

Trousse d'utilisation de l'immunoglobuline en Ontario

RRoCS
Bureau du Centre
416.480.6100, p. 89433

RRoCS
Bureau du Nord et de l'Est
613.798.5555, p. 19741

RRoCS
Bureau du Sud-Ouest
905.521.2100, p. 76850

www.transfusionontario.org

Table des matières

Abréviations et définitions

Lignes directrices de gestion de l'utilisation Onglet 1

Mise à jour de la stratégie ontarienne de gestion de l'utilisation de l'Ig 31 janvier 2018

Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'Ig version 4.0, janvier 2018

Commander de l'Ig en Ontario. Onglet 2

Utilisation du formulaire de demande d'Ig 31 janvier 2018

Demande d'Ig du MSSLD de l'Ontario – indications autres que neurologiques version 5.0, janvier 2018

Demande d'Ig du MSSLD de l'Ontario – indications neurologiques version 3.0, janvier 2018

Ajuster la dose selon le poids Onglet 3

Calculatrice d'IMC / de dose version 3.0, 31 janvier 2018

Guide de perfusion et réactions indésirables Onglet 4

Guide de perfusion d'IgIV en Ontario version 2.0, 31 octobre 2015

Tableau de réactions indésirables à la perfusion d'IgIV version 2.0, 31 octobre 2015

Faits à l'intention des patients Onglet 5

Faits sur l'IgIV à l'intention des patients externes version 2.0, 31 octobre 2015

Voyager avec de l'Ig Onglet 6

Administration d'IgIV hors de la province version 1.0, janvier 2018

Éléments de politique et procédure à envisager pour le patient qui transporte de l'IgIV hors de l'Ontario version 1.0, janvier 2018

Formulaire d'entente de participation du patient version 1.0, janvier 2018

Lettre du médecin traitant version 1.0, janvier 2018

Lettre de transport d'IgIV version 1.0, janvier 2018

Remerciements version 3.0, 31 janvier 2018

Pour télécharger un exemplaire de ces documents, veuillez visiter

<http://transfusionontario.org/fr/documents/?cat=igiv>.

Le Réseau régional ontarien de coordination du sang remercie sincèrement de son soutien financier le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario.

Introduction

L'immunoglobuline intraveineuse (IgIV) et l'immunoglobuline sous-cutanée (IgSC) sont des produits préparés par divers fabricants commerciaux qui extraient de l'immunoglobuline gamma du plasma de donneurs.

L'immunoglobuline (Ig) est un traitement courant, indiqué ou non, de remplacement de l'Ig ou de modulation immunitaire.

En 2006, le Bureau de coordination des programmes de sang (maintenant appelé Organismes provinciaux du Réseau Trillium pour le don de vie, Programmes de sang et spécialisés ou OPRT-S) de l'Ontario a lancé une initiative liée au sang appelée Réseau régional ontarien de coordination du sang (RROCS). Ce réseau avait pour mandat de mobiliser les hôpitaux ontariens dotés de services de médecine transfusionnelle en créant des activités de formation et de communication et de soutenir les établissements en leur fournissant des outils pour améliorer l'utilisation des produits et la gestion des stocks. Parmi ses nombreux projets, le RROCS avait une initiative de gestion de l'utilisation de l'IgIV.

La première trousse d'Ig lancée en septembre 2010 visait à :

- Fournir des lignes directrices pour assurer une utilisation pertinente de l'immunoglobuline intraveineuse
- Transmettre aux professionnels de la santé intervenant dans la perfusion d'IgIV de l'information sur les pratiques optimales

La deuxième version de la trousse, publiée en 2012, comprenait un formulaire de demande d'Ig du MSSLD, une calculatrice de dose, de nouvelles lignes directrices sur la gestion de l'utilisation et de la perfusion d'Ig. Elle a été suivie d'un audit.

Le recours à l'Ig a énormément augmenté au Canada depuis 15 ans et la tendance se poursuit. Certaines années, la hausse dépasse les 10 %. Après le lancement de la stratégie du MSSLD et de la nouvelle version de la trousse en 2012, l'emploi d'Ig en Ontario a de fait diminué de 1,4 % en 2012-2013. Depuis, cependant, le nombre de grammes d'Ig envoyés dans des hôpitaux ontariens est passé d'environ 1,78 million en 2012-2013 à plus de 2,28 millions en 2016-2017. À un coût d'entre 55 et 65 \$ le gramme, on arrive à un coût annuel de plus de 143 millions de dollars. Une telle croissance du recours à l'Ig pourrait devenir insoutenable. Cherchant à assurer un emploi judicieux du produit, le MSSLD a mis en place une démarche pour déterminer la faisabilité de mettre en œuvre un mécanisme de tri et d'étude des demandes d'Ig dans des indications neurologiques. Le Projet pilote sur les demandes d'immunoglobuline (PPDI) en neurologie a vu le jour le 30 mai 2016. Les données collectées à la suite de cet essai pilote ont été analysées pour déterminer s'il était possible d'appliquer cette démarche à l'avenir pour améliorer la compréhension et le suivi de l'administration d'Ig en Ontario. Le rapport complet se trouve à : <http://transfusionontario.org/fr/documents/?cat=igiv>.

Voici la troisième version de la trousse d'utilisation de l'Ig. Vous y constaterez les changements suivants :

- La version 4.0 publiée le 31 janvier 2018 des Lignes directrices de gestion de l'utilisation de l'Ig Ontario
- Des formulaires de demande d'Ig du MSSLD :
 - Demande pour des indications autres que neurologiques, version 5.0, janvier 2018 et
 - Demande pour des indications neurologiques, version 3.0, janvier 2018
- Mise en œuvre d'une nouvelle plateforme de calculatrice de dose et d'un outil accessoire pour calculer l'IMC
- Nouvelles versions des Lignes directrices de gestion de l'utilisation de l'immunoglobuline intraveineuse et du tableau des réactions indésirables, version 2.0, 31 octobre 2015
- Faits sur l'IgIV pour les patients externes, version 2.0, 31 octobre 2015
- Documents pour les patients qui voyagent avec de l'IgIV, version 1.0, 31 janvier 2018

Pour obtenir plus d'information au sujet de marques précises d'IgIV sur le marché, veuillez consulter le « Tableau comparatif des immunoglobulines » publié par la Société canadienne du sang. La version la plus récente se trouve sur le site Web de la SCS à www.blood.ca.

Abréviations et définitions

Abréviations

AF	Anémie falciforme (aussi appelée drépanocytose)
AHAI	Anémie hémolytique auto-immune
DIP	Déficit immunitaire primaire
EAD	Encéphalite aigüe disséminée
FS	Formule sanguine
GCSH	Greffe de cellules souches hématopoïétiques
GVHD	Maladie du greffon contre l'hôte
HTR	Réaction transfusionnelle hémolytique
HTRSC	Réaction transfusionnelle hémolytique liée à la drépanocytose
IBM	Myosite à inclusions
IgG	Immunoglobuline G
IgIV	Immunoglobuline intraveineuse
IgSC	Immunoglobuline sous-cutanée
IMC	Indice de masse corporelle
LMT	Laboratoire de médecine transfusionnelle
MG	Myasthénie grave
MHFN	Maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né
MII	Myopathie inflammatoire idiopathique
MIJ	Myopathie idiopathique juvénile
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
MvWA	Maladie de von Willebrand acquise
NMDA	Encéphalite à anticorps anti-récepteurs N-méthyl D-aspartate
NMM	Neuropathie motrice multifocale
PANDAS	Troubles neuropsychiatriques auto-immuns pédiatriques associés aux infections à streptocoques
PIDC	Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique
PPDI	Projet pilote sur les demandes d'immunoglobuline
PPT	Purpura post-transfusionnel
PV	Pemphigus vulgaire
RRoCS	Réseau régional ontarien de coordination du sang
SGB	Syndrome Guillain-Barré
SID	Déficit immunitaire secondaire
SMLE	Syndrome myasthénique de Lambert Eaton
SSITS	Système de surveillance des incidents transfusionnels
SHA	Syndrome hémophagocytaire acquis (associé à un virus)
SSJ	Syndrome de Stevens-Johnson
TACO	Surcharge volémique post-transfusionnelle
ÉNT	Épidermolyse nécrotique toxique
TAIF/N	Thrombopénie allo-immune fœtale ou néonatale
TIH	Thrombopénie induite par l'héparine
TPI	Thrombopénie immune
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Abréviations et définitions

Définitions

Dyspnée	Respiration difficile ou laborieuse
Pharyngite	Mal de gorge causé par une inflammation du fond de la gorge
Photophobie	Sensibilité exagérée à la lumière et malaise
Réaction indésirable	Effet non désiré et non intentionnel survenant pendant ou après la transfusion de sang, de composant ou de produit sanguin, qu'il soit ou non perçu comme étant lié à l'administration du sang, du composant ou du produit sanguin
Urticaire	Éruption cutanée sous forme de marques rouges souvent associée à des démangeaisons intenses

Lignes directrices de gestion de l'utilisation de l'IgIV et Stratégie

C'est le 11 novembre 2009 que les médecins responsables des Services de médecine transfusionnelle (SML) et le personnel-ressource ont reçu la première édition des Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'immunoglobuline intraveineuse. Le ministère de la Santé et des soins de longue durée a reconnu l'importance de ce travail et lance une stratégie relative à l'IgIV le 1er avril 2012. Dans le cadre de cette stratégie, *Les lignes directrices de gestion de l'utilisation de l'IgIV* ont été officiellement approuvées. La quatrième édition de ces lignes directrices fait partie de la présente trousse.

Un document appelé « Mise à jour de la stratégie ontarienne de gestion de l'utilisation de l'IgIV » en fait aussi partie : il décrit les mises à jour de la stratégie globale et la place qu'occupent les lignes directrices dans cette stratégie. Ce résumé des lignes directrices et de renseignements sur l'utilisation de l'IgIV a été préparé spécifiquement pour l'Ontario. Le document sur les lignes directrices fournit aux cliniciens des renseignements actualisés sur les emplois courants et appropriés de l'immunoglobuline. En 2015, des groupes de travail de chaque spécialité médicale ont mis à jour les lignes directrices qui ont par la suite été approuvées par leurs associations avant que le Comité aviseur sur l'immunoglobuline de l'Ontario les endosse. **Il est d'importance primordiale que les médecins de chaque hôpital soient au courant de cette information.**

Recommandations sur la dose maximale d'IgIV

Pour les indications cliniques suivantes qui figurent dans les Lignes directrices ontariennes sur la gestion de l'utilisation de l'IgIV, parmi les traitements courants par IgIV, **la dose maximale recommandée est de 2 g/kg par cycle de traitement**, tel que le mentionnent Feasby et ses collaborateurs dans l'article mentionné ci-dessous :

- Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC)
- Myopathie inflammatoire idiopathique (MII)

Pour les indications cliniques suivantes qui figurent dans les Lignes directrices ontariennes sur la gestion de l'utilisation de l'IgIV parmi les traitements dans lesquels l'IgIV peut être envisagée, **la dose maximale recommandée est de 2 g/kg par cycle de traitement**, tel que le mentionnent Feasby et ses collaborateurs dans l'article mentionné ci-dessous :

- Syndrome myasthénique de Lambert-Eaton
- Syndrome de l'homme raide

*sauf en de rares circonstances, comme certains cas d'ENT (Dermatologie)

Source des recommandations sur la dose maximale :

Feasby T et al. Guidelines on the use of intravenous immune globulin for neurologic conditions. *Transfusion Medicine Reviews* 2007(avril); 21(1, Suppl 1):S57-S107.

Transmission des documents sur les lignes directrices :

Les versions électroniques peuvent être téléchargées à partir du site :

<http://transfusionontario.org/fr/download/lignes-directrices-ontariennes-de-gestion-de-l'utilisation-de-limmunoglobuline/>

Avertissement :

Les Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'IgIV ne sont pas conçues pour supplanter un jugement clinique éclairé au sujet de l'état particulier d'un patient. En outre, même si les conseils et les renseignements fournis dans ces lignes directrices étaient jugés véridiques et précis au moment de mettre sous presse, les auteurs, éditeurs et traducteurs se déchargent de toute responsabilité légale quant aux erreurs ou omissions que le document pourrait contenir.

Mise à jour de la Stratégie ontarienne de gestion de l'utilisation de l'Ig

Organismes provinciaux du Réseau Trillium pour le don de vie,
Programmes de sang et spécialisés
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

31 janvier 2018

Mise à jour de la stratégie ontarienne de gestion de l'utilisation de l'Ig

Contexte

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a élaboré sa première stratégie de gestion de l'utilisation de l'Ig en 2012 et l'a révisée en 2015. Les points qui suivent font état des exigences fondamentales liées à ces stratégies qui restent toujours valables afin de réduire la hausse insoutenable de l'utilisation de l'Ig.

Portée

Cette stratégie s'applique à tous les hôpitaux dans lesquels de l'immunoglobuline est émise par un Service de médecine transfusionnelle ou une pharmacie. Les médecins et spécialistes qui commandent de l'Ig doivent être au courant de ces directives et s'y conformer.

Stratégie

1. Respect des lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'Ig.
L'indication clinique, la dose, la fréquence et la durée du traitement doivent être conformes aux *Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'Ig*. Les Lignes directrices se trouvent dans la Trousse de gestion de l'utilisation de l'Ig à l'adresse : <http://transfusionontario.org/en/download/immune-globulin-toolkit-for-ontario/> 
2. Recours au formulaire de demande d'Ig du MSSLD. Toute nouvelle demande d'Ig doit se faire à l'aide du formulaire du MSSLD. Les formulaires remplis doivent être gardés en dossier cinq (5) ans afin de permettre des vérifications ponctuelles. Le dossier peut être sous forme de papier, de microfiche ou de fichier électronique.
3. Étude/Approbaton dans des indications qui NE figurent PAS sur le formulaire de demande. Toute demande d'Ig prescrite pour une indication qui n'est pas approuvée dans les lignes directrices sera étudiée à l'hôpital. Un médecin responsable de l'approbation de telles demandes, ou son remplaçant, doit signer le formulaire. NOTA : en cas de menace au pronostic vital, l'Ig demandée sera immédiatement émise.
4. Calcul de la dose en fonction du poids corporel ajusté. Prescrire la dose idéale diminue à la fois les demandes d'Ig et les réactions indésirables, comme

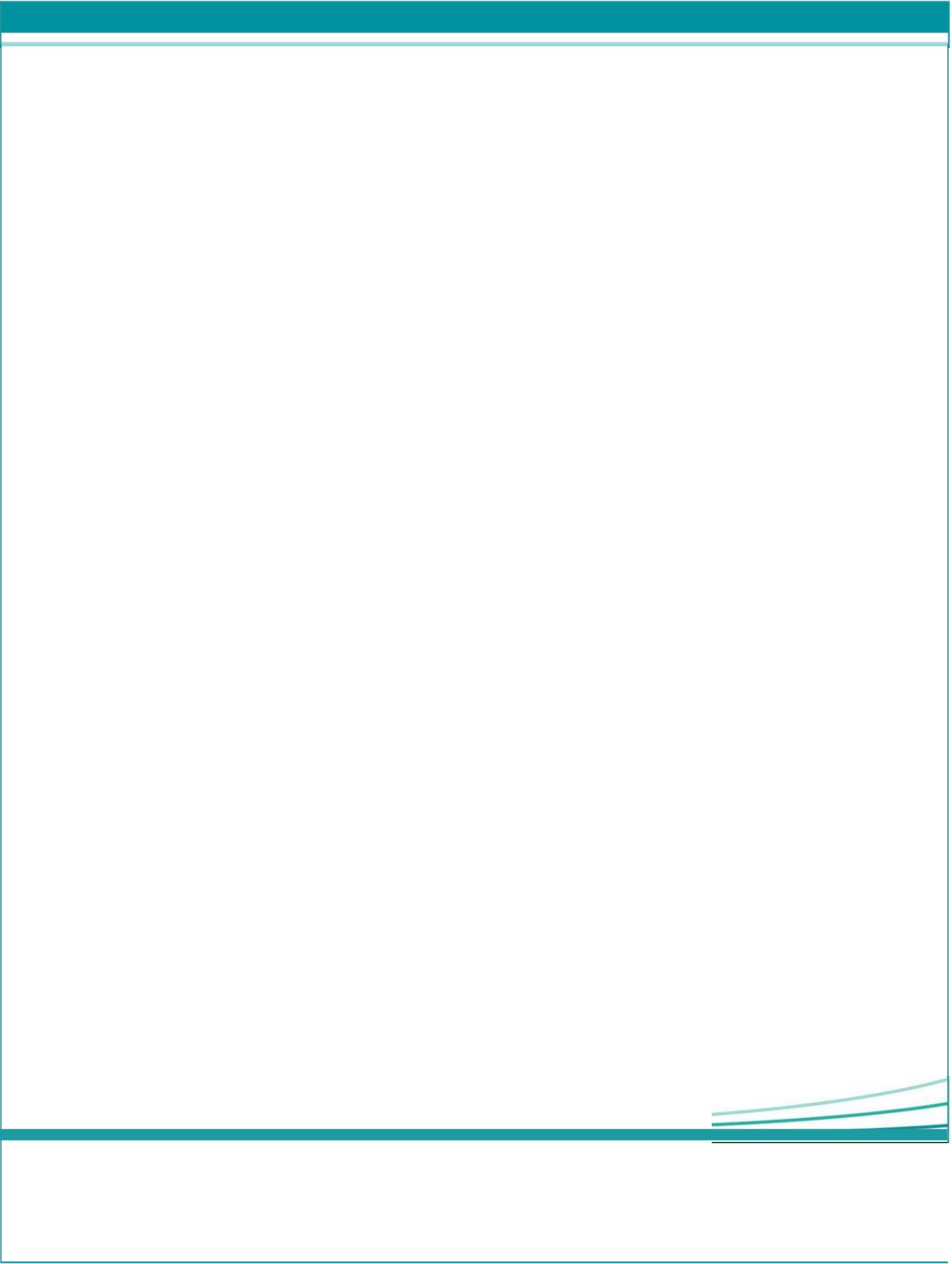
l'hémolyse. Les hôpitaux peuvent choisir de recourir à la calculatrice de dose pour tous les patients afin de confirmer la pertinence de la dose demandée, mais ils doivent s'en servir en cas d'obésité du patient. La calculatrice de dose et d'IMC se trouve à l'adresse :

<http://transfusionontario.org/fr/download/calculatrice-de-dose-digiv-imc/>

5. Évaluation des résultats cliniques et besoin de réévaluation. Lorsque les patients suivent un traitement régulier pendant une certaine période, il faut mettre en place un mécanisme d'évaluation des répercussions cliniques. Tout patient doit être réévalué 6 mois après l'ordonnance initiale et tous les 12 mois par la suite. Il faut remplir un formulaire de demande du MSSLD au départ et après chaque évaluation, en particulier si les patients suivent un traitement de longue durée. On visera toujours à prescrire la dose minimale efficace.
6. Aucune péremption du produit. Il ne faut pas avoir d'Ig périmée. La Société canadienne du sang n'accepte pas les retours d'Ig, mais le Réseau régional ontarien de coordination du sang (RRoCS) vous aidera à envoyer ce produit coûteux dans un autre hôpital qui pourra s'en servir avant sa date de péremption.
7. Emploi pour l'IgIV et l'IgSC. Les formulaires de demande du MSSLD doivent servir à la fois pour les demandes d'IgIV et d'IgSC.

L'avenir

Le Ministère étudie en ce moment d'autres modèles de financement avec un groupe d'experts. Une lettre, envoyée à des groupes de patients et dirigeants de RLIS le 29 septembre 2017, les informait de cette initiative. Selon les solutions mises de l'avant par ce groupe, la procédure de demande d'Ig dans les hôpitaux ontariens pourrait changer. Le MSSLD, en collaboration avec le RRoCS, tiendra les hôpitaux avisés de tout changement.



Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'immunoglobuline (Ig)

Version 4.0

31 janvier 2018

Table des matières

Page

Introduction	2
Hématologie	
Recommandations en hématologie	3
Pathologies dans lesquelles le traitement par IgIV n'est pas d'emploi courant	4
Neurologie	
Recommandations en neurologie	5
Pathologies dans lesquelles le traitement par IgIV n'est pas d'emploi courant	6
Dermatologie	
Recommandations en dermatologie	7
Pathologies dans lesquelles le traitement par IgIV n'est pas d'emploi courant	7
Rhumatologie	
Recommandations en rhumatologie	8
Maladies infectieuses	
Recommandations en maladies infectieuses	8
Immunologie	
Recommandations en immunologie	8
Transplantation d'organes pleins	
Recommandations en transplantation d'organes pleins	9
Références	10

Avertissement :

Les Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'IgIV ne sont pas conçues pour supplanter un jugement clinique éclairé au sujet de l'état particulier d'un patient.

En outre, même si les conseils et les renseignements fournis dans ces lignes directrices étaient jugés véridiques et précis au moment de mettre sous presse, les auteurs, éditeurs et traducteurs se déchargent de toute responsabilité légale quant aux erreurs ou omissions que le document pourrait contenir.

Introduction

Les renseignements contenus dans ce document constituent la 4e version des Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'immunoglobuline. La première version a été publiée le 5 novembre 2009; la deuxième version, en mars 2012 et la troisième, en mai 2016. Ces lignes directrices faisaient aussi partie de la trousse de gestion de l'utilisation de l'IgIV publiée par le Réseau régional ontarien de coordination du sang en septembre 2010 et en octobre 2015.

L'information du présent document est conçue pour guider le clinicien à la recherche de précisions sur les emplois courants et pertinents de l'immunoglobuline.

Ce résumé de lignes directrices et d'information sur l'utilisation de l'IgIV a été préparé à l'intention exclusive des établissements ontariens et se fonde sur les commentaires du Groupe aviseur sur l'IgIV en Ontario. En 2015, les lignes directrices ont été revues par des médecins œuvrant dans chaque spécialité dans laquelle l'IgIV est indiquée en se fondant sur une étude des preuves courantes publiées. Les lignes directrices en rhumatologie, neurologie, hématologie, transplantation d'organes pleins ont été publiées en mai 2016. Aucune révision n'a été jugée nécessaire pour les maladies infectieuses, et la revue des indications en dermatologie et en immunologie a été complétée en juillet 2017.

Recommandations en hématologie

Spécialité : Hématologie	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Thrombopénie alloimmune fœtale ou néonatale (TAIF/N) ^{1,2,3,8}	Traitement prénatal : l'IgIV (avec ou sans corticoïdes) est recommandée comme traitement de première intention pour les femmes qui ont déjà eu un nourrisson atteint.	Dose maternelle établie selon la stratification des risques suivante - Hémorragie intracrânienne fœtale antérieure : jusqu'à 2 g/kg par semaine dès 12-16 semaines de grossesse. - Aucune hémorragie intracrânienne fœtale antérieure : jusqu'à 1 g/kg par semaine dès 20-26 semaines de grossesse.
		Nouveau-né atteint de TAIF/N : l'IgIV est recommandée en appoint à l'administration de plaquettes chez les nourrissons atteints de TAIF/N en présence de thrombopénie sévère. Le traitement devrait être administré en consultation avec des spécialistes en obstétrique et en médecine transfusionnelle experts de la TAIF/N.	Dose pour nourrisson : dose initiale de 1 g/kg, réévaluer après la première dose.
	Maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né (MHFN) ^{1,2,3}	L'IgIV est recommandée chez les nourrissons atteints de MHFN et d'hyperbilirunémie sévère si la bilirubine sérique totale (BST) augmente malgré une photothérapie/hydratation intense en consultation avec des spécialistes en médecine materno-fœtale et en médecine transfusionnelle.	0,5 g/kg en 4 heures.
	Thrombopénie immune (TPI) de l'adulte ^{1,2,3,4}	TPI aigue avec hémorragie grave ou à risque d'hémorragie grave : l'IgIV est recommandée dans le cadre d'un traitement multimodal pour patients avec TPI, thrombopénie grave (plaquettes <30 x10⁹/L) et saignement grave. IgIV peut être envisagée dans les situations suivantes : - TPI pendant la grossesse : lorsque la numération plaquettaire (NP) est inférieure 30x10⁹/L, ou en préparation à l'accouchement. - Intervention chirurgicale planifiée : le seuil de plaquettes sécuritaire varie en fonction de la nature de l'intervention. - Traitement de TPI en présence d'autres facteurs de risque d'hémorragie (p. ex. anticoagulothérapie concomitante). TPI chronique après splénectomie : IgIV peut être envisagée comme traitement d'appoint en tant que mesure d'épargne stéroïdienne.	Aigu : 1 g/kg en dose unique, donner une autre dose si la numération plaquettaire (NP) ne dépasse pas 30 x10⁹/L. Chronique : En consultation avec un hématologue, comme traitement d'appoint ou si d'autres traitements ont échoué ou ne conviennent pas. Envisager 1-2 g/kg. Peut-être répété aux 4 semaines. L'administration d'IgIV de façon régulière comme traitement du TPI chronique doit être considéré comme étant exceptionnel et d'autres approches devraient être envisagées (p. ex. splénectomie, rituximab, agonistes des récepteurs de la thrombopoïétine).
	Thrombopénie immune (TPI) de l'enfant ^{1,2,3,4}	Aigu : Quand l'enfant ne présente que peu ou pas de saignement (ecchymoses ou pétéchies légères), une observation seulement de l'enfant suffit, peu importe la numération plaquettaire (NP). Quand l'enfant présente des saignements modérés ou intenses des muqueuses ou de la peau et une NP inférieure à 30 x 10⁹/L, l'IgIV peut être administrée. Quand l'enfant présente des saignements modérés ou intenses des muqueuses ou de la peau et une NP < 30 x 10⁹/L, l'IgIV peut être administrée. Chronique : IgIV peut être administrée pour TPI chronique à des patients qui ont déjà répondu à ce traitement.	Si le patient a besoin de traitement, envisager une dose unique d'IgIV (0,8 à 1 g/kg) en traitement de première intention. Une seconde dose peut être administrée s'il n'y a pas de réponse clinique. L'IgIV entraînera une hausse plus rapide de la numération plaquettaire que les stéroïdes, En traitement émergent, l'IgIV est recommandée comme élément d'une approche thérapeutique multimodale.
	Purpura post-transfusionnel (PPT) ¹	L'IgIV est recommandée comme traitement standard de première intention du PPT.	Jusqu'à 2 g/kg; dose répartie sur 2 à 5 jours consécutifs, à répéter au besoin; pour emploi de courte durée.

Dans les pathologies qui suivent, le traitement par IgIV n'est pas d'emploi courant.

Au moment de l'analyse des demandes d'IgIV, les renseignements suivants peuvent être pris en considération, car il y a certaines preuves voulant que l'IgIV soit envisagée comme traitement.

Spécialité : Hématologie	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Hémophilie acquise ¹	L'IgIV peut faire partie des options de traitement d'appoint, comme les stéroïdes, en situation d'urgence. Emploi courant non recommandé. Prescrire seulement en consultation avec un centre de traitement de l'hémophilie.	Jusqu'à un total de 2 g/kg; dose répartie sur 2 à 5 jours consécutifs, pour emploi de courte durée.
	Érythroblastopénie acquise ^{1,3}	L'IgIV est une option pour le patient présentant une érythroblastopénie auto-immune acquise pure qui n'a pas répondu à d'autres traitements (p.ex. prednisone ou cyclosporine). L'IgIV devrait être considérée comme traitement de première intention de cette pathologie lorsqu'elle est secondaire au parvovirus B19 chez le patient immunodéprimé.	Jusqu'à 2 g/kg;., dose répartie sur 2 à 5 jours consécutifs; pour emploi de courte durée. Répéter en cas de rechute.
	Maladie de von Willebrand acquise (MvWA) ^{1,3}	L'IgIV devrait être considérée lors d'une approche multimodale en situation émergente (avec desmopressine et concentrés de FVIII/VW) auprès de patients qui n'ont pas répondu à d'autres traitements. Prescrire seulement en consultation avec un centre de traitement de l'hémophilie.	Traitement initial : Jusqu'à 2 g/kg;., dose répartie sur 2 à 5 jours consécutifs.
	Greffe de moelle osseuse ou de cellules souches allogénique ^{2,3,38}	L'emploi courant de l'IgIV est non recommandé après une greffe de cellules souches hématopoïétiques. L'IgIV peut être envisagée dans des cas exceptionnels: 1) Pneumonite active induite par le CMV après une greffe. 2) Allogreffe de cellules souches très risquée (p.ex. si hypogammaglobulinémie) en prévention de la maladie du greffon contre l'hôte	1) Aucune précision fournie quant à la dose ou à la durée du traitement; employer en association avec un antiviral approprié. 2) 0,4 g/kg par semaine, commençant le jour précédant la greffe jusqu'au 100 ^e jour après la greffe.
	Anémie hémolytique auto-immune ^{1,3} (AIHA)	L'IgIV peut être envisagée comme une des options de traitement d'appoint en situation d'urgence. Emploi courant non recommandé.	Aucune précision fournie quant à la dose ou à la durée du traitement. Cependant, un groupe d'expert recommande jusqu'à 2 g/kg; dose répartie sur 2 à 5 jours consécutifs.
	Neutropénie auto-immune ^{1,3}	L'IgIV peut être envisagée comme une des options de traitement d'appoint en situation d'urgence. Emploi courant non recommandé.	
	Réaction transfusionnelle hémolytique en présence d'anémie falciforme ¹	L'IgIV peut être envisagée parmi les options de traitement en cas de réaction transfusionnelle hémolytique tardive grave menaçant le pronostic vital chez le patient atteint d'anémie falciforme.	
	Syndrome hémophagocytaire viro-induit ¹ (VAHS)	L'emploi courant de l'IgIV est non recommandé. L'IgIV peut être envisagée comme option de traitement en cas de menace du pronostic vital.	
	Réaction transfusionnelle hémolytique ¹ (RTH)	IgIV envisagée comme option de traitement de soutien dans les cas urgents de telles réactions.	Jusqu'à 2 g/kg; dose répartie en 2 à 5 jours consécutifs, emploi de courte durée, 3 mois au maximum.

Recommandations en neurologie

Spécialité : Neurologie	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC) ^{2,5,6,7}	L'IgIV est recommandée comme traitement de première intention de la PIDC. Envisager l'IgIV en association avec un traitement par immunosuppresseur dans les cas réfractaires. Tout patient recevant de l'IgIV pour traitement chronique de PIDC devrait être suivi par un spécialiste des troubles neuromusculaires.	Dose initiale : 2 g/kg répartie sur 2 à 5 jours. Dose d'entretien : 1 g/kg aux 3 semaines. La poursuite du traitement doit se fonder sur des critères objectifs d'efficacité soutenue. Viser la dose minimale qui maintiendra un état fonctionnel optimal.
	Syndrome de Guillain-Barré (SGB) y compris syndrome Miller-Fisher et autres variantes ^{2,5,8}	L'IgIV est recommandée pour les symptômes du stade 3 (capable de marcher avec de l'aide) ou plus; ou les symptômes du stade inférieur à 3 qui sont en évolution. Instaurer le traitement dans les 2 semaines suivant la manifestation des symptômes. Envisager une répétition du traitement pour les patients qui ne répondent pas.	Adulte : Dose totale de 2 g/kg répartie sur 2 à 5 jours. Enfant : Dose totale de 2 g/kg répartie sur 2 jours. Répétition du traitement par IgIV : 2 g/kg répartie sur 2 à 5 jours.
	Neuropathie motrice multifocale (NMM) ^{2,5,9}	L'IgIV est recommandée comme traitement de première intention de la NMM.	Dose initiale : 2 g/kg répartie sur 2 à 5 jours. Dose d'entretien : ajuster à la dose minimale efficace, habituellement 1 g/kg ou moins par traitement. Certains patients peuvent avoir besoin d'une dose supérieure, jusqu'à 2 g/kg aux 4 semaines pour que le traitement soit efficace.
	Myasthénie grave (MG) ^{2,5,10,11,12,13}	L'IgIV est recommandée comme traitement de première intention pour MG modérées à sévères ou des crises myasthéniques. L'IgIV en combinaison avec un traitement immunosuppresseur peut être considérée dans les cas de myasthénie réfractaire.	Dose initiale : 2 g/kg répartie sur 2 à 5 jours. S'il faut poursuivre le traitement, la dose devrait être ajustée selon la réponse à la dose minimum efficace.

Dans les pathologies qui suivent, le traitement par IgIV n'est pas d'emploi courant.

When screening requests for approval the following information may be taken into account as there is some evidence for IVIG to be considered as an option.

Spécialité : Neurologie	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Encéphalite aiguë disséminée (ADEM) ^{3,5}	L'IgIV est une option dans l'EAD monophasique après un échec du traitement de première intention par fortes doses de corticostéroïdes ou en cas de contre-indication des stéroïdes et comme traitement d'une rechute de la maladie, pour éliminer la dépendance aux stéroïdes, en absence de réponse aux stéroïdes ou à leur contre-indication.	Adultes : Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 à 5 jours. Enfants : Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 jours.
	Syndrome myasthénique de Lambert-Eaton ^{3,5} (SMLE)	L'IgIV est une option de traitement du SMLE. L'emploi soutenu d'IgIV requiert des preuves objectives d'amélioration clinique.	Traitement initial : dose totale de 2 g/kg administrée en 2 à 5 jours. Traitement d'entretien : adopter une approche générale pour déterminer la dose minimale efficace; la poursuite du traitement par IgIV doit se fonder sur des mesures objectives de son efficacité soutenue. Dose maximale d'IgIV par traitement : 2 g/ kg
	Troubles neuropsychiatriques auto-immuns pédiatriques associés aux infections à streptocoques ^{3,5} (PANDAS)	L'IgIV est une option de traitement des PANDAS. Le diagnostic exige la consultation d'un expert.	Une dose totale de 2 g/kg répartie sur 2 jours est recommandée à titre d'option raisonnable.
	Encéphalite de Rasmussen ^{3,5}	L'IgIV peut être envisagée comme option de traitement de temporisation à court terme. Traitement prolongé non recommandé.	Adultes: dose totale de 2 g/kg répartie sur 2 à 5 jours. Enfants : dose totale de 2 g/kg répartie sur 2 jours.
	Syndrome de l'homme raide ^{3,5}	L'IgIV est une option de traitement du syndrome de l'homme raide en cas d'échec des médicaments GABAergiques ou de contre-indications à ces médicaments	Traitement initial : Adultes : dose totale de 2 g/kg répartie en 2 à 5 jours. Enfants : dose totale de 2 g/kg répartie en 2 jours. Traitement d'entretien : adopter une approche globale pour déterminer la dose minimale efficace; la poursuite du traitement par IgIV doit se fonder sur des mesures objectives de son efficacité soutenue. Dose maximale d'IgIV par traitement : 2 g/kg.
	Encéphalite à anticorps anti récepteurs N-méthyl D-aspartate (NMDA-R) ¹⁴	L'IgIV est un choix de traitement de ce type d'encéphalite. Le diagnostic exige la consultation d'un expert. L'IgIV est administrée en association avec des immunosuppresseurs et/ou une plasmaphérèse.	Traitement initial : Dose totale de 2 g/ kg répartie en 2 à 5 jours pour l'adulte et l'enfant. Traitement d'entretien : envisager en fonction de la réponse au traitement.

Recommandations en dermatologie

Spécialité : Dermatologie	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Pemphigus vulgaire (PV) et variantes ^{2,3,39,40}	IgIV envisagée en l'absence de réponse ou de contre-indication aux corticostéroïdes, aux immunosuppresseurs ou aux agents biologiques (p. ex. rituximab) en association avec l'une des molécules ci-dessus. Traitement de 1 ^{re} intention : corticostéroïdes Traitement de 2 ^e intention : immunosuppresseurs Traitement de 3 ^e intention : IgIV	Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 à 5 jours aux 4 semaines. Après 6 mois de traitement, espacer les traitements aux 6 semaines.

Dans les pathologies qui suivent, le traitement par IgIV n'est pas d'emploi courant.

Au moment de l'analyse des demandes d'IgIV, les renseignements suivants peuvent être pris en considération, car il y a certaines preuves voulant que l'IgIV soit envisagée comme traitement.

Spécialité : Dermatologie	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Épidermolyse nécrotique toxique (ENT) / Syndrome de Stevens-Johnson (SJS) ^{3,38,40}	IgIV envisagée lorsque les autres traitements sont contre-indiqués ou que la maladie menace le pronostic vital. Intervention précoce fortement recommandée.	Dose de 3 g/kg répartie en 3 à 5 jours.

Recommandations en rhumatologie

Spécialité : Rhumatologie - enfant	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Myopathie inflammatoire idiopathique (MII-J) ^{2,5,15,16,17} (auparavant appelée dermatomyosite juvénile)	IgIV recommandée en cas d'échec du traitement par corticostéroïde, méthotrexate ou azathioprine ou de contre-indication. 1 ^{re} intention : corticostéroïdes et méthotrexate 2 ^e intention : IgIV 3 ^e intention : cyclosporine	Traitement initial : dose de 2 g/kg administrée en 2 jours Traitement d'entretien : adopter une approche globale pour déterminer la dose minimale efficace; la poursuite du traitement par IgIV doit se fonder sur des mesures objectives de son efficacité soutenue. La dose maximale ne doit pas dépasser 2 g/kg.
	Maladie de Kawasaki ^{2,18,19,20,21,22}	L'IgIV est recommandée une fois le diagnostic de Kawasaki confirmé.	2 g/kg x 1 jour (une seconde dose peut être administrée au patient qui ne réagit pas à la dose initiale).
Spécialité : Rhumatologie - adulte	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Myopathie inflammatoire idiopathique (MII) ^{2,5,15,23,24,26,25} comprend dermatomyosite et polymyosite *mais non la myosite à inclusions	IgIV indiquée dans la MII comme traitement d'appoint aux corticoïdes et/ou un agent d'épargne stéroïdienne en cas d'échec du traitement de première intention; elle a aussi une indication clinique dans la prise en charge de la maladie grave. * Les bienfaits de l'IgIV n'ont pas été établis en traitement de la MII. 1 ^{re} intention : corticostéroïdes et méthotrexate et/ou azathioprine 2 ^e intention : IgIV 3 ^e intention : cyclosporine ou cellcept	Dose maximale de 2 g/kg administrée en 2 jours une fois par mois, au départ pendant 3 à 6 mois; si le traitement est efficace, poursuivre en diminuant progressivement la fréquence (déterminer la dose efficace minimale) pendant environ 2 ans. La survie des patients à qui on administre de l'IgIV s'est révélée nettement meilleure.

Recommandations en maladies infectieuses

Spécialité : Maladies infectieuses	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Choc toxique staphylococcique ^{2,3,15}	L'IgIV est recommandée s'il y a des preuves d'inflammation généralisée et d'hypoperfusion des organes cibles accompagnées de fièvre, tachycardie, tachypnée et hypotension.	1 g/kg le jour 1 et 0,5 g/kg par jour aux jours 2 et 3 OU 0,15 g/kg par jour pendant 5 jours.
	Fasciite à streptocoque du groupe A invasif et choc toxique ^{2,3,15,29,30}		

Recommandations en immunologie

Spécialité : Immunology	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Déficit immunitaire primaire (DIP) ^{2,31} Déficit immunitaire secondaire (SID) ^{2,31}	L'IgIV est recommandée en présence d'hypogammaglobulinémie (baisse de l'IgG ou production insuffisante d'anticorps) et d'infections bactériennes récurrentes. Les enfants et les adultes chez qui un déficit immunitaire est soupçonné doivent être adressés en immunologie auprès d'un expert en DIP, idéalement dans un centre universitaire où des épreuves diagnostiques de déficit immunitaire pourront être faites. Une équipe spécialisée regroupant médecins, infirmières et autres professionnels de la santé devrait prendre le patient en charge.	Adulte : 0,4 à 0,6 g/kg aux 3-4 semaines Enfant : 0,3 à 0,6 g/kg aux 3-4 semaines. La dose ou la fréquence doivent être ajustées par des experts en fonction du taux sérique désiré (plus de 500 mg/dL et idéalement 700 mg/dL) et des besoins cliniques de chaque patient.
Spécialité : Immunology	Greffe de cellules souches hématopoïétiques dans les cas d'immunodéficiences primaires ³	L'IgIV est recommandée en cas de DIP chez le patient qui subit une greffe de cellules souches.	0,4 à 0,6 g/kg aux 3-4 semaines; les besoins peuvent augmenter, et devraient être basés sur les résultats cliniques.

Recommandations en transplantation d'organes pleins

Spécialité : Solid Organ Transplantation	Pathologie	Recommandations	Dose et fréquence d'administration
	Rein transplanté d'un donneur vivant et receveur sensible aux anticorps du donneur ^{15,32}	L'IgIV est recommandée pour atténuer la sensibilisation aux anticorps spécifiques du donneur.	2g/kg/mois pendant 4 mois.
	Avant transplantation (cardiaque) ^{32,33,34,35,36}	Pour désensibiliser certains candidats à une transplantation cardiaque qui sont très sensibilisés, dont l'état est urgent et qui ne recevront probablement pas de transplantation autrement – doit être précédé d'une discussion au sein du programme de transplantation.	Dose suggérée : jusqu'à 1 g/kg/mois jusqu'à la transplantation.
	Au moment de la transplantation (cœur, poumon, rein, pancréas) ^{31,33,34,35,36}	Transplantation d'un organe plein (cœur, poumon, rein, pancréas) à un receveur présentant des anticorps spécifiques du donneur déterminés au moment de la transplantation par épreuve directe de compatibilité – agent de première intention.	Dose suggérée : 1 g/kg, peut être administrée en doses séparées si en association avec une plasmaphérèse.
Spécialité : Solid Organ Transplantation	Après-transplantation ^{32,33,34,35,36,37}	Rejet aigu dû aux anticorps chez un receveur d'organe plein – agent de première intention. Rejet chronique dû aux anticorps chez un receveur d'organe plein.	1 g/kg par dose, peut être administrée en doses séparées si en association avec une plasmaphérèse. 1 g/kg/mois.

Références

1. Anderson D, Ali K, Blanchette V, Brouwers M, Couban S, Radmoor P et al. Guidelines on the Use of Intravenous Immune Globulin for Hematologic Conditions. *Transfusion Medicine Reviews* 2007; 21:S9- S56.
2. IVIG Utilization Management Guidelines : British Columbia Provincial Blood Coordinating Office, août 2011.
3. United Kingdom Department of Health, Clinical Guidelines for IVIG Use, mise à jour de la 2e édition, novembre 2011.
4. Neunert C, Lim W, Crowther M, Cohen A, Solberg L, Crowther M. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. *Blood*.2011; 117(16):4190-4207.
5. Feasby T, Banwell B, Benstead T, Bril V, Brouwers M, Freedman M et al. Guidelines on the Use of Intravenous Immune Globulin for Neurologic Conditions. *Transfusion Medicine Reviews*.2007; 21:S57-S107.
6. Hughes R, Donofrio P, Bril V, Dalakas M, Deng C, Hanna K et al. Intravenous immune globulin (10% caprylate-chromatography purified) for the treatment of chronic inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy (ICE study): a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet Neurology*. 2008; 7(2):136-144.
7. Merkies I, Bril V, Dalakas M, Deng C, Donofrio P, Hanna K et al. Health-related quality-of-life improvements in CIDP with immune globulin IV 10%: The ICE Study. *Neurology*.2009; 72(15):1337-1344.
8. Kuitwaard K, de Gelder J, Tio-Gillen A, Hop W, van Gelder T, van Toorenenbergen A et al. Pharmacokinetics of intravenous immunoglobulin and outcome in Guillain-Barre syndrome. *Annals of Neurology*.2009; 66(5):597-603.
9. Baumann A, Hess C, Sturzenegger M. IVIg dose increase in multifocal motor neuropathy. *Journal of Neurology*.2009; 256(4):608-614.
10. Zinman L, Ng E, Bril V. IV immunoglobulin in patients with myasthenia gravis: A randomized controlled trial. *Neurology*. 2007; 68(11):837-841.
11. Gajdos P. Treatment of Myasthenia Gravis Exacerbation with Intravenous Immunoglobulin. *Arch Neurol*.2005; 62(11):1689.
12. Barth D, Nabavi Nouri M, Ng E, Nwe P, Bril V. Comparison of IVIg and PLEX in patients with myasthenia gravis. *Neurology*, 2011; 76(23):2017-2023.
13. Barnett C, Wilson G, Barth D, Katzberg H, Bril V. Changes in quality of life scores with intravenous immunoglobulin or plasmapheresis in patients with myasthenia gravis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2012; 84(1):94-97.
14. Titulaer M, McCracken L, Gabilondo I, Armangué T, Glaser C, Iizuka T et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study. *The Lancet Neurology* 2013; 12(2):157-165.
15. Callum J et al. *Bloody Easy 3: Blood Transfusions, Blood Alternatives and Transfusion Reactions: A Guide to Transfusion Medicine*, 3e édition 2011; pages 110-118.
16. Lam C, Manlihot C, Pullenayegum E et Feldman B. Efficacy of intravenous Ig therapy in juvenile dermatomyositis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2011; 70(12):2089-2094.
17. Stringer E, Bohnsack J, Bowyer S, Griffin T, Huber A, Lang B et al. Treatment Approaches To Juvenile Dermatomyositis (JDM) Across North America: The Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance (CARRA) JDM Treatment Survey. *The Journal of Rheumatology*, 2010; 37(9):1953-1961.
18. Newburger J, Takahashi M, Burns J, Beiser A, Chung K, Duffy C et al. The Treatment of Kawasaki Syndrome with Intravenous Gamma Globulin. *New England Journal of Medicine*, 1986; 315(6):341-347.
19. Barron K, Murphy D, Silverman E, Rutterberg H, Wright G, Franklin W et al. Treatment of Kawasaki syndrome: A comparison of two dosage regimens of intravenously administered immune globulin. *The Journal of Pediatrics*, 1990; 117(4):638-644.
20. Newburger J, Takahashi M, Beiser A, Burns J, Bastian J, Chung K et al. A Single Intravenous Infusion of Gamma Globulin as Compared with Four Infusions in the Treatment of Acute Kawasaki Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 1991; 324(23):1633-1639.

21. Terai M, Shulman S. Prevalence of coronary artery abnormalities in Kawasaki disease is highly dependent on gamma globulin dose but independent of salicylate dose. *The Journal of Pediatrics*, 1997; 131(6):888-893.
22. Shulman ST. Recommendations for the use of intravenous immunoglobulin therapy in Kawasaki disease. *Pediatric Infect Dis J*, 1992; 11:985-2016
23. Tansley S, Gunawardena H. The Evolving Spectrum of Polymyositis and Dermatomyositis—Moving Towards Clinicoserological Syndromes: A Critical Review. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, 2013; 47(3):264- 273.
24. Van der Meulen M, Bronner I, Hoogendijk J, Burger H, van Venrooij W, Voskuyl A et al. Polymyositis: An over diagnosed entity. *Neurology*, 2003; 61(3):316-321.
25. *Current Opinion in Rheumatology* 2010 22; 623-626.
26. Dalakas M, Illa I, Dambrosia J, Soueidan S, Stein D, Otero C et al. A Controlled Trial of High-Dose Intravenous Immune Globulin Infusions as Treatment for Dermatomyositis. *New England Journal of Medicine*.1993; 329(27):1993-2000.
27. Gambini S, Marinangeli L, Morariu R, Gabrielli A, Danieli M. FRI0503 Influence of Treatment on the Outcome of Polymyositis and Dermatomyositis. *Annals of the Rheumatic Diseases*.2014; 73(Supple 2):569.2-569.
28. Kampylafka E., *Clinical and Experimental Rheumatology* 2012; 30 : 397-401
29. Kaul R, McGeer A, Norrby-Teglund A, Kotb M, Schwartz B, O'Rourke K et al. Intravenous Immunoglobulin Therapy for Streptococcal Toxic Shock Syndrome—A Comparative Observational Study.*Clinical Infectious Diseases*.1999; 28(4):800-807.
30. Darenberg J, Ihendyane N, Sjolín J, Aufwerber E, Haidl S, Follin P et al. Intravenous Immunoglobulin G Therapy in Streptococcal Toxic Shock Syndrome: A European Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Clinical Infectious Diseases*.2003; 37(3):333-340.
31. Shehata N, Palda V, Bowen T, Haddad E, Issekutz T, Mazer B et al. The Use of Immunoglobulin Therapy for Patients with Primary Immune Deficiency: An Evidence-Based Practice Guideline. *Transfusion Medicine Reviews*.2010; 24:S28-S50.
32. Shehata N, Palda V, Meyer R, Blydt-Hansen T, Campbell P, Cardella C et al. The Use of Immunoglobulin Therapy for Patients Undergoing Solid Organ Transplantation: An Evidence-Based Practice Guideline. *Transfusion Medicine Reviews*.2010; 24:S7-S27.
33. Peraldi M, Akposso K, Haymann J, Flahaut A, Marlin C, Rondeau E et al. Long-term benefit of intravenous immunoglobulins in cadaveric kidney retransplantation.*Transplantation*. 1996; 62(11):1670-1673.
34. Casadei D, del C. Rial M, Opelz G, Golberg J, Argento J, Greco G et al. A randomized and prospective study comparing treatment with high-dose intravenous immunoglobulin with monoclonal antibodies for rescue of kidney grafts with steroid-resistant rejection.*Transplantation*.2001; 71(1):53-58.
35. Staak A, Renner F, Suesal C, Dietrich H, Rainer L, Kamali-Ernst S et al. Immunoglobulin Induction Therapy in Renal Transplant Recipients: Effects on Immunoglobulin and Regulatory Antibody Levels. *Transplantation Proceedings*.2006; 38(10):3483-3485.
36. Jordan S.Evaluation of Intravenous Immunoglobulin as an Agent to Lower Allosensitization and Improve Transplantation in Highly Sensitized Adult Patients with End-Stage Renal Disease: Report of the NIH IG02 Trial. *Journal of the American Society of Nephrology*.2004; 15(12):3256-3262.
37. Roberts D, Jiang S, Chadban S.The Treatment of Acute Antibody-Mediated Rejection in Kidney Transplant Recipients—A Systematic Review. *Transplantation Journal* 2012; 94(8):775-783.
38. Criteria for the Clinical Use of Intravenous Immunoglobulin in Australia, juillet 2012.
39. Feldman RJ, Christen WG, Ahmed AR. Comparison of immunological parameters in patients with pemphigus vulgaris following rituximab and IVIG therapy. *British Journal of Dermatology* 2012; 166(3):511–517.
40. Enki AH, Hadaschik EN, Eming R, European Guideline (S1) on the use of high-dose intravenous immunoglobulin in dermatology. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2016; 30 (10) : 1657-1669.

Utilisation du formulaire de demande d'Ig du MSSLD

***Toute demande d'IG doit être faite à l'aide du formulaire approprié du MSSLD :**

Remplir le **formulaire pour indications neurologiques** pour toute demande d'Ig relative à une indication neurologique seulement

Remplir le **formulaire pour indications autres que neurologiques** dans tous les autres cas de demande d'Ig

*Il peut s'agir de la demande initiale ou d'une demande de renouvellement pour un nouveau patient et pour un patient déjà traité qui a besoin d'IgIV ou d'IgSC.

Durée de l'approbation. Lorsqu'une demande pour un état pathologique approuvé comprend de multiples perfusions d'Ig (p. ex. un cycle de traitement plutôt qu'une seule perfusion), il ne faut remplir le formulaire qu'une seule fois jusqu'à ce que :

- a. la dose soit modifiée OU
- b. six mois se soient écoulés depuis le traitement initial OU
- c. douze mois se soient écoulés depuis la demande de renouvellement

Durée de l'approbation pour des états pathologiques non approuvés. Lorsqu'une demande pour un état pathologique non approuvé est acceptée, l'Ig sera fournie pour une période d'essai de trois mois au maximum. Une réévaluation devra être faite pour confirmer le maintien de l'efficacité du traitement par Ig et déterminer que la dose efficace minimale est administrée.

Demandes URGENTES. L'Ig sera toujours émise si la vie du patient est en danger. Si le temps le permet, il faut remplir le formulaire pertinent.

Remplir le formulaire (fournir tous les renseignements désirés et écrire lisiblement pour éviter tout délai de remise de l'Ig)

Le médecin prescripteur (ou son délégué) doit remplir le formulaire de demande du MSSLD et le faire parvenir à son SMT.

1. Fournir toutes les données requises sur le médecin, le patient et l'établissement
2. Indiquer s'il s'agit d'une demande d'IgIV ou d'IgSC
3. Indiquer la pathologie pour laquelle de l'Ig est demandée. Cocher « Autre » si la pathologie ne figure pas dans la liste des indications approuvées. **Veillez consulter dans Les lignes directrices ontariennes sur l'Ig les autres états pathologiques dans lesquels l'Ig peut être approprié.** Au besoin, joindre les données confirmant le diagnostic, les traitements à ce jour et les raisons de la demande d'Ig.
4. Indiquer la dose et la durée du traitement par Ig. La dose doit être ajustée pour les patients obèses (IMC ≥ 30). Les hôpitaux qui ne se servent pas de la calculatrice de dose doivent adopter une autre stratégie d'ajustement de la dose des patients obèses. Envisager un ajustement de la dose des patients obèses pour assurer l'administration de la dose minimale efficace. Pour les autres patients, la calculatrice de dose permet de vérifier le calcul de la dose. Prendre le poids réel pour calculer la dose de patients (adultes ou enfants) de moins de 1,5 m (5 pi). Toute demande de dose ou de durée supérieure à celles qui sont mentionnées dans les Lignes directrices ontariennes sera soumise à un médecin responsable de l'approuver (ou son délégué).

Le professionnel de la santé qui reçoit la demande (p. ex., technologue de laboratoire, personnel de la pharmacie) doit :

1. Vérifier que l'indication clinique correspond à l'une des indications de la liste. Si ce n'est pas le cas, aller à l'étape 4.
2. Vérifier la dose en se servant de la calculatrice de dose, le cas échéant.
3. Si la dose doit être ajustée, confirmer avec le médecin traitant et documenter au bas du formulaire.
4. Si la demande est pour une indication « Autre » ou pour une dose supérieure aux recommandations des Lignes directrices ontariennes, la transmettre au médecin responsable pour évaluation.

Le médecin ou la personne responsable d'approuver la doit :

1. Étudier toute demande pour une indication clinique de la catégorie « autre » ou pour une dose supérieure à celle recommandée dans les Lignes directrices.
2. Indiquer dans la partie ombrée au bas du formulaire si la demande est approuvée ou rejetée en y apposant sa signature et la date et en cochant la case appropriée.

Des réactions hémolytiques attribuables à la présence d'anti-A et/ou d'anti-B dans l'IgIV ont été signalées.

Surveiller chez les patients tout signe d'hémolyse. Faire formule sanguine complète (FSC), groupage et dépistage d'anticorps avant la première perfusion. Si le patient est de groupe A, B ou AB, les analyses suivantes sont recommandées dans la semaine suivant la première perfusion : FSC, TDA, bilirubine totale et directe, réticulocytes, LDH et haptoglobine.

Consulter le **tableau des réactions indésirables pour obtenir des renseignements complémentaires.**

Formulaire de demande d'IgIV du MSSLD

Les formulaires des pages suivantes sont destinés aux hôpitaux dans lesquels il y a des perfusions d'IgIV ou des injections d'IgSC.

Demande d'Ig du MSSLD pour des indications autres que neurologiques :

Utiliser ce formulaire pour toute demande d'Ig dans des indications autres neurologiques

Ce type de formulaire peut s'intégrer au système de commande du laboratoire ou à l'intranet; on peut aussi remplir le formulaire papier. On peut en obtenir un exemplaire à : <http://transfusionontario.org/fr/download/demande-dig-du-mssld-de-lontario-indications-autres-que-neurologiques/>.

Toute nouvelle demande d'IgIV pour une indication autre que neurologique doit se faire à l'aide du formulaire du MSSLD, que le produit soit émis par le Service de médecine transfusionnelle ou par la Pharmacie. Ainsi, toute demande sera conforme aux lignes directrices provinciales et tout prérequis particulier aura été pris en compte. Les hôpitaux qui ont déjà leur propre formulaire de demande d'Ig devront adopter celui du MSSLD au plus tard le 31 janvier 2018. Aucune modification au formulaire n'est permise. Cette mesure préviendra l'ajout d'indications qui ne figurent pas dans les lignes directrices et permettra d'uniformiser la collecte de données. Les formulaires de demande remplis seront gardés en dossier pendant cinq (5) ans pour permettre des vérifications ponctuelles de conformité à la Stratégie de gestion de l'Ig. Les dossiers peuvent être sous forme de papier, de microfiche ou de fichier électronique.

Demande d'Ig du MSSLD pour des indications neurologiques :

En mai 2016, le MSSLD a mis en place un projet pilote d'étude externe des demandes d'immunoglobuline (Ig) pour des indications neurologiques. Appelé projet pilote de tri des demandes d'Ig (PPDI), il comprenait l'élaboration d'un formulaire de demande d'Ig intraveineuse ou sous-cutanée dans des indications neurologiques. Le formulaire, qui a été révisé après le projet pilote, est celui dont on doit maintenant se servir. <http://transfusionontario.org/fr/download/demande-dig-du-mssld-de-lontario-indications-neurologiques/>.

* Le MSSLD étudie à l'heure actuelle le rapport sur le PPDI; la version définitive sera affichée ici; <http://transfusionontario.org/fr/download/>.

Date de la demande : (AAAA/MM/JJ)	Médecin traitant :
Produit requis le : (AAAA/MM/JJ)	Spécialité :
Établissement/Hôpital où le patient recevra l'Ig :	N° de téléphone du médecin :

Données posologiques (Vérification de la dose avec une [Calculatrice de dose](#) recommandée)

☐ Ig intraveineuse (IgIV)	☐ Ig sous-cutanée (IgSC)
Poids du patient : kg	Taille du patient : cm IMC : Ajuster la dose si l' IMC est égal ou supérieur à 30
☐ Dose d'attaque ou	g/kg = Dose totale de g; répartie en jours
☐ Dose d'entretien	g/kg = Dose totale de g; répartie en jours; toutes les semaines. Durée : mois
Calculatrice de dose utilisée? ☐ Oui ☐ Non Si non, pourquoi :	
Concentration IgG, numération plaquettaire, autre résultats d'analyse pertinents à l'état du patient :	
Résultat :	Date :

Indication clinique : Consulter les [Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation d'Ig](#) qui mentionnent d'autres indications cliniques de l'Ig.

Spécialité	
Hématologie	☐ Thrombopénie alloimmune fœtale ou néonatale (TAIF/N)
	☐ Maladie hémolytique du fœtus ou du nouveau-né (HDFN)
	☐ Thrombopénie immune (TPI) ☐ Adulte ☐ Enfant
	☐ Purpura post-transfusionnel
Dermatologie	☐ Pemphigus vulgaire (PV) et variantes
Rhumatologie : enfants	☐ Myopathie inflammatoire idiopathique juvénile (MIIJ) (auparavant appelée dermatomyosite juvénile)
	☐ Maladie de Kawasaki (MK)
Rheumatologie : adultes	☐ Myopathie inflammatoire idiopathique (MII) incluant dermatomyosite et polymyosite
Immunologie	☐ Déficit immunitaire primaire (DIP)
	☐ Déficit immunitaire secondaire (DIS)
	☐ Greffe de cellules souches hématopoïétiques dans des cas d'immunodéficience primaire
Transplantation d'organes pleins	☐ Transplantation d'un rein de donneur vivant auquel le patient est sensibilisé
	☐ Avant une transplantation (cœur)
	☐ Au moment d'une transplantation (cœur, poumon, rein, pancréas)
	☐ Après une transplantation
Maladies infectieuses	☐ Fasciite à streptocoque du groupe A invasif et choc toxique
	☐ Choc toxique staphylococcique
*Autre (approbation requise)	

Réservé au Service de médecine transfusionnelle

☐ Dose vérifiée ☐ Dose modifiée à :	Par (signature requise) :
☐ Confirmée avec le MD traitant	Date :
☐ Demande approuvée ☐ Demande rejetée	Date :
Signature du médecin approuvant la demande :	

Pathologie	Dose initiale et durée suggérées
Thrombopénie alloimmune fœtale ou néonatale (TAIF/N)	<i>Mère</i> : Hémorragie intracrânienne fœtale antérieure : Jusqu'à 2 g/kg/semaine dès 12 à 16 semaines de grossesse. <i>Aucune hémorragie intracrânienne fœtale antérieure</i> : Jusqu'à 1 g/kg/semaine à compter de 20 à 26 semaines de grossesse <i>Nouveau-né</i> : Dose initiale de 1 g/kg; réévaluer par la suite.
Maladie hémolytique du fœtus ou du nouveau-né (HDFN)	0,5 g/kg en 4 heures
Thrombopénie immune (TPI) - Adulte	<i>Aigu</i> : 1 g/kg en dose unique, Donner une autre dose si la numération plaquettaire (NP) ne dépasse pas 30×10^9 /L. <i>Chronique</i> : En consultation avec un hématologue, en traitement d'appoint ou si d'autres traitements ont échoué ou ne conviennent pas. Envisager 1-2 g/kg. L'administration d'IgIV de façon régulière comme traitement du TPI chronique doit être considérée comme étant exceptionnelle, et d'autres approches devraient être envisagées (p. ex. splénectomie, rituximab, agonistes des récepteurs de la thrombopoïétine).
Thrombopénie immune (TPI) - Enfant	Si l'enfant a besoin de traitement, envisager une dose unique d'IgIV (0,8 à 1 g/kg) en traitement de première intention. Administrer une seconde dose s'il n'y a pas de réponse clinique. L'IgIV entraînera une hausse plus rapide de la numération plaquettaire que les stéroïdes. En traitement émergent, l'IgIV est recommandée comme élément d'une approche thérapeutique multimodale.
Purpura post-transfusionnel	Jusqu'à 2 g/kg répartis en 2 à 5 jours consécutifs. Répéter au besoin; emploi de courte durée.
Pemphigus vulgaire (PV) et variantes	Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 à 5 jours aux 4 semaines. Une dose aux 6 semaines après 6 mois de traitement.
Myopathie inflammatoire idiopathique juvénile (MIIJ) (auparavant appelée dermatomyosite juvénile)	<i>Dose initiale</i> : Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 jours. <i>Dose d'entretien</i> : adopter une approche globale pour déterminer la dose minimale efficace; la poursuite du traitement par IgIV doit se fonder sur des mesures objectives de son efficacité soutenue. La dose maximale ne doit pas dépasser 2 g/kg.
Maladie de Kawasaki (MK)	2 g/kg en 1 jour. Une 2 ^e dose peut être administrée en cas d'absence de réponse à la 1 ^{re} .
Myopathie inflammatoire idiopathique (MII) incluant dermatomyosite et polymyosite	2 g/kg le premier jour (une deuxième dose peut être administrée aux patients qui ne répondent pas à la dose initiale).
Déficit immunitaire primaire (DIP) Déficit immunitaire secondaire (DIS)	<i>Adulte</i> : 0.4-0.6 g/kg aux 3-4 semaines <i>Enfant</i> : 0,3-0,6 g/kg aux 3-4 semaines. Des experts peuvent ajuster la dose ou la fréquence en fonction du seuil visé (plus de 500 mg/dL et idéalement 700 mg/dL) et des besoins cliniques du patient.
Greffe de cellules souches hématopoïétiques dans des cas d'immunodéficiência primaire	0,4-0,6 g/kg aux 3-4 semaines Les besoins peuvent augmenter; et devraient être basés sur les résultats cliniques.
Transplantation d'un rein de donneur vivant auquel le patient est sensibilisé	2g/kg/mois pendant 4 mois.
Avant une transplantation (cœur)	Jusqu'à 1 g/kg/mois jusqu'à la transplantation.
Au moment d'une transplantation (cœur, poumon, rein, pancréas)	Dose suggérée : 1 g/kg divisible si en association avec un cycle de plasmaphérèse.
Après une transplantation	<i>Aigu</i> : 1 g/kg divisible si en association avec un cycle de plasmaphérèse. <i>Chronique</i> : 1 g/kg/mois.
Fasciite à streptocoque du groupe A invasif et choc toxique	1 g /kg le premier jour et 0,5 g/kg par jour aux jours 2 et 3 OU 0,15 g/kg par jour pendant 5 jours.
Choc toxique staphylococcique	

* Consulter les [Lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'Ig](#) qui mentionnent d'autres indications pour lesquelles l'Ig pourrait être appropriée.

En cas de doute sur la procédure de demande d'Ig, consulter [Commander de l'Ig en Ontario](#)



Ontario

Formulairededemande d'Ig du MSSLD

Indications neurologiques seulement

TOUS LES CHAMPS CI-DESSOUS SONT OBLIGATOIRES.

Nom du patient :
N° d'hôpital ou de dossier médical du patient :
DDN du patient (AAAA/MM/JJ):
Sexe M/F :
Endroit :
N° de la RAMO :

SECTION A : Renseignements sur le médecin et l'établissement hospitalier

Date de la demande (AAAA/MM/JJ)	Date à laquelle l'Ig est requise (AAAA/MM/JJ)	N° de télécopieur du Service de médecine transfusionnelle
Nom du médecin prescripteur :	N° de téléphone pour contacter le médecin :	Adresse courriel du médecin :
Le patient est-il sous les soins d'un neurologue / spécialiste des maladies neuromusculaires? ☐ Oui ☐ Non	Le patient est-il hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non	Établissement/Hôpital où le patient recevra l'Ig

SECTION B : Type de demande

☐ Première demande : approbation de 6 mois au maximum	☐ Demande de renouvellement : toute demande de renouvellement exige une réévaluation pour confirmer l'efficacité du traitement par Ig et l'administration de la dose minimale efficace. Approbation de 12 mois au maximum.
--	---

SECTION C : Indication clinique

Indication approuvée	Lignes directrices – Demande INITIALE	Lignes directrices – RENOUELEMENT
☐ Syndrome de Guillain-Barré (SGB), incluant le syndrome Miller Fisher et autres variantes	- Ig recommandé au stade 3 (capable de marcher avec assistance) ou plus, ou si la gravité est moindre, mais évolue. - Ig administrée dans les 2 semaines du début des symptômes - Adulte : Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 à 5 jours - Enfant : Dose totale de 2 g/kg répartie en 2 jours.	- Traitement du SGB par Ig habituellement une fois / en situation aigüe - Deuxième traitement envisagé en l'absence de réponse. Répéter le traitement à raison de 2g/kg d'IgIV, répartie en 2 à 5 jours.
☐ Myasthénie grave (MG)	- Ig recommandée en première intention dans la MG modérée ou grave ou en situation de crise myasthénique. - Dose d'attaque : 2g/kg répartie en 2 à 5 jours. - Demande initiale : dose d'attaque plus deux doses d'entretien; remplir la section D en conséquence.	- Un traitement associant Ig et immunodépresseur peut être envisagé dans les cas réfractaires. S'il faut plus d'Ig, ajuster la dose en fonction de la réponse et trouver la dose minimale efficace. - Dose d'entretien : 1g/kg
☐ Polyneuropathie inflammatoire démyélinisante chronique (PIDC)	- Ig recommandée en première intention dans la PIDC. - Dose d'attaque : 2g/kg répartie en 2 à 5 jours. - Tout patient traité par Ig de façon chronique devrait être suivi par un spécialiste des maladies neuromusculaires.	- Un traitement associant Ig et immunodépresseur peut être envisagé dans les cas réfractaires. La poursuite du traitement doit se fonder sur des mesures objectives d'efficacité. Viser la dose - Dose d'entretien : 1g/kg aux 3 semaines.
☐ Neuropathie motrice multifocale (NMM)	- Ig recommandée en première intention dans la NMM - Dose d'attaque : 2g/kg répartie en 2 à 5 jours.	Dose d'entretien : Ajuster à la dose la plus basse qui maintient l'efficacité clinique, habituellement 1g/kg ou moins par cycle de traitement. Certains ont besoin de doses supérieures, jusqu'à 2g/kg aux 4 semaines.

Autre (préciser le diagnostic) _____

Ces demandes feront l'objet d'une étude du SMT. Joindre description du traitement à ce jour et données justifiant le traitement par Ig dans une indication non approuvée.

Le patient a-t-il eu recours à d'autres traitements de son état? ☐ Oui, préciser ci-dessous ☐ Non

Traitement	Dose (le cas échéant)	Durée du traitement	Dénouement
			☐ Échec ☐ Contre-indications ☐ Intolérance
			☐ Échec ☐ Contre-indications ☐ Intolérance

Commentaires :

SECTION D : Posologie (vérification de la dose avec la calculatrice de dose recommandée. Voir <http://www.transfusionontario.org/dose/>)

☐ Ig intraveineuse (IgIV)	☐ Ig sous-cutanée (IgSC)
Poids du patient : _____ kg	Taille du patient : _____ cm Il faut ajuster la dose lorsque l'IMC du patient est égale ou supérieure à 30
Attaque/Dose unique	_____ g/kg = _____ g; répartie en _____ jours
Dose d'entretien	_____ g/kg = _____ g; répartie en _____ jours _____ semaine(s); Durée : _____ mois
Calculatrice de dose utilisée? ☐ Oui ☐ Non Si Non, pourquoi pas? _____	

SECTION E : Réservé au Service de médecine transfusionnelle

☐ Dose vérifiée :	☐ Dose ajustée :	Par (signature requise) :
☐ Confirmation avec le médecin prescripteur	Date :	
☐ Approuvée ☐ Rejetée		
Signature du médecin responsable ou de son remplaçant désigné :		Date :

Veuillez télécopier/ envoyer la demande à :

Ajuster la dose selon le poids du patient

L'immunoglobuline sert depuis de nombreuses années à traiter l'immunodéficience primaire ainsi que divers troubles auto-immuns. Même s'il s'agit d'un traitement d'une utilité incontestable, les soignants doivent se souvenir de l'administrer avec prudence. Entre autres, la dose pertinente à prescrire aux patients obèses est une source de préoccupation.

Selon les données de Statistique Canada publiées en 2005, la proportion de Canadiens qui se trouvent dans la catégorie des obèses (IMC supérieur à 30 kg/m²) a presque doublé de 1978 à 2005, passant de 13,8 % à 24,3 % des adultes, soit près d'une personne sur quatre (1/4). En 2005, le nombre de Canadiens obèses âgés de 18 ans ou plus s'élevait à 5,5 millions; 36 % de la population adulte était jugée en surpoids. La calculatrice d'IMC <http://transfusionontario.org/fr/download/calculatrice-de-dose-digiv-imc/> est fournie pour aider à déterminer l'IMC de vos patients.



Inspiring and facilitating best
transfusion practices in Ontario.

Dose Calculator

BMI Calculator

Body Mass Index (BMI) Calculator

Definition:

The Body Mass Index (BMI) calculator is a measure of an individual's body fat based on height and weight. Because a BMI calculator is not able to determine between fat or muscle, it is not recommended for pregnant women, children, the elderly, muscle builders or long-distance athletes.

The healthy range for BMI is 18.5 to 24.9. A BMI of 25.0 to 29.9 is considered overweight and 30.0 or greater is considered to be obese. BMI applies to most adults 18-65 years.

Please visit Health Canada's Guidelines for Body Weight Classification in Adults.

Définition:

Le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) mesure la graisse corporelle en fonction de la taille et du poids. Comme l'IMC ne distingue pas la graisse des muscles, il n'est pas recommandé pour les femmes enceintes, les enfants, les personnes âgées, les culturistes ou les athlètes d'endurance.

Un IMC sain se situe entre 18,5 et 24,9. Une personne dont l'IMC est entre 25,0 et 29,9 est en surpoids. À 30,0 ou plus, elle est qualifiée d'obèse. L'IMC s'applique à la plupart des adultes de 18 à 65 ans.

Veuillez visiter Santé Canada, lignes directrices pour la classification du poids chez les adultes

Body Mass Index (BMI) Calculator
Enter Height & Weight then click "Calculate".
Height: ☐ inches ☒ cm (equals: inches)
Weight: ☐ pounds ☒ kilograms (equals: pounds)

BMI = lbs/in

Clear the form

Print

Ajuster la dose selon le poids du patient

La dose d'IgIV administrée varie en fonction de l'indication clinique. En cas d'obésité, le protocole d'établissement de la dose est vague. On semble convenir dans la littérature que la dose d'IgIV doit être calculée en fonction du poids réel du patient, jusqu'à un poids de 100 kg et un IMC de moins de 30 kg/m². Cependant, si le patient est obèse, la dose d'IgIV doit être calculée en se servant d'un poids corporel ajusté en raison du volume de distribution supérieur, mais sans tenir compte de la hausse de la masse grasse.

Les réactions indésirables à l'IgIV sont nettement plus probables à forte dose. Les réactions indésirables sont résumées dans un tableau qui se trouve à <http://transfusionontario.org/fr/download/guide-ontarien-de-perfusion-digiv-et-tableau-des-reactions-indesirables-a-une-perfusion-digiv/>.

Dans certains endroits du Canada, des États-Unis et d'ailleurs, le recours à une calculatrice de dose est en place ou recommandé. À d'autres endroits, la mise en œuvre de cette mesure devrait avoir lieu sous peu.

Consulter la mise à jour de la stratégie ontarienne sur l'IgIV de novembre 2015 pour connaître l'énoncé de politique sur l'emploi d'un outil d'ajustement de la dose pour les patients obèses. Le site Web de Transfusion Ontario fournit un lien vers une calculatrice de dose : <http://transfusionontario.org/fr/download/calculatrice-de-dose-digiv-imc/>.



Inspiring and facilitating best
transfusion practices in Ontario.

Dose Calculator

BMI Calculator

Ideal Body Weight Calculator^[a] with IVIg Dosing

Disclaimer:

The Dose Calculator is intended to be used when determining the dose of IVIg for clinically obese patients; it is not recommended for paediatric patients nor any patients (incl. adults) under 5ft in height. For other patients, the dosing information recommended in the Ontario IVIg Utilization Management guidelines should be followed.

Neither the guidelines nor the dose calculator is intended to replace sound clinical judgment concerning a patient's unique situation. No formal monitoring of IVIg use in Ontario is being implemented at this time, however use of the dose calculator to limit overuse of the product is strongly encouraged.

Furthermore, although the advice and information contained in the guidelines and dose calculator is believed to be true and accurate at the time of going to press, neither the authors nor the publishers can accept any legal responsibility for any errors or omissions that may have been made.

Avertissement:

La calculatrice de dose est conçue pour déterminer la dose d'IgIV à administrer aux patients cliniquement obèses; elle n'est pas recommandée en pédiatrie ou quand un patient (enfant ou adulte) mesure moins de 1,52 m (5 pi.). Pour les autres patients, il faut suivre les données posologiques recommandées dans les lignes directrices ontariennes de gestion de l'utilisation de l'IgIV.

Ni les lignes directrices, ni la calculatrice de dose ne sont conçues pour supplanter un jugement clinique éclairé au sujet de l'état particulier d'un patient. Il n'existe à l'heure actuelle aucun suivi officiel de l'utilisation de l'IgIV en Ontario, mais le recours à la calculatrice de dose pour limiter la surutilisation du produit est fortement recommandé.

En outre, même si les conseils et les renseignements fournis dans les lignes directrices ou accompagnant la calculatrice de dose étaient jugés véridiques et précis au moment de leur publication, les auteurs et les éditeurs se déchargent de toute responsabilité légale quant aux erreurs qui pourraient avoir été commises ou aux omissions.

Ideal Body Weight Calculator

Enter Sex, Height & Weight then click "Calculate".

Sex: (dropdown)

Height: cm (dropdown) (equals: inches)

Weight: kilograms (dropdown) (equals: pounds)

using Devine formula ^[a]

Ideal Body Weight = kg

Dosing Weight ^[b] = kg
(for obese or overweight patients)

IVIg Dose Calculator

Select Dosing, then click "Calculate".

Dosing: gram/kg

using Dosing Weight ^[b]

IVIg Dose = g

IVIg Dose Rounded to Nearest 5g

Rounded Dose = g

Clear the form

Print

Ajuster la dose selon le poids du patient

Références relatives à la calculatrice de dose d'IgIV

1. Boros P, Gondolesi G, Bromberg JS. High dose intravenous immunoglobulin treatment: mechanisms of action. *Liver Transpl* 2005;11(12):1469-1480.
2. Crow A, Lazarus A. The mechanisms of action of intravenous immunoglobulin and polyclonal anti-D immunoglobulin in the amelioration of immune thrombocytopenic purpura: what do we really know? *Transfus Med Rev* 2008;22(2):103-116.
3. Siegel J. Intravenous immune globulins : therapeutic, pharmaceutical, administration, and cost considerations Numéro spécial de *Pharmacy Practice News* 2009:20-27.
4. Koleba T, Ensom MH. Pharmacokinetics of intravenous immunoglobulin: a systematic review. *Pharmacotherapy* 2006;26(6):813-827.
5. Provan D, Nokes T, Agrawal S, Winer J, Wood P. National Health Service Clinical guidelines for the use of immunoglobulin use: second edition <https://www.gov.uk/government/publications/clinical-guidelines-for-immunoglobulin-use-second-edition-update> Consulté le 23 novembre 2009.
6. Aston DL, Lefante J, McNae. A. The effect of the introduction of the Criteria for the Clinical Use of Intravenous Immunoglobulin (IVIg) in Australia on the supply of IVIg in Western Australia (Séance d'affiches du congrès Transfusion Update de 2010).
7. Pai MP, Paloucek FP. The origin of the "ideal" bodyweight equations *Ann Pharmacother* 2000 Sep;34(9):1066-9.
8. Siegel J. Immunoglobulins and obesity. *Pharmacy Practice News* 2010;37(1):8-9.
9. United Kingdom Department of Health, Clinical Guidelines for IVIG Use, mise à jour de la 2e édition, novembre 2011
10. Silvergleid J, Ballow M. UpToDate® Overview of intravenous immune globulin (IVIg) therapy. Mis à jour le 23 février 2016; consulté le 19 juillet 2016. En ligne : www.uptodate.com/contents/overview-of-intravenous-immune-globulin-ivig-therapy#H3007154.

Sources d'information utiles

1. British Columbia Provincial Blood Coordinating Office. IVIG Utilization Management Handbook, 2002.
http://www.pbco.ca/images/Blood_Products/IVIG/Resources/ivighandbook-combined.pdf
2. British Columbia Provincial Blood Coordinating Office. Intravenous Immune Globulin (IVIG) Utilization Management Program Guidelines, 2017.
http://www.pbco.ca/images/Programs/IVIG_Provincial_Program/UM_IVIG_0007-IVIG-Utilization-Management-Program-Guidelines_V4_2.pdf
3. Nova Scotia Provincial Blood Coordinating Office. IVIG.
<http://www.novascotia.ca/dhw/nspbc/p/docs/ivig-scig-utilization-atlantic-provinces-fy-2015-16.pdf>
4. Nova Scotia IVIG dose calculator.
<http://novascotia.ca/dhw/nspbc/p/IVIG-calculator.asp>
5. Nova Scotia Provincial IVIG Utilization Guidelines.
<http://www.novascotia.ca/dhw/nspbc/p/ivig-docs/pediatric%20ivig%20guidelines.pdf> ;
[http://novascotia.ca/dhw/nspbc/p/docs/IVIG.pdf\[w1\]](http://novascotia.ca/dhw/nspbc/p/docs/IVIG.pdf[w1])
6. Société canadienne du sang. Guide clinique de la pratique transfusionnelle.
<https://professionaleducation.blood.ca/en/transfusion/clinical-guide/immune-globulin-products>
7. Final Report of a National Survey on IVIG Utilization: current Practices Regarding the Stocking, Issuing, Preparation, Documentation, and Infusion of IVIG across Canada Prepared by McMaster Transfusion Research Program (MTRP), Quality Essentials for Safe Transfusion (QUEST) Project, McMaster University, Hamilton, ON, 27 août 2004.
8. Present and Future Users of IVIG: A Canadian Multidisciplinary Consensus Building Initiative Can J Allergy Clin Immunol 1997; 5 : 176–208.
9. Constantine M et al. "Intravenous immunoglobulin utilization in the Canadian Atlantic provinces: A report of the Atlantic Collaborative Intravenous Immune Globulin Utilization Working Group". Transfusion, Vol 47, novembre 2007 : p 2072-2080.
10. Société canadienne du sang, site Web, Information pour les hôpitaux;
www.blood.ca

Guide ontarien de perfusion d'IgIV (immunoglobuline intraveineuse)

Raison d'être

Fournir aux professionnels de la santé qui participent à la perfusion d'IgIV les données optimales de pratique. Ce document peut s'intégrer aux politiques et procédures spécifiques d'un établissement.

Ce guide n'aborde pas l'injection sous-cutanée d'immunoglobuline.

Principes généraux

- **Consulter** les politiques particulières de l'établissement
- **Utiliser** la calculatrice d'ajustement de la dose selon le poids au besoin pour calculer la dose de patients adultes.
<http://transfusionontario.org/fr/download/calculatrice-de-dose-digiv-imc/>
 - Au moins tous les six mois
 - Si le patient mentionne un changement important de son poids
- **Arrondir** la dose au volume de flacon le plus près (p. ex. 2,5 ou 5 g pour assurer un traitement approprié et une utilisation efficace du produit)
- **Éviter** de perfuser des produits de marques différentes en une fois. Toujours se servir de la même marque d'IgIV pour les patients ayant un besoin chronique du produit, si possible.
- **Recourir à une technique aseptique** de manipulation de l'IgIV.
- **La mise en commun** de produits n'est généralement pas recommandée en raison du risque de contamination et des pertes éventuelles. Si nécessaire, la mise en commun de produits doit se faire à la Pharmacie ou au Laboratoire de médecine transfusionnelle (LMT) sous une hotte à flux laminaire.
 - La mise en commun n'est pas nécessaire pour prévenir la formation de bulles. On peut éliminer la formation de bulles en laissant le produit atteindre la température ambiante avant la perfusion.

Avant la perfusion

- **Vérifier** qu'il y a une ordonnance et que l'indication clinique est documentée.
- **S'assurer** que le consentement éclairé à la transfusion a été obtenu.
- **Identifier** les patients à risque élevé des problèmes suivants :
 - Surcharge circulatoire liée à la transfusion – nouveau-nés, aînés, hypertendus, cardiaques ou insuffisants rénaux
 - Hémolyse – groupe sanguin A, B ou AB; plus fréquente en présence de traitement à forte dose
 - Accident thrombo-embolique – obésité, grand âge, hypertension, antécédents de maladie vasculaire ou de troubles ou épisodes thrombotiques, syndrome d'hyperviscosité, mobilité réduite, déshydratation sévère, diabète, présence de sonde à demeure (accès veineux central)
 - Méningite aseptique – antécédents migraineux
 - Anaphylaxie – présence connue d'anticorps anti-IgA
- **Revoir** les antécédents de réactions à l'IgIV ou à d'autres composants
- **Évaluer** l'état clinique du patient le jour de la perfusion et noter tout changement depuis la dernière perfusion
- **Inscrire** les allergies connues, les médicaments et le poids, si requis
- **Noter** les signes vitaux de base
- **Déterminer** si des analyses sanguines doivent être faites avant la perfusion
 - Groupe sanguin avant la première perfusion
 - Formule sanguine à intervalles prescrits
 - Fonction rénale et hépatique, si indiqué
 - numération plaquettaire en cas de TPI
 - taux d'IgG plasmatique à intervalles prescrits en cas d'immunodéficience

Guide ontarien de perfusion d'IgIV (immunoglobuline intraveineuse)

La perfusion

Préparatifs à la perfusion

Amorcer la ligne avec une solution saline normale ou de dextrose à 5 % (consulter l'encart ou la monographie du produit). Prendre une tubulure IV standard avec évent – aucun filtre n'est requis. Minimiser la formation de bulles en laissant le produit atteindre la température ambiante et en évitant de le secouer.

Pour assurer une aération correcte du flacon d'IgIV :

- Fermer la pince à roulette du nécessaire à perfusion.
- Placer le flacon sur une surface plane et perforer le cercle au centre du bouchon à un angle de 90°.
- Mettre le flacon à l'envers et l'accrocher à la potence.
- Presser la chambre compte-gouttes jusqu'à ce qu'elle soit à moitié pleine.
- Ouvrir l'évent de la chambre compte-gouttes – pour que de l'air entre dans le flacon. L'IgIV ne s'écoulera pas correctement s'il n'y a pas d'air dans le flacon.
- **Important** : Fermer l'évent avant de percer le prochain flacon, puis accrocher le flacon et ouvrir l'évent.

Début de la perfusion

- **Établir** le débit initial de perfusion. Le recours à une pompe à perfusion est recommandé pour établir des débits de perfusion précis et dépister la présence d'air dans la ligne lorsque le flacon d'IgIV est vide, ce qui rend l'intervention plus sûre.

Débit initial : Perfusion lente (p. ex. 0,5 mL/kg/h) recommandée pendant les 30 premières minutes



Vérifier les signes vitaux



Augmenter le débit : conformément à la politique de l'établissement et à la tolérance du patient



Reprendre les signes vitaux aux intervalles requis

(p. ex. au moment d'augmenter le débit)



Débit maximal : conformément à la politique de l'établissement (p. ex. 4 mL/kg/h)

ATTENTION : Les monographies de produits peuvent suggérer des débits plus rapides. Ces débits rapides ne s'appliquent qu'aux patients qui ont déjà bien toléré cette marque d'IgIV et qui n'ont ni facteur de risque préexistant (consulter la liste dans la section des préparatifs à la perfusion) ni antécédent de réaction indésirable.

- **Surveiller** chez le patient tout signe de réaction indésirable. En cas de soupçon d'une telle réaction, **ARRÊTER** la perfusion, maintenir l'accès IV, noter les signes vitaux, avertir le médecin du patient et signaler la situation au LMT ou à la Pharmacie (consulter le tableau des réactions indésirables).

Après la perfusion

- **Remplir** la documentation, y compris dose, numéros de lots et marque si elle est connue.
- **Signaler** et renvoyer à la Pharmacie ou au LMT tout flacon défectueux, non utilisé ou associé à une réaction indésirable grave.
- **Inform**er le patient en lui remettant une feuille de renseignements qui comprend la marche à suivre en cas de réaction indésirable post-transfusionnelle (voir Faits sur l'IgIV à l'intention des patients externes).

Tableau des réactions indésirables à une perfusion d'IgIV

ARRÊTER la perfusion et avertir le médecin du patient dans les circonstances suivantes :

- Changement de 20 pour cent ou plus de la tension artérielle systolique ou diastolique
- Température de 38 °C ou plus et en hausse d'au moins 1 °C par rapport de la température initiale
- Bouffées de chaleur, tremblements (frissons), urticaire, démangeaisons, respiration sifflante, serrement de poitrine, crampes abdominales, céphalée, nausée/vomissement ou urine rouge

Signaler tout soupçon de réaction au LMT ou à la Pharmacie

Signes et symptômes	Intensité	Fréquence	Type de réaction	Actions
Céphalée (pendant la perfusion ou jusqu'à 1 à 3 jours plus tard)	Légère	Courante	Céphalée liée à l'IgIV	Arrêter l'IgIV. Consulter le médecin. La perfusion peut être reprise à un débit plus lent. En cas de réactions récurrentes, une prémédication appropriée et/ou un changement de marque d'IgIV peuvent être nécessaires. Signaler au LMT / à la Pharmacie.
Légère fièvre, bouffées de chaleur, tremblements, frissons	Légère	Occasionnelle	Réaction fébrile non hémolytique	Arrêter l'IgIV. Consulter le médecin. Administer les médicaments prescrits. Si les symptômes sont bénins, la perfusion peut être reprise à un débit plus lent, si le médecin l'autorise. En cas de réactions récurrentes, une prémédication appropriée et/ou un changement de marque d'IgIV peuvent être nécessaires. Signaler au LMT / à la Pharmacie.
Urticaire, éruption cutanée, démangeaisons, bouffées de chaleur, douleur abdominale, nausée et vomissements	Légère	Occasionnelle	Allergie bénigne	Arrêter l'IgIV. Consulter le médecin. Administer les médicaments prescrits. Si les symptômes sont bénins, la perfusion peut être reprise à un débit plus lent, si le médecin l'autorise. En cas de réactions récurrentes, une prémédication appropriée et/ou un changement de marque d'IgIV peuvent être nécessaires. Signaler au LMT / à la Pharmacie.
Dyspnée, démangeaisons, urticaire, enflure du visage ou de la langue, serrement de poitrine, œdème des voies respiratoires, hypotension, tachycardie, nausée/ vomissements et anxiété	Modérée à grave	Rare	Anaphylaxie / Réaction anaphylactoïde	Arrêter l'IgIV. Consulter le médecin. Peut exiger l'injection rapide d'épinéphrine. La réaction peut dépendre d'un allergène auquel le patient est nettement allergique. Procéder à un dépistage d'anticorps anti-IgA après une réaction anaphylactique. Signaler au LMT / à la Pharmacie.
Dyspnée, hypertension, orthopnée, cyanose, toux, tachycardie, hausse de la pression veineuse jugulaire	Modérée à grave	Occasionnelle	Surcharge circulatoire liée à la transfusion (TACO)	Arrêter l'IgIV. Consulter le médecin. Administer les médicaments prescrits (p. ex. diurétique). Ralentir le débit des perfusions subséquentes. Signaler au LMT / à la Pharmacie.

*Définition de l'hémolyse :

Chute de l'hémoglobine d'au moins 10 g/L

Test de Coombs direct (TDA) positif

ET

Au moins deux des caractéristiques suivantes :

- Numération des réticulocytes à la hausse
- Haptoglobine basse
- Hémoglobininémie

- Lactate –déshydrogénase à la hausse
- Hyperbilirubinémie
- Hémoglobinurie

Tableau des réactions indésirables à une perfusion d'IgIV

Fièvre. Dorsalgie, dyspnée, changement de couleur de l'urine (rouge ou brune), ictère, fatigue extrême, faiblesse	Modérée à grave	Occasionnelle	Hémolyse aigüe (dans les 24 h) ou tardive (après 24 h*)	Arrêter l'IgIV. Consulter le médecin. Ne pas reprendre la perfusion. Habituellement liée à la présence d'anticorps anti-A ou anti-B dans l'IgIV qui réagissent au sang de groupe A, B ou AB du patient. Signaler au LMT / à la Pharmacie.
Céphalée intense et invalidante avec raideur de la nuque, somnolence, fièvre, léthargie, photophobie, douleur associée aux mouvements oculaires, vomissement, diarrhée, pharyngite, détérioration de l'état mental	Grave	Rare	Méningite aseptique	Arrêter l'IgIV. Consulter le médecin. Ne pas reprendre la perfusion. Habituellement spontanément résolutive en 1 à 2 jours. Signaler au LMT / à la Pharmacie.
Cœdème périphérique, cœdème orbital, changements mictionnels, hausse de la créatinine sérique, hypertension, dorsalgie, douleur au flanc, hématurie	Grave	Rare Habituellement lié à la présence de sucrose dans le produit (aucun produit de ce genre n'est homologué à l'heure actuelle)	Insuffisance rénale aigüe	Arrêter l'IgIV. Consulter le médecin. Facteurs prédisposants : âge > 65, diabète, insuffisance rénale préexistante. Signaler au LMT / à la Pharmacie.
Symptômes d'infarctus du myocarde, d'accident ischémique transitoire, d'AVC, de thrombose veineuse profonde	Grave	Rare	Accident thromboembolique	Arrêter l'IgIV. Consulter le médecin. Peut-être liée à une viscosité plus grande et à des comorbidités chez le patient. Signaler au LMT / à la Pharmacie.
Symptômes de nouvelle infection virale ou de maladie à prion (diverses formes) qui se manifeste dans les semaines suivant la perfusion	Grave	Aucun cas signalé de VIH ni de VHB. Aucun VHC signalé depuis 1995. La transmission à prion (MCJ) est un risque théorique.	Infections transfusionnelles	Signaler au LMT / à la Pharmacie toute nouvelle infection que l'on soupçonne liée au produit sanguin.

Références – Sources de données pour le Guide ontarien de perfusion d'IgIV

1. Callum J. Sang difficulté 3. Réseau régional ontarien de coordination du sang, Toronto Ontario (2011)
2. Société canadienne du sang. Tableau des immunoglobulines intraveineuses [Internet] 2014 [consulté le 1er août 2015]. En ligne : <https://blood.ca/sites/default/files/intravenous-immune-globulin-table-2014-07-19-fr.pdf>
3. Société canadienne du sang. Renseignements importants concernant l'hémolyse liée à l'administration d'IgIV Hemolysis [Internet] 2009 [consulté le 8 août 2015] En ligne : https://blood.ca/sites/default/files/CL_2009-02-fr.pdf
4. Popovsky M. Transfusion Reactions 4^e éd. Bethesda: AABB press; 2012
5. Reid B, Van Allen D, La Grange C, Boissonneault N. Protocol Recommendations for Administration of Intravenous Immunoglobulin in Canada. Infusion Nursing 2006;29(3):158-164
6. Monographie d'Octagam 10 %, 30 octobre 2009
7. Monographie de Gammagard S/D, 27 août 2014
8. Monographie de Gammagard liquide, 4 septembre 2014
9. Monographie de Gamunex/IGIVnex, 22 décembre 2014
10. Monographie de Privigen, 8 juillet 2015

Remerciements

Membres du Groupe de travail sur les directives ontariennes normalisées de perfusion d'IgIV

- M^{me} Brenda Reid, infirmière clinicienne spécialisée en immunologie et allergologie, SickKids
- M^{me} Yvonne Davis-Read, infirmière spécialisée en sécurité transfusionnelle, St Michael's Hospital
- M^{me} Laura Harrison, responsable de la sécurité transfusionnelle, Trillium Health Partners
- M^{me} Ana Lima, infirmière spécialisée en sécurité transfusionnelle, Sunnybrook Health Science Centre
- M^{me} Wilma Koopman, infirmière praticienne, Clinique neuromusculaire du London Health Sciences Centre

Contributrices antérieures

- M^{me} Liese Bolte, technologue principale, Médecine transfusionnelle, Royal Victoria Hospital
- M^{me} Julie DiTomasso, responsable de la sécurité transfusionnelle, Hamilton Health Sciences
- M^{me} Jane Cartwright, responsable de la sécurité transfusionnelle, Credit Valley Hospital
- M^{me} Kathleen Eckert, responsable de la sécurité transfusionnelle, London Laboratory Services
- M^{me} Kathleen McShane, responsable de la sécurité transfusionnelle, Hospital for Sick Children
- M^{me} Doris Neurath, gestionnaire, Médecine transfusionnelle, L'Hôpital d'Ottawa
- M^{me} Lina D'Onofrio, responsable de la sécurité transfusionnelle, Réseau universitaire de santé
- M^{me} Margaret Samide, infirmière clinicienne spécialisée, Grand River Regional Cancer Centre
- M^{me} Irene Skinner, technologue principale, Médecine transfusionnelle, Lakeridge Health Corporation
- M^{me} Sylvie Malloy, CON(C) Hamilton Health Sciences

Faits

SUR L'IgIV À L'INTENTION DES PATIENTS EXTERNES



Qu'est-ce que l'IgIV?

L'immunoglobuline intraveineuse (IgIV) est un produit sanguin qui contient des anticorps concentrés. Elle est faite de plasma de donneurs de sang. Il existe diverses marques commerciales d'IgIV au Canada; elles sont toutes semblables.

Pourquoi en ai-je besoin?

L'IgIV sert à remplacer des anticorps chez les patients qui en ont moins que la normale (p. ex. immunodéficience primaire). Ces anticorps aident à combattre les infections.

Elle peut aussi servir à traiter d'autres problèmes, entre autres lorsque le corps attaque ses propres tissus et organes (p. ex. maladie auto-immune).

Demandez au médecin de vous expliquer le traitement par IgIV que vous allez recevoir.

Vous aurez à signer un formulaire de consentement à une transfusion sanguine, puisque l'IgIV est faite à partir du plasma sanguin.

Risques

L'IgIV est qualifiée de produit sanguin sûr qui risque peu de transmettre des maladies.

Les donneurs de sang subissent des épreuves rigoureuses avant de pouvoir donner du sang; pendant la fabrication de l'IgIV, le produit est aussi traité pour détruire les virus qui causent le SIDA, l'hépatite B et l'hépatite C.

Comment est-elle administrée?

L'infirmière installe une ligne intraveineuse (IV).

L'IgIV est administrée par une veine du bras ou de la main. C'est un liquide clair, habituellement dans une bouteille de verre, qui est lentement perfusé en plusieurs heures.

L'infirmière vérifie vos signes vitaux (tension artérielle, température et pouls) avant et pendant la perfusion.

Effets secondaires

Les effets secondaires de l'IgIV surviennent habituellement pendant la perfusion ou les 24 heures qui suivent; ils ont tendance à être bénins et de courte durée.

Les patients qui sont bien hydratés avant la perfusion semblent avoir moins d'effets secondaires.

De 5 à 10 % des patients ressentent des effets secondaires bénins liés à la vitesse de la perfusion; on peut souvent les atténuer en ralentissant la vitesse de perfusion et en donnant des médicaments comme de l'acétaminophène (p. ex. Tylenol®) ou un antihistaminique (p. ex. Benadryl®).

Obtenez une aide médicale d'urgence immédiate si vous ressentez :

- Mal de tête intense; douleur aux yeux, grande somnolence
- Enflure du visage ou de la langue
- Difficulté à respirer, serrement de poitrine
- Changement de couleur de l'urine (rouge ou foncée)
- Douleur intense dans le dos, d'apparition récente
- Faiblesse ou grande fatigue

Il est important que vous signaliez n'importe quel de ces symptômes au médecin ou à l'infirmière.

Si ces symptômes se manifestent après votre retour à la maison, votre dossier devra être mis à jour; veuillez donc aviser la clinique le plus vite possible de tout effet secondaire ressenti à la maison.

Veuillez communiquer avec :

Administration d'IgIV hors de la province

Dans de rares circonstances, des patients peuvent devoir transporter hors de la province et souvent hors du pays de l'IgIV émise en Ontario. Les patients qui travaillent, étudient ou prennent des vacances ailleurs qu'en Ontario pendant un certain temps peuvent tous avoir besoin de ce service.

Si le patient ontarien est admissible aux avantages de son assurance-santé provinciale pendant ce déplacement, un hôpital ontarien peut lui fournir de l'IgIV pour cette période à la demande de son médecin traitement ou d'un professionnel de la santé.

Cette section de la trousse contient des directives et des modèles de documents pertinents pour les patients et les médecins qui se trouvent dans de telles situations.

Instructions relatives aux demandes d'immunoglobuline intraveineuse (IgIV) à transfuser hors de la province ou du pays

Il arrive que des patients traités par IgIV demandent d'obtenir de l'IgIV en quantité suffisante pour apporter en voyage hors de la province ou du pays. Ces demandes sont rares, selon un sondage mené en 2016 par le RRoCS (5 des 53 hôpitaux ont répondu avoir reçu une telle demande au cours des 5 années précédentes). L'information transmise dans la présente trousse vise à fournir une approche cohérente à de telles demandes.

Voici ce qu'il faut en général suggérer ou envisager :

1. Inviter le médecin du patient à faire passer le patient à de l'immunoglobuline sous-cutanée, si c'est possible
2. Si le patient voyage hors province, mais reste au Canada, demander au médecin de communiquer avec un médecin traitant de l'autre province pour que le patient puisse recevoir une perfusion de son produit en milieu hospitalier. Il y a des ententes interprovinciales en place avec les ministères de la Santé de chaque province pour assurer au patient des soins ininterrompus.
3. Si le patient se rend à l'extérieur du pays et que son assurance médicale ne couvre pas ce traitement pendant cette période, il est possible de remettre au patient une provision d'IgIV pour durer jusqu'à six mois, à condition que le patient reste admissible à la protection de la Régie de l'assurance maladie de l'Ontario.
4. Cette trousse contient des modèles de directives et de formulaires. Il importe que les processus pendant les déplacements et les perfusions du produit reprennent les éléments d'un programme de perfusion à domicile pour assurer la mise en circulation, le transport et l'entreposage sécuritaires du produit, la documentation du devenir du produit et le signalement de toute réaction indésirable au produit.

Les directives de perfusion à domicile se trouvent sur le site Web du RRoCS à : <http://transfusionontario.org/fr/documents/?cat=home-infusion-toolkit>

Éléments de politique et procédure à envisager pour le patient qui transporte de l'IgIV hors de l'Ontario

Le Réseau régional ontarien de conservation du sang (RRoCS) a procédé à un sondage pour déterminer la fréquence de ce genre de demandes au Canada et l'endroit d'où elles viennent; elles sont rares. Un hôpital pourrait donc demander au directeur médical ou au gestionnaire du Service de médecine transfusionnelle d'autoriser chaque demande; la marche à suivre devra être précisée dans les politiques et procédures de chaque établissement.

Au moment de rédiger ces documents, voici certains éléments à prendre en considération :

1. Préparation d'une liste d'Ig en stock : dresser la liste des produits d'Ig qui pourraient être transportés hors de l'Ontario et inscrire la quantité maximale permise pour chaque perfusion faite hors province. Tout en dressant cette liste, les services transfusionnels de l'hôpital pourraient aussi envisager d'autres composants et produits sanguins à y inclure. Par exemple : IgRh, IgSC et inhibiteur de la C1 estérase (voir aussi la trousse de perfusion à domicile).
2. Patients : Comment le patient sera-t-il formé à transporter et à entreposer le produit? Quel type de dossier devra tenir le patient? Quel document, s'il en est, devra-t-il fournir à l'hôpital ontarien qui lui a fourni le produit? Comment le patient disposera-t-il de tout produit brisé, périmé ou mal entreposé? Quelles sont les exigences quant à l'élimination du produit, le cas échéant? Le patient sait-il quoi faire en cas d'effet indésirable pendant ou après la perfusion? Quel(s) professionnel(s) de la santé sera(ont) avisé(s) de tout effet indésirable?
3. Mise en circulation et élimination : Comment l'hôpital ontarien mettra-t-il le produit en circulation? Y a-t-il des commentaires particuliers à inclure? L'entrée par défaut est-elle « transfusion présumée »? Comment sont conciliés dans le dossier transfusionnel les produits rapportés par le patient? Ces dossiers transfusionnels sont-ils retournés au médecin qui traite le patient en Ontario?
4. Communication entre médecins : les modalités de communication entre le médecin traitant et le ou les médecins de l'extérieur sont du ressort des médecins; la présente trousse propose toutefois certains outils pour faciliter les échanges.
5. Autres coûts : tout coût supplémentaire est de la responsabilité du patient, notamment fournitures connexes et frais pour la procédure d'administration qui ne sont pas couverts par l'Ontario ou par l'assurance médicale privée du patient.

Formulaire d'entente de participation du patient

Information sur le médecin traitant

Information sur le patient

ENTENTE DE PARTICIPATION - Je vais :

- ☐ obtenir, transporter et entreposer l'IgIV en suivant les instructions
- ☐ voir à recevoir les perfusions en suivant les instructions
- ☐ prendre sur les perfusions des notes précises que je remettrai à mon médecin en Ontario
- ☐ signaler au professionnel de la santé pertinent toute réaction indésirable à l'IgIV et obtenir un traitement au besoin
- ☐ payer toutes les dépenses liées à la perfusion d'IgIV à l'extérieur de l'Ontario
- ☐ m'assurer de respecter toutes ces conditions, à défaut de quoi je ne recevrai plus d'IgIV

Je comprends que la perfusion d'IgIV à l'extérieur de la province peut être arrêtée en tout temps si je ne respecte pas les exigences ci-dessus ou toute autre exigence ou encore en cas de complications impossibles à gérer du traitement par perfusion d'IgIV.

X

Signature du patient

Date et heure de la signature

Au besoin :

Signature du professionnel de la santé

Date

Nom du professionnel de la santé en caractères d'imprimerie

****Soignant : garder un exemplaire du formulaire pour vos dossiers et en remettre un au patient****

Lettre du médecin traitant (à domicile) au médecin ou professionnel de la santé à distance au sujet de l'administration d'IgIV hors de l'Ontario

[entrer l'adresse ou l'entête de correspondance si désiré]

Date:

Cher collègue, / Chère collègue,

Objet : Nom du patient, date de naissance, etc.

Cette patiente / Ce patient souffre d'un problème de santé qui exige des perfusions intraveineuses régulières d'immunoglobulines extraites de sang humain. Il/Elle sera à l'extérieur de l'Ontario pendant un certain temps et aura besoin d'aide médicale pour avoir accès au traitement qui lui est nécessaire.

Pour maintenir une concentration suffisante d'immunoglobuline, cette personne doit recevoir ____g d'IgIV aux ____ semaines. Nous lui remettrons des provisions suffisantes de ce produit pour ____ semaines; le patient / la patiente verra à le garder à température contrôlée. Je fais appel à vous pour assurer la coordination et l'aide dont cette personne aura besoin pour recevoir ce produit dans son milieu de vie ou dans un établissement ou centre de soins. Des fournitures accessoires seront requises à chaque perfusion.

Le patient / La patiente devra faire l'objet d'un suivi en cas de réaction indésirable à ces perfusions et aura besoin des coordonnées d'un contact avec qui communiquer en cas de réaction indésirable grave (p. ex. les Urgences d'un hôpital local).

N'hésitez pas à communiquer avec moi au _____ si vous avez des questions. Merci d'avance de votre contribution aux soins de cette personne.

Veuillez croire en l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Lettre de transport d'IgIV

Objet : Fournitures médicales requises pour _____

Date de naissance : _____

**Madame,
Monsieur,**

_____ a un problème de santé chronique qui est traité par injections d'immunoglobuline intraveineuse (IgIV) de remplacement, dérivée de sang humain.

Pour maintenir un taux suffisant d'immunoglobuline et éviter de sérieuses répercussions sur sa santé, cette personne doit transporter son médicament et le matériel nécessaire à son administration dans ses déplacements. Comme le produit doit rester à une température contrôlée, les articles suivants devront être apportés à bord de l'avion (ou de tout autre moyen de transport) par la personne mentionnée ci-dessus :

- Flacons d'IgIV
- Fournitures d'administration éventuelles, aiguilles, tampons d'alcool, gaze et pansement adhésif
- Médicament pour traiter les effets secondaires (antihistaminique sans somnolence et analgésique en vente libre)
- Contenant et peut-être des blocs réfrigérants (requis pour garder l'IgIV et les autres médicaments à une température satisfaisante pendant le voyage)

Cordialement,

Médecin traitant

Si vous avez besoin de renseignements complémentaires, veuillez communiquer avec le Dr xxxx au numéro (xxx-xxx-xxxx)

Remerciements

Members of Ontario IG Advisory Panel (as of April 01, 2016)

- D^{re} Lois Shepherd, présidente, Hôpital général de Kingston
- D^{re} Yulia Lin, Vice-chair, Centre des sciences de la santé Sunnybrook
- D^r Antonio Giulivi, L'Hôpital d'Ottawa, promoteur du projet du RRoCS
- M^{me} Nancy Heddle, Centre de recherche transfusionnelle de McMaster, promotrice du projet du RRoCS
- D^{re} Katerina Pavenski, Hôpital St. Michaels
- D^{re} Lani Lieberman, Réseau universitaire de santé
- D^{re} Michelle Zeller, Université McMaster
- M^{me} Laura Aseltine, Société canadienne du sang
- D^{re} Kathryn Webert, Société canadienne du sang
- M^{me} Jennifer T'Davis, Société canadienne du sang
- M. Peter Saunders, Société canadienne du sang
- M^{me} Ramona Muneswar, Bureau de coordination des programmes de sang
- D^{re} Allison Collins, coordonnatrice des projets cliniques, spécialiste en médecine transfusionnelle, RRoCS
- M^{me} Denise Evanovitch, RRoCS
- M^{me} Wendy Owens, RRoCS
- M^{me} Sheena Scheuermann, RRoCS
- M. Troy Thompson, RRoCS
- M^{me} Laurie Young, RRoCS