



# L'urgence hémorragique postopératoire : algorithme de gestion ☆☆☆

Nadège Salvi<sup>1</sup>, Nicolas Leboulanger<sup>2</sup>, Gilles Orliaguet<sup>1</sup>

Disponible sur internet le :  
27 avril 2018

1. Hôpital universitaire Necker-Enfants-Malades, département d'anesthésie et de réanimation chirurgicale, secteur pédiatrie, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France
2. Hôpital universitaire Necker-Enfants-Malades, service d'oto-rhino-laryngologie, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France

## Correspondance :

Nadège Salvi, Hôpital universitaire Necker-Enfants-Malades, département d'anesthésie et de réanimation chirurgicale, secteur pédiatrie, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France.  
nadege.salvi@aphp.fr

## Mots clés

Amygdalectomie  
Hémorragie  
Urgence vitale  
Induction en séquence  
rapide

## Keywords

Tonsillectomy  
Bleeding  
Life-threatening  
emergency  
Rapid sequence induction

## ■ Résumé

L'amygdalectomie est une intervention chirurgicale fréquente et banalisée mais parfois associée à des complications potentiellement graves comme l'hémorragie post-amygdalectomie (HPA). Celle-ci peut être précoce, survenant dans les 6 premières heures postopératoires, ou tardive, survenant principalement entre le 5<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> jour postopératoire. Les principaux facteurs de risque de HPA sont l'âge, le sexe et la technique chirurgicale alors que l'utilisation d'anti-inflammatoires ne majore pas ce risque. Devant le diagnostic de HPA, tardive dans la majorité des cas, la reprise chirurgicale est indiquée dans la moitié des cas. La prise en charge anesthésique de cette hémostase chirurgicale doit prendre en compte l'anémie potentielle plus ou moins hypovolémique du patient et impose une induction en séquence rapide. Cette complication est encore de nos jours susceptible de mettre en jeu le pronostic vital. Une optimisation des nouvelles techniques chirurgicales et une bonne coopération anesthésiste – chirurgien permettent d'en limiter la morbi-mortalité.

## ■ Summary

### Post-tonsillectomy bleeding: Decisional algorithm

*Tonsillectomy is commonly performed and is sometimes endowed with complications like post-tonsillectomy bleeding (PTB). It can either be primary, occurring during the first day after surgery, most frequently within the first 6 h following the operation, or secondary, usually between Day 5 and Day 15. The latter are more frequent than primary haemorrhages. The most important risks*

\* « Texte présenté à la Journée monothématique de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) : Anesthésie pédiatrique pour tous, 16 mai 2018, Paris ».

☆☆ « Ce texte a été publié sous la seule responsabilité des auteurs et du comité scientifique de la « Journée monothématique de la Sfar ». Il n'a pas fait l'objet d'une évaluation par le bureau éditorial de la revue Anesthésie & Réanimation ».

*factors of PTB are age, gender and surgical techniques. The use of anti-inflammatory agents is not associated with a higher risk of PTB. When a PTB is observed, surgical haemostasis is indicated in half of the cases. The anaesthetic management must take into account potential anaemia with or without hypovolaemia and imposes rapid sequence induction. This complication is potentially life threatening. An optimisation of new surgical techniques and a great collaboration between anaesthesiologist and surgeon can decrease morbidity and mortality.*

## Position du problème

L'amygdalectomie chez l'enfant est une procédure fréquente (50 000 cas par an) et qui peut se compliquer, entre autre, d'une hémorragie. Cette hémorragie post-amygdalectomie (HPA) est une complication encore grave de nos jours, mettant en jeu le pronostic vital [1]. La mortalité est difficile à quantifier en raison d'une absence de déclaration systématique. Elle peut néanmoins être estimée, suivant les cohortes, entre  $10^4$  (États-Unis ou Angleterre) et  $10^5$  (Danemark [1]). La gravité du saignement est extrêmement variable comme le montre la classification proposée par l'équipe de Sarny et al. [2] (tableau 1). En conséquence, l'incidence de l'HPA est difficile à évaluer selon que l'on considère le délai de survenue et la gravité de cette complication. On peut retenir une incidence de HPA de l'ordre de 3,5 % [3,4]. Il existe deux pics de fréquence de survenue de ces hémorragies : (1) précoces ou primaires, qui surviennent dans la majorité des cas dans les 6 premières heures postopératoires ; (2) tardives ou secondaires, qui surviennent entre 5 et 15 à 20 jours après la chirurgie et qui sont prépondérantes.

Il existe des facteurs favorisants de HPA liés au patient, au geste chirurgical lui-même ou encore d'origine pharmacologique. L'un des premiers facteurs de risque de saignement est l'âge du patient [2,5]. Dans la littérature, les patients pédiatriques sont généralement regroupés en 3 classes d'âge : (1) moins de 5 ou 6 ans ; (2) 5-6 à 15 ans ; (3) plus de 15 ans. Le risque de survenue d'une HPA est important chez les adolescents de plus de 15 ans [5] et chez les nourrissons de moins de 3 ans, dont la moitié des complications tardives sont des hémorragies [6]. De plus, les garçons semblent plus susceptibles que les filles [2,5]. En revanche, l'existence d'une anomalie hématologique constitutionnelle n'est pas un facteur de risque évident. Une récente étude américaine [7] ne retrouve pas d'augmentation du risque de HPA chez des patients porteurs d'anomalies de la coagulation ou d'hémoglobinopathies dans la mesure où ces patients bénéficient d'une prise en charge multidisciplinaire en centre spécialisé.

Du point de vue chirurgical, le premier facteur de risque à évaluer est l'indication chirurgicale : principalement, les troubles respiratoires obstructifs du sommeil (TROS), puis, de moins en moins fréquemment, l'amygdalite chronique. Le risque de saignement est moins important dans le cadre d'un TROS [8,9]. Contrairement à une idée reçue, le risque n'est pas accru en cas d'amygdalectomie « à chaud », c'est-à-dire concomitante à la prise en charge d'un phlegmon péri-amygdalien : incidence 4 % vs 3,3 %

pour la chirurgie électorale [10] sauf dans le cas particulier d'une angine mononucléotique [9]. Par ailleurs, le choix de la technique chirurgicale impacte le risque de survenue de HPA. On oppose classiquement amygdalectomie totale (« extracapsular tonsillectomy », exérèse de l'ensemble de l'amygdale par une dissection jusqu'aux muscles pharyngés) et amygdalectomie partielle (« intracapsular tonsillectomy », exérèse au ras du pilier antérieur de l'amygdale, laissant un résidu de tissu amygdalien au fond de la loge amygdalienne) ainsi que les techniques de dissection et d'hémostase chirurgicale : dissection aux instruments froids (Sluder, ciseaux, peigne, serre nœud et bistouri), dissection par diathermie mono- ou bipolaire, dissection par radiofréquences (ultracision ou coblation) ou micro-débrideurs. Le risque de saignement postopératoire en fonction de la technique chirurgicale fait l'objet de nombreuses études. L'amygdalectomie partielle est moins pourvoyeuse d'hémorragie que l'amygdalectomie totale [11]. Dans le cadre de l'amygdalectomie totale, l'utilisation des techniques de diathermie, a fortiori monopolaire, augmentaient le risque par rapport aux techniques de dissection froide [12]. Lorsque l'hémostase par le bistouri bipolaire est nécessaire, il faut utiliser l'énergie la moins importante possible et le moins longtemps possible [13].

Enfin, il existe 2 classes pharmacologiques traditionnellement mises en cause comme facteur de risque de HPA : les anti-inflammatoires non-stéroïdiens ou AINS (couramment utilisés dans le traitement de la douleur postopératoire) et les corticostéroïdes (recommandés dans la prévention des nausées et vomissements [NVPO] liés à cette chirurgie). Les AINS n'étaient habituellement pas recommandés dans le traitement de la douleur post-amygdalectomie, que ce soit au niveau national ou international, en raison de leur implication suspectée dans la survenue de HPA. Leur utilisation a été de nouveau envisagée au décours de la contre-indication de la codéine par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM). Une méta-analyse de 2013 [14] reprenant 36 études publiées entre 1984 et 2012, et concernant un large panel de molécules (diclofénac, kétoprofène, ibuprofène, kétorolac, etc.) montre qu'il n'y a pas de risque accru de saignement chez l'enfant, en particulier, pour les saignements les plus sévères (OR 1,06 [0,65-1,74],  $p = 0,81$ ) ou ceux nécessitant une reprise chirurgicale (OR 1,8 [0,54-5,89],  $p = 0,652$ ). Ainsi, les AINS sont réapparus récemment dans les recommandations pour le traitement de la douleur post-amygdalectomie [15]. La seule molécule corticostéroïde étudiée dans

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8610363>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8610363>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)