

# Mise en œuvre des recommandations de la SFAR concernant les Examens Immuno- Hématologiques (EIH) préinterventionnels aux HCL

## Expérience de l'hôpital Lyon-Sud (HLS)

25/01/2021

- Dr Laurence Augey – Unité d'hémovigilance
- Pr Vincent Piriou – Service d'anesthésie-réanimation

Hôpital Lyon-Sud

**HCL**

**HOSPICES CIVILS  
DE LYON**

# PRÉSENTATION DES HCL ET DE L'HÔPITAL LYON-SUD EN 2019

**5005**

HCL : nb de  
lits et places  
(5 GH)

**55 784**

HCL : nb  
de PSL

**63 345**

HCL : nb de  
Groupages

**24 071**

HLS : nb  
de PSL

**13 305**

HLS : nb de  
groupages

# INTRODUCTION

## Un contexte favorable : UNE RÉFLEXION QUI DÉMARRE EN 2009

3

- Une sur-prescription des groupages sanguins
  - 2007\* en France : 56 / transfusé alors que 5,2 / transfusé seraient nécessaires
  - 2007 aux HCL : 36 / transfusé – Lyon-Sud : 26 / transfusé
- Des recommandations anciennes (*ANDEM 1992, ANAES 1998-2007*) non appliquées et complexes à mettre en œuvre

=> **Postulat 1** : les examens IH en préopératoire sont prescrits par sécurité et par habitude

- Un chef de service d'AR très motivé !!!
- Un contexte économique contraint
- Un site de l'EFS très proche des blocs opératoires
- Des examens IH (groupages et RAI) faits à l'EFS (recommandations CSTH des HCL)

\* Enquête UNCAM 2007 / Rapport EFS DGS DGOS 2011

# INTRODUCTION (suite)

**Variabilité des pratiques d'un établissement à l'autre** : le risque d'être transfusé et la sécurité transfusionnelle du patient vont dépendre :

- Du contexte clinique, du type de chirurgie,
- Des pratiques des médecins anesthésistes et chirurgiens,
- De la mise en œuvre d'une stratégie d'épargne transfusionnelle préopératoire,
- De l'accès au sang
- De la résistance au changement

## => **Postulat 2**

- Les recommandations doivent être adaptées au contexte local
- Les données factuelles sont nécessaires pour convaincre les professionnels de changer leur pratique

=> 1<sup>ère</sup> étape = élaborer la cartographie des taux de transfusion (urgente vs non urgente) et des EIH / chirurgie

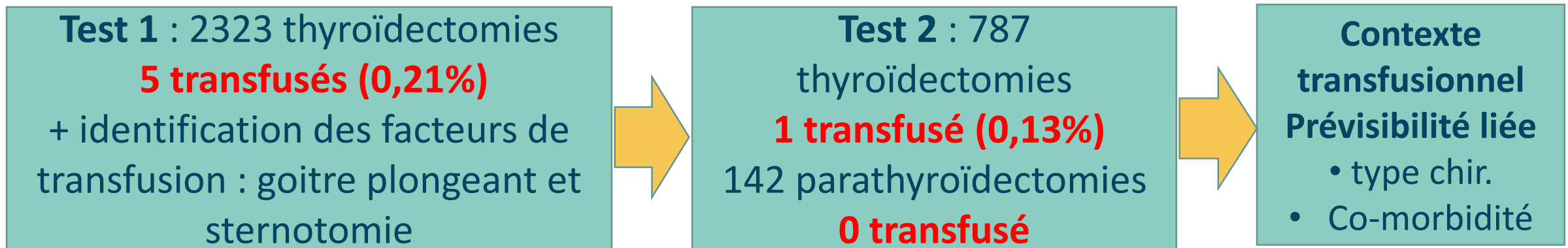
=> 2<sup>ème</sup> étape = faire des recommandations

# Un exemple d'intervention caricaturale à HLS : CHIRURGIE THYROÏDIENNE ET PARATHYROÏDIENNE

5

## Première étape : cartographie des taux de transfusion

- **Test 1** : thyroïdectomie de 2006 à 2009 (GHM X Transfusion Hémoserveur° inlog)
- **Test 2** : analyse de 44 types d'intervention en 2009\* (catalogue des interventions dans Cristal net x Transfusion Hémoserveur°)

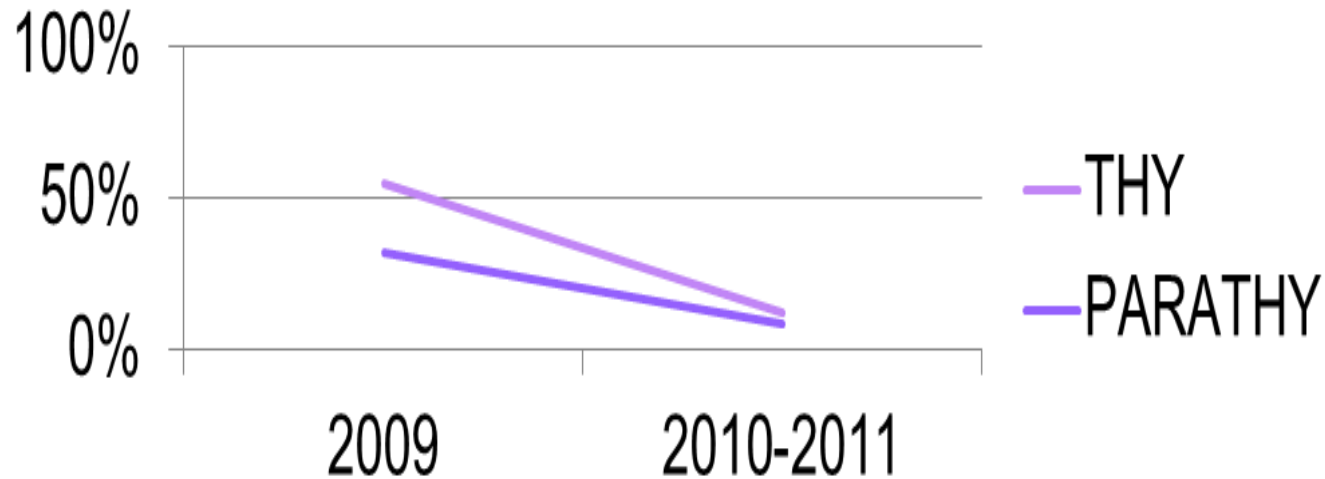


**Deuxième étape : recommandations** (juin 2010) : ne pas faire de groupages et de RAI (examens Immuno-Hématologiques) sauf facteurs de risque liés au patient ou à la chirurgie (goitre plongeant ou sternotomie)

*C Puel et al Ann Fr Anesth Reanim 2012;31:132-40. Cartographie du risque d'être transfusé en chirurgie au CHU de Lyon : un outil de rationalisation de la prescription des examens IH*

# EVALUATION DES RECOMMANDATIONS : nb de groupages pour 1189 interventions de juillet 2010 à décembre 2011

6



**Recherche manuelle  
des EIH dans cristal net**

=> **Suivi des recommandations : 89%**

=> **Pertinence des recommandations : 91,5% (2 transfusés = 0,17%)**



**Validation du principe : réduction du % d'examens IH sans exposer le patient à un sur-risque mais pas de la méthode (!)**

**Un élément facilitateur de la démarche : INFORMATISATION**

# INDUSTRIALISATION DU PROCESSUS : SUIVI DES INDICATEURS

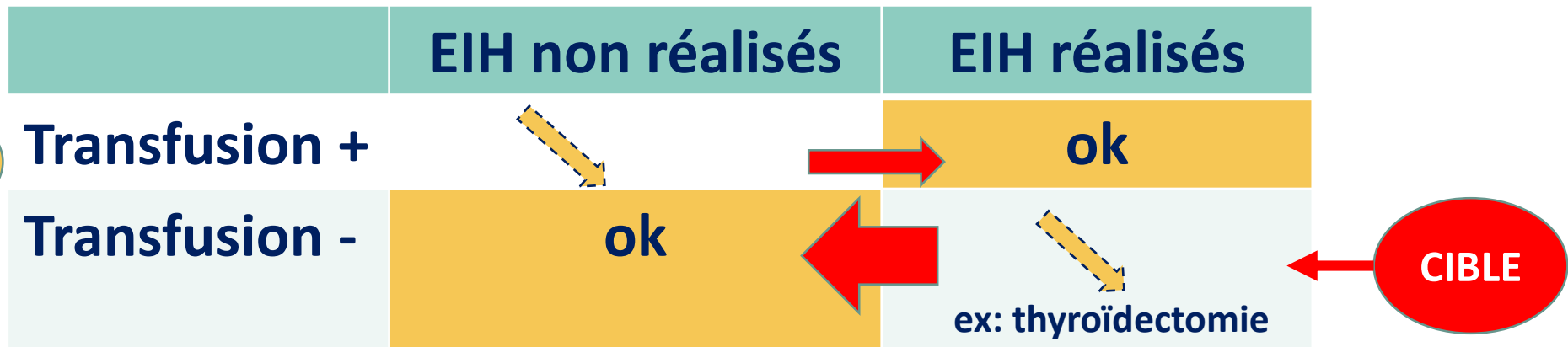
7

- **Croisement automatique des données avec Business Object°** (Direction du SI et informatique) : **Cristal net x Hémoserveur** (transfusions) x **fichier de facturation à l'Assurance Maladie** (Examens Immuno-Hématologiques)
- **Groupe de travail** : choix des interventions = **effectif** et **potentiel amélioration** (cf cartographie), confrontation avec les données de la littérature (coelioscopies)
- **Communication des recommandations de 2010 à 2012** avec pour objectifs de:
  - **Diminuer le nombre des EIH** pour les chirurgies à risque de transfusion nul à faible ( **$\leq 1\%$** ) en l'absence de facteurs de risque.
  - **Suivre les taux de transfusion et EIH** pour les chirurgies à risque de transfusion intermédiaire ou élevé ( **$> 5\%$** )
- **Diffusion automatique des données** / 6 mois aux MAR et chirurgiens concernés

# INTERVENTIONS RETENUES : ÉLARGISSEMENT DE LA DÉMARCHE

Interventions EIH -	Interventions EIH +
Appendicectomie	Colectomie
Cures de hernie	Hystérectomie / laparo
Cholécystectomie/coelioscopie	Césarienne
Thyroïdectomie + Parathyroïdectomie	Ostéosynthèse col fémur
Xie du sein	PTH / PTG et reprise PTH / PTG
Hystérectomie VB/coelioscopie	Prostatectomie
	Néphrectomie, Cystectomie

Les attendus





# RÈGLES DE GESTION DU RECUEIL DES DONNÉES

## Définition des Indicateurs

Nb Patient Opéré	Nombre de patients ayant eu une intervention donnée
Nb Patient Opéré Transfusé	Nombre de patients opérés ayant eu au moins une transfusion associée à une intervention donnée entre <b>J0 et J+15</b>
% Patient Opéré Transfusé	Pourcentage de patients opérés ayant eu au moins une transfusion associée à une intervention donnée entre J0 et J+15 sur l'effectif total de patients opérés
Nb Patient Opéré avec Examen IH	Nombre de patients opérés ayant <b>eu au moins un examen IH</b> examen IH entre <b>J-90 à J+15</b> pour une intervention donnée
% Patient Opéré avec Examen IH	Pourcentage de patients opérés ayant eu au moins un examen IH examen IH entre J-90 à J+15 pour une intervention donnée sur l'effectif total de patients opérés
% Transfusés J0 / Transfusés	Pourcentage de patients ayant eu au moins une transfusion <b>à J0</b> pour une intervention donnée sur l'effectif de patients transfusés de J0 à J+15.

+ suivi par l'hémovigilance des transfusions en urgence vitale

# EVALUATION DES RECOMMANDATIONS

## ● Taux de pertinence (suivi des taux de transfusions)

- Interventions EIH – ( % patients non transfusés) : **validation de la liste d'intervention**
- Interventions EIH + (% patients transfusés) : **suivi des pratiques**

Interventions EIH -	Interventions EIH +
99 à 100%	10 à 29%

Pas de variation significative des taux de transfusion avant et après les recommandations

## ● Taux de suivi (suivi des taux EIH)

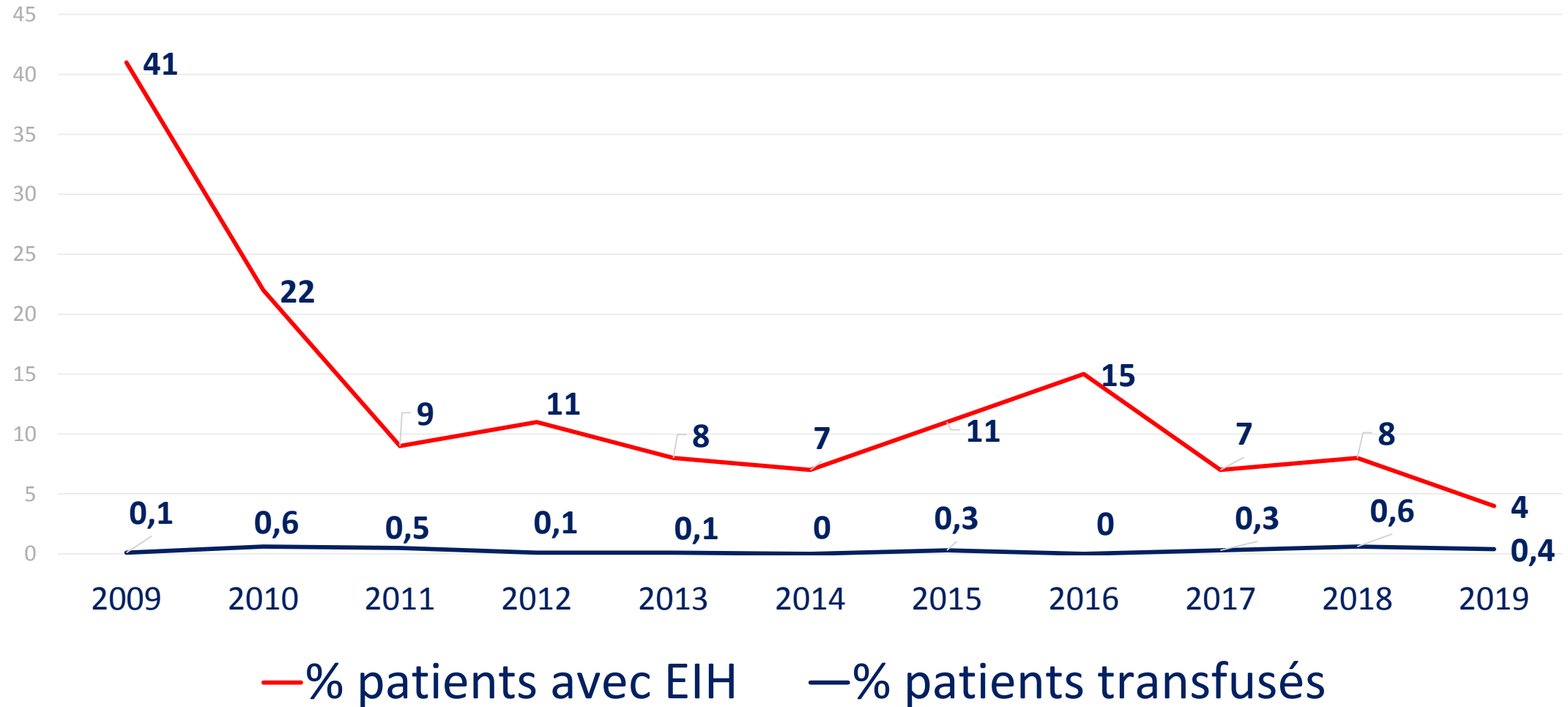
- Interventions EIH – ( % patients n'ayant pas eu d'EIH) : **modification de pratiques**
- Interventions EIH + (% patients ayant eu des EIH) : **pratique non sécurisée (RAI ???) ou réflexion liée intervention / patient**

Interventions EIH -	Interventions EIH +
52 à 97%	67 à 90%

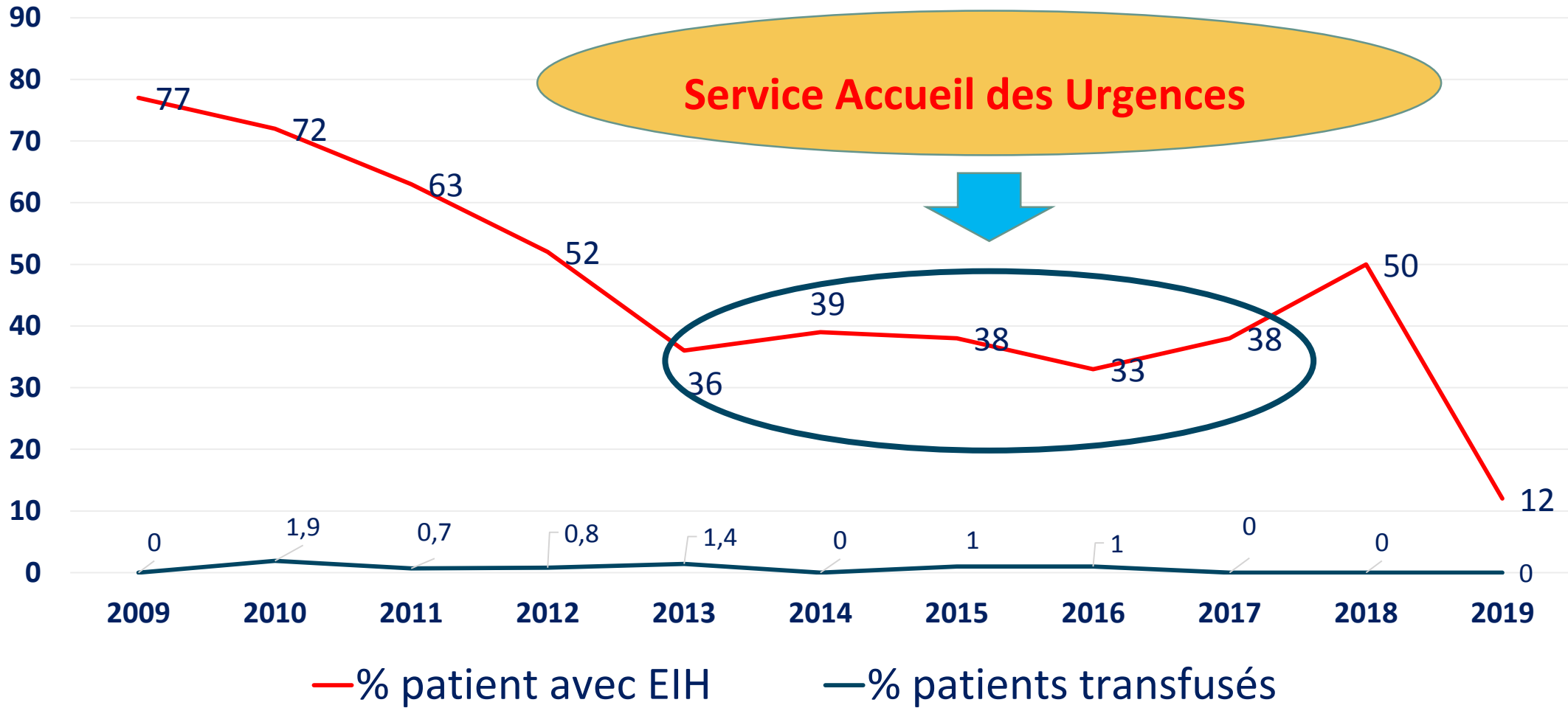
Nécessité d'affiner les recommandations au fil de la démarche

- Augey et al : Mise en œuvre des RFE pour la réalisation des examens préinterventionnels appliqués aux examens immuno-hématologiques. *Anesth Réanim.* 2016; 2 :81-87

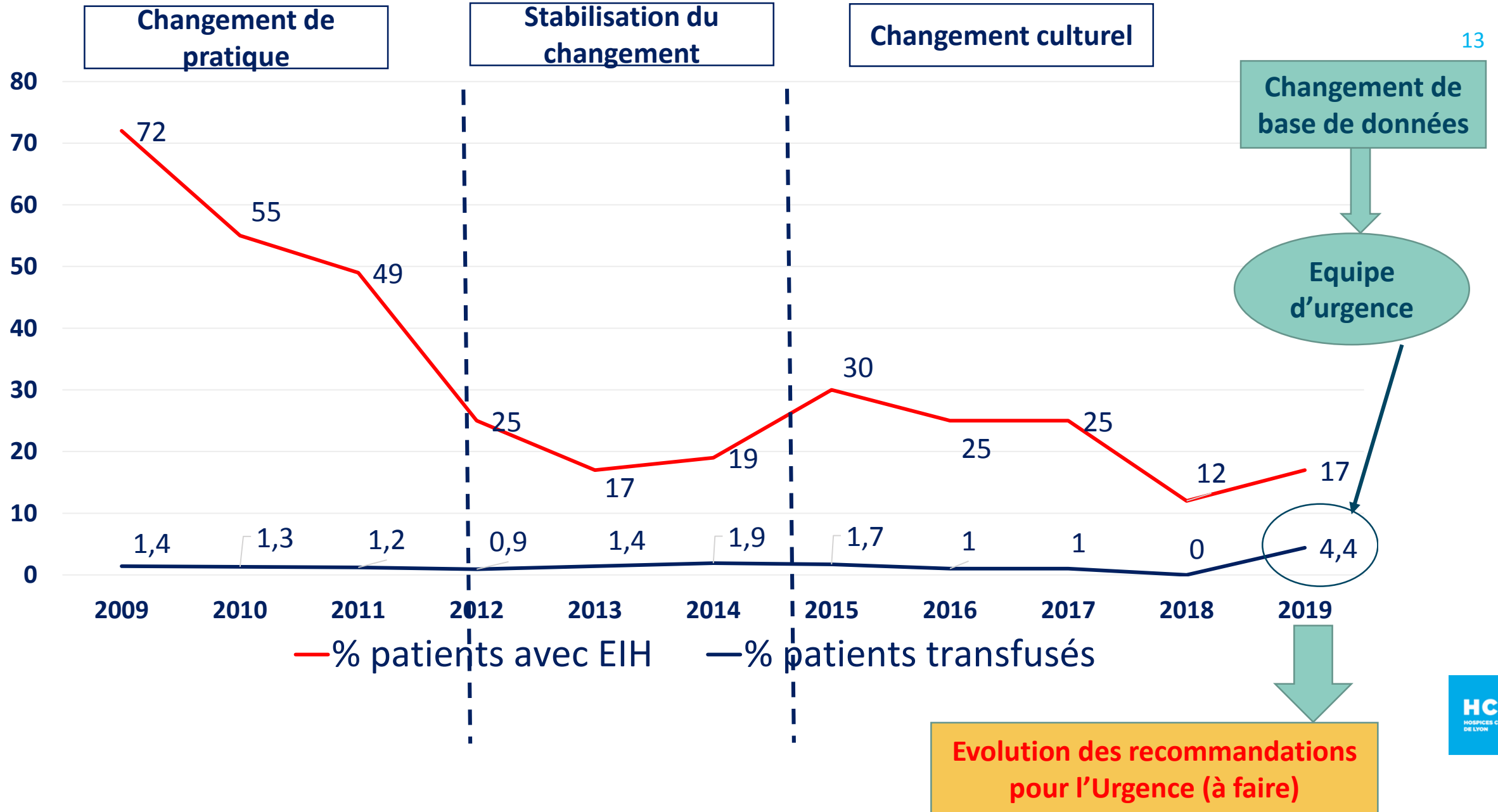
# RÉSULTATS (1) : CHIRURGIE THYROÏDIENNE



# RESULTATS (2) : APPENDICECTOMIE



# RÉSULTATS (3) : CHOLÉCYSTECTOMIE SOUS CŒLIOSCOPIE



# DISCUSSION : POINTS FORTS (1)

- **Nos objectifs ont été atteints :**

- Diminution du nb d'EIH « inutiles »
  - sans menacer la sécurité du patient : aucune transfusion en urgence vitale
  - avec un gain économique de 31 611€ entre 2009 et 2015 (sans baisse d'activité)

⇒ **mise en conformité avec les recommandations nationales**

⇒ **les prescripteurs ont accepté de modifier leurs pratiques**

- Obtention de données (taux de transfusion) « locales » inconnues jusque là et comparables à ceux de la littérature => qualité des soins
  - Recueil de données permet précisément de distinguer les groupages des RAI
- **Mise en place d'un outil de recueil automatique** des indicateurs avec des objectifs, a permis :
    - De valider la faisabilité et l'efficacité de la démarche avec un effectif de patients important
    - De valider la liste des interventions EIH –
    - De communiquer les résultats aux prescripteurs
    - D'évaluer les recommandations pour un éventuel ajustement (cas des cholécystectomies)

**En 2019 = 4,52 groupages /patient transfusé**

# DISCUSSION : POINTS FORTS (2)

15

- **Réflexion pluri-professionnelle** (anesthésistes et chirurgiens) : élaboration et mise en œuvre des recommandations, indicateurs, circuits
- **Communication auprès des instances et soutien de l'Institution**
- **Recommandations qui ont inclus les bonnes pratiques +++**
  - Eviter les redondances : groupage présent dans le SI ? (depuis 2005)
  - Proposer une organisation pour inciter les prescripteurs à faire 2 prescriptions distinctes pour le groupe 1 et le groupe 2
- **Existence d'un Centre de Prélèvement** à proximité des consultations
- **Culture de service et l'harmonisation des pratiques** : retombées sur le bilan préopératoire en général (biologie, etc...) et autres spécialités chirurgicales (CMF)
- **Impact** : RFE SFAR 2012, travail collaboratif avec le CHU St Etienne, nombreuses communications, thèses, démarche d'EPP pérenne (revue de pertinence et suivi d'indicateurs en chirurgie thyroïdienne)

# DISCUSSION : POINTS FAIBLES

- **Le temps +++** (y compris avec un recueil automatisé des données)
  - Analyse des dossiers patients, cohérence des données...
- **Le choix des sources de données**
  - **Les interventions** : catalogue de Cristal Net° pléthorique nécessitant de regrouper les intitulés (fichier EXCEL)
  - Pas de distinction des interventions en **urgence ou programmées** : ex PTH (taux de transfusion ≠) , appendicectomies (taux de transfusion identique)
  - **La transfusion (Hémoserveur°)** : création d'un infocentre (pas de difficulté)
  - **Les examens immuno-hématologiques** :
    - Exhaustivité des données ? La procédure HCL préconise leur réalisation par l'EFS
    - Pas de requêtes possibles directement dans le SI (pdf) => seule possibilité le fichier de facturation à l'AM.
- **Résultats** : des améliorations sont encore possibles, même si on a l'impression qu'on arrive sur un plateau



# DISCUSSION : POINTS DE VIGILANCE

17

- **Communication et formation permanente de TOUS les intervenants**
  - Communication des résultats auprès des équipes concernées (anesthésistes et chirurgiens) : affichage de tableaux de bord / envoi par mail, réunion de service
  - Formation des nouveaux PH et internes du service d'Anesthésie
  - Communication en dehors du service d'Anesthésie : chirurgiens, Service d'Accueil des Urgences, cadres de santé, centre de prélèvements...
- **Evolution du SI** : easily à la place de Cristal net°(nouveau catalogue d'interventions)
- **Causes possibles d'échec**
  - Manque de temps à la CPA pour consulter les antériorités de groupage
  - Horaires du Centre de Prélèvement / CPA
  - Nouvelles organisations : hospitalisation à J0 avec absence de prélèvement à l'Unité d'accueil
  - Groupages sans prescription dans l'hypothèse où le médecin aurait oublié!

# CONCLUSION

C'est la communication des taux de transfusion qui fait évoluer les pratiques

**MERCI**

[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)



**HCL**  
**HOSPICES CIVILS  
DE LYON**