

L'introduction du test ultime au lit du malade («bedside test») effectué pour les concentrés érythrocytaires destinés à la transfusion

Position de l'Association Suisse de Médecine Transfusionnelle (ASMT)*

Les réactions immuno-hématologiques

Les réactions immuno-hématologiques dues à la transfusion sont les complications les plus importantes du point de vue clinique et les plus fréquemment observées.

Une erreur dans le système ABO peut se produire avec une fréquence de 1:13 000 à 1:30 000 transfusions et 10% des réactions résultant de cette confusion sont létales. L'origine d'une telle erreur est le plus souvent humaine. Cette erreur peut se produire lors de chacune des étapes allant du don du sang à la transfusion elle-même.

Le test ultime au lit du malade, qui prévoit un dernier contrôle du groupe sanguin du patient et du concentré érythrocytaire qui lui est destiné juste avant la transfusion, permet de découvrir une incompatibilité transfusionnelle et de l'éviter.

L'exemple de Genève montre qu'avant l'introduction du test ultime (1^{er} avril 1993), il a fallu procéder à une formation intensive du personnel soignant (plus de 1000 personnes), théorique et pratique, pendant trois mois, accompagnée d'instructions écrites et de vidéos. Cette formation continue du personnel se poursuit depuis 1993, dans le cadre des cours de formation continue obligatoires ou durant la formation même du personnel soignant. De plus, les étudiants en médecine de 3^e année de l'Université de Genève ont une formation théorique et pratique de ce test depuis 1995.

* Résumé de la discussion du Comité ASMT par le Dr G. Riedler, pastprésident de l'ASMT.

Correspondance:
Dr G. F. Riedler
Sonnenterrasse 25
CH-6030 Ebikon

Depuis l'introduction de ce test, la réalisation d'une transfusion ABO incompatible au moins a été évitée (transfusion, prévue à un receveur de groupe O d'une poche de sang de groupe A). Le suivi des concentrés érythrocytaires transfusés est mieux documenté, ce qui contribue au programme d'hémovigilance.

Le test ultime au lit du patient doit être simple et bien interprété et ne doit pas conduire à des résultats confus. L'introduction du test ultime au lit du patient demande donc une formation spécifique du personnel infirmier, car les utilisateurs de ce test n'ont pas de formation préalable de laboratoire. Cet enseignement demande du temps pour les «formateurs» et pour les personnes à instruire. Comme 20-25% du personnel change de place chaque année, cela signifie qu'il faut reformer à nouveau un quart du personnel infirmier par an.

Pour un hôpital comme celui de Saint-Gall ou de Lucerne, la formation coûte pour introduire ce test de Fr. 150 000.- à Fr. 180 000.-; à cela s'ajoute, chaque année, le prix de Fr. 35 000.- à Fr. 45 000.- pour la formation du nouveau personnel, ainsi que la formation continue. En plus, il faut ajouter le prix du test lui-même (moins de Fr. 1.-) et le temps (1 à 15 minutes par jour) pour l'effectuer, le lire, le protocoler et ranger le matériel utilisé.

Lors du symposium sur le test ultime à Berne en octobre 1998, les exemples cités en Allemagne, en France et en Autriche ont montré que malgré l'obligation du test, des accidents transfusionnels n'ont pu être évités; ces erreurs étaient d'origine humaine.

Comme alternative, on pourrait avoir une compatibilité électronique où le personnel infirmier serait muni de petits computers de sorte que l'identification du patient serait faite à l'aide d'un code-barre sur un bracelet «éternel» ou un clip sous-cutané, de sorte que l'identification d'une part du patient et de son groupe sanguin et d'autre part du groupe sanguin du donneur soit assurée au lit du patient.

Faut-il introduire le test ultime au lit du patient, oui ou non?

Le Comité de l'ASMT a discuté de la possibilité d'introduire (obligatoirement?) un test lors de chaque transfusion. Le Comité aboutit aux conclusions suivantes:

- C'est exclusivement un test fiable et facile à exécuter qui doit être proposé.
- Si bon soit-il, la valeur d'un test dépend de la qualité d'exécution.
- La formation à ce test doit être introduite dans le curriculum du personnel infirmier.
- Le test ultime au lit du patient ne prend en compte qu'un aspect des problèmes liés à la transfusion et il est aussi souhaitable d'introduire une hémovigilance obligatoire avec le suivi que cela comporte.

- Bien que ce soit le personnel infirmier qui exécute ce test dans la plupart des cas, ce sont les médecins qui en portent la responsabilité puisque ce sont eux qui ont ordonné la transfusion.
- En plus du personnel infirmier, les médecins doivent être motivés et formés, car ils peuvent être amenés à le pratiquer (situations d'urgence ou lors d'opérations).
- L'introduction du test ultime au lit du patient implique une bonne communication entre les services de soins et le laboratoire de transfusion, puisque c'est le laboratoire qui distribue les dérivés sanguins et le personnel soignant qui est chargé de son acheminement, du test et de la transfusion elle-même.
- Les coûts pour ce test sont minimes, en comparaison avec les coûts induits par l'introduction de la PCR pour l'hépatite C, sur chaque don de sang.
- En ce qui concerne l'introduction du test ultime au lit du patient, chaque hôpital doit en évaluer les avantages (sécurité transfusionnelle, transparence de l'hémovigilance) et les désavantages (coûts supplémentaires par concentré érythrocytaire, prix du kit du test, les protocoles, dont l'hémovigilance et la formation du personnel).

En conclusion

Après avoir évalué les différents points de vue, le Comité de l'ASMT a pris conscience de l'importance d'un dernier contrôle précédant immédiatement l'acte transfusionnel lui-même.

L'assurance de qualité au lit du patient doit, pour chaque transfusion, retenir d'avantage d'attention. Il existe diverses possibilités:

- meilleure formation du personnel;
- renforcement des contrôles au lit du patient;
- introduction du test ultime au lit du patient couplé au système d'hémovigilance ou bien
- introduction de la compatibilité électronique.

Comme les besoins et les conditions sont différents d'un endroit à l'autre, chaque hôpital doit décider lui-même du choix du «dernier contrôle au lit du patient».

Traduction de MJS de la version du Dr Riedler du 3 janvier 2002.