

## **Bilan immuno-hématologique et prévention anténatale systématique**

**Lucienne Mannessier – EFS Nord de France**

Jusqu'à présent, la pratique consensuelle en France, en matière de prévention spécifique par les immunoglobulines anti-RH concernait exclusivement la prévention post-partum et la prévention anténatale ciblée dans les situations à risque d'hémorragie foeto-maternelle (HFM). Cette politique a donné de bons résultats, cependant le taux résiduel d'immunisations à l'antigène RH1 reste supérieur à celui des autres pays où la prévention systématique au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre est en vigueur depuis plusieurs années.

Les nouvelles recommandations proposées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), qui consistent en une prévention anténatale systématique par injection intramusculaire de 300 µg d'immunoglobuline anti-RH chez toute femme enceinte RH :-1 non immunisée anti-RH1 à la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée (SA), ont pour corollaire la mise en place d'un bilan immuno-hématologique.

Ce bilan, en amont de l'injection, comporte la détermination des phénotype et génotype RH probable du géniteur ainsi qu'une RAI chez la mère. Cette RAI devant dater de moins d'une semaine avant la prophylaxie. Quant au test de Kleihauer sur sang maternel, il reste réservé exclusivement aux cas de prévention anténatale ciblée et à l'accouchement.

En cas d'indication de ponction de liquide amniotique, le génotypage RHD foetal pourra être réalisé par biologie moléculaire, en attendant sa systématisation éventuelle sur plasma maternel.

L'injection anténatale systématique d'immunoglobuline anti-RH :

- ➔ est donc à pratiquer chez toute femme RH :-1 non immunisée anti-RH1,
- ➔ en l'absence d'autres anticorps identifiés par la RAI avant l'injection, dispenserait de reprogrammer de nouvelles RAI jusqu'à l'accouchement à condition que le calendrier légiféré des RAI soit révisé.

Etant donné la ½ vie des IgG d'environ 21 jours, le taux résiduel après prophylaxie anténatale systématique par ml de sang sera respectivement à 3, 6 et 12 semaines de 30, 15, et 3,75 ng/ml, taux décelables par les procédés utilisés pour la RAI.

En cas de suspicion d'allo-anticorps anti-RH1 associé à un anti-RH1 passif, la distinction nécessite de recourir à des méthodes quantitatives que le titrage classique en Test Indirect à l'Antiglobuline (TIA) ne permet pas. Le recours au dosage pondéral serait alors indiqué, mais il s'agit d'une technique lourde. Le recours à une technique de microtitrage en filtration serait une alternative séduisante. Les résultats d'une première étude multicentrique, effectuée en collaboration avec le Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale seront présentés.

Les recommandations du CNGOF soulèvent le problème de la traçabilité de l'injection qui reste à ce jour entier. Or, il est fondamental d'établir un lien entre biologiste et clinicien. En regard de la sécurité transfusionnelle de la mère, il est donc nécessaire de maintenir la RAI du 9<sup>ème</sup> mois et le plus près possible du terme. La prescription devra mentionner la demande de RAI, renseigner précisément les dates et doses d'immunoglobulines anti-RH que la patiente a reçues, et être accompagnée du résultat de la RAI en amont de l'injection.

C'est seulement en cas de présence d'allo-anticorps d'immunisation qu'il faudrait transfuser avec du sang préalablement soumis à une épreuve directe de compatibilité au laboratoire.