

# Anesthésie pour amygdalectomie chez l'enfant



Société française d'anesthésie et de réanimation



Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques  
d'expression française



Anesthésie pour amygdalectomie  
chez l'enfant

Conférence d'experts

Texte court

2006

# Contexte

- Anesthésie pour ORL
  - ✓ 12 % des actes d'anesthésie en France
  - ✓ 25 % des actes chez l'enfant < 1 an
  - ✓ 64 % chez les 1-4 ans
  - ✓ amygdalectomie = 17 % des actes ORL
- Persistance d'une morbi-mortalité non négligeable

*Auroy Y. Anesthésie en chirurgie. AFAR 1998*

*Laxenaire MC. Anesthésies des patients ambulatoires. AFAR 1998*

# Liste des Experts : SFAR, ADARPEF et CARORL

Pr Constant, Dr Courrèges, Dr Dupont, Pr Ecoffey,  
Dr Grison, Dr Hayem, Pr Orliaguet, Pr Paut, Dr  
Vergnes

## Groupe de lecture

Dr AMORY C, Pr BAZIN JE, Pr BENHAMOU D, Pr BONNET F, Dr BOURGAIN JL, Dr BOISSON-BERTRAND D, Dr CAMUS B, Dr CITTANOVA-PANSARD ML, Dr DELAUNAY L, Dr DELBOS A, Dr DUMEIX M, Pr DUREUIL B, Dr ESTEBE JP, Dr GAERTNER E, Dr GENTILI M, Dr GODARD J, Pr GRANRY JC, Dr HABRE W, Dr HMAMOUCHE B, Dr JOUFFROY L, Dr LEJUS C, Dr LEVY M, Pr LIENHART A, Dr MARCINIAK B, Pr MARTY J, Dr NARCHI P, Dr PALOT M, Dr PENON C, Pr POURRIAT JL, Dr POUYAU A, Pr RIOU B.

# Méthodologie

- Choix du sujet et de la méthodologie la plus adaptée par le comité des référentiels et le comité scientifique de la Sfar
- Choix des sociétés participantes et désignation d'un président de la conférence d'experts par le comité des référentiels par le CR
- Proposition des membres du groupe d'experts par le Président et validation par le CR
- Sous-groupes d'experts par question

# Phase de proposition et d'élaboration

- Analyse et synthèse de la littérature par les experts => grilles de classement
- Texte long : l'argumentaire
- Texte court : les propositions
- Chaque expert doit valider les recommandations

## Niveau de preuve

Niveau I	Étude randomisée avec un faible risque de faux positif ( $\alpha$ ) et faux négatif ( $\beta$ ) (5 à 10%)
Niveau II	Étude randomisée avec un risque $\alpha$ élevé, ou puissance faible ou non précisée
Niveau III	Étude non randomisée avec groupe de sujets témoins contemporains Grande étude de cohorte Étude " cas / témoins "
Niveau IV	Étude non randomisée avec groupe de sujets témoins historiques
Niveau V	Étude de cas Avis d'experts

## Recommandations en médecine factuelle

A : 2 (ou plus) études de niveau I

B : 1 étude de niveau I

C : Études de niveau II

D : 1 étude (ou plus) de niveau III

E : Étude(s) de niveau IV ou V

*D'après SCM (Society of Critical Care Medicine)*

# Quels sont les objectifs et les modalités de la consultation d'anesthésie ?

- La consultation d'anesthésie avant amygdalectomie a 2 buts essentiels : évaluer les risques, en informer patient/parents [Accord fort]
- L'évaluation des risques repose sur l'interrogatoire des parents et l'examen clinique de l'enfant [Accord fort]
- Les risques respiratoires et hémorragiques doivent faire l'objet d'une attention et d'une information particulières [Accord fort]
- Le risque respiratoire est majoré en cas de SAOS grave [Accord fort]
- L'information s'adresse à l'enfant et aux parents, et doit être adaptée au degré de compréhension de chacun [Accord fort]



# Quel bilan préopératoire proposer ?

- L'évaluation du risque hémorragique repose sur un interrogatoire recherchant des ATCD personnels/familiaux, et sur un examen clinique recherchant une symptomatologie hémorragique [Accord fort]
- En cas d'ATCD d'hémorragie ou si l'évaluation préop. n'est pas fiable (ex: enfant < 3 ans), un bilan d'hémostase doit être réalisé [Accord fort]
- Un bilan toujours anormal après contrôle doit être discuté avec un "hémostasien" pour décider ou non d'une étude plus approfondie [Accord fort]
- Si bilan d'hémostase, TCA et N plaquettaire sont les plus utiles [Accord fort]
- Chez l'enfant > 3 ans, si l'évaluation clinique préop. ne dépiste pas de risque hémorragique, le bilan d'hémostase systématique ne s'impose pas [Accord fort]

- 1) **A-t-on déjà signalé une tendance anormale au saignement de l'enfant?**
- 2) **Y a-t-il des gingivorragies au brossage ou à la perte des dents de lait?**
- 3) **Une extraction dentaire a-t-elle été suivie d'un saignement prolongé ou d'une récurrence hémorragique après 24h?**
- 4) **L'enfant présente-t-il des épistaxis récurrentes?**
- 5) **Une épistaxis a-t-elle nécessité un tamponnement pour assurer l'hémostase?**
- 6) **Y a-t-il des ecchymoses multiples sans cause apparente?**

- 7) **Après un choc, l'enfant présente-t-il des ecchymoses étendues ou des hématomes?**
- 8) **Y a-t-il des antécédents d'hématurie inexpliquée?**
- 9) **Si l'enfant a déjà subi des ponctions veineuses, les sites de ponction ont-ils saigné plus de 15 min après pansement?**
- 10) **L'enfant a-t-il saigné plus de 24h ou a-t-il nécessité une transfusion sanguine à la suite d'un acte chirurgical?**
- 11) **Y a-t-il eu dans les 2 semaines précédentes consommation de médicaments contenant salicylés ou AINS?**
- 12) **Les incidents précédents se sont-ils produits chez des membres de la famille ? si oui : homme ou femme? degré de parenté?**

# Comment faut-il gérer une infection des voies aériennes supérieures (IVAS) avant amygdalectomie chez l'enfant ?

- L'amygdalectomie majore le risque de complications respiratoires du fait du geste sur les VAS (Grade A)
- L'IVAS entraîne une fréquence accrue de désaturations et de pauses respiratoires (Grade A)
- L'IVAS entraîne une augmentation de la fréquence des bronchospasmes lorsque l'enfant est intubé (Grade A)

# En cas d'IVAS, quels sont les critères de report d'intervention ?

- Ces complications respiratoires génèrent une morbidité sans réelle gravité si l'anesthésiste est expérimenté (Grade B)
- L'intervention est différée si l'enfant présente [Accord fort]
  - des signes spastiques bronchiques
  - une laryngite
  - une température supérieure à 38°
- Le délai de re-programmation est  $\geq 3$  semaines [Accord fort]

# Quelles sont les conséquences du SAOS sur la prise en charge anesthésique des patients ?

- En l'absence de critères de gravité, le SAOS ne modifie habituellement pas la prise en charge [Accord fort]
- Les formes graves de SAOS
  - nécessitent une évaluation préop. du retentissement cardio-pulmonaire
  - justifient une surveillance postop. d'au moins 24 heures en SSPI ou surveillance continue [Accord fort]

# Quelle doit être la prise en charge anesthésique ?

- Les règles habituelles de jeûne s'appliquent (Grade C)
- A l'exception des syndromes obstructifs graves, une prémédication anxiolytique est utile (Grade C)
- La surveillance perop. repose sur un monitoring conforme aux recommandations de la SFAR [Accord fort]
- L'AG pour amygdalectomie doit assurer une composante hypnotique suffisante pour éviter la mémorisation et assurer une analgésie efficace [Accord fort]

- L'induction par inhalation est la plus fréquente mais l'induction IV est parfois préférée chez les grands enfants ou en cas de SAOS sévère [Accord fort]
- L'entretien de l'anesthésie repose le plus souvent sur une association AVH - morphinique [Accord fort]
- L'antibioprophylaxie n'a pas démontré son intérêt et ne s'impose donc pas systématiquement [Accord fort]
- L'injection perop. de dexaméthasone est recommandée car elle réduit l'incidence des NVPO et le délai avant reprise alimentaire (Grade B)



- Les apports hydroélectrolytiques perop. reposent sur :
  - un soluté isotonique en sel
  - pouvant contenir une faible concentration de glucose
  - perfusé à un débit suivant la règle des 4-2-1 [Accord fort]
  
- L'utilisation d'un dispositif médical de contrôle du débit de perfusion est recommandée [Accord fort]

# Quelles sont les modalités de contrôle des voies aériennes lors de l'amygdalectomie ?

- L'amygdalectomie chez l'enfant requiert une AG avec protection des voies aériennes [Accord fort]
- Le contrôle optimal des voies aériennes est assuré par une sonde d'intubation à ballonnet [Accord fort]
- L'extubation est réalisée au réveil complet de l'enfant, déterminé par l'ouverture des yeux à la demande [Accord fort]

# Quelles sont les modalités de surveillance postopératoire ?

- La surveillance en SSPI doit être systématique [Accord fort]
- En plus de la surveillance habituelle, le dépistage et le traitement d'éventuelles complications respiratoires et hémorragiques est indispensable [Accord fort]
- La surveillance en SSPI peut être prolongée chez les jeunes enfants opérés atteints de SAOS grave [Accord fort]
- Sortie de SSPI : vérification des critères habituels et de l'absence de saignement pharyngé par le chirurgien [Accord fort]

# Quelles sont les règles de perfusion postopératoire et de reprise des boissons et de l'alimentation ?

- Les apports hydroélectrolytiques postop. reposent sur un soluté isotonique en sel, pouvant contenir une faible concentration de glucose [Accord fort]
- La perfusion est poursuivie jusqu'à la reprise efficace des liquides clairs, possible après la 2<sup>e</sup> heure [Accord fort]
- En raison du risque hémorragique, la reprise de l'alimentation s'effectue 6 h après l'intervention [Accord fort]
- Pas de supériorité d'un régime alimentaire spécifique (Grade C)

# Quelles sont les modalités de l'analgésie postopératoire ?

- La douleur post amygdalectomie est : forte, à composante inflammatoire, maximale les 3 1<sup>ers</sup> jours, dure ~ 8 jours [Accord fort]
- L'évaluation et le traitement de la douleur doivent être systématiques, y compris à domicile (Grade C)
- Le recours au paracétamol doit être quasi-systématique Les voies IV et orale sont les plus fiables (Grade B)

- Seule la morphine est efficace en monothérapie. Utilisée IV en SSPI, c'est l'antalgique de référence (Grade C)
- La posologie de morphine doit être réduite en cas de SAOS sévère [Accord fort]
- Les autres analgésiques s'utilisent en association et en tenant compte de leur délai d'action (Grade C)
- Les antalgiques palier II, associés au paracétamol, peuvent relayer la morphine IV. L'administration orale doit débuter dès que possible (Grade C)
- Les AINS non sélectifs ne sont pas recommandés car ils augmentent les reprises chirurgicales d'hémostase [Accord faible] <sup>22</sup>

# Quelles sont les principales complications postopératoires ?

- Les principales complications 1<sup>aires</sup> sont : respiratoires, hémorragiques et NVPO (Grade B)
- Principaux facteurs de risque de complications respiratoires : gravité SAOS, importance désaturation préop.(Grade C)
- Hémorragie postop. : 0,5 à 3 % des patients (Grade B)
- 80% des hémorragies 1<sup>aires</sup> avant H6 (Grade B)
- Hémorragies 1<sup>aires</sup> ~ 25 % de reprise (Grade C)
- Les patients repris pour hémostase sont à estomac plein et justifient une séquence rapide [Accord fort]

# Quelles sont l'incidence, les conséquences et la prise en charge des NVPO ?

- Après amygdalectomie : 40 à 70 % de NVPO (Grade C)
- Incidence des NVPO postopératoires
  - Non modifiée par N2O perop. (Grade C)
  - Réduite après propofol perop. (Grade C)
  - Réduite par les sétron IV en prophylaxie (Grade C)
  - Réduite par la dexaméthasone, qui potentialise l'efficacité des sétrons (Grade C)
- Des protocoles de prise en charge des NVPO doivent être prévus et accessibles en SSPI [Accord fort]



# Amygdalectomie et ambulatoire

- L'amygdalectomie ambulatoire est possible [Accord fort]
  - chez l'enfant > 3 ans
  - en l'absence
    - de comorbidité majorant le risque
    - d'anomalie de l'hémostase
    - de syndrome d'apnée du sommeil grave
  - si les critères habituels de proximité et d'entourage familial sont satisfaits
  - sous réserve d'un consensus entre chirurgien, anesthésiste et parents

- L'intervention doit être réalisée le plus tôt possible dans la matinée afin de permettre la sortie après une surveillance postop. de 6 heures [Accord fort]
- La gestion anesthésique doit privilégier la prévention des NVPO, et l'anticipation perop. de l'analgésie postop. [Accord fort]
- Le relais antalgique oral doit débuté avant la sortie [Accord fort]

- Il est recommandé de remettre aux parents un document avec les coordonnées de la personne à contacter si besoin, et l'ordonnance d'antalgiques de sortie [Accord fort]
  
- La sortie est autorisée après H6 : [Accord fort]
  - en l'absence de saignement au niveau des loges amygdaliennes, confirmée par le chirurgien
  - en l'absence de douleur et de NVPO
  - après accord signé du chirurgien et de l'anesthésiste
  
- Un suivi téléphonique à domicile à H24 est souhaitable car il améliore la prise en charge [Accord fort]