

Vejledning

Patienter med kronisk transfusionsbehov

Patienter kan udvikle kronisk transfusionsbehov som følge af fx. thalassaemi, seglcelleanæmi, andre hæmolytiske tilstande og/eller på grund af varigt nedsat erythropoiese. Nogle af disse patienter må forventes at være transfusionskrævende livslangt.

Hos patienter med kronisk transfusionsbehov bør det tilstræbes at undgå udvikling af irregulære blodtypeantistoffer, idet disse kan:

- 1) Vanskeliggøre fremtidig akut eller massiv transfusionsbehandling
- 2) Medføre risiko for hæmolytisk transfusionskomplikation.
- 3) Medføre risiko for HDFN i forbindelse med graviditet

Patienterne bør derfor tilbydes blodtypeudvalgte erythrocytkomponenter. Dette er især vigtigt for den patientgruppe, der allerede har irregulære antistoffer, idet disse patienter vil have forøget risiko for dannelse af yderligere antistoffer. Andre faktorer, der øger risikoen for alloimmunisering er, seglcelleanæmi, autoantistoffer eller myelodysplasi.

Såfremt patienten er aktuelt transfunderet (typisk mere end 6 x erythrocytkomponenter i de seneste tre måneder), bør der i stedet for serologisk fænotypebestemmelse, udføres genomisk blodtypebestemmelse.

Der bør udføres bestemmelse for blodtypeantigenerne:

C, c, E, e, K, k, Kp^a, Jk^a, Jk^b, Fy^a, Fy^b

Ved transfusion gives så vidt muligt erythrocytkomponenter, der er dokumenteret negative for de blodtypeantigener, som patienten selv er fundet negativ for.

Det anbefales at man som minimum udvælger efter nedenstående anbefalinger. Patienter der behandles med erythrocytaferese hører under gruppe II, idet immuniseringsrisikoen stiger med stigende antal transfusioner.

Gruppe I. Pt. med kronisk transfusionsbehov, hvor der ikke er irregulære blodtypeantistoffer:

D, c, C, E, e, og K

Gruppe II. Pt. med kronisk transfusionsbehov og irregulære blodtypeantistoffer og/eller skal i erythrocytaferese:

D, c, C, E, e, K, Jk^b, Jk^a, Fy^a, Fy^b

idet det prioriteres højest, at der opnås serologisk forlig, hvor der er dannet irregulære antistoffer.

Forebyggende blodtypematch har anden prioritet.

For alloimmuniserede patienter med seglcelleanæmi, autoantistoffer eller myelodysplasi bør Gruppe II match følges i videst mulig omfang (evt. matches tillige for Kp^a, C^w, S, eller s). Ved mangel på egnede donorer kan antigener prioriteres i følgende rækkefølge (prioriteret efter faldende immunogenicitet fra venstre mod højre):

D, K, c, E, k, e, C^w, Fy^a, C, Jk^a, S, Jk^b, s, Fy^b

For patienter, der allerede har udviklet antistof mod hyppigt forekommende antigen (eksempelvis Di^a, Wr^b, Kp^b, Js^b, In^a, U, PP1p^k, Vel) prioriteres match for antistoffet fremfor match for de øvrige blodtypeantigener.

Ved Fy(a-b-) [forårsaget af genotype *FY*02N.01*] gives Fy(a-) erythrocytkomponenter.

Da målet er at optimere funktionstiden af erythrocytterne i recipienten, bør erythrocytkomponenterne være ≤ 10 dage gamle. Det er derfor hensigtsmæssigt at planlægge fremskaffelsen af portioner med den ønskede fænotypesammensætning i god tid, idet transfusion/erythrocytaferese som hovedregel sker elektivt. Det kan således sikres, at patienten kan transfunderes med erythrocytkomponenter, som er optimerede mht. både fænotypeprofil og alder.

Ved opstået akut transfusionsbehov bør ældre erythrocytkomponenter foretrækkes frem for komponenter, der medfører immuniseringsrisiko.

Vejledningen er udarbejdet af Immunhæmatologisk Selskab og udgivet november 2020. Immunhæmatologisk selskab består af:

Morten Dziegiel (formand)

Sys Hasslund

Bjarne Møller

Thure Haunstrup

Ulrik Sprogøe

Klaus Rieneck

Rune Larsen