

•

LORRAINE-CHAMPAGNE



HEMOVIGILANCE

Laboratoire d'Immuno-Hématologie Délivrance de PSL 2015

Dr Christine André-Botté
13 octobre 2015

ES LBM EFS

Groupe sanguin et RAI pour

transfuser

suivre une grossesse

(pour la **sécurité transfusionnelle** mère/enfant)

- EFS : acteur de biologie, fournisseur de PSL, conseil transfusionnel
- LBM : acteur de biologie
- ES : prescripteur, acteur de biologie et transfuseur

IDENTITOVIGILANCE

Stocks
Information

Vérifications
Identité
protocoles

Blocage

Réali-
sation

Prescription

Réception
Concordance

Suivi

Tolérance

Indication

IDENTITOVIGILANCE

Efficacité
RAI post Tsf

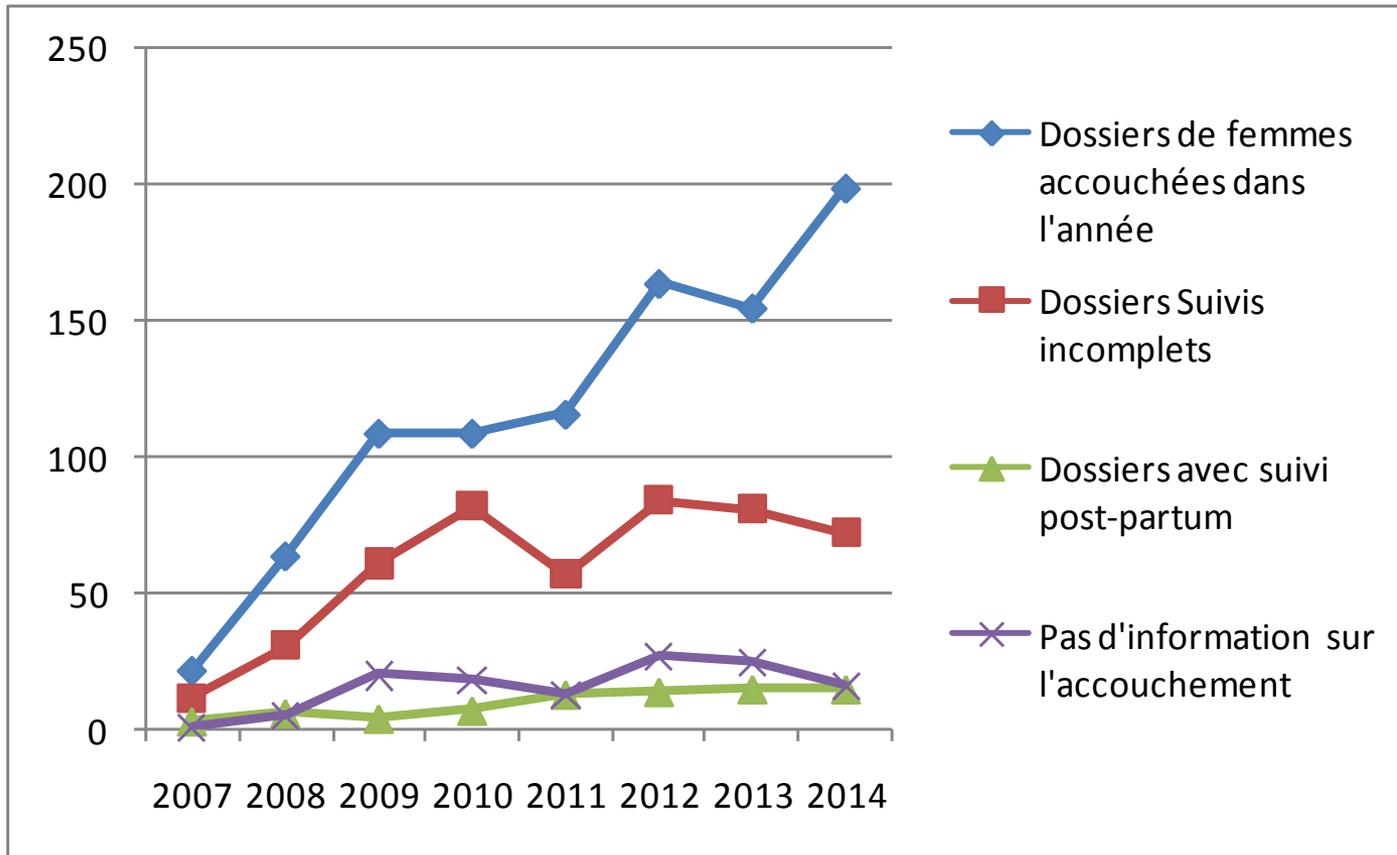
Quelques constats 2015

- Les erreurs de **prélèvements**
 - 56 « croisements de patients » identifiés en 2014
- Les anomalies de **groupage**
 - Groupage post transfusionnel
 - Absence de logiciel expert (réactions faibles, concordances BV S)
- Le **CULM** biologique et documentaire
- Les recommandations **HAS** pour les CGR
 - Qualification **CMV (-)**
 - Prise en charge **néonatale**
 - **Irradiation**
 - CGR de l'**urgence**
 -

AIFM

Quelques chiffres

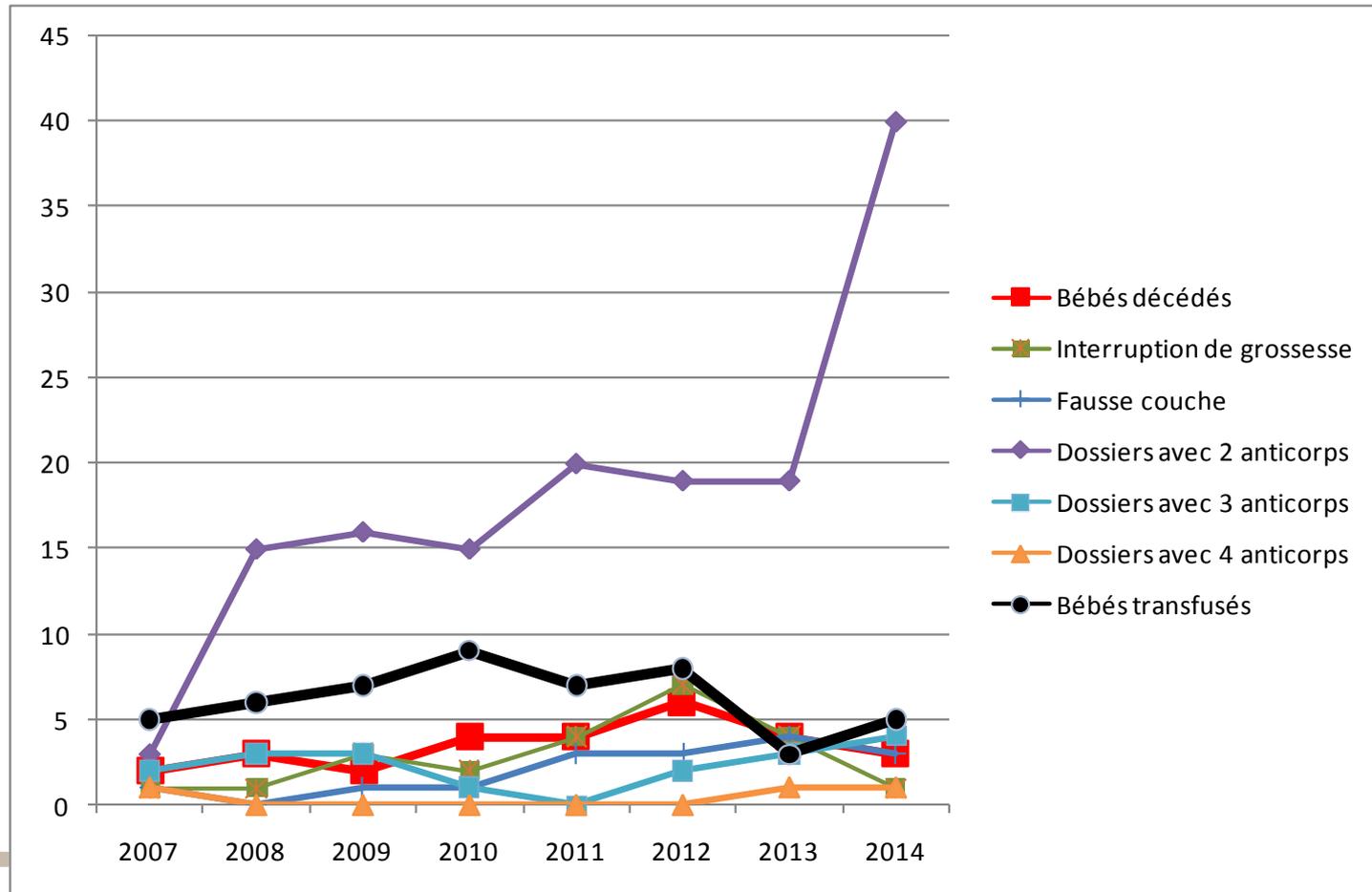
Suivi depuis **2007** des dossiers d'AIFM à l'EFS Lorraine Champagne :



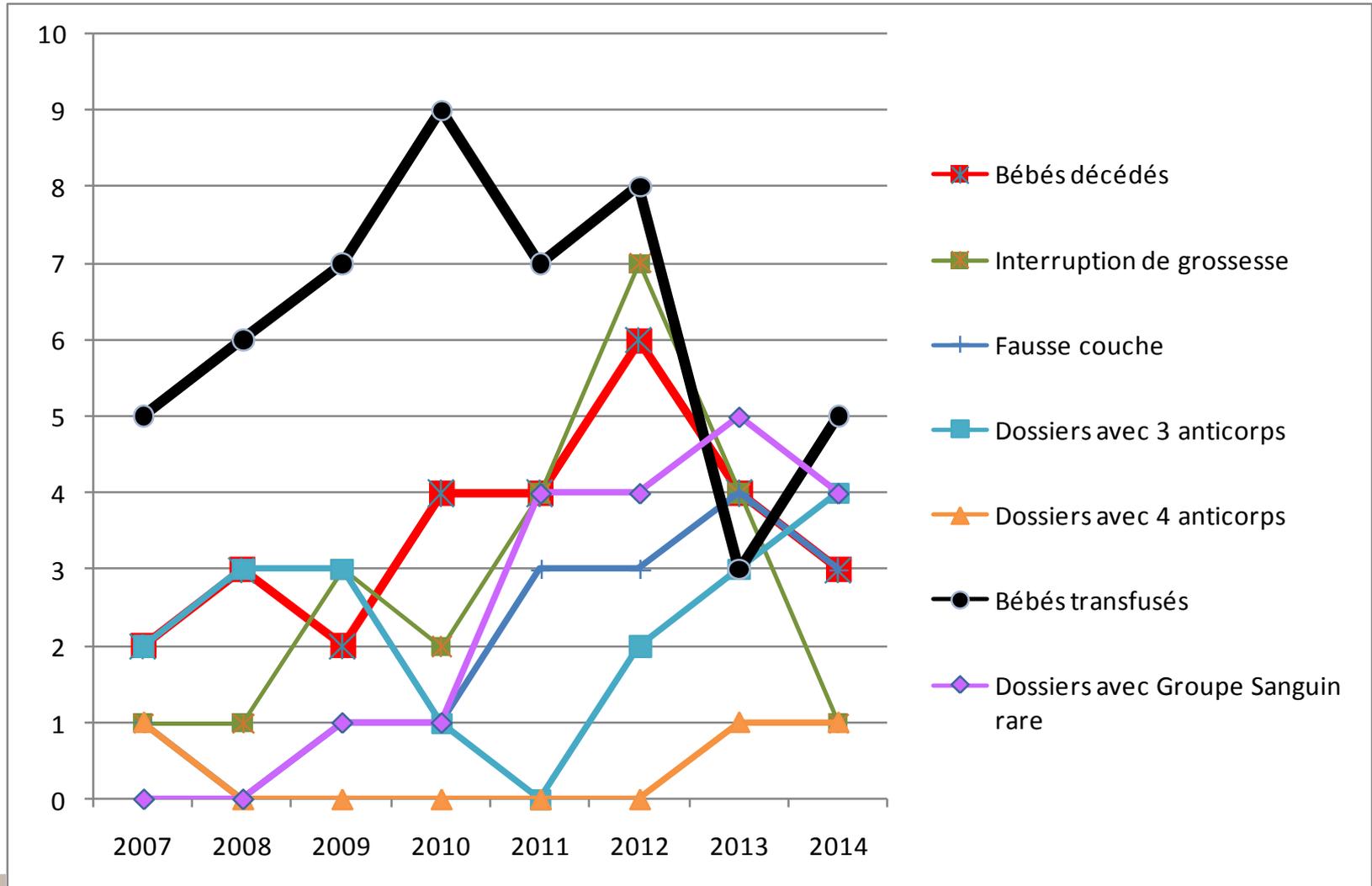
Les objectifs :

- une exhaustivité croissante
- moins de découvertes d'AIFM à l'accouchement
- un peu plus de suivis post partum

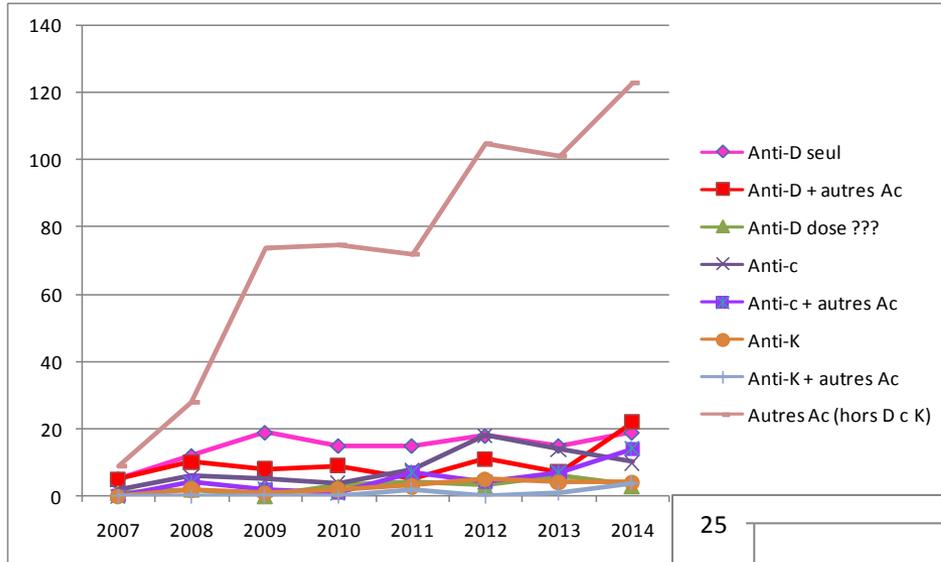
- Le nombre de dossiers de poly-immunisations est croissant
- C'est un facteur de gravité
 - Patiente bonne répondeuse
 - Difficultés de trouver des CGR compatibles



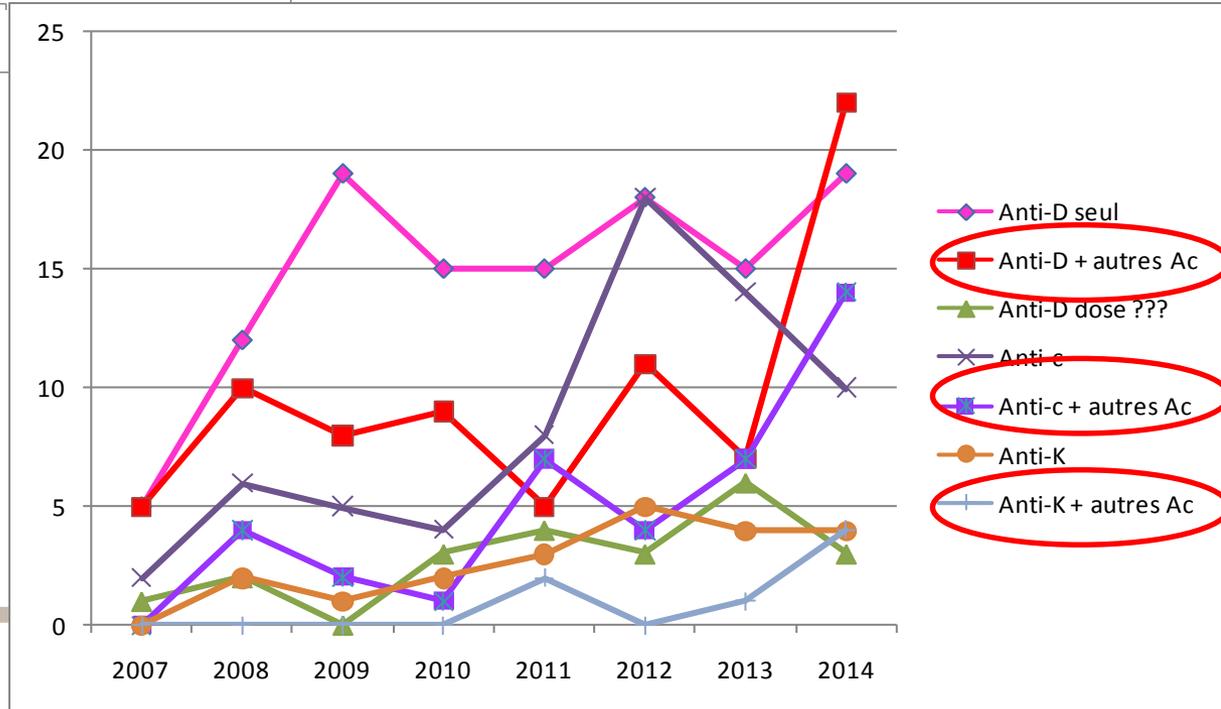
- 2014, **augmentation** des transfusions périnatales et des bébés vivants à la maternité régionale



Spécificités anticorps



Les dangereux



- L'**Allo**immunisation **Foeto****M**aternelle existe et les suivis deviennent homogènes, les anticipations des besoins transfusionnels sont plus sereins
- Les plus graves sont bien identifiées avec leurs conséquences mère/enfant
RH1 KEL1 RH4 (attention à la poche d'urgence ne pas utiliser de Rhésus négatif)
- Les techniques évoluent : microtitrages, dosages pondéraux , géotypages *RHD*.....
- Les autres anticorps sont importants pour la prise en charge transfusionnelle du couple mère/enfant
- Pour l'immunisation des femmes RH1 le risque de **découverte tardive** d'une alloimmunisation (notamment anti-RH4) demeure

Calendrier des RAI pour les femmes enceintes (recommandations HAS 2007):

	RAI d'intérêt foetal			RAI d'intérêt maternel	
	1ere consultation (1 ^{er} trimestre)	6 ^{ème} mois	8 ^{ème} mois	RAI anesthésiste	RAI à l'entrée en salle de travail
Patiente RH:-1	X	X	X	X	X
Patiente RH:1	X			X	X

RAI positive

Identification

**Anti -RH1, Anti-RH4,
Anti-KEL1**

Attention aux associations

Risque d'anémie
fœtale sévère in utéro

- 1-Phénotyper **procréateur**
Selon profil
- 2-**Génotypage** fœtal (RHD KEL...)
- 3-RAI Identification, **titrage et dosage** pondéral tous les mois puis tous les 15 jours discuté après 20SA (intérêt techniques sensibles)
- 4-**Phénotypage étendu** de la mère pour anticiper au mieux une TIU

Anti -FY1, Anti-FY2, Anti-JK1,
Anti-JK2, Anti-MNS3, Anti-MNS4,
Anti-MNS1, Anti-Rhésus autres

Attention aux associations

Risque de maladie
hémolytique post natale

- 1-Phénotyper **procréateur**
Si incompatible : évaluer le risque
- 2-RAI Identification, titrage tous les mois (intérêt techniques sensibles) après 20 SA discuté selon profil
- Bonne répondeuse

Anti -LE1, Anti-LE2, Anti-P1,
Anti-H, Auto-Ac froid,
autoagglutination enzymatique

Attention aux associations

Pas de risque de
maladie hémolytique

- RAI Identification tous les mois puis discuté selon profil (intérêt techniques sensibles)
- Bonne répondeuse

Dans tous les cas l'organisateur de la transfusion doit être **prévenu de façon à anticiper les besoins** (phénotypes et des produits particuliers)
pour des **gestes lourds** (TIU)

Exemple

- Patiente RH1 **suivie** pour une immunisation anti-RH3 et réactivités non spécifiques en technique enzymatique
- Transfert en urgence sur la maternité régionale pour « exsanguino-transfusion »
- Patiente **non connue**
- Discordance entre la biologie (anti-RH3) et la clinique (anémie sévère)
- **Prescription** en urgence CGR et PFC pour EST
- STOP!!!!
- Analyse des résultats : confirmation anti-RH3, panréactivités en technique enzymatique mais suspicion anti-JK2 (pas cause de l'anémie)
- Phénotype érythrocytaire de la patiente A RH1,2,-3,4,5 KEL-1 JK1,-2 FY1,2 MNS3,4
- Discussion avec les cliniciens : pas d'hyperbilirubinémie, pas d'hémolyse, anémie isolée
- Suspicion Hémorragie FoetoMaternelle sévère (confirmation TK > 300/10 000HA soit > 150 ml)
- **Re-Préparation** (retard) CGR RH-3 KEL-1 JK-2 moins de 5 jours compatibilisé réduit de volume et **pas de PFC**

- Intérêt du **suivi** d'AIFM intégrant :
 - Le phénotype des **immunogènes**
 - Une technique **enzymatique** pour identifier précocement une autre spécificité anticorps pour les patiente bonnes répondeuses (RH4 qui peut rapidement devenir « toxique »)
- Le suivi immunohématologie est bien une indication de **sécurité transfusionnelle** du couple mère-enfant
- Attention aux **UVI** pour le choix ORH1 ou O RH-1
Problèmes des anti-RH4
- Intérêt du partage des **informations**
- La RAI **post partum** ??????????
Confirmation de l'anti-JK2??????

Merci de votre attention