

N° 343-Prédiction du génotype *RHD* fœtal par test prénatal non invasif de routine au Canada : l'heure est venue

La présente déclaration de consensus a été rédigée par le groupe de travail national sur le facteur Rh du Canada en collaboration avec le Comité de génétique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), évaluée par le Comité de surveillance et de gestion des directives cliniques de la SOGC, et approuvée par le Conseil d'administration de la SOGC.

AUTEURES PRINCIPALES

Jo-Ann Johnson, MD, Calgary (Alb.)
Kim MacDonald, MD, Vancouver (C.-B.)
Gwen Clarke, MD, Edmonton (Alb.)
Amanda Skoll, MD, Vancouver (C.-B.)

GROUPE DE TRAVAIL NATIONAL SUR LE FACTEUR RH

Jason Acker, PhD, Edmonton (Alb.)
Jo-Ann Brock, MD, Halifax (N.-É.)
Renato Cardoso, MD, Regina (Sask.)
Sue Chandra, MD, Edmonton (Alb.)
Gwen Clarke, MD, Edmonton (Alb.)
Olivier Drouin, MD, Québec (Qc)
Venu Jain, MD, Edmonton (Alb.)
Jo-Ann Johnson, MD, Calgary (Alb.)
Ryan Lamont, PhD, Calgary (Alb.)

Sylvie Langlois, MD, Vancouver (C.-B.)
Kim Macdonald, MD, Vancouver (C.-B.)
Amy Metcalfe, PhD, Calgary (Alb.)
Nanette Okun, MD, Toronto (Ont.)
Titi Oluyomi-Obi, MD, Calgary (Alb.)
Greg Ryan, MD, Toronto (Ont.)
Amanda Skoll, MD, Vancouver (C.-B.)
Graeme Smith, MD, Kingston (Ont.)
Lisa Teitelbaum, MD, Calgary (Alb.)
Doug Wilson, MD, Calgary (Alb.)

COMITÉ DE GÉNÉTIQUE

François Audibert, MD, Montréal (Qc)
Jo-Ann Brock, MD, Halifax (N.-É.)
Richard N. Brown, MD, Beaconsfield (Qc)
Carla Campagnolo, MSc, London (Ont.)
June C. Carroll, MD, Toronto (Ont.)
Isabelle De Bie, MD, PhD, Montréal (Qc)
Jo-Ann Johnson, MD, Calgary (Alb.)
Nanette Okun, MD, Toronto (Ont.)
Melanie Pastuck, inf. aut., Cochrane (Alb.)
Karine Vallée-Pouliot, s.-f. aut., Montréal (Qc)
R. Douglas Wilson (président), MD, Calgary (Alb.)
Rhonda Zwingerman, MD, Toronto (Ont.)

Tous les membres du groupe de travail nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(5):374–381

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.03.110>

Copyright © 2017 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 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'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs 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 ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

Résumé

Actuellement, la meilleure façon de prendre en charge les femmes enceintes Rh négatives consiste à prédire la présence ou l'absence de l'antigène D chez le fœtus au moyen d'un test non invasif analysant l'ADN acellulaire (ADNa) dans le plasma maternel, et à administrer une prophylaxie à celles dont l'enfant est *RHD* positif. Cette approche, prise pour norme dans un nombre croissant de pays, assure aux femmes enceintes Rh négatives des soins optimaux. La présente directive est le fruit d'une réunion de consensus du groupe de travail national sur le facteur Rh du Canada, un groupe interdisciplinaire formé pour examiner la situation nationale actuelle du génotypage *RHD* fœtal effectué sur l'ADNa. En collaboration avec le Comité de génétique de la SOGC, le groupe s'est penché sur les avantages et les difficultés associés au génotypage *RHD* combiné à une prophylaxie ciblée dans le contexte du programme de prophylaxie anténatale anti-D de routine canadien existant. De ce travail ont émergé les déclarations sommaires et recommandations suivantes.

Déclarations sommaires

1. Le génotypage *RHD* fœtal au moyen d'un test non invasif effectué sur l'ADN acellulaire a un degré d'exactitude élevé : il a une sensibilité constamment supérieure à 99 % et produit très peu de faux négatifs (II-2).
2. Même si le risque lié à l'exposition aux immunoglobulines anti-Rh est extrêmement faible, l'administration systématique de dérivés de plasma humain aux femmes enceintes Rh négatives n'est plus indiquée, puisque dans un nombre important de cas, cette pratique n'est avantageuse ni pour la mère ni pour le fœtus (II-2).
3. Avec le génotypage *RHD* fœtal non invasif combiné à une prophylaxie anténatale de routine anti-D ciblée, jusqu'à 40 % des femmes Rh négatives pourraient ne pas recevoir d'immunoglobulines anti-Rh (II-2).
4. Le génotypage *RHD* fœtal est possible dès 10 semaines de grossesse; il est préférable de procéder tôt afin d'offrir la prophylaxie ciblée avant 28 semaines de grossesse aux femmes ayant vécu un incident sensibilisant (II-2).
5. La mise en place du génotypage *RHD* fœtal non invasif combiné à une prophylaxie sélective requiert une collaboration interdisciplinaire (milieu clinique et laboratoires) et l'aval des ministères de la Santé provinciaux (III).

ABRÉVIATIONS

ADNa	ADN acellulaire
FN	faux négatifs
FP	faux positifs
HFM	hémorragie fœtomaternelle
Ig anti-Rh	immunoglobulines anti-Rh (anti-D)
MHFNN	maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né
PARAD	prévention anténatale de routine anti-D
PCR	réaction en chaîne par polymérase
Rh	antigène Rhésus (antigène D)
<i>RHD</i>	gène déterminant l'expression de l'antigène Rh (D)
SCS	Société canadienne du sang

Recommandations

1. Actuellement, la meilleure façon de prendre en charge les femmes enceintes Rh négatives consiste à prédire la présence ou l'absence de l'antigène D chez le fœtus au moyen d'un test non invasif analysant l'ADN acellulaire (ADNa) dans le plasma de la mère, et à administrer une prophylaxie anténatale anti-D ciblée. Cette approche devrait être adoptée au Canada (II-2A).
2. Bien que différentes modalités de génotypage *RHD* fœtal aient été décrites, la réalisation au premier trimestre semble être la plus compatible avec le programme de prophylaxie anténatale de routine anti-D canadien existant, et devrait être privilégiée (II-2A).
3. Le risque de faux négatif au génotypage *RHD* est très faible, et les avantages associés au respect des pratiques de prophylaxie découlant de la connaissance du génotype *RHD* du fœtus semblent plus importants que les risques, mais les possibilités d'immunisation ne sont pas nulles. Le contrôle de la qualité en laboratoire et en milieu clinique devrait être une priorité absolue dans la planification d'un programme (II-3A).

CONTEXTE

La maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né (MHFNN) est causée par les IgG de la mère dirigées contre les antigènes de surface des globules rouges, qui traversent le placenta et induisent la destruction immunitaire des globules rouges et des précurseurs érythroïdes du fœtus. L'immunoglobuline la plus souvent en cause s'attaque à l'antigène Rh, qui fait partie du système Rh. Les conséquences de la maladie vont de l'hyperbilirubinémie et de l'anémie fœtale légère au décès du fœtus par érythroblastose fœtale¹.

Avant l'introduction de la prophylaxie contre les Ig anti-Rh, la MHFNN résultant d'une allo-immunisation anti-D touchait 1 % des nouveau-nés et causait la mort d'un bébé sur 2 200². Depuis la fin des années 1960, l'administration postnatale répandue de la prophylaxie a considérablement réduit le taux d'allo-immunisation des femmes Rh négatives, puis la prévalence de la MHFNN³. L'incidence de la sensibilisation chez les femmes Rh négatives ayant accouché d'un enfant Rh positif est de 12 à 16 % pour celles qui n'ont pas reçu de prophylaxie postpartum comparative-ment à 0,8 à 1,5 % pour celles qui l'ont reçue^{4, 5}.

Même si l'événement immunisant le plus fréquent est l'accouchement, une immunisation peut aussi survenir durant la grossesse. Dans la plupart des cas, cette situation est due à une HFM non diagnostiquée : celle-ci peut se déclarer au troisième trimestre et induire une immunisation qui passera inaperçue^{6, 7}. La fréquence des HFM silencieuses augmente au fil de la grossesse, et atteindrait 73 % au troisième trimestre^{8, 9}. Selon une revue systématique d'essais comparatifs randomisés, l'administration d'une PARAD aux femmes Rh négatives au troisième trimestre de la grossesse ferait passer le risque résiduel d'immunisation de 1,0 % à 0,2 %¹⁰. Une méta-analyse d'études non

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696087>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696087>

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