

### Modalités de prescription:

Toute demande de CP doit être faite sur prescription médicale datée et signée, comportant l'identité du patient, son poids, sa dernière numération plaquettaire datée.

### Posologie:

0,5.10<sup>11</sup> pour 7kg de poids chez un adulte

0,5.10<sup>11</sup> pour 5kg de poids chez un enfant

### Administration:

Passer les premiers ml très lentement (1 à 2 ml/mn) puis 10 ml/mn (durée moyenne de transfusion **30 mn**) à l'aide d'un transfuseur muni d'un filtre de 170-200µ.

### Précautions d'emploi:

La compatibilité ABO peut ne pas être respectée en cas d'indisponibilité du produit.

En cas de transfusion de plaquettes Rh1 (Rhésus positif) chez une patiente Rh-1 (Rhésus négatif) en âge de procréer et sans immunosuppression, la prescription de 200µg d'immunoglobulines anti-D dans les 72h (protection pour 10 CP sur 3 semaines) peut être discutée.

### Efficacité:

L'efficacité thérapeutique de ces produits est comparable.

Indication indiscutable des CPA : la fourniture d'un produit compatible en cas d'allo-immunisation anti-HLA spécifique du patient.

### Tolérance:

L'évolution des techniques de préparation, avec entre autres la déleucocytation systématique et la réduction très significative des risques viraux, font du **MCPS un produit sanguin sûr, mieux toléré que le CPA** (comme le montrent les données récentes d'hémovigilance, notamment sur les réactions allergiques).

### Suivi d'efficacité clinique et biologique:

Numération 1 à 24h après la transfusion.

Calcul du rendement transfusionnel:

$$RTP = \frac{[NP \text{ après transfusion} - NP \text{ avant transfusion}] \times \text{poids (kg)} \times 0.075}{\text{Nombre de plaquettes transfusées (x10}^{11}\text{)}}$$

NP : numération plaquettaire

En cas d'inefficacité (rendement <80% à H1 ou à 20% à H24), refaire une transfusion de plaquettes ABO compatibles, avec des plaquettes datant de moins de 48h, à une dose adaptée au poids du patient.

Si persistance de l'inefficacité, faire une enquête étiologique (fièvre, splénomégalie, antibiothérapies ou chimiothérapies associées, CIVD, infections graves, immunisation anti-HLA..). Dans ces cas, solliciter le conseil transfusionnel pour déterminer une conduite à tenir.



## PRESCRIRE DES CONCENTRES

### PLAQUETTAIRES EN 2010

Travail du groupe Dérivés Sanguins  
de l'OMÉDIT Haute-Normandie :

P. Chamouni, A. Damais, I. Hervé,  
S. Le Monnier, A.S. Legendre, P. Lenain,  
I. Maréchal, E. Remy.

Validé par l'EFS Normandie et la DRASS de  
Haute-Normandie (novembre 2009)



DRASS de Haute-Normandie

Accessible sur [www.omedit-hautenormandie.fr](http://www.omedit-hautenormandie.fr)

Vous êtes amenés à prescrire une transfusion de concentré plaquettaire (CP). L'EFS met à votre disposition 2 types de CP:

-les CPA (Concentrés de Plaquettes d'Aphérèse) issus d'un seul donneur,

-les MCPS (Mélanges de Concentrés de Plaquettes Standard) issus de plusieurs donneurs (4 à 6 en moyenne).

	MCPS	CPA
Prélèvement	Sang total	Aphérèse
Volume moyen (ml)	200 à 350	200 à 450
Contenu en plaquettes	> 2,10 <sup>11</sup> adapté au poids du patient	
Sécurisation	Sélection du donneur et qualification biologique identiques	
Conservation à l'EFS	5 jours sous agitation à température ambiante	
Solution de conservation	Plasma ou solution de conservation	
Délai d'utilisation dans le service clinique	Immédiate, ou max dans les 2h après réception du CP. Température ambiante 20-24°C	

Tous les concentrés plaquettaires sont déleucocytés.

Les contraintes d'approvisionnement sont identiques pour les 2 types de CP.

### Indications des CP:

Transformation / qualification	Indications	MCPS	CPA
Irradiation	Déficit immunitaire congénital cellulaire Avant et pendant un prélèvement de cellules souches hématopoïétiques autologues Patient traité par greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues ou allogéniques Certaines chimiothérapies	X	X
Déplasmatisation	Antécédent de réaction transfusionnelle anaphylactique majeure Déficit en IgA avec présence d'anticorps anti-IgA chez le receveur Transfusion de plaquettes maternelles en cas de thrombopénie allo-immune	X	X
Préparations pédiatriques	Assurer plusieurs transfusions à partir du même don		X
Cryoconservation	CPA de phénotype rare		X
Phénotypé HLA	Etat réfractaire avec allo-immunisation anti-HLA		X
Compatibilisé	Mêmes indications que pour le phénotypé après échec des CPA phénotypés		X
CMV négatif	Receveurs CMV négatifs de cellules souches hématopoïétiques d'un donneur CMV négatif Receveurs de greffe de poumon, quel que soit leur statut sérologique vis-à-vis du CMV Femmes enceintes CMV négatives ou de statut sérologique inconnu vis-à-vis du CMV	X	X

Pour la transfusion massive les 2 types de CP sont utilisables (de préférence MCPS)

### Seuils transfusionnels recommandés (en G.L<sup>-1</sup>):

→ Transfusion curative (saignement): il n'existe pas de seuil. La décision de transfuser doit être prise en fonction de la situation clinique.

→ Transfusion prophylactique :

Chirurgie	
Geste effractif ou acte chirurgical, y compris cardiaque ou hépatique	50
Neurochirurgie: chirurgie ophtalmologique	100
Péridurale	80
Obstétrique	
Thrombopénie + HELLP syndrome ou éclampsie	30 / 50
Médecine	
Pas de facteur de risque de saignement	10
Facteur de risque de saignement associé	20
Geste invasif (PL, biopsie osseuse...)	50

Femmes enceintes, vérifier qu'il n'existe pas de pathologie hémorragique constitutionnelle sous-jacente pouvant expliquer la thrombopénie (maladie de Willebrand 2b, ...).

Suspicion d'incompatibilité fœto-maternelle plaquettaire, contacter l'EFS.