

# Pratique Transfusionnelle dans le Secteur d'Urologie

Présentation d'une démarche  
d'EPP à la 3ème réunion  
inter-régionale  
d'hémovigilance du Nord de  
France

Dr Véronique AGAËSSSE, utilisation des dossiers du CFAR

# Sélection des patients

- ⑩ Interventions programmées en Février 2009
- ⑩ Aucun patient pris en charge en Urgence
- ⑩ 32 Dossiers sélectionnés sur des critères de risque hémorragique potentiel.
  - Néphrectomie : 13
  - Adénomectomie : 6
  - Surrénalectomie : 5
  - Prostatectomie : 4
  - Cystoprostatectomie & Pelvectomie : 4
- ⑩ 30 Dossiers analysés :
  - 1 dossier non retrouvé
  - 1 intervention annulée à l'entrée du patient

# Paramètres analysés

## Le Dossier transfusionnel

### ⑩ documents du dossier transfusionnel retrouvés dans :

- Le dossier de CPA
- Le dossier chirurgical
- Un dossier spécifique transfusion
- Epars dans le dossier patient

### ⑩ Contenu du dossier transfusionnel

- Identité correcte du patient sur les documents relatifs a la transfusion
- Documents nécessaires à la transfusion présents et complets
  - ⑩ Carte de groupe complète
  - ⑩ RAI valable (moins de 72 H00 ou demande d'allongement du délai de RAI validée par un médecin correctement identifié (nom + signature))
- Commande de sang
  - ⑩ Sang réservé au CTS
  - ⑩ Sang en conteneur réfrigéré disponible en hémovigilance

## Paramètres analysés

### Stratégie transfusionnelle et information du patient.

- Stratégie transfusionnelle et nombre de culots demandés reportée sur la feuille de CPA
- Information du patient
  - ⑩ Document d'information éclairé remis en CPA (évocation succincte de la transfusion)
  - ⑩ Information orale selon pratique individuelle
  - ⑩ Consignation de cette information orale dans le dossier du patient.
- Traçabilité du devenir des culots délivrés.

# Paramètres analysés

## Evaluation des besoins transfusionnels

### ⑩ Données Biologiques

- Hémoglobine pré op
- Surveillance de l'Hémoglobine per op ou hémocue
- Quantification des pertes sanguines
- Hémoglobine post op

### ⑩ Seuil des taux d'hémoglobine tolérés selon les antécédents du patients (Référentiel des pratiques professionnelles de l'HAS et recommandations de l'AFSSPS)

- 7 gr / dl quand sujets sans ATCDS cardiovasculaire
- 7-8 gr / dl quand sujets septiques ou âgés
- 8-9 gr / dl quand cardiopathie stable (ischémique ou autres)
- 10 gr /dl quand cardiopathie instable

### ⑩ Quantification des pertes sanguines

- Non quantifiables ou non quantifiées
- < 750 ml
- 750 < PS < 1500 ml
- 1500 < PS < 2000 ml
- > 2000 ml

## Paramètres analysés

### ⑩ Evaluation des pratiques transfusionnelles en comparaison aux recommandations (HAS, AFSSAPS)

- Transfusion quand taux Hb > au seuil recommandé
- Non transfusion quand Hb < au seuil recommandé

### ⑩ Evaluation du délais d'obtention des produits sanguins

### ⑩ Evaluation de la traçabilité de la transfusion

# Résultats de l'analyse

## Le Dossier transfusionnel

### ⑩ Emplacement du dossier transfusionnel

- Le dossier transfusionnel est régulièrement retrouvé ou dans le dossier de CPA, ou dans le dossier chirurgical.
- Un dossier transfusionnel spécifique n'est créé qu' 'en cas d'acte transfusionnel.

### ⑩ Contenu du dossier transfusionnel

- L'identité du patient est correctement documentée dans 100%
- les documents nécessaire a la transfusion sont présents et complets Les données biologiques sont retrouvées dans le dossier dans 100% des cas
  - ⑩ L'hémoglobine pré op est systématiquement consignée
  - ⑩ L'hémocccue per opératoire est réalisé dans 50 % des cas (14), justifié sur l'importance du saignement per op, et les particularité du terrain. Il a conduit la conduite transfusionnelle dans tous les cas.
  - ⑩ Le contrôle de l'hémoglobine post opératoire est systématique
- Le devenir des culots commandés est tracé dans le dossier patient dans 6 cas sur 7

# Résultats de l'analyse

## Stratégie transfusionnelle et information du patient.

### ⑩ Consignation et information de la stratégie transfusionnelle

- La stratégie transfusionnelle n'est pas systématiquement reportée sur la CPA
  - Dans 1/3 des cas (9), seul le triptyque de commande de sang est retrouvé (aucune indication sur la CPA)
- L'information du patient sur l'éventualité d'une transfusion et de ses conséquences
  - ⑩ est évoquée dans le document d'information général
  - ⑩ Est supposée être donnée oralement
  - ⑩ N'est pas confirmée par écrit lors de la CPA (case correspondante non cochée dans 4/5 cas (23))

# Résultats de l'analyse

## ⑩ Stratégie transfusionnelle

- en fonction du type de chirurgie de l'âge et du terrain du patient ( et du chirurgien)
- Commande de sang pré remplie lors de la CPA (avant connaissance des résultats d'Hb pré op)
  - Décision de réservation de sang au CTS systématique devant une chirurgie potentiellement hémorragique
  - Décision de réservation de conteneur réfrigérés en hémovigilance dans 4/5 cas (guidée par le type de chirurgie) = commande de 26 conteneurs
  - Critères objectifs pour la commande de sang en conteneurs réfrigérés non définis (décision selon « sensibilité » et expérience du prescripteur).

# Résultats de l'analyse

- 7 patients ont été transfusés de 2 a 4 culots.
- 15 conteneurs demandés, alors que l'Hb pré op > 14 gr / 100 ml (2 d'entre eux seulement ont été utilisés).
- Tendance à la transfusion pour des seuils d'Hb > aux seuils recommandés.
  - 4 patients sur les 7 ont été transfusés pour des valeurs > au seuil recommandé
  - Un seul des patient transfusé associe les critères de Tx Hb, de terrain, et de perte sanguine conforme au recommandations.
  - Aucune anémie < au valeur seuils et non corrigée a été observée
  - Les facteurs de terrain incitatifs sont l'âge et la cardiopathie (ischémique ou non) stable (pas de cardiopathie instable en dehors du contexte d'urgence)
  - L'hémoglobine post op des patients transfusé se situe entre 9 et 11.9 gr / 100 ml
- Acheminement du sang sans incident
  - Sang disponible en moins de 30 mn dans 5/7 Cas
  - Sang disponible en 40 mn dans 1/7 Cas
  - Renseignement non retrouvé dans 1/7 Cas
  - L'utilisation des conteneurs réfrigérés diminuant le délais d'acheminement du sang, la procédure d'urgence vitale immédiate n'a pas été testée dans cette étude rétrospective



# Points potentiels d'amélioration

## ⑩ Améliorer la tenue du dossier de CPA

- Trace écrite de l'Information patient et de la stratégie transfusionnelle
- Généraliser l'ouverture de la « pochette transfusionnelle », même en absence de transfusion

## ⑩ Rechercher l'adéquation entre réservation de sang et besoin réels du patient

- Tenir compte du taux d'hémoglobine pré op
- Tenir compte de l'hémoglobine désirée ( $Hb_d$ ) en fonction du terrain
- Tenir compte de l'Hb initiale théorique ( $Hb_i$ ) après saignement et avant transfusion
- Établir avec l'équipe chirurgicale une cartographie du risque hémorragique

⑩ En fonction du type de chirurgie

⑩ En fonction de l'expérience du chirurgien (coefficient correcteur)

- Le nombre de CGR a transfuser peut être évalué

$$N_{CGR} = (VST / 100) (Hb_d - Hb_i) / QHb_{CG}$$

$QHb_{CG}$  = teneur en Hb de chaque CGR

VST = Volume sanguin total a transfuser (règle de Gilcher)

⑩ Femme = Obese : 60 ml / Kg, Maigre : 65 ml / Kg, Normale : 70 ml / Kg, Athletique : 75 ml / kg

⑩ Homme = VST femme + 5ml / Kg

## Points potentiels d'amélioration

- ⑩ Se rapprocher un peu plus des valeurs seuils recommandés par l'HAS et l'AFSSAP
  - Hb post op 9 a 11,9 gr / 100 ml dans notre étude
  - Évolution des pratiques transfusionnelle probables prochainement vu les publications et congrès récents
- ⑩ On meurt plus de retard ou d'absence de transfusion que d'excès de transfusion
- ⑩ Les seuils transfusionnels recommandés devraient être revu a la hausse.
- ⑩ L'association des CGR avec les PFC devraient être plus systématique.