Procédure de soin

Transfusion d'un concentré plaquettaire (CP)

Adulte

Généralités

Avertissement

La responsabilité du CHUV et des auteurs ne peut être engagée en cas d'utilisation de ce document en dehors du cadre prévu au CHUV. L'adoption de ces techniques de soins par une autre institution relève de la responsabilité de sa direction. Tout soin nécessite des connaissances appropriées et ne peut donc être exécuté que par des professionnels qualifiés. La forme et le contenu de ce document peuvent faire l'objet d'amélioration continue ou d'évolution dans les versions futures. Seule la version électronique fait foi.

Cadre de référence

Précautions Standard / Hygiène des mains
Hygiène, prévention et contrôle de l'infection (HPCi)
REFMED
Catalogue des examens
Tableau des antiseptiques au CHUV
Tableau des désinfectants au CHUV

Directive institutionnelle : Bonnes pratiques de documentation et de tenue du dossier patient du CHUV
Directive institutionnelle : Identitovigilance et port du bracelet d'identification des patients (BIP)
Directive institutionnelle : Gestion de la douleur
Directive institutionnelle : Gestion des médicaments : Préparation, double-contrôle et administration des médicaments

Contexte

Définition

Administration par voie intraveineuse d'un concentré plaquettaire obtenu par aphérèse (un seul donneur) ou préparé à partir de 5 buffy coats issus de sang complet.

Voir : Administration de produits sanguins labiles

Indications

- Thrombopénie
- Plaquettes non fonctionnelles (thrombopathies génétiques ou secondaires à l'administration d'anti-aggrégants plaquettaires)

Voir : Concentrés plaquettaires : recommandations sur les seuils transfusionnels applicables aux patients adultes

Recommandations de pratique

Voir : site médecine transfusionnelle sur Tribu

En cas de suspicion de réaction transfusionnelle :

1. Interrompre la transfusion
2. Rincer la voie veineuse avec du NaCl 0.9% et la laisser en place
3. Contrôler les signes vitaux
4. Avertir l'équipe médicale ou le team REA en fonction de la gravité de la réaction
5. Evaluer la réaction clinique du patient et prendre les mesures requises avec l'équipe médicale
6. Vérifier la concordance entre le patient et le produit sanguin transfusé
7. Assurer les surveillances et soins requis
8. Avertir l'UMT (tél. 44201)
9. Retourner les produits sanguins concernés à l'UMT : clamp de la tubulure fermé, bouchon obturateur à l'extrémité de la tubulure, plusieurs étiquettes du patient
10. Documenter la réaction transfusionnelle dans Soarian (mode d'emploi)

Technique de soin

Matériel

1 Solution hydro-alcoolique pour la désinfection des mains
1 Chlorhexidine alcoolique 2%
1 Container pour objets piquants/tranchants
1 Boite de gants non stériles
2 Compresse(s) stérile(s)
2 Seringue pré-remplie de NaCl 0.9% (Type : Posiflush® 10 ml) à 4 en fonction du type de voie veineuse
2 Bouchon luer-lock
1 Statif /pied à perfusion
1 Tubulure à transfusion (filtre 200 microns)
1 Médicament(s) prescrit(s) Concentré plaquettaire à transfuser, **Remarque :** la poche ne nécessite pas d'être agitée avant la transfusion une fois livrée au service

Déroulement du soin

Prérequis

Le matériel nécessaire à la réalisation du soin est déposé sur une surface désinfectée avec une lingette imprégnée du désinfectant usuel au CHUV (plateau inox, chariot de soin, plan de travail, etc...).

Hygiène des mains

A effectuer par friction hydro-alcoolique selon les 5 moments de l'hygiène des mains

Attention ! Ce document présente uniquement la technique d'administration du PSL. Pour les étapes préparatoires indispensables : information et consentement, tests pré-transfusionnels et commande de PSL, ainsi que les contrôles pré-transfusionnels, se référer à la Méthode de soins : Administration de produits sanguins labiles

Evaluation de l'état clinique du patient

- S'informer auprès du patient s'il a déjà présenté d'éventuelles réactions lors d'une transfusion antérieure
- Contrôler les signes vitaux : TA, FC, FR, T°, saturation
- Evaluer l'état clinique du patient selon le contexte clinique : état de conscience, diurèse, état de la peau, etc.
- Mettre en place un cathéter intravasculaire du calibre le plus gros possible en fonction du capital veineux du/de la patient.e ou contrôler la perméabilité du cathéter en place ainsi que l'état du pansement, le point de ponction par visualisation ou palpation et le trajet de la veine

Préparation et pose de la transfusion

- Imprégner les compresses stériles d'antiseptique
- Préparer les seringues de rinçage
- Stopper toutes les perfusions en cours
  Attention :
  1. Aucune autre substance ne doit être perfusée sur la même voie en même temps que la transfusion d'un produit sanguin labile
  2. Ne jamais administrer un concentré plaquettaire endommagé. Toute poche abimée doit être retournée à l'UMT.
- Saisir l'extrémité de la voie veineuse à l'aide d'une compresse stérile imprégnée d'antiseptique alcoolique
- Retirer le bouchon ou la perfusion si nécessaire
- Désinfecter l'extrémité de la voie veineuse à l'aide d'une compresse imprégnée d'antiseptique alcoolique et maintenir la compresse sous l'extrémité de la voie
- Tester le reflux sur la voie et effectuer un rinçage pulsé à l'aide d'une seringue de 10ml de NaCl 0.9% (2x10 ml en cas d'alimentation parentérale)
- Fermer le robinet
- Mettre une paire de gants non stériles
- Insérer le perforateur de la tubulure à filtre dans la poche à transfuser et purger la tubulure
- Suspendre la poche à transfuser au statif
- Retirer la seringue de rinçage et connecter la ligne de transfusion à la voie
- Retirer les gants non stériles

Administration de la transfusion

- Ouvrir le robinet et régler le débit de la transfusion à l'aide de la roulette de sorte à administrer le CP en **20-30 minutes** selon la tolérance du patient et la prescription médicale. **Ne jamais utiliser de pompe à perfusion.**
- Contrôler les signes vitaux (TA, FC, FR, saturation et T°) :
  - **Chaque 5 min** durant les 15 premières minutes
  - **A la fin** de la transfusion
- Surveiller le patient pour déceler les signes cliniques d'une éventuelle réaction : frissons, nausées, démangeaisons, éruption cutanée, dorsalgie basse, dyspnée d'apparition soudaine, rougeur, etc.
- Demander au patient de signaler, pendant et après la transfusion, tous les changements qu'il peut constater/ressentir: frissons, douleurs lombaires, céphalées, prurit, éruptions cutanées, etc.
- **En cas de suspicion de réaction transfusionnelle : Voir recommandations de bonnes pratiques ci dessus**

Retrait de la transfusion

- Mettre une paire de gants non stériles
- Clamper la tubulure à l'aide de la roulette
- Fermer le robinet, déconnecter la ligne de transfusion et la fermer avec un bouchon
- Retirer les gants
- Désinfecter l'extrémité de la voie avec une compresse imprégnée d'antiseptique alcoolique et maintenir la compresse sous la voie
- Rincer la voie avec :
  - 10ml de NaCl 0.9% si cathéter veineux périphérique
  - 2 x 10ml de NaCl 0.9% en rinçage pulsé si cathéter veineux central (CVC, CCI, PICC)
- Fermer le robinet et reprendre si nécessaire la perfusion stoppée avant la transfusion
- Compléter les rubriques requises du formulaire d'enregistrement transfusionnel
- Eliminer la poche et la tubulure de la transfusion terminée dans une poche kangourou A4 dans le container à déchets spéciaux médicaux (filière jaune).

Liens

Procédures de soins liées

Administration de produits sanguins labiles

Date de validation	Auteurs	Experts
15.03.2022	Méthodes de soins, Direction des soins, Lausanne, CHUV	Addor Guénolé-Lucien, médecin Patient Blood Management/Commission Transfusion Giorgia Canellini, médecin cheffe UMT Denise Huber Marcantonio, responsable UMT Claudia Lecoultre, ICLS