



Profil épidémio-clinique et thérapeutique des patients opérés pour la chirurgie amygdalienne : expérience de trois ans dans un Hôpital de la Région du Sud Cameroun

Epidemiological and therapeutic profile of patients operated on for tonsillar surgery: three-year experience in a Hospital in the Southern Region of Cameroon

Mboua Ndenga V-J^{1,2}, Bilo'o L^{1,2}, Amougou M SD³, Ngo Nyeki A-R⁴, Mbazo'o M¹, Nanci T. E¹, Mouangue L⁴, Bisay S.UB^{1,2}, Messakop M. Y^{1,2}, Mapina M. AE², Atangana E.HN^{1,2}, Melleu V³, Ekono M^{1,5}, Sap S⁴.

Article Original

1. Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa
2. Faculté de Médecine de des Sciences Pharmaceutiques/ Université d'Ebolowa
3. Hôpital Régional d'Ebolowa
4. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales / Université de Yaoundé I
5. Faculté de Médecine de des Sciences Pharmaceutiques/ Université de Douala

Auteur correspondant : Mboua Ndenga Véronique-Jordane
Epouse Ndille Ossom, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université d'Ebolowa. Téléphone (+237) 698 799 528 ; BP : 513 Ebolowa ; E-mail : mbouandendilossom@gmail.com.

Mots clés : adénoïdectomie – amygdalectomie- CHR Ebolowa.

Key words: adenoidectomy – tonsillectomy – Ebolowa Regional Hospital.

Date de soumission: 14/12/2025
Date d'acceptation: 02/01/2026

RESUME

Introduction : L'objectif de ce travail était de décrire le profil épidémio-clinique et thérapeutique des patients ayant bénéficié d'une chirurgie amygdalienne.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale sur dossiers de patients opérés des amygdales de juillet 2022 à octobre 2025 au Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa. Les variables étaient l'âge, le sexe, le motif de consultation, les antécédents, l'indication, la technique, l'antibiothérapie, les complications et la durée d'hospitalisation. Les données étaient traitées par SPSS 23 et Excel 2016.

Résultats : Sur 122 dossiers de chirurgie ORL dans le service, les chirurgies amygdaliennes représentaient 33,6% (n=41). Le sexe ratio était de 0,86. L'âge moyen était de 7,6 ans. Le ronflement était le motif à la consultation de 19,5% (n=7) des cas. L'antécédent de rhinopharyngite représentait 48,8% (n=20) des cas. La recherche des végétations adénoïdes a été réalisée chez 36,58% (n=15) dont 9 radiographies du cavum et 6 nasofibroscopies. L'hypertrophie amygdalienne avec apnée du sommeil (n=12 ; 29,26%) et les amygdalites à répétition (n=10 ; 24,39%) étaient les principales indications. L'amygdalectomie par dissection extra capsulaire représentait 53,65% (n=22) dont 31,7% (n=13) associés à l'adénoïdectomie. L'adénoïdectomie seule représentait 14,63% (n=6). L'antibiothérapie a été utile chez 28 patients (68,29%). L'hospitalisation était de 2 jours chez 37 (90,24%). Nous avons noté une plaie paroi pharyngée postérieure et deux cas de saignements. Une reprise d'adénoïdectomie à 4 mois d'intervalle a été réalisée.

Conclusion : la chirurgie amygdalienne est fréquente dans notre pratique mais n'est pas dénuée de risques.

ABSTRACT

Introduction: The objective of this work was to describe the epidemioclinical and therapeutical profile of patients who underwent tonsillar surgery.

Methodology: This was a cross-sectional study of patient records of tonsil removals performed between July 2022 and October 2025 at the Ebolowa Regional Hospital. The variables were age, sex, reason for consultation, medical history, indication, surgical technique, antibiotic therapy, complications, and length of hospital stay. Data were processed using SPSS 23 and Excel 2016.

Results: Of 122 ENT surgical from the department, tonsillar surgeries represented 33.6% (n=41). The male-to-female ratio was 0.86. The mean age was 7.6 years. Snoring was the reason for consultation in 19.5% (n=7) of cases. A history of rhinopharyngitis accounted for 48.8% (n=20) of cases. Adenoidectomy was performed in 36.58% (n=15, including 9 nasopharyngeal X-rays and 6 nasofibroscopies). Tonsillar hypertrophy with sleep apnea (n=12; 29.26%) and recurrent tonsillitis (n=10; 24.39%) were the main indications. Extracapsular tonsillectomy was performed in 53.65% (n=22), with 31.7% (n=13) of these combined with adenoidectomy. Adenoidectomy alone accounted for 14.63% (n=6). Antibiotic therapy was beneficial in 28 patients (68.29%). Hospitalization lasted 2 days in 37 patients (90.24%). We noted one injury to the posterior pharyngeal wall and two cases of bleeding. A repeat adenoidectomy was performed 4 months later.

Conclusion: Tonsillar surgery is frequent procedure in our practice but is not without risks.

DOI : <https://doi.org/10.64294/jsd.v4i1.257>

Introduction

L'amygdalectomie, avec ou sans adénoïdectomie, représente une des interventions ORL les plus fréquentes. Elle est surtout réalisée chez les enfants. Djomou et al à Yaoundé, révélaient que 48,51% des patients ayant bénéficié d'une chirurgie amygdalienne avaient moins de 5 ans ; pour un âge moyen de 9 ans [1]. Les indications de cette chirurgie sont dominées par la pathologie obstructive, notamment l'hypertrophie amygdalienne et des végétations adénoïdes (HAVA) avec syndrome obstructif d'apnée du sommeil (SAOS), suivie des amygdalites à répétition [1,2,3]. Bien que cette intervention soit fréquente dans la pratique ORL, elle n'est pas banale, car peut faire l'objet de complications, en particulier les complications d'ordre hémorragique. En effet, d'après les travaux de Djomou et al. et Bola Siafa et al., l'hémorragie représentait respectivement 4,85% et 3,16% des suites opératoires [1, 3]. Cette complication redoutée a une fréquence de 2-5% et survient habituellement dans les quatorze premiers jours post opératoires [4]. L'unité d'ORL a été ouverte au Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa en Décembre 2021, et la première chirurgie amygdalienne a eu lieu en Juillet 2022. Nous présentons dans ce travail le bilan de notre pratique des amygdalectomies et des adénoïdectomies dans une jeune structure hospitalière de référence régionale. L'objectif de ce travail était de décrire le profil épidémiologique et thérapeutique des patients ayant bénéficié d'une chirurgie amygdalienne.

Méthodologie

Nous avons mené une étude transversale descriptive pendant une période de trois ans, de juillet 2022 à octobre 2025 dans l'unité d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale du Centre Hospitalier Régional d'Ebolowa dans la Région du Sud Cameroun. La population étudiée était constituée des dossiers de patients de chirurgie amygdalienne. Les variables étudiées étaient le sexe, l'âge, le motif de consultation, les antécédents, le taux d'Hémoglobine, l'indication, la technique, l'antibiothérapie, les complications et la durée d'hospitalisation. La procédure consistait en l'identification des cas grâce aux registres de consultation, d'hospitalisation et du bloc opératoire. Ensuite, les dossiers retrouvés étaient exploités pour remplir une fiche technique de collecte des données. Les logiciels SPSS 23 et Excel 2016 ont permis d'obtenir nos résultats. L'autorisation de l'administration de mener l'étude a été obtenue et la confidentialité des informations a été assurée.

Résultats

Au total, durant la période d'étude, nous avons réalisé dans l'unité d'otorhinolaryngologie et chirurgie cervico-faciale, 122 interventions, dont 41 chirurgies adéno-amygdaliennes, soit une proportion de 33,6% des interventions ORL. Notre population était

constituée de 19 patients de sexe masculin et 22 patients de sexe féminin, soit un sexe ratio de 0,86. L'âge des patients variait de 13 mois à 25 ans, avec un âge moyen de $7,6 \pm 3,6$ ans. Le Tableau I présente la répartition des cas en fonction des caractéristiques épidémiocliniques des patients.

Tableau I : caractéristiques épidémiocliniques des patients

Variables	Effectif (N=41)	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	19	46,3
Féminin	22	53,7
Tranches d'âge		
≤ 3 ans	15	36,6
]3-5 ans]	12	29,2
5-10 ans	4	9,8
11-15 ans	3	7,3
16-20 ans	3	7,3
21-25 ans	4	9,8
Motif de consultation		
Ronflement	8	19,5
Ronflement + respiration buccale + pauses respiratoires	7	17,1
Respiration buccale/ Obstruction nasale	6	14,6
Rhinorrhée persistante	4	9,8
Angine à répétition	7	17,1
Halitose	5	12,1
Dyspnée	4	9,8
Antécédents		
Rhinopharyngites à répétition	20	48,8
Angine à répétition	7	17,1
Atopie familiale	8	19,5
Rhinite allergique	3	7,3
Aucun	3	7,3

Les patients âgés de 0 à 5 ans représentaient 66,2% de notre population. Le motif de consultation le plus fréquent était le ronflement (19,5%) ; mais il était associé à d'autres symptômes dans 17,1% des cas. L'antécédent le plus retrouvé était la rhinopharyngite dans 48,8% des cas (n=20).

La nasofibroscopie et la radiographie de profil du cavum en vue de confirmer les végétations adénoïdes ont été réalisées chez 36,58% (n=15 dont 9 radiographies du cavum et 6 nasofibroscopies). Les principales indications étaient l'hypertrophie amygdalienne avec syndrome d'apnée obstructive du sommeil et les amygdalites à répétition avec respectivement 29,26% et 24,39% des cas (Tableau II). L'amygdalectomie par dissection extracapsulaire représentait 53,65% (n=22) dont 31,7% (n=13) associés à l'adénoïdectomie. Le bistouri électrique était l'instrument utilisé pour l'intervention chez 12 des 35 amygdalectomies, soit 34,28%.

Tableau II : prise en charge chirurgicale

Variables	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Indications (amygdalectomies N=35 : Adénoïdectomies N=18)		
Ronchopathie	6	14,7
HAVA	10	24,4
HAVA/ SAOS	12	29,2
Angine à répétition	8	19,5
Rhinopharyngites à répétitions	5	12,2
Intervention		
Amygdalectomie	22	53,7
Adénoïdectomie	6	14,7
Adéno-amygdalectomie	13	31,8

HAVA : Hypertrophie des Amygdales palatines et Végétations Adénoïdes

SAOS : Syndrome d'apnée obstructive du sommeil

Dans les autres cas, l'incision était réalisée avec la lame de bistouri, la spatule de Hurd pour le décollement, et le bistouri électrique était uniquement utilisé en fin d'intervention pour la vérification de l'hémostase. L'adénoïdectomie seule représentait 14,63% (n=6). La figure 1 illustre un cas d'hypertrophie amygdalienne pris en charge. L'antibiothérapie a été utile chez 28 patients (68,29%) dont 10 pour caséum en per opératoire ; 2 pour hyperleucocytose ; 3 pour bronchite et 13 pour prophylaxie. La méthylprednisolone a été administrée de cure courte à travers la méthylprednisolone a été administrée pendant 3 à 7 jours (1mg/Kg/jour) lorsqu'il y avait des antibiotiques et en une seule prise en fin d'intervention au cas contraire. Les anti-inflammatoires de type acide Niflumique 400mg suppositoire au réveil pendant 3 jours ; suivi de paracétamol pendant 7 jours si douleurs (en 3 prises pour une dose journalière de 60 mg/kg). Chez les sujets de plus de 15 ans, le bain de bouche était systématique après une amygdalectomie. Chez les enfants, la désinfection rhinopharyngée au sérum salé était systématique après une adénoïdectomie pendant au moins trois semaines. Les consignes de reprise alimentaire progressive ont été assurées chez tous les patients, avec des rendez-vous hebdomadaires pendant 4 à 6 semaines. L'hospitalisation était de 2 jours chez 37 patients (90,24%), avec une admission la veille de l'intervention et la sortie le lendemain après. Les quatre autres interventions étaient réalisées en ambulatoires. Nous avons noté comme incident per opératoire une plaie de la paroi postéro supérieure du cavum. La complication observée était deux cas de saignements. Une reprise d'adénoïdectomie à 4 mois d'intervalle a été réalisée chez un patient allergique sévère.

Discussion

La chirurgie amygdalienne est la première intervention ORL dans notre contexte. L'âge moyen de 7,6 ans est proche de celui de l'étude de Djomou et al à Yaoundé (9 ans), et la proportion des enfants

de moins de 5 ans dans notre étude (65,86%) est supérieure aux 48,5% obtenus dans leurs [1]. La légère prédominance féminine observée dans notre étude a été observée aussi par d'autres auteurs camerounais [1,5]. Globalement, la pathologie amygdalienne est surtout fréquente chez les enfants qui sont à une phase d'adaptation immunitaire avant l'âge de 5 ans. Cet état physiologique les prédispose à des infections respiratoires hautes pouvant aboutir à ces chirurgies dans certaines conditions.

Sur le plan clinique, nous avons constaté que les plaintes en rapport avec une obstruction pharyngée étaient les plus fréquentes dans notre étude, qu'elles soient isolées ou associées. Ce constat est partagé par Sy et al au Sénégal, objectivant l'obstruction nasale comme premier motif de consultation [6]. La physiopathologie de ces affections mentionne la fréquence des rhinopharyngites comme facteur favorisant une réaction des organes lymphoïdes primaires des voies aérodigestives supérieures, puis une hypertrophie des amygdales. Dans le cadre de ce travail, la fréquence des antécédents de rhinopharyngites à répétition (48,8%) renforce cette notion.

Quant aux indications de la chirurgie, notre résultat corrobore celui de la littérature qui retrouve comme tête de liste les pathologies obstructives du pharynx [1,2,3,5, 7].

Concernant le diagnostic des végétations adénoïdes, seuls 6 patients ont eu bénéficié d'une nasofibroscopie, contrairement aux trouvailles de Mpressa et al à Douala en 2019 [8] qui avaient environ 21% de ses indications de nasofibroscopie en rapport avec les pathologies amygdaliennes. La nasofibroscopie est le gold standard dans le diagnostic des végétations adénoïde, mais notre contexte marqué par l'indisponibilité du nasofibroscope, nous réalisons encore des radiographies de profil du cavum, en particulier lorsque le syndrome obstructif est très symptomatique, ce qui oblige à vite préparer le patient. C'est ce qui explique aussi un âge extrême des patients de l'ordre de 13 mois. Dans le cadre plus général, la polygraphie ventilatoire pré et post opératoire en cas de suspicion de SAOS est indiquée, tel que le soulignent Blanc et al en 2023 [7]. Cet état des choses rend difficile l'exploration plus spécifique de nos patients, d'autant plus que même dans les métropoles, la polygraphie ventilatoire n'est disponible que dans peu de structures. Néanmoins, certains auteurs tels que Hadj et al [2] précisent que les critères cliniques du SAOS sont suffisants entre 3-8 ans dans l'indication des amygdalectomies.

Comme dans les études de Djomou et al [1] et Bola Siafa et al à Yaoundé [3], l'amygdalectomie par dissection extracapsulaire avec bistouri froid ou bistouri électrique sous anesthésie générale et intubation orotrachéale ont été notre principe de travail. Cette

méthode bien qu'étant la plus répandue, ne semble pas être la plus sécurisée en matière de prévention de l'hémorragie. Jones et al en effet a évoqué que la coblation ou amygdalectomie par radiofréquence est moins douloureuse et moins hémorragique, ceci dans le cadre d'une étude randomisée en double aveugle [9]. La progression des techniques d'amygdalectomie permet d'évoquer ici la place d'une réflexion sur les critères de prise en charge ambulatoire de l'amygdalectomie. Il est utile de rappeler que l'hémorragie correspond à la complication la plus redoutée de l'amygdalectomie, et elle est de l'ordre de 2-5% selon Siu et al [4]. Dans notre étude, nous avons eu 4,8% d'hémorragies immédiates (n=2). L'amygdalectomie associée à l'adénoïdectomie est une technique régulièrement utilisée chez l'enfant, et dans certains cas, l'adénoïdectomie représente une indication d'opportunité. Notre travail a retrouvé une reprise d'une adénoïdectomie 4 mois après la première en contexte d'allergie. Sameh et al en Tunisie a évoqué des facteurs de persistance SAOS post adéno-amygdalectomie, parmi lesquels la rhinite allergique et l'ablation partielle [10]. Ce résultat relève l'importance du suivi strict des patients ayant un terrain allergique même en cas de chirurgie. Aubineau et al a relevé comme facteurs de complications des chirurgies ORL de l'enfant, l'âge inférieur à 3 ans, l'infection l'allergie et de SAOS [11]. L'utilisation des antibiotiques était réalisée dans 73,17% des cas (n=30). Mevaa et al ont démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre l'utilisation des antibiotiques et la réduction des complications de l'amygdalectomie ; ils recommandaient ainsi une évaluation de l'intérêt d'une antibiothérapie au cas par cas. Enfin, Massongo et al [5,12] dans la prise en charge du SAOS à Yaoundé par l'adénoamygdalectomie ont retrouvé comme facteurs associés à la guérison, l'âge de 2-5 ans, un poids normal, de l'ordre d'une efficacité de 83,2%.

Conclusion

La chirurgie amygdalienne représente la première activité chirurgicale de l'unité d'otorhinolaryngologie et de chirurgie cervico-faciale du CHRE. Elle est plus réalisée chez les enfants de moins de 5 ans ayant un syndrome obstructif pharyngé et des angines à répétitions. La nécessité d'une endoscopie du cavum en cas de suspicion de végétations adénoïdes de l'enfant reste urgente dans notre contexte. Aussi cette intervention devenue assez classique dans la pratique ORL n'est toutefois pas dépourvue de risques. Elle nécessite ainsi une rigueur toujours aussi systématique de toute l'équipe multidisciplinaire de prise en charge afin de réduire les complications. Enfin, l'intérêt d'évaluer les critères d'une chirurgie amygdalienne ambulatoire adaptée à notre contexte et la mise en œuvre des méthodes chirurgicales plus modernes reste d'actualité.

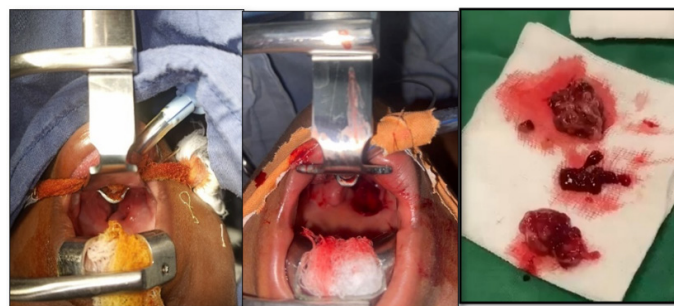


Figure 1 : Hypertrophie des amygdales palatine Friedman 4.
a) installation b) Ablation de l'amygdale droite
c) pièce opératoire

Conflits d'intérêt : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Contribution des auteurs : Conception de l'étude et collecte des données (Mboua, Bilo'o, Amougou) ; rédaction (Mboua, Ngo Nyeki A-R, Mbazo'o, Nanci T. E, Mouangue L) ; Gestion des données (Bisay S.UB Messakop M. Y) ; Relecture (Mapina M.AE, Atangana E.HN, Melleu V) ; Supervision (Ekono M, Sap S).

Références

1. Djomou F, Asmaou Bouba D, Andjock Nkouo YC, Mindja Eko D, Bola Siafa A, Meva'a Biouele RC, Njock LR. Pratique de l'Amygdalectomie et de l'Adénoïdectomie à Yaoundé. *Health Sci. Dis*: Vol 22 (04) April 2021 pp 56-59.
2. Hajdi Leroyer A, Adrien de Cock B, Fries A S, Guinchard A JC. Adéno-amygdalectomie chez les enfants avec syndrome d'apnées obstructives du sommeil. *Recommandations pour la surveillance postopératoire. Rev Med Suisse* 2023; 19: 1780-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.844.1780
3. Bola Siafa A, Andjock Kouo YC, Choffor Nchinda E, Koungoum Neh Tchinde B, Djomou F, Njock LR. Tonsilectomy and its complications in a low- and middle-income country. *Sch J Oto*. 9 (4) -2023. 1044-1051.SJO. MS.ID.000318. DOI : 10.32474/sjo.2023.09.000318.
4. Siu JM, Propst EJ, Wolter NE. Saignement post amygdalectomie chez l'enfant. *CMAJ*. 2025 23 ; 197 (7) : p. E 199-E 200. Doi : 10.1503 : cmaj.240891-f.
5. Meva'a Biouele RC, Ngo Loulougou F, Mindja Eko D, Nganwa G, Mossus Y, Andjock Nkouo YC, Minka Ngom ES, Essiene A, Djomou F. Efficacité de l'Antibiothérapie sur la Morbidité PostAmygdalectomie : une Étude Comparative. *Health Sci. Dis*: Vol 22 (8) August 2021 pp 6-9.
6. SyA, Regonne P EJ, Fofana M, Ndiaye M, Diandy Y, Ndiaye C et al. L'amygdalectomie et l'adénoïdectomie à l'Hôpital pour enfants de Diamniadio au Sénégal : une évaluation de 3 ans. *Health Sci. Dis* : 2016. 17(2) ; 50-54.
7. Blanc F, Akkari M, Fayoux M, Mondain M. Amygdalectomie chez l'enfant. *Perfectionnement en Pédiatrie* 2023 ;6:107–111. <https://doi.org/10.1016/j.perped.2023.04.005>
8. Mpressa M, Njifou N, Lingom L, Kuifo C, Njock LR. La nasofibroscopie au Service ORL de l'Hôpital Général de Douala : indications et résultats à propos de 848 cas. *Health Sci. Dis*: 2019.20 (2).77-83. doi : 10.5281 : hsd. v20i2.1285
9. Jones DT, Kenna MA, Guidi J, Huang L, Johnston PR, Licameli GR. Comparaison od post operative pain in pediatric patients undergoing coblation tonsilectomy versus cautery tonsillectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011 ;

144 (6) : 972-977.

10. Msaad Sameh, Rim Khemakhem ; Abdelmouleh D. Facteurs prédictifs de la persistance du syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil de l'enfant après adénoïdoamygdalectomie. La Tunisie médicale. 2024 ;102 (11) : 842-44. Doi : 10.62438 : tunismed. v102i11.5173
11. Aubineau JV, Arayo C, Henrey S. Complications survenant dans la période périopératoire chez l'enfant en chirurgie ORL. <https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0/>. disponible sur www.sciencedirectassets.com. Date de consultation le 30 Novembre 2025.
12. Massongo M, Ngo Nyeki AR, Bitnkeu A IA, Djomou F. L'adéno-amygdalectomie dans la prise en charge du SAHOS chez l'enfant à Yaoundé : efficacité précoce et facteurs associés à la guérison. Médecine du Sommeil. 2025 ; 22 (1) :106-107. Doi : 10.1026/j.msom.2025.01.194.