

Mise au point

La transfusion en Smur : mythe ou réalité ?

Out-of-hospital blood transfusion by emergency medical services

M. Fournier*, I. Chenaitia

Samu 13, Assistance Publique–Hôpitaux de Marseille, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille cedex 05, France

Disponible sur Internet le 3 novembre 2010

Résumé

Les indications de transfusion sont rares lors des interventions par les services médicaux d'urgences et de réanimation (Smur) [0,2 à 1 % des interventions]. Les recommandations de bonne pratique transfusionnelle ainsi que la législation pourraient sembler être un frein la transfusion en Smur. Dans le cadre préhospitalier, la préoccupation principale est l'approvisionnement rapide en produits sanguins alors qu'en inter hospitalier, il s'agit surtout de garantir l'hémovigilance par le dossier transfusionnel. La transfusion en Smur doit répondre à des réalités règlementaires et des recommandations de prise en charge qui prennent en compte les conditions sanitaires environnementales, entraînant un délai de mise en œuvre qui doit être connu par le médecin intervenant. Cette solution thérapeutique doit être facilitée. La rédaction d'un protocole transfusionnel, établi en partenariat avec le Smur, le service d'aide médicale d'urgence (Samu) et le centre d'hémovigilance concerné, est le garant d'une utilisation sûre et efficace de cette technique. Le premier traitement du choc hémorragique reste le contrôle de l'hémorragie. La transfusion ne présente un intérêt qu'à condition qu'elle facilite l'arrivée du blessé dans le bloc opératoire permettant le traitement étiologique de l'hémorragie. Son indication est justifiée dès qu'il existe un délai important pour extraire le blessé et l'acheminer vers l'hôpital d'accueil ou, en inter-hospitalier, lorsque la transfusion ne peut être retardée ou interrompue lors du transfert vers le plateau technique d'accueil. C'est une solution thérapeutique d'indication rare qui nécessite une mise à jour régulière des protocoles et une information du personnel pour rester efficace.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Transfusion ; Préhospitalier ; Smur ; Hémovigilance

Abstract

The indications for out-of-hospital blood transfusion by emergency medical services (EMS) are relatively rare (0.2 to 1% of interventions). The guidelines and the law about transfusion seem to be a hindrance for out-of-hospital blood transfusion. In prehospital settings, the main concern is the quick supply of blood products, while for interhospital transports the priority is to ensure haemovigilance, thanks to transfusion records. Blood transfusion into mobile intensive care units have to be conform with rules of good practice and guidelines, but it is necessary to consider the specific sanitary conditions in prehospital emergency medicine, which often cause a delay to perform it and this delay must be known by emergency physicians. The writing of a blood transfusion protocol, established in partnership with EMS and haemovigilance centres, should facilitate the set-up of this treatment. This protocol is the guarantor of a safe and effective use of this procedure. The first treatment of hemorrhagic shock is to stop the bleeding. The interest of out-of-hospital blood transfusion is to facilitate and to secure the arrival of patients in operating rooms for an etiological treatment. Thus it is justified when there are significant delays for extraction and/or for transport of patients, or in interhospital transport when transfusion cannot be delayed or interrupted during transfer. It is an exceptional procedure that requires a regular updating of protocols and a regular training of staffs in order to remain safe and effective.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Transfusion; Prehospital; Emergency medical service; Hemovigilance

1. Introduction

Les indications de transfusion sont rares lors des interventions par les services médicaux d'urgences et de réanimation (Smur). Compenser la perte sanguine importante peut être une

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marc.fournier@ap-hm.fr (M. Fournier).

préoccupation pour le médecin urgentiste face au patient au bord de la route.

Les recommandations de bonne pratique transfusionnelle ainsi que la législation, pourrait sembler être un frein la transfusion en Smur : alors mythe ou réalité ?

2. La réalité

L'utilisation de culots globulaires en Smur est exceptionnelle ; suivant les études, elle représente de 0,2 à 1 % des interventions. Elle doit être analysée dans deux contextes, le préhospitalier et les transferts inter-hospitaliers.

2.1. Contexte préhospitalier

Peu d'études concernant la transfusion en Smur ont été publiées. Une enquête réalisée par le groupe « PSL-PT Sfar EFS » en 2001 a analysé la prise en charge transfusionnelle des polytraumatisés au cours des 24 premières heures. Cette enquête avait pour objectif de faire un état des lieux sur l'organisation des établissements de soins accueillant des polytraumatisés en France, un état des lieux sur la pratique transfusionnelle, mais également une analyse prospective des dossiers. Sur les 537 patients transfusés, 3,5 % l'avaient été initialement en préhospitalier. Une évaluation quantitative et qualitative des transfusions en urgence vitale a été réalisée en 2003 sur la région d'Annecy (T. Roupioz, B. Corront, Évaluation de la transfusion en urgence vitale 6^e Congrès national d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle). Vingt patients ont été transfusés, l'indication a été posée ou anticipée par le Smur dans 65 % des cas, mais effectuée seulement trois fois en pré hospitalier. En région Paca, une enquête rétrospective a été réalisée en 2009 concernant l'activité des Smur de 2008. Elle a été effectuée par questionnaire et d'après les données chiffrées, 0,07 % (30 sur 10 854) des patients pris en charge en préhospitalier seraient transfusés. Ces quelques données confirment l'exceptionnelle utilisation de produit sanguin en préhospitalier. Les indications sont exclusivement traumatologiques.

2.2. Transfert inter-hospitalier

L'enquête de la région Paca évalue à 0,95 % le nombre d'intervention en Smur inter-hospitalière durant laquelle un patient a été transfusé. Au plan international, un registre réalisé par les forces de santé israélienne sur 30 mois conclut à la nécessité d'une logistique et au respect des conditions de délivrance, il insiste sur l'intérêt de cette technique pour des durées prolongées de transfert [1]. En dehors du cadre militaire, les indications de transfusion sanguine lors des transferts sont principalement associées aux hémorragies obstétricales et aux pathologies traumatiques complexes justifiant le recours à des techniques d'embolisation et des plateaux techniques très spécialisés.

Finalement, on pourrait dire que, dans le cadre préhospitalier, la préoccupation principale est l'approvisionnement

rapide en produits sanguins et en inter-hospitalier il s'agit surtout de garantir l'hémovigilance par le dossier transfusionnel. En effet, en préhospitalier, la prescription sanguine, le médecin prescripteur et le patient suivent le plus souvent la même trajectoire. Lors des transferts inter-hospitaliers la prescription est effectuée par un praticien différent de l'administrateur, le service de destination du patient n'étant pas in fine dans le secteur de l'établissement qui a délivré les produits.

3. Le mythe

Certains médecins confrontés à un patient en hémorragie aiguë, seraient heureux de disposer d'un camion de transfusion sanguine sur le terrain. Cela a, dans une certaine manière, existé en d'autres temps lors de conflit avec l'utilisation de système de transfusions bras à bras. Il faut citer en particulier l'appareil de Jouvelet qui permit au service de santé des armées françaises d'effectuer des transfusions de bras à bras durant la deuxième guerre mondiale. Mais le mythe serait également de penser que le simple fait de transfuser un patient en choc hémorragique suffirait à le sauver. Il s'agit là d'une erreur, plusieurs études on démontré que le volume transfusé était à lui seul un facteur prédictif du développement de syndrome de défaillance multiviscérale sans pour autant influencer directement sur le pronostic vital [2,3].

4. Des réalités

Finalement, la transfusion en Smur doit répondre à des réalités règlementaires et des recommandations de prise en charge qui doivent prendre en compte les conditions sanitaires environnementales.

4.1. Indications de transfusion

Le premier traitement du choc hémorragique reste le contrôle de l'hémorragie. Les recommandations des sociétés savantes (Société française d'anesthésie-réanimation, Sfar et Société française de médecine d'urgence [SFMU]) précisent les objectifs primaires de prise en charge des hémorragies traumatiques aiguës : limitation du saignement, oxygénation et contrôle de la volémie. Le maintien de l'hématose fait partie des objectifs secondaires. L'indication transfusionnelle nécessite une évaluation des pertes. Cette évaluation s'appuie en préhospitalier sur le monitoring tensionnel, l'analyse de la courbe de spO_2 et la mesure répétée de l'hémoglobine capillaire (hémocue) [4,5].

Dans le respect des recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), l'indication est possible pour une hémoglobine inférieure à 7 g/dl pour un adulte ou un enfant sans antécédents ou 8 g/dl pour des sujets ayant des antécédents cardiovasculaires [6]. Compte-tenu de la fiabilité de l'hémocue, on peut également accepter une transfusion pour des valeurs supérieures à 8 g/dl avec des signes d'intolérance. Dans ce contexte, le médecin du Smur peut être amené à commander des culots érythrocytaires en urgence vitale immédiate.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1105419>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1105419>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)