Universitätsmedizin Rostock Die Angaben dieser Gebrauchsinformation und Fachinformation werden stets neuen

Teilkörperschaft der Universität Rostock Erkenntnissen angepasst und sollten vor Gebrauch eines jeden Blutbeutels beachtet

werden.

Institut für Transfusionsmedizin

Postfach 10 08 88

Schillingallee 36

18057 Rostock

Tel.: 0381/494-7680/7453

# Gebrauchsinformation und Fachinformation Leukozytendepletiertes Thrombozytapheresekonzentrat/bestrahlt HRO/Uni

**1. Identifizierung des Arzneimittels**

a) Bezeichnung

Leukozytendepletiertes Thrombozytapheresekonzentrat/bestrahlt HRO/Uni

b) Stoffgruppe

Blutzubereitung, Thrombozyten zur Transfusion

**2. Anwendungsgebiete**

Die Gabe von Thrombozytenkonzentraten ist indiziert zur Behandlung einer Blutungsneigung, bedingt durch eine schwere Thrombozytopenie infolge throm­bo­zytärer Bildungsstörungen, im Notfall auch bei Umsatzstörungen, jedoch nicht bei einer niedrigen Thrombozytenzahl allein. Damit durch die Zufuhr von Plätt­chen eine Besserung der thrombozytär bedingten Blutungsneigung zu erwarten ist, sollte vor der Behandlung zunächst deren Ursache abgeklärt werden.

Das mit mindestens 25 Gy bestrahlte Thrombozytenkonzentrat ist besonders geeignet zur Anwendung bei gefährdeten Patienten, bei denen eine transfusions­assoziierte Graft-versus-Host-Reaktion vermieden werden soll, wie

1. Föten (intrauterine Transfusion)
2. Neugeborenen nach intrauterinen Transfusionen
3. Patienten bei Verdacht auf schwere angeborene Immundefizienz
4. Neugeborenen bei postpartaler Austauschtransfusion
5. Patienten mit schweren T-Zell-Defektsyndromen (z. B. SCID)
6. Patienten, für die HLA-ausgewählte Thrombozytenkonzentrate benötigt werden
7. Patienten bei allogener Transplantation hämatopoetischer Stammzellen (aus peripherem Blut, Knochenmark oder Nabelschnurblut)
8. Patienten mit M.-Hodgkin-Lympphom
9. Patienten unter Therapie mit Purinanaloga (z. B. Fludarabin, Cladribin, Deoxycoformycin)
10. Patienten 7-14 Tage vor autologer Stammzellentnahme
11. Patienten bei autologer Stammzelltransplantation
12. Patienten, die ein Thrombozytenkonzentrat eines Blutsverwandten erhalten
13. hämato-onkologische Patienten unter Therapie mit Antithymozytenglobulin (ATG) oder Alemtuzumab (Anti-CD52)

Empfohlen wird die Verwendung von bestrahlten Thrombo­zytenkonzentraten für:

1. Patienten mit schwächeren Formen angeborener Immundefizienz
2. Patienten nach allogener Transplantation hämatopoetischer Stammzellen bis zur Immunrekonstitution bzw. mindestens 6 Monate nach der Transplantation sowie Patienten bis 3 Monate nach autologer Transplantation hämatopoetischer Stammzellen (bei Ganzkörperbestrahlung 6 Monate)
3. Patienten mit Graft-versus-Host-Reaktion oder andauernder immunsuppressiver Therapie nach allogener Transplantation hämatopoetischer Stammzellen

**3. Informationen zur Anwendung**

a) Gegenanzeigen

Absolut:

- Eine absolute Kontraindikation für Thrombozytentransfusionen gibt es nicht.

Relativ:

1. Bei potentiellen Empfängern eines Stammzelltransplantates (Knochenmark, peri­phere Stammzellen, Nabelschnurblut) ist die Gabe von Thrombozytenkonzentraten des Trans­plan­tatspenders oder Blutsverwandten des Transplantatspenders vor der Transplantation unbedingt zu vermeiden.
2. Bei bekannten Überempfindlichkeiten des Empfängers gegen humane Plasmaproteine
3. Bei thrombotischer Mikroangiopathie (HUS, TTP)
4. Bei primärer Immunthrombozytopenie (ITP)
5. Bei posttransfusioneller Purpura (PTP)
6. Bei heparininduzierter Thrombozytopenie Typ 2 (HIT-2)

b) Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung

Thrombozytenkonzentrate sind in der Regel AB0-kompatibel über ein Transfusionsgerät mit Standardfilter der Porengröße 170 bis 230 µm zu trans­fundieren.

Beim Refraktärzustand gegenüber Thrombozytentransfusionen aufgrund einer Alloimmunisierung gegen Antigene des HLA- und ggf. HPA-Systems sind nach Mög­lichkeit HLA-Klasse-I-kompatible und ggf. HPA-kompatible Thrombozyten­kon­zentrate zu transfundieren. Die Transfusionsgeschwindigkeit muss dem kli­nischen Zustand des Patienten angepasst werden.

Bei neonataler Transfusion sollte sorgfältig auf Anzeichen einer Zitratintoxikation geachtet und die Transfusionsgeschwindigkeit dem klinischen Zustand angepasst werden.

Neben der Leukozytendepletion des Thrombozytenkonzentrates kann eine zusätzliche Testung auf Anti-CMV-Antikörper zur Vermeidung einer CMV-Infektion in besonders gefährdeten Patientengruppen (s. u.) durchgeführt werden. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist unklar, ob die Verwendung CMV-ausgewählter Blutspenden das Risiko einer transfusionsassoziierten CMV-Infektion vermindert (s. Querschnitts-Leitlinien).

Eine CMV-Infektion kann bei

1. Föten
2. Frühgeborenen
3. Patienten mit erworbenen (AIDS) oder angeborenen Immundefekten
4. Organ- und Stammzelltransplantierten

zu schweren Erkrankungen führen.

c) Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, soweit sie die Wirkungsweise des Arzneimittels beeinflussen können und Hauptinkompatibilitäten

Durch Medikamente, die die Thrombozytenfunktion beeinflussen, kann die Wir­kung von Thrombozytenkonzentraten vermindert bzw. aufgehoben werden. Wegen der Gefahr von Gerinnselbildungen dürfen kalziumhaltige Lösungen nicht gleichzeitig in demselben Schlauchsystem gegeben werden. Die Beimischung von Medikamenten zum Thrombozytenkonzentrat ist nicht zulässig.

d) Verwendung für besondere Personengruppen

Bei Rh(D)-negativen Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter ist wegen der praktisch in allen Thrombozytenkonzentraten vorhandenen Kontamination mit Erythrozyten die Transfusion von Thrombozytenkonzentraten Rh(D)-positiver Spender mit Ausnahme von lebensbedrohlichen Situationen unbedingt zu vermeiden. Die Transfusion von Thrombozytenkonzentraten Rh (D)-positiver Spender in Rh(D)-negative Patienten lässt sich wegen des Mangels an Rh(D)-negativem Blut nicht immer vermeiden, sollte nach Möglichkeit aber nur in Betracht gezogen werden, wenn es sich um Männer oder um Frauen im nicht gebär­fähigen Alter handelt. In solchen Fällen ist stets eine serologische Nach­unter­suchung 2 bis 4 Monate nach Transfusion zur Feststellung eventuell gebildeter Anti-D-Antikörper durchzuführen.

Schwangerschaft und Stillzeit: Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch bestehen keine Einwände.

Auswirkung auf Kraftfahrer und die Bedienung von Maschinen: Nach der Transfusion von Thrombozytenkonzentraten sollte eine Ruhepause von mindestens 1/2 Stunde eingehalten werden.

e) Warnhinweise

sind nicht angeordnet.

**4. Hinweise zur ordnungsgemäßen Anwendung**

a) Dosierung

Die Dosierung der Thrombozyten ist abhängig vom klinischen Zustand und der Thrombozytenzahl des Patienten.

Der Thrombozytenbedarf für die initiale Behandlung eines normalgewichtigen Erwachsenen ohne weitere Komplikationen beträgt mindestens 2,5x1011 Thrombozyten, entsprechend einer Standardpackung. Eine Überwachung der Therapie, z. B. durch Bestimmung der Thrombozytenzahl oder der Blutungszeit beim Patienten, ist unerlässlich.

b) Art der Anwendung

zur i. v. Infusion

c) Häufigkeit der Verabreichung

nach Indikationsstellung

d) Dauer der Behandlung

nach Indikationsstellung

e) Überdosierung

Eine Gefahr der Überdosierung besteht bei Erwachsenen nicht.

f) Notfallmaßnahmen

Treten Unverträglichkeiten auf, so ist die Transfusion unverzüglich abzubrechen, der Venenzugang jedoch offenzuhalten und eine Behandlung, der Schwere der Symptome gemäß, nach den aktuellen Regeln der Notfalltherapie einzuleiten.

**5. Nebenwirkungen**

* Unverträglichkeitsreaktionen (z. B. urtikarielle Hautreaktionen und andere akute allergische und anaphylaktoide Reaktionen)
* Posttransfusionelle Purpura
* Transfusionsassoziierte akute Lungeninsuffizienz (TRALI)
* anaphylaktische Reaktionen bei Empfängern mit angeborenem IgA-Mangel
* Mikrozirkulationsstörungen durch aggregierende Thrombozyten bei massiver Transfusion
* Immunisierung des Empfängers gegen thrombozytäre und nicht-thrombozytäre Antigene
* febrile Transfuionsreaktionen in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Transfusion
* hämolytische Reaktionen nach Transfusion von AB0-inkompatiblen Thrombozytenkonzentraten
* Insbesondere bei hohen Transfusionsgeschwindigkeiten und Transfusionsvolumina kann es zur Volumenüberlastung des Kreislaufs (Hypervolämie, transfusionsassoziierte zirkulatorische Überladung, TACO) kommen.
* Bei Neugeborenen sind bei schneller Transfusion Herz-Kreislaufreaktionen infolge von Zitratintoxikationen möglich.
* Das Risiko einer bakteriellen Kontamination lässt sich nicht mit letzter Sicherheit ausschließen.
* Bei der Anwendung von aus menschlichem Blut hergestellten Arzneimitteln ist die Übertragung von Infektionskrankheiten durch Übertragung von Infektionserregern - auch bislang unbekannter Natur - nicht völlig auszuschließen. Dies gilt z. B. für Hepatitisviren, seltener für HIV. Eine Übertragung von Parasiten wie z. B. Malariaerregern ist grundsätzlich möglich.
* Im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland wurde über Einzelfälle berichtet, in denen bei Empfängern von Transfusionen, deren Spender später an der varianten Creutzfeldt-Jakob Krankheit (vCJK) erkrankten, ebenfalls der „Erreger“ (so genannte Prionen) nachgewiesen wurde. Bei der vCJK handelt es sich um eine in Deutschland bislang nicht beobachtete Erkrankung, die durch den Verzehr von bestimmten Nahrungsmitteln aus BSE-kranken Rindern erworben werden kann.

Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen

Die Meldung des Verdachts auf Nebenwirkungen nach der Zulassung ist von großer Wichtigkeit. Sie ermöglicht eine kontinuierliche Überwachung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung dem Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, Paul-Ehrlich-Institut, Paul-Ehrlich-Straße 51 – 59, 63225 Langen, Telefon +49 610377-3116, Telefax: +49 610377-1268, Webseite: [www.pei.de](http://www.pei.de) bzw. [www.pei.de/haemovigilanz-formulare](http://www.pei.de/haemovigilanz-formulare), E-Mail [biovigilance@pei.de](mailto:pharmakovigilanz2@pei.de) anzuzeigen.

Patienten sind darüber zu informieren, dass sie sich an Ihren Arzt oder das medizinische Fachpersonal wenden sollen, wenn sie Nebenwirkungen bemerken. Dies gilt auch für Nebenwirkungen, die nicht in dieser Gebrauchsinformation und Fachinformation angegeben sind. Patienten können Nebenwirkungen auch direkt dem Paul-Ehrlich-Institut anzeigen. Indem Patienten Nebenwirkungen melden, können sie dazu beitragen, dass mehr Informationen über die Sicherheit dieses Arzneimittels zur Verfügung gestellt werden.

**6. Pharmakologische Eigenschaften**

Die wirksamen Bestandteile von Thrombozytenkonzentraten sind morphologisch und funktionell intakte Thrombozyten, welche die zellulären Bestandteile des Hämostasesystems darstellen. Die Hämostaseaktivität der funktionell intakten Thrombozyten ist sofort nach der Transfusion gegeben. Die Funktionsfähigkeit und mittlere Überlebenszeit der Thrombozyten nimmt mit der Lagerungsdauer ab. Durch die Leukozytendepletion auf < 1 x 106 Leukozyten pro Standardpackung wird das Risiko einer Immunisierung gegen humane leukozytäre Alloantigene (HLA) und durch die Bestrahlung mit mindestens 25 Gy die Übertragung mitosefähiger immunkompetenter Lymphozyten stark vermindert, somit die Gefahr einer transfusionsassozierten Graft-versus-Host-Reaktion vermieden. Das Thrombozytenkonzentrat enthält weder körpereigene Substanzen in unphysiologischer Konzentration noch körperfremde Stoffe.

**7. Weitere Hinweise**

|  |  |
| --- | --- |
| a) Angaben zur Aufbewahrung und Haltbarkeit  Das Arzneimittel "Leukozytendepletiertes Thrombozytapheresekonzentrat/bestrahlt HRO/Uni" ist max. 4 Tage zzgl. Entnahmetag bis zu dem auf dem Etikett angegebenen Datum bei 22 ± 2 °C unter gleichmäßiger Agitation haltbar. Nach Ablauf des Verfallsdatums darf das Thrombozytenkonzentrat nicht mehr verwendet werden.  Nach Unterbrechung der o.g. Lagerbedingungen ist das Thrombozytenkonzentrat unverzüglich zu transfundieren. Bei Zwischenlagerung ohne Möglichkeit der Agitation sollte auf ausreichenden Gasaustausch geachtete werden (Lagerung auf einem Gitterrost oder zumindest mit dem Etikett nach unten).  Eine durch das Transfusionsbesteck geöffnete Konserve muss unverzüglich verbraucht werden.  b) Optische Prüfung  Unmittelbar vor der Transfusion muss jedes Thrombozytenkonzentrat einer optischen Qualitätsprüfung unterzogen werden, auffällige Thrombozytenkonzentrate (z. B. fehlendes "Swirling-Phänomen" bzw. Wolkenbildung bei leichtem Schwenken, erkennbare Aggregatbildung) dürfen nicht verwendet werden.  c) Zusammensetzung des Fertigarzneimittels  Wirkstoffe (nach Art und Menge)  arzneilich wirksame Bestandteile:  Human-Thrombozyten aus einer einzelnen Apheresespende  2,0 x 1011 bis 4,0 x 1011 Thrombozyten/Standardpackung  0,61 x 109 bis 2,0 x 109 pro ml  sonstige Bestandteile:  Bezugsmenge 1 ml  0,295-0,303 ml Human-Plasma  0,055-0,057 ml ACD-A-Stabilisatorlösung (Ph. Eur.)  0,64-0,65 ml T-PAS+-Additivlösung  Zusammensetzung der T-PAS+-Additivlösung:  3,18 g Natriumcitrat-Dihydrat  4,05 g Natriumchlorid | 4,42 g Natriumacetat-Trihydrat  1,05 g Natriumdihydrogenphosphat-Dihydrat  3,05 g Dinatriumhydrogenphosphat  oder 7,69 g Dinatriumphosphat, 12 H2O 0,37 g Kaliumchlorid 0,30 g Magnesiumchlorid-Hexahydrat  1000 ml Wasser für Injektionszwecke ad  pH-Wert 7,2  Restzellzahl: Erythrozyten: < 3 x109/Einheit  Leukozyten: < 1 x106/Einheit  d) Darreichungsform und Inhalt, Behältnis  200 bis 330 ml Suspension im Kunststoffbeutel mit CE-Zertifikat  e) Angaben zum pharmazeutischen Unternehmer/Inhaber der Zulassung  Universitätsmedizin Rostock  Teilkörperschaft der Universität Rostock  Schillingallee 35  18057 Rostock  f) Angaben zum Hersteller, der das Fertigarzneimittel für das Inverkehrbringen freigegeben hat  Institut für Transfusionsmedizin  Universitätsmedizin Rostock  Teilkörperschaft der Universität Rostock  Schillingallee 36  18057 Rostock  g) Zulassungsnummer  10555a/97-1  h) Datum der Erteilung oder der Verlängerung der Zulassung  29.10.2004  i) Arzneimittelstatus  Verschreibungspflichtig |

**8. Sonstige Hinweise**

Maßnahmen zur Reduktion des Übertragungsrisikos von Infektionserregern:

Da bei der Anwendung aus menschlichem Blut hergestellten Arzneimitteln die Übertragung von Infektionskrankheiten nicht völlig auszuschließen ist, werden Maßnahmen getroffen, um das Risiko einer Übertragung von infektiösem Material zu minimieren: Für die Herstellung von dem "Leukozytendepletierten Thrombozytapheresekonzentrat HRO/Uni" werden ausschließlich Spenden gesunder Spender verwendet, die mit negativem Ergebnis getestet wurden auf die vorgeschriebenen Infektionsparameter Humanes-Immundefizienz-Virus (Anti-HIV-1/2-Ak, HIV-1-Genom), Hepatitis-B-Virus (HBsAg, Anti-HBc-Ak, HBV-Genom), Hepatitis-C-Virus (Anti-HCV-Ak, HCV-Genom), West-Nil-Virus (WNV-Genom, Testung 01.06.-31.12.) und Treponema pallidum (Anti-Treponema-pallidum-Ak). Das "leukozytendepletierte Thrombozytenkonzentrat HRO/Uni" aus Spenden mit wiederholt reaktivem Ergebnis auf Anti-HBc-Antikörper ist negativ getestet auf HBV-Genom und enthält zusätzlich mindestens 100 U/l an schützenden Anti-HBs-Antikörpern. Darüber hinaus kann durch die Leukozytendepletion das Risiko einer Übertragung von leukozytenassoziierten Viren (HTLV-I/II, CMV, EBV u. a.) und Bakterien (Yersinia enterocolitica) entscheidend vermindert werden.

Qualitätssicherung:

Für die Transfusion von Thrombozytenkonzentraten sind von den Einrichtungen der Krankenversorgung Maßnahmen im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 15 des Transfusionsgesetzes zu ergreifen. Dazu gehören u. a. detaillierte Anweisungen sowohl für die Indikationsstellung und Dosierung abhängig von Thrombozytenanzahl und -abfall bei unterschiedlichen Grunderkrankungen, Vorsorgemaßnahmen zur Erhaltung der Unversehrtheit der Konserve vor der Transfusion und Anweisungen zur Nach­untersuchung der Patienten für die Feststellung des Transfusionserfolges, eventuell gebildeter Antikörper und zu ergreifender Prophylaxe. Die Entscheidungskriterien für die Transfusion von Thrombozyten bei primären und sekundären Knochenmarkinsuffizienzen, aplastischer Anämie oder Myelodysplasie, disseminierter intravasaler Gerinnung, Patienten mit angeborenen Thrombozytopathien/-penien, Autoimmunthrom­bozytopenien, fötaler bzw. Alloimmunthrombozytopenie, für die Auswahl der Präparate und deren Dosierung sowie die Überwachung der Anwendung sind im Rahmen einer patienten­be­zogenen Qualitätssicherung durch die transfusionsverantwortli­chen Personen festzulegen.

Die jeweils aktuelle „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie)“ sowie ggf. ergänzende Veröffentlichungen der Bundesärztekammer und des Paul-Ehrlich-Instituts sind zu berücksichtigen.

Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung:

Die ordnungsgemäße Entsorgung von angebrochenen bzw. nicht mehr verwendbaren Präparaten ist entsprechend der jeweils gültigen transfusionsmedizinischen Dienst­anweisung für die Universitätsmedizin Rostock, sicherzustellen.

**9. Datum der letzten Überarbeitung**

29.10.2024