

feminino. A mediana de idade foi de 76 anos. Destes, 7,5% (3) apresentaram tipagem A Negativo, 27,5% (11) A Positivo, 12,5% (5) B Positivo, 7,5% (3) AB Negativo, 20% (8) O Negativo e 25% (10) O Positivo. Do total dos pacientes, 2,5% (1) tiveram um dos diagnósticos: AHAI, LLC, LMA, SMD, hemorragia digestiva alta, aplasia pura de série eritróide e AVC hemorrágico. Ainda, 5% (2) apresentavam diagnóstico de mieloma múltiplo, 7,5% (3) manifestaram algum diagnóstico hematológico, 27,5% (11) eram pacientes com anemia ferropriva, 37,5% (15) pacientes que passariam por procedimento cirúrgico e 2,5% (1) tratava-se de prematuro, logo, a amostra utilizada foi a materna. Dos anticorpos identificados, Anti-M, Autoanticorpo Anti-e, Anti-S, Autoanticorpo Anti-c, combinação Anti-C e Anti-K e combinação Anti-D, Anti-C, Anti-E e Anti-K foram encontrados em 2,5% (1) dos pacientes respectivamente. Identificou-se, Anti-Fya e Anti-K em 7,5% (3). Autoanticorpo Anti-E e a combinação de Anti-D e Anti-C foi encontrada em 5% (2). Identificou-se 17,5% (7) dos pacientes com Anti-D isoladamente, 10% (4) com Anti-Dia, em 17,5% (6) apresentaram autoanticorpo sem especificidade definida com ausência de aloanticorpo, e 10% (4) não foi possível a identificação do anticorpo devido à baixa titulação, 2,5% (1) negativou a PAI após tratamento com Dithiothreitol, e 2,5% (1) apresentou teste inconclusivo, possível presença de IgM. Dos 40 pacientes, 52,5% (21) já entraram no serviço com PAI positiva. **Discussão:** Devido a 65% (26) dos pacientes estudos pertencerem ao sexo feminino, foram observados a prevalência de anticorpos dirigidos ao sistema Rh e Kell, que estão frequentemente ligados a Doença Hemolítica do Feto e Recém-nascido. Também, por 35% dos pacientes apresentarem tipagem A e 45% tipagem O, comprovou-se a necessidade de se ter no estoque, essencialmente, concentrados de hemácias A e O com fenotipagem Rh e Kell e alguns CH com fenotipagem estendida, pois 12,5% (5) apresentaram anticorpos dirigidas a sistemas como Duffy e MNS. **Conclusão:** A aloimunização eritrocitária pode complicar uma transfusão. A busca por bolsas compatíveis deve ser feita criteriosamente para se encontrar um hemocomponente seguro, evitando reações transfusionais. Manter um estoque de hemocomponentes fenotipados em sua totalidade ainda é uma prática monetariamente inviável e demanda uma rotina laboriosa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1394>

ANÁLISE DE HISTÓRICO IMUNO-HEMATOLÓGICO E TRANSFUSIONAL DE RECEPTOR TRANSPLANTADO COM MEDULA ABO/RHD INCOMPATÍVEL NO INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER – RELATO DE CASO

SS Peniche-Rebouças, RP Sant'anna,
BMS Gomes, VFDS Alves, IJF Motta

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro,
RJ, Brasil

Introdução: O número de pacientes elegíveis para transplante de células-tronco hematopoéticas tem aumentado devido aos avanços na seleção de doadores. A incompatibilidade ABO não é contraindicada, entretanto os pacientes recebem transfusão no

período pós transplante, sendo necessário um protocolo de transfusão. **Objetivo:** Analisar o histórico imuno-hematológico e transfusional de paciente pós TMO com incompatibilidade ABO/RhD afim determinar a necessidade de revisão do Protocolo de Atendimento Transfusional a Pacientes Transplantados com Incompatibilidade ABO/RhD. **Relato de caso:** Paciente masculino, 51 anos, diagnóstico SMD, Grupo Sanguíneo O+, Pesquisa de Anticorpo Irregular negativo e Teste de Antiglobulina Direto positivo, candidato à transplante alogênico com incompatibilidade maior (DMO GS A RhD Negativo). Titulação de anti-A do paciente igual a 1024. Após a primeira plasmáfese título 512 e 128 pós a segunda. Apresentou PAI positivo (anti-K) antes da infusão do TMO. Em D+68 apresentou GS O+, anti-A 512 e em D+103 título de 64. Em D+166 foi observada discrepância entre as provas direta e reversa, título de anti-A igual a 1, PAI, AC e TAD negativos. **Metodologia:** Determinação de GS, PAI, TAD e IAI pré e pós transplante pela metodologia de gel centrifugação. Busca do histórico Imuno-hematológico e transfusional do paciente em sistema informatizado do Serviço de Hemoterapia. **Resultado:** Histórico de Estudo Imuno-hematológico: GS O+ do dia D0 até o dia D+103. Título de anti-A igual a 512 em D+68 e título 64 em D+103. Discrepância ABO e Rh em D+166. Histórico Transfusional: Transfundidos 04 Concentrados de hemácias e 25 Plasmas frescos antes do TMO. Do dia D+1 até o dia D+166 foram transfundidos 35 CH, 39 Concentrados de plaquetas por aférese e 27 Pool de concentrados de plaquetas. Todos os componentes transfundidos na fase pré transplante respeitaram o GS do receptor (O+). Dos componentes transfundidos na fase pós, 89% de CH, 51% de CPAF e 82% de PCP também eram GS ABO pré TMO. **Discussão:** A incompatibilidade ABO e/ou RhD pode causar hemólise das células vermelhas do DMO ao serem infundidas, pode ocorrer falha ou atraso no enxerto de eritrócitos, hemólise de células vermelhas do paciente a partir de infusão de plasma do doador, hemólise de hemácias do paciente devido aos linfócitos passageiros derivados de aglutininas, hemólise devido à formação de anticorpo. O manual técnico da AABB descreve as fases pré e pós transplante para auxiliar o suporte transfusional de pacientes com transplante ABO incompatível. Na Fase I o paciente é preparado para o transplante, a Fase II é o início da terapia meloablative até o paciente apresentar TAD negativo, isoaglutininas anti-doador indetectáveis na prova reversa da tipagem ABO, e o GS do paciente estar consistente com o GS do doador. A Fase III consiste na tipagem direta e reversa igual ao GS doador. As fases indicadas constam no Protocolo de Atendimento Transfusional a Pacientes Transplantados com Incompatibilidade ABO/RhD do Serviço de Hemoterapia do INCA. **Conclusão:** Os componentes eritrocitários e plasmáticos foram em sua maioria adequados à tipagem realizada no momento da solicitação transfusional, evidenciando a necessidade de avaliação da fase atual do transplante. O estudo demonstra a necessidade de reformulação do Protocolo de Atendimento Transfusional a Pacientes Transplantados com Incompatibilidade ABO/RhD do Serviço de Hemoterapia do INCA com informações mais criteriosas das fases do transplante e constante avaliação da incompatibilidade ABO do dia D0 até a determinação completa do GS ABO/Rh, a fim de que sejam oferecidos hemocomponentes compatíveis com a fase pós transplante.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1395>