

Cas clinique Mr Da

La situation

- Homme de 47 ans
- Antécédent de PKAD, greffe préemptive
 - Groupe sanguin B
 - Pas de néphrectomie préalable
 - FAV
- Donneuse:
 - Épouse, 52 ans pas d'antécédent
 - Groupe sanguin A

Greffe ABO incompatible avec plasmaphérèse

- Objectif de la plasmaphérèse ?

Epurer les isoagglutinines naturelles anti-A (IgG et IgM)
Sans impacter sur la coagulation en vu du bloc opératoire

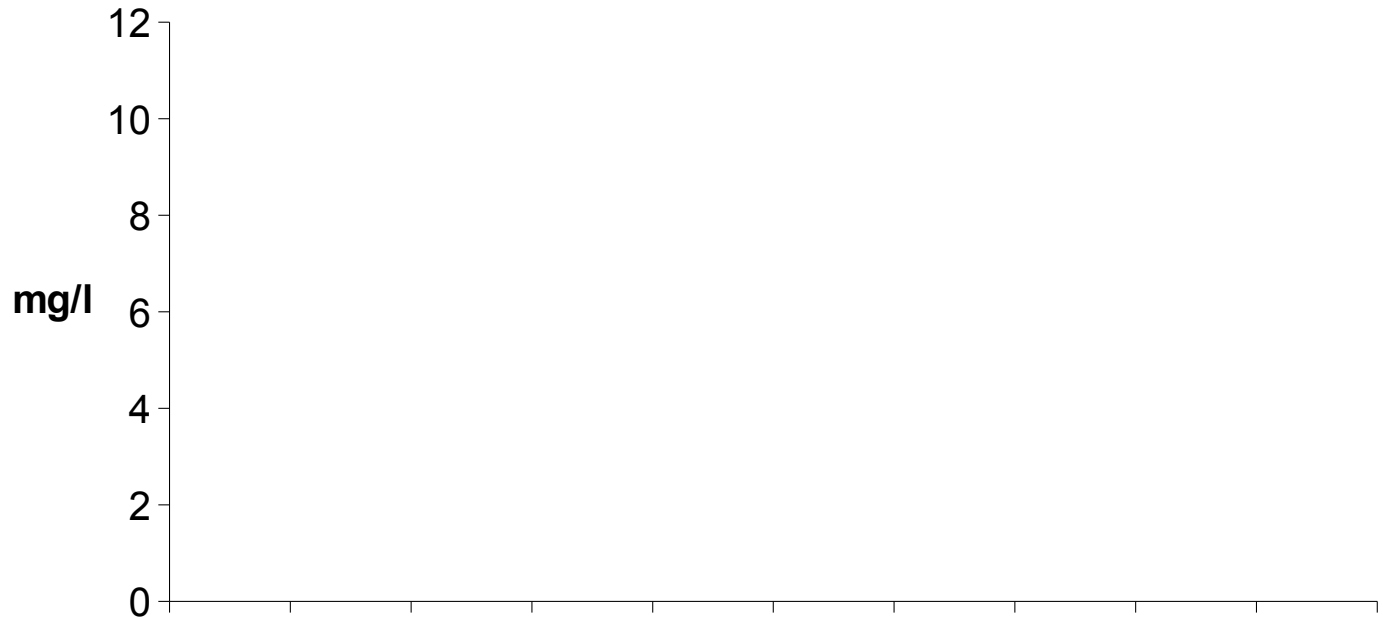
- Technique ?

Technique selon le seuil d'isoagglutinine soit EP +/- PFC soit IA

Protocol de desimmunisation de Tyden adapté Pr Rostaing à Toulouse

- Anti-CD20 à J-30
- IS orale à J-10
- IA/j de J-6 à j-1 greffe à J0

Evolution



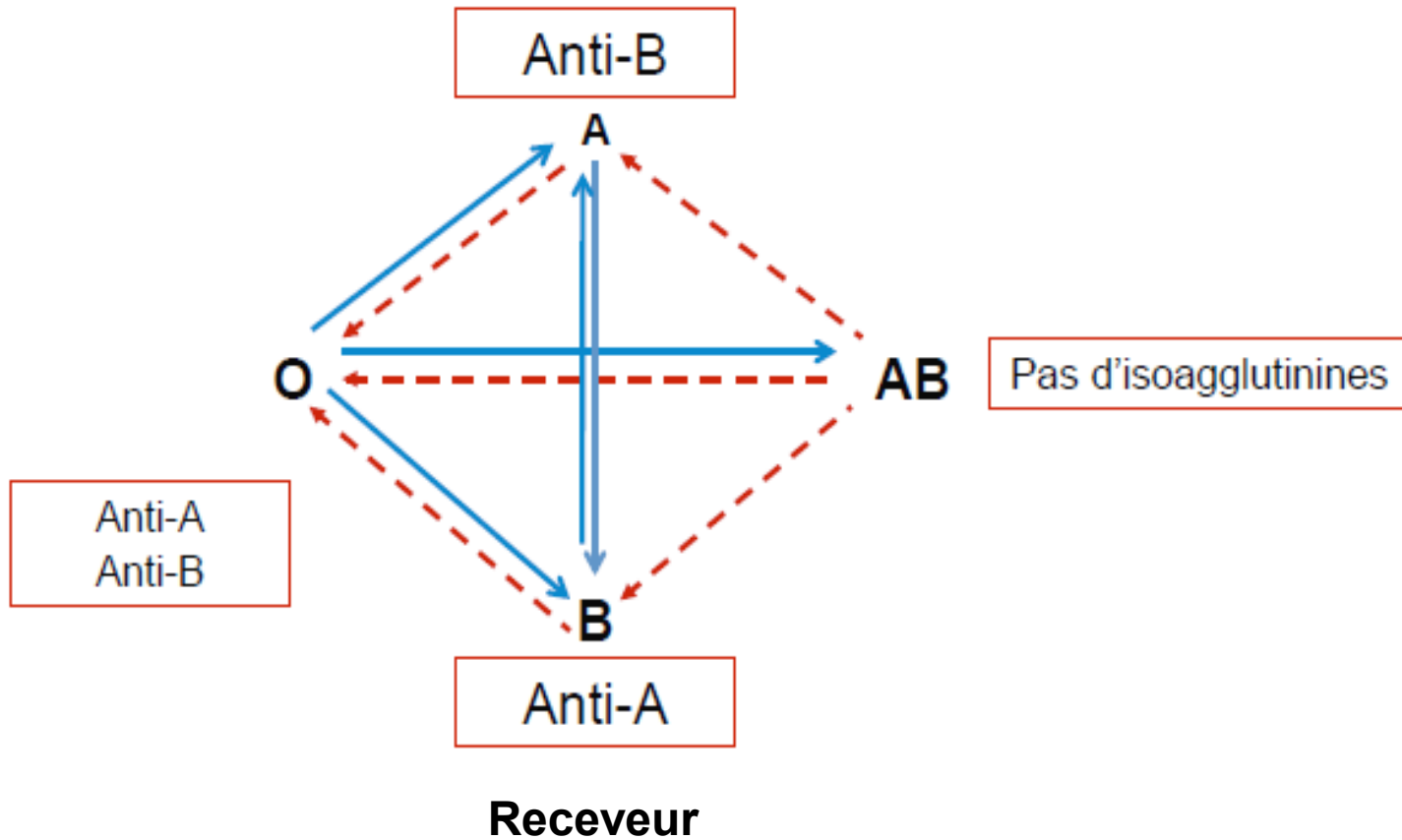
- Cliniquement va bien
- Rejet aigue humoral DSA
- Hématome PBR.
- Traitement du rejet aigue par l'association plasmaphérèse, IVig, cs.

Aphérese thérapeutique

- Objectifs du traitement ?
- Quelle voie d'abord ?
- Quelle technique souhaitez-vous utiliser ?
- Quelle anti-coagulation ?
- Avec un produit de substitution et si oui lequel ?

**Échange plasmatique centrifugation
avec anti-coagulation au citrate
Sur FAV
à 1.5 VP soit 3.5l
avec PFC. Mais quel PFC utiliser ?**

Compatibilité ABO



Messages à retenir

- Avantage de l'IA en conditionnement en cas de grand volume plasmatique à traiter (meilleure tolérance sur la coagulation).
- Recours au PFC selon le risque hémorragique. Car les Facteurs V, S et plasminogène sont absents des solutions purifiées et stabilisées des facteurs de coagulation.
- Recommandation HAS 2012:
 - Situation à risque 30ml/kg de PFC
 - Si intervention à fort risque hémorragique 100% PFC
- PFC source d'iso-agglutinines, attention en cas de greffe ABO