

559

ANÁLISE DE CASOS E CARACTERIZAÇÃO MOLECULAR DE PACIENTES E DOADORES DE SANGUE RHD VARIANTES COM SENSIBILIZAÇÃO POR ANTI-D NA HEMORREDE DO ESTADO DO PARANÁ

A.O.S. Savi^{a,b}^a Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (HEMEPAR), Curitiba, PR, Brasil^b Unidade de Coleta e Transfusão de União da Vitória, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: O antígeno RhD é o mais importante do sistema Rh devido ao seu envolvimento na doença hemolítica perinatal e nas reações transfusionais hemolíticas. O antígeno RhD é considerado como um mosaico composto de 37 epítopos, onde pelo menos nove epítopos (epD1-epD9) já foram definidos por diferentes anticorpos monoclonais. **Objetivo:** O objetivo do presente estudo, foi determinar a caracterização molecular do gene RHD variante, de pacientes e doadores de sangue da Hemorrede do Estado do Paraná, sorologicamente tipados como D positivos, que desenvolveram anticorpos anti-D. **Metodologia:** Foram realizadas análises moleculares de amostras de pacientes e doadores de sangue RhD positivos e sensibilizados com anti-D. O material genético foi submetido para determinar o tipo de RHD variante. **Resultados:** Os fenótipos das amostras deste estudo 50% apresentam fenótipo Dce. Dados de prontuário dos pacientes/doadores, e histórico transfusional, foram analisados para verificar a possível origem da sensibilização anti-D. A maioria possuem fenótipo RHD/RHCE, Dce, e ocorreu a presença de D fraco tipo 4.2, DAR. **Discussão:** Neste estudo, oito pacientes e doadores RhD positivos com anticorpos anti-D foram genotipados. A principal variante RHD encontrada foi o Rh fraco D tipo 4.2, DAR, 75% Dce. Vários estudos associam os alelos RHD*DAR ao haplótipo Dce, corroborando os resultados encontrados descrevendo a variante DAR, como variante de alta frequência aumentando o risco transfusional na formação de aloanticorpos. Comparando os prontuários, devido a transfusões constantes por suas doenças de base, a sensibilização com anti-D ocorreu por serem RHD variantes não identificados com as metodologias utilizadas. Este estudo teve número limitado de amostras, porém tem sua relevância ao dar início à investigação das variantes de RhD na população de pacientes e doadores da hemorrede paranaense. Sugere-se protocolo de genotipagem para as variantes RHD, em pacientes de origem africana e falciformes, e em paralelo para doadores de mesma origem. Protocolo este beneficiaria pacientes com a transfusão de unidades compatíveis para o genótipo RHD, de modo a otimizar o ganho transfusional, evitando aloimunização anti-D e reações hemolíticas transfusionais. Registro mais eficiente, dentro do sistema da Hemorrede Paranaense, das amostras de doadores e pacientes aloimunizados para antígenos eritrocitários, principalmente identificados como possível RHD variante, a fim de possibilitar dados estatísticos relevantes para futuros estudos complementares. **Conclusão:** Verificamos que pacientes ou doadores com RHD variantes, não identificadas, que devido



suas doenças de base, principalmente as hematológicas que necessitam de transfusão de sangue, no caso de pacientes, ou sensibilizações a esclarecer em doadores de sangue, bem como as gestantes, que correm maior risco de imunização, pela presença de variantes RHD. Neste trabalho, a variante RHD 4.2, DAR está bastante presente nesta população analisada, responsável pela aloimunização destes indivíduos. Fenótipo Dce, foi o mais prevalente na variante encontrada. A inclusão da investigação molecular, ou protocolos que possam reduzir o risco de sensibilização de RHD variantes não identificadas pelos protocolos atuais, são de grande importância na prevenção e na segurança transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.561>

560

ANTI-A PASSIVO APÓS INFUSÃO DE IMUNOGLOBULINA: RELATO DE CASO

A.B.V.D. Santos, M.C.A. Olivato, C.G. Schimidt, R.C.S. Alves, D.E. Fujimoto, A.C. Coletti, S.M. Luporini, P.B. Soares, C.H. Godinho, V.F. Dutra

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Relato de caso: Paciente feminina de 1 a e 10 meses, grupo sanguíneo A positivo, apresentou teste direto da antiglobulina (TAD) positivo, sendo identificado no eluato um anticorpo IgG, anti-A. Em avaliação retrospectiva, a paciente recebeu 3 transfusões de plaquetas randômicas e uma de hemácias, todas ABO idênticas. Em avaliação de prontuário foi constatado que, cinco dias antes da detecção do anticorpo, paciente havia recebido tratamento com imunoglobulina (IGIV), apresentando níveis de hemoglobina (Hb) de 12 g/dl e plaquetas de 4000/mm³, e, quatro dias após uma dose de 2 g/kg, apresentou queda do valor da hemoglobina para 8,7 g/dl com plaquetas de 26000/mm³. Da mesma forma, dois meses antes, quando também havia recebido imunoglobulina, lactente apresentava Hb de 9,3 g/dl e plaquetas de 10000/mm³ no dia da infusão e, três dias após, foi detectado decréscimo dos níveis de Hb para 6,9 g/dl e plaquetas 6000/mm³, com necessidade de transfusão de concentrado de hemácias. Contudo, nessa ocasião, o TAD não foi realizado. Além disso, por ter sido um achado retrospectivo, em nenhuma das ocasiões foi possível realizar provas de hemólise. **Discussão:** A presença de anti-A no TAD sugere um anticorpo passivo, tendo sido excluídas causas transfusionais, uma vez que todos hemocomponentes recebidos eram isogrupos. A IGIV é comumente usada como um tratamento imunomodulador para pacientes com doenças autoimunes e inflamatórias. Neste sentido, é importante frisar que a diversidade antigênica do painel de imunoglobulina é assegurada através da preparação de IVIG a partir de plasma combinado obtido de milhares de doadores saudáveis, possuindo títulos mensuráveis de anticorpos anti-A e anti-B, que variam entre diferentes preparações, dependendo da distribuição dos tipos de grupos sanguíneos no doador de plasma. Apesar de a literatura mostrar casos isolados de hemólise pelo uso de IGIV, o título de isohemaglutininas em IGIV é limitado ao máximo de 1:64. Porém, há descrição de associação entre hemólise clínica e títulos maiores que 1:16. Além disso, estudos com

