



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com

---

---

**TRANSFUSION**  
CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

---

---

Transfusion Clinique et Biologique 23 (2016) 175–184

Revue Générale

## Gestion du sang du patient et pour le patient

*Patient blood management*

G. Folléa

Établissement français du sang (EFS), 20, avenue du Stade-de-France, 93218 La-Plaine-Saint-Denis, France

Disponible sur Internet le 14 septembre 2016

---

### Résumé

**Objectifs.** – Dans un contexte de révision régulière des pratiques transfusionnelles, l'objectif de cette revue est de présenter une mise à jour des bases scientifiques de la gestion du sang du et pour le patient (GSP), l'état de son développement en Europe et des pistes pour favoriser son développement en France.

**Méthodes.** – Analyse critique et synthèse des données de la littérature concernant les bases scientifiques de la GSP (méthodes, indications, efficacité, risques, efficience).

**Résultats.** – La GSP apparaît comme une approche thérapeutique centrée sur le patient, fondée sur des preuves scientifiques, multidisciplinaire, et visant à optimiser la prise en charge des patients qui pourraient avoir besoin de transfusion et par conséquent l'utilisation de produits sanguins. La GSP repose sur trois piliers : optimiser les propres réserves de sang du patient, minimiser les pertes sanguines, optimiser la tolérance du patient à l'anémie. L'évidence scientifique disponible peut être considérée comme suffisante pour considérer la GSP comme un complément indispensable aux recommandations de bonne pratique transfusionnelle. Plusieurs pays ont lancé des programmes de GSP (techniques alternatives à la transfusion allogénique et optimisation de l'utilisation des produits sanguins labiles). Bien que des mesures de GSP figurent dans les recommandations nationales, la GSP devrait être développée plus qu'elle ne l'est actuellement en France, pour des raisons avant tout médicales.

**Conclusions.** – Des pistes, utilisant les bases existantes, ayant largement fait leurs preuves, sont proposées pour développer la GSP en France, comme un prolongement de la médecine transfusionnelle, avec le concours des disciplines concernées, au niveau local et au niveau national.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Transfusion sanguine ; Produits sanguins labiles ; Gestion du sang du patient ; Santé publique ; Médecine transfusionnelle

### Abstract

**Objectives.** – In a context of regular review of transfusion practice, the aim of this review is to present an update of the scientific basis of the so-called “patient blood management” (PBM), the state of its development in Europe, and possible ways to progress its development further in France.

**Methods.** – Analysis and synthesis of the data from scientific literature on the scientific basis of PBM (methods, indications, efficacy, risks, efficiency).

**Results.** – PBM appears as an evidence-based, patient centred, multidisciplinary approach, aiming to optimise the care of patients who might need transfusion and, consequently, the use of blood products. PBM is based on three pillars: optimise the patient's own blood supplies, minimise blood loss, optimise patient's tolerance of anaemia. Available scientific evidence can be considered as sufficient to consider PBM guidelines and practices as an indispensable complement to the transfusion medicine guidelines and practices. Several countries have launched PBM programmes (alternatives to allogeneic transfusion and optimisation of the use of blood components). Although current French national transfusion guidelines contain some PBM measures, PBM programmes should be further developed in France, primarily for medical reasons.

---

Adresse e-mail : [gilles.follea@efs.sante.fr](mailto:gilles.follea@efs.sante.fr)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.tracli.2016.08.008>

1246-7820/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Conclusions.** – Possible ways, using the existing basis having proved to be effective, are proposed to further develop PBM in France, as a complement to transfusion medicine, with the participation of involved stakeholders, including experts from relevant medical specialties, both at local and national levels.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** Blood transfusion; Blood components; Patient blood management; Public healthcare; Transfusion medicine

## 1. Abréviations

UE	Union européenne
CGR	concentré de globules rouges
CSTH	Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance
GSP	gestion du sang du et pour le patient
PaBloE	<i>patient blood management in Europe</i>
PBM	<i>patient blood management</i>

## 2. Introduction

En dépit des réactions indésirables graves infectieuses et immunologiques, maintenant mieux connues et prévenues, la transfusion de produits sanguins labiles, particulièrement les concentrés de globules rouges (CGR), a un indice thérapeutique plus élevé que beaucoup de médicaments actuels [1]. De nombreux patients bénéficient de la transfusion de globules rouges. Cependant, le développement de la connaissance de la physiologie de l'anémie, de l'oxygénation des tissus et des mécanismes de compensation chez les patients sévèrement anémiés [2], a contribué à la réalisation d'essais cliniques randomisés comparant des modalités libérales et restrictives de la transfusion de CGR dans diverses conditions cliniques [3]. Combinés avec une meilleure connaissance des dangers de la transfusion [4] et un impact croissant de la pression économique sur les pratiques médicales en transfusion sanguine [5], les résultats de ces essais cliniques ont conduit à réexaminer la thérapie transfusionnelle dans le cadre d'une stratégie thérapeutique centrée sur le patient, la gestion du sang du patient et pour le patient (GSP, en anglais, *patient blood management* [PBM]). La GSP peut se définir comme une approche thérapeutique centrée sur le patient, fondée sur des preuves scientifiques, multidisciplinaire, visant à optimiser la prise en charge de chaque patient qui pourrait avoir besoin de transfusion et par conséquent l'utilisation de produits sanguins [6,7]. Son développement croissant dans les années récentes peut être considéré aussi comme une réémergence des principes de base de la médecine transfusionnelle, bien établis. L'objectif de cette revue est de présenter une mise à jour des bases scientifiques de la GSP, son état actuel de développement en Europe, et de formuler des propositions pour son développement en France.

## 3. Bases scientifiques de la GSP

Les bases scientifiques de la GSP reposent d'abord sur les essais cliniques contrôlés ayant comparé, dans différents contextes cliniques, les résultats de stratégies

transfusionnelles libérales, utilisant un seuil plus élevé d'hémoglobine/d'hématocrite pour la transfusion de CGR, ou restrictives, utilisant un seuil plus bas. Une méta-analyse récente résumant 19 essais cliniques contrôlés randomisés, enregistrés dans le registre central Cochrane des essais contrôlés, impliquant plus de 6000 patients, a comparé les résultats cliniques de stratégies de transfusion de CGR basées sur des seuils d'hémoglobine plus élevés (9,0 à 13,3 g/dL) ou plus bas (7,0 à 10,0 g/dL) [3]. Un seuil d'hémoglobine bas pour la transfusion a été associé à une réduction de la transfusion de CGR (différence moyenne : 1,19 unités par patient ; IC à 95 % : 1,85–0,53), aboutissant à une concentration d'hémoglobine plus basse à la fin de la période d'étude (différence moyenne : 1,48 g/dL ; IC à 95 % : 1,92–1,03), sans dommage apparent pour les patients. Le ratio de risque de mortalité à 30 jours, toutes causes confondues, était plus faible chez les patients transfusés à partir du seuil d'hémoglobine bas : 0,85 (IC 95 %, 0,70–1,03), mais dans cette méta-analyse, cette différence n'a pas atteint la signification statistique. Une revue systématique plus récente, avec une méta-analyse et l'analyse séquentielle de 31 essais cliniques randomisés totalisant 9813 patients, a confirmé ces résultats [8]. Les auteurs ont conclu que, par rapport aux stratégies libérales, les stratégies de transfusion restrictives ont été associées à une réduction du nombre de CGR transfusés et du nombre de patients transfusés, mais sans modification apparente de la mortalité, de la morbidité globale, ni de la fréquence des infarctus du myocarde. En termes de morbidité et de mortalité, une analyse plus récente de ces revues systématiques a montré qu'elles concluaient soit à une supériorité soit à une équivalence des stratégies restrictives comparées aux stratégies libérales [9]. Et bien que les résultats de ce type d'études doivent être considérés avec prudence [10], dans une grande étude de cohorte rétrospective, la pratique transfusionnelle plus restrictive ne semble pas avoir eu d'impact sur la mortalité à 30 jours [11].

Cependant, une méta-analyse de neuf essais cliniques contrôlés ayant comparé des stratégies transfusionnelles restrictives et libérales chez des patients ayant des affections cardiovasculaires ischémiques aiguës ou chroniques et soumis à une chirurgie non cardiaque [12] a montré un risque de syndrome coronarien aigu plus élevé chez les patients transfusés avec une stratégie restrictive (ratio de risque 1,78, IC 95 % 1,18–2,70,  $p=0,01$ ).

Et pour les patients subissant des interventions de chirurgie cardiaque, vulnérables à des complications ischémiques, un essai clinique récent [13] a montré qu'il y avait plus de décès dans le groupe avec une stratégie restrictive que dans le groupe avec une stratégie libérale (4,2 % contre 2,6 % ; ratio de danger 1,64 ; IC 95 %, 1,00 à 2,67 ;  $p=0,045$ ). Dans l'ensemble, les données disponibles semblent être assez solides

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5124866>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5124866>

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