



PERTINENCE DES TRANSFUSIONS CHEZ LES PATIENTS DIALYSES

Dr. Daniela DAVID

Dr. Délia MAY

18e REUNION REGIONALE D'HEMOVIGILANCE,
STRASBOURG, 11 Décembre 2013

L'anémie est une complication de l'IRC (Insuffisance Rénale Chronique), sa sévérité étant proportionnelle à celle de l'atteinte rénale (sauf quelques exceptions); c'est une anémie normocytaire normochrome

Leurs étiologies sont multiples:

- ✓ la diminution de la production endogène d'érythropoïétine
- ✓ la diminution de la durée de vie des hématies qui passe de 120 jours à 70-80 jours dans l'IRCT (Insuffisance Rénale Chronique Terminale) due à des facteurs mécaniques et métaboliques
- ✓ la carence en fer (liée ou non à des pertes sanguines)
- ✓ l'hyperparathyroïdie sévère
- ✓ les carences vitaminiques (B12, acide folique)

La correction de l'anémie est primordiale car :

- elle augmente le taux de survie des patients
 - diminue la morbidité
 - améliore la qualité de vie de patients ainsi que leur tolérance à l'effort.
-
- ✓ Avant les années '90, la correction de l'anémie était possible exclusivement grâce aux transfusions sanguines.
 - ✓ Depuis cette époque les transfusions ne font plus partie du traitement de routine de l'anémie, car la découverte des ASE (agents stimulants de l'érythropoïèse) a changé nos pratiques thérapeutiques.
 - ✓ Actuellement les patients en IRCT sont sous traitement par ASE, associé selon besoin à un apport martial et vitaminique.
 - ✓ Les transfusions de concentrés globulaires (CG) deviennent rares et ont d'autres causes que le traitement de l'anémie imputable à l'IRC.

Analyse rétrospective concernant les patients transfusés au CHHP à partir de 2010 jusqu'à ce jour

Pourquoi ?

- ✓ on constate une augmentation continue du nombre total de CG transfusés
- ✓ les résultats de cette analyse nous permettront peut-être une amélioration de notre politique transfusionnelle
- ✓ nous avons pris en compte:
 - le respect des indications et des protocoles existants
 - le bénéfice pour le patient

L'auto-évaluation de la pertinence des prescriptions des transfusions

Nous avons réalisé une auto-évaluation de nos prescriptions des transfusions lors des 4 dernières années et essayé de répondre aux questions suivantes :

- ✓ La transfusion de CGR est-elle justifiée pour les patients ?
- ✓ La quantité de CGR administrée est-elle adaptée aux besoins ?

- ✓ En dehors des items de pertinence des prescriptions, nous avons essayé d'établir l'étiologie ainsi que les traitements pouvant favoriser cette anémie.

**La transfusion est-elle justifiée
pour ces patients ?**

RESULTATS

Au cours de la période étudiée, nous avons administré 153 CGR, lors de 90 actes transfusionnels, concernant 40 patients dialysés, avec une moyenne/patient de 3,8 CGR, repartis de la manière suivante:

- en 2010 une moyenne/patient de 2 CG
 - en 2011 une moyenne/patient de 2,5 CG
 - en 2012 une moyenne/patient de 4,4 CG
 - en 2013 une moyenne/patient de 3,1 CG
- ✓ l'hémoglobine pré transfusionnelle était $< 7\text{g/dl}$ lors de 17 transfusions pratiquées, entre 7 et 8 lors de 70 transfusions et, dans tous les cas, avec des signes cliniques d'intolérance de l'anémie
- ✓ lors de 3 autres transfusions, l'hémoglobine était comprise entre 8 et 10g/dl (patients en attente immédiate d'une chirurgie cardio-vasculaire ou d'une chimiothérapie)

En tenant compte des recommandations actuelles sur les valeurs cibles de l'hémoglobine et de la tolérance clinique de l'anémie, il s'avère que la transfusion a été nécessaire dans tous ces cas.

**La quantité de CGR administrée
est-elle adaptée aux besoins ?**

RESULTATS - suite

- ✓ l'hémoglobine post transfusionnelle reste < 9g/dl suite à 26 transfusions (28,8% des cas)
- ✓ elle est comprise entre 9 et 10g/dl suite à 60 transfusions (66,6% des cas)
- ✓ des valeurs comprises entre 10 et 11g/dl sont retrouvées suite à 4 transfusions (4,4% des cas)
- ✓ **la valeur cible minimale de l'hémoglobine est atteinte suite à 64 transfusions/90 pratiquées (71,11% des cas)**

ETIOLOGIES PROBABLES DE L'ANEMIE

- ✓ Hémorragies d'origine:
 - digestive : 11 patients (27,5%)
 - urinaire : 2 patients (5%)
 - génitale : 1 patiente (2,5%)
 - récurrence Wegener: 1 patient (2,5%)

- ✓ Néoplasies évolutives, chimiothérapie : 14 patients (35%)
- ✓ Syndrome inflammatoire (infectieux) sévère : 10 patients (25%)
- ✓ Chirurgie vasculaire : 8 patients (20%)
- ✓ Arrêt EPO : 3 patients (7,5%), dont 1 patient dans notre centre et 2 patients au retour d'un long séjour à l'étranger
- ✓ Rejet chronique et tumeur de Grawitz du greffon : 1 patient (2,5%)
- ✓ Étiologie non précisée : 1 patient (2,5%)

TRAITEMENT POUVANT MAJORER L'ANEMIE

- ✓ Patients sous traitement par AVK: 10/40 patients transfusés (25%)

- ✓ Patients sous traitement par antiagrégants plaquettaires: 14/40 patients transfusés (35%)

- ✓ Patients sous traitement par chimiothérapie : 9/40 patients transfusés (22,5%)

- ✓ Patients sous traitements antiviraux : 2 (5%)

- ✓ Patient sous traitement antituberculeux : 1 (2,5%),

BIBLIOGRAPHIE

1. Naci H, et al. Historical clinical and economic consequences of anemia management in patients with end-stage renal diseases on dialysis using erythropoietin stimulating agents versus routine blood transfusions: a retrospective cost-effectiveness analysis. J Med Economics. 2012;15:293-304
2. Tanhehco Y, et al. Red Blood Cell Transfusion Risks in Patients with End-Stage Renal Disease. Seminars in Dialysis. 2012;25:539-544
3. Foley RN, et al. Hemoglobin Targets and Blood Transfusions in Hemodialysis Patients without Symptomatic Cardiac Disease Receiving Erythropoietin Therapy. Clin J Am Soc Nephrol. 2008;3:1669-1675
4. Hassan NI, et al. Temporal Trends in Red Blood Transfusion Among US Dialysis Patients, 1995_2005. Am J of Kidney Diseases. 2008;52:1115-1121
5. Sato Y, et al. A reversible leukoencephalopathy syndrome after blood transfusion in a patient with end-stage renal disease. Clin Exp Nephrol. 2011;15:942-947
6. KDIGO Recommendations anémie; août 2012