

CONVENTION

entre

Le LABORATOIRE CENTRAL DE SEROLOGIE
TRANSFUSIONNELLE

et

L'HOPITAL DES ENFANTS

Concernant la distribution des produits sanguins labiles

1. Distribution de thrombaphérèses

Toutes les thrombaphérèses sont déleucocytées lors du prélèvement.

Toutes les thrombaphérèses sont ainsi considérées comme « techniquement » CMV négatives.

Les thrombaphérèses ne doivent jamais être mises au réfrigérateur. Elles doivent toujours être agitées et maintenues à +22°C, y compris pendant leur transport du Laboratoire Central de Sérologie Transfusionnelle (LCST) à l'Hôpital des enfants.

Dans le cas particulier de la pédiatrie pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 mois, des thrombaphérèses issues de donneurs testés sérologiquement CMV négatifs continueront à être distribuées, jusqu'à disponibilité au sein du LCST.

- Nouveau-nés jusqu'à 6 mois : thrombaphérèse irradiée.
- Enfants ayant reçu une greffe y compris une transplantation de moelle osseuse : thrombaphérèse irradiée jusqu'à contre-ordre. Enfants immunodéprimés, y compris les malades oncologiques : thrombaphérèse irradiée.
L'onco-hématologue pédiatrique est responsable des commandes de sang et, par conséquent, applique les consignes ci-dessus, que le LCST respecte scrupuleusement.
- Pour les autres patients : les spécifications d'irradiation sont de la responsabilité du pédiatre en charge de l'enfant.
- Prière de signaler par écrit au LCST lorsque l'irradiation n'est plus nécessaire.
- Si possible ABO et Rhésus compatibles. En cas de thrombaphérèse Rhésus positif donnée à un patient Rhésus négatif, il est nécessaire d'administrer des immunoglobulines anti-D, la très faible quantité de globules rouges contenus dans le produit pouvant malgré tout induire une immunisation anti-D. Si le LCST détecte des hémolysines positives dans une thrombaphérèse, celle-ci sera attribuée par le laboratoire de manière isogroupe ou à un patient de groupe O.
- En cas de thrombaphérèse HLA-compatible, le phénotype HLA est prioritaire sur le groupe sanguin ABO et le groupe Rhésus.
- Pour les patients pesant entre 10 et 25 kg, des demi-thrombaphérèses peuvent être préparées au LCST.

2. Distribution de concentrés érythrocytaires

Tous les concentrés érythrocytaires sont déleucocytés.

Tous les concentrés érythrocytaires sont ainsi considérés comme « techniquement » CMV négatifs.

Dans le cas particulier de la pédiatrie pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 mois, des concentrés érythrocytaires issus de donneurs testés sérologiquement CMV négatifs continueront à être distribués, jusqu'à disponibilité au sein du LCST.

- Nouveau-nés jusqu'à 6 mois : concentrés érythrocytaires irradiés.
- Enfants ayant reçu une greffe y compris une transplantation de moelle osseuse : concentré érythrocytaire irradié jusqu'à contre-ordre. Enfants immunodéprimés, y compris les malades oncologiques : concentré érythrocytaire irradié.
L'onco-hématologue pédiatrique est responsable des commandes de sang et, par conséquent, applique les consignes ci-dessus, que le LCST respecte scrupuleusement.
- Pour les autres patients : les spécifications d'irradiation sont de la responsabilité du pédiatre en charge de l'enfant.
- Prière de signaler par écrit au LCST lorsque l'irradiation n'est plus nécessaire.
- Pour les exsanguino-transfusions périnatales, les concentrés érythrocytaires sont obligatoirement âgés de moins de 5 jours et irradiés au LCST lors de leur préparation.
- ABO, Rhésus et Kell toujours compatibles. Le phénotype Rh complet (CcEe) sera respecté dans toute la mesure du possible, en particulier chez la jeune fille (ceci nécessitant alors le phénotypage Rh complet préalable du patient). En cas de changement de groupe sanguin (respectant les règles de compatibilité ABO) au cours du protocole transfusionnel demander l'avis de l'hématologue pédiatrique, du responsable ou de la laborantine-chef du LCST ou encore, en cas d'absence, du chef de clinique de la Division d'Hématologie du Département de Médecine Interne.
- Il est possible de prélever à titre exceptionnel de petites quantités de sang à la seringue dans un même concentré érythrocytaire, pendant 24 heures, à condition de maintenir impérativement la chaîne du froid du produit, et d'effectuer ces prélèvements en respectant scrupuleusement les règles d'asepsie en vigueur (selon la procédure officielle interne au service). Les 24 heures écoulées, le concentré érythrocytaire résiduel sera détruit dans l'unité de soins, mais l'étiquette volante devra être renvoyée au LCST avec le test ultime au lit du malade, pour enregistrement informatique de la transfusion au LCST (traçabilité).

3. Distribution de plasmas frais congelés

Tous les plasmas frais congelés sont déleucocytés.

Tous les plasmas frais congelés sont ainsi considérés comme « techniquement » CMV-négatifs.

- Pour la néonatalogie, plasma de quarantaine en petite quantité (50 à 100 ml).
- Il n'est pas utile d'irradier.
- A transfuser dans les 6 heures suivant la décongélation au bain marie à 37°C
- Les plasmas frais congelés ne doivent pas être stockés à l'Hôpital des enfants au delà de la date mentionnée sur l'étiquette nominative (3 jours après la date de distribution). En cas de non utilisation dans ce délai, ils doivent impérativement être retournés au LCST dans des conditions assurant le maintien de la chaîne du froid.

- *Le retour au LCST des concentrés érythrocytaires non transfusés doit se faire obligatoirement au plus tard le 3ème jour qui suit la date de la distribution du produit (date inscrite sur l'étiquette volante). Le retour des produits au LCST devra s'avérer très ponctuel, ceci afin d'éviter toute rupture de la chaîne du froid et tout gaspillage de produits sanguins. Rappel : le LCST utilise depuis Août 2002 la technique dite du « Type & Screen », ne justifiant plus la réservation de produits sanguins à l'avance pour un patient, leur mise à disposition par le LCST étant en effet beaucoup plus rapide (hors contexte de patient porteur d'un anticorps irrégulier). *Tout concentré érythrocytaire périmé ne doit pas être détruit sur place mais obligatoirement renvoyé au LCST (traçabilité des produits).**

Cette convention annule et remplace celle du 10 février 1999. Elle est susceptible d'être modifiée en fonction de l'évolution des techniques.

Genève, le 6 Février 2003



Dr P. WACKER
Responsable de l'Unité
d'Onco-hématologie
pédiatrique

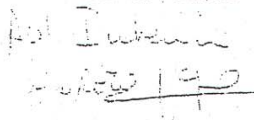
Dr T. PEYRARD
Responsable du Laboratoire Central de
Sérologie Transfusionnelle



J. EASTON
Laborantine-chef du Laboratoire
Central de Sérologie Transfusionnelle



J. SCHMID
Laborantine-chef du laboratoire
Maternité-Pédiatrie



Prof. M. BERNER
Médecin-chef de la Division de
Néonatalogie et de soins intensifs de
Pédiatrie

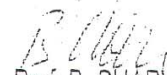


Prof. S. SUTER
Médecin-chef du
Département de Pédiatrie




Prof. C. LE COULTRE
Médecin-chef de la Clinique
de Chirurgie pédiatrique

Prof. B. CHAPUIS
Médecin-chef de la Division
d'Hématologie



Dr M. MICHEL
Médecin-responsable du Centre de
Transfusion Sanguine



Dr A. GERVAIX
Médecin adjoint UMCP



Dr W. HABRE
Médecin - Unité Anesthésie Pédiatrique