

RUTIN C1-1 Transfusioner

Innehållsansvarig: Jan-Erik Johansson, Överläkare
Godkänd av: Lars Möllgård, Sektionschef
Denna rutin gäller för: Verksamhet Specialistmedicin

Revideringar i denna version

Översyn av dokumentet, inga förändringar gjorda

Revisionshistoria

rev	Giltig från	Förändring	Författare
4	2019-01	I denna version har gräns för trombocytttransfusion för poliklinisk patient vid okomplicerad klinisk situation ändrats från TPK $20 \times 10^9 /L$ till TPK $10-20 \times 10^9 /L$. Dessutom har benämningen lymfocytotoxtest bytts ut mot HLA-antikroppar.	Jan-Erik Johansson
3	2015-11	I denna version har gräns för trombocytttransfusion för poliklinisk patient vid okomplicerad klinisk situation ändrats från TPK $20 \times 10^9 /L$ till TPK $10-20 \times 10^9 /L$. Dessutom har benämningen lymfocytotoxtest bytts ut mot HLA-antikroppar.	Mats Brune
2.1	2013-09	Revidering är gjord angående återrapportering för given komponent.	Mats Brune
1.1	2010-05	Första utgåvan av dokumentet	Mats Brune

Granskare

För sektionen för hematologi och koagulation
 Jan-Erik Johansson, Överläkare
 Krista Vaht, Överläkare
 Lars Möllgård, Sektionschef

Innehåll

1	Bakgrund	2
2	Dokumentation.....	2
3	Allmänt.....	2
4	Erytrocytttransfusion	2
5	Trombocytttransfusion vid blödning.....	2
6	Profylaktisk trombocytttransfusion.....	3
6.1	Inneliggande patient	3
6.2	Poliklinisk patient	3
7	Trombocytrefraktäritet	4
8	Referenser	4

1 Bakgrund

Denna Rutin beskriver rutiner för transfusion av blodprodukter till patienter med hematologiska sjukdomar och stamcellstransplanterade patienter

2 Dokumentation

Individuella transfusionsgränser dokumenteras som en stående ordination i behandlingsplan i Melior och/eller i läkemedelsmodulen.

Utförd transfusion dokumenteras i läkemedelsmodulen, samt och med datum, klockslag, batch- nummer och signering på transfusionsöversikt inom slutenvården, och på blodproduktens följesedel inom öppenvården. Dessutom åiterrapporteras varje given blodkomponent i Interinfo.

3 Allmänt

Färskfiltrerade blodprodukter ska alltid användas. Dessa räknas som CMV-negativa, och minskar dessutom risken för immunisering.

Bestrålade produkter används till extremt immunsupprimerade patienter t ex stamcellstransplanterade. Avsikten är att undvika överföring av livsdugliga lymfocyter som kan ge upphov till GvHD. För instruktioner om detta hänvisas till Rutin A9 Bestrålade blodprodukter.

Tranfusion genomförs enligt direktiv i "Anvisningar från Transfusionsmedicin SU" och SOFS 2009:29 "Transfusion av blodkomponenter".

4 Erythrocyttransfusion

Skall ordineras i varje enskilt fall. En vanlig regel är att vid Hb <80 g/L ges två enheter erythrocytkoncentrat.

Förenlighetsprov tas inför transfusion enligt direktiv i Anvisningar från Transfusionsmedicin SU och SOFS 2009:29 Transfusion av blodkomponenter. Observera dock att MG-test alltid ska göras i de fall då olika blodgrupper föreligger mellan patient och donator vid allogen stamcellstransplantation! (MG = mottagare – givare)

5 Trombocyttransfusion vid blödning

Trombocyttransfusion vid så kallad våt blödning, t ex näsblödning, ges till patienter om trombocytopeni eller trombocytfunktionsdefekt kan antas orsaka eller bidra till pågående blödning.

6 Profylaktisk trombocytttransfusion

Skall ordineras i varje enskilt fall. Profylaktisk trombocytttransfusion är kontraindicerad vid trombotisk trombocytopen purpura (TTP) samt vid heparininducerad trombocytopeni (HIT).

För patienter *i cytopen fas efter kemoterapi inklusive patienter som genomgått HSCT* används transfusionsgränser *enligt nedan*:

6.1 Inneliggande patient

TPK $<10 \times 10^9$ /L vid okomplicerad klinisk situation

TPK $<20 \times 10^9$ /L vid komplicerande omständigheter (t ex sepsis, feber > 38 °C eller pågående antikoagulation)

Individuell transfusionsgräns vid annan ökad blödningsrisk

6.2 Poliklinisk patient

TPK $<10-20 \times 10^9$ /L vid okomplicerad klinisk situation

Högre transfusionsgräns t ex vid känd blödningstendens, feber, sjunkande TPK-värde, lång resväg etc

Inför ingrepp som medför blödningsrisk, t ex LP, bronkoskopi eller CVK-inläggning: Profylaktisk trombocytttransfusion och önskat TPK-värde ordinerar av ansvarig hematolog efter samråd med den läkare som ska utföra ingreppet.

Efter transfusion tas nytt prov och svar inväntas före ingrepp. Om TPK då inte har stigit tillräckligt avgör ansvarig läkare fortsatt handläggning om en ytterligare transfusion är meningsfull, alternativt kan ytterligare transfusion pågå under ingreppet.

Om TPK-värde inte kan inväntas efter en profylaktisk transfusion får ansvarig läkare bedöma om det planerade ingreppet ändå kan göras och kan då också välja att låta transfusion pågå under ingreppet.

Vid andra kliniska situationer gäller andra regler.

Vid kroniska recidiv av t ex akut leukemi som löper stor risk att utveckla refraktäritet mot trombocytttransfusion beslutas i varje enskilt fall om transfusion ska ske profylaktiskt eller endast vid blödning. Ordinationen ska dokumenteras som stående ordination i behandlingsplan i Melior och/eller i läkemedelsmodulen.

Till patienter med kronisk ITP skall profylaktisk trombocytttransfusion inte ges.

7 Trombocytrefraktäritet

Bör misstänkas vid upprepad otillfredställande stegring av TPK nivån efter transfusion (< 20% stegring efter ett dygn eller < 30 % stegring efter 1 timme). Icke immunologiska orsaker är vanligast (t ex infektion, splenomegali eller DIC).

Vid misstanke på trombocytrefraktäritet bör eventuell alloimmunisering försöka påvisas (HLA-antikroppar). Alloimmuniserade patienter med klinisk trombocytrefraktäritet handläggs tillsammans med läkare på blodcentralen. Vissa av dessa patienter kan ha hjälp av HLA-matchade trombocyter.

8 Referenser

Guidelines for the use of platelet transfusions. British Journal of Haematology, 2003, 122, 10–23
Stanworth S. Prophylactic platelet transfusion for haemorrhage after chemotherapy and stem cell transplantation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004 Oct 18;(4):CD004269