Objetivo: Relato de estudo imunohematológico inconclusivo, tendo por finalidade compartilhar essa experiência afim de verificar possíveis casos similares e outras condutas técnicas realizadas. **Descrição:** Paciente: R. M. M, 21 anos, masculino, brasileiro diagnosticado com anemia aplástica grave, submetido a transplante de medula óssea alogênico aparentado isogrupo em junho de 2021. Enxertia neutrofílica no D+21, porém evoluindo com função pobre do enxerto, plaquetopenia sustentada e dependência transfusional. Em 13/06/2023 foram realizados testes pré-transfusionais que apresentaram os seguintes resultados: tipagem sangüínea: O RH(D): Positivo; teste de antiglobulina direto (TAD): Positivo (IgG+ / IgA- / IgM- / C3c- / C3d- / CTL -); eluato: Negativo (Método: eluição ácida); Pesquisa de Anticorpos irregulares (PAI): Positiva apenas em gel LISS CoombsI/gel IgG; identificação do(s) Anticorpo(s) Sérico(s): Aloanticorpo Indeterminado (reativo com todas as células do painel); autocontrole positivo. Outros Testes realizados mostraram, triagem enzimática em Gel NaCl e Gel IgG: Negativas (Antígeno sensível a papaína); triagem em gel IgG: Positiva mesmos após tratamento sérico com DTT 0,01M; inibição com pool de plasma para descarte de Anti-CH/Rg: triagem positiva, descartado Anti-Ch/Rg; PAI Positiva com hemácias tratadas com DTT 0,2M, antígeno resistente; anticorpo não reativo contra hemácias de cordão: Negativo (gel IgG); pesquisa de subclasse de IgG (indireta): IgG1 1:1 Neg. / IgG3 1:1 Neg. Histórico Transfusional: 103 CHIFs entre 9/6/2021 e 9/6/2023. O paciente iniciou seu tratamento em nosso serviço, em 09/06/2021 apresentando o fenótipo Pré-TMO: C+, Cw-, c+, E-, e+; K Dupla População celular. (Obs. Fenotipagem realizada em já apresentando dupla população (antígeno K) visto que ele já havia iniciado o tratamento em outro serviço). Realizada também a Fenotipagem Eritrocitária da doadora de CPH: C+, Cw-, c-, E-, e+; K–, k+, Kp(a-b+); Jk(a+b-); M-, N+, S-, s+; Fy(a+b+); Di(a-); Lu(b+). Este padrão de pesquisa vem se apresentando desde 09/06/21, apenas com variações em relação a intensidade e número de células reativas e em muitas ocasiões a pesquisa de anticorpos se apresenta negativa em LISS e NaCl (papaína) bem como o Coombs Direto e Eluato em curtíssimo intervalo de tempo (4 dias) entre uma pesquisa e outra. Encaminhamos a amostra ao Laboratório de referência para a realização de estudos sorológicos e moleculares, como resposta obtivemos a exclusão de aloanticorpos anti-E, anti-c, anti-K, anti—Jkb e anti-S. As técnicas moleculares utilizadas (bloodChip kit ID Corext Progenika e multiplex para os sistemas CROMER E KNOPS), não demonstraram ausência de nenhum antígeno de alta frequência que pudesse colaborar com alguma outra suspeita. Como resultado final liberado pelo Laboratório de referência, o anticorpo em questão foi caracterizado como autoanticorpo, apesar do eluato se apresentar negativo. **Conclusão:** Anticorpo sérico indeterminado, dirigido a antígeno de alta frequência aparentemente sem importância clínica transfusional, que como característica principal se comporta de modo atípico, ora reativo ora não reativo em curto espaço de tempo (quatro dias), com incremento transfusional adequado e sem apresentar testes hemolíticos alterados (DHL, Bilirrubina Direta, TAD e Eluato).

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1367

DOAÇÃO MATERNA DE SANGUE RARO PARA EXSANGUINEOTRANSFUSÃO EM RECEM NASCIDO COM DOENÇA HEMOLÍTICA

BB Arnold, MT Souza, LP Menezes, BB Cal, AB Castro, CL Miranda, P Bonichini-Junior, TSP Marcondes, LL Almeida, PC Garcia-Bonichini

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB-Unesp), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Doença Hemolítica do Feto e do Recém Nascido (DHFRN) ocorre por aloimunização materna após exposição a antígeno eritrocitário incompatível e denota alta morbimortalidade fetal. Causa hemólise, anemia, hidropisia e morte do feto; ao recém-nascido (RN), hiperbilirrubinemia que pode levar a condição cerebral grave. **Objetivo:** relatar caso de sangue materno raro, polialoimunizado, necessitando de doação da mãe para Exsanguinotransfusão (EXT) no RN. **Relato de caso:** Gestante, 29 anos, sem comorbidades prévias, grupo sanguíneo A RhD negativo. Antecedentes obstétricos incluíam três gestações prévias de partos naturais, diferentes pais: (2011) 34 semanas, com isoimunização Rh, necessidade de EXT e sequela auditiva; (2013) 38 semanas, sem intercorrências; (2018) 37 semanas, natimorto por hidropisia fetal. Acompanhando em pré-natal de alto risco na sua quarta gestação. Realizada análise sorológica e molecular do sangue materno: Teste Direto da Antiglobulina (TAD) negativo no tubo e gel; pelos métodos Gel-Enzima (Papaína) e Gel-Liss e pela genotipagem eritrocitária foram identificados múltiplos aloanticorpos. Fenotipagem estendida deduzida do genótipo: D-C-E-c+e+ (rr); K-k+; Kp(a-b+); Js(a-b+); Jk(a-b+); Fy(a-b+); M-N+; S-s-; U*var*; Mia-; Di(a-b+); Do(a-b+); Hy+; Jo(a+); Co(a+b-); Yt(a+b-); Lu(a-b+). Concluída presença de anticorpos anti-D, anti-C, anti-JKa e um anti-U-like ou anti-U. Com 20 semanas gestacionais, havia sinais de anemia grave (polidrâmnio, ascite e aumento do pico da velocidade sistólica ao US morfológico), indicando Transfusão Intrauterina (TIU), feito 6 sessões ao total. Prevendo possibilidade de EXT ao nascimento e impossibilidade de sangue compatível para o RN na Hemorrede, optado pela doação de sangue materno e resolução da gestação em tempo hábil para seu uso. Parto induzido com 35 semanas, via vaginal, sem intercorrências. Nas primeiras horas de vida, RN recebeu transfusão de Concentrado de Hemácias (CH) da doação materna (20 mL/kg) e, no dia seguinte, realizado EXT com o restante do sangue materno doado. Seguiu-se 4 dias de fototerapia, normalizando Bilirrubina Indireta (BI). **Discussão:** Foca-se em prevenir e minimizar complicações da DHFRN. EXT é um dos principais recursos e busca corrigir a anemia, reduzir título dos anticorpos maternos, remover hemácias sensibilizadas e BI antes da sua difusão para os tecidos. O CH na EXT deve ter <5 dias, ser irradiado e compatível com o soro da mãe. Os anticorpos maternos no caso descrito apresentam importância clínica para reações hemolíticas. O fenótipo U*var*, causado pela variante P2, ocorre devido a uma alteração de sítio de *splicing* no gene GYPB, resulta na ausência do antígeno S e na expressão variante antígeno U na Glicoforma B, podendo desenvolver anticorpo anti-U-like ou anti-U. Doadores com esse fenótipo são raros e um desafio transfusional. A RDC n°

153 (2004) ressalta que em DHRN sem sangue compatível para a transfusão do RN, a mãe é autorizada a realizar a doação de sangue, se consentimento do hemoterapeuta e obstetra. **Conclusão:** Diagnóstico preciso da aloimunização e do provável desenvolvimento da DHFRN foram importantes no desfecho favorável do RN. A atuação hemoterápica precoce e a elucidação dos casos imuno-hematológicos usando ferramentas sorológicas e moleculares tornam-se essenciais para o sucesso e o manejo de doenças relacionadas à aloimunização na gestação.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1368

ANÁLISE DAS REQUISIÇÕES DE TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE HEMÁCIAS POR UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SÃO PAULO, BRAZIL NO PERIODO DE JANEIRO A ABRIL DE 2023

MFM Malanga [a], D Fujimoto [a], ACM Malanga [a], FL Lino [b], AP Cortez [c]

[a] *Universidade Santo Amaro, São Paulo, SP, Brasil*
[b] *Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), São Paulo, SP, Brasil*
[c] *Associação Beneficente de Coleta de Sangue (COLSAN), São Paulo, SP, Brasil*

Objetivos: Evidenciar a influência do valor da hemoglobina na solicitação e na quantidade de Concentrados de Hemácias (CH) durante os meses de janeiro a abril de 2023 em um serviço de hemoterapia da cidade de São Paulo/SP. Analisamos a conformidade dessas solicitações baseado no protocolo da *American Society of Hematology* (ASH) em 2013. **Materiais e métodos:** Estudo observacional e retrospectivo onde revisamos os registros das requisições de transfusão de CH nos setores de Hematologia, Oncologia e UTI no período de janeiro a abril de 2023, de um hospital terciário com 735 leitos da zona sul de São Paulo. Pacientes hemodinamicamente instáveis foram excluídos. Levantamos 514 solicitações e analisamos no programa Excel os valores de Hemoglobina (Hb) e quantidade de bolsas de CH solicitadas. Reservas cirúrgicas foram excluídas da avaliação. **Resultados:** Em 280 (54%) de 514 requisições, o valor de Hb ≤7,0 g/dL (de 4,8 a 7,0). Em 168 (33%) do total de requisições, o valor de Hb estava entre 7,1 e 8,0 g/dL (Hb 7,1 a 8,0). Por fim, 66 (13%) requisições foram solicitadas com o valor de e Hb >8,0 g/dL. Em relação à quantidade de bolsas (em unidades) CH, observamos: (1) 1U (unidade) de CH em 357 requisições (69%) sendo 180 (50%) com Hb ≤7,0 g/dL, 126 (36%) com Hb entre 7,1–8,0 g/dL e 51 (14%) com Hb >8,0 g/dL; (2) 2U de CH em 147 requisições (29%) sendo 96 (65%) com Hb ≤7,0 g/dL, 41 (28%) com Hb entre 7,1–8,0 g/dL e 10 (7%) com Hb >8,0 g/dL; (3) 3 ou 4U de CH sendo 5 (50%) com Hb ≤8,0 g/dL e 5 (50%) com Hb >8, /dL. **Discussão:** A transfusão de sangue tem sido uma terapia adjuvante com potencial de salvar vidas. A relação direta entre o aumento do valor da hemoglobina pela transfusão de sangue e o aumento da oferta de oxigênio nem sempre existe, mas o Hb é o principal parâmetro laboratorial usado na tomada de decisão transfusional. As evidências atuais sugerem que a estratégia transfusional restritiva é plausível e deve nortear a prática clínica majoritariamente. As complicações das transfusões podem ser reduzidas apenas com a prescrição de uma unidade por vez com reavaliação do paciente, segundo os princípios básicos do Patient Blood Management. O protocolo ASH-2013 segue essas evidências. Baseado nele, consideramos que das solicitações com Hb ≤7 g/dL apenas àquelas com pedido de 1U de CH foram classificadas como adequadas; as indicações com Hb >8,0 dL e/ou com pedido com ≥2U de CH foram classificadas adequados; as solicitações com valores de Hb entre 7,1 e 8,0 g/dL não puderam ser classificadas já que para isso haveria a necessidade da descrição do contexto clínico dos pacientes. Logo, evidenciamos que 35% das solicitações estavam em conformidade (180 solicitações) e 3% (15 solicitações) em não-conformidade com o protocolo ASH-2013. **Conclusão:** Apesar da decisão médica acerca das requisições de hemocomponentes ser pautada nos achados clínicos do paciente, o valor da hemoglobina exerce grande influência no momento terapêutico e na quantidade de concentrados de hemácias solicitados. A falta de conformidade da solicitação de CH perante o protocolo ASH-2013 pode acarretar exposição transfusional desnecessária e desperdício de hemocomponentes por indicações inconsistentes.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1369

RECORTE DA PREVALÊNCIA DAS MUTAÇÕES RELACIONADAS A HEMOCROMATOSE EM PACIENTES REFERENCIADOS PARA REALIZAÇÃO DE SANGRIA TERAPÊUTICA EM BANCO DE SANGUE PRIVADO EM SALVADOR - BAHIA

CDES Ribeiro, CLA Rocha, NJ Moitinho, LA Azevedo

Grupo GSH, Brasil

Objetivo: Descrever as mutações relacionadas a Hemocromatose Hereditária em pacientes submetidos a sangria terapêutica atendidos em banco de sangue privado em Salvador - Bahia. **Métodos:** Foram selecionados pacientes referenciados para realização de sangria terapêutica no banco de sangue do Grupo GSH, unidade Salvador Bahia, no período entre janeiro e junho de 2023. Foram descritas as causas de encaminhamento e, em caso de HH, as mutações identificadas. **Resultados:** 132 pacientes foram submetidos a sangria terapêutica no período. 84,48% possuíam diagnóstico/suspeita de hemocromatose hereditária - 7,92% correspondiam a mutação em homozigose do gene C282Y e 11,8% mutação composta de C282Y e H63D em heterozigose. A mutação mais frequentemente encontrada foi relacionada ao H63D (41,28% do total). As indicações que se seguiam em maior frequência foram a causa metabólica (47,52%) e poliglobulias de causas secundárias (17,16%). **Discussão:** A sangria terapêutica é um procedimento de extrema importância para o tratamento de doenças como Hemocromatose Hereditária, por exemplo. Apesar das indicações bem definidas em Guidelines internacionais, há grande frequência de indicações não clássicas como demonstrado no presente estudo como nos pacientes com mutação apenas no gene H63D. **Conclusão:** Os dados apresentados sugerem que há número grande de prescrição de sangrias