

Gestion personnalisée du capital sanguin en chirurgie programmée (PBM)

Date: 10/12/2020

Lieu: Centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay

Dr.Thierry SAPEY – CRHST

Mme Marjorie BLIN - Assistante





Dix propositions du comité scientifique

1. Appliquer les mesures incontournables de la prise en charge anesthésique peropératoire
2. Appliquer les incontournables chirurgicaux
3. Dépister et prendre en charge l'anémie et la carence martiale en chirurgie programmée
4. Mieux utiliser les tests de biologie délocalisée en hématologie pour optimiser la gestion des produits sanguins labiles au bloc chirurgical
5. Appliquer les bonnes « tactiques » transfusionnelles
6. Faciliter la décision et le suivi des pratiques transfusionnelles
7. Sensibiliser et informer l'ensemble de la chaîne décisionnelle du monde hospitalier des modalités, enjeux et résultats de la démarche de PBM
8. Intégrer le PBM dans les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC)
9. Expérimenter l'instauration d'un forfait PBM
10. Créer la fonction de coordonnateur médical des activités périopératoires au sein des établissements MCO





APPLIQUER LES INCONTOURNABLES CHIRURGICAUX

- La mise en place d'un programme de PBM nécessite une implication pluridisciplinaire en pré-, per- et postopératoire. À cet égard, le rôle du chirurgien est central.

- Lors des consultations préopératoires (chirurgicales et anesthésiques), il convient de dépister les carences martiales et l'anémie préopératoire, afin de les corriger. En cas de carence martiale, si les délais opératoires (hors urgences) le permettent, une supplémentation en fer devrait être réalisée. Si cette supplémentation est nécessaire, et que la situation médicale du patient le permet, la date opératoire devrait être adaptée pour permettre cette supplémentation.

- Lors de ces consultations, le chirurgien et l'anesthésiste-réanimateur déterminent les techniques chirurgicale et anesthésique les plus adaptées. Suivant le type de chirurgie programmée, les traitements du patient et ses comorbidités, le risque hémorragique et les seuils de tolérance à l'anémie (/transfusionnels) peuvent être déterminés. Des protocoles locaux, tenant compte des recommandations internationales, permettraient pour chaque type de chirurgie de préciser ces seuils, en prenant également en considération les comorbidités du patient.

- En peropératoire, la technique chirurgicale peut influencer sur le risque hémorragique, et donc le recours à la transfusion. Tout d'abord, une hémostase chirurgicale soignée et systématique permet de réduire très significativement le saignement. La rapidité opératoire ne doit pas faire oublier ce principe de base, qui fait partie intégrante des bonnes pratiques chirurgicales. L'utilisation de dispositifs chirurgicaux adaptés (bistouri électrique de thermofusion, micro-ondes,...)

et certains examens de navigation préopératoires (scanner, échoguidage, etc.) permettent d'optimiser la technique chirurgicale et de réduire le risque hémorragique.

- Les techniques mini-invasives tendent à réduire le saignement et les durées de séjour dans certaines spécialités (chirurgies digestive, orthopédique, thoracique). Ces techniques doivent être incitées, dans les disciplines où le bénéfice est clairement établi et pour lesquelles ces techniques sont largement diffusées, reproductibles et fiables.

- Les techniques de récupération et de retransfusion de sang peropératoire, bien que moins utilisées à titre systématique, devraient l'être pour des chirurgies identifiées comme à risque hémorragique. De même, les appareils de biologie délocalisée constituent un apport indéniable à l'optimisation de la gestion peropératoire du patient. Ils permettent en effet de monitorer en temps réel l'hémostase du patient, mais aussi son degré d'anémie et d'hémodilution. En chirurgie cardiaque, ces monitorages indispensables doivent être complétés par des dispositifs permettant d'apprécier la tolérance du patient à l'hémodilution induite par la circulation extracorporelle.

- L'établissement de protocoles et d'algorithmes locaux, prenant en compte le type de chirurgie, les comorbidités du patient et la tolérance clinique à l'anémie pour déterminer les seuils transfusionnels acceptables en pré-, per- et postopératoire, facilite une démarche de PBM en pratique clinique quotidienne.



« L'ANEMIE ET LA CARENCE MARTIALE EN CAS DE CHIRURGIE PROGRAMMEE »

- ❑ L'anémie péri-op est un facteur de risque **INDEPENDANT**:
 - d'augmentation de la durée des séjours en hôpital et en soins intensifs
 - de complications post-op
 - de mortalité

➤ **Plus de 30% de la population mondiale est anémique**

- ❑ Les patients programmés pour des interventions chirurgicales entraînant une perte de sang (> 500 ml) avec une probabilité de transfusion **doivent être dépister du point de vue de l'anémie et de la carence martiale au minimum un mois avant la chirurgie.**
- ❑ En cas d'anémie et/ou de carence martiale, la correction réalisée avant l'intervention est associée à une diminution des complications pos-op, des durées de séjour et des coûts de prise en charge.
- ❑ Le fer par voire IV **est efficace** dans le traitement de la carence martiale pouvant être utilisé chez les patients dont le fer oral est mal toléré, ou si l'intervention est prévue moins de 4 semaines après le diagnostic de la carence.



❖ Pré-op:

Les indications de transfusion doivent être évaluées dès ce stade en fonction:

- du **type de chirurgie**
- du **patient** (comorbidités, âge, sexe...)
- du **type de prise en charge** (intervention urgente, réglée)

Des programmes de transfusion raisonnés et centrés sur les besoins du patient doivent être déployés dans les services, précédés et accompagnés des indications de la transfusion et respect des seuils recommandés.

→ Des algorithmes de bonnes pratiques et des supports décisionnels de préparation au risque transfusionnel doivent être disponibles dans les consultations pré-op.



❖ Per-op:

- Limiter la transfusion sur des bases individualisées pour le patient
- Utiliser les méthodes qui permettent d'épargner la transfusion par des techniques adaptées aux besoins réels du patient
- Transfusion basée sur les seuils transfusionnels adaptés aux patients, à l'intensité du saignement....
- Transfusion d'un CGR à la fois basée sur les besoins réels et le résultat attendu

❖ Post-op: Transfusion en fonction des seuils, adaptés et individualisés.



« DEPISTAGE DES PATIENTS »

❖ 3 types de patients à risque:

- Les patients avec altération de la fonction systolique (FE<40%)
 - Les patients ayant une valvulopathie
 - **Les patients âgés de plus de 70 ans même asymptomatique**
(trouble de la relaxation diastolique du VG, normale chez le sujet âgé)
-
- ***Autres facteurs aggravants:***
 - HTA
 - FA
 - Insuffisance rénale aiguë et chronique
 - Infections
 -  Au poids du patient



Respect recommandations HAS seuils HB

Modalités de transfusion

- Un seul CGR à la fois en dehors d'un contexte hémorragique
- Réévaluation de la situation après chaque CGR en dehors d'un contexte hémorragique
- Débit lent pendant les 15 premières minutes et adapté au poids: 2ml/kg/h
- Surveillance rigoureuse : fréquence cardiaque, PA ++, température, fréquence respiratoire ++ et Sat O2 si possible.
- Poursuite de la surveillance 6 heures après la transfusion
- Transfusion de nuit doit être évitée





- Population hétérogène et d'**équilibre instable**
- Identification** des patients à risque de TACO
- Fractionnement** de la transfusion
- Débit lent** de la transfusion
- Surveillance et évaluation** post transfusionnelle CGR par CGR
- Maitrise** de la prescription
- Formation appropriée** des équipes soignantes

Procédure sur site CNCRH: <http://hemovigilance-cncrh.fr/wp18/accueil/les-regions/centre-val-de-loire/>





PRÉCONISATION 6

FACILITER LA DÉCISION ET LE SUIVI DES PRATIQUES TRANSFUSIONNELLES

L'hémovigilance a maintenant plus de vingt ans et a atteint un stade de maturité. Associée à la « sécurité transfusionnelle » depuis le décret de 2014 modifiant les règles relatives aux activités de transfusion, elle embrasse un champ très large qui dépasse la sécurité intrinsèque des produits sanguins labiles et les éventuels effets indésirables chez les receveurs.

Aujourd'hui apparaît dans cette activité la gestion du sang du patient et la pertinence des prescriptions de produits sanguins labiles. Ces deux actions sont complémentaires et requièrent une collaboration avec les prescripteurs des différents établissements de santé et les établissements de transfusion sanguine pour la réalisation de protocoles transfusionnels nécessitant certaines qualifications ou transformations :

- La stratégie transfusionnelle s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité

■ Modalités de mise en œuvre

L'informatisation du dossier transfusionnel permettrait de rassembler les données sous une forme ergonomique, facilitant la mise en place d'indicateurs et de protocoles transfusionnels incluant les paramètres de gestion du sang du patient.

- Les échanges avec le dossier patient favoriseraient la prescription optimisée de PSL en y intégrant des algorithmes décisionnels et en prenant en compte la gestion du sang du patient. Les algorithmes permettraient

de santé et de sociétés savantes. Elle vise à adapter dans les différents contextes de soins les recommandations aux patients ; une approche par spécialité sera plus simple à mettre en place.

- La pertinence des prescriptions est l'un des principaux moyens d'une meilleure utilisation des PSL et de la réduction des destructions (mise en place de tableaux de bord).

Dans certains pays, un « nouveau » métier médical est décrit dans les établissements de santé, celui de « Transfusion Practitioner ». En France, l'évolution des missions des correspondants d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle équivaut à cette dénomination, en raison de leur transversalité, qui allie l'hémovigilance, la gestion des risques (incidents), la formation des professionnels et l'évaluation des bonnes pratiques transfusionnelles en vue de leur amélioration.

de sensibiliser les médecins à une meilleure pertinence des prescriptions et de consolider ainsi la sécurité transfusionnelle.

- Un autre avantage de l'informatisation est d'assurer le suivi, en temps réel, pour chaque pôle, service ou unité fonctionnelle, des résultats d'examens, des consommations et destructions de produits, ce qui s'effectue aujourd'hui par des extractions complexes de l'hémovigilance à la demande des services.





PRÉCONISATION 10

CRÉER LA FONCTION DE COORDONNATEUR MÉDICAL DES ACTIVITÉS PÉRIOPÉRATOIRES AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS MCO

Cette fonction a été reconnue par le CNU comme partie prenante du métier d'anesthésiste réanimateur (dans le nouvel intitulé de la sous-section 48-01). Ce rôle est d'autant plus important que la réhabilitation améliorée (RAAC) est devenue la norme de prise en charge en péri-opératoire. Le binôme anesthésiste / chirurgien en est le moteur principal. Cependant, la pénurie relative d'anesthésistes réanimateurs a contraint beaucoup d'établissements à leur demander d'assurer en priorité une présence au bloc opératoire, parfois au détriment des services de soins.

Il conviendrait donc de recentrer les débats et d'inciter les établissements à s'organiser avec leurs équipes d'anesthésistes-réanimateurs pour assumer cette mission

d'amélioration des soins péri-opératoires incluant la coordination des programmes PBM, mais également les autres prises en charge péri-opératoires (douleur, nutrition, réadaptation, relais avec la médecine de ville, ...). Ce mode de prise en charge péri-opératoire revient donc à appliquer dans son ensemble les protocoles de la RAAC. La mise en place d'un coordonnateur médical des prises en charge péri-opératoires et de la RAAC pourrait s'accompagner d'un financement spécifique, conditionné à la production d'indicateurs de qualité des soins (durée moyenne de séjour, taux de transfusion, taux d'anémie post-opératoire, nombre de patients douloureux, taux d'infection post-opératoires, taux de réhospitalisation...) et à leur amélioration.

■ Modalités de mise en œuvre

- Identifier précisément la mission et les activités du coordonnateur médical des activités périopératoires en s'appuyant sur la définition du CNU.
- Inciter les établissements MCO à systématiser la mise en place de cette fonction : envisager son intégration dans

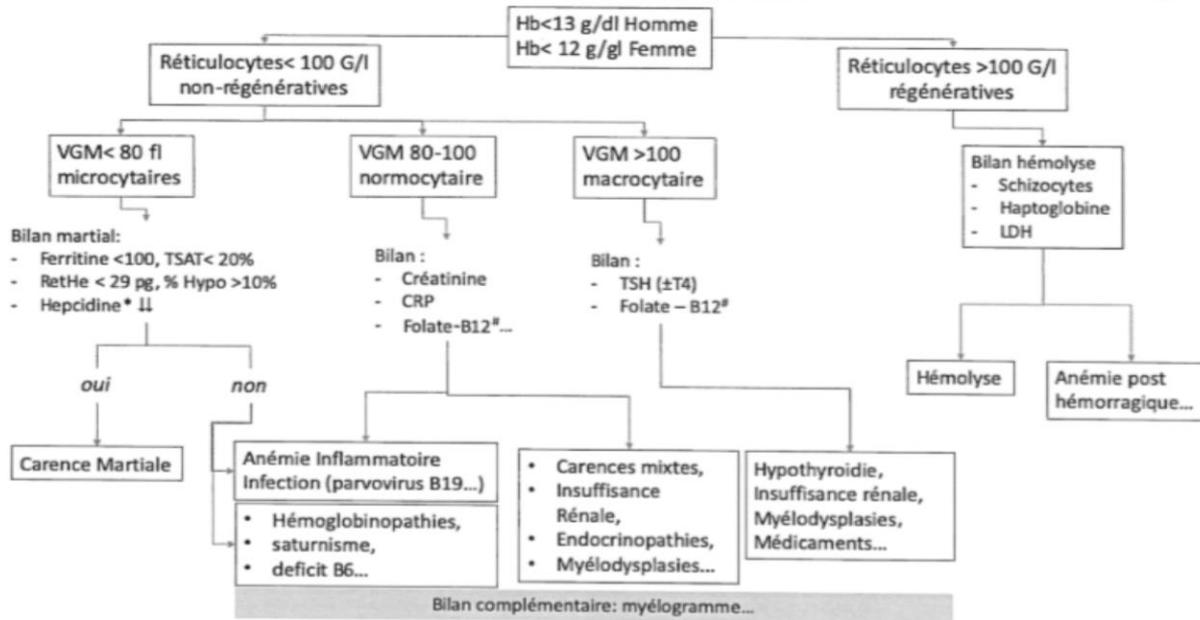
le volet « pertinence des soins » du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

- Prévoir un financement spécifique conditionné à la mise en œuvre d'indicateurs de performance et à leur évolution positive sur une durée à préciser.





Annexe 1 : Arbre diagnostique de l'anémie



L'arbre diagnostique de l'anémie est donné ici à titre indicatif. (extrait de RFE Gestion et prévention de l'anémie (hors hémorragie aiguë) chez le patient adulte de soins critiques 2019)

* l'hepcidine n'est pas encore disponible en pratique courante.

l'OMS définit la carence en folate comme un taux de folates sériques < 10 nmol/L (4.4 µg/L) ou un taux de folates érythrocytaires, qui reflète le statut à long terme et les réserves tissulaires, < 305 nmol/L (< 140 µg/L). Pour la carence en vitamine B12, un taux sérique < 150 pmol/L (< 203 ng/L) indique une carence, un taux supérieur ne l'élimine pas et il faut alors faire un dosage sanguin d'acide méthylmalonique (un taux > 271 nmol/L est en faveur de carence en vitamine B12).



Merci de votre attention...

