

Anémie préopératoire dans le contexte d'une intervention chirurgicale importante non urgente

Clarissa P. Skorupski MD, Matthew C. Cheung MD SM, Yulia Lin MD

■ Citation : *CMAJ* 2023 April 17;195:E551. doi : 10.1503/cmaj.221635-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221635

1 La prévalence de l'anémie préopératoire est élevée

On estime que 23%–45% des personnes sur le point de subir une intervention chirurgicale importante souffrent d'anémie, les causes les plus fréquentes étant une carence en fer, de l'inflammation ou une maladie chronique^{1,2}.

2 L'anémie préopératoire entraîne des issues défavorables

Quelle qu'en soit la gravité, l'anémie préopératoire est un facteur de risque indépendant de mortalité postopératoire, de forte morbidité, de prolongation du séjour en centre hospitalier et de besoin de transfusion^{1,3}. Chez les personnes subissant une chirurgie cardiaque, une diminution de 10 g/L des taux d'hémoglobine préopératoires augmentait le risque de mortalité de 16% (intervalle de confiance de 95% 10%–22%)².

3 On devrait cibler un taux d'hémoglobine préopératoire de 130 g/L ou plus tant chez les femmes que les hommes

Le volume sanguin circulant est plus faible chez les femmes et ces dernières subissent généralement des saignements opératoires plus importants, toute proportion gardée, que les hommes⁴. Les femmes présentant un taux d'hémoglobine de 120 g/L étaient 2 fois plus susceptibles de recevoir des transfusions sanguines postopératoires que les hommes ayant un taux d'hémoglobine de 130 g/L⁴. Lorsque l'on traite l'anémie préopératoire, cibler le même taux d'hémoglobine chez les femmes que chez les hommes minimise le risque d'issues défavorables et le besoin de transfusions.

4 On devrait dépister la présence d'anémie chez les personnes qui doivent subir une intervention chirurgicale importante non urgente, accompagnée d'une perte sanguine prévue de plus de 500 mL, au moins 6–8 semaines avant l'intervention

Les cliniciens devraient demander un hémogramme complet ainsi qu'un dosage de la ferritine puisque l'anémie ferriprive (taux de ferritine inférieur à 30 ng/mL) en est la cause la plus fréquente^{1,4}. Lorsqu'une inflammation sous-jacente est présente, la ferritine est moins sensible; on peut diagnostiquer une anémie ferriprive lorsque le taux de ferritine atteint 30–100 ng/mL et la saturation de la transferrine est inférieure à 20%^{1,4}. On devrait examiner la cause sous-jacente de l'anémie ferriprive (p. ex., saignements gastro-intestinaux, ménorragie ou malabsorption).

5 On devrait traiter l'anémie ferriprive préopératoire par l'administration de suppléments de fer

Les personnes souffrant d'une anémie ferriprive au moins 8 semaines avant une intervention chirurgicale devraient recevoir des suppléments oraux à une dose équivalant à 40–60 mg de fer élémentaire sur une base quotidienne ou de 80–100 mg tous les 2 jours^{1,4}. Si l'intervention chirurgicale doit se dérouler en deçà de 8 semaines ou si les personnes ne tolèrent pas les suppléments administrés par voie orale, on devrait administrer le supplément par voie intraveineuse¹. Pour les personnes atteintes d'une anémie réfractaire ou d'autres formes d'anémie, on peut envisager l'emploi d'agents stimulant l'érythropoïèse ainsi qu'une demande de consultation en médecine de spécialité^{1,5}.

Références

1. Greenberg JA, Zwiep TM, Sadek J, et al. Clinical practice guideline: evidence, recommendations and algorithm for the preoperative optimization of anemia, hyperglycemia and smoking. *Can J Surg* 2021;64:E491-509.
2. Klein AA, Collier TJ, Brar MS, et al.; Association of Cardiothoracic Anaesthetists (ACTA). The incidence and importance of anaemia in patients undergoing cardiac surgery in the UK: the first Association of Cardiothoracic Anaesthetists national audit. *Anaesthesia* 2016;71:627-35.
3. Mueller MM, Van Remoortel H, Meybohm P, et al.; ICC PBM Frankfurt 2018 Group. Patient blood management: recommendations from the 2018 Frankfurt Consensus Conference. *JAMA* 2019;321:983-97.
4. Muñoz M, Acheson AG, Auerbach M, et al. International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency. *Anaesthesia* 2017;72:233-47.
5. Kei T, Mistry N, Curley G, et al. Efficacy and safety of erythropoietin and iron therapy to reduce red blood cell transfusion in surgical patients: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth* 2019;66:716-31.

Intérêts concurrents : Yulia Lin a obtenu une subvention de recherche de la Société canadienne du sang et de la société pharmaceutique Octapharma; elle est consultante pour Choisir avec soins. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Département de médecine (Skorupski), Université de Toronto; Centre de cancérologie Odette (Cheung), Centre des

sciences de la santé Sunnybrook; ICES Central (Cheung); Programme diagnostique et thérapeutique de précision (Lin), Centre des sciences de la santé Sunnybrook; Département de médecine de laboratoire et de pathobiologie (Lin), Université de Toronto, Toronto, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet

l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Clarissa Skorupski, clarissa.skorupski@medportal.ca

Le JAMC vous invite à soumettre vos textes pour la rubrique « Cinq choses à savoir ... » en ligne à <http://mc.manuscriptcentral.com/cmaj>.