

Anesthésiologie – Conférences scientifiques
Février 2004

Transfusion massive et dysfonction hémostatique : Physiopathologie et gestion clinique
Jean-François Hardy, MD, FRCPC

Objectifs :

- comprendre la physiopathologie des anomalies hémostatiques (secondaires à l'anémie, à un déficit en facteurs de coagulation, ou à la thrombocytopénie) associées à la transfusion massive chez l'adulte
- distinguer les particularités de la transfusion massive associées à la situation d'urgence (polytraumatisé) de celles reliées à la chirurgie programmée
- décrire, chez le polytransfusé, la gestion des produits sanguins et des anomalies hémostatiques périopératoires en chirurgie programmée et en urgence: que faire, quoi transfuser?

Questions :

Répondre aux questions suivantes (une seule bonne réponse)

1. Un homme de 36 ans, auparavant en bonne santé, est opéré pour une tumeur rétropéritonéale. Il mesure 178 cm, pèse 80 kg et la concentration d'hémoglobine préopératoire était de 160 g/L. Le coagulogramme préopératoire était normal. Jusqu'à présent, il a perdu environ 1 L de sang et le chirurgien commence à s'inquiéter. Un coagulogramme de dépistage est demandé.

Les éléments qui retiendront votre attention à ce stade sont les suivants, à l'exception d'un seul :

- a. l'hémoglobine/hématocrite
 - b. la numération plaquettaire
 - c. la concentration de fibrinogène
 - d. les D-dimères
 - e. le PT et l'aPTT
2. À ce stade, votre ligne de conduite comprend tous les éléments suivants, à l'exception d'un seul :
 - a. vous assurer que le patient demeure normothermique
 - b. maintenir une normovolémie stricte
 - c. éviter absolument les hydroxyéthyl amidons à cause du risque hémorragique associé
 - d. vous assurer que l'on dispose de culots globulaires en réserve
 - e. vous assurer que l'on dispose de plasma frais congelé en réserve

3. La chirurgie progresse et le patient a maintenant perdu une importante quantité de sang. Le chirurgien vous demande de "faire quelque chose" parce que cela va de plus en plus mal et il a de la difficulté à contrôler le saignement. La plaie commence à suinter mais le malade est stable hémodynamiquement. Un coagulogramme est demandé en urgence.

En attendant les résultats, vous allez (une seule réponse) :

- a. éviter de transfuser le malade
- b. maintenir l'hémoglobine à un minimum de 10 g/L
- c. transfuser 2 unités de plasma
- d. transfuser 10 unités de plaquettes
- e. transfuser tous les produits sanguins disponibles ("shotgun therapy")

4. Le coagulogramme revient avec les résultats suivants : INR du PT 1,8, aPTT 49 sec, fibrinogène 0,7 g/L, plaquettes 80 G/L et la concentration d'hémoglobine est de 85 g/L. La situation clinique se détériore un peu plus.

Dans un premier temps, vous allez transfuser :

- a. 2 culots globulaires et 4 plasma frais congelés
- b. 2 plasma frais congelés et 10 unités de plaquettes
- c. 10 unités de cryoprécipités et 6 unités de plaquettes
- d. 2 culots globulaires, 4 plasma frais congelés et 10 unités de plaquettes
- e. transfuser tous les produits sanguins disponibles ("shotgun therapy")

Vous pouvez nous retourner par fax le questionnaire dûment rempli à l'attention du Comité de la formation médicale continue, de l'Université de Montréal au (514) 343-6913. Nous vous renverrons par fax votre test corrigé.

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Tél : _____ Fax : _____

Courriel : _____