

TRANSFUSION SANGUINE

INDICATIONS, SPECIFICITES GERIATRIQUES

Dr Lélia MARI, Dr Caroline FRANQUI
Centre Gériatologique Départemental

I-INTRODUCTION

- Anémie : probablement le problème hématologique le plus fréquent chez la personne âgée
- Rechercher une cause curable devant toute baisse brutale du taux d'hémoglobine

- Poser l'indication de la transfusion et en évaluer le bénéfice attendu
- Adapter la thérapeutique au patient

II - INDICATIONS ET SEUILS TRANSFUSIONNELS

A – Anémies aiguës

1 – Indications

- Etat de choc malgré correction de l'hypovolémie
- Persistance, malgré correction de l'hypovolémie, des symptômes de mauvaise tolérance associés à une ↓ du taux d'Hb

2 - Signes de gravité les plus fréquents :

- Syncope
- Dyspnée
- Tachycardie
- Angor
- Hypotension artérielle
- AIT

- Chez le SA ou coronarien : apparition ou aggravation d'un angor, modifications de l'ECG, apparition ou aggravation d'un déficit neurologique
- Chez le sujet insuffisant cardiaque ou respiratoire : altération de la vigilance, lipothymie, hypoTA persistante, diminution significative de la PaO₂

-Chez le sujet jeune en bonne santé :
polypnée excessive, FC > 130/min,
hypoTA persistante.

3 - Seuils :

- 7g.dL-1 : personnes sans antécédents
- 8-9g.dL-1 : personnes avec antécédents cardio-vasculaires
- 10g.dL-1 : mauvaise tolérance clinique ou insuffisance coronarienne aigue ou insuffisance cardiaque

B – Anémies chroniques

1 – Indications

Correction des symptômes associés à une anémie, en l'absence de traitement étiologique ou lorsque la sévérité de l'anémie ne permet pas d'attendre la réponse à ce traitement.

L'indication d'une transfusion de CGR doit être discutée en fonction :

- de la sévérité de l'anémie
- de sa cause et de son mode d'installation
- du rapport bénéfice/risque

2 – Signes cliniques

- Asthénie
- Palpitations
- Dyspnée d'effort
- Céphalées
- Vertiges
- Malaises
- Retentissement sur l'activité
quotidienne

Chez le sujet âgé, atypie ou symptomatologie d'emprunt :

- Malaises
- Chutes
- Confusion

L'adaptation du débit cardiaque aux besoins métaboliques est difficile.

Les mécanismes compensateurs, cardiaques et vasomoteurs, sont fréquemment altérés.

Le taux d'Hb doit aussi être interprété en fonction de l'état d'hydratation et d'une éventuelle IRF

3 – Seuils :

- 6g.dL-1 : généralement indiquée sauf si TRT étiologique (Biermer, A. ferriprives, IRC,..) ou si tolérance acceptable.
- 8g.dL-1 : retentissement sur l'activité, antécédents cardio-vasculaires, âge > 65 ans.
- 10g.dL-1 : pathologies cardio-vasculaires ou signes de mauvaise tolérance.

C – Hématologie et Oncologie

1- Indications

Anémies symptomatiques

2 – Seuils

- 8g.dL-1 : si correction spontanée non prévisible à court terme
- Jusqu'à 10g.dL-1 : si mauvaise tolérance , surtout chez le sujet âgé ou si pathologies cardio-vasculaires

III – Alternatives à la transfusion homologue

A – Transfusion autologue programmée

Elle peut-être envisagée chez toute personne devant subir une intervention hémorragique programmée (chirurgie orthopédique de hanche ou de genou par ex.), en l'absence contre-indication.

B – EPO

Hémopathies malignes et oncologie

Chirurgie

C – Fer

Chaque fois que chirurgie hémorragique
prévue

IV – Spécificités de l'acte transfusionnel en gériatrie

- Signes cliniques atypiques
- Poly-pathologies
- Accord transfusionnel chez les déments
- Capital veineux pauvre

- Risques de surcharge volémique :

- Adaptation de la vitesse de transfusion

Elle doit être lente < à $5\text{ml}\cdot\text{min}^{-1}$ pendant les 15^{èmes} min, puis peut-être ↑ en l'absence de signes cliniques d'intolérance. Chez les insuffisants cardiaques, elle reste lente toute la transfusion.

- 1 CGR/jour si possible
- Diurétiques peuvent être indiqués en fin de transfusion
- Transfusion et fin de vie
 - Pas d'étude disponible
 - Etudier au cas par cas le retentissement objectif et subjectif de l'anémie et le mieux-être apporté par les transfusions
 - Ne pas se limiter au simple taux d'Hb

V – Résultats d'une enquête réalisée au CGD

- Transfusions de CGR homologues au CGD en 2006
- Objectifs :
 - Audit de pratique
 - Réflexion sur les modalités transfusionnelles en gériatrie

- En 2006 :
- 31 patients → 67 CGR

- 31 patients :
 - âge moyen = 84 ans (min 65; max 96)
 - sex ratio F : H = 3 : 1

- Anémie :
 - aiguë : 26 %
 - chronique : 74 %

- [Hb] avant transfusion :

- Tous patients : [Hb] = 7,56 g.dl⁻¹
- Anémie aiguë : [Hb] = 7,6 g.dl⁻¹
- Anémie chron. : [Hb] = 7,5 g.dl⁻¹

- Tolérance +++

- Prescription de 2 à 3 CGR / acte
- Dans 5 cas : 1 seul CGR transfusé
 - pb voie veineuse
 - refus du 2^{ème} CGR
- Dans 93 % autres cas : 1 CGR / jour

- Pourquoi 1 CGR / jour ?
 - ↓ risque de surcharge circulatoire
 - Pb abords veineux
 - ↓ risque d'hyperkaliémie
 - Surveillance pré et post-transfusionnelle

– Surcharge circulatoire :

- $\frac{3}{4}$ patients : FdR cardio-vasc
- dont $\frac{1}{3}$ IC et/ou coronaropathie
- diurétiques dans $\frac{1}{5}$ cas
(tolérance)

→ 0 surcharge circulatoire

- Problème des abords veineux :
dans $\frac{1}{3}$ cas, utilisation d'une voie
d'abord centrale (PAC, VVC)

•Hyperkaliémie

–Pas de «transfusion massive»
dans l'étude

–60 % IRC

→ [K+] post < 5,2 mEq/ l

- Surveillance :
gestion de la charge de travail

VI - Conclusion

- Augmentation des transfusions de CGR au CGD comme dans la région PACA
- Augmentation des transfusions de CGR des personnes âgées, qui semble se confirmer. Résultats de la standardisation en attente.
- Déclaration des IT sous-estimée