



TRANSFUSION en S.M.U.R. MYTHE ou REALITE?

LA REALITE EN PRIMAIRE

Prise en charge transfusionnelle des PT au cours des 24 premières heures

Groupe PSL/PT – SFAR – EFS (2001)

- 537 dossiers analysés
- 3,5% des patients ont été transfusés en pré hospitalier, 45% l'ont été au cours des 24 premières heures.
- Mortalité à 24 heures 8,5% (par choc hémorragique dans 80% des cas)
- Une seule prescription dans 50% des cas
- 44 PSL détruits

T. ROUPIOZI, SAMU-SMUR

Centre Hospitalier de la Région d'Annecy (2003)

Evaluation quantitative et qualitative a été réalisée sur l'année 2003.

20 transfusions en urgence vitale.

La transfusion a été indiquée ou anticipée par le SMUR dans 65 % des cas(13) et **n'a été effectuée que trois fois en pré-hospitalier.**

Transfusion à l'hôpital dans 70% des cas.

*Bruno Riou, Service d'Accueil des Urgences,
CHU Pitié-Salpêtrière, Transfusion
érythrocytaire en urgence (JNARMU 2004)*

- Les indications de transfusion sanguine en réanimation pré-hospitalière sont rares. Moins de 1 % des patients pris en charge par un SMUR sont transfusés et il s'agit presque toujours de transports secondaires et non d'intervention primaire.

ENQUETE PACA 2008 : 0.07% des interventions primaires.

LA REALITE EN TRANSFERT INTERHOSPITALIER

ENQUETE PACA 2008 : 0.95% des TIH.

Registre sur 30 mois, forces médicales de défense Israélienne.

- 40 patients ayant bénéficiés de 60 U de CGR en phase pré hospitalière, 68% ayant reçu plus d'une unité.
- Délai moyen de transfert hospitalier : 120mn.
- 1 cas d'effet indésirable.
- Conclusion: nécessite une logistique et respect des conditions de délivrance. Surtout indiqué pour des durées prolongées de transfert.

Deux problématiques:

- En Primaire : approvisionnement rapide en produits sanguins
- En TIH : gestion du dossier transfusionnel avec des intervenants multiples.

LE MYTHE



La transfusion bras à bras.



Le camion de prélèvement sur les lieux.

La transfusion pré-hospitalière est **LE** traitement du choc hémorragique.

- Transfusion massive facteur prédictif de défaillance multi viscérale.

PRESCRIPTION RAISONNEE

DES REALITES: INDICATION TRANSFUSIONNELLE

- Le premier traitement du choc hémorragique est le contrôle de l'hémorragie.
- Poser l'indication de transfusion.
 - Evaluation des pertes.
 - Monitoring : Ta, SPO2, Hémoglobine capillaire.
 - Délai de transfert vers le bloc. (extraction, distance)
- Stay and Play / Scoop and Run.

DES REALITES

Objectif prioritaire = assurer la survie jusqu'au contrôle de la lésion hémorragique

- Pression de perfusion
 - Remplissage vasculaire (voies veineuses, solutés)
 - Catécholamines
- $TaO_2/DO_2 \geq 1$
 - Oxygénothérapie, ventilation mécanique, baisse de la DO_2
 - Transfusion de CGR

Objectif « secondaire » = limiter les facteurs de majoration du saignement

- Fixer un objectif de PAM (hypotension permissive)
- Lutter contre l'hypothermie
- Limiter les conséquences de l'hémodilution (PFC, CPA, fibrinogène)
- Traiter une CIVD ou une fibrinolyse (PFC, ATIII, fibrinogène)

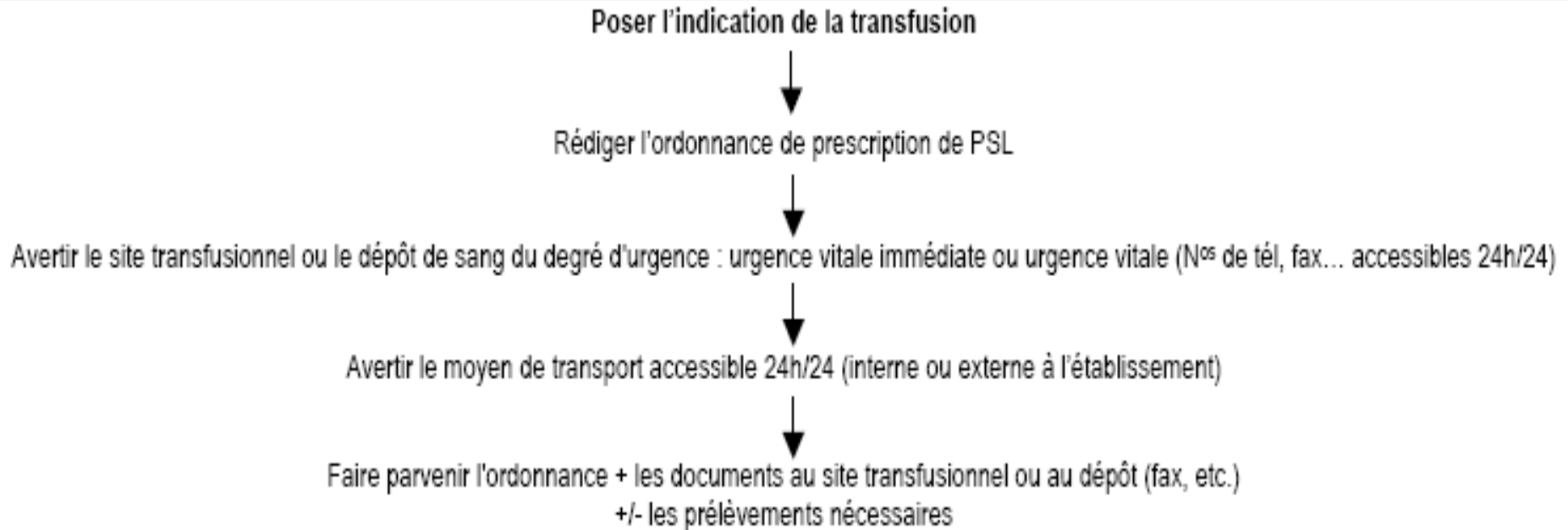
Impératif éthique et économique = pas de perte de PSL

DES REALITES

Organisation de la distribution des PSL Recommandations AFSSAPS 2002

- **Urgence vitale immédiate**
 - Délai de distribution < 15 min
 - Délivrance des PSL en l'absence de documents immuno-hématologiques (DIH) (groupe, RAI)
- **INDICATION:**
 - hémorragies graves adultes et enfants ($Hb < 7g.dL^{-1}$ ou $> 7g.dL^{-1}$ avec signe clinique d'intolérance)

Procédure d'utilisation de CGR AFSSAPS 2002



PROTOCOLE DE TRANSFUSION ET D'HEMOVIGILANCE

LE PROTOCOLE

PROCEDURE D'UTILISATION DE CGR LORS D'UN TRANSPORT PRIMAIRE REALISE PAR LE SMUR APHM

1. Prélèvement sanguin
2. Demande au régulateur qui faxe prescription
3. EFS informe lieu de délivrance (délai mise à disposition 15mn)
4. Envoi personnel pour récupération colis
5. Remise du colis à l'équipe SMUR
6. Réchauffement produit

LE PROTOCOLE

- Rappel des techniques de contrôle ultime et de transfusion.
- Réévaluation régulière.
- Différencier protocole primaire et TIH
- Validation régionale du protocole TIH.

QUAND LE MYTHE DEVIENT REALITE

- Système de transport avec contrôle thermique



- Transporteur d'oxygène : Pas encore en SMUR.

LES LIMITES

- La transfusion pré hospitalière doit être facilitée.
- Respecter les règles de bonne pratique.
- Délai entre la décision de transfusion et le début de celle-ci.
- Indications rares : saignement important et persistant et pour lesquels un délais important d'évacuation vers l'hôpital est envisagé

L'éloignement du centre hospitalier est souvent corrélé à des délais importants d'acheminement du sang.

- Association CGR PFC.



LA TRANSFUSION N'EST PAS UN MYTHE.

VALIDATION PAR UN PROTOCOLE CONJOINT
SMUR / SAMU / HEMOVIGILANCE.

FORMATION ET INFORMATION DU PERSONNEL.

ON NE PEUT BIEN FAIRE QUE CE QUE L'ON CONNAIT