

Transfusion fœtale *in utero* après immunisation anti-RH1(D) sévère chez une primipare : à propos d'un cas.

Hélène Delaby, Cécile Toly-Ndour, Stéphanie Huguet-Jacquot, Emeline Maisonneuve, Anne Cortey, Agnès Mailloux

Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale (CNRHP), Pôle de biologie médicale et pathologie, Hôpitaux de l'Est Parisien, AP-HP, Paris

Contexte

Il est fréquemment pensé qu'une primo-immunisation anti-RH1 n'induit ni anémie fœtale sévère ni maladie hémolytique du nouveau-né (MHNN), l'immunisation devenant dangereuse qu'à partir de la 2^{nde} grossesse. Nous rapportons ici le cas d'une patiente primipare avec RAI négative en début de grossesse dont l'expression clinique de l'allo-immunisation anti-D apparue en cours de grossesse a d'emblée été grave.

Histoire anténatale

Mme H., 25 ans est une patiente primipare primigeste de 25 ans sans antécédents médicaux particuliers. La RAI des 20SA est négative. À 24 SA on note l'apparition d'une immunisation anti-D (RH1) de concentration modérée : 0,6 µg/ml, titre à 16 en technique indirect à l'antiglobuline (TIA) en tube. Selon les pratiques du CNRHP, un dosage pondéral et un titrage sont réalisés tous les 15 jours.

À 28 SA, un anti-C (RH2) apparaît ; la concentration en anticorps anti-D+C a très fortement progressé (Figure 1). Le seuil de 1 µg/ml étant atteint, un suivi clinique est mis en place par échographie et vélocimétries à l'artère cérébrale moyenne.

À 30 SA, le taux d'anticorps continue de progresser très fortement pour atteindre 44 µg/ml (titre en TIA supérieur à 256). Les vélocimétries s'accélèrent, signe d'une anémie fœtale sévère (Figure 2).

Une première transfusion *in utero* (TIU) est réalisée à 30 SA, suivie d'une 2^{ème} à 31 SA et d'une ultime à 33 SA.

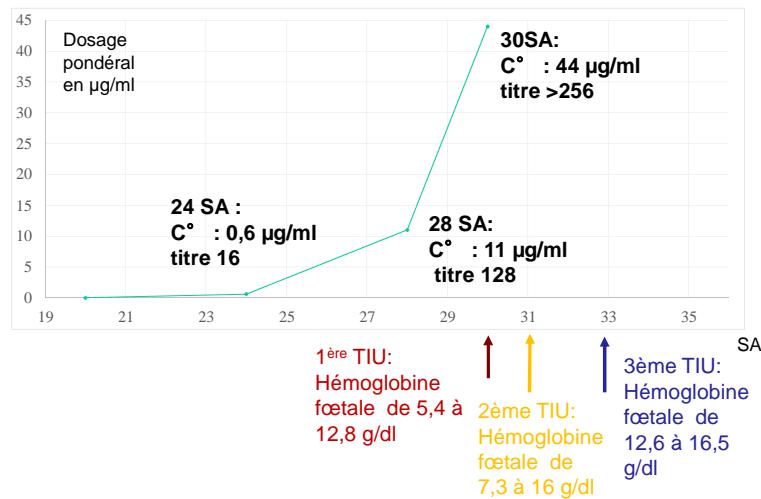


Figure 1 : concentration en anticorps en fonction du terme

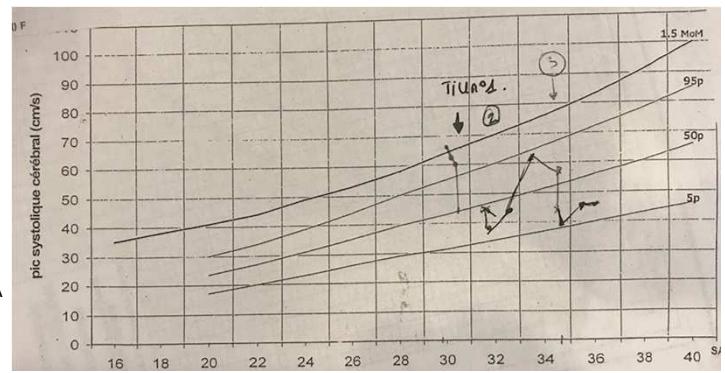


Figure 2 : Suivi fœtal par échographie et vélocimétries à l'artère cérébrale moyenne

Les CGR qui ont été transfusés au fœtus avaient un phénotype étendu compatible avec celui de la patiente. La patiente a par la suite développé un anti-S (MNS3) et un anti-E (RH3), par incompatibilité fœtale. L'accouchement est déclenché à 37SA+4 jours pour incompatibilité foeto-maternelle majeure et RCIU < 3^{ème} percentile. Un césarienne est ensuite décidée devant des anomalies du rythme cardiaque. Le bébé naît avec un poids de 2kg265, et une hémoglobine à 16g/dl mais une faible réticulocytose.

Histoire post-natale

À la naissance, l'enfant est mis d'emblée 3 jours sous photothérapie. Cinq transfusions sont nécessaires, la dernière à 3 mois de vie. En cas de fortes allo-immunisations maternelles, avec transfusions *in utero*, un redémarrage tardif de l'érythropoïèse médullaire est souvent observé.

Conduite à tenir pour les grossesses futures

La concentration des anticorps doit être réévaluée 2 mois après l'accouchement (pic de la cinétique de production des anticorps) puis tous les 6 mois pendant 18 mois. Celle-ci a bien regressé, mais reste cependant très élevée 5 ans après. (3 µg/ml, titre en TIA à 16) De plus dans ces cas sévères d'allo-immunisation anti-D, une recherche d'homo/hétérozygotie au locus RHD chez le conjoint permet de savoir le risque pour le couple d'avoir un enfant incompatible. (50 % pour un conjoint hétérozygote ou 100 % pour un conjoint homozygote). Pour la patiente, la recherche était en faveur d'une homozygotie du conjoint, chaque enfant du couple sera RHD incompatible.

Conclusion

Ce cas illustre la possibilité d'une expression clinique très sévère d'une allo-immunisation anti-D dès la première grossesse sans événement immunisant antérieur. Il montre également l'importance d'une bonne coordination clinico-biologique : le dosage des anticorps impérativement réalisé tous les 15 jours permet d'adapter le suivi clinique obstétrical (vélocimétries si concentration en anti-RH1 > à 1µg/ml) et post-natal (anticipation des moyens médico-techniques de prise en charge de l'hémolyse sévère post-natale).