

B I E N V E N U E

Société Française de Vigilance
et de Thérapeutique Transfusionnelle

TRANSFUSION PRATIQUE EN VIRTUEL

Jeudi 3 juin 2021

SFVTT

SFVTT

Retour Webinar 3 juin 2021

– Dr Philippe CABRE

Pas de conflit d'intérêt

En pratique pour ce webinaire

- ✓ Merci de couper vos micros (à gauche de votre barre Zoom)
- ✓ Pour les questions, un temps réservé est prévu en fin de session.
- ✓ La présentation sera disponible sur le site:
<https://hemovigilance-cncrh.fr/wp18/accueil/les-regions/hauts-de-france/>
- ✓ **Merci de remplir l'enquête de satisfaction après avoir quitté le webinaire (la page s'ouvre automatiquement) et de demander votre attestation de participation le cas échéant**

- Pr Sigismond Lasocki, DAR, CHU Angers
- Dr Delahaye chirurgie orthopédique, Hyères
- Dr Rigal chirurgie cardiaque, Nantes

- Recommandations

- OMS >10 ans,

- Usage rationnel du sang et des PSL pour réduire les transfusions superflues et les risques associées aux transfusions
 - Recours à d'autres solutions que la transfusion, si possible
 - Bonnes pratiques cliniques en matière de transfusion

- 2018 conférence de consensus internationale Francfort

- Traitement de l'anémie pré-opératoire:
 - Détecter et traiter l'anémie
 - Corriger la carence martiale si elle existe
 - Éventuellement EPO
 - Seuils transfusionnels « transfusion restrictive »
 - Implémentation de programme de PBM



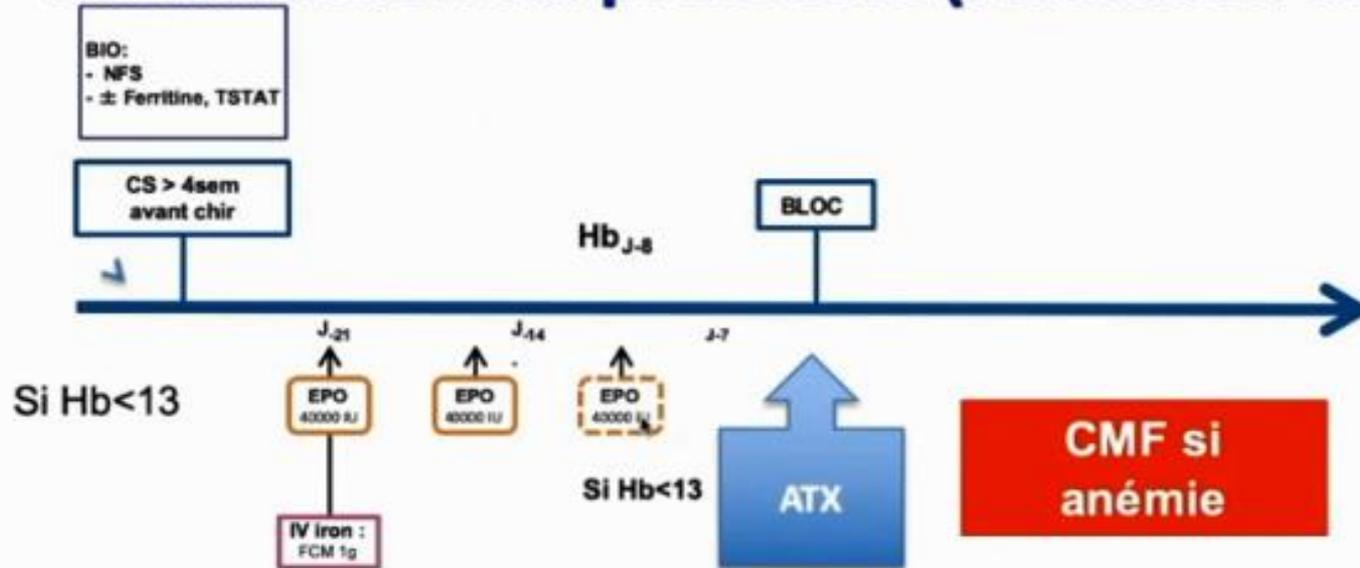
- Recommandations
 - Union européenne
 - Guide vers hôpitaux et états membres
 - Stratégie nationale: avenir?
- Stratégie de petits pas dans le secteur le + motivé
 - Objectiver les besoins
 - Créer une équipe pour la mise en place, un noyau dur!
 - Chir, anesth, hémovigilant, direction!
 - Recueil transfusion /secteur
 - Identification des chirurgies à risque
 - Évaluation FDR transfusion taux de transfusion par type de chir?
 - Modifications des protocoles de prise en charge



- Organisation perfusion de FER
 - Outil informatique+++
 - Courriers automatisés par les RDV
 - Standardisation acide tranexamique
 - Traitement de l'anémie post-opératoire
-
- Baisse du taux de transfusion de 13 à 3%
 - Réduction de l'anémie post-op concomitante de 25 à 14% (Hb<10g/dL)
 - Communication++ vers les équipes des résultats



Modification du protocole (réduction dose EPO)



ATX: Ac tranexamique
 CMF: carboxymaltose ferrique

	Anémie modérée (Hb 10- 12/13 g/dl)	Anémie sévère Hb<10 g/dl
Poids <70 kg	CMF: 1000 mg	CMF: 1500 mg (dose totale) 1000 mg puis 500 mg à 1 semaine
Poids > 70 kg	CMF: 1500 mg (dose totale) 1000 mg puis 500 mg à 1 semaine	CMF: 1500 mg (dose totale) 1000 mg x2 à 1 semaine d'intervalle

- Evaluation médico-économique
 - MAJEURE
 - Dépenses annuelles en PSL -22,5% sur 2012-2016
CHU Angers (soit -200K€ annuel) pour le DAR alors
que les autres services augmentaient +2,5%
 - Perfusion de Fer = recettes
- Les Clés au final
 - Équipe motivée
 - Échanger autour des données
 - Communiquer avec les équipes
 - Place des patients? Un enjeu de demain!





A win-win program



↓ 41%



↓ 80-100 M\$



↓ 28%



Pr Sigismond LASOCKI
Département Anesthésie-Réanimation
Pôle ASUR
CHU Angers
UMR CNRS 6214 - INSERM 771
Université d'Angers
ATLANREA

PBM = Economies !

- **L'implémentation du PBM dans 3 chirurgies (orthopédie, chirurgie cardiaque, uro-viscérale) pourrait théoriquement faire économiser**
 - *617 M€ par an aux hôpitaux public !*
 - *379 M€ par an aux Privés*
 - **Soit 1 milliard d'euros / an**
 - **Près de 65.000 CGR/an (2,5% des dons!)**



Conclusion

- **PBM = Démarche qualité**
 - Coordination (équipe multidisciplinaire)
 - Évaluation – Feedback
- **Stratégie *gagnant – gagnant***
- **Initiatives en cours**
 - Articles 51
 - Recommandations HAS



**PRE
OPERATOIRE**

Traiter
l'anémie

- EPO
- Fer

**PER
OPERATOIRE**

Prévenir le
saignement

- TXA

**POST
OPERATOIRE**

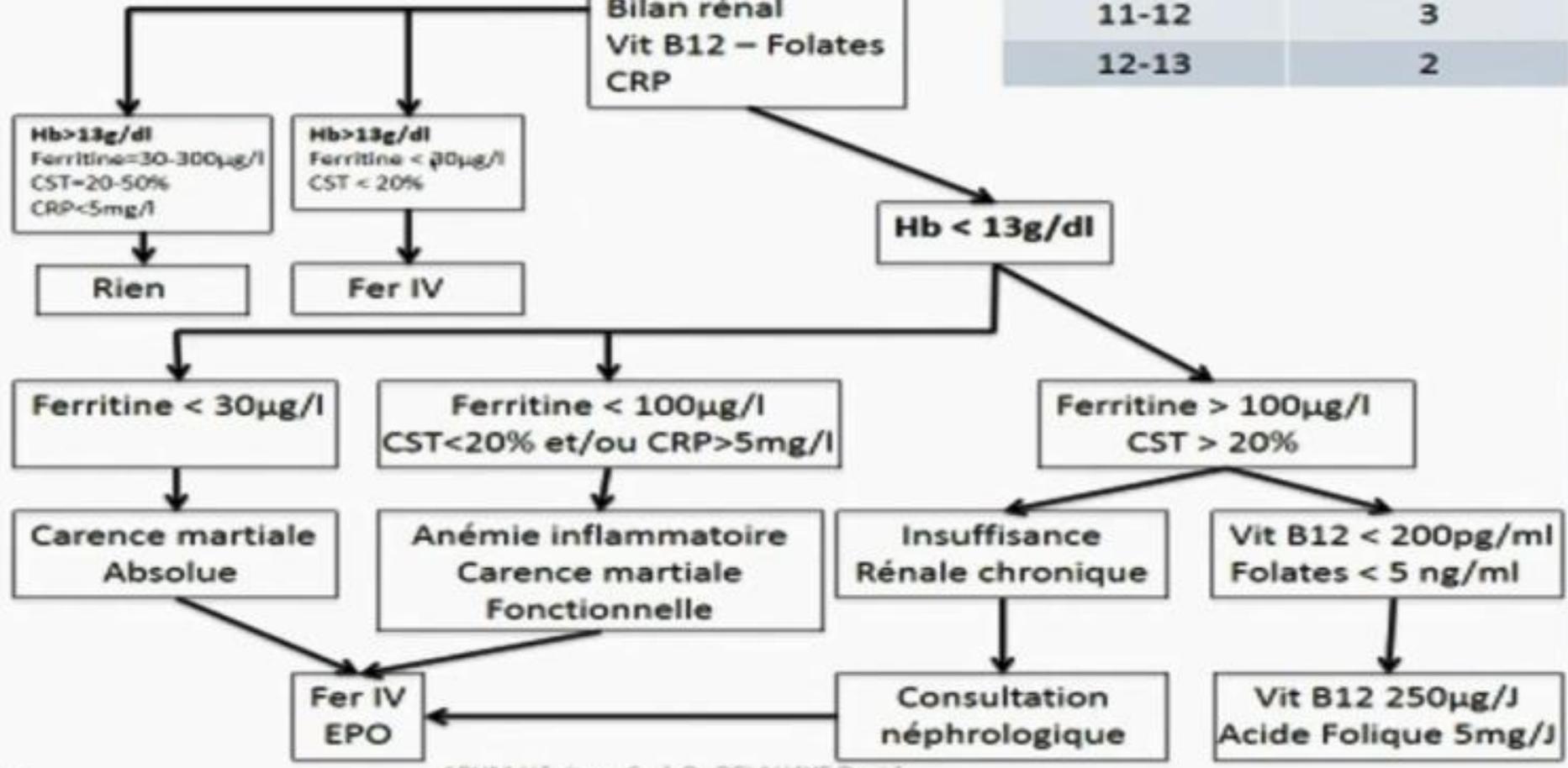
Optimisation
et respect du
seuil
transfusionnel

- Le chirurgien transmet à l'anesthésiste son appréciation sur le risque hémorragique lors de sa consultation initiale
 - Le chirurgien prescrit le bilan qui sera apporté » lors de la consultation d'anesthésie
- L' anesthésiste met en place la stratégie d'épargne selon bilan
- Pour le Fer IV:
 - A récupéré un lit dans le service de chirurgie ambulatoire pour les administrations de fer. (1 RDV / heure de 8h à 13h) ou dans autres services d'HDJ, ou HAD (avec IDE formé ++)
 - Cotation: GHM 28Z17Z (public 335,02 €, privé 195,49 €)
- TXA +++++: IV, PO, ou en infiltration

J-28

NFS-P
Bilan martial
Bilan rénal
Vit B12 – Folates
CRP

Hb (g/dl)	Injection EPO
10-11	4
11-12	3
12-13	2



APHM-Hôpitaux Sud, Dr DELAHAYE David

Seuils Transfusionnels

Post opératoire

HAS 2014

B

Les seuils transfusionnels suivants d'hémoglobine au cours de la période périopératoire sont recommandés :

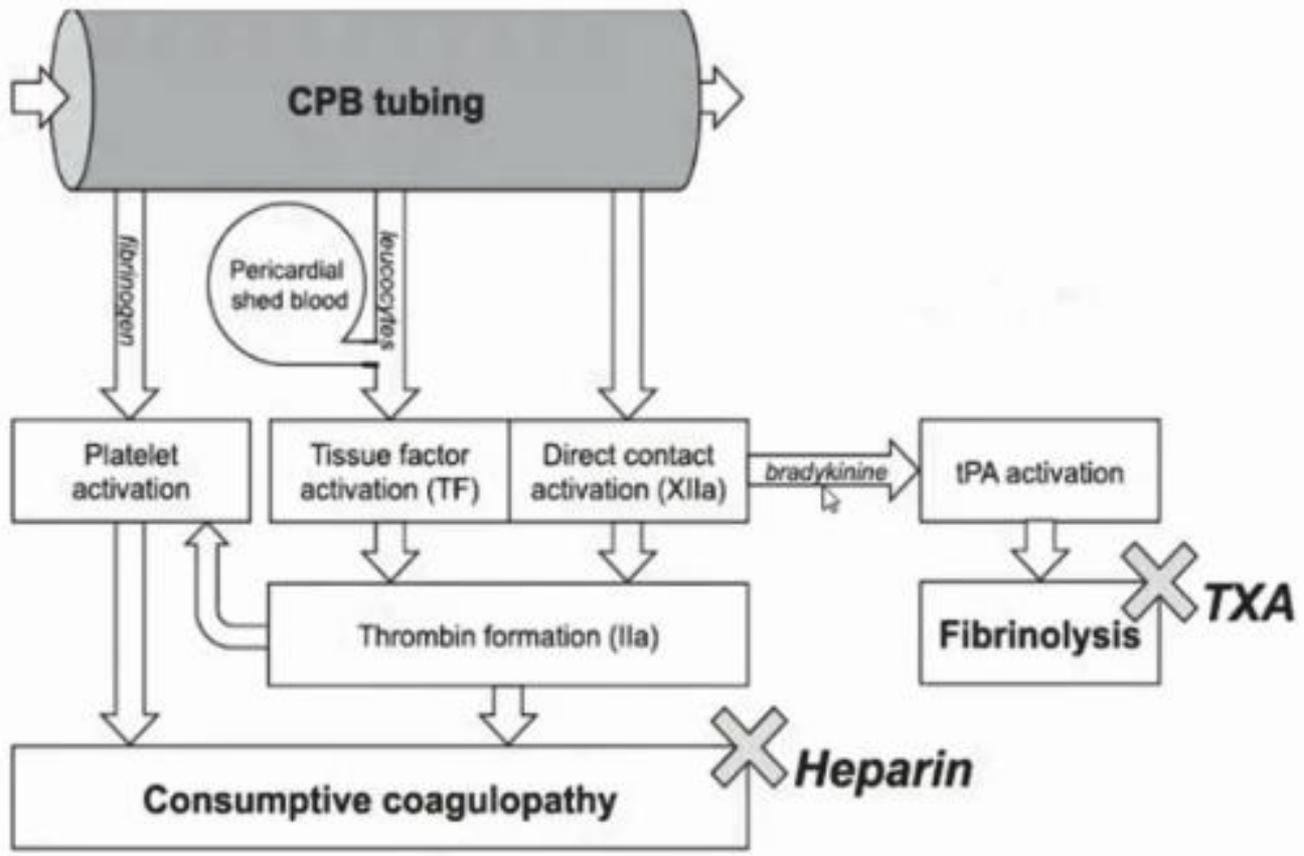
- 7 g/dl chez les personnes sans antécédents particuliers ;

- 10 g/dl chez les personnes ne tolérant pas cliniquement les concentrations d'hémoglobine inférieures ou atteintes d'insuffisance coronarienne aiguë ou d'insuffisance cardiaque avérée ou bêta-bloquées.

AE

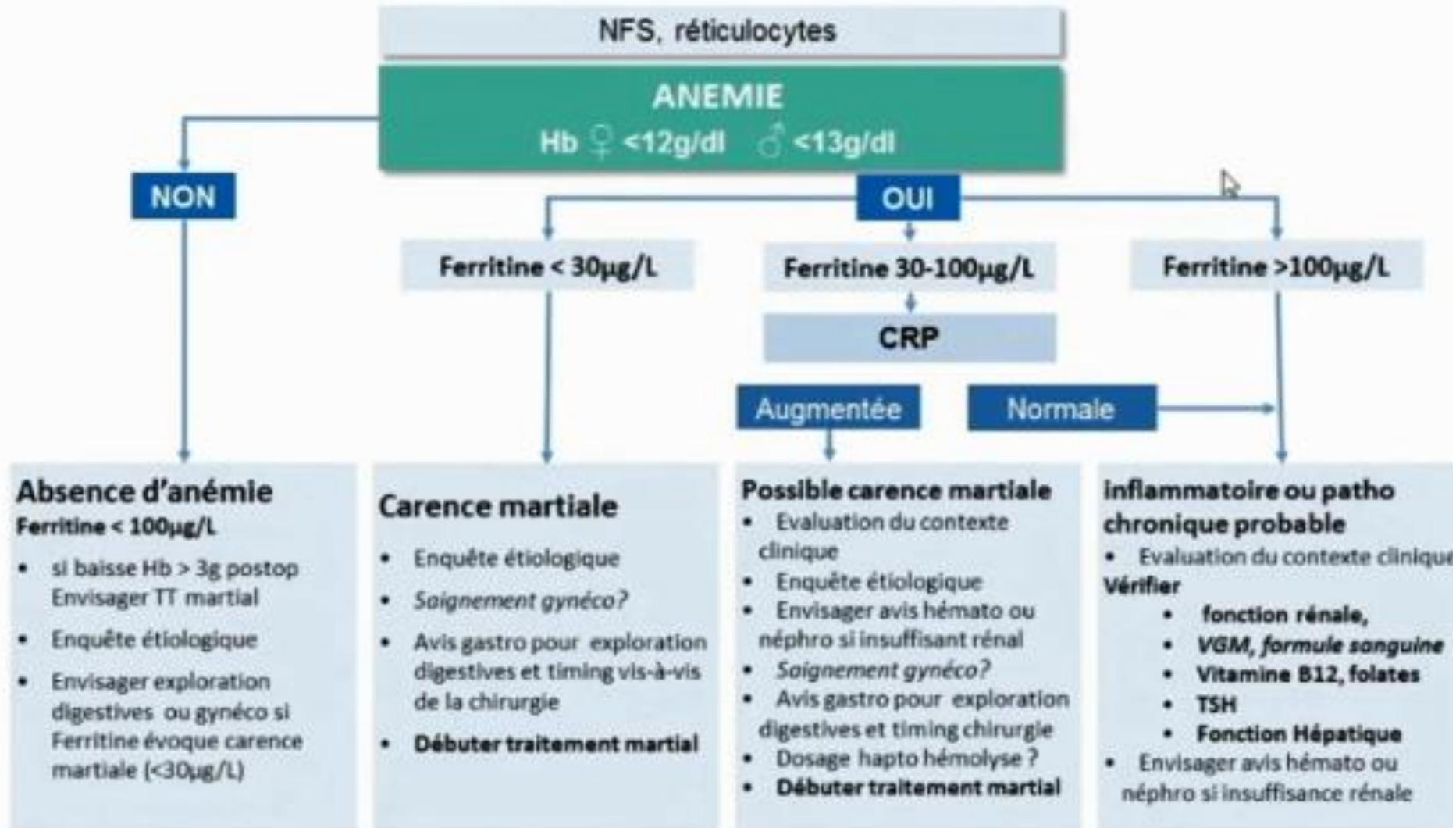
Il est recommandé, au cours de la période périopératoire, de privilégier un seuil transfusionnel de 8-9 g/dl chez les personnes ayant des antécédents cardio-vasculaires.

Le challenge de la CEC

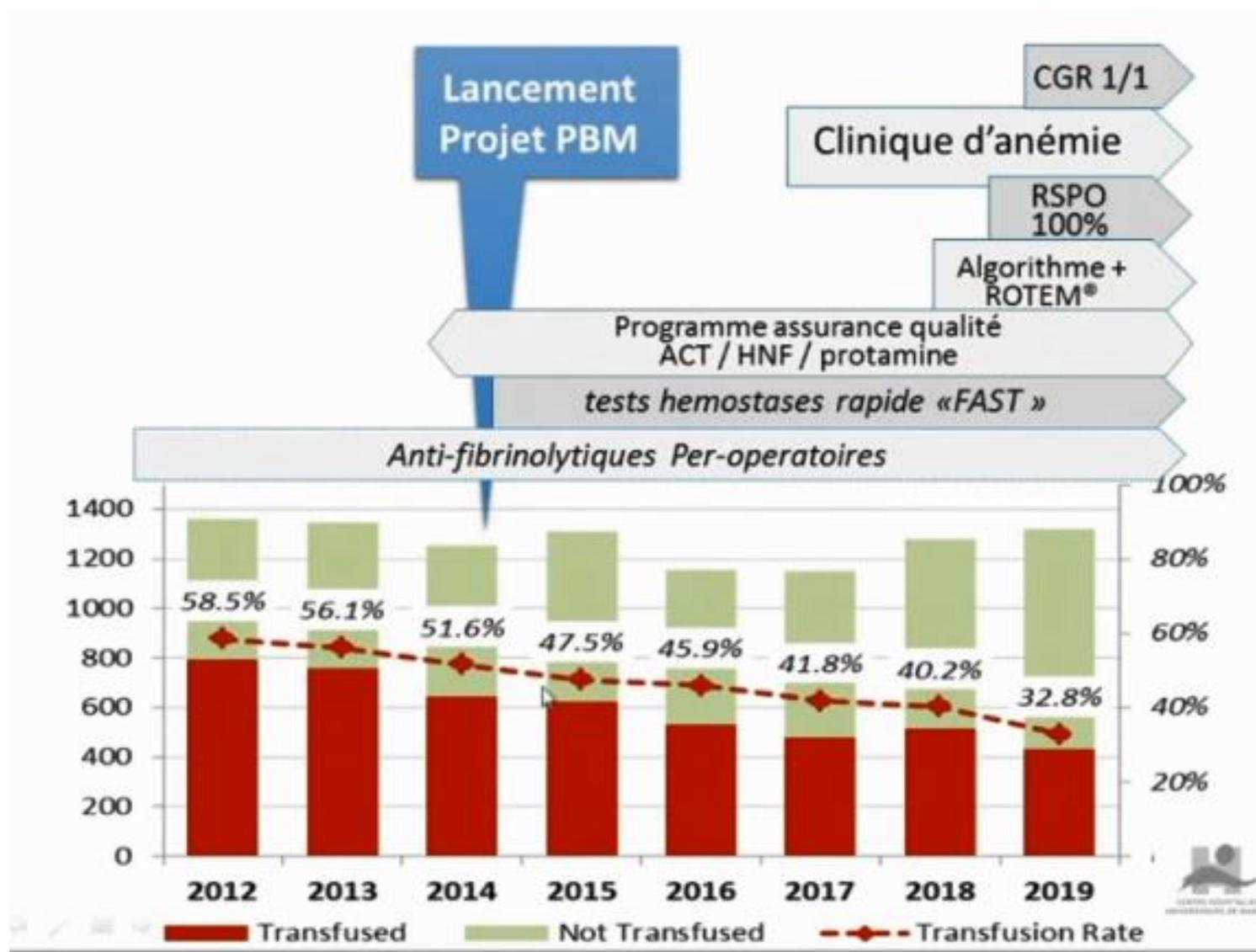


Meesters MI Anesthesiology Clin 37 (2019) 713–28

Gestion du sang pour les procédures à risque

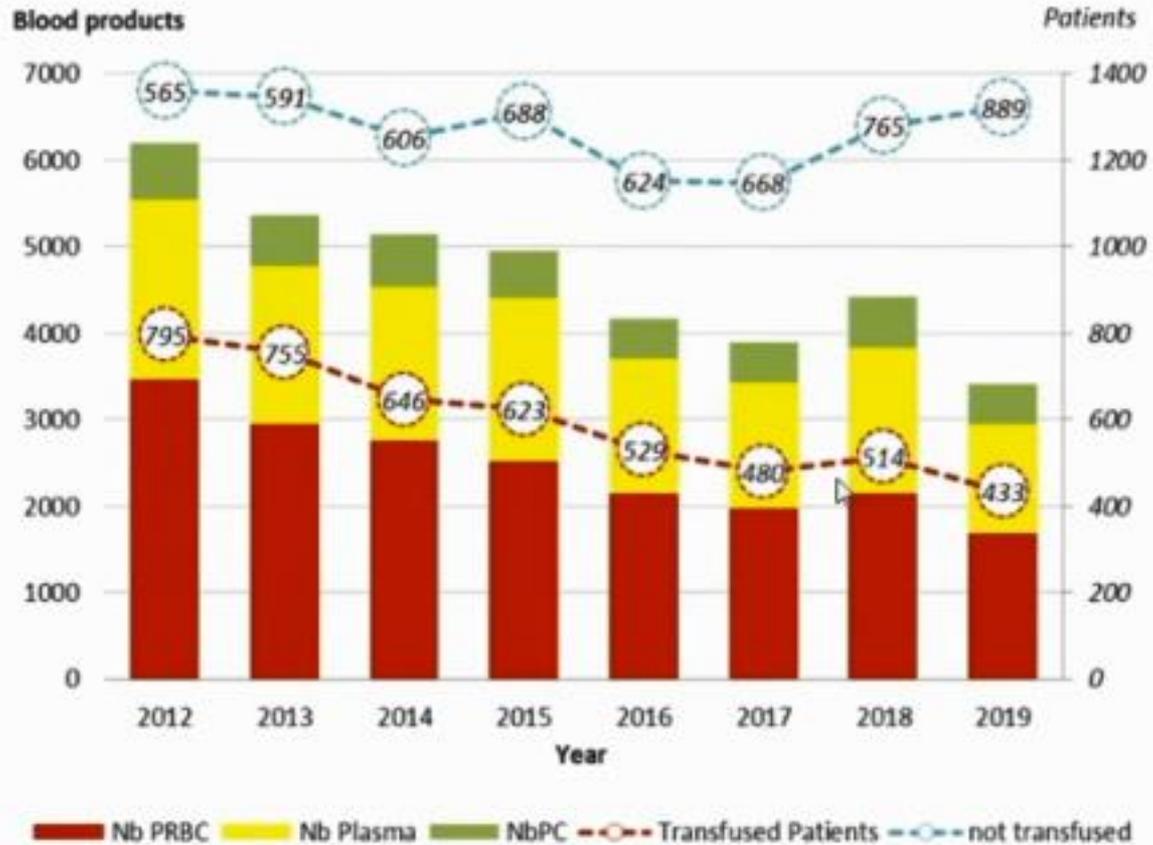


PBM



Transfusion en chirurgie cardiaque

CHU Nantes

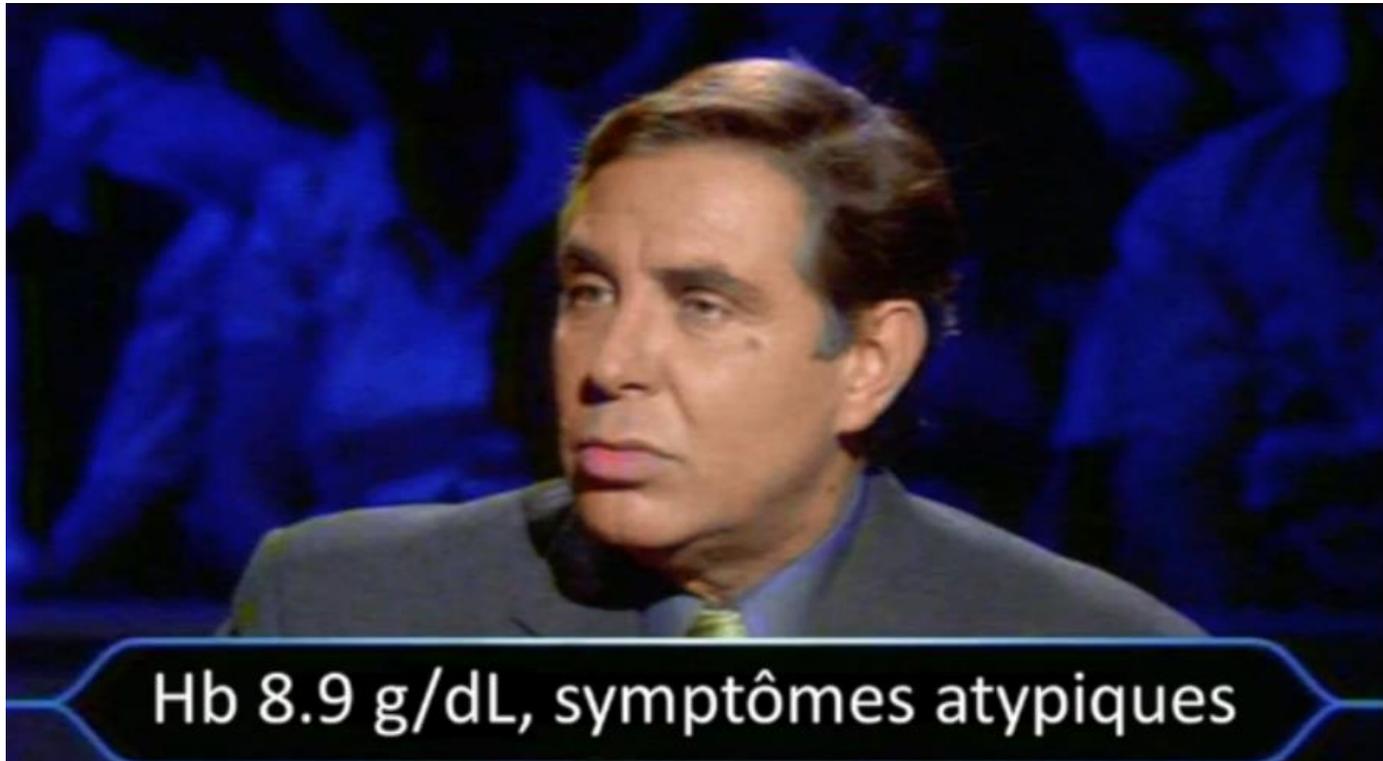


- Rôle de l'hémovigilant
 - Systématiser une démarche PBM au plus grand nombre de patients
 - Proposer ses services aux anesthésistes, des chirurgiens
 - Retour d'information sur les taux de transfusion
 - activité transfusionnelle,
 - taux de transfusion individuels pour encourager les pratiques vertueuses

- Age moyen des transfusés : 75 ans,
- 70 % ont plus de 65 ans
- 8 patients/ 1000 habitants
- 1 patient âgé c'est 5 comorbidités en général!

Un patient âgé, 5 comorbidités, vulnérable.
Aux urgences, il va cumuler Hb 8.9 g/dL, VGM 80 μ 3, TR normal ET..

confusion, dyspnée modérée, ECG tachycarde à QRS larges avec ondes T neg, troponine 0.15 μ g/L (N<0.15), sat limite 90%.....



A-Transfuser pour Hb > 10 g/dL ?

B-Transfuser pour Hb > 9 g/dL ?

C-Ne pas transfuser (Hb>8 g/dL) ?

L'anémie, pour des valeurs d'Hb < 10g/dL,
est associée à un mauvais pronostic: OUI

≠

Transfuser pour remonter l'Hb > 10g/dL,
est associé à un bon pronostic:
NON, PAS SI SIMPLE!

Surcharge
volémique
Agression
immunologique

Le seuil est avant tout déterminé
individuellement par la mauvaise tolérance

mais

Evaluer la tolérance est parfois difficile
chez le patient âgé!
50% des TRSF : critères de mauvaise
tolérance différents des reco!

La question à se poser:
le symptôme observé peut-il être
en lien avec l'anémie?

- Seuil 7g/ dL en absence I card, I coro
- Seuil 8g/dl: I card, I coro
- **PAS DE SEUIL SI MAUVAISE TOLERANCE**

- **Seuil 7 si pas de comorbidité**
- **Seuil 8 si Ins card, Ins coro**
- **PAS DE SEUIL SI MAUVAISE TOLERANCE**
- **Transfusion lente!**
- **1 CGR par CGR**
- **Pas de diurétique**
- **Surveillance +++ adaptée et plus prolongée!**
 - **Attention OAP « tardif »**

**LA CONNAISSANCE DE SON PATIENT EST
ESSENTIELLE**



de m'apprécier avec modération et bon escient!