

Revue de presse

Si cela est possible, il est préférable de différer une chirurgie au moins 7 semaines après une COVID-19

F. DIÉVART

Elsan clinique Villette, DUNKERQUE.

C'est la conclusion d'une étude d'observation multicentrique internationale prospective ayant évalué le pronostic de patients ayant une chirurgie élective ou urgente en fonction du délai entre celle-ci et un diagnostic de COVID-19, comparativement à des patients n'ayant pas d'antécédent de COVID-19.

Une importante étude d'observation internationale

Dans cette étude, le critère primaire évalué a été la mortalité totale 30 jours après la chirurgie.

Les patients ont été stratifiés (avec un modèle de régression logistique) selon le délai entre la chirurgie et un diagnostic de COVID-19 : 0 à 2 semaines, 3 à 4 semaines, 5 à 6 semaines et au moins 7 semaines. Les comparaisons ont été faites en analyse multivariée avec un groupe de référence sans antécédent de COVID-19.

Parmi 140 231 dossiers de patients consécutifs dont 70 % ont eu une chirurgie élective et 30 % une chirurgie urgente, et provenant de 116 pays, 3 127 (2,2 %) avaient eu une COVID-19 préalablement à leur chirurgie.

Les taux de chirurgies urgentes et électives étaient d'autant moins élevés chez les patients ayant un antécédent de COVID-19 que le délai entre la maladie et la chirurgie était long, avec des taux respectifs de 70 et 30 % pour le groupe 0

à 2 semaines, 35 et 65 % pour le groupe 3 à 4 semaines, 29 et 71 % pour le groupe 5 à 6 semaines et 26 et 74 % pour le groupe au moins 7 semaines.

Chez les patients sans antécédent de COVID-19, la chirurgie était mineure dans 40 % des cas et majeure dans 60 % des cas. Les taux respectifs étant de 35 et 65 % dans le groupe 0 à 2 semaines, 28 et 72 % dans le groupe 3 à 4 semaines, 37 et 63 % dans le groupe 5 à 6 semaines et 38 et 62 % dans le groupe au moins 7 semaines.

Pas de différence de mortalité si le délai entre la COVID-19 et la chirurgie est d'au moins 7 semaines

Dans le groupe contrôle, celui des patients sans antécédent de COVID-19, l'incidence ajustée de la mortalité totale 30 jours après la chirurgie a été de 1,5 % (IC95 % : 1,4-1,5).

Chez les patients ayant un antécédent de COVID-19, plus le délai entre la maladie et la chirurgie était court,

plus l'incidence ajustée de la mortalité totale 30 jours après la chirurgie était élevée : 4,1 % (IC95 % : 3,3-4,8) pour la strate 0-2 semaines, 3,9 % (IC95 % : 2,6-5,1) pour la strate 3 à 4 semaines et 3,6 % (IC95 % : 2,0-5,2) pour la strate 5 à 6 semaines, toutes différences avec le groupe contrôle étant significatives et sans différence significative entre le groupe contrôle et le groupe opéré après au moins 7 semaines (incidence 1,5 % ; IC95 % : 0,9-2,1). Toutefois, chez les patients ayant encore des symptômes en rapport avec une COVID-19 et plus de 7 semaines après la maladie, l'incidence de la mortalité restait très élevée (6,0 % ; IC95 % : 3,2-8,7).

Ces résultats ont été homogènes à travers divers sous-groupes, notamment âge inférieur ou supérieur à 70 ans, statut ASA plus ou moins élevé, chirurgie majeure ou non.

Même résultat pour les complications pulmonaires

Parmi l'ensemble des patients opérés, 3 938 (2,8 %) ont eu des complications pul-

Revue de presse

monaires postopératoires dans les 30 jours ayant suivi la chirurgie (pneumonie : 1,7 % ; syndrome de détresse respiratoire aiguë : 0,8 % ; nécessité d'une ventilation mécanique non prévue : 0,8 %).

L'incidence de telles complications a été plus importante chez les patients ayant un antécédent de COVID-19 de moins de 7 semaines que chez les patients du groupe contrôle. Il n'y a pas eu de différence significative entre le groupe contrôle et le groupe de patients ayant eu une COVID-19 au moins 7 semaines auparavant concernant les complications pulmonaires.

Attendre 7 semaines quand c'est possible

Cette étude est observationnelle, elle n'établit donc pas de causalité et com-

porte obligatoirement différents biais que les auteurs ont tenté de minimiser autant que possible par divers types d'analyse. Elle est toutefois fortement indicative d'un mauvais pronostic chez les personnes opérées et ayant eu une COVID-19 moins de 7 semaines auparavant ou ayant encore des symptômes de COVID-19. Cela peut paraître logique.

L'avantage de cette étude est son importante cohorte et d'avoir stratifié les patients ayant un antécédent de COVID-19 jusqu'à plus de 7 semaines après la maladie. Elle a ainsi pu montrer qu'au-delà de ce délai, un antécédent de COVID-19 n'est plus un facteur associé à une augmentation de mortalité postopératoire.

Il convient donc d'attendre, chaque fois que possible, 7 semaines après la surve-

nue d'une COVID-19 pour envisager une chirurgie et attendre notamment qu'il n'y ait plus de symptômes.

RÉFÉRENCE

- COVIDSurg Collaborative and GlobalSurg Collaborative. Timing of surgery following SARS-CoV-2 infection: an international prospective cohort study. *Anaesthesia*. 2021; doi: 10.1111/anae.15458. Online ahead of print.