

	
Service d'hématologie clinique adulte	
Gérer l'incompatibilité ABO dans la greffe allogénique de CSH	
Codification du document : IT 3.3.2.17	Rédacteur : Dr. C. Dauriac Dr. C. Le Berre
Date d'application : 22/09/2008	Approbateur(s) : Pr. T Lamy de la Chapelle, Responsable du programme JACIE
N° de version du document : 1	Gestionnaire : S. Cordeau
Destinataires du document	: Service d'hématologie adulte Unité d'onco-hématologie pédiatrique Médecins UTC de l'EFS
Modifications depuis la version précédente	: NA

1 - But et objet

Prévenir le risque d'incidents ou d'accidents transfusionnels chez un receveur de cellules souches hématopoïétiques allogéniques en précisant les risques liés à cette incompatibilité prévenue par des mesures spécifiques de traitement du greffon et nécessitant une politique transfusionnelle adaptée. Cette procédure s'applique chez les patients adultes et enfants.

2 - Exigences à appliquer

- Référentiel FACT-JACIE, v. 3 de février 2007
- Recommandations concernant les consignes transfusionnelles post allogreffe de CSH (doc. EFS-2005)

3 - Responsabilités

Les médecins greffeurs sont responsables de la prise en charge du receveur de cellules souches allogéniques.

4 - Définitions

CSH : cellules souches hématopoïétiques
RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières
EFS : Etablissement Français du Sang

5 – Actions et Méthodes

5.1 – Prévention

L'incompatibilité ABO, source d'accidents et d'incidents transfusionnels chez le receveur tant en moelle qu'en CSP est due à un conflit immunologique entre un antigène X et un anticorps anti X présent chez le donneur et/ou chez le receveur.

Selon le type d'incompatibilité (majeure, mineure ou mixte) les conséquences cliniques seront différentes, nécessitant des mesures préventives et thérapeutiques adaptées à chaque type d'incompatibilité.

- En cas d'incompatibilité majeure (présence chez le donneur d'antigène érythrocytaire du système ABO reconnue par des anticorps naturels systématiquement présents chez le receveur) ou en cas d'incompatibilité mixte, incompatibilité majeure + mineure) : nécessité d'une désérythrocytation du greffon médullaire, les greffons en CSP n'ayant pas besoin d'être désérythrocytés en raison de leur pauvreté en globules rouges.

- En cas d'incompatibilité mineure (présence chez le donneur d'anticorps ABO plasmatique immuns dirigés contre les antigènes ABO érythrocytaires du receveur) : nécessité d'une déplasmatisation du greffon quelque soit l'origine médullaire ou périphérique.

Afin d'évaluer les risques d'une éventuelle incompatibilité ABO, sont pratiqués au cours des bilans pré-greffe réalisés 4 semaines avant l'allogreffe, tant chez le donneur que chez le receveur une étude du groupe ABO et une étude des RAI et chez le donneur, un titrage des anticorps immuns ABO si besoin. Nécessité d'un contrôle RAI et titrage des anticorps ABO réalisés à J.0

Une information claire de la situation transfusionnelle est donné par l'Etablissement Français du Sang en charge de la politique transfusionnelle aux cliniciens en charge de la greffe sous forme d'une carte de consignes transfusionnelles post-allogreffe élaborée à l'EFS en deux exemplaires : l'un donné avec le greffon, l'autre conservé dans le dossier à l'EFS.

5.2 – Suivi

Par ailleurs, dès J.0, la surveillance du receveur comprendra RAI et test de Coombs direct érythrocytaire, puis à partir de J8 et toutes les semaines à la sortie d'aplasie, seront vérifiés le taux de réticulocytes, l'émergence de globules rouges du groupe ABO du donneur et si toujours une hémolyse est suspectée, on effectuera un titrage des anticorps immuns ABO, un test de Coombs direct + ou – élution.

5.3 – Risques

Même si des crises d'hémolyse intra-vasculaires parfois retardées en cas de greffe à conditionnement atténué et en cas d'incompatibilité mineure sont parfois observés, les complications dans l'incompatibilité ABO en allogreffe de CSH sont essentiellement en 2 ordres :

- des crises hémolytiques aiguës
- des erythroblastopénies

5.4 – Traitements

Le traitement des épisodes hémolytiques aigus nécessite hyper hydratation, parfois hémodialyse et transfusion de globules rouges compatibles avec le groupe du donneur et le groupe du receveur.

Les érythroblastopénies, beaucoup plus fréquentes, se résolvent, entraînant la persistance de besoins transfusionnels érythrocytaires et donc un risque d'hémocromatose post-transfusionnelle, il est parfois nécessaire d'obtenir une modulation des réactions allogéniques du greffon ... contre l'autre ..., soit par sevrage en immunodépresseurs soit par injection de lymphocytes du donneur ou par l'utilisation de RITUXIMAB.

A distance de la greffe, les hémocromatoses post-transfusionnelles sont prises en charge. Leur dépistage nécessite des surveillances biologiques régulières avec un dosage de fer sérique, de coefficient de saturation de la sidérophylle, de la ferritinémie et sur un plan radiologique, la réalisation d'IRM hépatique appréciant au mieux la surcharge en fer. Leur traitement repose sur un programme de saignées associés ou non à l'utilisation de chélateur du fer.

6 - Documentations et renvois

PO 3.3.2 Prendre en charge les complications et le transfert en réanimation médicale d'un patient greffé.

7 - Enregistrements