



Immuno-hématologie complexe

Conduite transfusionnelle

***Mme A.S. née le 01/01/76, 7^{ème} mois de grossesse
Bilan immuno-hématologique : RAI POSITIVE***

***Sujet déjà connu au CNRGS pour son
phénotype/génotype EXCEPTIONNEL de type FY: -1,-2;
(C) ce (1006) / ce (1006), et pour la présence des
anticorps anti-RH2, anti-RH5 et anti-JK2***

***Un antigène RH1 partiel DIII type 5 a également été
précédemment identifié***

***Phénotype érythrocytaire de type RH:P1,P2,-3,P4,P5,
-31,42***

Grossesse actuelle (7^{ème} mois) : RAI POSITIVE → envoi du prélèvement
au CNRGS

L'étude du sérum (CNRGS) met en évidence un anticorps apparenté à un
anti-RH 34 de titre 16 en TIA en phase solide. Les témoins autologues et
le TDA sont négatifs.

Courrier

Centre National de Référence pour les Groupes Sanguins

Nécessité de sensibiliser le sujet vis – à vis du caractère impératif de l'établissement d'un protocole de congélation de ses unités de CGR à la banque nationale de sang rare

L'informer par écrit que sa sécurité transfusionnelle et éventuellement celle de futurs nouveau-nés ne pourra être assurée en dehors de telles dispositions.

Etude de la fratrie : nécessaire

Banque nationale de sang rare oui mais....

48 heures minimum entre la commande de CGR rares à Paris et l'arrivée des CGR à La Réunion →

**Nécessité d'une banque de sang rare à La Réunion
Congélation /décongélation des CGR rares par l'EFS La Réunion**

Anticiper et maîtriser le risque transfusionnel Mère et nouveau-né

Pour Mme A.S. : 4 dons autologues étaient disponibles dans notre banque de sang rare

En cas d'hémorragie de délivrance : la décongélation des CGR en urgence était nécessaire

- **Décongélation des CGR : techniciens de préparation formés à la décongélation et disponibles / médecin biologiste**

Dans son cas : accouchement sans besoin transfusionnel

Son nouveau-né (RAI positive, TCD positif IgG , élution positive) n'a pas présenté d'anémie néo-natale, pas de besoin transfusionnel à la naissance

Mme R. N., née 01/01/85, grossesse en juillet 2011

patiente connue au CNRGS depuis 2006 :
phénotype érythrocytaire exceptionnel de type RH:-19

CNRGS : inscription de la patiente dans le fichier national des sujets présentant un
phénotype érythrocytaire rare
étude de la fratrie : 1 seul frère, sans particularité
caractère impératif de mise en place d'un protocole de congélation de ses unités de
sang
information écrite indiquant que sa sécurité transfusionnelle et obstétricale ne
pourra être assurée en dehors de telles dispositions.

L'étude des prélèvements sanguins de juillet 2011 met en évidence un anticorps
anti RH-18

Anticorps suivi par titrage et dosage pondéral au CNRGS et CNRHP

Accouchement le 15/11/ 2011 : pas de transfusion nécessaire pour la mère

MAIS

Fœtus : signes de souffrance fœtale le 03/11/2011

Examens biologiques sur sang de cordon : TCD ++++ IgG , élution positive

Une transfusion in utero est prévue

Des CGR congelés de la mère sont disponibles dans notre stock de sang rare
mais ... le CNRGS nous déconseille une transfusion in utero avec du sang
décongelé

En conséquence : une poche de sang est prélevée chez la mère

Le sang maternel est irradié et déplasmatisé (lavage des globules pour éliminer
l'anticorps présent) → transfusion in utero

Deuxième transfusion du nouveau-né :

- nécessaire à la naissance (15/11/2011), sang maternel irradié et déplasmatisé

- Encore 2 transfusions nécessaires ultérieurement le 30/11/2011 et le 21/12/2011 : pour éviter le prélèvement maternel (anémie) et pour éviter aussi la manœuvre de déplasmatisation nécessaire (manœuvre laborieuse) on a identifié dans notre base de données un donneur ayant le même phénotype rare → don de sang de Monsieur .X. et transfusion du nouveau-né : sang irradié compatibilisé

Conclusion :

Situations heureusement rares mais potentiellement dangereuses pour la maman et pour le bébé

ANTICIPER = MAITRISER le risque

Anticiper la prise en charge transfusionnelle de la mère et de l'enfant, en cas de besoin

- coopération cliniciens – biologiste EFS - CNRGS