

Exploration et prise en charge de l'anasarque fœtoplacentaire non immune

Avis: La présente directive clinique est publiée officiellement dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Par conséquent, la date de parution pourrait ne pas correspondre à la date de publication originale. Aucune modification n'a été apportée au contenu.

La présente directive clinique a été rédigée par le comité de génétique, analysée par le comité de médecine fœto-maternelle et approuvée par le comité exécutif et le conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Valérie Désilets, MD, Montréal (Québec)
François Audibert, MD, Montréal (Québec)

COMITÉ DE GÉNÉTIQUE

R. Douglas Wilson, MD (président), Calgary (Alb.)
François Audibert, MD, Montréal (Québec)
Jo-Ann Brock, MD, Halifax (N.-É.)
June Carroll, MD, Toronto (Ont.)
Lola Cartier, MSc, Montréal (Québec)
Alain Gagnon, MD, Vancouver (C.-B.)
Jo-Ann Johnson, MD, Calgary (Alb.)
Sylvie Langlois, MD, Vancouver (C.-B.)
William MacDonald, MD, Halifax (N.-É.)
Lynn Murphy-Kaulbeck, MD, Moncton (N.-B.)
Nanette Okun, MD, Toronto (Ont.)

Melanie Pastuck, inf. aut., Cochrane (Alb.)
Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

Tous les collaborateurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Résumé

Objectif : Décrire les moyens actuels de procéder à l'exploration et à la prise en charge de l'anasarque fœtoplacentaire non immune, en mettant l'accent sur les étiologies traitables ou récurrentes.

issues : Offrir de meilleurs services de counseling et de prise en charge en présence de cas d'anasarque non immune identifiés par diagnostic prénatal.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed, CINAHL et *The Cochrane Library* en 2011 au moyen de mots clés (« *non-immune hydrops fetalis* », « *fetal hydrops* », « *fetal therapy* », « *fetal metabolism* »). Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs, aux études observationnelles et aux exposés de cas significatifs. D'autres publications ont été repérées à partir des bibliographies de ces articles. Aucune restriction n'a été appliquée en matière de date ou de langue. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en mai 2012. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Avantages, désavantages et coûts : La présente directive clinique sensibilise les lecteurs aux causes de l'anasarque fœtoplacentaire non immune, ainsi qu'au diagnostic prénatal et à la prise en charge de celle-ci. Elle offre également une approche standardisée envers l'anasarque fœtoplacentaire non immune, en mettant l'accent sur la

Mots clés : Non-immune hydrops fetalis, fetal hydrops, fetal therapy, fetal metabolism

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.041>

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S311–S325

Copyright © 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de l'éditeur.

Tableau 1. Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations!
I: Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3: Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁷⁸.

[†]Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs⁷⁸.

recherche de troubles pouvant être pris en charge pendant la période prénatale et d'étiologies génétiques récurrentes.

valeurs : La qualité des résultats est évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

Recommandations

1. Toutes les patientes qui présentent une anasarque fœtoplacentaire devraient être orientées sans délai vers un centre de soins tertiaires à des fins d'évaluation. Certains troubles pouvant faire l'objet d'un traitement prénatal constituent une urgence thérapeutique après 18 semaines. (II-2A)
2. L'analyse chromosomique fœtale et le dépistage moléculaire sur microréseau d'ADN devraient être offerts (là où cela s'avère

possible) dans tous les cas d'anasarque fœtoplacentaire non immune. (II-2A)

3. Les études d'imagerie devraient comprendre une échographie obstétricale exhaustive (dont des études Doppler artérielles et veineuses fœtales) et une échocardiographie fœtale. (II-2A)
4. Chez les femmes exposées à des risques en raison de leur origine ethnique, des explorations visant des infections fœto-maternelles et l'alpha-thalassémie devraient être menées dans tous les cas d'anasarque fœtoplacentaire inexplicée. (II-2A)
5. Pour évaluer le risque d'anémie fœtale, la mesure du pic de vitesse systolique de l'artère cérébrale moyenne par étude Doppler devrait être menée chez tous les fœtus hydropiques après 16 semaines de gestation. Lorsque l'on soupçonne la présence d'une anémie fœtale, le prélèvement de sang fœtal et la transfusion intra-utérine devraient être offerts rapidement. (II-2A)
6. Tous les cas d'anasarque fœtoplacentaire inexplicée devraient être orientés vers des services de génétique médicale, lorsque de tels services sont disponibles. Une évaluation postnatale détaillée devrait être menée par un généticien médical pour tous les nouveau-nés présentant une anasarque non immune inexplicée. (II-2A)
7. La tenue d'une autopsie devrait être recommandée dans tous les cas d'interruption de grossesse ou de décès fœtal ou néonatal. (II-2A) Du liquide amniotique et/ou des cellules fœtales devraient être conservés aux fins de la tenue d'un futur dépistage génétique. (II-2B)

ABRÉVIATIONS

ACM	artère cérébrale moyenne
AFNI	anasarque fœtoplacentaire non immune
AO	artère ombilicale
CMV	cytomégalovirus
FISH	hybridation in situ fluorescente
Hb	hémoglobine
HbH	hémoglobine H
LA	liquide amniotique
MPS	mucopolysaccharidose
NICHD	<i>National Institute of Child Health and Human Development</i>
QF-PCR	amplification en chaîne par polymérase-fluorescence quantitative
RT-PCR	amplification en chaîne par polymérase en temps réel
TORCH	toxoplasmose, rubéole, cytomégalovirus, herpès simplex
VZV	virus de la varicelle et du zona

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696034>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696034>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)