

# SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU POST TRANSFUSIONNEL (TRALI)

**PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE  
PÉDIATRIQUE**

2305, boul. St. Laurent  
Ottawa (Ontario) K1G 4J8  
Tél. : (613) 526-9397, poste 239  
Télec. : (613) 526-3332  
Courriel : pcsp@cps.ca  
Site Web : www.cps.ca/francais/pcsp

**RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION**

(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport	
Mois de déclaration	
Province	
Date du jour	

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.  
Les données sur le patient et le déclarant seront traitées confidentiellement.**

**DÉFINITION DE CAS DU SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU POST TRANSFUSIONNEL (TRALI)**

Le diagnostic de TRALI est de nature clinique et radiologique et ne dépend pas des résultats de tests de laboratoire ou d'un mécanisme physiopathologique proposé. Déclarer tout enfant jusqu'à 18 ans, inclusivement, atteint d'un TRALI **ou** d'un TRALI possible :

**TRALI**

**Critères d'inclusion** (les trois critères doivent être constatés)

- Apparition d'un nouveau syndrome respiratoire aigu (ALI) dans les six heures suivant la transfusion
- Hypoxémie :  $PaO_2/FiO_2 \leq 300$  ou  $SpO_2 < 90\%$  à l'air ambiant
- Infiltrats bilatéraux d'après la radiographie pulmonaire (vue de face)

**Critères d'exclusion**

- Preuve d'hypertension auriculaire gauche (p. ex., surcharge circulatoire)
- Syndrome respiratoire **aigu** présent avant la transfusion
- Lien temporel avec un autre facteur de risque d'ALI

**TRALI possible**

Mêmes critères d'inclusion et d'exclusion que pour le TRALI, sauf qu'**on trouve** un lien temporel clair avec un autre facteur de risque d'ALI, tel que :

<b>Syndrome respiratoire direct</b>	<b>Syndrome respiratoire indirect</b>
Aspiration	Septicémie grave
Pneumonie	Choc
Inhalation toxique	Polytraumatismes
Contusion pulmonaire	Brûlures
Quasi-noyade	Pancréatite aiguë
	Circulation extracorporelle
	Intoxication médicamenteuse

**SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES**

1.1 Date de naissance :      /      /           1.2 Sexe : Masculin      Féminin       
    JJ            MM            AAAA

**SECTION 2 – DONNÉES DE RÉFÉRENCE AU SUJET DU PATIENT**

2.1 Poids : \_\_\_\_\_ kg

2.2 Atteinte sous-jacente (cochez toutes les réponses applicables) :

<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire chronique (y compris la dysplasie bronchopulmonaire)	
précisez : _____	
<input type="checkbox"/> Prématurité	précisez l'âge gestationnel : _____
<input type="checkbox"/> Greffe	précisez : _____
<input type="checkbox"/> Atteinte neurologique ou encéphalopathie	précisez : _____
<input type="checkbox"/> Maladie hématologique	précisez : _____



**SECTION 4 – DONNÉES CLINIQUES DU PATIENT (suite)**

## 4.3 Données paracliniques (si elles sont disponibles)

Pression veineuse centrale (maximale) : \_\_\_\_\_

Pression capillaire bloquée en présence d'une sonde de l'artère pulmonaire (maximale) : \_\_\_\_\_

Dysfonction cardiaque ou échographie cardiaque : Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Pire ratio PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_ ou pire taux de saturation en O<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_**SECTION 5 – PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

(limiter les données aux 96 premières heures suivant l'apparition du TRALI)

5.1 Transfert à l'unité de soins intensifs : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Était à l'USI avant l'apparition du TRALI \_\_\_

5.2 Suppléments de FiO<sub>2</sub>\* : taux maximal \_\_\_\_\_

5.3 Ventilation mécanique\* : Non effractive \_\_\_ Effractive \_\_\_

5.4 Inotropes ou vasopresseurs\* : Oui \_\_\_ Non \_\_\_

5.5 Réanimation par perfusion (bolus ≥ 10 cc/kg) : Oui \_\_\_ Non \_\_\_

5.6 Diurétiques : Oui \_\_\_ Non \_\_\_

5.7 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

\* Si le patient suivait déjà un tel traitement avant l'apparition du TRALI, indiquez si ce traitement a été accru et le taux maximal d'augmentation :

FiO<sub>2</sub> : \_\_\_\_\_

Paramètres ventilatoires : \_\_\_\_\_

Inotropes ou vasopresseurs : \_\_\_\_\_

**SECTION 6 – ISSUE DU PATIENT APRÈS LE TRALI**

6.1 Résolution des symptômes après la réaction de TRALI :

&lt; 24 heures \_\_\_ 24 h à 48 h \_\_\_ 48 h à 96 h \_\_\_ &gt; 96 h (précisez : \_\_\_\_\_ jours)

6.2 Ventilation mécanique après la réaction de TRALI : nombre de jours \_\_\_\_\_

6.3 Séjour à l'USI après la réaction de TRALI : nombre de jours \_\_\_\_\_

6.4 Hospitalisation après la réaction de TRALI : nombre de jours \_\_\_\_\_

6.5 Complications après la réaction de TRALI :

Pneumothorax ou barotraumatismes \_\_\_ Insuffisance cardiaque \_\_\_ Choc \_\_\_

Anoxie cérébrale ou encéphalopathie \_\_\_ Insuffisance rénale aiguë \_\_\_ Neuropathie ou myopathie \_\_\_

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Décès : précisez le nombre de jours après le TRALI : \_\_\_\_\_

6.6 Issue attribuable à la réaction de TRALI (selon le médecin traitant) :

Danger immédiat de mort : Non \_\_\_ Oui \_\_\_

Morbidity à long terme : Non \_\_\_ Oui \_\_\_ (précisez ) \_\_\_\_\_

Décès \_\_\_ Inconnu \_\_\_

**SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de complétion \_\_\_\_\_

**Merci d'avoir rempli ce formulaire.**