

- LORRAINE-CHAMPAGNE



# EFS Lorraine Champagne

## Interlocuteur Indispensable Au quotidien et pour les cas particuliers

Dr Christine André-Botté

Dr Dominique Babel

Dr Samir Salib

8 octobre 2013

# Nos missions quotidiennes

- **Conseils H24 7J/7**
  - **Transfusion** : aide au choix, aux modalités transfusionnels, lors d'incidents transfusionnels
  - **Biologie** : bonne compréhension de nos résultats, alerte pour les patients difficilement transfusables
- **Accréditation du laboratoire**
- **Aide aux dépôts, rôle majeur des CSTH**
  - Les échanges sont vraiment et seront de plus en plus bidirectionnels
  - Conseils et échanges lors des visites (EFS est dans son corps de métiers et c'est notre mission d'épauler les dépôts qui ont bien d'autres activités : **90 personnes sur 4 sites dédiés IHC/DD**)
  - Surtout information sur les efforts communs en fonction des stocks EFS
    - Rappel des difficultés avec les plasmas
    - Surtout actualité avec les ressources en CGR O et surtout O RH-1
- **Une équipe dédiée à l'activité délivrance-immunohématologie-appro. en PSL**
  - Nous pouvons être source de conseil car nous sommes en cœur de métier donc pas de jugement, nous sommes en appuis
- **Notre positionnement**
  - Sécurité transfusionnelle des patients (sécurité pénale des acteurs)
  - Nécessité de **communication**

# Les stocks

- Spécificité française : délivrance nominative des PSL par les établissements de transfusion sanguine
- En France :
  - L'EFS délivre en direct 78% de PSL (rapport Hémovigilance 2010)
  - En Lorraine Champagne 76 % des PSL sont délivrés directement aux ES

## Délivrances



# Les PSL dans les dépôts

CGR						
	O RH1	ORH-1	A RH1	A RH-1	B	total
DD	226	102	185	65	7	582
DU et DR	67	57	0	0	0	124
Total	293	159	85	65	7	709

452 CGR O  
soit 64% des stocks des dépôts

PFC					
	AB	A	O	B	total
DD	101	35	26	10	172
DU et DR	54	0	0	0	54
Total	155	35	26	10	226

Plus de 20% du stock de CGR sont dans les dépôts

Près de 25% du stock de CGR O RH1

Près de **45%** du stock de CGR O RH-1

# Nos missions quotidiennes

## Ensemble gérer les stocks de CGR

- partage des difficultés notamment les pénuries de CGR O et surtout O RH-1
- Pouvoir transfuser en isogroupe ABO
- Avoir des **indicateurs** communs :
- transfusion de CGR **O à des receveurs non O** (hors UVI)
- Avoir un indicateur commun de **pérémissions**

# Des cas particuliers – la vraie vie

- Les dossiers dits complexes :

## l'intérêt de la **communication**

- Identifier les dossiers complexes et les gérer
- Interaction de tous  
clinicien  
LABM  
EFS

- La RAI post-transfusionnelle
- Les AIFM      RAI au 8<sup>o</sup> mois
- Exemples récents !!!!!

# Dossiers complexes

- Souvent services d'hématologie **AHAI** / **alloimmunisation** complexes
- Dès **notion de RAI positive faire un point**
- Positionner le traitement transfusionnel parmi les autres (corticoïdes, rituximab...)
- Exemple récent :
  - AHAI (acutisation LLC)
  - Bon dialogue clinicobiologique
  - Prélèvement en quantité suffisante la veille (matin) du jour d'hospitalisation (si transit LABM, prévenir de ne pas toucher et acheminer au plus vite!!!!)
  - Possibilité de transfuser le lendemain (attente feu vert)
  - Si possible prescrire de façon séquentielle dans la journée (1 CGR / 1 CGR)
  - Surveillance recirculation
  - RAI post-transfusionnelle

# Problème des AHAI

Autoanticorps souvent de type anti-public :

- Reconnaît les hématies du patient (finalement recouvertes de fragments d'Ig ou complément)  
souvent l'autoanticorps hémolysera davantage les hématies transfusées car non protégées
- De plus la RAI est souvent délicate car l'autoanticorps peut masquer une alloanticorps dangereux  
Il faudra réaliser des techniques complexes et longues  
Le phénotype étendu du patient est impossible en technique classique (biologie moléculaire : délais)



# RAI post-transfusionnelle

- Surtout pour les sujets déjà **immunisés** et/ou **polytransfusés**
- Exemple d'une patiente drépanocytaire immunisée (anti-Jkb, M, Kn)  
Patiente en crise de falciformation peu accessible au prélèvement  
Immunisée et pas de suivi depuis la dernière transfusion (avril 2013)  
Pas de prélèvement avant le samedi  
**Mise à disposition sur site des CGR phénotypés mais pas de certitude quant au résultat de compatibilisation!!!!**  
Finalement tout OK grâce à la politique de phénotypage EFS  
Consigne prise de faire une **RAI post transfusionnelle** (1 à 3 mois) pour sécuriser au mieux les prochaines délivrances

# RAI et AIFM 2 messages :

RAI du 8<sup>o</sup> mois

RAI non négative suivi mensuel

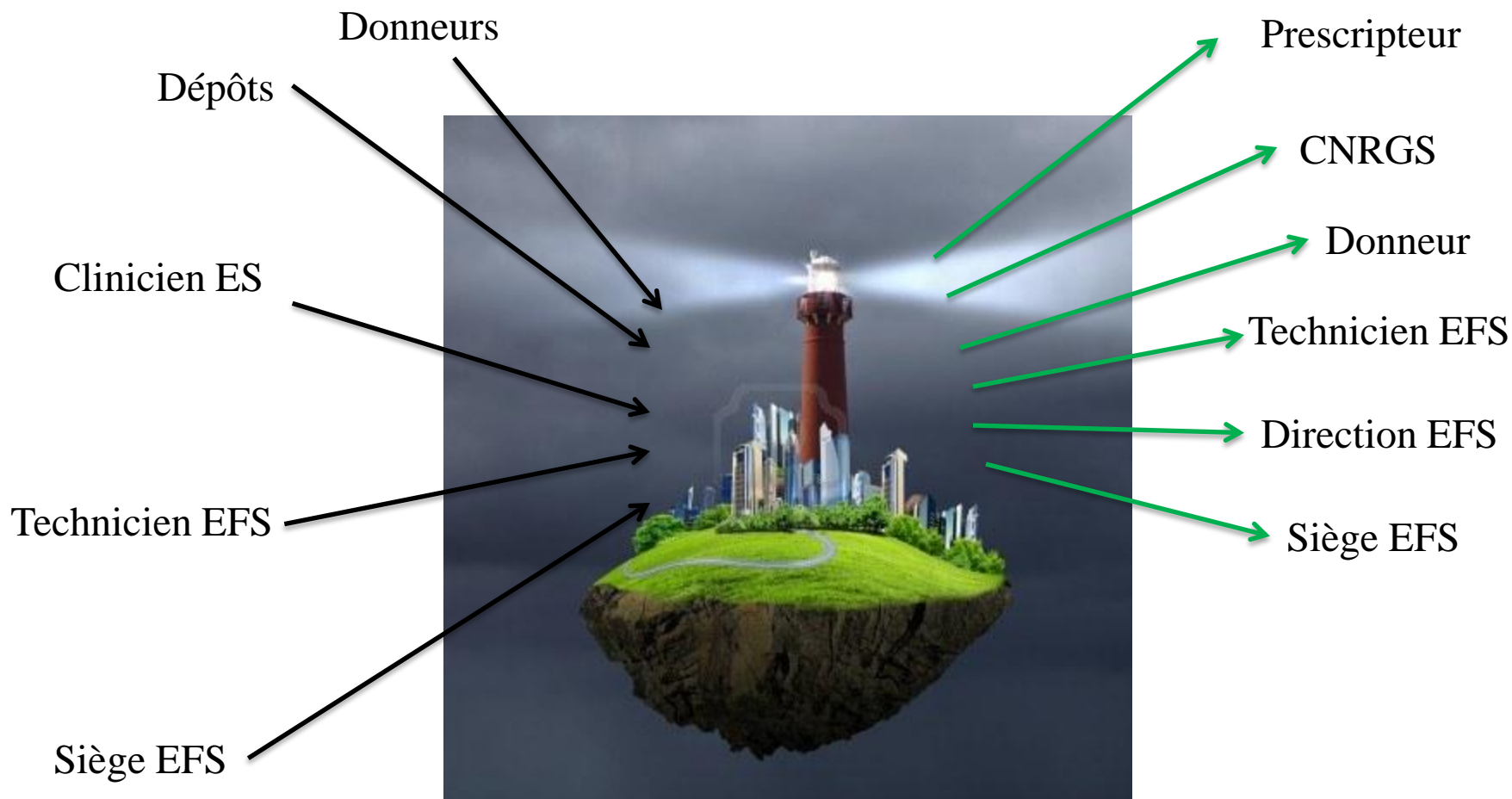
- Ne pas négliger ce contrôle quel que soit le groupe de la patiente
- Récemment :
  - 7<sup>o</sup> pare 6<sup>o</sup> geste consulte pour une première fois .....
  - .....RAI positive .....anti-KEL4 (antipublic rare ++++)
  - 2<sup>o</sup> pare et transfert d'une RAI car notion de suspicion d'anti-MNS1  
quelques cas américains d'AIFM décrits
  - EFS RAI négative mais **respect** de l'information et **bilan**,  
notamment immunogènes MNS:-3,-4 (FY:-1,-2) rarissime .....
  - Le suivi devra être particulièrement serré ... risque d'anti-U

# Rappel des groupes rares

- Tous les biologistes connaissent les phénotypes ABO Rhésus rares
- Mais d'autres raretés existent dans d'autres systèmes
  - Découverte sur des RAI complexes, lors de phénotypages
- CAT
  - Information patient
  - Information praticiens
  - Proposition d'autotransfusion
  - Chirurgie programmée
  - Tester les collatéraux
  - Dons pour la BNSPR
  - Lien CNRGS/BNSPR si besoin de CGR
  - Protocoles en **UVI** uniquement avec l'EFS, les anesthésistes en cas d'impasse majeure

# Des points stratégiques

- **Accréditation des laboratoires**
  - Développement des dialogues
  - Enquêtes de satisfaction
  - Conventions
- **Epargne des PSL**
  - Une priorité depuis la prescription (par type de PSL) jusqu'à la traçabilité (transport, entreposage, ..)
  - Vigilance CGR O
- **Protéger la sécurité transfusionnelle**
  - Identitovigilance
  - Informatisation



# Merci de votre attention