

## LA TRANSFUSION DE PLAQUETTES

Recommandations HAS - ANSM octobre 2015

### 1. Transfusion en chirurgie et obstétrique

Les seuils de plaquettes justifiant la transfusion dans un contexte péri-opératoire ne sont pas clairement définis. En règle générale le seuil transfusionnel se situe à 50 G.L<sup>-1</sup>.

#### • En cas de geste effractif :

Numération plaquettaire (NP) > 50 G.L<sup>-1</sup> : ponction-biopsie hépatique transpariétale, ponction lombaire, fibroscopie bronchique avec biopsie, endoscopie digestive avec biopsie, pose de voie veineuse centrale...

#### • En cas de geste chirurgical :

Sauf pour neurochirurgie et chirurgie ophtalmologique où une NP de 100 G.L<sup>-1</sup> est requise, le plus souvent une NP de 50 G.L<sup>-1</sup> est suffisante.

#### • En obstétrique :

La transfusion plaquettaire (TSP) est recommandée avant la césarienne et une rachianesthésie pour une NP < 50 G.L<sup>-1</sup>, pour une péridurale si NP < 80 G.L<sup>-1</sup> et avant l'accouchement par voie basse pour une NP < 30 G.L<sup>-1</sup>

### 2. Transfusion en médecine

#### • Thrombopénies centrales :

##### - TSP prophylactique :

Grade A : aucun facteur de risque : 10 G.L<sup>-1</sup>.

Grade B : fièvre > 38°5 C, infection, HTA, lésion à potentiel hémorragique, mucite grade > 2, chute rapide de la NP en 72 heures : 20 G.L<sup>-1</sup>.

Grade C : anticoagulant, coagulopathie : 50 G.L<sup>-1</sup>. Geste invasif : 50 G.L<sup>-1</sup>.

##### - TSP curative :

En cas de saignement actif (hémorragie extériorisée), purpura pétéchiol extensif, hématome extensif, hémorragie rétinienne, bulle hémorragique buccale, déglobulisation rapide, céphalées, troubles visuels brutaux, signes neurologiques focalisés d'apparition brutale, il peut être nécessaire de maintenir des plaquettes > 50 G.L<sup>-1</sup>.

Dans les situations à risque (aplasies longues et greffes de cellules souches hématopoïétiques), il est recommandé de rechercher l'existence d'une allo-immunisation anti HLA avant toute transfusion chez les sujets à risques d'allo-immunisation préalable (antécédents obstétricaux et transfusés).

#### • Thrombopénies périphériques :

- **Hypersplénisme** : cela ne constitue pas une indication de transfusion sauf en cas de syndrome hémorragique mettant en jeu le pronostic vital.

- **CIVD** : le traitement repose avant tout sur le traitement de la cause, l'indication est portée lorsque les manifestations hémorragiques sont au premier plan, en hématologie, la TS plaquettaire est recommandée s'il existe une CIVD au cours des leucémies pro-myélocytaires.

- **Purpura thrombopénique auto-immun et MAT** : les plaquettes transfusées sont détruites comme les plaquettes du patient. La transfusion de plaquettes est contre-indiquée sauf si urgence hémorragique mettant en jeu le pronostic vital.

#### Dose de plaquettes à transfuser :

- 0,5 à 0,7 x 10<sup>11</sup> pour 10 kg de poids
- > 1 x 10<sup>11</sup> en cas d'état réfractaire (en apport fractionné)
- 0,1 à 0,2 x 10<sup>11</sup> par kg chez le nouveau né

Le poids du malade et la NP doivent figurer réglementairement sur l'ordonnance.

2 types de produits sont disponibles :

- concentré d'aphérèse déleucocyté (CPA)
- mélange de concentrés de plaquettes standard déleucocyté (MCP).

Service d'hémovigilance - Sécurité transfusionnelle

Centre hospitalier universitaire de Limoges

2, avenue Martin Luther King - 87042 Limoges cedex

Tél. 05 55 05 55 55

www.chu-limoges.fr

# Aide à la prescription des Produits Sanguins Labiles : globules rouges, plasma, plaquettes

Un conseil ? des questions ?

Appeler le médecin

de l'EFS au 51055

ou le médecin

hémobiologiste au 56405

COM-DS-177C - PAO 08-01 / 07-03-2017



Hémovigilance



## LA TRANSFUSION DE GLOBULES ROUGES (CGR) :

Recommandations HAS novembre 2014

### 1. En situation d'urgence hémorragique, d'anesthésie et de réanimation

- La correction de l'hypovolémie est un objectif prioritaire.
- L'indication transfusionnelle ne se discute pas en cas de choc avéré avec insuffisance circulatoire au cours d'une hémorragie aiguë.
- La mauvaise tolérance à l'anémie aiguë justifie la décision transfusionnelle. Elle est jugée sur la persistance malgré la correction de l'hypovolémie, des symptômes observés, associés à une chute de la concentration d'hémoglobine (Hb) ou à un contexte clinique rendant celle-ci évidente.
- L'objectif de la transfusion (TS) n'est pas la normalisation de la concentration d'Hb, mais la correction des signes d'intolérance.
- Une Hb à 7 g/dl (Ht : 21 %) est acceptable pour des sujets sans tare.
- Une Hb à 8 g/dl (Ht : 24 %) est acceptable comme concentration minimale :
  - pré-opératoire dans les chirurgies pour lesquelles il n'est pas attendu de pertes supérieures à 500 ml de sang
  - post-opératoire pour la plupart des opérés de chirurgie cardiaque per-opératoire ou post-opératoire pour la plupart de classe ASA II ou III.
- Une Hb à 10 g/dl (Ht : 30 %) est acceptable :
  - chez les patients qui ne peuvent augmenter leur débit cardiaque ou un débit régional pour compenser l'hémodilution en post-opératoire.
  - en cas de complications augmentant de façon importante la consommation d'O<sub>2</sub>
  - chez les patients âgés (> 65 ans)
  - chez les patients nécessitant une ventilation mécanique prolongée
  - chez les nouveau-nés (sauf si pathologie pulmonaire).

**En cas d'urgence hémorragique, fractionner les prescriptions et réévaluer fréquemment l'état du patient.**

Les transfusions pour des concentrations > 10 g/dl sont généralement inutiles.

### 2. En situation d'anémie chronique

L'enquête diagnostique à la recherche de la cause systématique, est souvent réalisable avant la transfusion et peut parfois l'éviter.

L'indication d'une TS de CGR doit être discutée suivant :

- La sévérité de l'anémie
- La cause et le mode d'installation
- Les alternatives possibles à la TS
- Le rapport bénéfice/risques

#### En pratique :

- si Hb < 7 g/dl, signes cliniques d'intolérance fréquents → TS
- si 7 g/dl < Hb < 8 g/dl et si signes cliniques de mauvaise tolérance → TS nécessaire
- si 8 g/dl < Hb < 10 g/dl → pas d'indication de TS en l'absence de défaillance des mécanismes compensateurs cardio-pulmonaires

**En cas d'anémie chronique, pas de délivrance de plus de 2 CGR à chaque prescription.**

### 3. Cas particulier de la transfusion en gériatrie

- s'assurer d'une bonne voie veineuse
- ne prescrire qu'1 CGR à la fois
- durée moyenne de transfusion 2h environ
- pas d'association systématique de diurétiques
- surveiller outre les paramètres habituels (fréquence cardiaque, PA, température), la fréquence respiratoire et la saturation en O<sub>2</sub>
- en cas de transfusion en hôpital de jour, examen avant sortie et information sur les symptômes d'alerte de l'OAP.

## LA TRANSFUSION DE PLASMA THERAPEUTIQUE :

Recommandations ANSM juin 2012

- Indication de PFC seulement si association : soit d'une hémorragie, soit d'un geste à risque hémorragique et d'une anomalie profonde de l'hémostase définie par :
  - fibrinogène < 1 g/L
  - TP < 40 % (TQ > 1,5)
  - TCA > 1,5 à 1,8 Témoin
- En cas de choc hémorragique et/ou d'hémorragie massive, la commande de plasma doit être précoce sans attendre les résultats de l'hémostase (5 CGR en 3 heures).
- Déficits complexes rares en facteur de coagulation, lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.

**Dose de plasma à transfuser :**  
**10 à 15 ml/kg**

2 indications sont également retenues :

- les micro-angiopathies thrombotiques
- les échanges plasmatiques, lorsqu'il y a risque hémorragique du fait des modifications induites de l'hémostase (10 à 30 ml/kg) par les échanges avec l'albumine.