

Les dix examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

1 Éviter de transfuser du sang si des traitements autres que la transfusion ou si la simple observation seraient aussi efficaces.

On ne devrait pas recourir à la transfusion du sang si des alternatives sécuritaires, ne nécessitant pas de transfusion, sont disponibles. Par exemple, les patients présentant une carence en fer sans instabilité hémodynamique devraient être traités par supplémentation de fer.

2 Éviter de transfuser plus d'un culot globulaire à la fois lorsqu'il faut recourir à une transfusion chez un patient stable ne saignant pas.

Les indications pour la transfusion de culots globulaires dépendent de l'état clinique du patient et de la cause de l'anémie. Chez un patient stable, qui ne saigne pas, un seul culot globulaire suffit souvent à soulager les symptômes d'anémie ou à hausser le taux d'hémoglobine à un niveau acceptable. Les transfusions sanguines sont associées à une hausse du taux de morbidité et de mortalité chez les patients hospitalisés très vulnérables. La décision de transfuser devrait être dictée par les symptômes et par la concentration d'hémoglobine. La transfusion d'un seul culot globulaire devrait être le traitement standard chez le patient hospitalisé qui ne présente pas de saignements. La transfusion d'unités supplémentaires ne doit être prescrite qu'après une réévaluation de l'état du patient et de son taux d'hémoglobine.

3 Éviter de transfuser du plasma pour corriger un rapport international normalisé (RIN) légèrement élevé (< 1,8) ou un temps de thromboplastine partielle activée (TTPa) légèrement prolongé avant une procédure.

Un RIN légèrement élevé ne prédit pas un risque accru de saignement. Par ailleurs, il n'y a pas d'évidence que la transfusion de plasma cause un changement significatif du RIN lorsqu'il est légèrement élevé (< 1,8).

4 Éviter de recourir systématiquement à la transfusion de plaquettes chez les patients présentant une thrombopénie secondaire à la chimiothérapie si leur décompte plaquettaire est supérieur à 10 X 10⁹/L en l'absence de saignements.

Un décompte plaquettaire égal ou supérieur à 10 X 10⁹/L assure habituellement une hémostase suffisante. Les transfusions de plaquettes sont associées à des événements défavorables et à des risques. La décision de transfuser des plaquettes doit tenir compte de la cause de la thrombopénie, des affections concomitantes, des symptômes de saignement, des facteurs de risque de saignement et de la nécessité d'une procédure invasive.

5 Éviter d'utiliser systématiquement du plasma ou des concentrés de complexe prothrombinique pour obtenir une inversion non urgente de l'anticoagulation par antagonistes de la vitamine K.

Les patients ayant besoin d'une inversion non urgente de l'anticoagulation par la warfarine peuvent souvent être traités par la vitamine K ou par l'interruption du traitement à la warfarine. Les concentrés de complexe prothrombinique ne devraient servir que chez les patients ayant de graves saignements ou chez ceux devant subir une intervention chirurgicale urgente. Dans un tel contexte, le plasma ne devrait être administré que si l'on ne dispose pas de concentrés de complexe prothrombinique ou que l'utilisation de ceux-ci est contre-indiquée.

6 Éviter le traitement par immunoglobulines pour les infections récurrentes, à moins que l'on ait démontré une production d'anticorps inadéquate en réponse aux vaccins.

La thérapie de remplacement par immunoglobulines (gammaglobulines) n'améliore pas la condition des patients, à moins qu'il y ait une production inadéquate d'anticorps IgG spécifiques en réponse aux vaccinations ou aux infections. En soi, des baisses isolées des taux d'immunoglobulines (isotypes ou sous-classes) ne constituent pas une indication pour la thérapie de remplacement par immunoglobulines. Parmi les exceptions, mentionnons certains troubles immunitaires présumés ou confirmés par analyse génétique. Le dosage des sous-classes d'IgG n'est habituellement pas utile pour déterminer la nécessité d'un traitement par immunoglobulines. Un déficit sélectif en IgA n'est pas une indication pour le traitement par immunoglobulines.

7 Éviter de demander des tests prétransfusionnels inutiles (groupe sanguin et recherche d'anticorps) pour tous les patients en chirurgie.

Les tests prétransfusionnels préopératoires sont superflus pour la grande majorité des patients en chirurgie (p. ex. appendicectomie, cholécystectomie, hystérectomie, réparation d'hernie) puisque ces patients n'ont habituellement pas besoin de transfusion. Demander des analyses prétransfusionnelles pour les patients qui n'auront probablement pas besoin de transfusion implique un prélèvement sanguin inutile chez le patient et l'exécution de tests superflus. Cela peut aussi retarder indûment l'intervention chirurgicale par l'attente des résultats. Pour vous aider à déterminer si des analyses prétransfusionnelles sont nécessaires en vue de certaines interventions chirurgicales, votre hôpital aura peut-être déjà établi une liste d'indications transfusionnelles chirurgicales (Maximum Surgical Blood Order Schedule ou MSBOS) ou des lignes directrices spécifiques pour les analyses prétransfusionnelles selon les pratiques chirurgicales courantes.

8 Éviter le recours systématique aux dons de sang autologues ou dirigés périopératoires.

L'ordonnance systématique de dons autologues ou dirigés en période périopératoire n'est pas indiquée, sauf dans certains cas (par exemple, patients présentant un groupe sanguin rare). On ne dispose d'aucune preuve médicale à l'effet que l'administration de sang autologue (la personne met en réserve son propre sang) ou de sang d'un don dirigé (le sang est donné par un proche/membre de la famille) soit plus sécuritaire que le sang allogénique. En fait, on craint même que les dons dirigés soient plus risqués (taux plus élevés de résultats positifs aux tests de dépistage des maladies infectieuses). La transfusion autologue comporte des risques de contamination bactérienne et d'erreurs administratives (transfusion de la mauvaise unité de sang ou au mauvais patient). En outre, les dons de sang autologues préchirurgicaux peuvent contribuer à l'anémie périopératoire et augmenter ainsi les besoins transfusionnels.

9 Éviter d'administrer du sang O négatif sauf aux patients O négatif et, en cas d'urgence, aux femmes aptes à procréer dont on ignore le groupe sanguin.

Les hommes et les femmes qui ne sont plus aptes à procréer peuvent recevoir des culots globulaires du groupe sanguin O positif. Les réserves de culots globulaires O négatif sont toujours insuffisantes, entre autres en raison de leur surutilisation pour des patients qui ne sont pas O négatif. Pour s'assurer de disposer de culots globulaires O négatif pour les patients qui en ont réellement besoin, leur utilisation devrait se limiter : (1) aux patients O négatif; (2) aux patientes aptes à procréer dont on ignore le groupe sanguin et qui ont besoin d'une transfusion urgente. Dans toute situation d'urgence, il faut administrer les culots globulaires de groupes sanguins spécifiques aux groupes sanguins des receveurs le plus rapidement possible.

10 Éviter d'administrer du plasma de groupe AB à des patients qui ne sont pas de groupe AB, à moins de situations d'urgence où on ignore quel est le groupe sanguin ABO du receveur.

La demande de plasma AB a augmenté. Les personnes AB ne constituent que 3 % des donneurs de sang au Canada. Ces donneurs qui sont de groupe AB sont des donneurs universels de plasma; il s'agit donc du groupe le plus en demande pour les transfusions de plasma. Il faut obtenir le plasma spécifique au groupe sanguin du patient le plus rapidement possible dans les situations d'urgence afin de préserver les réserves de plasma AB pour les patients dont on ignore le groupe sanguin.

Comment la liste a été établie

Dans le cadre de la campagne Choisir avec soin, la Société canadienne de médecine transfusionnelle (SCMT) a établi une liste de recommandations en demandant à ses membres de lui fournir des suggestions, des motifs et des références. Après avoir reçu toutes les suggestions et après la date limite de présentation des suggestions, les membres du Comité de la SCMT ont voté pour la liste cumulative et attribué une cote aux éléments de la liste en fonction de ce que la Société considère le plus important. Au cours d'une conférence téléphonique, les membres du Comité ont discuté de l'issue du vote et travaillé ensemble à revoir la formulation des recommandations et l'ordre de la liste et à trouver des références supplémentaires au besoin.

1 Sources

Carson JL, Grossman BJ, Kleinman S, et coll. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB*. Ann Intern Med. Le 3 juillet 2012;157(1):49-58.

Retter A, Wyncoll D, Pearse R, et coll. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. Br J Haematol. Février 2013;160(4):445-464.

Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2013;2013:638-644.

2

Bracey AW, Radovancevic R, Riggs SA, et coll. Lowering the hemoglobin threshold for transfusion in coronary artery bypass procedures: effect on patient outcome. Transfusion (Paris). Octobre 1999;39(10):1070-1077.

Carson JL, Carless PA, Hebert PC. Transfusion thresholds and other strategies for guiding allogeneic red blood cell transfusion. Cochrane Database Syst Rev. 2012;4: Cd002042.

Carson JL, Grossman BJ, Kleinman S, et coll. Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB*. Ann Intern Med. Le 3 juillet 2012;157(1):49-58.

Hebert PC, Wells G, Blajchman MA, et coll. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. N Engl J Med. Le 11 février 1999;340(6):409-417.

Marik PE, Corwin HL. Efficacy of red blood cell transfusion in the critically ill: a systematic review of the literature. Crit Care Med. Septembre 2008;36(9):2667-2674.

Retter A, Wyncoll D, Pearse R, et coll. Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. Br J Haematol. Février 2013;160(4):445-464.

Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2013;2013:638-644.

Villanueva C, Colomo A, Bosch A, et coll. Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. N Engl J Med. Le 3 janvier 2013;368(1):11-21.

3

Abdel-Wahab OI, Healy B, Dzik WH. Effect of fresh-frozen plasma transfusion on prothrombin time and bleeding in patients with mild coagulation abnormalities. Transfusion (Paris). Août 2006;46(8):1279-1285.

Estcourt L, Stanworth S, Doree C, et coll. Prophylactic platelet transfusion for prevention of bleeding in patients with haematological disorders after chemotherapy and stem cell transplantation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5: Cd004269.

Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2013;2013:638-644.

4

Guidelines for the use of platelet transfusions. Br J Haematol. Juillet 2003;122(1):10-23.

Estcourt L, Stanworth S, Doree C, et coll. Prophylactic platelet transfusion for prevention of bleeding in patients with haematological disorders after chemotherapy and stem cell transplantation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5: Cd004269.

Slichter SJ, Kaufman RM, Assmann SF, et coll. Dose of prophylactic platelet transfusions and prevention of hemorrhage. N Engl J Med. Le 18 février 2010;362(7):600-613.

Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2013;2013:638-644.

5

Holbrook A, Schulman S, Witt DM et coll. Evidence-Based Management of Anticoagulant Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9e éd. : American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012; 141(2_suppl):e152S-e184S.

Keeling D, Baglin T, Tait C et coll. For the British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on oral anticoagulation with warfarin, 4e éd. Br J Haematol. 2011; 154:311-324.

Comité consultatif national sur le sang et les produits sanguins (CNN). [Internet; consulté le 16 mai 2014]. Groupe de travail du CNN sur les CCP. Recommandations concernant l'utilisation des concentrés de complexe prothrombique au Canada. Disponible ici : <http://www.nacblood.ca/resources/guidelines/PCC-Recommendations-2014-fr-final.pdf>.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Antithrombotics: indications and management. Édimbourg (Royaume-Uni) : 2012. 75 p. Rapport no 129.

6

Ballow, M. « Immunoglobulin Therapy: Replacement and Immunomodulation », tiré de Clinical Immunology: Principles and Practice, 3e édition, Rich RR, dir., St. Louis (MO), Mosby/Elsevier, 2008, p. 1265-80.

Bonilla FA, Bernstein IL, Khan DA, Ballas ZK, Chinen J, Frank MM, et coll. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. Ann Allergy Asthma Immunol. Mai 2005;94(5 Suppl 1):S1-63.

Orange JS, Hossny EM, Weiler CR, Ballow M, Berger M, Bonilla FA, et coll. Use of intravenous immunoglobulin in human disease: a review of evidence by members of the Primary Immunodeficiency Committee of the American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. J Allergy Clin Immunol. Avril 2006;117(4 Suppl):S525-53.

Stiehm ER, Orange JS, Ballow M, Lehman H. Therapeutic use of immunoglobulins. Adv Pediatr. 2010;57(1):185-218.

7

Guidelines for implementation of a maximum surgical blood order schedule. The British Committee for Standards in Haematology Blood Transfusion Task Force. Clin Lab Haematol. 1990;12(3):321-7.

Newfoundland and Labrador Provincial Blood Coordinating Office. Guidelines for Maximum Surgical Blood Ordering Schedule, Version 1.0 [Internet]. 28 décembre 2012 [consulté le 28 avril 2015]. En ligne : http://www.health.gov.nl.ca/health/bloodservices/pdf/Maximum_Surgical_Blood_Ordering_Schedule_NL2012-044_Ver1.pdf.

Ontario Regional Blood Coordinating Network (ORBCoN). Maximum Surgical Blood Order Schedule (MSBOS): Development Tool, Version 1 [Internet]. 5 décembre 2014 [consulté le 28 avril 2015]. En ligne : <http://transfusionontario.org/en/cmddownloads/categories/inventory-management-toolkits/>.

8

Engelbrecht S, Wood EM, Cole-Sinclair MF. Clinical transfusion practice update: haemovigilance, complications, patient blood management and national standards. Med J Aust. 16 septembre 2013;199(6):397-401.

King K, Gottschall JL, éd. Blood Transfusion Therapy: A Physician's Handbook, 10e édition, Bethesda (MD), AABB, 2011.

Lesley P, Clarke G. « Don autologue préopératoire », tiré du Guide de la pratique transfusionnelle [Internet]. Clarke G, Charge S, éd. Société canadienne du sang; 2013 [consulté le 28 avril 2015]. En ligne : <http://www.transfusionmedicine.ca/fr/ressources/guide-de-la-pratique-transfusionnelle>.

Wales PW, Lau W, Kim PC. Directed blood donation in pediatric general surgery: Is it worth it? J Pediatr Surg. Mai 2001;36(5):722-5.

British Committee for Standards in Haematology, Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. Br J Haematol. Décembre 2006;135(5):634-41.

9

The Chief Medical Officer's National Blood Transfusion Committee (UK). The appropriate use of group O RhD negative red cells. Manchester (UK): National Health Service; 2008. 4 p.

United Blood Services. A New Standard of Transfusion Care: Appropriate use of O-negative red blood cells [Internet]. [Consulté le 28 avril 2015]. En ligne : <http://hospitals.unitedbloodservices.org/pdfs/New-Standard-Transfusion-Care.pdf>.

Petraszko T. Description et incidence du syndrome respiratoire aigu post-transfusionnel (TRALI) [Internet]. [Consulté le 5 mai 2015]. En ligne : <http://www.transfusionmedicine.ca/fr/articles/description-et-incidence-du-syndrome-respiratoire-aigu-post-transfusionnel-trali>.

10

Société canadienne du sang. Le plasma : ce qu'il faut savoir sur le don de plasma [Internet]. 2015 [consulté le 5 mai 2015]. En ligne : <https://blood.ca/fr/sang/plasma>.

Société canadienne du sang. Nous avons besoin de votre groupe! 2015 [consulté le 5 mai 2015]. En ligne : <https://blood.ca/fr/sang/nous-avons-besoin-votre-groupe>.

Yazer M, Eder AF, Land KJ. How we manage AB plasma inventory in the blood center and transfusion service. *Transfusion*. Août 2013;53(8):1627-33.

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale *Choosing Wisely Canada*. Cette campagne vise à encourager un dialogue entre le médecin et son patient afin de choisir les examens et les traitements les plus appropriés pour assurer des soins de qualité. La campagne Choisir avec soin reçoit le soutien de l'Association médicale du Québec, et les recommandations énumérées précédemment ont été établies par les associations nationales de médecins spécialistes.

Pour en savoir davantage et pour consulter tous les documents à l'intention des patients, visitez www.choisiravecsoin.org. Participez au dialogue sur Twitter @ChoisirAvecSoin.

À propos de La Société canadienne de médecine transfusionnelle

La Société canadienne de médecine transfusionnelle (SCMT) est une fière partenaire de Choisir avec soin – une campagne de *Choosing Wisely Canada*. La SCMT est une société multidisciplinaire qui promeut et soutient les pratiques exemplaires en médecine transfusionnelle au Canada par le biais de l'éducation, de la communication et des partenariats.