

Démarche PBM en Hauts de France

*« Associer professionnels de santé :
anesthésistes, chirurgiens, hémovigilants,
pharmaciens autour du PBM - l'expérience HDF »*



- *Historique de la démarche ayant conduit à la réalisation de l'état des lieux*
- *Actions : Fiche projet- Consultation données CS – rédaction du « questionnaire PBM »- Lancement de la période de recueil*
- *Analyse des données ES : Etat des lieux régional en HDF*
- *Accompagnement régional vers une harmonisation des pratiques*
- *Présentation des équipes (contacts)*
- *Sources*
- *...Et après?*

- *Recommandations OMS de 2010*
 - *Déploiement effectif dans d'autres pays (UE , Australie...)*
 - *Demande forte de la SFAR*
 - *Participation à l'auto-suffisance en PSL*
 - *Qualité et sécurité transfusionnelle : pertinence de l'indication de la transfusion (critère CERTIFICATION v2020 + instruction acte transfusionnel)*
 - *Contexte médico- économique (DMS, morbidité, mortalité)*
- > Cadre de la Récupération Accélérée Après Chirurgie (RAAC)- programme HAS 2014*
- > Colloque PBM et sortie du livre blanc le 13 décembre 2018*
- > Note de cadrage de la gestion du capital sanguin autour de la chirurgie : Gestion du capital sanguin pré-per et post op du 1^{er} juillet 2020*
- > Nécessité de mise en œuvre clinique du PBM*

Une coopération RREVA des structures d'appui HEMOVIGILANTS/ OMEDIT

La gestion personnalisée du capital sanguin du patient (GSP) plus connue sous le terme de Patient Blood Management (PBM) encourage un usage rationnel des produits sanguins labiles (PSL).

En Région HDF, cette thématique est suivie conjointement par la Cellule Régionale d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle (CRHST) et l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMéDIT) des Hauts de France.

Pourquoi?

Une coopération RREVA des structures d'appui HEMOVIGILANTS/ OMEDIT

Cette coopération thématique s'appuie, entre autre, sur l'équilibre entre l' usage protocolisé et optimisé aux différentes étapes pré-, pér- et post opératoire de produits de santé tels que le Fer IV, les Agents de stimulation de l'érythropoïèse (ASE) , l'acide tranexamique

ET

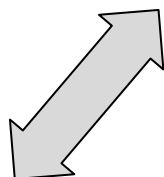
la diminution du recours à la transfusion de PSL

Les 3 piliers du PBM



Optimiser les RÉSERVES sanguines :

Diagnostic et traitement de l'anémie et de la carence martiale



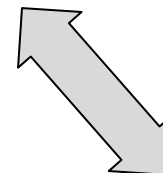
Minimiser les PERTES sanguines :

prévenir et prendre en charge les saignements



Optimiser la TOLÉANCE à l'anémie:

stratégie et seuil transfusionnels



Les 3 piliers du PBM et les 3 phases de PEC

Patient Blood Management

Tableau 1. Approche multimodale du PBM [16, 23, 26-29]

OPTIMISER LA MASSE SANGUINE	MINIMISER LES PERTES SANGUINES	OPTIMISER LA TOLÉRANCE À L'ANÉMIE
PHASE PRÉOPÉRATOIRE		
Rechercher les anémies, identifier les causes, corriger le problème Demander un avis spécialisé, si nécessaire Évaluer les réserves en fer et corriger la carence martiale, si nécessaire Envisager les agents stimulant l'érythropoïèse (ASE), si l'anémie nutritionnelle est écartée/traitée Programmer la chirurgie réglée après la prise en charge de l'anémie Note : l'anémie non prise en charge est une contre-indication à la chirurgie réglée	Identifier et gérer les risques de saignement Prendre en charge de façon spécifique les patients sous anticoagulants et/ou antiagrégants plaquettaires Limiter les prises de sang destinées aux examens biologiques Mettre en place une transfusion autologue différée dans certains cas	Comparer les pertes sanguines attendues à la perte sanguine tolérable pour le patient Évaluer/optimiser la réserve physiologique (ex. : fonctions cardiaque et pulmonaire) Établir un protocole personnalisé de soins, dont des mesures d'épargne sanguine et une stratégie transfusionnelle restrictive adaptées
PHASE PEROPÉRATOIRE		
Coordonner l'intervention avec l'optimisation de l'érythropoïèse et de la masse sanguine Mettre en œuvre les mesures d'épargne sanguine Utiliser les médicaments minimisant les saignements	Hémostase et techniques chirurgicales méticuleuses Récupérer/transfuser le sang épanché Mettre en œuvre des protocoles de prise en charge anesthésique adaptés (ex. : maintien normothermie) Utiliser les médicaments limitant le saignement (antifibrinolytiques)	Optimiser le débit cardiaque, ventilation, oxygénation Mettre en œuvre les mesures d'épargne sanguine Appliquer la stratégie de transfusion restrictive
PHASE POSTOPÉRATOIRE		
Traiter les anémies nutritionnelles (ex. : carences en fer, folates) Envisager les ASE, si approprié Éviter les interactions médicamenteuses aggravant les saignements et l'anémie	Surveiller attentivement et prendre en charge les saignements et traitements anticoagulants Maintenir la normothermie (sauf indication contraire) Récupérer/transfuser le sang drainé Utiliser les médicaments limitant le saignement Limiter les prises de sang destinées aux examens biologiques	Optimiser l'apport d'oxygène Minimiser la consommation d'oxygène Mettre en œuvre les mesures d'épargne sanguine Prévenir/traiter les infections Appliquer la stratégie de transfusion restrictive

Figure 1. Présentation du processus de PBM organisé autour du parcours patient dans le cadre d'une intervention de chirurgie réglée

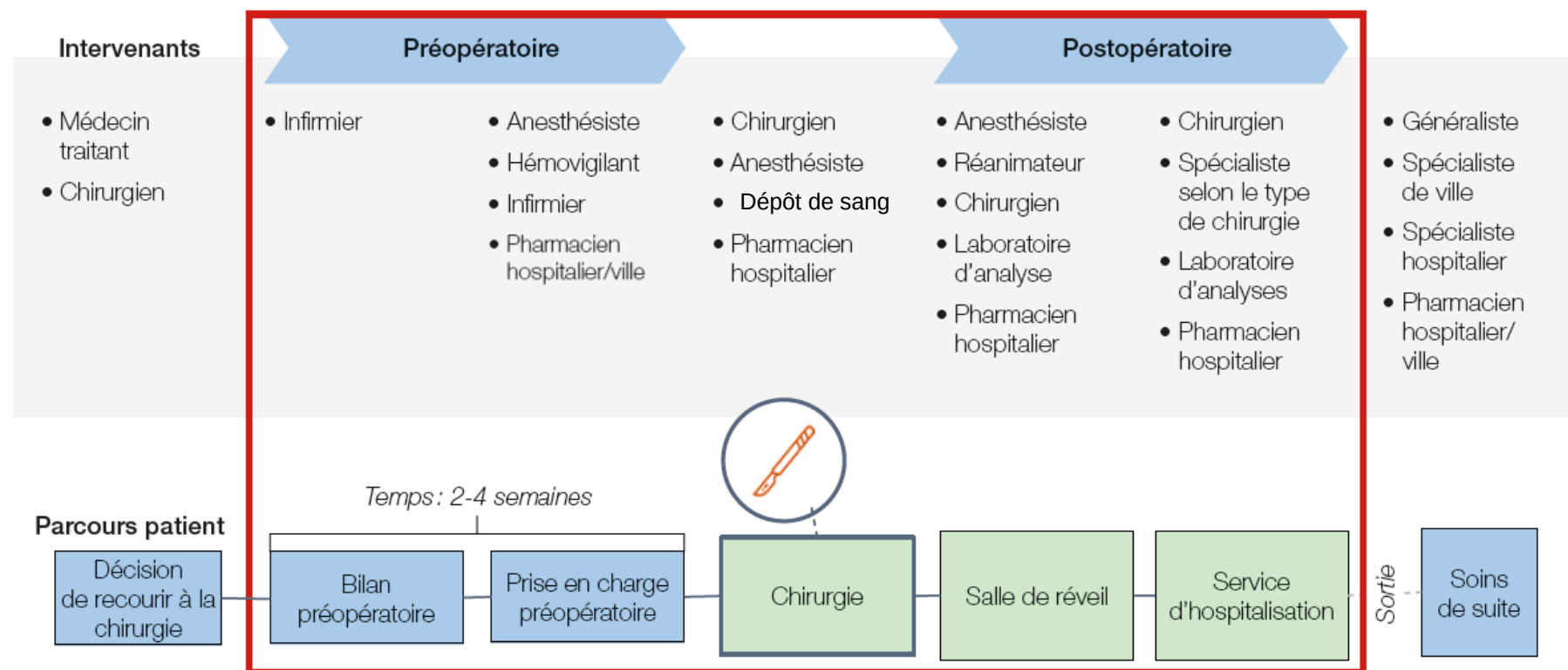
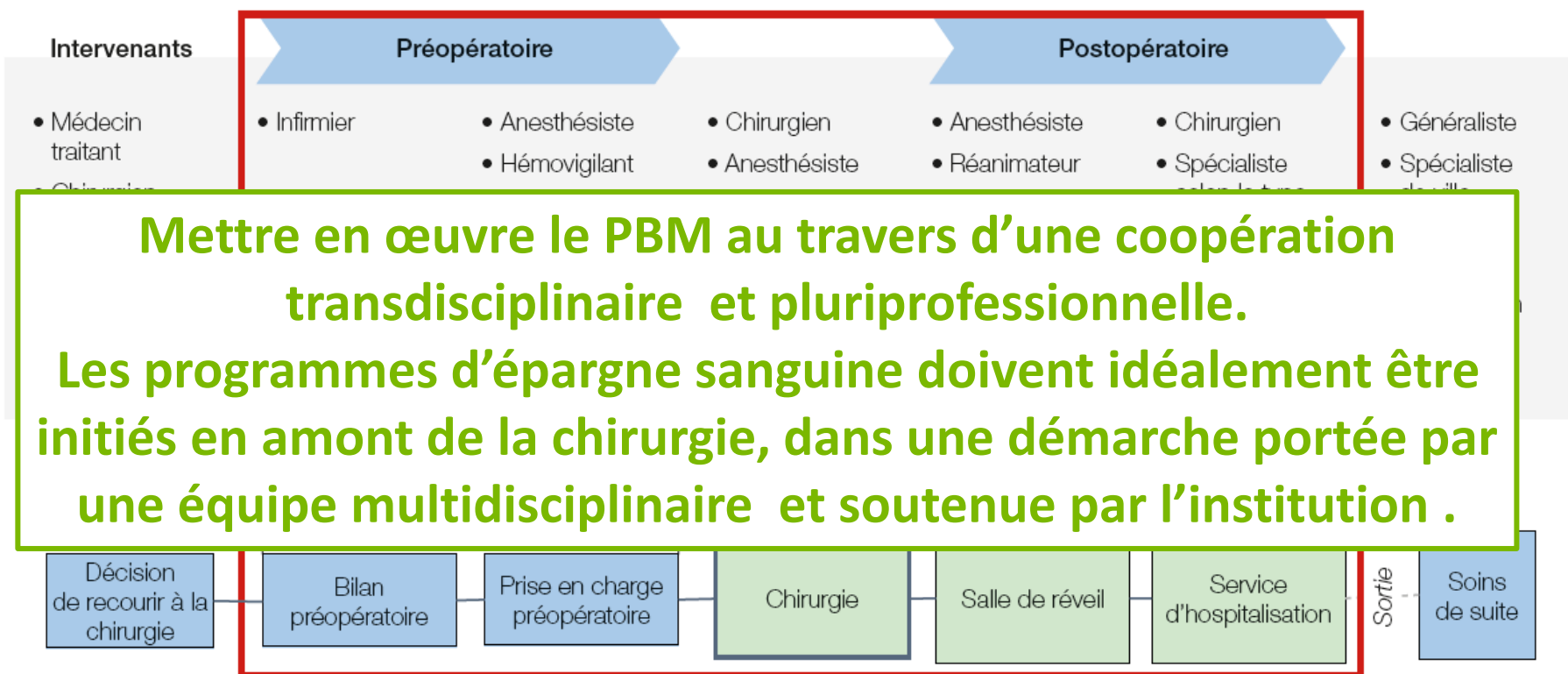


Figure 1. Présentation du processus de PBM organisé autour du parcours patient dans le cadre d'une intervention de chirurgie réglée



Elaboration d'un questionnaire sous format « formulaire en ligne »

Patient Blood
Management

Evaluer le déploiement régional du PBM

- Sur les 3 PILIERS
- Sur les 3 versants de prise en charge péri-opératoire (Pré-, Per et Post)

Analyser sur quels secteurs chirurgicaux plus particulièrement

- viser les chirurgies à risque hémorragique élevé telles que **orthopédique, digestive, urologique, cardiaque** et certaines chirurgies oncologiques

Déterminer le niveau de dépistage de l'anémie pré-opératoire:

- notion de dépistage systématique, d'anticipation lors de chirurgie réglée, de délai de PEC lorsqu'il y a détection et recherche d'étiologie de l'anémie



Etat des lieux PBM en HDF (v3) - Google Forms.pdf



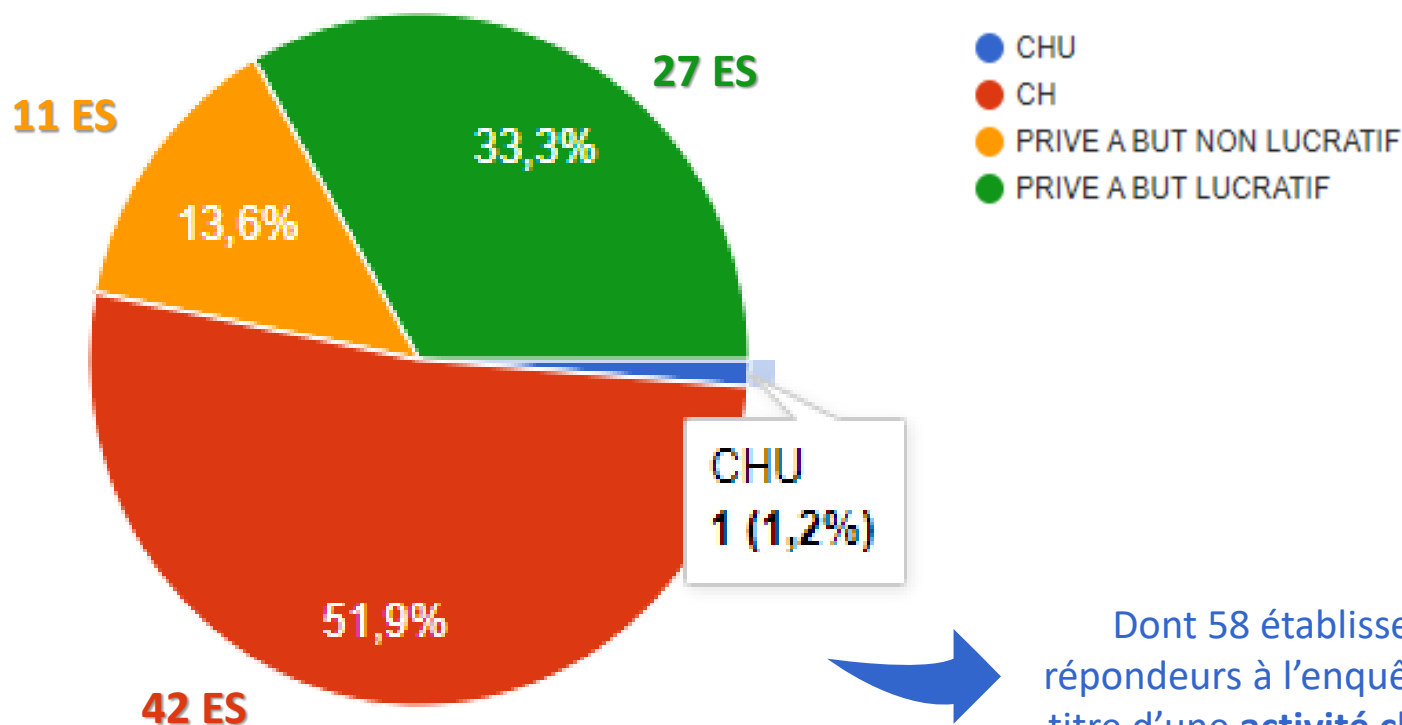
Etat des lieux du PBM en HDF

Résultats et Analyse du questionnaire en ligne



Type d'établissement de santé

112 établissements transfuseurs ciblés par l'enquête
--> 81 répondeurs
--> Soit un taux de réponse de 72%



Dont 58 établissements
répondent à l'enquête PBM au
titre d'une **activité chirurgicale**

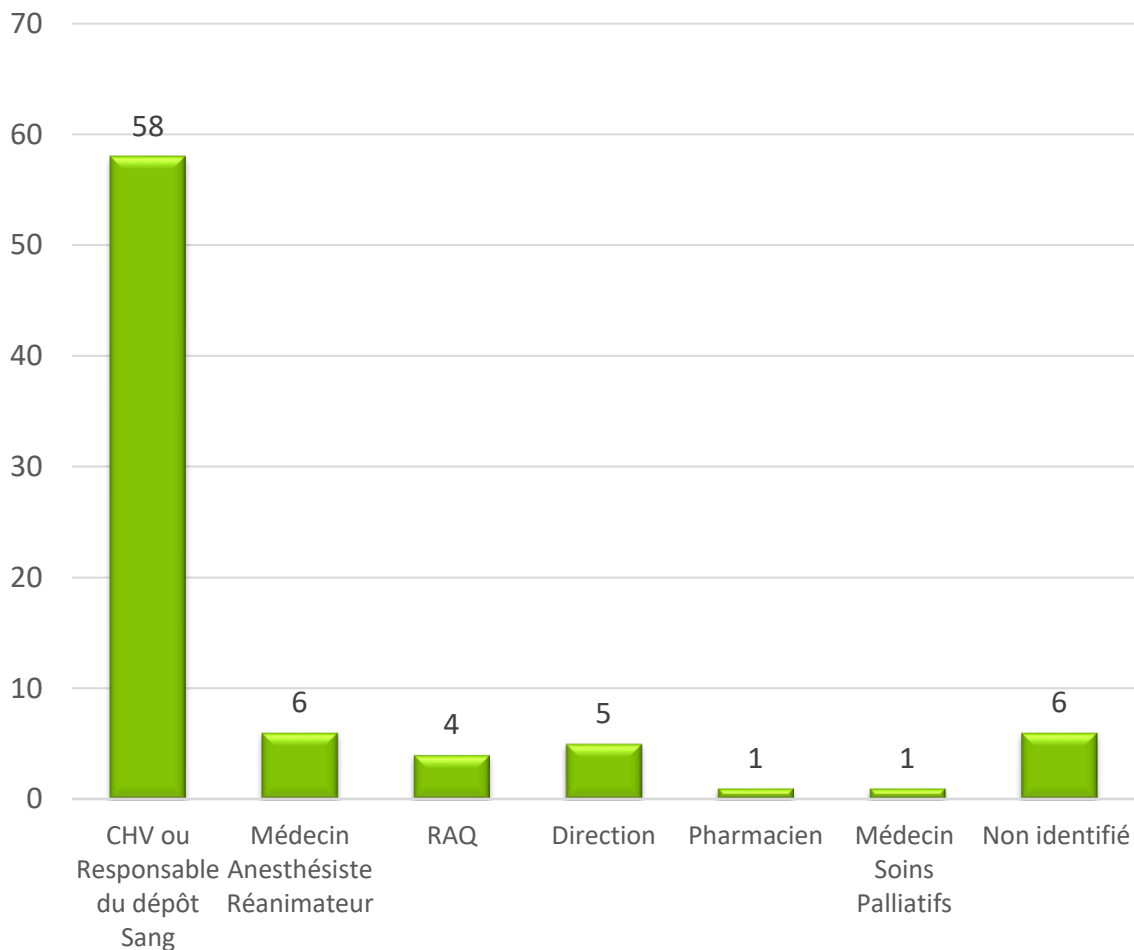
Fonction des répondeurs

Diffusion du questionnaire aux:

- correspondants d'hémovigilance (CHV),
- responsables de dépôt de sang
- pharmaciens de PUI et
- à la direction/présidence de CME

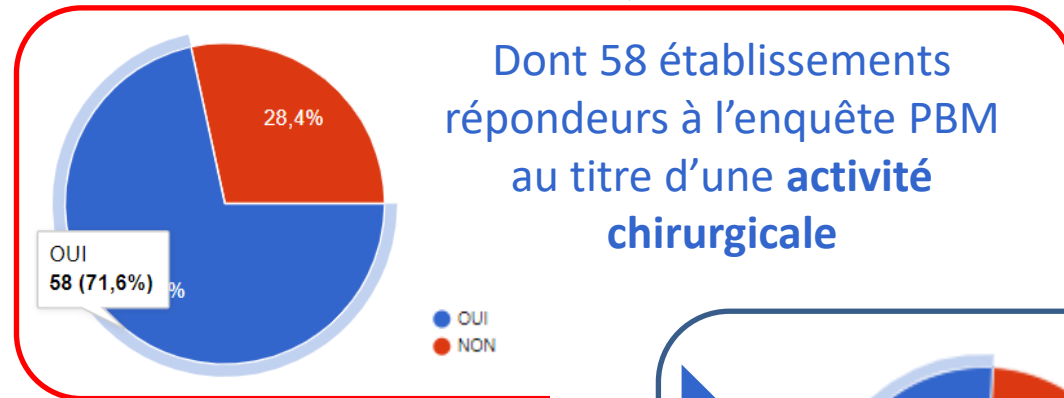
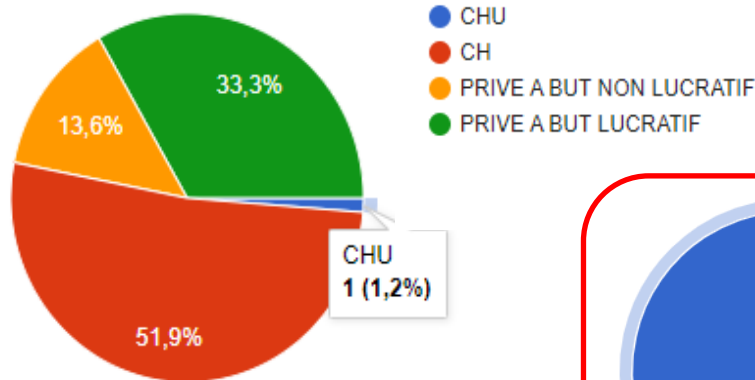
Public répondeur :

58 CHV / 81 répondeurs

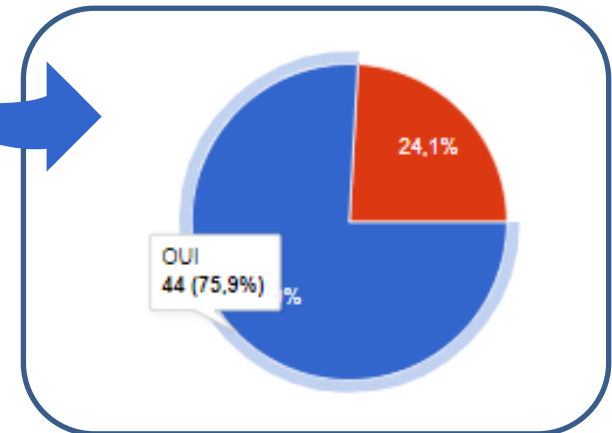


Etablissements concernés via une activité chirurgicale

112 établissements transfuseurs ciblés par l'enquête --> 81 répondeurs



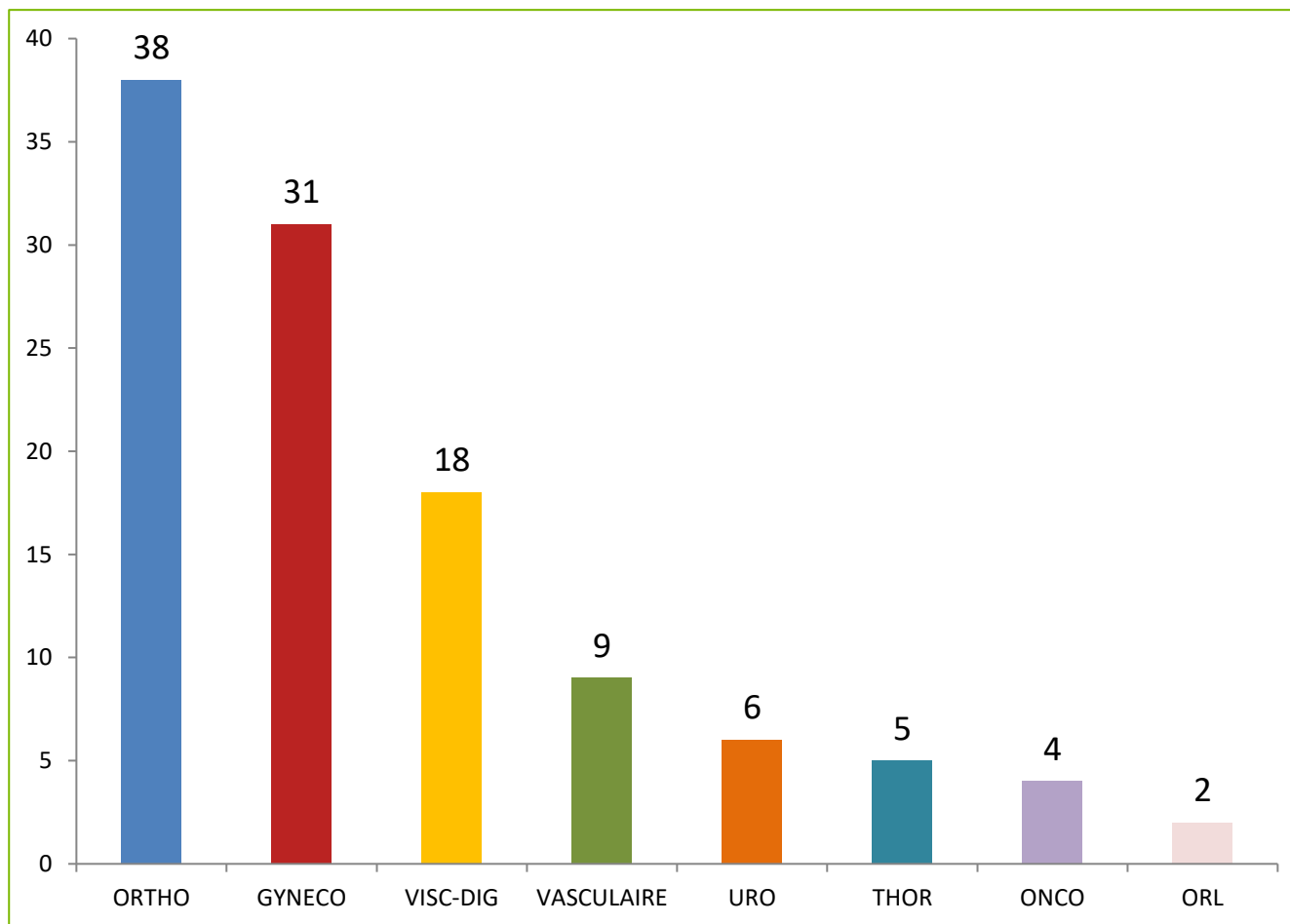
Sur ces 58 ES , 44 recherchent l'**anémie préopératoire systématiquement** dans un délai suffisant pour permettre sa correction en amont de l'intervention



Chirurgies concernées

Représentation des activités où s'est vue déployée la recherche systématique d'une anémie en préopératoire

N= 44



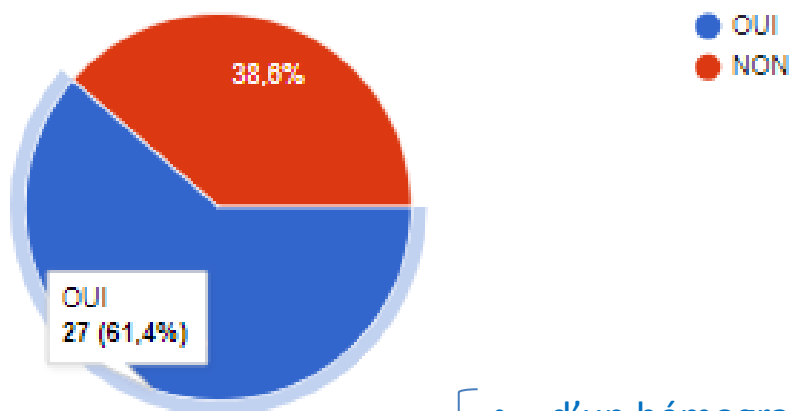


Pilier 1 -Optimiser les RÉSERVES sanguines



En présence d'une anémie, son étiologie est-elle systématiquement recherchée par les établissements ?

N= 44



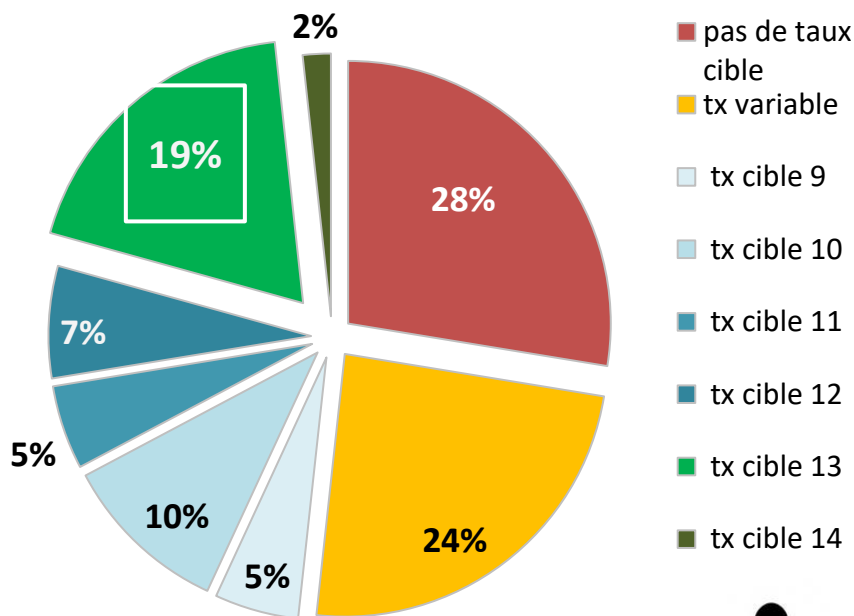
Pour les 27 établissements concernés, le diagnostic étiologique d'anémie repose « **en routine** » sur la réalisation :

- d'un hémogramme : 27 (100 %)
- de la ferritinémie : 24 (88,9 %)
- de la créatinine : 18 (66,7 %)
- du **coefficient de saturation de la transferrine (CST)** : 15 (55,6 %)
- de la CRP : 15 (55,6 %)
- du dosage de B12 et folates : 15 (55,6 %)

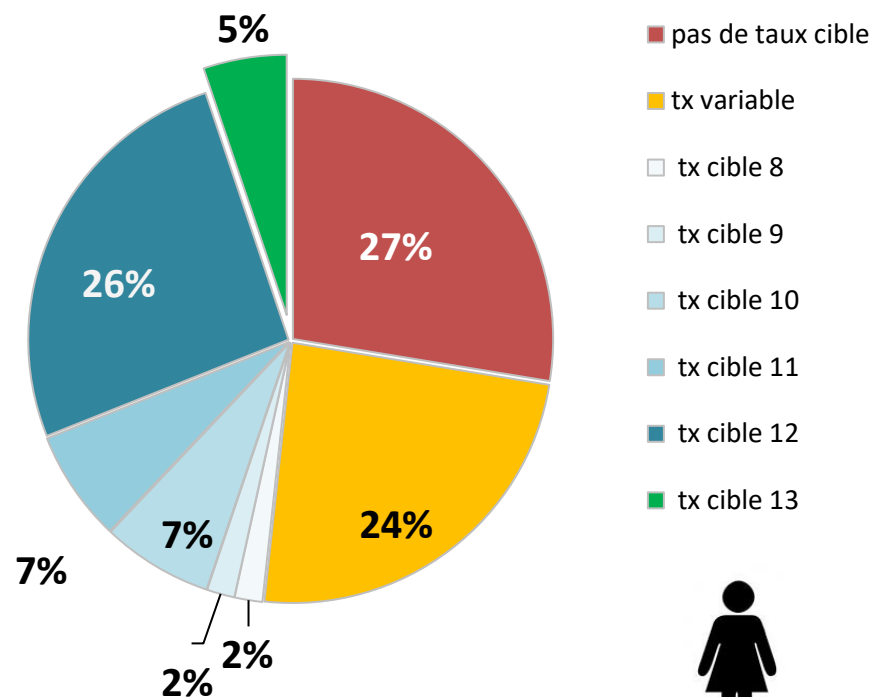
Définition du taux cible d'hémoglobine pour le bloc

N= 58

Tx cible Hb chez l'homme



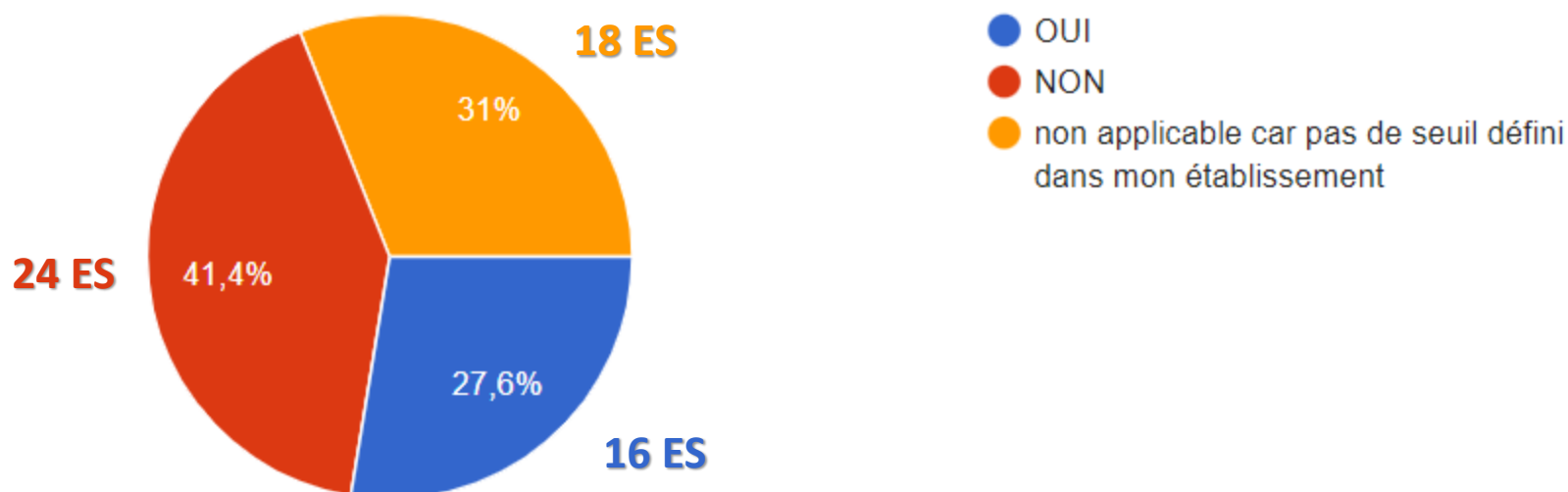
Tx cible Hb chez la femme



Le taux cible Hb pré-op homme-femme (*recommandations HAS à paraître*) est de 13 g/dL

L'intervention chirurgicale est-elle reportée si le seuil défini n'est pas atteint pour le bloc?

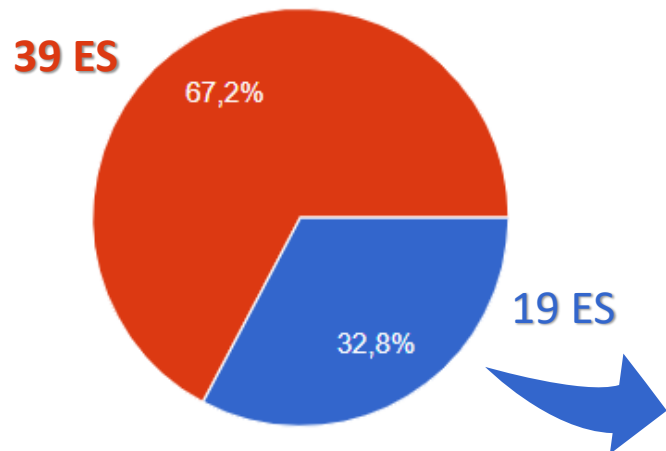
N = 58



Sur les 58 établissements répondants concernés au titre du PBM par une activité chirurgicale, 16 établissements choisissent de reporter l'intervention chirurgicale si le taux cible Hb défini n'est pas atteint

Focus sur la PEC de la carence martiale et sa prise en compte dans la démarche PBM des établissements

N= 58

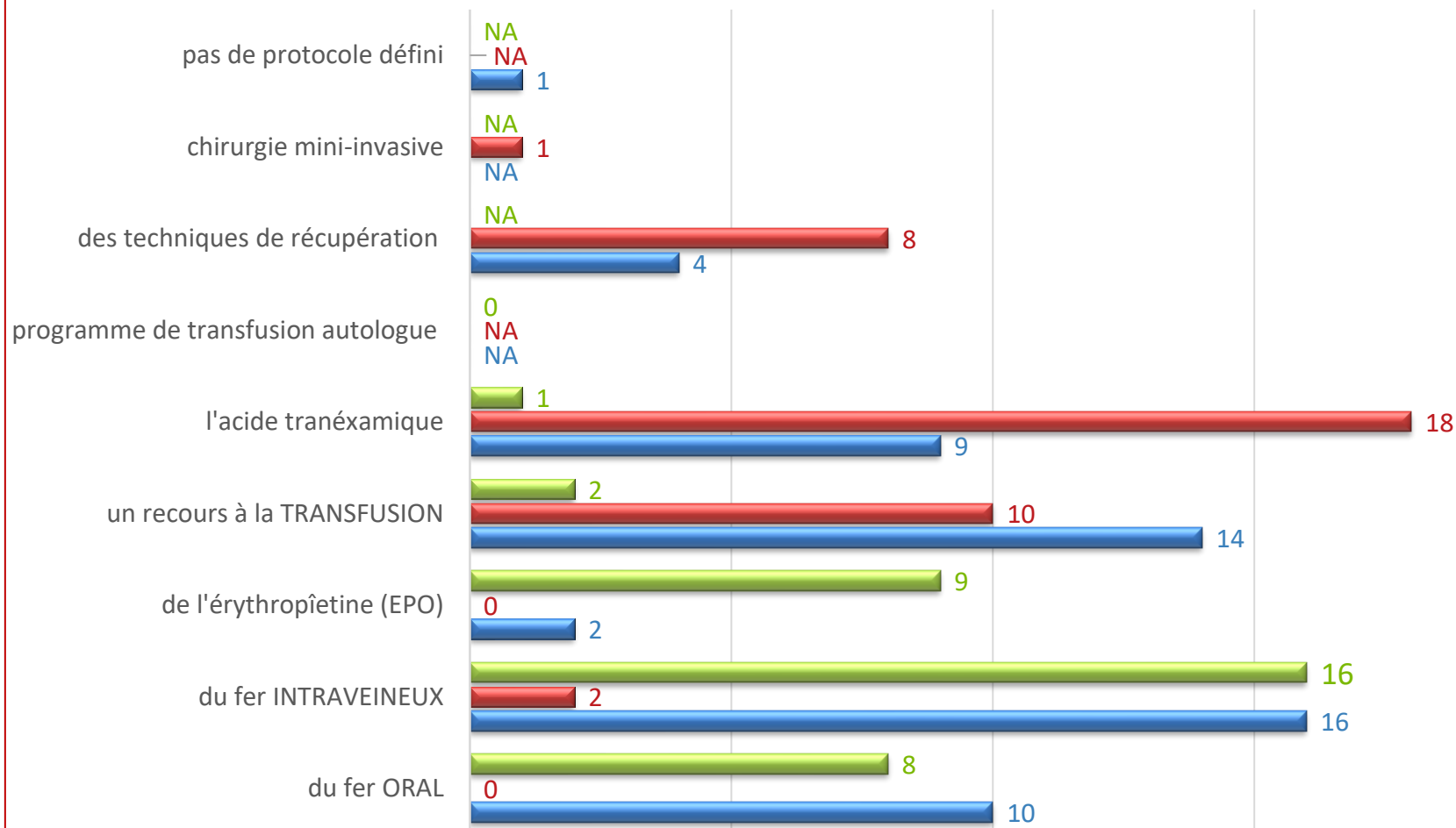


19 établissements disposant d'un PTC ou d'un algorithme de PEC de la carence martiale

- *Pour 11 d'entre eux, ce dernier est exclusivement réservé à un type de chirurgie*
- *Pour 18 d'entre eux, ce dernier s'appuie sur les 3 versants PRE –PERI et POST opératoires*

- *8 établissements sur 19 réalisent en routine la recherche d'une carence martiale et disposent d'un protocole dédié*
- *11 établissements disposent d'un protocole sans avoir renseigné au préalable la notion de réalisation en routine de recherche de carence martiale*

La prise en charge de la carence martiale pour les 3 versants périopératoire PRE PER POST



Pilier 1 -Résumé

112 ES transfuseurs ciblés

81 ES répondants (72%)

58 concernés par activité chirurgicale (71,6%)

Optimiser la masse
sanguine

- Recherche de **l'anémie systémique** pour 44 ES soit 75,9%
- Recherche **étiologie** systématique pour 27 ES
- Ferritine pour 24 ES
- CST pour 15 ES

Choix de reporter le bloc
si seuil Hb préop non
atteint

- Oui pour 16 ES / 58
- Non pour 24 ES / 58

Existence d'un protocole
de prise en charge de la
carence martiale

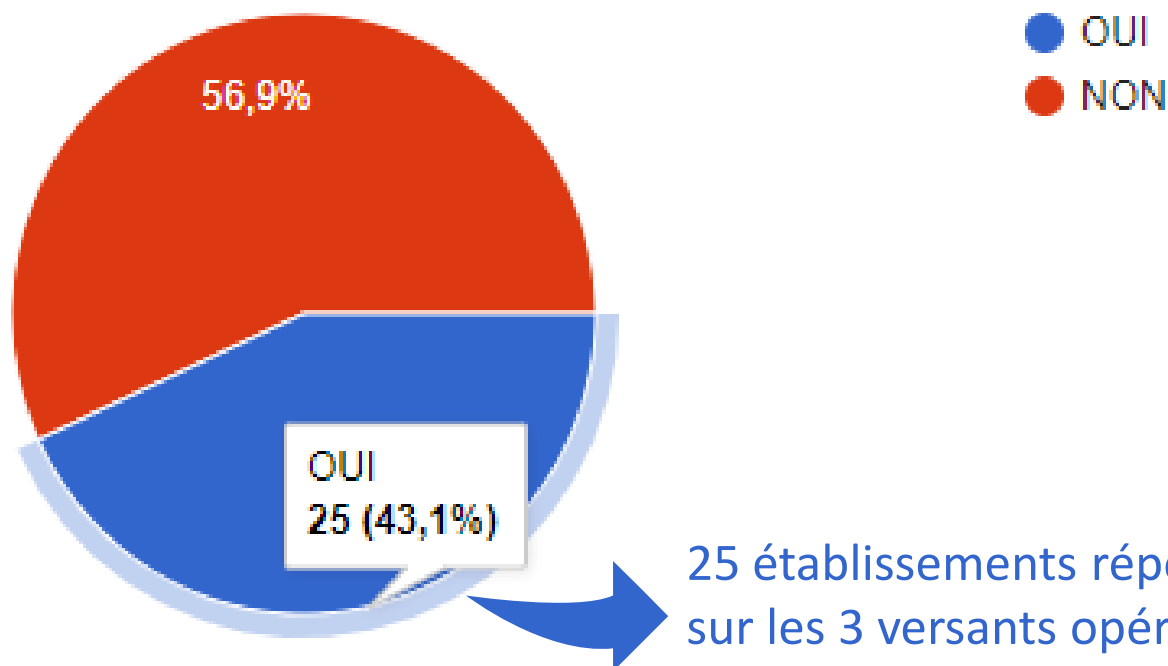
- Concerne 19 ES (32,8%)
-> dont 8 ES /19 qui réalisent en routine la recherche d'une carence martiale

Pilier 2 -Minimiser les pertes sanguines



Existence d'un protocole formalisé au sein de l'établissement ?

N= 58

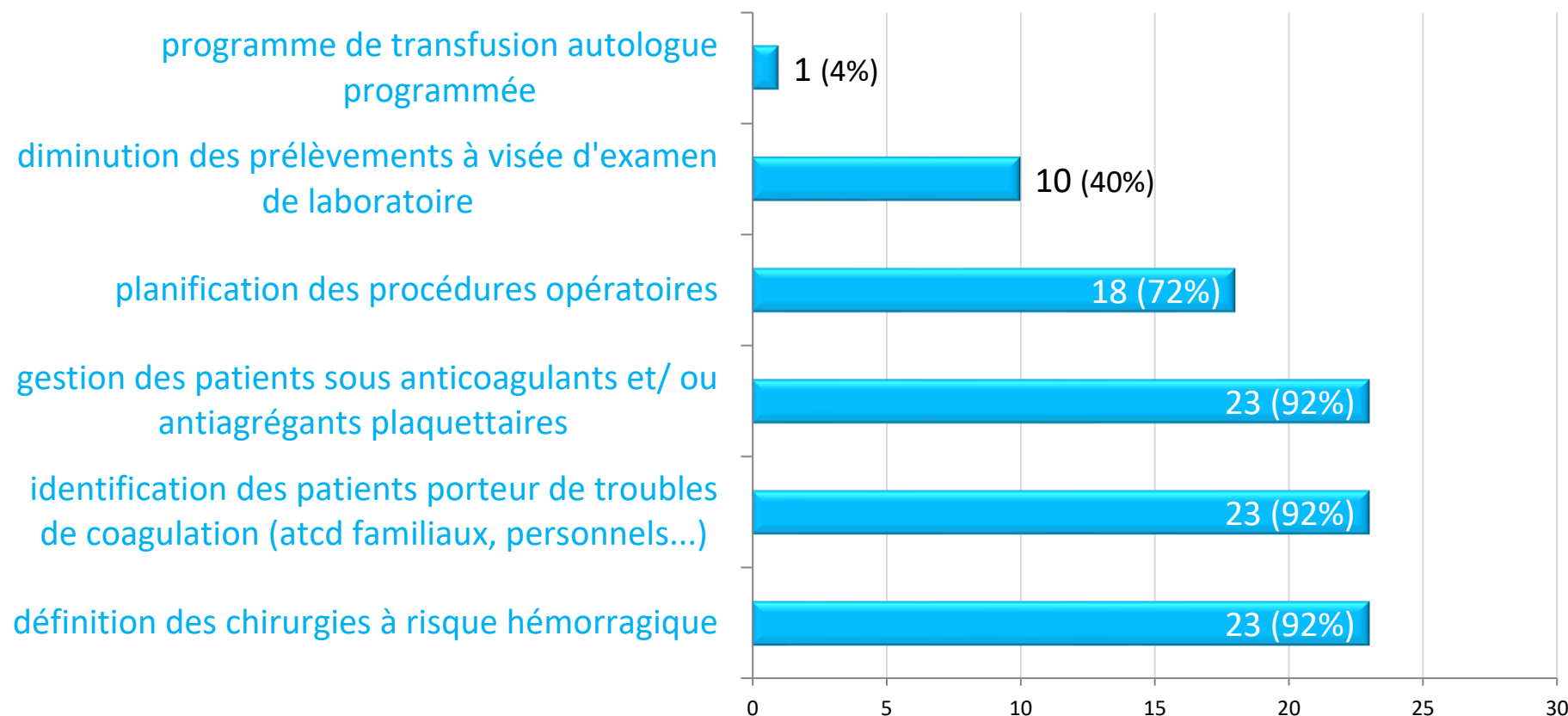


25 établissements répondent sur les 3 versants opérationnels du pilier 2



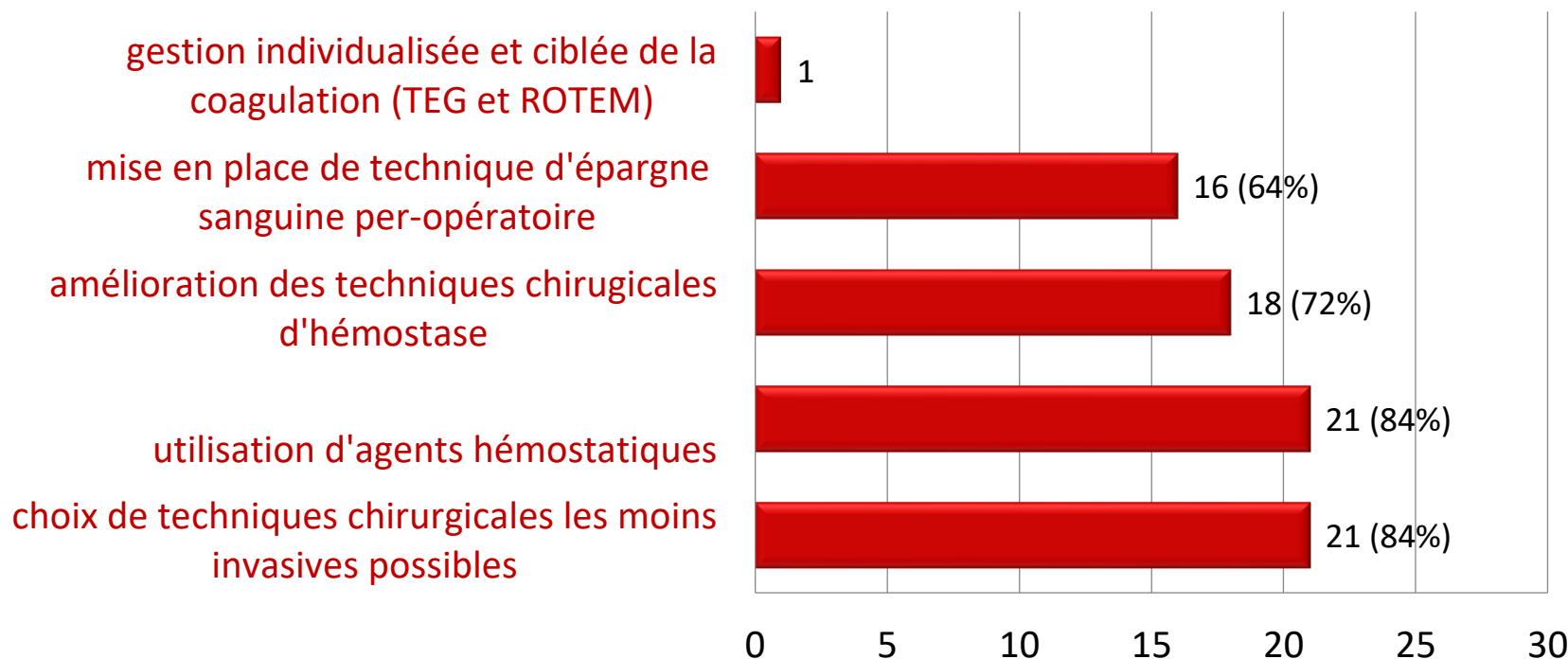
Pouvez vous préciser les items qui sont repris dans ce protocole **PRE-OPERATOIRE** ?

PRE-OP



Pouvez vous préciser les items qui sont repris dans ce protocole **PER-OPÉRATOIRE** ?

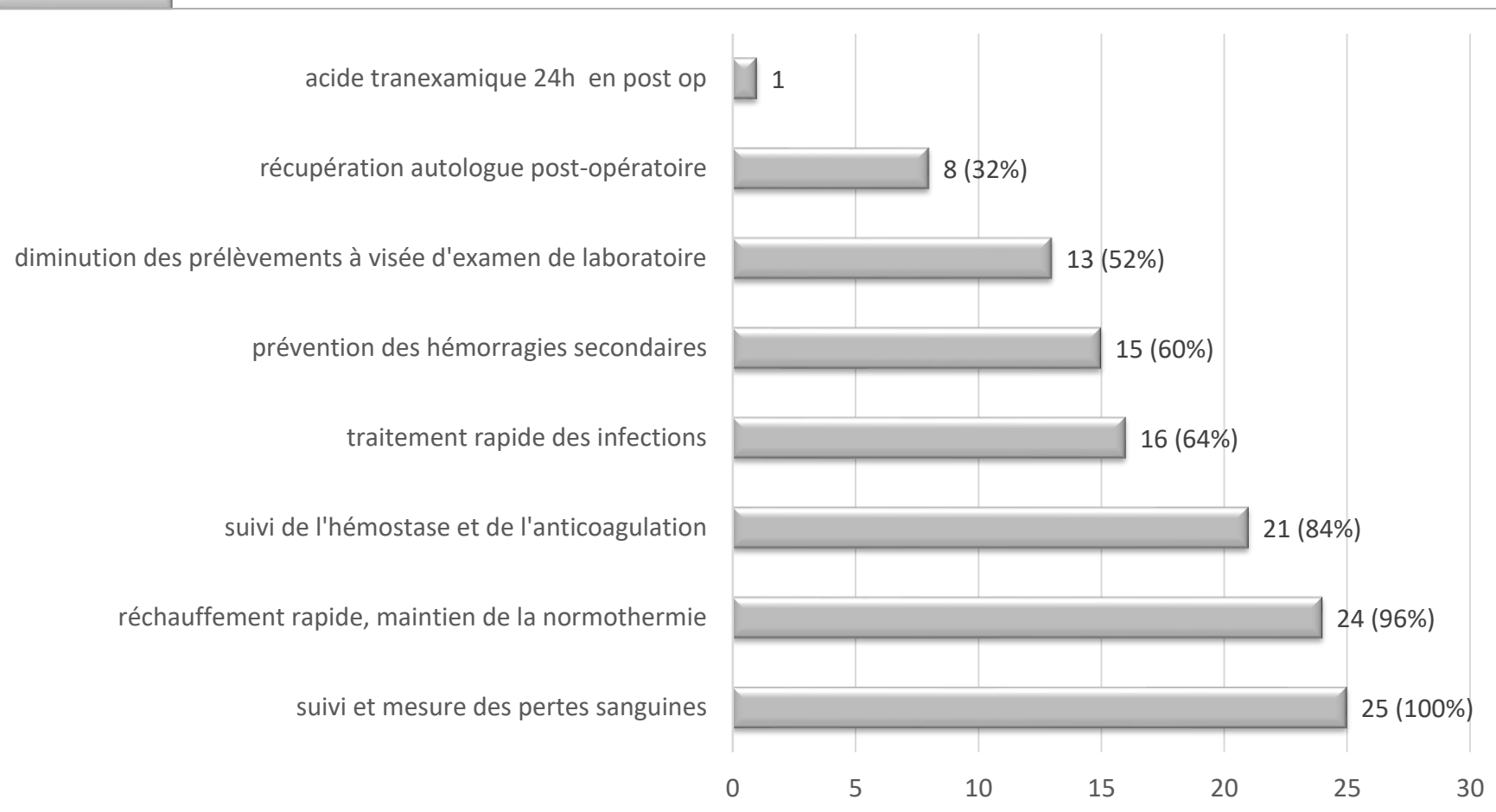
PER-OP



N = 25

Pouvez vous préciser les items qui sont repris dans ce protocole
POST-OPERATOIRE ?

POST-OP



112 ES transfuseurs ciblés

81 ES répondants (72%)

58 concernés par activité chirurgicale (71,6%)

Minimiser les pertes sanguines en PREOP

- **25 ES**
- Définition des chirurgies à risque hémorragique (23)
- Recherche trouble de coagulation (23)
- Gestion AC et AAP (23)
- Planification des blocs (18)

Minimiser les pertes sanguines en PEROP

- **25 ES**
- Chirurgie moins invasive (21)
- Recours agents hémostatiques (21)
- Soins de l'hémostase (18)
- Épargne sanguine (16)

Minimiser les pertes sanguines en POST OP

- **25 ES**
- Mesure des pertes sanguines (25)
- Maintien normothermie (24)
- Suivi coagulation (21)
- Traitement des infections (16)

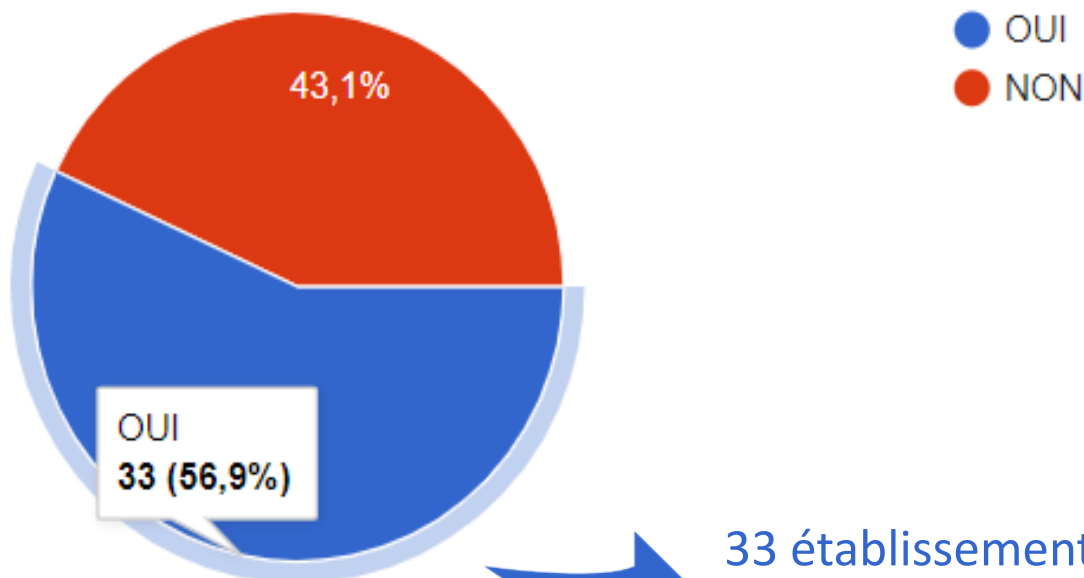


Evaluation du pilier 3 : Optimiser la TOLERANCE à l'anémie



*Avez-vous développé une stratégie de
transfusion optimisée et personnalisée?*

N= 58



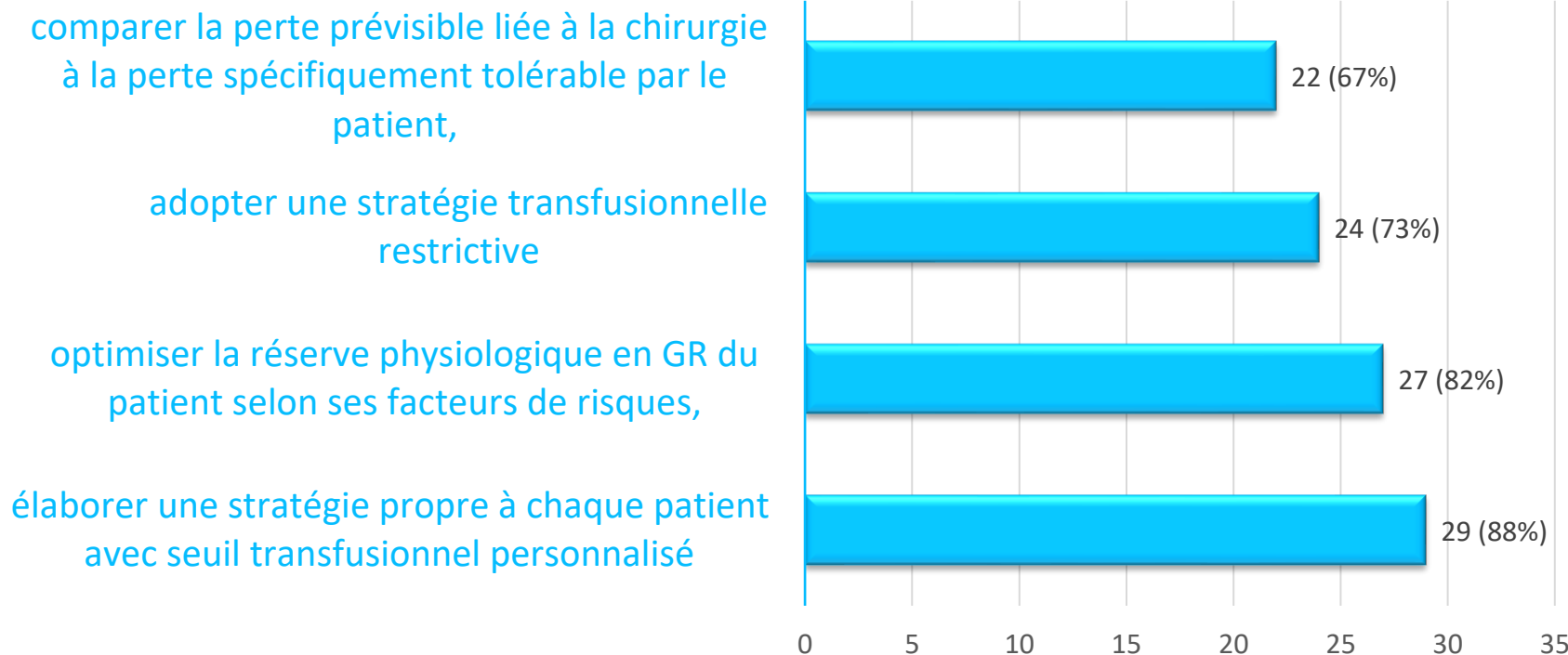
33 établissements répondent
sur les 3 versants opérationnels
du pilier 3



Pilier 3 : Optimiser la TOLERANCE à l'anémie

N= 33

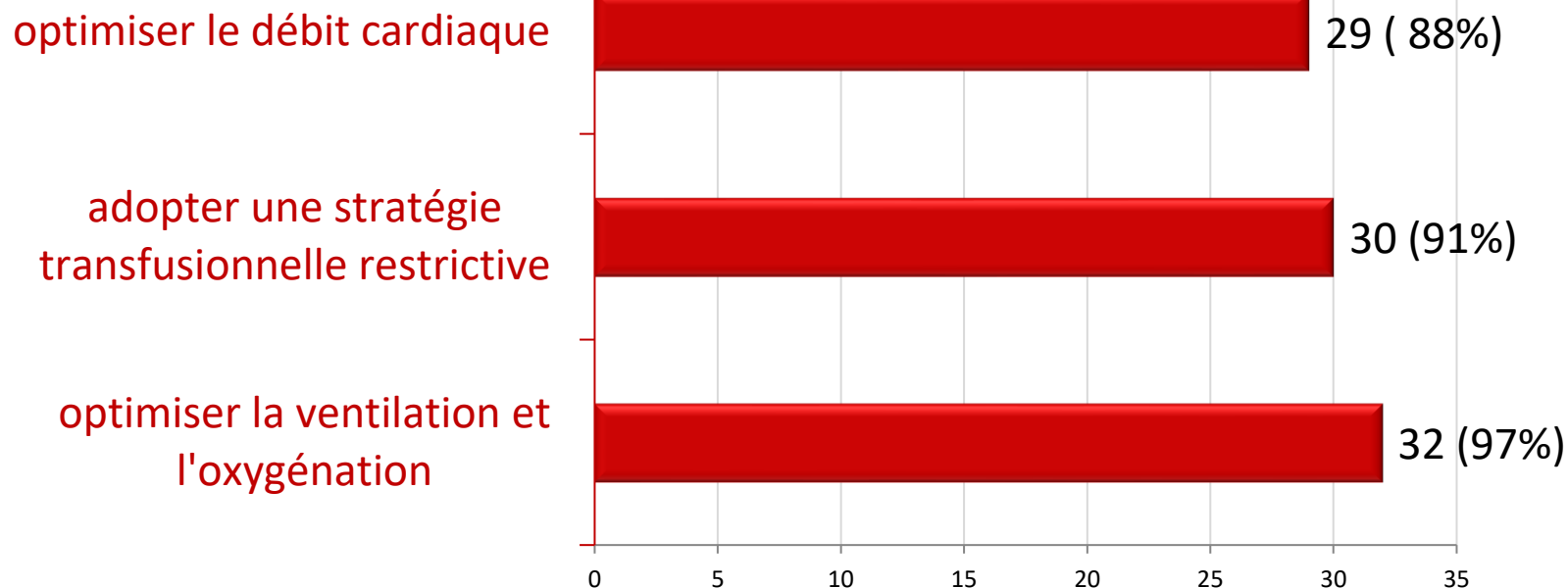
PRE-OP



Pilier 3 : Optimiser la TOLERANCE à l'anémie

N= 33

PER-OP



Pilier 3 : Optimiser la TOLERANCE à l'anémie

N= 33

POST-OP

Surveillance rapprochée de la biologie sanguine pour diagnostiquer tôt l'anémie

1

diminuer la consommation en oxygène

19 (58%)

augmenter l'apport en oxygène

25 (76%)

optimiser la tolérance à l'anémie

26 (79%)

attention toute particulière dans la prescription de traitements pouvant majorer un saignement

28 (85%)

adopter une stratégie transfusionnelle restrictive

30 (91%)

traiter rapidement toute infection

33 (100%)

traiter l'anémie

33 (100%)

0 5 10 15 20 25 30 35

Pilier 3 : Résumé

112 ES transfuseurs ciblés

81 ES répondants (72%)

58 concernés par activité chirurgicale (71,6%)

Optimiser la tolérance à l'anémie en PRE OP

- **33 ES**
 - Stratégie propre / patient (29)
 - Prise en compte FDR patient (27)
 - Stratégie TRSF restrictive (24)
 - Comparer perte prévisible et perte tolérable (22)

Optimiser la tolérance à l'anémie en PER OP

- **33 ES**
 - Optimiser ventilation et oxygénation (32)
 - Optimiser débit cardiaque (29)
 - Stratégie TRSF restrictive (32)

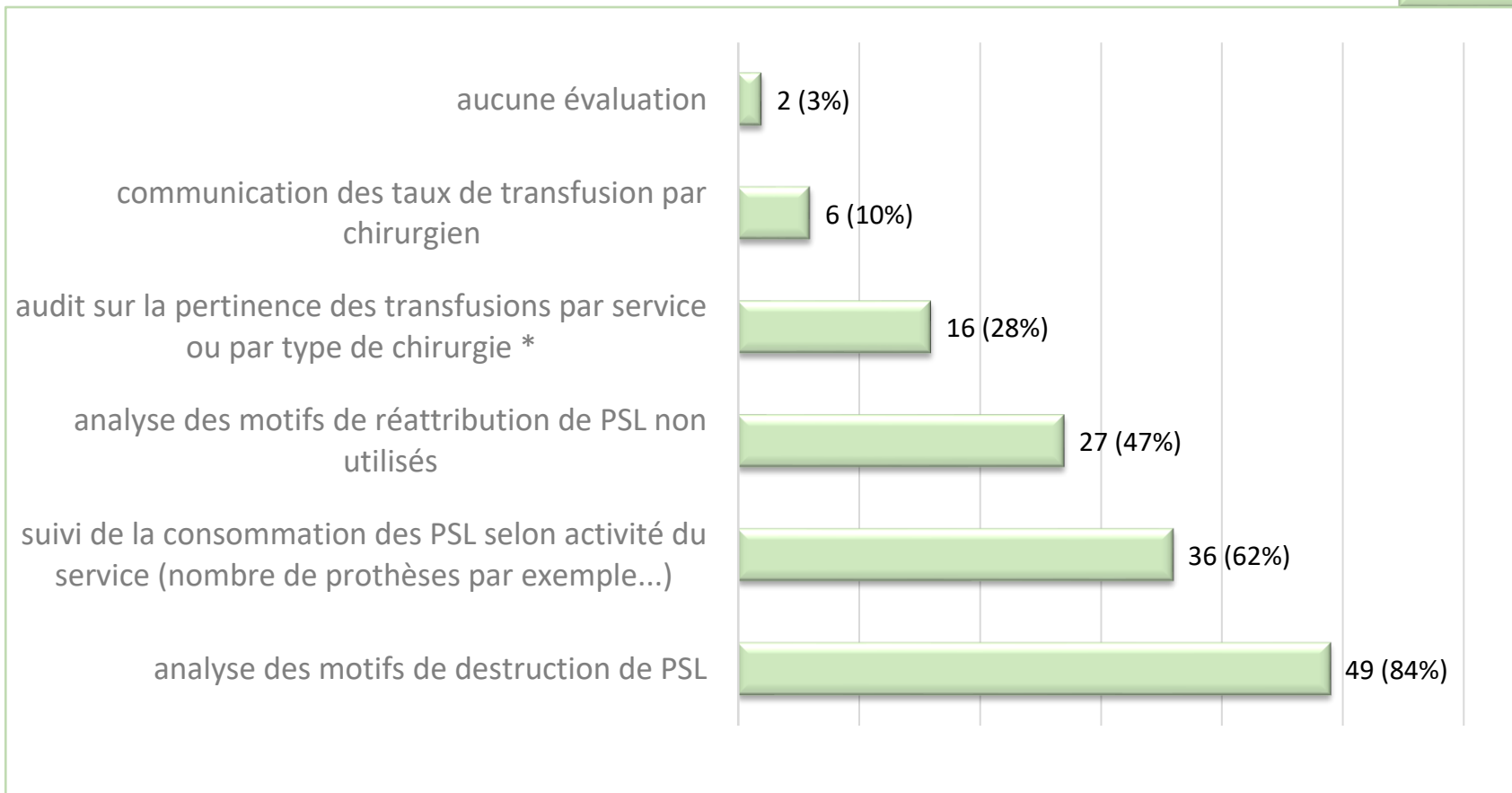
Optimiser la tolérance à l'anémie en POST OP

- **33 ES**
 - Traiter l'anémie (33)
 - Traiter infection (33)
 - Stratégie TRSF restrictive (30)
 - Attention ttt / saignement (28)

Évaluation des pratiques

Quels sont les critères d'évaluation utilisés par les ES pour améliorer leurs pratiques?

N= 58



* Critère n° 2.1-07 certification : La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles (PSL) est argumentée

Compléments d'informations



- **Livre blanc du Blood Patient Management**
- ***HAS- PBM-Note de cadrage : Gestion du capital sanguin pré-per et post op du 1^{er} juillet 2020 :***
 - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/reco367_note_cadrage_gestion_capital_sanguin_coi_2020_07_01.pdf
- ***Recommandations de Bonnes Pratiques HAS dans le cadre de la Récupération améliorée après chirurgie (RAAC)***
 - https://www.has-sante.fr/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac
 - https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/forcedownload/2016-09/rapport_orientation_raac.pdf

Et après ?

Proposition d'un webinaire avec ouverture par le DG ARS?

3 points à aborder:

- Restitution de l'enquête aux ES
- Présentation des nouvelles recommandations HAS -> annoncées pour fin juillet
- Retour d'expérience : plusieurs établissements moteurs dans la Région : Douai? Valenciennes?