|  |
| --- |
| HVCVL/ES/TRANSFUSION/PERSONNE-AGEE |
| Date de rédaction : 07/2017 |
| Date de diffusion : 01/01/2022 |
| Version : 04 |

**Transfusion personne âgée >70 ans**

***Objectifs :***

Description de la prise en charge spécifique de la transfusion chez la personne âgée.

***Textes de références*** :

* recommandation HAS /ANSM sur la transfusion des CGR [*https://www.has-sante.fr/*](https://www.has-sante.fr/)
* Instruction N° DGS/PP4/DGOS/PF2/2021/230 du 16 novembre 2021 concernant la réalisation de l’acte transfusionnel
* la décision du 10 mars 2020 définissant les principes de bonnes pratiques prévues à l’article L.1222-12 du CSP
* les OAP post-transfusionnels. Fiche technique ANSM 2013

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Dr.SAPEYCoordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle**Mme Marjorie BLIN**Assistante | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle |

***Introduction***

L’anémie est définie par l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme un taux d’Hb<12g/dl chez la femme et 13g/dl chez l’homme quel que soit l’âge. Sa prévalence chez le sujet âgé varie de 10% chez un patient autonome jusqu’à 50% en gériatrie aiguë. D’autre part, environ 40% des personnes âgées de plus de 80 ans présentent une affection cardio-vasculaire et environ 20% un syndrôme démentiel. De ce fait ils sont particulièrement sensibles à l’anémie et aussi à la surcharge volumique.

Sur la base du réseau national français d’hémovigilance, on recense de 2000 à 2009, 1974 cas de TACO (Transfusion Associated Circulatory Overload) ou OAP (Œdème Aigu du Poumon) post transfusionnel. Il s’agit le plus souvent de receveurs de sexe féminin, l’âge médian étant de 78 ans. Les CGR (Concentré de Globules Rouges) sont en cause dans 93% des cas. Le taux de mortalité lié au TACO étant d’environ 2%.

Dans la plupart des cas il s’agit donc d’une population âgée avec souvent une affection cardio-vasculaire sous-jacente

***Transfusion de CGR***

* *Indications*

L’anémie de la personne âgée a un retentissement sur l’autonomie, et majore les séjours en institution. Elle est souvent associée à des pathologies diverses (neurologique, cardiaque, vasculaire…). Les seuils d’Hb sont définis pas les recommandations de l’ANSM/HAS :

* 7g/dl en l’absence d’insuffisance cardiaque ou coronarienne et de mauvaise tolérance clinique,
* 8g/dl chez les insuffisants cardiaques ou coronariens,
* 10g/dl en cas de mauvaise tolérance clinique.

Plus que le taux brut d’hémoglobine (Hb), c’est la tolérance de l’anémie qui doit être le principal critère pour poser l’indication d’une transfusion et son degré d’urgence. Elle est conditionnée par le taux d’Hb, mais aussi par la cinétique d’installation de l’anémie, l’estimation de la vitesse du saignement et les possibilités d’adaptation liées aux pathologies associées.

L’indication de la transfusion doit donc toujours être discutée en fonction des seuils, de la cause de l’anémie, du mode d’installation et du rapport bénéfice/risque.

* *Modalités de transfusion et de surveillance*

Il convient tout d’abord d’avoir une voie d’abord veineuse de qualité. Position du patient semi-assise.

Il est recommandé de ne prescrire qu’un seul CGR à la fois avec adaptation en fonction du contexte clinique. Le volume d’un CGR de 300 ml entraîne une élévation de 5 à 10% de la masse sanguine. Cette élévation augmente le volume transmis aux cavités cardiaques droites puis dans la circulation pulmonaire, entrainant si la pression pulmonaire est élevée, une extravasation de liquide plasmatique dans les alvéoles, donc un OAP. Cela est d’autant plus élevé que le volume est important et que la vitesse est rapide.

Il faut donc aussi impérativement une adaptation de la vitesse de transfusion. Il convient de débuter avec un débit lent <5ml/mn pendant les 15 premières minutes puis adapter en fonction de la tolérance et des antécédents du patient. La durée moyenne de transfusion se situe autour de 2 heures, mais elle peut-être plus longue selon la tolérance. Tout ceci doit faire l’objet d’une prescription médicale qui est à adapter à chaque patient.

La surveillance doit être rigoureuse, outre les paramètres habituels (fréquence cardiaque, pression artérielle, température), la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène pendant la transfusion à intervalles réguliers de 15 à 30 minutes.

La surveillance de la transfusion chez les personnes âgées doit pouvoir se faire dans les 6 heures qui suivent la fin de la transfusion, certains des effets indésirables étant tardifs.

En cas de transfusion en hôpital de jour, il est recommandé que l’autorisation de sortie soit délivrée par un médecin, après information du patient et de son entourage des symptômes d’alerte de l’OAP (dyspnée, toux, douleur thoracique…).

* *Protocole :*

La transfusion en protocole « phénotype RH-KEL1 » n’est pas recommandé sauf si des transfusions répétées sont prévues, comme dans le cadre des syndromes myélodysplasiques.

* *Prévention de l’œdème du poumon*

La survenue des OAP ou TACO fait partie des effets indésirables transfusionnels, qui peuvent être prévenus ou limités par une adaptation de la transfusion et une surveillance étroite.

**Il est important de dépister avant la transfusion les patients à risques** **de faire un TACO**

***Deux conditions vont être à l’origine du TACO :***

* Une augmentation rapide de la pression dans le capillaire pulmonaire du fait de la transfusion (vu précédemment du fait que le volume et la rapidité du PSL transfusé pouvaient avoir une influence sur l’élévation de la pression pulmonaire).
* Une élévation des pressions de remplissage du ventricule gauche qui se constate dans 3 situations :
* Dysfonction systolique ventriculaire gauche,
* Valvulopathie,
* Dysfonction diastolique ventriculaire gauche.

Les deux premières situations ne posent pas de problèmes car ce sont des pathologies chroniques rapportées dans les ATCDS (Antécédents) du patient (dysfonction ventriculaire gauche en rapport avec IDM (Infarctus du Myocarde) ou cardiomyopathie dilatée, valvulopathie (rétrécissement aortique..mitral).

Par contre la dysfonction diastolique du ventricule gauche, qui est un trouble de la relaxation, est une évolution normale avec l’âge, elle est souvent asymptomatique et c’est lors de la transfusion qu’elle sera mise en évidence. Elle peut donc être totalement isolée (liée à l’âge) ou associée aux deux autres situations.

***De ce fait les 3 types de patients à risques de TACO sont :***

* Les patients avec altération de la fonction systolique (Fraction éjection <40%),
* Les patients ayant une valvulopathie,
* Les patients âgés de plus de 70 ans même asymptomatiques.

Chez ces 3 types de patients, afin de limiter la survenue d’un TACO, il faudra que la transfusion soit fractionnée et lente. D’autant qu’il faudra être attentif à d’autres facteurs de risques associés comme l’hypertension artérielle, la fibrillation atriale, l’insuffisance rénale aigüe et chronique, le syndrome infectieux récent.

Il n’y a aucune preuve de l’efficacité de diurétiques de l’anse (ex : furosémide) en prévention de l’œdème aigüe du poumon avant, pendant ou après une transfusion. Cette pratique pouvant d’ailleurs occasionner des effets indésirables, comme l’hypotension, l’insuffisance rénale aigüe ou une hypokaliémie. Elle n’est donc pas recommandée, contrairement au fractionnement et à la lenteur de la transfusion.

***Traitement de l’œdème du poumon :***

Le traitement de l’OAP post-transfusionnel par surcharge est celui habituellement recommandé, associant de l’oxygène en cas d’hypoxie, des diurétiques de l’anse, des dérivés nitrés si la pression artérielle le permet.

***Transfusion plasma et plaquettes***

 La délivrance des PFC (Plasmas Frais Congelés) et des concentrés plaquettaires chez le sujet âgé sont en tous points conformes aux autres patients. Cependant, faire très attention au volume qui ajouté à des concentrés globulaires peut déclencher ou aggraver une surcharge volumique

***Conclusion***

Il s’agit d’une population hétérogène et d’équilibre instable. Les signes cliniques d’intolérance sont souvent aspécifiques sur ce terrain. Il faut privilégier le fractionnement (1 CGR à la fois) et la transfusion lente (<5ml/mn) cela en dehors d’un saignement très actif ou d’une situation d’urgence. Il faut une bonne évaluation du risque transfusionnel avec fractionnement et lenteur de transfusion chez les patients à risques.

Les patients avec altération de la fonction systolique, et/ou ayant une valvulopathie, et/ou âgés de plus de 70 ans, d’autant qu’il existe un ou des facteur(s) de risques surajoutés tel(s) que : HTA (Hypertension Artérielle), fibrillation atriale, IRA (Insuffisance Rénale Aigüe) ou IRC (Insuffisance Rénale Chronique), syndrome infectieux.

 Tout cela repose sur une bonne identification des patients et des circonstances à risques, sur la maîtrise de la prescription et par une formation appropriée des équipes soignantes.