

Transfusion Camp 2022-23
Jour 1: Session 1A
Le 16 septembre 2022

Indications de transfusions de culots globulaires et de plaquettes

Commencez la session en demandant aux participants s'ils ont des questions sur les sessions didactiques.

Rappelez aux résidents que même si une réponse est indiquée en gras comme étant la bonne, il peut y avoir plus d'une réponse raisonnable aux questions. Le but de ce séminaire est de promouvoir la discussion et d'explorer pourquoi certaines réponses peuvent être plus appropriées dans certaines situations.

Cas 1

Un patient âgé de 27 ans souffrant d'une leucémie myéloïde aiguë est admis pour une chimiothérapie d'induction. Il est afebrile. Il nie avoir des saignements. Par contre, l'examen révèle de nombreuses pétéchies sur ses membres inférieurs et quelques ecchymoses importantes sur ses extrémités ainsi que sur son tronc. La FSC du matin a révélé une Hb de 73 g/L et un décompte plaquettaire de $5 \times 10^9/L$. Une révision de ses FSC récentes démontre que son taux de plaquettes n'a pas été supérieur à 10 depuis au moins une semaine, et ce malgré les transfusions plaquettaires quotidiennes et parfois deux fois par jour.

1. En plus d'investiguer l'absence d'augmentation de la numération plaquettaire post-transfusionnelle, laquelle des propositions suivantes est la stratégie transfusionnelle la plus appropriée pour ce patient ?
 - a. Inutile de transfuser le patient puisque le décompte plaquettaire n'augmente pas.
 - b. Perfusion IV lente de plaquettes à poursuivre tout au long de la journée.
 - c. Transfuser 1 dose adulte de plaquettes aujourd'hui
 - d. Transfuser 2 doses adultes de plaquettes aujourd'hui.
2. Vous soupçonnez que le patient développé un état réfractaire aux plaquettes. Laquelle des investigations suivantes n'est pas nécessaire pour vous aider à déterminer la cause de l'état réfractaire ?
 - a. Aspiration et biopsie de la moelle osseuse
 - b. Dépistage des anticorps HLA
 - c. Panculture pour rechercher une infection occulte
 - d. Décompte plaquettaire une heure après la transfusion de plaquettes.
3. Les résultats de l'investigation sont compatibles avec un état réfractaire allo-immun et vous demandez des plaquettes HLA-compatibles. Veuillez choisir la ou les stratégies de



prise en charge qui seraient appropriées en attendant l'arrivée des plaquettes sélectionnées HLA ?

- a. Donner des IgIV 1g/kg par jour
- b. Administrer de l'acide tranexamique per os pour traiter les saignements mineurs.
- c. Transfuser des plaquettes ABO compatibles les plus fraîches disponibles.
- d. Transfuser des plaquettes uniquement en cas de saignements cliniquement significatifs.

Cas 2a

À la suite d'une chute, un homme de 69 ans est admis à l'urgence avec un hématome sous-dural aigu. Le patient est connu pour une cirrhose hépatique due à la consommation d'alcool. Sa FSC révèle une hémoglobine à 125g/L et un décompte plaquettaire de $75 \times 10^9/L$. Son INR était de 1,3. Une chirurgie du crane (*burr hole surgery*) est prévue plus tard en soirée.

4. Quelle est la stratégie de transfusion la plus appropriée pour ce patient?
 - a. Une transfusion plaquettaire n'est pas nécessaire
 - b. Transfuser une dose adulte de plaquettes et répéter la FSC
 - c. Transfuser une dose adulte de plaquettes seulement si présence d'un saignement per-opératoire significatif
 - d. Transfuser deux doses adultes de plaquettes

Cas 2b

Un homme de 80 ans sous aspirine et clopidogrel présente une hémorragie intracérébrale spontanée (ICH). Son Glasgow est de 15 et aucune intervention chirurgicale n'est prévue. Sa numération plaquettaire est de $249 \times 10^9/L$ et l'INR et l'aPTT sont normaux.

5. Lequel des énoncés suivants est le traitement le plus approprié?
 - a. Une dose adulte de plaquettes
 - b. Deux doses adultes de plaquettes
 - c. Concentré de complexe prothrombique (CCP) 50 UI/kg IV ainsi que de la vitamine K 10 mg IV
 - d. Aucune de ces réponses

Cas 3

Un patient âgé de 70 ans est admis aux soins intensifs pour insuffisance respiratoire due à une pneumonie pneumococcique. Ses antécédents médicaux sont importants avec une maladie coronarienne, mais il est asymptomatique depuis un pontage coronarien il y a environ 5 ans. Il est sous antibiotiques et hémodynamiquement stable. Il est intubé et ventilé (PS10, PEEP 8, FiO2 0,5, saturation en oxygène 94 %). Il n'y a aucun signe de saignement ou d'hémolyse, cependant, au cours des derniers jours, sa concentration d'hémoglobine a chuté à 70 g/L.



6. Laquelle des actions suivantes représente la stratégie de transfusion de culot globulaire la plus appropriée pour ce patient?
 - a. Transfuser si Hgb <100 g/L
 - b. Transfuser si Hgb <90 g/L
 - c. Transfuser si Hgb <80 g/L
 - d. Transfuser si Hgb <70 g/L

7. Laquelle des stratégies suivantes peut s'avérer efficace pour diminuer le besoin futur en transfusion sanguine de GR chez ce patient?
 - a. Réduire au minimum les phlébotomies diagnostiques inutiles
 - b. Débuter un agent stimulant l'érythropoïèse
 - c. Débuter une supplémentation en vitamine B12
 - d. Débuter une supplémentation en fer

8. Vous examinez les résultats de laboratoire du patient et remarquez que sa troponine est significativement élevée. La troponine a été prescrite pour approfondir l'examen d'un épisode de fibrillation auriculaire rapide et de changements ST survenus plus tôt dans la matinée. Laquelle des propositions suivantes représente la meilleure stratégie transfusionnelle pour ce patient ?
 - a. Aucune transfusion n'est nécessaire pour le moment
 - b. Transfuser rapidement 1 unité de CGR
 - c. Transfuser 1 unité de CGR sur 3 heures
 - d. Transfuser rapidement 2 unités de CGR

Cas 4

Une patiente de 25 ans, sans antécédents médicaux significatifs, se présente à l'urgence avec "un résultat de laboratoire critique anormal" soit une hémoglobine de 60 g/L. Elle a des antécédents de longue date de ménorragie et son médecin de famille l'a référé à la salle d'urgences. Lors de l'entretien, elle se dit fatiguée. Elle a moins d'endurance, mais reste active et poursuit ses cours hebdomadaires de spinning. Son hémogramme révèle une Hgb 60 g/L, VGM 65fL, plaquettes $487 \times 10^9/L$; les études de coagulation sont normales.

9. Lequel des éléments suivants n'est pas une intervention de départ appropriée ?
 - a. Fer intraveineux
 - b. Fer oral
 - c. Consultation en gynécologie
 - d. Transfusion de culot globulaire

Cas 5

Une enfant de 2 ans et demi est vue en consultation en raison de sa pâleur. De plus, sa mère a l'impression qu'elle est moins active que les autres enfants de son âge. Les antécédents nutritionnels indiquent que l'enfant a un comportement alimentaire capricieux et qu'elle continue à boire jusqu'à 6 biberons de lait homogénéisé par jour. La FSC révèle un taux d'hémoglobine de 79 g/L, un VGM de 72 fL, un taux de globules blancs de $7,9 \times 10^9/L$ et un décompte plaquettaire de $475 \times 10^9/L$.

10. Laquelle des mesures suivantes est la plus appropriée pour traiter l'anémie de cet enfant?
- Administration de fer IV chaque semaine pendant 6 semaines.
 - Augmenter l'apport en fer alimentaire.
 - Fournir une intervention nutritionnelle et une supplémentation en fer par voie orale.
 - Transfuser une dose de globules rouges en fonction du poids.

Les ressources du **CAMP DE TRANSFUSION** sont développées par les professeurs du **CAMP DE TRANSFUSION** à des fins éducatives uniquement. Les ressources **ne doivent pas être utilisées ou distribuées en dehors du CAMP DE TRANSFUSION** sans le consentement des organisateurs du **CAMP DE TRANSFUSION**.

Les ressources ne sont pas destinées à remplacer l'avis d'un médecin et doivent être évaluées dans le contexte des exigences médicales, légales et éthiques applicables dans chaque cas individuel.

Donnez votre avis sur les ressources du **CAMP DE TRANSFUSION** ou renseignez-vous sur le **CAMP DE TRANSFUSION** en vous adressant à transfusioncamp@blood.ca.