

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Transfusion de plaquettes : produits, indications

Transfusion de plaquettes en médecine, hématologie-oncologie Octobre 2015

AE	Dans les situations à risque (aplasies longues nécessitant un support transfusionnel répété en plaquettes et greffes de cellules souches hématopoïétiques), il est recommandé de rechercher l'existence d'une allo-immunisation anti-HLA avant toute transfusion chez les patients à risque d'allo-immunisation préalable (femmes ayant des antécédents obstétricaux) et chez les sujets préalablement transfusés, et en cas de mauvais rendement transfusionnel.
AE	En cas de recherche d'anticorps anti-HLA positive, il est également recommandé de déterminer le phénotype HLA-A, -B des patients qui devront être transfusés de façon répétitive en plaquettes (aplasie prévisible de plus de 7 jours).
AE	La transfusion de plaquettes doit être réalisée le plus à distance possible (au moins 2 heures) de la perfusion d'amphotéricine B ou d'amphotéricine B déoxycholate.

En cas de phase palliative, la décision de transfuser des plaquettes doit être prise au cas par cas.

Transfusion de plaquettes au cours de thrombopénies centrales : hémopathies malignes, tumeurs solides et aplasies médullaires

Transfusion prophylactique de plaquettes

La transfusion prophylactique a pour but de prévenir la survenue d'une hémorragie chez un patient thrombopénique.

A	Une attitude transfusionnelle prophylactique est recommandée pour toute chimiothérapie thrombopénisante, associée ou non à une irradiation corporelle, avec ou sans réinjection de cellules souches hématopoïétiques autologues ou allogéniques. Cela requiert une surveillance clinique et biologique quotidienne et une organisation pour disposer de façon rapide de concentrés plaquettaires.
B	La prophylaxie primaire systématique des incidents d'intolérance par antihistaminiques ou corticoïdes n'est pas recommandée.

Le seuil de transfusion prophylactique doit être modulé en fonction des facteurs de risque suivants :	
A	<ul style="list-style-type: none"> • 10 G.L⁻¹ si aucun facteur de risque ;
B	<ul style="list-style-type: none"> • 20 G.L⁻¹ : si fièvre ≥ 38,5 °C, infection, hypertension artérielle, mucite de grade ≥ 2, lésion à potentiel hémorragique¹, cinétique de décroissance rapide de la NP en 72 heures ;
C	<ul style="list-style-type: none"> • 50 G.L⁻¹ : <ul style="list-style-type: none"> ○ si coagulation intravasculaire disséminée -fibrinolyse ; ○ si geste invasif : ponction lombaire, biopsie médullaire, cathéter central, endoscopie digestive et biopsie, endoscopie bronchique et lavage broncho-alvéolaire ou brosse, ponction biopsie hépatique, ponction transbronchique, avulsions dentaires ;
AE	<ul style="list-style-type: none"> ○ si traitement anticoagulant.
AE	<p>Chez le patient thrombopénique (inférieure à 20 G.L⁻¹) sous antiagrégant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le traitement antiplaquettaire prescrit en prévention cardio-vasculaire primaire ne semble pas justifié ; • le traitement antiplaquettaire peut ne pas être poursuivi lorsque son indication est liée à une atteinte cérébro-vasculaire ; • les transfusions prophylactiques sont effectuées avec les mêmes recommandations en s'assurant que la NP post-transfusionnelle reste inférieure à 50 G.L⁻¹.

B	En dehors d'une allo-immunisation HLA ou HPA avérée, il faut considérer aujourd'hui qu'un patient chez qui une transfusion de concentrés plaquettaires est prescrite pourra recevoir indifféremment un mélange de concentrés de plaquettes ou un concentré de plaquettes d'aphérèse.
----------	--

Transfusion curative de plaquettes

La transfusion curative a pour but de corriger une hémorragie.

Une attitude curative et non prophylactique peut être proposée pour les insuffisances médullaires chroniques telles que :

- les aplasies médullaires idiopathiques en échec des traitements immunosuppresseurs sans possibilité d'allogreffe ;
- les syndromes myélodysplasiques ou leucémies aiguës pour lesquels une chimiothérapie lourde ou une allogreffe ou un traitement par agents hypométhylants ne sont pas envisagés.

Le cadre de la transfusion curative peut être défini comme suit :

- hémorragie extériorisée quel qu'en soit le siège ;
- purpura pétéchial et ecchymotique extensif ;
- hématome extensif, douloureux ou compressif ;
- hémorragie rétinienne ;
- bulle hémorragique buccale ou franches gingivorrhagies ;
- déglobulisation rapide ;
- trouble de la conscience, trouble visuel brutal, céphalées, autres signes neurologiques focalisés d'apparition brutale (suspicion d'hémorragie cérébrale).

Dans ces situations, des concentrés plaquettaires sont transfusés en urgence pour contrôler le syndrome hémorragique.

¹ Tumeur ou envahissement cérébral, lésion ou tumeur endoluminale.

Transfusion de plaquettes en cas de thrombopénie réfractaire

AE	Une inefficacité transfusionnelle plaquettaire constatée après deux transfusions successives définit un état réfractaire. On parle d'inefficacité transfusionnelle plaquettaire quand 1 à 24 heures après une 2 ^e transfusion d'un nombre de concentrés plaquettaires adapté au poids du patient, ABO identiques, et conservés depuis moins de 72 heures, le CCI est inférieur à 7 ² .
-----------	--

La cause immunologique d'un état réfractaire ne peut être retenue qu'après élimination d'une autre cause :

- fièvre, avec ou sans infection documentée ;
- coagulation intravasculaire disséminée ;
- splénomégalie ;
- complications d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques (maladie veino-occlusive, infection à cytomégalovirus, réaction du greffon contre l'hôte, micro-angiopathie thrombotique) ;
- interférence médicamenteuse ;
- qualité du produit transfusé : dose, compatibilité ABO et durée de conservation.

En l'absence des causes précédemment citées, une recherche de l'allo-immunisation anti-HLA et anti-HPA est effectuée.

C	En cas d'immunisation HLA/HPA, il est recommandé de rechercher des CPA HLA/HPA compatibles.
AE	En présence d'un état réfractaire : <ul style="list-style-type: none">• la transfusion prophylactique n'est pas recommandée ;• en cas d'hémorragie, d'actes invasifs ou chirurgicaux urgents, des transfusions en grandes quantités ($> 1 \times 10^{11}/10 \text{ kg}$) fractionnées dans le nycthémère sont recommandées ; En cas d'immunisation HLA/HPA, une transfusion prophylactique n'est possible que si des concentrés de plaquettes d'aphérèse HLA/HPA compatibles sont disponibles à partir des fichiers de donneurs ou d'un donneur apparenté au patient.

Transfusion de plaquettes au cours des thrombopénies périphériques

Dans les situations ci-dessous, la transfusion de plaquettes est soit inutile, soit contre-indiquée.

Hypersplénisme

AE	Une thrombopénie exclusivement secondaire à un hypersplénisme n'est pas une indication de transfusion plaquettaire, sauf en cas de syndrome hémorragique mettant en jeu le pronostic vital.
-----------	---

Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)

AE	Le traitement de la CIVD repose avant tout sur le traitement de la cause. La transfusion de plaquettes n'est pas le traitement de première intention. L'indication est portée lorsque la thrombopénie et les manifestations hémorragiques sont au premier plan et ne se corrigent pas rapidement malgré la mise en œuvre d'un traitement étiologique.
-----------	---

² Corrected Count Increment (CCI). Valeur attendue > 7 .

AE	<p>En cas de CIVD au cours de leucémies aiguës, en particulier pro-myélocytaires, il est recommandé de réaliser des transfusions plaquettaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • quelle que soit la numération plaquettaire, s'il existe des signes hémorragiques ; • ou, si la numération plaquettaire est inférieure à 50 G.L⁻¹, pour maintenir un taux plaquettaire > 50 G/L.
-----------	---

Purpura thrombopénique auto-immun

Au cours du purpura thrombopénique auto-immun, les plaquettes transfusées sont très rapidement détruites comme les plaquettes du patient.

AE	Il n'est pas recommandé de transfuser des plaquettes chez ces patients, en dehors d'hémorragie mettant en jeu le pronostic vital.
-----------	---

Thrombopénie médicamenteuse

Les transfusions plaquettaires sont rarement nécessaires au cours des thrombopénies médicamenteuses.

AE	<p>Les transfusions de plaquettes sont recommandées en cas de thrombopénie très sévère, s'il existe des manifestations hémorragiques mettant en jeu le pronostic vital.</p> <p>Au cours des thrombopénies induites par les héparines, les transfusions de plaquettes sont fortement déconseillées car elles sont susceptibles d'augmenter le risque thrombotique, sauf en cas d'hémorragie mettant en jeu le pronostic vital.</p>
-----------	---

Micro-angiopathie thrombotique

AE	<p>La transfusion de plaquettes est contre-indiquée.</p> <p>Elle peut être discutée dans les situations exceptionnelles suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • syndrome hémorragique mettant en jeu le pronostic vital, en particulier lorsque la consommation plaquettaire s'associe à une insuffisance de production, par exemple chez les sujets infectés par le VIH ou ayant subi une chimiothérapie ; • actes invasifs indispensables.
-----------	---

Purpura post-transfusionnel hémorragique mettant en jeu le pronostic vital

Le traitement actuel repose sur la perfusion d'immunoglobulines polyvalentes intraveineuses. La transfusion de plaquettes même compatibles avec l'anticorps circulant doit être évitée.

Pour les différents produits et la surveillance biologique, se reporter au texte des recommandations.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie	C	Faible niveau de preuve
B	Présomption scientifique	AE	Accord d'experts