

Transfusion Camp 2023-2024,

Jour 2 (24 novembre 2023)

Atelier 2B : Transfusion et anémie falciforme (Dr Jacob Pendergrast & Dre Lianne Rotin)

Cas 1

Une femme de 30 ans atteinte d'anémie falciforme HbS β^0 thal se présente à l'urgence avec des douleurs aiguës et soudaines au bas du dos et au niveau des tibias, ce qui correspond à ses crises de douleur vasoocclusives habituelles. Ses soins sont assurés par l'hôpital universitaire où vous travaillez ainsi que dans un centre hospitalier régional près de chez elle. À l'examen, elle est éveillée et alerte, tous les signes vitaux sont à l'intérieur des valeurs normales, à l'exception de la tachycardie sinusale. L'examen physique révèle une pâleur conjonctivale, un ictère sclérotique et de l'hippocratisme digital. Elle est d'abord traitée par hydratation par voie intraveineuse (IV), oxygène d'appoint et des doses fréquentes de sulfate de morphine. Cependant, après huit heures, les symptômes de douleur ne s'améliorent pas. Ses analyses de laboratoire actuelles révèlent une hémoglobine (Hb) de 63 g/L, un décompte leucocytaire (GB – globules blancs) de $8,1 \times 10^9/L$ et un décompte plaquettaire de $225 \times 10^9/L$. Son taux de réticulocytes est élevé à $200 \times 10^9/L$.

1. Parmi les informations suivantes, laquelle serait la plus utile pour sa prise en charge initiale?
 - a. IRM de la colonne lombaire
 - b. Historique transfusionnel provenant d'autres hôpitaux où elle a été traitée.
 - c. Présence d'anticorps anti-Parvovirus B19
 - d. Transfuser 1 culot globulaire

2. Compte tenu de l'état actuel de la patiente, quel devrait être le but de la thérapie transfusionnelle :
 - a. Diminuer le taux HbS < 30 %
 - b. Maintenir l'Hb > 50 g/L
 - c. Augmenter l'Hb aux environs de 100 g/L
 - d. Transfuser dans le but de normaliser les paramètres physiologiques comme les lactates, troponines et créatinine.

3. Pour les patients atteints d'anémie falciforme, il est très important de choisir des produits sanguins :
 - a. Le plus frais possible
 - b. Appariés pour les phénotypes RhCE et K
 - c. Négatifs au test Sickledex[®] (test de solubilité pour le dépistage de l'HbS)
 - d. Lavés



Cas 2

Une fillette de 14 mois atteinte d'une anémie falciforme HbSS, mais autrement en bonne santé est amenée à l'urgence par sa mère après qu'elle ait constaté que l'enfant était de plus en plus irritable, avec pâleur, ictère et pouls difficilement perceptible. L'examen confirme que le bébé est pâle et ictérique, avec une masse palpable sensible au niveau de l'ombilic. La fréquence cardiaque est de 170 bpm et la tension artérielle est de 70/40 mmHg. Le bébé est afébrile avec saturation en O₂ de 100 % à l'air ambiant. Le bilan de laboratoire révèle une Hb de 52 g/L, un décompte leucocytaire (globules blancs) de $3,4 \times 10^9/L$, un décompte plaquettaire de $100 \times 10^9/L$ et des temps de coagulation normaux. Cependant, les analyses biochimiques sanguines révèlent une augmentation récente de la créatinine à 130 $\mu\text{mol/L}$. Vous diagnostiquez une crise de séquestration splénique chez cette patiente.

4. Comment allez-vous traiter cette patiente?
 - a. Hydratation IV avec solutions isotoniques et utiliser des vasopresseurs
 - b. Transfusion d'échange pour cibler une HbS <30%
 - c. Transfusion simple de globules rouges (3-5 mL/kg)
 - d. Splénectomie urgente

5. Quelle réaction transfusionnelle est la plus probable pour cette patiente?
 - a. Réaction transfusionnelle hémolytique retardée
 - b. Hyperkaliémie
 - c. Hyperviscosité
 - d. Oedème aigu pulmonaire post-transfusionnel (*transfusion associated circulatory overload – TACO*).



Cas 3

Un homme de 17 ans atteint d'une anémie falciforme HbSC se rétablit à l'hôpital après avoir subi une arthroplastie totale de la hanche droite en raison d'une nécrose avasculaire. Le deuxième jour postopératoire, il commence à ressentir des douleurs thoraciques, de la fièvre et de la dyspnée. L'examen physique révèle une détresse respiratoire modérée, mais qu'il est alerte et orienté. Les signes vitaux sont les suivants : fréquence cardiaque 80 bpm, TA 110/70, fréquence respiratoire 24/min, T° 38,2 °C et SpO₂ de 95 % sur 2L d'O₂ par canules nasales. Il présente une légère pâleur conjonctivale et un ictère scléral. Il y a des crépitants bilatéraux à l'inspiration. La pression veineuse jugulaire est à 2 cm au-dessus de l'angle sternal et il n'y a pas d'œdème périphérique. Les analyses de laboratoire révèlent une Hb de 80 g/L (100 g/L avant l'intervention chirurgicale), un décompte leucocytaire de $16 \times 10^9/L$ (6 en pré-op) et un décompte plaquettaire de $400 \times 10^9/L$ (250 en pré-op), avec des temps de coagulation et une biochimie sérique normaux. De plus, les taux du facteur peptide B-natriurétique (BNP), troponine et lactates sériques sont tous dans les limites normales.

6. Laquelle des trouvailles suivantes de la radiographie pulmonaire suggère que le patient souffre d'un syndrome thoracique aigu?
 - a. Diminution des volumes pulmonaires
 - b. Élargissement/dilatation des artères pulmonaires
 - c. Œdème interstitiel
 - d. Consolidation lobaire

7. Quel type de soutien transfusionnel devriez-vous fournir à ce patient?
 - a. Aucun
 - b. Transfusion d'échange de globules rouges
 - c. Phlébotomie thérapeutique
 - d. Transfusion simple de globules rouges (*top up transfusion*)

8. Laquelle des interventions suivantes aurait pu prévenir cette complication?
 - a. Hydratation agressive à 1,5x les besoins d'entretien pendant les 48 premières heures postopératoires
 - b. Anticoagulation thérapeutique dès que l'hémostase chirurgicale était atteinte
 - c. Hydroxyurée
 - d. Transfusion d'échange préopératoire



Cas 4

Une femme de 28 ans atteinte d'une anémie falciforme HbS β^+ thal est admise à l'hôpital avec un kyste ovarien hémorragique et une Hgb de 60 g/L (95 g/L valeur de base). Elle est transfusée avec 2 culots globulaires et subit une ovariectomie non compliquée. Une semaine après son congé de l'hôpital, elle se présente avec une crise de douleur vasoocclusive. Son taux initial d'Hgb est de 78 g/L, mais au cours des 48 heures suivantes, il baisse à 59 g/L. Les leucocytes et les plaquettes sont stable à $12 \times 10^9/L$ et $180 \times 10^9/L$. Elle est hémodynamiquement stable. L'imagerie abdominale confirme l'absence de saignement ou d'hépatosplénomégalie, cependant ses LDH augmentent à $850 \mu/L$, avec une bilirubine indirecte de $50 \mu mol/L$. Le nombre de réticulocytes diminue d'une valeur de base de $400 \times 10^9/L$ à $100 \times 10^9/L$. Elle reçoit un culot globulaire. La banque de sang vous avise que l'échantillon pré-transfusionnel révèle un anticorps anti-E qui n'était pas détectable, il y a une semaine, sur son premier échantillon. Le test direct à l'antiglobuline est négatif. Le lendemain matin après sa transfusion, son taux d'Hb est de 50 g/L. On lui transfuse un autre culot et le lendemain matin, son niveau d'Hb a encore baissé et est à 42 g/L. La patiente demeure hémodynamiquement stable, mais se plaint d'une fatigue progressive.

9. Quelle est l'explication la plus probable de l'absence de réponse à la transfusion?
 - a. Hémolyse auto-immune
 - b. Hyperhémolyse
 - c. Saignements intra-abdominaux
 - d. Les unités sont sérologiquement incompatibles (c.-à-d. : réaction transfusionnelle hémolytique retardée)

10. Quel est le meilleur traitement initial (traitement de première ligne) pour votre patiente?
 - a. Eculizumab et rituximab
 - b. Fer intraveineux
 - c. IgIV et stéroïdes
 - d. Transfusion additionnelle pour augmenter l'Hb > 80 g/L, suivie immédiatement d'une transfusion d'échange

Cas 5

Une femme de 31 ans atteinte d'une anémie falciforme HbSS est admise au triage obstétrical en raison d'un épisode de douleur généralisée. Elle prenait de l'hydroxyurée qui permettait un excellent contrôle de la maladie avant sa grossesse, mais ce traitement a été suspendu en raison du potentiel tératogène de l'hydroxyurée. Son taux d'Hb à son arrivée est de 65 g/L (valeur de base : 80-90 g/L avant la grossesse). Elle est à 17 semaines d'âge gestationnel et il s'agit de son troisième épisode de douleur aiguë pendant cette grossesse.

11. Lequel des énoncés suivants est vrai en ce qui concerne la médecine transfusionnelle obstétricale chez les patientes atteintes d'anémie falciforme?
- Des transfusions intra-utérines peuvent être nécessaires pour réduire le risque de crises vaso-occlusives chez le fœtus.
 - Les femmes enceintes atteintes d'anémie falciforme devraient être transfusées sur une base régulière afin de maintenir leur taux d'HbS < 30 % afin d'optimiser le développement fœtal.
 - Des transfusions régulières pendant la grossesse peuvent diminuer les épisodes de douleur chez la mère.
 - Les complications de l'anémie falciforme ont tendance à être moins fréquentes durant la grossesse en raison de l'augmentation du % HbF qui se produit chez la femme enceinte.

LES DOCUMENTS DISTRIBUÉS DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION AU TRANSFUSION CAMP SONT DÉVELOPPÉS UNIQUEMENT POUR UNE UTILISATION EN CONTEXTE ÉDUCATIF. AUCUN DOCUMENT PRODUIT PAR LE TRANSFUSION CAMP NE DOIT ÊTRE UTILISÉ ET/OU DISTRIBUÉ POUR UTILISATION AUTRE QUE DURANT LE TRANSFUSION CAMP SANS LE CONSENTEMENT DES ORGANISATEURS. CES DOCUMENTS NE PEUVENT EN AUCUN CAS ÊTRE UTILISÉS EN SUBSTITUTION À UN AVIS MÉDICAL SPÉCIALISÉ POUR UN CAS CLINIQUE RÉEL. POUR TOUT COMMENTAIRE OU RÉTROACTION AU SUJET DU TRANSFUSION CAMP, L'ADRESSE COURRIEL SUIVANTE PEUT ÊTRE UTILISÉE : TRANSFUSIONCAMP@BLOOD.CA