

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG



TRANSFUSION EN HEMATOLOGIE ET ONCOLOGIE CHEZ L'ADULTE

Dr Anne-Lise MARACHET
EFS IDF- Site Pitié-Salpêtrière

DIU Cancérologie/Hématologie
du sujet âgé 10/05/12

TRANSFUSION DE CGR

- **ANEMIE AIGUE :**
 - **Seuils TF**
 - Hb= 8 g/dl si correction de l'anémie non prévue à court terme
 - Seuil augmenté (9-10 g/dl) si circonstances augmentant la consommation d'O₂ (infections, complications pulmonaires, cardiaques...)
 - **Tenir compte de la cinétique de l'aplasie induite par la chimiothérapie et de la date attendue de la sortie d'aplasie**
 - maintien d'un taux d'Hb > seuil fixé est à respecter d'autant que la date prévisible de sortie d'aplasie est éloignée

- **Cas particulier : AHAI**
 - **Eviter la TF de CGR**
 - **2 risques immunologiques cumulés :**
 - Détection d'allo-anticorps anti-érythrocytaires gênée car panagglutination de tous les panels liée à la présence d'auto-anticorps
 - Réduction de la durée de vie des hématies transfusées voire inefficacité de la TF et aggravation de l'hémolyse
 - **Indication TF doit mettre en balance plusieurs critères : état clinique et tolérance, facteurs de comorbidité et réponse aux autres thérapeutiques**
 - **+++INDICATION DE LA CORTICOTHERAPIE** (AHAI à auto-Ac chauds)

- **ANEMIE CHRONIQUE :**
 - **Traitement étiologique curatif +++ (mais pb anémie multifactorielle)**
 - **Seuils TF (repères) :**
 - Hb=10 g/dl : indications rares, seulement si signes d'intolérance cardiaques ou respiratoires
 - **Hb=8 g/dl si antécédent cardiovasculaire ou patient actif incapable de remplir les activités qu'il soit assumer**
 - Hb = 6 g/dl sauf bonne tolérance
 - **Attention au seul taux d'Hb, importance de la cinétique de décroissance de l'Hb et de la qualité de vie du patient**

- **Pratiques TF :**

- En général 2-3 CGR à chaque épisode transfusionnel
- **Prévoir distribution 1 par 1 si risque de mauvaise tolérance**
- Vitesse lente pendant les 15 premières minutes (EIR) puis augmentée (10 mL/min) si bonne tolérance -> 1 CGR 45-60 min
- Vitesse réduite si insuffisant cardiaque ou risque de surcharge (< 5 mL/min) et éventuellement position 1/2 assise avec prémédication par diurétiques

- **SUJET AGE : particularités**

- **TRANSFUSION « PREVENTIVE » avant les signes de mauvaise tolérance** car
 - Fragilité des patients +++ (récupération plus difficile)
 - Nombreux facteurs de comorbidité (polyopathologies)
 - Fragilité cardiaque (augmentation de la sensibilité du myocarde à l'anémie)
- Transfusion souvent mal tolérée (**RISQUE DE SURCHARGE**)
 - **Surveillance +++ et distribution des CGR 1 par 1**
- Effets secondaires -> chélateurs du fer (d'autant plus que souvent érythropoïèse moins efficace)

TRANSFUSION DE CP

- **PROPHYLACTIQUE AU COURS DE THROMBOPENIES CENTRALES**
(Attitude recommandé pour toute chimiothérapie thrombopéniante)
- Surveillance clinique et biologique régulière pour disposer de CP de façon rapide
- TF à adapter à la cinétique de décroissance des plaquettes
- **Seuils :**
 - **10 G.L⁻¹ : aucun facteur de risque**
 - **20 G.L⁻¹ : si fièvre, infection, HTA, chute brutale de la NP en 24-72h, mucite de grade 2, lésion hémorragique**
 - **50 G.L⁻¹ : si traitement anticoagulant, CIVD, fibrinolyse ou geste invasif (BOM, endoscopie digestive...)**

- **CURATIVE AU COURS DE THROMBOPENIES CENTRALES**
 - **Traitement des épisodes hémorragiques des patients thrombopéniques :**
 - Hémorragie extériorisée
 - Hématome extensif, douloureux ou compressif
 - Hémorragie rétinienne ou bulle hémorragique buccale
 - Déglobulisation rapide
 - Troubles de la conscience, trouble visuel brutal, signes neurologiques focalisés...-> suspicion d'hémorragie cérébrale
 - **TF en urgence pour contrôle du syndrome hémorragique et NP min > 20 G.L⁻¹**

- **THROMBOPENIE REFRACTAIRE**

- Définition = Inefficacité TF plaquettaire constatée après **2 TF successives**

- Inefficacité TF plaquettaire : 1-24h après la TF

- **RTP** (Rendement Transfusionnel Plaquettaire) **> 0,2**
 - OU **CCI** (Corrected Count Increment) **<7** 1-24h
 - Et **CP adapté au poids du patient**
 - ET **CP ABO compatibles**
 - ET **CP conservés depuis moins de 48h**

$$\bullet \text{RTP} = \frac{[\text{NP post}(10^9/\text{L}) - \text{NP pré}(10^9/\text{L})] \times \text{poids}(\text{kg}) \times 0,0075}{\text{Nb de plaquettes transfusées}(10^{11})}$$

$$\bullet \text{CCI} = \frac{[\text{NP post}(10^9/\text{L}) - \text{NP pré}(10^9/\text{L})] \times \text{SC}(\text{m}^2) \times 100}{\text{Nb de plaquettes transfusées}(10^{11})}$$

SC: surface corporelle (SC = 0,00718 x hauteur(m)^{0,725} x poids(kg)^{0,524})

- **Eliminer les autres causes** possibles de thrombopénie :
 - Fièvre avec ou sans infection documentée
 - CIVD
 - Splénomégalie
 - Complications d'une greffe de CSH : MVO, infection à CMV, GVH...
 - Interférence médicamenteuse
- **Rechercher une allo-immunisation anti-HLA** (et anti-HPA)
- Indication TF en cas d'état réfractaire persistant :
 - Urgence hémorragique, acte invasif et/ou chirurgical urgent -> TF fractionnées sur le nyctémère et en grandes quantités
 - TF prophylactique non recommandée sauf si CPA phénotypés disponibles

- **THROMBOPENIES PERIPHERIQUES :**
 - CIVD : pas en 1ere intention (traitement étiologique)
 - Cas particulier : **LA promyélocytaire**
 - **TF recommandée si signes hémorragiques quelque soit la NP**
 - **Si NP < 50 G.L-1 avec ou sans signe hémorragique**
 - PTAI = CI à la TF de plaquettes sauf hémorragie mettant en jeu le pronostic vital (+ Ig polyvalentes et corticoïdes à forte dose)
 - MAT = CI à la TF de plaquettes sauf hémorragie mettant en jeu le pronostic vital ou acte invasif indispensable

- Hypersplénisme : pas d'indication sauf hémorragie mettant en jeu le pronostic vital
- Thrombopénie médicamenteuse : rarement nécessaire
 - Thrombopénie à l'héparine =CI car risque thrombotique

TRANSFUSION DE PLASMA

- **Indications :**
 - Coagulopathie grave de consommation
 - Hémorragies aiguës (déficit global des facteurs de la coagulation)
 - Déficits complexes rares en facteurs de la coagulation lorsque les fractions spécifiques ne sont pas disponibles
 - Echanges plasmatiques
 - MAT
 - RQ : *le plasma ne doit jamais être utilisé comme soluté de remplissage*

- Transfusion recommandée uniquement en cas d'association :
 - D'une hémorragie ou d'un geste à risque hémorragique
 - ET d'une anomalie profonde de l'hémostase :
 - Fibrinogène < 1 g/l (d'autant que NP < 50.10 G.L⁻¹)
 - TP < 40 %
 - TCA > 1,5-1,8 témoin
- Pratiques transfusionnelles :
 - Volume = 10-15 mL/kg
 - Surveillance clinique et biologique de l'efficacité

TRANSFUSION DE CGA

- RARE
- Indication :
 - Aplasie sévère ou anomalie fonctionnelle des GB
 - **ET** infection sévère non contrôlée par ATB adaptée :
 - Cellulite de la face ou du siège
 - Septicémie
 - Infection fongique sévère
 - **ET** pronostic favorable
 - Granulomatose septique

- Pratique transfusionnelle :
 - sur plusieurs jours (3-7 j)
 - temps : 2h-2h30
 - Recherche d'anticorps anti-HLA post-transfusionnelle

◦

◦