



# UNIVERSITE BATNA 2

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022



## TD: TRANSFUSION SANGUINE

DR R-NACIB  
SERVICE D'HEMATOLOGIE CLCC BATNA

# PLAN

- DEFINITION
- INDICATIONS
- SUIVI

# DEFINITION

- Acte therapeutique
- Passage du sang total ou l'un de ses constituants d'un sujet sain **donneur** a un sujet malade dit **receveur**

- **INDICATIONS**

# *CGR*

- **Le but de la transfusion de CGR :**  
maintenir à niveau le transporteur d'oxygène (hémoglobine des hématies) dans le sang pour assurer l'apport de ce gaz ( $O_2$ ) aux tissus.

# *CGR*

- Prise en compte d'un taux d'hémoglobine (7 g/dL) pour les sujets sans antécédents **mais**
- à moduler selon:
- Selon la rapidité de son installation et son évolution immédiate
- la tolérance cardio-pneumologique
- la possibilité d'un traitement étiologique
- le rapport risque/efficacité de la transfusion

**On transfuse un patient et pas un chiffre**

# CGR

- En cas de transfusion prévisible et programmable (chirurgie à risque hémorragique important)
- En cas de traitement à base de chimiothérapies maintenir un taux hb au alentours de 8 g/dl
- *Chez un adulte, la transfusion d'un CGR augmente l'Hb du patient de 0,7 à 1,4 g.dL<sup>-1</sup>. Chez l'enfant, la transfusion de 3 à 4 mL/kg augmente l'Hb de l'enfant de 1g.dL<sup>-1</sup>.*

# CONCENTRES PLAQUETTAIRES

- **Le but de la transfusion de concentrés de plaquettes** est de maintenir une concentration de plaquettes chez le patient suffisante afin de prévenir tout risque hémorragique.



# CONCENTRES PLAQUETTAIRES

- **Indications :**
- **Traitement préventif** des hémorragies : Au cours des thrombopénies centrales : seuil de  $10 \times 10^9$  plaquettes/L
- à l'occasion d'un geste invasif si le taux de plaquettes est inférieur à  $50 \times 10^9$  /L (une recommandation à  $100 \times 10^9$  /L pour les interventions en ophtalmologie et en neurochirurgie)

# CONCENTRES PLAQUETTAIRES

- **Traitement curatif** des hémorragies : au cours d'une thrombopénie centrale (mais l'efficacité est moindre en cas de thrombopénie périphérique): seuil de 20000/mm<sup>3</sup> si existence d'une fièvre ou hémorragie active notamment cérébrale
- Au cours d'une thrombopathie lors d'actes invasifs

# Les plasmas frais congelés

- **Les plasmas frais congelés (PFC)** apportent l'ensemble des protéines plasmatiques (en particulier les facteurs de la coagulation et les fractions du complément)

# Les plasmas frais congelés

- Le plasma est indiqué:
- lors de déficits complexes rares en facteurs de coagulation
- lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles. Les facteurs de coagulation non disponibles comme médicaments dérivés du sang sont le facteur V, la protéine S et le plasminogène..

SUIVI

# PREPARATION

- **L'infirmier(e)** doit preparer le materiel necessaire
- prendre plusieurs dispositions vis à vis du patient:
- le patient a bien été **informé** par le médecin avant la transfusion (**consentement**)
- **expliquer** au patient le déroulement de la transfusion afin de le mettre en confiance
- demander au patient de **prendre ses dispositions** avant la pose de la transfusion (aller aux toilettes)
- Evaluer et choisir la **voie veineuse** pour la transfusion

# PREPARATION

- Comparer le groupage (**AVEC DEUX DETREMINATIONS VALIDES**) du patient avec celui de la poche préférence **isogroupe iso RH**,
- Test de **compatibilité** au lit du malade
- Remplir le registre de transfusion
- Le **temps** de transfusion doit être le **plus lent possible** au début (5ml/min), **puis plus rapide** (10ml/min) si l'aspect

**CGR**

1h à 1h30

**Plasma**

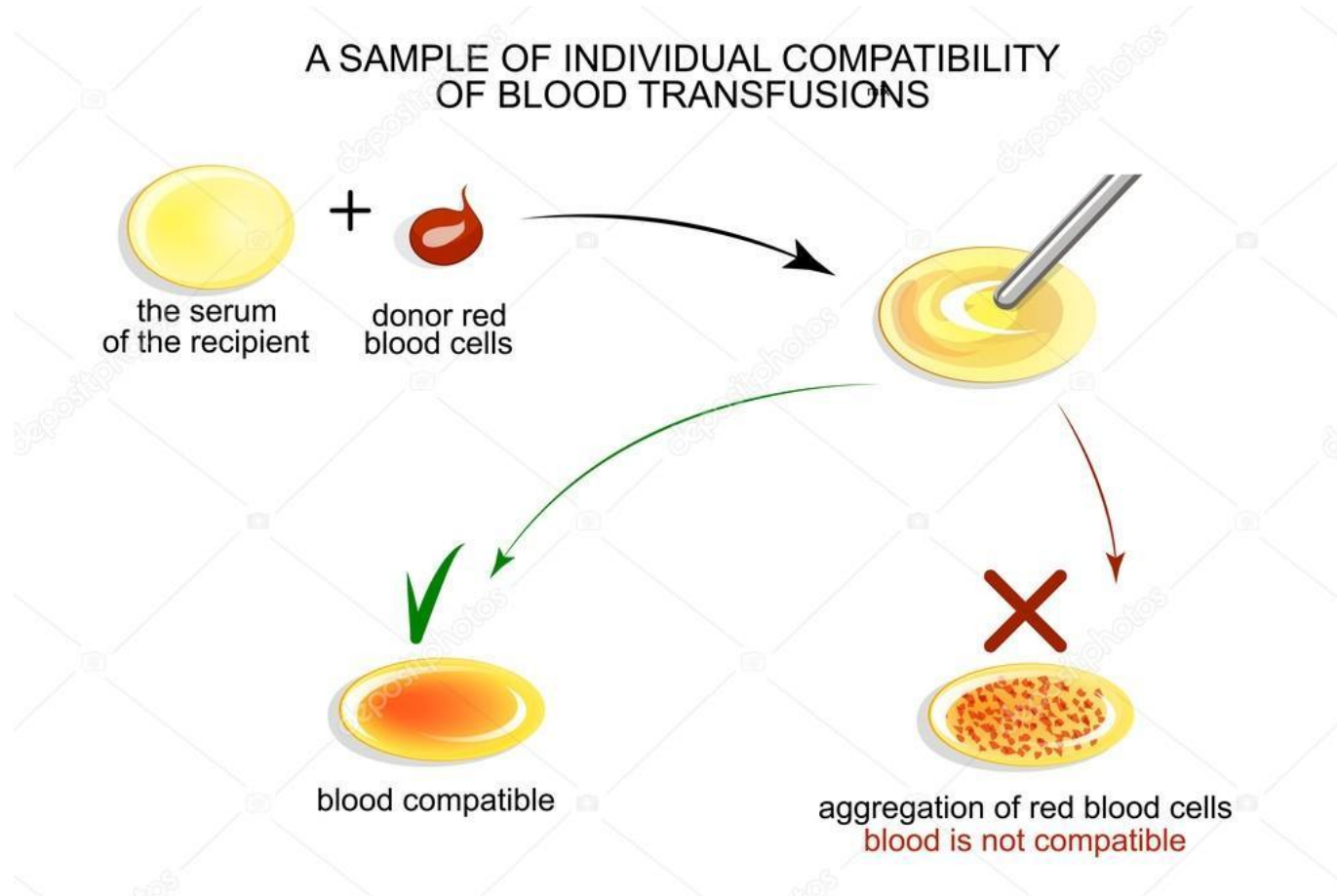
20 à 30 min

**Plaquettes**

15 à 20 min



# Test de compatibilité au lit du malade



# MISE EN ROUTE

- Durant la transfusion, le patient devra être surveillé attentivement **les 15 premières minutes** puis régulièrement par la suite avec prise des **constantes**.
- Les constantes seront également prises après la transfusion sanguine

# MISE EN ROUTE

- La surveillance du patient devra être réalisée jusqu'à 24h après la transfusion sanguine en cas d'hospitalisation.
- Toute anomalie doit être signalée le plus rapidement possible au médecin.

# MISE EN ROUTE

- Les produits transfusés doivent être conservés au minimum 2 heures après la fin de la transfusion afin d'avoir les produits en cas d'effet indésirable retardé.
- Pour chaque accident ou incident, signaler l'événement au correspondant d'hémovigilance de l'établissement de soins

# FACE A UN ACCIDENT

- **Les signes possibles traduisant la mauvaise tolérance d'une transfusion sont :**

- 1- hyperthermie avec ou sans frissons
- 2-agitation
- 3- sensation de chaleur
- 4-douleurs lombaires ou surtout thoraciques
- 5-hypotension voire collapsus, plus rarement hypertension
- 6-nausées ou vomissements, diarrhée
- 7- bouffées de chaleur
- 8-dyspnée
- 9- pâleur
- 10-sensation de prurit ou d'urticaire
- 11- tachycardie.

# FACE A UN ACCIDENT

- L'observation d'un ou plusieurs de ces signes impose :

- 1-L'[arrêt immédiat de la transfusion](#), l'appel du médecin de proximité
- 2-Le maintien d'une voie d'abord pour la perfusion d'un soluté
- 3-Un examen clinique incluant la prise de la température, de la pression artérielle, la mesure de la fréquence cardiaque, l'examen des urines
- 4-La mise en place des mesures thérapeutiques immédiates (réanimation)

## FACE A UN ACCIDENT

5-La transmission des unités de sang au laboratoire de bactériologie en cas de suspicion d'accident par contamination bactérienne

6-au laboratoire d'immuno-hématologie en cas de suspicion d'accident immuno-hémolytique (accompagnées de prélèvements du malade)

## FACE A UN ACCIDENT

- L'ensemble des observations fera l'objet d'une déclaration dans les 48 heures au réseau d'hémovigilance sur une Fiche d'Evènement Indésirable Receveur (FEIR).
-