'amygdalectomie par dissection

Cette technique d'amygdalectomie a été utilisée dans 84,4 % des cas chez l'enfant dans notre série ; tandis que chez l'adulte elle a été la seule technique utilisée. Cela se justifie par le fait que l'amygdalectomie par dissection possède des avantages qui font d'elle la technique chirurgicale par excellence pour de nombreux auteurs [4, 33, 36] :

- l'anesthésie est d'une qualité parfaite et la surveillance de cette anesthésie est facile ;

- la dissection peut être réglée, soigneuse, respectant les piliers car cette méthode offre une meilleure vision du champ opératoire ;

- cette méthode permet l'hémostase. Certains praticiens posent des points de ligature. Devant la finesse de la plupart des vaisseaux responsables de l'hémorragie, une coagulation sélective et fine est possible. En cas de doute, on peut suturer les deux piliers par deux points séparés.

Nos 15,6 % de patients qui ont subi la méthode de Sluder restent justifiés par les inconvénients de l'amygdalectomie par dissection qui sont :

- l'intubation laryngée qui peut provoquer un traumatisme laryngé préoccupant chez l'enfant surtout avant 4 ans ;

- le saignement peropératoire peut être gênant ;

- cette technique nécessite un certain nombre d'instruments.

Néanmoins, quelques difficultés sont attachées à cette technique et doivent être prises en compte :

- à partir de 4 ans le larynx infantile se comporte comme un larynx adulte. On doit utiliser une sonde d'une longueur et d'un diamètre convenables. Chez les enfants un ballonnet modérément gonflé est utile et donne toute satisfaction. Par prudence, on injecte vers la fin de l'intervention une ampoule de corticoïde soluble ;
- l'antagonisme sonde-ouvre-bouche est supprimé par l'intubation nasale ;
- le saignement peropératoire peut relever de la technique d'anesthésie. Lors des premiers essais de cette méthode, les anesthésistes appliquaient à l'amygdalectomie les techniques éprouvées de chirurgie générale. Les méthodes actuelles permettent de diminuer le saignement peropératoire ;
- les prémédications doivent être légères ;
- l'opéré doit être en position proclive et en extension cervicale modérée ;
- l'induction doit être faite à doses minimales ;
- L'infiltration de l'ogive amygdalienne est facultative.

3.4. Des gestes associés à l'amygdalectomie

L'adénoïdectomie a été le plus fréquent des gestes associés à l'amygdalectomie (28,1 %) dans cette étude. La raison en est l'association fréquente des végétations adénoïdes à l'amygdalite chronique chez les enfants présentant le plus souvent un terrain atopique (allergique). Pour CRYSDALE [16] au Canada et MACCALLUM et Coll. [34] en Angleterre, l'adéno-amygdalectomie a été réalisée dans 81,9 % et 70 % des cas.

Cette différence d'avec notre taux pourrait s'expliquer par d'une part la petite taille de notre échantillon et d'autre part par le fait que l'étude de MACCALLUM et Coll. a concerné uniquement les enfants.

3.5. Des incidents/accidents peropératoires

L'hémorragie peropératoire a été le plus fréquent des incidents lors de l'amygdalectomie dans cette étude. Nous liions ces hémorragies à l'importance de la vascularisation de la loge amygdalienne et à l'exiguïté de l'oropharynx qui rendent l'hémostase parfois difficile. Aussi la dilacération des piliers par le praticien peu expérimenté et la présence de reliquat amygdalien (moignon) qui favoriserait le saignement peuvent également expliquer ces hémorragies.

Nombre d'auteurs comme DEBRIE [18], ESSAKALI [22], PEYTRAL et Coll.[40] abondent dans le même sens en affirmant que les accidents au cours de l'amygdalectomie sont avant tout dominés par le problème des hémorragies. Mais il s'agit en règle d'hémorragies bénignes.

Parmi les 24 incidents hémorragiques de notre série, des gestes simples ont permis de juguler l'incident : une injection peropératoire d'hémostatiques dans 11 cas ; une électrocoagulation dans 9 cas et une ligature des piliers dans 4 cas. La ligature des piliers n'est pas un geste systématique au cours des amygdalectomies, mais se justifie dans ces cas d'hémorragie.

C'est également l'avis d'EBRIE [21] et de LONG [32].

4. SUITES OPERATOIRES

4.1. Des suites opératoires immédiates

4.1.1. Les soins postopératoires

Dans notre série, les patients étaient systématiquement mis sous une antibiothérapie prophylactique, des antalgiques et anti-inflammatoires sans acide salicylique, un hémostatique par voie générale et un collutoire.

Un conseil diététique était systématique associé, fait d'une alimentation orale liquide et glacée le premier jour, fluide les jours suivants et un retour progressif au régime normal après le 7^e jour.

Ce type de traitement était également préconisé par DEBRIE [18] au Sénégal à la différence que pour lui les patients étaient mis systématiquement sous anti-inflammatoire et antalgique par voie intraveineuse. Quant à l'antibiothérapie elle était prescrite à la demande notamment en cas d'antécédent de phlegmon ou en cas d'A.S.L.O. très augmentés.

Pour CHEVALIER [9] en France, il est préconisé une antibioprofylaxie de 48 heures chez l'adulte, un traitement antalgique et anti-inflammatoire dans tous les cas.

Pour nous, l'antibiothérapie devrait être systématique en raison des risques non négligeables de surinfection dans notre contexte d'exercice. La prise en charge de la douleur est importante pour le confort du malade. Le régime alimentaire spécial éliminant les aliments durs minimise les risques hémorragiques tout en facilitant la reprise progressive de l'alimentation normale. La prescription d'un hémostatique en postopératoire et d'un collutoire ne devrait pas être systématique mais à la demande.

4.1.2. De la durée de l'hospitalisation

Dans notre série, la durée moyenne du séjour hospitalier était de 2 jours avec des extrêmes de 1 et 3 jours. Cette durée est superposable à celle de OUOBA et Coll.[36] qui trouvaient 1 jour en dehors de toute complication. Ceci est important car comme le soulignent OUOBA et Coll., dans le contexte actuel marqué par la nécessité de maîtrise des dépenses de santé dans les pays en développement l'accent doit être mis sur la réduction de la durée du séjour hospitalier ; cela d'autant plus que les suites opératoires sont généralement simples comme dans notre série (95,6 %).

L'amygdalectomie conçue comme une chirurgie « ambulatoire » est défendue et soutenue par de nombreux auteurs dont CONTENCIN [13] aux Etats Unis, HERDMAN [28], PRINGLE cité par HOMER [29] Royaume Uni, MACCLUM et Coll. [34] en Angleterre. En effet elle possède un certain nombre d'avantages : non seulement elle minimise le traumatisme psychologique de l'hospitalisation et réduit l'absence prolongée des patients de leur famille, mais aussi elle réduit les coûts de l'hospitalisation et favorise la levée précoce des patients du lit.

4.1.3. Des complications postopératoires

L'hémorragie postopératoire a été la principale complication postopératoire, 4,4 % dans notre série. Nos résultats sont semblables à ceux de la plupart des auteurs [9, 16, 18, 34, 38, 40, 48, 49, 50] qui soulignent l'importance de l'hémorragie postopératoire. Ces hémorragies sont particulièrement à craindre à la chute de l'escarre qui survient entre le 8^e et le 10^e jour. De ce fait, la surveillance postopératoire de l'amygdalectomie est primordiale en vue de dépister ces complications le plus tôt possible.

En outre, la prévention de ces hémorragies postopératoires passe par un bilan préopératoire complet de la crase sanguine par une bonne équipe d'anesthésistes. Pour DUMEYNIOU et Coll. [20] en France il n'y a aucune raison médicale de prescrire des hémostatiques avant une intervention portant sur les amygdales en vue de prévenir les hémorragies postopératoires. Les autres complications possibles de l'amygdalectomie dont la douleur postopératoire [5 ;10 ;12] n'ont pas pu être abordées dans notre étude ; cela est dû à la nature rétrospective de cette étude qui ne nous a pas permis d'approfondir cette variable.

4.2. Des suites opératoire secondaires

En postopératoire, les patients qui ont subi une amygdalectomie sont examinés avant leur sortie de l'hôpital, et revus en contrôle au 7e jour, au 14e jour et au 30e jour en l'absence de complications. La surveillance post-opératoire rigoureuse conditionne l'évolution sans complications des suites opératoires dans le moyen et long terme.

Les suites opératoires secondaires ont simples dans tous les cas dans notre étude.

Cette évolution s'est heurtée dans notre contexte au problème de perdus de vue (23,3 %). L'amygdalectomie n'étant pas une intervention à réaliser en urgence, nous pensons qu'un accent particulier doit être mis sur la préparation psychologique des patients avant l'intervention. Ceci permettra d'assurer les contrôles postopératoires réguliers des patients afin de leur garantir des suites opératoires favorables à long terme après l'amygdalectomie.

CONCLUSION

L'amygdalectomie est une intervention couramment pratiquée dans le service d'O.R.L. et de C.C-F. du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou.

Pour peu que ses indications soient correctement posées et sa technique bien maîtrisée par le praticien, c'est une intervention simple sans danger et surtout bénéfique.

Malgré les progrès techniques enregistrés, dans nos conditions de travail, c'est l'examen clinique bien fait qui permet de poser l'indication opératoire. La surveillance postopératoire stricte permet l'évolution sans complication dans le moyen et le long terme.

Les résultats postopératoires sont ainsi encourageants. Cependant il reste beaucoup à faire pour améliorer d'avantage la pratique de l'amygdalectomie qui nécessite une équipe chirurgicale entraînée et surtout un bloc opératoire équipé.

SUGGESTIONS

A la fin de notre étude et en vue de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des malades dans le service d'O.R.L. et de C.C.F. du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou, nous formulons les suggestions suivantes :

Aux étudiants stagiaires dans le service d'O.R.L. :

- Rédiger et entretenir un dossier clinique complet pour tout patient admis dans le service pour amygdalectomie.
- Etablir une fiche de liaison à la sortie du malade opéré pour un suivi à long terme (voir annexe).

Aux responsables du service d'O.R.L. du C.H.U-Y.O. :

- Organiser des stages de recyclage à l'intention des aides-anesthésistes en vue d'un meilleur rendement.
- Assurer la bonne conservation des dossiers de malades.

Aux responsables du C.H.U-Y.O. :

- Equiper le service d'O.R.L. du C.H.U-Y.O. en matériel adéquat de chirurgie et surtout d'anesthésie.
- Organiser la gestion informatisée des dossiers des malades.

Aux autorités sanitaires et politiques :

- Mettre l'accent sur la formation des médecins spécialistes O.R.L.
- Renforcer les services d'O.R.L. des districts sanitaires du pays en vue d'une prise en charge médicale adéquate de la pathologie O.R.L. en général et amygdalienne en particulier. Ceci permettra de mieux poser les indications de l'amygdalectomie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AYACHE D., FOULQUIER S., COHEN M., ELBAZ P.

Angines aiguës.

Encycl. Méd. Chir., O.R.L., 20500-A10, 1997, 8.

2. ASTRUC J., TOUBIN R. M.

Les angines récidivantes. Indications de l'amygdalectomie.

Rev. Prat. (Paris), 1992, 42, 3 : 298-301.

3. BEREZIN A.

Angines aiguës.

Encycl. Méd. Chir., O.R.L., 20290-A10, 1980.

4. BIRRELL J.F.

The tonsil and adenoid operation.

Paediatr. Otolaryngol., 1986, 33-43.

5. BISSONETTE B.

Lidocaïne en aérosol après l'amygdalectomie chez l'enfant.

Can. J. Anaesth., 1990, 37 : 534-537.

6. BONFILS P., BENSAFIR D., ELBEZ M., CLAVERIE J.

La chirurgie ORL dans le traité de chirurgie d'Albucasis :

Une vision de la thérapeutique chirurgicale cervico-faciale en l'an mille.

Ann. O.R.L. et de C.C.F., 1994, 111, 4 : 232-237.

7. CAMUZET J.P., COUDRAY C., BRUNET A., AUGU R., BOURDINIÈRE J.

Abcès retropharyngiens de l'enfant.

Cah. O.R.L., 1984, 19, 4 : 344-350.

8. CHARISSOUX G., GUERIN J. F.

Amygdales et immunité.

Cah. O.R.L., 1981, 26, 9 : 971-978.

9. CHEVALIER E.

Ambulatory surgery in otorhinolaryngology. Adenoidectomy and amygdalectomy.

Soins chir., 1994, 164 : 3-6.

10. COHEN-SALMON D.

Un exemple de douleur banalisée : l'amygdalectomie chez l'enfant.

Ann. Pédiatr., 1995, 42, 9 : 85-89.

11. CONLON B.J., DONNELLY M.Y., MCSHANE D. P.

Tonsillitis, tonsillectomy and weight disturbance

Internat. J. Pediatr. O.R.L., 1997, 42, 1 : 17-23

12. CONSTANTIN M.A.

Protocole d'anesthésie après amygdalectomie chez l'adulte.

Cah. Anesth. (Paris), 1997, 45, 5 : 395-396.

**13. CONTENCIN PH., DE GAUDEMAR I., FALALA M., BENZEKRI P.,
FONTAINE A.**

L'amygdalectomie en hôpital de jour. Etude socio-économique à l'hôpital Robert Debré de Paris.

Ann. O.R.L. et C.C-F., 1995, 112 : 174-182.

**14. CRAMPETTE L., MONDAIN M., BARAZER M., GUERRIER B.,
DEJEAN Y., NARCY PH.**

L'amygdalectomie chez l'enfant.

Cah. O.R.L., 1991, 26, 2 : 89-92.

15. CROS A.M., BOUDEY C., ESTEBEN D.

Anesthésie pour la chirurgie en ORL de l'enfant.
Conf. Actual. (Paris), 1991 : 373-385.

16. CRYSDALE W.S., RUSSELL D.

Complications of tonsillectomy and amygdalectomy in 9409 children
observed overnight.
Children Med. Assoc., 1986, 135 : 1139-1142.

17. DAKHLALLAH N.

L'amygdalectomie chez l'enfant et l'adulte.
Etude comparative des techniques utilisées à l'hôpital Aristide LE
DANTEC et à l'hôpital PRINCIPAL
Thèse Méd., Dakar, 1985, n°145, 129 P.

18. DEBRIE J.C., QUINIOU M.

L'amygdalectomie sous anesthésie générale avec intubation
naso- trachéale.
Dakar Méd., 1982, 27, 1 : 60-66

19. DEHESDIN D., CHOussy O.

Anatomie du pharynx.
Encycl. Méd. Chir., O.R.L., 20491-A10.

20. DUMEYNIOU P., DU PLESSIS DE GRENEGAN Y.

Hémostatiques et prévention des hémorragies post-adénoïdectomie
ou amygdalectomie.
Cah. O.R.L., 1980, 15, 4 : 253-260.

21. EBRIE J.C., FAUGER J.T.M., QUINIOU W., LAVIGNE F., VITRIS M.

A propos de 700 amygdalectomies sous anesthésie générale avec intubation naso-trachéale en Afrique.

Cah. O.R.L., 1982, 17, 7 : 597-602.

22. ESSAKALLI HL., EL ALAMI N., EL MESSAOUDI A., JAZOULI N., LAZRAK A., KZADRI M.

Conduite à tenir devant une hémorragie d'origine amygdalienne.

Cah. O.R.L., 1993, 28 : 10.

23. FRANCOIS M.

Indications de l'amygdalectomie chez l'enfant.

MTP. Med. Therap. Pediatr., 2000, 3, 1 : 52-55.

24. FRANCOIS M.

Quelle place pour l'amygdalectomie chez l'enfant ?

Arch. Pédiatr., 2002, 7, 1 : 79-82.

25. GARCIN M., GERARD R., MILLET Y., KOSKAS H.

Cœur pulmonaire, sleep apnea syndrome : 2 indications nouvelles de l'amygdalectomie chez l'enfant.

Cah. O.R.L., 1984, 19 : 829-834.

26. GIRARD M., FRYDMAN E., BAYART V., PINLONG E., DESFOUGERES J. C., LESAGE V., PLOYET M. J.

L'obstruction pharyngée d'origine amygdalienne chez l'enfant.

Ann. O.R.L. (Paris), 1993, 110, 10 : 10-17.

27. GOLDSTEIN N. A., ARMFIELD D. R., KINGSLEY L. A., BORLAND L. M., ALLEN G. C., POST J. C.

Postopérative complications after tonsillectomy and adenoidectomy in children with down syndrome.

Arch. O.R.L., 1998, 124, 2 : 171-176.

28. HERDMAN

Same day stay adeno-tonsillectomy.
Laryngos., 1990, 100 : 593-596.

**29. HOMER J. J., WILLIAMS B. T., SEMPLÉ P., SWANEPOEL A.,
KNIGHT L. C.**

Tonsillectomy by guillotine is less painful than by dissection.
Internat. J. Pediatr. O.R.L., 2000, 52, 1 : 25-29.

30. LEGENT F., PERLEMUTER L., VANDENBROUCK C.

Cah. Anat. O.R.L., Paris, 1986, 2 : 100-114.

31. LEGENT F., FLEURY P., NARCY P., BEAUVILLAIN C.

Abrégés d'O.R.L. et de pathologie cervico-faciale.
Masson, 4^{ème} édition (Paris), 354.

32. LONG F.X., PERRIN C., WIDMER S.

Indications actuelles de la ligature carotidienne: analyse de 9 cas.
J. Franç. O.R.L., 1980, 29, 10 : 619-631.

33. LOUGUE K. M.

Activités chirurgicales du service d'Oto-Rhino-Laryngologie
et de Chirurgie Cervico-Faciale du Centre Hospitalier National
Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.
Thèse Méd., Ouagadougou, 1999, n°27.

34. MACCALLUM P. L., MACRAE D. L., SUKERMAN S., MACRAE E.

Ambulatory adenotonsillectomy in children less than 5 years of age.
Journa. O.R.L., 2001, 30, 2 : 75-78.

35. NGUYEN B., STERKERS JM.

Indications et contre-indications de l'adenoïdectomie
et de l'amygdalectomie.

Perfect. Prat., 1976, 9, 220 : 51-52.

36. OUOBA K., DAO M., OUEDRAOGO I., KABRE M., SANOU A.

L'amygdalectomie dans un service d'O.R.L. d'Afrique Noire.

(à propos de 148 cas au C.H.U. de Ouagadougou).

Burk. Méd., 1998, 1 : 23-27.

37. PANARESE A., CLARKE R.W., YARDLEY M. P.

Early post-operative morbidity following tonsillectomy in children:
implications for day surgery.

J. O.R.L., 1999, 113, 12 : 1089-1091.

**38. PEETERS A., VAN ROMPAEY D., SCHMELZER B., VIDTS G.,
KATZ S.**

Tonsillectomy and amygdalectomy as a one day procedure?

Acta. O.R.L., Belgica., 1999, 53, 2 : 91-97.

39. PELISSE J. M.

L'ablation des amygdales et des végétations adénoïdes.

Indications. Aspects actuels.

Ann. Pédiatr. (Paris), 1998, 35, 9 : 655-658.

**40. PEYTRAL C., VACHER S., NEGRIER M.D., SENECHAUT J.P.,
KLOSSEL J.M., FONTANEL J.P.**

Accidents graves de l'amygdalectomie.

Ann. O.R.L. (Paris), 1988, 105 : 383-386.

41. PORTMAN M.

Abrégé d'oto-rhino-laryngologie.

Masson, 3^{ème} édition (Paris), 1992, 340.

42. PORTMAN G.

Traité de technique opératoire O.R.L. Nez et Face.

Masson, 3^{ème} édition, (Paris), 1983, 436.

43. RANJIT S., BRETT R.H., LU P. K. S., AW C.Y.

The incidence and management of post-tonsillectomy hemorrhage:

A Singaporean experience.

Singapore Medic. J., 1999, 40, 10 : 622-626.

44. ROULLEAU P.

Chirurgie de l'amygdale palatine.

Encycl. Méd. Chir., O.R.L., 1975, 20535-A10.

45. ROUSSILLAT J.

Réflexions sur 20 ans d'amygdalectomies.

Cah. ORL., 1986, 21, 8 : 596-600.

46. ROYDHOUSE N.

The champions of tonsillectomy.

N.Z. Med. J., 1987, 23, 100, 828 : 456-460.

47. SANOU B.

Complications des sinusites en milieu hospitalier (aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs de 125 cas hospitalisés), dans le service d'ORL du CHNYO de Ouagadougou de 1991 à 1996.

Thèse Méd., Ouagadougou, 1997, n°74.

48. SENEZ B., LAUGIER J.

Indications de l'adenoïdectomie et/ou de l'amygdalectomie chez l'enfant. Les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Ann. O.R.L. et C.C-F., 1998, 115 : 22-45.

49. TANNIERE S., RUFFIE M.L.

Problèmes posés à l'anesthésiste-réanimateur par la chirurgie ORL.
Encycl. Méd. Chir. Anesth. Réanim., 1983, 36618-A10.

50. TISCH M. BRUDER M. MAIER H.

Post-operative bleeding risk after tonsillectomy : a comparison
Between general and local anesthesia.

HNO. Hals-, Nasen-, Ohrenärzte, 2002, 50, 3 : 230-232.

51. TRAISSAC L., DEVARIS F.

Indications des adéno-amygdalectomies.

Bordeaux Méd., 1982, 15, 8 : 405-406.

**52. TRAISSAC L., DARROUZET F., MONTEYROL P.J., PORTMAN D.,
GHARBI F., NOYON P., VINCY P.**

Les amygdalites chroniques.

Rev. O.R.L., 1997, 118, 5, 3 : 53-357.

53. TROTOUX J., GEOFFRAY B.

Pathologie du pharynx.

Encycl. Méd. Chir., Thérapeutique (Paris), 25652-A10, 5, 1985.

54. WILLEMOT J.

L'amygdalectomie à travers les âges.

Rev. O.R.L., 1991, 112, 1 : 67-73.

55. YOUNIS R.T., LAZAR R.H.

History and current practice of tonsillectomy.

The Laryngoscope, Innovate Techniques for Adenotonsillar Surgery
in Children 2002, 112, 8 : 3-5.

**L'AMYGDALECTOMIE AU SERVICE D'O.R.L. ET DE C.C-F.
DU C.H.U-Y.O. ; BILAN DE DIX ANS DE PRATIQUE : 1993 A 2002.**

RESUME

Afin d'étudier les indications, les techniques et les suites opératoires de l'amygdalectomie dans le service d'O.R.L. et de C.C-F. du C.H.U-Y.O. de Ouagadougou, nous avons mené une étude rétrospective des dossiers de malades ayant subi une amygdalectomie dans le service entre le 01/01/93 et le 31/12/02. Nous avons ainsi colligé 377 dossiers. Nos résultats ont été les suivants :

L'amygdalectomie a représenté 10 % des interventions chirurgicales du service. Toutes les tranches d'âges ont été représentées mais les enfants prédominaient avec 52,8 % des cas.

L'amygdalite chronique avec grosses amygdales obstructives (50,7 %), l'amygdalite chronique avec amygdales cryptiques (28,2 %), les angines à répétition (17,6 %), les antécédents de complications locales (3 %) et les traumatismes oropharyngés (0,5 %) étaient les indications opératoires chez l'enfant. Tandis que chez l'adulte il s'est agi de l'amygdalite chronique avec amygdales cryptiques (68,2 %), des angines à répétition (16,3 %), de l'amygdalite chronique avec grosses amygdales obstructives (11,9 %), des antécédents de complications

locales (2,5 %) et de la pathologie tumorale (1,1 %).

L'anesthésie a été générale dans tous les cas avec intubation naso-trachéale dans 91,8 % et ventilation au masque dans 8,2 % des cas.

Les techniques opératoires utilisées ont été l'amygdalectomie à la guillotine de Sluder : 15,6 % chez l'enfant ; et l'amygdalectomie par dissection : 100 % chez l'adulte et 84,4 % chez l'enfant.

L'adénoïdectomie a été associée chez l'enfant dans 28,1 %.

L'hémorragie en nappe et l'arrêt cardio-respiratoire ont été les principaux incidents peropératoires rencontrés respectivement dans 6,4 % et 7,1 %.

Un décès peropératoire a été enregistré.

Les soins postopératoires ont consisté en l'administration systématique d'antibiotiques, d'antalgiques, d'hémostatiques, d'anti-inflammatoires, d'un collutoires et d'un conseil diététique.

Les suites opératoires ont été simples dans 95,6 %.

L'hémorragie postopératoire a été observée dans 4,4 % chez l'adulte.

L'amygdalectomie est donc une chirurgie courante en O.R.L. Mais c'est une véritable intervention réglée à exécuter dans un bloc opératoire bien équipé afin de minimiser ses complications.

Mots clés : amygdalectomie, indications, techniques, C.H.U-Y.O., O.R.L.

Auteur : OUEDRAOGO Wendlasida Thomas 01 BP 4584 Ouagadougou 01
Burkina Faso

ANNEXES

Fiche N° :

I. Identité

NP :

Age : ___/___/ mois Sexe : M/___/

F/___/

Profession (patient ou parent) :

II. Données cliniques

Date de consult: ___/___/___/ Motif consult:

ATCD : Personnels :

Familiaux :

Etat général:

Examen ORL :

Examen des autres appareils :

III. Intervention : Date :___/___/___/

Indication opératoire :

Type d'anesthésie :

Technique opératoire :

Incidents/Accidents per-opératoires :

Soins post-op: ATB/___/

Anti-inflammatoire/___/

T. adjuvant : Antalgique/___/ Collutoire/___/ Alimentation/___/

IV. Suites opératoires

Suites opératoires immédiates : Favorables : oui /___/ non /___/

Si oui, date de sortie : /___/___/___/

Si non, complications :

Date de sortie : /___/___/___/

Contrôle 1: Délai : jours

Résultats :

Contrôle 2: Délai : jours

Résultats :

FICHE DE LIAISON

Docteur.....

NOM ET PRENOM :.....

AGE :.....SEXE :.....

PROFESSION :.....

DOMICILE :.....

ADRESSE :.....

ENTREE :.....

- POUR :.....

- DIAGNOSTIC :.....

- TRAITEMENT :.....

- SUITES OPERATOIRES :.....

.....

- SORITE :.....

Rendez-vous à la consultation du Docteur :.....

LE :.....

OUAGADOUGOU, LE.....

SERMENT D'HYPPOCRATE

« En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque».

AUTORISATION D'IMPRIMER

TITRE :

**L'AMYGDALECTOMIE DANS LE SERVICE D'OTO-
RHINO-LARYNGOLOGIE ET DE CHIRURGIE CERVICO-
FACIALE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU.
A PROPOS DE 377 CAS COLLIGES DE 1993 A 2002.**

PAR

OUEDRAOGO Wendlasida Thomas

Soutenu le Lundi 20 Octobre 2003 à 9H

Les corrections apportées sont conformes aux
recommandations des membres du jury.

Ouagadougou, le 1^{er} Mars 2004

Le Directeur de thèse

04 MAR 2004

Professeur Ag. OUBA
Kampodlemba
Maître de Conférence
Agrégé d'ORL et Chirurgie
Faciale

Le Président du jury



Pr. Ludovic KAM
Chef de Service Pédiatrie
CHN-YO