



EFFETS INDÉSIRABLES TRANSFUSIONNELS

HEMOVIGILANCE	
Obligation de déclaration	« Tout professionnel de santé constatant ou ayant connaissance de la survenue d'un incident grave, d'un effet indésirable chez un receveur de produits sanguins, d'un effet indésirable grave chez un donneur de sang le signale sans délai au correspondant d'hémovigilance de l'établissement de santé ou EFS. »
Intérêt	<p>Individuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseil transfusionnel - Prévention des risques par blocage des autres produits du même donneur. - Gestion des transfusions ultérieures du patient - Sécurité pour les autres patients <p>Collectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capitaliser les données - Prioriser les actions - Recommandations nationales

TRANSFUSION ET CONDUITES A TENIR	
Surveillances	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Avant la transfusion : FC, TA, T° sur le feuillet de traçabilité / dossier de soins : références en cas d'effets indésirables : communication des données avant/après ⇒ Surveillance continue du patient les 15 premières minutes ⇒ Ensuite toutes les ½ heures : FC, TA, T° et plus fréquemment état clinique du patient ⇒ Éviter de transfuser la nuit ⇒ Chariot d'urgence dans le service ⇒ Médecin joignable.
En cas d'EI	<p>Devant TOUT SIGNE CLINIQUE, même bénin, modifiant l'état initial du patient => Arrêt immédiat de la transfusion et NE PAS LA REPRENDRE.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Garder la VVP ⇒ Appeler un médecin du service ou l'interne de garde, TTT symptomatique, hémocultures chez le patient si fièvre, ne pas faire les hémocultures des poches. ⇒ Signaler à l'hémovigilance et EFS (obligatoire) ⇒ Envoyer à l'EFS : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prélèvements post-transfusionnels ○ Bon de demande d'analyse suite à un effet indésirable rempli ○ Poche même vide, carte de contrôle ultime ○ Feuillet de traçabilité indiquant le type de réaction.

EI IMMEDIATS (< 24h)	
Syndrome Frissons - Hyperthermie	<p>Clinique : frissons et élévation de la T° de 1°C au moins / T° de base</p> <p>Étiologies :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Incompatibilité immunologique : ABO, ACI, Ac anti HLA, Ac anti plaquettes ou anti leucocytes ⇒ Infection bactérienne <p>Si tout le bilan est négatif, Réaction fébrile non hémolytique transitoire.</p> <p>Ttt : paracétamol si besoin.</p>
Immunologique : hémolyse intravasculaire aiguë	<p>Définition : conflit Ag + Ac => Transfusion incompatible</p> <p>Hémolyse : responsable de la clinique</p> <p>Ag présents sur les GR transfusés et Ac présents dans le sérum du receveur</p> <p>Signes cliniques : immédiats mais parfois absents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frissons, hyperthermie, sueurs, malaise, angoisse, agitation - Nausées, vomissements, signes cutanés - Hypotension, HTA, tachycardie, dyspnée, CIVD, hémorragies - Douleurs lombaires, thoraciques, abdominales - Oligo-anurie, insuffisance rénale parfois définitive, hémoglobinurie, décès <p>Ttt : hyper hydratation, diurétiques, épuration extra rénales.</p>





	Défaillance : erreur humaine / erreur en amont (EFS, Labo, Interfaces) / défaut contrôle ultime
Transmission infection bactérienne	<p>Définition : contamination du PSL par une bactérie lors du prélèvement du donneur, de la préparation ou du stockage.</p> <p>Signes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Frissons, hyperthermie ⇒ État de choc endotoxinique <ul style="list-style-type: none"> - Fièvre, frissons intenses, marbrures, chute de TA - Nausées, vomissements, diarrhées aiguës, CIVD - Douleurs abdominales, lombaires - Polypnée, cyanose, insuffisance rénale, décès <p>Diagnostic biologique : même germe retrouvé dans l'hémoculture de la poche et du patient</p> <p>Ttt : réanimation, antibiotiques</p> <p>Prévention à l'EFS : interrogatoire du donneur : recherche d'une pathologie infectieuse évolutive, détournement des premiers ml prélevés.</p>
Réaction allergique	<p>Clinique : urticaire, œdème de Quincke, tachycardie, hypoTA, bronchospasme, choc anaphylactique parfois mortel => Arrêt de la transfusion.</p> <p>Causes : nombreuses protéines dans le plasma,</p> <p>Ttt : antihistaminiques, corticoïdes, bronchodilatateurs, adrénaline</p> <p>Prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prémédication avant la transfusion (corticoïdes, antihistaminiques) - Utilisation de PSL déplasmatisés ou avec soustraction d'une partie de plasma (concentrés plaquettaires) si inefficacité de la prémédication - Choix d'un autre type de PSL (plasma frais congelé)
Œdèmes aigus pulmonaires (OAP)	<p>TRALI = OAP lésionnel (inflammatoire) => Détresses respiratoire aiguë</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Survenue brutale au cours d'une transfusion ou dans les 6H ⇒ HyperT°, PA N ou abaissée ⇒ BNP < 250, ⇒ PAPO < 18 ⇒ Echo cardiaque N ⇒ Hypoxie SpO2 < 90% ⇒ Rx : infiltrats bilatéraux <p>Ttt : O2</p> <p>TACO = OAP par surcharge volémique</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ ATCD cardiovasculaires (HTA, insuffisance cardiaque) ⇒ PA augmentée ⇒ Réponse aux diurétiques ⇒ PAPO > 18 ⇒ Echo cardiaque : Fe < 45% et dysfonction diastolique <p>Ttt : diurétiques, vasodilatateurs et O2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Identification des patients à risque : âge > 70 ans, CGR, anémie chronique ⇒ Identification des facteurs favorisants : ATCD de cardiopathie, HTA ⇒ Identification de signes d'alerte : élévation de la PA (+3 points ou > 170 mm Hg)

EI RETARDÉS (> 24h)

Immunologique : hémolyse intra tissulaire chronique, ACI	<p>Définition : destruction des GR transfusés dans le foie : hémolyse chronique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réactivation d'une immunisation antérieure : réapparition d'une ACI - Apparition d'une ACI 3 à 21 jours après la transfusion <p>Clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Asymptomatique ⇒ Pâleur, ictère, fièvre <p>Biologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'augmentation ou diminution de l'hémoglobine - RAI positive.
Transmission de maladies infectieuses (virus, parasites, prions)	<p>Virus</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Risques pour les virus recherchés chez les donneurs <ul style="list-style-type: none"> - VIH - VHC - VHB ⇒ Virus non recherchés chez les donneurs : EBV, parvovirus, B19, HA,





	<p>Parasites : paludisme, maladie de chagas</p> <p>Prions :</p> <ul style="list-style-type: none">- Forme « classique » sporadique : pas de preuve actuelle de TRS par la transfusion- Nouveau variant (tropisme lymphoïde) : transmission par produits sanguins.
Surcharge en fer : hémosidérose	<p>Définition : survient chez les polytransfusés chroniques : 1 CGR apporte 200 mg de fer. Les capacités de stockage du fer de l'organisme sont saturées => Fixation dans d'autres organes : foie, cœur, glandes exocrines</p> <p>Complications :</p> <ul style="list-style-type: none">- Insuffisance hépatique- Insuffisance cardiaque- Déficits hormonaux → Décès <p>Prévention : chélateurs de fer ⇒ Ttt chronique permettant d'éliminer le fer de l'organisme</p> <p>Surveillance biologique : dosage de la ferritine.</p>

