Compliance des pratiques transfusionnelles érythrocytaires aux Recommandations HAS 2014 chez les prématurés < 32 semaines

LISA BESSARION

RÉANIMATION NÉONATALE

CHU AMIENS-PICARDIE

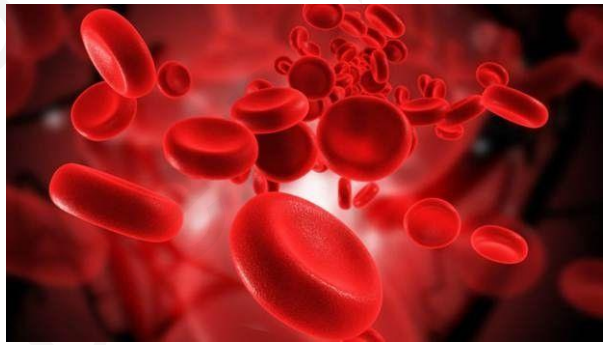
2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

- **Aucun conflit d'intérêt**

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Pourquoi étudier la compliance transfusionnelle ? (1)

- Anémie : diminution du taux circulant d'hémoglobine
- Principale complication hématologique du nouveau-né prématuré < 32 SA
- Anémie physiologique / Anémie non physiologique



2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Pourquoi étudier la compliance transfusionnelle ? (2)

- **Bénéfice de la transfusion de concentré globulaire rouge** (CGR) : restaure la capacité du transport de l'oxygène vers les tissus[1,2]
- **Complications associées** (surcharge martiale, atteinte pulmonaire, …) et prescription de CGR dépendante de chaque praticien jusqu'alors

→ **Recommandations HAS 2014** (indications transfusionnelles érythrocytaires des prématurés < 32 SA) [3]

→ But : Assurer un **rapport bénéfice/ risque favorable du nouveau-né**

[1] *Kelly, et al. Early Hum. Dev. 2013*
[2] *R.G. Strauss, Blood Reviews 24, 2010*
[3] *Haute Autorité de Santé, novembre 2014*

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés – Toute reproduction même partielle est interdite.

Objectif principal

- **Agrément entre nos pratiques au CHU Amiens-Picardie et les recommandations HAS 2014, concernant les indications de transfusions érythrocytaires aux prématurés < 32 SA**

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Patients et Méthode (1)

- Etude rétrospective, CHU Amiens-Picardie
- Population :

  Prématurés 24SA+0j - 31SA+6j, services soins intensifs de néonatologie et réanimation pédiatrique durant le 1er mois de vie, Oct. 2016 – Avr. 2017
- Données extraites des dossiers d'hospitalisation (déclaration CNIL, autorisation DRCI)
- Tirage au sort d'un échantillon de prématurés, puis analyse des données après anonymisation

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Patients et Méthode (2) : critères transfusionnels adaptés de HAS 2014

AGE POSTNATAL	TAUX D'HEMOGLOBINE	ASSISTANCE RESPIRATOIRE	FIO2	RETICULOCYTES	TRANSFUSION
< 7 jours	≥ 11 g/dL				NON
	10 – 10,9 g/dL	Ventilation mécanique			OUI
		Support respiratoire ni	≥ 30 %		OUI
			< 30 %		NON
		Respiration spontanée	21%		NON
	≤ 8 – 9,9 g/dL	Ventilation mécanique			OUI
		Support respiratoire ni			OUI
		Respiration spontanée	21%		NON
> 7 jours	> 10 g/dL				NON
	8 – 9,9 g/dL	Ventilation mécanique			OUI
		Support respiratoire ni	≥30 %		OUI
			< 30 %		NON
		Respiration spontanée	21%		NON
	7 – 7,9 g/dL	Ventilation mécanique			OUI
		Support respiratoire ni			OUI
		Respiration spontanée	21%		NON
	< 7 g/dL	Ventilation mécanique			OUI
		Support respiratoire ni			OUI
		Respiration spontanée	21%	< 100 G/L	OUI
				≥ 100 G/L	NON

Support respiratoire ni (non invasif) : VNI, CPAP, LN HD, LN et oxygène

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Matériel et Méthode (3) : confrontation HAS 2014 et pratiques

	RECOMMANDATIONS HAS 2014	ATTITUDE ADOPTEE (SERVICE)	AGREMENT
A	Transfusion à réaliser	Transfusion réalisée	Accord
B	Transfusion à réaliser	Pas de transfusion réalisée	Désaccord (Transfusion déficitaire)
C	Ne pas transfuser	Transfusion réalisée	Désaccord (Transfusion excédentaire)
D	Ne pas de transfuser	Pas de transfusion réalisée	Accord

- Analyse de la compliance entre les recommandations HAS 2014 et les pratiques transfusionnelles érythrocytaires

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Résultats (1)

Présentation de la population étudiée

- Recrutement total du service sur la période d'étude : 108 patients
- Echantillon de l'étude = 57 prématurés tirés au sort (26 F/ 31 M)
- Terme de naissance: 28 ± 2,3 SA
- Poids de naissance : 1103 ± 385 g
- Apgar à 5 minutes : 8

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Résultats (2)

Paramètres hématologiques

- Hb naissance 14,4 ± 2 g/dL
- Volume de prélèvement 1er mois : 32,3 ± 19,7 ml/kg (extrêmes : 4,5 - 90,5)
- Nombre de transfusions en CGR 1er mois : 2,65 ± 2,95 (extrêmes : 0 - 11)

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Résultats (3)

- Concordance entre les recommandations HAS 2014 et les pratiques transfusionnelles du service : coefficient **kappa = 0,39**

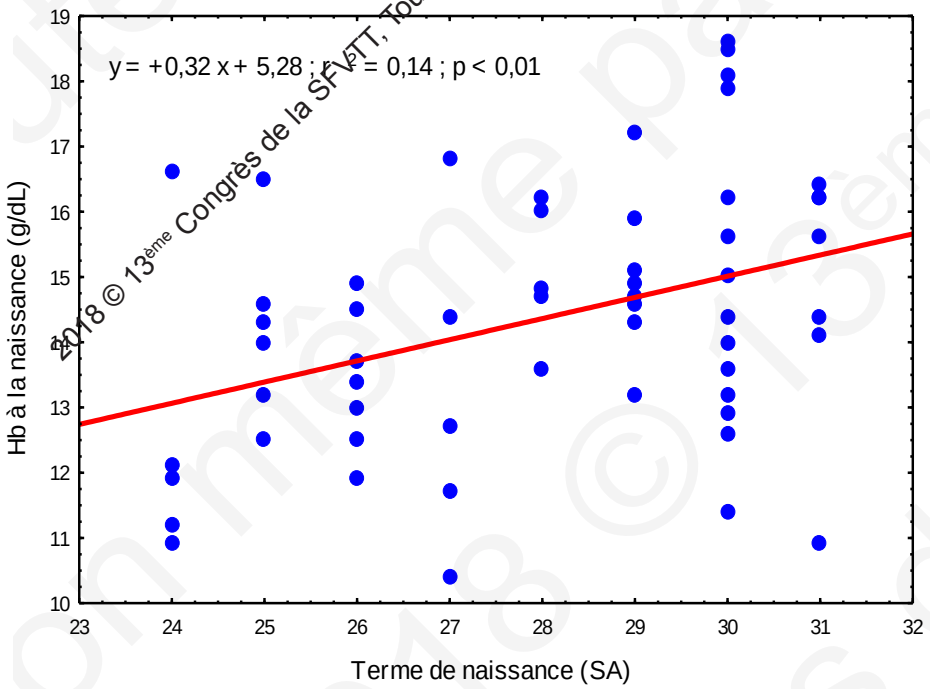
		Transfusions réalisées dans le service		
		NON	**OUI**	
Transfusions recommandées (HAS)	**NON**	*577*	*40*	617 (67 %)
	OUI	*180*	*124*	304 (33 %)
		757 (82,2 %)	164 (17,8 %)	**TOTAUX (921)**

- Situations de désaccord : 180 transfusions déficitaires (19,5%) et 40 transfusions excédentaires (4,4%)

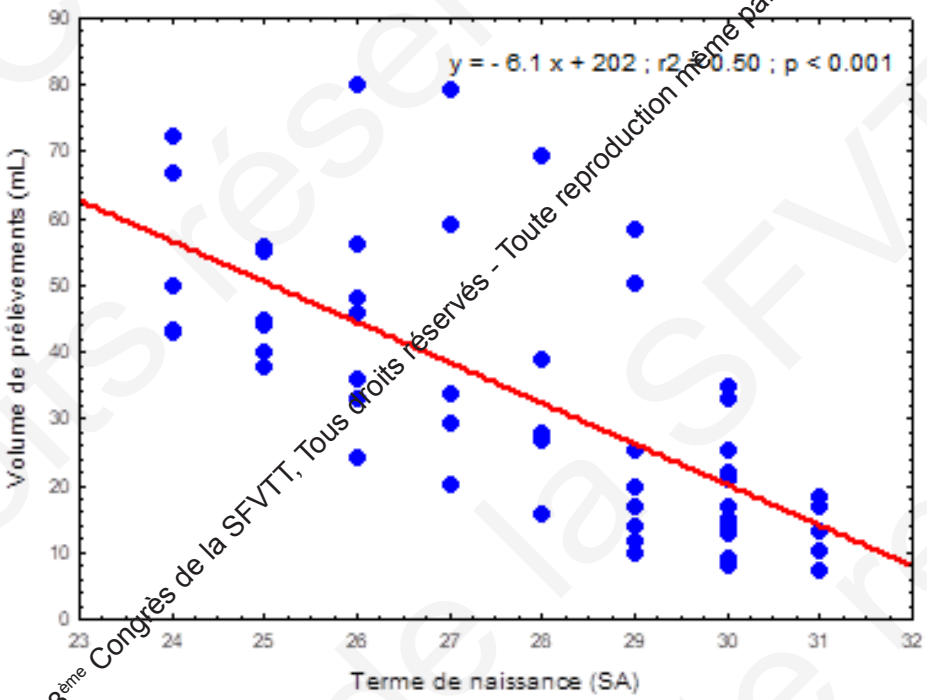
2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Résultats (4) : influence de la maturation

Déterminants de l'anémie précoce du prématuré



Relation entre le taux d'hémoglobine à la naissance et le terme de naissance



Relation entre le volume des prélèvements et le terme de naissance

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Discussion (1) : faible compliance aux recos HAS 2014

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

CHU Amiens (0,39)

Accord	Kappa
Excellent	> 0,81
Bon (satisfaisant)	0,61 – 0,80
Modéré (moyenne)	0,41 - 0,60
Médiocre (faible)	0,21 - 0,40
Mauvais (très faible)	0,0 - 0,20
Très mauvais	< 0,0

Hypothèses ?

- Absence de protocole clair chez le Nné,
- Indications libres à la discrétion de chaque praticien,
- Sous-estimation de la sévérité de l'anémie chez certains prématurés, …

Discussion (2) : mesures préventives

Que faire pour diminuer le nombre de transfusions érythrocytaires ?

- **Clampage tardif / Milking** → ↑ Hb à la naissance → ↓ Anémie →↓ Transfusions
- ↓ **Volume de prélèvements** : - Justifier les demandes de prélèvements
  - Regrouper les prélèvements
  - Technique microméthodes
- Fer, Acide folique, EPO (action retardée)

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Conclusions et Perspectives

- La compliance aux recos HAS est faible (majorité de déficit transfusionnel:19,5 %)
  ➔ Risque d'anémie iatrogène

- Perspectives : **Améliorer le respect des recommandations** pour
- **Optimiser le rapport bénéfice/risque** des transfusions en CGR en faveur de l'enfant
- **Réduire** au minimum l'exposition non justifiée et la **morbidité associée**

- Démarche qualité :
- **Mesures correctives** (protocole transfusionnel)
- **Evaluation des pratiques professionnelles** (EPP) (mesurer amélioration).

2018 © 15ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Merci de votre attention

CHU AMIENS PICARDIE

Bessarion.Lisa@chu-amiens.fr

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.