

SFTS

2021

XXX^e CONGRÈS
MARSEILLE

24-26 novembre 2021
PALAIS DU PHARO

2021 © Société Française de Transfusion Sanguine. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE DE MHNN À ANTI-RH46

Christine Kimmel, Biologiste médical IHE DEL EFS CPDL Site Nantes

Wissem Lakhal, Biologiste médical IHE DEL EFS CPDL Site Orléans

Pierre Antoine Deguigne, Biologiste médical Référent sang rare EFS CPDL Site Angers



Je n'ai pas de conflit d'intérêt

CONTEXTE

- Femme de 39 ans vue en consultation la première fois le 20/09/2021
- Origine sénégalaise
- Venant d'arriver en France sans aucun dossier médical
- G5P4 (dernière grossesse 2011)

Echographie

- ✓ absence d'anomalie fœtale
- ✓ stade grossesse confirmé : 35 SA

Bilan biologique

- ✓ Hb 14 g/dL
- ✓ GS : A RH:1,2,-3,-4,5 (sans difficultés sur automate)
- ✓ RAI rajoutée par l'EFS → résultat positif

RAI IDENTIFICATION

- **Pan-agglutination** d'intensité 3+ en TIA et panel traités par enzyme (papaine et trypsine)
- **Témoin autologue négatif**
- EDA négatif
- Phénotype A1
- Après traitement du plasma au DTT : toujours positif; EDC avec CGR A1 positif

➔ **Suspicion d'un anti public**

RAI
identification
au CNRGS

anti-RH46 (512)

anti-JK1 (4)

Autres Ac: anti-RH2+ anti-RH5 (composante anti-RH46); anti-RH4

Phénotype RH:-46 SANG RARE → donneurs testés

Titrage et dosage
pondéral au
CNRHP

Anti RH 46 : titre 128 et concentration élevée (428 U.CHP/ml)

Immunsation sévère avec risque de développement anémie fœtale sévère

CONSEIL CLINICO-BIOLOGIQUE CNRHP

Suivi IHE

RAI et titrage 1/ semaine → le 07/10/21 taux Ac stable (titre 64; 423 UCHP/ml)

Echographique (Hebdomadaire)

- Morphologie
- Pic systolique de vélocité au niveau de l'artère cérébrale moyenne+++
- **→ absence de signes d'anémie fœtale malgré le titre élevé de l'anticorps**

Suivi patiente

- conjointement avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN)

RCP le 15/10/21

Réaliser à la naissance un bilan maladie hémolytique du nouveau-né

- EDA, bilirubine, taux Hb, GS

PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

Recommandations CNRHP clinique

- ❑ Mesure d'épargne transfusionnelle pour la patiente
- ❑ Indication à une naissance anticipée (limiter le risque d'anémie fœtale et sévérité MHNN), **décision collégiale** de décaler le **déclenchement au delà de 37SA** afin de disposer de PSL
- ❑ Conduite à tenir pour le nouveau né

Recommandations CNRGS: conseil transfusionnel

Patiente

- ❑ **Si UVI** avec transfusion massive : culots incompatibles non RH:- 46 avec protocole corticoïdes + IVIg
- ❑ **Hors contexte UVI**, décongélation d'unités RH-46 si pas d'unité en phase liquide disponible sur site

Nouveau né

- ❑ Si prescription ferme : décongélation d'unités RH-46 si pas d'unité en phase liquide disponible sur site



ACTEURS EFS : CONVOCATION DONNEURS SANG RARE

- ❑ Role du **réfèrent sang rare** IH/DEL CPDL : contact des référents sang rare des régions où sont localisés les donneurs potentiels testés par CNRGS
- ❑ Rôle du **service de prélèvement** : Contact des donneurs de sang rare dans les régions concernées (Dans notre cas: Grand Est et HFNO) et prise de RDV selon le calendrier de mise en réserve. Role ++ dans la **communication avec les donneurs** et engagement de ces derniers.
- ❑ Une fois le don réalisé, gestion et « tracking » du prélèvement pour réception sur le site demandeur. Acteur: **QBD, Prepa, Appro, distri → Logistique ++**



Deux CGR RH:-46 en phase liquide disponibles sur le site Orléans
(1 avant la date d'accouchement, 1 à J+1)

ACCOUCHEMENT / SUIVI NOUVEAU-NÉ

Accouchement programmé par voie basse le 21/10/2021 (soit 38 SA +1)

Nouveau né

- ✓ A la naissance : pèse 3Kg ; Hb à 18.1 g/dL; Bilirubine élevée ~300µmol/L
- ✓ Photothérapie continue, Traitement par EPO
- ✓ Groupe AB RH:1,P2,-3,4,5 KEL:-1 JK:1
- ✓ A 12 jours de vie (01/11/21) ↓ Hb à 12 g/dL (seuil fixé par CNRHP pour transfusion)
→ transfusion de 30 ml/kg d'un CGR RH:-46 en phase liquide
- ✓ Hb 17,8 g/dL; bili stable
- ✓ **Sortie de l'enfant le 09/11/2021**

Conseils du CNRHP : contrôle NFS 1/ semaine voire tous les 10 jours

seuil d'indication de transfusion à 8 g/dl avec évaluation clinique.

DISCUSSION

- ❑ Prise en charge réussie de ce cas complexe grâce à **coordination pluridisciplinaire**
- ❑ **Pas de signes d'anémie fœtale malgré une concentration élevée de l'anti-RH46**
(attention si souhait future grossesse : sévérité et existence d'autres IFM!)
- ❑ **Sensibilisation de la mère au don** (phéno très rare RH:-46 et JK:-1)
- ❑ **Question soulevée concernant la division pédiatrique de CGR sang rare**
 - Division pédiatrique de CGR décongelé : non « recommandé » par le CNRGS? Les caractéristiques produit ne le mentionne pas. Quel rationnel?
 - Difficultés sur les codes produits pour diviser un CGR sang rare en situation d'urgence.
 - Possibilité d'anticiper la préparation d'unité CGR pédiatriques sang rare dans ces situations?

➡ Réflexion à mener sur ce sujet



Merci pour votre attention !