

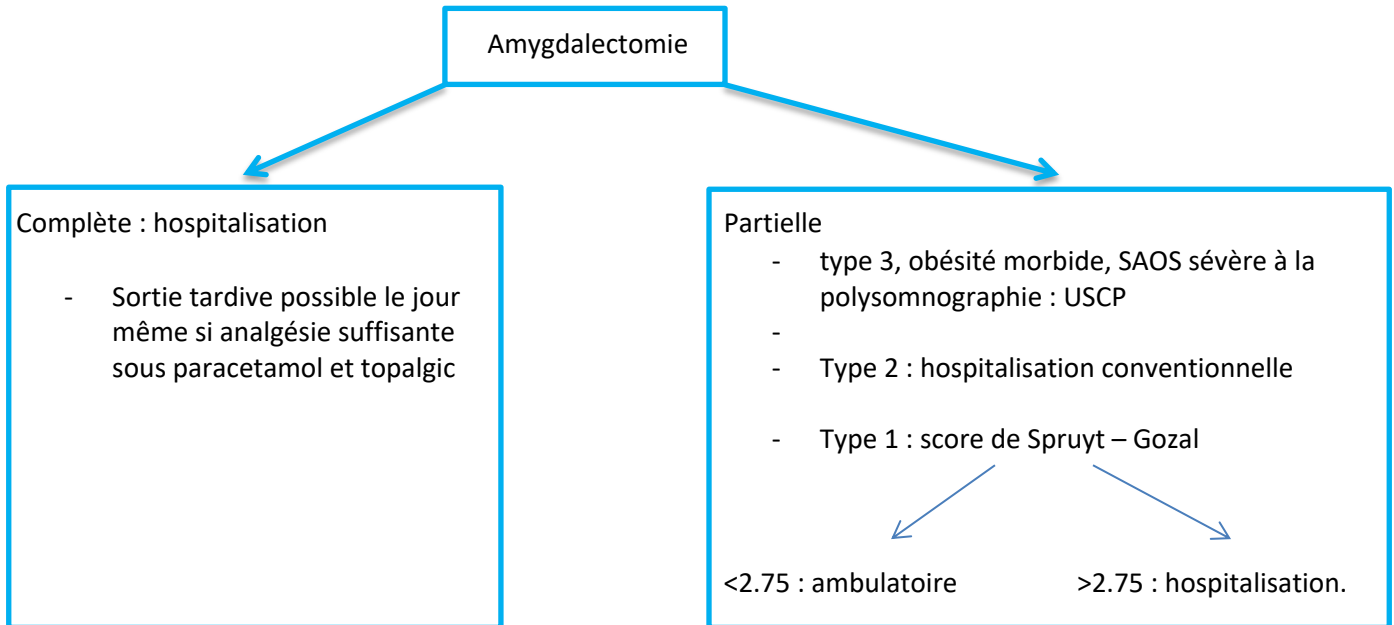
# Prises en charge périopératoire des amygdalectomies

## Remarques générales :

- Recommandation de polysomnographie :
  - Facteur confondant: obésité morbide, malformation crânio faciale, maladie neuromusculaire
  - Examen clinique discordant
  - Risque opératoire élevé (notamment trouble de l'hémostase ou cardiopathie)
- Les formes graves de SAOS nécessitent une évaluation préopératoire du retentissement cardiopulmonaire, et justifient une surveillance postopératoire d'au moins 24 heures dans une structure de type salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ou surveillance continue
- La phase postopératoire est une période à risque de complications respiratoires. Chez les patients atteints de SAOS, 70 % des complications respiratoires majeures surviennent dans la première heure postopératoire, alors que les complications mineures surviennent habituellement avant la sixième heure.
- Le SAOS persiste dans 20 % des cas en postopératoire immédiat d'amygdalectomie et peut perdurer pendant encore quelques jours.
- La sévérité d'un SAOS est mieux corrélée à des difficultés à l'induction anesthésique et à des difficultés lors du réveil en SSPI qu'à l'enregistrement polysomnographique du sommeil. L'observation de tels événements doit faire transformer une éventuelle chirurgie ambulatoire en hospitalisation conventionnelle
- La posologie de la morphine doit être réduite en cas de SAOS grave
- le tramadol comme la codéine est métabolisé par le CYP2D6. (ces influences pourraient être moins marquées cependant) Bertilsson L. Geographical/ interracial differences in polymorphic drug oxydation. Clin Pharmacokinet 1995 ; 29 : 192-209.
- L'influence de l'interaction corticoïdes/AINS sur la survenue du saignement reste controversé et appelle à la vigilance.
- L'amygdalectomie partielle par radiofréquence permet de diminuer la douleur et les saignements post opératoires.
- Rappels : Différents types de SAOS:
  - **Type I:** jeunes enfants sans surpoids avec une hypertrophie adéno-amygdalienne marquée
  - **Type II:** Enfants en surpoids avec obésité viscérale et tronculaire, diamètre du cou augmenté, hypertrophie adéno-amygdalienne moins marquée que dans le type I avec somnolence diurne excessive.
  - **Type III:** Enfants avec pathologies neurologiques, malformatives ou génétiques avec malformation cranio-faciales et atteinte musculaire ou squelettique : Pierre Robin, Wiedemann Beckwith, Trisomie 21, Apert, Crouzon, Maladie neuromusculaire avec hypotonie pharyngée, Maladie métabolique avec infiltration des VAS...

# Orientation post opératoire

- **Contre-indication à l'ambulatoire (RPC SFORL/SFAR 2010), critères spécifiques à l'amygdalectomie :**
  - Type 2 et 3
  - comorbidité cardiorespiratoire majorant le risque per et postopératoire : asthme mal équilibré, insuffisance respiratoire chronique obstructive ou restrictive, cardiopathie
  - Anomalies de l'hémostase
  - L'amygdalectomie devrait être réalisée en ambulatoire uniquement au-delà de trois ans



# Spécificités anesthésiques

## ○ Pré opératoire, consultation d'anesthésie :

- orientation selon le risque anesthésique et selon le score de Spruyt-Gozal remis au patient par le chirurgien. En cas de non compréhension du score : hospitalisation.
- Ordonnance des antalgiques post opératoires remis aux parents. AINS 3 jours, paracétamol 10j, anti émétique
- Prémédication si besoin selon l'indication :
  - Apnées : Atarax 1 à 2 mg/kg >1h avant bloc
  - Angines : Hypnovel 0.3 mg/kg à l'appel du bloc
  - Catapressan 4ug/kg en hospitalisation > 1h30 avant bloc

## ○ Per opératoire

- L'utilisation de la dexaméthasone peropératoire a été recommandée en France dans les deux conférences d'experts autour de l'amygdalectomie (2010 – 2014) ainsi que dans les recommandations de bonne pratique clinique concernant la douleur de l'enfant. La dose retenue est de 0.15 mg/kg.
- La kétamine améliore significativement les scores de douleur en post amygdalectomie à la posologie de 0.5 mg/kg (Dahmani, Pediatric Anesthesia, 2011)
- VVP avant induction à discuter en cas de SAHOS sévère

## ○ Post opératoire

- Amygdalectomie complète : envisager option tramadol (1mg/kg soit 0.4 gouttes/kg) si sortie à domicile tardive envisagée.  
Si échec : compléter la dose jusque 2 mg/kg au total hors effet secondaire majeur.
- Amygdalectomie partielle : AINS + Nubain. AINS à distance de l'intervention si possible.
- Surveillance minimale post opératoire=6h (reprise boisson h+2, alimentation h+6)
- Mise en place d'une Spo2 continue en post opératoire:
  - difficulté ventilatoire à l'induction ou lors du réveil en sspi
  - Existence d'au moins un critère de risque respiratoire périopératoire : (hors patient USCP)
    - âge inférieur à 3 ans
    - signes d'insuffisance cardiaque droite et d'hypertension artérielle pulmonaire
    - type 2
    - maladie respiratoire (infection +/- chronique des VAS, hyperréactivité bronchique)
- **A domicile** : En cas d'échec du traitement antalgique : ajout d'un médicament de 3<sup>ème</sup> ligne après contact avec personnel médical (éliminer une complication)