

Hémorragie postamygdalectomie compliquée d'arrêt cardiorespiratoire

Cardiac Arrest Following Post-tonsillectomy Bleeding

T. Viard · M. Lavigne · B. Dadone

Reçu le 4 juin 2018 ; accepté le 17 septembre 2018
© SFMU et Lavoisier SAS 2018

Introduction

Ce cas clinique décrit la prise en charge d'un enfant décédé des suites d'un saignement à sept jours d'une amygdalectomie. Il invite les médecins urgentistes et notamment les médecins régulateurs des services d'aide médicale urgente (Samu) à rester vigilants, à ne pas sous-évaluer un saignement amygdalien.

Cas clinique

Ce cas concerne un enfant de quatre ans, pesant 15 kg, au développement psychomoteur normal. Il a pour antécédents médicaux : une prématurité à 32 + 6 semaines d'aménorrhée (SA) sur grossesse gémellaire avec rupture prématurée des membranes à 12 SA et anamnios, une maladie des membranes hyalines et une dysplasie bronchopulmonaire. Il n'a pas d'anomalie connue de l'hémostase. En raison d'une hypertrophie amygdalienne avec difficultés de déglutition et ronflements, il a bénéficié d'une amygdalectomie totale extracapsulaire au bistouri froid avec adénoïdectomie. Il a ensuite suivi une corticothérapie de quatre jours par bétaméthasone 1 mg/kg en postopératoire. À sept jours de sa chirurgie amygdalienne, sa mère appelle le Samu, car au réveil, il présente un saignement oropharyngé important. Il serait alors conscient et ne présenterait pas de difficulté respiratoire.

L'enfant est à 15 minutes (min) de l'intervention des pompiers et à 15–20 min du centre hospitalier et du service mobile d'urgence et de réanimation (Smur) les plus proches. Le médecin du Samu conseille alors aux parents de se rendre au plus vite aux urgences par leurs propres moyens, et les urgences sont averties de l'arrivée de l'enfant. Sur le trajet, le médecin du Samu prend des nouvelles : l'enfant ne saigne plus, mais il est inconscient, et il ne reste que 5 min de route. Les urgences sont de nouveau prévenues. À son arrivée aux urgences, l'enfant est en arrêt cardiorespiratoire (ACR) et en asystolie.

Il bénéficie d'une réanimation cardiopulmonaire de 40 min comprenant intubation et ventilation mécanique, aspiration de grandes quantités de sang dans les voies aériennes supérieures, pose de deux voies intraosseuses avec administration de neuf bolus d'adrénaline, de 200 mg d'acide tranexamique, remplissage vasculaire de 350 ml et transfusion de 750 ml de concentrés globulaires O négatif. Cet hôpital ne bénéficie pas de dotation de plasma ni de plaquettes, le délai d'acheminement est supérieur à une heure. À son arrivée 15 min après le début de la prise en charge, l'otorhinolaryngologue (ORL) de garde constate un saignement artériel de la loge amygdalienne gauche et réalise une compression locale, puis une électrocoagulation qui s'avère inefficace, puis un packing buccal avec maintien d'une compression manuelle permanente. Une récupération d'activité cardiaque et d'une respiration spontanées est constatée après 40 min de ressuscitation, ainsi qu'une régression de la mydriase. L'enfant bénéficie ensuite d'une sédation de 0,5 mg/h de noradrénaline, de 10 mg de vitamine K. L'administration de fibrinogène n'a pas été envisagée. L'ORL de garde ne pouvant à la fois assurer la compression permanente du saignement et réaliser une ligature carotidienne, le Samu essaie d'abord de faire acheminer au chevet de l'enfant une équipe d'ORL pédiatriques du centre hospitalo-universitaire (CHU) du département voisin, ce qui s'avère impossible. Le Samu local et le Samu du CHU organisent alors un transfert secondaire hélicoptéré, avec admission directe au bloc opératoire du CHU. Ce transfert a été finalement réalisé par la route (1 heure 10 de trajet) pour permettre à l'ORL de pouvoir

T. Viard (✉)

Samu 64B, centre hospitalier de Pau,
4, boulevard Hauterive, F-64000 Pau, France
e-mail : thibaultviard@gmail.com

M. Lavigne

Samu 47, centre hospitalier d'Agen,
route de Villeneuve, F-47923 Agen cedex 09, France

B. Dadone

Samu 31, centre hospitalier universitaire de Toulouse,
pavillon Louis-Lareng, hôpital Purpan,
place du Docteur-Baylac, TSA 40031,
F-31059 Toulouse cedex 09, France

maintenir correctement la compression au doigt et intervenir dans des conditions satisfaisantes si le packing et la compression manuelle s'avéraient secondairement inefficaces. Au CHU, l'hémostase chirurgicale est réalisée. En postopératoire, l'enfant reprend une respiration autonome précoce et montre une ouverture spontanée des yeux. Le séjour sera malheureusement émaillé d'une défaillance multiviscérale associant une insuffisance rénale, un choc cardiogénique et un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) sur pneumopathie probablement liée à l'inhalation massive initiale. Contrairement à ce que l'interrogatoire initial du Samu pouvait laisser penser, la reprise de l'anamnèse à froid montre que l'enfant était probablement déjà inconscient au domicile et vraisemblablement en ACR 5 minutes après le départ vers les urgences, ce qui porte la durée de l'ACR sans geste de réanimation à 15 minutes environ. En raison des séquelles neurologiques, notamment d'ischémie des noyaux gris centraux, et de l'absence d'amélioration neurologique, une limitation des thérapeutiques actives est décidée à j11, et l'enfant est décédé à j15.

Discussion

L'amygdalectomie est une chirurgie fréquente, avec 35 000 interventions par an en France en 2012 [1], et principalement pratiquée pour une hypertrophie responsable de troubles respiratoires du sommeil (75 %) ou de pathologies infectieuses (22 %) [2]. La vascularisation de l'amygdale est réalisée par des branches de la carotide externe, et l'hémorragie postopératoire est une complication fréquente de la chirurgie amygdalienne, la « chute d'escarre » étant probablement la cause la plus connue des médecins. Un à trois pour cent des amygdalectomies se soldent par une hémorragie précoce (< 24 heures) [3–5] et 5 à 10 % par une hémorragie secondaire [3,4,6]. L'incidence des hémorragies postamygdalectomies serait entre 2 et 6 % en France [1] ; elle est très variable dans la littérature : elle semble généralement plutôt située autour de 10 %, avec des extrêmes allant de moins de 0,1 % à près de 30 % [1,3,4,6–10]. Le risque d'hémorragie postchirurgie amygdalienne semble croissant avec l'âge et plus important en cas de sexe masculin [5,7,10] ou en l'absence d'antibiothérapie périopératoire [7]. L'effet des corticoïdes sur l'hémostase est débattu de longue date, et une méta-analyse de 2010 n'avait pas retrouvé d'effet anticoagulant des corticoïdes en dehors de toute situation pathologique ; malheureusement, il n'existait pas alors de données suffisantes pour le périopératoire [11]. En 2014, une autre méta-analyse ne retrouvait pas de risque hémorragique lié à la prescription de dexaméthasone en périopératoire de chirurgie amygdalienne [12]. Le risque d'hémorragie précoce serait par ailleurs plus important en cas d'amygdalectomie qu'en cas d'amygdalotomie [5], qui est parfois pratiquée

pour limiter la douleur et la morbidité postopératoire, notamment les saignements, chez les patients porteurs d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Les saignements surviendraient entre le jour de l'intervention et le 19^e jour postopératoire, avec un pic autour du jour de la chirurgie et entre le quatrième et le dixième jour [4], la chute d'escarre intervenant classiquement plutôt entre le 8^e et le 15^e jour [1]. Plus de 50 % des saignements ne seraient plus actifs en arrivant aux urgences, et la majorité des hémorragies restantes cèdent soit sans traitement, soit grâce à l'administration d'un procoagulant de type acide tranexamique [4]. Mais devant un arrêt présumé du saignement, les praticiens doivent rester vigilants et vérifier que l'hypovolémie n'en est pas responsable, car l'hémorragie peut se poursuivre à bas bruit et évoluer vers un choc hémorragique [10]. Toute suspicion de saignement, même minime comme une simple notion de crachats légèrement hémoptoïques, doit obligatoirement faire consulter aux urgences pour un examen des loges amygdaliennes par un ORL. Ligature et embolisation sont légitimes dès lors qu'une reprise chirurgicale s'est avérée inefficace [10]. En règle générale, aucune hémorragie ne nécessite de ligature ou d'embolisation [4], mais parfois, une transfusion est nécessaire (environ 0,1 % des cas seulement) [1,4,9] ou une reprise chirurgicale pour hémostase, qui concerne entre 0,5 et 6 % des patients [1,3,4,7], avec un intervalle de reprise de 4,4 jours \pm 4,6 [7]. Aucun décès n'est rapporté dans les registres anglais, finlandais et allemands [7–9]. Aux États-Unis, les résultats d'une enquête menée auprès des anesthésistes pédiatriques appelaient à une prise de conscience de l'existence de décès ou de séquelles neurologiques suite à une amygdalectomie, en majorité liés aux apnées, mais parfois à une hémorragie, dans une population de patients majoritairement opérés pour un SAOS et ayant parfois pris des antalgiques de palier 2 de type codéine, dont certains sont métaboliseurs rapides [13]. En Suède, sur un total de 82 527 opérations entre 2004 et 2011, seuls 2 décès, liés à une hémorragie, ont été rapportés par le registre de la chirurgie amygdalienne [14]. En France, la base nationale du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) entre 2008 et 2014 fait état de 12 décès pour 371 863 amygdalectomies [2]. Tout cela concorde avec l'incidence inférieure à 0,0001 % décrite par Windfuhr dans sa revue de la littérature [6].

Conclusion

Les hémorragies en postopératoire d'amygdalectomie sont occasionnelles, mais leur caractère léthal est extrêmement rare. Cela tend à banaliser ce motif de recours au Samu, aux urgences ou en médecine de ville et, à terme, à en méconnaître les risques. Leur gravité potentielle doit justement inciter les auxiliaires de régulation médicale et les

médecins à la plus grande vigilance, car rien ne permet de préjuger avec certitude de l'importance d'une hémorragie postamygdalectomie, de sa gravité ou de son évolution.

Conflits d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Haute Autorité de santé (2012) Amygdalectomie avec ou sans adénoïdectomie chez l'enfant ou l'adolescent (moins de 18 ans). Synthèse de données de la littérature. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/amygdalectomie_avec_ou_sans_adenoïdectomie_chez_l'enfant_ou_l'adolescent_moins_de_18_ans_-_note_de_problematique.pdf (Dernier accès le 9 mai 2018)
2. Ioos B, Chazard E (2017) L'amygdalectomie en population pédiatrique en France : analyse de la base nationale du PMSI de 2008 à 2014. Université du droit et de la santé de Lille, Lille
3. Söderman ACH, Odhagen E, Ericsson E, et al (2015) An analysis of 15,734 patients in the National Tonsil Surgery Register in Sweden. *Clin Otolaryngol* 40:248–54
4. Attner P, Haraldsson PO, Hemlin C, Hessén Söderman AC (2009) A 4-year consecutive study of post-tonsillectomy haemorrhage. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 71:273–8
5. Hessén Söderman AC, Ericsson E, Hemlin C, et al (2011) Reduced risk of primary postoperative hemorrhage after tonsil surgery in Sweden: results from the National Tonsil Surgery Register in Sweden covering more than 10 years and 54,696 operations. *Laryngoscope* 121:2322–6
6. Windfuhr JP (2013) Serious complications following tonsillectomy: how frequent are they really? *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 75:166–73
7. Mueller J, Boeger D, Buentzel J, et al (2015) Population-based analysis of tonsil surgery and postoperative hemorrhage. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 272:3769–77
8. Ruohoalho J, Mäkitie AA, Atula T, et al (2015) Developing a registry for complications in otorhinolaryngologic surgery: tonsil surgery as a pilot cohort. *Otolaryngol Head Neck Surg* 153:34–40
9. Barrett G, Williams R, Elias-Jones W, et al (2016) A multicentre 2-cycle retrospective audit of post-operative haemorrhages from 2,169 tonsillectomies. *Clin Otolaryngol* 42:458–61
10. Salvi N, Leboulanger N, Orliaguet G (2015) Prise en charge de l'amygdale qui saigne. *Anesth Reanim* 1:487–91
11. Van Zaane B, Nur E, Squizzato A, et al (2010) Systematic review on the effect of glucocorticoid use on procoagulant, anti-coagulant and fibrinolytic factors. *J Thromb Haemost* 8:2483–93
12. Bellis JR, Pirmohamed M, Nunn AJ, et al (2014) Dexamethasone and haemorrhage risk in paediatric tonsillectomy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth* 113:2–42
13. Coté CJ, Posner KL, Domino KB (2014) Death or neurologic injury after tonsillectomy in children with a focus on obstructive sleep apnea: Houston, we have a problem! *Anesth Analg* 118:1276–83
14. Østvoll E, Sunnergren O, Ericsson E, et al (2015) Mortality after tonsil surgery, a population study, covering eight years and 82,527 operations in Sweden. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 272:737–43