

LE ROLE DE L'IADE DANS LA PRISE EN CHARGE D'UNE TRANSFUSION MASSIVE

Sophie MAHE¹, Agnès BAZIN², Isabelle GALLARD¹, Jean-Luc HANOUIZ³

¹ Ecole Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat, CHU Caen

² Unité Hémovigilance, CHU Caen

³ Pôle Anesthésie Réanimation SAMU SMUR, CHU Caen

Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

INTRODUCTION

Transfusion massive

- Modalités d'administration des PSL en cours de transfusion massive ne sont pas précisées.
- Situation d'urgence qui peut exposer à des erreurs.
- Evaluation des pratiques appliquées par les IADE en situation de transfusion massive.

MATERIEL ET METHODES

Questionnaire déposé dans 9 blocs opératoires, de 4 établissements publics de santé de Basse-Normandie en début d'année 2012* :

- Contexte d'exercice des IADE
- Dispositifs médicaux et modes d'utilisation, organisation matérielle
- Thérapeutiques associées à la transfusion massive
- Modalités du contrôle ultime pré-transfusionnel

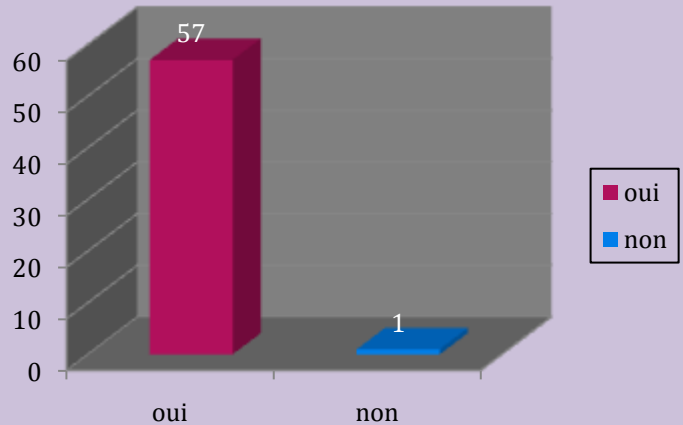
* Travail d'intérêt professionnel

RESULTATS DE L'ENQUETE

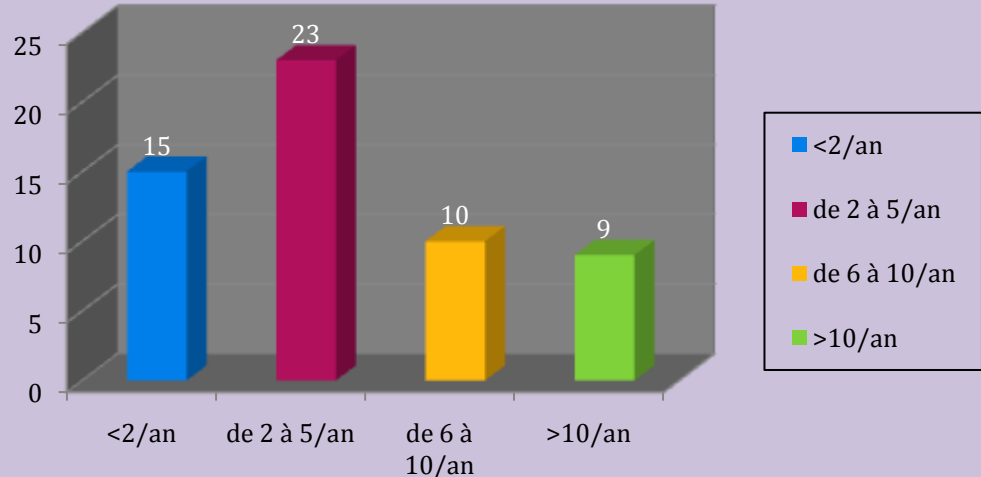
1. Contexte d'exercice de l'IADE

58 IADE ont participé à l'enquête, dont :
36% exercent en bloc opératoire polyvalent et 64% en CHU.

Déjà confronté à une transfusion massive?



Rythme de confrontation à une transfusion massive



98% ont déjà été confrontés à la transfusion massive, mais moins de 6 fois par an pour 66% d'entre eux (et moins de 2 fois par an pour 26% d'entre eux).

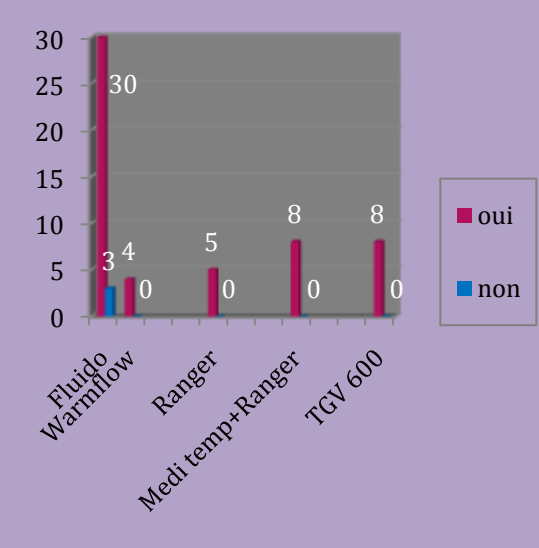
RESULTATS DE L'ENQUETE (2)

2. Dispositifs médicaux et modes d'utilisation

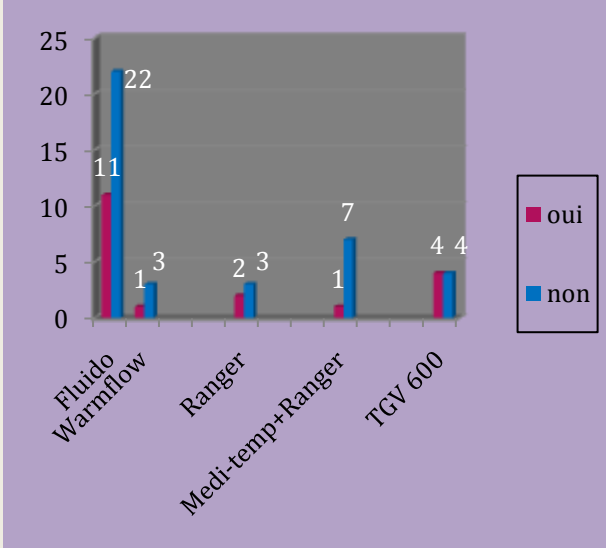
Concernant l'accélérateur/réchauffeur de solutés :

- 5 appareils recensés dont 1 n'est pas sécurisé.
- 95% des IADE considèrent son utilisation simple, mais 33% indiquent avoir rencontré des incidents.

Utilisation de votre appareil facile?

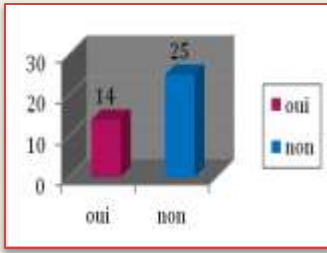
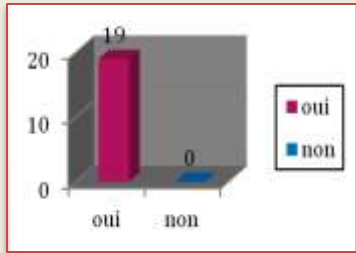


Avez-vous rencontré des incidents lors de son utilisation?



Si oui, le trouvez vous utile?

Si non, le trouveriez vous utile?



RESULTATS DE L'ENQUETE(3)

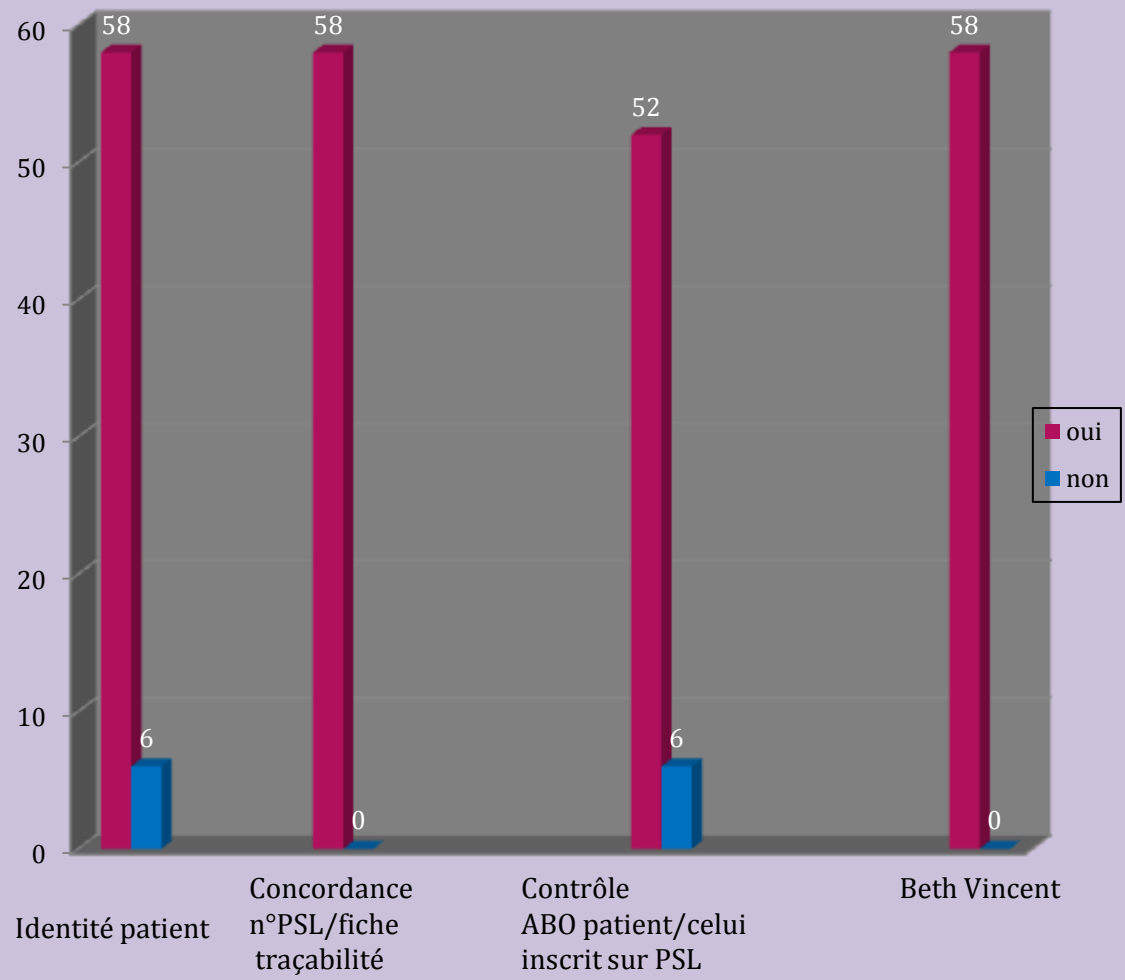
3. Thérapeutiques associées

	Déjà utilisé par les IADE	Utilisation jugée		Mode d'administration correct
		Simple	Méconnue	
Noradrénaline	90%	86%	14%	50%
Fibrinogène	88%	66%	34%	26%
Novoseven	48%	21%	79%	22%
Exacyl	81%	69%	31%	12%
CaCl2	93%	91%	9%	34%
MgSO4	69%	74%	26%	36%

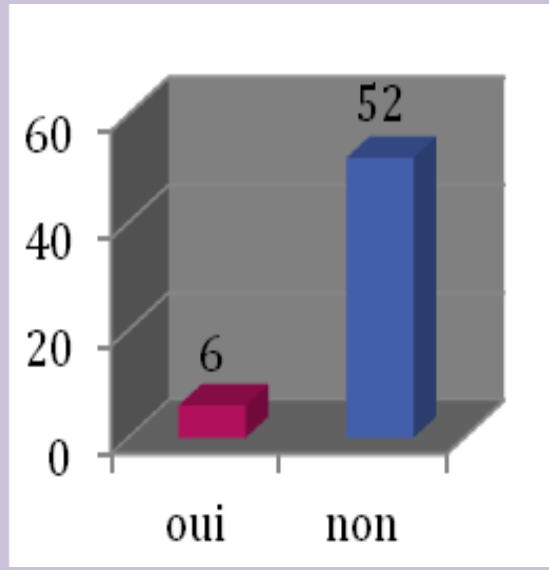
RESULTATS de l'ENQUETE(4)

4. Transfusion et contrôle ultime pré-transfusionnel

Vérification de :



Testez vous le sang du patient avant chaque poche transfusée?



DISCUSSION

- La transfusion massive n'est pas une situation exceptionnelle.
- La disparité des dispositifs utilisés et la fréquence des incidents impliquent une surveillance accrue, **monopolisant une personne à part entière.**
- L'étude montre des **discordances** entre les pratiques et les recommandations, notamment lors de l'administration des thérapeutiques associées à la transfusion.
- Les IADE ont souligné la **complexité de la prise en charge**, tant par le contexte d'urgence que par le nombre d'intervenants, qui requiert de ce fait une **organisation précise et coordonnée.**

=> **Absence de recommandations spécifiques**, difficulté, voire impossibilité d'appliquer certaines bonnes pratiques.

=> 74% des IADE sont ainsi favorables à la mise en place d'une **fiche « réflexe », définissant le rôle de chacun, le déroulement de la prise en charge, le monitoring, les modes de préparation et d'administration des thérapeutiques.**

CONCLUSION

En l'absence de recommandations pratiques, l'instauration d'un protocole définissant le rôle et les actes des médecins et des IADE est indispensable à la sécurisation de la transfusion massive.

Exemple

Proposition « Fiche réflexe » (à adapter à chaque établissement de santé, en collaboration avec les responsables et médecins d'anesthésie réanimation, voire à valider en procédure HémoVigilance).

ROLE DE L'IADE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA TRANSFUSION MASSIVE

ORGANISATION

1 médecin anesthésiste aux commandes :

- Interaction entre les différents acteurs
- Monitoring invasif
- Gestion de l'anesthésie et de la réanimation

2 IDE/IADE pour la transfusion

- 1 pour la réception des PSL, les vérifications, et le contrôle ultime
- 1 pour l'administration des PSL via l'accélérateur/réchauffeur de solutés, et sa surveillance

1 IADE pour les thérapeutiques, et bilans :

- Administration des thérapeutiques associées
- Préparation des drogues anesthésiques
- Bilans sanguins répétés

MONITORAGE MINIMUM ET SURVEILLANCE BIOLOGIQUE

- Pression artérielle, au mieux de manière invasive
- Température par sonde œsophagienne
- Hémoglobine par l'Hemocue
- Diurèse
- Glycémie par hémogluco-test
- Hématologie, coagulation, GDS par les bilans répétés

THERAPEUTIQUES ASSOCIEES

THERAPEUTIQUES	PRESENTATION	MODE D'ADMINISTRATION	PREPARATION/DILUTION
NORADRENALINE	Ampoule de 8mg/4ml	Dans la mesure du possible, sur voie veineuse centrale , au PSE	Dilution avec du G5% dose en mg= (poids du patient*3)/10 Diluée dans 50ml → 1ml=0.1γ/kg/mn Ou 0.5mg/ml soit 3 ampoules diluées dans 48ml → prescription en mg/h
FIBRINOGENE	Ex Clottafact : 1 flacon de poudre 1.5g et un flacon de solvant de 100ml	Voie intraveineuse Débit maximum : 20ml/mn	Reconstitution en mélangeant le solvant à la poudre avec le système de transfert. Le fibrinogène ainsi reconstitué dans son flacon en verre est directement perfusé. (stabilité de 6h)
EXACYL	Ampoule de 0.5g/5ml	Voie intraveineuse lente de préférence au PSE	La dose à administrer sera diluée, et perfusée sur le temps prescrit.
NOVOSEVEN	1 flacon de poudre 1, 2, ou 5mg et un flacon de solvant	Voie intraveineuse En perfette, perfusée rapidement (2 à 5mn)	Reconstitution en mélangeant le solvant à la poudre avec le système de transfert, puis dilution dans un pochon de sérum physiologique ou G5%
CHLORURE DE CALCIUM	Ampoule de 1g/10ml	Voie intraveineuse Perfusion lente (10 à 15mn)	Dilution de l'ampoule dans un pochon de sérum physiologique ou G5%
SULFATE DE MAGNESIUM	Ampoule de 1.5g/10ml	Voie intraveineuse Perfusion lente (10mn minimum)	Dilution de l'ampoule dans un pochon de sérum physiologique ou G5%
PPSB*	Ex Confidex : 1 flacon de poudre 250 ou 500ui et un flacon de solvant de 10 ou 20ml	Voie intraveineuse Débit maximum : 250ui/mn soit 8ml/mn	Reconstitution en mélangeant le solvant à la poudre avec le système de transfert.



*AMM pour antagonisation des AVK