

Intérêt de la transfusion de sang total dans la stratégie de prise en charge chirurgicale du choc hémorragique en situation d'exception

Usefulness of fresh whole blood transfusion in the surgical management of war hemorrhagic shock in the austere environment

S Bonnet [1], V Reslinger [1], B Malgras [1], F Pons [2,3], V Duverger [1]

1. Service de Chirurgie Viscérale et Vasculaire, Hôpital d'Instruction des Armées Bégin, Saint-Mandé, France.

2. Service de Chirurgie Thoracique et Viscérale, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart, France.

3. Ecole du Val de Grâce, Paris, France.

Mots clés

- ◆ Chirurgie de guerre
- ◆ Choc hémorragique
- ◆ Coagulopathie aigüe traumatique
- ◆ Sang total
- ◆ Situation d'exception

Résumé

Les blessures hémorragiques en situation de guerre représentent 40 % des décès par traumatisme et sont la principale cause évitable de décès. La chirurgie d'hémostase, point clé de la prise en charge de ces blessés, ne se conçoit pas actuellement sans une réanimation hémostatique agressive d'emblée apportant massivement des produits sanguins labiles et des produits hémostatiques. Ainsi, pour une structure éloignée de sa source de ravitaillement sanitaire, le recours à la transfusion de sang total (ST), isogroupe, permet d'apporter en bonnes proportions des facteurs de coagulation, des plaquettes et des globules rouges. Nous rapportons le cas de 2 patients pris en charge à l'Hôpital Médico-Chirurgical de Kaboul (Rôle 3 OTAN) quelques heures après une plaie par arme blanche basi-thoracique gauche responsable d'un hémithorax massif avec choc hémorragique. Pour ces 2 patients, l'existence d'un choc hémorragique avec hémorragie extériorisée a conduit à déclencher d'emblée une procédure de collecte de ST. Sur le plan chirurgical, une thoracotomie antéro-latérale gauche a été réalisée dans les 2 cas, permettant de réaliser l'hémostase d'un saignement actif provenant d'artères intercostales. Parallèlement au geste chirurgical, une réanimation immédiate per-opératoire est entreprise comprenant la transfusion rapide de concentrés de globules rouges (CGR), suivie de poches de ST, de sang autologue récupéré en per-opératoire, de fibrinogène (clotagène®) et de macromolécules et cristalloïdes. La biologie de fin de procédure a montré une amélioration des paramètres de la coagulation pour les 2 patients et l'évolution post-opératoire a été favorable. Ces observations illustrent les bénéfices du ST qui apporte, en bonnes proportions, les éléments figurés du sang et qui contribue simultanément à lutter contre la coagulopathie et l'hypothermie.

Keywords

- ◆ War surgery
- ◆ Hemorrhagic shock
- ◆ Acute traumatic coagulopathy
- ◆ Fresh whole blood
- ◆ Austere environment

Abstract

Hemorrhage accounts for 40% of trauma fatalities and is the leading cause of preventable death in trauma. Hemostatic surgery is improved by an early and aggressive correction of acute traumatic coagulopathy. In situations like combat casualty care, the use of fresh whole blood (FWB) provides all the blood components, including platelets and fully functional clotting factors. We report the case of two patients with a left basi-thoracic stab wound responsible for a massive hemothorax as the source of hemorrhagic shock who had surgery at the Medical Treatment Facility in Kabul. The existence of hemorrhagic shock with externalized hemorrhage and biological coagulopathy led immediately to initiate collection of FWB. Left anterolateral thoracotomy was performed in both cases to achieve hemostasis of active bleeding from intercostal arteries. In the same time, early and aggressive correction of coagulopathy was started including early transfusion of packed red blood cells followed by FWB, administration of freeze-dried plasma, fibrinogen (clotagene®) and infusion of hypertonic fluid solutions. At the end of surgical procedure, hemoglobin concentration, prothrombin ratio and fibrinogen level were improved with favorable outcome for both patients. These two observations highlight the benefits of FWB which provides red blood cells, platelets and coagulation factors in good proportions, and simultaneously contributes to the correction of coagulopathy and hypothermia.

Les blessures hémorragiques en situation de guerre représentent 40 % des décès par traumatisme et sont la principale cause évitable de décès (1). La chirurgie d'hémostase, point-clé de la prise en charge de ces blessés, ne se conçoit pas actuellement sans une réanimation hémostatique agressive d'emblée apportant massivement des produits sanguins labiles

et des produits hémostatiques, répondant au principe moderne de *Damage Control Resuscitation* (2). Ainsi, pour une structure éloignée de sa source de ravitaillement sanitaire, le recours à la transfusion de sang total (ST), isogroupe, permet d'apporter en bonnes proportions des facteurs de coagulation, des plaquettes et des globules rouges pour lutter efficace-

Correspondance :

Médecin en Chef Stéphane Bonnet, Service de Chirurgie Viscérale et Vasculaire
HIA Bégin, 69, avenue de Paris, 94163 Saint-Mandé Cedex
Tel (33) 1 49 57 46 42 - Fax (33) 1 43 98 59 22 - Email: bonnet.stephane2007@gmail.com

et Fg inférieur à 1 g/L. Une procédure de collecte de ST a été alors activée en urgence. L'exploration chirurgicale a montré un hémothorax de moyenne abondance, une plaie de deux pédicules intercostaux contigus dans l'angle costo-diaphragmatique, ainsi qu'une plaie diaphragmatique punctiforme. Le geste chirurgical a consisté en l'hémostase en deux temps des pédicules intercostaux (d'accès difficile compte tenu de leur localisation, du trajet ascendant de la plaie et de la non exclusion du poumon dans ce contexte d'urgence), la fermeture de la plaie diaphragmatique et la mise en place d'un drainage thoracique. Le second volet de la prise en charge chirurgicale a consisté en un parage des plaies des parties molles. De façon concomitante à la chirurgie d'hémostase, une réanimation hémostatique a été entreprise, associant des produits sanguins, des produits hémostatiques et un remplissage vasculaire. Cette réanimation a débuté par l'administration de CGR, de PCSD (PLYO), de fibrinogène (Clotfact[®]), d'antifibrinolytique (Exacyl[®]), de facteur VII activé recombinant (NovoSeven[®]) et de la retransfusion du sang autologue récupéré par le Cell Saver[®]. Cette réanimation hémostatique a été complétée par l'administration de poches de ST 50 minutes après la décision de collecte. Le détail de la chronologie de la prise en charge réanimatoire et chirurgicale ainsi que de l'évolution biologique des paramètres de l'hémostase sont résumés dans la figure 2. L'évolution post-opératoire a été favorable et la patiente est sortie au dixième jour.

Observation n° 2

Un civil afghan, âgé de 35 ans, a été pris en charge dans un rôle 1 français en vallée de Kapisa une heure et 20 minutes après une agression par arme blanche au niveau thoracique. Les premiers soins ont consisté en la mise en place d'un drain thoracique gauche (avec système de recueil pour auto-transfusion) drainant un hémothorax gauche, d'une voie veineuse périphérique et d'un traitement antalgique à base de morphiniques. Le patient a été évacué vers l'HMC de KAIA par hélicoptère. A l'arrivée aux urgences, deux heures 45 minutes après la blessure, l'examen a montré des signes de choc avec

Figure 3 - Illustration de la nécessité d'un contrôle interne et externe du trajet oblique et ascendant pour contrôler l'hémorragie (observation 2).



une tension artérielle à 100/60 mmHg, une tachycardie à 110 battements par minute, et surtout un saignement continu dans le drain thoracique. Une échographie de type FAST a été réalisée, éliminant un saignement à l'étage abdominal. Le bilan biologique initial a montré une Hb à 10,6 g/dL et une coagulopathie sévère : plaquettes à 270 000, TP < 10 %, TCA > 120 secondes (témoin à 35 secondes), Fg < 1 g/L, associée à une acidose avec pH à 7,17. Devant ce tableau de choc hémorragique avec un saignement actif et une coagulopathie aigüe traumatique sévère d'emblée, le patient a été admis au bloc opératoire sans autre examen d'imagerie et la procédure de collecte de ST a été activée. La procédure chirurgicale a consisté en une thorotomie antéro-latérale gauche chez un patient en décubitus dorsal strict, associée à l'élargissement du trajet oblique et ascendant de la plaie afin de réaliser l'hémostase d'une plaie d'un pédicule intercostal (fig. 3). Une réanimation hémostatique a été entreprise d'emblée, utilisant des produits sanguins, des produits hémostatiques et un remplissage vasculaire. Cette réanimation a débuté par l'administration de CGR, de PCSD, de Clotfact[®], d'Exacyl[®], de

Figure 4 - Détail de la chronologie de la prise en charge réanimatoire et chirurgicale ainsi que de l'évolution biologique des paramètres de l'hémostase du second patient (observation 2).

Hb : hémoglobine ; Pla : plaquettes ; TP : taux de prothrombine ; TCA : temps de céphaline activée ; Fg : fibrinogène ; CGR : culot de globules rouges ; PCSD : plasma cryodesséché sécurisé déleucocyté ; ST : sang total.

		Induction		Thoracotomie antéro-latérale gauche														
		-10'	H0	+10'	+20'	+30'	+40'	+50'	+60'	+70'	+80'	+90'	+100'	+110'	+120'	+130'	+140'	
Groupe : A+		T° 36																
Biologie	Hb g/dL							8,6									12,3	
	Pla ^q mm ³							120									150	
	TP %							40									100	
	TCA sec							120									50	
	Fg g/L							1,1									1,5	
	pH							7,19										7,41
Produits sanguins	CGR			1	1	1												
	PCSD			1	1	1	1											
	ST							1	1	1	1							
	Clotfact [®]					1												
	Cell Saver [®]			← 2800 mL →														
Produits hémostatiques	Exacyl [®]							1g										
	Novoseven [®]			5 mg														
Remplissage	Macromolécules			← 2000 mL →														
	Cristalloïdes			← 1000 mL →														

NovoSeven® et de la retransfusion du sang autologue récupéré par le Cell Saver®. La première poche de ST a été transfusée 50 minutes après la décision de collecte. Quatre poches ont été transfusées au total, sur une durée de trente minutes permettant une amélioration significative des paramètres biologiques de l'hémostase en fin de procédure : plaquettes à 150000/mm³, TP à 100 %, Fg à 1,5 g/L et TCA à 50 (témoin à 35 secondes). Le détail de la chronologie de la prise en charge réanimatoire et chirurgicale ainsi que de l'évolution biologique des paramètres de l'hémostase sont résumés dans la figure 4. L'évolution post-opératoire a été favorable et le patient est sorti au quinzième jour post-opératoire.

Discussion

La prévention ou le traitement de la coagulopathie aigüe traumatique est l'enjeu prioritaire de la prise en charge du blessé traumatisé en choc hémorragique.

La coagulopathie du blessé hémorragique, présente dans plus d'un tiers des cas (7), complique le contrôle du saignement et est associée à une morbidité et une mortalité accrues chez les patients traumatisés (8). Cette coagulopathie aigüe traumatique est aggravée par l'acidose et l'hypothermie (9), qui indépendamment aggravent le pronostic et entretiennent cette coagulopathie dans un cercle vicieux qui constitue la fameuse « triade létale » du blessé hémorragique conduisant au décès en l'absence de traitement adéquat (10). La réanimation hémostatique utilisant massivement le remplissage avec des cristalloïdes et ne tenant pas compte du ratio de produits sanguins apportés a montré son inefficacité dans le traitement de la coagulopathie aigüe traumatique (11). Une nouvelle approche a donc vu le jour sous le nom de *Damage Control Resuscitation* dont le principe est une prise en charge très précoce associant hémostase chirurgicale à une réanimation hémostatique utilisant des produits sanguins comme fluides de réanimation primaires à la fois pour traiter la coagulopathie intrinsèque aigüe traumatique et pour prévenir le développement d'une coagulopathie de dilution (3). De nombreuses études ont montré que ce concept de correction précoce de la coagulopathie aigüe traumatique avait un bénéfice en terme de survie des patients (12-16). Ce concept moderne comprend plus précisément l'utilisation de l'hypotension permissive, la prévention et le traitement agressif de l'hypothermie par des mesures de réchauffement à la fois passives et actives, le contrôle de l'acidose, l'utilisation immédiate de plasma décongelé et de CGR dans des proportions proches de 1, l'utilisation précoce de plaquettes. Sur le plan pratique, la stratégie transfusionnelle du SSA s'appuie sur les recommandations européennes relatives aux pratiques transfusionnelles dans le cadre du *Damage Control* hémostatique pour le traumatisé hémorragique (17). Ces recommandations comprennent entre autre : la transfusion de globules rouges dès que l'hémoglobine se situe entre 7 et 9 g/dL, l'administration de plasma dans les hémorragies traumatiques, l'administration de fibrinogène en cas de saignement important associé à un taux de fibrinogène inférieur à 1,5 ou 2 g/L, l'administration de chlorure de calcium en cas d'hypocalcémie avérée ou suspectée à l'électrocardiogramme, l'administration précoce de facteur VII activé recombinant avant l'installation d'une coagulopathie, ou encore l'administration d'antifibrinolytiques chez les patients en état de choc présentant une fibrinolyse avérée (17). Dans les milieux militaires en opérations extérieures (OPEX), le plasma frais congelé est remplacé par le PCSD et l'utilisation du ST est le seul moyen d'apporter des plaquettes.

Efficacité thérapeutique et bénéfices liés à l'utilisation du ST

L'utilisation du ST est particulièrement intéressante en cas de nécessité de TM (définie comme la transfusion de plus de 10 CGR en moins de 24 heures ou de 4 CGR en moins d'une heure (18)) pour satisfaire aux besoins de la réanimation hémostatique selon les principes du *Damage Control Resuscitation*. En effet, il a été montré que l'utilisation de produits sanguins labiles (PSL), dans le cadre d'une TM, pouvait être à l'origine de nombreuses complications majorant les composantes de la triade létale, à savoir acidose, hypothermie et coagulopathie (19-22), et d'une mortalité augmentée, surtout quand les PSL ont été conservés longtemps (23, 24). Une amélioration de la survie à 24 heures et à 30 jours a été rapportée pour les patients hémorragiques transfusés avec du ST par rapport aux patients de même sévérité transfusés avec des PSL (25). Le ST possède l'avantage de remplacer chaque composant du sang en proportions égales à ce qui est perdu par le blessé hémorragique, tout en n'étant pas affecté par les processus de stockage qui sont réputés diminuer l'efficacité de chacun des composants (26, 27). Une unité de ST (500mL) présente un hématoците de 38-50 %, un taux de plaquettes de 150000/mm³ à 400000/mm³ (28), alors que le mélange d'un CGR, d'un concentré plaquettaire (CP) et d'un plasma frais congelé (PFC) aboutit à une solution avec un hématoците de 29 %, un taux de plaquettes de 88000/mm³, et une activité coagulante de 65 % (5). Le ST est donc moins dilué, apporte des plaquettes en plus grand nombre et de meilleure qualité, a une hématoците et une activité coagulante plus élevées que le mélange de PSL et enfin a une température proche de 37°C.

Risques et difficultés liés à l'utilisation du ST

L'incidence des accidents transfusionnels après transfusion de ST (tels que la réaction fébrile non hémolytique post-transfusionnel et le syndrome de défaillance respiratoire aigüe post-transfusionnel [œdème de surcharge]) est comparable à celle observée après transfusion de PSL (29). En revanche, une étude américaine a rapporté un taux de transmission de maladies infectieuses plus élevé pour les patients ayant reçu du ST que pour ceux ayant reçu des PSL (30). Il s'agissait dans cette étude de 3 unités contaminées par le virus de l'hépatite C (VHC) et 2 par le virus T-lymphotrophique humain (HTLV) recueillies en Irak à une période où les tests de dépistage systématiques n'étaient pas réalisés en routine (30). L'utilisation systématique de tests de dépistage rapide avant transfusion à la recherche d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB), le VHC et l'HTLV (sérologie VIH, sérologie VHC, recherche d'Antigène HBs, sérologie HTLV) a d'ailleurs permis une diminution du taux de transmission de maladies infectieuses (30). Il faut souligner qu'en cas de collecte de ST en OPEX, le SSA français a déjà présélectionné ses donneurs avant le départ et réalise sur le don un dépistage systématique du VIH et du VHC, que viendra compléter une qualification biologique complète à postériori par le Centre de Transfusion Sanguine des Armées (CTSA) (31).

L'utilisation du ST est plus contraignante, en terme de compatibilité, que celle des CGR, car la transfusion doit être isogroupe du fait de l'impossibilité de mettre en évidence la présence d'hémolysines chez le donneur et de l'importance de la masse plasmatisée apportée (32). Son obtention n'est pas immédiate, impose la plupart du temps un délai minimal de 50 minutes et sa collecte est donc une procédure qui doit être anticipée. Sur le plan immuno-hématologique, le ST est difficile à catégoriser parfaitement et il est également admis que la transfusion de ST sans disposer de recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) est associée à un très faible risque (6). La qualification biologique complète du don ne peut donc être réalisée qu'à postériori au CTSA, d'où l'importance d'une hémostase rigoureuse et identique à celle réalisée en métropole. Du fait de sa composition très variable, le ST étant composé d'une suspension de cellules à durée de vie

variable, la politique du SSA français (à la différence des américains) est d'utiliser le ST dans la journée qui suit son prélèvement, sans possibilité de le garder en stock (6). Enfin, le risque d'anémie chez les donneurs existe et ne doit pas être sous-estimé dans la mesure où il peut diminuer la capacité opérationnelle des forces en action (29).

Application de l'utilisation du ST à l'HMC de KAIA

Pour répondre aux besoins de la réanimation transfusionnelle, la dotation du SSA français pour les structures médico-chirurgicales se limite uniquement aux CGR et au PCSD. Les indications d'utilisation du ST, qui trouvent leur cadre réglementaire dans la notice technique relative à la transfusion en situation d'exception (33), sont soit des indications collectives et logistiques (épuisement des réserves de la banque de sang locale), soit des indications individuelles (TM et coagulopathie) (34). Les américains ajoutent à la collecte de ST sur le terrain la collecte de plaquettes d'aphérèse (28, 35), alors que les pays d'Europe du Nord utilisent des plaquettes congelées afin de ne pas s'exposer au risque de transmission virale (30). En pratique militaire lors des derniers conflits, la transfusion de ST provenant de la « banque de sang sur pied » (« walking blood bank » des anglo-saxons) a donc connu un regain d'intérêt, permettant d'augmenter les capacités de transfusion, et c'est ainsi que 13 % des militaires américains transfusés en Irak l'ont été avec du ST (4, 28). Toutefois, la doctrine du SSA français se différencie de celle des américains en ne plaçant pas la collecte de ST sur le terrain comme un moyen d'approvisionnement à moyen terme, et elle n'autorise pas le « banking » (36).

La décision de collecte de ST, suivie de sa transfusion, relève de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur (37). Le cadre réglementaire impose l'utilisation de la « fiche dérogatoire de recours au ST » qui se décompose en deux temps : décision de collecte de ST, puis décision de transfusion de ST (ceci compte-tenu des délais nécessaires à la réalisation de la collecte de ST, une collecte pouvant être non suivie de transfusion en fonction de l'évolution du patient) (6). La responsabilité de la traçabilité de la procédure incombe également au médecin anesthésiste-réanimateur qui devra fournir au CTSA la « fiche d'interrogatoire simplifié et de suivi d'un don de sang total en OPEX » accompagnée des prélèvements pour la qualification du don à posteriori par le CTSA (31, 37).

Quand la décision de collecte de ST est déclenchée, la politique du SSA français est de faire appel en premier lieu à des donneurs français, mais également à des donneurs d'autres nationalités (appartenant à des nations qui appliquent les directives européennes ou les exigences de l'OTAN en terme de transfusion sanguine et d'hémovigilance) quand les besoins sont plus importants (31). A l'instar des Américains, le Service de Santé des Armées français, sur la base des protocoles de TM établis en cas de choc hémorragique, prévoit l'administration immédiate de CGR et de plasma dans un ratio de 1/1 et l'organisation simultanée d'une collecte de ST afin de prendre le relais au plus vite par la transfusion de ST (4-6). Ces protocoles sont donc effectifs à l'HMC de KAIA où un listing de donneurs potentiels est en permanence à jour. Il comprend le typage ABO des personnels, la détermination des donneurs potentiels, le dépistage clinique et biologique du risque de transmission virale de ces donneurs (5). Une fois la procédure de collecte de ST déclenchée, les donneurs sont recrutés parmi les personnels pré-sélectionnés (personnels hospitaliers volontaires mais également tous les personnels militaires présents sur le site de KAIA et appartenant à une nation répondant aux exigences européennes ou de l'OTAN en matière de transfusion). Le risque de transmission virale est minoré par une sélection médicale des donneurs prenant en compte la pratique ou non d'une vaccination contre le VHB, l'existence ou non de conduites à risque ainsi que par l'utilisation de

Figure 5 - Collecte de sang total.



tests de dépistage rapide du VIH et du VHC (5). Le prélèvement est d'environ 500 mL de ST (iso-groupe mais pas nécessairement iso-Rhésus) recueilli dans une poche de recueil citratée sans filtre à déleucocytation pour ne pas perdre du temps et des plaquettes au cours de la filtration (fig. 5). Dans notre expérience, le temps écoulé entre le déclenchement de la procédure de collecte de ST et la transfusion n'excède pas 50 minutes.

En ce qui concerne les deux patients afghans pris en charge pour un choc hémorragique, la décision de recourir à une collecte de ST d'« indication individuelle » entraine dans le cadre de la nécessité d'une TM chez des patients présentant une coagulopathie. Le délai d'obtention des poches de ST a été standard, de 50 minutes, et seulement trois CGR ont été transfusés dans chaque cas en attendant la disponibilité du ST. Pour le premier patient, en condition de TM, l'hémostase chirurgicale définitive n'a pas été immédiate et, même si le bilan d'hémostase de fin de procédure n'était pas normalisé, il est licite de penser que l'administration de ST a évité l'entrée irréversible dans le cercle vicieux létale de l'hypothermie, la coagulopathie et de l'acidose. Pour le second patient, les bénéfices de la transfusion de ST semblent plus évidents avec une normalisation de l'Hb, des plaquettes, du TP et du pH en fin de procédure. Le rFVIIa a été utilisé dans les 2 cas plus précocement que le délai préconisé par les recommandations européennes (17) et avant l'utilisation de l'ensemble des moyens disponibles pour optimiser l'hémostase. Dans les 2 cas, l'utilisation de rFVIIa a été décidée après la transfusion de 2 CGR et 2 PCSD, devant une hémorragie massive mal contrôlée par un tamponnement du site de saignement, alors que le ST n'était pas encore disponible. Concernant l'utilisation du PCSD, il a été poursuivi pour la première patiente après le début de la transfusion de ST compte-tenu de difficultés importantes pour obtenir l'hémostase, et dans la mesure où il a été récemment suggéré que le PCSD améliorerait l'hémostase avant le contrôle chirurgical du saignement (38).

Conclusion

La prise en charge du choc hémorragique a beaucoup évolué ces dernières années avec l'émergence du concept moderne de *Damage Control Resuscitation* qui met en œuvre une véritable réanimation hémostatique en parallèle de la chirurgie d'hémostase. La prévention de la coagulopathie aigüe traumatique, enjeu prioritaire de la prise en charge du choc hémorragique, passe par une réanimation agressive qui utilise massivement des produits sanguins et hémostatiques. L'utilisation du ST dans ce contexte d'« indication individuelle » permet l'apport en bonnes proportions de globules rouges, de

plaquettes ainsi que de facteurs de coagulation, et contribue simultanément à lutter contre l'acidose et l'hypothermie. Utilisé en association avec le PCSD, le ST limite le degré de dilution des éléments de coagulation dans le sang. En situation d'exception, son efficacité sur les troubles de coagulation des blessés hémorragiques en fait une thérapeutique primordiale, en association avec la chirurgie d'hémostase.

La transfusion de ST reste une procédure d'exception adaptée aux traumatisés de guerre hémorragiques des OPEX. L'utilisation du ST doit être anticipée et organisée (notamment en ce qui concerne la pré-sélection des donneurs, l'organisation du don ou encore la traçabilité), mais en aucun cas improvisée. Il existe un cadre légal d'utilisation, à titre dérogatoire, du ST en OPEX (répondant à la notice technique relative à la transfusion en situation d'exception) qui doit être respecté. La règle énoncée sur l'entête de la « fiche dérogatoire de recours au ST » résume le cahier des charges de l'utilisation du ST : « *si les règles minimales de sécurité transfusionnelle (groupe sanguin fiable) et de traçabilité sont respectées, des dérogations doivent être tolérées, sans pour autant déroger aux exigences éthiques, dès que l'évaluation bénéfico-risque plaide en faveur du geste transfusionnel qui ne peut être différé* ».

Références

- Tieu BH, Holcomb JB, Schreiber MA. Coagulopathy: its pathophysiology and treatment in the injured patient. *World J Surg* 2007;31:1055-64.
- Duchesne JC, McSwain NE Jr, Cotton BA, Hunt JP, Dellavolpe J, Lafaro K, et al. Damage control resuscitation: the new face of damage control. *J Trauma* 2010 69:976-90.
- Duchesne JC, Islam TM, Stuke L, Timmer JR, Barbeau JM, Marr AB, et al. Hemostatic resuscitation during surgery improves survival in patients with traumatic-induced coagulopathy. *J Trauma* 2009;67:33-37.
- Schreiber MA, Tieu B. Hemostasis in Operation Iraqi Freedom III. *Surgery* 2007;142:S61-6.
- Le Noël A, Mérat S, Ausset S, De Rudnicki S, Mion G. The damage control resuscitation concept. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2011;30:665-78.
- Ausset S, Meaudre E, Kaiser E, Clavier B, Gerome P, Deshayes A, et al. La transfusion en opérations extérieures : recommandations du rapport du comité consultatif de santé des armées. *Reanoxyo* 2009;25:69-72.
- Maegele M, Lefering R, Yucel N, Tjardes T, Rixen D, Paffrath T, et al. Early coagulopathy in multiple injury: an analysis from the German Trauma Registry on 8724 patients. *Injury* 2007;38:298-304.
- Niles SE, McLaughlin DF, Perkins JG, Wade CE, Li Y, Spinella PC, et al. Increased mortality associated with the early coagulopathy of trauma in combat casualties. *J Trauma* 2004;64:1459-65.
- Hess JR, Brohi K, Dutton RP, Hauser CJ, Holcomb JB, Kluger Y, et al. The coagulopathy of trauma: a review of mechanisms. *J Trauma* 2008;65:748-54.
- Hsu JM, Pham TN. Damage control in the injured patient. *Int J Crit Illn Inj Sci* 2011;1:66-72.
- Beekley AC. Damage control resuscitation: a sensible approach to the exsanguinating surgical patient. *Crit Care Med* 2008;36:S267-S274.
- Holcomb JB, Wade CE, Michalek JE, Chisholm GB, Zarzabal LA, Schreiber MA, et al. Increased plasma to platelet to red blood cell ratios improves outcome in 466 massively transfused civilian trauma patients. *Ann Surg* 2008;248:447-58.
- Gonzalez EA, Moore FA, Holcomb JB, Miller CC, Kozar RA, Todd SR, et al. Fresh frozen plasma should be given earlier to patients requiring massive transfusion. *J Trauma* 2007;62:112-9.
- Duchesne JC, Hunt JP, Wahl G, Marr AB, Wang YZ, Weintraub SE, et al. Review of current blood transfusion strategies in a mature level in trauma center: were we wrong for the last 60 years? *J Trauma* 2008;65:272-6.
- Borgman MA, Spinella PC, Perkins JG, Grathwohl KW, Repine T, Beekley AC, et al. The ratio of blood products transfused affects mortality in patients receiving massive transfusions at a combat support hospital. *J Trauma* 2007;63:805-13.
- Holcomb JB, Jenkins D, Rhee P, Johannigman J, Mahoney P, Mehta S, et al. Damage control resuscitation: directly addressing the early coagulopathy of trauma. *J Trauma* 2007;62:307-10.
- Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, Coats TJ, Duranteau J, Fernández-Mondéjar E, et al. Management of bleeding following major trauma: an updated European guideline. *Crit Care*. 2010;14:R52.
- Schols SEM, Heemskerk JWM, van Pampus ECM. Correction of coagulation in dilutional coagulopathy: use of kinetic and capacitive coagulation assays to improve hemostasis. *Transf Med Rev* 2010; 24: 44-52
- Hakala P, Hiippala S, Syrjälä M, Randell T, et al. Massive blood transfusion exceeding 50 units of plasma poor red cells or whole blood: the survival rate and the occurrence of leucopenia and acidosis. *Injury* 1999;30:619-22.
- Miller RD, Robbins TO, Tong MJ, Barton SL, et al. Coagulation defects associated with massive blood transfusions. *Ann Surg* 1971;174:794-801.
- Counts RB, Haisch C, Simon TL, Maxwell NG, Heimbach DM, Carri-co CJ, et al. Hemostasis in massively transfused trauma patients. *Ann Surg* 1979;190:91-9.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Transfusion and Adjuvant Therapies. Practice guidelines for perioperative blood transfusion and adjuvant therapies: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Transfusion and Adjuvant Therapies. *Anesthesiology* 2006;105:198-208.
- Malone DL, Dunne J, Tracy JK, Putnam AT, Scalea TM, Napolitano LM. (2003). Blood transfusion, independent of shock severity, is associated with worse outcome in trauma. *J Trauma* 2003;54:898-907.
- Spinella PC, Carroll CL, Staff I, Gross R, Mc Quay J, Keibel L, et al. Duration of red blood cell storage is associated with increased incidence of deep vein thrombosis and in hospital mortality in patients with traumatic injuries. *Critical Care* 2009;13: R151.
- Spinella PC, Perkins JG, Grathwohl KW, Beekley AC, Holcomb JB. Warm fresh whole blood is independently associated with improved survival for patients with combat-related traumatic injuries. *J Trauma* 2009;66:S69-76.
- Fitzgerald RD, Martin CM, Dietz GE, Doig GS, Potter RF, Sibbald WJ. Transfusing red blood cells stored in citrate phosphate dextrose adenine-1 for 28 days fails to improve tissue oxygenation in rats. *Crit Care Med* 1997; 25:726-32
- Raat NJ, Verhoeven AJ, Mik EG, Gouwerok CW, Verhaar R, Goedhart PT, et al. The effect of storage time of human red cells on intestinal microcirculatory oxygenation in a rat isovolemic exchange model. *Crit Care Med* 2005; 33:39-45.
- Kauvar DS, Holcomb JB, Norris GC, Hess JR. Fresh whole blood transfusion: a controversial military practice. *J Trauma* 2006;61:181-4.
- Spinella PC. Warm fresh whole blood transfusion for severe hemorrhage: U.S. military and potential civilian applications. *Crit Care Med*. 2008;36:S340-5.
- Spinella PC, Perkins JG, Grathwohl KW, Repine T, Beekley AC, Sebesta J, et al. Risks associated with fresh whole blood and red blood cell transfusions in a combat support hospital. *Crit Care Med* 2007;35:2576-81.
- Sailliol A, Clavier B, Cap A, Ausset S. French European military haemovigilance guidelines. *Transfus Clin Biol*. 2010;17:315-7
- Joussemet M, Sailliol A, Deshayes AV, Janus G, Foisseau, Vest P. Les produits sanguins disponibles à l'avant. *Reanoxyo* 2008;22:11-3.
- Notice technique no 136/DEF/DCSSA/AST/TEC, 2003 relative à la transfusion sanguine en situation d'exception.
- Ausset S, Meaudre E, Kaiser E, Sailliol A. La transfusion de sang total : une thérapeutique validée et encadrée par des recommandations. *Reanoxyo* 2009;25:36-7.
- Repine TB, Perkins JG, Kauvar DS, Blackborne L. The use of fresh whole blood in massive transfusion. *J Trauma* 2006;60:S59-69.
- Benois A, Peralta G, André M, Bayle E, De Kerangal X. Transfusion de sang total en opération extérieure : application au groupement médico-chirurgical de Kaboul. *Reanoxyo* 2009 ; 25 : 46-8.
- Sailliol A, Ausset S, Peytel E. Blood transfusion in emergency settings: French military health service experience. *Transfus Clin Biol*. 2010;17:279-83
- Martinaud C, Ausset S, Deshayes AV, Cauet A, Demazeau N, Sailliol A. Use of freeze-dried plasma in French intensive care unit in

Afghanistan. J Trauma 2011;71:1761-5.

Question

Question de J Baulieux

Avez-vous envisagé la possibilité de transfusion de sang total sur le champ de bataille ? Ce qui dans certains cas où le conditionnement et le transfert prennent quelques heures, a l'avantage de raccourcir le temps nécessaire à la transfusion.

Réponse

La transfusion de sang total « sur le terrain » constituerait une avancée importante dans la mesure où elle permettrait de s'affranchir des délais d'évacuation incompressibles à ce jour avant toute transfusion. Cette approche se heurte actuellement à deux problèmes : la nécessité d'envisager un « banking » afin de disposer de sang total sur le terrain immédiatement et la traçabilité et la qualification du don à posteriori en cas de prélèvement sur le terrain. Or actuellement la politique du Service de Santé des Armées est d'une part de ne pas réaliser de banking et d'autre part de limiter l'utilisation du sang total aux situations où les règles minimales de sécurité transfusionnelle et de traçabilité sont respectées.