

Iso immunisation rhésus D

Définition :

L'immunisation foeto-maternelle est une cause majeure d'anémie hémolytique chez le nouveau-né. L'anémie est causée par la présence dans le sang du fœtus d'anticorps de type Ig G dirigés contre un antigène porté par les globules rouges foetales. Ces anticorps ont été sécrétés par la mère après allo-immunisation antérieure, et passent à travers la barrière placentaire durant la grossesse.

Epidémiologie :

Incidence clinique: 4/1000 naissances

L'incompatibilité foeto maternelle la plus fréquente est l'IFME ABO

Ictère hémolytique: 50% lié à IFME ABO

Souvent très précoce parfois anténatal

les formes graves sont rares: 0,5 à 2 pour mille naissances

Les IFME non ABO

Anti-RH(D): 0,9 pour 1000 naissances

Symptomatiques dans 50% des cas et ¼ en anténatal

physiopathologie :

Etape initiale : sensibilisation de la mère

A la suite au passage d'hématies fœtales dans la circulation maternelle :

- le plus souvent après des hémorragies fœto-maternelles (HFM), fréquentes au cours de la grossesse s'y ajoutent :

- HFM au moment de l'accouchement.

- plus rarement après transfusions sanguines incompatibles, interruptions volontaires et thérapeutiques de grossesse, fausses couches spontanées, manœuvres obstétricales

Au cours de la première grossesse incompatible la mère développe des Ac de type Ig M, et peu d'Ac de type IgG.

C'est au cours d'une seconde grossesse incompatible que la réactivation immune prend place avec forte production d'Ac IgG1 et IgG3 qui traversent la barrière placentaire.

Conséquences pour l'enfant

Les Ac IgG traversent la barrière placentaire et se fixent sur les GR du fœtus, qui sont alors captés par les macrophages de la rate et du foie fœtaux ; l'hémolyse produit de la bilirubine.

C'est à partir de la 2^{ème} grossesse incompatible et la réactivation de la réponse immune que de grandes quantités d'Ac sont produits et traversent le placenta, responsables d'anémie hémolytique : celle-ci est parfois majeure chez le fœtus et nécessitera

une surveillance étroite (échographie cardiaque) voire un traitement (transfusion de sang au fœtus, voire véritable exsanguino-transfusion fœtale) ou déclencher un accouchement prématuré.

- A la naissance :

L'anémie est parfois majeure (augmentation du rythme cardiaque, modification de pression sanguine) et l'anasarque fœto-placentaire est possible. L'hyper bilirubinémie ne devient un problème majeur, l'ictère s'installe rapidement.

La bilirubine produite en grande quantité elle diffuse dans les noyaux gris centraux et provoque le décès ou des séquelles psychomotrices graves. La photothérapie conventionnelle ou intensive est instaurée; parfois une exsanguino-transfusion sera nécessaire.

dépistage :

Détermination du statut immunologique de la mère : Groupage ABO, Rhésus

Recherche d'agglutinines irrégulières

Surveillance de la grossesse :

Clinique :

l'interrogatoire doit être soigneux, et recherchera les antécédents.

-Bien dater le début de la grossesse, car possibilité d'extraction précoce avant le terme.

-Examen tous les quinze jours, voire toutes les semaines à partir du 5ème mois dans les cas graves.

-Recherche (dans les antécédents) d'accidents fœtaux : mort in utéro, anasarque, hydramnios.

-Apprécier les mouvements actifs fœtaux

Échographique :

A la même fréquence que l'examen clinique, permet de :

-Préciser le terme de la grossesse.

-D'apprécier, le fœtus :

- le bien être fœtal (Score de Manning).

- Recherche : anasarque, hépatosplénomégalie,,

- D'une mort fœtale in utéro.

-Le placenta : désorganisation, augmentation de son épaisseur.

-Faire un Doppler : signes d'anémie.

-Possibilité de gestes associés

Biologique :

Test de COOMBS indirect :

-Il met en évidence les anticorps plasmatiques de la mère dirigés contre les hématies fœtales

-Cet examen se fait sur du sang maternel.

-Se fait tous les quinze jours à partir du 5ème mois, et toutes les semaines à partir du 8ème mois.

Dosage pondéral

Dosage de bilirubine :

_Réalisée entre 28ème-36èmesemaine.

Dans le liquide amniotique recueilli par amniocentèse,

ERCF : a la recherche d' une atteinte fœtale

Conduite a tenir :

Pendant la grossesse :

Interruption de grossesse

Transfusion in utero

Echange plasmatique

Postnatal :

Traitement de l'anémie par transfusion ou exsanguino transfusion.

**Traitement de l'hyperbiliribunémie par photothérapie, perfusion d'albumine ou exsanguino-transfusion.*

Prévention :

Par l'injection chez la mère d'Immunoglobulines spécifiques neutralisant les hématies fœtales dans les situations à risque. Concerne seulement la phase primaire de l'immunisation.

Aucun moyen pour éviter la réactivation d'une immunisation déjà présente.