

Depuis 1996, j'ai exercé mes fonctions de praticien hospitalier en chirurgie digestive et viscérale dans les hôpitaux de la fonction publique en France (Paris, Lyon et Strasbourg). Pendant 20 ans j'ai travaillé au centre hospitalier universitaire de Strasbourg (CHU de Hautepierre) où je me suis imprégné d'une expérience dans la chirurgie abdominale majeure source d'hémorragie comportant la transplantation d'organe (foie, rein et pancréas). Actuellement j'exerce au centre hospitalier de Haguenau.

J'ai eu dans ma carrière l'occasion de traiter des malades adultes et enfants de toute origine, culture et croyance. Je n'ai jamais renoncé à soigner les témoins de Jéhovah qui sont tout à fait disposés à recevoir les meilleurs soins à l'exception d'une transfusion sanguine. Une telle décision n'est pas synonyme de refus de traitement puisque le monde médical dispose d'alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses à la transfusion de produits sanguins labiles. Des alternatives nous en connaissons dans le monde médical notamment celles pour pallier le traitement d'une allergie, d'une résistance aux antibiotiques ou d'un échappement thérapeutique sous chimiothérapie.

En réalité, une prise de position qui est le refus d'une transfusion peut être contournée sans mettre en danger la vie de la personne. Nombreuses sont les pathologies qu'on peut soigner efficacement sans transfusion sanguine tout comme le sont les modalités thérapeutiques capables de remplacer le recours à une transfusion sanguine. Si les dérivés sanguins (Culots Erythrocytaires, Plasma Frais Congelés et Culots Plaquettaires) sont refusés par les témoins de Jéhovah, le cell saver, les colles biologiques, l'érythropoïétine, l'acide tranexamique, le facteur VII activé recombinant et les substituts sanguins synthétiques sont acceptés et constituent une large panoplie de produits de substitution. Toutes ces modalités font partie aujourd'hui de notre vie au quotidien en raison de la rareté des produits sanguins labiles et de leurs coûts. La pénurie des produits sanguins et l'économie de la santé poussent de plus en plus les équipes médicales à utiliser des stratégies d'épargne sanguine dont nous disposons et qui sont accessibles à tous ; sans pour autant oublier les effets néfastes de la transfusion sanguine sur la survenue de complications postopératoires (morbi-mortalité) et la survie à long terme.

Lorsqu'une chirurgie majeure à risque de saignement est envisagée, j'utilise des stratégies d'épargne sanguine qui exigent une coordination et un travail au sein d'une équipe médicale multidisciplinaire impliquant le chirurgien, l'anesthésiste, le médecin réanimateur et le médecin généraliste traitant. Ces stratégies sont médicamenteuses et non médicamenteuses et font appel le plus souvent aux innovations techniques permettant de réduire les déperditions sanguines en peropératoire. Les deux principaux objectifs dans la prise en charge d'un patient en peropératoire sont de minimiser les pertes sanguines et d'optimiser l'hémostase. Parmi les procédures peropératoires, je cite la bonne exposition du champ opératoire, la dissection minutieuse, les clampages vasculaires, la récupération sanguine par Cell-Saver, l'utilisation de dispositifs médicaux de coagulation de dernière génération, le

contrôle de la tension artérielle et des pressions veineuses centrales et l'administration de produits pharmaceutiques tels les colles biologiques, l'acide tranexamique, les facteurs de coagulation et le facteur VII activé recombinant. Aujourd'hui, les innovations techniques et les substituts médicamenteux sont couramment utilisés avec peu ou pas d'effets indésirables. D'ailleurs, les équipes médicales asiatiques publient sans relâche des séries de patients opérés de chirurgie majeure sans transfusion en mettant de plus en plus l'accent sur le « toward zero percent transfusion ».

En préopératoire, les malades à risques avec comorbidités doivent être repérés. Les anticoagulants, antiagrégants plaquettaires ou anti-inflammatoires non stéroïdiens doivent être suspendus selon les réglementations en vigueur souvent régies par les sociétés savantes des anesthésistes-réanimateurs. Chez les personnes anémiques, l'érythropoïèse doit être stimulée.

En postopératoire, la limitation des prélèvements sanguins s'ajoute aux principes d'une réhabilitation précoce. Le témoignage ci-dessus permet de prendre en charge des patients témoins de Jéhovah dans le respect de leurs convictions et sans accroître les risques opératoires. Je tiens à préciser que je n'ai aucun conflit d'intérêt ni lien de parenté et de collaboration avec n'importe quelle organisation religieuse ou société pharmaceutique. Je déclare avoir eu des entretiens téléphoniques avec des collègues d'autres départements confrontés à ce cas de figure de patients et j'ai toujours œuvré pour les aider à soigner au mieux les malades.

Dr Elie HOUSSEAU



Dr HOUSSEAU Elie
Chirurgie
APPS 1000 002496