

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG



CAS CLINIQUES

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

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

CAS CLINIQUE n°1

- **Patiente née en 1970**
- **Allogreffe de CSH prévue dans 3 semaines**
- **Prescription de 2 CGR et CP (Hb : 7,5 g/dl et plaquettes = 12 000/mm³) sans signe hémorragique**

- **Quels examens IH préalables à la TF sont à réaliser ?**
 - RAI de moins de **72 heures**
 - -> résultat : négative
 - Fournir la carte de groupe (ABO-RH KEL1) ou reprélever 1 détermination ABO-RH KEL1
 - -> résultat : A RH:-1,-2,-3,4,5 KEL:-1 (D-C-E-c+e+K-)
- **Que prescrire (qualification ? Transformation?)**
 - CGR
 - **phénotypés RH-KEL1**
 - **irradiés** (car allogreffe prévue dans moins de 1 mois)
 - **CMV- si patiente et donneur CMV-**

- CP :
 - **CPA irradié**
 - **CMV- si patiente et donneur CMV-**
 - Posologie :
 - Poids = 50kgs et NP + date à noter sur la prescription
 - $3,5 \cdot 10^{11}$ à $5 \cdot 10^{11}$ plaquettes (7-10 U)
 - -> favoriser CPA ABO compatible RH:-1
 - **+++ -> INJECTION DE RHOPHYLAC pour prévention de l'allo-immunisation anti-D (GR résiduels dans CP) si TF de CPA RH:1 car femme jeune avec avenir obstétrical**

- À J+1 post-allogreffe de CSH, prescription de 2 CGR et d'1 CPA. Le donneur est B RH:1,2,-3,4,5 KEL:-1 (D+C+E-c+e+K-) CMV+.
- **Quels examens IH préalables à la TF sont à réaliser ?**
 - RAI de moins de **72 heures**
 - -> résultat : négative
 - Fournir la **CARTE DE GROUPE D'ALLOGREFFE** mentionnant les consignes transfusionnelles
- **Que prescrire (qualification ? Transformation?)**

- CGR
 - **phénotypés : respect de compatibilité donneur-receveur (O RH:-1,-2,-3,4,5 KEL1)**
 - **Irradiés**
 - *CMV- non indiqué puisque receveur CMV+*
- CP : poids et NP + date à noter sur la prescription
 - **CPA irradié (A non iso, O non iso, B non iso, AB)**
 - Posologie : $3,5 \cdot 10^{11}$ à $5 \cdot 10^{11}$ plaquettes (7-10 U)
 - **Même si CPA RH:1, NE PAS INJECTER DE RHOPHYLAC (puisque risque de retarder le chimérisme érythrocytaire du greffon RH:1)**

CAS CLINIQUE n°2

- **Patiente née en 1949**
- **Anémie per-opératoire**
- **Prescription de 5 CGR fermes phénotypés en UR et de 5 CGR à confirmer**
- **Groupe A RH:1,2,-3,-4,5 KEL:-1 (D+C+E-c-e+K-) et RAI négative**

- **Problématique : stock très bas de CGR phénocompatibles**
- **Que faire ?**
 - Appel du prescripteur pour contexte clinique et pour valider la distribution de CGR **non phénotypés** dans le système RH-KEL1 : pas d'indications à la qualification « phénotypé »
 - Distribution de 5 CGR non phénotypés RH:1,2,3,4,5 KEL:-1
- **5 jours après, une nouvelle prescription de 2 CGR est faite. Aucune qualification n'est demandée par le prescripteur.**

- **Peut-on continuer à transfuser en CGR non phénotypé ?**
 - **Oui si** stock toujours bas et **RAI NEGATIVE -> refaire la RAI**
 - Délai de validité de la RAI précédente dépassée.
Risque d'allo-immunisation et surtout risque de **réactivation** d'allo-anticorps non détectable initialement car infra-sérologique
 - femme donc ATCD de grossesse = situation d'immunisation
 - phénotype D+C+E-**c**-e+ : antigène RH4(c) est le 2eme antigène le plus immunogène en situation de grossesse
 - **Prévoir surveillance de RAI à M+1 à M+3**

CAS CLINIQUE n°3

- **Patient né en 1919 hospitalisé en gériatrie**
- **Anémie chronique multifactorielle**
- **ATCD cardiovasculaires**
- **Prescription de 2 CGR**
- **Groupe O RH:1,-2,3,4,-5 KEL:-1 (D+C-E+c+e-K-) et RAI négative**

- **Que prescrire (qualification ? Transformation?)**
 - Pas d'indications à la qualification phénotypé (d'autant que phénotype peu fréquent)
 - **Prescrire 1 CGR ferme + 1 CGR « à confirmer »**
 - Permet la distribution séparée du 1^{er} CGR puis du 2^{eme} après confirmation du prescripteur seulement si la TF du 1^{er} s'est bien déroulée (évite de « jeter » un CGR si problème lors de la TF du 1^{er} CGR) d'autant que la TF doit débiter dans les 6h après la réception des PSL dans le service
 - **Prévoir surveillance de RAI à M+1 à M+3**

CAS CLINIQUE n°4

- **Patient de 45 ans**
- **Myélodysplasie**
-
- **1^{er} cas : Groupe O RH:1,-2,-3,4,5 KEL:-1 (D+C-E-c+e+)**
- **2^{eme} cas : Groupe O RH:1,2,-3,4,5 KEL:-1 (D+C+E-c+e+)**
- **RAI négative**
- **Prescription de 2 CGR en HDJ d'hématologie**

- **Que prescrire (qualification ? Transformation?)**
 - CGR phénotypé puisque myélodysplasie = indication à la qualification « phénotypé » **MAIS**
 - 1^{er} cas : distribution de 2 CGR **non phénotypé C+** car CGR peu fréquent (réservé femme jeune, drépanocytaire, patient immunisé) et antigène C peu immunogène
 - 2^{eme} cas : distribution de 2 CGR phénocompatibles RH-KEL1
- **3 semaines après, le patient revient pour une nouvelle transfusion de 2 CGR. Le laboratoire de ville où le patient réalise sa NFS vous a faxé un résultat de dépistage RAI positif.**

- **Votre prescription en est-elle modifiée ? Faites-vous réaliser des examens complémentaires ?**
 - **Oui, prescription modifiée : nécessité de CGR PHENOTYPES et COMPATIBILISES**
 - **+++ INFORMER L'EFS ET COMMUNIQUER LES RESULTATS :** importance de savoir s'il existe une réelle allo-immunisation, quel(s) est(sont) l'(les) anticorps pour adapter les CGR à distribuer
 - -> dépistage réalisé par le laboratoire mais pas d'identification « RAI dépistage. A contrôle et à identifier sur un nouveau prélèvement à transmettre à ... »

- **Prélèvement pour RAI** à envoyer à l'EFS avec la prescription de CGR pour **identification et EDC**
 - Le plus tôt possible car DELAI +++ (variable selon l'identification, mais minimum 3-4h)
 - -> identification d'un anticorps anti-FY1 (anti-Fya)
- 1^{er} et 2^{ème} cas : **Distribution de 2 CGR phénotypés RH-KEL1 et FY:-1(Fya-) compatibles**

CAS CLINIQUE n°5

- **Prescription de 2 CGR sans urgence pour patiente MARTIN Jeanne née DUPONT le 03/01/1925**
- **Carte de groupe datant de 2005 envoyée avec la prescription à MARTIN Jeanne née le 03/01/1925 + Prélèvement envoyé pour RAI**

- **Peut-on délivrer avec la carte de groupe fournie ? Que faut-il faire ?**
 - Non car **discordance d'identité** entre identité sur la prescription et l'identité de la carte de groupe.
 - Ajouter une **détermination ABO-RH KEL1** sur le prélèvement de la RAI et prélever une 2^{ème} détermination
- **L'EFS met en évidence une image de double population A/O et vous appelle pour savoir d'où vient la patiente et s'il existe une notion de transfusion récente. Il s'agit d'un transfert de Rennes où la patiente est suivie pour une LLC. Le laboratoire prend contact avec l'EFS de Rennes pour récupérer les données IH et l'historique transfusionnel.**

- **Sur la fiche transfusionnelle faxée, on retrouve un groupe A RH:1,2,-3,4,5 KEL:-1 et un historique transfusionnel expliquant l'image de double population.**
- **Il existe par ailleurs un antécédent d'anticorps anti-JK1 il y a 3 mois, la RAI étant négative depuis.**
- **La RAI du jour est négative.**
- **Que prescrire (qualification ? Transformation?)**
 - Prescription de 2 CGR **phénotypés et compatibles**
 - Distribution de 2 CGR phénotypés RH-KEL1 et JK:-1 (Jka-) compatibles
- **+++ IMPORTANCE DES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES, NOTION D'ATCD TF, POUR EVITER LA PERTE D'INFORMATIONS IMPORTANTE POUR LA SECURITE TF**

CAS CLINIQUE n°6

- Patient de 65 ans
- LLC
- Anémie récente Hb = 7 g/dl
- Prélèvements en cours pour groupe ABO-RH KEL1 et RAI

- Le laboratoire met en évidence une panagglutination à la RAI, avec un TDA 3+ en IgG, faisant suspecter la présence d'une AHAI dans le contexte de LLC.
- Le délai pour résoudre la RAI est de 5-6h minimum (technique d'adsorption nécessaire pour éliminer un allo-anticorps potentiellement).
- -> éviter TF de CGR car risque d'inefficacité transfusionnelle voire d'aggravation de l'hémolyse
- -> bénéfico-risque de la TF
- Si TF absolument indispensable (mauvaise tolérance clinique), prévoir TF de plusieurs CGR (mais 1 par 1) phénotypés RH-KEL1