

# PASSER UNE PRP (plasma riche en plaquettes)

## Informations générales



Votre médecin vous a proposé d'utiliser la technique d'injection de plasma riche en plaquettes (PRP). Cette technique ne sera pratiquée qu'avec votre consentement car vous avez en effet la liberté de l'accepter ou de la refuser. Le radiologue procédera à une dernière vérification de l'absence de contre-indication. Ce document vous informe du déroulement de l'intervention et de ses suites. Merci d'en prendre connaissance avant de compléter la partie liée aux informations pratiques.

**Prenez ces documents avec vous le jour de l'examen.** Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser au médecin et/ou au personnel soignant.

### - Qu'est-ce qu'une PRP ?

Cette technique consiste à :

- ~ prélever un tube de votre propre sang 
- ~ séparer ses composants par un processus de centrifugation qui permet d'isoler et concentrer vos plaquettes dans une partie du plasma. Les plaquettes sanguines recèlent de nombreuses fonctions dont une importante propriété concernant la cicatrisation et la régénération des tissus lésés.



Une fois injectées, les plaquettes vont libérer des facteurs de croissance à une concentration supérieure à la normale, afin de stimuler la réparation des tissus lésés.

Les effets positifs peuvent mettre plusieurs mois avant de se manifester. 



L'injection est réalisée sous contrôle échographique ou radiographique.



Les mutuelles prennent en charge la consultation mais pas les produits utilisés pour ce traitement par PRP. Le coût de ce traitement à votre charge varie de 82,36 € ou 111,05 € selon la lésion.

### - Déroulement de l'intervention

Nous commençons par réaliser une prise de sang (un seul tube sera prélevé).

Ensuite, le tube de votre sang prélevé est immédiatement centrifugé. Puis, le médecin extrait le plasma riche en plaquettes (avec du matériel à usage unique).



**CHC**  
GROUPE SANTÉ

Votre hôpital  
est membre  
du réseau de santé **move**

L'injection de votre plasma se déroule dans une salle attribuée en fonction de l'indication, en salle d'échographie ou en salle de radiographie. Le guidage par échographie ou radiographie permet de suivre en temps réel le déroulement de l'intervention et d'éviter les organes à proximité, ce qui permet de diminuer les risques de complications (saignement, infection, lésion neurologique...).



### - Durée de l'intervention

La durée de l'intervention est de plus ou moins 30 minutes.

**Votre coopération est essentielle. Merci de respecter les consignes qui vous seront données par le personnel soignant et/ou le médecin.**

### - Préparation de l'intervention

Lisez attentivement ce document, répondez aux questions de la dernière page, datez et signez-le. Ceci constitue votre consentement. 

Il est important de signaler toute fièvre, infection, lésion cutanée ou risque de grossesse, au personnel soignant dès la prise de rendez-vous, et au plus tard avant le début de l'intervention.

### - Vous devez arrêter certains médicaments

~ **7 jours avant l'intervention, stoppez impérativement les anti-inflammatoires non stéroïdiens** tels que Cataflam®, Diclofenac®, Felden®, Ibuprofen®, Voltaren®...

~ **24 à 48h avant l'intervention, stoppez les anticoagulants listés ci-dessous uniquement** 

- 24h avant l'examen : Eliquis®, Lixiana®, Pradaxa®, Xarelto®
- 48h avant l'examen, en cas d'insuffisance rénale connue : Eliquis®, Lixiana®, Pradaxa®, Xarelto®

**En cas de doute ou de questions, adressez-vous à votre médecin prescripteur pour confirmer l'arrêt transitoire de votre traitement anticoagulant ou l'adaptation (substitution) de celui-ci.**

### - Le jour de l'intervention

Il est recommandé de :

- ~ bien se laver la peau, avec un savon désinfectant (par exemple, iso-Bétadine® savon, Hibiscrub®...)
- ~ ne surtout pas se raser la peau
- ~ ne pas appliquer de pommade sur la zone à examiner
- ~ ne pas apporter d'objet de valeur à la clinique

Vous pouvez boire et manger.



En fonction de votre sensibilité actuelle à la douleur, la prise d'un antidouleur type paracétamol (Dafalgan®) est autorisée 30 minutes avant l'intervention.

**Vous pouvez prendre vos médicaments habituels, SAUF les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anticoagulants comme décrit ci-dessus.**

**Venez accompagné(e)**, vous pouvez avoir des difficultés à tenir le volant après une injection au membre supérieur, ou à marcher pour le membre inférieur.

**- A votre arrivée**, présentez-vous à l'**accueil du service d'imagerie médicale**. La route à suivre vous sera communiquée dans le SMS de rappel de votre rendez-vous.

Emportez toujours avec vous :



- ~ votre **carte d'identité**
- ~ votre **prescription**. Attention, nous ne pouvons pas réaliser l'intervention sans la demande d'examen
- ~ le présent document complété et signé

### - Annulation de rendez-vous

Si vous êtes dans l'impossibilité de respecter le rendez-vous, merci de nous le faire savoir **24h à l'avance**.

~ via le site CHC :

[www.chc.be/services/imagerie-medicale](http://www.chc.be/services/imagerie-medicale)

« Annuler un rendez-vous »

~ par téléphone : voir le numéro de contact dans l'encadré ci-dessous

**Tout rendez-vous non excusé 24h à l'avance** entrainera la perception d'un montant forfaitaire de 20€.

### - Résultats attendus



Il existe une variabilité naturelle des résultats entre individus et les effets positifs peuvent mettre plusieurs mois avant de se manifester. Une à trois injections peuvent être alors nécessaires.

Le compte rendu de l'intervention sera envoyé à votre médecin traitant ou à votre spécialiste dans un délai d'environ une semaine. Il vous est également possible de vous connecter/inscrire sur le Réseau Santé Wallon ([rsw.be](http://rsw.be)) et d'avoir accès à votre dossier médical.

### - Suivi et recommandations

Il est conseillé de limiter la sollicitation de la zone injectée pendant 48h après l'intervention.

Vous devez **impérativement stopper pendant 3 semaines après l'intervention, les anti-inflammatoires non stéroïdiens** tels que Cataflam®, Diclofenac®, Felden®, Ibuprofen®, Voltaren®...

**La reprise du traitement anticoagulant (Eliquis®, Lixiana®, Pradaxa®, Xarelto®) est autorisée 6h après l'intervention.**



### - Effets secondaires et risques liés à l'intervention

Toute procédure médicale comporte des risques. En général, les risques liés à une procédure d'imagerie sont minimes et les avantages sont toujours plus grands que les risques potentiels. Peu d'effets secondaires sont attendus étant donné que le PRP est une substance produite par votre corps. Néanmoins :

- ~ Le prélèvement sanguin peut provoquer la formation d'un petit hématome sans gravité, qui se résorbera spontanément en quelques jours.
- ~ Pour toute injection, le risque d'infection existe mais reste minime et toutes les précautions maximales d'hygiène sont prises par l'équipe soignante.
- ~ Comme tout médicament, le produit de contraste utilisé lors de l'intervention peut provoquer des allergies (éruption cutanée, difficulté respiratoire) de manière très rare et aléatoire et des précautions sont prises pour en limiter les effets. Nous disposons de procédures adaptées à la prise en charge de ces allergies. Une éruption cutanée reste possible jusqu'à 48h après l'intervention. Dans ce cas, contactez votre médecin traitant de manière à ce qu'il annote cette réaction spécifique au produit utilisé dans votre dossier médical.
- ~ Les doses consécutives aux expositions médicales de rayons X à des fins radiodiagnostiques sont maintenues au niveau le plus faible raisonnablement possible pour bénéficier de l'information diagnostique optimale en minimisant le risque induit : ce risque demeure très faible.



#### Pour contacter le service d'imagerie médicale :

**Clinique CHC Hermalle**  
rue Basse-Hermalle 4  
B-4681 Hermalle/s Argenteau  
04 374 70 50

**Clinique CHC Heusy**  
rue du Naimeux 17  
B-4802 Heusy  
087 21 37 10

**Clinique CHC MontLégia**  
Boulevard Patience et Beaujonc 2  
B-4000 Liège  
04 355 61 00

**Clinique CHC Waremme**  
rue de Sélys Longchamps 47  
B 4300 Waremme  
019 33 94 55

# PASSER UNE PRP (plasma riche en plaquettes)

## Informations pratiques & consentement



Etiquette - vignette patient ou à défaut :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

N° de téléphone: .....

N° de registre national : .....

Adresse mail : .....

### Précautions importantes avant l'intervention

(à communiquer lors de la prise du rendez-vous ou au plus tard le jour de l'intervention)

Comme pour toute procédure utilisant des rayons X, la grossesse est considérée comme une contre-indication :

**Madame**, êtes-vous enceinte ?

oui  non

Y a-t-il une possibilité que vous le soyez ?

oui  non

Si **oui**, quelle est la date de vos dernières règles : .....

Avez-vous déjà bénéficié d'un **examen scanner avec injection de produit de contraste** ?

oui  non

Si **OUI**, avez-vous une **allergie prouvée** au produit de contraste ?

oui  non

Si **NON**, avez-vous des allergies particulières ?

oui  non

Avez-vous une maladie du sang ou des **saignements fréquents** ?

oui  non

Avez-vous bien **stoppé votre traitement anti-inflammatoire (non stéroïdien)**

tel que: Cataflam®, Diclofenac®, Felden®, Ibuprofen®, Voltaren®, **depuis 7 jours** ?

oui  non

Avez-vous bien **stoppé votre traitement** fluidifiant le sang (anticoagulant) ?

oui  non  non concerné

Pour rappel des consignes complètes, voir paragraphe « préparation de l'intervention »

Souffrez-vous de diabète ?

oui  non

Souffrez-vous d'hypertension ?

oui  non

**Si vous avez des questions, n'hésitez pas à les poser au médecin et/ou au personnel soignant.**

**Nos équipes sont disponibles pour vous accompagner et prendre soin de vous durant toute la durée de l'examen.**

### Consentement

Je soussigné(e) Madame/Monsieur (prénom + nom) ..... certifie avoir répondu loyalement à toutes les questions posées. Je déclare avoir pris connaissance de l'information reçue et eu la possibilité de poser toutes les questions nécessaires. Les soignants/médecins y ont répondu de manière complète et satisfaisante. J'ai compris les réponses qui m'ont été données. Je reconnais avoir été informé(e) des risques ou des conséquences que peut entraîner mon refus de subir cet examen et accepte l'administration de produit de contraste ou autre médication nécessaire à la bonne réalisation de l'examen. Je donne mon accord pour la réalisation de l'examen.

Date ..... Signature .....



Retrouvez les informations  
générales sur notre site  
web [www.chc.be](http://www.chc.be)

**CHC**  
GROUPE SANTÉ

Votre hôpital  
est membre  
du réseau de santé **move**