

ORL pédiatrique : quoi de neuf ?

Le point sur la chirurgie ambulatoire

Comme toutes les disciplines chirurgicales, l'ORL pédiatrique se développe en ambulatoire. Cette évolution est indispensable, nécessaire, inévitable.

Née il y a plus d'un siècle en Écosse, la chirurgie ambulatoire a connu depuis un développement considérable aux États-Unis puis au Canada et dans plusieurs pays européens dont la Grande-Bretagne, pionnier européen à partir des années 1970, avec une croissance rapide à partir de 1980.

Partant du constat d'un retard français dans le taux global d'interventions pratiquées en chirurgie ambulatoire par rapport aux données internationales et notamment européennes, la Direction générale de l'offre de soins et l'Agence nationale d'appui à la performance ont respectivement saisi la HAS et créé un groupe de travail en 2010 à ce sujet. En effet, malgré le consensus obtenu depuis un certain temps sur la nécessité de mettre le patient au cœur du système de santé et donc de favoriser l'organisation ambulatoire, cette prise en charge innovante est sous-développée en France. On estime que 8 interventions sur 10 pourraient être effectuées en chirurgie ambulatoire, alors que moins de 4 le sont actuellement dans notre pays. Ainsi, c'est en France 2 millions de gestes – enfants et adultes confondus – qui pourraient être réalisés dans ce contexte avec un confort préservé et de sérieuses économies à la clé.

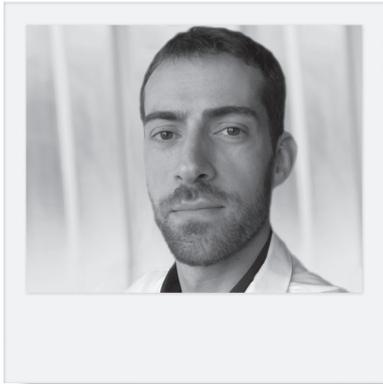
Par essence, un geste en ambulatoire doit être réalisé sur les mêmes indications, de la même manière et dans les mêmes conditions de sécurité qu'en hospitalisation traditionnelle. Le patient ne reste hospitalisé que le strict temps nécessaire et retourne chez lui le jour même de son intervention.

Plus encore que chez l'adulte, la réalisation d'interventions en chirurgie ambulatoire chez l'enfant nécessite une organisation très rigoureuse afin de garantir une prise en charge optimale, un maximum de sécurité, un suivi et une prévention de la douleur identiques, et en évitant les retards pénibles pour parents et enfants et qui désorganisent un service.

En ORL pédiatriques, les secteurs privés et publics évoluent et s'adaptent, chacun à son rythme et en fonction de la patientelle concernée, pour diriger une partie toujours croissante de leur activité en ambulatoire. Certains établissements ont même fait le choix de supprimer les services avec des lits dédiés pour opérer la totalité de leurs patients en ambulatoire.

1. Quelle structure ?

Dans l'idéal, une unité de chirurgie ambulatoire est distincte d'un bloc classique et possède un parcours linéaire. Cela est particulièrement vrai en pédiatrie. Les enfants et leurs parents sont convoqués successivement dans la journée en fonction du déroulement théorique du programme opératoire.



→ N. LEBOULANGER

Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale pédiatrique, Hôpital universitaire Necker-Enfants malades, PARIS.

L'ANNÉE PÉDIATRIQUE

Une fois les formalités administratives accomplies, les patients sont préparés et installés dans une salle d'attente – avec les parents et toutes spécialités confondues – où le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmière de bloc viennent poser les questions et faire les vérifications d'usage. Le patient est ensuite directement installé au bloc, opéré, amené en salle de réveil où il sera revu par l'équipe soignante, puis au bout d'un moment rhabillé et installé dans une salle spécifique dite de "remise à la rue". Ainsi, patients en attente et patients opérés ne se croisent pas.

À l'hôpital Necker Enfants-malades, par exemple, le bloc opératoire de jour a été récemment rénové pour permettre cette organisation désormais parfaitement rodée.

2. Quelle organisation ?

Prenons une intervention fréquente chez l'enfant, réalisable en ambulatoire mais source potentielle d'une morbidité non nulle : l'amygdalectomie. Face à un enfant présentant un syndrome clinique d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) causé par de volumineuses amygdales obstructives, le chirurgien émet un avis en consultation sur la pertinence ou non de réaliser l'amygdalectomie en ambulatoire. Les principaux critères actuellement retenus pour réaliser l'amygdalectomie en ambulatoire sont l'âge supérieure à 3 ans, l'absence de syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère et de comorbidités significatives, et la possibilité pour les parents d'être joignables et mobiles le soir de l'intervention.

Après le geste chirurgical, les patients sont surveillés 6 heures avant la sortie. Cela impose d'opérer les patients le matin et de respecter scrupuleusement les horaires, pour les patients comme pour l'équipe soignante. L'expérience prouve que cela fonctionne bien. Les patients peuvent appeler le service en

nuit et jour, et sont rappelés le lendemain pour prendre des nouvelles.

3. En conclusion

La chirurgie ambulatoire devrait permettre de rendre les établissements plus performants et de dégager des marges de manœuvre organisationnelles et financières. Bien qu'elle ne puisse pas concerner tous les patients en ORL pédiatrique, elle est amenée à être appliquée à l'avenir à des indications toujours plus nombreuses : myringoplasties, tympanoplasties, otoplasties, voire implantation cochléaire.

Amygdalectomie de l'enfant : un progrès significatif

La chirurgie ambulatoire ne se conçoit qu'en offrant une prise en charge optimale au patient. Les deux principaux problèmes que peut poser une amygdalectomie chez l'enfant sont :

– quelle doit être la prise en charge de la douleur postopératoire, sachant que la codéine et le tramadol ne sont plus recommandés ?

– quel geste pour un risque d'hémorragie retardé réduit au minimum ?

Une technique relativement récente dont nous disposons depuis cette année à l'hôpital Necker apporte une réponse satisfaisante. Appliquée par des équipes suédoises ces dernières années à de larges échelles, cette technique est basée sur le principe de la radiofréquence.

Elle permet de réaliser une amygdalectomie partielle, subtotale, en un temps réduit avec des bénéfices cliniques importants : diminution des saignements précoces (0,3 % vs 1,8 en technique classique), diminution des saignements tardifs (0,7 % vs 5,8 % en technique classique) et douleur postopératoire moindre (5,6 % de rappel

pour douleur vs 19,1 % en technique classique). Dans les faits, un simple traitement par paracétamol suffit.

Le taux de repousse de l'amygdale après exérèse partielle est estimé à 4,5 %, mais ne serait pas responsable d'une réapparition significativement plus fréquente d'un syndrome d'apnées du sommeil ou d'angines à répétition.

Au total, cette modification technique est une amélioration très nette du confort et de la sécurité per- et périopératoire des enfants opérés d'une amygdalectomie, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation traditionnelle. Une adénoïdectomie peut y être associée dans tous les cas.

Du danger des piles boutons

Les ingestions de corps étrangers sont fréquentes chez le petit enfant, en général un garçon de 1 à 4 ans. Une revue récente des cas pris en charge aux urgences d'ORL pédiatrique d'Île-de-France ainsi que les recommandations américaines publiées l'an dernier rappellent les dangers spécifiques de cette ingestion et proposent des pistes de prise en charge des suites.

Une fois ingérée et si elle se coince dans l'œsophage, une pile bouton va délivrer son énergie à une même petite surface de muqueuse, en continu. Cela va rapidement entraîner une souffrance locale, puis une érosion et une perforation. Une perforation œsophagienne dans ce contexte peut alors causer une médiastinite mortelle. La multiplication des objets domestiques alimentés par ce type de batterie et leurs normes de sécurisation encore imparfaites sont, ces dernières années, à l'origine d'une augmentation de la fréquence de ces accidents.

Une fois la pile ingérée, l'urgence est à son retrait lors d'une endoscopie

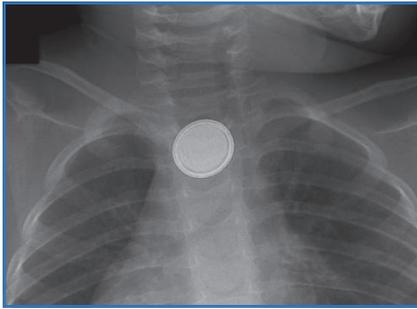


FIG. 1: Radio de thorax de face : pile bouton dans l'œsophage. La pile se différencie très bien d'une pièce de monnaie par le double liseré qu'elle présente.

sous anesthésie générale, au mieux dans les 2 heures après l'incident. Deux heures sont un délai très court dans ce contexte, et même chez un enfant asymptomatique ou pauci-

symptomatique un transport urgent est absolument indispensable. Sur une radiographie standard, une pile se différencie aisément d'une pièce grâce à son double liseré (**fig. 1**).

L'endoscopie permet également le bilan des lésions et la mise en place d'une sonde gastrique qui sera laissée en place, en fonction de l'extension des zones abîmées, jusqu'à plusieurs semaines. En effet, une fois le risque de médiastinite écarté, la principale menace est une sténose cicatricielle de l'œsophage. La prévention des ingestions de piles boutons est fondamentale. En cas de doute sur une ingestion, la prise en charge doit être impérativement immédiate et en centre spécialisé.

Pour en savoir plus

1. SUNNERGREN O *et al.* Radiofrequency tonsillectomy in Sweden 2009-2012. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2014;271:1823-1827.
2. MORINIÈRE S *et al.* Radiofrequency tonsillectomy versus bipolar scissors tonsillectomy for the treatment of OSAS in children: a prospective study. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 2013;130:67-72.
3. SCHMIDT R *et al.* Powered intracapsular tonsillectomy in the management of recurrent tonsillitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2007;137:338-340.
4. HULTGRANTZ E *et al.* Long-term effects of intracapsular partial tonsillectomy (tonsillectomy) compared with full tonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2005;69:463-469.
5. JATANA KR *et al.* Pediatric button battery injuries: 2013 task force update. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2013;77:1392-1399.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.