

# Transfusion de plaquettes : les recommandations 2016 de la HAS

Au MAPAR, le Pr Marc Samama, chef de service à l'hôpital Cochin, a présenté les dernières recommandations de la HAS concernant la transfusion de plaquettes : peu de nouveautés pour cette mise à jour des recommandations de 2002. Focus sur les points notables.

Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la transfusion de plaquettes en péri-opératoire ou en cas de traumatismes et de perte massive de sang remontaient à 2002. Les recommandations cliniques évoluent peu, avec cependant quelques nouveautés qu'il convient de noter. « Rappelons tout d'abord que les poches issues d'un donneur unique regroupent les concentrés de globules rouges (CGR), le plasma et les concentrés de plaquettes (CP). En ce qui concerne les plaquettes, on peut faire le choix d'utiliser un don unitaire, il s'agit

**« En cas d'hémorragie aiguë, la transfusion de plaquettes peut être répétée et associée à une transfusion de concentrés de globules rouges. »**

alors d'un concentré plaquettaire d'aphérèse (CPA) ou de regrouper plusieurs dons, dans un mélange de concentrés plaquettaires (MCP) », rappelle le Pr Samama. Aucune préférence n'est donnée à l'une ou l'autre des solutions. En termes de posologie, pas de nouveauté non plus, la posologie habituelle recommandée est de 0,5 à 0,7\*10<sup>11</sup> plaquettes par 10 kg de poids, soit environ 7 poches pour un patient

de 70 kg. « Ce chiffre est à adapter en fonction du choix entre CPA et MCP, et chez le sujet obèse, des chiffres dans la fourchette basse sont acceptables en raison d'un ratio volume circulant/poids diminué. En cas d'hémorragie aiguë, il faut viser le haut de la fourchette. La transfusion peut alors être répétée et associée à une transfusion de CGR », précise le spécialiste.

## Seuils transfusionnels en péri-opératoire

« Des recommandations générales, standardisées, correspondant à des situations idéales auxquelles nous ne sommes jamais confrontés, ont été émises », regrette le Pr Samama. Le sous-groupe d'experts a en effet rappelé qu'un seuil de numération plaquettaire (NP) justifiant la transfusion dans un contexte péri-opératoire ne peut être défini à ce jour. Certains facteurs sont en outre à prendre en compte car ils augmentent le risque hémorragique, tels qu'une pathologie de l'hémostase associée, une altération des fonctions plaquettaires, des pathologies rénales, une hypothermie, une anémie, un état de choc persistant, un sepsis. « Pour la numération de

plaquettes minimale (trigger) justifiant une transfusion, on reste donc dans le vague, avec une littérature épouvantable et très peu de papiers nouveaux depuis 2002. Le seuil transfusionnel est fixé à 50 g/L, sans grand niveau de preuve scientifique, sauf en cas de neurochirurgie ou de prise en charge du traumatisme crânien, à 100 g/L, ou de chirurgie du segment postérieur de l'œil, avec un seuil entre 50 et 100 g/L », rapporte le Pr Samama. Pas de changement en ce qui concerne la transplantation hépatique, avec une transfusion non recommandée en l'absence de saignement anormal au-dessus de 50 g/L, ni avec la chirurgie cardiaque, avec une transfusion non recommandée en l'absence de saignement anormal.

## Indications spécifiques

En ce qui concerne les anesthésies loco-régionales, les experts rappellent que la survenue d'un hématome épidual ou sous-rachidien après une ponction lombaire, une rachianesthésie ou une péridurale est exceptionnelle et presque toujours liée à la présence d'un facteur de risque additionnel. « Une NP de 50 g/L est suffisante pour la rachianesthésie ou la ponction lombaire et de 80 g/L pour la péridurale avec ou sans cathéter. Des accords d'experts proposent même que ce seuil soit abaissé à 30 G.L-1 pour une ponction lombaire ou une rachianesthésie et à 50 G.L-1 pour une péridurale dans un certain nombre de pathologies (thrombopénie gestationnelle, purpura thrombopénique immunologique), en fonction du contexte », résume le Pr Samama. En ce qui concerne la thrombopénie médicamenteuse, pas de nouveauté non plus, la transfusion plaquettaire prophylactique n'est pas recommandée chez un patient sous agent anti-plaquettaire. Si la poursuite du traitement a été

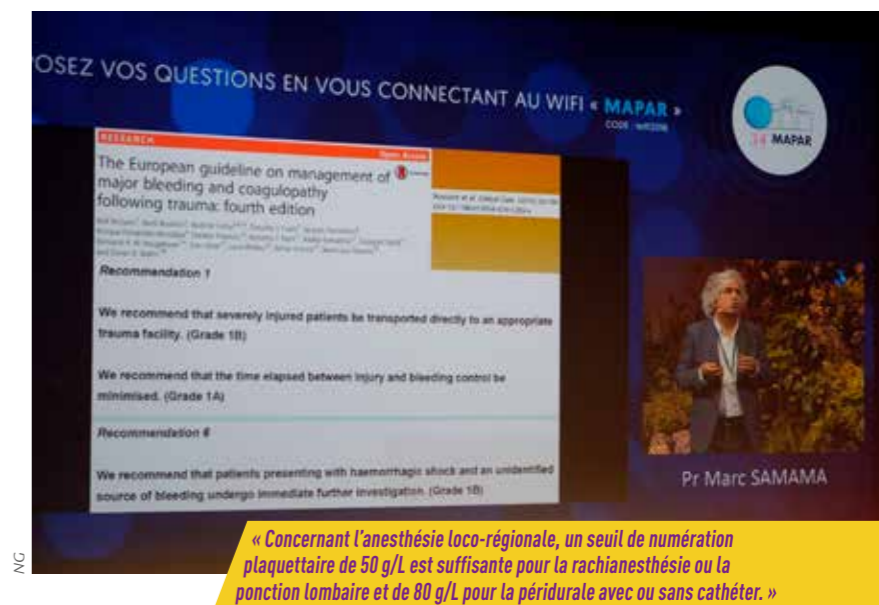
décidée malgré le risque hémorragique, des concentrés plaquettaires doivent pouvoir être accessibles rapidement. « Nous attendons les antidotes avec impatience, surtout pour le ticagrelor, pour lequel l'efficacité de la transfusion plaquettaire n'a pas été démontrée », déplore l'expert. Une réserve de plaquettes doit également être effectuée en obstétrique selon les cas en prévision de possibles complications mais la transfusion prophylactique n'est pas non plus recommandée.

## Le cas de la transfusion massive

La transfusion massive correspond à l'apport de plus de 10 CGR en moins de 24h ou le remplacement de la moitié de la masse sanguine en moins de 3h. Alors que le schéma classique en Y de l'hémostase ne faisait même pas intervenir les plaquettes, on sait maintenant qu'elles ne sont pas là uniquement pour « boucher les trous » mais participent au processus de coagulation. « Il est donc recommandé maintenant de privilégier l'apport de concentrés plaquettaires, avant le plasma. Malheureusement, on a perdu beaucoup d'années ». En cas de

transfusion massive, les plaquettes doivent donc être administrées rapidement, dès le 4<sup>e</sup> CGR ou faire partie au minimum du second pack transfusionnel. Le ratio a également été revu à la hausse, il doit être systématiquement d'un concentré plaquettaire (CPA ou MCP) pour 4 à 6 CGR/PFC. « L'étude randomisée large PROPPR sur des patients en trauma sévère a même montré une vraie tendance à la diminution de la mortalité avec un ratio plasma/plaquettes/globules rouges de 1:1:1 par rapport à un ratio 1:1:2, même si la différence n'est pas significative, illustre le Pr Samama. La posologie minimale proposée par un accord professionnel est dans ce cas de 0,5 à 0,7\*10<sup>11</sup> pour 7 kg de poids à la place de 10 kg ». En situation extrême, telle que la prise en charge de blessés de guerre ou d'attentats et en cas de pénurie, la transfusion de sang total peut être envisagée comme source de plaquettes. « C'est une procédure qui ne pourra être enclenchée que sur décision institutionnelle. Elle n'est pas acceptée en temps normal mais au vu de la situation depuis le 13 novembre à Paris, on la garde sous le coude », conclut l'expert. ■

Noëlle GUILLON



Le Pr Marc Samama, chef de service à l'hôpital Cochin a regretté que les dernières recommandations de la HAS concernant la transfusion de plaquettes soient trop générales.

