

ANNEXE LR 8

CIRCULAIRE N° 71/93

OBJET /: Utilisation rationnelle du sang et de ses dérivés

La transfusion des produits sanguins comporte des risques sérieux de transmission d'agents infectieux (tels les virus de l'immunodéficience humaine et les virus des hépatites), d'accident immunologique (hémolyse intravasculaire et allo-immunisation par exemple) et de surcharge circulatoire.

La diminution de ces risques passe par une bonne connaissance des indications et des effets indésirables de ces produits.

La présente circulaire a pour objet d'établir des lignes directrices pour une utilisation rationnelle du sang et de ses dérivés.

1/. RECOMMANDATIONS GENERALES :

1.1 - La décision de transfuser du sang ou ses dérivés doit s'appuyer sur une évaluation bien conduite attestant que seule la transfusion permet d'épargner une vie ou de prévenir une pathologie majeure.

1.2 - Il faut tout mettre en oeuvre afin d'éviter l'emploi des produits sanguins dans les cas où il est possible de recourir à d'autres stratégies de traitement et de prévention.

1.3 - La transfusion de sang ou ses dérivés se fait sous la responsabilité directe du médecin prescripteur.

1.4 - Une fiche transfusionnelle établie sur papier cartonné selon le modèle ci-joint, mise à la disposition des services transfuseurs par l'administration de l'hôpital, doit être dûment remplie à chaque transfusion du patient et figurer dans son dossier.

1.5 - Le Centre de Transfusion Sanguine ou la Banque du Sang ayant délivré le produit sanguin doit être informé de son utilisation précise et de la survenue éventuelle d'incidents et d'accidents transfusionnels.

2/. INDICATIONS :

2.1 - Hémorragies

La transfusion de sang ne doit pas être la réponse immédiate à une hémorragie aiguë car dans un premier temps le rétablissement de la volémie est plus urgent que le remplacement des globules.

L'exactitude du diagnostic, le contrôle de l'hémorragie par un éventuel geste d'hémostase prompt et méticuleux, une bonne oxygénation, le rétablissement de la volémie à l'aide de substituts du plasma (cristalloïdes et colloïdes) peuvent éviter le recours à la transfusion de sang.

En règle générale, un adulte auparavant en bonne santé peut supporter sans transfusion une perte sanguine aiguë de 20% (environ 1 litre)

La transfusion s'impose quand la perte dépasse 30% en cas d'hémorragie massive.

L'appréciation clinique et biologique de l'état du patient reste, en dernier ressort, le seul guide du médecin dans ses prescriptions.

2.2 - Brûlures

La restauration de la volémie par des cristalloïdes et des colloïdes est parfois suffisante pendant les premières 24 heures.

L'albumine et les fractions protéiques plasmatiques sont les préparations de première intention dans la correction des déplétions protéiques aiguës des brûlés. A défaut, on peut utiliser du plasma frais congelé (PFC) ou du plasma dépourvu de cryoprotéines (PDC).

2.3 - Chirurgie

La décision de transfuser un patient anémique devant subir une intervention chirurgicale doit se fonder sur la vitesse d'évolution de l'anémie, de son impact sur le pronostic, et pas seulement sur une concentration en hémoglobine ou un seuil d'hématocrite arbitrairement définis.

La quantité de sang prévue pour une intervention chirurgicale dépend du type et de la complexité du geste. Elle sera déterminée conformément aux pratiques chirurgicales courantes tout en évitant le stockage des produits sanguins dans le service.

Il convient de développer les techniques d'économie de sang (transfusion autologue différée en vue d'une intervention programmée, hémodilution normovolémique préopératoire et transfusion autologue per-opératoire par récupération de sang épanché) dans la mesure des moyens disponibles.

La mise en œuvre d'une stratégie transfusionnelle doit faire l'objet d'un consensus et d'une étroite collaboration des différents intervenants (responsable de la structure transfusionnelle, anesthésiste et chirurgien).

2.4 - Anémies

a) - Anémies carencielles

Pour prévenir les anémies carencielles et ainsi diminuer le recours aux transfusions, il y a lieu de :

- traiter systématiquement les femmes enceintes par du fer et des folates ;
- prescrire un apport prophylactique de vitamine K à tous les nouveau-nés ;
- faire varier l'alimentation des nourrissons dès l'âge de 4 mois, le lait étant un aliment très pauvre en fer.

En principe, la transfusion de globules rouges n'est pas indiquée en cas d'anémie ferriprive ou mégalo-blastique par carence en vitamine B 12 et folates, même si le taux d'hémoglobine paraît très abaissé car l'installation de l'anémie est toujours très progressive et l'organisme finit par s'y adapter.

Cependant, la transfusion est justifiée en cas d'insuffisance cardiaque (pronostic vital), ou de grossesse au troisième trimestre (pronostic foetal) si le taux d'hémoglobine est inférieur à 7g/100 ml.

Dans tous les autres cas, le recours au fer et/ou à la vitamine B 12 et les folates sont suffisants pour permettre un rétablissement du taux de l'hémoglobine.

b) - Anémies hémolytiques

A l'exception de l'anémie hémolytique auto-immune, les anémies hémolytiques sont justifiées de transfusion si le taux d'hémoglobine est inférieur à 8g/100 ml. Toutefois, la prescription systématique de folates permet une diminution du rythme transfusionnel.

2.5 - Troubles de l'hémostase

L'avis d'un spécialiste est absolument nécessaire pour le traitement des troubles de l'hémostase.

a) - Anomalies plaquettaires

La transfusion des plaquettes à raison d'un concentré standard de plaquettes par 7 kg de poids n'est indiquée que dans les thrombopénies d'origine centrale ou les anomalies de la fonction plaquettaire quand le risque hémorragique menace le pronostic vital et fonctionnel. En effet, la transfusion des plaquettes est très immunogène.

b) - Coagulation intravasculaire disséminée

Toute coagulation intravasculaire disséminée (C.I.V.D) impose la recherche et la correction de la cause sous-jacente. En aucun cas, on n'utilisera du fibrinogène ou des concentrés de facteurs (PFSH).

Compte tenu de l'importance que j'attache à la bonne utilisation des produits sanguins, je ne saurais insister auprès des praticiens pour le respect des recommandations portées sur cette circulaire.

Le Ministre de la Santé Publique



Signé : Docteur Hédi M'HENNI

DESTINATAIRES:

MESDAMES ET MESSIEURS:

- Les Médecins des Structures Sanitaires
Publiques et Privées) POUR
EXECUTION

- Les Directeurs Régionaux de la Santé Publique) POUR
INFORMATION
- Les Inspecteurs Médicaux de la Santé Publique) ET SUIVI

- Le Président du Conseil National de l'Ordre des
Médecins) POUR
- Les Directeurs des Hôpitaux, Instituts et
Centres Spécialisés) INFORMATION
ET
- Les Directeurs des Etablissements Sanitaires
Privés) DIFFUSION

- Le Directeur du Centre National de Transfusion
Sanguine) POUR
- Les Responsables des Centres Régionaux de
Transfusion Sanguine et des Banques du Sang) INFORMATION
- Les Directeurs de l'Administration Centrale)

