

Urgence et Transfusion : Place du Plasma

Indications cliniques et mise en œuvre
Organisation et mise à disposition du plasma
Propositions à la suite de décès survenus en PACA

Les Faits : Deux Décès

Une Hémorragie de la Délivrance

Site EFS à proximité immédiate de l'ES

Entrée Mme X, 39 ans, 3^{ème} grossesse

Accouchement déclenché 8h 40 à 16h 15 (naissance)

16h 21 Délivrance dirigée

16h 25 Constat d'un saignement en cours d'origine endo-utérine

De 16h 21 à 16h 40 recueil de 3 à 3,5l de sang dans poche

16h 40 Passage 1^{er} Nalador, puis vasopresseurs et remplissage

globe utérin tonique avec hémorragie distillante

16h 40 Prélèvements sanguins dont les résultats ne seront connus que lors du décès

16h 58 Commande de CGR - 17h 32 commande de plasma

17h 05 Prévision d'embolisation (ne sera pas réalisée)

17h 14 Bradycardie - massage cardiaque

17h 20 Amines pressives

De 16h 40 à 17h 40 perte supplémentaire de 650cc de sang

17h 45 2^{ème} Nalador

18h Redémarrage de l'activité cardiaque

18h 05 Décision d'hystérectomie et passage au Bloc opératoire

18h 55 Hystérectomie d'hémostase

Constat de rupture utérine latérale gauche

Décès 19h 10.

Hémorragie d'emblée massive de 16h 21 à 16h 40

Début réel de transfusion à 17h 15

Transfusions successives de 3 CGR, 1 CP, 2 CGR, puis de 2 Plasmas (début 17h 50),

Suivis de 2 CGR, 1 CP, puis 2 Plasmas à 19h.

Résultats prélèvements de 16h 59 (connus après le décès) :

Hb 9,5 g/l - TP < 10% - fibrinogène à 0,6 g/l plaquettes 118 000

Rang et quantité de transfusion de plasma ?

Contexte

Elaboration des Recommandations de transfusion de plasma en importance et en rang par rapport aux CGR, aux autres molécules, lors d'hémorragies massives, ou d'hémorragies importantes et rapides.

Conclusion

Place précoce de l'utilisation du plasma dès les signes cliniques et/ou biologiques, et de l'appréciation princeps des pertes sanguines et de leur vitesse d'installation, de leur compensation et correction, par les acteurs cliniciens.

En cas d'urgence vitale immédiate lors d'une hémorragie massive, voire importante et d'évolution rapide, tout établissement doit pouvoir disposer de CGR et de Plasma dans les meilleurs délais.

Utilisation et mise en œuvre

Utilisation : à consolider après les recommandations sur l'utilisation du plasma.

Contribution des professionnels et des acteurs régionaux à l'évolution des recommandations et des pratiques par les retours d'expérience.

La réduction de la mortalité et de la morbidité lors d'hémorragie massive ou importante - enjeu majeur de santé publique - dépend de l'action systémique des professionnels réunis. Il appartient aux cliniciens d'anticiper les risques des hémorragies massives ou importantes d'évolution rapide, aux responsables de dépôts et de sites EFS de mettre à disposition les plasmas, aux coordonnateurs de veiller au maillage et à une organisation fonctionnelle dès l'élaboration des SOTS, et aux ARS d'apporter leur contribution à cette organisation.

Auteur : J-P Aullen coordonnateur régional d'hémovigilance PACA.

Remerciements : les acteurs des établissements de santé pour leur confiance et leur participation, L. Barat, D. Benhamou, J-M. Busseron pour leur avis.

Une Hémorragie d'une artère fémorale compliquée

Pôle de santé public-privé (dépôt relais-urgence vitale - ES public)

Femme de 82 ans. Antécédents gynécologiques, cardiaques (RM et troubles du rythme) et vasculaires

J-1 Syndrome ischémique du membre inférieur gauche (origine embolique / INR trop bas), avec alternances de traitements médicaux

J 0 Intervention Angioplastie transluminale artère poplitée.

CRO Cathétérisme artère fémorale superficielle difficile.

J+1 (féié) Sort matin (malaise au décours intervention)

J+1 19h 00 Retour urgences après 3 malaises (une PC),

Echographie : Hématome rétropéritonéal (environ 2l)

Pas d'estimation précise des pertes au décours des actes

Commande de 3 CGR en urgence relative (pas de plasma).

J+1 21H 08 Hémostase de la partie supérieure de l'artère fémorale

commune et Evacuation partielle de l'hématome rétropéritonéal

Pas d'exams de coagulation demandés

Transfusion après l'intervention : CGR 1^{er} 23h 00. CGR 2^{ème} 23h 20.

CGR 3^{ème} 0h 00.

J+2 6h 00 Patient téléphone. Tout va bien.

J+2 8h 00 Premiers signes cliniques, puis 8h 45 : dégradation rapide

Décès 12h25.

J+4 Découverte par traçabilité de la transfusion CGR A+ pour patiente O+ lors du 3^{ème} CGR, en raison d'absences de contrôle de concordance lors du « transfert », à réception et lors de la transfusion, d'assistance informatique.

Effets retardés possibles suite à dilution type « ABO » ? Pas de surveillance retrouvée 0 - 30 mn

Hémorragie de + 2l, découverte 28h après première intervention.

Début de transfusion 3 CGR 4h après constat, 33h après début

Pas de demande de fibrinogène. Pas de transfusion de plasma.

Examens biologiques : dégradation progressive, s'accélération

brutalement à J + 2 à partir de 8h 50 du matin

CIVD clinique et biologique (non totalement documentée) et

Défaillance sécurité actes chirurgicaux. EIR de type « ABO »

retardé par dilution ? Incident Grave Chaîne Transfusionnelle.

Indications thérapeutiques du plasma ?