



DUOMED
by Palex

ANESTHÉSIE

Plasmatherm

Décongélation de plasma



www.duomed.com

Anesthésie

Gestion de la température

69%

Jusqu'à 69% des patients arrivant en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) sont hypothermiques¹

80%

80% des pertes thermiques chez un patient anesthésié se font au niveau cutané²

0,25°C

La perfusion d'un litre de soluté ou la transfusion d'un culot de sang entraîne une chute de la température centrale de votre patient de 0,25°C

Production

VO₂

Perte
Respiratoires
Cutanées

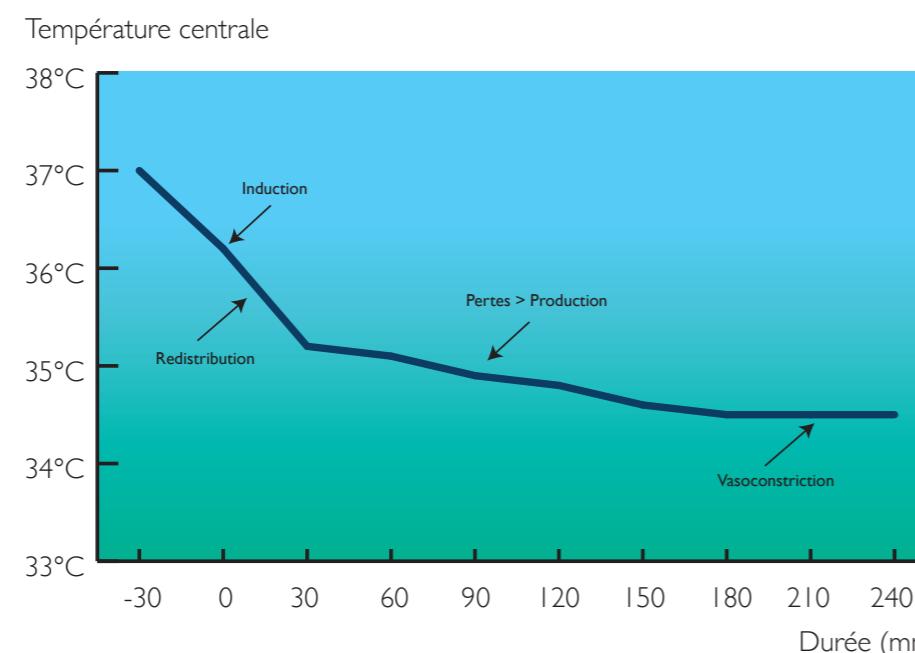
Sujet éveillé

Production

VO₂

Perte
Chirurgie
Perfusions
Respiratoires

Patient anesthésié



La thermorégulation du patient anesthésié

L'anesthésie locale ou générale provoque une diminution conséquente de la température centrale du patient pouvant engendrer une hypothermie modérée ou sévère suivant les cas².

Cette hypothermie est la résultante de 3 facteurs :

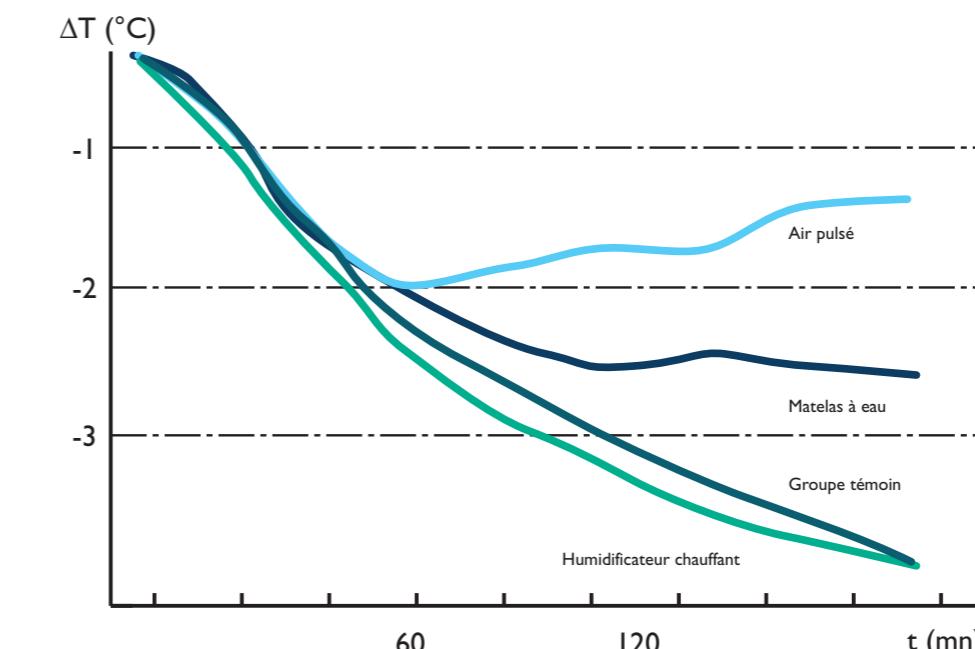
- un environnement froid auquel est soumis le patient
- une inhibition de la thermorégulation par les agents anesthésiques
- un bilan thermique négatif (pertes > production).

Avant l'induction

Afin de limiter le risque d'apparition d'une hypothermie, il est indispensable, avant toute induction, d'isoler le patient prémédiqué de son environnement. Différents travaux ont montré que plus cette prise en charge est précoce, plus on limite l'apparition d'une hypothermie per-opératoire^{3&4}.

Le phénomène de redistribution

Il apparaît d'après les études que la baisse la plus importante de la température centrale intervient dans la première demi-heure après l'induction. Cette baisse est liée au phénomène de redistribution induite par les agents anesthésiques provoquant une vasodilatation systématique. Le gradient de température entre le noyau et la périphérie étant réduit, le patient est soumis à un refroidissement cutané plus important que chez le sujet éveillé^{3&5}.



L'origine des pertes thermiques

Puisque 80% des pertes thermiques chez un patient anesthésié se font au niveau cutané², la surface d'échange entre la couverture et la peau du patient est fondamentale. Pour certaines chirurgies nécessitant un accès chirurgical important (lors de chirurgies cardiaques ou thoraciques par exemple), la solution consiste à utiliser non pas une couverture sur le corps mais un matelas.

L'air pulsé

Le réchauffement par air pulsé est la technique de traitement la plus efficace et celle qui présente le moins de risque de contamination⁶.

Le réchauffement du sang et des solutés

Il est admis aujourd'hui que le réchauffement de toutes les perfusions limite le risque d'hypothermie per-opératoire⁷. De même, le réchauffement des fluides d'irrigation (en urologie par exemple) réduit les pertes caloriques du patient au regard des volumes considérables utilisés.

Les études signalent aussi que lors de remplissages massifs, il est indispensable, sous peine d'augmenter la morbidité, de réchauffer le sang et cela même lors d'une autotransfusion.



10 minutes de réchauffement préopératoire permettent de limiter la survenue de l'hypothermie à 13% (versus 69% sans préréchauffement)¹.



Plasmatherm

Décongélation de plasma



Plasmatherm G2
Décongélation de 4 poches
en 30 minutes à 37°



Plasmatherm V
Décongélation de 4 poches de
plasma en 12 minutes à 37°

Sang, plasma
ou cellules
souches

Aucun risque
de contamination

Destiné aux EFS, les banques de sang ou les services de recherche (Inserm,...), le Plasmatherm est le déconglateur de plasma ou de cellule souche recommandé pour éviter tout risque de contamination.

Ce déconglateur a été conçu pour être fonctionnel 24h/24 et ne nécessite aucun entretien spécifique. Sa cuve en ABS facilement nettoyable est ainsi plébiscitée par tous les services d'hygiène.

Sécurité maximale

Le Plasmatherm a été conçu afin de répondre à toutes les attentes en termes de sécurité : garanti sans corrosion, alarme de surchauffe, détection de poches fissurées, ...

Réglementation française

Pouvant être utilisé pour le sang, le plasma ou les cellules souches, le Plasmatherm peut décongeler simultanément jusqu'à 4 poches de plasma, en 30 minutes maximum, conformément à la réglementation française.

CARACTÉRISTIQUES TECHNIQUES

Alimentation :	220-230 VAC
Fréquence du secteur :	50-60 Hz
Température consigne :	37°C
Ondulation :	automatique
Interface :	RS 232
Dimensions :	340x600x320 mm
Poids à vide :	18 Kg

RÉFÉRENCES

212.10054 :	Plasmatherm G2 (1 à 4 poches)
00003288 :	Plasmatherm V

Solution
sélectionnée par



Barkey - Allemagne

- Dispositif de classe IIa. Evalué par TÜV (0123).
- Lire attentivement la notice du produit avant toute utilisation
Produits non pris en charge au titre de la LPPR



DUOMED
by Palex

www.duomed.com

PUBLICATIONS

1. Horn, Bein, Böhm, Steinfah, N. Sahili and J. Hocker – The effect of short time periods of pre-operative warming in the prevention of peri-operative hypothermia—Anaesthesia 2012; 67, 612-617
2. Camus—JLAR 2005
3. Camus et al—Pre-induction skin surface warming minimizes intraoperative core hypothermia—J Clin. Anesth—1995; 7: 384-338
4. Just et al — Prevention of intraoperative hypothermia by preoperative skin-surface warming—Anesthesiology—1993; 79:214-218
5. Matsukawa et al—Heat flow and distribution during induction of general anesthesia—Anesthesiology—1995;
6. Hynson et al—Intraoperative warming therapies: a comparison of three devices—J Clin Anesth—1992; 4: 194-199
7. Smith et al—Warming intravenous fluids reduces perioperative hypothermia in women undergoing ambulatory gynecological surgery

Date de création : Juillet 2025
PUB000047_Brochure Plasmatherm_Juil25_EXTERNE

Info générale

+33 (0)3 89 06 14 44

info.fr@duomed.com

Support technique

+33 (0)3 89 06 53 00

support.fr@duomed.com

Commandes clients

+33 (0)3 89 06 14 44

commandes@duomed.com