

ATLAS D'ACCES LIBRE EN CHIRURGIE ORL ET CERVICO-FACIALE



TECHNIQUE CHIRURGICALE D'ADÉNOÏDECTOMIE

Nico Jonas

L'adénoïdectomie peut être faite seule ou combinée avec une amygdalectomie.

L'adénoïdectomie peut être totale ou partielle. L'adénoïdectomie partielle implique de laisser un morceau de tissu adénoïdien à la partie inférieure du bourrelet de Passavant pour permettre une apposition du palais mou sur la paroi pharyngée postérieure durant la déglutition ; elle est indiquée lorsqu'il existe un antécédent d'insuffisance vélo-pharyngée ou avec une fente palatine sous-muqueuse.

Indication

L'adénoïdectomie est le plus souvent combinée avec une amygdalectomie et/ou une mise en place d'aérateurs trans-tympaniques.

Les autres indications sont

- Un syndrome d'apnées obstructives du sommeil
- L'obstruction nasale
- Les rhinorrhées chroniques
- Les infections des voies aériennes supérieures récidivantes
- Les récurrences d'otites moyennes aiguës
- Les récurrences d'otites séromuqueuses
- Une nécessité d'analyse histologique

Histoire et examen clinique

L'hypertrophie des végétations adénoïdes est souvent associée avec une obstruction nasale, une respiration buccale, une rhinorrhée, un ronflement et des apnées du sommeil. Les infections récidivantes des végétations adénoïdes peuvent se manifester avec des otites séromuqueuses avec ou sans perte auditive, des otites moyennes aiguës récidivantes, une rhinorrhée et des

infections respiratoires supérieures récidivantes.

Cliniquement la taille des végétations adénoïdes peut simplement être estimée chez un patient réveillé par une fibroscopie nasopharyngée. Parfois des végétations très volumineuses peuvent s'étendre sous le niveau du palais mou et être visible à l'ouverture buccale.

La ventilation nasale peut être appréciée en utilisant un miroir de Glatzel et en regardant l'étendue de la buée lors de l'expiration.

Les volumineuses végétations adénoïdes sont associées à une diminution de cette buée.

Avant d'envisager une chirurgie les points suivants doivent être examinés

- Des antécédents évoquant un trouble d'hémostase.
- Une apnée obstructive du sommeil : éviter alors la sédation postopératoire et la nécessité d'une surveillance attentive pour la survenue d'apnée en postopératoire
- L'antécédent de chirurgie de fente vélaire : une adénoïdectomie complète peut causer une insuffisance vélo-pharyngée

Anatomie chirurgicale

Les végétations adénoïdes sont situées sur la ligne médiane au niveau de la paroi nasopharyngée postérieure immédiatement sous le rostre sphénoïdal. Elle constitue la partie supérieure du tissu lymphoïde pharyngé appelé anneau de Waldeyer. Le nasopharynx communique avec la cavité nasale à travers la choane.

Les végétations adénoïdes peuvent être si volumineuses qu'elles obstruent la choane en étant à l'origine d'une obstruction nasale et d'une rhinorrhée.

L'espace latéral des végétations adénoïdes est situé au niveau de la partie postéro-médiane sous l'orifice de la trompe d'Eustache et est appelée la fossette de Rosenmüller. L'amygdale de Gerlach est une collection des tissus lymphoïdes localisée à l'intérieur de la fossette de Rosenmüller et peut s'étendre vers la trompe d'Eustache.



Figure 1 : Hypertrophie des végétations adénoïdes occupant toute la choane

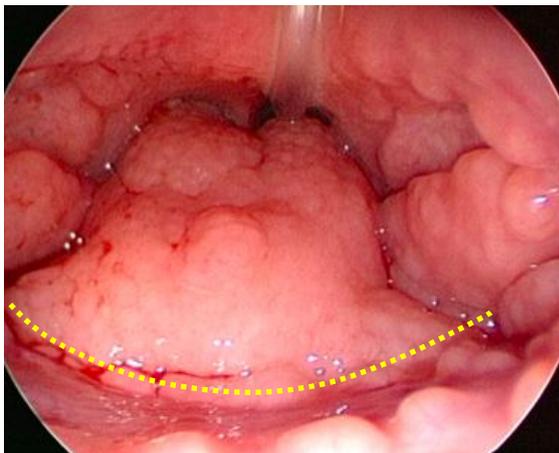


Figure 2 : Vue inférieure montrant une hypertrophie des végétations adénoïdes et le bourrelet de Passavant (ligne jaune discontinue)

À la partie inférieure des végétations adénoïdes se trouve la partie supérieure du constricteur supérieur du pharynx ou bourrelet de Passavant.

L'alimentation artérielle des végétations adénoïdes vient des branches de la carotide externe à savoir la pharyngienne ascendante, la palatine ascendante, l'artère sphéno-palatine, la branche pharyngée et de l'artère maxillaire et l'artère du canal ptérygoïdien.

Le drainage veineux est lié au système facial et à la veine jugulaire interne. L'innervation sensitive est liée au glosso-pharyngien (IX) et vague (X) cela explique les douleurs que certains patients ressentent vers les oreilles et vers la gorge lorsqu'il existe des infections adénoïdiennes ou dans les suites d'une adénoïdectomie.

Evaluation de la taille des végétations adénoïdes

Le pourcentage d'obstruction de la choane est souvent utilisé pour évaluer la taille des végétations adénoïdes. Il est au mieux apprécié par une naso-fibroscopie chez un patient réveillé.

- Grade I obstruction choanale inférieure à 1/3
- Grade II obstruction choanale comprise entre 1/3 et 2/3
- Grade III obstruction choanale comprise entre 2/3 et 3/3.

Matériel chirurgical

Une curette à végétations adénoïdes ou une aspiration coagulante sont souvent utilisées pour réaliser l'adénoïdectomie. L'avantage de la succion coagulante permet de retirer de façon spécifique le tissu adénoïdien en évitant toute blessure aux structures adjacentes permettant de nettoyer l'extension choanale des végétations et d'assurer l'hémostase.



Figure 3 : Instruments utilisés pour une adénoïdectomie à la curette – écarteur de Boyle-Davis



Figure 4 : Instruments utilisés pour une adénoïdectomie avec la coagulation monopolaire aspiration, l'écarteur de Boyle-Davis, le miroir, une pince de préhension (Burkitt), et une aspiration

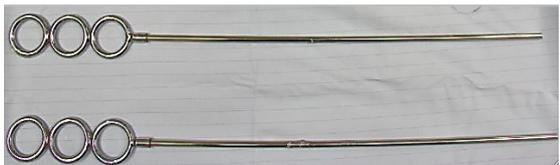


Figure 5 : Matériel permettant la suspension de l'écarteur ouvre-bouche et la stabilisation de la tête

Etape préliminaire

Anesthésie générale avec intubation orotrachéale en utilisant une sonde angulée ou avec un masque laryngé.

Le patient est positionné en décubitus dorsal avec un billot sous les épaules pour permettre l'extension du cou. Un ouvre-bouche de Boyle-Davis pour permettre la ventilation et pour permettre de maintenir la sonde d'intubation et la langue sur la ligne médiane.

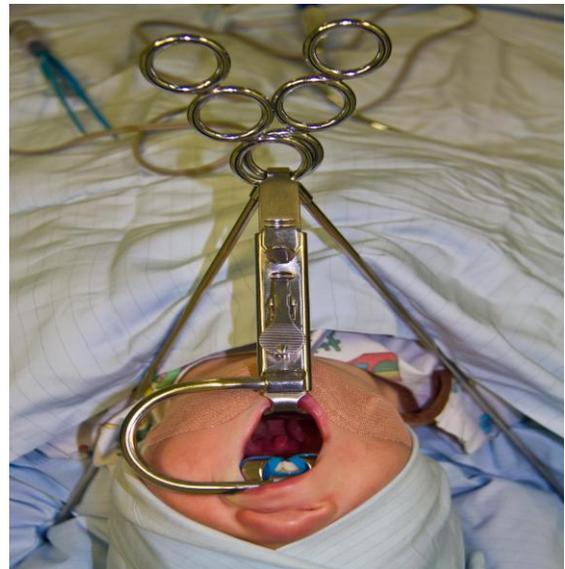


Figure 6 : Ecarteur de Boyle Davis en place

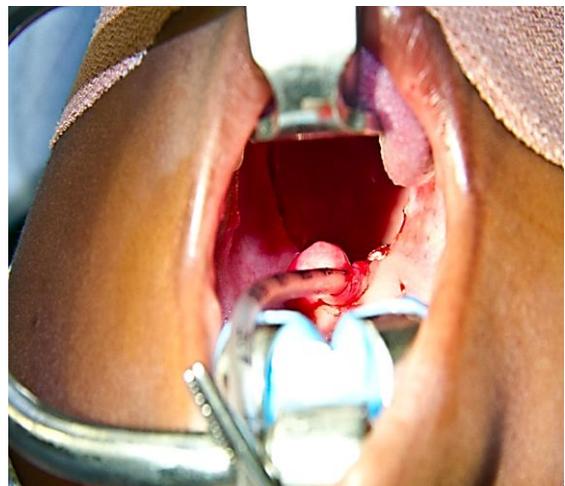


Figure 7 : Rétraction du voile du palais à l'aide d'une sonde naso-pharyngée

Ouverture de l'ouvre bouche pour exposer l'oropharynx. Stabilisation de la tête du patient au besoin par un arceau mobile. Pour améliorer la vision du nasopharynx on peut insérer un cathéter nasal dans une ou deux des narines et obtenir ainsi à l'aide de deux pinces une rétraction du palais mou de façon antérieure.

La vérification de la taille des végétations adénoïdes est réalisée de même que l'exclusion d'une carotide interne déhiscente ou au trajet aberrant est assurée en examinant le nasopharynx soit avec un miroir, soit à la palpation digitale. La palpation du palais doit exclure une fente vélaire sous-muqueuse afin d'éviter toute rhinolalie ouverte.

Adénoïdectomie à la curette

Utiliser la plus large des curettes d'adénoïdectomie afin de retirer les végétations.

Ce geste peut être effectué à l'aveugle ou avec un miroir qui permet au chirurgien de vérifier la position de la curette, l'ablation des végétations se fait d'un seul mouvement ferme de grattage de la partie supérieure à la partie inférieure de la paroi pharyngée postérieure. Il est important de vérifier que le tissu adénoïdien a été retiré en totalité sinon il faut répéter la manœuvre avec la curette jusqu'à ce que la résection soit complète. On peut placer un méchage postérieur dans l'espace nasopharyngé si une amygdalectomie est indiquée en même temps que l'adénoïdectomie.

On retire les compresses après quelques minutes.

On confirme l'hémostase par l'inspection du nasopharynx avec un miroir. L'hémostase peut être réalisée en utilisant une coagulation monopolaire. Il est important d'avoir une hémostase complète.

Ablation des caillots dans le nez et dans le nasopharynx avec une aspiration passée par le nez.

Réalisation d'un compte rendu opératoire précisant que l'hémostase a été réalisée et que les caillots ont été retirés.

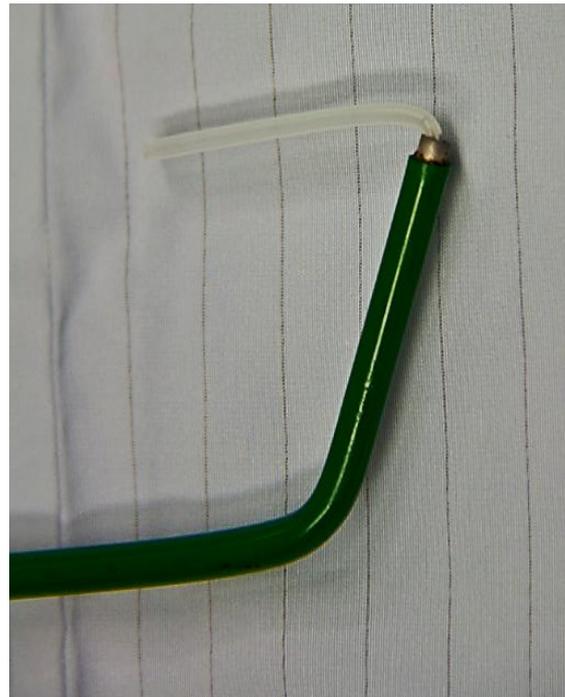


Figure 8 : L'aspirateur / coagulation est recourbé à 90° à son extrémité

L'adénoïdectomie peut être réalisée à l'aide d'une aspiration bipolaire. Cette sonde d'aspiration bipolaire peut être pliée à 90° et être introduite pour prévenir toute occlusion de la lumière. Elle peut être introduite et connectée à une aspiration permanente. L'hémostase monopolaire doit être fixée à une intensité de 38 W.

Avec un miroir placé dans la main non dominante on passe l'aspiration coagulante derrière le voile en utilisant des mouvements de glissement. On retire et on procède à l'ablation des végétations adénoïdes sous vue directe et on obtient une vue complète de la choane postérieure.

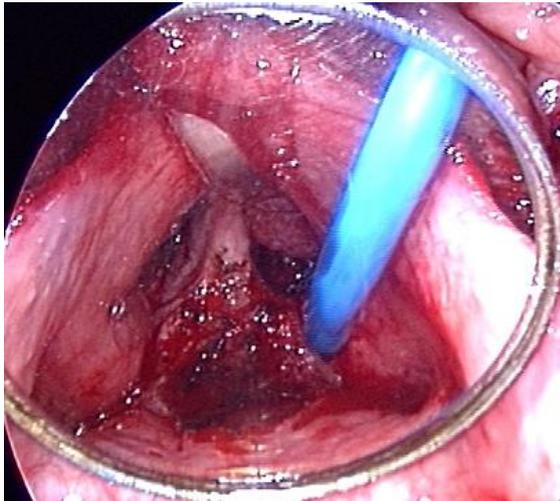


Figure 9 : Adénoïdectomie avec un dispositif de coagulation / aspiration avec un miroir visualisant le cavum

Soins post-opératoires

L'adénoïdectomie est réalisée le plus souvent en ambulatoire.

Le PARACETAMOL est suffisant pour contrôler la douleur post-opératoire.

Si une hémostase bipolaire a été réalisée des antibiotiques à large spectre (AMOXICILLINE acide clavulanique) sont administrés pendant une semaine postopératoire pour prévenir la rhinorrhée postopératoire. Les patients sont prévenus qu'une absence scolaire de 5 jours est généralement nécessaire et que la guérison complète est obtenue en une semaine.

Complications post-adénoïdectomie

Précoces

- Saignements (plus souvent avec une curette adénoïdectomie)
- Fausses routes liées à une épistaxis postérieure à l'origine d'une obstruction aigüe des voies aériennes

Tardives

- Rhinorrhée antérieure (hémostases bipolaires)
- Syndrome de Grisel (instabilité atloïdo-axoïdale)
- Cicatrice de la trompe d'Eustache à l'origine d'un dysfonctionnement de l'oreille moyenne.
- Sténose nasopharyngée
- Insuffisance vélo-pharyngée
- Repousse des végétations adénoïdes

Comment citer ce chapitre

Jonas N. (2013). Paediatric adenoidectomy. In *The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery*. Retrieved from <https://vula.uct.ac.za/access/content/group/ba5fb1bd-be95-48e5-81be-586fbaeba29d/Paediatric%20Adenoidectomy.pdf>

Traduction

Fiche traduite sous la direction et la validation du Collège Français d'ORL et chirurgie de la face et du cou et de la Société Française d'ORL

Rémi MARIANOWSKI

Professor

Hôpital Morvan

Service d'ORL Hopital Morvan 5 Avenue Foch 29200 Brest

remi.marianowski@chu-brest.fr

Auteur et rédacteur en chef de la section pédiatrique

Nico Jonas MBChB, FCORL, MMed

Paediatric Otolaryngologist

Addenbrooke's Hospital

Cambridge, United Kingdom

nico.jonas@gmail.com

Editor

Johan Fagan MBChB, FCS (ORL), MMed
Emeritus Professor and Past Chair
Division of Otolaryngology
University of Cape Town
Cape Town, South Africa
johannes.fagan@uct.ac.za

THE OPEN ACCESS ATLAS OF OTOLARYNGOLOGY, HEAD & NECK OPERATIVE SURGERY

www.entdev.uct.ac.za



The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery by [Johan Fagan \(Editor\)](#) johannes.fagan@uct.ac.za is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-Commercial 3.0 Unported License](#)

