

O. Kujawski,
P. Dulguerov et
C. Gysin

COMPARAISON PROSPECTIVE ET EN DOUBLE-AVEUGLE DE DEUX TECHNIQUES DE TONSILLECTOMIE

Cette étude prospective et en double-aveugle compare la technique traditionnelle de tonsillectomie au décolleur à une technique récemment décrite par Andrea. Il s'agit d'une tonsillectomie sous microscope avec une dissection entièrement réalisée à l'aide d'une pincette de coagulation bipolaire à laquelle nous avons intégré une canule d'aspiration. Les résultats montrent que la tonsillectomie sous microscope permet de diminuer les pertes sanguines per-opératoires et, chez les enfants de moins de 7 ans, de diminuer les douleurs post-opératoires. La durée de l'opération est identique à celle de la technique traditionnelle au décolleur.

Mots-clés : tonsillectomie • microscope • hémorragie • douleurs

A DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED COMPARISON OF TWO TONSILLECTOMY TECHNIQUES

A double-blind, prospective study comparing the complications of two tonsillectomy techniques is described. The traditional blunt dissection tonsillectomy is compared with a modification of the microsurgical bipolar cautery tonsillectomy. The duration of the operation is similar with both techniques. The bleeding during surgery is much less with the newer technique. Post-operative pain is less important in a subgroup of children under seven years of age.

Méd et Hyg 1994 ; 52 : 2216-8

Introduction

La tonsillectomie est l'un des gestes chirurgicaux les plus anciens et encore les plus pratiqués dans le monde. Son évolution au gré des millénaires nous dévoile la succession d'une multitude de techniques opératoires où le souci d'une diminution de sa morbidité a guidé l'ingéniosité de ses divers auteurs. Il semble que la première tonsillectomie a été pratiquée par Cornelius Celsus il y a 2000 ans. Après une ablation des amygdales palatines au doigt, il badigeonnait les loges au vinaigre afin de diminuer les saignements. Il faut attendre le début du siècle pour voir apparaître la tonsillectomie moderne, avec Worthington de Baltimore qui décrit pour la première fois en 1907 une véritable dissection des loges ainsi que Whillis et Pybus qui mettent au point en 1910 la première guillotine à amygdales. Le remplacement de l'éther par l'halotane facilita le développement de l'hémostase thermique, décrite par Hasse et Noguera en 1962 (1).

Depuis, on retrouve dans la littérature ORL de nombreuses publications essentiellement axées sur la comparaison entre les nouvelles techniques de dissection et d'hémostase (1, 2, 3, 4). Le critère le plus étudié fut et reste la complication majeure de ce geste, l'hémorragie per- et postopératoire. En effet, si son incidence, estimée dans les années soixante à 20% (5, 6), a pu être réduite à une moyenne de 3 à 4% (1, 7), sa gravité, essentiellement chez les enfants en bas âge qui représentent la majorité des patients, reste le souci principal de l'opérateur, dès l'intervention jusqu'au dixième jour postopératoire.

Récemment, Andrea (8) a décrit une technique de tonsillectomie sous microscope avec une dissection entièrement réalisée à l'aide d'une pincette de coagulation bipolaire (fig. 1). Le microscope permet de commencer la dissection au pôle inférieur de l'amygdale en y assurant d'emblée une



Fig. 1. Installation pour la tonsillectomie sous microscope.

parfaite hémostase et de mieux visualiser et préserver le rameau lingual du nerf glosso-pharyngien, responsable selon Andrea, des otalgies réflexes en cas de lésion (fig. 2). L'auteur note aussi une nette diminution du saignement per- et postopératoire, ainsi que des douleurs et des otalgies réflexes (8).

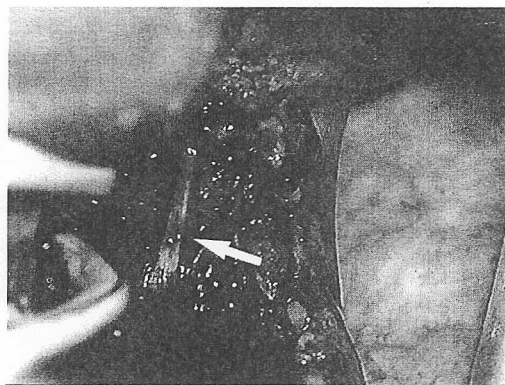


Fig. 2. Dissection du rameau lingual du nerf glosso-pharyngien à gauche.

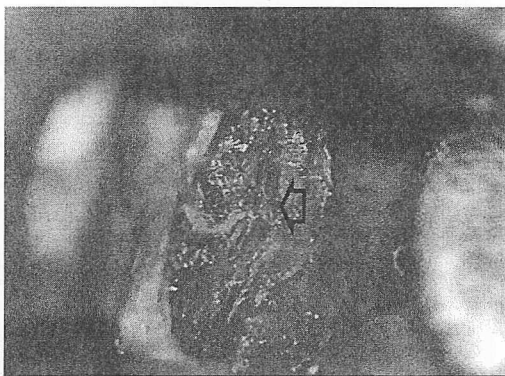


Fig. 3. Loge amygdalienne gauche en fin d'intervention.

Depuis novembre 1993, nous avons entrepris une étude prospective et en double-aveugle visant à comparer cette nouvelle technique de tonsillectomie sous microscope à la technique traditionnelle au décolleur, sur le plan de la difficulté à réaliser l'intervention (durée opératoire, saignement per-opératoire) et des suites postopératoires en termes d'hémorragies et de douleurs.

Malades et méthode

Le collectif comprend 112 patients souffrant d'amygdalite chronique et/ou d'hypertrophie amygdalienne responsable d'un syndrome d'apnées du sommeil. Ont été exclus les patients anticoagulés ou ayant consommé de l'aspirine moins de 10 jours avant l'intervention,

