

# Hémorragie après tonsillectomie à chaud

Roland Giger, Basile Nicolas Landis, Pavel Dulguerov

## Postoperative bleeding following peritonsillar abscess surgery

### Abstract

**Introduction:** The goal of this study was to evaluate the incidence, side and possible predictive factors of post-tonsillectomy bleeding in abscess tonsillectomy.

**Methods:** A retrospective study was performed on 205 patients who underwent abscess tonsillectomy under general anaesthesia between 1995 and 2003. Various clinical parameters were evaluated as possible predictive factors for postoperative bleeding.

**Results:** Bleeding occurred in 27 patients (13%); ipsilateral to the abscess in 8 patients (4%) and contralateral in 19 patients (9%), a statistically significant difference ( $p = 0.02$ ). Aspirin intake preoperatively was associated with increased post-tonsillectomy haemorrhage ( $p = 0.008$ ). In addition, smokers ( $p = 0.009$ ) and males ( $p = 0.042$ ) had an increased risk of post-tonsillectomy bleeding.

**Conclusions:** The risk of postoperative haemorrhage in abscess tonsillectomy seems higher than in elective tonsillectomy. The post-tonsillectomy haemorrhage incidence could be reduced by excluding patients taking Aspirin preoperatively and by performing only ipsilateral abscess tonsillectomy.

**Key words:** peritonsillar abscess, abscess tonsillectomy, haemorrhage, Aspirin, complication.

### Résumé

Le but de cette étude était d'évaluer l'incidence et les facteurs prédictifs d'une hémorragie après tonsillectomie à chaud (TC). Entre 1995 et 2003, 205 patients ont bénéficié d'une TC pour un abcès périamygdalien (APA). Nous avons analysé l'influence de différents paramètres, tels que l'âge, le sexe, le traitement préopératoire (AINS, Aspirine, antibiotiques), le traitement initial (observation sous antibiotiques i.v., incision et drainage, TC), l'expérience du chirurgien, la durée de l'intervention, le traitement postopératoire, la tension artérielle, et, en cas d'hémorragie, le côté de la source. Une hémorragie postopératoire a été diagnostiquée chez 27 patients (13%). Elle était ipsilatérale à l'APA chez 8 patients (4%), et

controlatérale chez 19 patients (9%). Cette différence est statistiquement significative ( $p = 0,02$ ). Parmi l'ensemble des facteurs, la prise d'Aspirine dans la période préopératoire ( $p = 0,008$ ), le tabagisme ( $p = 0,009$ ) et le sexe masculin ( $p = 0,042$ ) étaient associés à un risque plus élevé d'hémorragie. Le risque d'hémorragie après TC semble être plus élevé que les taux rapportés dans la littérature (0-7,8%) pour une tonsillectomie élective. Cette complication pourrait être réduite en excluant les patients ayant reçu de l'Aspirine en période préopératoire et en effectuant une tonsillectomie unilatérale, uniquement du côté de l'abcès.

### Introduction

L'abcès périamygdalien (APA) est l'abcès le plus fréquent de la région cervico-faciale. Il existe divers traitements, tels que ponction et aspiration, incision et drainage ou tonsillectomie à chaud (TC). Bien que l'efficacité de ces traitements soit similaire [1, 2], les critères de choix restent peu clairs. La TC semble être une modalité de traitement définitive, avec un risque minimal de complication intra- et postopératoire, une amélioration rapide des symptômes, et un rapport favorable entre coûts et risques-bénéfices [2].

Herbild et Bonding [3] ont montré que le risque de récurrences d'APA après un traitement conservateur chez des patients de moins de 40 ans est beaucoup plus élevé que chez ceux de plus de 40 ans. L'étude de Nielsen et Greisen [4] donne des résultats comparables, mais avec une limite d'âge située à 30 ans. Ces deux études nous ont fait déterminer 35 ans comme âge limite pour une TC bilatérale lors d'APA.

Depuis 1995 [5], nous avons choisi de traiter les patients souffrant d'APA selon le schéma suivant: a) les patients de moins de 35 ans ayant présenté un ou plusieurs épisodes d'APA et/ou plus de 2 angines par année bénéficient d'emblée d'une TC bilatérale; b) les patients de plus de 35 ans et ceux de moins de 35 ans sans antécédents personnels ne sont traités par TC qu'en cas d'absence d'amélioration 48 heures après incision et drainage. Tous les patients reçoivent des antibiotiques par voie intraveineuse.

Nous avons analysé notre expérience de la TC durant les neuf dernières années afin de déterminer à la fois l'incidence des hémorragies après TC et les éventuels facteurs de risque prédictifs.

## Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, incluant 205 patients qui ont bénéficié d'une TC bilatérale pour un APA entre 1995 et 2003. Ce collectif est composé de 109 femmes et 96 hommes, âgés de 4 à 65 ans (moyenne: 26 ans). La technique utilisée était la tonsillectomie à la pince bipolaire sous anesthésie générale. Tous les patients étaient contrôlés 10 jours après l'intervention et ils avaient comme consigne de consulter immédiatement notre service en cas d'hémorragie.

Nous avons analysé les paramètres suivants pour rechercher d'éventuels facteurs de risque d'hémorragies: l'âge, le sexe, le traitement préopératoire (AINS, Aspirine, antibiotiques), le traitement initial (observation sous antibiotiques i.v., incision et drainage, TC), l'expérience du chirurgien, la durée de l'intervention, le traitement postopératoire, la tension artérielle, et, en cas d'hémorragie, le côté de la source.

Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel SPSS version 10.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Pour comparer des variables numériques, un test t (Student) a été utilisé. Pour les variables catégorielles, les comparaisons ont été testées par des corrélations utilisant le test de Spearman. Une valeur statistiquement significative correspondait à un  $p \leq 0,05$ .

## Résultats

Au total, 27 patients (13%) ont présenté une hémorragie postopératoire. Chez 14 patients (7%), elle a été contrôlée par un traitement conservateur alors qu'une reprise chirurgicale sous anesthésie générale a été nécessaire chez 13 patients (6%) pour réaliser l'hémostase. Le saignement était plus fréquent du côté controlatéral à l'APA (19 patients) que du côté ipsilatéral (8 patients),

différence statistiquement significative ( $p = 0,02$ ). Seul 4% des patients ont saigné du côté de l'APA, dont la moitié (2%) a nécessité une reprise chirurgicale.

La prise d'Aspirine à visée antalgique en période préopératoire est un facteur de risque d'hémorragie postopératoire, statistiquement significatif ( $p = 0,008$ ), comme le tabagisme ( $p = 0,009$ ), et à un moindre degré, le sexe masculin ( $p = 0,042$ ).

## Discussion

Dans notre série, l'incidence totale d'hémorragies après TC (13%), ainsi que l'incidence d'hémorragies nécessitant une reprise chirurgicale sous anesthésie générale pour l'hémostase (6%), est environ deux fois plus élevée que celle rapportée dans la littérature après tonsillectomie élective. En effet, les valeurs rapportées entre 1952 et 2003 varient de 0 à 7,8%, de 0 à 3,8% en ne considérant que les hémorragies nécessitant une reprise chirurgicale [6]. Cette différence est principalement due aux hémorragies controlatérales à l'abcès, les plus fréquentes (9%), et dont presque la moitié (4%) a nécessité une reprise chirurgicale. Si ne sont pris en compte que les saignements ipsilatéraux, le risque d'hémorragie est similaire à celui d'une tonsillectomie élective.

En conclusion, pour diminuer l'incidence d'hémorragie postopératoire une TC comme traitement d'APA devrait être unilatérale, du côté de l'abcès, ne devrait pas être faite chez un patient ayant pris un traitement antalgique d'Aspirine et être évitée chez les fumeurs. Ces mesures devraient permettre de diminuer le risque d'hémorragie postopératoire, au niveau de celui d'une tonsillectomie élective. Le rapport de risques-bénéfices est certainement en faveur de cette modalité de traitement.

### Correspondance:

Dr Roland Giger  
Service d'Oto-rhino-laryngologie  
et de Chirurgie cervico-faciale  
Hôpitaux Universitaires  
de Genève  
Rue Micheli-du-Crest 24  
CH-1211 Genève 14  
Tél. 022 372 82 33  
Fax 022 372 82 40  
E-mail: Roland.Giger@hcuge.ch

### Références

- 1 Herzon FS. Peritonsillar abscess: incidence, current management practices, and a proposal for treatment guidelines. *Laryngoscope* 1995;105(Suppl. 74):1-17.
- 2 Johnson RF, Stewart MG, Wright CC. An evidenced-based review of the treatment of peritonsillar abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:332-43.
- 3 Herbild O, Bonding P. Peritonsillar abscess. *Arch Otolaryngol* 1981;107:540-2.

- 4 Nielsen VM, Greisen O. Peritonsillar abscess. I. Cases treated by incision and drainage: a follow-up investigation. *J Laryngol Otol* 1981;95:801-5.
- 5 Marchal F, Dulguerov P, Lehmann W. L'abcès périamygdalien: tonsillectomie en urgence? *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1995;112:393-8.
- 6 Giger R, Landis BN, Dulguerov P. Management of peritonsillar abscess: an update. *Br Med J* 2004 (soumis).