

Article original

Prise en charge périnatale et devenir neurologique à moyen terme des nouveau-nés hospitalisés pour maladie hémolytique par immunisation anti-D

Perinatal management and neurological outcome of infants with Rhesus hemolytic disease

P. Gobalakichenane^{a,*}, C. Lardennois^a, S. Galène-Gomez^a, V. Brossard^a,
L. Marpeau^b, E. Verspyck^b, S. Marret^{a,c}

le Réseau de périnatalité de Haute-Normandie¹

^a Service de pédiatrie néonatale et réanimation, CHU de Rouen, 1, rue de Germont,
76031 Rouen cedex, France

^b Clinique gynécologique et obstétricale, CHU de Rouen, 1, rue de Germont,
76031 Rouen cedex, France

^c Groupe Avenir, Inserm (IFR 23), institut de recherche biomédicale, université de Rouen,
rue Thomas-Becket, 76821 Mont-Saint-Aignan cedex, France

Reçu le 4 avril 2008 ; accepté le 28 juillet 2008

Disponible sur Internet le 18 septembre 2008

Résumé

Objectifs. – Évaluer la prise en charge périnatale et l'évolution à moyen terme des enfants nés dans un contexte d'allo-immunisation Rhésus fœtomaternelle (AIRFM).

Patient(e)s et méthodes. – Les nouveau-nés hospitalisés pour AIRFM dans le service de pédiatrie néonatale et réanimation du CHU de Rouen, de janvier 2000 à décembre 2005, ont été rétrospectivement inclus et répartis en deux groupes. Le groupe 1 rassemble les nouveau-nés traités par transfusion in utero et le groupe 2 ceux traités exclusivement en postnatal. Nous avons étudié leur prise en charge anténatale (échographies, pic systolique de vélocité à l'artère cérébrale moyenne, transfusion in utero) et postnatale (photothérapie, exsanguino-transfusion, transfusions), ainsi que leur devenir à court et moyen terme.

Résultats. – Sur 42 cas d'AIRFM recensés en six ans, 28 nouveau-nés (67 %) ont été pris en charge dans le service de pédiatrie néonatale et réanimation. Aucun cas d'anasarque fœtoplacentaire n'a été observé. Mais 16 sur 28 (57 %) sont nés prématurés avec un terme médian de 35 semaines d'aménorrhée (SA) [32–36 SA]. Dans le groupe 1, six fœtus ont eu besoin d'au moins une transfusion in utero, parmi eux un seul (17 %) a nécessité une exsanguino-transfusion postnatale et les six ont reçu une à trois transfusions sanguines après la naissance. Dans le groupe 2, des 22 fœtus n'ayant pas eu de transfusion in utero, six sur 22 (27 %) ont bénéficié d'une exsanguino-transfusion postnatale et 18/22 (82 %) ont reçu une à quatre transfusions. La durée de photothérapie et les besoins en albumine sont similaires dans les deux groupes. Trois décès sont survenus ; l'un par entérocolite ulcéronécrosante et les deux autres par mort subite et purpura fulminans. Le devenir à moyen terme des 25 autres enfants est normal avec un recul de deux à six ans.

Discussion et conclusion. – Les AIRFM restent des situations à risque dont la présentation clinique postnatale est moins sévère qu'auparavant du fait des interventions thérapeutiques anténatales. Les nouveau-nés traités par transfusion in utero nécessitent moins d'exsanguino-transfusion mais plus de transfusions postnatales.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gponny@yahoo.fr (P. Gobalakichenane).

¹ Une liste des principaux membres du Réseau de périnatalité de Haute-Normandie ayant participé au recrutement des patients apparaît à la fin de l'article.

Abstract

Objectives. – To evaluate perinatal management and neurological outcome in a group of infants born with Rhesus fetomaternal allo-immunization.

Patients and methods. – Between 1 January and 31 December 2005, all newborns admitted to neonatal unit of Rouen tertiary centre for Rhesus hemolytic disease were included in a retrospective study and divided in two groups. The newborns who were treated with intrauterine transfusion are in the group 1 and those who needed only postnatal treatment in the group 2. In each case, were considered antenatal management (ultrasonographic data, middle cerebral artery peak systolic velocity, intrauterine transfusion), postnatal treatment (phototherapy, exchange transfusion, transfusion requirements) and neurological outcome.

Results. – Among 42 cases of Rhesus allo-immunization observed in six years, 28 newborns (67%) were admitted for neonatal cares. No case of fetal hydrops was noted. But 16/28 (57%) were preterm with a median term of 35 weeks gestation (32–36 weeks). In group 1 of six infants who had received intrauterine transfusion (IUT), only one (17%) needed postnatal exchange transfusion, and all six received one to three blood transfusions after their birth. In group 2 of 22 infants who did not receive IUT, 6/22 (27%) needed postnatal exchange and 18/22 (82%) of them received one to four blood transfusions. Phototherapy duration and albumin requirements were similar in both groups. Three deaths occurred, one due to necrotizing enterocolitis and the other two later on due to sudden infant death and fulminant meningococemia. Neurological outcome of the remaining 25 children was normal.

Discussion and conclusion. – Rhesus alloimmunization remain a situation at risk. Neonatal clinical presentation is less severe than previously described due to improvement in antenatal management. Infants required less postnatal exchange transfusion when they received intrauterine transfusion but more frequent blood transfusions.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Allo-immunisation Rhésus fœtomaternelle ; Pic systolique de vélocité ; Artère cérébrale moyenne ; Nouveau-né ; Devenir neurologique ; Transfusion in utero ; Exsanguino-transfusion

Keywords: Allo-immunization; Rhesus hemolytic disease; Middle cerebral artery peak systolic velocity; Newborn; Outcome; Intrauterine transfusion; Exchange transfusion

1. Introduction

Parmi les allo-immunisations Rhésus fœtomaternelles (AIRFM), l'incompatibilité anti-D est la plus fréquente avec une prévalence de 1/1000 naissances en France et la plus grave, responsable d'une mortalité périnatale de l'ordre de 1 à 2 % [1–3]. Secondaire au passage placentaire d'anticorps IgG maternels antiérythrocytaires (anti-D) se fixant sur les hématies fœtales porteuses de l'antigène ayant le phénotype correspondant, elle justifie une prise en charge anté- et postnatale rigoureuse du fait des risques de décès par anémie sévère ou d'ictère nucléaire postnatal [4].

Il y a quelques années, leur prise en charge postnatale avait largement recours à l'exsanguino-transfusion (EST) mais depuis, des avancées ont été réalisées en matière de prévention, de thérapeutique anténatale (transfusion in utero [TIU] ou EST in utero) et de performance de la photothérapie, modifiant la mortalité et la morbidité de cette affection [1].

Les objectifs de notre étude sont de faire le point sur la prise en charge périnatale actuelle des AIRFM dans une maternité de type III comportant un centre de diagnostic prénatal et d'évaluer les conséquences postnatales à court et moyen termes des enfants hospitalisés en néonatalogie, qu'ils aient reçu ou non des TIU.

2. Population et méthode

2.1. Population étudiée

Il s'agit d'une étude descriptive menée rétrospectivement sur six années consécutives, de janvier 2000 à décembre 2005, dans un centre de type III disposant d'un centre pluridisci-

plinaire de diagnostic prénatal avec des gynécologues-obstétriciens formés à la pratique de la cordocentèse et de la TIU. Toutes les allo-immunisations Rhésus de type anti-D isolées ou associées à d'autres incompatibilités (anti-C et/ou anti-E) hospitalisées dans le service de pédiatrie néonatale et réanimation ont été incluses. Les incompatibilités isolées anti-E ou anti-C ont été exclues et, durant cette période, aucune allo-immunisation de type anti-E ou anti-Kell n'a été observée.

2.2. Données générales et anténatales

Dans les observations des nouveau-nés hospitalisés dans le service de pédiatrie néonatale et réanimation pour prise en charge d'une maladie hémolytique par AIRFM anti-D, nous avons recueilli des données générales obstétrico-pédiatriques (sexe, parité, mode d'accouchement, terme et poids de naissance) et des données reflétant la sévérité de l'hémolyse anténatale (dosage pondéral des anticorps maternels, traitement anténatal, signes d'anémie à l'échographie et mesure du pic systolique de vélocité à l'artère cérébrale moyenne [PSV-ACM]).

En anténatal, les signes échographiques d'anémie regroupent les épanchements séreux pouvant aller jusqu'à l'anasarque, l'hépatomégalie, l'épaississement placentaire, l'œdème sous-cutané, la cardiomégalie et l'hyperdébit cardiaque. De façon plus récente, la mesure du PSV-ACM s'est révélée être un bon élément prédictif de l'anémie fœtale [4]. Elle est considérée comme augmentée et à risque d'anémie sévère lorsqu'elle est supérieure ou égale à 1,5 fois la médiane pour un terme donné [5].

Les principaux critères de TIU étaient l'ascension du taux d'anticorps associée à des signes échographiques d'anémie fœtale, notamment l'augmentation significative du PSV-ACM.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3950184>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3950184>

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