

• 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

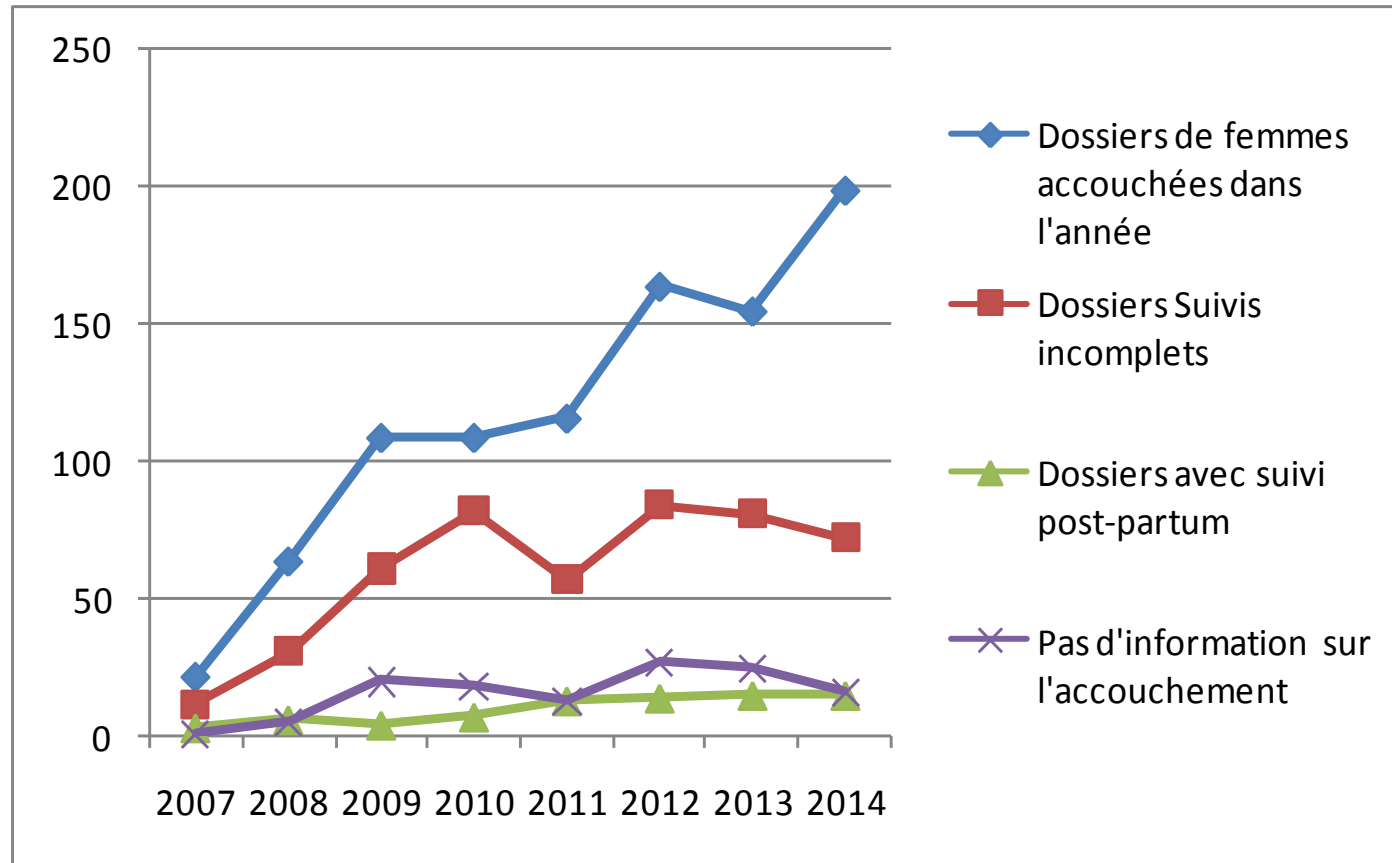
# Quelques constats 2015

- 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 :



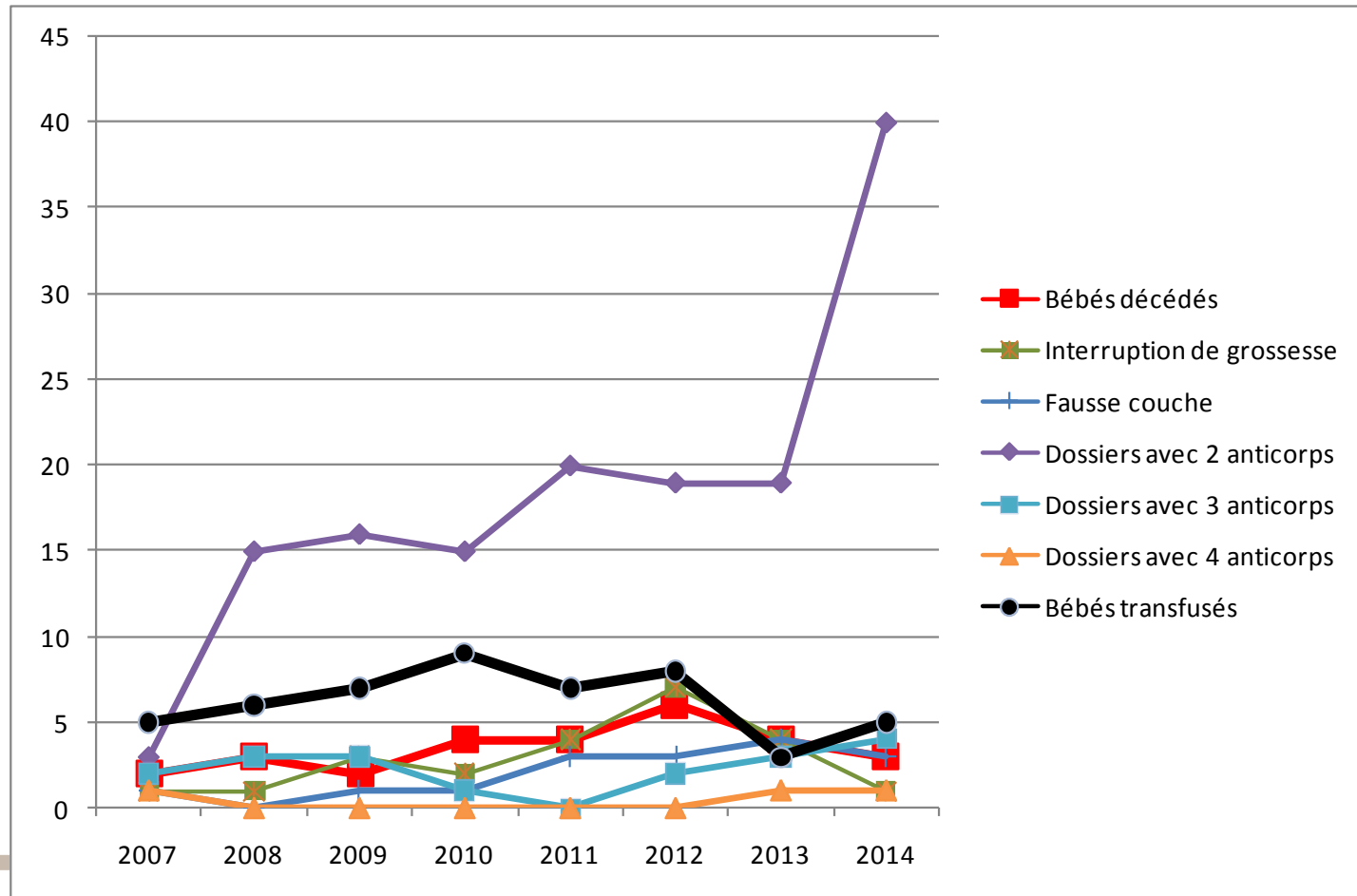
Les objectifs :

-une exhaustivité croissante

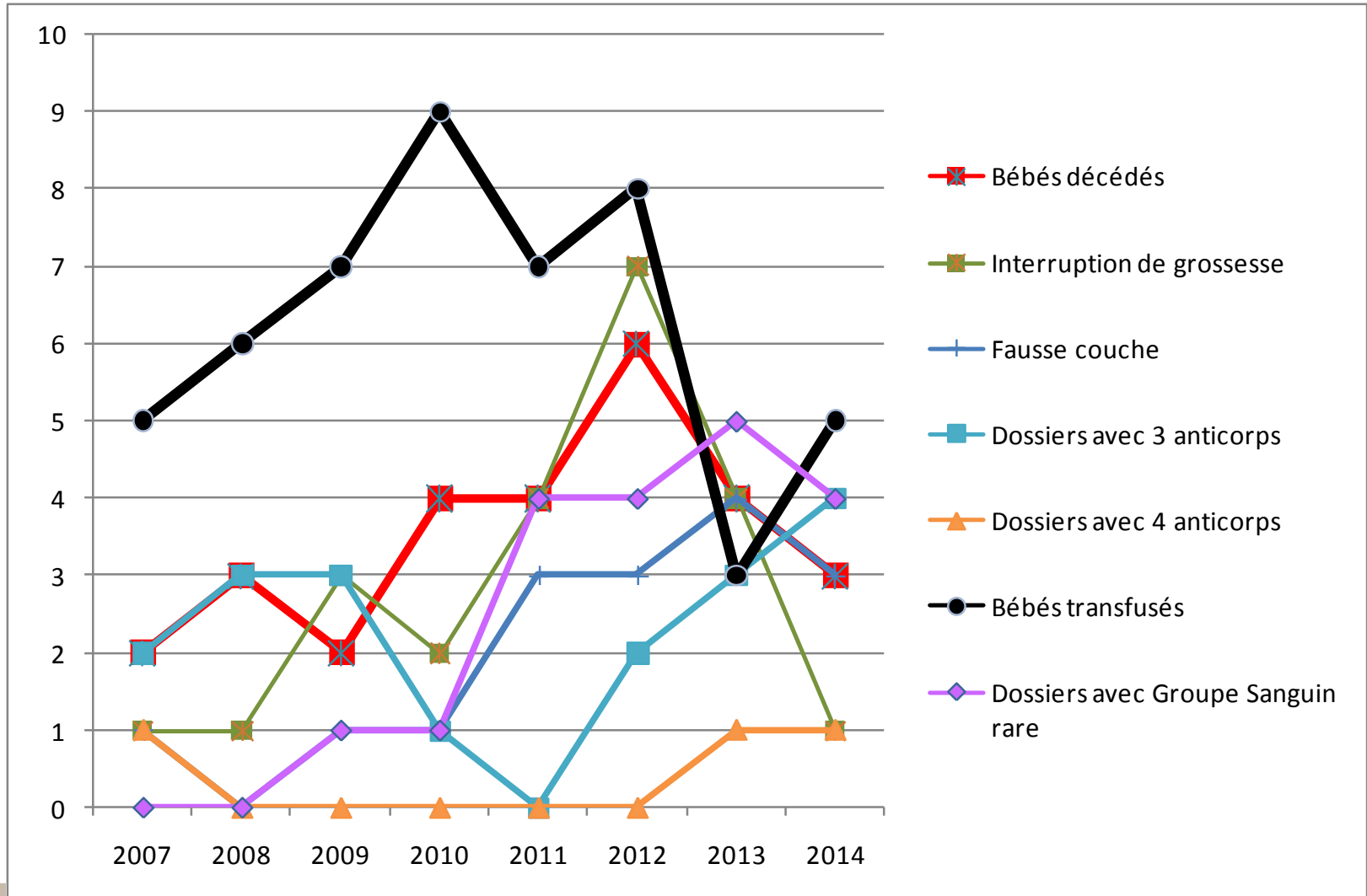
-moins de découvertes d'AIFM à l'accouchement

-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

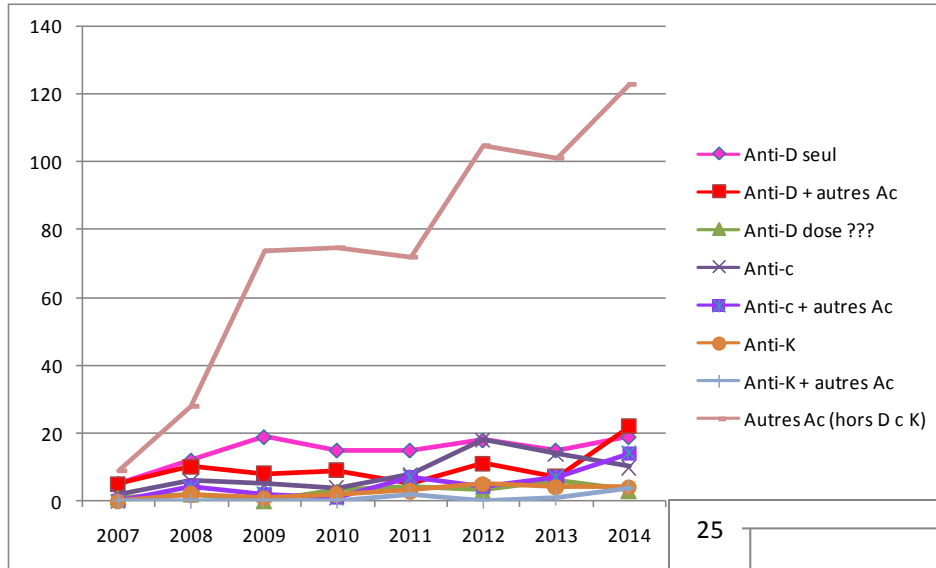


- 2014, **augmentation** des transfusions périnatales et des bébés vivants à la maternité régionale

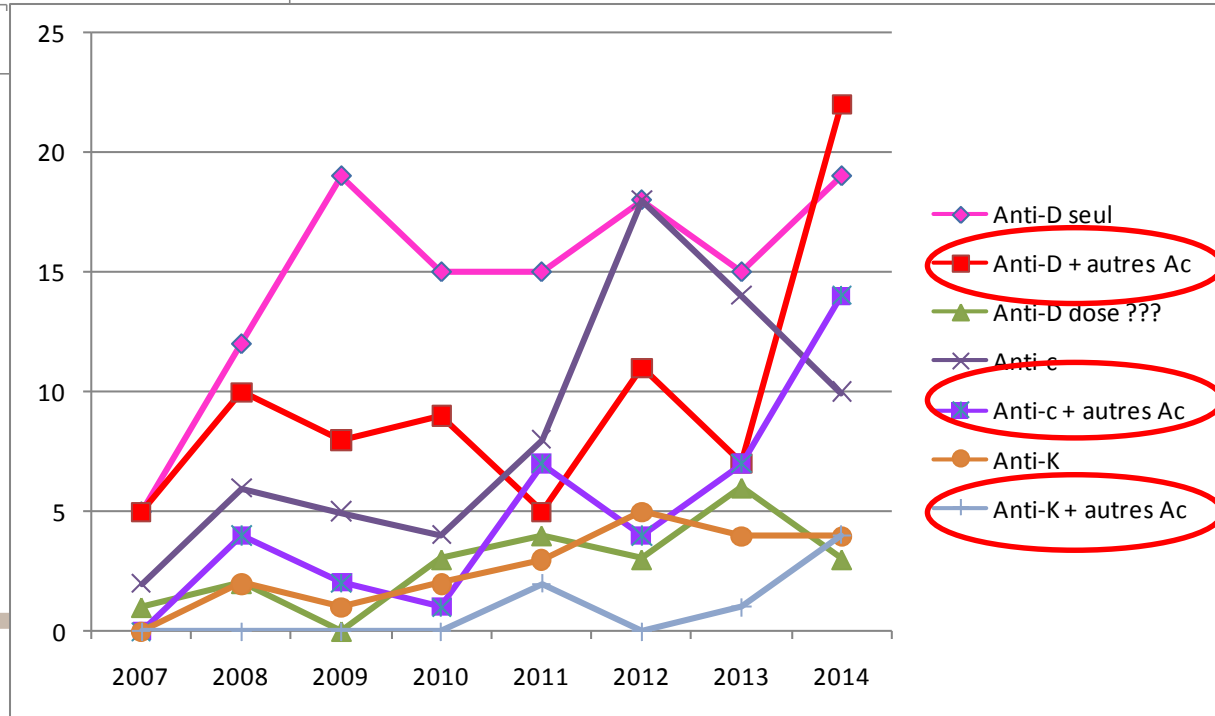




## Spécificités anticorps



## Les dangereux



- L'**A**llo**I**mmunisation **F**oeto**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 <sup>er</sup> trimestre)	6 <sup>ème</sup> mois	8 <sup>ème</sup> 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  
foëtale sévère in utéro

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

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

Attention aux associations

Pas de risque de  
maladie hémolytique

1-Phénotyper **procréateur**  
Selon profil  
2-**Génotypage** foëtal (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

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

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