

CONSIDERAȚII ASUPRA TRANSFUZIEI TROMBOCITARE *

dr. P. Kolumbán, dr. Paraschiva Sz. Erdei, dr. A. Felméri,
dr. Al. Bedő, dr. Gh. Kiss

Indicația majoră a transfuziei este substituirea singelui, respectiv a uneia din fracțiunile sale, care lipsește sau este deficitară. În ultima vreme se pune accent tocmai pe folosirea diferențiată a derivatelor sanguine (8, 9), printre care se numără și preparatele trombocitare. Utilizarea plachetelor sanguine în scop terapeutic s-a extins după ce s-a recunoscut că o mare parte a stărilor hemoragipare sînt condiționate de deficiențele cantitative, mai rar calitative ale trombocitelor, ce pot fi corectate în multe situații prin administrarea de trombocite viabile (1, 10). În acest sens s-au pus la punct și metodele de preparare a unor astfel de produse (4, 5, 7, 10, 12). Tendința aplicării preparatelor trombocitare în scop substitutiv este ușor de înțeles, dacă se ia în considerare rolul important ce-l au în diferitele faze ale hemostazei.

Material și metodă

La Centrul de recoltare și conservare a singelui din Tîrgu Mureș, preparăm produse trombocitare din anul 1964. Sursa acestora este singele integral proaspăt, recoltat în ziua respectivă, sau cel mult cu 24 de ore înainte. Singele folosit este izogrup cu cel al bolnavului, compatibil în seria eritocitară, stabilizat cu soluție nr. 7 (Moscova), mai recent cu stabilizator A.C.D.

Ca produs trombocitar — în funcție de cereri și de posibilitățile noastre momentane — am întrebuițat fie *masă trombocitară* (m tr.), fie plasmă nativă proaspătă bogată în trombocite, denumită de noi *plasmă trombocitară* (2) (pl. tr.). În cazurile cu hemoragii masive am administrat de asemenea și *singe integral proaspăt* (3), care pe lângă înlocuirea volumului de singe pierdut constituie și un aport de trombocite viabile.

Plasma trombocitară se obține din singele integral prin decantarea plasmei supernatante, după sedimentarea masei de eritrocite, produsul avînd un număr de trombocite pe mm^3 ce oscilează în jurul valorilor normale.

La prepararea masei trombocitare se pornește de la plasma trombocitară, care se centrifughează în continuare la 1000 de turații pe minut, timp de 45 de minute, sedimentul — format în majoritatea sa din trombocite — fiind resuspendat apoi în cca. 10 ml plasmă supernatantă detrombotizată. Preparatul obținut conține 1,5—2,5 milioane trombocite mm^3 .

În cursul preparării acestor produse avem în vedere traumatizarea cit mai redusă a plachetelor și administrarea lor în cel mai scurt timp de la preparare (12).

Materialul nostru cuprinde 91 de bolnavi, de la 9 unități sanitare din orașul Tîrgu Mureș,** cărora între 1964—1970 li s-a administrat masă trombocitară în 120 de cazuri, iar plasmă trombocitară în 256 de cazuri. Produsele s-au administrat într-o mare varietate de cazuri, atît în privința diagnosticului, cit și în ceea ce privește tratamentul medicamentos. În cele ce urmează am analizat numai acele cazuri — în număr de 38 (42%) — la care s-a evidențiat o deficiență trombocitară,

* Comunicare prezentată la ședința U.S.S.M., filiala Mureș, Secția de laborator clinic, 10 iunie 1970.

** Exprimăm mulțumiri conducătorilor clinicilor respective și medicilor punctelor de transfuzii pentru amabilitatea cu care au binevoit să ne pună la dispoziție datele necesare.

Tabelul nr. 1

A. Hemoragiile de origine trombocitară

1. Leucoză acută	6 cazuri
2. Leucoză mieloidă cronică	2 cazuri
3. Panmielopatie	3 cazuri
4. Purpură trombocitopenică idiopatică (P.T.I.)	4 cazuri
5. Hipersplenism	3 cazuri
6. Trombocitopenie imunoalergică	2 cazuri
7. Trombocitopenii cu etiopatogenie necunoscută	2 cazuri
8. Trombastenie (Willebrand)	1 caz

Total: 23 cazuri

B. Hemoragiile de origine mixtă

(Deficiență trombocitară asociată cu vasculopatie și/sau deficiență de factori plasmatici)

1. Periflebită retineană	6 cazuri
2. Hemoragia corpului vitros	4 cazuri

Total: 10 cazuri

C. Hemoragiile de origine neclarificată

(Cazuri de urgențe cu eventuale implicații trombocitare)

1. Hemoragie digestivă	4 cazuri
2. Epistaxis	1 caz

Total: 5 cazuri

respectiv perturbarea plachetară nu a fost exclusă (tabelul nr. 1). Aceste cazuri au fost analizate pe baza următoarelor criterii:

- Simptomatologia clinică (în primul rînd tipul și intensitatea hemoragiilor);
- rezultatele investigațiilor de laborator (scoțînd în evidență datele referitoare la trombocite, respectiv coagularea singelui);
- tratamentul transfuzional (felul și cantitatea produsului, numărul de transfuzii);
- complexitatea tratamentului medicamentos (citostatice, corticosteroizi);
- evoluția clinică și de laborator.

Rezultate și discuții

Pe baza rezultatelor clinice și de laborator cazurile au fost grupate după cum urmează:

1. *Ameliorate*, dacă starea clinică a bolnavului și investigațiile de laborator au demonstrat corecții nete, care în ansamblul terapeutic s-au manifestat mai ales după administrarea produselor trombocitare. Am avut 13 astfel de cazuri. Efectul a fost de obicei temporar. Totuși uneori am constatat remisiuni de durată uneori și repetate.

2. Am considerat *ameliorate parțial* acele cazuri, în număr de 12, la care după intervenții similare nu s-au obținut efectele din prima grupă. La acești bolnavi s-au observat adesea divergențe între corecțiile in vitro și evoluția, respectiv simptomatologia clinică.

3. În grupa *lipsă de efect* toate intervențiile terapeutice au fost ineficiente (13 cazuri).

Rezultatele sînt cuprinse în tabelul nr. 2. Avînd în vedere diversitatea cazurilor, atît în ceea ce privește diagnosticul, cît și în privința tratamentului paralel aplicat — produsele fiind administrate în cadrul unor medicații com-

Tabelul nr. 2

Diagnostic	Nr. cazuri	Tratament transfunczional			Tratament medicamentos		Rezultate			Observații
		m. tr.	pl. tr.	singe	cortico-steroidi	citostatice	ameliorat	amel. parțial	lipsă de efect	
Leucoză acută	6	4	4	6	6	6	3	2	1	
Leucoză mieloidă cronică	2	1	1	2	2	2	1	1	—	
Panmielopatie	3	3	1	3	3	—	2	—	1	Cauzele trombocitopeniei — 1 acutizare — 1 după tratament citostatic
P.T.I.	4	3	1	2	4	—	—	2	2	1 naștere fără compl. 1 supraviețuire de 7 ani
Hipersplenism	3	1	2	3	2	—	—	—	3	Ameliorare după splenectomie
Trombocitopenie imunoalergică	2	—	2	—	2	—	—	1	1	
Trombocitopenie cu etiologie necunoscută	2	1	2	1	1	—	1	1	—	1 naștere fără complicații
Trombastenie	1	—	1	—	1	—	—	—	1	pl. tr. cant. mică
Periflebită retineană	6	—	6	1	1	—	1	2	3	corecții „in vitro“
Hemoragia corpului vitros	4	—	4	—	—	—	3	1	—	
Hemoragie digestivă	4	1	4	4	1	—	1	2	1	
Epistaxis	1	1	—	1	1	—	1	—	—	
Total	38	15	28	23	24	8	13	12	13	

plexe — datele noastre nu reflectă rezultatele unor cercetări efectuate pe un material selecționat. Acest fapt îngreunează aprecierea efectului izolat al preparatelor, făcând posibilă doar o orientare, ce poate prezenta totuși un aport practic în problemă.

Supraviețuirea plachetelor transfuzate fiind scurtă, nu ne putem aștepta la un efect de durată (6, 11, 12). Produsele trombocitare pot constitui totuși o armă terapeutică prețioasă atunci, când hemoragia periclitează viața bolnavului sau funcționarea vreunui organ. Astfel, am obținut rezultate bune în hemoragiile corpului vitros, în câteva cazuri de leucoză cu sîngerări masive, precum și la două gravide ce prezentau hemoragii. Desigur, la efectul produsului au contribuit și factorii plasmatici ai coagulării prezenți în preparatele proaspete, mai cu seamă în cazurile cu hemoragii de origine mixtă. Cităm pe scurt cazul unui bolnav de leucoză acută, care pe lângă tratamentul medicamentos complex, a beneficiat de transfuzii de sînge și produse trombocitare în cantități mari, reușind să-i echilibrăm hemostaza, cu toată evoluția rapidă a bolii și tendința ce o prezenta la hemoragii (fig. nr. 1).

În general nu am obținut rezultate satisfăcătoare în cazurile de trombocitopenii imunoalergice, purpură trombocitopenică idiopatică (P.T.I.) și în hipersplenism.

Administrarea preparatelor trombocitare — ca orice transfuzie — are și ea riscurile ei (13, 14). Astfel, trei bolnavi au prezentat reacții de ordin imunologic, iar la doi pacienți am constatat apariția hepatitei epidemice.

Concluzii

Tratamentul cu preparate trombocitare este în primul rînd substitutiv, avînd ca scop înlocuirea trombocitelor bolnavului deficitare numeric sau calitativ. În acest sens, în unele cazuri de trombocitopenii, ce au la bază o producție scăzută de plachete sanguine (leucoze, pancitopenii), tratamentul cu preparate trombocitare poate fi aplicat cu perspectiva ameliorării stării bolnavului. Acesta mai ales dacă transfuzia se face cu scopul jugulării hemoragiilor, pînă la instalarea remisunii condiționate de tratamentul complex. Trebuie avut însă în vedere faptul că, efectul este limitat de durata scurtă de supraviețuire a plachetelor administrate.

La o mare parte a bolnavilor cu deficiențe trombocitare nu ne putem aștepta însă la rezultate deosebite în urma transfuziilor trombocitare, mai ales în acele cazuri în care predomină distrugerea plachetelor (P.T.I., trombocitopenii imunoalergice) și în hipersplenism. Avînd în vedere și riscurile posibile, indicația aplicării acestui tratament trebuie să se facă cu multă prudență, bazat pe cît posibil pe date etiopatogenice.

Sosit la redacție: 23 februarie 1971.

Bibliografie

1. CRONKITE E. P., JACKSON D. P.: Progress in Hematology, Ed. Grune-Stratton, New York, 1959; 2. ERDEI SZ. P., IZSÁK A., KOLUMBÁN P.: Experiența noastră privind prepararea și folosirea produselor trombocitare. Simpozionul: Probleme actuale ale transfuziei de sînge, București, 23 oct. 1969; 3. GARDNER F. H., COHEN P.: cit. 10; 4. LANGFELDER M.: Orv. Hetil. (1967), 108, 1206; 5. LANGFELDER M., PINTÉR J., JAKSCHITZ GY.: Transfusio (1970), 4 1, 13; 6. MARTIN H., NOWICKI L.: Blut (1968), 18, 73; 7. NICOLAU C. T.: comunicare personală; 8. POPESCU E. R.: — comunicare personală; 9. POPPA C., NICOARĂ S.: Utilizarea rațională a transfuziei de sînge și derivate; Ședința Societății de medicină internă, U.S.S.M., București, 11 iun. 1963; 10. RÁK K.: Orv. Hetil. (1967), 108, 1201; 11. SEIDL S.: Blut (1968), 18, 90; 12. SPIELMANN W.: Blut (1968), 18, 65; 13. THEODORESCU A., CONSTANTINESCU N., SABO-VĂTAȘESCU D.: Doc. Haemat. (1968), 2, 109; 14. THIERFELDER S., PFISTERER H.: Blut (1968), 18, 97.