

LA SÛRETÉ DU SANG EN SOP : LA VÉRITÉ SUR LE SANG

Auteure : Leonor De Biasio, inf., B.Sc.Inf., CSP(C) est coordonnatrice des projets cliniques/infirmière en sûreté du sang pour le Ontario Regional Blood Coordinating Network (ORBCoN). Ses responsabilités incluent une collaboration avec la Société canadienne du sang (SCS), les responsables de la sécurité transfusionnelle, les infirmières coordonnatrices en transfusion de l'Ontario (ONTraC), les technologues responsables des laboratoires de services de médecine transfusionnelle, les infirmières gestionnaires, les infirmières enseignantes et les autres professionnels de la santé afin d'identifier les tendances et les opportunités en matière d'éducation, d'élaborer des ressources éducatives et de servir de ressource relativement à la transfusion sécuritaire pour le système de santé de l'Ontario. Elle possède 20 ans d'expérience en salle d'opération et est actuellement infirmière en SOP à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto, où elle a travaillé durant 14 ans. Elle est également enseignante de laboratoire clinique du Programme d'études supérieures en soins périopératoires au Collège George Brown à Toronto.

Version originale en anglais traduite en français par Jocelyne Demers-Owoka, Ideal Translation.

RÉSUMÉ :

Les transfusions sanguines sont des traitements qui peuvent sauver des vies et qui sont essentiels au maintien de la vie de patients au sein de plusieurs domaines cliniques en milieu hospitalier où la grande majorité de ces transfusions surviennent en salle d'opération (SOP).⁶ Les erreurs liées aux transfusions constituent des événements rares en SOP, mais elles se produisent tout de même et elles sont souvent assez graves pour être une cause de morbidité et de mortalité.⁶ Par conséquent, il faut prendre toutes les précautions possibles lors des différentes étapes du processus de transfusion. Le but de cet article est de faire connaître les graves erreurs potentielles pouvant survenir durant le processus de transfusion sanguine en SOP et les mesures pour améliorer la sûreté des transfusions sanguines pour tous les malades qui doivent subir une intervention chirurgicale.

INTRODUCTION :

Les transfusions, lorsqu'elles sont effectuées immédiatement en situations potentiellement mortelles et en respectant les protocoles de l'établissement, peuvent être des traitements qui sauvent des vies. La vérité nous cache cependant que les

transfusions ne sont pas sans risque et il est important de s'assurer que tout le processus de transfusion est suivi avec le plus grand soin. Les fournisseurs de soins de santé doivent pouvoir reconnaître et comprendre les risques potentiels et mettre en place des stratégies de prévention afin de réduire ces risques.

En 1995, le gouvernement fédéral du Canada a formé la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada. Le juge Horace Krever a mené cette initiative après la tragédie du sang contaminé durant laquelle plus de 1 000 Canadiens ayant reçu du sang à la fin des années 70 et dans les années 80 avaient été infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et que des milliers de Canadiens avaient contracté le virus de l'hépatite C (VHC) suite à une transfusion de sang contaminé.³ La Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada a publié le rapport Krever qui formule cinquante recommandations portant sur des changements au système canadien d'approvisionnement en sang. Les recommandations visaient non seulement à accroître la sécurité de notre approvisionnement national en sang, mais aussi à accroître la responsabilisation et à développer la confiance du public, en plus de veiller à ce que du financement adéquat et que les

En 1995, le
gouvernement fédéral du
Canada a formé la
Commission d'enquête
sur l'approvisionnement
en sang au Canada.

activités de recherche et de développement soient maintenus afin d'empêcher qu'une autre tragédie de ce genre ne se reproduise.³

Selon un article publié sur le site Anaesthesiology, environ 50 % des transfusions de produits sanguins ont lieu en SOP.⁶ Selon l'auteure, on discute cependant très rarement au sein des milieux chirurgicaux des événements transfusionnels indésirables. Toutefois, il a été démontré que les discussions sur les questions liées à la transfusion dans le domaine des soins périopératoires peuvent améliorer les pratiques en matière de transfusion, ce qui peut entraîner une réduction des risques et des coûts liés aux services de santé. Ces dialogues peuvent surtout contribuer à ce que des soins de qualité supérieure soient offerts aux patients.

Transfusions en SOP

Dans le milieu des soins périopératoires, les produits sanguins sont nécessaires pour plusieurs situations urgentes, y compris les traumatismes, les hémorragies lors de chirurgies, les saignements gastro-intestinaux, greffe d'organes, etc.

Le tableau ci-dessous illustre les principales utilisations ainsi que les signes et les symptômes éprouvés par les patients et qui pourraient nécessiter une transfusion sanguine.¹⁵

Réactions transfusionnelles et erreurs associées aux transfusions

Un patient peut être victime de plusieurs réactions indésirables à la suite d'une transfusion ou d'erreurs survenues durant le processus de transfusion.

PRODUITS SANGUINS	PRINCIPALES UTILISATIONS
Globules rouges	<p>Patients victimes de saignements ou patients anémiques avec absence de saignement présentant des signes et des symptômes d'approvisionnement impropre en oxygène des tissus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tachycardie • Essoufflement • Étourdissement
Plasma	<ul style="list-style-type: none"> • Coagulopathie liée à une insuffisance hépatique • Transfusion massive • Procédures de plasmaphérèse pour le purpura thrombopénique thrombotique / syndrome hémolytique et urémique (PTT/SHU) – lorsque du plasma surageant d'un cryoprécipité n'est pas disponible
Plaquettes	<p>Pour maîtriser ou prévenir les saignements chez les patients présentant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible numération plaquettaire (thrombocytopénie) • Dysfonction congénitale des plaquettes • Dysfonction des plaquettes causée par les effets de certains médicaments (AAS, Clopidogrel - Plavix®) • Dysfonction des plaquettes à la suite d'une dérivation cardiopulmonaire
Cryoprécipité	<p>Pour remplacer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fibrinogène : Chez les patients saignant activement ayant un faible taux de fibrinogène. • Facteurs de coagulation spécifiques : seulement quand des concentrés de facteurs spécifiques ne sont pas disponibles.

Parmi ces réactions, notons :

Anaphylaxie (1 sur 40 000)⁴

L'anaphylaxie est une complication rare, qui se déclenche rapidement et qui constitue un danger de mort. L'anaphylaxie représente environ 3 % des décès associés aux transfusions⁵ et les raisons de cette réaction demeurent souvent inconnues. Parmi les étiologies possibles de ce type de réaction, nous retrouvons :⁵

1. Un transfusé ayant un déficit en IgA a développé des anticorps anti-IgA qui réagissent avec l'IgA dans le produit du donneur;
2. Un transfusé peut également développer des anticorps à une autre protéine plasmatique présente dans l'unité du donneur;
3. Un allergène présent dans l'unité du donneur est transfusé à un sujet sensible. La pénicilline, l'AAS ou les arachides en sont quelques exemples.

Les mesures de prévention pour un sujet ayant un déficit en IgA avec des anticorps anti-IgA incluent d'éviter les produits contenant de l'IgA en commandant, par exemple, des globules rouges ou des plaquettes lavés ou en obtenant des produits sanguins ayant un déficit en IgA pour les donneurs ayant un déficit en IgA et qui sont disponibles à la SCS.⁵

Surcharge circulatoire associée à la transfusion (1 sur 100)⁴

La surcharge circulatoire associée à la transfusion se présente comme une détresse respiratoire à la suite d'une transfusion et est causée par un débit de transfusion trop rapide pour le patient en question. Les patients âgés et de petite stature, les patients cardiaques ou les patients souffrant de dysfonction rénale sont les plus à risque. La réaction se produit habituellement dans les 6 heures après la transfusion, mais elle peut survenir jusqu'à 12 heures après la transfusion. Selon le rapport Serious Hazards of Transfusion (SHOT),⁶ du Royaume-Uni, et un rapport du FDA datant de 2014,² des États-Unis, cette réaction est l'une des deux causes les plus fréquemment signalées de morbidité et de mortalité associées à la transfusion. Dans le rapport de 2014, intitulé Annual Summary for Fiscal Year, publié par le FDA, le nombre de décès signalés dans les rapports réunis des exercices financiers de 2010 à 2014 était de 22 %, soit 38 cas sur 176 étaient des décès associés à des complications survenues lors de transfusions.² Selon le SSIT de l'Ontario, de 2008 à 2012, 25 %, soit 3 cas sur 12 étaient des décès associés à des transfusions.¹⁶ Les méthodes de prévention recommandées consistent à éviter de transfuser plus d'une unité à la fois, de transfuser sur des périodes prolongées (jusqu'à un maximum de 4 heures), d'administrer des diurétiques conformément à l'ordonnance du médecin et de diviser les composantes pour réduire le débit de transfusion.

Syndrome respiratoire aigu post-transfusionnel (TRALI) (1 sur 12 000)⁴

Le syndrome respiratoire aigu post-transfusionnel peut survenir lors des

Bon patient, mauvais sang

Les histoires suivantes sont des cas canadiens dont l'auteure a pris connaissance. Nous vous en faisons part ici pour vous donner des exemples de transfusions qui ont mal tourné.

Cas n° 1 :

Des commandes pour des transfusions ont été passées pour deux patients dans la même unité. Les commandes ont été passées par voie électronique et reçues en même temps au laboratoire. Pour les deux patients, le sang a été remis à un porteur qui l'a livré à l'unité. L'une des unités de sang a été transfusée au patient qui devait aller en SOP, lorsque le patient a été accueilli en SOP par l'infirmière en SOP, cette dernière a vérifié l'unité et a remarqué que cette unité aurait dû être administrée à un autre patient. Elle a mis fin à la transfusion et a avisé le laboratoire.

Cas n° 2 :

Deux patients souffrant de traumatismes ont été admis à l'urgence en même temps. Du sang a été commandé pour les deux patients et les unités ont été reçues par le personnel de l'urgence. Les patients possédaient des groupes sanguins ABO différents. L'un des patients devait aller immédiatement en SOP pour subir une chirurgie et une glacière a été placée sur la civière du patient. Cette dernière contenait des composants sanguins qui n'avaient pas été vérifiés par les infirmières de l'urgence. La mauvaise glacière a été envoyée avec le mauvais patient. L'unité a ensuite été transfusée au patient, mais la vérification au chevet n'avait également pas été effectuée. L'unité transfusée aurait dû l'être à l'autre patient. Le patient ayant reçu la mauvaise unité a développé une C.I.D. et une insuffisance rénale qui ont causé son décès.

transfusions de globules rouges, de plaquettes et de plasma. Le nombre de décès signalés par le FDA dans les rapports réunis des exercices financiers de 2010 à 2014 était de 72 sur 176 cas signalés.² Le SSIT de l'Ontario rapporte qu'en Ontario, de 2013 à 2014, deux décès liés à des transfusions sur six sont probablement imputables au syndrome respiratoire aigu post-transfusionnel.¹⁶ L'une des causes du syndrome respiratoire aigu post-transfusionnel est liée à la présence d'anticorps aux antigènes leucocytaires humains (HLA) chez le donneur. Le plasma provenant de donneuses est plus susceptible de contenir des anticorps contre les antigènes HLA qui se développent souvent durant les grossesses en raison de l'exposition à de petites quantités du sang du bébé.⁵ Cette réaction survient dans les 1 à 2 premières heures après le début de la transfusion, mais peut aussi survenir jusqu'à 6 heures après.

Le Canada possède des mesures de prévention qui exigent entre autres que le plasma congelé provienne exclusivement de donneurs et les mélanges de plaquettes préparés selon la méthode d'extraction de la couche leucoplaquettaire sont suspendus dans le plasma d'un donneur.⁵

Sepsie (globules rouges 1 sur 250 000 / plaquettes 1 sur 10 000)⁴

La sepsie est causée par une contamination bactérienne des produits sanguins. Cette contamination est fréquemment observée dans les plaquettes, qui sont conservées à température ambiante.⁴ Les décès signalés qui sont associés aux sepsies sont de 1 sur 500 000 pour les transfusions de globules rouges et de 1 sur 60 000 pour les transfusions de plaquettes. Des mesures de contrôle particulières sont en place pour prévenir la sepsie. Ces dernières incluent le respect des fabricants à l'égard de mesures rigoureuses de sélection des donneurs, la détection avant la transfusion pour tous les produits plaquettaires, l'application d'un désinfectant cutané juste avant l'insertion de l'aiguille et des processus améliorés de traitement et de stockage du sang.⁷

Réaction transfusionnelle hémolytique aiguë (1 sur 40 000)⁴

La réaction transfusionnelle hémolytique aiguë est associée à une incompatibilité de l'ABO et d'autres groupes sanguins.

Le système des groupes sanguins ABO constitue le principe des groupes

sanguins, avec le système Rh, qui permet de déterminer si un groupe sanguin est négatif ou positif. Il existe également 34 groupes sanguins mineurs ayant été identifiés et 339 antigènes des groupes sanguins connus.¹³ La présence, ou l'absence, des antigènes A et B dans les globules rouges détermine le groupe ABO du patient et du donneur. Le Tableau 1 indique les groupes sanguins ABO et les antigènes ainsi que les produits sanguins compatibles à chaque système des groupes sanguins ABO.

La réaction transfusionnelle hémolytique aiguë est causée par la transfusion de globules rouges incompatibles au groupe sanguin ABO. Cette réaction peut survenir après la transfusion de quelques millilitres de sang seulement. Les patients ayant développé des anticorps à cause d'une transfusion précédente ou d'une grossesse peuvent également être victimes de ce type de réaction indésirable causée par les anticorps à l'extérieur du système ABO.⁵ Des fluides incompatibles mélangés aux globules rouges peuvent causer une réaction transfusionnelle hémolytique aiguë, comme du lactate de Ringer. En outre, la destruction mécanique ou par la chaleur en raison de dispositifs de perfusion inappropriés ou qui ne fonctionnent pas bien peut aussi causer ce type de

Tableau 1
Groupes sanguins du système ABO et produits sanguins compatibles⁴

Groupe ABO du patient	Antigènes des globules rouges	Anticorps présents dans le plasma	Transfusion compatible de globules rouges	Transfusion compatible de plasma	Cryoprécipité
A	A	Anti-B	A, O	A, AB	N'importe quel groupe
B	B	Anti-A	B, O	B, AB	N'importe quel groupe
AB	A,B	Aucun	A, B, AB, O	AB	N'importe quel groupe
O	Aucun	Anti-A, Anti-B	O	A, B, AB, O	N'importe quel groupe

réaction. Par exemple, un réchauffeur de sang trop chaud peut causer une réaction transfusionnelle hémolytique aiguë chez un patient.

Qu'est-ce qui se passe?

Très tôt dans leur vie, tous les êtres humains produisent des anticorps contre les antigènes de l'ABO qui leur font défaut (anti-A ou anti-B). Ces anticorps n'affectent pas les propres globules rouges du patient, mais s'attaquent aux globules rouges contenant l'antigène manquant du donneur et les détruisent rapidement. Par exemple, l'anti-A du patient s'attaquera aux globules rouges d'un donneur ayant un groupe sanguin A ou AB, ou encore l'anti-B s'attaquera aux globules rouges des groupes B ou AB. Si des globules rouges incompatibles au système ABO sont transfusés à un patient, les anticorps contenus dans le plasma du patient attaqueront et détruiront immédiatement ces globules rouges, ce qui causera une hémolyse intravasculaire.⁷

Signes et symptômes d'une réaction transfusionnelle hémolytique aiguë

De graves complications peuvent survenir même lorsque seulement une infime quantité de sang est transfusée. Il est donc primordial de pouvoir reconnaître très tôt les symptômes.⁷ Les signes qui se présentent le plus fréquemment sont de la fièvre et des frissons. Il se peut que le patient souffre aussi de douleurs, d'hypotension, de nausées, de vomissements, de dyspnée, d'insuffisance rénale et de coagulopathie intravasculaire disséminée (C.I.D.).⁵ L'urine rouge/foncée peut également indiquer qu'un patient sous anesthésie souffre d'hémoglobinurie.¹³

Réponse en cas de réactions indésirables :

Si le patient est victime d'une réaction indésirable, l'équipe de soins de santé devrait :

1. ARRÊTER la transfusion;
2. Maintenir l'accès intraveineux;

3. Vérifier si des erreurs de transcription ont été commises au chevet et sur le tableau (c.-à-d. confirmer que l'identité du patient correspond à l'étiquette du sac de sang, consentement éclairé, fiche commerciale, bandelette d'identification du patient, etc.)? Est-ce que le numéro d'unité du donneur correspond à celui indiqué sur l'étiquette du patient?)
4. Aviser le médecin et le laboratoire des services de médecine transfusionnelle qu'un patient pourrait présenter des signes d'une réaction indésirable à la transfusion.
5. Envoyer des échantillons de sang du receveur et les sacs de sang utilisés pour la transfusion, ainsi que les sacs de sang non transfusé afin de vérifier à nouveau le groupe ABO.
6. Un échantillon d'urine post-transfusionnel est requis.

Les réactions légères lors d'une transfusion, comme l'urticaire, ne nécessitent peut-être pas d'échantillons de sang et d'urine, mais les réactions plus graves en nécessitent. Il faut toujours suivre les directives du médecin ainsi que le protocole de l'établissement.

Causes profondes des erreurs

Dans le numéro de novembre 2005 de la revue *Transfusion Clinique et Biologique*, une étude a été menée par Stainsby,⁸ afin d'identifier les maillons faibles contribuant aux transfusions incompatibles avec le système ABO. Les maillons faibles incluaient la collecte d'un échantillon de sang du patient pour des tests à effectuer avant la transfusion, des erreurs où les éprouvettes contenaient le mauvais sang parce que ces dernières n'avaient pas été étiquetées au chevet du patient, le manquement à vérifier l'identité du patient et l'utilisation d'étiquettes préimprimées. Un autre risque ayant été identifié lors du processus de transfusion était le moment où le sang était retiré de la banque de sang ou du réfrigérateur. En effet, c'est à ce moment que des erreurs pouvaient survenir en raison du fait que le sac de sang n'était pas vérifié au chevet du patient par rapport au formulaire de

Par : L. De Biasio



Les erreurs peuvent être mortelles! Des infirmières en soins périopératoires (inf.) avec une unité de globules rouges en vue d'une transfusion.

- Communication incomplète entre les fournisseurs de soins;
- Erreur d'identification du patient, erreur d'étiquetage de l'échantillon ou erreur d'étiquetage du sac de sang.

Qui est responsable?

Il est important de comprendre que le processus de transfusion nécessite une approche multidisciplinaire impliquant les technologues de laboratoire médical, les médecins, les perfusionnistes, les infirmières et les préposés ou porteurs en salles d'opération. Le travail d'équipe et la communication efficaces jouent un rôle important dans la sécurité des patients. Tous les membres de l'équipe doivent être tenus responsables du processus de transfusion même s'ils ne participent pas à la préparation ou à l'administration du sang ou même s'ils ne prescrivent pas la transfusion en elle-même. Tous les professionnels de la santé jouent aussi un rôle essentiel en s'assurant que toutes les étapes nécessaires du processus de transfusion sont suivies conformément aux standards de sécurité les plus élevés possible.

compatibilité, en raison de distractions pour le personnel infirmier lors du processus de vérification et du fait que les bandelettes d'identification du patient n'étaient plus en place ou qu'elles étaient cachées sous les champs opératoires.

Cette étude a démontré que les jeunes enfants étaient particulièrement vulnérables aux erreurs d'identification de patients. Cette conclusion est particulièrement vraie dans l'unité néonatale où certains patients ont peut-être la même date de naissance ou qu'ils n'ont pas encore été prénommés. D'ailleurs, même les jeunes enfants sont souvent incapables de confirmer leurs données personnelles. L'étude fait état d'un cas où un incident a été signalé impliquant deux frères atteints de thalassémie majeure, qui subissaient en même temps une transfusion, et qui ont décidé de faire une blague en changeant de lits.⁸

En 2003, dans le AORN Journal, Beyea et Majewski¹⁴ ont indiqué une liste de causes profondes liées aux erreurs de transfusion de sang :

- Vérification incomplète de la transfusion de sang du patient lors de toutes les phases du processus;
- Omission de reconnaître les signes et symptômes d'une réaction transfusionnelle;
- Lacune en ce qui a trait au consentement éclairé pour une transfusion;
- Vérification de la compatibilité de plusieurs échantillons en même temps ou vérification de la compatibilité effectuée avant d'avoir reçu la commande pour la transfusion;
- Personnel insuffisant;
- Conservation dans le même réfrigérateur du sang de plusieurs patients qui doivent subir une intervention chirurgicale;

Une étude menée de 2005 à 2010, au Sunnybrook Health Sciences Centre,⁹ a conclu que les erreurs surviennent à tout moment durant le processus de transfusion, et que le risque le plus élevé pour le patient provient des commandes inappropriées de produits sanguins et des erreurs d'étiquetage des échantillons.

Obstacles en SOP

En SOP, il existe de nombreux obstacles à la prévention des erreurs de transfusion, notamment le niveau élevé de stress, la mauvaise communication, un manque de collaboration entre les membres de l'équipe et les distractions multiples inhérentes aux SOP.^{10,12} Parmi les distractions possibles, notons : les chirurgiens et (ou) le personnel en anesthésie demandant des fournitures qui nécessitent que l'infirmière en service externe quitte la SOP; la musique, les appels téléphoniques ou de téléavertisseurs auxquels on doit

répondre et le changement de personnel (personnel en anesthésie et (ou) personnel infirmier) qui peuvent causer une mauvaise communication en raison de rapports de suivi incomplets. Il est très important de signaler le nom du patient et la procédure sur les rapports de suivi, car les articles comme les autocollants d'identification ou les bracelets et les cartes d'identité des patients ont peut-être été retirés en SOP lors d'interventions précédentes. Des difficultés lors du processus de vérification ont été signalées parce que la bandelette d'identification du patient était inaccessible, avait été enlevée ou se trouvait sur une partie du corps qui était dans le champ chirurgical stérile. Dans ces cas, le personnel pourrait assumer que tous les documents appartiennent au patient sur le lit de chirurgie.⁹

Une étude publiée en 2009¹⁰ a examiné l'impact des interruptions en SOP dans un scénario où douze anesthésistes avaient été interrompus lorsqu'ils

commandaient du sang lors d'une simulation d'hémorragie d'un patient. Cette étude a noté que deux anesthésistes n'avaient pas fait de vérifications avant la transfusion parce qu'ils avaient été distraits par une interruption. Les conclusions de cette étude ont démontré que les autres anesthésistes en SOP et qui avaient été distraits par l'interruption ont remarqué que les vérifications avant la transfusion n'avaient pas été effectuées et l'omission a donc été évitée. Même si certaines interruptions peuvent fournir de précieuses informations à la personne interrompue, elles peuvent également compromettre la sécurité du patient.¹⁰

Une bonne communication fait partie intégrante de la sécurité des patients. La communication, selon les articles de Runy¹¹ et de Makary et coll.,¹² est un composant intégral de la sécurité et une mauvaise communication peut avoir des conséquences tragiques en SOP. Les deux articles traitent d'interventions sur le

mauvais site opératoire, de greffes d'organes ou de transfusions sanguines incompatibles résultant de la mauvaise communication entre les membres de l'équipe en SOP.

Pour prévenir les erreurs

Les mesures suivantes peuvent prévenir les erreurs lors des transfusions et avoir un impact significatif sur la sécurité des patients :¹⁴

- Lorsque les extrémités ne sont pas accessibles, un bracelet d'identification peut être placé sur le front du patient;
- Utiliser un lecteur de code à barres pour scanner l'identité du patient, les échantillons et le sang;
- Utiliser des réfrigérateurs « intelligents » pour lesquels le personnel doit ouvrir une session pour avoir accès au sang;
- S'assurer que toutes les bandelettes d'identification, les cartes d'identité

Peer-reviewed feature articles appearing in this publication have undergone a double blind peer review process. The views or opinions expressed in the editorial or articles are those of the authors and do not necessarily represent the policies or views of the Operating Room Nurses Association of Canada (ORNAC). Although reasonable efforts are made to ensure accuracy ORNAC, and its agents, take no responsibility whatsoever for errors, omissions or any consequences of reliance on material or the accuracy of information. In the event of a discrepancy, between the original and translated versions of the texts, the original version shall take precedence.

Publication does not constitute ORNAC endorsement of, or assumption of liability for, any claims made in advertisements.



**ORNAC /
AIISOC**

This publication is copyright in its entirety. Material may not be reprinted without the written permission of ORNAC. Contact through www.ORNAC.ca.

Les articles de chroniques évalués par un comité de lecture qui apparaissent dans cette publication ont été soumis à un processus d'évaluation par les pairs en double aveugle. Les points de vue ou les opinions exprimés dans l'article de tête ou les autres articles sont ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement les politiques ou les points de vue de l'Association des infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC). Bien que tous les efforts aient été mis en œuvre pour assurer l'exactitude des articles, l'AIISOC et ses représentants ne sont en aucun cas responsables des erreurs, des omissions ou de toutes conséquences pouvant découler de l'utilisation du matériel ou de la justesse de l'information. En cas de doute quant à la traduction des articles, la version originale la version originale prévaudra.

La publication des annonces publicitaires ne signifie en aucun cas que l'AIISOC n'approuve ou n'assume la responsabilité de toute revendication faite par ces dernières.

L'intégralité de cette publication est protégée par la loi sur le droit d'auteur. Les documents ne peuvent être réimprimés sans l'autorisation écrite de l'AIISOC. Communiquez avec www.AIISOC.ca.

- des patients, les étiquettes, les sacs de sang et les glacières sont retirés de la SOP à la fin de toute intervention chirurgicale;
- Tous les établissements de soins de santé devraient avoir en place une politique et des lignes directrices concernant les différentes procédures liées aux transfusions;
 - Utiliser une liste de vérification pré-chirurgie et s'assurer que le bracelet d'identification du patient est accessible lors du processus de vérification de la liste;
 - S'assurer que tout le personnel suit la formation en milieu de travail quant aux procédures liées aux pratiques de transfusions (p. ex. : séances de simulation incluant l'équipe multidisciplinaire);
 - Lors de la remise du rapport de suivi lorsqu'il y a un changement de quart de travail, utiliser une liste de vérification incluant l'identification du patient et les détails si du sang a été commandé ou se trouve dans la salle;
 - Ne jamais envoyer des produits/ composants sanguins avec le patient à la chambre de l'unité ou la salle de réveil sauf si c'est une perfusion (c.-à-d. du sang laissé dans une glacière sous une civière après qu'un patient ait été transféré);
 - Évaluer les modèles de dotation. S'assurer qu'il y a dans la salle le personnel infirmier adéquat. Par exemple, si l'équipe fait face à une situation de trauma et que l'infirmière en service externe doit quitter la SOP, il devrait y avoir une autre infirmière en service externe pour assister l'équipe chirurgicale en SOP, l'équipe des anesthésistes et d'autres situations. Lorsque les produits sanguins arrivent en salle d'opération, une infirmière devrait être disponible pour les recevoir et effectuer les vérifications positives pour l'identification du patient avec l'anesthésiste.^{14,17}

Conclusion

En suivant tous les protocoles de sécurité, nous nous assurons que les transfusions demeurent des traitements

pouvant sauver la vie de nos patients. L'un des principaux éléments pour une transfusion sécuritaire et efficace repose sur une bonne pratique clinique. Effectuer une identification positive du patient lors de la prise de l'échantillon. S'assurer d'étiqueter les échantillons au chevet du patient. Effectuer une identification positive du patient lorsque des produits sanguins sont commandés pour une transfusion et avant de les administrer. Après la vérification au chevet, le sang doit être immédiatement transfusé. Éliminer les raccourcis et s'assurer que tous les professionnels de la santé respectent rigoureusement les protocoles, tout cela aide à promouvoir les transfusions sécuritaires. Il est essentiel de s'assurer que tous les membres de l'équipe n'assument pas que les composants ou produits sanguins en SOP appartiennent au patient sur le lit chirurgical, mais il leur incombe plutôt de s'assurer que les vérifications adéquates ont été effectuées.

Afin de veiller à ce que l'approvisionnement en sang demeure sécuritaire pour tous, il est important de signaler tout type de réaction au laboratoire des services de médecine transfusionnelle, même si la réaction a été aisément gérée. Cela permet ainsi au personnel du laboratoire des services de médecine transfusionnelle de conserver un historique détaillé des antécédents du patient et d'assurer que les transfusions sont administrées de la façon la plus sécuritaire possible à ce patient. Le signalement des réactions permet également de recueillir des données pour améliorer la pratique et ces dernières peuvent être utilisées pour offrir un perfectionnement plus poussé chez les professionnels de la santé.

Une bonne communication entre le personnel en SOP et ailleurs au sein du milieu hospitalier ainsi qu'une bonne connaissance et une bonne compréhension des protocoles et des lignes directrices établis concernant les transfusions peuvent favoriser les pratiques transfusionnelles sécuritaires et efficaces.

RÉFÉRENCES :

1. Annual SHOT Report, [en ligne],; 2012 [cité en mars 2015. Disponible à : http://www.shotuk.org/wp-content/uploads/2012/07/SHOT-ANNUAL-REPORT_FinalWebVersionBookmarked_201_06_22.pdf.
2. Fatalities Reported to FDA Following Blood Collection and Transfusion, Annual Summary for Fiscal Year 2012, [en ligne],; 2012 [cité en mars 2015. Disponible à : <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Safety/Availability/ReportaProblem/TransfusionDonationFatalities>.
3. Société canadienne du sang, rapport Krever, [en ligne], 1998-2015 [cité en avril 2015. Disponible à : https://forms.blood.ca/CentreApps/Internet/UW_V502_MainEngine.nsf/page/FAQKrever?OpenDocument#01.
4. ORBCoN, transfusionontario.org, [en ligne], 2014 [cité en 2015. Disponible à : http://transfusionontario.org/en/cmdownloads/categories/bloody_easy/.
5. Callum, J., Lin, Y., Pinkerton, P., Karkouti, K., Pendergrast, J., Robitaille, N., Webert, K., Bloody Easy 3, 3e éd., Toronto: Ontario Blood Coordinating Network; 2011.
6. Clifford, L, Jia, Q., Yadav, H., Subramanian, A., Wilson, G., Murphy, S. Pathak, J., Schroeder, D., Erecth, M., Kor,D., Anesthesiology, [en ligne], 2015. Disponible à : <http://anesthesiology.pubs.asahq.org>.
7. Popovsky MA, Transfusion Reactions, 4e éd., Bethesda: AABB press; 2012.
8. Stainsby D., ABO incompatible transfusion-experience from the UK Serious Hazards of Transfusion (SHOT) scheme: Transfusions ABO incompatible, Transfusion Clinique et Biologique, novembre 2005, p. 385-388.
9. Maskens, C., Downie, H., Wendt A., Lima A., Merkle L., Lin Y., Callum J., Hospital-based transfusion error tracking from 2005 to 2010: identifying the key errors threatening patient transfusion safety, Transfusion, janvier 2014, p. 66-73.
10. Liu, D., Grundgeiger, T., Sanderson, P.M., Jenkins S.A., Leane T.A., Interruptions and blood transfusion checks: lessons from the simulated operating room, Anesthesia and analgesia, janvier 2009, p. 219-222.
11. Runy L., Patient Safety in the Operating Room, Hospitals & Health Networks, mars 2007, p. 49.
12. Makary, M.A., Sexton J.B., Freischlag, J.A., Holzmueller, C., Millman E.A., Rowen, L., Pronovost, P., Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder, Journal of the American College of Surgeons, 2006, p. 746-752.
13. Fung MK, Grossman BJ, Hillyer CD, Westhoff CM, AABB Technical Manual, 18e éd., Fung MK, éditeur, Bethesda: AABB Press, 2014.
14. Beyea S, Majewski C., Blood transfusion in the OR-Are you practicing safely?, AORN Journal, 2003, 78(6).
15. Lima A., Bloody Easy Blood Administration, 2e éd., ORBCoN, éditeur, Toronto: ORBCoN, 2015.
16. Ontario Transfusion Transmitted Injuries Surveillance System, Ontario TTISS Program Report 2013-2014, Program Report, Toronto, 2016.
17. CSA Group, Z902-15 Blood and blood components, 2015.

Les normes de l'AIISOC relatives à cet article figurent dans la publication Normes de l'AIISOC pour la pratique des soins infirmiers périopératoires (12e édition) de l'Association des infirmières et des infirmiers de salles d'opération du Canada (AIISOC) d'octobre 2015, section 5, p.320-322, Norme 5.1 à 5.1.15.