



### Comment tordre le cou de la guillotine

Il s'agit de la « guillotine de Sluder » utilisée par des générations d'ORL pour enlever les amygdales palatines. Contrairement à « la veuve » du Docteur Guillotin, elle ne tranche pas puisqu'il s'agit d'une pince permettant d'énucléer l'amygdale palatine de l'enfant et de la décoller au doigt, sans rien couper. De la guillotine, elle n'a que la forme. L'amygdalectomie au Sluder paraît vivre ses derniers instants après avoir été condamnée récemment au bannissement par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Pourtant, elle fut accueillie en France avec enthousiasme dans les années 1930, une à deux décennies après les États-Unis. Elle fut rapidement reconnue comme étant un progrès considérable. André Lemariey, un des créateurs de l'ORL infantile, chef de Service à l'hôpital Trousseau de Paris, écrivait en 1956 dans son traité d'ORL infantile : « Cette méthode rapide, sûre, éloignant les instruments des zones cervicales dangereuses, assurant la compression et l'élongation des pédicules vasculaires et non leur section, a pratiquement éliminé le redoutable risque des hémorragies amygdaliennes ». On pouvait cependant lui faire deux reproches. Elle banalisait l'amygdalectomie d'enfant au point d'en avoir fait, à l'époque de l'après guerre, aux yeux de certains parents, une opération quasi rituelle avec certainement quelques abus d'indications. Mais elle a sauvé des vies, en particulier chez les enfants dont le pharynx était obstrué par de volumineuses amygdales. L'autre reproche était la nécessité d'imposer une période d'apprentissage plus ou moins longue dans la meilleure tradition du compagnonnage avec un aîné. Pendant des décennies, l'opérateur se trouvait chef d'orchestre, devant mener de front l'anesthésie au masque et l'opération. Les moins téméraires ne forçaient pas sur l'anesthésie, peut-être influencés par certains ouvrages qui expliquaient que « l'amygdalectomie étant une opération peu douloureuse, l'anesthésie générale est rarement nécessaire...elle peut être utile chez un enfant particulièrement indocile ». L'écrivain Michel Tournier n'a probablement pas été assez indocile pour bénéficier d'une anesthésie lorsqu'il fut opéré à l'âge de quatre ans comme en témoignent ses souvenirs cauchemardesques racontés dans le *Vent Paraclet*. Dans ce récit autobiographique, l'auteur qualifie l'amygdalectomie de *scène d'égorgement*. L'amygdalectomie au Sluder a permis à de nombreux ORL d'exercer tant en clientèle de ville qu'à l'hôpital, sans l'angoisse de suites hémorragiques. L'étape suivante pour le confort opératoire a été la collaboration d'un anesthésiste, permettant d'offrir une anesthésie mieux adaptée, laissant l'opérateur se concentrer sur l'acte chirurgical. Le confort était d'autant plus grand que l'anesthésiste était toujours le même, permettant de réaliser un véritable binôme où chacun savait quand il devait intervenir. Une telle collaboration ne s'avérait pas toujours aisée à concevoir à l'hôpital.

Puis vint le plein temps hospitalier. Pour cette nouvelle génération, l'amygdalectomie perdait son caractère routinier. À l'hôpital, la maîtrise du Sluder s'effiloçait au fil du temps. L'intubation permettait à l'anesthésiste, débarquant dans un service d'ORL, d'œuvrer sans l'effroi ressenti par le béotien en formation devant les premières amygdalotomies au Sluder. L'opérateur en formation avait tout son temps pour disséquer l'amygdale. Dernier gagnant et non le moindre, l'opéré ne gardait aucun souvenir dou-

loureux contrairement à certains malchanceux dont l'opérateur avait préféré jadis la légèreté anesthésique au risque de la syncope. Bientôt, l'amygdalectomie au Sluder ne fut plus enseignée, sauf dans quelques services où l'opération était menée sous intubation. En ville, le Sluder perdit progressivement du terrain, gardant des bastions avec des binômes très exercés et parfaitement compétents. Il aurait suffi d'attendre quelques années pour que le nom de Sluder disparaisse spontanément.

Une des premières attaques contre l'amygdalectomie au Sluder se trouve dans *Premières leçons de l'enquête « mortalité » SFAR-INSERM* en 1999. Le Sluder y était dénoncé comme étant associé à des décès après amygdalectomie, sans préciser la cause du décès. Pour enfoncer le clou, l'Assurance Maladie intervenait quelques années plus tard. Elle avait inscrit à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) l'amygdalectomie sous deux rubriques. Pour comprendre, il faut traduire les libellés de la CCAM. Aux erreurs anatomiques contenus dans ces libellés s'ajoute une erreur de dénomination puisque le Sluder y est appelé amygdalotome. Le Sluder est une pince qui ne coupe pas, contrairement à l'amygdalotome qui permettait au XIX<sup>e</sup> siècle de couper un morceau d'une amygdale hypertrophiée, réalisant une amygdalotomie et non une amygdalectomie. Si l'instrument fut longtemps appelé « guillotine de Sluder », ce n'était pas pour sa fonction mais pour sa forme. Pour faire simple, la CCAM distingue l'amygdalectomie au Sluder et l'amygdalectomie par dissection. L'Assurance Maladie a demandé à l'HAS si l'amygdalectomie au Sluder devait être encore inscrite à la CCAM. Un groupe de travail ad hoc s'est donc réuni comportant des ORL. Les experts ont conclu à la nécessité de pouvoir coder toutes les techniques d'amygdalectomie sous un seul libellé.... Et l'HAS, dans son communiqué de presse du 12 mars 2007, donnait « un avis défavorable au maintien de l'inscription des actes d'amygdalectomie à l'amygdalotome de Sluder à la liste des actes remboursés par l'Assurance Maladie. Il a été transmis pour servir de base scientifique à l'Assurance Maladie, qui dispose du pouvoir réglementaire de décider de la suppression de ces actes de cette liste. » La cause était-elle déjà entendue avant les réunions de travail ? On peut laisser le bénéfice du doute. Cette décision ne fait aucune référence aux accidents réels survenus au cours des dernières années en France. Elle conclut un gros travail bibliographique analysant toute la littérature, en fait bien difficile à exploiter car les décès n'y ont guère leur place. Et pourtant, s'il est plus facile de recourir au « principe de précaution » pour condamner, il est plus rationnel de tirer parti des accidents déclarés aux assureurs pour obtenir des conclusions efficaces.

Lors du colloque organisé le 6 juin par l'*Association nationale pour la prévention du risque médical*, il a été fait état de 34 sinistres déclarés auprès du SOU médical et de la MACSF de 1997 à 2006 regroupant 28 déclarations pour amygdalectomie dont 10 décès, et 6 adénoïdectomies dont 3 décès et un coma végétatif. L'anesthésie a été en cause exclusivement dans 10 dossiers et partiellement dans un dossier. Ainsi, 60% de l'ensemble des décès étaient liés à l'anesthésie. Il n'y eut aucun accident par absence de protection des voies aériennes lors de l'intervention. La cause des cinq autres décès en rapport avec une amygdalectomie a été une hémorragie massive dont l'une est survenue un mois après l'intervention. Cette apparition tardive est très certainement une des

conséquences de la technique par dissection, en rapport avec un pseudo anévrisme de la carotide interne, complication qu'on ne voyait pas avec le Sluder. André Lemarié avait déjà démontré sur des cohortes de plus de 10 000 opérés que le risque artériel était plus important par dissection. Ceci ne sous-entend pas qu'il faille obliger tous les opérateurs à recourir au Sluder mais à bien prendre en considération le risque artériel spécifique de la technique par dissection. Ces cinq décès par hémorragie massive sont à comparer aux décès signalés par une publication de 1987 faisant état des déclarations de trois compagnies d'assurances de 1976 à 1986, et qui rapportait là aussi 10 décès dont deux par hémorragie, à une époque où l'amygdalectomie se réalisait surtout au Sluder et en nombre plus important que lors de la dernière décennie.

Que conclure ? Une phrase prélevée dans le texte de l'HAS concernant l'*Évaluation des actes d'amygdalectomie à l'amygdalotome* devrait être inscrite en lettres d'or sur les murs de cette institution : « Le choix d'une technique plutôt qu'une autre revient au chirurgien ORL selon l'indication, l'âge du patient et l'expérience de l'opérateur. » Comment choisir quand l'HAS propose de supprimer une des deux techniques reconnues par la CCAM ? Faut-il obliger un opérateur rompu à l'amygdalectomie au Sluder à se mettre à la technique par dissection ? Quant à l'évaluation du risque, mieux vaut l'étude des complications connues des assureurs français que la dissection savante de la littérature de tous les continents. Que peut-on proposer ? En premier, il paraît important de mettre à plat la CCAM concernant l'amygdalectomie, en recourant à une terminologie anatomique correcte, à une dénomination instrumentale adéquate, et de revoir l'ensemble. Autre suggestion. L'amygdalotomie, intervention favorite au XIX<sup>e</sup> siècle, prend un regain d'intérêt à l'étranger pour les hypertrophies amygdaliennes de l'enfant, effectuée avec des moyens modernes comme le Laser, l'ultracision ou la radiofréquence. Exposant à moins de risques que l'amygdalectomie, l'inscription de cette intervention à la CCAM participerait à la prévention du risque médical, ce qui est somme toute l'objectif de tous.

Professeur François Legent  
Ancien chef du service ORL et chirurgie cervicofaciale du CHU de Nantes  
Membre de l'Académie nationale de médecine  
Membre du Conseil Médical du Sou Médical-Groupe MACSF