

Allo-immunisation chez les drépanocytaires à propos d'un cas Service d'hématologie CHU Constantine.

R.CHIED, S.LAFRI, Z.OUCHENANE.



Introduction

L'allo-immunisation chez le drépanocytaire est un accident transfusionnel grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital du patient, c'est la destruction des globules rouges transfusés par des allo ou auto-anticorps produit par le patient suite à la forte exposition aux antigènes. Nous rapportons le cas d'un patient drépanocytaire ayant développé une allo-immunisation au cours des échanges transfusionnels compliquant sa prise en charge transfusionnelle.

Objectifs

Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et évolutives de l'alloimmunisation chez le drépanocytaire.

Matériels et méthodes

- Type d'étude: une observation clinique individuelle décrivant un épisode d'allo-immunisation post transfusionnel chez un patient drépanocytaire.
- Les informations sont extraites du dossier médical du patient.

Observation :

Le patient B.A, âgé de 54 ans, originaire et demeurant à Constantine, commerçant de profession, marié et père d'un enfant, connu et suivi depuis l'enfance pour un syndrome drépanocytaire majeur type S/B, son Hb de base Hb=8.5 avec des CVO une fois par an, STA(-), AVC(-), priapisme(-), qui présente une VB multimicrolithiasique, on a fait un programme transfusionnel dans le cadre d'un bilan pré-opératoire d'une cholecystectomie.

Initialement :

- *GB= 11000/ Hb=9.1/ pla= 422000
- *ferritinémie correcte
- *TCD/TCI= négatifs

Conclusion :

L'alloimmunisation chez les drépanocytaires est une complication grave. L'identification de l'anticorps permet de déceler l'allo-immunisation et d'indiquer le sang phénotypé et compatibilisé voir un phénotype étendu mais la recherche des RAI n'est pas toujours positive ce qui rend la prise en charge difficile et peut aboutir à une impasse transfusionnelle.

- *Le bilan rénal, hépatique, hémostase, ionogramme, Calcémie= correct.
- *LDH, B1b direct et Indirect: négatifs.

La 1ère séance:

- saignée de 250cc+ TS de 01 CG phénotypé compatibilisé, avec une surveillance hémodynamique stricte: un bon déroulement, HB post saignée 9.4

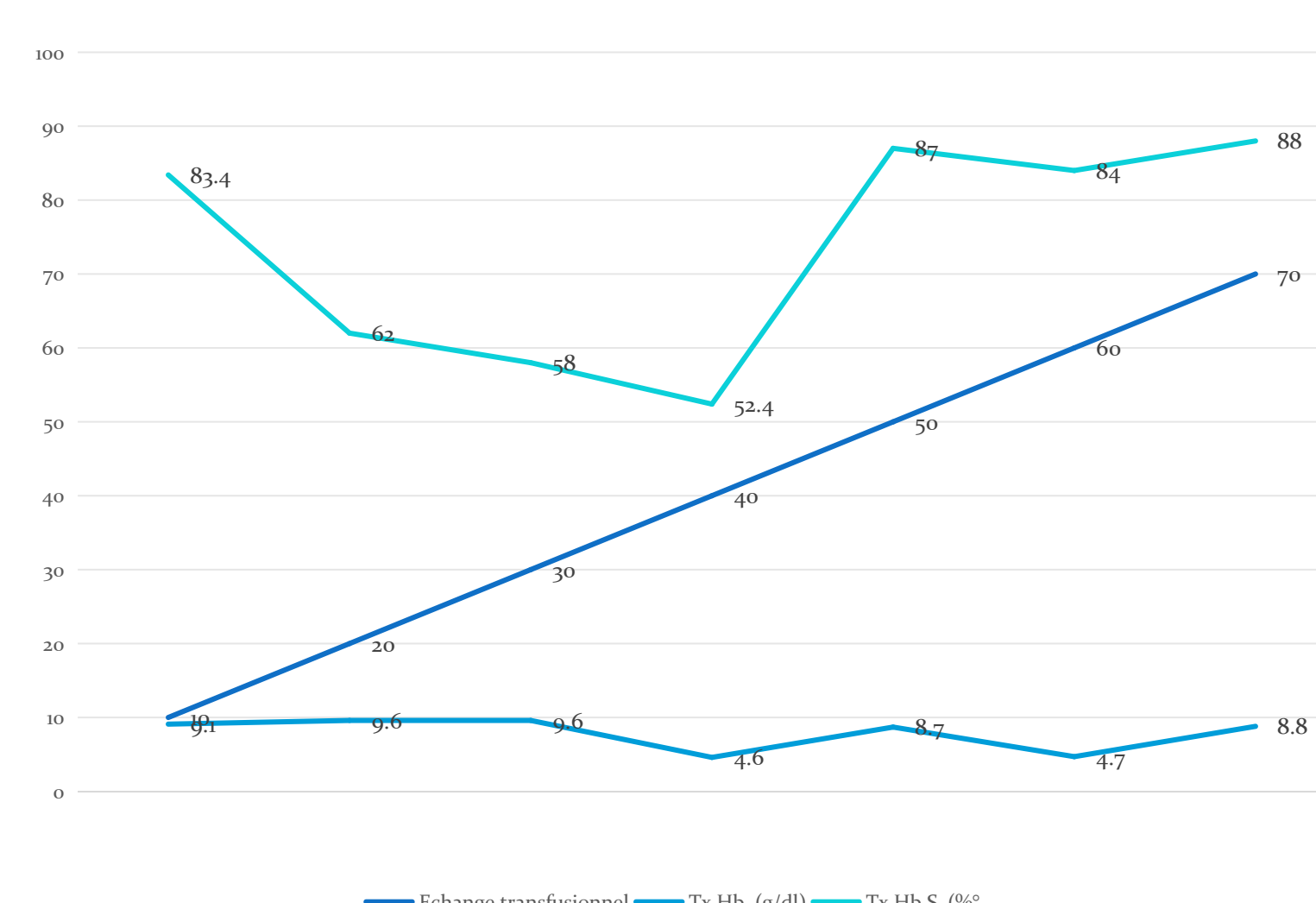
La 2ème séance:

- saignée de 400cc+ TS de 02 CG. HB post saignée 9.6g/dl.

La 3ème séance:

- saignée de 450cc+ TS de 02 CG. HB post saignée 9.2g/dl.
- J2 post ET, le patient est revenu avec une AEG+ des douleurs thoraciques+ une fièvre+ hémolyse Hb=5g/dl.
- CAT: TCD, TCI, RAI= négatifs. CRP= positif.
- HbS=58% puis 52.4%
- Antibiothérapie +acide folique 50mg/j
- j7: une nette amélioration clinique avec Hb= 8.8 et HbS= 87%.
- On a tenté un autre échange avec prudence: saignée 200cc+ 01CG

Les variations des taux d'Hb et l'Hb S selon le nombre d'échange transfusionnel



- Le patient a fait un tableau d'hémolyse plus grave et des heures après l'échange: anémie sévère, un ictère franc, des urines foncées, des douleurs lombaires, polyarthralgies puis une hypotension.

CAT: lancer un bilan d'hémolyse.

- Eviction des TS et mettre l'Acide folique 50mg/j.
- Remplissage+hyperhydratation.
- bolus de corticothérapie.
- Immunoglobuline 1g/kg pd 02J.

On a récupéré difficilement le patient, malgré un bilan: TCD, TCI, RAI= négatifs

Résultats et discussion:

- Notre patient a développé une alloimmunisation post ET qui est objectivée cliniquement mais l'enquête immuno-hématologique revenant négative.
- le traitement est basé sur l'éviction des TS avec perfusion des immunoglobulines et l'acide folique, l'évolution était favorable vu la rapidité diagnostique et thérapeutique.
- 3-10% des patients drépanocytaires qui reçoivent du sang phénotypé développent des allo-immunisations.
- les anticorps les plus fréquents sont:
 - *70% anti E, anti C et anti c.
 - * 10-20% anti K et 10% anti Fya.
 - *5% anti Jka et rarement anti S et s.
- d'où une stratégie de transfusion phénotypée étendue et un suivi immuno-hématologique rigoureux permettent de réduire ce risque.