

Transfusion massive: place de l'infirmièr(e)

Dr F. Farissier
CH de Roanne
AER 2013

- Réponse: DANS LA CHAMBRE du patient.....



Transfusion massive \neq état de choc **car mécanismes compensateurs**

- Vasoconstriction
- Tachycardie (attention si traitement bêta bloquant) :
- La circulation rénale ne subit une vasoconstriction que pour une spoliation sanguine supérieure à 30% du volume sanguin
- Chez un sujet jeune et conscient un choc hémorragique; n'apparaît que pour une **spoliation sanguine supérieure à 50% du volume sanguin total.**

Ne pas se fier à une TA normale!

Monitorage et la surveillance

- Scoper le patient
- Monitorer la pression artérielle (brassard toutes les 5 min ou KTA)
- Mesurer la diurèse: pose de SAD
- Oxygéner le patient



- Bilan biologique: Groupe (deux déterminations) et RAI, NFP, ionogramme sanguin, un bilan de coagulation

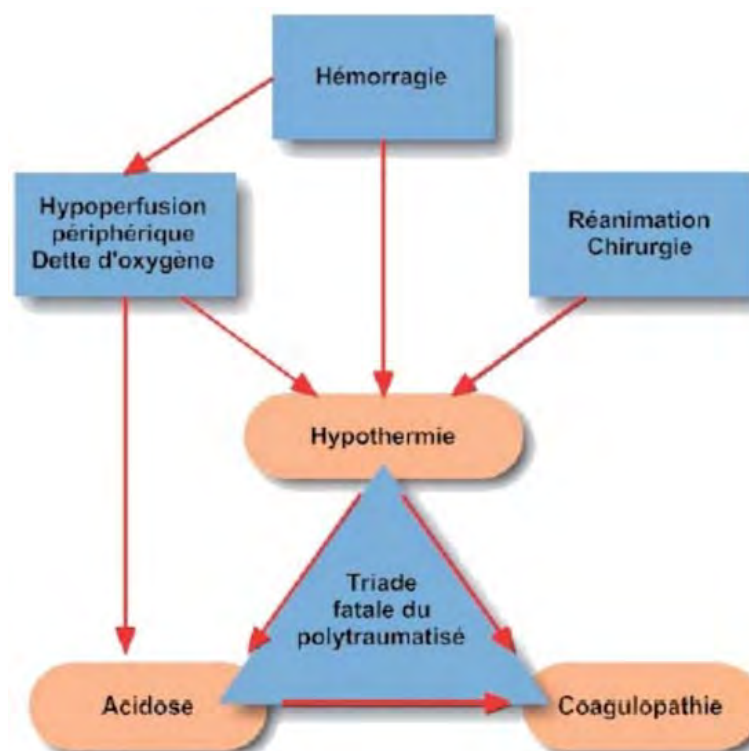
Le traitement



- FAIRE VITE!!!

Car **TRIADE de la MORT**: cercle vicieux

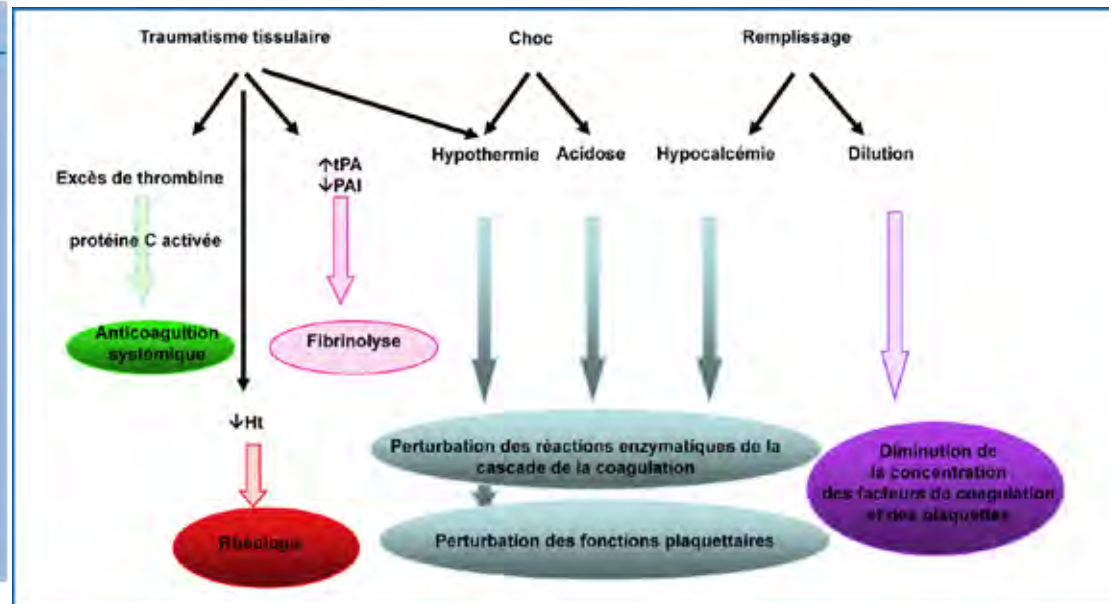
Acidose- Hypothermie- Coagulopathie



La Coagulopathie

Tableau 1 Facteurs favorisant la coagulopathie.

Pertes de facteurs et de plaquettes par
 Dilution
 Consommation des facteurs de la coagulation et
 des plaquettes
 Hypothermie
 Acidose
 Hypocalcémie
 Hématocrite bas
 Fibrinolyse induite par des lésions traumatiques
 spécifiques
 Traitement anticoagulant ou antiplaquettaire
 Déficit congénital de l'hémostase
 Effet propre des solutés colloïdes



- **Arrêter le saignement**
- ***Le geste d'hémostase:***
 - Vérifier origine du saignement si extériorisé
 - Rapidité du geste d'hémostase+++
 - pansement compressif, tamponnement épistaxis, immobilisation fracture
 - suture plaie du scalp
 - pantalon antichoc ou drap serré sur le bassin
 - geste chirurgical++
- **Antagonisation d' un traitement anticoagulant**

- **Réchauffement externe et interne+++**

-couverture chauffante

-réchauffeur de solutés



- **Maintien de la volémie:**
- ***Le remplissage vasculaire.***
 - Voies d'abord fiables 14 et 16 Gauge au pli du coude, en jugulaire externe ou mise en place d'un désilet fémoral.
Le cathéter central n'a pas vraiment sa place

Penser à la mise en position de Trendelenburg

- **La transfusion**



Pas de seuil de transfusion en urgences,
transfusion selon la dynamique du saignement, ne pas attendre le bilan

Accélérateur de perfusion : Blood pump +++ ou poche de contre pression



- Commander : EN URGENCES VITALE IMMEDIATE
- **4 CGR** (phénotypés si possible)
- **4 PFC** (nécessité de 30 min pour décongeler donc **appeler le CTS** pour qu'ils commencent à les décongeler en attendant l'ordonnance)
- 1 Concentré Plaquettaire d'emblée si traitement par anti-agrégant plaquettaire
- **3 grammes de Fibrinogène (ou plus)**
- **1 gramme de Chlorure de Calcium**

- **Acide tranexamique (Exacyl) 1 gramme en 10 minutes puis 1 gramme sur 8 heures**

- Poursuite de la transfusion : **ANTICIPER**
 - selon la dynamique du saignement
 - selon le taux d'hémoglobine à l'Hemocue (si disponible)
 - selon thromboélastogramme
 - Transfusion **CGR/ PFC avec ratio 1/1** :
objectif TP > 40 %, 50% si TC associé
 - Plaquettes : **1 pool plaquettaire tous les 6 CGR**
(transfuser les CGR avant les plaquettes) : objectif
plaquettes > 100 si saignement actif ou TC associé, > 50
si saignement maîtrisé.
 - Chlorure de calcium selon la calcémie
 - Fibrinogène

Penser au récupérateur de sang (type Cell Saver) si drainage de l' hémorragie (hémothorax, hémopéritoine...)

Thérapeutique de sauvetage: facteur VII



Conclusion

- Urgences vitale
- Course contre la montre
- Anticipation et réactivité
- Transfusion CGR, PFC, plaquettes et fibrinogène
- Thromboélastogramme
- Ne pas oublier le contrôle du saignement++ et le réchauffement+++

Merci de votre attention

