

Gäller för: Verksamhet Barncancercentrum

Giltig från: 2026-02-11

Innehållsansvar: Cecilia Langenskiöld, (cecla1), Sektionschef

Giltig till: 2028-02-10

Granskad av: Elin Öfverberg, (eliof1), Vårdenhetschef

Godkänd av: Thorsteinn Gunnarsson, (thogu14), Verksamhetschef

# SCT – Kontaminerad cellprodukt

## Revideringar i denna version

Ersätter tidigare version från 2024-01-22. Justering av titel från tidigare: Kontaminering av transplantationsprodukt. Tillägg av rubrikerna Administrering av kontaminerad cellprodukt, Uppföljning efter administrering av kontaminerad cellprodukt och orsaksutredning.

## Syfte

Detta PM ska klargöra vilka åtgärder som ska genomföras då en cellprodukt är kontaminerad med något smittämne i enlighet med fact-JACIE 8:e standard, B4.9. Med cellprodukt avses exempelvis stamceller, donatorlymfocyter (DLI), CAR-T produkt och virusspecifika T-celler.

När benmärg aspireras finns trots aseptisk teknik en risk för att bakterier från i första hand donatorns hud kontaminerar den insamlade benmärgen. Många och upprepade stick genom huden görs. Även vid insamling av perifera stamceller där nål sätts och blodet passerar ett slangsystem finns risk för kontamination. Likaså vid insamling av navelsträngsblod finns en risk för överföring av bakterier till den färdiga produkten. Barnet föds på vanligt sätt och navelsträngen klipps inte av på annorlunda sätt för att blod skall samlas.

Trots möjligheter till kontamination är bakterieväxt i den färdiga produkten mycket ovanligt.

## Arbetsbeskrivning

Sterilkontroll görs vid all hantering av cellprodukt på Stamcellslaboratoriet med undantag för fryst navelsträngsblod i vissa fall. Stamcellslab kontrollerar dock alltid chimerism och viabilitet på fryst navelsträngsblod.

### Administrering av kontaminerad cellprodukt

Sterilkontrollen är sällan klar vid administrering av färska celler. Cellprodukten släpps därför fri med denna anmärkning och dokumentet *Frisläppning av HSC med anmärkning till transplantation* som följer med cellerna och ska signeras av läkare samt faxas åter till stamcellslab **innan** infusionsstart.

Telefonbesked om förekomst av smittämne meddelas SCT-koordinatör på Barncancercentrum via stamcellslaboratoriet, SCT koordinatör meddelar ansvarig onkologbakjour. På helg- och jourtid ringer jourläkare på transfusionsmedicin till Barncancercentrum. Kopia på svaret skickas även alltid skriftligt.

Om kännedom om kontaminerad cellprodukt inför administrering ges cellprodukten enligt sedvanlig rutin till patienten och individuell bedömning sker om profylaktisk antibiotika ska ges.

Föräldrar och i förekommande fall barnet/ungdomen informeras om fyndet och avvikelse registreras i MedControl.

## Uppföljning efter administrering av kontaminerad cellprodukt

I regel behövs ingen ytterligare särskild åtgärd för patienten, d.v.s. ingen rutinmässig blododling, utan endast klinisk uppföljning och den provtagning som gäller för ett barn som genomgår SCT. Detta betyder att odlingar, inklusive blododling, tas enligt gällande Rutin *SCT-Feber*.

## Uppföljning av donatorn

Vid transplantationsprodukt tagen från registerdonator meddelar stamcellslaboratoriet donatorcentrum. Om transplantationsprodukten kommer från en syskondonator meddelas patienten/föräldrarna av SCT-koordinatören och donatorn kallas för hälsokontroll på dagvården (för Göteborgspatienter) eller på respektive hemsjukhus.

## Dokumentation

I barnets journal gör en anteckning av fyndet med uppgift om bakterie, resistensmönster och ev. åtgärd, liksom att information lämnats till barnet/vårdnadshavarna.

## Orsaksutredning

Stamcellslaboratoriet har rutiner för att följa upp eventuella avvikelser i deras handhavande och rapportering till donatorcentrum.

Vid kontaminerad cellprodukt i samband med skördning av benmärg på barnsjukhuset deltar teamet för Marrow Collection program i utredning av orsak samt genomförande av åtgärder, där Barncancercentrum, stamcellslaboratoriet och Operation 1 barn arbetar tillsammans.

## Ansvar

Gäller för all personal på Barncancercentrum. Ansvar för spridning och implementering har VEC. Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Innehållsansvarig är ansvarig för revision. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPro.

## Granskare/arbetsgrupp

Elin Öfverberg, barnsjuksköterska, Barncancercentrum.  
Cecilia Langenskiöld, Barnonkolog, Barncancercentrum.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Barncancercentrum

**Innehållsansvar:** Cecilia Langenskiöld, (cecla1), Sektionschef

**Granskad av:** Elin Öfverberg, (eliof1), Vårdenhetschef

**Godkänd av:** Thorsteinn Gunnarsson, (thogu14),  
Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9774-1570060579-157

**Version:** 10.0

**Giltig från:** 2026-02-11

**Giltig till:** 2028-02-10