

OAP de surcharge post-transfusionnel *Imputabilité transfusionnelle ?*

Isabelle HERVE : CRHST Normandie
Anne DAMAIS : CHST GHH



Le patient

- 88 ans / 67 Kg
- Transfusée depuis 6 ans en EHPAD pour une myélodysplasie (47 CGR au total)
- Dans ses antécédents, HTA non traitée
- Le 14/10 transfusion de 2 CGR dans son EHPAD
- Le 16/10, envoyée aux urgences par son médecin pour altération de l'état général, douleurs abdominales (suspicion d'infarctus mésentérique) et poussées hyperthermiques inexplicables

Aux urgences

- Examen d'entrée
 - $\theta:37^{\circ}5$
 - Auscultation : souffle systolique évoquant un RAO, auscultation pulmonaire normale
 - PA 112, FC 72, saturation 95%
 - Scanner thoraco-abdominal écarte le diagnostic d'infarctus mésentérique et de sepsis profond
 - Devant pâleur, asthénie et Hb 7,8 : prescription de 2 CGR

Question

- Existe des facteurs de risque de surcharge?
 - Age
 - Anémie chronique
 - ATCD HTA
 - SS évocateur d'un RAo?
- Quelles mesures préventives peut-on mettre en œuvre?
 - Fractionnement (1 CGR le soir et 1 le lendemain)
 - Durée de transfusion (prescription sur 4h)

Le 1er CGR

- Posé à 18h30 le 16/10
- Constantes avant transfusion :
 - PA 112
 - FC 75
 - SaO2 92%
 - T° 37,5
- Surveillance toutes les 20 mn pendant la première heure : RAS
- 19h30 : FC à 101 (isolée)
- 20h30 : TA 150, FC 87, saturation 88%
- Mise sous O2 2l : amélioration des constantes
 - SaO2 95% et TA 130
 - Pas de traces de l'intervention du médecin à ce stade
- Fin de la transfusion à 22h30
 - TA 111, FC 73, SaO2 93% sous O2

Le 2^{ème} CGR

- Patiente transférée en médecine durant la nuit
- Examen le 17/10 par le médecin du service : légers crépitants aux bases, pas de dyspnée
- Le 2^{ème} CGR prescrit la veille est posé à **10h30** sans consignes particulières
- Constantes avant transfusion
 - TA 125/63
 - FC 60
 - Température 37°C
- Fin de transfusion **11h40 : TA 150**

L'EIR

- Vers **18h10**, apparition de dyspnée, désaturation à 88%, cyanose, HTA 180, FC 90
- Auscultation pulmonaire : crépitants dans les deux champs
- Radio pulmonaire évocatrice d'OAP
- BNP 2747
- Instauration d'un traitement par Lasilix, puis Risordan en SAP
- Evolution secondaire vers un tableau d'insuffisance cardiaque globale et de défaillance multiviscérale

Au total

- Le diagnostic d'OAP de surcharge est indiscutable (clinique, biologique...)
- Il existe des facteurs de risque chez cette patiente (âge, anémie chronique, HTA...)
- Des mesures de précautions auraient pu être prises
 - La 1^{ère} transfusion s'est bien déroulée (sur 4h) mais certains éléments auraient dû orienter vers une surveillance rapprochée de la 2^{ème} transfusion (épisode de désaturation isolée, poussée tensionnelle...)
 - La patiente a changé de service
 - Examen du patient à l'arrivée, mais pas de réévaluation de l'indication au regard de la clinique, ni consignes transfusionnelles (surveillance, durée, diurétiques?..)
 - les précautions prescrites aux urgences n'ont pas été suivies (non notées sur l'ordonnance mais sur le dossier des urgences)
 - Transfusion du 2^{ème} CGR sur 1h10

MAIS...

Au total (suite)

Difficultés à définir l'imputabilité

- Problème du délai : survenue au-delà de 6h (mais début des signes avant ?)
- Contexte septique non expliqué (4 hémocultures positives sur 2 jours sans étiologie retrouvée) pouvant être impliqué dans la défaillance multiviscérale?
- Défaillance cardiaque globale en l'absence d'antécédents cardiaques connus

Alors...

Au total (suite)

Informations complémentaires

- Éléments dans les antécédents ayant favorisé une cardiopathie sous-jacente?
 - Myélodysplasie
 - Transfusions itératives (47 CGR reçus en 6 ans)
 - Ferritine jamais dosée
- ➔ Dosage de ferritine le jour de l'EIR > 5000 ng/ml
- ➔ Hémosidérose potentiellement à l'origine d'une atteinte cardiaque sous-jacente ayant favorisé l'EIR?
(➔ 2^{ème} FEIR déclarée)

En conclusion

Importance :

- De l'**identification des patients à risque**
- De la **prescription unitaire des PSL** autant que possible
- De la **réévaluation** de l'état clinique du patient (voire de l'indication) entre 2 CGR, notamment en cas de **changement de service**, avec **nouvelles consignes transfusionnelles** le cas échéant
- Des consignes de **surveillance, y compris après la fin** de la transfusion afin de mettre en évidence le début des symptômes pour **prévenir les formes graves**