

## CIRCULAIRE N° 91/2000

**Objet** : La transfusion autologue programmée.

La transfusion de dérivés sanguins reste incontournable dans la prise en charge de nombreux patients. Le soin apporté par les établissements de transfusion sanguine (ETS) aux différentes étapes de prélèvement, préparation, qualification et conservation des produits sanguins labiles ( PSL ) renforce la sécurité du receveur comme, par ailleurs, celle du donneur.

Cependant et vu l'existence d'un risque résiduel, il convient de renforcer l'action sécuritaire à deux niveaux :

- la rationalisation de l'utilisation du sang et de ses dérivés
- le développement des différentes techniques de transfusion autologue. Ce qui permet d'assurer, en plus, une économie substantielle en produits sanguins.

# 1. Définition et cadre général de la transfusion autologue (T.A.)

## 1.1 Définition :

La T.A. consiste en la réinjection au donneur de son propre sang ou d'une fraction de celui-ci. Le patient est donc son propre donneur.

Ce terme recouvre :

- La T.A. per-opératoire et l'hémodilution normo-volémique ( à l'induction anesthésique ) qui, exécutées en cours d'intervention, relèvent de la responsabilité du médecin anesthésiste ou, à défaut, du chirurgien. Dans ce cas, le sang ne doit **en aucun cas** quitter la salle d'opération.
- La T.A. en vue d'une intervention programmée ( T.A.P.) qui nécessite le prélèvement, la préparation, la qualification et la conservation avant la délivrance, du ou des dérivés sanguins. Cette technique relève de la compétence exclusive des ETS.

Les dispositions de la présente circulaire concernent essentiellement cette dernière technique, quelles qu'en soient les formes ou les procédures.

## 1.2 Cadre général :

1.2.1 La T.A.P. relève du domaine et des indications de la Transfusion sanguine.

1.2.2 L'intervention que doit subir le patient doit être précisée

et sa date fixée à court terme.

Les besoins en sang doivent être quantifiés et les prélèvements doivent les couvrir avec le maximum de précision. Ce qui permet d'éviter les prélèvements excessifs ou insuffisants.

1.2.3 Contrairement aux prélèvements de dons homologues exigeant une bonne santé du donneur, la T.A.P. s'effectue chez des patients malades et se doit donc de ne pas aggraver leur situation et de leur préserver toutes les chances de réussite du traitement projeté. Il existe, toutefois, certaines situations où la T.A.P. peut être effectuée chez des sujets sains : c'est le cas des donneurs de moelle osseuse, de rein, etc... La T.A.P. peut, de plus, être réalisée sans limite d'âge, ni rythme de prélèvements, comme c'est le cas pour les dons homologues.

1.2.4 La T.A.P. engage le chirurgien, le médecin anesthésiste, le médecin de l'ETS et le patient lui-même. Ce dernier, après avoir été informé du déroulement, des avantages et inconvénients-contraintes de la technique, peut accepter ou refuser d'adhérer à ce programme. Dans les deux cas, le consentement ou le refus écrit et signé du patient ou de son tuteur est nécessaire.

## 2. Déroulement pratique de la T.A.P.

2.1 Au moment où il décide l'intervention, le médecin prescripteur doit, en premier lieu, évaluer les besoins en sang ou de ses dérivés. Ensuite et en l'absence de contre-indications médicales au prélèvement, **le médecin prescripteur doit proposer au patient d'adhérer au programme de T.A.P. après lui avoir dispensé les informations nécessaires.**

En cas d'acceptation, le médecin prescripteur remplit le formulaire de T.A.P. ( annexe 1 ) et adresse le patient en consultation de pré-anesthésie. Dans le cas contraire, l'attestation de refus (annexe 2) doit être gardée dans le dossier du patient.

2.2 Le médecin anesthésiste doit vérifier les fonctions vitales du patient et l'estimation des besoins en sang ou de ses dérivés. Le patient sera ensuite adressé à l'ETS.

2.3 Rôle de l'ETS :

2.3.1 L'ETS est seul responsable des prélèvements programmés. Le médecin de l'ETS peut refuser d'inclure un patient au programme de la T.A.P.

En cas d'admission à ce programme, le médecin de l'ETS décide du calendrier et des méthodes de prélèvement ( poches plastiques, machines automatiques, etc...). Le formulaire d'engagement volontaire pour T.A.P. est alors signé par le patient ou son tuteur ( annexe 3 ).

- 2.3.2 L'ETS doit assurer aux poches autologues un circuit spécifique de préparation, de conservation et de distribution.
- 2.3.3 Les examens biologiques obligatoires pour les dons homologues doivent être pratiqués pour chaque prélèvement autologue. La découverte de marqueurs sérologiques, chez le patient, représente une contre-indication au programme de T.A.P.
- 2.3.4 L'étiquette apposée sur chaque poche de dérivé sanguin autologue doit comprendre : le numéro du don, le nom, prénom et date de naissance du patient, la mention « transfusion autologue », le nom du produit et sa date de péremption.
- 2.3.5 Les poches autologues sont réservées au patient-donneur. Toutefois, les produits autologues en excès, après la fin des soins et 7 jours au maximum avant la date de péremption des produits sanguins érythrocytaires, pourraient être utilisés, après validation, dans le circuit homologue.
- 2.3.6 L'utilisation de poches autologues ne dispense pas du contrôle ultime au lit du malade, ni de la tenue à jour de la fiche et du registre transfusionnels.

J'attache de l'importance à la stricte application de la présente circulaire en vue d'assurer le maximum de sécurité aux donneurs et aux receveurs de produits sanguins.

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Signé : Dr. Hédi M'HENNI

**DESTINATAIRES**

**MESDAMES ET MESSIEURS**

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>LE DIRECTEUR GENERAL DU CENTRE NATIONAL DE TRANSFUSION SANGUINE</b></li><li>- <b>LES RESPONSABLES DES CENTRES REGIONAUX DE TRANSFUSION SANGUINE ET DES BANQUES DU SANG</b></li><li>- <b>LES MEDECINS DES STRUCTURES SANITAIRES PUBLIQUES ET PRIVEES</b></li></ul>                    | <b>POUR EXECUTION</b>            |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>LES DIRECTEURS REGIONAUX DE LA SANTE PUBLIQUE</b></li><li>- <b>LES DIRECTEURS GENERAUX ET LES DIRECTEURS DES HOPITAUX, CENTRES ET INSTITUTS</b></li><li>- <b>LES DIRECTEURS DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES</b></li><li>- <b>LES INSPECTEURS DE LA SANTE PUBLIQUE</b></li></ul> | <b>POUR INFORMATION ET SUIVI</b> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>LES MEMBRES DU CABINET</b></li><li>- <b>LES DIRECTEURS DE L'ADMINISTRATION CENTRALE</b></li></ul>  | <b>POUR INFORMATION</b>          |

## TRANSFUSION AUTOLOGUE PROGRAMMEE (1) (copie à garder à l'ETS)

### CONSULTATION CHIRURGIE

Nom : ..... Prénom : .....  
 Age : ..... Poids : ..... Service : .....  
 Diagnostic : .....  
 Date de l'intervention : .../.../200... Type d'intervention : .....  
 Remarques : .....

Le Chirurgien  
Date, Signature et Cachet

### CONSULTATION PRE-ANESTHESIE

Fonctions vitales : .....  
 .....  
 Besoins : CG.....PFC.....CPS.....  
 Remarques : .....

L'Anesthésiste  
Date, Signature et Cachet

GS : ....., Rh : .....

Date	N° du Prélèvement	NFS Pré-don	Ex. Clinique	Incidents	Dérivés préparés		
					CGR	PFC	CPS
		Hb GB					
		Hb GB					
		Hb GB					
		Hb GB					
		Hb GB					

Le médecin responsable à l'ETS  
Date, Signature et Cachet

Bilan pré-TAP :  TP :  TCA :   
 NFS :   
 SEROLOGIE :

**Le protocole :**

- n'a pu être entrepris  oui  non
- a été interrompu  oui  non
- a été modifié  oui  non

En raison de : .....

**Le suivi post-opératoire :**

- poches autologues non utilisées :

Non distribuées			Restituées		
CGR	PFC	CPS	CGR	PFC	CPS

- poches homologues utilisées :

CGR	PFC	CPS

**TRANSFUSION AUTOLOGUE PROGRAMMEE (2)**  
**(copie à garder dans le dossier du malade)**

**CONSULTATION CHIRURGIE**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Age : ..... Poids : ..... Service : .....  
 Diagnostic : .....  
 Date de l'intervention : ...../...../200.. Type d'intervention .....  
 Remarques : .....

Le Chirurgien  
 Date, Signature et Cachet

**CONSULTATION PRE-ANESTHESIE**

Fonctions vitales : .....  
 .....  
 Besoins : CG ..... PFC ..... CPS .....  
 Remarques : .....

L'Anesthésiste  
 Date, Signature et Cachet

GS : ....., Rh : .....

Date	N° du Prélèvement	NFS Pré-don	Ex. Clinique	Incidents	Dérivés préparés		
					CGR	PFC	CPS
		Hb GB					
		Hb GB					
		Hb GB					
		Hb GB					
		Hb GB					
		Hb GB					

Le médecin responsable à l'ETS  
 Date, Signature et Cachet

Annexe 2

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
HOPITAL .....

**ATTESTATION DE REFUS D'ADHESION  
AU PROGRAMME DE TRANSFUSION AUTOLOGUE  
PROGRAMMEE**

Je soussigné .....certifie avoir été informé par le  
Docteur .....  
Du service .....  
Des avantages et inconvénients-contraintes des techniques de  
transfusion autologue programmée, et m'oppose à adhérer audit  
programme.

**Date et signature**

.....

**Nom, prénom et signature**  
**du médecin**

.....

### Annexe 3

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
ÉTABLISSEMENT DE TRANSFUSION SANGUINE

## ENGAGEMENT VOLONTAIRE POUR TRANSFUSION AUTOLOGUE PROGRAMMÉE

Je soussigné .....

Proposé par les docteurs .....

Pour transfusion autologue programmée, certifie les faits suivants :

- Je reconnais avoir été informé des techniques utilisées
- J'accepte de suivre un traitement martial quotidien
- Je peux bénéficier d'une transfusion homologue en cas de besoin
- Je suis prévenu que les examens sérologiques obligatoires seront effectués.
- En cas de non utilisation de mon sang à 7 jours de sa péremption, j'accepte qu'il soit utilisé pour d'autres patients

---

Lu et approuvé ,

Nom, prénom et signature

.....  
.....  
.....

Date d'inclusion dans le protocole : .....

Vu

**Docteur** « Médecin de l'ETS ».