



Etablissement Français du Sang

LE LIEN ENTRE LA GÉNÉROSITÉ DES DONNEURS DE SANG ET LES BESOINS DES MALADES

Un accident grave évitable,
la surcharge
TACO
(Transfusion-Associated Circulatory Overload)

Nous n'avons pas de conflit d'intérêt en relation avec cette présentation



Chronologie des faits

Le 4 septembre 2013

Une patiente de 82 ans, 50 kg est hospitalisée pour sa troisième cure de chimiothérapie suite à une néoplasie du poumon.

L'examen clinique était sans particularité. Cette cure de chimiothérapie est faite avec une tolérance immédiate satisfaisante.

A J2, on note une fièvre à 38°C sans documentation bactériologique particulière.

Suite à cet événement et conformément au souhait de la patiente, le service décide de l'hospitaliser (car la patiente réside seule à son domicile).

Chronologie des faits

Le 09 septembre 2013, matin → Hémoglobine à 8,3g/dl (10,2 le 28/8)

Vu le contexte une demande de 2 CGR a été faite et transmise au service de délivrance.

A 13h36 le site transfusionnel référent reçoit une demande de 2 CGR phénotypés pour une transfusion prévue à **16h00**.

Les CGR ont été délivrés à **16h06** et réceptionnés par l'infirmière du service à **16h20**.

Avant transfusion :

→ TA : 129/75, saturation : 88%, température : 37,6°

Le premier CGR est posé à **16h30** et se termine à **17h**

→ avec : TA : 140/95, saturation : 86%, température : 37,4°

Chronologie des faits

Le 09 septembre 2013

Le deuxième CGR est posé à 17h30 et se termine à 18h40.

→ avec : TA : 157/90, saturation : 90%, température : 37,4°

La patiente est très angoissée et essoufflée. Elle est mise sous oxygène: la saturation remonte à 94%. La TA est alors 190/104 et le pouls à 122.

Une nouvelle mesure prise 5 minutes après donne :

TA : 144/77, saturation : 96%, pouls : 114.

Chronologie des faits

Le 09 septembre 2013

A 20h30, l'interne de garde est appelé. La patiente est dyspnéique, avec des râles crépitants des deux bases, température : 37,9°C. Une prescription de 80 mg de Lasilix + pousse seringue de Risordan + ½ ampoule de digoxine en flash IV

La saturation est à 94%

A 23h45, la patiente est anxieuse et fiévreuse (39°C): l'IDE va chercher de quoi la rafraîchir. La patiente est décédée à son retour.

Le décès est constaté à 00h10.

Chronologie des faits

La déclaration est réalisée dans les délais (le 11/9)

Une première orientation vers un OAP est investiguée, la fiche de suspicion d'OAP de l'ANSM a été remplie.

→ Le débit de transfusion a été mis en cause.

l'ANSM demande de déclarer une FIG associée à la FEIR (respect des recommandations de 2002)

En parallèle sont investigués TRALI et IBTT (culture de PSL et hémocultures patiente sont négatives).

Indication de la transfusion: hémoglobine à 8,3 g/dl (vu le contexte clinique ce taux risque de baisser)

Vitesse de transfusion ?

Afssaps août 2002 : « Le débit de la transfusion doit être lent pendant les 15 premières minutes ($< 5 \text{ mL/min}$) puis augmenté (jusqu'à 10 mL/min-1) en l'absence de signes cliniques d'intolérance.

En cas de surcharge volémique, notamment en cas d'insuffisance cardiaque, la vitesse de transfusion reste lente ($< 5 \text{ mL.min-1}$). La position demi-assise et l'emploi de diurétiques peuvent être indiqués ».

En pratique :

Transfuser un CGR entre 1/2 heure et 1 heure $\frac{1}{2}$
(à adapter en fonction de la situation clinique du patient).

Mise au point sur les œdèmes aigus pulmonaires de surcharge post-transfusionnel (ANSM septembre 2013)

Situations à risque de TACO

Patients avec altération de la fonction systolique (fraction d'éjection < 40%)
Patients porteurs d'un rétrécissement aortique serré (<1cm²) ou d'un rétrécissement mitral serré (<1,5cm²)
Patients âgés de plus de 70 ans

Ce risque sera d'autant plus faible que la transfusion sera lente (1 CGR sur 1 heure par exemple) et fractionnée (transfusions espacées de 3h, ou fractionnées sur plusieurs jours si possible).

Mise au point sur les œdèmes aigus pulmonaires de surcharge post-transfusionnel (ANSM septembre 2013)

Le diagnostic de TACO impose d'affirmer l'existence d'un œdème pulmonaire.

Signes cliniques :

Dyspnée et orthopnée, expectoration mousseuse

Angoisse intense

tachycardie

Râles crépitants pulmonaires

Pression artérielle plutôt élevée

Amélioration rapide sous diurétique / vasodilatateur

La patiente décédée répond au tableau.

Mise au point sur les œdèmes aigus pulmonaires de surcharge post-transfusionnel (ANSM septembre 2013)

La prise en charge thérapeutique doit être réévaluée dans les 30 minutes suivant l'initiation du traitement initial.

→ Baisse PAS, baisse FC, amélioration clinique

La prescription de l'interne et la surveillance semblent conformes

Mise au point sur les oedèmes aigus pulmonaires de surcharge post-transfusionnel (ANSM septembre 2013)

Pour un patient à risque, la transfusion de CGR doit être prescrite unité par unité. Il est important de prendre en compte le poids du patient, le débit doit être ralenti à 2 ml/kg/h (sans dépasser 3 heures).

Possibilité de fractionner la transfusion : Certaines équipes transfusent un seul CGR au lieu des deux habituellement prescrits. Le deuxième est, soit transfusé le lendemain, soit en fonction du taux d'Hb et de la tolérance le jour même.

La prescription d'un diurétique est souvent utilisée chez le sujet âgé. Elle n'est pas recommandée d'une manière systématique

Un accident grave évitable

La première poche de 301 ml a été passée en 30mn => 12 ml/kg/h

Rapport ANSM de septembre 2013: préconise pour les personnes âgées (âge > 70 ans) un débit transfusionnel de 2 ml/kg/h

=> la poche aurait dû être transfusée en 3 heures

Le second CGR de 320 ml a été passé de 17h20 à 18h40
soit un débit de 4,8 ml/kg/mn élevé pour la recommandation de 2013

Mais débit de 3,2 ml/mn conforme pour les recommandation Afssaps 2002

Le suivi de la patiente et le traitement semblent ensuite adaptés

=> la transfusion du deuxième CGR aurait dû être reportée au lendemain

Plan d'action

La Prescription: Importance de fractionner

Acte transfusionnel: Mise à jour du référentiel interne du CH concerné

Intégration de la notion du débit recommandé chez les personnes à risque d'OAP. Importance d'espacer les poches chez le sujet à risque OAP.

Information des prescripteurs: accueil des nouveaux internes et réunions de services

Formation des IDE: de l'importance du fractionnement des doses et du débit à adopter chez la personne à risque d'OAP, en particulier le sujet âgé de plus de 70 ans.