

# Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

## Prise en charge des thrombopénies en réanimation

---

### Chemin clinique

#### Contexte

La thrombopénie est définie par une numération plaquettaire (NP)  $< 150 \text{ G.L}^{-1}$ . C'est le désordre hémostatique le plus fréquemment rencontré en réanimation, présent chez 41 à 66% des patients, dès l'admission près d'une fois sur deux. Il faut réaliser une enquête étiologique pour déterminer les causes et les mécanismes dès que la NP  $< 100 \text{ G.L}^{-1}$  ou dès que la diminution de la NP excède 30%. La mortalité associée à cette thrombopénie, les nombreux contextes pathologiques associés relevant de la réanimation, ses conséquences stratégiques et pronostiques amènent le réanimateur à être quotidiennement sollicité pour sa prise en charge.

L'objectif de cet EPP est d'évaluer et d'améliorer la prise en charge des patients de réanimation présentant une thrombopénie, à la fois sur les diagnostics, positif et étiologique, ainsi que sur les traitements, spécifiques ou non. Les 2 programmes proposés, chemin clinique pour « la prise en charge d'une thrombopénie en réanimation » mais aussi audit clinique ciblé rétrospectif pour « la prise en charge d'une micro-angiopathie thrombotique (MAT) », décrit dans un autre document, devraient participer à l'évaluation et l'amélioration des pratiques et permettre aux praticiens de remplir leur obligation d'EPP.

#### Promoteurs

- Société de Réanimation de langue Française (SRLF)
- Organisme de DPC de Réanimation (DPC Réa)
- Avec la participation du GEHT (Groupe d'étude hémostasie et thrombose) de la SFH (Société Française d'hématologie) et du GFRUP (Groupe Français de Réanimation Urgences Pédiatriques)

#### Groupe de travail

Thierry Van der Linden, Lilia Soufir, Laurent Dupic, David Osman, Pascal Meyer.

#### Groupe de lecture

Commission des Référentiels et d'Evaluation de la SRLF

#### Référence

- Prise en charge des thrombopénies en réanimation (pathologies gravidiques exclues). Réanimation (2011) 20:264-270
- Management of thrombocytopenia in the ICU (pregnancy excluded). Annals of Intensive Care 2012, 2:42

#### Cibles Professionnelles

- Médecins réanimateurs médicaux
- Médecins anesthésistes réanimateurs
- Médecins hématologues

#### Patients concernés

Tous les patients adultes ou enfants présentant une thrombopénie à l'admission ou au cours du séjour en réanimation.

## Utilisation des critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques

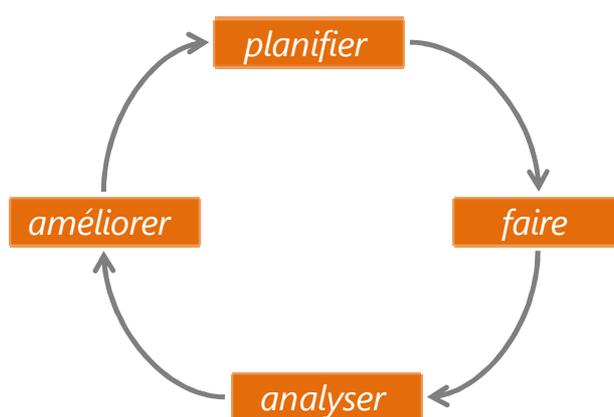
---

Un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) consiste en l'**analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations** et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (<http://www.has-sante.fr>).

Le programme comporte ensuite, obligatoirement, la **mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques**. Les critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques reposent sur des objectifs de qualité à atteindre. Ces critères ont vocation à être intégrés dans des démarches variées d'amélioration de la qualité.

D'une manière générale, les démarches d'amélioration de la qualité s'inscrivent dans le modèle proposé par *W.E. Deming*. Ce modèle comprend quatre étapes distinctes se succédant indéfiniment : **planifier, faire, analyser, améliorer**.

1. **Planifier** : étape de définition de la démarche d'amélioration de la qualité, d'évaluation traduite par le référentiel, d'identification des professionnels et des structures impliquées et enfin de programmation des étapes et des critères choisis.
2. **Faire** : étape de mesure de la pratique au regard du référentiel, au cours de laquelle les données sont recueillies.
3. **Analyser** : le praticien analyse sa pratique en référence aux critères sélectionnés (identification des points forts et analyse des écarts par rapport au référentiel) et selon la démarche d'amélioration de la qualité adoptée.
4. **Améliorer** : Les professionnels mettent en œuvre des actions correctrices en vue d'améliorer leur organisation et leurs pratiques. Ils en évaluent périodiquement l'impact.



## Chemin clinique pour la prise en charge d'une thrombopénie en réanimation : Objectifs de qualité recherchés et protocole

---

**Objectif 1** : S'assurer de la **réalité** de la thrombopénie.

**Objectif 2** : Asseoir la **démarche étiologique** sur des arguments d'incidence et des scores d'orientation.

**Objectif 3** : Respecter les **recommandations de stratégie transfusionnelle plaquettaire**.

**Objectif 4** : Assurer une **bonne gestion des traitements anticoagulants et antiagrégants** au cours de la thrombopénie.

Le chemin clinique repose sur le **recueil prospectif d'informations lors du séjour de 20 patients consécutifs de réanimation**, présentant une thrombopénie à leur admission ou en cours de séjour. Ces informations sont ensuite analysées par rapport au référentiel, avec recherche de causes et des conséquences. Les dysfonctionnements constatés doivent aboutir à un plan de réduction des écarts par la mise en place d'une ou de plusieurs actions de suivi et d'amélioration. Ce suivi peut être réalisé par exemple par un nouveau recueil 1 à 2 ans plus tard, afin de mesurer l'efficacité du plan de correction et de rentrer dans un processus d'amélioration continue de la qualité, mais d'autres démarches sont possibles (suivi d'un indicateur, bilan et résultats des actions menées ....)

Attention ! Pour valider la démarche EPP, les 2 étapes ci-dessus doivent avoir été réalisées et les 2 documents justificatifs correspondants doivent être disponibles : chemins cliniques initial et de réévaluation et un document au choix du praticien concernant le suivi et l'impact des actions entreprises (nouveau rapport d'audit quelques mois plus tard, résultats des indicateurs suivis, bilan et résultats des actions menées, etc ...).

Pour chaque item, les 2 réponses possibles sont OUI (O) ou NON (N), La réponse OUI n'est possible que si la totalité du critère est conforme et tracée dans le dossier patient. Dans certains cas la réponse N/A, non applicable, peut être utilisée si la situation n'est pas concernée par le critère.

**Chemin clinique pour la prise en charge d'une thrombopénie en réanimation :**  
**Objectifs et critères**

---

**Objectif 1 : S'assurer de la réalité de la Thrombopénie**

actions		O	N	N/A
1	Lorsqu'une thrombopénie justifie une démarche diagnostique ou thérapeutique, sa réalité est vérifiée par frottis, pour recherche d'agglutination in vitro des plaquettes, ou par prélèvement sur citrate.			

**Objectif 2 : Asseoir la démarche étiologique sur des arguments d'incidence et sur des scores d'orientation**

actions		O	N	N/A
2	La responsabilité d'une hémodilution, d'une hémorragie, d'une circulation extra corporelle, d'un hypersplénisme, d'une CIVD ou d'une TIH est systématiquement envisagée.			
3	Les arguments en faveur du mécanisme central ou périphérique de la thrombopénie sont systématiquement recherchés ( <i>anamnèse, anomalies associées de l'héogramme ou de la coagulation,...</i> ).			
4	L'enquête étiologique est justifiée car la thrombopénie est inférieure à 100 G.L-1 ou car la NP a chuté de 30%.			
5	En cas de suspicion de CIVD, le diagnostic repose sur des critères cliniques et biologiques (scores ISTH ou JAAM par ex.).			
6	En cas de suspicion de TIH, le score des 4T de Warkentin est utilisé comme aide au diagnostic et pour justifier la recherche d'anticorps anti plaquettaires.			
7	En cas de suspicion de TIH, le diagnostic biologique repose sur la réalisation combinée de deux tests : un fonctionnel et un immuno-enzymatique de recherche d'anticorps antiPF4-héparine.			
8	La réalisation d'un myélogramme est justifiée par l'atteinte des autres lignées ou l'absence de cause évidente.			

### Objectif 3 : Respecter une stratégie transfusionnelle plaquettaire.

actions		O	N	N/A
9	L'indication de la transfusion plaquettaire est tracée dans le dossier patient <sup>1</sup> .			
10	Si la thrombopénie est $< 100 \text{ G.L}^{-1}$ , la transfusion plaquettaire est motivée par une hémorragie aiguë, par une chirurgie du SNC, du foie, de l'œil, des gros vaisseaux ou par un contexte de polytraumatisme.			
11	Si la thrombopénie est $< 50 \text{ G.L}^{-1}$ , la transfusion plaquettaire est justifiée par une hémorragie sévère, par la période péri-opératoire, par une procédure invasive ou par un sepsis sévère.			
12	Il n'y a pas de transfusion plaquettaire prophylactique pour une numération plaquettaire $>20 \text{ G.L}^{-1}$ .			
13	Il n'y a pas de transfusion plaquettaire prophylactique en cas de TIH, de purpura post transfusionnel, de PTT, de SHU, de SCAPL ou de CIVD.			
14	La transfusion plaquettaire est prescrite à la posologie de 1 unité plaquettaire ( $0,5$ à $0,7 \times 10^{11}$ plaquettes) pour $7 \text{ kg}$ de poids chez l'adulte et pour $5 \text{ kg}$ chez l'enfant, avec compatibilité ABO et Rhésus.			
15	Si le receveur est allo-immunisé ou porteur de pathologie hématologique, le concentré d'aphérèse (donneur unique) est privilégié. Dans les autres cas, la transfusion plaquettaire est composée de mélange de plaquettes standard.			

<sup>1</sup> Répondre OUI si la traçabilité de cette indication figure sur la commande de produits sanguins labiles, sur la lettre de sortie ou dans le dossier médical.

### Objectif 4 : Gestion des traitements anticoagulants et antiagrégants au cours de la thrombopénie.

actions		O	N	N/A
16	L'arrêt d'un traitement antiagrégant plaquettaire chez un patient porteur d'un stent repose sur l'évaluation du rapport bénéfice/risque tracé dans le dossier patient.			
17	Le maintien d'un traitement antiagrégant plaquettaire chez un patient présentant une thrombopénie $< 50 \text{ G.L}^{-1}$ repose sur l'évaluation du rapport bénéfice/risque tracé dans le dossier patient.			
18	La prophylaxie anti thrombotique par HNF ou HBPM chez l'adulte en réanimation est maintenue tant que la numération plaquettaire est $> 30 \text{ G.L}^{-1}$ et en l'absence de risque hémorragique majeur.			
19	En cas de suspicion de TIH avec un score $4T \geq 4$ , l'héparinothérapie est immédiatement substituée par un traitement non héparinique curatif.			

**Grille de critères de prise en charge :**  
**une colonne à remplir par dossier, 20 dossiers, 19 critères**  
(O=oui, N=non, NA= non applicable).

Dossier \ Critère	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
1. élimination d'une fausse thrombopénie											O : N :
2. envisager la responsabilité d'une hémodilution, d'une hémorragie, d'une circulation extra corporelle, d'un hypersplénisme, d'une CIVD ou d'une TIH											O : N :
3. recherche d'arguments pour mécanisme central ou périphérique											O : N :
4. enquête étiologique justifiée car la thrombopénie < 100 G.L-1 ou car chute de 30% de la NP.											O : N :
5. en cas de suspicion de CIVD, le diagnostic repose sur des critères cliniques et biologiques											O : N : NA :
6. en cas de suspicion de TIH, recherche d'anticorps anti plaquettaires guidée par le score des 4T de Warkentin											O : N : NA :
7. en cas de suspicion de TIH, diagnostic biologique par deux tests : un fonctionnel et la recherche d'anticorps antiPF4-héparine.											O : N : NA :
8. réalisation d'un myélogramme justifiée par l'atteinte des autres lignées ou l'absence de cause évidente.											O : N :
9. traçabilité de l'indication de la transfusion plaquettaire.											O : N :
10. si thrombopénie < 100 G.L-1, transfusion plaquettaire motivée par une hémorragie aiguë, par une chirurgie du SNC, du foie, de l'œil, des gros vaisseaux ou par un contexte de polytraumatisme.											O : N : NA :
11. si thrombopénie < 50 G.L-1, transfusion plaquettaire justifiée par une hémorragie sévère, par la période péri-opératoire, par une procédure invasive ou par un sepsis sévère.											O : N : NA :
12. pas de transfusion plaquettaire prophylactique pour une numération plaquettaire >20 G.L-1.											O : N : NA :
13. pas de transfusion plaquettaire prophylactique en cas de TIH, de purpura post transfusionnel, de PTT, de SHU, de SCAPL ou de CIVD.											O : N : NA :
14. transfusion plaquettaire prescrite à la posologie de 1 unité plaquettaire (0,5 à 0,7 x10 <sup>11</sup> plaquettes) pour 7 kg de poids chez l'adulte et pour 5 kg chez l'enfant, avec compatibilité ABO et Rhésus.											O : N : NA :
15. Si le receveur est allo-immunisé ou porteur de pathologie hématologique, concentré d'aphérèse privilégié. Dans les autres cas, transfusion plaquettaire par mélange de plaquettes standard.											O : N : NA :
16. chez un patient porteur d'un stent : l'arrêt d'un traitement antiagrégant plaquettaire repose sur l'évaluation du rapport bénéfice/risque tracé dans le dossier patient.											O : N : NA :
17. si thrombopénie < 50 G.L <sup>-1</sup> : maintien d'un traitement antiagrégant plaquettaire repose sur l'évaluation du rapport bénéfice/risque tracé dans le dossier patient.											O : N : NA :
18. maintien de prophylaxie anti thrombotique (HNF ou HBPM) chez l'adulte en réanimation tant que la numération plaquettaire est > 30 G.L <sup>-1</sup> et en l'absence de risque hémorragique majeur.											O : N : NA :
19. en cas de suspicion de TIH avec un score 4T ≥ 4, substitution immédiate de l'héparinothérapie par un traitement non héparinique curatif.											O : N : NA :

### Lexique :

-	CIVD	coagulation intra vasculaire disséminée
-	EP	échanges plasmatiques
-	HBPM	héparine de bas poids moléculaire
-	HNF	héparine non fractionnée
-	MAT	micro-angiopathie thrombotique
-	NP	numération plaquettaire
-	PTT	purpura thrombotique thrombocytopénique
-	SCAPL	syndrome catastrophique des anti-phospholipides
-	SHU	syndrome hémolytique et urémique
-	STEC	E coli producteurs de Shiga toxines
-	TIH	thrombopénie induite par l'héparine

### Proposition d'indicateurs :

- Ratio « unités plaquettaires transfusées »/ nombre de malades thrombopéniques.
- Accidents hémorragiques graves au cours des thrombopénies.
- Ratio Nombre de TIH prouvées/ nombre de TIH suspectées.
- Pourcentage de complications majeures (thrombotiques ou hémorragiques) chez les patients de réanimation suspects de TIH.