



L'implantation cochléaire est adaptée à la chirurgie ambulatoire à tout âge de l'enfant, même chez les nourrissons

F. Micaletti¹, M. Schleich¹, L. Boullaud¹, S. Pondaven-Letourmy^{1, 2}, E. Lescanne^{1,2,3}

¹ENT dept, CHU de Tours, 2 boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France ; ² Pediatric ENT dept, CHU de Tours, 49, boulevard Béranger, 37000 Tours, France ; ³Faculty of Medicine, University of Tours, 10 boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France.

Introduction



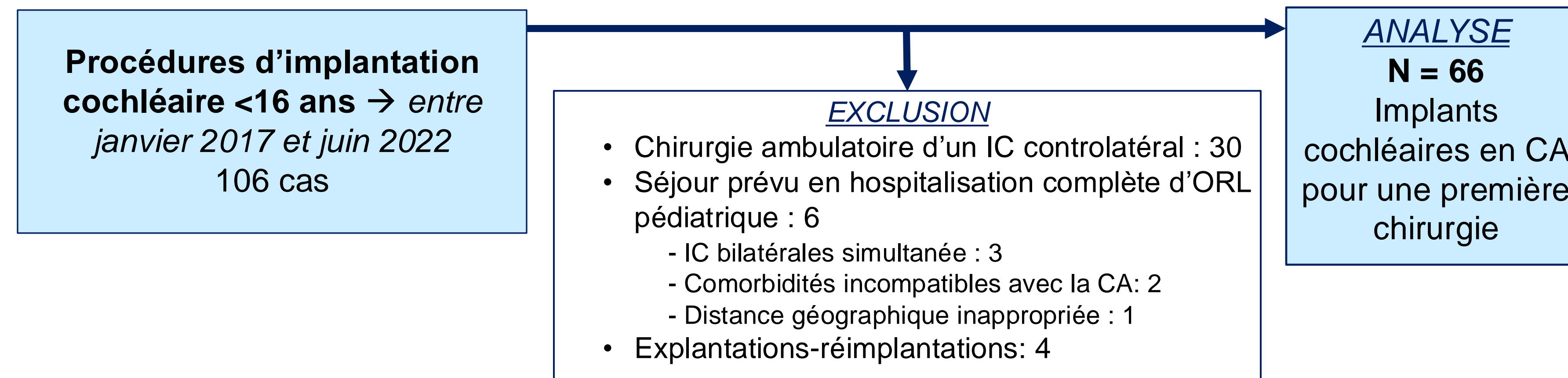
À ce jour, l'implant cochléaire (IC) reste la méthode de réhabilitation auditive reconnue pour les enfants souffrant d'une perte auditive neurosensorielle bilatérale sévère à profonde. L'IC a révolutionné les résultats en matière de développement, permettant à la majorité des enfants implantés précocement d'acquérir le langage parlé [1]. L'unité de chirurgie ambulatoire (CA) permet de réduire le séjour post-opératoire à moins de 12 heures, évitant ainsi la nuitée sur place. Cette organisation moderne des soins chirurgicaux, avec des coûts réduits, bénéficie du soutien des systèmes de santé, bien que la CA reste un sujet de débat pour cette intervention majeure de l'oreille [2,3].



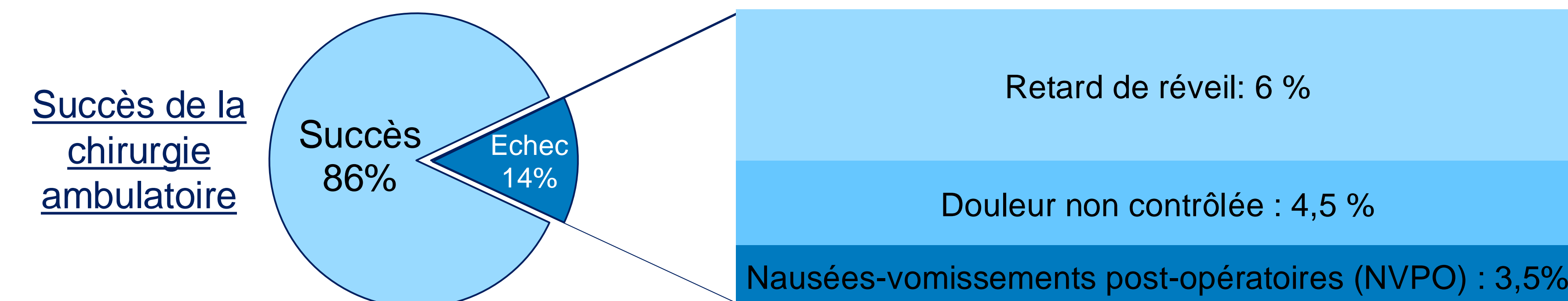
Objectif

- Évaluer la faisabilité de l'implantation cochléaire en chirurgie ambulatoire chez les enfants et identifier les variables influençant l'admission, la réadmission et la consultation postopératoire non planifiée.

Matériels & Méthodes



Résultats



Résultats

Variables influençant l'admission en hospitalisation complète

- Agents anesthésiques
 - Propofol (p=0.706)
 - Sevoflurane (p >0.99)
 - Remifentanyl (p >0.99)
- Antiémétiques (Ondansetron) (p=0.998)
- Heure de passage au bloc opératoire (p=0.559)
- Agents analgésiques
 - Paracétamol (p=0.996)
 - Ibuprofène (p=0.998)
 - Kétamine (p=0.602)
 - Morphine (p>0.99)
- Age
 - < 1 an (p=0.334)
 - < 3 ans (p=0.162)

Ré-hospitalisation

0 enfant

Consultations précoces non planifiées : 3%

- 1 enfant : œdème du vertex
- 1 enfant : otorrhée non compliquée

Discussion

- Toutes les complications immédiates ou à distance étaient bénignes.
- Le taux d'échec était légèrement plus élevé que dans la littérature, mais aucune des études n'a considéré le réveil tardif comme une cause d'échec de la chirurgie ambulatoire.
- Tous les nourrissons (<12 mois) ont bénéficié d'un succès de la chirurgie ambulatoire (n=10).
- La prophylaxie des NVPO reste essentielle.

NR: Non renseigné

Auteur, date	Nombre	Age < 12 ans	Temps d'anesthésie	Succès de l'ambulatoire, n (%)	Conversion en hospitalisation, n (%)	Reconsultation, n (%)	Réadmission, n (%)
Powell et al. (2009)	7	0	160	7 (100)	0 (0)	NR	NR
Liu et al. (2000)	53	0	NR	51 (96)	2 (4)	0 (0)	0 (0)
Stephens et al. (2010)	21	0	NR	20 (95)	1 (5)	0 (0)	0 (0)
Sivam et al. (2017)	579	NR	NR	573 (99)	6 (1)	NR	NR
Roxbury et al. (2015)	464	NR	NR	NR	NR	12 (2,6)	3 (0,6)
Patel et al. (2018)	2436	NR	197	NR	NR	NR	66 (2,7)
Hugel et al. (2022)	190	NR	140	181 (95,3)	9 (4,7)	9 (4,7)	5 (2,6)
Boullaud et al. (2022)	47	6	ND	40 (85)	7 (15)	1 (0,2)	0 (0)
Série actuelle	67	10	143	57 (86)	9 (14)	2 (3)	0 (0)

Conclusion

- Cette étude suggère que la procédure d'IC est adaptée à la chirurgie ambulatoire à tout âge, même chez les nourrissons.
- Le risque d'échec est faible et n'est pas influencé par les agents anesthésiques, la durée de l'anesthésie ou l'âge.

Références

- [1] Papsin BC, Gordon KA. Cochlear implants for children with severe-to-profound hearing loss. N Engl J Med. 2007;357(23):2380-7.
 [2] Liu JH, Roland PS, Waller MA. Outpatient cochlear implantation in the pediatric population. Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;122:19-22.
 [3] Boullaud L, Amelot A, Aussedat C, Pondaven S, Lescanne E. Safety of middle-ear day-surgery in children: A STROBE observational study. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2022;139(5):255-259.

