

Amygdalectomies

GÉNÉRALITÉS :

- Risque hémorragique postopératoire dans les 6 heures ou à la chute d'escarre (≈ 7^e jour)
- NVPO fréquents (sang dégluti)
- Douleur postopératoire intense
- **AINS contre-indiqués en postopératoire** (car ils augmentent le risque hémorragique)

PRÉOPÉRATOIRE :

- Consultation : dépister prise d'aspirine ou autres anti-agrégants plaquettaires
- Bilan : tests d'hémostase au moindre doute ; éventuellement, Groupe + RAI « de sécurité »
- Prémédication : classique + traitement habituel sauf CI

PEROPÉRATOIRE :

- Durée : 30 à 45 min
- Installation :
 - tête toujours très en haut de la table, en hyperextension, rond de tête
 - bras le long du corps, cale-pieds pour proclive
 - voie d'abord veineux, de bon calibre, monitoring classique
- Induction :
 - pas d'antibioprophylaxie sauf cas particulier
 - propofol ± curare, alfentanil ou sufentanil
 - IOT (sonde armée de préférence) ; la sonde se glisse ensuite dans l'écarteur de Boyle-Davis
 - position de Rose (proclive - tête en hyperextension : "glotte au zénith") ; pas de packing
- Entretien :
 - O₂ ± N₂O + (halogéné ou propofol mode AIVOC) et bolus de morphinique
 - prévention des NVPO selon protocole
 - Perfalgan® 1 g dès le début de l'intervention ; **pas d'AINS**
- Réveil sur table

POSTOPÉRATOIRE :

- Pas d'antibiothérapie
- Analgsie
 - Solumédrol® 2 mg/kg IV en SSPI ; Perfalgan® 1 g / 6h ; **pas d'AINS**
 - ± Acupan® (60 mg en 12 h) ± morphine si EVA ≥ 40
 - à J1 : relais *per os* par paracétamol-codéine, Solupred® 1 mg/kg ± morphine SC selon EVA
- Alimentation " régime amygdales " le soir si TVB
- Traitement habituel : reprise le soir même