

Patient blood management, seuil transfusionnel

ID: 217

Impact d'un protocole de gestion du capital sanguin en chirurgieurologique et digestive – étude ASTEROIDE

A. Godon(1), G.Pevet*(1), M.Dupuis(1), S.Amdaa(1), E.Girard(2), G.Fiard(3), J.Payen(4), P.Albaladejo(4), P.Bouzat(4)

(1) Anesthésie Réanimation Traumatologique et Viscérale, CHU Grenoble, Grenoble, France , (2) Chirurgie viscérale, CHU Grenoble, Grenoble, France , (3) Urologie, CHU Grenoble, Grenoble, France , (4) Pole Anesthésie Réanimation, CHU Grenoble, Grenoble, France

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

Le Patient Blood Management (PBM), ou gestion du capital sanguin, est recommandé par la HAS en cas de chirurgie majeure ou à risque hémorragique [1]. L'essentiel du niveau de preuve concerne la chirurgie osseuse et la chirurgie cardiaque. Peu de données sont disponibles en chirurgie urologique et digestive. L'objectif de cette étude était d'évaluer la mise en place d'un protocole PBM en chirurgie urologique et digestive majeure sur les pratiques transfusionnelles.

Matériel et méthodes:

Etude monocentrique, comparant une cohorte historique avant protocole PBM (2019), et une cohorte prospective après protocole PBM (année 2022). Le protocole comportait: (i) recherche et correction de l'anémie ferriprive; (ii) utilisation de l'acide tranexamique pour les chirurgies hémorragiques; (iii) stratégie de transfusion restrictive en postopératoire. Tous les patients opérés d'une chirurgie majeure uro-digestive étaient éligibles. Les données démographiques, transfusionnelles et de biologie étaient recueillies jusqu'à la sortie d'hospitalisation ou J30. Le critère de jugement principal était la proportion de patients transfusés d'au moins 1 CGR dans les 7 jours postopératoires. L'analyse était réalisée en intention de traiter, par un test de Student ou un test de Fisher selon la distribution des données. Un nombre de sujets nécessaires de 445 par groupe était calculé a priori. L'avis du CPP n'était pas nécessaire. Un contrat de recherche SFAR permettait le financement de l'étude.

Résultats & Discussion:

En 2019, 488 patients étaient inclus dans la cohorte historique; en 2022, 499 patients étaient inclus dans la cohorte prospective. Les caractéristiques démographiques et la répartition des chirurgies entre les deux groupes étaient majoritairement comparables (Tableau 1). L'adhésion au protocole PBM augmentait entre le groupe 2019 et le groupe 2022 : progression de 13.9% à 74.5% pour le pilier (i), progression de 9.5% à 84.5% pour le pilier (ii), sans différence pour le pilier (iii).

A J7 postopératoire, 33/499 patients (6.6%) dans le groupe 2022 versus 56/488 (11.5%) dans le groupe 2019 étaient transfusés (RR = 0.58, IC95% 0.38-0.87, p=0.01). Le nombre total de CGR transfusés était de 105 (soit 21 CGR pour 100 patients-années) sur la période 2022 vs. 210 (soit 43 CGR pour 100 patients-années) sur la période 2019. A la sortie d'hospitalisation, une hémoglobine < 100 g/L concernait 109/499 patients (21.8%) dans le groupe 2022 vs. 118/488 (24.2%) dans le groupe 2019 (p=0.41).

Conclusion:

Un protocole PBM mis en place sur deux ans était suivi avec une adhésion forte (> 70%) et permettait de réduire la proportion de patients transfusés après chirurgie urologique et digestive majeure. Une analyse de la contribution de chacun des piliers du protocole sur le taux de transfusion est en cours. De futurs travaux prospectifs randomisés sont nécessaires pour confirmer ce résultat.

Références bibliographiques:

[1] Gestion du capital sanguin en pré, per et postopératoire et en obstétrique. HAS 2022.

Tableau 1. Caractéristiques initiales des patients.

	Groupe 2019	Groupe 2022	p-valeur
Caractéristiques démographiques	(n = 488)	(n = 499)	
Proportion hommes/femmes, H/F	322/166	328/171	0.95
Age, années	65 (54-72)	64 (54-72)	0.54
IMC (kg/m ²)	25.2 (22.2-28.4)	24.6 (21.6-28.1)	0.22
Antécédents			
Tabac, n (%)	78 (16)	82 (17)	0.86
Ethylisme chronique, n (%)	27 (6)	27 (6)	>0.99
Hypertension artérielle, n (%)	195 (40)	181 (37)	0.24
Diabète, n (%)	66 (14)	72 (15)	0.71
Insuffisance cardiaque, n(%)	10 (2)	11 (2)	>0.99
Coronaropathie, n (%)	38 (8)	33 (7)	0.54
Insuffisance rénale, n (%)	62 (13)	51 (10)	0.23
Score ASA			
1/2, n (%)	335 (69)	337 (69)	0.73
3/4, n (%)	153 (31)	162 (33)	0.73
Biologie			
Hémoglobine préopératoire (g/L)	135 (121-149)	134 (122-146)	0.39
Hémoglobine < 130 g/L, n (%)	187 (38)	200 (41)	0.60
Hémoglobine < 100 g/L, n (%)	28 (6)	21 (4)	0.31
Chirurgie			
Chirurgie colorectale, n (%)	105 (22)	119 (24)	0.40
Hépatectomie, n (%)	40 (8)	72 (15)	0.003*
Pancréatectomie, n (%)	30 (6)	38 (8)	0.38
Prostatectomie/adénomectomie, n (%)	94 (19)	69 (14)	0.03*
Néphrectomie, n (%)	123 (25)	123 (25)	0.88
Cystectomie, n (%)	36 (7)	35 (7)	0.90
Autre, n (%)	60 (12)	43 (9)	0.06

ASA : American Society of Anesthesiologists. IMC : indice de masse corporelle. Les résultats sont présentés en médiane (25^e-75^e percentile), effectifs et pourcentage. Analyse statistique effectuée par test exact de Fisher. *: p<0.05.

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.