

Place des produits sanguins labiles dans la prise en charge de l'Hémorragie du post-partum: Que disent les nouvelles recommandations sur l'usage du PFC?

Anne Godier ¹, Sophie Susen ², Yves Ozier ³, Dan Benhamou ⁴

1- Service d'Anesthésie-Réanimation, Université Paris Descartes, Hôtel-Dieu, Paris, France

2- Institut d' Hématologie-Transfusion, pôle de Biologie, Université Lille Nord de France
Hôpital universitaire de Lille, Lille, France

3-Service d'Anesthésie-Réanimation, Université Paris-Descartes, Hôpital Cochin, 27, rue du
Faubourg-Saint-Jacques, 75679 Paris cedex 14, France

4-Département d'anesthésie-réanimation, Université Paris-Sud, Hôpital Bicêtre, 94275 Le
Kremlin-Bicêtre, France

contact :

sophie.susen@chru-lille.fr

L'actualisation par l'Afssaps des recommandations sur l'usage du plasma frais congelé (PFC) est motivée par la modification des produits (avec généralisation de la viro-inactivation du plasma thérapeutique) et surtout l'évolution des connaissances sur la prise en charge des hémorragies massives. Ces données proviennent essentiellement de la traumatologie et de la chirurgie vasculaire majeure type rupture d'anévrismes. Très peu de données concernent l'obstétrique et les recommandations dans ce domaine sont principalement faites par extrapolation. Quelques particularités obstétricales doivent néanmoins être soulignées : hétérogénéité des circonstances cliniques conduisant à l'hémorragie, caractère non prédictible de celle-ci et mortalité très inférieure à celle du polytraumatisé. Il faut souligner le rôle prédictif sur la sévérité de l'hémorragie de la concentration en fibrinogène qui a été démontré en obstétrique.

Les nouvelles recommandations de l'Afssaps concernant la transfusion de PFC seront guidées par 2 idées directrices: d'une part la nécessité de restreindre encore les prescriptions inadaptées de plasma, en rappelant par exemple que la correction d'anomalies biologiques en l'absence de saignement n'est pas une indication et d'autre part, le développement d'une prise en charge précoce et intensive des hémorragies massives.

- En cas d'hémorragie modérée, peu évolutive ou contrôlée l'administration de PFC doit être guidée en priorité par les tests de laboratoire, en particulier le Temps de Quick. Le volume initial à prescrire est de 10 à 15 mL.kg⁻¹. Il n'y a pas d'argument pour transfuser plus précocement ou plus massivement du PFC dans cette indication. La notion de ratio élevé ne peut et ne doit donc pas s'appliquer ici.

- En cas d'hémorragie massive, différentes analyses de séries de patients présentant un polytraumatisme ou une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale ont suggéré que la transfusion de PFC avec des ratios PFC:CGR élevés pourrait être associé à une meilleure survie et une moindre morbidité. Il en a été conclu que la coagulopathie étant précoce, sa prise en charge transfusionnelle devait être immédiate. Les PFC sont donc transfusés en association avec les concentrés érythrocytaires avec un ratio PFC:CGR, élevé, compris entre 1:2 et 1:1. Il est recommandé que la transfusion de PFC débute au plus vite, idéalement en même temps que celle des concentrés érythrocytaires. L'initiation sans délais de la transfusion de PFC nécessite la mise en place de protocoles de transfusion massive dans les centres prenant en charge habituellement des patients présentant une hémorragie massive. Ces protocoles visent à réduire les délais d'initiation de la transfusion.