

Gestion du sang Centrée sur le patient En Onco-Hématologie

Jean Luc Harousseau

Professeur d' Hématologie (Université de Nantes)
Ancien Président de la Haute Autorité de Santé



LE CONFLUENT

Patient-centered Management

- La notion de patient-centered management se développe depuis plusieurs années aux US
 - Patient-centered Outcome Research Institute (PCORI)
 - Patient-centered Medical Homes (PCMH)
- Pour des prises en charge plus efficaces
 - Ex Choosing wisely
- En raison du rôle croissant des patients dans leur prise en charge
 - Internet/réseaux sociaux
 - besoin de transparence/traçabilité
 - contexte de judiciarisation possible
 - évolution vers « shared-decision »

L'organisation des soins centrée sur le patient en France

- Retard historique lié surtout à la nature des relations médecin-malade
- Evolution récente vers une prise en compte du patient (au centre de sa prise en charge)
- Le rôle des associations de patients
- Le rôle des organisations médicales
- Le rôle de la HAS
 - définition des parcours de soins
 - mise en place de l'évaluation médico-économique
 - décision partagée
 - participation des patients à tous les groupes de travail et commissions
- **Mais pour l'instant peu de réalisations pratiques**

Patient-centered Blood Management

- 30% de la population mondiale serait anémique
- Le principal traitement de l'anémie est la transfusion
- Mais la transfusion serait l'une des 5 procédures les plus utilisées en excès
- L'OMS a validé l'organisation PCBM
- Plusieurs articles et revues dans différents pays

Patient-centered Blood Management

- Définition

Proactive, evidence-based, patient-centered, multidisciplinary approach

- Objectifs

Diminuer l'overuse pour

- meilleure gestion des ressources
- diminuer les risques pour le patient

- Principes

- détection précoce et prise en charge non – transfusionnelle
- optimisation de l'hémostase
- rationalisation des prélèvements
- améliore la tolérance de l'anémie

Recommandations pour la mise en place de PCBM

- Project management (Project coordinator and involvement of stakeholders)
- Continuous Education
- Budget ,evaluation and accreditation
- Early detection and management of patient's anemia
- Optimizing coagulopathy
- Interdisciplinary blood conservation modalities
- Optimal blood use and patient-centered decision
- Results assessment (metrics, clinical outcome)

Optimal use and patient-centered decision

Patient-centered decision making

Individual PBM plan with transfusion triggers based on the patient's risk profile/tolerable erythrocyte deficit

Written patient information form/informed consent for allogeneic blood products (in emergency after transfusion)

Clinician who ordered blood products can be identified (important for feedback and audit)

Single-unit policy (RBC units, platelet concentrate)

Intelligent electronic ordering system for blood products (including patient's lab results, alert function)

Use of dosage for blood components instead of units

Indication list for each of the following hemotherapy products (eg, pocket card, supply note, poster, etc)

RBC units

Platelet concentrate

La gestion du sang centrée sur le patient en Hémato-Oncologie en France

**1) evidence-based :les recommandations
HAS/ANSM**

Les recommandations HAS/ANSM 2014

LEUCÉMIES AIGÜES DE L'ADULTE ET GREFFES DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES

AE	<p>Un seuil de 8 g/dl est recommandé chez le patient atteint de leucémie aiguë ou traité par greffe de cellules souches hématopoïétiques.</p> <p>Ce seuil peut être augmenté, en cas de pathologie cardio-vasculaire associée ou de mauvaise tolérance clinique, sans dépasser 10 g/dl.</p>
AE	<p>Il est recommandé d'utiliser des CGR phénotypés RH-KEL1 chez le patient atteint de leucémie aiguë ou traité par greffe de cellules souches hématopoïétiques.</p> <p>L'irradiation n'est indiquée qu'en cas de greffe de cellules souches hématopoïétiques ou de traitements induisant une immunodépression profonde.</p>

Les recommandations HAS/ANSM 2014

GÉRIATRIE (ÂGE > 80 ANS)

AE

Les seuils suivants sont recommandés :

- 7 g/dl en l'absence d'insuffisance cardiaque ou coronarienne et de mauvaise tolérance clinique ;
- 8 g/dl chez les patients insuffisants cardiaques ou coronariens,
- 10 g/dl en cas de mauvaise tolérance clinique.

Modalités de transfusion et de surveillance

AE

La transfusion en protocole « phénotypé RH-KEL1 » n'est pas recommandée sauf si des transfusions répétées sont prévues, comme c'est le cas pour les syndromes myélodysplasiques.

Il est recommandé de ne prescrire qu'un seul CGR à la fois lorsque la tolérance du patient à la transfusion n'est pas connue. Le taux d'hémoglobine est alors contrôlé avant toute nouvelle prescription de CGR pour discuter une éventuelle nouvelle transfusion.

Il n'est pas recommandé d'associer préventivement un diurétique à la transfusion.

Les recommandations HAS/ANSM 2014

TUMEURS SOLIDES ET HÉMOPATHIES MALIGNES CHRONIQUES (MYÉLOÏDES OU LYMPHOÏDES) DE L'ADULTE

AE	<p>Un seuil de 8 g/dl est recommandé chez le sujet atteint d'hémopathie maligne ou de tumeur solide.</p> <p>Ce seuil peut être augmenté, en cas de pathologie cardio-vasculaire associée ou de mauvaise tolérance clinique, sans dépasser 10 g/dl.</p>
AE	<p>Les médicaments dérivés de l'EPO sont recommandés pour le traitement de l'anémie inférieure à 10 g/dl chez le sujet atteint d'hémopathie maligne non myéloïde ou de tumeur solide. Il n'est pas recommandé de dépasser un taux de 12 g/dl.</p> <p>La balance bénéfique/risque du traitement par EPO doit prendre en compte la nature de la tumeur et la chimiothérapie utilisée, comme c'est le cas dans le myélome traité par lénalidomide en raison de la majoration du risque de thrombose.</p>

Transfusions de plaquettes prophylactiques

La transfusion prophylactique a pour but de prévenir la survenue d'une hémorragie chez un patient thrombopénique.

A	Une attitude transfusionnelle prophylactique est recommandée pour toute chimiothérapie thrombopénisante, associée ou non à une irradiation corporelle, avec ou sans réinjection de cellules souches hématopoïétiques autologues ou allogéniques. Cela requiert une surveillance clinique et biologique quotidienne et une organisation pour disposer de façon rapide de concentrés plaquettaires.
----------	--

Transfusion de plaquettes prophylactiques

Critères de prescription

Le seuil de transfusion prophylactique doit être modulé en fonction des facteurs de risque suivants :

A	<ul style="list-style-type: none">• 10 G.L⁻¹ si aucun facteur de risque ;
B	<ul style="list-style-type: none">• 20 G.L⁻¹ : si fièvre $\geq 38,5$ °C, infection, hypertension artérielle, mucite de grade ≥ 2, lésion à potentiel hémorragique¹, cinétique de décroissance rapide de la NP en 72 heures ;
C	<ul style="list-style-type: none">• 50 G.L⁻¹ :<ul style="list-style-type: none">○ si coagulation intravasculaire disséminée -fibrinolyse ;○ si geste invasif : ponction lombaire, biopsie médullaire, cathéter central, endoscopie digestive et biopsie, endoscopie bronchique et lavage broncho-alvéolaire ou brosse, ponction biopsie hépatique, ponction transbronchique, avulsions dentaires ;
AE	<ul style="list-style-type: none">○ si traitement anticoagulant.
AE	<p>Chez le patient thrombopénique (inférieure à 20 G.L⁻¹) sous antiagrégant :</p> <ul style="list-style-type: none">• le traitement antiplaquettaire prescrit en prévention cardio-vasculaire primaire ne semble pas justifié ;• le traitement antiplaquettaire peut ne pas être poursuivi lorsque son indication est liée à une atteinte cérébro-vasculaire ;• les transfusions prophylactiques sont effectuées avec les mêmes recommandations en s'assurant que la NP post-transfusionnelle reste inférieure à 50 G.L⁻¹.

Transfusion de plaquettes

Contre-indications

Dans les situations ci-dessous, la transfusion de plaquettes est soit inutile, soit contre-indiquée.

Hypersplénisme

AE	Une thrombopénie exclusivement secondaire à un hypersplénisme n'est pas une indication de transfusion plaquettaire, sauf en cas de syndrome hémorragique mettant en jeu le pronostic vital.
----	---

Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)

AE	Le traitement de la CIVD repose avant tout sur le traitement de la cause. La transfusion de plaquettes n'est pas le traitement de première intention. L'indication est portée lorsque la thrombopénie et les manifestations hémorragiques sont au premier plan et ne se corrigent pas rapidement malgré la mise en œuvre d'un traitement étiologique.
----	---

AE	En cas de CIVD au cours de leucémies aiguës, en particulier pro-myélocytaires, il est recommandé de réaliser des transfusions plaquettaires :
----	---

- quelle que soit la numération plaquettaire, s'il existe des signes hémorragiques ;
- ou, si la numération plaquettaire est inférieure à 50 G.L^{-1} , pour maintenir un taux plaquettaire $> 50 \text{ G/L}$.

Transfusions de plaquettes curatives

La transfusion curative a pour but de corriger une hémorragie.

Une attitude curative et non prophylactique peut être proposée pour les insuffisances médullaires chroniques telles que :

- les aplasies médullaires idiopathiques en échec des traitements immunosuppresseurs sans possibilité d'allogreffe ;
- les syndromes myélodysplasiques ou leucémies aiguës pour lesquels une chimiothérapie lourde ou une allogreffe ou un traitement par agents hypométhylants ne sont pas envisagés.

Le cadre de la transfusion curative peut être défini comme suit :

- hémorragie extériorisée quel qu'en soit le siège ;
- purpura pétéchial et ecchymotique extensif ;
- hématome extensif, douloureux ou compressif ;
- hémorragie rétinienne ;
- bulle hémorragique buccale ou franches gingivorrhagies ;
- déglobulisation rapide ;
- trouble de la conscience, trouble visuel brutal, céphalées, autres signes neurologiques focalisés d'apparition brutale (suspicion d'hémorragie cérébrale).

Dans ces situations, des concentrés plaquettaires sont transfusés en urgence pour contrôler le syndrome hémorragique.

La gestion du sang centrée sur la patient en Hémato-Oncologie

1) evidence-based :

les recommandations HAS/ANSM

2) centrée sur le patient:

**décisions toujours prises au quotidien en fonction de
l'état du patient**

La gestion du sang centrée sur la patient en Hémato-Oncologie

- 1) evidence-based :
les recommandations HAS/ANSM**
- 2) centrée sur le patient:
décisions toujours prises au quotidien en fonction de
l'état du patient**
- 3) identification du prescripteur**
- 4) équipe pluridisciplinaire**
- 5) suivi des résultats**
- 6) dossier informatisé**
- 7) information du patient et consentement signé**

Un exemple de décision partagée: La prescription d'ASE (référentiel CNAM)

- EPO recombinante
 - Eprex
 - Neorecormon
 - Aranesp
- Biosimilaires (10 à 20 % moins chers)
 - Binocrit
 - Retacrit
 - Eporatio

Indiquées dans la prise en charge des anémies
symptomatiques chez les patients cancéreux recevant
une chimiothérapie

Règles de prescription des ASE

- Évaluer le rapport bénéfice /risque
- Connaître les effets secondaires (thromboses)
- Informer le patient
- Débuter le traitement si Hb < ou = 10 g/dL
- Taux cible: 12 g/dL
- Surveiller les résultats du traitement et la TA
- Ne pas poursuivre si réponse non satisfaisante après 6-8 semaines
- Ne pas poursuivre après arrêt de la chimiothérapie

Conclusion

- La gestion du sang en Hémato-Oncologie semble centrée sur le patient en France
- Elle doit respecter des recommandations d'expert validées
- Dans certains cas la décision peut même être partagée (ASE) mais le plus souvent (transfusions) le patient est passif
- Elle est tracée et surveillée
- La décision est peu multidisciplinaire (au mieux hématonco plus hémobiologistes)