MINISTERE DE L’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (MESRS)

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT- UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

U.S.T.T.B

Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie (FMOS)

Année universitaire 2023-2024 **N°_____/ M**

TITRE

Amygdalectomie-Adénoïdectomie :Indications,techniques et complications dans le service ORL/CCF du CHU ″Mère-enfant″ Le «LUXEMBOURG» de Bamako

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 27/02/2025 devant le jury de la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie Par :

Par Mlle. ASSITAN KANTA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d’Etat)

JURY

Président du Jury : M. Boubacary GUINDO, Maitre de conférences

Membre du Jury : M. Abraham DIARRA, Chirurgien ORL

Membre du Jury : M. Siaka SOUMAORO, Maitre de conférences

Directeur de Thèse : M. Youssouf SIDIBÉ, Maitre de conférences agrégé

DÉDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

- Au bon **Dieu** le tout puissant, source de vie, de force, et d’inspiration, pour m’avoir accompagnée et guidée tout au long de ce chemin.

- **À père Sékou Kanta**

Mon cher papa, tout au long de notre enfance et jusqu’à aujourd’hui, tu nous as toujours inculqué le goût du travail bien fait, la confiance en soi, le courage de réussir et l’ambition de réaliser de grande chose. Je profite de cette occasion pour te remercier non seulement pour ton soutien financier, mais aussi moral, pour tes encouragements constants, et tes conseils avisés.

- **À ma mère Ramata Sanogo**.

Ma chère et tendre maman, rien de tous cela n’aurait été possible sans tes sacrifices constants, ton soutien indéfectible, ton amour incommensurable, ta patience et ton courage. Tes efforts ont rendu possible l’accomplissement de ces rêves en particulier, je ne te remercierais jamais assez pour tout ce que tu as fait pour nous.

- **À ma sœur Hawa Kanta**

Tu as été plus qu’une sœur, une meilleure amie, une conseillère, une confidente, une motivatrice, un pilier essentiel de ma vie. Merci pour ton soutien de tous les jours et ta présence précieuse dans les moments difficiles. J’espère pouvoir te rendre un jour le quart de tout ce que tu fais et apporte à ma vie en tant que petite sœur. Tu es et resteras toujours l’une des personnes les plus précieuses de ma vie.

Remerciements

Ce travail représente l'aboutissement d'un long parcours, marqué par des défis, des apprentissages et des moments précieux. Au fil de ce chemin, j'ai bénéficié du soutien, de l'encouragement et de l'accompagnement de nombreuses personnes, auxquelles je tiens à exprimer ma gratitude la plus sincère.

• À la famille Kanta et Sanogo

Vous avez été une source inestimable de force et d'inspiration. Votre amour, vos conseils et vos encouragements ont été les piliers qui m'ont soutenue dans la réalisation de ce travail. Veuillez recevoir ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

• À mes amis

À ma meilleure amie Almadane Boubacar Cissé :

Je tiens à te remercier du fond du cœur pour ces 20 années d'amitié inestimable.

Nous avons grandi ensemble, traversé les joies et les épreuves, et partagé tellement de souvenirs, de notre enfance jusqu'à aujourd'hui, en passant par le lycée et l'école de médecine. Tu as été bien plus qu'une amie : un pilier, une sœur, une confidente. Je te dois énormément, non seulement pour ton soutien indéfectible, mais aussi pour ta présence constante dans ma vie. Grâce à toi, chaque étape de mon parcours a été moins difficile et beaucoup plus enrichissante. Merci pour tout ce que tu es et pour tout ce que tu fais. Je mesure la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés, et je prie pour que notre belle amitié continue de briller encore longtemps.

À Moussa Sanogo, notre regretté Noumory Keita (ta présence me manque profondément, et je sais que tu serais fier de moi aujourd'hui.), **Innah Binta Dem , Aminata Yomaté , Mary Thérèse Dite Mariam Poudiougou**: vous êtes des amis exceptionnels qui m'ont toujours soutenue et inspirée. Merci pour tous.

- **À mes collègues**

Mme Traoré Assa Sissoko et Oumar Touré, mes compagnons de route dans cette aventure académique : merci pour votre camaraderie, votre esprit d'équipe et votre soutien infaillible. Nous avons partagé des moments intenses, travaillé main dans la main et nous sommes toujours relevés ensemble. Ce travail est le fruit de cette union et de ces précieuses relations. Merci à tous.

- **À Mes maîtres**

Dr Sanogo Boubacar, Dr Abraham Diarra, Dr Abdoul Moumine Traoré, j’exprime ma profonde gratitude envers vous pour votre accueil chaleureux, votre bienveillance, votre sympathie et votre générosité dans le partage de vos connaissances, je suis reconnaissante pour tout ce que vous m’avez appris. Merci pour tous.

- **À notre maitre Pr Youssouf Sidibé**

Chef de service d’ORL-CCF du CHU Mère-Enfant Le Luxembourg. Nous vous remercions pour votre accueille dans le service et pour votre enseignement. Soyez rassuré de notre infinie gratitude.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Boubacary GUINDO

- **Maitre de conférences ORL à la FMOS**
- **Praticien hospitalier universitaire**
- **Enseignant à la FMOS**
- **Membre de la société malienne d’ORL (SMORL)**
- **Membre de collège national -ORL**
- **Ancien interne des hôpitaux de Lille en France**
- **Ancien administrateur au conseil d’administration de l’INFSS**
- **Membre de la société Bénino-Togolaise d’ORL (SOBETORL)**
- **Membre de la société ORL des pays d’Afrique Francophone (SORLAF)**
- **Chef de Filière ORL de l’INFSS**

Honorable maitre,

C’est avec une profonde reconnaissance que nous saluons la générosité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury. Votre passion pour la science, votre rigueur intellectuelle et votre esprit de sagesse forcent notre respect et notre admiration. Nous vous témoignons toute notre gratitude et prions pour que le tout-puissant vous comble de santé et de longévité.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Docteur Abraham DIARRA

- **Diplômé en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale de l’université Félix Houphouët Boigny d’Abidjan-Cocody**
- **Chef de service d’oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l’hôpital Mali-GAVARDO**
- **Médecin pratiquant au CHU Mère-Enfant le « Luxembourg »**
- **Membre de la société malienne d’ORL (SMORL)**
- **Membre de la société ORL des pays d’Afrique Francophone (SORAF)**

Cher Maitre,

Ce fut pour nous une grande fierté compter parmi vos élèves.

Votre amour pour la profession, votre souci pour le travail bien fait, votre engagement pour nous procurer une bonne formation, votre simplicité, votre disponibilité, votre générosité, vos qualités d’homme de sciences très méthodique font de vous une référence, un ORL admiré et très sollicité. Si ce travail est une réussite il le doit à votre compétence et à votre savoir-faire.

Soyez rassuré cher maitre de notre haute considération et de notre profond respect

Que l’être suprême vous donne longue vie et vous accorde tous ceux dont vous désirez.

À NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY :

Professeur Siaka SOUMAORO

- **Maitre de conférences d’ORL à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU GABRIEL TOURE**
- **Enseignant à la FMOS**
- **Ancien interne des hôpitaux Corbeil-Essonnes (France)**
- **Membre de la SMORL**
- **Membre de la société Bénino-Togolaise d’ORL (SOBETORL)**
- **Membre de la société ORL des pays d’Afrique Francophone**

Honorable maitre,

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour l’honneur que vous nous faites en présidant ce jury, malgré vos nombreuses responsabilités. Votre expertise et votre bienveillance nous inspirent et renforcent notre admiration. Que Dieu vous accorde une longue vie et d’avantage de succès.

À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Youssouf SIDIBE

- **Maitre de conférences agrégé au CAMES**
- **Master en pédagogie des sciences de la santé**
- **Spécialiste en Allergologie clinique**
- **Chef de service d’ORL et CCF du CHU Mère-Enfant le « Luxembourg »**
- **Secrétaire général de la société malienne d’ORL et de CCF (SMORL)**
- **Membre de la société Française d’ORL et de CCF (SFORL)**
- **Membre de la société ORL des pays d’Afrique Francophone (SORLAF)**

Cher Maitre,

Les mots semblent insuffisants pour exprimer toute notre gratitude et notre admiration envers vous. Vous avez su, avec une rare bienveillance et une simplicité désarmante, nous accompagner tout au long de cette aventure. Votre disponibilité, vos conseils éclairés et votre patience ont été des atouts inestimables dans la réalisation de ce travail. Votre humilité et votre humanité, nous ont profondément marqués. Vous incarnez un modèle de professionnalisme et de générosité, qui inspire autant par vos compétences que par vos qualités humaines.

Recevez, cher Maître, l’expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect sincère. Que Dieu vous bénisse et vous accorde une longue vie empreinte de succès et de sérénité.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Anesthésie générale

ATT : Aérateur trans-tympanique

AP : Amygdale palatine

CCF : Chirurgie cervico-faciale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CSRéf : Centre de santé de Référence

CHRK : Centre hospitalier régional de Kolda

Coll : Collaborateurs

GNA : Glomérulonéphrite aiguë

HTP : Hémorragie post-amygdalectomie

HOAP : Hypertrophie amygdalienne obstructive des amygdales palatines

IOT : Intubation oro-trachéale

INFSS : Institut National de Formation en Sciences de la santé

Ig G : Immunoglobulines de type G

Ig A : Immunoglobulines de type A

Ig M : Immunoglobuline de type M

MALT : Mucosa-Associated Lymphoid Tissue

ORL : Oto-rhino-laryngologie

RGO : Reflux gastro-œsophagien

SAOS : Syndrome d’apnée obstructive du sommeil

SFORL : Société française d’oto-rhino-laryngologie

% : Pourcentage

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des patients en fonction de la profession. 34

Tableau II: Répartition des patients en fonction du mode de vie 35

Tableau III: La répartition des patients en fonction des antécédents médico-chirurgicaux. 36

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du motif de consultation 37

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l’aspect des amygdales palatines 38

Tableau VI: Répartition des patients en fonction des indications opératoires 39

Tableau VII: Répartition des patients en fonction de l’acte chirurgical..... 40

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de la technique chirurgicale.... 41

Tableau IX: Répartition des patients en fonction des complications liées à l’anesthésie. 42

Tableau X: Répartition des patients en fonction des complications post chirurgicale. 43

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du suivi post opératoire. 44

Tableau XII: Répartition du sexe en fonction de la tranche d’âge 45

Tableau XIII: Répartition de la tranche d’âge en fonction de l’acte chirurgical 46

Tableau XIV: Répartition des complications post-anesthésie en fonction de la technique chirurgicale 47

Tableau XV: Répartition des complications post-chirurgie en fonction de la technique chirurgicale 48

Tableau XVI: Répartition de la tranche d’âge en fonction des indications opératoires 49

Tableau XVII: Répartition de la tranche d’âge en fonction des actes chirurgicaux 50

Tableau XVIII: Répartition de la tranche d’Âge en fonction des techniques chirurgicales 51

Tableau XIX: Répartition de la tranche d’âge en fonction des complications liées à l’anesthésie 52

Tableau XX: Répartition de la tranche d’Âge en fonction des complications post chirurgicale 53

Tableau XXI: Répartition de la tranche d’Âge en fonction du suivi post opératoire 54

Tableau XXII: Répartition du motif de consultation en fonction de la tranche d’âge 55

Tableau XXIII: Répartition de l’aspect des amygdales en fonction du sexe 56

Tableau XXIV : Répartition de l’aspect des amygdales en fonction de la tranche d’Âge 57

Tableau XXV: Répartition de l’aspect des amygdales palatines en fonction du motif de consultation 58

Tableau XXVI: Répartition de l’aspect des amygdales palatines en fonction des indications opératoire 59

Tableau XXVII: Répartition du motif de consultation en fonction des indications opératoires 60

Tableau XXVIII: Répartition de l’acte chirurgical en fonction des indication opérations 61

Liste des figures

Figure 1 : Dimension et aspect de l’amygdale palatine (d’aprèsLegent F., Perlemuter L. Vanderbrouck) 7

Figure 2 : Vue antérieure de la cavité buccale montrant la situation des amygdales palatines (Sobotta J ,Paulsen F , Waschke J, Vitte E ,Bourjat P. Atlas d’anatomie humaine , 6 e édition ,Paris : Medecine Sciences Publication-Lavoisier ; 2013 : 376p). 8

Figure 3 : Vascularisation arterielle de la tonsille palatine (d’après Kamina ,P. Anatomie clinique , Tome 2, Maloine , 3e édition Paris , 2006,p.295.)..... 10

Figure 4: Pharynx ouvert a sa face postérieure (vue postérieure) (d’après Kamina ,P. Anatomie clinique , Tome 2, Maloine , 3e édition Paris , 2006,p. 311.). 11

Figure 5: Coupe histologique d’une tonsille palatine colorée a l’hématoxyline et éosine au grossissement x40 12

Figure 6 : Coupe sagittale médiane de ta face et du cou (d’après Kamina ,P. Anatomie clinique , Tome 2, Maloine , 3e édition Paris , 2006,p. 309.)..... 13

Figure 7: Technique d’amygdalectomie au Sluder(EMC-oto-laryngologie 1(2004) 301-317) 17

Figure 8: Réprésentation de la technique d’amygdalectomie par dissection(EMC-oto-laryngologie 1(2004) 301-317)..... 18

Figure 9 : Technique d’adénoïdectomie chez enfant non intubé (EMC-oto-laryngologie 1(2004) 301-317) 21

Figure 10: Répartition des patients en fonction de la tranche d’âge 31

Figure 11: Répartition des patients en fonction du sexe 32

Figure 12: Répartition des patients en fonction de la résidence 33

Table des matières

I.INTRODUCTION 1
II.OBJECTIFS : 4
II.1. Objectif général : 4
II.2. Objectifs spécifiques : 4
III.GENERALITES 6
3.1. Rappel anatomique de l’amygdale palatine : 6
3.2. Rappels anatomiques de l’amygdale pharyngée : 11
3. 3. Physiologie [11 ;12] : 14
3. 4. Indications opératoires [2] : 15
3. 5. Techniques opératoires [2] : 16
3. 6. Complications [2] 21
IV. METHODOLOGIE 25
1. Cadre d’étude et lieu d’étude : 25
2. Présentation du centre hospitalier universitaire " Mère - Enfant " Le 25
3.Type et période d'étude : 28
4. Population d’étude : 28
5. Echantillonnage : 28
6. Critère d’inclusion : 28
7.Critère de non inclusion : 28
8.Recueil des données : 28
9.Les variables étudiées : 29
10. Saisie et analyse des données : 29
11. Aspect éthique : 29
V.RESULTATS : 31
VI. Commentaires et discussion : 63
VII. Conclusion : 75

Recommandations : 77
VIII. Reference bibliographies 79
ANNEXES 86

I INTRODUCTION

I.INTRODUCTION

L’Amygdalectomie est l’ablation chirurgicale des amygdales palatines.

L’adénoïdectomie est l’ablation chirurgicale des amygdales pharyngiennes (végétations adénoïdes) [1].

Ce sont des interventions chirurgicales fréquemment indiquées chez l’enfant, souvent pratiquées au cours du même temps opératoire, mais ayant des finalités différentes dont les indications et les suites opératoires sont distinctes [2].

Intervention courante et commune à l’échelle internationale, vieille de plus de 2000 ans [1], l’amygdalectomie constitue l’une des interventions les plus régulièrement pratiquées, avec plus de 500 000 tonsillectomies par an aux États-Unis [3]. En 2019, 46000 amygdalectomies, associées ou non à une adénoïdectomie, ont été effectuées en France chez l’enfant et l’adolescent de moins de 18 ans [4].

Elle était pratiquée par les chirurgiens de l’Antiquité, qui proposaient l’exérèse totale, partielle, ou encore la cautérisation pour réduire le volume des amygdales hypertrophiées. En ces temps où l’anesthésie n’existait pas, le risque hémorragique était redoutable. La rapidité d’exécution du geste était primordiale [1].

Au Mali, une étude réalisée au CSREF de la commune IV portant sur 71 cas en 2020 montrait que la fréquence moyenne d’une amygdalectomie était de 7,29 cas par mois, soit 11,11 % [5]. En 2021, une étude menée au Sénégal, dans l’unité fonctionnelle de CHRK (Centre Hospitalier Régional de Kolda) portant sur 245 cas colligés, révélait que l’amygdalectomie et l’adénoïdectomie représentaient une part importante de l’activité opératoire générale avec une proportion de 40,3 % [6].

Leurs indications sont principalement : l’hypertrophie amygdalienne symptomatique, les infections amygdaliennes récidivantes et les otites moyennes aiguës récidivantes (trois épisodes en moins de six mois avec un intervalle de six semaines entre chaque épisode) [7]. Cependant, il existe peu de données au Mali. Dans le but d’apporter notre contribution ainsi que d’étoffer les statistiques nationales, nous avons entrepris une

étude intitulée : Amygdalectomie-Adénoïdectomie : Indications, techniques, et complications dans le service d’ORL/CCF du CHU ″Mère-Enfant″ le « Luxembourg » de Bamako.

OBJECTIFS

II.OBJECTIFS :

II.1. Objectif général :

Étudier les indications, les techniques et les complications de l’adénoïdo-amygdalectomie dans le service ORL/CCF du CHU ″Mère-Enfant″ Le « Luxembourg ».

II.2. Objectifs spécifiques :

- Identifier le profil sociodémographique des patients ayant bénéficié d’une adénoïdo-amygdalectomie pendant la période d’étude.
- Déterminer les indications de l’adénoïdo-amygdalectomie.
- Décrire les techniques de l’adénoïdo-amygdalectomie.
- Décrire les complications postopératoires de l’adénoïdo-amygdalectomie.

GÉNÉRALITÉS

III.GENERALITES

Amygdales palatines :

3.1. Rappel anatomique de l’amygdale palatine :

3.1.1. Anatomie descriptive de l’amygdale palatine [8] :

. Définition : Les amygdales palatines encore appelées tonsilles palatines sont des formations lymphoïdes ovoïdes contenues dans les loges amygdaliennes. Elles constituent les éléments les plus volumineux de l'anneau de Waldeyer qui comprend en outre : Les amygdales tubaires, les amygdales pharyngiennes, les amygdales linguales.

. Forme et dimensions : Comme son étymologie l'indique, l'amygdale palatine adopte la forme d'une amande aplatie transversalement au grand axe vertical, oblique en bas, en arrière et en dedans.

L'aspect de l'amygdale est variable, régit plus ou moins quelques difficultés chirurgicales lors de l'ablation :

- ✓ Sessile, normalement et le plus fréquemment
- ✓ Pédiculée, voire plongeante sous la base de la langue
- ✓ Enchatonnée par l'arc palatoglosse
- ✓ Bilobée

Ses Dimensions sont variables selon l’âge et selon les individus. Elle mesure en moyenne :

- ✓ Un diamètre vertical de 20mm
- ✓ Un diamètre transversal de 10mm

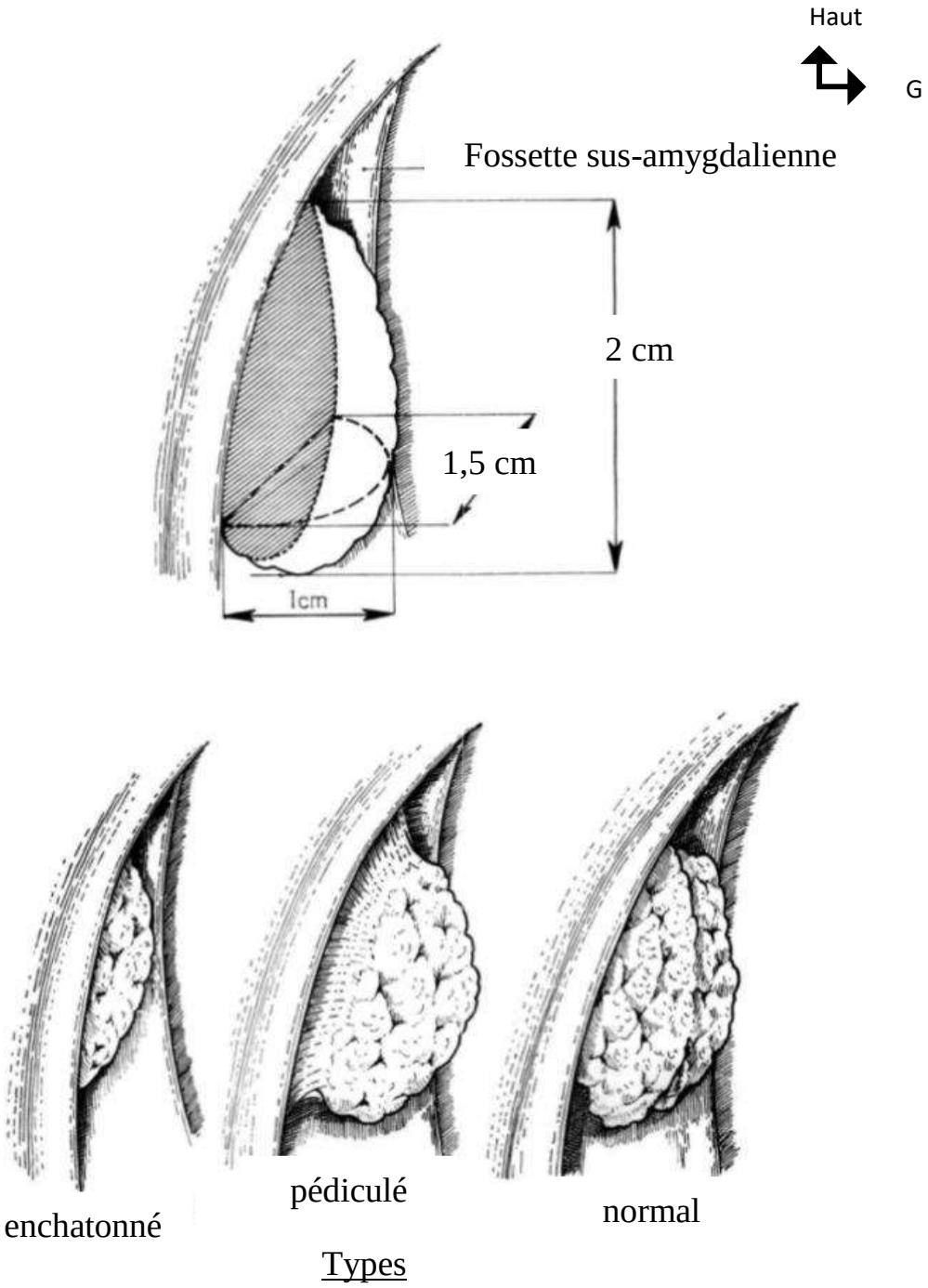


Figure 1 : Dimension et aspect de l’amygdale palatine (d’après Legent F., Perlemuter L. Vanderbrouck)

. Situation : L’amygdale palatine est localisée dans la loge amygdalienne, qu’elle occupe presqu’entièrement. Ainsi, elles sont situées de chaque côté de l’oropharynx entre le pilier antérieur et le pilier postérieur juste en arrière de l’isthme du gosier. Elle surplombe la base de la langue et la vallécule épiglottique.

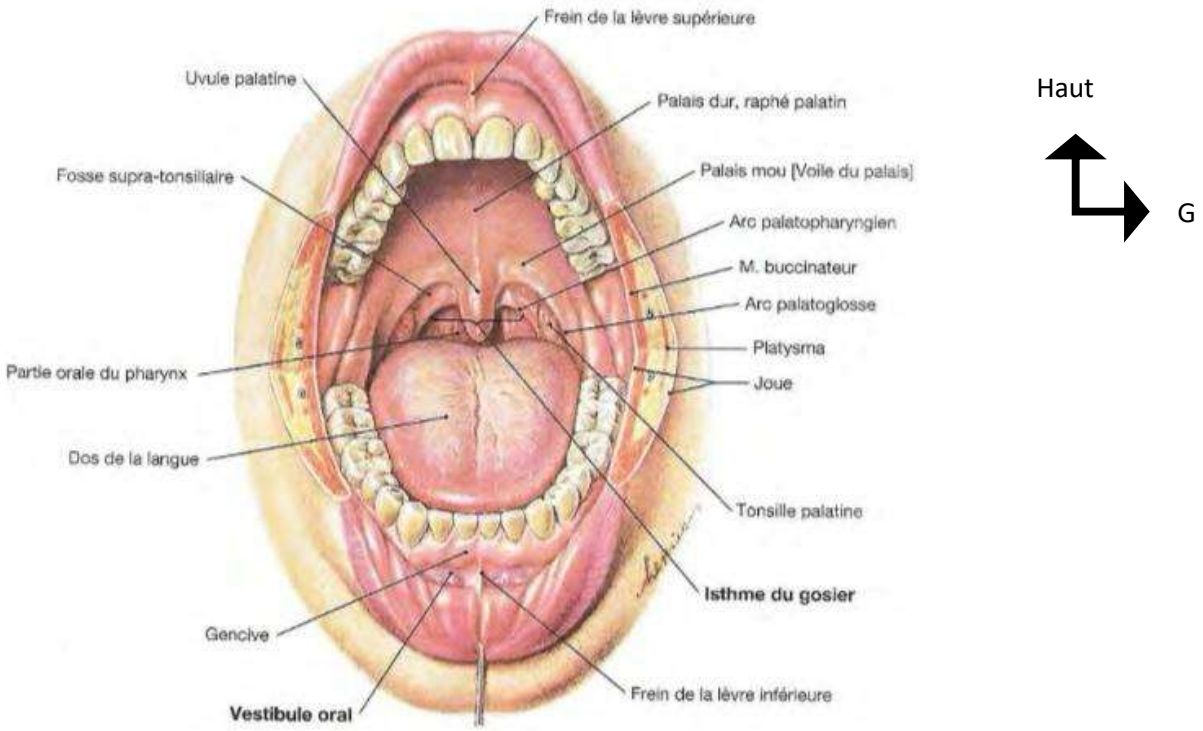


Figure 2 : Vue antérieure de la cavité buccale montrant la situation des amygdales palatines (Sobotta J, Paulsen F , Waschke J, Vitte E , Bourjat P. Atlas d’anatomie humaine , 6 e édition ,Paris : Médecine Sciences Publication-Lavoisier ; 2013 : 376p).

3.1.2. Configuration externe [9] :

Les Faces : L’amygdale palatine présente 2 faces

✓ **Une Face médiale**

C'est la face visible dans la cavité buccale. Elle est recouverte par une muqueuse présentant des cryptes amygdaliennes.

✓ **Une Face latérale**

Cette face est en contact avec la paroi de la fosse tonsillaire, séparée par une couche de tissu conjonctif dense (l'aponévrose pharyngienne). Sous cette paroi, on trouve : Les muscles constricteurs du pharynx ; Les structures vasculaires majeures (carotide interne et jugulaire interne).

3.1.3. Configuration interne [9] :

Les amygdales sont des masses de tissu lymphoïde enchâssées dans le tissu conjonctif de la muqueuse de l'organe où elles siègent. Les amygdales palatines possèdent un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé qui protège les surfaces exposées à l'environnement oral. Elles contiennent des follicules lymphoïdes avec des centres germinatifs actifs (macrophages, cellules dendritiques, cellules interdigitées). Les cryptes augmentent la surface de contact entre les agents pathogènes et le tissu lymphoïde.

3.1.4. Rapports de l’amygdale palatine [9] :

Les Rapports latéraux :

✓ Artère carotide interne : Située à proximité immédiate de l'amygdale, elle est séparée uniquement par les muscles et l'aponévrose. Ce rapport explique le risque de lésion vasculaire lors d'une amygdalectomie.

✓ Veine jugulaire interne : Elle est également proche, accompagnant la carotide dans son trajet cervical.

Les Rapports supérieurs :

✓ Avec le palais mou, qui forme la limite supérieure de la fosse tonsillaire.

Les Rapports inférieurs :

✓ Avec la base de la langue et les muscles associés.

Les Rapports antérieurs :

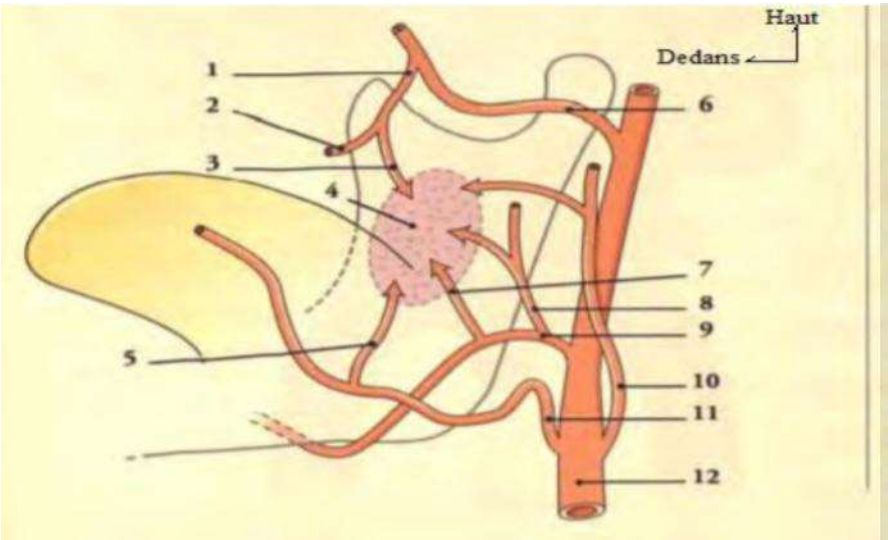
✓ Avec l'arc palatoglosse, qui borde la fosse tonsillaire en avant.

Les Rapports postérieurs :

✓ Avec l'arc palato-pharyngien et les muscles pharyngiens sous-jacents.

3.1.5. Vascularisation et innervation [9] :

Artérielle : Elle est assurée par les artères : faciale, pharyngienne ascendante, linguale et palatine descendante (branche de l’artère maxillaire).



1. A. Palatine descendante ; 2. A. Petite palatine ; 3. A. grande palatine ;
4. Projection de la tonsille palatine ; 5. branche tonsillaire de l’A linguale ;
6. A. maxillaire ; 7. Branche tonsillaire de l’A faciale ; 8. A. Palatine ascendante ;
9. A. Faciale ; 10. A. Pharyngienne ascendante ; 11.A. Linguale ;
12. A. Carotide externe.

Figure 3 : Vascularisation artérielle de la tonsille palatine (d’après Kamina, P. Anatomie clinique, Tome 2, Maloine, 3e édition Paris, 2006, p. 295).

Veineuse : Elles se drainent dans le plexus veineux pharyngien puis dans la veine jugulaire interne.

Innervation : Ses nerfs proviennent essentiellement du glosso-pharyngien (IX) et du ganglion ptérygo-palatin.

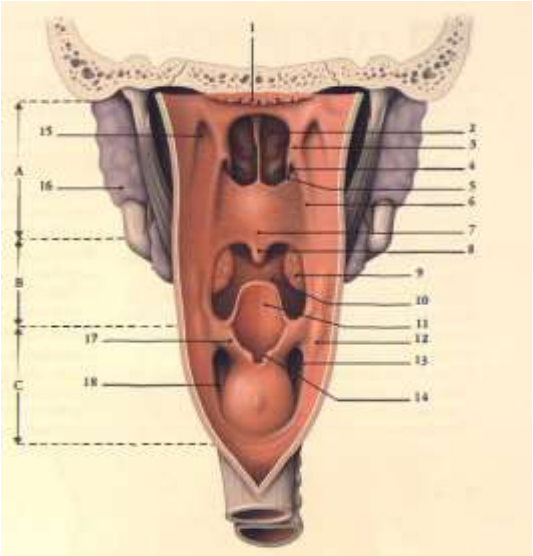
Lymphatique : Elle est assurée par les nœuds cervicaux profonds (jugulo-digastriques).

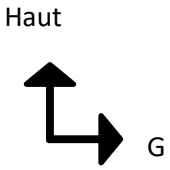
Amygdales pharyngées

3.2. Rappels anatomiques de l’amygdale pharyngée [10] :

3.2.1. Anatomie descriptive de l’amygdale pharyngée

Définition-situation : L’amygdale pharyngée est une masse lymphoïde unique, localisée dans la partie supérieure et postérieure du nasopharynx, appartenant à l’anneau lymphoïde de waldeyer dont l’hypertrophie constitue les végétations adénoïdes.



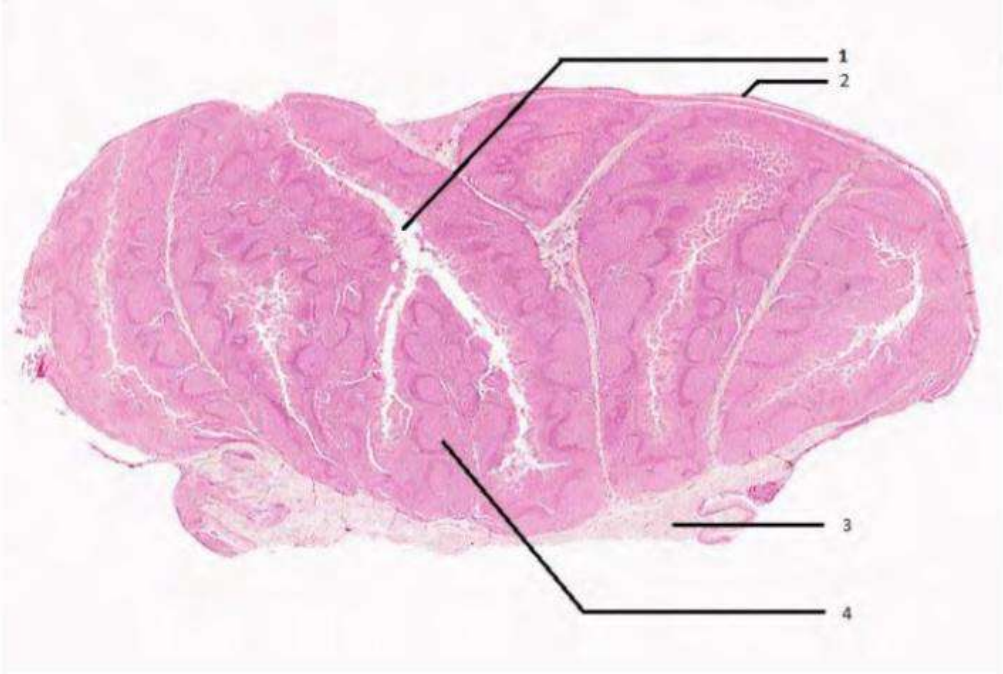


A. Partie nasale ; B. Partie orale ; C. Partie laryngée ; 1. Tonsille pharyngienne ; 2. Choane ; 3. Torus tubaire ; 4. Ostium pharyngien de la trompe auditive ;5. Torus de l'élévateur ; 6. Pli salpingo-pharyngien ;7. Palais mou ; 8. Uvule palatine ; 9. Tonsille palatine ;10. Racine de la langue ; 11. Epiglotte saillie ; 12. Saillie de la petite corne de l'os hyoïde ; 13. Récessus piriforme ; 14. Tubercule corniculé ;15. Récessus pharyngien ; 16. Glande parotide ; 17. Pli ary-épiglottique ; 18. Saillie du n. laryngé sup.

Figure 4: Pharynx ouvert a sa face postérieure (vue postérieure) (d’après Kamina ,P. Anatomie clinique , Tome 2, Maloine , 3e édition Paris , 2006,p. 311.).

3.2.2. Configuration externe : Les amygdales pharyngée sont recouvertes d'un épithélium cylindrique pseudostratifié cilié (type respiratoire). Contrairement aux

amygdales palatines, elles ne possèdent pas de cryptes profondes mais des plis épithéliaux. Les follicules lymphoïdes sont dispersés sous l'épithélium.



1-crypte 2-Face médiale 3-Face latérale 4-Follicule lymphoïde

Figure 5: Coupe histologique d’une tonsille palatine colorée a l’hématoxyline et éosine au grossissement x40

3.2.3. Rapports de l’amygdale pharyngée :

Rapports supérieurs : Elles sont situées sous la voûte du nasopharynx, au niveau de la jonction entre la base du crâne et la paroi postérieure du nasopharynx. En contact avec les structures osseuses de la base du crâne, notamment la portion basilaire de l'os occipital.

Rapports antérieurs : Elles se trouvent en arrière de la cavité nasale, près des choanes, qui constituent la limite entre le nez et le nasopharynx. Elles sont également proches de l'orifice postérieur des cavités nasales, une position essentielle dans les fonctions respiratoires.

Rapports latéraux : Les amygdales pharyngées sont en relation avec les trompes d'Eustache (ou trompes auditives), dont les orifices pharyngiens se trouvent de chaque côté du nasopharynx.

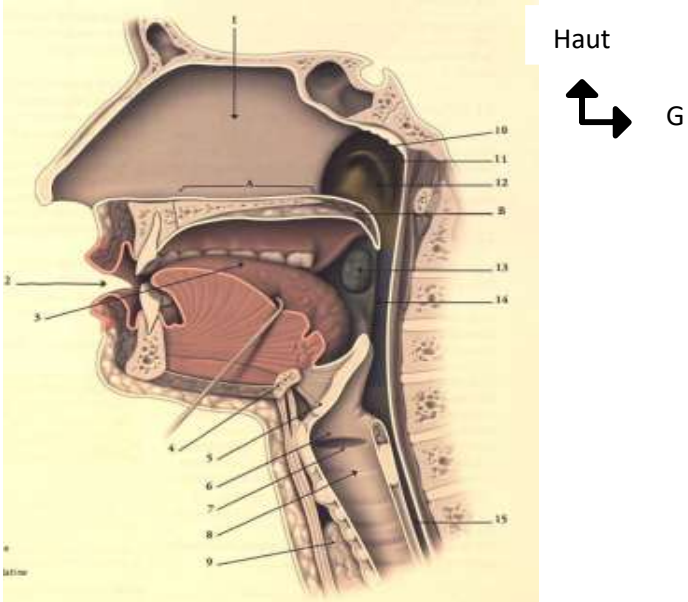
Rapports postérieurs : Elles sont situées contre la paroi postérieure du nasopharynx, en contact direct avec le muscle constricteur supérieur du pharynx.

Ces rapports expliquent pourquoi une hypertrophie des amygdales pharyngées peut entraîner des symptômes variés, tels que :

✓ Obstruction nasale (rapport avec les choanes).

✓ Otites séreuses & chroniques (proximité des trompes d'Eustache).

✓ Troubles respiratoires comme l'apnée du sommeil (obstruction du nasopharynx).



A. Palais dur ; B. Palais mou ;1. Cavité nasale et Septum nasal ;2. Fente orale ;3. Cavité orale ; 4. Os hyoïde ; 5. Epiglotte ;6. Pli vestibulaire ; 7. Pli vocal ;8. Cavité laryngée ; 9. Glande thyroïde ; 10. Choanes ;11. Ostium pharyngé de La trompe auditive ;12. Nasopharynx ; 13. Isthme du gosier et tonsille palatine ; 14. Oropharynx ; 15. Œsophage.

Figure 6 : Coupe sagittale médiane de ta face et du cou (d’après Kamina ,P. Anatomie clinique , Tome 2, Maloine , 3e édition Paris , 2006,p. 309.).

3.2.4. Vascularisation de l’amygdale pharyngée :

Artérielle : L’amygdale pharyngée est vascularisée par :

La branche pharyngienne ascendante (branche de l’artère carotide externe) ; les branches palatines ascendantes et artères maxillaires.

Veineuse : Elle est assurée par le plexus pharyngien.

Innervation : Elle est assurée par le plexus pharyngien (branche du nerf vague(X) et glossopharyngien).

Lymphatique : Les lymphatique se drainent vers les ganglions rétro-pharyngiens et les ganglions cervicaux profonds.

3. 3. Physiologie [11 ;12] :

• Un rôle immunitaire de défense

Les amygdales exercent un rôle de défense immunitaire de l'organisme favorisé par les circonstances suivantes :

✓ Le siège dans le milieu bucco-nasal faisant des amygdales les avant-postes immunologiques des voies aéro-digestives ;

✓ La vascularisation des organes, avec une large surface d'échange.

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 et les amygdales infectées en IgG.

✓ Celles du jeune enfant en IgM ;

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

3. 4. Indications opératoires [2] :

3.4.1. Indications de l’amygdalectomie :

✓ **Amygdalites aigues récidivantes**

✓ **Amygdalites chroniques** : Présence de signes inflammatoires locaux et régionaux persistant au-delà de trois mois, malgré un traitement médical bien conduit.

✓ **Hypertrophie amygdalienne avec ou sans apnée du sommeil**

✓ **Tuméfaction amygdalienne unilatérale suspecte de malignité**.

3.4. 1. 1. Contre-indication : Pas de contre-indication absolue

- Trouble de la coagulation
- Fente palatine et les divisions sous muqueuse (risque de décompensation d’une insuffisance vélaire)
- Etats fébriles (température > 38°)
- Infection amygdalienne et péri-amygdalienne en cours
- Caries dentaires avec abcès ou pyorrhée alvéolo-dentaire majeure
- Épidémie des maladies infectieuses
- Extrême chaleur

Âge inférieur à 2 ans

3.4.2. Les indications de l'adénoïdectomie :

✓ **Hypertrophie des végétations adénoïdes avec troubles respiratoires obstructifs**

✓ **Otite moyenne aiguë récidivante** (survenue d’au moins trois épisodes d’otite moyenne aiguë, en moins de 6 mois, séparés chacun par un intervalle libre d’au moins 6 semaines), l’adénoïdectomie ne peut se concevoir qu’après échec des autres thérapeutiques (antibiothérapie curative des épisodes aigus, fer en cas de carence notamment).

✓ **Otite séro-muqueuse compliquée ou symptomatique** responsable d’une perte d’audition significative et d’un retentissement sur la vie courante (troubles du comportement, douleurs récurrentes, troubles du langage, difficultés d’apprentissage, récidives d’otites moyennes aiguës).

3.4.2.1. Contre-indication : L’adénoïdectomie ne connaît que des contre-indications relatives tel que :

•Les troubles de la coagulation : Ne sont pas une contre-indication lorsque la chirurgie est impérative ;

• Les fentes palatines et les divisions sous-muqueuses doivent être recherchées cliniquement ;

• Un état fébrile (température > 38 °C) reporte l’intervention de quelques jours.

• Un terrain allergique et/ou un asthme préexistant

3. 5. Techniques opératoires [2] :

3.5.1. Techniques opératoires de l'amygdalectomie :

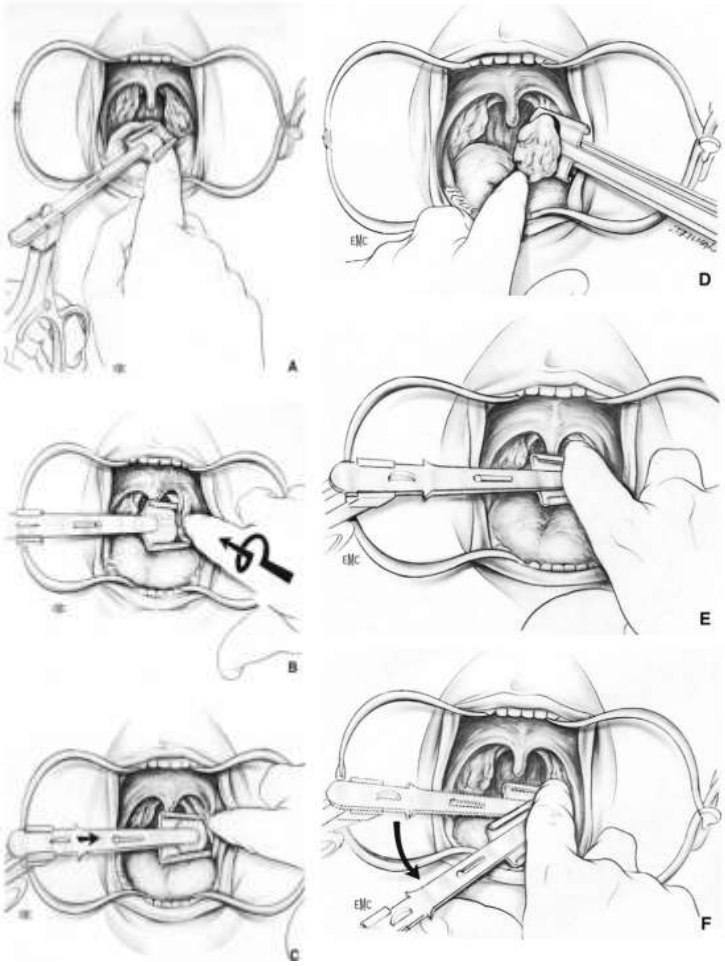
Du fait de l’évolution récente du matériel et des techniques, nous distinguerons d’une part les amygdalectomies par dissection extra-capsulaire, et d’autre part les amygdalectomies intra-capsulaires.

3.5.1.1 Amygdalectomie avec dissection extra-capsulaire :

Deux techniques sont possibles : l’amygdalectomie au **Sluder (figure7)** chez l’enfant et l’amygdalectomie par dissection **(figure8)** chez l’enfant et l’adulte.

•**Amygdalectomie au Sluder** : L’exérèse chirurgicale des amygdales selon cette technique correspond à une véritable énucléation amygdalienne en un seul geste. Cette amygdalectomie est rendue possible par l’existence d’un plan de clivage au niveau de la capsule amygdalienne dont l’hémostase spontanée est réalisée par les ligatures vivantes dues à la contraction musculaire. Historiquement, il s’agit d’une intervention réalisée depuis de nombreuses années par les ORL, qui a l’avantage

d’être rapide, mais qui demande un bon « tour de main ». Elle peut être menée chez les enfants dont l’âge est inférieur à 8-10 ans. Elle est toujours valable dans certains centres, tandis que d’autres l’ont complètement abandonnée.



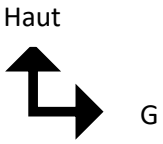


Figure 7: Technique d’amygdalectomie au Sluder (EMC Oto-laryngologie 1(2004) 301-317)

A. Exposition de l'oropharynx et engagement du pôle inférieur de l'amygdale gauche.

B. Engagement complet de l'amygdale grâce à un mouvement de rotation de l'amygdalotome et à un massage-pression du pilier antérieur par l'index de la main libre.

C. Contention de l'amygdale dans l'amygdalotome dont la lame vient de glisser au ras du bord médial du pilier antérieur, puis à sa face profonde.

D. Vérification de la seule prise de l'amygdale.

E, F. Décollement extra-capsulaire de l'amygdale : L'index recourbé en crochet prend appui sur le bord convexe de l'amygdalotome.

- **Amygdalectomie par dissection :**

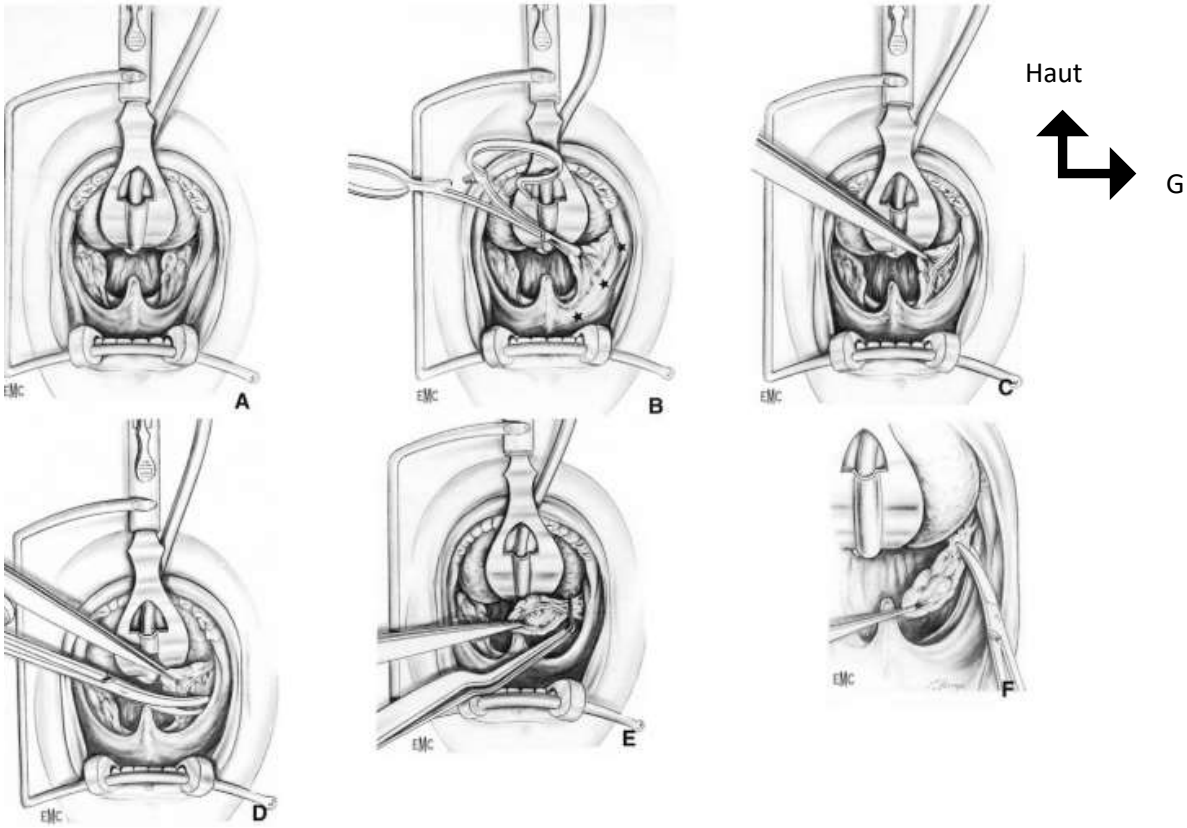


Figure 8: Représentation de la technique d’amygdalectomie par dissection (EMC-Oto-laryngologie 1(2004) 301-317)

A, B Exposition de l’oropharynx : La traction médiale de l’amygdale laisse deviner sous le pilier antérieur la région capsulaire et la localisation de points d’injection de la solution d’anesthésie locale. C Incision de la muqueuse le long du bord libre du pilier antérieur. D Recherche et décollement du plan capsulaire. E, F Libération de

l’amygdale dont il ne reste plus qu’a dégager le pôle inferieur par une coagulation bipolaire et une section avec ciseaux.

3.5.1.2 Amygdalectomie intra-capsulaire :

Ce type de technique consiste à réaliser un « évidement » amygdalien sans toucher à la capsule. L’exérèse du tissu lymphoïde étant par définition incomplète, l’amygdalectomie intra-capsulaire n’est pas indiquée en cas d’intervention pour angines à répétition ou phlegmons péri-amygdaliens. Seules les indications respiratoires sont concernées. L’objectif avoué de ce concept d’amygdalectomie est de diminuer les complications douloureuses et hémorragiques. Deux systèmes sont utilisés à ce jour : le micro-débrideur 19 et la radiofréquence 20 dans les deux cas, le patient est installé en position de Rose, comme pour une amygdalectomie extra-capsulaire sous intubation.

3.5.2. Techniques opératoires de l'adénoïdectomie :

Elle consiste en l’exérèse des végétations adénoïdes. Le but de cette intervention est double : mécanique (enlevant l’obstruction rhinopharyngée), et biologique (ôtant un tissu altéré par une inflammation chronique autoentretenue et susceptible d’abriter un gîte infectieux chronique). Il n’existe pas d’âge limite pour réaliser une adénoïdectomie, mais il n’est pas conseillé de la réaliser avant 12 à 14 mois car d’une part le recul pour apprécier le caractère récidivant de la rhinopharyngite est nécessairement faible et, d’autre part, les végétations adénoïdes se présentent avant cet âge beaucoup plus sous la forme d’une lame lymphoïde que d’une hypertrophie localisée. La technique « classique » consiste en un curo-curetage, l’action de l’adénoïdotome (curetage) étant complétée par celle du doigt (curage) et s’effectuant à l’aveugle.

Techniques

✓ Chez un enfant non intubé (**figure 9**)

Il s’agit toujours dans ce cas d’une adénoïdectomie par curetage. L’enfant est allongé en décubitus dorsal sur la table opératoire, un champ étant placé autour du cou et sur le thorax. L’anesthésiste placé à la tête de l’enfant maintient l’extrémité céphalique sur la ligne médiane grâce à une contention ferme au niveau du front. L’opérateur est placé à la droite de l’enfant, l’infirmière se situant entre ce dernier et l’anesthésiste. Une fois le masque facial retiré par l’anesthésiste, l’opérateur met en place l’ouvre-bouche en faisant attention aux dents de lait mobiles qui risqueraient d’être inhalées. L’abaisse-langue tenu dans la main gauche expose largement la paroi postérieure du pharynx en aplatissant la base de langue. L’adénotome, pris dans la main droite (index au-dessus, pouce en dessous), est engagé sagittalement derrière le voile. Il prend contact avec le bord postérieur du vomer et remonte jusqu’à sa partie supérieure pour atteindre le toit du cavum. Tandis que l’ensemble, réalisé par la main de l’opérateur et l’instrument, reste dans le prolongement l’un de l’autre, un mouvement de pivot est effectué sans brutalité vers le bas, autour du poignet, ce qui permet la pénétration des crochets de l’adénotome dans la masse adénoïdienne ; puis l’instrument glisse parallèlement à la paroi postérieure du pharynx, jusqu’à ce que l’adénotome chargé de la masse des végétations fasse son apparition au-dessous du voile. Cette manœuvre est répétée de façon identique à l’aide d’un adénotome sans griffe, selon le même axe, mais aussi dans un axe para-sagittal droit et gauche afin d’éliminer des fragments résiduels de végétations adénoïdes. Ces derniers sont alors instantanément aspirés par l’aspiration rigide tenue par l’anesthésiste. À ce moment de l’intervention, la deuxième aspiration souple est introduite par la fosse nasale et l’index de l’opérateur reprend le chemin de l’adénotome pour vérifier la vacuité du cavum et écraser les débris adénoïdiens pouvant rester au contact des bourrets tubaires.

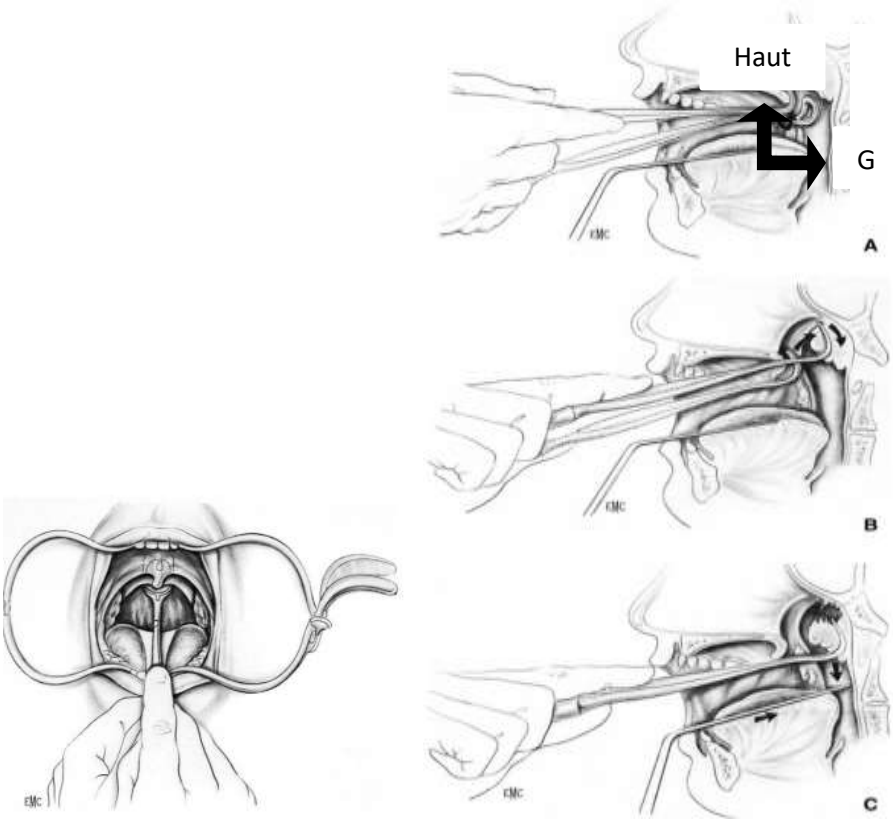


Figure 9 : Technique d’adénoïdectomie chez enfant non intubé (EMC-Oto-laryngologie 1(2004) 301-317)

A. L’adénotome est engagé derrière le voile et remonte au contact du vomer jusqu’à atteindre le toit du cavum. B, C. L’adénotome pénètre dans la masse Adénoïdienne et s’abaisse jusqu’au plan du voile.

3. 6. Complications [2]

3.6.1. Complications de l'amygdalectomie :

✓ **Les complications primaires**

Les principales complications primaires sont :

• **L'hémorragie** : l'hémorragie est la complication immédiate la plus fréquente, quelle que soit la technique d'amygdalectomie. Il est rappelé que les saignements précoces surviennent le plus souvent dans les six premières heures. Ce délai correspond au temps minimum de surveillance recommandé pour une intervention ambulatoire. Le

geste d'amygdalectomie comporte un risque minime selon la littérature de léser des vaisseaux avoisinants tels que l'artère carotide externe.

•Les Nausées et vomissements post opératoires

Les complications respiratoires: notamment le **bronchospasme** ou le **laryngospasme** provoqués le plus souvent par une anesthésie trop légère ou une inhalation de sang et de débris chez un patient extubé insuffisamment réveillé.

✓ **Les complications secondaires**

Les principales complications secondaires sont : **l'hémorragie retardée ; la dysphagie** douloureuse à risque de déshydratation et la **persistance de l'obstruction respiratoire.**

• **L'hémorragie retardée** : Elle survient après les premières 24 heures suivant l'opération. L'apparition d'une hémorragie retardée justifie le retour sans délai dans une structure d'hospitalisation capable de prendre en charge le patient. Il est difficile d'apprécier quantitativement l'importance d'un saignement passé. L'évaluation de l'état général et la prise du pouls sont essentielles.

• **La dysphagie douloureuse** à risque de déshydratation : Elle est fréquente et peut survenir malgré l'antalgie. Dans ce cas, un refus alimentaire est habituel et peut se compliquer d'une déshydratation.

• **La persistance de l'obstruction respiratoire**

• **Les autres complications** : D'autres complications peuvent survenir au décours de l'amygdalectomie. Quel que soit leur mécanisme de survenue, le traitement (qui n'est pas détaillé) est avant tout préventif. Il s'agit de prévenir : l'œdème de luette, le traumatisme de la luette ou des piliers ; le traumatisme dentaire, les brûlures superficielles (langue ou commissure labiale), les plaies vélaires ou vélo pharyngées ; les broncho-pneumopathies, l'abcès du poumon par inhalation, la subluxation C1-C2 (ou syndrome de Grisel) par extension cervicale forcée; l'emphysème sous-cutané cervical traduisant une plaie muqueuse pharyngée ; la modification de la voix,

l'insuffisance vélaire fonctionnelle transitoire ou définitive ; la dysgueusie ; les sténoses vélo pharyngées.

3.6.2. Complications de l'adénoïdectomie :

✓ **Les complications hémorragiques** : Il s’agit de complications rares dont la fréquence est inférieure à 1%. La survenue des complications hémorragique est précoce, c’est-à-dire dans les heures suivant l’intervention, dans 80% des cas, sinon elles surviennent dans les six premiers jours.

✓ **Les complications infectieuses et inflammatoires** :

Fonctionnelles : L'insuffisance vélaire, avec pour conséquence une rhinolalie et un reflux pharyngo-nasal, doit être prévenue par l'examen préopératoire systématique du voile. Une luette bifide, un voile court ou encore une division vélaire (parfois seulement sous muqueuse), doit alerter. Une attention particulière est nécessaire chez les enfants atteints du syndrome vélo-cardio-facial (micro délétion 22q11).

Récidives : Elles n’ont techniquement pas des complications au sens propre du terme. Elles sont dues en majeure partie à une exérèse incomplète du tissu adénoïdien et nécessitent donc une reprise chirurgicale selon les mêmes modalités opératoires.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d’étude et lieu d’étude :

Notre étude a été réalisée au service ORL/CCF du CHU " Mère - Enfant " « le Luxembourg ».

2. Présentation du centre hospitalier universitaire " Mère - Enfant " Le « Luxembourg » :

2.1. Historique :

Le Centre Hospitalier "Mère - Enfant" Le «Luxembourg » est situé dans la banlieue ouest de Bamako, dans le quartier d'hamdallaye. Les bâtiments ont été inaugurés le 24 Novembre 1998 en présence de la Secrétaire d'Etat à la Coopération du Luxembourg. L'hôpital a ouvert ses portes en Mai 1999. Ce dernier appartient à la «Fondation Pour l'Enfance» dirigée par l'épouse de l'ancien président de la république du Mali feu Amadou Toumani Touré et a été reconnu d'utilité publique par le décret N°93-271 du 6 avril 1993.

2.2. Organisation :

Le CHU Mère-Enfant est un établissement médico-social de diagnostic, de traitement, d'hospitalisation, de recherche et d'enseignement. C'est un hôpital de deuxième référence à vocation humanitaire.

L'hôpital dispose :

• D'un organigramme

• D'un manuel de procédure

• D'un statut

• D’un règlement intérieur

A côté de ces organes nous notons les structures de soutien dont :

• Le service social

• Le service de maintenance (maintenance, plomberie, électricité, froid)

• La buanderie

•Lacantine

2.3.Infrastructures :

Le CHU Mère-Enfant est un établissement hospitalier privé à but non lucratif rendant du service public, composé de trois bâtiments à deux niveaux et d'un bâtiment à trois niveaux en construction avec une direction et un service social le plateau technique de l'hôpital comprend les services suivants :

Département Gynéco-obstétrique

Département d'anesthésie

Urgences – réanimation

Un service d'accueil des urgences

Un service d'anesthésie et de service de réanimation

- Département Chirurgie comportant :
  - Un service ORL et CCF
  - Un service de chirurgie générale :
  - Un service de chirurgie pédiatrique
  - Un service de neurochirurgie
  - Un service d'odontostomatologie
  - Un service de chirurgie cardio vasculaire
  - Un service d'ophtalmologie
  - Un service de traumatologie
  - Un service d'urologie
- Département Médecine comportant :
  - Un service de gastroentérologie
  - Un service de cardiologie
  - Un service de dermatologie
  - Un service de médecine interne
  - Un service de neurologie

- Un service de rhumatologie
- Un service de pédiatrie
- Un service d'oncologie médicale

➢ Département du laboratoire

➢ Département d'imagerie médicale

➢ Département de la pharmacie hospitalière

À la date actuelle le CHU Mère-Enfant dispose de 100 lits d'hospitalisation repartis entre 7 unités :

- L'unité d'hospitalisation de chirurgie.
- L'unité d'hospitalisation de gynécologie,
- L'unité d'hospitalisation de médecine,
- L'unité d'hospitalisation de pédiatrie,
- L'unité d'hospitalisation de cardiologie,
- L'unité d'hospitalisation de l'oncologie médicale
- L'unité d'hospitalisation de la réanimation.

2.4. Champs d'étude :

Le service ORL /CCF est composé d'une salle de consultation et d'une salle d'audiométrie, une salle de soins et une autre salle permettant la consultation juste trois fois par semaine.

Les interventions chirurgicales se font dans les deux blocs opératoires, en commun avec le service de la chirurgie générale, ensuite les malades opérés sont hospitalisés dans l'unité d'hospitalisation en commun avec ceux des services de la chirurgie.

2.5. **Activités du service :**

Les activités du service sont reparties comme suit :

Les consultations externes sont effectuées tous les jours du lundi au vendredi. Les activités chirurgicales à froid pour les interventions chirurgicales programmées ont lieu 2 jours dans la semaine au bloc opératoire (mercredi et vendredi). Les prises

en des urgences sont faites dès que le besoin s’impose. La visite des malades hospitalisés est effectuée par les médecins tous les jours et le protocole de soin est exécuté par les infirmiers.

3.Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive réalisée sur une période de 7 mois allant du 1er Janvier 2024 au 31 Juillet 2024.

4. Population d’étude :

Tous les patients ayant bénéficié d’une adénoido-amygdalectomie au service d’ORL/CCF du CHU ̀Mère-Enfant ́ Le « Luxembourg ».

5. **Echantillonnage** :

La taille de l’échantillon a été de 67 patients.

6. **Critère d’inclusion** :

Ont été inclus dans étude tous les patients ayant subi une adénoïdo-amygdalectomie a été posée.

7.Critère de non inclusion :

N’ont pas étés inclus dans notre étude :

Les patients pour lesquels l’indication d’adénoïdo-amygdalectomie n’a pas été retenue.

Les patients chez qui l’indication était posée mais chez lesquels l’intervention n’a finalement pas été réalisée.

Les patients opérés qui n’ont pas consenti à participer à l’étude.

8.Recueil des données :

Nous avons utilisé comme supports :

Une fiche d'enquête préétablie à cet effet

Les dossiers des malades

Le registre des consultations.

9.Les variables étudiées :

Les variables étudiées sont : l’âge, le sexe, le mode de vie, la profession, la résidence, les antécédents, le motif de consultation, l’examen physique, l’indication opératoire, le type anesthésie, l’acte chirurgical, la technique chirurgicale, les complications post-opératoires.

10. **Saisie et analyse des données** :

Les données ont été saisies sur le logiciel SPSS version 25.0 contenant un masque de saisie établi à partir d'une fiche d'enquête.

-Traitement et analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 25.0. Les variables quantitatives ont été exprimé par les moyennes et leurs écart-types. Les variables qualitatives ont été exprimé par leur effectif et leur pourcentage. Les graphiques ont été établis sur le logiciel Excel. Le traitement de texte a été réalisé avec Microsoft WORD® 2019.

11. **Aspect éthique** :

Il s'agit d'un travail purement scientifique qui visant à évaluer les pratiques. L'étude a débutée après que toutes les formalités administratives ont été remplies. Le consentement des patients a été préalablement obtenu pour leur participation à l'étude, ainsi que leur anonymat.

RÉSULTATS

V.RESULTATS :

1.ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE :

1.1 Prévalence :

Pendant la période d’étude, 67 adénoïdo-amygdalectomies ont été réalisées sur 148 intervention chirurgicale effectuées dans le service d’ORL/CCF du CHU ″Mère-Enfant″ « Le Luxembourg », soit une prévalence de 45,27 %.

1.2 Données sociodémographique :

1.2.2 L’âge :

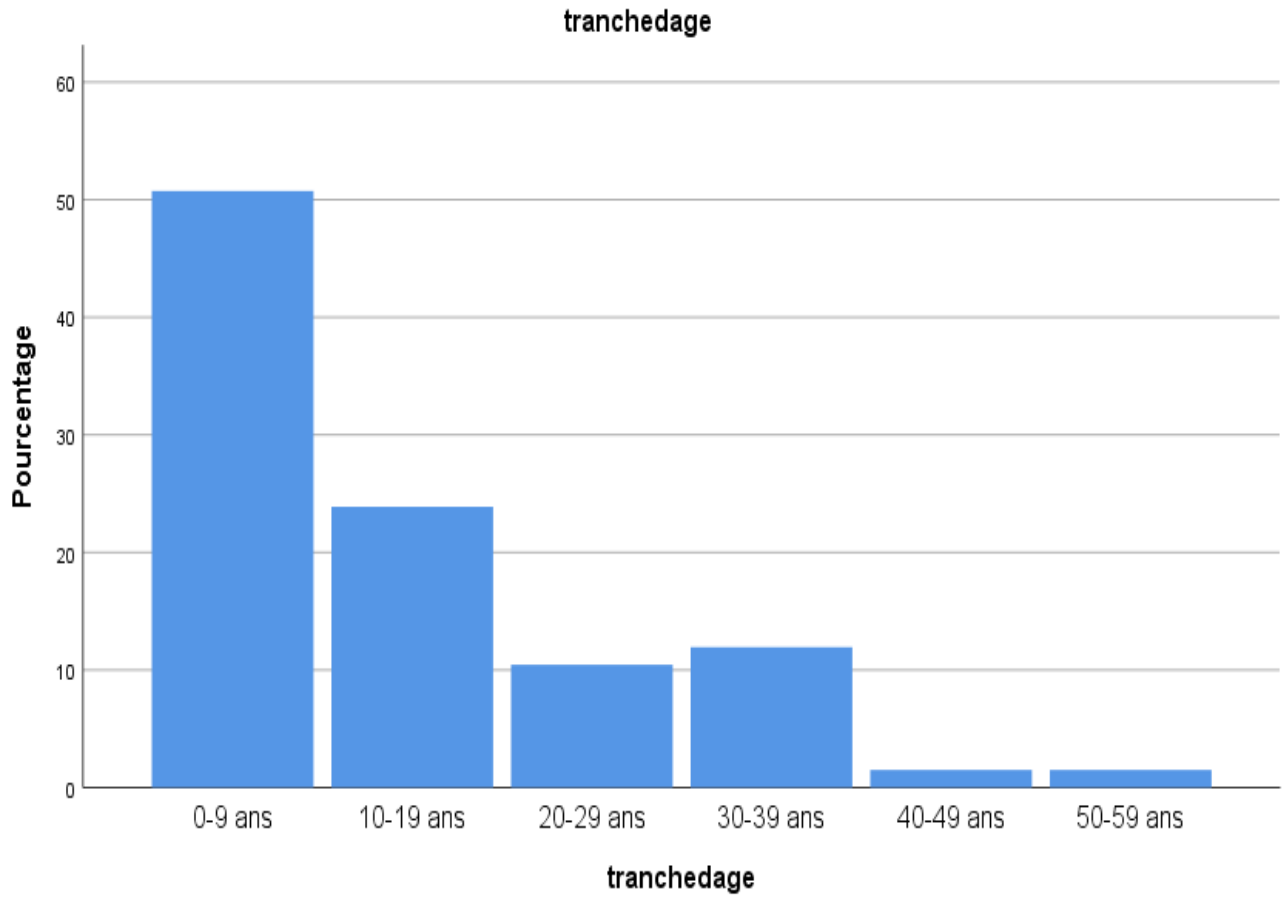


Figure 10: Répartition des patients en fonction de la tranche d’âge

La moyenne d’âge de nos patients était de 13,9 ans, avec des extrêmes allant de 17mois à 54ans, et l’écart-type était de 12,08.

1.2.1. Le Sexe :

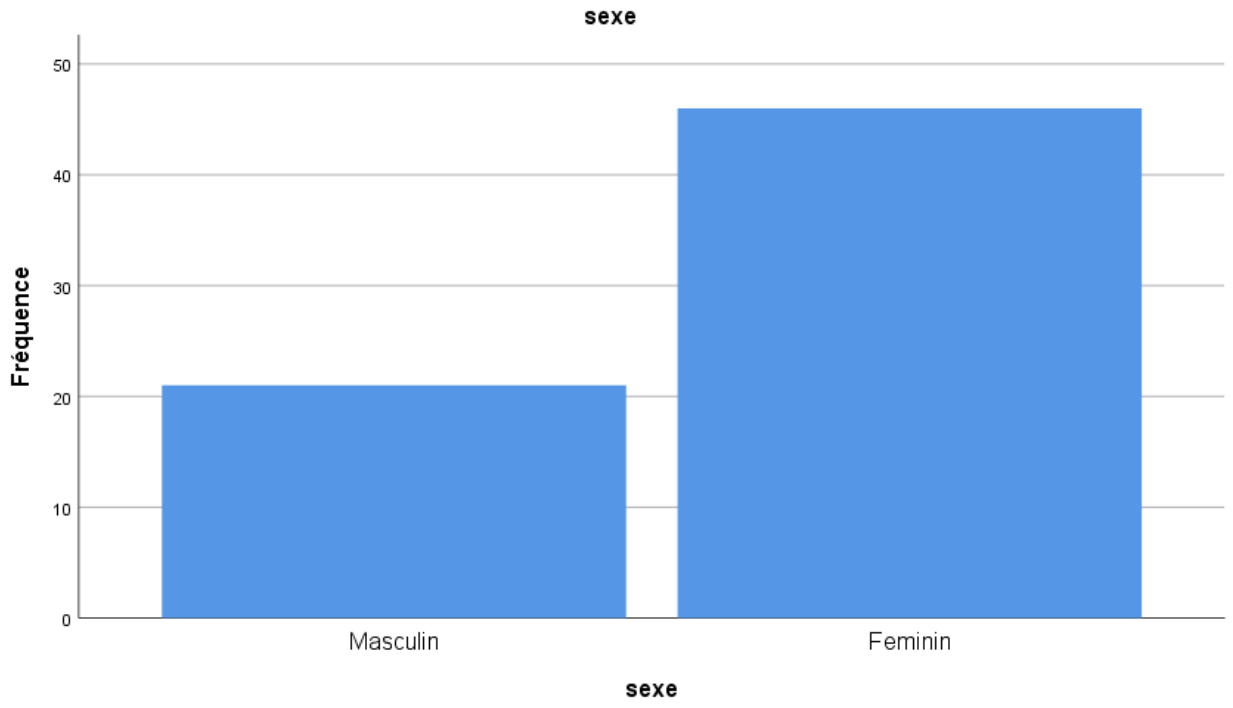


Figure 11: Répartition des patients en fonction du sexe

Sex-ratio H/F: 0,45.

1.2.3 Résidence :

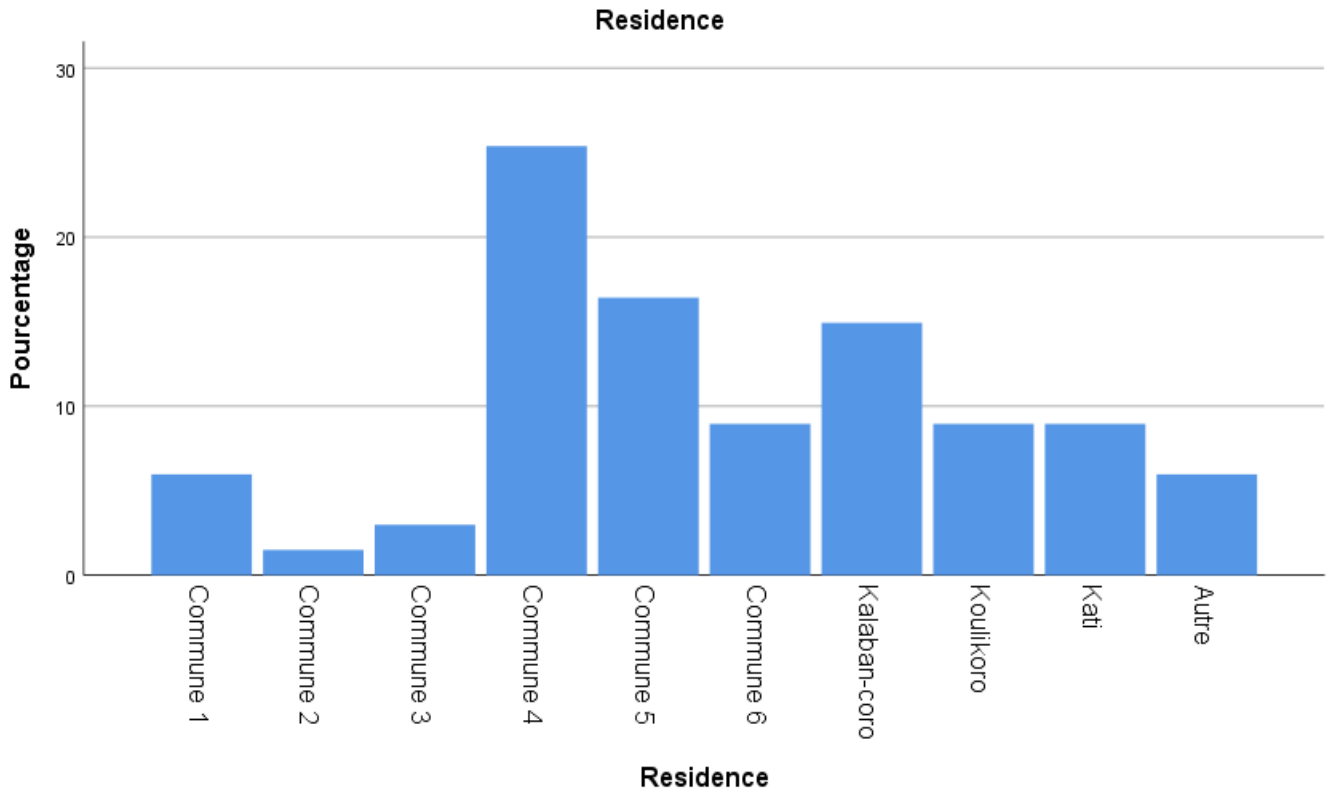


Figure 12: Répartition des patients en fonction de la résidence

*Autres : Niono(1cas), Ségou (2 cas), Kayes(1cas).

1.2.3 Profession :

Tableau I: Répartition des patients en fonction de la profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage(%)
Elève	**25**	**37,3**
Enfant/Nourrisson	21	31,3
Lycéen/Etudiant	7	10,4
Fonctionnaire	5	7,5
*Autres	4	6
Femme au foyer	3	4,5
Commerçant/e	1	1,5
Enseignant/te	1	1,5
Total	**67**	**100**

*Autres : Couturière (1), Animatrice radio (1), Éleveur (1) , journaliste(1).

1.2.5 Mode de vie :

Tableau II: Répartition des patients en fonction du mode de vie

Mode de vie	Fréquence	Pourcentage (%)
Non Tabagique	**66**	**98,5**
Tabagique	1	1,5
Total	**67**	**100**

2.Données cliniques :

2.1. Antécédents

Tableau III: La répartition des patients en fonction des antécédents médico-chirurgicaux.

Antécédent Médico-chirurgical	Fréquence	Pourcentage (%)
Amygdalite à répétition	**49**	**73,1**
Rhino-pharyngite à répétition	12	17,9
RGO	3	4,5
Autres*	2	3,0
Adénoïdectomie	1	1,5
Total	**67**	**100**

*Autres : Asthme(1cas), Drépanocytose(1cas).

2.2. Motif de consultation :

Tableau IV : Répartition des patients en fonction du motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage(%)
Odynophagie	**45**	**67,2**
Ronflements nocturnes	12	17,9
Halitose	6	9
Apnée du sommeil	3	4,5
Otalgie	1	1,4
Total	**67**	**100**

2.3. Aspect des Amygdales palatines :

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l’aspect des amygdales palatines

Aspect des amygdales palatines	Fréquence	Pourcentage (%)
Hypertrophiées +cryptique avec caséum	**32**	**47,8**
Hypertrophiées	18	26,9
Inflammatoire +Hypertrophiées	13	19,4
Normal	3	4,5
Autres*	1	1,4
Total	**67**	**100**

*Autre : Kyste amygdalien unilatéral (1cas).

2.4. Indications opératoires :

Tableau VI: Répartition des patients en fonction des indications opératoires

Indications opératoires	Fréquence	Pourcentage (%)
Amygdalite aigue récidivantes	**46**	**68,7**
Amygdalite Aigue récidivantes + SAOS	**17**	**25,3**
SAOS	2	3
Amygdalite chronique	1	1,5
Otite séro-muqueuse	1	1,5
Total	**67**	**100**

2.5. Acte chirurgical :

Tableau VII: Répartition des patients en fonction de l’acte chirurgical.

Acte chirurgical	Fréquence	Pourcentage (%)
Amygdalectomie	**44**	**65,7**
Adénoïdo-Amygdalectomie	20	29,9
Adénoïdectomie	2	3,0
Adénoïdectomie + Pose ATT	1	1,4
Total	**67**	**100**

2.6. Techniques chirurgicales :

Tableau VIII: Répartition des patients en fonction de la technique chirurgicale.

Technique chirurgicale	Fréquence	Pourcentage (%)
Dissection extra capsulaire	**46**	**68,65**
Dissection extra capsulaire +Adénoïdectomie avec couteau de MOURE	18	26,87
Adénoïdectomie avec couteau de MOURE	2	2,99
Adénoïdectomie avec couteau de MOURE + Pose ATT	1	1,4
Total	**67**	**100**

2.7. Complication post anesthésie :

Tableau IX: Répartition des patients en fonction des complications liées à l’anesthésie.

Complications liées à l’anesthésie	Fréquence	Pourcentage(%)
Pas de complication post anesthésie	50	74,6
Nausée et vomissement	**17**	**25,4**
Total	**67**	**100**

2.8. Complication post chirurgie :

Tableau X: Répartition des patients en fonction des complications post chirurgicale.

Complication post-chirurgicale	Fréquence	Pourcentage(%)
Pas de complication post chirurgicale	**38**	**56,7**
Œdème de la luette	28	41,8
Traumatisme dentaire + œdème de la luette	1	1,5
Total	**67**	**100**

2.9. Suivi post opératoires :

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du suivi post opératoire.

Suivi post-opératoire	Fréquence	Pourcentage(%)
Simple	66	98,5
Retard de cicatrisation	**1**	**1,5**
Total	**67**	**100**

2.10 Tableaux croisés :

Tableau XII: Répartition du sexe en fonction de la tranche d’âge

		Tranche d’âge						
		0-09 ans	**10-19 ans**	**20-29 ans**	**30-39 ans**	**40-49 ans**	**50-59 ans**	**Total**
sexe	**Masculin**	16	4	1	0	0	0	21
	Féminin	18	12	6	8	1	1	46
Total		**34**	**16**	**7**	**8**	**1**	**1**	**67**

Khi-2 : 9,713 ddl : 5 pv : 0,084.

IL n’y a pas de relation significative entre le sexe et la tranche d’âge .

Tableau XIII: Répartition de la tranche d’âge en fonction de l’acte chirurgical

		Acte chirurgical				
		Amygdalectomie	**Adénoïdectomie**	**Adénoïdectomie + ATT**	**Adénoïdo-Amygdalectomie**	**Total**
Tranche d’âge	**0-9 ans**	12	2	1	19	34
	10-19 ans	15	0	0	1	16
	20-29 ans	7	0	0	0	7
	30-39 ans	8	0	0	0	8
	40-49 ans	1	0	0	0	1
	50-59 ans	1	0	0	0	1
Total		**44**	**2**	**1**	**20**	**67**

Khi-2 : 28,439 ddl :15 pv : 0,019.

IL y’a une relation significative entre la tranche d’âge et l’acte chirurgical.

Tableau XIV: Répartition des complications post-anesthésie en fonction de la technique chirurgicale

		Technique chirurgicale				
		Dissection extra capsulaire	**Adénoidectomie avec couteau de MOURE**	**Dissection extra capsulaire + Adénoidectomie avec couteau de MOURE**	**Adénoidectomie avec couteau de MOURE + Pose ATT**	**Total**
Complication post-anesthesie	**Nausées et vomissements**	13	0	3	1	17
	Pas de complication post anesthésique	33	2	15	0	50
Total		**46**	**2**	**18**	**1**	**67**

Khi-2 : 4,544 ddl :3 pv : 0,208.

IL n’y a pas de relation significative entre la technique opératoire et les complications post-anesthésie.

Tableau XV: Répartition des complications post-chirurgicale en fonction de la technique chirurgicale

		Technique chirurgicale				
		Dissection extra capsulaire	**Adénoidectomie avec couteau de MOURE**	**Dissection extra capsulaire + Adénoidectomie avec couteau de MOURE**	**Adénoidectomie avec couteau de MOURE + Pose ATT**	**Total**
Complications post chirurgicale	**Oedème de la luette**	23	0	5	0	28
	Traumatisme dentaire + Oedème de la luette	0	0	1	0	1
	Pas de complication post chirurgicale	23	2	12	1	38
Total		**46**	**2**	**18**	**1**	**67**

Khi-2 : 7,235 ddl :6 pv : 0,300.

IL n’y a pas de relation significative entre la technique opératoire et les complications post-chirurgie.

Tableau XVI: Répartition de la tranche d’âge en fonction des indications opératoires

		Indication opératoire					
		Amygdalite aigue récidivantes	**Amygdalite chronique**	**Otite séro-muqueuse**	**Amygdalite Aigue récidivantes + SAOS**	**SAOS**	**Total**
Tranche d’âge	**0-9 ans**	15	0	1	16	2	34
	10-19 ans	15	0	0	1	0	16
	20-29 ans	7	0	0	0	0	7
	30-39 ans	7	1	0	0	0	8
	40-49 ans	1	0	0	0	0	1
	50-59 ans	1	0	0	0	0	1
Total		**46**	**1**	**1**	**17**	**2**	**67**

Khi-2 : 29,359 ddl : 20 pv : 0,081.

IL n’y a pas de relation significative entre la tranche d’âge et les indications opératoires.

Tableau XVII: Répartition de la tranche d’âge en fonction des actes chirurgicaux

		Acte chirurgical				
		Amygdalectomie	**Adénoïdectomie**	**Adénoïdectomie + ATT**	**Adénoïdo-Amygdalectomie**	**Total**
Tranche d’âge	**0-9 ans**	12	2	1	19	34
	10-19 ans	15	0	0	1	16
	20-29 ans	7	0	0	0	7
	30-39 ans	8	0	0	0	8
	40-49 ans	1	0	0	0	1
	50-59 ans	1	0	0	0	1
Total		**44**	**2**	**1**	**20**	**67**

Khi-2 : 28,439 ddl : 15 pv : 0,019.

IL y’a une relation significative entre la tranche d’âge et les actes chirurgicaux.

Tableau XVIII: Répartition de la tranche d’Âge en fonction des techniques chirurgicales

		Technique chirurgicale				
		Dissection extra capsulaire	**Adénoïdectomie avec couteau de MOURE**	**Dissection extra capsulaire + Adénoïdectomie avec couteau de MOURE**	**Adénoïdectomie avec couteau de MOURE + Pose ATT**	**Total**
Tranche d’âge	**0-9 ans**	14	2	17	1	34
	10-19 ans	15	0	1	0	16
	20-29 ans	7	0	0	0	7
	30-39 ans	8	0	0	0	8
	40-49 ans	1	0	0	0	1
	50-59 ans	1	0	0	0	1
Total		**46**	**2**	**18**	**1**	**67**

Khi-2 : 24,423 ddl : 15 pv : 0,058.

IL n’y a pas de relation significative entre la tranche d’âge et la technique chirurgicale.

Tableau XIX: Répartition de la tranche d’âge en fonction des complications liées à l’anesthésie

		Complications liées à l’anesthésie		
		Naussées et vomissements	**Pas de complication post anesthésique**	**Total**
Tranche d’âge	**0-9 ans**	7	27	34
	10-19 ans	3	13	16
	20-29 ans	3	4	7
	30-39 ans	3	5	8
	40-49 ans	0	1	1
	50-59 ans	1	0	1
Total		**17**	**50**	**67**

Khi-2 : 5,814 ddl : 5 pv : 0,325.

IL n’y a pas de relation significative entre la tranche d’âge et les complications post-anesthésique.

Tableau XX: Répartition de la tranche d’Âge en fonction des complications post chirurgicale

		Complications post chirurgicale			
		Oedème de la luette	**Traumatisme dentaire + Oedème de la luette**	**Pas de complication post chirurgicale**	**Total**
Tranche d’âge	**0-9 ans**	9	1	24	34
	10-19 ans	8	0	8	16
	20-29 ans	5	0	2	7
	30-39 ans	5	0	3	8
	40-49 ans	0	0	1	1
	50-59 ans	1	0	0	1
Total		**28**	**1**	**38**	**67**

Khi-2 : 10,336 ddl :10 pv : 0,412.

IL n’y a pas de relation significative entre la tranche d’âge et les complications post-chirurgicales.

Tableau XXI: Répartition de la tranche d’Âge en fonction du suivi post opératoire

		Suivi post opératoire		
		Retard de cicatrisation	**Simple**	**Total**
Tranche d’âge	**0-9 ans**	0	34	34
	10-19 ans	0	16	16
	20-29 ans	0	7	7
	30-39 ans	1	7	8
	40-49 ans	0	1	1
	50-59 ans	0	1	1
Total		**1**	**66**	**67**

Khi-2 : 7,487 ddl :5 pv : 0,187.

IL n’y a pas de relation significative entre la tranche d’âge et le suivi post-opératoire.

Tableau XXII: Répartition du motif de consultation en fonction de la tranche d’âge

		Tranche d’âge						
		0-9 ans	**10-19 ans**	**20-29 ans**	**30-39 ans**	**40-49 ans**	**50-59 ans**	**Total**
Motif de consultation	**Odynophagie**	18	16	6	4	1	0	45
	Apnée du sommeil	3	0	0	0	0	0	3
	Ronflements nocturnes	12	0	0	0	0	0	12
	Halitose	0	0	1	4	0	1	6
	Otalgie	1	0	0	0	0	0	1
Total		**34**	**16**	**7**	**8**	**1**	**1**	**67**

Khi-2 : 49,759 ddl : 20 pv : 0,000.

IL y’a une relation significative entre le motif de consultation et la tranche d’âge.

Tableau XXIII: Répartition de l’aspect des amygdales en fonction du sexe

		Aspect des Amygdales palatines					Total
		Inflammatoires+ Hypertrophiées	Hypertrophiées	Hypertrophiées+cryptique avec caséum	Autre	Normal	
Sexe	Masculin	3	8	9	0	1	21
	Féminin	10	10	23	1	2	46
	Total	**13**	**18**	**32**	**1**	**3**	**67**

Khi-2 : 3,816 ddl : 4 pv : 0,431.

IL n’y a pas de relation significative entre le sexe et l’aspect de amygdales palatines.

Tableau XXIV : Répartition de l’aspect des amygdales en fonction de la tranche d’âge

		Aspect des Amygdales palatines					
		Inflammatoires+ Hypertrophiées	**Hypertrophiées**	**Hypertrophiées +cryptique avec caséum**	**Autre**	**Normal**	**Total**
Tranche d’âge	**0-9 ans**	5	14	12	0	3	34
	10-19 ans	5	2	9	0	0	16
	20-29 ans	2	1	5	1	0	7
	30-39 ans	1	1	5	0	0	8
	40-49 ans	0	0	0	0	0	1
	50-59 ans	0	0	1	0	0	1
Total		**13**	**18**	**32**	**1**	**3**	**67**

Khi-2 : 40,807 ddl : 20 pv : 0,004.

IL y’a une relation significative entre la tranche d’âge et l’aspect des amygdales palatines.

Tableau XXV: Répartition de l’aspect des amygdales palatines en fonction du motif de consultation

		Aspect des Amygdales palatines					
		Inflammatoires+ Hypertrophiées	**Hypertrophiées**	**Hypertrophiées+cryptique avec caséum**	**Autre**	**Normal**	**Total**
Motif de consultation	**Odynophagie**	13	10	20	1	0	45
	Apnée du sommeil	0	1	1	0	1	3
	Ronflements nocturnes	0	7	5	0	1	12
	Halitose	0	0	6	0	0	6
	Otalgie	0	0	0	0	1	1
Total		**13**	**18**	**32**	**1**	**3**	**67**

Khi-2 : 45,037 ddl : 10 pv : 0,000.

IL y’a une relation significative entre le motif de consultation et l’aspect des amygdales palatines.

Tableau XXVI: Répartition de l’aspect des amygdales palatines en fonction des indications opératoire

		Aspect des Amygdales palatines					
		Inflammatoires + Hypertrophiées	**Hypertrophiées**	**Hypertrophiées+cryptique avec du caséum**	**Autre**	**Normal**	**Total**
Indication opératoire	**Amygdalite aigue récidivantes**	11	10	24	1	0	46
	Amygdalite chronique	1	0	0	0	0	1
	Otite séromuqueuse	0	0	0	0	1	1
	Amygdalite Aigue récidivantes + SAOS	1	8	8	0	0	17
	SAOS	0	0	0	0	2	2
Total		**13**	**18**	**32**	**1**	**3**	**67**

Khi-2 : 78,152 ddl : 16 pv : 0,000.

IL n’y a une relation significative entre les indications opératoires et l’aspect des amygdales palatines.

Tableau XXVII: Répartition du motif de consultation en fonction des indications opératoires

		Motif de consultation					
		Odynaphagie	**Apnée du sommeil**	**Ronflements nocturnes**	**Halitose**	**Otalgie**	**Total**
Indication opératoire	**Amygdalite aigue récidivantes**	39	0	1	6	0	46
	Amygdalite chronique	1	0	0	0	0	1
	Otite séro-muqueuse	0	0	0	0	1	1
	Amygdalite Aigue récidivantes + SAOS	5	2	10	0	0	17
	SAOS	0	1	1	0	0	2
Total		**45**	**3**	**12**	**6**	**1**	**67**

Khi-2 : 187,335 ddl : 12 pv : 0,000.

IL y’a une relation significative entre le motif de consultation et les indications opératoires.

Tableau XXVIII: Répartition de l’acte chirurgical en fonction des indication opérations

		Acte chirurgical				
		Amygdalectomie	**Adénoidectomie**	**Adénoidectomie + ATT**	**Adénoido - Amygdalectomie**	**Total**
Indication opératoire	**Amygdalite aigue récidivantes**	43	0	0	3	46
	Amygdalite chronique	1	0	0	0	1
	Otite séro-muqueuse	0	0	1	0	1
	Amygdalite Aigue récidivantes + SAOS	0	0	0	17	17
	SAOS	0	2	0	0	2
Total		**44**	**2**	**1**	**20**	**67**

Khi-2 : 177,338 ddl :12 pv : 0,000.

IL y’a une relation significative entre les indications opératoires et les actes chirurgicaux.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. Commentaires et discussion :

1-Aspects épidémiologiques :

Notre étude a révélé que l’amygdalectomie et/ou l’adénoïdectomie occupait une part importante des activités du bloc opératoire du service d’ORL-CCF du CHU Mère – Enfant le « Luxembourg », avec 45,27 %.

Ce constat a été rapporté par l’étude de **Mahamadou Sanogo** [5] au CSRéf commune IV au Mali, avec 11,11 %, ainsi que par **Thiam** [13] au Sénégal, qui indique que l’adénoïdo-amygdalectomie représentait 54,5 % de l’activité de leur service. **Illé S** [14] au Niger, rapporte également que l’amygdalectomie constituait 42,91 % des interventions de leur service, tandis que **Luty** [15] en RDC, observait une prévalence plus élevée, avec 81 % des actes réalisés.

Dans notre série, l’amygdalectomie a été l’intervention la plus pratiquée, représentant 65,7 % des activités. Elle a été suivie de l’adénoïdo-amygdalectomie avec 29,9 % et enfin de l’adénoïdectomie avec 3 %.

Cette hiérarchisation concorde avec celle rapportée par **Ag Med Elmehdi** [16] au CSRéF de la commune VI à Bamako, où l’amygdalectomie était également en première position avec 55,77 %, suivie de l’adénoïdo-amygdalectomie à 36,54 % puis de l’adénoïdectomie seule à 7,69 %.

Cependant, nos résultats diffèrent de ceux de **Abdallah H** [6], qui rapportait une prédominance de l’amygdalectomie avec 68,58 % suivie de l’adénoïdectomie seule 36,54 % puis de l’adénoïdo-amygdalectomie à 7,69 %. Ils diffèrent également de ceux de **Fatoumata T**[17], qui indiquait que l’adénoido-amygdalectomie est l’intervention la plus fréquente avec 62 %, suivie de l’amygdalectomie à 38 %.

2-Âge :

Dans notre série, l’âge moyen des patients opérés était de 13,9 ans, avec des extrêmes allant de 17 mois à 54 ans. Cet âge moyen est proche de celui rapporté par **Abdallah H** [6] avec 12,21 ans, ainsi que de celui de **Ould GUEHMESS** [18] en Mauritanie, qui

était de 14,8 ans. En revanche, il est inférieur aux résultats rapportés par **Mahamadou Sanogo** [5] au Mali et **Pape Y BA** [19] au Sénégal, avec respectivement 19 ans et 29 ans. Il était nettement supérieur à celui de la série rapportée par **Fatoumata T** [17], avec un âge moyen de 6,20 ans. Cette divergence s’explique par le fait que son étude concernait uniquement les enfants.

Nous avons noté une nette prédominance de la tranche d’âge de [0-9Ans], qui représentait 64 % des patients opérés. Ce résultat concorde avec celui de l’étude de **Ag Mohamed** [20], avec 30,39 % ainsi qu’avec celui de **Sarr B** [21]. Ce constat a également été rapporté par l’étude de **Pape y BA** [19] et de **Bakary Doumbia** [22], avec respectivement 21,13 % et 32,71 %.

L’explication de cette prédominance de patients de bas âge serait la grande prévalence des pathologies infectieuses et inflammatoires de la sphère ORL, dans le cadre de la maladie d’adaptation [23].

3. Le Sexe :

Dans notre série, nous avons noté une prédominance du sexe féminin avec 60 % de la population globale, contre 40 % du sexe masculin, soit un sex - ratio à 0,45.

Cette prédominance féminine est également rapportée par **Malik M’bengue** [24] au Sénégal, ainsi que par **Ould Guehmess et coll** [18] en Mauritanie, **Mahamadou Sanogo** [5] au Mali, **Koffi et coll** [25] et **Keita A et coll** [26] avec respectivement 70,85 % ; 59,3 % ; 54 % ; 53,6 % ; 56 %.

Nous n’avons aucun élément permettant d’expliquer cette prédominance féminine.

À l’inverse, **Diouf Rama** [27] rapporte une prédominance masculine avec 57,3 %, tout comme dans la série rapportée par **Oumar M’baye** [28] avec 53 %.

4.Profession :

Dans notre série, la profession d’élève était la plus représentée, avec un taux de 37,3 %, soit 25 cas. Ce résultat est superposable avec celui de **Mahamadou Sanogo** [5] au Mali avec 36,62 %, soit 26 cas.

5- L’Origine Géographique :

Dans notre série, la Commune IV prédomine avec 28 %. Cela s’explique par l’emplacement du CHU″Mère –Enfant″ le « Luxembourg ». Cette prédominance de la commune IV a été évoquée par **Mahamadou S [5]**, chez qui l’on retrouvait un taux de 54,93 %, soit 39 cas, largement supérieur au nôtre. Il l’explique d’une part par la situation géographique du CSREF de la commune IV, mais aussi par la densité de la population de cette commune.

2- Aspect clinique :

1- Antécédents médico-chirurgicaux :

L’amygdalite aiguë récidivante a été le principal antécédent dans notre série avec 68,7 %. En effet, dans la littérature, l’amygdalite ou angine est considérée comme une inflammation des amygdales palatines, le plus souvent d’origine infectieuse. Elle peut être aiguë ou chronique, les germes en cause étant principalement des virus et des bactéries.

Dans notre cas, il s’agit plus précisément d’une infection bactérienne (*le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A*), pouvant engendrer des complications d’ordre locorégional ou général.

Selon une étude menée au Mali, 45,90 % des cardiopathies chez les sujets âgés de 0-15 ans sont d’origine rhumatismale, et 43,90 % des GNA post-infectieuses présentaient un antécédent d’amygdalite [29]. Ce constat a également été rapporté par l’étude d’**Aiman Z [30]** avec 57,6 % d’amygdalite aiguë récidivante, suivie de notion de rhinopharyngite dans 3,79 % des cas. Cette tendance est également retrouvée **Bakary D [22]**, **Oumaina Mouahid [31]**, **Farah K [32]**, avec respectivement 26,39 % ,76,7 % et 49 %.

En revanche, dans l’étude de **Malik M [24]**, l’amygdalite aiguë récidivante a été le second antécédent avec 36,5 %.

2-Motifs de Consultations :

L’odynophagie a été le principal motif de consultation dans notre série avec 67,2 %, un résultat superposable à celui retrouvé par **Mahamadou S** [5] avec 69,01 % au Mali, par **Abdoul W Haidara** [33] avec 88,63 %, et par **Aiman Z** **[30]** avec 75,9 %. Cette fréquence pourrait s’expliquer par le caractère inflammatoire et hypertrophique des amygdales palatines, ainsi que par le rôle qu’elles jouent dans l’alimentation. En tant qu’élément du **MALT** (tissu lymphoïde associé aux muqueuses), elles sont sollicitées à chaque ingestion d’aliments, ce qui impacte directement le ressenti fonctionnel des patients atteints des pathologies inflammatoires amygdaliennes.

Le ronflement nocturne a été le second motif de consultation dans notre série avec 17,9 %. Ce constat a également été rapporté par l’étude d’**Aiman Z** **[30]**, qui retrouve une fréquence de 16,5 %. Quant à l’halitose, elle a représenté 9 % des motifs de consultation, et l’apnée du sommeil 4,5 %.

3.Aspect des Amygdales palatines :

Dans notre étude, l’aspect des amygdales palatines était hypertrophié, cryptique, avec du caséum dans 46,3 % des cas. Ce constat se rapproche de l’étude de **Youssouph Camara** **[34]**, qui rapporte des amygdales cryptiques et caséeuses dans 31,89 % des cas. En revanche, nos résultats divergent de ceux de **Massamba Thiam** **[35]**, qui rapporte amygdales cryptiques caséeuses dans seulement 6 % des cas, et de **Mahamadou S** [5] chez qui nous retrouvons des amygdales inflammatoires hypertrophiées dans 85,92 % des cas. À l’inverse, **Bassoum** **[36]** retrouve des amygdales hypertrophiées simples dans 86,4 % des cas. Dans notre étude, nous avons également noté un cas de pathologie amygdalienne unilatérale de type kyste amygdalien, ce qui est également rapporté dans l’étude de **Youssouph Camara** **[34]**.

4.Indication opératoire :

Historiquement, l'indication principale de l'amygdalectomie chez la population pédiatrique était l'amygdalite récurrente ou chronique. Cependant, avec la généralisation de l'administration d'antibiotiques, l'indication de la chirurgie s'est progressivement déplacée vers le soulagement de l'obstruction des voies respiratoires supérieures. Contrairement à la population pédiatrique, l'indication la plus courante de l'amygdalectomie chez l'adulte reste l'amygdalite récurrente/chronique, probablement en raison des taux d'échec plus élevés de l'antibiothérapie liés à la présence de bactéries résistantes.

Les études ayant évalué les avantages médicaux et économiques de l'amygdalectomie dans la population adulte ont montré, de manière significative, une amélioration de la qualité de vie, avec une diminution de l'utilisation d'antibiotiques, des visites chez le médecin, des épisodes de maux de gorge et des jours de travail manqués[37] .

Cependant, le geste d’amygdalectomie actuel a peu de chose en commun avec celui d’antan, les indications se sont précisées, les techniques opératoires ont évolué, tout comme la prise en charge péri-opératoire, modifiant ainsi la morbidité de cette chirurgie[38].

Selon les nouvelles recommandations de la bonne pratique de la SFORL[39] révisées et actualisées en 2020, on note :

L’infection amygdalienne récidivante ou amygdalite aigue récidivante, qui fut la principale indication d’amygdalectomie dans notre série. L’indication d’amygdalectomie se pose devant : Plus de 7 épisodes d’angine dans la dernière année ; ou plus de 5 épisodes par an sur les 2 dernières années ; ou plus de 3 épisodes par an sur les 3 dernières années. Ou encore, selon **Paradise[40]** ,l’amygdalectomie est recommandée après un minimum de 7 épisodes d’infections amygdaliennes en un an, ou 5 épisodes par an pendant 2 années consécutives[20] .

Dans notre cohorte, l’amygdalite aiguë récidivante a représenté 68,7 % des indications opératoires. Ce résultat est semblable à l’étude rapporté par **Ould Guemess**[18] , **Souleymane M**[41] , **Massamba Thiam** [35], **Illé S et coll** [14] et **Rayae Haim** [42] qui rapportent l’amygdalite aiguë récidivante comme indication principale dans leurs cohortes avec respectivement :68,83 % ;90,51 % ;57,4 % 46,60 % ; 43,55 % . En revanche il diffère des résultats de **Djomou**[43] ,de **Youssouph Camara** [34]**,** de **TEA.Z et coll**[44] et de **DAO et coll**[45] qui rapportent l’amygdalite aiguë récidivante comme deuxième indication la plus fréquente avec 41,55 % ; 30,17 % ; 31 % ; 20,16 % dans leurs études.

L’amygdalite chronique se définit comme une inflammation dont les signes locaux (sensation de corps étranger avec dysphagie modérée, otalgie, fétidité de l’haleine, rougeur diffuse de tout l’oropharynx, amygdales suintantes en permanence) et régionaux (asthénie, fébricule, adénopathie cervicale) persistent trois mois ou plus, sans réponse à un traitement médical bien conduit et bien suivi.

Dans notre série, nous avons recensé un cas, ce qui est inférieur à la série de 20 malades recensés par **Mahamadou Sanogo** [5], ainsi qu’à celle d’**Abdallah H** [6], chez qui nous retrouvons 9,52 %, mais supérieure à celle de **Feradj et coll**[46] qui n’ont noté aucun cas d’amygdalite chronique.

Concernant la tuméfaction amygdalienne unilatérale elle est évoquée lorsqu’il existe une hypertrophie unilatérale suspecte de malignité (évolution rapide, d’adénopathies cervicales, odynophagie).

Aucun cas de tumeur amygdalienne n’a été recensé dans notre étude, ce qui contraste avec les résultats de **Djomou**[43] et **Tarik et coll**[47], qui rapportent respectivement 3 cas et 2 cas. Cette différence pourrait s’expliquer par la taille de l’échantillon dans notre étude.

En plus des indications classiques, certaines affections particulières peuvent également constituer une indication à l’amygdalectomie selon les recommandations internationales.

Parmi celles-ci figure le syndrome PFAPA (Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, Adenitis) encore appelé syndrome de Marshall. Il s’agit d’un syndrome auto-inflammatoire touchant essentiellement l’enfant, caractérisé par :

- des fièvres périodiques élevées autour de 40 °C,
- des pharyngites,
- des adénopathies cervicales,
- une stomatite aphteuse, survenant de manière régulière pendant plusieurs années.

Selon les recommandations de la SFORL (2020), l’amygdalectomie peut être proposée chez les enfants présentant un PFAPA sévère, invalidant ou résistant au traitement médical, car elle permet souvent une réduction significative de la fréquence et de l’intensité des poussées, voire une disparition complète du syndrome. Le recours à la chirurgie reste néanmoins prudemment évalué au cas par cas, en raison de l’évolution spontanément favorable de la maladie.

Dans notre étude, aucun cas de syndrome PFAPA n’a été recensé. Cependant, compte tenu de son importance dans les recommandations actuelles, il est mentionné comme une indication particulière et reconnue de l’amygdalectomie.

Adénoïdectomie

Les amygdales pharyngées sont pratiquement invisibles à la naissance. Elles augmentent progressivement de volume au cours des infections rhinopharyngées, sous effet de stimulation antigéniques et de l’inflammation chronique, donnant naissance aux végétations adénoïdes.

Chez certains enfants, celles-ci sont très nettement hypertrophiées et gênant la respiration, se manifestant par une obstruction nasale permanente, une respiration

buccale, des ronflements nocturnes avec sommeil agité, une voix nasonnée et souvent un faciès très évocateur (faciès adénoïdien) : bouche ouverte, béance incisive, face allongée) [48].

Ainsi, d’après les nouvelles recommandations du **SFORL,** on note :

l’hypertrophie adénoïdienne avec troubles respiratoires obstructifs ;

l’otite séro-muqueuse avec retard de langage ou surdité bilatérale > 30dB (indication pose d’ATT) ; l’Otite moyenne aiguë récidivante.

De nombreuses études, y compris celle de **Guilleminault et coll**[49] ont démontré que l’adénoïdectomie peut considérablement améliorer la qualité du sommeil et réduire les complications associées au SAOS.

Le syndrome adénoïdien (hypertrophie obstructive des amygdales pharyngées), se traduisant par un syndrome d’apnée obstructif du sommeil (SAOS), a été la principale indication d’adénoïdectomie dans notre étude, avec 2 cas soit 3 % des indications. Ce résultat est superposable avec celui de **Mariama Bathily**[50] ,qui rapporte le syndrome adénoïdien à 97,56 % ,suivi de l’otite séro-muqueuse avec 2,44 %, soit 1 cas.

Dans notre cohorte nous avons réalisé une adénoïdectomie couplée à la pose d’un aérateur trans-tympanique (ATT) devant l’indication d’une otite séro-muqueuse avec 1,5 %, soit 1 cas.

L’hypertrophie amygdalienne obstructif des AP (HOAP) se définit par l’existence d’un espace mesurant moins d’un centimètre entre les bords libres des AP au repos. Lorsqu’elle est asymptomatique (ce qui est le plus fréquent), une simple surveillance suffit. Il convient de rechercher les signes d’apnée du sommeil, qui permettent de poser l’indication formelle. Cette hypertrophie amygdalienne est le plus souvent associée à une hypertrophie adénoïdienne réalisant l’hypertrophie adénoïdo-amygdalienne classique, indication d’une amygdalectomie et d’une adénoïdectomie dans le même temps opératoire [51].

Ainsi, dans notre série, l’adénoïdo-amygdalectomie a représenté 25,4 % des indications réalisées devant l’association de l’amygdalite aiguë récidivante et d’un syndrome adénoïdien. Ce constat a été rapporté par l’étude de **Sarr** [21], mais diverge avec l’étude de **Moussa KEITA** [52], qui rapporte une fréquence de 57,8 % d’adénoïdo-amygdalectomie réalisées principalement devant une hypertrophie amygdalienne obstructive associée à une hypertrophie adénoïdienne. Cette différence pourrait s’expliquer par le fait que, dans la pratique nous réalisons une amygdalectomie chez un enfant de moins 8 ans, nous l’associons systématiquement à un geste sur le cavum.

Scientifiquement, cette attitude se justifie par l’involution physiologique des végétations adénoïdes, qui s’atrophient et disparaissent habituellement après l’âge de 6-7 ans [53].

5.Techniques chirurgicales :

Le débat sur la technique chirurgicale la plus efficace pour l’amygdalectomie est permanent. Les techniques d’amygdalectomie sont classées en procédures à froid et à chaud. Dans les techniques à froid, aucune chaleur n’est utilisée, elles comprennent la dissection, la guillotine, le microdébrideur, le scapel harmonique et la cryochirurgie. Les techniques à chaud comprennent l’electrocautérisation, la coblation, la radiofréquence et le laser. Les techniques à chaud offrent généralement une durée opératoire plus courte et moins de saignement peropératoire, tandis que la technique de dissection à froid est associée à de douleurs postopératoires et moins de complications secondaires, notamment d’hémorragie secondaire, avec une cicatrisation plus rapide des plaies, en plus d’être moins coûteuse par rapport aux autres techniques. La satisfaction de la famille après une amygdalectomie dépend principalement de la réduction des douleurs postopératoires et d’une récupération rapide.

De ce fait, la technique de dissection à froid demeure encore considérée comme la technique de référence [54].

Ainsi, dans notre étude l’amygdalectomie par dissection extra-capsulaire et l’adénoïdectomie avec couteau de Moure ont été les techniques opératoires employées chez tous nos patients, pour lesquels une l’indication avait été posée, le tout sous anesthésie générale avec intubation orotrachéale (IOT).

Ces résultats sont superposables avec ceux de **Mahamadou S [5]**, qui mentionne 100% d’amygdalectomies par dissection sous AG, ainsi que par **keita A et coll [26]** en Guinée, et **Ahmed et coll [55]** au Nigéria. En revanche, dans l’étude de **Ould Guehmess [18]** en Mauritanie, l’amygdalectomie par dissection aux instruments froids représentait 36,7 %, contre l’amygdalectomie par dissection au bistouri électrique dans leur série.

7. Complication postopératoires :

L'hémorragie postopératoire est la complication la plus redoutée de l'amygdalectomie, quelle que soit la technique utilisée. Elle peut survenir malgré une hémostase peropératoire méticuleuse. Il est rappelé que les saignements précoces surviennent le plus souvent dans les six premières heures. Ce délai correspond au temps minimum de surveillance recommandé pour une intervention ambulatoire. L'incidence rapportée d'hémorragie post-amygdalectomie (HTP) dans la population pédiatrique varie de 3 à 5 %. Cependant, une incidence de HTP aussi élevée que 14,5 % a été rapportée chez les adultes. Dans toutes tranches d'âge, l'incidence de HTP primaire (< 24 h) varie de 0,2 à 2,2 %, et celle de HTP secondaire (> 24 h) de 0,1 à 4 % [56]. D'autres complications importantes comprennent l’insuffisance vélaire, les infections du site et plus rarement le décès. Les complications mineures comprennent l'odynophagie, les otalgies reflexes, la déshydratation, les vomissements et la fièvre.

Dans notre série, aucune complication hémorragique n’a été recensée. Les complications observées étaient plutôt liées à l’anesthésie notamment les nausées et

vomissements chez 17 cas soit 25,4 %. Nous avons également noté des complications pouvant survenir au décours de l’amygdalectomie, principalement l’œdème de la luette, qui a constitué la complication la plus fréquente dans notre série avec 41,8 %. Un traumatisme dentaire associé associée à un œdème de la luette a été observé chez un patient soit 1,5 %, survenu lors de la mise en place de l’ouvre-bouche.

L'hémorragie après adénoïdectomie est une complication rare, survenant principalement le jour de l'intervention. Ainsi, il est attendu que le taux d'hémorragie soit plus élevé après une amygdalectomie que lors d’une adénoïdectomie [56]. Dans notre série, aucune complication post-adénoïdectomie n’a été notifiée.

Nos résultats sont opposés à ceux de **Abdallah H [6]**, qui a rapporté la survenue de complications, principalement hémorragiques, chez 3 cas soit 1,22 %. Deux de ces hémorragies étaient primaires, survenues en salle de réveil, et la troisième est apparue au 7e jour postopératoire (j7). Toutes ont eu lieu après une amygdalectomie. Nos résultats diffèrent également de ceux de **Fatoumata Touré [17]**, qui a recensé 1cas de saignement postopératoire à J7, ainsi que l’étude de **Djomou [43]**, qui a mentionné une incidence de 4,85 % d’hémorragies postopératoires immédiates et 2,12 % de dysphagies. Ce dernier souligne qu’aucune relation significative n’a été établie entre la technique chirurgicale et les complications postopératoires.

8. Evolution et suites opératoires :

L’évolution a été favorable à 100% dans notre série. Les suites opératoires ont été simples dans 98,5 % des cas.

Nous avons toutefois observé un retard de cicatrisation (au-delà de 2 semaines) chez une patiente présentant un antécédent de reflux gastro-œsophagien (RGO).

Nos résultats sont similaires à ceux de **Mahamadou Sanogo [5]**, qui rapporte 98,59 % de suites opératoires simples.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII. Conclusion :

Les amygdales palatines et pharyngées sont des organes lymphoïdes exerçant des fonctions immunitaires multiples, particulièrement chez le jeune enfant.

L’amygdalectomie et l’adénoïdectomie comptent parmi les interventions chirurgicales les plus pratiquées en ORL, pouvant être réalisées au cours du même temps opératoire.

L’amygdalectomie est majoritairement effectuée chez l’enfant, bien qu’elle ne soit pas non négligeable chez l’adulte, tandis que l’adénoïdectomie est essentiellement réalisée chez l’enfant. Comme tout acte chirurgical, ces interventions comportent des risques et ne doivent être envisagées que pour des indications précises, dont elles constituent le traitement radical.

Les indications de l’amygdalectomie sont : l’amygdalite aigue récidivante, l’amygdalite chronique, l’hypertrophie amygdalienne symptomatique, tuméfaction amygdalienne unilatérale. Quant à adénoïdectomie, ses indications sont l’hypertrophie des végétations adénoïdes associée à des troubles respiratoires obstructifs, et l’otite séro-muqueuse symptomatique.

Dans notre série, l’amygdalite aigue récidivante a constitué la principale indication avec 68,7 % des cas. L’hypertrophie des végétations adénoïdes associée à des troubles respiratoires obstructifs et à une amygdalite aigue récidivante a représenté la deuxième indication avec 25,4 % des cas, justifiant la réalisation d’une adénoïdo-amygdalectomie, exclusivement chez les enfants dans notre série.

Malgré l’évolution des techniques au fil du temps, l’acte chirurgical n’est pas dénué de complications postopératoires. Selon la littérature, les complications hémorragiques sont les plus redoutées après une amygdalectomie. Elles peuvent survenir pendant les premières 24 heures (hémorragie primaire), ou au-delà des premières 24 heures (hémorragie tardive). En revanche, les complications après une adénoïdectomie sont minimes voire rares.

Dans notre étude, aucune complication hémorragique n’a été observée. Cependant, nous avons recensé des complications survenues au décours de l’amygdalectomie, notamment l’œdème de la luette et un traumatisme dentaire. Dans notre étude, la dissection à froid a été réalisée chez l’ensemble de nos patients sans exception, associée ou non à l’adénoïdectomie au couteau de Moure.

Le choix de cette technique n’est pas anodin, car parmi celles décrites dans la littérature, elle s’avère moins coûteuse, entraine moins de douleurs postopératoires et favorise une cicatrisation plus rapide.

Cependant, le choix de la technique dépend de l’expérience du chirurgien et du plateau technique disponible, qui varient d’une structure à une autre.

Recommandations :

1. À l’endroit des médecins ORL

- Encourager des formations continues pour les chirurgiens ORL afin de maîtriser les techniques les plus récentes et réduire les complications opératoires.
- Mettre en place un protocole de suivi standardisé pour détecter et gérer rapidement les complications éventuelles, notamment les hémorragies ou les infections.
- Assurer la bonne conservation des dossiers des malades.
- Encourager la formation et le recrutement des spécialistes en ORL et chirurgie cervico-faciale ; ainsi qu’en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, pour améliorer les conditions de diagnostic et de prise en charge.

2. Aux autorités gouvernementales

- Promouvoir des études cliniques pour explorer de nouvelles techniques chirurgicales et améliorer encore les résultats des interventions.
- Multiplier les services d’ORL et CCF à travers le pays afin de rapprocher les compétences de la population.
- Réviser et Renouveler les équipements techniques afin d’adapter le matériel aux pratiques médico-chirurgicales actuelles.
- Renforcer les services ORL des districts sanitaires du pays pour assurer une prise en charge médicale adéquate des pathologies ORL en général et adénoïdo-amygdaliennes en particulier.

3.À l’endroit des populations

- Informer les familles sur les signes d'alerte postopératoires.
- Sensibiliser sur l'importance des visites de contrôle et les mesures à suivre pour une récupération optimale.

REFERENCES

VIII. Reference bibliographies

[1]. **YOUNIS RT, LAZAR RH**.

History and current practice of tonsillectomy. Laryngoscope 2002 ; 112 : 3-5.

[2]. **NICOLLAS R, BONNERU JJ,ROMAN S, et al**.

EMC - Oto-rhino-laryngologie Volume 1, Issue 4, November 2004, Pages 301-317

[3]. **RUTKOW IM**.

Ear, nose and throat operations in United States, 1979 to 1984. Arch Otolaryngology Head Neck Surg 1986; 112:873-6.

[4] .**www.atih.santé.fr : Données du PMSI 2019.**

[5] . **Mahamadou SANOGO.**

Amygdalectomie ambulatoire dans le service ORL – CCF du CSRéf Commune IV à propos de 71 cas Année 2020.

[6]. **Abdallah HAROUNA HAMA.**

Amygdalectomie et/ou Adénoïdectomie au centre hospitalier de KOLDA à propos de 245 cas colligés ANNEE 2021 N° 45.

[7]. **SENEZ B, LAUGIER J**.

Indications de l’adénoïdectomie et de l’amygdalectomie chez l’enfant. ANAES, Ann Oto laryngol chir cervicofac.1998 ; 110 :10-7.

[8]. **LEGENT F, PELEMUTER L, VANDERBROUCK C.I.**

Amygdales palatines cahiers d’anatomie ORL. Paris : Manson 4ème édition -1986 ; 103-114.

[9] . **KAMINA P. KAMINA.**

Anatomie Clinique : Tome 2 Tête-Cou-Dos. 3e édition Paris : Maloine ; 2006, 294-295.

[10]. **KAMINA P. KAMINA**.

Anatomie Clinique : Tome 2 Tête-Cou-Dos. 3e édition Paris : Maloine ; 2006, 308-312.

[11]. **Gray’s anatomy** 40 édition, pages 1115-1116.

[12]. **NETTER FRANCK.H**.

Atlas of human Anatomy ,7édition, page 234.

[13].**NF.THIAM.**

Indications, techniques et complication de l'amygdalectomie et de l'adéno-amygdalectomie : bilan de 10ans à l'hôpital millitaire de ouakam Journal Africain 5(1), 2020.

[14]. **I SALHA, BD ABARCHI, N TIMI, AD SONO.**

Bilan de deux ans d'Amygdalectomie au Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital National de Niamey- Health Sciences and Disease, 2018 - hsd-fmsb.org.

[15]. **LUTY, A. N ; ISHIPUKANE, D. N; SOKOLO, J; KALOMBO, T; MATANDA NZANZA, R**.

Indications d'amygdalectomie à Lubumbashi : profil clinique Med. Afr. noire (En ligne) ; 63(10): 525-532, 2016. Tab.

[16]. **Ag Med Elmehdi Elansari MS, Guindo B, Dembele A, Fofana A, Dienta L, Diarra SM**.

Amygdalectomie ; adénoïdectomie ou adénoïdo-amygdalectomie au Centre de Sante de Référence de la Commune VI : évaluation sur une période de 12 mois. JacerAfrica 2020 ;4(2) : 29-33.

[17]. **FATOUMATA TOURE**.

Bilan de cent Amygdalectomies et Adénoïdo-amygdalectomie à l’hôpital pour enfants de DIAMNIADIO(HED). Mémoire Dakar 2023 N°272.

[18].**OULD GUEHMESS**.

Amygdalectomie Adénoïdectomie : A propos de 135 cas (Service ORL CHN de Nouakchott) Thèse Médecine Université Cheikh Anta Diop de Dakar Année 2016 N°81.

[19]. PAPE YAKHYA BA.

Bilan de 29 mois d’activités à l’unité d’ORL de l’hôpital YOUSSOU MBARGANE DIOP de RUFISQUE. Mémoire Dakar 2020 N°384.

[20]. **AG Mohamed A, Baby M** .

Bilan de cinq années d’amygdalectomie dans le service ORL de l’hôpital Gabriel Touré de Bamako Mali. Médecine d’Afrique noire 1994 ; vol :515-518.

[21]. **SARR B**.

Amygdalectomie et Adénoïdectomie : Indications-Techniques-Résultats. Thèse Médecine Université Cheikh Anta Diop de Dakar Année 2016 Nº140.

[22]. **BAKARY M DOUMBIA**.

Bilan d’un an d’activité chirurgicale dans le service ORL/CCF du Centre Hospitalier Universitaire MERE-ENFANT « LE LUXEMBOUG » de BAMAKO. Thèse de Médecine 2023.

[23]. **CRAMPETTE L, MONDAIN M, BARAZER M, GUERRIER B, DEJEAN Y**. L’amygdalectomie chez l’enfant.Les Cahiers d’oto-rhino-laryngologie, de chirurgie cervico-faciale et d’audiophonologie 1991 ;26(2) : p.89-92.

[24]. **AHMADOU BAMBA Malick MBENGUE**.

Amygdalectomie et Adéno-amygdalectomie à propos de 137 cas colligés au service D'ORL l’hopital MATLABOUL FAWZEYNI DE TOUBA ANNEE 2020 N° 264.

[25]. **Koffi.V.AKA, Ehouo.F, Azagoh.K.R, Adjoua.R.P, Kouassi.B .**

Phlegmon péri-amygdalien à Abidjan. La lettre d’ORL et de chirurgie cervico-faciale. 2007, pages :26-28.

[26]. **Keita A, Diallo A.O, Barry A O et al**.

Amygdalectomie : indications et techniques Opératoires à l’hôpital national Donka. Guinée médicale 2014;87:13-18.

[27]. **DIOUF RAMA**

Amygdalectomie et adénoïdectomie indications-résultats : à propos 438 cas Colligés à l'hôpital pour enfants Diamniadio. Thése med 2016. DAKAR n° 41.

[28]. **OUMAR ABDALLAH M’BAYE**.

Indications, techniques et complications de l’amygdalectomie : Bilan de 2016 à 2018 au service d’ORL du CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE ZIGUINCHOR (CHRZ).

[29]**]. Timbo S K, Keita M A, Togola Konipo F, Traoré T, Traoré L, Ag Mohamed A.**

Aspects épidémiologiques de l’angine à Bamako. Mali Médical. 2006; 12 (4): 1-3.

[30]. **AIMAN ZAIDAN.**

Amygdalectomie dans le service d’ORL et CCF de l’établissement publique de santé 1 de MBOUR: A propos de 158 cas colligés de 2017 A 2019.

[31].**OUMAINA MOUAHID**.

Amygdalectomie chez l'enfant : étude rétrospective à propos de 180 cas colligés au service d'ORL de l’hôpital genéral Idrissa Pouye.

[32]. **FARAH KABADOU.**

Amygdalectomie chez l’enfant : étude rétrospective à propos de 300 cas au service d’ORL du CHU MOHAMMED VI de MARRAKECH.

[33]. **HAIDARA ABDOUL WAHAB**.

Les amygdalites et leurs complications : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique. (A propos de 255 cas colligés en ORL - CCF CHU Gabriel Touré). Thèse de Médecine. FMOS. Université de Bamako. 2014 : 87.

[34]. **EL HADJI YOUSSOUPH CAMARA**.

Amygdalectomie à propos de 116 cas colligés au service ORL de l’hôpital Régional de LOUGA.

[35]. **MASSAMBA THIAM**.

Amygdalectomie à propos de 122 cas colligés au service ORL de l’hôpital Régional de KAOLACK.

[36].**ABDOULAYE DRAME BASSOUM.**

L’Amygdalectomie chez l’adulte : à propos de 44 cas colligés à l’hôpital GENERAL IDRISSA POUYE.

[37]. **PATEL S. D., DAHER G. S., ENGLE L., ZHU J., SLONIMSKY G.** Amygdalectomie chez l’adulte : évaluation des indications et des complications. American Journal of Otolaryngology, Volume 43, Numéro 3, Mai-Juin 2022 : 103403.

[38]. **F. BLANCA,M. AKKARI,P. FAYOUX,M. MONDAIN**.

Amygdalectomie chez l'enfant Perfectionnement en Pédiatrie Tome 6. Numéro 2, juin 2023, pages 107-111.

[39]. **Recommandation pour la pratique clinique Amygdalectomie de l'enfant**. WWW.orlfrance.org

[40]. **Paradise, J. L., Bluestone, C. D., et al**.

Efficacy of Tonsillectomy for Recurrent Tonsillitis in Children(1984). New England Journal of Medicine, 310(13), 849-853.

[41]. **SOULEYMANE MANGARE.**

Amygdalectomie chez l’enfant : à propos de 137 cas colligés a l’unité d’ORL de l’hôpital ROI BAUDOUIN de GUEDIAWAYE de DAKAR.

[42]. **RAYAE. HAIM**

Amygdalectomie et adéno-amygdalectomie Indication-resultat à propos de 98 cas colligés à l'hopital des enfants Qlbert Royer Mémoire DES ORL. UCAD 2017 Numéro 253.

[43]. **F Djomou,D bouba Asmaou, et al**

Pratique de l'amygdalectomie et de l'adénoidectomie à Yaoundé. HEALTH SCIENCES AND DISEASE 22(4) 2021.

[44]. **TEA ZB, DIANDAGA MA., N'GOUAN JM**.

Profil de l'amygdalectomie à Abidjan. La revue africaine d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, 2010 ;10, 3 :18-23.

[45]. **DAO O M, OUEDRAOGO WT, ELOLA A**. Indications et Technique de l'Amygdalectomie dans le service d'ORL du CHU de Ouagadougou à propos de 337 cas. Médecine d'Afrique Noire. Mai 2006. 53 : 320 - 324.

[46]. **FERADJ Houria & BAHRI Kahina**.

Indications de la chirurgie amygdalienne. Faculté Médecine Béjaia. Université Abd Rahman Mira- Béjaia. Thèse de méd, 2019, 73p.

[47]. **TARIK FARID**

Amygdalectomie : étude rétrospective à propos de 520 cas et revue de la littérature. Thèse pour obtention du doctorat en médecine Faculté de médecine et de pharmacie-Marrakech Année 2016 numero 79.

[48]. **Service d’ORL de l’Hôpital Robert-Debré.**

Adénoïdectomie chez l’enfant : indications et résultats au service d’ORL de l’Hôpital Robert-Debré, 48 boulevard Sérurier, 75019 Paris, France. 2015.

[49]. **Guilleminault, C., et al**. (2011).

Obstructive Sleep Apnea in Children: A Review. Sleep Medicine Reviews, 15(4), 227-237.

[50]. **MARIAMA SISSOKHO BATHILY**.

ADENO-AMYGDALECTOMIE : à propos de 262cas colligés au service d’ORL de l’hôpital pour enfants ALBERT ROYER DE FANN.

[51].**WEIL-OLIVIER C, STERKERS G, FRANÇOIS M et al**.

L’amygdalectomie en 2005. Arch pédiat 2006;(13): 168-174.

[52].**MOUSSA KEITA**.

Adénoïdectomie indications -techniques résultats : à propos de 122 cas colligés au service ORL du CENTRE HOSPITALIER NATIONAL MATLABOUL FAWZAINI DE TOUBA.

[53].**JOHNSON LB; ELLURU KG, MYER CM**.

Complication of adeno tonsillectomy. Laryngoscope 2002;112:35-6.

[54]. **Différentes techniques d’amygdalectomie en Égypte** : Avantages et inconvénients expérience et revue de la littérature. Volume 39,numero d’article 127,(2023).

[55]. **AO Ahmed, I Aliyu1, ES Kolo.**

Indications for tonsillectomy and adenoidectomy:Our expérience. Nigerian Journal of Clinical Practice • Jan-Feb 2014 • Vol 17.

[56]. **Amygdalectomie et Adenoidectomie chez 15218 patients**. ORL-chirurgie de la tête et du cou . Volume 132,numéro 2 ,Février 2005,pages 281-286.

ANNEXES

Fiche d'enquête :

I. Aspect socio démographique:

Nom: Prénom :

Sexe : M F

Tranche d’âge	
[0-9]	
[10-19]	
[20-29]	
[30-39]	
[40-49]	
[50-59]	
60 et plus	

Profession: Residence:

II. Aspect cliniques:

1.Antécédent:

***Médicaux :**

Angine à répétition (nombres d’épisodes /an): Rhino-pharyngite à répétition :

Apnée du sommeil : Otite à répétition :

HTA: Diabète :

Drépanocytose : Asthme : Autre à préciser :

* **Chirurgicaux:**

2.Mode de vie :

Tabac: Alcool: Autre à préciser :

3. **Examen ORL**:

A/Motif de consultation :

Odynophagie: otalgie : Dyspnée : Apnée du sommeil :

Ronflements nocturnes : halitose: Respiration buccale

Rhinorrhee : Autre à préciser :

B/ Examen physique:

1.Oropharynx :

*Paroi postérieure :

Normal : Inflammation : Granulomateux :

Présence de Rhinorrhée postérieure :

*Amygdales palatines :

Inflammatoires : Enchatonnées: Fibrosées:

Hypertrophiées (score de Friedman):

Score de Friedman	
Stade 1 (Amygdales contenues entre les piliers)	
Stade 2(Amygdales franchissant à peine le plan des piliers)	
Stade 3(Amygdales franchissant nettement les piliers sans être jointives)	
Stade 4(Amygdales jointives Cryptique avec Caseum)	

2.Rhinoscopie antérieure :

Normal Hypertrophie des cornées Rhinorrhée

3.Otoscopie :

Normal Otite séromuqueuse Ternes Violacée Congestive Inflammation

4.Aires ganglionnaires:

Normal Adénopathie cervicale groupe I à VI:

5.Nasofibroscopie :

Normal Présence de végétales adénoïdes

C/Examen Complémentaire :

Rx du cavum :

Selon la Classification de Cohen et Konak :

Grade1(végétations adénoïdes petites):

Grade 2(Végétations moyennes et nettement obstructives):

Grade 3(Végétations moyennes et nettement obstructives):

D/ Indication Opératoire :

-Amygdalite aigue récidivantes -Amygdalite chronique

-syndrôme d'apnée du sommeil -Syndrôme Obstructif

-Otite moyennes aiguës récidivantes -Otite séromuqueuse

Autre à préciser :

E/Acte chirurgical:

-Amygdalectomie : - Adénoïdectomie :

-Adénoïdectomie + ATT : -Adénoïdo-Amygdalectomie :

III. Technique chirurgicale:

-Dissection extra capsulaire -Adénoïdectomie avec couteau de MOURE

IV. Expérience du chirurgien :

-INTERNE : -DES : - MEDECIN SPECIALISTE :

V. **<u>Anesthésie réalisée</u>** :

-Générale : -locale: -Autres :

VI. **<u>Les complications post opératoires :</u>**

Les complications immédiates :

- Post Anesthésique :

Nausées et vomissements postopératoires :

Bronchospasme ou laryngospasme : Autres :

- Post chirurgicale :

Hémorragie : Œdème de la luette : Insuffisance Vélaire : Autres :

Les complications Tardives :

- Post chirurgicale :

Hémorragie retardée : Hématome de la loge : Infections :

Récidives: Autres :

VII .**<u>Soins post-opératoires</u>** :

Nombre de jour d’hospitalisation : Alimentation :

Analgésie post Opératoire :

VIII .**<u>Suivi post-opératoires</u>** :

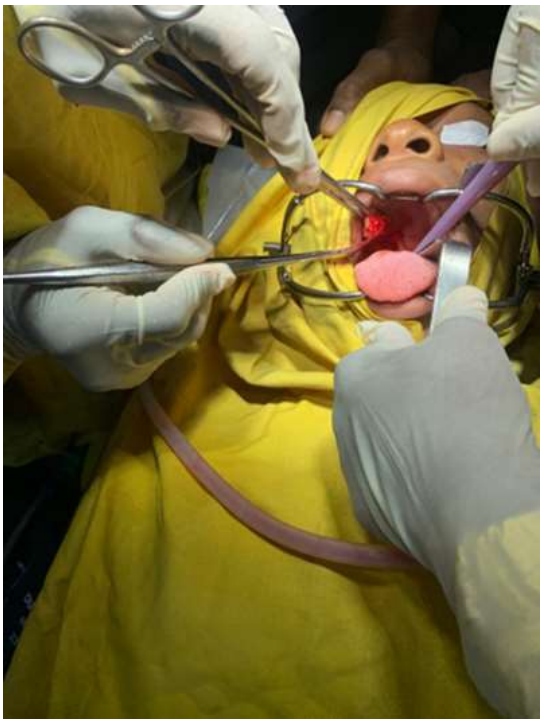
Présence de dépôt de Fibrine : Durée moyenne de la cicatrisation :

Retard de cicatrisation : Si oui préciser ……

A

B

C



D

E

F

G

A : Table opératoire ;

B : Mise en place de l’ouvre bouche métallique et de l’abaisse langue ;

C : Préhension de l’amygdale palatine suivie de l’incision de la muqueuse ;

D : Décapsulage et extraction de l’amygdale palatine ;

E : Hémostase par méchage ;

F : Loge amygdalienne vide ;

G : Pièce opératoire.

FICHE SIGNALITIQUE :

Nom : Kanta

Prénom : Assitan

Titre : Amygdalectomie-Adénoïdectomie : indications, techniques, et complications dans le service d'ORL du CHU Mère -Enfant le « Luxembourg »

Année : 2024

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Secteur d'intérêt : Oto-rhino-laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale.

RÉSUMÉ :

Notre étude prospective a porté sur l’amygdalectomie et l’adénoïdectomie : indications, techniques, et complications dans le service d'ORL du CHU ̀Mère -Enfant ́ le « Luxembourg ».

Elle s’est déroulée du 1er janvier 2024 au 31 juillet 2024 et a concerné 67 dossiers de patients. De cette étude, il ressort que l’amygdalite aigue récidivante a été la principale indication de l’amygdalectomie avec 68,7 %. Le syndrome d’apnées obstructifs du sommeil a été la principale indication de l’adénoïdectomie avec 3 %. En ce qui concerne les techniques utilisées, l’amygdalectomie extra-capsulaire a été la principale technique réalisée pour l’amygdalectomie. L’adénoïdectomie au couteau de Moure a été effectuée chez 100% des patients concernés. L’amygdalectomie simple a constitué l’acte chirurgical principal au cours de cette étude avec 65,7 % des interventions.

Enfin, aucune complication nécessitant une réhospitalisation, une reprise au bloc opératoire ou pouvant engager le pronostic vital des patients n’a été observée au cours de notre étude.

IDENTIFICATION SHEET

Name: Kanta

First name: Assitan

Title: Tonsillectomy–Adenoidectomy: Indications, Techniques, and Complications in the ENT Department of the Mother and Child University Hospital “Luxembourg”

Year: 2024

Country of origin: Mali

City of defense: Bamako

Place of submission: Library of the Faculty of Medicine and Dentistry, Bamako

Field of interest: Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery

ABSTRACT

Our prospective study focused on tonsillectomy–adenoidectomy: indications, techniques, and complications in the ENT Department of the Mother and Child University Hospital “Luxembourg.”

It was conducted from January 1, 2024, to July 31, 2024, and included 67 patient records.

From this study, it was found that recurrent acute tonsillitis was the main indication for tonsillectomy, accounting for 68.7% of cases.

The obstructive sleep apnea syndrome was the main indication for adenoidectomy, representing 3% of cases.

Regarding the surgical techniques used, the extracapsular tonsillectomy was the main technique performed for tonsillectomy.

Adenoidectomy using Moure’s knife was carried out in 100% of the patients concerned.

Simple tonsillectomy constituted the primary surgical procedure in this study, representing 65.7% of all operations.

Finally, no complication requiring re-hospitalization, surgical revision, or posing a life-threatening risk was observed during our study.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, 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 un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans 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 le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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 fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !