

TRANSFUSION AU SAU

CGR

- *1 CGR augmente l'Hb de 1g/dl*
- *Conservation jusqu'à 42j (de 2 à 6°C) mais 6h dans le service de soins*

transformation	indications
<u>Déleucocytation</u>	Tous les PSL depuis le 1 ^{er} Avril 1998
<u>Déplasmatisation</u>	- Intolérance aux protéines plasmatiques - Antécédents de purpura post-transfusionnel
Cryoconservation	- Mêmes indications que pour la <u>déplasmatisation</u> - Phénotype érythrocytaire rare - Patient poly-immunisé
Irradiation	- Déficit immunitaire congénital cellulaire - Avant et pendant un prélèvement de cellules souches <u>hématopoiétiques</u> autologues - Pendant au moins 1 an après autogreffe et à vie après allogreffe - Certaines <u>poli</u> chimiothérapies anticancéreuses - Transfusion intra-utérine - Exsanguino-transfusion et transfusion massive chez le prématuré
qualification	indications
<u>Phénotypé</u>	- Patients avec un ou plusieurs allo-anticorps érythrocytaires - Patientes en âge de procréer - Patients transfusés de manière itérative - Souhaitable pour tout patient ayant une espérance de vie raisonnable
<u>Compatibilisé</u>	- Patient ayant un ou plusieurs allo-anticorps érythrocytaires
CMV négatif	- Allogreffes de cellules souches <u>hématopoiétiques</u> en situation ou donneur et receveur <u>sont</u> CMV négatifs

SEUILS TRANSFUSIONNELS

En cas d'urgence hémorragique, d'anesthésie ou de réanimation :

Selon la clinique et la tolérance :

Choc persistant malgré la correction de l'hypovolémie

Polypnée majeure

Tachycardie > 130/min (attention si bétabloquant)

Hypotension persistante

Angor...

- 7 g.dl chez les personnes sans antécédent particulier
- 8-9g.dl si ATCD cardiovasculaires
- 10g.dl si insuffisance coronaire aigue ou d'insuffisance cardiaque sévère

En cas d'anémie chronique :

- si Hb= 10g.dl : les indications sont restreintes aux patients atteints de pathologie cardio-pulmonaire avec signes d'intolérance
- si Hb= 8g.dl : indications restreintes aux patients actifs et limités dans leurs activités ainsi qu'aux patients ayant des ATCD cardiovasculaires
- si Hb= 6g.dl : transfusion généralement indiquée sauf si bonne tolérance

En cas d'hémopathie et en oncologie : (CGR déleucocytés, phénotypés au moins dans le phénotype RH et KELL et irradiés)

- seuil recommandé de 8g.dl voire 9 à 10 g.dl si complications pulmonaires.

B- thalassémie homozygotes majeures : (CGR déleucocytés phénotypés RH-KELL)

- 10g.dl chez l'enfant
- 8 à 9 g.dl chez l'adulte

Drépanocytose homozygote : (CGR déleucocytés et phénotypés)

- Pas d'indication de transfuser si Hb > 6g.dl

PLAQUETTES

2 types de concentrés plaquettaires :

1. Le MCP ou mélange de Concentrés Plaquettaires Standard (CPS)

= mélange de CPS issus d'un don de sang total (en général 5 à 7 CPS)

- systématiquement déleucocyté
- se conserve (à 20-24°C) 5j sous agitation constante
- **a transfuser dès réception dans le service**

2. Le CPA ou Concentré de Plaquettes d'Aphérèse déleucocyté= donneur unique

- se conserve (à 20-24°C) cinq jours sous agitation constante
- les CP peuvent avoir des qualifications ou être transformés
- **à transfuser dès réception dans le service**

Indications :

Traitement préventif des hémorragies :

- 10.10^{e9} plaquettes/l si thrombopénie centrale
- 50.10^{e9} plaquettes /l si geste invasif
- 100.10^{e9} plaquettes/l si intervention en ophtalmologie ou neurochirurgie

Traitement curatif des hémorragies à risque vital quelle qu'en soit la cause en sachant que l'efficacité des transfusions est moindre en cas de thrombopénie périphérique

Indiquer sur l'ordonnance la date et le résultat de la dernière numération plaquettaire, ainsi que le poids et la taille du patient

- Les plasmas se conservent 1 an congelés et maintenus au dessous de – 25°C
- Décongélation en 27 min
- **A transfuser dans les 6h dans le service de soins**
-

Indications selon l'arrêté ministériel du 3 décembre 1991 :

- coagulopathies de consommation grave avec effondrement du taux de tous les facteurs de coagulation
- hémorragie aigue avec déficit global des facteurs de coagulation
- déficit complexe rare en facteur de la coagulation lorsque les fractions coagulantes correspondantes ne sont pas disponibles

association d'une hémorragie ou d'un geste à risque hémorragique et anomalie profonde de l'hémostase

REGLES DE PRESCRIPTION

Ce qui est exigé par la législation : une ordonnance nominative comportant :

- l'identification du malade, date de naissance
- du service demandeur, voire de la salle (déchoc)
- le nom et la signature du médecin prescripteur
- la nature et le nombre de produits demandés
- la date et l'heure de la prescription
- le niveau d'urgence ou la date et l'heure prévue de la transfusion
- l'indication de la transfusion pour les PFC, le degré d'urgence et le poids du patient
- la dernière numération plaquettaire (date, heure) pour prescription de plaquettes

Il faut :

- S'assurer de l'information éclairée du malade
- Vérifier l'exécution et les résultats du bilan pré-transfusionnel
- Joindre un document de groupage sanguin valide et les **résultats de RAI de moins de 72h, ou en leur absence acheminer les échantillons de sang permettant d'effectuer ces analyses**
- **RAPPEL : 2 prélèvements pour les groupes, par 2 personnes différentes, à 15 min d'écart...avant toute transfusion pour une UVI (urgence vitale immédiate)**

Si le patient vient d'un département voisin :

Pas de lien direct par informatique entre EFS pour consulter le dossier transfusionnel du patient (durée de stockage de la base <2 mois) àREGROUPER

Si le patient vient de Monaco : ->REGROUPER

DEGRES D'URGENCE

URGENCE VITALE IMMEDIATE

- pas de groupe ni de RAI si non disponibles, mais les prélever

- CGR O sans hémolysines
- Distribution sans délai

URGENCE VITALE

- pas de RAI si non disponible
- nécessité de groupe ABO conforme
- délai de distribution inférieur à 30 min (délai EFS –St Roch)

URGENCE RELATIVE

- nécessité de groupe et RAI conformes
- délai de distribution de 2-3h

A TOUT MOMENT LE NIVEAU D'URGENCE PEUT ETRE REQUALIFIE

A SAVOIR

Au SAU soit il s'agit d'une urgence vitale immédiate, soit d'une urgence relative. L'urgence vitale (<30 min) est utopique étant donné les délais d'acheminement (St Laurent...).

Au SAU on ne commande que des culots fermes (culots en réserve éventuellement en réserve pour l'UCSU et la MGU (même pole) après accord du sénior.

- Les notions d'urgence vitale immédiate ou d'urgence relative doivent être spécifiées sur la prescription
- Le service prescripteur contacte téléphoniquement le dépôt de sang afin de s'assurer de la réception effective de la prescription et de la prise en compte de la notion d'urgence
- Ne pas galvauder la notion d'urgence

- Les techniques automatisées ne permettant pas de réaliser groupe sanguin ABO-RH1 et phénotype RH-KELL en 5 mn
- Le délai incompressible est d'environ 20 min
- En cas d'UVI, et dans l'attente des résultats du groupe sanguin, les CGR délivrés seront de groupe O
- Le vrai problème est celui de la RAI de durée de réalisation au minimum de 45 mn dans l'hypothèse, très fréquente, où elle est négative. Si +, l'étape d'identification peut durer plusieurs heures parfois incompatibles avec le degré d'urgence

CAT en situation d'urgence (recommandations AFSSAPS) :

Poser l'indication de la transfusion

↓

rédigier l'ordonnance de PSL

↓

Avertir le dépôt de sang du degré d'urgence (fax, tél, 24h/24)

↓

Avertir le moyen de transport accessible 24h/24

↓

Faire parvenir l'ordonnance et les prélèvements nécessaires au dépôt

FONCTIONNEMENT DU DEPOT

- Le dépôt n'est pas l'EFS !!!!!
- L'EFS est à St Laurent du Var (délai incompressible, chauffeur)
- Dépôt relais-urgences : **stock de 7O-, 7O+, 15 PFC AB, PAS DE PLAQUETTE**
- Pas d'IH : pas de groupe ni de RAI au dépôt (transfert à l'EFS donc délai, chauffeur)
- De 7h à 21h 7j/7
- De 21h à 7h : appeler pour toute commande

Pas de transfert de PSL entre site possible (commande au SAU puis transfert à l'archet)

SI EVENEMENT INDESIRABLE

Stopper la perfusion

Rendre la ou les poches au dépôt

Groupe, RAI, coombs direct, bilan d'hémolyse (hémoglobulinémie, hémoglobulinurie, haptoglobine)

Hémoculture

Poche de concentrés globulaires pour contrôle de groupe et mise en culture

Remarques

Au SAU pas d'indication de groupage pour les fractures du col fémoral, ou pour une fracture fermée isolée, ni pour toute intervention chirurgicale programmée au delà de 12h

EN CAS DE REFUS DU PATIENT

Article R.4127-36 du code de la santé publique: Le code précise que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Le fait d'intervenir sur un patient contre son consentement est pour un médecin une faute qui engage sa responsabilité civile et l'expose à une sanction disciplinaire.

Si le malade est inconscient ou dans l'impossibilité de donner un consentement éclairé, il est nécessaire de consulter les proches ou la personne de confiance qu'il a pu désigner, susceptibles de transmettre une position antérieurement exprimée par le patient. Rester inactif irait à l'encontre des prescriptions de l'article 9 du code qui fait obligation à tout médecin en présence d'un blessé ou d'un malade en péril de lui porter assistance ou de s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. Un tel comportement serait en outre de nature à entraîner des poursuites pour non-assistance à personne en danger. En cas d'urgence ou d'impossibilité persistante de joindre ces proches, le médecin devra intervenir comme il le juge souhaitable. Si le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse ce qui lui est proposé, le médecin ne doit pas se satisfaire d'un seul refus. Il doit s'efforcer de convaincre le patient en lui apportant à nouveau toutes les précisions nécessaires, en s'assurant qu'elles sont correctement comprises, solliciter l'avis d'un consultant. En cas de refus réitéré du patient, le médecin pourra refuser de continuer la prise en charge, à condition de faire assurer la continuité des soins par un autre médecin.

Le médecin pourra passer outre le refus du consentement lorsque le patient présente un risque vital : phase ultime d'une grève de la faim, conduite suicidaire,

Face à des croyances sectaires, le médecin devra respecter la volonté des patients, après les avoir informés des conséquences de leur refus. En cas de risque vital, le médecin se doit d'agir en sa conscience. (Conseil National de l'Ordre des Médecins).