

Compte rendu CSTH

Date : 06/03/23 de 14h30 à 16h00-Polyclinique Vauban

Présents

Noms	Entités	Fonctions
Dr CABRE Philippe	ARS	Coordinateur régional
Dr DELANOE Laure	EFS	Biologiste EFS
LABROY Sandrine	BIOPAJ	Biologiste
Dr DECAMBRON Mélanie	VAUBAN	Médecin correspondant en hémovigilance
BRABANT Virginie	VAUBAN	Chef de pôle USSO-USP-S externes / resp hémovigilance
LELIEVRE Audrey	VAUBAN	IDE USSO USP
MUSY Elodie	VAUBAN	Pharmacienne
LGARCH Mina	VAUBAN	Chef de pôle Chirurgie
HURET Marine	VAUBAN	IDE Dialyse
MABIRE Maryse	VAUBAN	Chef de bloc
BIREMBAUT Virginie	VAUBAN	Référente Dialyse- USC
BEFFUMO Fanny	VAUBAN	Directrice adjointe
CARLIER Lucie	VAUBAN	Chef de pôle Urgences
ALONGI Julie	VAUBAN	Responsable qualité

Ordre du jour de la réunion (présentation en annexe du compte rendu)

1. Analyse des consommations de septembre à décembre 2022
2. Retour sur audit transmissions ciblées
3. FEIR /FIG de la période
4. Actualités : bilan 2022
5. Questions diverses

1. Consommation PSL – septembre à décembre 2022

Détail de nos consommations de **septembre 2022**

64 commandes pour 37 patients

108 CGR

7 pfc

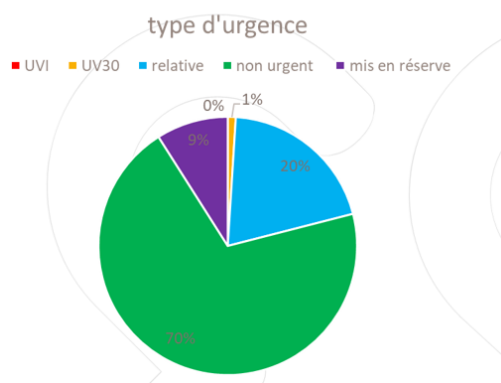
6 plaquettes

Pas de destruction

Taux de traçabilité CGR sur la période : 100%

2 transfusions de nuits aux urgences

Résultats RAI post transf : 71 %



Etudes de cas – Septembre 2022

1^{ère} analyse Me C martine 67 ans Entrée le 3 aout en chirurgie pour hépatectomie sous costale + cholécystectomie

En per op choc hémorragique –saignement estimés à 3000 ml. Déblocage de 3 cgr mise en réserve + 3 plasmas

Commande de 2 CGR supplémentaire Commande de 2 PFC

Commentaires du CSTH : validation des CGR Quantification des pertes estimée à 3l. Revoir pour les plaquettes, 1 seule suffisante ?

2^{ème} analyse . Me F Marcelle Entrée le 21 septembre pour colectomie droite sous coelio

85 ans -Atcd de thyroïdectomie, d'ovariectomie et d'hypothyroïdie

2 CGR mis en cession sur hb à 10.9 en preop/ tca 1.08 et plaquettes 369000

En per op saignement franc avec perte sanguine estimé à 700 ml

Déblocage en urgence vitale des 2 CGR + 2 plasmas

Et commande de 2 CGR supplémentaire dans la foulée – pas d'hémocue intermédiaire

Commentaires du CSTH : avoir une réflexion autour des CGR de sortie SSPI , ce sujet sera proposé en CODIR médical.

3^{ème} analyse . Me L 68 ans

entrée le 20 septembre à 16h pour cystectomie totale le 22 /9

Bloc le 22/9 : en per op saignement actif estimé à 1000 ml /constantes correctes

transfusion de 4 CGR

hb post op 12.1

Commentaires du CSTH : l'indication de 4 CGR n'est pas justifiée , à revoir avec les prescripteurs et analyse à présenter en codir médical

Détail de nos consommations de **octobre 2022**

47 patients , 69 commandes

112 CGR

5 pfc

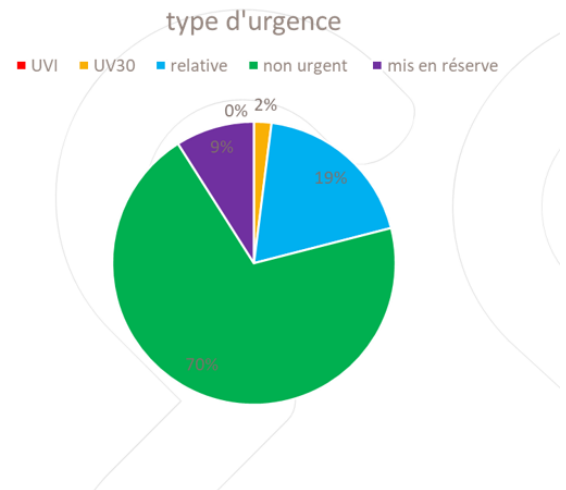
1 plaquette

2cgr détruit sur état clinique du patient altéré

Taux de traçabilité PFC sur la période : 100%

7 transfusions de nuits aux urgences

Résultats RAI post transf : 47 %



Etudes de cas – Septembre 2022

1^{ère} analyse . Transfusion de nuit (urologie) Mr F Entré le 5 octobre a 12h00 aux urgences pour coliques néphrétiques- RAU sur sonde JJ- hématuries

Hb à 8.6 Bilan de contrôle qui montre une hb à 7,6

Passage de l'urologue à 18h qui demande une pose de 2 CGR

Commentaires du CSTH : pas d'indication justifiée de 2 CGR, patient stable. Bonne pratique = 1 CGR puis réévaluation

2^{ème} analyse Me D michel 74 ans Entrée le 26 octobre en chirurgie pour éventration par cœlioscopie à 7h

ATCD : valve aortique/HTA/colectomie/sténose de la valve aortique

HB preop à 14

Conversion du bloc en laparo pour résection de la grêle segmentaire

Le 27 octobre contrôle hb à 7 h : 10.2

A 11h saignement actif sur la plaie qui nécessite 1 point de suture

12h30 saignement +++ au niveau du point suturé donc arrêt des anticoagulants et mise en place d'une cure de venofer

14h30 contrôle hb à 9

A 18h hemocue : 8.2

TA 10/5 sat 97 % pls 65 en début de bloc

Commande de 2 CGR et 2 plasma en urgence vitale

Fin de procédure commande de 2 CGR

Contrôle hb : 10.3

Commentaires du CSTH : protocoler l'utilisation de l'exacyl en cas d'hémorragie : 1g en 10 min en IVD. A noter utilisation du vénofer peu utile dans ce cas de figure , revoir l'utilisation des 2 culots de solidité.

Etudes de cas – Octobre 2022

1^{ère} analyse Mr G 58 ans entré en urgences le 24 mai pour AEG sur sepsis sévère , mal perforant plantaire , pied de charcot

A l'entrée syndrome inflammatoire majeure, insuffisance rénale aigue +++ . Demande de passage du chirurgien qui valide une amputation nécessaire pour le lendemain. Mise en cession de 2 cgr qui seront demandés en UVI en per opératoire.

Commentaires du CSTH : levée en urgence vitale à revoir avec les prescripteurs

2^{ème} analyse Me L pascaline 45ans. Entrée le 12 octobre pour néphrectomie partielle droite (néo)

Hb preop 11.2 J0 : bloc sans problématique J2 : douleur +++ flanc droit /demande de scanner qui montre un hématome d'environ 300cc

Contrôle hb : 7.8 donc décision de reprise chirurgicale lombo laparotomie sous costale

Hémodynamique stable 90 pls TA 11/7 pas de signe de choc

Transfusion préop de 2 CGR et 2 plasmas Mise en cession de 2CGR

Transfusion des 2 CGR Hémoque de contrôle à 10.7 a la fin du bloc

Commentaires du CSTH : rappel du seuil entre 7 g et 8 g pour la sortie de bloc, 2 CGR non justifié. Réaliser des audits ciblés quant à l'administration de CGR si HB sup à 8g

DESTRUCTION Le 21/10 Mr S 2 CGR détruit sur altération de l'état général

Patient entré pour majoration de son anémie avec expectorations sanglantes et rectorragie

Patient suivi pour néo de langue et formation ganglionnaire En cours de chimio 5FU Commande de 2 CGR

5 min avant réception patient qui présente des tremblements +++ , une désaturation a 93% , patient a le sentiment qu'il va mourir Refus de recevoir la transfusion , refuse tout soin

→ Rappel : si les PSL ne sont pas partis de l'EFS il est possible d'annuler une commande

Détail de nos consommations de novembre 2022

48 patients , 72 commandes

121 CGR

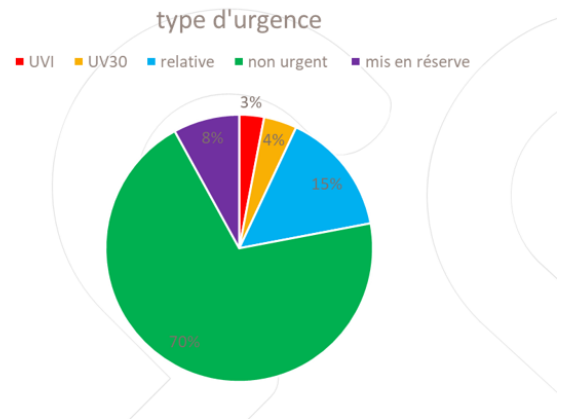
11pfc

6 plaquettes

Taux de traçabilité sur la période : 100%

14 transfusions de nuits (10 aux urgences)

Résultats de RAI post transfu : 61%



Etudes de cas – Novembre 2022

Transfusion de nuit : Mr D 82 ans entré le 9 novembre pour REUP Bilan à 16h Hb à 8.6 Demande de transfusion de 2 CGR avant bloc En transmission « entre la veille pour transfusion » Vu en CPA le 31/10 patient venu avec carte de groupe mais pas de rai

Commentaires du CSTH : Blood Management : étudier les possibilités d'anticipation pour les REUP

Transfusion de nuit Me W 79 ans entrée le 18/11 suite a 2 épisodes d'AIT consécutifs sur stenose à 90% CIG et 70% CID Patiente mise sous héparine Le 20 /11 nouveau déficit MS gauche donc décision de TEA carotide avec hb preop à 9.6 Bloc vers 15h saignement per op estimé à 100 ml Vers 18h NFS , hb à 5 (probable dilution) mais décision de transfusion de 2 CGR donc transfusion nocturne (sipo) Le lendemain hb 9.1

Commentaires du CSTH : taux discutable car quasi pas de perte (100ml) prélevé côté perf ? dilution ? ne pas hésiter à reprélever pour s'assurer du niveau

Transfusion de nuit M. D 65 ans entré le 15 /11 a 16h pour TEA carotidienne Vu en cs anesthésie le 9/11 avec nfs normale Demande de faire les rai a l'entrée et de récupérer la carte de groupe et le bilan sanguin Au bilan hb à 8.1 , lors du passage de l'anesthésiste demande de transfusion de 2CGR preop HB à 9.6 en preop

Commentaires du CSTH : anticipation possible avec les bilans préopératoires en cours de structuration en vasculaire

1^{ère} analyse Mr T 68 ans Entrée pour ischémie subaiguë à canaliser en urgence ATCD : BPCO, multiples pontages et angioplastie coronarienne, AVC ischémique et hémorragique

Notion de risque opératoire mais non reportable HB preop à 10.3

Bloc opératoire le 12/11 Patient sous héparine Hb de contrôle post op à 9

A 14h30 saignement brutal au niveau du scarpa Devant hb post op commande de 2 CGR avant reprise, TP 71 % rapport patient témoin 1.83 +compression En procédure de fogarty : transfusion de 4 PFC et 2 CGR

Contrôle hb 9.8 labilité tensionnelle, patient mis sous noradrénaline A 6h30 pied froid, hb 7.5 : décision d'amputation Commande de 2CGR en preop Hémocue post op : 7 donc transfusion de 3 CGR et 2 PFC

Hb le lendemain à 11.6

Commentaires du CSTH : pas de notion de perte après amputation ,dans ce cas, la bonne pratique aurait été = 2 CGR pas de PFC

2^{ème} analyse Me G cathy 54ans Entrée le 16 novembre pour colpoproctomie sur adénocarcinome rectal bas moyen Hb preop 11.9Plaquettes 285000 Atcd : colectomie Bloc le 17 /11

Pendant la procédure 10h choc hémorragique chute de la tension à 6 FC 58

10h35 transfusion de 3 CGR sur hemocue à 10.6 + 3 PFC

Plaie vasculaire donc appel chirurgical vasculaire pour suture Hémocue à 11.4 en sortie de bloc

Transfusion de 3 CGR en SSPI Réception a 13h Le 18/11 hb à 15.7

Commentaires du CSTH : pas de justification pour les 3 CGR post opératoire, étude de cas à présenter aux prescripteurs pour sensibilisation

Détail de nos consommations de **decembre 2022**

56 patients , 98 commandes

135 CGR

0 commande de pfc

16 plaquettes

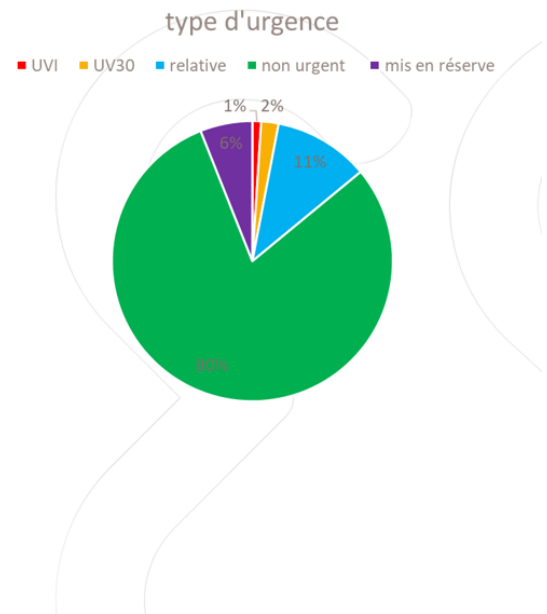
1 destruction (1CGR) suite à 1EIR culot précédent

Taux de traçabilité sur la période : 100%

8 transfusions de nuits dont 7 aux urgences

Résultats de RAI post transfu : 50%

Action pour favoriser les retours : Mettre adresse mail unique sur les PM redirigées pour les résultats vers correspondants hémovigilance



Etudes de cas –Décembre 2022

Transfusion de nuit Me R 79 ans IRC entrée le 1decembre par les urgences pour saignement de FAV ms droit Bilan à 19h Hb à 11150000 plaquettes Patiente montée dans le service de chirurgie vasculaire

Le lendemain résection complète de la fav sous sédation profonde – pas d'ALR possible sur TP20% Exacyl a la fin de l'intervention pour limiter les saignements Mais transfert en SIPO demandé sur chute de TA à 7/5

Contrôle hb à 10.5 le matin Saignement point +++ : suture en chambre TA toujours instable Transfert à maubeuge pour dialyse contrôle à 7.7 d'hb demande de transfusion d'1 CGR le soir

Commentaires du CSTH : Exacyl aurait pu être fait avant, et la transfusion réalisée en dialyse

Destruction Mme T 80 ans Entrée pour transfusion programmée par l'oncologue sur une anémie à 5.7 dans un contexte de néo du duodénum et présence de méléna 1^{er} culot débuté à 13h30

TA à 7 pls 113 99%sat A 30 min TA à 9 pls à 98 et sat à 99% Fin du culot à 17h10 et apparition soudaine de tremblements et de marbrures au niveau des mains et des genoux

Temp 38,5TA 13 Pls 130 Sat à 90%Mise sous o2 2 litres 1 demi ampoule de rivotril et 20 mg de lasilix

Hémocultures réalisées, patiente sondée , ECBU réalisé Demande du médecin de ne pas passer le 2^e culot - Poche revenue négative , hémoc positive , copro négative, ECBU ecoli

Commentaires du CSTH FEIR réalisée, exposition à une infection sous jacente

1^{ère} analyse Mr H 73 ans Entrée le 11 décembre aux urgences pour rectorragies dans les suites d'une coloscopie avec résection de polypes du 29 novembre ATCD : pose de stent , néphrectomie sur cancer rénal, emphysème et HTA

Dernière chimiothérapie le 23 novembre Hémocue : 7 Passage de 2 CGR aux urgences la nuit de l'arrivée Montée dans le service le 12 décembre à 13h Coloscopie le 13 décembre : rectorragies ++++ Contrôle hb à 4.4 transfusion de 3 CGR en urgence vitale TA 15/6 Pls 84 sp 97% A la fin de la transfusion contrôle hb à 8 **CONFORME**

2. Retour sur audit transmissions ciblées

Etude des transmissions ciblées

Novembre 2022

- Bloc 0%
- Urgences : 100%
- Cardiologie : 88 %
- USSO : 85 %
- Soins palliatifs : 50 %
- SIPO : 33 %
- SSPI : 100 %
- Soins continus : 0 %
- Chirurgie : 58%

décembre 2022

- Bloc 30%
- Urgences : 100%
- Cardiologie : 86 %
- USSO : 80%
- SIPO : 20 %
- SSPI : 100 %
- Chirurgie : 54%
- Plaie : 0%
- Usic : 50%

Lorsqu'une Observation médicale sur la transfusion est réalisée , il n'y a pas de transmission par l'IDE.

Actions : former les équipes aux transmissions ciblées

FEIR- Evènements indésirables receveur

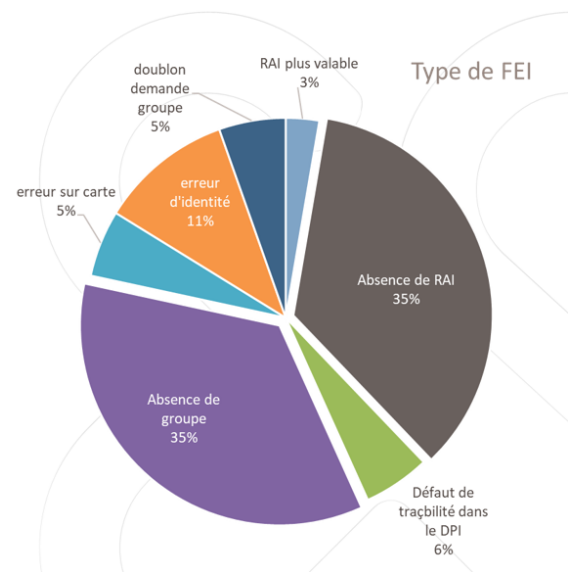
4 FEIR déclarés sur E-fit sur la période 3 alloimmunisations et 1 oap de surcharge

FIG- Incident de la chaine transfusionnelle

0 FIG

31 FEI déclarées en interne

1 FEIR déclarée et 1 réponse de l'EFS (transmission ERA)



3. Actualité

- Présentation du bilan 2022
- Courrier ARS du 3 février : rappel des bonnes pratiques , à diffuser aux prescripteurs , ce courrier sera également présenté en codir médical.
Ne pas hésiter à contacter l'EFS en cas de questions.
- Ordonnance de rai : modification de nos ordonnances avec ajout d'une adresse unique vers les correspondants
- Transports : Réflexion en cours pour la redéfinition d'un circuit avec un point de réception des PSL centralisé aux urgences
Mobilisation des référents hémovigilance dans les secteurs

4. Points divers

Retour sur HAD et utilisation du Fer inject

Dr Lecoeuvre rencontré par Dr Cabre, une réflexion est en cours, pas de frein évoqué pour un déploiement du fer inject en HAD.

Il conviendra de distinguer 2 cibles : HAD (profil dysplasie, oncologie) et préparation d'une intervention à j-14

Un travail commun devra être réalisé.

Retour sur anomalies constatées par l'EFS

Dr Delanoe évoque 10% de non-conformité pour notre établissement portant notamment sur :

- absence de docs IH conforme (identitovigilance ++++)
- nom du prescripteur illisible

Actions proposées : transposer nos bons de commande en formulaire EMED pour améliorer la traçabilité + non-conformité relevés

Autre actu : à compter du 20/03 tous les PSL vont être testés UHE-

Problème de fax : accompagner d'un appel systématique svp pour les commandes => rappel aux équipes

A vos agendas :

- Rappel du webinaire du 15/06 sur le Patient Blood Management
- En novembre 2024 : congrès hémovigilance

Prochaine réunion : 27/06-14h00

=> procédure Urgence vitale à présenter en lien avec avec le EI transport UVI Procédure Choc hémorragique

*****FIN DU COMPTE RENDU – MERCI A TOUS *****

ANNEXE PLAN D'ACTION

Nos actions

[Cliquez pour ajouter du texte](#)

29

Action	Objectif	Délai	Pilote de l'action	État d'avancement
Mettre en place le COPIL CURSUS pour déploiement Dans l'attente : => Etude pour informatisation du bon de commande pour permettre l'édition et surtout le suivi dans le plan d'administration du dossier informatique	Informatiser le dossier transfusionnel	Juin 2022=> action commune avec le parc et les autres établissements ELSAN du territoire	J ALONGI V BRABANT	EN COURS D'ETUDE
Evaluer la ferritine pour les patients polytransfusés (+20cgr/cumulées) A CONSERVER , exclure les polytransfusés au bloc , extraction par médecin DIM	Prévenir le risque de surcharge transfusionnelle en fer au delà de 20 CGR	Dès que possible	Clément Jurin (faisabilité technique) Médecin hémovigilance pour appui à l'étude	Non réalisé
Revoir les anesthésistes pour ajout de la précision « contexte transfusionnel avéré » sur les bons de commande		Dès que possible	J ALONGI	Révision des bons + étiquettes mémo dans chaque bureau
Etudier les dossiers des patients polytransfusés en pluridisciplinarité	Avoir la justification des prescriptions	Prochain CSTH	Virginie Brabant/ Dr Honnart	Non réalisé
Accompagner les nouveaux praticiens	les sensibiliser aux bonnes pratiques transfusionnelles	A chaque nouvelle arrivée	Médecins hémovigilance/ V.Brabant	Non réalisé (révision du circuit d'intégration)

Nos actions

[Cliquez pour ajouter du texte](#)

29

Action	Objectif	Délai	Pilote de l'action	État d'avancement
Mettre en place le COPIL CURSUS pour déploiement Dans l'attente : => Etude pour informatisation du bon de commande pour permettre l'édition et surtout le suivi dans le plan d'administration du dossier informatique	Informatiser le dossier transfusionnel	Juin 2022=> action commune avec le parc et les autres établissements ELSAN du territoire	J ALONGI V BRABANT	EN COURS D'ETUDE
Evaluer la ferritine pour les patients polytransfusés (+20cgr/cumulées) A CONSERVER , exclure les polytransfusés au bloc , extraction par médecin DIM	Prévenir le risque de surcharge transfusionnelle en fer au delà de 20 CGR	Dès que possible	Clément Jurin (faisabilité technique) Médecin hémovigilance pour appui à l'étude	Non réalisé
Revoir les anesthésistes pour ajout de la précision « contexte transfusionnel avéré » sur les bons de commande		Dès que possible	J ALONGI	Révision des bons + étiquettes mémo dans chaque bureau
Etudier les dossiers des patients polytransfusés en pluridisciplinarité	Avoir la justification des prescriptions	Prochain CSTH	Virginie Brabant/ Dr Honnart	Non réalisé
Accompagner les nouveaux praticiens	les sensibiliser aux bonnes pratiques transfusionnelles	A chaque nouvelle arrivée	Médecins hémovigilance/ V.Brabant	Non réalisé (révision du circuit d'intégration)

Nos actions

[Avancement plan d'actions](#)

30

Action	Objectif	Délai	Pilote de l'action	État d'avancement
NEW! Réaliser un protocole Choc hémorragique	Améliorer nos pratiques	Prochain CSTH	J ALONGI	Non réalisé
NEW! Modifier les procédures suite à la publication du nouveau décret	Se mettre en conformité avec le nouveau décret	Prochain CSTH	J ALONGI	Non réalisé
NEW! Audit transmissions ciblées	Améliorer la traçabilité dans le dossier	Prochain CSTH	V BRABANT	réalisé