

Impact d'une carence martiale préopératoire sur le niveau de transfusion sanguine en chirurgie cardiaque programmée

Communication orale

Auteurs :

Marine Hubert (*Service d'anesthésie réanimation, CHU Pontchaillou, Rennes*), Emmanuelle Sylvestre (*Centre de données cliniques, CHU Pontchaillou, Rennes*), Sébastien Biedermann (*Service d'anesthésie réanimation, CHU Pontchaillou, Rennes*), Hervé Gouezec (*Hémovigilance, CHU Pontchaillou, Rennes*), Guillaume Bouzille (*Centre de données cliniques, CHU Pontchaillou, Rennes*), Erwan Flécher (*Service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, CHU Pontchaillou, Rennes*), Claude Ecoffey (*Service d'anesthésie réanimation, CHU Pontchaillou, Rennes*), Jean-Philippe Verhoye (*Service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, CHU Pontchaillou, Rennes*), Baptiste Gaudriot (*Service d'anesthésie réanimation, CHU Pontchaillou, Rennes*),

Objectifs :

La morbi-mortalité de la transfusion sanguine est bien établie en chirurgie cardiaque. L'anémie préopératoire, également délétère, est retrouvée chez 25 % des patients en chirurgie programmée. La carence martiale, première étiologie d'anémie, touche 37 % des patients en préopératoire et est un facteur de risque indépendant de transfusion sanguine. Menée dans une dynamique d'épargne sanguine, l'étude a pour but d'évaluer l'incidence et les conséquences de la carence martiale en préopératoire dans la population d'opérés de notre centre.

Matériel et méthodes

Tous les patients bénéficiant d'une chirurgie cardiaque programmée de novembre 2016 à février 2017 ont été inclus. Étaient exclus les chirurgies thoraciques non cardiaques, les chirurgies vasculaires n'intéressant pas l'aorte ascendante, les patients présentant une pathologie du fer connue. Un bilan martial était réalisé en préopératoire et les données cliniques, biologiques, échocardiographiques et transfusionnelles étaient recueillies de manière prospective tout au long du séjour.

Résultats

Parmi les 272 patients inclus, 84 présentaient une carence martiale préopératoire (31 %) et l'incidence de l'anémie était de 13 % (sans différence significative selon le statut carenciel). Les carencés avaient une hémoglobinémie significativement plus basse durant toute la durée du séjour hospitalier ($p < 0,05$) et étaient plus transfusés sur la période peropératoire (31 % vs 19 %, $p = 0,0361$). L'analyse des données transfusionnelles montrait une consommation de culots érythrocytaires plus élevée chez les patients carencés à chaque étape du séjour. Il n'y avait pas de différence significative en termes de saignement ou de morbi-mortalité.

Conclusions

Dans la population, la carence martiale préopératoire, dont l'incidence est comparable aux données de la littérature, est associée à un sur-risque de transfusion peropératoire globale, et de transfusion érythrocytaire tout au long du séjour de chirurgie cardiaque programmée. La supplémentation martiale des patients carencés avant la chirurgie, comme en chirurgies orthopédique et gynécologique, pourrait faire partie intégrante d'une stratégie d'épargne sanguine dans le service.

MOTS-CLES :

Chirurgie cardiaque (), CEC (Circulation extra corporelle) (Cardiopulmonay bypass (CPB)), Transfusion (Blood transfusion),