

CADRE DE GESTION DES PÉNURIES DE PRODUITS SANGUINS LABILES

Tableau 1 : Cadre de gestion des pénuries de culots globulaires

PRIORITÉ 1	PRIORITÉ 2	PRIORITÉ 3
Usagers pour lesquels une transfusion est considérée comme hautement prioritaire en phase rouge.	Usagers répondant aux critères leur permettant de recevoir une transfusion en phase jaune, mais non en phase rouge.	Usagers ne répondant pas aux critères leur permettant de recevoir une transfusion, que ce soit en phase jaune ou rouge.
Transfusion massive Évaluer selon les critères d'exclusion généraux et les critères d'exclusion spécifiques. Se référer à la section 8.3 Schémas décisionnels en contexte d'hémorragie massive du <i>Guide – équipe de triage</i> .		
Réanimation <ul style="list-style-type: none"> Menaces pour la vie; Saignements et hémorragies graves, incluant les traumatismes. 		
Urgences chirurgicales <ul style="list-style-type: none"> Chirurgies nécessaires pour éviter des complications graves ou un décès risquant de survenir dans les 24 heures*; Transplantations d'organes cadavériques. 	Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> Oncochirurgie palliative; Anémie postopératoire mais ne comportant pas de menaces pour la vie; Chirurgie urgente** (mais ne répondant pas à une situation critique) 	Chirurgie <ul style="list-style-type: none"> Chirurgie électorale risquant de nécessiter une transfusion (usagers avec plus de 20 % de chance de recevoir plus de deux culots globulaires).
Obstétrique <ul style="list-style-type: none"> La transfusion de culots globulaires ne doit pas être interrompue chez l'utilisateur qui présente une hémorragie obstétricale. 	Obstétrique <ul style="list-style-type: none"> Hémorragie périnatale ou postnatale. Anémie post-partum symptomatique, mais ne comportant pas de menaces pour la vie; 	
Anémies non chirurgicales <ul style="list-style-type: none"> Toute demande de transfusion pour un usager ayant un taux d'Hb supérieur à 60 g/L doit être évaluée; Anémies menaçant la vie des usagers dont l'état est dépendant de culots globulaires et présentant une des situations cliniques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Récente greffe de cellules hématopoïétiques ou une chimiothérapie***; ✓ Hémoglobinopathie congénitale; ✓ Insuffisance grave de la moelle osseuse; ✓ Support <i>in utero</i>. 	Anémies non chirurgicales <ul style="list-style-type: none"> Toute demande de transfusion pour un usager ayant un taux d'Hb supérieur à 70 g/L doit être évaluée; Anémies symptomatiques ne comportant pas de menaces pour la vie. 	

* À l'exception des usagers qui ont une mince chance de survie, mais qui peuvent avoir besoin d'un grand volume de culots globulaires (p. ex. : rupture d'anévrisme aortique).

** Chirurgie urgente : séquelles majeures ou risques de séquelles à long terme pour l'utilisateur si on ne pratique pas l'intervention.

*** Les greffes de cellules hématopoïétiques et les traitements de chimiothérapie devraient, lorsque cela est possible, être remis à plus tard.

Tableau 2 : Cadre de gestion des pénuries de plaquettes

<p style="text-align: center;">PRIORITÉ 1</p> <p>Usagers pour lesquels une transfusion est considérée comme hautement prioritaire en phase rouge.</p>	<p style="text-align: center;">PRIORITÉ 2</p> <p>Usagers répondant aux critères leur permettant de recevoir une transfusion en phase jaune, mais non en phase rouge.</p>	<p style="text-align: center;">PRIORITÉ 3</p> <p>Usagers ne répondant pas aux critères leur permettant de recevoir une transfusion, que ce soit en phase jaune ou rouge.</p>
<p>Hémorragie massive et soins critiques</p> <p>Évaluer selon les critères d'exclusion généraux et les critères d'exclusion spécifiques. Se référer à la section 8.3 Schémas décisionnels en contexte d'hémorragie massive du <i>Guide – équipe de triage</i>.</p> <p>Viser un décompte supérieur à $80 \times 10^9/L$ en cas de traumatisme multiple ou de traumatisme du système nerveux central (SNC).</p> <p>En cas de saignement, d'une septicémie ou d'une coagulation intravasculaire disséminée aiguë, maintenir un décompte supérieur à $50 \times 10^9/L$.</p>	<p>Soins critiques</p> <p>Usagers réanimés après une transfusion massive, mais qui ne sont pas en situation active de saignement : maintenir un décompte supérieur à $50 \times 10^9/L$.</p> <p>Chirurgie</p> <p>Chirurgie urgente mais ne constituant pas une situation critique pour un usager dont l'état nécessite un support plaquettaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie générale et chirurgie invasive ou biopsie: maintenir un décompte plaquettaire supérieur à $50 \times 10^9/L$; • Neurochirurgie et chirurgie ophtalmique : maintenir un décompte supérieur à $100 \times 10^9/L$; • Traumatisme/chirurgie du SNC : maintenir un décompte supérieur à $80 \times 10^9/L$; • Ponction lombaire : maintenir un décompte supérieur à $20 \times 10^9/L$. 	<p>Chirurgie</p> <p>Chirurgie non urgente susceptible de nécessiter des transfusions de plaquettes pour thrombopénie ou anomalie plaquettaire congénitale ou acquise.</p>
<p>Aplasie médullaire et thrombopénie immunitaire</p> <p>Hémorragie active associée à une thrombopénie grave (décompte égal ou inférieur à $10 \times 10^9/L$) ou anomalies fonctionnelles des plaquettes.</p>	<p>Aplasie médullaire / Greffe / Chimiothérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toute demande de transfusion de plaquettes pour des usagers ne souffrant pas de saignement et ayant un décompte supérieur à $10 \times 10^9/L$ doit être évaluée. • Thrombopénie nécessitant une transfusion prophylactique (décompte inférieur à $10 \times 10^9/L$) chez des usagers qui sont hémodynamiquement stables. Envisager d'abaisser ce seuil à $5 \times 10^9/L$ pour les transfusions préventives courantes. • Pour les usagers qui subissent une greffe de cellules souches autologues, ne les transfuser que s'ils ont des saignements. 	
<p>Nouveau-né</p> <p>Pour une thrombopénie alloimmune néonatale ou thrombopénie grave, les transfusions de plaquettes sont nécessaires lorsque le décompte chute entre 20 et $30 \times 10^9/L$. Des niveaux plus élevés devraient être maintenus si le poids à la naissance est extrêmement faible (entre 500 et 999 g), en présence d'un saignement ou d'une hémorragie intracrânienne suspectée ou confirmée.</p>		