



Morbidités prévalentes après 65 ans (maladies chroniques++)

Cardio-vasculaires : 19 %
Ophthalmologiques : 17 %
Affections buccales et dentaires : 12 %
Ostéo-articulaires : 11 %
Endocriniennes et métaboliques : 9 %
Digestives : 8 %
Troubles "mentaux" et du sommeil : 6 %
ORL : 4 % ; Génito-urinaires : 3 %
Tumeurs : 2 % ; respiratoires : 2 %
Autres : 7 %

D'après Dr R. Mahmoudi, CHU Reims, journée Montsouris le 15 /10/2009

5



chez les PA.....

- Diminution des réserves physiologiques
- Environ 40% des PA de + de 80 ans présentent une affection cardio-vasculaire et environ 20% un syndrome démentiel
→ *particulièrement sensible à l'anémie aiguë mais aussi à la surcharge volumique*
- Interaction fréquentes des maladies chroniques
- Atypie de révélation des maladies

D'après Dr R. Mahmoudi, CHU Reims, journée Montsouris le 15 /10/2009

6



Mais la transfusion peut entrer dans le champ de la pathologie iatrogène.....



Il faut penser à certains pièges :

- l'hémodilution, ainsi que l'augmentation du volume du secteur vasculaire, peuvent avoir pour conséquence un abaissement de la quantité de l'hémoglobine : **FAUSSE ANEMIE.**
- l'hémoconcentration et l'hypovolémie majorent la quantité de l'hémoglobine et peuvent faire méconnaître une anémie.
- Pertes sanguines : prélèvement sanguins, saignements lors des soins

7



il faut rechercher les différentes causes d'anémies :

- ▶ Carences martiale et inflammation
- ▶ Carences martiale associée à une carence protidique et vitaminiques = problèmes nutritionnels
- ▶ Alcoolisme (macrocytose), malabsorption de la vitamine B12 et des folates.
- ▶ Hémolyse accrue par hypersplénisme et saignements digestifs.

8



Transfusion en gériatrie

Anémie, prévalence augmente après 50 ans
Probablement le problème hématologique le plus fréquent chez PA

Rechercher une cause curable devant baisse du taux d'Hb,

Poser indication de la transfusion (bénéfice/Risque)

Adapter thérapeutique transfusionnelle au patient
(âge, ambulatoire, tolérance....)

9



Critères de tolérance?

Anémie de la PA : retentissement sur l'autonomie
caractère aigu ou chronique
majoration des séjours en institution

Symptomatologies diverses : neurologique ++(confusion, AVC,
Réduction activité, chutes...)

cardiaque, vasculaire, hTA ortho
polyopathologies (moy 5 maladies/
4 à 5 traitements par patient >75 ans)

10



seuils d'hémoglobine

- Caractère aiguë ou chronique de l'anémie,
 - Seuil de 7 g/dl si pas d'antécédents
 - 8 à 9 g/dl pour les patients avec antécédents cardiovasculaires
 - 10 g/dl pour les patients ne tolérant pas cliniquement les []< ou avec insuffisance coronaire aiguë ou insuffisance cardiaque avérée.
- (Recommandations Afssaps 2002)



Pas de modèle uniciste de PA, actuellement aucun seuil transfusionnel applicable avec précision> indication discutée en fonction sévérité anémie, cause, mode d'installation et **Rapport bénéfice/risque**

11



Analyser les symptômes d'emprunt: confusion, chute, démence...

Le vieillissement biologique a un retentissement rhéologique :
-adaptation du débit cardiaque aux besoins métaboliques
-mécanismes compensateurs cardiaques , tonicité des vaisseaux

Ne pas sous estimer la fonction rénale / état d'hydratation

12



En gériatrie, la transfusion....

- Adaptation de la vitesse de transfusion : risque de surcharge volumique (surveillance+++)
 - début lent < 5ml.mim-1 pendant les 15 ères minutes (circulaire du 15/12/2003)
 - puis adapté selon la tolérance clinique du patient.
 - Trace dans le dossier médical de l'acte transfusionnel
 - Capital veineux pauvre= anticiper la pose de voie d'abord
 - Information et accord des patients(.....déments)
 - Transfusion en fin de vie : cas par cas
- Ne pas avoir présent un chiffre d'hémoglobine mais un contexte, un patient,

13



Les PSL

- * **CGR** : déleucocyté SAG mannitol
40 g d'hémoglobine
230 à 280 ml
conservation 42 jours à +4°
Nbr de CGR = (VST/100) (Hbf - Hbi) / Q Hb CGR
- * **PVA BM** : Plasma viro-atténué par Bleu de méthylène provient d'aphérèse
conservation 1 an < ou = - 25°c
(déclaration EIR , procédure régionale : test immédiat et à distance cad à 6 semaines : tests d'exploration cutanés et tests de dégranulation des basophiles à réaliser dans un laboratoire de référence

14



- * **PVA SD** : Viro-atténué par solvant détergent
1 an < ou = -25°c
Poolage de 100 dons issus d'aphérèse de même groupe

- * **MCPS** : Mélange de concentré de plaquettes standard
Poolage de 5 buffy coat (50 à 60 ml) en suspension dans Tso1* ou SSP
Contenu en plaquettes : >ou=0,5x 10¹¹
Conservation : 20 – 22° C
5 jours, agitation continue
Issu de don de ST

15



- * **CPA** : Concentré plaquettes apherèse
Volume 200 à 600 ml
Don unitaire – Monodonneur
Contenu en plaquettes : > ou= 2 x 10¹¹
Conservation : 20-22°c
5 jours


Dose de plaquettes à transfuser : 0,5 à 0,7 x 10¹¹ plaquettes/7 kg pds

Toujours indiquer le poids du patient + la numération plaquettaire sur la prescription


→ Rendement plaquettaire : RTP

(plaq après TSF – plaq avant TSF) x pds x 0,075
RTP = $\frac{\text{plaq après TSF} - \text{plaq avant TSF}}{\text{nb plaquettes transfusées}}$

16




Bilan pré-transfusionnel



- Document de groupage sanguin
(2 déterminations ABO/ Phénotype Rh/Kell)
- RAI < 3 jours
- Si RAI positive = compatibilité au laboratoire
« un anticorps un jour, un anticorps toujours »

**Circularité du 11/01/06, ne recommande plus obligatoirement les sérologies virales pré et post-transfusionnelles;*

17



"Séjour hospitalier"



- Entretien médical
- Remise d'un document sur les risques encourus
- Consentement du patient

2 "Sortie"


- Entretien médical
- Remise d'un document sur les produits transfusés

3 "à 3 mois"

- Envoi d'une ordonnance pour le contrôle-RAI

8



Identification du service prescripteur
Attention : préciser si UF destinataire différente

Identification du patient : coller une étiquette ou compléter tous les items

Délai souhaité de mise à disposition des produits

PSL prescrits :
» Nature
» Quantité
» Qualification

Pour les concentrés de plaquettes :
» Poids
» Numération plaquettaire

Plasma thérapeutique :
» Compléter l'indication

Nom du prescripteur (Bulle)
Date et heure
Signature

Prescription de Produits Sanguins Labiles

Etablissement de Santé : _____ Service ou UF : _____

1 **PATIENT** : Etiquette à coller sur chaque vial et compléter l'identité et-dévoies

NOM DE MARIAGE : _____

2 NOM MARITAL : _____ Sexe M F

Naissance : _____

3 **DELIVRANCE DES PSL**

Préconisations : Soins Urgence Relative (délai < 2 H) Urgence Vitale (délai < 30mn) Urgence Vitale Inévitable

4 **CONCENTRE(S) DE GLOBULES ROUGES**

No d'analyse au centre (en) : _____

Préférence : OCP CPT CPT régif irradié diploplastisé

CONCENTRE PLAQUETTAIRE

Préconisations : OCP CPT CPT régif irradié diploplastisé irradié de volume gélule (PSL...)

5 **PLASMA(S) THERAPEUTIQUE(S)**

No d'analyse au centre (en) : _____

Utilisation réservée aux indicateurs à gelatine (Article R5121951)

Caspofungine pour le traitement des infections fongiques invasives

Caspofungine pour le traitement des infections fongiques invasives

Caspofungine pour le traitement des infections fongiques invasives

Caspofungine pour le traitement des infections fongiques invasives


TRANSFUSION AUTOLOGUE

Concentrés de globules rouges autologues : Oui Non Plasmas autologues : Oui Non Non d'infos

6 Identification lisible du Prescripteur Signature obligatoire Date et heure

Etablissement Français de Sang Bourgogne Franche-Comté

19



Efficacité transfusionnelle

- Le patient lui-même, confort de vie
- Meilleur état clinique

Etude prospective à venir.....

Surveillance post-transfusionnelle

- Hémogramme
- Tolérance/pathologies associées
- Hémoglobine > 10 g/dl
- Rai post-transfusionnelle entre 1 et 3 mois recherche apparition d'allo-anticorps anti-erythrocytaires)

20



EIR (effets indésirables receveur)

Infections bactériennes (IBTT, procédure arrêt de PSL)
Accidents immunologiques
Réactions non hémolytiques dont les poussées d'insuffisance
cardiaque aiguë (OAP, dyspnée)
Syndrome de détresse respiratoire aiguë, TRALI
.....

Signalement des EIR = sous estimé

21



ALTERNATIVES TRANSFUSIONNELLES

- La compensation d'une carence en fer
- La compensation d'une carence en vitamine B 12
- La compensation d'une carences en folates
- L'arrêt de médicaments hématotoxiques
- Le traitement d'une maladie inflammatoire
- EPO
- TAP (transfusion autologue programmée)

22



L'EPO peut corriger l'anémie des cancers et des hémopathies
malignes, qu'ils soient traités ou non par chimiothérapie avec
diminution significative des besoins transfusionnels
érythrocytaires.

Le délai minimal d'obtention d'un début de réponse est de
l'ordre de 2 à 3 semaines. Il est prolongé en cas de syndrome
inflammatoire.

23



Transfusion autologue (TAP)

Elle peut être envisagée chez la PA devant subir une
intervention hémorragique programmée (chirurgie
orthopédique) en l'absence de CI

Les contre-indications :

- 1) Pathologie infectieuse évolutive (dents, sonde urinaire à demeure...)
- 2) Hémoglobine < 11 mg/dl
- 3) Pathologie artérielle cérébrale.
- 4) Pathologie cardiaque non stabilisées (angor instable, crise d'angor < 8
jours, rétrécissement aortique serré, cardiopathie cyanogène).

24



Bibliographie

- Siriwardana M, Enquête transversale sur la transfusion dans les services de gériatrie, TCB 31(2010) 91-96
- Mahmoudi R, La transfusion en gériatrie, 4ème journée de transfusion pratique de la SFVTT-Paris le 15/10/09
- Godard M, Transfusion chez les patients âgés, TCB 15 (2008) 212-213
- Mari L, Franqui C, Transfusion sanguine : indications spécifiques gériatriques, centre gériologique départemental PACA
- Le bulletin de l'Assaps : l'Hémovigilance : bulletin n°8, janvier/février 2004
- www.afssaps.sante.fr .

<http://www.agmed.sante.gouv.fr/>

Documentation et publication, recommandations de bonnes Pratiques/ transfusion

25



OBJECTIFS

- Analyse des critères de tolérance/co-morbidité/Transfusion
- Énoncer les éléments indispensables à la prescription de PSL
- Posologie plaquettes