

N° 133-Prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle Rh

Cette directive a été réaffirmée par le Comité de médecine fœto-maternelle et le Comité de génétique, avec la collaboration du Rh Program of Nova Scotia, et elle a été approuvée par le Comité exécutif et le Conseil de La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Une révision est en cours.

Karen Fung Kee Fung, MD, Ottawa (Ont.)

Erica Eason, MD, Ottawa (Ont.)

Comité de médecine fœto-maternelle : Joan Crane (présidente), MD, St. John's (T.-N.); Anthony Armon, MD, Halifax (N.-E.); Sandra de la Ronde, MD, Calgary (Alb.); Dan Farine, MD, Toronto (Ont.); Lisa Keenan-Lindsay, inf. aut., Toronto (Ont.); Line Leduc, MD, Montréal (Québec); Gregory J. Reid, MD, Winnipeg (Man.); John Van Aerde, MD, Edmonton (Alb.). Comité de génétique : R. Douglas Wilson (président), MD, Philadelphie (Pennsylvanie); Gregory Davies, MD, Kingston (Ont.); Valerie A. Desilets, MD, Montréal (Québec); Gregory J. Reid, MD, Winnipeg (Man.); Anne Summers, MD, Toronto (Ont.); Philip Wyatt, MD, Ph.D., North York (Ont.); David C. Young, MD, Halifax (N.-E.).

Key Words: Rhesus, alloimmunization, fetus, anemia

Résumé

Objectif : Énoncer une directive sur le recours au traitement prophylactique anti-D dans le but d'optimiser la prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle rhésus (Rh) chez les Canadiennes.

Résultats attendus : Une réduction de l'incidence de l'allo-immunisation fœto-maternelle Rh et du nombre d'approches immunoprophylactiques différentes dans la pratique clinique.

Preuves : On a mené une recherche sur MEDLINE et dans la *Cochrane Library* pour trouver les articles publiés en anglais, de 1968 à 2001 portant sur la prévention de l'allo-immunisation fœto-maternelle Rh. Les sujets recherchés comprenaient : *Rho(D) immune globulin, Rh iso- ou alto-immunization, anti-D, anti-Rh, WinRho, Rhogam, et pregnancy*. On a aussi relevé les publications pertinentes à partir des bibliographies de ces articles. Tous les types d'étude ont été examinés. La priorité a d'abord été accordée aux essais comparatifs randomisés; par la suite, les études de cohortes ont été prises en considération. On a indiqué les études particulières importantes sur lesquelles les principales recommandations s'appuient. Les données sur lesquelles chacune des recommandations est fondée sont résumées et accompagnées de renvois et de commentaires d'évaluation.

Valeurs : Les résultats recueillis ont été revus par le Comité de médecine fœto-maternelle et le Comité de génétique de La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et ont été pondérés en fonction des critères d'évaluation des preuves établis par le Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique.

Recommandations :

1. Il faut administrer, par voie i.m. ou i.v., 300 µg d'Ig anti-D, dans les 72 heures suivant l'accouchement, à une femme Rh négatif non sensibilisée ayant donné naissance à un enfant Rh positif. Des Ig anti-D additionnelles pourraient être nécessaires en cas d'hémorragie fœto-maternelle (HFM) où la perte d'érythrocytes fœtaux dépasse 15 ml (environ 30 ml de sang fœtal). Il est aussi possible d'administrer, par voie i.m. ou i.v., 120 µg d'Ig anti-D dans les 72

J Obstet Gynaecol Can 2018;40(1):e11–e21

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.11.008>

Copyright © 2018 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.

- heures suivant l'accouchement, en s'assurant de faire les tests nécessaires et de donner d'autres Ig anti-D en cas d'HFM de plus de 6 ml d'érythrocytes fœtaux (12 ml de sang fœtal) (I-A).
2. Si les Ig anti-D ne sont pas administrées dans les 72 heures suivant l'accouchement ou un autre incident potentiellement sensibilisant, il faut le faire dès que le besoin en est reconnu, jusqu'à 28 jours après l'accouchement ou un autre incident potentiellement sensibilisant (III-B).
 3. Il n'existe pas de bonnes preuves probantes appuyant l'inclusion ou l'exclusion d'épreuves systématiques de surveillance de l'HFM durant le postpartum et on n'a pas encore déterminé le rapport coûts/avantages de telles épreuves chez les mères Rh présentant des risques (III-C).
 4. Il faut systématiquement administrer 300 µg d'Ig anti-D à toute femme Rh négatif non sensibilisée à la 28^e semaine de gestation, lorsque le groupe sanguin fœtal n'est pas connu ou lorsqu'il a été déterminé comme étant Rh positif. Sinon, on peut administrer 2 doses de 100 à 120 µg (cette dernière étant la plus petite dose actuellement disponible au Canada) : la première à la 28^e semaine et la seconde, à la 34^e semaine (I-A).
 5. Il faut faire le typage et le dépistage des allo-anticorps chez toutes les femmes enceintes (D négatif ou D positif), au moyen d'une analyse antiglobuline indirecte pratiquée au moment de la première visite prénatale et, de nouveau, à la 28^e semaine (III-C).
 6. Lorsque la paternité est connue de façon certaine, on peut offrir un test Rh au père du bébé si la femme enceinte est Rh négatif, et ce, afin d'éviter l'administration inutile de produits sanguins (III-C).
 7. Une femme présentant un « D faible » (aussi appelé D^u positif) ne doit pas recevoir un anti-D (III-D).
 8. Une dose répétée prénatale d'immunoglobuline Rh n'est généralement pas nécessaire à la 40^e semaine, pourvu que l'injection prénatale n'ait pas été administrée avant la 28^e semaine de gestation (III-C).
 9. Après un avortement spontané, une menace d'avortement ou un avortement provoqué pendant les 12 premières semaines de gestation, il faut administrer aux femmes D µg négatif non sensibilisées un minimum de 120 µg d'Ig anti-D. Après 12 semaines de gestation, il faut leur en administrer 300 µg (II-3B).
 10. Au moment de pratiquer un avortement, la détermination du groupe sanguin et le dépistage des anticorps doivent être pratiqués à moins qu'ils ne l'aient été pendant la grossesse; dans ce cas, il n'est pas nécessaire de répéter le dépistage des anticorps (III-B).
 11. En cas de grossesse ectopique, il faut administrer des Ig anti-D aux femmes D négatif non sensibilisées, à raison d'un minimum de 120 µg avant la 12^e semaine de gestation et de 300 µg après la 12^e semaine (III-B).
 12. Des Ig anti-D doivent être administrées aux femmes D négatif non sensibilisées à la suite d'une grossesse molaire, à cause de la possibilité de la présence d'une môle partielle. En cas de diagnostic certain d'une môle complète, on peut s'abstenir d'administrer des Ig anti-D (III-B).
 13. Au moment de pratiquer une amniocentèse, il faut administrer 300 µg d'Ig anti-D aux femmes D négatif non sensibilisées (II-3B).
 14. À la suite d'un prélèvement de villosités chorales, il faut administrer des Ig anti-D aux femmes D négatif non sensibilisées. Au cours des 12 premières semaines de gestation, il faut administrer un minimum de 120 µg d'anti-D. Après la 12^e semaine, il faut en administrer 300 µg (II-B).
 15. Après une cordocentèse, il faut administrer 300 µg d'Ig anti-D aux femmes D négatif non sensibilisées (II-JB).
 16. On peut envisager des recherches quantitatives d'HFM à la suite d'incidents pouvant être liés à un traumatisme placentaire et à une perturbation de l'interface fœto-maternelle (p. ex. décollement placentaire, contusion de l'abdomen, cordocentèse, *placenta praevia* accompagné de saignement). Il existe un risque notable d'HFM de plus de 30 ml en cas de tels incidents, surtout s'il s'agit d'une contusion de l'abdomen (III-B).
 17. Il est recommandé d'administrer 120 µg ou 300 µg d'Ig anti-D au moment de procéder à des épreuves visant à quantifier l'HFM à la suite de situations pouvant être liées à un traumatisme placentaire et à une perturbation de l'interface fœto-maternelle (p. ex. décollement placentaire, version céphalique externe, contusion de l'abdomen, *placenta praevia* avec saignement). Si l'HFM dépasse la quantité correspondant à la dose donnée (6 ml ou 15 ml d'érythrocytes fœtaux), il faut administrer 10 µg supplémentaires d'Ig anti-D pour chaque 0,5 ml d'érythrocytes fœtaux. Il existe un risque d'HFM excessive, surtout en cas de contusion de l'abdomen (III-B).
 18. Il faut obtenir un consentement éclairé oral ou écrit avant d'administrer des produits sanguins (immunoglobuline Rh) (III-C).
- Validation :** Cette directive clinique a été revue par le Comité de médecine fœto-maternelle et le Comité de génétique, avec la collaboration du *Rh Program of Nova Scotia*. Son approbation finale a été effectuée par le Comité exécutif et le Conseil de La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.
- Parraine par :** La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781866>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781866>

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