

Transfusion sanguine en chirurgie cervico-faciale

D. QUINODOZ, P. DULGUEROV, PH. BERIS

Blood transfusion in Head and Neck Surgery

Abstract: The transfusion department database was used to determine which Head and Neck procedures required blood transfusions. A list of 14 operations was established and the records of all patients who had these procedures during a 5 years period were reviewed. The amount of blood loss and the number of units transfused were determined for each operation. Surgical procedures could be classified in 3 groups according to their transfusion probability: high (> 80%), low (< 5%) and moderate. For the moderate transfusion group, age, preoperative hemoglobin, and past medical history of cardiac and pulmonary disease were associated with higher incidence of transfusion. A delay of 3 weeks was found between panendoscopy and the actual procedure. This delay appears sufficient to establish an autotransfusion program.

Introduction

Les interventions de chirurgie cervico-faciale se grevent souvent de pertes sanguines importantes qui nécessitent un traitement de substitution, en général par des transfusions sanguines homologues. Les risques liés aux transfusions sanguines homologues sont multiples. Ils sont principalement infectieux et immunologiques [1]. En plus des complications classiquement décrites, certaines études montrent qu'il existerait une augmentation de la fréquence des récurrences tumorales chez les patients ayant reçu une transfusion de type homologue [2-7] ainsi qu'une plus grande fréquence des surinfections post-opératoires [8, 9]. Ces affirmations restent cependant très discutées [10-14]. Afin d'éviter les transfusions sanguines homologues, différents types de systèmes d'épargne sanguine ont été développés, tels que l'hémodilution, la récupération sanguine per-opératoire, l'hypotension contrôlée ou encore la pré-donation pour l'auto-transfusion. Il a été démontré que cette dernière solution montre une grande facilité d'utilisation et ne comporte que peu de risques [1, 15]; elle implique cependant de connaître à l'avance l'importance des pertes sanguines liées à une intervention donnée, de disposer d'un certain laps de temps avant l'opération pour effectuer les prélèvements sanguins, que le patient ne soit pas anémique et sans antécédents médicaux importants [15]. Le but de cette étude est de déterminer la probabilité de devoir recourir à une transfusion sanguine pour les divers types d'interventions de chirurgie cervico-faciale.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des patients opérés dans notre clinique entre 1989 et 1994. La banque de données du Centre de transfusion, qui recense tous les

patients ayant été transfusés, a été utilisée pour identifier les différents types d'interventions électives de chirurgie cervico-faciale ayant nécessité une transfusion sanguine au cours de ces 5 années. Des transfusions sanguines ont été nécessaires dans 14 types d'intervention, toutes faisant partie de la chirurgie tumorale cervico-faciale. Une fois la liste des interventions établie, les dossiers de tous les patients ayant subi une de ces opérations, avec ou sans transfusion sanguine associée, ont été analysés. Le collectif est de 259 patients. Dans chaque dossier, les paramètres suivants ont été relevés: les pertes sanguines estimées, le nombre de culots érythrocytaires transfusés en per- et post-opératoires, l'âge du patient, ses antécédents médicaux, l'hémoglobine et l'hématocrite pré- et post-opératoire, ainsi que les délais entre le bilan d'extension de la lésion (panendoscopie, scanner, IRM ...) et la date opératoire.

Tab. I: Liste des interventions ORL qui ont nécessité une transfusion sanguine classées selon la perte sanguine et la probabilité de transfusion. Les opérations ont été groupées en fonction de la localisation. * avec évidement ganglionnaire cervical; # avec reconstruction.

Opérations	Nombre de cas	Pourcentage de cas transfusés	Nombre de culots transfusés	Perte de sang: patients transfusés	Perte de sang: patients non-transfusés
<i>Probabilité de transfusion élevée</i>					
1. Evidement radical bilatéral	4	100%	3,25	1,2	-
2. Hémaxillectomie ± Résection cranio-faciale*	10	100%	3,4	2,1	-
3. Buccopharyngectomie trans-mandibulaire* #	12	92%	3,4	1,6	-
4. Pelvi-(glosso)-mandibulectomie* #	10	80%	2,1	0,9	0,4
<i>Probabilité de transfusion modérée</i>					
5. (Pharyngo)-Laryngectomie totale* #	30	37%	2,3	1	0,6
6. (Pelvi)-glossectomie*	11	27%	2	0,9	0,3
7. Evidement radical unilatéral	18	22%	2	0,9	0,4
8. Rhinotomie latérale	13	15%	2	0,8	0,6
<i>Probabilité de transfusion faible</i>					
9. Laryngectomie partielle*	20	5%	2	0,9	0,5
10. Parotidectomie totale*	23	4%	2	0,9	-
11. Evidement fonctionnel unilatéral	7	0%	-	-	0,4
12. Evidement fonctionnel bilatéral	16	0%	-	-	0,5
13. Laryngectomie totale sans évidement	7	0%	-	-	0,3
14. Parotidectomie superficielle	46	0%	-	-	-

