

TRANSFORMATION	INDICATIONS OBLIGATOIRES
<p>• <b>DÉLEUCOCYTATION :</b> Élimination par filtration des GB et donc de CMV (intra leucocytaire). Un PSL déleucocyté doit contenir <math>&lt; 1 \times 10^6</math> GB / produit cellulaire</p>	<p>Systématique depuis le 01/04/1998 pour les PSL cellulaires et depuis 2001 pour les plasmas</p>
<p>• <b>IRRADIATION :</b> Exposition des CGR à des rayonnements ionisants pour inactiver les lymphocytes T responsables de la GVH post transfusionnelle.</p> <p>Depuis le 02/11/2017, tous les Concentrés Plaquettaires (CP) sont traités par le procédé Intercept® (Amotosalen), méthode qui inactive les potentiels pathogènes des lymphocytes T présents dans le CP, et qui remplace la transformation « irradié » des CP pour la prévention de la GVH transfusionnelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les enfants <math>&lt; 30</math> kg traités en oncologie, quelle que soit la pathologie, et pour ceux qui ont une réinjection de CSH.</li> <li>• Leucémies : LA <math>&lt; 1</math> an, LAL B de haut risque, LAL T, LAM, et rechutes</li> <li>• Lymphome de Hodgkin</li> <li>• 7 jours avant ou pendant le prélèvement de CSH (autologues ou allo géniques)</li> <li>• Patients traités par allogreffe : dès le début du conditionnement et pendant au moins un 1an après la greffe, à maintenir à vie si GVH chronique ou poursuite de traitement immunosuppresseur</li> <li>• Patients traités par chimiothérapie avec autogreffe : dès le début du conditionnement et jusqu'à 1 an après la réinjection des CSH.</li> <li>• Patients traités par analogues des purines et pyrimidines (Fludarabine, Clofarabine...) jusqu'à 1 an après l'arrêt du traitement</li> <li>• Traitements répétés par sérum anti lymphocytaire ou par anti-CD52 ou par Ac monoclonaux ayant pour cible les lymphocytes T</li> <li>• Aplasie médullaire idiopathique traitée par sérum anti lymphocytaire</li> <li>• Déficit immunitaire congénital</li> <li>• Don dirigé intra-familial</li> </ul>
<p>• <b>DÉPLASMATISATION :</b> Réduction au maximum de la quantité de protéines plasmatiques (<math>&lt; 0,5</math> g/l)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents de réactions transfusionnelles anaphylactiques majeures</li> <li>• Effets indésirables allergiques de sévérité moyenne mais répétés</li> <li>• Déficit en IgA sériques avec présence d'Ac anti-IgA</li> </ul>
QUALIFICATION	INDICATIONS
<p><b>CGR phénotypé RH-KEL1 compatible avec le patient</b></p>	<p>Pour tous les patients sauf phase palliative avec RAI négative</p>
<p><b>CGR phénotypé étendu</b></p>	<p>Présence d'allo-anticorps anti-érythrocytaires (autres que RH-KEL1)</p>
<p><b>CGR compatibilisé</b></p>	<p>Si RAI positive ou antécédent de RAI positive (en dehors des Anti D passifs)</p>

D'APRÈS LES NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE L'HAS : TRANSFUSIONS DE CGR, NOVEMBRE 2014

ABBRÉVIATIONS AU VERSO



*Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt avec des établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes intervenant sur ces produits.*

# Prescription de PSL

(Produits Sanguins Labiles)

Indications des transformations et qualificatifs

Patients traités en hématologie-oncologie pédiatrique

**FICHE  
SOIGNANTS**

Ac	Anticorps
CGR	Concentré de Globules Rouges
CMV	Cytomégalovirus
CSH	Cellules Souches Hématopoïétiques
GB	Globules Blancs
GVH	Réaction du Greffon contre l'Hôte (Graft versus Host Disease)
LA	Leucémie Aiguë
LAL	Leucémie Aiguë Lymphoblastique
LAM	Leucémie Aiguë Myéloblastique
RAI	Recherche d'Anticorps Irréguliers
RH	Rhésus
PSL	Produit Sanguin Labile