

Amygdalotomie par radiofréquence chez les enfants atteints d'hyperplasie tonsillaire

Par R. Hirt, MD et K. Neumann, MD, Halle-Wittenberg, Allemagne

L'amygdalotomie par radiofréquence est une procédure sûre et facile à apprendre. Les enfants atteints d'hyperplasie amygdalienne symptomatique en bénéficient énormément. Par rapport à toutes les autres procédures d'ablation de parties, voire de tous les tissus amygdaliens, nous préférons l'amygdalotomie par radiofréquence (RF-AT) chez les enfants atteints d'hyperplasie amygdalienne symptomatique sans amygdalite chronique.



Fig. 1 : ARROWtip™ électrode de microdissection pour amygdalotomie (Sutter) RÉF 36 03 42

Introduction : Avec environ 80.000 amygdalotomies réalisées annuellement, cette procédure chirurgicale représente l'une des opérations les plus communes en Allemagne, principalement pratiquées sur les enfants pour le traitement des infections amygdaliennes récurrentes ou pour réduire les obstructions dues aux amygdales hypertrophiées. L'amygdalotomie régulière (AE) reste la procédure préférée malgré sa morbidité postopératoire. Les enfants allemands sont généralement hospitalisés pendant environ une semaine et ont besoin d'une ou de deux autres semaines pour se remettre de la procédure.

Différentes approches ont été adoptées pour réduire le risque sérieux de saignement postopératoire (1-20%) [1] et la douleur qui entraînent des difficultés à manger et à boire. Il y a à la fois la motivation humaine pour diminuer la souffrance d'un enfant et l'intérêt économique des deux parents visant à réduire le nombre de jours d'absence de travail pour prendre soin d'un enfant.

Plusieurs techniques ont été développées en tant qu'alternatives à la dissection moussée traditionnelle. La plupart d'entre elles sont basées sur l'électrochirurgie. Elles semblent toutes bien fonctionner pour l'ablation des amygdales avec moins de saignements, mais elles diffèrent en matière de niveaux de douleur postopératoire.



Fig. 2 : Site chirurgical pendant une amygdalotomie par radiofréquence



Fig. 3 : Après une amygdalotomie par radiofréquence

Méthodes : Dans notre service, les enfants atteints d'hyperplasie amygdalienne symptomatique sans infections amygdaliennes répétitives sont soumis à une amygdalotomie (AT) avec l'unité à radiofréquence CURIS® (Sutter Medizintechnik, Fribourg, Allemagne) en « mode CUT I » à une intensité de 3 à 3,5 (env. 25 watts). Nous avons jusqu'à présent traité environ 40 enfants avec cette méthode. Dans notre procédure, les amygdales sont tenues avec une pince tandis que la partie saillante des amygdales est enlevée avec une électrode de microdissection pour amygdalotomie (ARROWtip™, Sutter Medizintechnik). Pour ce faire, la ligne d'incision est tracée en parallèle et près du pilier antérieur sans traction sur l'amygdale. Les piliers antérieur et postérieur doivent être préservés pendant l'ablation de la partie saillante des amygdales. Après l'ablation, la surface du tissu tonsillaire résiduel n'a pas un aspect sec ou brûlé. Un saignement est très rare, et s'il se produit, une coagulation bipolaire est mise en œuvre pour le stopper.

Résultats : Par rapport à une AE, l'amygdalotomie est une procédure sûre avec un risque minimum de saignement postopératoire grave et moins de douleurs. Aucun saignement postopératoire n'a été constaté chez les patients ayant subi une RF-AT. Un saignement peropératoire a rarement été constaté, nous n'avons dû avoir recours à l'utilisation d'une pince bipolaire que dans 5 cas. Les patients ayant eu une AT étaient également plus alertes après la chirurgie. En comparaison de la RF-AT à la AT au laser, il n'y avait pas de différence notable concernant le risque de saignement postopératoire. Mais sur le plan peropératoire, nous avons dû utiliser la pince bipolaire plus souvent qu'avec la RF. De même, la AT au laser prenait plus de temps que la RF-AT. Par rapport à la RF, les enfants étaient plus faibles après la AT au laser et avaient besoins de plus d'antalgiques.

Discussion : L'amygdalotomie, également appelée amygdalotomie partielle ou intracapsulaire, est une procédure chirurgicale qui a été élaborée il y a plusieurs années pour

traiter l'hyperplasie amygdalienne symptomatique principalement chez les enfants. La AT est associée à de rares saignements postopératoires et moins de douleurs que la AE traditionnelle [3,5].

Jusqu'à récemment, la AT était principalement pratiquée avec des lasers CO₂ [2]. Bien que seules des parties des amygdales sont enlevées et que la capsule entre les piliers reste, les enfants souffrent néanmoins après la chirurgie. Une lésion thermique plus importante du tissu environnant due à une chaleur plus intense créée par le laser pourrait expliquer cette caractéristique. Nos résultats ont mis en évidence moins de douleurs avec la radiofréquence qu'avec la chirurgie au laser. Les comparaisons de la radiofréquence vs. les procédures électrochirurgicales monopolaires ont montré des résultats similaires [4].

Conclusion : L'amygdalotomie avec la radiofréquence est une procédure sûre et facile à apprendre. Les enfants atteints d'hyperplasie amygdalienne symptomatique bénéficient énormément de la AT. Par rapport à toutes les autres procédures visant l'ablation de parties, voire de l'ensemble du tissu tonsillaire, nous préférons la RF-AT pour les enfants atteints d'hyperplasie amygdalienne symptomatique sans amygdalite chronique.



Hirt R., MD



Neumann K., MD

Correspondance : R. Hirt, MD, Service d'oto-rhino-laryngologie, chirurgie cervico-faciale, faculté de médecine de Halle-Wittenberg, Magdeburger Str. 12, 06097 Halle (Saale), Allemagne. Tél. +49 (345) 557 1667, Fax +49 (345) 557 1859, Mail : roman.hirt@medizin.uni-halle.de

Références : 1. Handler SD, et al. Post-Tonsillectomy Haemorrhage: Incidence, Prevention and Management; *Laryngoscope* (1986); 96: 1243-1247. 2. Unkel C, Lehnerdt G, Jahnke K, Dost P, Long-term results of laser-tonsillectomy in obstructive tonsillar hyperplasia; *Laryngorhinootologie* (2004) Jul; 83 (7): 466-9. 3. Hultcrantz E, Ericsson E, Pediatric tonsillectomy with the radiofrequency technique: less morbidity and pain; *Laryngoscope* (2004) May; 114: 8717. 4. Littlefield PD, Hall DJ, Holtel MR, Radiofrequency excision versus monopolar electrocautery for tonsillectomy; *Otolaryngol Head Neck Surg.* (2005) Jul; 133 (1): 51-4. 5. Ericsson E, Hultcrantz E, Tonsil surgery in youths: good results with a less invasive method; *Laryngoscope* (2007) April; 117: 654-61

Produit vedette

360342 – Électrode de microdissection pour amygdalotomie

Qté.	RÉF	Description
2	360342	Électrode ARROWtip™, à angle de 45°, longueur de travail 65 mm, Ø 0,3 mm

1:1



360365 – Électrode de microdissection pour amygdalotomie

Qté.	RÉF	Description
2	360365	Électrode ARROWtip™, à angle de 45°, aiguille 10 mm, Ø 0,3 mm

1:1



870010 – Set basique CURIS® avec plaques patients à usage unique

Qté.	RÉF	Description	Paramètres unité / Autres accessoires
1	360100-01	Générateur de radiofréquence CURIS® (y compris cordon secteur, manuel de l'utilisateur et protocole d'essai)	CURIS®
1	360110	Commutateur à pied deux pédales pour CURIS® (coupe & coagulation), câble de 4 m	Electrode ARROWtip™ : Monopolaire CUT 1
1	370154L	Câble bipolaire pour CURIS®, longueur 3 m	Réglage de la puissance : 25 watts
1	360704	Pièce à main monopolaire (crayon) (coupe & coagulation, tige 2.4 mm, câble de 3 m	
1	360238	Câble pour plaques patient à usage unique, longueur 3 m	
1 (x50)	360222	Plaques patient de sécurité, à usage unique, conditionnement 5 x 10 unités. (non illustrées)	



SUTTER MEDIZINTECHNIK GMBH

TULLASTRASSE 87 · 79108 FRIBOURG / ALLEMAGNE · TÉL. +49 (0)761 51551-0 · FAX +49 (0)761 51551-30
WWW.SUTTER-MED.COM · WWW.SUTTER-MED.DE · E-MAIL : INFO@SUTTER-MED.DE