

Transfusiestrategiën voor poliklinische chronisch transfusieafhankelijke patiënten – een survey in Nederlandse ziekenhuizen



R.P.B. Tonino^{1,2,3}, J.J. Zwaginga^{1,2,5}, M.R. Schipperus^{1,3,4,5}

¹TRIP Nationaal bureau voor hemo- en biovigilantie, ²LUMC, ³HagaZiekenhuis, ⁴UMCG ⁵Sanquin

Inleiding

Patiënten die regelmatig erythrocytentransfusies krijgen lijden doorgaans aan ziektes zoals MDS, MPN, thalassemie en aplastische anemie. Hoewel deze patiëntengroepen samen ongeveer 20-30% van alle bloedproducten in Europa krijgen, is er maar weinig bekend om richtlijnen voor transfusiestrategiën op te baseren. Kosten, logistiek en transfusiebijwerkingen zoals ijzerbelasting zijn redenen om restrictief te transfunderen. Verminderde cardiopulmonale compensatiecapaciteit en kwaliteit van leven kunnen redenen zijn om een hogere trigger te hanteren. De huidige transfusierichtlijn geeft geen advies

anders dan 'een individueel transfusiebeleid op basis van gepercipieerde kwaliteit van leven'. Onduidelijkheid over de parameters waarop het transfusiebeleid gebaseerd moet worden leidt onvermijdelijk tot over- en ondertransfusie van bepaalde patiënten. Om een overzicht te krijgen van het huidige beleid in de praktijk hebben wij een survey onder hematologen in Nederland gedaan met als doel inzicht te krijgen in de gehanteerde 1)transfusietriggers 2)transfusie hoeveelheden 3)transfusie-intervallen en 4) factoren die voorgaande beïnvloeden.

Methode

We hebben een gestructureerde 40-vragen online survey rondgestuurd aan leden van Nederlandse Vereniging van Hematologen. Algemene vragen waren gericht op harde en zachte uitkomsten (eg. Hartfalen en kwaliteit van leven) die mogelijk invloed hebben op het transfusiebeleid. Daarnaast vroegen we respondenten een aantal vragen in te vullen over een of meer individuele transfusieafhankelijke patiënten van hen om de daadwerkelijke praktijk te vergelijken met algemene respons.

Resultaten

Met 50 respondenten werd een respons rate van 30% behaald, waarbij 7/8 universitaire ziekenhuizen (56% van de respondenten) gerepresenteerd werden. De meest gerapporteerde transfusiestrategiën waren 1-2 EC's (range 1-3) elke 2-4 weken (range 1-12 weken) met een gemiddelde trigger van 5.0 mmol/L (range 4.0-6.0 mmol/L) (fig. 1). Patiënt specifieke parameters die volgens de respondenten het meest invloed hadden op het transfusiebeleid waren: angina pectoris, hartfalen, kwaliteit van leven, dyspnoe en zelfredzaamheid (fig.2.). Behandelaren met meer ervaring rapporteerden meer invloed van softere uitkomsten zoals activiteit, mobiliteit en zelfredzaamheid dan hun jongere collega's. Bij het analyseren van de individuele patiënt-specifieke respons viel op dat angina pectoris en het ferritine-level gerelateerd waren aan de hoogte van de transfusietrigger, ondanks het feit dat behandelaren aangaven dat ijzerparameters geen tot weinig invloed op het beleid hadden. Andere factoren die het beleid beïnvloeden zijn: Reden van anemie(diagnose) en actieve therapie (chemotherapie gemiddeld lagere trigger: 4.7mmol/L)

Bubbleplot of various transfusion strategies

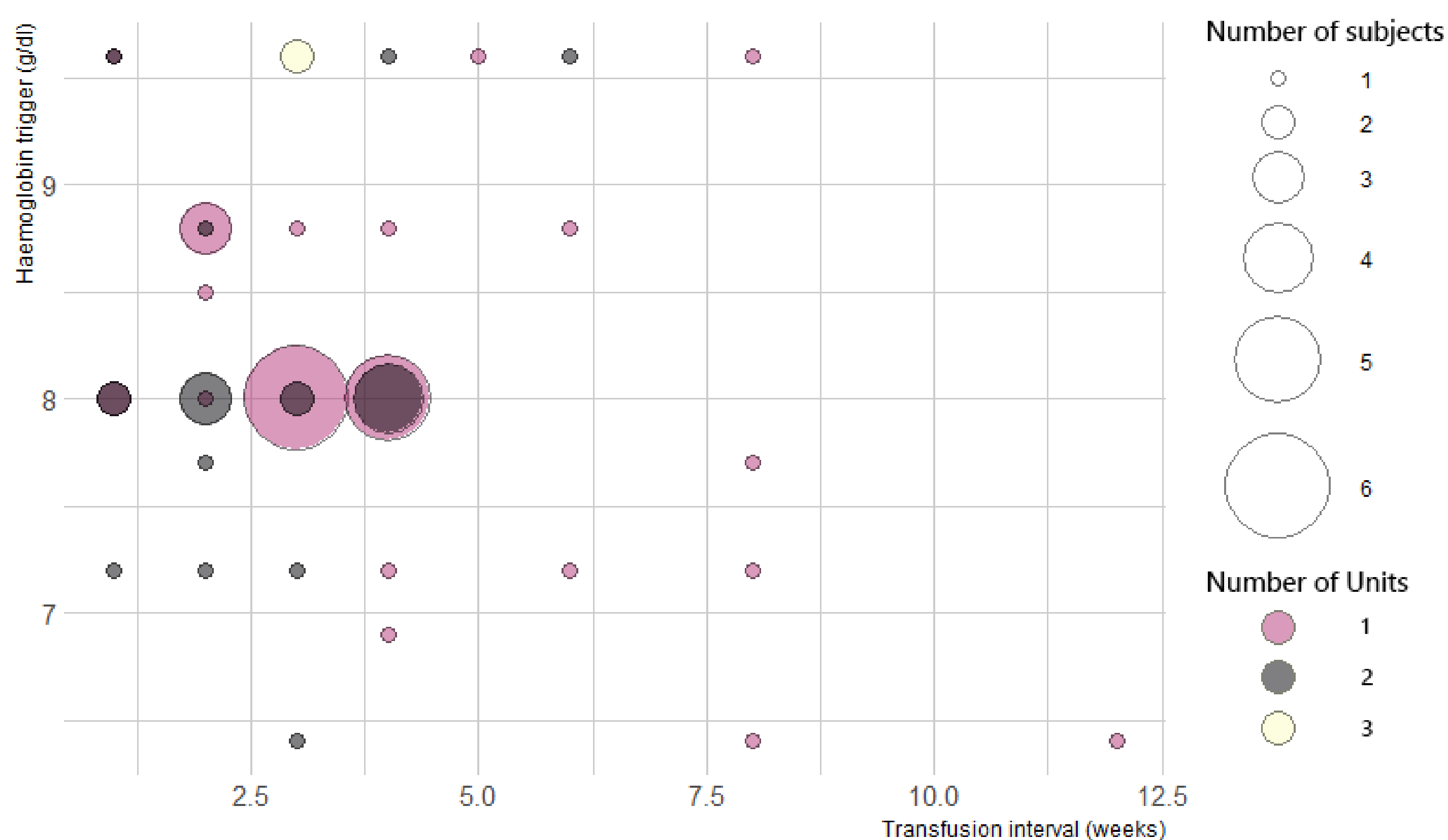


Fig. 1. Gerapporteerde transfusiestrategiën. Hb-trigger uitgezet tegen transfusie interval, in kleur wordt de hoeveelheid getransfundeerde units per transfusie getoond, de grootte van de bubble toont hoe vaak diezelfde strategie gehanteerd wordt binnen deze groep (n=56).

Tabel 1. Transfusiehoeveelheid afhankelijk van Hb pre-transfusie

	Aantal ECs getransfundeerd per episode			Cumulatieve hoeveelheid ECs (mean per patiënt)	
	1 EC n= (%)	2 ECs n= (%)	3 ECs n= (%)		
Hb-niveau onder de persoonlijke trigger	<0.5 mmol/L	22 (38%)	34 (59%)	2 (3%)	95 (1.6 pp)
	0.5-1.0 mmol/L	8 (14%)	41 (71%)	9 (16%)	117 (2.0 pp)
	>1.0 mmol/L	0	26 (45%)	32 (55%)	148 (2.6 pp)

Conclusie

- Er is een brede variatie aan transfusiestrategiën met als meest gebruikte 1-2 ECs per 2-4 weken met een trigger van 5.0mmol/L
- De zwaarst wegende factoren voor het vaststellen van de transfusiestrategie zijn (geschatte) cardiopulmonale compensatiecapaciteit, kwaliteit van leven en zelfredzaamheid
- Niet gerapporteerd als zwaarwegend, maar wel van invloed is het ferritinegehalte
- Verder onderzoek is nodig naar parameters om transfusiebeleid op te baseren, zodat restrictief getransfundeerd kan worden zonder te veel kwaliteit van leven in te leveren

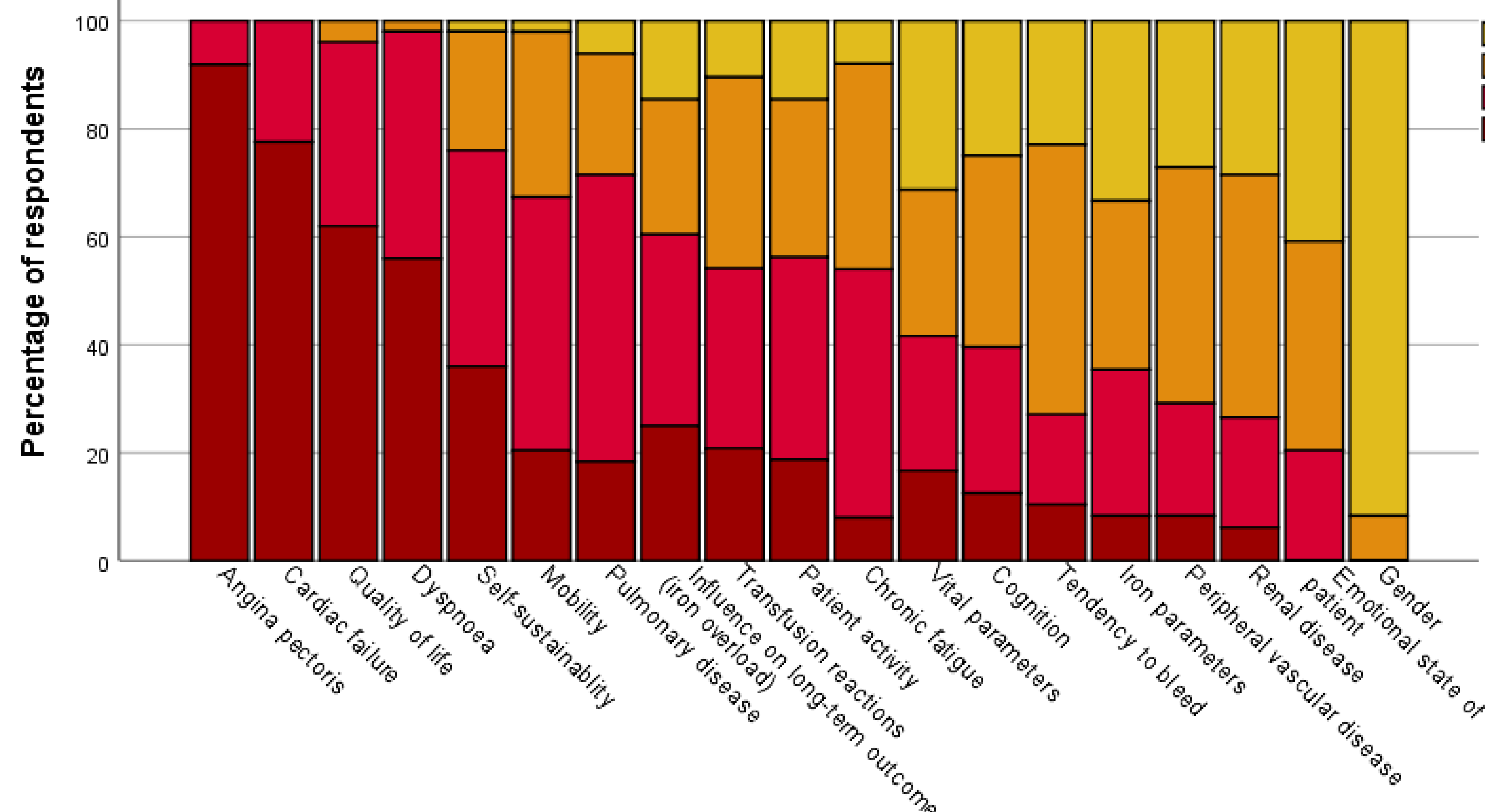


Fig. 2. Overzicht van reacties hoeveel elke factor het transfusiebeleid beïnvloed, gerangschikt van meest(AP) tot minste invloed (geslacht)