

# LA TRANSFUSION, UN CHEVAL DE TROIE?

## A PROPOS D'UNE RÉACTION ALLERGIQUE POST TRANSFUSIONNELLE

E. De meyer<sup>1</sup>, A. Beyloune<sup>2</sup>, F. Begga<sup>2</sup>, C. Dudreuilh<sup>1</sup>, JL. Beaumont<sup>2</sup>, P. Grimbert<sup>1</sup>, L. Hauser<sup>2</sup>, F. Pirenne<sup>2</sup>, C. Rieux<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Henri Mondor, Créteil, France

<sup>2</sup> EFS-Ile de France, site de Créteil, France

# Déclaration de conflit d'intérêt:

Aucun

# Cas clinique (1)

- Homme de 37 ans,
- De groupe O, sans ATCD transfusionnel
- Néphropathie d'origine indéterminée découverte à un stade très avancée en février 2014
- Hémodialyse (3/semaine)

## **Antécédents**

- HTA
- Notion d'atrophie rénale dans l'enfance
- Asthme dans l'enfance, sans traitement de fond
- Allergie aux pollens, acariens, un œdème laryngé sous ramipril

## Cas clinique (2)

8/8, Transplantation rénale avec donneur non apparenté

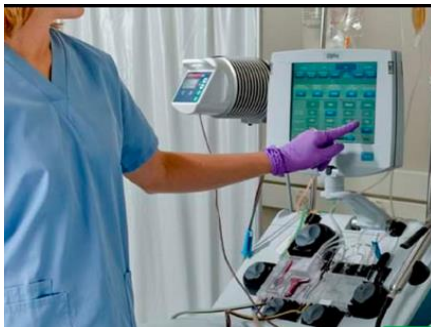
Procédure sans incident

- Bon état général
  - Bonne vascularisation
  - Reprise immédiate de la diurèse
- 
- 11/8, Ac anti HLA-B44 (MFI:5654) dirigé contre le donneur
    - Rituximab (Mabthera®) 1g
    - Echange plasmatique le 13/8

# Cas clinique (3)

## Le 13/8, 1<sup>er</sup> échange plasmatique

- Prescription : 3150 ml (15 poches) de PFC –IA
  - Abord veineux: FAV radiale gauche
  - Séparateur: Optia
  - Débit de prélèvement: 50ml/min
  - Gluconate de Ca 10%: 8ml/h
- 
- 9h59, début de la procédure



T°: 36,9°C

TA: 144/69mmHg

FC: 82 batt/min

GB:5,2 G/L

Hb: 8,5 g/dL

Plaq: 166 G/L

Fibrinogène: 4,1 g/L

TP: 100%

- 10h01, pose du PFC-IA n°1
- 10h06, pose du PFC-IA n°2
- 10h12, pose du PFC-IA n°3
- 10h15, **sensation de fourmillements autour de la bouche**
  - 12ml/h de Gluconate de calcium
- 10h19, pose du PFC-IA n°4
  - Sensation de malaise, vertiges, bouffées de chaleur**
    - 15ml/h de Gluconate de calcium
- 10h26, **bronchospasme, saturation O2 à 82%**, hémodynamique conservée
  - Bronchodilatateurs en aérosol: Salbutamol, Terbutaline, Ipratropium
  - Oxygénothérapie: 6l au masque
  - Solumédrol IV 60mg
- 10h 40, **éruption cutanée** (front) sans prurit

# Cas clinique (5)

## Evolution


- Favorable en 2h
- Par la suite, transfusion de 2 CGR déplasmatisés avec bonne tolérance
- Echanges plasmatiques suivants réalisés avec Albumine seule

## Investigations immédiates:

- Radio thorax: normale
- **Tryptase** au moment de l'EIR à **25,4 µg/L** ( N< 11,4)
- **Tryptase de base** à distance de l'EIR: **5,3 µg/L**
- Histamine non prélevée
- Dosage Ig A normal

# Investigations coté Receveur



- Médicament? 
  - Aucun nouveau médicament introduit
  - Tous poursuivis sans incident
- Recherche des ATCD d'allergie?
  - **œdème laryngé** sous Ramipril (IEC)
  - **Pollens, acariens**
- Amotosalen?
- Consultation d'allergie programmée



Advagraf®  
Tacrolimus

Alpress®  
Prazosine

Amlor®  
Amlodipine

Bisoce®  
Bisoprolol

Bactrim®  
Sulfamethoxazole

Cortancyl®  
Prednisone

Phosphoneuros®Ac.  
Phosphorique

Ceris®  
Chl. de tropium

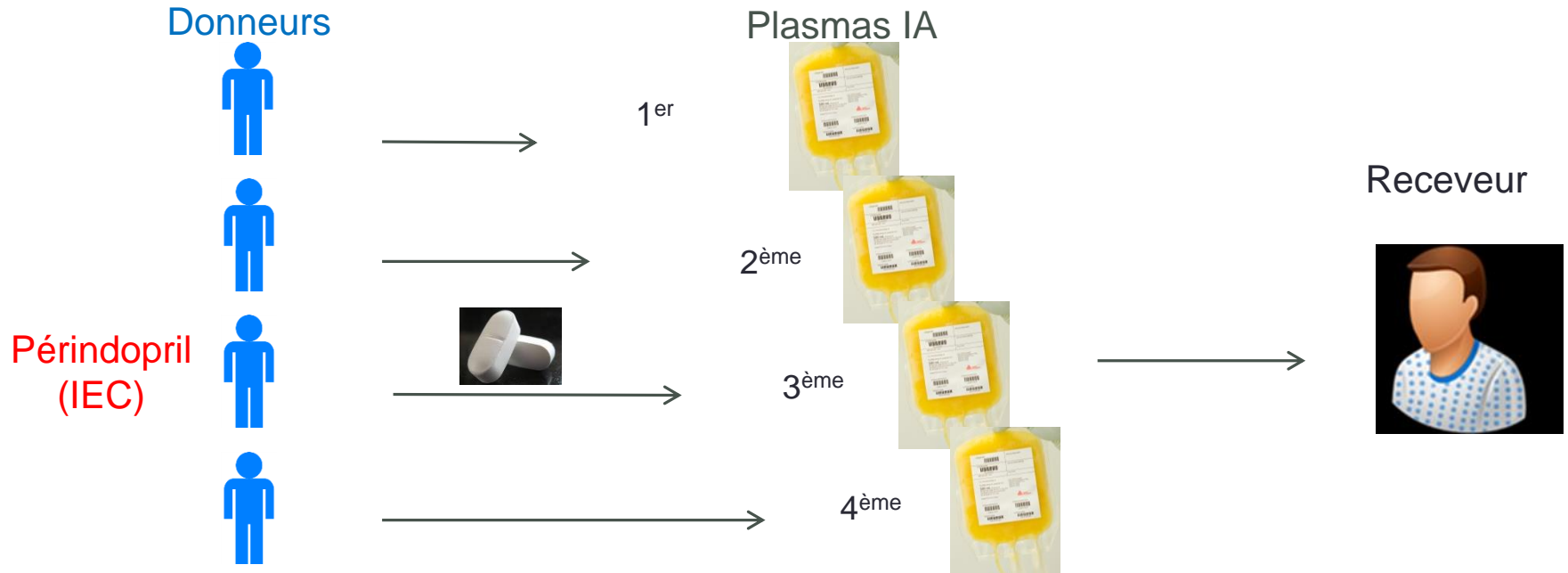
Rivotril®  
Clonazepam

Orbenine®  
Cloxacilline



# Investigations coté Donneurs

- Allergie?
- Traitements en cours?



VIDAL 2016  
Médicaments  
RCP du 18/08/2016

RAMIPRIL ALMUS 10 mg, comprimé sécable

**DC** CONTRE-INDICATIONS [\(début page\)](#)

- Hypersensibilité à la substance active, à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1, ou à tout autre IEC (inhibiteur de l'enzyme de conversion) ;
- Antécédents d'angioedème (héréditaire, idiopathique ou du fait d'un antécédent d'angioedème avec les IEC ou les ARA-2) ;
- Traitements extracorporels impliquant une mise en contact du sang avec des surfaces chargées négativement (voir rubrique Interactions) ;
- Sténose artérielle rénale bilatérale significative, ou sténose artérielle rénale sur rein fonctionnellement unique ;
- 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres de la grossesse (voir rubriques Mises en garde et précautions d'emploi et Fertilité/grossesse/allaitement) ;

# Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)

**Indications:** HTA, Maladie coronaire, Insuffisance cardiaque

1 des 5 classes médicamenteuses données en 1<sup>ère</sup> intention pour l'HTA

Prévalence de l'HTA en France: 12 M entre 34-74 ans

82% traitées

29% sous IEC

61% sous bi-thérapie *(données 2006, HAS « évaluation des médicaments anti hypertenseurs et place dans la stratégie thérapeutique »)*

## Incidence du risque allergique du perindopril:

Prurit, rash } 1/10 à 1/100

Bronchospasme  
Urticaire  
Angio-œdème  
(face, larynx, glotte, langue) } 1/100 à 1/1000

## **Hypothèse :**

Un transfert passif d'un IEC lors de la transfusion chez un patient sensibilisé aux IEC?

## **Prévention vis-à-vis de la récurrence:**

Protocole transfusionnel:

- Déplasmatisé pour les CGR et les CP
- **QUID des plasmas?**  
PFC free vis-à-vis des IEC?

# Don de sang et médicaments

- *Arrêté du 5 avril 2016 fixant les critères de sélection des donneurs de sang*
- *Référentiel pour la sélection des donneurs-EFS*

## Médicaments ajournant le don:

- Médicaments tératogènes : (durée CI: 5 fois  $\frac{1}{2}$  vie)
- Inhibiteurs des fonctions plaquettaires : AINS (1j), aspirine (5j),
- ATB pour prévenir le risque de transmission infectieux : 1 semaine après fin du TTT et 15j après fin des symptômes.
- Transmission d'une substance à risque d'anaphylaxie : recherche d'un traitement par désensibilisation (3j)

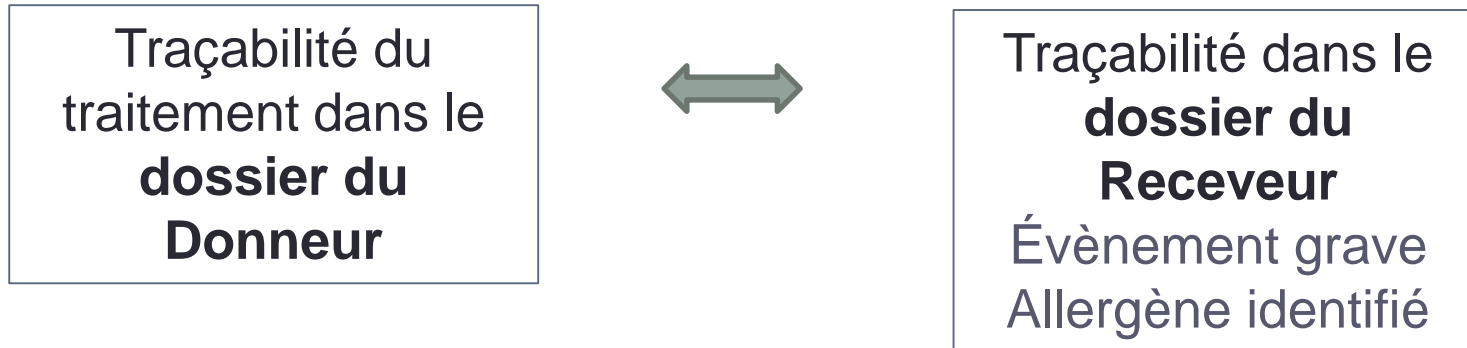
## **En dehors de ces médicaments ajournant le don:**

- **Possibilité de noter l'information en «commentaire» sur InLog.**
- **Non obligatoire**

MÉDICAMENT dénomination commune internationale	DURÉE D'AJOURNEMENT
Misoprostol	1 jour
Thalidomide	3 jours
Valproate de sodium/valpromide	7 jours
Raloxifène	7 jours
Finastéride	7 jours
Alitrétinoïne	1 mois
Isotrétinoïne	1 mois
Dutastéride	6 mois
Etrétinate	2 ans
Détrétinate ou acitrétine	2 ans
Vismodegib ou sonidegib	2 ans
Topiramate	7 jours
Danazol	1 jour
Carbimazole	7 jours
Méthotrexate	7 jours
Sels de lithium	7 jours

ANNEXE VII (Arêté du 5 avril 2016)  
 Dispositions relatives aux médicaments  
 dont l'utilisation chez un candidat au don  
 de sang entraine l'ajournement

# Pourrait-on être plus proactif?



- **Investiguer plus facilement les EIR allergiques?**
- **Ne pas attendre la survenue d'un EIR pour poser des mesures préventives pour ces patients:**
  - PSL free vis à vis de l'allergène?
  - Quel plasma?

Pour conclure

Merci pour votre attention

